



Weiterentwicklung

heilpädagogischer Dienste

trotz Einsparungszwängen und Strukturwandel ?



Referate zur Fachtagung
am 4./ 5. Dezember 1997 in Düren

Burkhard Stahl:	Therapeutische Kompetenzen in der Arbeit mit behinderten Menschen	4
H. Ch. J. A. Eekelaar:	Erfahrungen mit Beratungsteams bei geistig behinderten Menschen mit schweren Verhaltensproblemen in den Niederlanden	11
Michael Kolschewski:	Therapeutische Wohngruppen. Zur Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen im Saarland	16
Christian Bradl:	Außenwohngruppen und Heilpädagogische Dienste in der Gemeinde. Aktuelle Entwicklungen und Diskussionen im Rheinland	26
Iris Beck:	Anmerkungen zur Novellierung des § 93 BSHG	39

VORWORT

Sparkonzepte beeinträchtigen zunehmend die Lebens- und Betreuungsqualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Zugleich stehen wir inmitten eines gravierenden strukturellen Wandels in der Behindertenhilfe:

- Mit Einführung der *Pflegeversicherung (SGB XI)* sehen sich Einrichtungen mit einer verschärften Abgrenzungsproblematik (Eingliederungshilfe/ Pflege), Forderungen von Sozialhilfeträgern nach Pflegebereichen und Infragestellung von Eingliederungsansprüchen konfrontiert - trotz SGB-XI-Novelle (§ 43a).
- Die bevorstehende Ablösung des alten Pflegesatzverfahrens durch neue *Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarungen (nach § 93 BSHG)* steht ebenso unter Spardiktat und läßt nach den bisherigen Diskussionen (z.B. Gruppenbildung, Maßnahmenpauschalen) befürchten, daß fachliche Standards nicht mehr aufrechterhalten können.

Wie ist auf diesem Hintergrund eine Weiterentwicklung heilpädagogischer Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung in der Gemeinde überhaupt möglich? Entsprechend dem Grundanliegen der DHG stellen wir diese Frage vor allem für *schwerer geistig behinderte Menschen, für solche mit Mehrfachbehinderungen und/oder Problemverhalten*. Wir denken, daß jener Personenkreis in besonders einschneidender Weise betroffen ist, wenn an der notwendigen Betreuung gespart bzw. die fachliche Arbeit auf Pflege reduziert wird, wenn Enthospitalisierungsprogramme gestoppt, Eingliederungsansprüche beschnitten und unzureichende Leistungspauschalen vereinbart werden.

Trotz dieser Entwicklungen in der Behindertenhilfe, über die am Freitagvormittag informiert werden soll, wollen wir auch praktische Ansätze zur *Weiterentwicklung von Hilfestrukturen und fachlichen Konzepten* vorstellen und diskutieren. Die Fachtagung wählt dafür mit den Einführungsbeiträgen und Arbeitsgruppen am Donnerstag zwei Schwerpunkte:

1. *Hilfestrukturen in der Gemeinde*: Bei Enthospitalisierung bzw. Dezentralisierung ging es bislang vor allem um Wohnformen (betreutes Wohnen, Wohngruppen, Außenwohngruppen usw.). Mehr und mehr wird aber deutlich, daß gerade für den genannten Personenkreis tagesstrukturierende Angebote (Beschäftigung) und begleitende (beratende, heilpädagogische, therapeutische) Dienste erst aufgebaut werden müssen. Welche Dienste brauchen wir? Wie sind sie derzeit zu realisieren? Wie ist die Fachkompetenz aus Einrichtungen hierzu nutzbar? Wo lassen sich Vernetzungen mit vorhandenen Diensten in der Gemeinde erreichen?
2. *Heilpädagogisch-therapeutische Kompetenzen*: Die Betreuung des genannten Personenkreises erfordert über die alltägliche Begleitung hinaus heilpädagogische und therapeutische Kompetenzen, insbesondere wo es um massivere Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychische Probleme geht. Worin liegen die therapeutischen Kompetenzen in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen? Welche Arbeitskonzepte, evtl. Einzelfallbeispiele gibt es aus einzelnen Einrichtungen? Was erwarten bzw. befürchten Gruppenmitarbeiter? Wie können therapeutische Kompetenzen in die Gruppenbetreuung einfließen? Normalisierung des Wohnens kontra therapeutisches Milieu?

Diese Fragen wurden durch die Referate und in den Arbeitsgruppen diskutiert. Wir danken allen Referenten für ihre Mitwirkung an der Fachtagung.

IMPRESSUM

Herausgeber: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) e.V.
Auf den Häfen 30/32, 28203 Bremen; Tel. 0421 / 790243; Fax 0421 / 790249
Redaktionelle Bearbeitung: Christian Bradl
Düren, im Januar 1998

Burkhard Stahl

Therapeutische Kompetenzen

in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen

Einleitung

Auf dem Hintergrund meiner Ausbildung in Gestalttherapie werde ich mich als Diplompsychologe überwiegend mit den *psychotherapeutischen Kompetenzen* auseinandersetzen, ich nehme einmal an, diese werden wahrscheinlich auch vorrangig gemeint sein, denn für andere therapeutische Ansätze wären andere Referenten sicher kompetenter. Ich denke trotzdem, daß viele der grundsätzlichen Überlegungen und Probleme auch auf verschiedene andere therapeutische Arbeitsfelder übertragbar sein werden.

Eigener beruflicher Hintergrund

Lassen Sie mich am Anfang noch deutlich machen, auf welchem beruflichen Hintergrund ich hier zu Ihnen spreche, was also meine Blickrichtung bestimmt. Ich bin seit vielen Jahren als Diplompsychologe für Klinische Psychologie an einer großen norddeutschen Komplexeinrichtung für geistig behinderte Menschen - den Rotenburger Werken der Inneren Mission - tätig, war dort beauftragt mit der *pädagogischen, psychologischen und psychotherapeutischen Förderung geistig behinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener*. Diese Einrichtung besteht aus einem großen Langzeitbereich, der im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG finanziert wird, weiterhin gibt es in der Einrichtung eine WfB und dazugehörige Wohnheime, sowie eine staatlich anerkannte Sonderschule für geistig behinderte Kinder und Jugendliche, die auch Regelschule für den Landkreis ist. Eine Berufsfachschule für Heilerziehungspflege und -hilfe ergänzt das Angebot der Rotenburger Werke.

In den Jahren 1987 - 1994 habe ich den Kinder- und Jugendlichenbereich in der Einrichtung aufgebaut und geleitet. Seit 1994 bin ich Abteilungsleiter der *Abteilung Integrierter Gesundheitsdienst* und damit für die ärztlichen und psychologischen Fachdienste verantwortlich.

An der Universität Bremen nehme ich im Studiengang Behindertenpädagogik einen Lehrauftrag war und bin dort vor allem mit Fragen der *Diagnostik und Begutachtung geistig behinderter Menschen* befaßt.

Zum Thema

Nun aber zum Thema, den (psycho-)therapeutischen Kompetenzen der Mitarbeiter in der Behindertenhilfe. Ich möchte mich dem Thema aus zwei ganz unterschiedlichen Perspektiven nähern und in einem dritten Schritt versuchen, eine Synthese der beiden Sichtweisen zu finden, um damit auch einen Ausblick zu wagen. Dabei soll es zuerst gehen um:

- die inzwischen positive Basis für die Arbeit, also den Stand der Diskussion, dann um
- die aktuellen Rahmenbedingungen und schließlich um
- eine Einschätzung der zukünftigen Entwicklung.

Stand der Diskussion

Aufschwung der Psychotherapie

Als unbestritten kann gelten, daß das Fachgebiet der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen in den letzten Jahren einen großen Aufschwung erlebt hat. Besonders deutlich wird dies, wenn man bedenkt, daß Göllnitz noch 1973 bezüglich therapeutischer Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung schreiben konnte: „*Ein spezifisches Therapeutikum gibt es nirgends, die beste Therapie ist die Vorbeugung*“ (S.274).

Auch der Behindertenpädagoge Bach äußert sich in seinem Werk „Pädagogik der Geistigbehinderten“ (1979) noch sehr zurückhaltend, wenn er schreibt - allerdings auf den für ihn damals nur denkbaren

psychoanalytischen Ansatz bezogen: „*Geistig behinderte Kinder psychotherapeutisch zu behandeln würde daher als eine der schwersten Bedingungen auf Seiten des Therapeuten voraussetzen: die mannigfaltigen eigenen geistigen Behinderungen (inklusive des eigenen moralischen Schwachsinn) erkannt und anerkannt zu haben*“ (S. 160ff).

Noch vor wenigen Jahren waren Veröffentlichungen und Kongresse zum Thema Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung - wenn es solches überhaupt gab - mit der Grundsatzfrage beschäftigt, ob und inwieweit Psychotherapie bei der Personengruppe überhaupt möglich sei. Diese Frage ist heute schon historisch. Wie man auch an dieser Fachtagung sieht, geht es heute nicht mehr um das „Weshalb“ und „Warum“, sondern um die *Sicherung und Verbesserung der Voraussetzungen* und um eine *Verfeinerung und Spezifizierung der Behandlungskonzepte*.

Heute gilt als unbestritten, daß eine psychotherapeutische Behandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung *kurative und rehabilitative Zwecke* gleichzeitig als Aufgabe hat und daß diese Ziele im Verbundsystem medizinisch-psychiatrischer, psychologischer und heilpädagogischer Kompetenzen anzugehen sind - möglichst in Abstimmung mit den Betroffenen und auch ihren Angehörigen. Dabei sind klassische Therapieansätze übernommen worden, die Spezifizierungen tendenziell zu eher handlungs-, erlebnis- und körperorientierten Varianten aufweisen und bei denen die Einbeziehung heilpädagogischen Wissens kennzeichnend ist (Stahl, 1996).

Wichtige Aspekte

Die notwendigen *ethischen Überlegungen* bei der Fundierung einer therapeutischen Arbeit unterscheiden sich nicht grundsätzlich von einer allgemeinen Ethik der Psychotherapie. Allerdings ist bei dieser Zielgruppe der Grat, der zwischen „therapeutischer Manipulation“ des Klienten und seinem Autonomie und seiner Selbstbestimmung - auch als einem seelisch Erkrankten - liegt, besonders schmal. Daher kommt der Kontrolle von Psychotherapie, die ja auch Macht ist, eine besondere Bedeutung zu (Görres, 1996).

Weitere wichtige Voraussetzungen für erfolgreiche Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung sind selbstverständlich die *institutionellen Rahmenbedingungen und auch die finanzielle Sicherung*. Nach wie vor ist das Angebot zur Psychotherapie für diese Zielgruppe sehr stark begrenzt und fast ausschließlich auf die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe konzentriert. Dabei darf selbstverständlich auch bei Menschen mit geistiger Behinderung ein psychotherapeutisches Angebot nicht als „Luxusangebot“ bewertet werden, sondern es muß - mit deutlich zunehmender Tendenz - überall dort integraler Teil der Qualitätssicherungskriterien werden, wo Menschen mit geistiger Behinderung Assistenz erfahren (vgl. auch Klauß, 1996).

Auch über die Notwendigkeit eines entsprechenden Angebotes *in freier Praxis* sollte nachgedacht werden, zumal die Indikationen für Psychotherapie für diese Personengruppe keine wesentlich anderen sind als allgemein für eine psychotherapeutische Behandlung auch: Nämlich das Vorliegen einer seelischen Störung oder psychischen Erkrankung, sowie eine spezielle Entwicklungsförderung (Müller-Hohagen, 1996).

Auch die *Belastbarkeit des Therapeuten* ist ein Teil der Grundfragen, die jeglicher psychotherapeutischen Arbeit vorausgehen, manchmal auch folgen. Bei der Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung läßt sich jedoch besonders leicht beobachten, daß der Therapeut Diskrepanzen zwischen therapeutischem Anspruch, therapeutischer Tüchtigkeit und der Begrenztheit therapeutischen Wirkens fehleinschätzt (Fengler, 1996).

Das Beseitigen von Symptomen allein führt natürlich noch nicht zu einem Ändern von Lebensqualität - und zum Willen, zu verändern, gehört hier in besonderer Weise das Bejahen, das Behinderung ist. Daraus folgt nahezu unmittelbar, daß psychotherapeutische Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung *abgestimmt sein müssen mit einer angemessenen Lebensumfeldgestaltung und Lebensbegleitung* (Awiszus-Schneider, 1996).

Nachdem inzwischen eine hohe Anzahl von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Einrichtungen für geistig behinderte Menschen auf der Basis dieses Wissens eine *Ausbildung* erfahren und sich darüber hinaus zahlreiche Kollegen und Kolleginnen autodidaktisch Fachwissen angeeignet haben, ist der nächste Schritt in der wissenschaftlichen Diskussion dieses Spezialgebietes sicher darin zu sehen, über eine *prozeßorientierte Psychotherapieforschung* auf der Grundlage von wahrscheinlich überwiegend Einzelfallanalysen eine Theorieerweiterung anzustreben (vgl. auch Hettinger, 1996).

Ausweitung der psychotherapeutischen Kompetenz

Die psychotherapeutische Kompetenz im weitesten Sinne hat in den letzten Jahren im Umgang mit geistig behinderten Menschen im wesentlichen in dreifacher Hinsicht eine bedeutsame Ausweitung erfahren:

- Verhaltensauffälligkeiten werden nicht mehr von vornherein als weiteres und selbstverständlich zu erwartendes Symptom einer geistigen Behinderung gesehen, sondern sie gelten zunehmend als *Ausdruck subjektiver Befindlichkeiten*, sie stehen für *Wünsche und Bedürfnisse* des Betroffenen, die es aufzunehmen gilt (Stahl, 1994). Diese andere, nicht nur am Defizit, sondern an Selbstheilungspotentialen auch des behinderten Menschen orientierte Sichtweise auf der Basis eines humanistischen Menschenbildes führt zu einem grundsätzlich anderen Verständnis der Persönlichkeit. Schon dadurch werden Konfliktsituationen in ihrem Kern entschärft, manchmal auch ganz verhindert.
- Eine jahrelange wissenschaftliche Beschäftigung und die praktische Erprobung der so gewonnenen Erkenntnisse haben zu einem deutlichen Wissenszuwachs über psychische Erkrankungen bei geistig behinderten Menschen geführt, macht doch der heute schon manchmal als negativ etikettierend empfundene Begriff der „Doppeldiagnose“ deutlich, daß es bei geistig behinderten Menschen zusätzlich durchaus auch *psychische Erkrankungen* geben kann. War dies bis vor kurzem bei sog. „lauten Symptomen“ wie aggressiven Verhaltensweisen noch eher unbestritten, so wurden die sog. „leisen Symptome“ einer depressiven Erkrankung leicht übersehen, denn die davon Betroffenen waren meist inaktiv, überangepaßt und damit „pflegeleicht“. Unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte und der Lebensumstände von Menschen mit Behinderung ist es jedoch in keiner Weise plausibel, daß eine depressive Symptomatik nur so selten bestehen sollte, wie sie offensichtlich beobachtet wird. Ich halte es für ein besonderes Verdienst der Einrichtung in Neuerkerode, auf dieses Phänomen hingewiesen zu haben (Gaedt & Gärtner, 1990).
- Letztlich möchte ich noch darauf aufmerksam machen, daß die Ausbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren in der Regel ein hohes Ausmaß an *Selbsterfahrung und Selbstreflexion* beinhaltet. Dadurch werden die persönlichen Kompetenzen der Mitarbeiter in den Einrichtungen der Behindertenhilfe erheblich vergrößert und ein vorbeugend wirkendes therapeutisches Milieu im Lebensumfeld wird möglich. Gerade auch in der Einrichtung, in der ich arbeite, haben wir diese Erfahrung vielfach gemacht.

Die Zufriedenheit über die zweifellos erreichten Fortschritte ist bei uns allen spürbar, dennoch steigen in unserer praktischen Arbeit Ärger und Enttäuschung über *sich verschlechternde Bedingungen*, meist auf Grund knapper werdender Ressourcen. Deshalb wechsele ich jetzt die Perspektive und setze mich gleichsam auf einen anderen Stuhl. Ich komme damit auf die uns behindernden Bedingungen zu sprechen und zum zweiten Teil meines Beitrags.

Rahmenbedingungen

Schlechter werdende Rahmenbedingungen

Die erhebliche Diskrepanz zwischen Wissensfortschritt einerseits und den sich verschlechternden Rahmenbedingungen andererseits möchte ich zu Beginn an einem realen Beispiel verdeutlichen:

In den Rotenburger Werken leben zur Zeit etwa 1000 Menschen mit geistiger Behinderung im Langzeitbereich, d.h. nicht im Wohnheim an der WfB. In den Jahren 1985 - 1996 wurden in unserer Einrichtung etwa 100 Mitarbeiter durch das holländische Institut Heel in *Gestalttherapie* ausgebildet. Das psychotherapeutische Angebot wird ergänzt durch Gesprächstherapie, Paartherapie und autogenes Training. Kriseninterventionen kommen hinzu. Vor etwa einem Jahr wurden in der Einrichtung auf dieser Basis 94 Bewohner regelmäßig psychotherapeutisch behandelt, also etwa 10% von ihnen. Heute befinden sich 70 Bewohner in Behandlung, das entspricht einer Quote von 7%. Gleichzeitig hat unserem Eindruck nach aber der Personenkreis der therapiebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner deutlich zugenommen. Wie ist diese Entwicklung zu erklären?

Auf Grund von *Sparmaßnahmen* - die Sie alle mehr oder weniger auch von Ihrer eigenen Arbeitssituation her kennen werden - ist es in den letzten Monaten zu einem erheblichen Stellenabbau gekommen. Gestalttherapie - unserer umfangreichstes Psychotherapieangebot - findet theoretisch begründet regelmäßig und in Gruppen statt. Mitarbeiter der Einrichtung sind aber immer weniger dazu in der Lage, aus ihrem Schichtdienst heraus zu diesen Therapiegruppen zu kommen, weil sie vermehrt, wenn nicht sogar in der Regel, *allein auf der Wohngruppe* Dienst tun. Damit ist dem Therapieangebot in Gruppen die Basis entzogen, der Bedarf danach auf den Wohngruppen steigt parallel dazu jedoch weiter, weil die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrem Lebensalltag weniger differenzierte Zuwendung, oder nach dem neuen Sprachgebrauch, Assistenz bekommen.

Eine Entlastung durch den *begleitenden Dienst* kann jedoch nicht in dem notwendigen Ausmaß erfolgen, denn auch hier findet sich in der Regel durch Sparmaßnahmen ein Stellenabbau bei gleichzeitig steigenden Verwaltungs- und Planungsaufgaben. Allein die Änderung des Vormundschaftsrechtes in

das Betreuungsrecht - was inhaltlich selbstverständlich zu begrüßen war - hat durch die notwendige differenziertere Begutachtung auf die möglichen unterschiedlichen Betreuungsbereiche bezogen einen erheblichen Mehraufwand zur Folge. Die regelmäßige Überprüfung der angeordneten Betreuungen stellt weitere zusätzliche Arbeitsanforderungen.

Leistungsvereinbarung und Qualitätsmanagement

Da die Neufassung des § 93 BSHG den Träger der Sozialhilfe nur dann noch zur Vergütung von Leistungen verpflichtet, wenn mit der Einrichtung direkt oder mit ihrem Verband eine Vereinbarung über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung besteht (Leistungsvereinbarung), ist in den Rotenburger Werken, aber auch in anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe, danach ein unglaublich hoher Arbeitsanfall für die Erstellung von *Arbeitsanweisungen, Verfahrensweisungen und Konzeptionen* zu beobachten, um eine wohl notwendige Zertifizierung der Arbeitsabläufe zu bekommen und damit konkurrenzfähig zu bleiben.

Einerseits ist ein solches Vorgehen sicher notwendig und unumgänglich, andererseits mehrten sich die Stimmen, die *gesamte Qualitätsdebatte als Verschleierungstaktik von Sozialabbau* entlarven wollen und vielleicht auch können. In jedem Fall ist es aber so, daß die dafür aufgewandte Arbeitszeit den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht mehr direkt zugute kommt. Ich möchte Ihnen an dieser Stelle einen Satz nicht vorenthalten, der bei uns in der Einrichtung im Zusammenhang mit einem in der Entwicklung befindlichen Qualitätsmanagement-System gelegentlich zu hören ist:

Wenn wir unsere Arbeit so täten, wie wir meinen, daß sie richtig sei, würden Sie einen Schreck bekommen. Deshalb tun wir unsere Arbeit so, wie wir meinen, daß Sie glauben, daß sie richtig sei - obwohl wir annehmen, daß Sie ahnen, daß wir wissen, daß Sie darüber im Bilde sind, was wir falsch machen -, um Sie im Glauben zu belassen, daß wir es nach Ihrer Vorstellung richtig machen.

Absicherung von Therapie durch Eingliederungshilfe ?

Nun kann man natürlich argumentieren, die Verankerung von therapeutischen Leistungen in Verfahrens- und Arbeitsanweisungen diene deren Absicherung. Diesbezüglich bin ich jedoch sehr skeptisch, denn im BSHG § 40 ist im Rahmen der Eingliederungshilfe nur die ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahme erwähnt, heilpädagogische Angebote sind es nur in Bezug auf noch nicht schulpflichtige Kinder, die Psychotherapie fehlt ganz. Damit kann meines Erachtens ein Anspruch auf nicht ärztliche Therapie aus dem BSHG nicht direkt abgeleitet werden. Aber selbst dann, wenn dies doch der Fall sein sollte, würde das System im Einzelfall wahrscheinlich so unflexibel sein, daß eine angemessene Hilfe sehr schwer würde.

Nach der Vergütungsvereinbarung des neuen § 93 BSHG werden die Einrichtungen *drei Pauschalen* mit dem Kostenträger vereinbaren müssen: die Grundpauschale (auch Hotelkosten genannt), die Maßnahmenpauschale und die Investitionspauschale. Die (psycho-)therapeutische Arbeit wäre dann unzweifelhaft in der Maßnahmenpauschale angesiedelt. Nun braucht zwar jeder geistig behinderte Mensch z.B. ein tagesstrukturierendes Angebot, welches damit auch in dieser Pauschale wird untergebracht werden können, wahrscheinlich nicht aber (Psycho-)Therapie.

Die Dokumentation der Arbeitsinhalte des psychologischen Dienstes in den Rotenburger Werken für die Monate Juni - September 1997 hat gezeigt, daß etwa 12 % der Bewohnerinnen und Bewohner *psychotherapeutische Leistungen* erhalten haben, wenn zu den regelmäßig stattfindenden Therapien noch die Kriseninterventionen hinzu gezählt werden. Rechtfertigt dies aus der Perspektive der Kostenträger wirklich eine Pauschale für alle, oder müßte im Einzelfall eine solche Maßnahme erst beantragt werden mit in der Regel wahrscheinlich einer so langen Bearbeitungsdauer, daß dadurch nur auf Spontanremissionen gesetzt werden könnte?

Darüber hinaus dürfen nach dem geltenden Krankenkassenrecht Heilmaßnahmen auch nicht pauschal, sondern nur individuell erstattet werden. Psychotherapie ist aber mit Sicherheit eine Heilmaßnahme, eine heilpädagogische Therapie wohl auch. Damit sind wir schon bei dem nächsten, möglicherweise noch viel grundsätzlicheren Problem: der rechtlichen Absicherung von Heilbehandlungen im Allgemeinen und bei geistig behinderten Menschen im Speziellen.

Therapeutische Qualifikation

Nach dem heute noch geltenden Heilpraktikergesetz (HPG) aus dem Jahre 1939 ist die Ausübung von Heilkunde, in diesem Fall z. B. Psychotherapie, *approbierten Ärzten und Heilpraktikern* vorbehalten, alle anderen Berufsgruppen machen sich der Körperverletzung strafbar, wenn sie therapeutisch tätig werden, auch unabhängig von einem möglichen Therapieerfolg.

Erst nach 1980 haben die Bundesländer auf Grund von unterschiedlichen Länderregelungen Ergänzungen dahingehend geschaffen, daß *Diplompsychologen*, die entsprechende Studieninhalte nach-

weisen können, auch die Zulassung zur Ausübung von Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz bei den örtlichen Gesundheitsämtern beantragen konnten, ein eigentlich diskriminierendes Vorgehen, weil sich diese berufsrechtlich damit auf eine Stufe mit Heilpraktikern stellen mußten, die sonst gar keine vergleichbare Ausbildung haben (vgl. auch Kühne & Schwaiger, 1976). Dennoch haben in Rotenburg alle Kolleginnen und Kollegen die entsprechende Anerkennung, um legal arbeiten zu können. In den gestalttherapeutischen Gruppen, in denen auch *nicht-psychologische Therapeutinnen* und Therapeuten arbeiten, ist auch immer eine Psychologin oder ein Psychologe anwesend, damit die Arbeit unter Supervision erfolgt.

Abrechnung therapeutischer Leistung

Völlig unabhängig von dieser berufsrechtlichen Problematik, die lediglich die Erlaubnis zur Ausübung von Therapie regelt, besteht natürlich noch eine mangelnde sozialrechtliche Absicherung, die dazu führt, daß eine Abrechnung der erbrachten Leistung nur sehr schwer möglich ist. Wenn überhaupt, erkennen Krankenkassen nur *Psychotherapie in Form von Verhaltenstherapie oder Psychoanalyse* an, allerdings auch nur im Delegationsverfahren durch einen dazu zugelassenen Arzt. Vor der Anerkennung der Kosten steht ein *Gutachtenverfahren*, in dem die aktive Mitarbeit des Klienten und üblicherweise auch seine Einsichtsfähigkeit überprüft werden, die sich in der Regel an einer mindestens durchschnittlichen Intelligenz erkennen lassen sollen.

In Deutschland ist mir bisher kein Fall bekannt geworden, in dem eine Krankenkasse die Kosten für Psychotherapie bei einem Menschen mit geistiger Behinderung übernommen hätte. Ich persönlich gehe auch davon aus, daß das gerade einmal wieder im Gesetzgebungsverfahren befindliche *Psychotherapeutengesetz* hier keine Abhilfe schaffen wird, wenn es überhaupt Rechtskraft erlangen sollte. Damit ist auch verständlich, daß bisher therapeutische Angebote nur in differenzierten Langzeiteinrichtungen der Eingliederungshilfe gemacht werden können, weil nur hier die Möglichkeiten einer Finanzierung der Maßnahmen aus den Pflegesätzen der Sozialhilfe möglich ist.

Daraus folgt unmittelbar aber ein weiteres Problem, denn zu Zeiten leerer Kassen werden sich alle Leistungserbringer in den Einrichtungen zur Deckung ihres *Minimalbedarfes* um möglichst große Anteile der zukünftigen Leistungsentgelte streiten. Gelegentlich begegnen wir dabei schon dem Argument, für alle Menschen mit Behinderungen sei ein gutes Lebensumfeld im Alltag wichtiger als therapeutische Angebote für nur einige wenige. Leicht führt diese Sichtweise auch dazu, in den Einrichtungen Bewohner mit einem *erhöhten Betreuungsbedarf* (manchmal auch Pflegebedarf) gar nicht mehr aufzunehmen, weil für sie eine angemessene Assistenz nicht mehr sichergestellt werden kann. Dem wollen Sozialhilfeträger in Zukunft mit einer festgelegten *Pflichtversorgung* der Einrichtungen begegnen, dabei spielt dann allerdings z. B. die Heimmindestbauverordnung bei eventuellen Überbelegungen auch wahrscheinlich keine Rolle mehr.

Die Einführung der *Pflegeversicherung* gibt hier ebenfalls keinen Anlaß zur Hoffnung, weil die mit ihr verbundene Abgrenzungsproblematik zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege betroffene Menschen mit geistiger Behinderung von einem Rechtsanspruch auf Therapie eher ausgrenzen als einbeziehen wird. Meiner Ansicht nach ist schon die jetzige Praxis, ihnen zur Finanzierung von Pflegeleistungen nur pauschal DM 500.- zukommen zu lassen, und zwar unabhängig von der Pflegestufe, eine wahrscheinlich grundgesetzwidrige Benachteiligung.

Psychotherapeutengesetz

Lassen Sie mich an dieser Stelle noch einmal kurz auf das in der Entwicklung befindliche Psychotherapeutengesetz zurückkommen. Sollte es überraschend doch auch den Bundesrat passieren, bestünde im Rahmen seines sozialrechtlichen Teils zumindest theoretisch die *Möglichkeit der Krankenkassenabrechnung* von Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung, wenn sie durch Diplompsychologen durchgeführt wird.

Allerdings sind die *Anforderungen im berufsrechtlichen Teil* des Gesetzes, also für die Erlaubnis zur Ausübung des Berufs, so hoch, daß die Kolleginnen und Kollegen in den Einrichtungen kaum eine Chance haben, diese Zulassung auch zu erlangen. Einige Einrichtungsträger haben aber bereits angekündigt, daß sie im Falle des Inkrafttretens des Psychotherapeutengesetzes nur solche Kolleginnen und Kollegen beschäftigen wollen, die eine Refinanzierung ihrer Tätigkeit durch Krankenkassenabrechnung sicherstellen. Wenn man diesen Ausgangspunkt konsequent zu Ende denkt, wäre auch so ein Ende von finanzierter (Psycho-)therapie bei dem Personenkreis die Folge, um den es hier geht.

Damit möchte ich meine Ausführungen zu den behindernden Rahmenbedingungen abschließen und auf mögliche Perspektiven in der zukünftigen Entwicklung zu sprechen kommen.

Perspektive

Ergebnisse einer Studie

Gerade vor wenigen Wochen haben Sander & Endermann (1997) eine Studie zur Psychotherapie im institutionellen Rahmen bei Menschen mit geistiger Behinderung vorgelegt. Um Daten über die derzeitige *Arbeitssituation und Arbeitsweise von Psychotherapeuten* im Arbeitsfeld geistiger Behinderung zu gewinnen, wurde in der Untersuchung Diplompsychologen aus unterschiedlichen deutschen Behinderteneinrichtungen ein von den beiden entwickelter Fragebogen vorgelegt.

Die Ergebnisse der Auswertung von 47 Psychotherapeuten-Fragebögen zeigen, daß diese Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung für effektiv halten und mit ihrer therapeutischen Arbeit zufrieden sind. Diese Arbeitsansätze sind vor allem von Konzepten humanistisch orientierter Therapieformen beeinflusst.

Hauptsächlich *Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen sowie affektive Syndrome* werden als Anlaß für ihre psychotherapeutischen Interventionen gesehen. Am häufigsten werden Psychotherapien mit Klienten mittleren Alters und geringem Ausprägungsgrad intellektueller Beeinträchtigung durchgeführt, wobei dieses Muster bei erfahrenen Therapeuten eher noch deutlicher hervor tritt. Korrespondierend mit dem aus der Allgemeinbevölkerung bekannten Trend, daß Psychotherapeuten am liebsten mit sogenannten YAVIS-Klienten arbeiten (Young-Attractive-Verbal-Intelligent-Successful), vgl. Berzins (1977)), läßt sich also im Arbeitsfeld geistiger Behinderung eine Vorliebe für *Young-Verbal-Intelligent-Klienten (YOVI-Klienten)* feststellen, für solche also, die vielleicht gar nicht „richtig“ geistig behindert sind.

Festzuhalten bleibt somit, daß auch die praktizierenden Psychotherapeuten differenzieren und derzeit *Therapie bei geistig schwerer behinderten Menschen* noch immer für eher ineffektiv halten. Weitere Forschungsanstrengungen sind also notwendig, um besseren Aufschluß über die Gründe für diese Praxis zu gewinnen. Zu fragen ist dann etwa:

- Fehlen noch immer geeignete Therapiemodifikationen für geistig schwerer behinderte Menschen ?
- Sind bei schwerer geistig behinderten Menschen die üblichen psychotherapeutischen Zielsetzungen am ehesten mit anderen als originär psychotherapeutischen Methoden (z.B. heilpädagogischen Methoden) und den entsprechenden Fachkräften zu erreichen ?

Trotz effektiv eingeschätzter psychotherapeutischer Arbeit ist der Entwicklungsprozeß in diesem speziellen Fachgebiet also noch lange nicht abgeschlossen und der Bedarf an Erkenntnis steigt ständig weiter. Für die Zukunft müssen daraus meines Erachtens einige Forderungen und Perspektiven abgeleitet werden.

Finanzierung therapeutischer Maßnahmen

Die *Finanzierung therapeutischer Maßnahmen* muß auch in Zukunft im Rahmen der Sozialhilfeleistungen möglich sein, weil eine alternative Finanzierung dazu nicht erkennbar ist. Für diese Absicherung ist eine intensive politische Arbeit besonders der Einrichtungsträger erforderlich. Erleichtert werden kann diese Arbeit, wenn ihnen durch gute und vermehrte „interne Öffentlichkeitsarbeit“ die Bedeutung und der mögliche Erfolg therapeutischer Arbeit dargestellt werden.

Öffnung der Fachdienste nach außen

Es ist weiterhin nicht einzusehen, daß die Kompetenzen der Mitarbeiter in den *Komplexeinrichtungen* den Bewohnerinnen und Bewohnern dieser Einrichtungen vorbehalten bleiben, denn auch Menschen mit geistiger Behinderung, die zu Hause oder im Betreuten Wohnen Assistenz erfahren, haben ein Recht auf (Psycho-)therapie, wenn sie ihrer bedürfen. Die Öffnung der Fachdienste nach außen mit neuen Organisationsformen ist notwendig, wahrscheinlich auch unumgänglich.

In einigen Einrichtungen werden solche *Modelle* bereits überlegt, in Neuerkerode heißen sie dann möglicherweise „vernetzte Praxen“, in Rotenburg vielleicht „Institutsambulanzen“. Damit es nicht zu einem weiteren Kapazitätsabbau in den Einrichtungen kommt, können solche Modelle allerdings nur mit neu zu schaffenden Stellen betrieben werden.

Meiner Einschätzung nach ist eine *Finanzierung* solcher Modelle auch über Krankenkassen mit einer Fallpauschale möglich, wenn das Angebot ausschließlich einer bestimmten Zielgruppe dient, für die es in der Region kein alternatives Versorgungsangebot gibt. Auf einer sehr ähnlichen Basis arbeiten in Niedersachsen die fünf Sozialpädiatrischen Zentren durchaus erfolgreich.

Europäische Perspektiven

Mit einem gewagten Blick in die Zukunft möchte ich eine wohl ganz neue Perspektive eröffnen und auch meine Ausführungen abschließen. Auch in Bezug auf die Psychotherapie ist Europa inzwischen

näher zusammengedrückt. Dieses führt zwangsläufig auch zu einer Vereinheitlichung der Rechtsnormen, wie dies mittlerweile auch schon im Umweltschutz, im Steuerrecht und im Arbeitsrecht begonnen wurde.

Diese klar absehbare Entwicklung hat sich der „Europäische Verband für Psychotherapie“ (EAP) zunutze gemacht. Er geht davon aus, daß es in Europa bisher nur ein einziges Land gibt, indem die Ausübung von Psychotherapie gesetzlich geregelt ist, nämlich *Österreich*. Die europäische Rechtsnorm hat zur Grundlage, daß neue gesetzliche Regelungen in einzelnen Ländern mit bereits bestehenden Länderregelungen kompatibel sein müssen, weil sonst z. B. im Bereich des Berufsrechts eine freie Berufsausübung eingeschränkt werden würde. Das führt aber zwingend dazu, daß in Deutschland auch ein neues Psychotherapeutengesetz sich an dem orientieren muß, was bereits in Österreich gilt. Deshalb hat der Vorstand des „Europäischen Verbandes für Psychotherapie“ (EAP) im Juni dieses Jahres in Rom die Einführung eines *Europäischen Zertifikates für Psychotherapie* beschlossen.

Der EAP befaßt sich damit, sowohl das Interesse des *Berufsstandes von Psychotherapeuten* zu schützen wie auch das Interesse der Bevölkerung, indem gewährleistet wird, daß der Berufsstand auf einem angemessenen Niveau der Ausbildung und Praxis agiert. Das Zertifikat soll sicherstellen, daß Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach bestimmten Standards ausgebildet sind und werden, die die Mobilität dieses Berufsstandes in der Europäischen Union garantieren.

Dabei bildet die *Straßburger Deklaration zur Psychotherapie* die Grundlage. Auf ihrer Basis soll innerhalb Europas ein unabhängiger Berufsstand der Psychotherapeuten etabliert werden. Die Straßburger Deklaration zur Psychotherapie von 1990 steht im Einklang mit den Zielen der WHO sowie mit dem im Rahmen der Europäischen Union (EU) bereits geltenden und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) intendierten Nichtdiskriminierungsgebot und dem Grundsatz der Freizügigkeit für Personen und Dienstleistungen. Die Deklaration lautet in den wesentlichen Auszügen:

- Die Psychotherapie ist eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin, deren Ausübung einen selbständigen und freien Beruf darstellt.
- Die psychotherapeutische Ausbildung erfolgt auf hohem, qualifizierten und wissenschaftlichen Niveau
- Die Vielfalt der psychotherapeutischen Verfahren ist gewährleistet.
- Eine vollständige psychotherapeutische Ausbildung umfaßt Theorie, Selbsterfahrung und Praxis unter Supervision.
- Der Zugang zur Ausbildung erfolgt über verschiedene Vorbildungen, insbesondere in den Human- und Sozialwissenschaften.

Ein neues *Psychotherapiegesetz in Deutschland*, welches diesen rechtlichen Rahmen nicht berücksichtigt, könnte unter Verweis auf das Europarecht wahrscheinlich sofort auf dem Klageweg gestoppt werden, möglicherweise ist auch das bestehende Recht auf diesem Hintergrund schon nicht mehr akzeptabel. Schritte einer möglichen rechtlichen Klärung werden zur Zeit von der EAP überprüft.

Diese Entwicklung wird in der nächsten Zeit genau zu beobachten und wohl auch zu unterstützen sein, denn gerade bei der *Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung* könnte durch eine solche Rechtsauffassung die Erlaubnis zur Ausübung des Berufes auch für andere Berufsgruppen - z.B. Heilpädagogen - erheblich erleichtert werden. Eine Finanzierung der auf sicherer Rechtsbasis erbrachten Leistungen wäre dann bestimmt auch leichter durchsetzbar. Wenn sich so auch andere Berufsgruppen für die Ausübung von Psychotherapie qualifizieren könnten, müßte dieses zu einer dringend notwendigen Ausweitung des Therapieangebotes führen.

Literatur

Awiszus-Schneider, H. (1996). Psychotherapie und Lebensumfeldgestaltung bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: W. Lotz; B. Stahl & D. Irlich (Hrsg.). Wege zur seelischen Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung, Bern: Huber

Bach, H. (Hrsg.) (1979). Pädagogik der Geistigbehinderten. Berlin: Marhold

Berzins, I. J. (1977). Therapist-patient matching. In: A.S. Gurmman & A.M. Razin (Ed.). Effective Psychotherapy. Oxford: Pergamon Press

- Gaedt, Ch. & Gärtner, D. (1990). Depressive Grundprozesse - Reinszenierungen der Selbstwertung. In: Ch. Gaedt (Hrsg.). Selbstwertung - depressive Inszenierungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (25 - 48). Ev. Stiftung Neuerkerode
- Göllnitz, G. (1973). Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Jena: Fischer
- Görres, S. (1996). Ethische Fragen in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: W. Lotz; B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.). Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Huber
- Hettinger, J. (1996). Modelle und Methoden der allgemeinen Psychotherapieforschung und ihre Bedeutung für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung. In: W. Lotz; B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.). Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung, Bern: Huber
- Klauß, Th. (1996). Auswirkungen knapper werdender Ressourcen auf die psychotherapeutische Versorgung geistig behinderter Menschen. In: W. Lotz; B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.). Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Huber
- Kühne, H.-H. & Schwaiger, H. (Hrsg.) (1976). Zum Recht der Heilbehandlung durch Psychologen. Bern: Huber
- Lotz, W.; Koch, U. & Stahl, B. (Hrsg.) (1994). Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Huber
- Lotz, W.; Stahl, B. & Irblich, D. (Hrsg.) (1996). Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Huber
- Müller-Hohagen, J. (1996). Indikationen und Kontraindikationen in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: W. Lotz; B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.). Wege zur seelischen Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Huber
- Sander, J. & Endermann, M. (1997). Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung im institutionellen Rahmen: Merkmale von Therapeuten und ihren Klienten. Report Psychologie, 22 (7), 493 - 499
- Stahl, B. (1994). Behindertenpsychologische Aspekte auffälligen Verhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: W. Lotz; U. Koch & B. Stahl: Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Bern: Huber
- Stahl, B. (1996). Zum Stand der Entwicklung in der Psychotherapie mit geistig behinderten Menschen. In: W. Lotz; B. Stahl & D. Irblich (Hrsg.). Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Huber

Dr. Burkhard Stahl, Dipl.-Psychologe
 Rotenburger Werke
 Lindenstr. 14, 27356 Rotenburg/Wümme

H. Ch. J. A. Eekelaar

Erfahrungen mit Beratungsteams

bei geistig behinderten Menschen mit schweren Verhaltensproblemen in den Niederlanden

Der Anlaß

Jolanda Venema

Ende der achtziger Jahre haben in den Niederlanden die Eltern einer geistig behinderten jungen Frau in ihrer Verzweiflung eine sehr ungewöhnliche Entscheidung getroffen, welche für die Tochter, Jolanda Venema, für die Eltern selbst und für die Mitarbeiter der betreffenden Einrichtung bedeutsame Konsequenzen haben sollte. Die Eltern suchten die *Öffentlichkeit* und benutzten dabei ein Foto, das durch den Vater von Mutter und Tochter gemacht wurde: Alleine in einem Zimmer, nackt an einer Kette. Das ganze Land war schockiert: Kommt so etwas bei uns vor ?

Es folgten Veröffentlichungen, die deutlich zeigten, daß die Einrichtung mitsamt ihren Fachleuten völlig ratlos über eine mögliche Behandlung waren und es außerdem infolge von Personalmangel nicht möglich war, ihr ein menschlicheres Leben zu bieten.

Jolanda Venema ist ein Beispiel für eine *außerordentlich festgefahrene Situation*. Sie zerriß ihre Kleider und war sehr aggressiv. Ihr problematisches Verhalten konnte von der Einrichtung, wo sie schon seit Jahren lebte, nicht gelöst werden. Es wurden - wie es dann heißt: in ihrem Interesse - *Notfallmaßnahmen* getroffen.

Die Eltern von Jolanda haben mit ihrer öffentlichen Aktion den Anlaß zu einschneidenden Entwicklungen gegeben.

Massive Verhaltensprobleme

Wenn ich von ernsthaften Verhaltensproblemen spreche, meine ich vor allem *aggressives oder destruktives Verhalten, Selbstverletzung*, weswegen aus Sicherheitsgründen Zwangsmaßnahmen wie Einzeleinschlüsse für längere Zeit, Fixierungen an Armen/Händen, Fixierung im Bett getroffen werden mußten.

Ich denke auch an *Essensprobleme*, wenn als letzte Möglichkeit Sondenernährung gegeben wird. Ich denke weiterhin an sehr *lebhaftes und chaotisches Verhalten*, und zwar so problematisch, daß die Umgebung hiervoor geschützt werden muß, was wiederum zu weiteren freiheitseinschränkenden Maßnahmen führt. Ich denke an *sexuelle Probleme*, an *Selbstverletzungsverhalten* (SIB: Self-Injurious Behavior) und an Erscheinungsformen *massiver Kontaktstörungen*.

Immer wieder ist die Intensität des Verhaltens so gefährdend für Leib und Leben der Menschen mit geistiger Behinderung, daß *freiheitseinschränkende Maßnahmen* getroffen werden müssen, womit aber nicht mit einer Behandlung begonnen wird, sondern lediglich eine Beherrschung der Situation erreicht wird - im übrigen ohne weitere Perspektive für die Betroffenen.

Alltägliche Normalität ?

Im Alltagsleben einer Einrichtung, eines Heims oder einer Tagesstätte (Zentrum für Tagesaktivitäten) kann ein solches Verhalten sowie die Reaktion und Anpassung der Umgebung solange fort dauern, daß alle Beteiligten dies scheinbar *als "normal" erfahren*, vor allem wenn alle Versuche, die Situation zu verbessern, nichts erbracht haben.

Erkennen Sie die Situation, daß wir die Anwendung schrecklicher Mittel und die Beherrschung von Gefahren als "gute Betreuung" betrachten? Das Verhalten des Klienten wird als typisch für ihn, als zu seinem Wesen gehörend, akzeptiert. Betreuung beschränkt sich auf die Beherrschung der Situation. Es besteht die große Gefahr, daß das kritische und problematische Verhalten als ein persönliches Merkmal des Klienten gesehen wird.

Nur wenn sich das Bild in einer Zeitung findet, erfolgt die Erschütterung durch Konfrontation mit menschlicher Würde und normalen Lebensbedingungen. *Ist Jolanda Venema eine Ausnahme? Gibt es im übrigen auch Menschen wie Jolanda Venema in Deutschland ?*

Beratungsteams als Lösungsansatz in den Niederlanden

Eine Bestandsaufnahme, und zwar nur in den Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in den Niederlanden, zeigt, daß etwa *3000 Personen (11% der Bewohner)* ernsthaftes Problemverhalten - psychische Störungen oder Verhaltensprobleme - aufweisen.

Als Reaktion auf diese schockierenden Daten hat die niederländische Regierung schon 1990 sogenannte Beratungsteams gegründet. Es ist ihre Aufgabe, die Lebensbedingungen der Menschen mit geistiger Behinderung und Problemverhalten zu verbessern. *Fünf regional aktive Beratungsteams* nutzen hierzu fachlichen Sachverstand und finanzielle Mittel. Im Grunde genommen verdanken diese Teams ihre Existenz dem Grundrecht jedes Menschen auf ein menschenwürdiges Leben.

Als *Koordinator für die Bezirke Brabant und Limburg* sehe ich inzwischen die positiven Ergebnisse dieser Teams. Zuerst aber möchte ich das Arbeitskonzept vorstellen

Die Merkmale der Beratungsteams

Beratungsteams kennzeichnen sich durch:

- Starker Bezug zum individuellen Klienten
- Anmeldung eines Klienten von allen Seiten möglich (Einrichtungen, Eltern, Interessenvertreter)
- Akzeptanz der Anfrage vom Beratungsteam, wenn es um geistige Behinderung in Verbindung mit ernsthafter Verhaltensproblematik geht, wobei der Begriff "ernsthaft" hier nicht definiert ist
- Sofortige Zugänglichkeit
- Keine Beurteilungs- oder Zulassungsinanz zwischen Ratsuchenden und Berater
- Autonomie der Beratungsteams in ihrem Beratungsdienst („*Beratungstrajekt*“), ausdrücklich außerhalb der Finanzierungsstrukturen von Einrichtungen und von Anstaltskulturen positioniert, was dem Berater ein flexibles und schnelles Reagieren auf Anfragen und Anliegen erlaubt
- Kopplung finanzieller Mittel an den Einsatz der Berater.

Können Empfehlungen des Beratungsteam nicht mit regulären Mittel ausgeführt werden, kann ein sog. „*Casemanager*“ herangezogen werden.

Außerdem können für *einzelne Vorhaben finanzielle Mittel* gezielt zur Verfügung gestellt werden. Dann ist "ernsthafte" Problematik definiert; der Klient soll in der betreffenden Dokumentation ("konsensusprotocol met schwerem problemverhalten" - CEP) entsprechend (unter 3 oder 4) eingetragen werden eingetragen werden.

Die Organisation und die Kosten

Für die Begleitung des Beratungsdienstes in *Brabant und Limburg* stehen *zwei Koordinatoren* (80 Stunden/ Woche) und ein Sekretariat (50 Stunden) zur Verfügung. Ebenso gibt es ein Büro und ausgezeichnete Kommunikationsmittel. Eine eigene Buchführung oder eigene Dienste gibt es nicht; wir kaufen *alle erwünschten Dienstleistungen extern* ein.

- Die ganze *Organisation* kostet 400.000 Gulden pro Jahr, darunter vor allem Lohnkosten, daneben Reise- und Telefonkosten.
- Alle übrige Mittel (für 1997 über 10 Millionen Gulden im Bezirk Brabant / Limburg) werden für den *Einsatz von Fachleuten und Unterstützung der direkten Betreuung* zur Verfügung gestellt.

Es wird jährlich ein staatlicher Zuschuß festgesetzt.

Der Beratungsdienst („Beratungstrajekt“)

Die Anmeldung

Wir gehen davon aus, daß die Einrichtungen ihre Verantwortung wahrnehmen und tätig werden, sobald die Existenz eines Klienten menschenunwürdig ist oder die Gefahr besteht, menschenunwürdig

zu werden. Wir informieren betroffene Organisationen, auch Elternverbände und streben eine gute *Zusammenarbeit mit der ganzen Hilfesystem* an.

Der Koordinator besucht den Anmelder. Bei diesem *ersten Gespräch* wird die Nachfrage um Hilfe erläutert. Es entsteht ein Bild über die Möglichkeiten der Familie oder der Großeinrichtung, dem Heim oder dem Tageszentrum:

- Was ist schon getan worden, um das Problem zu lösen ?
- Welche Fachkompetenz ist vorhanden?

Zusammen mit dem Anmelder wird abgestimmt, *welche Fachkompetenz* eingesetzt werden soll.

Untersuchung und Empfehlung

Wir (man nennt uns „das Beratungsteam“ , gemeint ist aber unsere Organisation) arbeiten nicht mit festen oder ständigen Beratungsteams. Je nach angemeldetem Fall werden *ein, zwei oder mehrere Fachleute engagiert*, um den Fall zu untersuchen und ihre Empfehlungen zu geben. Diese Experten können auch Kollegen aus anderen Einrichtungen der Umgebung sein, wenn sie Erfahrung in dem speziellen Problembereich haben. Auch national bekannte *Fachleute, Institutionen oder Universitäten* können befragt werden.

Dabei werden die *Grenzen des Hilfesystems überschritten*. Für fachliche Unterstützung aus Psychiatrie und Medizin gilt: Alles kann und darf! Das heißt: Es gibt Raum für Erfahrung, Ausprobieren und Innovation. Wir sind an wenige Richtlinien gebunden. Regelmäßig wird fachliche Unterstützung aus Belgien gefragt, bis jetzt noch nicht aus Deutschland, was sich nunmehr ändern könnte.

Als *Koordinator* habe ich die Aufgabe, Fachleute und Klienten zueinander zu bringen und den ganzen Prozeß zu begleiten. Der *Experte (Fachmann, Fachfrau, Berater, Consulent)* kann jetzt beginnen. Er richtet sich völlig auf das Interesse seines Klienten, er untersucht das Problem und gibt seine Empfehlungen. Die *Kosten* der Experten zahlen wir. Die Anzahl der Stunden ist nicht unbedingt einer Begrenzung unterworfen; es wird inzwischen aber mit festen Tarifen gearbeitet.

Das *Interesse und die Bereitschaft* ist groß. Die Erfahrung hat uns gezeigt, daß ein Berater nicht mehr als ein oder maximal zwei Fälle gleichzeitig bearbeiten kann. Für die Anmeldungen, welche in 1996 in die Bearbeitung genommen worden sind, mußten 68 verschiedene Experten als Berater eingesetzt werden.

Wir sind der Meinung, daß es nicht unbedingt notwendig ist, um Spezialisten einzusetzen. Oft kann beispielsweise ein *Kollege*, der den Beteiligten über die Schultern schaut, schon neue Inspirationen bringen. Der Kollege bringt *andere Sichtweisen oder neue Methoden* ein. Eine solche Situation zwingt die Fachleute zu systematischer Arbeit. Man nimmt grundsätzlich nicht die jeweils gegebenen Möglichkeiten zum Ausgangspunkt, sondern die *Diagnostik* und die legitimen *Erwartungen des Klienten*.

Oft muß *der diagnostische Prozeß* völlig aufs Neue durchlaufen werden, auch für solche Personen, welche schon Jahre in einer Einrichtung leben.

Beratungsteams schließen die Anwendung von *alternativ oder unkonventionell geltenden Therapien* nicht aus. Koordinatoren entwickeln Erfahrungen mit realisierbaren und effektiven Therapien. Diese Erfahrung wird weiter gegeben.

Praktische Umsetzung

Sobald bekannt ist, "was" getan werden soll, stoßen wir auf die Frage, "wie" dieses ausgeführt werden soll. Oft fehlt es an *Kenntnissen, Fähigkeiten und Haltungen* bei den unmittelbaren Betreuungspersonen, um Methoden wirklich gut anzuwenden. Zu denken ist etwa an

- Kommunikationstechniken bei autistischen Klienten
- die Anwendung von Bildtechniken (Visualisierung)
- den Umgang mit psychiatrischen Symptomen
- die Anwendung von elektro-aversiven Therapien
- die funktionelle Analyse von Problemverhalten und die Interpretation von Daten.

Für die Übersetzung der aufgrund der Diagnostik gegebenen allgemeinen Empfehlungen in das gezielte Handeln im Alltag werden "*Casemanager*" eingesetzt: Erfahrene Gruppenleiter oder Betreuer, die in der Lage sind zu steuern und zu führen. Auch diese Casemanager zielen mit ihren Aktivitäten auf die *Qualität des Betreuungsprozesses* eines Klienten.

Die Lohn- und Reisekosten der Casemanager werden von uns an die ausleihende Organisation vergütet. Aus Erfahrung wissen wir inzwischen, daß ein Casemanager in z. B. 20 Stunden je Woche über zwei- oder drei Monate schon viel tun kann. Je nach verfügbarer Zeit steht ein Casemanager längere Zeit für einen Klienten zur Verfügung, selten in einer Dauer über ein Jahr.

Aber auch dann sind nicht alle Probleme gelöst. Ab und zu geht es um eine so *intensive Begleitung*

(1:1 - oder sogar 2:1 - Begleitung in extremen Fällen), daß die Organisation die benötigte Begleitungsintensität nicht garantieren kann. In solchen Fällen können die Koordinatoren der Beratungsteams eine *Kostenvergütung für die direkte Betreuung (Personal)* anerkennen. Diese Personalkosten werden ausschließlich anerkannt, um die Weiterführung des Betreuungsplanes des individuellen Klienten zu garantieren. Das genehmigte Budget darf nicht in die Organisation verschwinden. Das Budget wird mittels Stundenabrechnung für das gezielte Handeln überwacht, außerdem erfolgt eine externe Prüfung der praktischen Ausführung durch Berater und Casemanager.

Diese *personelle Unterstützung für Wohngruppen oder Tagesaktivitäten* geht bis 40 Wochenstunden - als zusätzliche 1:1 - Begleitung. Wir erkennen diese sog. außerordentlichen Betreuungspläne bis einer Obergrenze von 80.000 Gulden pro Jahr und Klient an, ausnahmsweise bis zu 150.000 Gulden.

Evaluierung

Die effektive Ausführung des Betreuungsplanes ist mit einer systematischen Evaluierung (Auswertung) hinsichtlich der zuvor gestellten Ziele verbunden. Hierbei tut sich das Dilemma auf, daß oft an Ort und Stelle *Meßmethoden* entwickelt werden müssen, um die Effekte sichtbar zu machen (örtlich entwickelte Berichtsprotokolle). Wichtig ist, nicht nur die Effekte zu beobachten, sondern auch den *Stil der Interaktionen* in die Evaluierung mit einzuziehen. Die *Qualität des Umgangs* läßt sich nicht nur in objektivierbaren Ergebnisse erfassen.

Evaluierung soll zur *Anpassung des Programmes* führen. Es soll versucht werden, in der Behandlung des Problemverhaltens immer einen Schritt weiter zu gehen - beim Angebot normaler Lebensumstände und auch bei der Integration der Veränderungen in die bestehende Organisation.

Effekte und Nebeneffekte

Erfolgsstudien

Vor kurzem haben in einem Bezirk unabhängige Erfolgsuntersuchungen stattgefunden. Die Fakultät Orthopädagogik der Universität Leiden hat mittels Aktenanalyse und Fragebögen in einer Stichprobe von Klienten die Ergebnisse untersucht.

Die wichtigsten Befunde sind:

- Das Einschalten der Beratungsteams hat in den meisten Fällen ein positives Ergebnis gezeigt. Es ist ein deutlicher *Rückgang vieler häufig vorkommender Formen von Problemverhalten* bemerkbar. Maßnahmen wie Einzeleinschlüsse, Fixierungen, Medikamentierungen und Time-out wurden weniger häufig eingesetzt.
- Der größte positive Einfluß geht von *zusätzlichen Tagesaktivitäten, vermehrter Fachkompetenz, Verbesserung der Lebensverhältnisse und Unterstützung des Managements* aus.
- Hieraus kann die Schlußfolgerung gezogen werden, daß *viel unnötiges Leiden verhütet* werden kann, wenn von Anfang an diese unterstützenden Maßnahmen getroffen werden.
- Trotz dieser positiven Effekte bleibt *ein Teil des Problemverhaltens ungelöst*. Es gibt eine kleine, sehr kritische Gruppe, bei denen schweres Problemverhalten weiter existiert. Externe Hilfe, auch finanzieller Art, ist hier weiterhin unentbehrlich.

Die Regierung hat eine *erneute Untersuchung der Effektivität der Beratungsteams* in den Niederlanden veranlaßt. Die Untersucher kommen zu der Schlußfolgerung, daß der gewählte Weg im großen und ganzen als erfolgreich gelten kann. Die Empfehlung lautet entsprechend auch, die *Beratungsteams strukturell ins Hilfesystem aufzunehmen*.

Drei Effekte

Schuurman nennt (NTZ, September 1997) drei Effekte für die Einrichtungen:

1. *Verbreitung („Öffleckwirkung“) von Maßnahmen* wie Personalschulung, Einführung von Methoden und Protokollierung, systematisches Arbeiten und Entwicklung neuer Formen von Tagesprogrammen
2. *Verbesserung von Haltungen und des Betreuungsstils* von Gruppen- und Arbeitsbetreuern, wovon nicht nur die angemeldete Person, sondern auch andere Bewohner profitiert
3. *Verbesserte Kommunikation* oder bessere Kommunikationssysteme im Hilfesystem.

Der Weg ist neu, die Behandlung nicht

Das Einschalten externer Fachleute ist nicht neu. Es kommen bekannte Behandlungsmethoden bei den Beratungsdiensten zur Anwendung. Was ist neu beim Einsatz von Beratungsteams ?

(1) Je nach Anliegen (Bedarf) des Anmelders wird ein spezifischer Experte gewählt

Wir sehen nach unserer Erfahrung fünf Typen von Beratern:

- a) Der *Berater als Fachmann für eine spezifische Behandlungsform*, der als externer Experte er die Behandlung durchführt (z.B. elektro-aversive Therapien)
- b) Der *Berater, der auf Basis seiner speziellen Fachkompetenz* einen fertigen Lösungsvorschlag bereit hat (z.B. biologische Psychiatrie)
- c) Der *Berater als Mitsuchender*, der auf Grund eigener Diagnostik den ausführenden Praktikern bei der Suche nach Lösungen mithilft, der also kreativ, motivierend und begeisternd auf die unmittelbare Betreuung, die Veränderung der Behandlung oder des Tagesprogrammes einwirkt
- d) Der *Berater, der die Qualität der praktischen Begleitung bzw. Betreuung reflektiert*, der auf die Arbeitshaltung, die Art und Weise der Zusammenarbeit und die Einhaltung von Planung/ Terminen bei den unmittelbaren Betreuern Einfluß nimmt
- e) Der *Berater, der das Funktionieren der Gruppen oder die Begleitung von Aktivitäten zum Ziel* hat, um damit die Rahmenbedingungen für ein gutes Hilfssystem zu verbessern.

(2) Institutions- und sektorüberschreitend arbeiten

Unsere Organisation verfügt über mehr als 100 Casemanager und Berater, welche in individuellen Beratungsdiensten eingesetzt werden

(3) Zusätzliche Anforderungen

Bei der Anmeldung verpflichtet sich eine Institution, aktiv mitzuwirken und die Beratung ernst zu nehmen. Dieses hat Konsequenzen für Unterkunft, Eingruppierung, Ausbildung der Mitarbeiter, Verbesserung der Kommunikation und Zusammenarbeit. Es geht darum, fragengesteuertes Arbeiten zu stimulieren.

Perspektive

Der wesentlichste Punkt ist, daß durch den Einsatz von externen Experten *neue Einsichten angeboten* werden und daß die *Praxis der Betreuung überprüft* wird.

Perspektivisch sollte bedacht werden:

- Grenzen der *Verantwortlichkeiten* der Berater können verbessert werden.
- Beratungsteams sollten in der Zukunft mehr bei der *Ausbildung bzw. Schulung* einbezogen werden.
- In vielen Fällen sind Beratungsteams *bei mangelhafter Hilfe innerhalb der Einrichtung* eingesetzt worden. Hier könnte man die Frage stellen, ob nicht separate finanzielle Mittel zu Verfügung gestellt werden müssen, um das zu erreichen, was normal geschehen sollte. Es sollte geklärt werden, ob *spezielle finanzielle Mittel und Maßnahmen für Hilfen* außerhalb des regulären Finanzierungssystems zu umschreiben sind.

Der Gesundheitsminister hat den *Erfolg der Beratungsteams* folgendermaßen formuliert: Beratungsteams sind unentbehrlich bei der Hilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. In vielen aussichtslosen Fällen ist eine relative Besserung eingetreten. Die immer wieder bemerkenswerten Ergebnisse verstärken das Bewußtsein, daß im Leben von geistig behinderten Menschen mit schweren Verhaltensproblemen Verbesserungen erzielt werden können. Durch die guten Erfahrungen mit diesen Beratungsteams sind Einrichtungen mehr als vorher bereit, Fachleute einzuschalten. Außerdem wird sich das Management der Einrichtungen der moralischen Pflicht bewußt, externe Fachleute zu konsultieren, falls bestimmte Fälle als unlösbar erfahren werden.

H. Ch. J. A. Eekelaar
Stichting Consulenteam
Regio Noord-Brabant en Limburg

Postbus 143, 5500 AC Veldhoven, Nederlande
Tel.: 040-2539478 Fax: 040-2539587

Michael Kolschewski

Therapeutische Wohngruppen

Zur Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen im Saarland

Zur Entpsychiatisierung Geistigbehinderter im Saarland

Vor einigen Jahren begann im Saarland die Umstrukturierung der Psychiatrie für die damaligen geistigbehinderten Patienten. Einige von ihnen hatten zwanzig bis dreißig Jahre auf einer geschlossenen Station für geistigbehinderte Menschen gelebt, wo sie als 'Fehlplazierte' verwahrt wurden. Für andere, sog. 'Drehtürpsychiatriepatienten' war eine zweite Station für Geistigbehinderte im Landeskrankenhaus Merzig (LKH) schon zur zweiten Heimat geworden.

Die gemeindenahe Versorgung in St. Wendel

Im Rahmen der Auflösung des saarländischen Landeskrankenhauses Merzig wurde zum 01.01.1993 die Therapeutische Wohngruppe (TWG) der Lebenshilfe- Kreisvereinigung St. Wendel gegründet. Mit ihren acht Plätzen (einer davon wird als Krisenplatz freigehalten) ist die TWG St. Wendel für die Versorgung ihres Landkreises - wie die anderen fünf Landkreise des Saarlandes auch - in bezug auf verhaltensauffällige geistigbehinderte erwachsene Menschen zuständig; ein Pflichtversorgungsauftrag bzgl. dieses Klientels wurde im Frühjahr 1996 unterschrieben.

Die Therapeutische Wohngruppe St. Wendel

Die Bewohner/innen

In der TWG St. Wendel wohnen fünf Männer und zwei Frauen. Die TWG ist integriert in ein Wohnheim, in dem weitere 15 teils schwerst-mehrfachbehinderte Menschen leben.

Zwei Männer der TWG wurden wegen ihren aggressiven bzw. autoaggressiven Verhaltensweisen bereits als Kind oder Jugendlicher in geschlossenen psychiatrischen Stationen für Geistigbehinderte untergebracht. Einer von ihnen verlor den Kontakt zu seiner Ursprungsfamilie völlig und war etwa 25 Jahre geschlossen untergebracht; der andere verbrachte fast 30 Jahre auf geschlossenen Stationen des LKH und hatte schließlich nur noch ein- bis zweimal pro Jahr Kontakt zu seiner Mutter. Für sie bedeutete ein Besuch ihres Sohnes wegen der Entfernung eine Tagesreise. Die beiden Männer können nicht sprechen, jedoch teils kommunikativ eingesetzte Laute von sich geben.

Drei weitere Bewohner sowie eine Bewohnerin versuchten mehrmals, in verschiedenen Wohnheimen bzw. Werkstätten und Tagesförderstätten Anschluß zu finden und Fuß zu fassen. Wegen ihrer immer wiederkehrenden intensiven Verhaltensauffälligkeiten (auto- bzw. aggressive Verhaltensweisen) wurden sie jedoch stets wieder in die Psychiatrie – meist unter richterlichem Beschluß – eingeliefert. Sie können als sog. 'Drehtürpsychiatriepatienten' bezeichnet werden.

Eine Bewohnerin lebte ebenfalls etwa 20 Jahre, von denen sie die letzten Jahre auf einer Altenpflegestation verbrachte, im LKH Merzig. Für sie konnte man bis zur Gründung der TWG's wegen ihrer Verhaltensproblematik keinen Wohnheimplatz finden.

Das Personal

Für die Betreuungsarbeit im Gruppendienst der TWG sind zuständig: eine Dipl. Sozialarbeiterin, ein Dipl. Sozialarbeiter, eine Erzieherin, eine Ergotherapeutin, zwei Krankenpfleger, eine Krankenschwester (halbtags) sowie ein Dipl. Psychologe (halbtags). Zudem verfügt die TWG St. Wendel über zwei Zivildienststellen.

Das o.g. Personal ist zuständig für die Betreuung in den Tagesschichten sowie für nächtliche Rufbereitschaft (außer die Zivildienstleistenden). In jeder Nacht setzen wir zwei Aushilfskräfte ein, die für insgesamt 23 Bewohner zuständig sind. Wegen der möglichen Gefahren, die sich u.a. durch einen besonders auffällig werdenden Bewohner incl. der sich damit entwickelnden Gruppendynamik bilden

können, können wir es derzeit noch nicht verantworten, nur eine Person in der Nachtschicht einzusetzen.

Der halbtagsangestellte *Dipl. Psychologe* nimmt eine Sonderstellung ein. Kurz gefaßt ist er zuständig für die Beratung der Mitarbeiter, die Erarbeitung und Weiterentwicklung des Konzeptes sowie für die alltäglich angemessene Orientierung an den Bedürfnissen der Bewohner/innen. In Krisensituationen und der Frage nach dem Umgang damit ist er besonders gefordert. Über diese Aufgaben hinaus ist er zuständig für die Belegung des Krisenplatzes incl. der Erstellung von Gutachten sowie für die ambulante Betreuung von verhaltensauffällig gewordenen geistigbehinderten Menschen im Landkreis St. Wendel und die Beratung des Umfelds des Betroffenen.

Teamkonzept

Das Herz der Konzeption der TWG St. Wendel ist die wöchentlich stattfindende, etwa 2,5-stündige Teamsitzung. Alle vier Wochen genießt das Team statt dessen eine Supervision durch einen externen Supervisor. Es versteht sich von selbst, daß das Personal der TWG emotional stark belastbar sein muß und daher eine Supervision dringend erforderlich ist. In den *Teamsitzungen* wird an der alltäglichen Arbeit gefeilt, organisatorische Dinge abgeklärt, werden Ideen ausgetauscht, Ziele festgelegt, Analysen betrieben, über die aktuelle Teamatmosphäre reflektiert, über Arbeitshaltungen diskutiert, Idealvorstellungen formuliert sowie über Probleme gesprochen und mögliche Lösungsvorschläge erarbeitet.

Kurzum: Wir bemühen uns, in Bewegung zu bleiben, günstige Strukturen zu erhalten und Strukturen, die sich als weniger nützlich erweisen, zu verändern. Nahezu alle Entscheidungen bzgl. der TWG werden von den Teammitgliedern nach Mehrheitsbeschluß getroffen, bei Entscheidungen über neu einzustellendes Personal (auch neue Zivildienstleistende) müssen alle einverstanden sein; jeder Interessent an der Betreuungsarbeit muß vorher in mindestens einer Schicht mitgeholfen haben.

Die *heterogene Zusammensetzung des Teams* aus fünf verschiedenen Berufsgruppen erweist sich als sehr effektiv und gemessen an den Bedürfnissen der Bewohner/innen als unbedingt notwendig.

Das Therapeutische Konzept der TWG

Zunächst ist die Bedeutung der *äußeren Rahmenbedingungen* nicht zu unterschätzen, da sie sich alltäglich auf die Wohngruppe und das Team niederschlagen. Hierzu gehören u.a. die zur Verfügungstellung angemessener Räumlichkeiten (so haben wir z.Zt. wieder einen Time-Out-Raum eingerichtet) und stabiler Materialien (z.B. Möbel), qualifiziertes und belastbares Personal, die Anbindung der Bewohner/innen an eine Tagesförderstätte/Werkstätte bzw. an Freizeitgruppen, das Ermöglichen von Kontakten 'nach außen' und besonders zur Ursprungsfamilie.

Auch ist die *ideelle und finanzielle Unterstützung durch den Träger* sehr wichtig, was die arbeitsrelevanten Bedürfnisse der Mitarbeiter/innen betrifft sowie alle Versuche, die der Entwicklung der Bewohner/innen zur Selbstbestimmung/ Selbstverwirklichung, Integration, etc. dienen.

Das Streben nach einer *individuell größtmöglichen Selbständigkeit eines jeden Bewohners* ist ein wesentlicher inhaltlicher Fokus für das Therapeutische Konzept und steht an oberster Stelle der therapeutischen Ziele. Hier findet die größte Entwicklung statt. Auch der Austausch mit den angebotenen Institutionen sowie Familien ist in dieser Hinsicht wichtig.

Die Basis für unser therapeutisches Konzept stellt eine *systemisch-humanistische Grundhaltung* der Mitarbeiter/innen dar. Dabei gehen wir zunächst davon aus, daß jeder Bewohner (ab hier vermeide ich der Einfachheit halber die weibliche Form), der einen Platz in der TWG innehat, einen großen Mangel an Akzeptanz seiner Person in seiner Vergangenheit erfahren hat. In der Folge drücken die Bewohner teilweise große Mißtrauen im Beziehungsgeflecht zu ihren Betreuern aus. Das Personal hat so zunächst einiges auszuhalten, was nur mit einer *professionellen, reflektierenden Arbeitshaltung* zu verkraften ist. So durften – besonders in den ersten zwei Jahren – die extremen Verhaltensweisen der Bewohner gegenüber ihren Betreuern von den Mitarbeitern nicht persönlich genommen werden. Andererseits sollten die Bewohner durch den persönlichen Kontakt (durch die Beziehung zum einzelnen Mitarbeiter) neue emotionale Erlebnisinhalte in der Interaktion erfahren können.

Beispiel für Umgang mit einer besonders auffälligen Verhaltensweise eines Bewohners

Die anfänglich bis zu einer dreiviertel Stunde dauernden täglichen, teils mehrmaligen Wutaffekte eines Bewohners mußten über Monate hinweg vom Personal erduldet und akzeptiert werden. Die körperlichen Auseinandersetzungen mit dem Personal hinterließen bei jedem Betreuer nahezu täglich deutlich sichtbare Kratzspuren. Auch mußten die Mitarbeiter es ertragen können, wenn der Bewohner mehrmals mit dem Kopf auf den Boden schlug oder sich in den Arm biß und sich selbst schlug. Da dieses autoaggressive Verhalten des Bewohners starken appellativen Charakter hatte (er schlug nicht mit dem Kopf auf den Boden wenn er alleine war), haben sie möglichst teilnahmslos zugesehen und ihn schließlich gefragt, ob es jetzt vorbei ist. Er war irritiert und erlebte, daß sein Ver-

halten keine Wirkung auf uns hatte und kann darauf seit nun etwa dreieinhalb Jahren völlig verzichten. Für den damals 32-jährigen Bewohner war neu, daß er nicht fixiert wurde und keine Beruhigungsmedikation bekam, daß er öfter während einem Wutaffekt von einem Mitarbeiter im gepolsterten Time-Out-Raum begleitet wurde und so nicht allein gelassen wurde. Durch dieses sich allmählich aufbauende Vertrauen konnte er sich erstmals nach etwa einem Jahr am Ende eines langen 'Wutausbruchs' an eine andere Schulter anlehnen und jämmerlich weinen.

Wichtig für das Personal ist, daß eine solche emotional geprägte Verhaltensänderung eines Bewohners 'persönlich' im Sinne eines *Erfolges der Arbeit* gewertet wird (hier: Durch eine vertrauensschaffende persönliche Begleitung); die körperliche Auseinandersetzung vor diesem Erlebnis, also noch während des Affektes, darf jedoch nicht persönlich genommen werden. Sie ist ein Ausdruck von vergangenen Erlebnissen. Erfolge wie die hier beschriebenen – und wenn sie noch so klein sind – müssen unbedingt von den Mitarbeitern 'gesehen' werden, damit sie ihrer Arbeit Sinn zuschreiben können und auch gerne auf die Arbeitsstelle kommen. Können sie dies nicht, finden sie sich in einem Gefühl des Ausgebranntseins (burnout) wieder (sich von den Bewohnern innerlich zu distanzieren, sich emotional erschöpft zu fühlen, sich weniger leistungsfähig zu fühlen, zu stark in die Arbeit involviert zu sein).

Dem Menschen zu neuer Würde verhelfen bedeutet insbesondere, ihn als Person – all das, was ihn ausmacht – wertzuschätzen. Wir versuchen uns in unserer Arbeit nicht von defizit-orientierten Haltungen leiten lassen und niemanden aufgrund seiner speziellen Verhaltensauffälligkeiten zu definieren. Vielmehr bemühen wir uns, *jede kleinste Verhaltensänderung positiv* (im Sinne einer Entwicklung) zu sehen – auch wenn sie sich als schwieriger im Umgang für das Personal darstellt, weil sie z.B. von mehr Selbstbewußtsein auch in der Auseinandersetzung geprägt ist. Insofern liegt der Focus unserer Arbeit auf der Frage nach den *Ressourcen (Möglichkeiten)* eines jeden Bewohners.

So verfügen alle unsere Bewohner über eine Fähigkeit, die wir nur allzuoft bei manchen Menschen unserer Gesellschaft vermissen: *ihre Durchsetzungskraft*. Oft stehen wir vor dem Dilemma, daß ein Bewohner trotz seines Wissens über die für ihn unangenehmen Konsequenzen, die sein nicht erwünschtes Verhalten auslöst, sich zunächst durchsetzt. Aus seiner Sicht und aufgrund seiner Erfahrungen hat er jedes Recht der Welt dazu. Er zeigt uns, daß er sich so leicht nicht unterkriegen läßt. Hier finden wir eine *Form des Selbstbewußtseins und des Stolzes* vor, welche das Personal so manchenmal beneidet, auch wenn eine solche Situation eine äußerst belastende emotionale Spannung mit sich bringt. Letztlich aber muß das Personal mit der nötigen Konsequenz und möglichst authentisch demonstrieren, wo *Grenzen des Zusammenlebens* überschritten werden.

Um den Bewohnern Entwicklungsschritte zu ermöglichen, die ihnen in ihrer Vergangenheit verwehrt wurden, fördern wir jeden Ansatz von *Differenzierung ihrer Persönlichkeit* wie Umweltwahrnehmung, Sprache, Ausdrucksverhalten, Selbstwertgefühl und Selbständigkeit.

Im Vertrauen auf unser Gespür für den zwischenmenschlichen Kontakt zum Bewohner überlassen wir uns in unserem Handeln – bis zu einem gewissen Grade – dem *Prinzip von „Versuch und Irrtum“*. Im Vertrauen auf den Bewohner gehen wir bisweilen auch recht große Risiken ein, mit dem Erfolg, daß einige von ihnen eine beträchtliche Selbständigkeit erworben haben, sich z.B. im kleinstädtischen Umfeld – mit oder ohne uns – zu bewegen.

Wir haben gelernt, daß wir Verhaltensauffälligkeiten der Bewohner in gewissen Grenzen akzeptieren müssen; er kennt sich selbst ja gar nicht ohne diese – sie sind ein Teil seines jahrelangen Selbsterlebens und damit seiner Individualität. Für die Mitarbeiter bedeutet dies, daß sie ihre *Toleranzschwelle für Verhaltensauffälligkeiten erhöhen* (müssen). Wer sich auf diese (Selbst-)Erfahrungen nicht einläßt und sie für sich nicht positiv deuten kann, wird nicht lange in einer solchen Wohngruppe arbeiten. Andererseits erfordert der *Alltag klare Regeln und Strukturen*, an denen Betreuer und Bewohner ihr Handeln orientieren. In der Praxis läuft die Ambivalenz zwischen Grenzsetzung und verändern wollen einer Verhaltensweise zum einen und akzeptieren von Verhaltensauffälligkeiten zum anderen nur allzu oft auf Kompromisse hinaus.

Beispiel für einen Kompromiß:

Ein Bewohner stellt während des Essens immer wieder seinen Teller auf den Boden und wieder zurück auf den Tisch. Das Personal hat gelernt, dies zu akzeptieren, konnte dafür aber durchsetzen, daß der Betreffende überhaupt am gemeinsamen Eßstisch sitzen bleibt und die vom Personal konsequent durchgesetzte Regel einhält, vor jeder Mahlzeit ein T-Shirt und Strümpfe anzuziehen. So bleibt jedem das Gefühl, etwas durchgesetzt zu haben. Wir arbeiten nicht mit der Methode des Fixierens (jedoch leider wieder als letzte Handlungsmöglichkeit mit Nutzung eines Time-Out-Raumes) und auch nicht mit hoher Medikation bzw. häufiger Bedarfsmedikation, sondern mit 'sanften Mitteln', die in der 'Beziehungsarbeit' liegen. In diese akzeptierende aber auch grenzsetzende Bezie-

hungsgestaltung werden auch verhaltenstherapeutische und paradoxe Interventionen integriert; auch die Methode des 'Reflecting Teams' in Anwesenheit des betroffenen Bewohners findet Anwendung. 'Beziehungsarbeit' heißt für uns in erster Linie, daß ein Bewohner seinem persönlichen Verhältnis zum Betreuer möglichst wenig instrumentalisierenden Charakter zuschreiben kann; er soll vielmehr dessen einzigartige Persönlichkeit erkennen und für sich nutzen lernen können.

Es kann nicht jeder mit jedem Menschen gleich gut auskommen. Aber jeder Bewohner findet mindestens einen Betreuer, zu dem er einen 'besseren Draht' hat und gegenüber dem er seinen grundlegenden Gefühlen in besonderem Maße Ausdruck verleihen kann. Der Bewohner lernt dann, ein Mehr an Gefühlen zuzulassen und auszudrücken wie 'längst vergessene Tränen' oder einfach 'Albersein', und er kann sich dabei intensiver erfahren.

Vertrauen entwickelt jeder Mensch erst, wenn er das Gefühl hat, etwas für einen anderen Menschen zu bedeuten, etwas wert zu sein, in einer Gemeinschaft oder in einer Zweierbeziehung Spaß zu haben und gemocht zu werden. Jedes Teammitglied bei uns stellt fest, daß man die Bewohner in der Schicht oft gar nicht als geistigbehindert wahrnimmt, da *die Persönlichkeit in der zwischenmenschlichen Begegnung im Ganzen* wirkt. Hier lauert natürlich auch die Gefahr des Abweichens von der Professionalität, wenn z.B. aggressive Verhaltensweisen nur auf die gegenwärtige Situation bezogen werden und man sie womöglich persönlich nimmt.

Einen besonderen Zugang bieten uns manche Bewohner über den von ihnen gewünschten *Körperkontakt* – sei es nur, um sich mal bei jemandem festzuhalten, jemanden zu drücken, zu schmusen oder ein Kämpfchen aus Spaß auszutragen. Dabei zeigen sie uns – vorausgesetzt, daß sie uns dabei als echt erleben – den Weg, auf dem sie ihr Vertrauen zu uns aufbauen können.

Familienarbeit

Die Entpsychiatisierung des LKH im Saarland beinhaltete, daß die Betroffenen möglichst zurück in ihre Heimatgemeinde und somit in die jeweils dort gegründete Therapeutische Wohngruppe umzogen. Hauptausgangspunkt für die Rückführung der ehemaligen Patienten in ihre Herkunftsgemeinde war der Gedanke, daß der *Kontakt zur Ursprungsfamilie* wiederhergestellt oder auch intensiviert werden sollte. Wir stehen in gutem Kontakt mit den Eltern unserer Bewohner/innen und unterstützen jeden Besuch sowohl bei uns als auch des Bewohners bei seinen Eltern.

Lediglich in einem Fall wirken wir begrenzend ein, da die besuchte Person bereits mehrmals nach einem Besuch der Eltern in eine Krise geraten ist. Bei Konflikten eines Bewohners mit seinen Eltern beziehen wir auch *familientherapeutische Gespräche* ein.

Dokumentation

Datengestützte Verhaltensanalyse

Von Anfang an wurde der Entpsychiatisierungsprozeß in der Therapeutischen Wohngruppe St. Wendel dokumentiert. Seit September 1993 werden die Verhaltensweisen und -auffälligkeiten der Bewohner zusätzlich durch einen Fragebogen pro Schicht erfaßt. Dokumente und Fragebogen bildeten die Datenbasis für eine Evaluationsstudie, die in der Zeit von September 1994 bis Mitte 1996 durchgeführt wurde. Seitdem wird die *Verhaltensdokumentation als Teil des Qualitätsmanagements in Form der datengestützten Verhaltensanalyse* weitergeführt.

Dies ist ein Instrument, das individuell für die einzelnen Bewohner angepaßt wird und so konzipiert ist, daß es problemlos in den Arbeitsalltag der Einrichtung integriert werden kann. Damit unterscheidet es sich in mancher Hinsicht von der klassischen Verhaltensbeobachtung – von der Fragestellung bis zur Auswahl der statistischen Methoden.

Durchgeführt wird die datengestützte Verhaltensanalyse vom *Institut für Sozialforschung und Lebensweltanalyse (ISL) Dr. Gerhard Schüler, 66649 Oberthal*.

Die Funktionen der Verhaltensanalyse sind

- Objektivierung der Beobachtung für das Team (Unterstützung der Teamgespräche, Ergänzung der Supervision),
- Objektivierung der Beobachtung nach außen
- Verhaltensdiagnose,
- Evaluation der pädagogischen Arbeit für das Team,
- Nachweis der pädagogischen Arbeit gegenüber dem Kostenträger.

Am Ende jeder Schicht wird vom Personal für jeden Bewohner ein einseitiger Fragebogen ausgefüllt. Monatlich werden die Daten grafisch aufbereitet und je nach aktueller Fragestellung statistisch analysiert.

Beispiel

Der Fragebogen für Jürgen (Name geändert) enthält beispielsweise die Frage „Jürgen wurde autoaggressiv – nein, ja“. Es folgen Ergänzungsfragen zur Intensität, zur Dauer und zum möglichen Einfluß anderer Bewohner.

Die entsprechende Grafik (*siehe im Anhang: Graphik „Jürgen ‘96/‘97“*) zeigt die – auf die jeweilige Woche bezogene – relative Häufigkeit des Auftretens autoaggressiven Verhaltens von der ersten Kalenderwoche 1996 bis zur 44. KW 1997. Mitte 1997 ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen nach einer Umstrukturierung des Tagesablaufs. In den Wochen, in denen diese Umstrukturierung aus organisatorischen Gründen nicht durchzuhalten war, steigen die Werte auf das vorige Niveau. Damit ist belegt, daß die organisatorische Maßnahme das Verhalten günstig beeinflusste.

Die statistische Analyse der Ursachen hatte ergeben, daß das autoaggressive Verhalten teilweise aus einer Reizüberlastung – verbunden mit „Oppositionsverhalten“ – resultierte, teilweise von einem sich körperlich aufdrängenden Mitbewohner verursacht war.

Mit der Umstrukturierung des Tagesablaufs wurden beide Einflußfaktoren verringert.

Erfassung von Persönlichkeits- und Kompetenzentwicklung der geistig behinderten Bewohner der TWG WND im Zeitraum von 1993 bis Mitte 1996

Im Rahmen der Evaluationsstudie wurde im Sommer 1996 eine Teambefragung durchgeführt, um die Entwicklung der einzelnen Bewohner einschätzen zu können. Ausgewertet wurde die Befragung mit der Methode der *rechnergestützten Schlüsselwortanalyse*.

Zum besseren Verständnis der Ergebnisse soll zunächst das Untersuchungsinstrument kurz beschrieben werden.

Instrument

Die Kompetenz- und Persönlichkeitsentwicklung der Bewohner der Therapeutischen Wohngruppe sollte erfaßt werden auf der Grundlage von Einschätzungen der Betreuer, die einen Fragebogen erhielten.

Die Betreuer wurden gebeten, sich zu erinnern, wie sie die Bewohner am Anfang ihrer Tätigkeit in der TWG wahrgenommen hatten. Dann sollten sie sich vergegenwärtigen, wie sie jetzt (Mai/Juni 1996) die Bewohner sehen. Für beide Zeitpunkte sollte das Positive und das Negative benannt werden.

Die Antworten auf die offenen Fragen wurden codiert, und die Ergebnisse der Codierung wurden in Persönlichkeits- und Kompetenzprofilen visualisiert.

Die Fragen lauteten (Bewohnername im folgenden Beispiel geändert):

Bitte rufen Sie sich *die erste Zeit*, in der Sie *Christian* kannten, ins Gedächtnis.

1. Fanden Sie damals bei Christian etwas besonders positiv? Ja Nein

Wenn Ja, was war das?

2. War damals eine Eigenschaft oder ein Verhalten von Christian für Sie besonders problematisch? Ja Nein

Wenn Ja, welche Eigenschaft oder welches Verhalten war das?

Wenn Sie **Christian** ansehen, wie er **heute** ist:

3. Finden Sie heute bei Christian etwas besonders positiv? Ja Nein

Wenn Ja, was ist das?

4. Ist heute eine Eigenschaft oder ein Verhalten von Christian für Sie besonders problematisch? Ja Nein

Wenn Ja, welche Eigenschaft oder welches Verhalten ist das?

Verfahren

Zur Erstellung von Persönlichkeits- und Kompetenzprofilen wurden die Fragebögen ausgewertet mit dem Verfahren der *rechnergestützten Schlüsselwortanalyse*.

Dieses *Textanalyseverfahren* orientiert sich an Computerprogrammen zur Textanalyse (CUI), enthält aber einen größeren Anteil an Kopfarbeit. Es kombiniert die Differenziertheit der „Codierung mit dem

Kopf“ mit der Schnelligkeit der Maschinenverarbeitung. Damit ist es eine effiziente Methode zur Bearbeitung relativ kurzer Texte und vor allem von Texten, die durch sprachliche Besonderheiten geprägt sind, wie sie sich etwa in einem Betreuungsteam herausbilden.

Das Verfahren beruht darauf, daß Texte bis zur kleinsten sinnvollen Einheit zerlegt werden. Deren *Schlüsselwort* wird identifiziert, mit dem Bestand eines Dictionärs abgeglichen und einer bestimmten inhaltlichen Kategorie zugeordnet. Diese Zuordnungen werden ausgezählt. Die Auszählungen zu einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt bilden dann ein Profil, das mit anderen Profilen verglichen werden kann. Die Regeln der Textzergliederung und das Dictionär werden zwischen dem Institut, das die Analyse durchführt, und dem Auftraggeber abgestimmt.

Das Dictionär

Da das Erkenntnisziel der Vergleich des Zustandes einer Person zu verschiedenen Zeitpunkten ist, wird das Dictionär *individuell für jede Person* erstellt und ein Schlüsselwort ausschließlich einer Kategorie zugeordnet – abhängig vom Entwicklungsstand.

Beispielsweise stellt „Tischabräumen“ für einen geistig schwerstbehinderten Menschen eine bedeutende Alltagsfertigkeit dar (fällt etwa in die Kategorie „Intellekt“), für einen weniger schwer Behinderten ist es eher Ausdruck von positivem Sozialverhalten.

Profil

Es wurde gefragt, welche Eigenschaften und Verhaltensweisen eines Bewohners von den Betreuern positiv wahrgenommen wurden und welche problematisch waren. Damit ergibt sich ein *doppeltes Profil* – mit einem negativen und einem positiven Bereich. Die Nennungen aller Betreuer gehen in das Profil ein.

Veränderungsmessung

Da es um die Erfassung von Veränderungen ging, wurden die Teammitglieder gebeten, die gleichen Fragen für den aktuellen Zeitpunkt (Mai/Juni 1996) zu beantworten und für die Zeit, als sie die Bewohner kennenlernten. Für die meisten Betreuer fiel dieser Zeitpunkt in das Jahr 1993. Damit ergeben sich zwei Profile, die sich auf die Jahre 1993 und 1996 beziehen.

Beispiel

Im Falle Christians, der geistig schwerstbehindert ist, wird u.a. deutlich, daß die anfangs wahrgenommene *Selbst- und Fremdaggressivität* Mitte 1996 kaum noch als Problem besteht. Beim Umgang mit den *Affekten* zeigt sich eine deutliche Verschiebung vom negativen in den positiven Bereich, dem der Kompetenzgewinn in den Dimensionen „Intellekt“, „Autonomie“ und „Emotionalität“ zur Seite steht. Die Dimension „*Sozialverhalten / Sozialkompetenz*“ tritt in den Vordergrund mit positiven und negativen Nennungen, daneben wird zunehmend zwanghaftes Verhalten wahrgenommen (*vgl. im Anhang: Profil „Christian“*).

Das Profil ist die Visualisierung der Codierung folgender Texte (Auswahl):

Kategorie	Schlüsselwort	Text
-----------	---------------	------

Frage 1:

Fanden Sie damals bei Christian etwas besonders positiv? Wenn Ja, was war das?

Autonomie	selbst beschäftigen	- kann sich lange selbst beschäftigen /
Belastung	gefährdet	da Christian klein ist, war man bei seinen Wutanfällen weniger gefährdet
Emotionalität	Anhänglichkeit	seine Anhänglichkeit /
Intellekt	lernte	Jeden Tag lernte er was neues.
Motorik	Fortschritte körperliche	Seinen Fortschritten (meist körperlicher Art) konnte man fast zugucken
.....
.....

Frage 2:

**War damals eine Eigenschaften oder ein Verhalten von Christian für Sie besonders problematisch?
Wenn Ja, welche Eigenschaft oder welches Verhalten war das?**

Aggressivität, Selbst	autoaggressiven	Besonders extrem empfand ich seine autoaggressiven Handlungen,
Affekt	Wutausbrüche	Seine häufigen Wutausbrüche
Indezentes Verhalten	Einkoten	/ - Einkoten,
Pädagogik	Grenzen zeigen	- daß man ihm nur körperlich (oft im Kampf) die Grenzen zeigen konnte
.....
.....

Frage 3: Finden Sie heute bei Christian etwas besonders positiv? ...

Affekt	Wutausbrüche	Nur noch seltene Wutausbrüche
Autonomie	Wünsche	Er kann immer mehr seine Wünsche [äußern]
Emotionalität	Vertrauen	Das Vertrauen, das er mittlerweile uns entgegenbringt.
Intellekt	versteh	- versteht alles
Sozialverhalten/-kompetenz	hilfsbereit	- er ist sehr hilfsbereit,
.....
.....

Frage 4:

Ist heute eine Eigenschaften oder ein Verhalten von Christian für Sie besonders problematisch? ...

Indezentes Verhalten	Inkontinenz einsetzen	und dies [Inkontinenz] manchmal 'bewußt' einzusetzen scheint /
Reizverarbeitung	Toleranzgrenze	- Die häufig niedrige Toleranzgrenze /
Sozialverhalten/-kompetenz	Chefverhalten	- Sein "Chefverhalten"
Zwanghaftes Verhalten	Teller auf Boden	z.B. Teller auf den Boden stellen.
.....
.....

Die Gesamtauswertung der Untersuchung ergab *deutliche Veränderungen* über den untersuchten Zeitraum. In einigen Dimensionen sind Veränderungen nur für einzelne Bewohner feststellbar, in anderen Dimensionen zeigen sich Veränderungen bei allen Bewohnern. Diese seien hier summarisch aufgeführt:

Veränderungen, die für einzelne Bewohner feststellbar sind

- Reizverarbeitung bei einem Bewohner deutlich positive Veränderung
- Körper bei einer Bewohnerin deutlich positive Veränderung: Asthma, Neurodermitis gingen zurück
- Affekt bei einem Bewohner deutlich positive Veränderung: Wut(re)aktionen gingen zurück
- indezentes Verhalten bei einem Bewohner deutliche negative Tendenz
- Antrieb bei einer Bewohnerin negative Tendenz

Veränderungen, die mehr oder weniger für alle Bewohner feststellbar sind

– mit *deutlich positiver Tendenz*:

- Aggressionen gegen Personen und Autoaggressionen
- Autonomie
- Sozialverhalten
- Stimmung
- Intellekt

– mit *eher positiver Veränderungstendenz*:

- Emotionalität
- Sozialwirkung

– mit *etwa gleichbleibender Problematik*:

- Hygiene
- zwanghaftes Verhalten
- Aggressionen gegen Sachen
- Belastung des Personals

– mit *eher negativer Tendenz*:

- Charakterzuschreibungen

Weitere Kategorien (Aussagen zu 'Moral', 'Motorik', 'Etikettierung', etc.) sind hier nicht aufgeführt, da es jeweils nur vereinzelte Nennungen gab.

Veränderung, die für das Team feststellbar ist

- pädagogisches Handeln (Unsicherheiten sind zurückgegangen).

Für weitere Informationen zur Therapeutischen Wohngruppe wenden Sie sich bitte an

Dipl.-Psych. Michael Kolschewski

Lebenshilfe für geistig Behinderte Kreis St. Wendel gGmbH

Werkstraße 10, 66606 St. Wendel

Telefon 06851/9342-0, Fax 06851/934225

Für Informationen zu den methodischen Fragen wenden Sie sich bitte an

Dr. Gerhard Schüler

Institut für Sozialforschung und Lebensweltanalyse

Buchenweg 20, 66649 Oberthal

Telefon 06854/76408, Fax 06854/76409

E-Mail: ISL.Schueler@t-online.de.

Persönlichkeits- und Kompetenzprofil

Christian

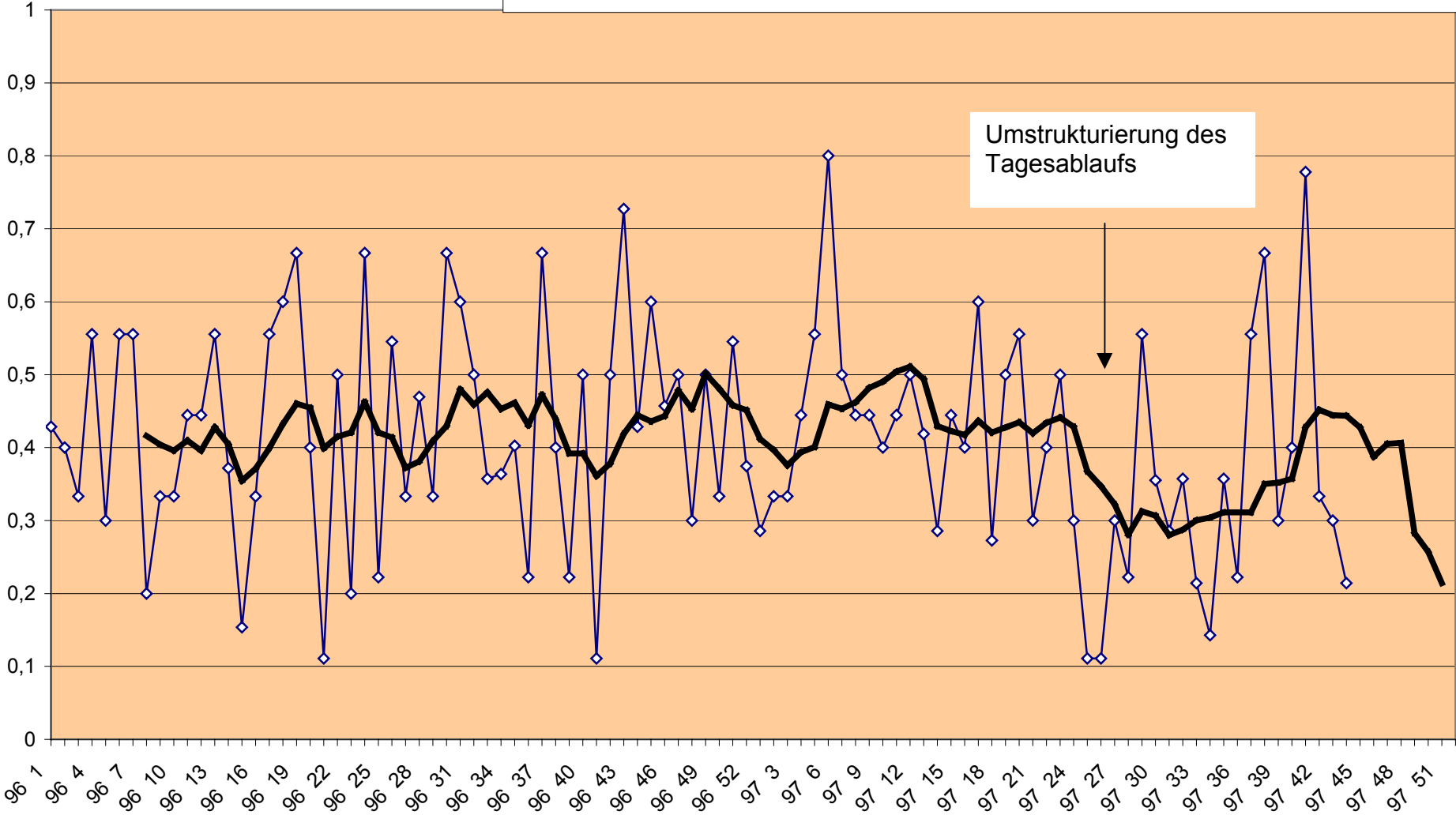
Anfang 1993

Juni '96

	Anfang 1993			Juni '96		
	Problematisch	Positiv		Problematisch	Positiv	
Intellekt	0	1	□	■	1	7 □□□□□□□
Moral	0	0			0	0
Autonomie	0	1	□		0	7 □□□□□□□
Ästhetik	0	1	□	■	1	0
Hygiene	0	0			0	0
Stimmung	0	1	□		0	1 □
Charakter	0	0		■	2	0
Emotionalität	0	1	□		0	6 □□□□□□
Affekt	■	7	0		0	5 □□□□□
Antrieb	0	0			0	0
SozialVerh./Kompetenz	0	1	□	■	5	8 □□□□□□□□
Indezentes Verhalten	■	2	0	■	2	0
Zwanghaftes Verhalten	■	2	0	■	6	0
Verhalten, unspezifisch	0	0			0	0
Unüberlegtes Verhalten	0	0			0	0
Aggressivität, Fremd	■	3	0	■	1	0
Aggressivität, Selbst	■	6	0		0	0
Aggressivität, Verbal	0	0			0	0
Aggressivität, Sachen	■	2	0		0	0
Reizverarbeitung	■	1	0	■	1	2 □□
Körper	0	0			0	1 □
Motorik	0	1	□		0	1 □
Behinderung	0	0			0	0
Umfeld	0	0		■	1	0
Belastung d. Betreuer	■	2	2 □□		0	0
SozialWirkungen	■	1	1 □		0	1 □
Pädagogik	■	2	0	■	1	0
BetreuerVerhalten	0	0			0	0
Etikettierung	0	0			0	0
Erklärungen	■	1	0		0	1 □
Erläuterung	0	0			0	0

Jürgen '96/'97

—◇— war autoaggressiv - ja / nein relative Häufigkeit
— 8 Per. gleitender Durchschnitt (war autoaggressiv - ja / nein relative Häufigkeit)



Christian Bradl

Außenwohngruppen und heilpädagogische Dienste in der Gemeinde

Aktuelle Entwicklungen und Diskussionen im Rheinland

Einführung

Über die Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie im Rheinland ist vielfach berichtet worden (vgl. Wedekind u.a. 1994; Bradl 1996). An dieser Stelle geht es darum, aus meiner ganz eigenen Perspektive einige Ausführungen zu diesem *Prozeß der Dezentralisierung* machen, und zwar insbesondere zur aktuellen Entwicklung, zu einigen Grundsatzfragen und aktuellen Problemen sowie schließlich zu Perspektiven. Es geht mir dabei um die Tagungsfrage: *Weiterentwicklung heilpädagogischer Dienste - trotz Einsparungszwängen und Strukturwandel - aus rheinischer Perspektive.*

Zum aktuellen Entwicklungstand der Dezentralisierung

Dezentralisierung als Reformstrategie

Unbestritten gibt es so etwas wie einen „rheinischen Weg“ im Prozeß der Ausgliederung von Menschen mit geistiger Behinderung aus der Psychiatrie und der Weiterentwicklung Heilpädagogischer Heime (HPH). Dieser Weg läßt sich als Dezentralisierungsansatz beschreiben, d.h. *als Re- und Neu-Integration in die Gemeinde durch Aufbau von Außenwohngruppen (AWG).*

Die Dezentralisierung bestehender Einrichtungen mit dem Ziel des Aufbaus alternativer Hilfestrukturen ist eine *Reformstrategie*, die auch in anderen Institutionen des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) betrieben wurde, so besonders im Jugendhilfebereich (Erziehungsheime/ Erziehungsgruppen) sowie in der rheinischen Psychiatrie (vgl. Enthospitalisierungsprogramm). Ich halte eine solche Strategie nach wie vor dort für sinnvoll und notwendig, wo man für einen vernachlässigten und für den „Markt“ der Freien Träger „unattraktiven“ Personenkreis („den keiner haben will“) alternative Hilfestrukturen finden und aufbauen will.

Es geht dabei um die *Verantwortungsfrage*: Diejenigen, in deren Obhut sich ein solcher Personenkreis aus historischen Gründen befindet, sind m.E. primär dafür verantwortlich, daß zeitgemäße Betreuungsformen (in Kooperation mit wem auch immer) entwickelt und realisiert werden. Das Zeigen auf „die Anderen“, die machen müßten, die zuständig wären usw., empfinde ich immer wieder als Ärgernis in der Trägerlandschaft. Es hat sich oft genug gezeigt, daß der Ruf, dieser Personenkreis wäre besser woanders versorgt, im teilweise heftig verstrickten Kontext von Psychiatrie, HPHs und Behinderteneinrichtungen Freier Träger entweder eine *gegenseitige Lähmung* (daß gar nichts geschieht) oder einen *Verschiebepbahnhof* bewirkt; in beiden Fällen bleibt die *Verantwortung* auf der Strecke.

Auch bei der Dezentralisierung der HPH sind *regionale Kooperationen mit Freien Trägern* unverzichtbar; praktisch geschieht dies z.B., indem an einzelnen Orten als Enthospitalisierungsmaßnahme neue Wohnheime bzw. Wohnheimplätze Freier Träger für Menschen mit geistiger Behinderung aus HPH und Psychiatrie geschaffen wurden, indem einzelne Regionalkonferenzen installiert wurden und mit den örtlichen WfBs kooperiert wird.

Zeitliche Entwicklung

Was die Dezentralisierung der HPH selbst angeht, geht es im Rheinland inzwischen um eine Entwicklungsphase von nahezu 20 Jahren:

- 1977/78 Beginn Ausgliederungsprogramm („Verselbständigung der Behindertenbereiche“)
- 1980 Gründung der Heilpädagogischen Heime („Heim statt Krankenhaus“)

- 1985/86 Dezentralisierungsprogramm („Außenwohngruppen-Programm“)
- 1994/95 Einstieg ins HPZ-Programm („Verbund und Heilpädagogische Zentren“).

Diese zeitlichen Daten werden markiert durch entsprechende Grundsatzbeschlüsse der Gremien des LVR. Gerade im Vergleich mit oft fehlenden oder zögerlichen Reformen in anderen Bundesländern erwiesen sich die *Beschlußlage und deren Verbindlichkeit sowie die zentrale Steuerung des Prozesses durch den Träger als mitentscheidende Faktoren.*

Politische Entscheidungen

Kernpunkt der Grundsatzentscheidung 1985/86 war die *Dezentralisierung von Wohnformen*, d.h. durch Anmietung, Ankauf oder Neubau von Wohnungen oder Häusern *außerhalb des zentralen Heimbereichs* sog. *Außenwohngruppen (AWG*, mit ständiger Betreuung, auch nachts) und *Außenwohnungen (AW)*, mit aufsuchender Betreuung aufzubauen.

Als *weitere Entscheidungen* sind anzuführen:

- eine *Quotenregelung*, d.h. innerhalb von 4 Jahren 20 % der Heimplätze in Außenwohnungen bzw. Außenwohngruppen zu dezentralisieren; inzwischen (seit 1994) gilt als Richtzahl, für 50% der zu diesem Zeitpunkt noch im zentralen Heimbereich lebenden Bewohner Wohnformen draußen zu schaffen
- eine schrittweise *Auflösung des zentralen Heimbereichs*, d.h. die im Heimgelände frei werdenden Plätze nicht wieder zu belegen (Ausnahme Bonn infolge 120-Plätze Neubau Anfang 80er Jahre)
- *Ablösung von Zentralversorgung*, d.h. sich in AWGs von den zentralen Versorgungseinrichtungen zu entkoppeln und das Selbstversorgungsprinzip einzuführen (Einkauf, Essen, Wäsche usw.)
- *Vorrang für Investitionen draußen*, d.h. auf den Neubau von Wohnkomplexen oder komplementären Einrichtungen auf dem Anstaltsgelände zugunsten von Investitionen in der Region zu verzichten
- auf dem Hintergrund des Personalstandards in der Regel eine *Richt-Gruppengröße* von 6 (inzwischen gilt auf dem Hintergrund restriktiver Personalbemessung die 8er Gruppe als Richtgröße, was m.E. für einzelne Personenkreise zu groß ist)
- *normale Wohnungen bzw. Häuser*, so wenig spezielle Ausstattung und Bedingungen wie möglich (z.B. normale Bäder) - was sich mit dem stärkeren Einbezug von Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung mehr und mehr relativierte.

Erst im weiteren Verlauf an Bedeutung gewannen:

- *Einbezug von Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung*, d.h. auch grundsätzlich drinnen wie draußen mit denselben Personalschlüsseln zu arbeiten
- mehr Anforderungen an *Lage, Infrastruktur und soziale Einbindung der AWGs* (z.B. Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel, Einkaufsmöglichkeiten, Tagesstruktur) (vgl. WEDEKIND u.a. 1994, S.23).

Quantitative Entwicklung

Die Tabellen 1 und 2 zeigen den Stand und die Entwicklung der Dezentralisierung im Rheinland, d.h. der Außenwohngruppen.

Heim	Plätze gesamt	Plätze in Kernheim	in Außen- Stelle	AWG- Plätze	AWG in %
Bedburg-Hau	716	219	114	383	54 %
Düren	330	93	94	143	43 %
Langenfeld	399	278	---	121	30 %
Viersen	399	267	---	132	32 %
Bonn	181	116	---	65	36 %
gesamt	2.025	973	208	844	42 %

Tabelle 1: Wohnplätze in HPH, Anteil Außenwohngruppen (Düren incl. Gehörlosenheim Euskirchen, Langenfeld incl. Betriebsstelle Düsseldorf; Quellen: LVR-Vorlagen 1997)

Jahr	neue Plätze in AWG	Plätze in AWG gesamt
vor 1986	24	24
1986	24	48
1987	55	103
1988	70	173
1989	57	193
1990	122	270
1991	117	371
1992	83	446
1993	74	559
1994	26	582
1995	197	591
1996	189	644
1997	85	844
bis 6 / 1999	199	1.043

Tabelle 2: Entwicklung von AWG/AW-Plätzen im Rheinland 1986 - 1997 (Jahr der vertraglichen Sicherung)

Dezentralisierung in Düren

Konkretisiert für Düren sei wenigstens in Kürze angeführt:

- Realisiert sind von den 330 Plätzen inzwischen *143 Plätze (43%) als AWG-Plätze*, immer eingeschlossen das Gehörlosenheim Euskirchen.
- Das HPH Düren ist ohnehin *dezentral positioniert*: mit Standorten (Außen- bzw. Betriebsstellen) in Düren, in Nörvenich-Hommelsheim (westlicher Kreis Düren), in Wollersheim (südlicher Kreis Düren - Eifel), Euskirchen (Kreis Euskirchen).
- Von den drei großen Gebäuden aus Psychiatriezeiten (Krankenhausgebäuden) auf Klinik- bzw. HPH-Gelände wird vom HPH Düren in 2-3 Jahren nur noch *ein Gebäude mit 6 Gruppen* (als „zentraler Standort“) belegt sein.
- Zur sehr ländlich gelegenen Außenstelle Hommelsheim bei Nörvenich (6 Bungalows mit je 6-7 Plätzen) gehört ein *garten- und landwirtschaftliches Beschäftigungsangebot* für Bewohner (Hühnerhaltung, Gemüseanbau, Anlagenpflege usw.).
- Das *Gehörlosenheim Euskirchen* (50 Plätze) hat hinsichtlich des Personenkreises eine spezielle Ausrichtung; es besteht künftig nur noch als dezentraler Wohngruppenverbund ohne zentrale Einheit im Raum Euskirchen fort.
- In *konkreter Planung* für 1998 sind: a) eine Einheit mit drei AWG und HPZ-Funktionen in Düren, Nordstraße (Bezug 1998), b) ein Doppel-AWG mit Einliegerwohnung in Düren-Gürzenich (Bezug 1998), c) Doppel-AWG mit HPZ in Nörvenich (1999/2000 in Planung).
- Die *regionale Kooperation* ist eher begrenzt; es existiert ein Regionalkreis der Träger in den Kreisen Aachen, Düren, Euskirchen sowie der Stadt Aachen; weniger als ein Drittel der HPH-Bewohner ist in den örtlichen WfBs beschäftigt.

Grundfragen

„Behinderte gehören nicht in die Anstalt! Bis 1999 sollen 50% der Bewohnerinnen und Bewohner der HPH, die heute (d.h. 1994) noch auf Klinikgeländen leben, in Außenwohngruppen außerhalb der Anstalten betreut werden ...“ - so steht es in der 1994 zwischen SPD und B'90/GRÜNEN getroffenen Koalitionsvereinbarung in der Landschaftsversammlung Rheinland.

Im letzten aktuellen Beschluß des LVR-Ausschusses Heilpädagogische Heime heißt es zur Dezentralisierung weiterhin:

„Die Verwaltung wird beauftragt, ... für der Rheinischen Heilpädagogischen Heime - außer Bonn - einschließlich der Heilpädagogischen Bereiche der Rheinischen Landeslinik Viersen eine Dezentralisierungsplanung incl. Kostendarstellung vorzulegen unter der Maßgabe, daß 50% der jetzt noch in den Kernheimen befindlichen Plätze in Außenwohngruppen geschaffen werden sollen.

Die Planung soll berücksichtigen, daß keine weiteren Gebäude grundsaniert werden, sondern in den Heimgeländen nur solche Gebäude längerfristig genutzt werden, die saniert und umgebaut sind

oder mit kleineren Maßnahmen den Forderungen der Heimmindestbauverordnung entsprechend verändert werden können.

Die weitere Verwendung der aufzugebenden Häuser soll Gegenstand einer gesonderten Liegenschaftsplanung sein.“ (HPH 10/3, Sitzung vom 4.7.95).

Die diversen Diskussionen und Kontroversen im Zusammenhang mit Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung beziehen sich im allgemeinen auf vier Grundfragen:

1. die Frage nach der *Abgrenzung vom psychiatrischen Versorgungssystem* - wenn es darum geht, daß psychiatrische Krankenhäuser kein Ort zum Leben für Menschen mit geistiger Behinderung sind (Enthospitalisierungs bzw. heilpädagogische Eingliederung), daß aber psychiatrische Dienste ggf. komplementär nutzbar bleiben
2. die Grundsatzfrage, ob *Gemeinwesenintegration*, d.h. Wohnen im „normalen Wohnumfeld“ eine Perspektive für alle Menschen mit geistiger Behinderung darstellt - dies meint z.B. die Debatte um den Sinn von Großeinrichtungen, deren Entwicklung zu Schwerstbehindertenzentren usw.
3. die Frage nach *Qualitätskriterien normalisierter Wohnformen* (Infrastruktur, Betreuungskonzept, soziale Integration usw.), die Wohngruppen außerhalb der Einrichtungen zugrundegelegt werden sollen
4. die Frage danach, wie im normalen Wohnumfeld *spezielle Betreuungserfordernisse*, insbesondere bei Schwer- und Mehrfachbehinderungen sowie bei massivem Problemverhalten realisiert werden können.

Ein weitere Grundfrage, nämlich unter welcher *Trägerschaft neue Wohnformen* für Menschen mit geistiger Behinderung aus Psychiatrie und HPH aufgebaut werden sollten (AWGs in Trägerschaft der HPH selbst gegenüber Freie Trägerschaft), spielte - im Vergleich zu anderen Bundesländern (z.B. Hessen)- im Rheinland eine sehr untergeordnete Rolle.

Enthospitalisierung und Gemeinwesenintegration ?

Aktuelle allgemeine Gefährdungen

Verschärft durch den gewaltigen Kostendruck auf die Behindertenhilfe zeigt sich im Moment überall in Deutschland, wie *brüchig der gesellschaftliche und fachliche Konsens* in den o.g. Grundsatzfragen ist. Es fällt auch manche Irrationalität in der Diskussion auf: Wieso sollen z.B. eigentlich Menschen mit geistiger Behinderung in Großeinrichtungen vor personellen Einsparungen besser geschützt sein als in gemeinwesenintegrierten Wohnformen ? - Was sind aktuelle Gefährdungen ?

- *Gefährdung durch Pflegeversicherung*, wo, fehlgeleitet durch finanzielle Begehrlichkeiten, plötzlich oder mit klammheimlicher Freude (wie mancherorts unterstellt werden kann) in Heimbereichen oder psychiatrischen Behindertenbereichen die traditionellen Pflegestrukturen und -konzepte für Menschen mit geistiger Behinderung hervorgeholt oder restauriert werden, flugs Pflegeheime, Wohnpflegeheime oder Pflege- und Förderzentren konstruiert werden, als ob es Enthospitalisierung, heilpädagogische Förderung usw. nie gegeben hätte (siehe vor allem: Hessen, Württemberg, Westfalen, einige neue Bundesländer).
- *Gefährdung durch Beharrlichkeit zentraler Verwaltungs- oder Versorgungsstrukturen oder Gebäuden*: Hier liegt m.E. der wesentliche Hemmschuh für gemeinwesenintegrierte Entwicklungen. Interessant ist, daß auch das Ziel „Modernisierung von Verwaltung“ für eine erneute Anbindung an Krankenhausstrukturen instrumentalisiert werden kann (vgl. das Argument des „Synergieeffekts“ bei der zeitweise angestrebten gemeinsamen Verwaltung von Klinik und HPH im Rheinland oder die gemeinsamen GmbHs von Krankenhaus und HPE in Hessen); wo im übrigen finanziell attraktive Verwertungskonzepte für die alten Anstaltsgebäude vorlagen, wurden Dezentralisierungskonzepte sehr schnell umgesetzt.
- *Gefährdung durch knallharte Einsparungspolitik*, wo man zu notwendigen Reformen oder Angleichung an bessere Standards anderer Bundesländer längst nicht mehr bereit ist und entsprechend in neue Strukturen nicht mehr zu investieren bereit ist; auch durch fehlende Anpassung des *Personalbudgets* an allenthalben gestiegene Hilfebedarfe, teils vollzogene Personalkürzungen, mit der Konsequenz der Verschärfung des Betreuungsklimas, der Vergrößerung von Gruppen, der Masierung von kritischen Personenkreisen, von burn-out-Tendenzen beim Personal usw.

- *Gefährdung durch arbeitnehmerpolitische bzw. gewerkschaftliche Abwehrhaltungen*, bedingt z.B. durch Widerstände gegen Veränderungen von institutionszentriertem zu dezentral-regionalem Personaleinsatz, gegen mehr bewohnerorientierte und flexibilisierte Arbeitsmodelle, gegen personelle Kooperation öffentlicher und Freier Träger usw.
- *Gefährdung durch fehlenden fachlichen Konsens* über eine sinnvolle Trennung von Behindertenhilfe und Psychiatrie, durch lähmenden Streit und fehlende Kooperationskultur zwischen pädagogischen, therapeutischen, psychiatrischen und anderen Disziplinen; weder erscheint es m. E. fachgerecht, allen Menschen mit geistiger Behinderung „*psychiatrische Behandlungsnotwendigkeit*“ zuzuschreiben, noch erscheint es einsichtig, warum Pädagogen alles können sollen und komplementäre Unterstützung nicht nötig haben sollen.
- *Gefährdung durch Fehlen bzw. Nichtfinanzierung betreuungsintensiver Wohnkonzepte und spezielle Fachdienste*, um z.B. den Personenkreis massiv verhaltensauffälliger geistig Behinderter menschlich und fachlich verantwortlich betreuen zu können; deutlich beobachtbar ist, daß ausdrücklich aus Mangel an Personal oder speziellen Fachdiensten die Psychiatrie wieder verstärkt zur Lückenbüsserin für strukturelle Defizite in der Behindertenhilfe
- *Gefährdung durch geringere Toleranz, ja teilweise Widerstand der Gesellschaft* im allgemeinen, der betroffenen Bevölkerung oder Nachbarschaft im besonderen gegen weitere Integration von Menschen mit geistiger Behinderung ins normale Wohnumfeld; verschärft wird dies durch
 - *Verteilungskämpfe* um preiswerten Wohnraum, Arbeitsplätze und finanzielle Mittel (vgl. Leserbrieffrage in „Dürener Zeitung“: „Warum brauchen geistig Behinderte schönen Wohnraum?“)
 - durch wieder anwachsende *Behindertenfeindlichkeit* im Alltagsleben (vgl. Presseberichte über „Gewalt gegen Behinderte“)
 - durch politisch unbearbeitete oder gar geschürte Ängste vor „nicht mehr bezahlbaren Soziallasten“
 - durch *Ängste vor Sexualstraftätern* (was an Forensik-Standorten wie Düren noch verstärkt wird),
 - nicht zuletzt durch *gerichtliche Klagen* gegen Wertminderung oder Lärmbelästigung seitens Nachbarn gegen Behinderte (ein einschlägiges schwebendes Verfahren in Düren steht Anfang Januar 1998 zur Entscheidung beim OLG Köln an).

Gefährdungen im Rheinland

Auch im Rheinland war und ist der Konsens in einzelnen Grundfragen immer wieder gefährdet:

- Natürlich hat es von Anfang an ganz grundsätzliche Kontroversen zur Frage der Dezentralisierung und Gemeinwesenintegration gegeben; noch Mitte der 80er Jahre wurde heftigst um den Sinn des *Neubaus des HPH Bonn* als 120-Plätze Einrichtung an einem Standort gestritten.
- Trotz allgemeinem Dezentralisierungsbeschluß gibt es in den einzelnen HPHs teils recht unterschiedliche Einschätzungen über den sinnvollen *Grad der jeweiligen Dezentralisierung* und der Notwendigkeit, an zentralen Bereichen bzw. Diensten festzuhalten.
- Vor allem bei *Schwer- und Mehrfach behinderung* oder erheblicher Verhaltensauffälligkeit entzündeten sich immer wieder Forderungen, für diese eine *sog. Kerneinrichtung als „Ort zum Leben“* zu akzeptieren, verschärft durch den Einsparungsdruck auf die Betreuungsstandards und gesellschaftliche Abwehrhaltungen
- Und es hat immer wieder - erfreulicherweise bislang erfolglose - Versuche gegeben, anstelle einer weiteren Loslösung von der (ja durchaus fortschrittlichen rheinischen Psychiatrie) eine *erneute Zusammenführung* zu betreiben, so z.B. Verwaltungen zusammenlegen (Stichwort: Synergie-Effekt), Gesundheitszentren unter Einschluß der HPHs zu bilden usw.
- Ein Problem (wenn auch recht unterschiedlich in den einzelnen HPH) ist außerdem, wie - mit den WfBs oder neben den WfBs - eine Verbesserung der *Beschäftigungssituation bzw. der Tagesstrukturierung* erreicht werden kann.

Qualitätskriterien normalisierter Wohnformen

Zur aktuellen Diskussion

Die *räumliche* Veränderung von der Heimgruppe zur Außenwohngruppe ins normale Wohnumfeld schafft zwar wesentliche Voraussetzungen für Normalisierung und Integration, erbringt aber noch nicht automatisch eine *soziale Integration* und eine *optimale Lebens- und Betreuungsqualität*; dies ist auch nie behauptet worden.

Dahlfert hat kürzlich (1997) die Deinstitutionalisierungs-Entwicklungen in den USA, Großbritannien und skandinavischen Ländern unter dem Titel „*Zurück in die Institutionen*“ kritisch unter die Lupe genommen. Er stellte dabei fest, daß es vielfach versäumt wurde, „Qualitätskriterien normalisierter Wohnformen“ (S. 348) herauszuarbeiten. Auch von anderen Kritikern wurden immer wieder Schwachpunkte der Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung in Deutschland benannt, so z.B. neuerdings unter dem Aspekt von „Rehistorisierung“ von Jantzen (1996; 1997) oder unter dem Aspekt der „Re-Institutionalisierung“ von Dörner (1997).

Zwar haben wir im Rheinland - und in anderen Regionen, wo Enthospitalisierung aus der Psychiatrie und Wiedereingliederung in die Gemeinde ernsthaft betrieben wird - *keine „kalifornischen Verhältnisse“*, d.h. eine Politik der Anstaltsauflösung durch Entlassung in die Slums und damit in die soziale und psychische Verelendung, wie sie Dahlfert beschreibt und wie Scull (1980) es schon vor längerer Zeit beschrieben hat.

Dennoch haben wir uns auch hier den *Qualitätskriterien normalisierter Wohnformen* sowie der Frage nach Lebens- und Betreuungsqualitäten *systematischer, differenzierter und individualisierter* zu stellen als in der pauschalen Formel „Draußen ist besser als drinnen“ oder „drinnen ist besser als draußen“.

Das „Draußen im normalen Wohnumfeld“ ist nur selbstredend nur ein Qualitätsfaktor.

Normales Wohnumfeld - städtische vs. ländliche Verhältnisse

Ein Qualitätskriterium ist zunächst das *soziale Wohnumfeld* selbst; welches *konkrete Wohnumfeld* für den einen Bewohner geeignet ist, muß nicht automatisch für den anderen geeignet sein; auch hier gibt es *keine Standardbedingungen*.

Beispiel dafür sind etwa behinderte Menschen mit extremer motorischer oder verbaler Unruhe, für die z.B. eine Etagenwohnung oder ein typisches Reihenhaus in dichter Bebauung vielleicht nur mit kleiner Terrasse sicherlich wenig geeignet ist - nicht nur wegen der vorprogrammierten Konflikte mit der Nachbarschaft, sondern auch im *Interesse der persönlichen Entfaltungsmöglichkeit* des betreffenden Bewohners.

Die Spielräume für eine möglichst „gute Wohn- und Betreuungsqualität“ sind nicht überall gleich; sie hängen z.B. davon ab, ob es sich bei dem „normalen Wohnumfeld“ um *großstädtische Verhältnisse* und Ballungszentren oder um ausgesprochene *ländliche Bedingungen* handelt; dabei gibt es genauso Vorteile des urbanen gegenüber dem ländlichen Bereich (z.B. Mobilität, Infrastruktur) wie es Vorteile in umgekehrter Richtung gibt, z.B. Bewegungsraum, Entzerrung von Nähe (vgl. Fischer u.a. 1996).

Strukturelle Kriterien

Was infrastrukturelle Kriterien angeht, kann ich insbesondere auf die *Begleitforschung* zur Eingliederung geistig behinderter Menschen aus psychiatrischen Kliniken, Heilpädagogischen Heimen und Einrichtungen (Wedekind u.a. 1994), aber auch auf andere Erfahrungen (vgl. Bradl 1996; Bundesvereinigung 1996) Bezug nehmen. Hier werden etwa als Qualitätsmerkmale genannt:

- Die *Lage der Wohnung bzw. des Hauses* hat beispielsweise Einfluß auf Fahrwege (z.B. zur WfB), die Nähe zu Nachbarschaft (z.B. bei Konflikten wegen lautstarker Bewohner) oder den Zugang zur nötigen Infrastruktur (z.B. Einkaufen, lokale Treffpunkte). Bestimmte Wohnlagen (z.B. an verkehrsreicher Straße, Etagenwohnung, dichte Bebauung ohne Abgrenzungsmöglichkeit) schränken Bewegungsraum ein (z.B. ohne Aufsicht nach draußen gehen zu können) und fördern Konflikte mit dem Wohnumfeld (etwa durch Schreien und anderen Lärm, ggf. auch nachts). Zu lange Fahrten zu Schule, WfB, Tagesstätte usw. können gerade für Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten zusätzliche Quelle von Belastungen und Konflikten sein (Abhilfe: z.B. Einzeltransport, zusätzliche Begleitung im Bus).
- *Raumgrößen, Raumprogramm und Ausstattung* berücksichtigen beispielsweise Möglichkeiten von Einzelzimmern oder Appartement-Lösungen (z.B. für Bewohner mit Rückzugswünschen), von Entspannungs- und Ruhezonen (z.B. für einzelne sehr unruhige Bewohner) oder das Vorhandensein eines größeren geschützten Gartens (wo sich z.B. Bewohner mit großem Bewegungsdrang auch ohne ständige Begleitung aufhalten können). Grundsätzlich erscheinen alle innerhalb von Heimen gegebene bauliche oder Ausstattungs-Bedingungen, sollten sie erforderlich sein (z.B. spezielles Fensterglas oder spezielle Möbelbefestigungen), auch in „normalen“ Wohnungen möglich. *Ausreichender Wohnraum* (größere Zimmer oder Gemeinschaftsräume) oder Strukturierung des Wohnraums (Raumteilung, Nischen, Ebenen) ermöglichen mehr Bewe-

gungsraum (z. B. bei Aggression, Hyperaktivität) und individuellere Wahlmöglichkeiten des Aufenthalts.

- Die *Außenanlage*, insbesondere Vorhandensein und direkte Zugänglichkeit eines Gartens erweitern den Bewegungsraum nach außen; hilfreich sind auch eine gewisse Distanz und optische Begrenzungen zum Nachbargrundstück, um bei lauten oder anderweitig auffälligen Bewohnern nicht ständig in Nachbarschaftskonflikte zu geraten.
- Die *Gruppengröße* entscheidet darüber, ob überhaupt verhaltensschwierige Bewohner ins Gruppengeschehen integrierbar sind. Wohngruppen, die Menschen mit geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten integrieren, müssen kleiner als übliche Wohngruppen sein, um z. B. eine ruhigere Atmosphäre sowie einfachere, klarere und kontinuierlichere Beziehungen gestalten zu können. Begleitforschung: „als geeignete Gruppengröße erweist sich offenbar bei einem größeren Anteil schwerst verhaltensauffälliger Bewohner eine Anzahl von ca. 6 Personen“ (Wedekind u.a. 1994, S.268).
- Die *Wohnform* muß mehr von individuellen Bedürfnissen, Maßstäben und (auch ungewöhnlichen) Lebensstilen geprägt sein. Für einzelne Menschen ist in bestimmten kritischen Situationen oder Lebensphasen, unter Umständen auch auf längere Zeit, zu akzeptieren, daß sie ein Zusammenleben mit anderen in einer Gruppe zumindest zeitweise nicht ertragen und mit massiver Abwehr (Fremd- oder Autoaggression, autistischer Rückzug) reagieren; hier müssen Angebote zum Einzelwohnen (gruppennah, gut betreut, im Verbund) verfügbar sein (als spezielle Wohnform, z. B. Apartment-Konzept in Nähe einer Wohngruppe).
- Auch die *Art des Auszugs bzw. das Auszugskonzept* ist ein entscheidender Aspekt: Es war anfänglich die übliche Praxis, einzelne „geeignete“ (also: die sehr selbständigen und sozial unauffälligen) Bewohner aus bestehenden Wohngruppen herauszunehmen, vor dem Auszug sog. Trainingsgruppen zu bilden oder beim Auszug zu neuen Gruppen zusammenzustellen. Gerade das Prinzip von „Trainingsgruppen“ oder „Förderketten“ wirkt aber eher bremsend und selektierend. „Durch die Ausgliederung kompletter Wohngruppen entsteht automatisch die Notwendigkeit der Eingliederung schwerer und schwerstbehinderter Bewohner in die jeweilige AWG“ (Wedekind u.a. 1994, S.280).
- Ein sicherlich entscheidender Aspekt ist die *personelle Ausstattung*, wobei die quantitative Ausstattung (*Personalschlüssel*) ein Aspekt ist; es geht genauso um den Aspekt der *Qualifikation*, d.h. der fachlichen Qualifikationen, der Fachberatung, Leitung, Fortbildung und Supervision und um die Art des *Personaleinsatzes*. Dies trifft aber für Wohngruppen im Heim und für Außenwohngruppen gleichermaßen zu.
- Ein ganz wichtiger Aspekt ist ein *funktionierendes Krisenmanagement*. Es gibt zwar individuelle Lösungen von Mitarbeitern, mit Krisensituationen fertig zu werden, sei es *bewohnerorientiert* durch zeitweiligem Rückzug in Garten oder Zimmer, Einschlüsse ins Zimmer bis hin zu weiteren Maßnahmen, durch vorübergehende Verlegung in die Psychiatrie oder eine andere Einrichtung; sei es *mitarbeiterorientiert* durch Unterstützung durch einen begleitenden Dienst, erfahrene Mitarbeiter aus anderen Gruppen oder andere Personen. Hierzu wird auch in der Begleitforschung festgestellt, daß „in keiner der Einrichtungen ein systematisches funktionierendes Krisenmanagement existiert.“
- Das Vorhandensein bzw. die Erreichbarkeit *tagesstrukturierender Angebote*, auch stundenweise oder unregelmäßig, ermöglicht einen „normalen“ Milieuwechsel und für den Personenkreis geeignete Beschäftigungsangebote.

Wohnformen

Mit der Zeit sind im Rahmen der Dezentralisierung im Rahmen der HPH durchaus unterschiedliche Wohnformen entstanden:

- Einzel-/Paarwohnung, Gruppenwohnung
- Appartement bei AWG
- Einzel-AWG, Doppel-AWG
- AWG mit HPZ

Diese vorhandenen *Differenzierungen der Wohnformen* sollten nicht zugunsten von Standard-AWGs (Doppel-AWG mit 2 x 8 Plätzen) aufgegeben werden.

Personelle Spielräume

Dezentralisierung verteilt die vorhandenen Ressourcen von einer Zentraleinrichtung in die Region. Dies gilt insbesondere für die wichtigsten Ressourcen, die Mitarbeiterschaft - hinsichtlich ihrer Quantität (Personalausstattung) und Qualifikation. Insofern kann Dezentralisierung zunächst nur auf dem

personellem Niveau vonstatten gehen, das einem Träger jeweils zur Verfügung steht oder das der Träger beim Kostenträger für *innovative Entwicklungen* mobilisieren kann. Und dies kann, wie wir täglich mehr und mehr spüren, ein höheres oder ein niedrigeres *Betreuungsniveau* sein. All dies hat dann Auswirkungen z.B. auf Gruppengröße, tägliche Besetzung, Aktivitäten, usw. sowie auf die generelle Realisierbarkeit der o.g. *Qualitätskriterien*, was aber sowohl für Wohngruppen drinnen wie draußen gleichermaßen gilt.

Zwischen Anspruch und Realisierbarkeit

Die Zusammenstellung von Qualitätskriterien sind eine Seite, die *realisierbare Praxis* die andere Seite; dort zeigt sich, daß immer wieder an verschiedenen Stellen *Kompromisse* gemacht werden, auch werden müssen, z.B. angesichts des Wohnungsmarkts (z.B. in Großstädten), der Finanzierbarkeit, der schnellen Realisierbarkeit usw. usw.

Ich möchte auch vor einem *falschen Umgang* mit den genannten und anderen qualitativen Bedingungen warnen: Ich habe vielfach eine Strategie erlebt, qualitative (auch quantitative) Bedingungen nur möglichst hoch zu hängen, um eine quasi fachliche Entschuldigung dafür bereit zu halten, überhaupt nichts ändern zu brauchen. Dies betrifft Diskussionen wie:

- erst müssen Bewohner dies und jenes können (z.B. sich alleine anziehen, Straßenbahn fahren, nicht laut sein u.v.a.), dann kommt ein Auszug in Frage
- erst brauchen Bewohner einen WfB-Platz, dann dürfen sie in AWG ziehen
- erst brauchen wir mehr Personal, dann planen wir Auszug
- erst Freie Träger fragen, wenn der ablehnt, dann dürften wir als öffentliche Einrichtung eine AWG einrichten.

Hier handelt es sich oft um - fachlich nur mühsam verbrämte - *Verhinderungsstrategien*.

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Alle Einrichtungen der Behindertenhilfe haben sich infolge des § 93 BSHG n.F. spätestens ab 1999 den Anforderungen der *Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung* zu stellen, was sich insbesondere bezieht auf:

- Kriterien von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität
- Qualitätsmanagement (Verfahrensabläufe, Dokumentation, Qualitätszirkel usw.)
- Qualitätssicherungssysteme (z.B. DIN-EN-ISO 9000-9004, SYLQUE, LEWO, GBM).

Erste Erfahrungen im HPH Düren mit dem *Instrument LEWO* („Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung“ - vgl. Schwarte/Oberste-Ufer 1997) zeigen, daß es - bei aller Komplexität des Einsatzes - besonders geeignet ist, die Umsetzung der verschiedenen Aufgabenfelder in der alltäglichen Betreuung gerade unter *gemeinwesenintegrativen Zielkategorien* gut einzuschätzen. Nicht nur könnte man mit einem solchen Instrument Qualitätskriterien für normalisierte Wohnformen entwickeln, sondern auch Qualität in den Betreuungsstrukturen und in der Betreuungspraxis ständig weiterzuentwickeln.

LEWO bezieht sich nicht nur auf materiell-räumliche Kriterien, sondern auf folgende Arbeitsbereiche:

1. die materiellen Gegebenheiten eines wohnbezogenen Dienstes und seines sozialökologischen Umfeldes (*Aufgabenfeld "Wohnort, Einrichtung und Gestaltung der Wohnung und des Hauses"*),
2. die formalen und informellen Strukturen des Alltags, einschließlich der auf die Entwicklung von Selbstversorgungskompetenzen, Autonomie, Kommunikation und soziokulturelle Teilhabe bezogenen Aktivitäten und Förderangebote (*Aufgabenfeld "Alltagsstrukturen, Routinen, Angebote, Tätigkeiten"*),
3. die Beziehungen und Handlungsmuster zwischen Nutzern, Mitarbeiterinnen und anderen Personen (*Aufgabenfeld "Zusammenleben"*),
4. die sozialen Netzwerke von Nutzern innerhalb und außerhalb des Wohnbereichs (*Aufgabenfeld "Nichtprofessionelle Beziehungen und Netzwerke"*),
5. die Durchsetzung von Rechten, Ansprüchen und besonderen Schutzbedürfnissen von Nutzern (*Aufgabenfeld "Rechte / Schutz"*),
6. die Voraussetzungen und Bedingungen für eine effektive Personalentwicklung zur Sicherung qualifizierter Arbeit (*Aufgabenfeld "MitarbeiterInnenführung"*) und
7. die organisatorischen Strukturen und Ablaufprozesse (*Aufgabenfeld "Organisationsentwicklung"*).

Spezielle Betreuungserfordernisse

Normalisierung vs. Spezialisierung

Die Diskussion um *Normalisierung und Spezialisierung* geht häufig einher mit der Befürchtung, daß mit dem Auszug von Wohngruppen ins normale Wohnumfeld notwendige spezielle Betreuungserfordernisse verloren gehen. Dabei geht es erneut vor allem um Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung und mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten. Das Normalisierungsprinzip wird hier gewiß zu Recht hinterfragt und ist an dieser Stelle in seinen Absolutheitsanspruch differenzierungsbedürftig. Dabei geht es um folgende Fragen:

- Besteht im „normalen“ bzw. „normalisierten“ Lebensumfeld faktisch ein *Zugang zur allgemeinen sozialen Infrastruktur*, wie z.B. Kontakte ins soziale Umfeld (um z.B. der Vereinsamung vorzubeugen), Nutzung sozialer Einrichtungen (z.B. Schwimmbäder), Begleitung zu kulturellen Veranstaltungen usw. usw. ?
- Wie steht es um den faktischen *Zugang und der Qualität der Nutzung der Gesundheitsdienste* incl. der psychiatrischen Versorgung - wo ja derzeit viele sagen, dafür benötigen wir nicht nur spezielle Kompetenzen, Fachleute und Dienste, sondern auch Einrichtungen, die sich auf den betreffenden Personenkreis einstellen können ?
Meiner Meinung nach hat sich gezeigt, daß sich *Behandlungskonzepte innerhalb der Psychiatrie* nur dort für Menschen mit geistiger Behinderung sinnvoll realisieren lassen, wo auch eine *Betreuungskompetenz* für diesen Personenkreis gegeben ist (Beispiele im Rheinland: KJP Viersen, RLK Langenfeld), was aber innerhalb der Psychiatrie im größeren Rahmen nicht zu erwarten ist; deshalb kann es eigentlich nur Ziel sein, die psychiatrische Kompetenz komplementär dorthin zu holen, wo Betreuungskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung (nämlich in der Behindertenhilfe) besteht.
- Wird unter Normalisierungsgesichtspunkten der *spezielle heilpädagogische und auch (psycho-)therapeutische Hilfebedarf* vieler Menschen mit geistiger Behinderung, die jetzt in den Heilpädagogischen Heimen, Heilpädagogischen Einrichtungen oder noch in Behindertenbereichen psychiatrischer Krankenhäuser leben, nicht unterbewertet?
- In welcher Form bzw. mit welchem Konzept ist *Arbeit und Beschäftigung* speziell für o.g. Personenkreis organisiert ? Werden überhaupt z.B. die verhaltensschwierigen Menschen mit geistiger Behinderung in die WfBs aufgenommen, muß sich deren Konzeption, auch in sog. Förderbereichen ändern. Brauchen wir nach niederländischem Vorbild eher spezielle Tagesstätten mit sehr individualisierten, differenzierten und kreativen Angeboten ?

Begleitende und regionale Dienste

Es wäre in der Tat eine fatale Blickverengung, Gemeinwesenintegration auf den Lebensbereich des Wohnens („*gemeinwesenintegriertes Wohnen*“) zu reduzieren. Wohnintegration - gerade von Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung sowie mit massiveren Verhaltensproblemen - ist von Mitarbeitern des Wohnbereichs allein sicherlich nicht zu leisten. Neben erforderlichen *Beschäftigungsmöglichkeiten* geht es insbesondere um

- *Verbundstrukturen* - schon weil ein kleines Team einer Wohngruppe nicht alle Betreuungseventualitäten alleine auffangen kann, zumal wenn Erhöhungen des Personalschlüssels nicht zu erwarten sind
- organisierte Nutzung *regional vorhandener allgemeiner und spezieller Dienste* und Einrichtungen, z.B. Mobilitätshilfen bzw. Fahrdienste, fachärztliche Versorgung, Erwachsenenbildung
- *begleitende Dienste*, die bei einem Verbundsystem selbst anzusiedeln wären; hier denke ich vor allem an *beratende, heilpädagogische und therapeutische Dienste*, die in einer Region für Menschen mit geistiger Behinderung häufig nicht verfügbar gemacht werden können (psychosoziale Beratung, Therapie, Krisenintervention).

Von der *Institution zur regionalen Dienstleistung* sollte dabei die Perspektive sein, d.h. Zielgruppen sollte dabei sukzessive nicht nur die Bewohnerschaft des Wohnverbunds sein, sondern die in der Region lebenden Menschen mit geistiger Behinderung, deren Eltern und Angehörige und nicht zuletzt die Mitarbeiterschaft, für die ebenso ein Bedarf nach Fortbildung und Beratung existiert.

Finanzierungsmöglichkeiten

Natürlich kann man heute Innovationen nicht realisieren, ohne über Finanzierungsmöglichkeiten zu sprechen; dazu wenigstens einige allgemeine Anmerkungen:

- Wo gibt es - konform mit dem Dezentralisierungsansatz - *Umbaumöglichkeiten*: wie lassen sich institutionelle Finanzierungen in Richtung regionaler Dienstleistungen umlenken ?
- Wie lassen sich Ressourcen durch Entwicklung einer „*kooperativen Kultur*“ aktivieren (vgl. Beitrag von Herrn Eekelar aus den Niederlanden) ?
- Wie lassen sich zumindest teilweise *vorhandene allgemeine regionale Dienste* (mobile Dienste, Pflegedienste, Erwachsenenbildung, Beratungsdienste, im Einzelfall niedergelassene Therapeuten usw.) stärker für unseren Personenkreis nutzen ?
- Können auch *Krankenkassenleistungen* z.B. für therapeutische Leistungen (sicherlich nur in begrenztem Umfang, vgl. den Betrag von Herrn Stahl) in Anspruch genommen werden, - oder wo ist eine *Kooperation* mit psychiatrischen Kliniken, sozialpsychiatrischen Diensten bzw. psychiatrischer Ambulanz sinnvoll und möglich ?
- Wo und wie sind *Personalkonzepte* in den Einrichtungen zu verändern, etwa hinsichtlich *heilpädagogisch-therapeutischer Kompetenzen* innerhalb der Gruppen und hinsichtlich begleitender beratender, heilpädagogischer oder therapeutischer Dienste ? Dies betrifft auch die *Öffnung der Personalkonzepte*, sich z.B. durch Honorarverträge entsprechende Leistungen einkaufen zu können, was teilweise ja praktiziert wird, aber doch mit großen Vorbehalten.
- Aber auch: wie lassen sich die Hauptkostenträger, die *überörtlichen Sozialhilfeträger* und die dafür politisch verantwortlichen Gremien, von zwei Erfordernissen überzeugen: erstens, daß die im neuen § 93 BSHG geforderten *Qualitätsmaßnahmen* nicht mit Absenkung von Betreuungsstandards konform gehen können, und zweitens, daß der derzeitige *Strukturwandel* (Stichworte: Leistungs-, Entgelt-, Qualitätsvereinbarung; Pflegeversicherung usw.) Innovationen auch innerhalb der Einrichtungen erfordert, die man auch personell-materiell sichern muß; jedes private Unternehmen weiß und tut das.

Heilpädagogische Zentren im Rheinland (HPZ)

Die Notwendigkeit, Dezentralisierung im Rheinland nicht auf den Wohnbereich zu beschränken, brachte Anfang der 90er Jahre zunächst den Begriff der „*Heilpädagogischen Dienste*“ ins Gespräch, der sich später - wohl hauptsächlich in Anlehnung an die „sozialpsychiatrischen Zentren“ - zu „*Heilpädagogischen Zentren*“ (HPZ) wandelte. In der zuletzt von den LVR-Gremien gebilligten Vorlage heißt es hierzu:

„Im Zuge der weiteren Dezentralisierung wird es notwendig, die dabei entstehenden Außenwohngruppen in regionalen Wohngruppenverbänden zu organisieren. Die Förderung der Bewohnerinnen und Bewohner dieser Wohngruppen soll durch die direkte Zuordnung gruppenübergreifender Förderbereiche zum jeweiligen Wohngruppenverbund verbessert werden. Dies soll ermöglicht werden, indem auch der gruppenübergreifende Förderbereich des Heims in die Dezentralisierung miteinbezogen wird. Der Standort dieser Angebote soll künftig im HPZ des jeweiligen Wohngruppenverbundes sein und nicht mehr wie bisher die Zentraleinrichtung. ...
Ein HPZ soll in der ersten Stufe BewohnerInnen und MitarbeiterInnen, die in der Einrichtung leben bzw. arbeiten, bedienen. Eine Öffnung auch für geistig behinderte Menschen aus der Region könnte in einer zweiten Stufe erfolgen“ (Vorlage 10/12 HPH).

Als entsprechende HPZ-Funktionen werden - neben der Organisation des Wohnverbunds - genannt:

- Begegnung und Freizeitgestaltung
- Tagesstrukturierende Angebote
- Therapeutische Angebote,
- Fortbildung von Mitarbeitern.

Es muß angefügt werden: *Faktische Konzeption und tatsächliche Angebote* der momentan im Entstehen begriffener HPZs (auch in Düren ab Anfang 1998) hängen natürlich von den finanziellen und personellen Ressourcen ab, die ja bekanntlich gedeckelt sind. Ich denke, daß regionale heilpädagogische Dienste qualitativ mehr sein müssen als eine Verlagerung bescheidener gruppenübergreifender

Dienste nach Draußen; auch die nötige *Kooperation und Vernetzung* in der Gemeinde muß personell organisiert werden. Auch hier würde wiederum über *Qualitätskriterien* zu sprechen sein.

Abschließende Bemerkungen

Wir können teilweise recht *unterschiedliche Entwicklungen in verschiedenen Bundesländern* beobachten, nicht nur entlang der Trennungslinie West/Ost, teilweise auch innerhalb eines Bundeslandes (wie z.B. in Nordrhein-Westfalen zwischen den beiden Landschaftsverbänden), was die genannten Grundfragen (Trennung von Psychiatrie, Gemeinwesenintegration, Qualitätsstandards und spezielle Angebote) angeht. Entscheidend scheinen jeweils die *politische Willensbildung* und die Entscheidungsprozesse in den zuständigen Gremien zu sein, wofür natürlich in den einzelnen Bundesländern eine recht unterschiedliche Ausgangsbasis besteht. Allgemein ist erschreckend, wie sehr die *restriktive Sparpolitik in den Haushalten von Bund, Ländern und Gemeinden* im Moment an den Grundpfeilern der sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderungen rüttelt.

Sind Innovationen - Weiterentwicklung heilpädagogischer Dienste trotz Einsparungen und Strukturwandel - derzeit möglich ? Welche Handlungsmöglichkeiten, welche Chancen verbleiben uns? Inwiefern können wir die Instrumente des Strukturwandels selbst nutzen?

Grundkonzeption sichern

Es geht um die *heilpädagogische Grundkonzeption*, die *Eingliederung ins normale Wohnumfeld* und die *begleitenden Dienste*; letztere brauchen einen besonderen Augenmerk - ohne sie wird die Wohnintegration besonders für betreuungsintensive Personenkreise nicht gelingen. Jedem Träger muß außerdem klar sein, daß er Konzept und Praxis zur Disposition stellt, wenn den Druck nachgibt und seine Einrichtung oder Teile als Pflegeeinrichtung definiert.

Eingliederungshilfe sichern

Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung kann sich nicht beschränken auf physiologisch-pflegerische Bedürfnisse, sondern muß darüber hinaus alle *menschlichen Grundbedürfnisse* und vor allem die *sozial-kommunikative Teilhabe sichern*: Kommunikation, sozioemotionale Sicherheit, Bewegung, Arbeit, Beschäftigung, Freizeit, Begegnung usw. - im Sinne einer umfassenden „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“.

Nur im Rahmen der Eingliederungshilfe ist realisierbar

- die fachlich qualifizierte Betreuung von Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung
- die heilpädagogisch-therapeutische Betreuung von geistig behinderten Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychischen Problemen
- die Neu- und Wiedereingliederung langzeithospitalisierter Menschen mit geistiger Behinderung (Enthospitalisierung)

Dafür sind pädagogische, heilpädagogische und therapeutische Qualifikationen, Erfahrungen und Konzeptionen sind erforderlich.

Qualitätskriterien herausarbeiten

Gute Lebens- und Betreuungsqualität kann nicht nur behauptet werden, die Kriterien müssen künftig transparent von den Träger- und Leitungsaufgaben bis hin zum Zusammenleben in den Wohngruppen transparenter durchleuchtet werden. Über das Instrument LEWO können die unterschiedlichen Dimensionen von Qualität bewertet und weiterentwickelt werden. Erst dann werden wir in der Lage sein, Widersprüche zwischen geforderten Qualitätskriterien und tatsächlichen Betreuungsstandards deutlich machen.

Ressourceneinsatz überprüfen

Zu viele materielle und personelle Ressourcen, zuviel psychische Energie werden vor allem in Großeinrichtungen häufig durch inner-institutionelle Dynamiken und bürokratische Abläufe aufgesogen. Mehr Investitionen sind erforderlich für *kleine Wohneinheiten* und begleitende Dienste. Mehr Vertrauen ist erforderlich für kleinere Einheiten bzw. Verbände, mehr *Autonomie* für Wohngruppen, mehr Budgets zur verantwortlichen *Selbstverwaltung* - auch wenn dies alles Anleitung und fundierte fachliche Begleitung braucht. Außerdem ist der *Personaleinsatz* hinsichtlich moderner dienstleistungsbezogener Konzepte zu hinterfragen.

Nutzerrechte stärken

Vielleicht ist in einer Phase der Privatisierung bzw. des Abbaus gesundheits- und sozialstaatlicher Leistungen die Lebens- und Betreuungsqualität behinderter Menschen nur als *Bürgerrecht* zu sichern. Als institutionsgebundene Mitarbeiter tun wir uns mit der *nutzerrechtlichen Perspektive* noch recht schwer, was natürlich auch mit dem Personenkreis schwerer und mehrfach geistig behinderter Menschen zu tun hat.

Daß die Bewohner als Nutzer ihre Bedürfnisse und Interessen formulieren können, wenn man einen entsprechenden *kommunikativen Rahmen* bereitstellt, zeigen z.B. immer wieder die *Viersener und hessischen Fortbildungstage*, oder *Kommunikationsmöglichkeiten für behinderte Menschen ohne Lautsprache*, die kürzlich mit Hilfe eines PC-Programms („Communica“) im HPH Bedburg Hau vorgestellt wurden.

Nutzerinteressen sind bislang im wesentlichen über die *Heimbeiräte* organisiert, die aber, so die Erfahrungen, um effektiv zu sein, professionelle Begleitung brauchen - ähnlich die Kooperation mit den gesetzlichen Betreuern (Angehörige, Ehrenamtliche, Betreuungsvereine usw.).

LEWO versucht auch *die Bewohner als Nutzer in die Qualitätssentwicklung* einzubeziehen und schlägt eine Reihe von entsprechenden Möglichkeiten vor (vgl. Schwarte/Oberste-Ufer 1997, 60 ff.). Gromann hat in ihren Referat bei der letzten WISTA-Tagung in Berlin Verfahren aus den USA zur Qualitätsbeurteilung durch geistig behinderte Nutzer selbst vorgestellt (z.B. mit Bildmappen).

„Wenn wir Nutzerkontrolle ernstnehmen, geht es dabei nicht um das einmalige Feststellen von >Wohnwünschen< oder der Zufriedenheit mit dem jetzigen Angebot. Es geht um das systematische Einbeziehen persönlicher Lebensziele und der Bewertung der gegenwärtigen Lebenssituation geistig behinderter Menschen sowohl in die pädagogische Planung von Hilfen wie in die zukünftig verbindlich geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Dienste und Einrichtungen“ (Gromann 1997).

Nutzerkontrolle (Kontrolle der Fachleute durch Nutzer) - dem werden wir uns m.E. stellen müssen - wird bei dem hier angesprochenen Personenkreis immer noch häufig *stellvertretend*, d.h. als Interessenwahrnehmung sowohl durch engagierte Mitarbeiter wie durch gesetzliche Betreuer - geschehen müssen.

Und die DHG?

Was kann hier ein Verband wie die DHG tun?

- Zunächst ist es überhaupt wichtig, eine *Innovationskultur* auch unter schwierigen ökonomischen und sozialpolitischen Bedingungen aufrechtzuerhalten.
- Wenn die Zeiten schwieriger werden, sollten *Kräfte und Ressourcen gebündelt* werden, wofür die DHG ein Forum sein könnte.
- Insbesondere muß es eine fachliche und politische *Interessensvertretung für sog. Problemgruppen* unter den Menschen mit geistiger Behinderung (oder: für geistig behinderte Menschen mit intensivem oder speziellerem Hilfebedarf) geben.
- Es zeigt sich gerade jetzt, wie wichtig es ist, deren Interessen in Debatten wie die um die *Abgrenzung von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung sowie die Umsetzung des neuen § 93 mit Leistungs-, Vergütungs- und Qualitätsvereinbarungen* einzubringen.
- Wenn es zutrifft, daß noch einmal bundespolitisch Bewegung entsteht gegen die von einigen Sozialhilfeträgern massiv betriebene *unerträgliche Umwandlung von Behinderteneinrichtungen oder Bereichen in Pflegeheime*, worauf ein Rundschreiben der vier Fachverbände hinweise, muß sich auch die DHG offensiv einbringen.

Literatur

Bradl, Ch.: Enthospitalisierung im Rheinland. In: Bradl/Steinhart (Hg.), Mehr Selbstbestimmung ... a.a.O. 1996, 135-148

Bradl, Ch.; Steinhart, I. (Hg.): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Kritische Analysen und neue Orientierungen in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Psychiatrie-Verlag: Bonn 1996

Bradl, Christian: Urbanes Wohnen von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung am Beispiel Düren. In: Fischer, U. / u.a. (Hg.) a.a.O. 1996, 205-222

Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.): Wenn Verhalten auffällt ... Eine Arbeitshilfe zum Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag 1996 (DM 19,50)

Conty, Michael; Pöld-Krämer, Silvia (Hg.): Recht auf Teilhabe. Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen. Bielefeld: Bethel-Verlag 1997

Dahlfert, Matthias: Zurück in die Institutionen ? Probleme der gemeindenahen Betreuung geistig behinderter Menschen in den USA, in Norwegen und Großbritannien. In: Geistige Behinderung 4/97, 344-357

Dörner, K. (1997): Reformstau. Von der De-Institutionalisierung zur Re-Institutionalisierung. In: Soziale Psychiatrie 3/97, 11-13

Fischer, Ute; Hahn, Martin; Klingmüller, Bernhard; Seifert, Monika (Hg.): Urbanes Wohnen für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag 1996

Gromann, Petra: Die Problematik der Beurteilung von Wohlbefinden aus der Außenperspektive - Schwierigkeiten der „Messung“ von subjektiver Lebensqualität. Vortrag bei WISTA-Tagung, Berlin Sept. 1997 (unveröff. Manuskript)

Jantzen, Wolfgang: Deinstitutionalisierung. In: Geistige Behinderung 4/97, 358-374

Jantzen, Wolfgang: Enthospitalisierung und institutioneller Kontext: Einrichtungen für Behinderte in der modernen Gesellschaft. In: Behindertenpädagogik 3/96, 258-275

Schwarte, Norbert; Oberste-Ufer, Ralf: LEWO - Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrumentarium zur Qualitätsentwicklung in der sozialen Rehabilitation. Marburg: Lebenshilfe-Verlag 1997

Scull, A.T.: Die Anstalten öffnen? Decarceration der Irren und Häftlinge. Frankfurt/ New York: Campus 1980

Seifert, Monika: Lebensqualität und Wohnen bei schwerer geistiger Behinderung. Theorie und Praxis. Reutlingen: Diakonie-Verlag 1997

Seifert, Monika: Wohnalltag von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung. Eine Studie zur Lebensqualität. Reutlingen: Diakonie-Verlag 1997

Wedekind, Rainer; Conrath, B.; Muth, Th.: Wege der Eingliederung geistig behinderter Menschen aus psychiatrischen Kliniken in ein Leben so normal wie möglich. Nomos-Verlagsges.: Baden-Baden 1994

Christian Bradl, Dipl.-Pädagoge
Rhein. Heilpädagogisches Heim Düren
Meckerstr. 15, 52353 Düren

Anmerkungen zur Novellierung des § 93 BSHG

Leider konnte uns Herr Klaus Heuser (Landschaftsverband Rheinland, Landessozialamt, Köln) aus Zeitgründen sein bei der DHG-Tagung gehaltenes Referat nicht zur Verfügung stellen. Um die referierte Thematik trotzdem hier zu berücksichtigen, drucken wir hier einen Kurzbeitrag von Frau Prof. Iris Beck ab, in den die von Herrn Heuser referierten Informationen eingearbeitet worden sind.

1. Wortlaut

Der Träger der Sozialhilfe ist zur Übernahme von Aufwendungen für die Hilfe in einer Einrichtung nur verpflichtet, wenn mit dem Träger eine Vereinbarung über

1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistung (*Leistungsvereinbarung*) (93a,1)
2. Die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (*Vergütungsvereinbarung*) (93a,2)
3. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungen (*Prüfvereinbarung*) besteht. (93a3)

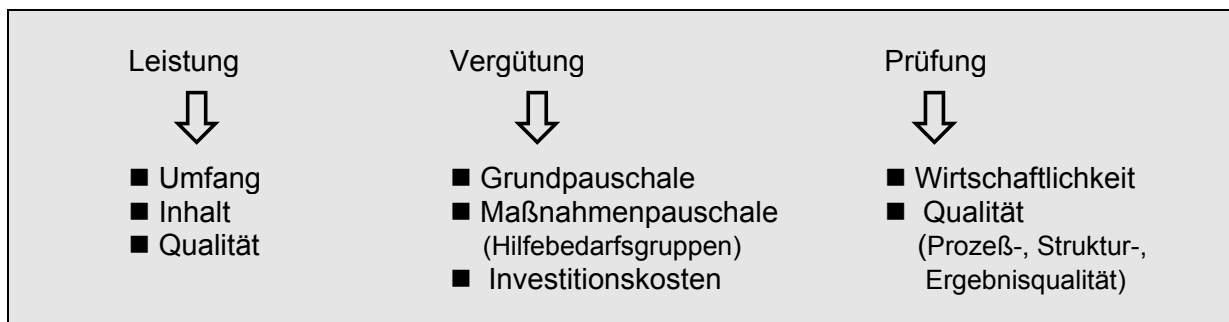
Die Vereinbarung über die Leistung muß die wesentlichen *Leistungsmerkmale* festlegen, mindestens jedoch die betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtung, den von ihr zu betreuenden Personenkreis, Art, Ziel und Qualität der Leistung, Qualifikation des Personals sowie die erforderliche sächliche und personelle Ausstattung. In der Vereinbarung ist die Verpflichtung der Einrichtung aufzunehmen, im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebotes Hilfeempfänger aufzunehmen und zu betreuen.

Die Träger der Sozialhilfe vereinbaren mit dem Träger der Einrichtung *Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung* der Leistungen sowie für das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen. Das Ergebnis ist festzuhalten und in geeigneter Form auch den Leistungsempfängern der Einrichtung zugänglich zu machen.

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen (Einschätzung des Bedarfs als Mindeststandard definiert).

Vergütungsvereinbarung:

1. *Pauschale für Unterkunft und Verpflegung:* Grundpauschale; einheitlich analog Einrichtungstyp
2. *Maßnahmenpauschale:* Die Maßnahmenpauschale wird nach Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf kalkuliert (einheitlich bundesweit für bestimmten Einrichtungstyp und bestimmte Gruppe)
3. *Investitionspauschale:* Betrag für betriebsnotwendige Anlagen.



2. Anmerkungen zur Ökonomisierung als tragendem Moment der aktuellen "Qualitätsdebatte"

Im Spannungsfeld von Interessen

Die Ziele für die Behindertenpolitik, die Angebotsstrukturen und die Lebenslagen der behinderten Menschen unterliegen immer einem *Spannungsfeld unterschiedlicher gesellschaftlicher Interessenlagen* und Sichtweisen von sozialen Problemlagen:

- dem Spannungsfeld zwischen humaner Akzeptanz und solidarischer Hilfe einerseits und
- Ausgrenzung, Marginalisierung, Begrenzung von Hilfen durch die Ideologie der Brauchbarkeit und wirtschaftlichen Nützlichkeit andererseits.

Die derzeitige Qualitätsdebatte muß, wie alle Diskussionen und Entwicklungen, hinsichtlich ihrer tragenden Momente in diesem Spannungsfeld verortet werden, hieraus entspringt das Begriffschaos um Kunde, Wettbewerb, Controlling, Marktorientierung versus Selbstbestimmung, Adressatenorientierung, Integration, Lebensqualität. Sie spiegelt dabei denn auch weniger eine gänzlich neue Entwicklung, als vielmehr eine *Verschärfung dieses traditionellen Spannungsfeldes* durch Reduktion solidarischer Hilfen und eine Veränderung in der Frage der Gestaltung und Bewertung der Lebenslagen behinderter Menschen wider.

Ganz wichtige Gradmesser für die Ausweitung oder Begrenzung von Hilfen sind das *Final- und Bedarfsprinzip*: Hilfen sollen dem individuellen Bedarf entsprechend, vor Ort und ausreichend zur Verfügung stehen; Hilfen sollen nicht am Defizit, an der Ursache oder Art der Schädigung, sondern einzig an den Folgen für die individuelle Lebensführung und an der umfassenden Eingliederung orientiert gewährt werden. *Ökonomisierung und Leistungsorientierung* sind wesentliche Gefährdungsmomente für die Umsetzung von Bedarfs- und Finalprinzip und sie finden sich aktuell in den Vorschlägen für die Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes § 93.

Leistungs-, Vergütungs- und Qualitätsvereinbarungen

Im Rahmen dieser Novellierung müssen ab 1999 *Qualitätsstandards* für die Arbeit in den Einrichtungen zwischen den Kostenträgern - sprich Sozialverwaltungen - und den Trägern der Einrichtungen vereinbart werden, ebenso wie detaillierte *Vereinbarungen über die Vergütung und die Wirtschaftlichkeit* sowie deren Prüfung. Ziel ist es, durch einheitliche Verfahren und Wettbewerb unter den Einrichtungen, den Trägern der Sozialhilfe Einfluß bei der Kostenentwicklung zu geben. Deshalb müssen die seit 1994 vereinbarten Entgelte zu einem an marktwirtschaftlichen Regeln ausgerichteten Preis-/ Leistungssystem fortentwickelt werden. Die Einrichtungen unterbreiten anhand der Leistungsvereinbarung ein Angebot, für das sie nach *marktwirtschaftlichen Kriterien* kalkulierte Vergütungen erhalten. Dabei ist nur von „Einrichtungen“ allgemein, nicht von denen der freien Wohlfahrtspflege die Rede, die danach also ihre Vorrangstellung endgültig verlieren. Damit werden die Einrichtungen zur effektiven Leistungserbringung und betriebswirtschaftlichen und marktähnlichen Entwicklung gezwungen.

Vor diesem Hintergrund werden derzeit überall *Verfahren zur Qualitätssicherung* eingesetzt, zum Teil mit dem Vokabular und dem Geist des betriebswirtschaftlichen Produktcontrolling, Kundenorientierung und der Eröffnung lukrativer Marktbereiche (Stichwort ISO 9000). Schließlich ist dann auch die Überprüfung der Qualität der Einrichtungen vorgesehen, sie unterliegen damit erstmals Kontrollmechanismen. Dabei soll neben der *Struktur- und der Prozeßqualität* der Einrichtung auch das *Ergebnis*, also das Ziel der Eingliederungshilfe beim einzelnen behinderten Menschen, überprüft werden. Dafür ist die klare Definition von Eingliederungszielen und die trennscharfe Abgrenzung der Eingliederungshilfe von der Pflege notwendig.

Reduzierung der Eingliederungshilfe

Hier bestehen nun berechtigte Befürchtungen, daß dies zu einem Erfolgswang führt, daß diese Prüfungen bei den Menschen, die in ihrer Eingliederung keine Fortschritte gemacht haben, zu einer *Reduzierung der Eingliederungshilfe* führen könnten und mit einer Zuweisung zum Bereich der Pflege zu rechnen ist. Der behinderte Mensch, dessen Lebenschancen durch eine Zuweisung zu einem Pflegeheim erheblich beschnitten würden, würde gleichsam bestraft, nicht die Strukturen.

Betroffen sind alle Einrichtungen (ambulant - teilstationär - stationär), die Hilfen nach §39 und 40 BSHG erbringen (hierzu gehören auch die Hilfen zum Schulbesuch und vorschulische Hilfen!). Von großer Bedeutung ist weiter, daß durch die BSHG-Novellierungen der Grundsatz der individuell anzupassenden und final ausgerichteten Hilfe aufgegeben wird

1. durch die Begrenzung auf eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Hilfe, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet“ und
2. durch die Bildung von vergleichbaren Gruppen auf der Basis eines zu messenden Hilfebedarfs. Läßt sich ein behinderter Mensch einer Gruppe zuordnen, gilt damit sein individueller Hilfebedarf als erfüllt.

Zum Gruppenmodell

In diesem Rahmen wurde vom BMG, das für die inhaltliche Ausgestaltung der Novellierung verantwortlich ist, ein Forschungsprojekt finanziert zur *Überprüfung eines Gruppenmodells*. Der vorgelegte Bericht (das sog. Haas-Gutachten) gibt unter fachlich-wissenschaftlichen und ethischen Aspekten aufgrund der darin enthaltenen *Reduktion des Behinderungsbegriffes* und des einseitig an Defiziten orientierten statischen Menschenbilds zu höchster Besorgnis Anlaß. In Anlehnung an die Pflegegruppen nach der Pflegeversicherung wurde eine auf einfachsten Definitionen von Hilfebedarf beruhende Zuordnung von Menschen nach eindimensional gefaßten Schädigungsarten vorgenommen, weiter gestuft nach leichten, mittleren oder schweren Defiziten. Die individuelle Bedarfssituation wird dabei gleichsam in einzelne Bestandteile zerlegt: hier geht es um medizinische Versorgung- dort um die soziale Eingliederung, hier um aktivierende Pflege; dort nur um die geistige, hier nur um die körperliche Einschränkung... unvermeidbar ist dann die Bildung von „Restgruppen“.

In ebenfalls vorliegenden Vorschlägen zur *Definition von Eingliederungszielen* wird wieder vorrangig die *berufliche Eingliederung* zum Maßstab genommen wird, darüber hinaus habe sich die Eingliederung im Sinne der Normalisierung an einem vergleichbaren Nichtbehinderten zu orientieren. Solchen Vorschlägen liegt nicht nur eine Pervertierung des Normalisierungsprinzips im Sinn einer einseitigen Anpassung, sondern auch eine von utilitaristischen Prämissen geprägte Denkweise zugrunde.

Die geplanten Schritte zur Qualitätssicherung müssen in engstem Zusammenhang mit *Kostendämpfungen und Reduktionen bei der Sozialhilfe* gesehen werden, sie könnten Final- und Bedarfsprinzip weiter so aushöhlen, daß weite Bereiche pädagogischer und sozialer Hilfen zur Eingliederung beschnitten werden, sie führen zu einer Stärkung marktwirtschaftlicher Elemente bei der Leistungserbringung und zum endgültigen Verlust der Vorrangstellung der freien Wohlfahrtspflege.

3. Hintergründe

Rechtliche Hintergründe

1994 erfolgte die Einführung der *Budgetierung bzw. prospektiver Pflegesätze*, d.h. Einrichtungen arbeiten mit Gewinn und Verlust auf der Grundlage des einmal ausgehandelten Pflegesatzes (Vereinbarung leistungsgerechter Entgelte). Gleichzeitig war vorher schon *Deckelung* der Pflegesätze beschlossen (seitdem andauernd).

Durch *Einführung der Pflegeversicherung* wurde eine Reduktion der Kosten der Sozialhilfeträger erhofft, v.a. im stationären Bereich; außerdem:

- Einführung *marktwirtschaftlicher Elemente* durch Zulassung privater Anbieter, dadurch Entstehen von Konkurrenzsituation, Verlust der Vorrangstellung der freien Wohlfahrtspflege.
- Abbau *ordnungspolitischer Maßnahmen*: freier Markt regelt sich selbst; Sicherung von Qualität durch Vereinbarung von Qualitätsstandards und deren Prüfung.
- *Definition Pflegebedürftigkeit*: eng begrenzt auf unmittelbare Pflegebedürftigkeit; Bildung von Gruppen (leicht, mittel, schwer pflegebedürftig) nach einfachsten Definitionen von Pflegebedarf. Schaffung eines *Medizinischen Dienstes* zur Einteilung. Folgen: *wenig Einordnung in Gruppe 3*, da Kostenreduktion angezielt war und auch die Definitionen sehr eng ausgelegt wurden, zudem werden ja weite Teile des tatsächlichen Bedarfs gar nicht erfaßt.
- *Dokumentationszwang und Art der Leistungen* in der Praxis führt zur „Pflege im Minutentakt“, breite empirische Studie (Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim) hat bereits erhebliche Überlastung und Demotivierung beim Pflegepersonal nachgewiesen.

Die angezielte Kostenreduktion bzgl. Sozialhilfekosten bei behinderten Menschen ist nur sehr gering ausgefallen, da der Personenkreis Behinderter in der Pflegeversicherung „vergessen“ wurde bzw. die Einrichtungen der Behindertenhilfe sich auf keinen Fall zur Pflegeeinrichtung umdefinieren wollten, was ja voraussetzt, daß in der Einrichtung Pflegeabteilungen unter Leitung einer Pflegefachkraft errichtet werden.

Eine nachträgliche Regelung (*Novellierung des SGB XI*) mußte gefunden werden: in Einrichtungen lebende behinderte Menschen, die pflegebedürftig sind, können einen bestimmten Prozentteil des Pflegesatzes durch die Pflegeversicherung finanziert bekommen, höchstens jedoch DM 500,-. Die

Eingliederungshilfe reduziert sich um den Betrag, bleibt aber die maßgebliche Leistung. Das wiederum konnte den Überörtlichen Kostenträgern nicht genügen; denn sie stehen unter dem Zwang zur Kostenreduktion; ein erklärtes Ziel der BSHG-Novellierung bleibt die Entlastung durch Überleitung zur Pflegeversicherung.

Ideologische und konzeptionelle Hintergründe

Neben den erhofften Kostenreduktionen gab es folgende Überlegungen der Kostenträger:

- Warum muß es eigentlich in jedem Bundesland unterschiedliche Pflegesätze geben?
- Was bekomme ich als Kostenträger eigentlich jeweils für Leistungen durch die Träger?
- Darf es jedem Träger überlassen bleiben, was er für „Integration“, Normalisierung“ „gute Hilfe“ hält, ob er Großeinrichtungen baut oder nur Wohngemeinschaften - welche Wirkung wird eigentlich jeweils erreicht bei den Adressaten der Hilfe?
- Klare Kostennachweise - Zwang zum betriebswirtschaftlichen Handeln auch in diesen „weichen“ Bereichen personenbezogener Dienstleistungen muß (Heuser)

Von Gesetzgeberseite gewollt ist der *Rückzug aus ordnungs- und leistungspolitischer Verantwortung*, d.h. nur noch Rahmenbedingungen vorgeben, unter denen sich ein „freier Markt“ entwickeln kann. Die Pflegeversicherung war der Vorlauf dazu.

4. Ziele und Problembereiche

Ziele der BSHG-Novellierung

- Vom Pflegesatz zur leistungsorientierten Vergütung
- Von der Input- zur Outputsteuerung
- Von der ideologisch gefärbten Zielaushandlung zur nachprüfbaren, wirtschaftlichen Qualitätssicherung
- Von der offenen Eingliederungshilfe zur begrenzten und kriteriengeleiteten Maßnahmenzuweisung sowie zur trennscharfen Abgrenzung von der Pflege
- Vom individuellen Hilfeanspruch zum Gruppenbedarf
- Vom Bedarfs- und Finalprinzip zum Kausaldenken
- Von der staatlichen Ordnungspolitik zur marktwirtschaftlichen Selbststeuerung, zu Konkurrenz und Wettbewerb

Problembereiche

- Definitionsproblematik: was ist eine Maßnahme, eine Einrichtung ..., insbesondere: was ist Eingliederung, Eingliederungsziel ?
- Abgrenzung Pflege - Eingliederung
- Bildung von Hilfebedarfsgruppen
- Grundpauschale: wie kann die praktische Unterschiedlichkeit der Angebote berücksichtigt werden, wenn die Grundpauschale einheitlich sein soll?
- Einschränkung des Bedarfs-, Final- und Individualisierungsprinzips (BSHG §3)
- Koppelung der Novellierung mit Kostendeckelung
- Koppelung der Novellierung mit Kosten- und Steuerungsproblemen der Sozialhilfe
- Bereits erfolgende Umwandlungen von Wohn- in Pflegeeinrichtungen („Heilpäd. Pflegeheime“) bzw. Gruppenbildung in Heimen („fördern“ - „pflegen“), Auflösung von Tagesförderangeboten
- Unsicherheit bzgl. der einzusetzenden Verfahren zur Qualitätssicherung und -beurteilung
- Bisher Ablehnung der verbandseigenen Qualitätsverfahren durch BMG
- Einführung rein betriebswirtschaftlich orientierter Qualitätssicherungsverfahren (Stichwort DIN ISO 9000) in der Praxis, Sprache und Denken von „Kunden“, „Wettbewerb“ etc. ohne Berücksichtigung tatsächlicher Verhältnisse
- Unkenntnis in der Praxis bzgl. Betroffenheit durch Novellierung
- Folgen der Definition von Kriterien der Eingliederungshilfe für den schulischen Bereich bzw. Perspektiven von Kindern und Jugendlichen, v.a. mit schwereren Behinderungen.

5. Aktueller Diskussionsstand

Federführend für die inhaltliche Ausgestaltung ist das Bundesministerium für Gesundheit (BMG); zwischen der BAG der Überörtlichen Sozialhilfeträger (BAG-ÜÖSoz), den Verbänden und dem BMG fand im Dezember die letzte Tagung statt. Von einer ad-hoc-Arbeitsgruppe wurden nun *Bundesempfehlungen* formuliert, die die Grundlage für inhaltliche Festlegungen, die die einzelnen Bundesländer treffen müssen, bilden. Über einige strittige Punkte wurde auf der Tagung Einigung erzielt, aber es blieben dennoch strittige Punkte, v.a. wie die Maßnahmenpauschalen und die Hilfebedarfsgruppen zu definieren sind.

Beispiel: wie definiert man die Maßnahmen? Als Einrichtungen oder als Leistungen? So definiert Hamburg z.B. Leistungsgruppen, in denen bestimmten Einrichtungstypen bestimmte Maßnahmen entsprechen (das typische WfB-Wohnheim bietet Leistungen zur Selbstversorgung an). Die Form muß also exakt dem Inhalt folgen. In Hessen wird dagegen ein Modell favorisiert, in dem eine Einrichtung unterschiedliche Inhalte anbieten kann (also neben Eingliederung auch Pflege). „Die Kernfrage aber ist und bleibt die Abgrenzung der Eingliederung von der Pflege; und auch wenn das Modell Hessen flexibler ist, es hat nichts damit zu tun, dadurch dem behinderten Menschen gerechter zu werden, sondern dem Kostenträger. Was ist das Ziel der Einrichtung und was braucht die Person? Förderung oder Pflege? Darauf läuft es hinaus.“ (Heuser).

Die Tendenz scheint derzeit dahinzugehen, als Grundlage für die Leistungsbeschreibungen *Leistungstypen* zu entwickeln. Diese stimmen im wesentlichen mit den vorhandenen Angeboten bzw. institutionalisierten Strukturen überein. Die *Maßnahmenpauschale* ist dann die Vergütung für die gemäß Leistungstyp vereinbarte Leistung. Die Bildung von Hilfebedarfsgruppen soll dann in zwei Stufen erfolgen:

1. Es wird nach der Qualität des Hilfebedarfs differenziert, dies entspricht der *Differenzierung von Leistungstypen*. Damit soll eine möglichst große Gruppe von Hilfeempfängern den typischen Hilfebedarf bezogen auf einen Leistungstyp widerspiegeln.
2. Ist innerhalb eines Leistungstyps eine weitere Differenzierung der Bedarfsgruppen notwendig, so wird diese nach dem *quantitativen Hilfebedarf* vorgenommen; es entstehen zur sog. „Basisgruppe“ mit idealtypischem Hilfebedarf sog. Ergänzungsgruppen (mehr oder weniger Hilfebedarf). Deren Anzahl soll allerdings begrenzt sein. Die Erhebung des Hilfebedarfs soll mit empirischen Verfahren vorgenommen werden.

Wer bestimmt, mißt, wer welche Maßnahme braucht? Hier läuft ein Vorschlag darauf hinaus, einen dem MDK der Krankenkassen vergleichbaren Dienst (als „Pädagogischer Dienst“?) einzurichten. Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt, Komplexität von Bedarfslagen, Notwendigkeit und Möglichkeiten pädagogischer Förderung auch bei sog. schwerer behinderten Menschen, Dynamik von Hilfebedarf, Individualität von Entwicklungsverläufen und die Fiktion der Homogenität von Gruppen etc.: diese Dinge werden kaum oder gar nicht in den vorliegenden Modellen beachtet.

Sollten die Bundesländer zu einer *Kategorisierung von Einrichtungstypen* kommen, würde damit natürlich das vorhandene Bild statisch repliziert, reformorientierte Weiterentwicklung wäre kaum möglich oder mitgedacht. Aus einer rein institutionsbezogenen Sichtweise würde die tatsächliche Komplexität in der alltäglichen Arbeit unterschlagen und es würden all diejenigen Personengruppen „vergessen“, die sich in diesen Einrichtungstypen nicht finden (z.B. zuhause lebende schwerer behinderte Erwachsene; all die sog. fehlplatzierten Menschen usw.). Daß dem tatsächlich so ist, darauf deuten vorliegende Entwürfe zur Klassifizierung von Leistungstypen, in denen nicht nur sämtliche integrativen Ansätze, sondern auch alle neben dem „mainstream“ liegenden Angebotstypen und eine Vielzahl begleitender *Hilfen* „vergessen“ wurden.

Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege haben Positionspapiere zur Problematik verfaßt und ein *Gegengutachten* zum Hilfebedarf in Auftrag gegeben (Forschungsstelle Lebenswelten Behinderter, Tübingen). Ob und wie dieses vom BMG und der BAG-ÜÖSoz einbezogen wird, ist derzeit noch unklar, allerdings scheint das BMG und die BAG-ÜÖSoz keines der von den Verbänden oder das von Tübingen entwickelte Instrument einsetzen zu wollen.

Auf eine in Bonner Abgeordnetenkreisen zumindest diskutierte Novellierung des SGB XI muß eingewirkt werden. Wichtigste Aufgabe für alle Fachkreise ist derzeit der fachlich überzeugende Nachweis, was Eingliederung bedeutet, warum pädagogische Förderung notwendig ist und welche Wirkungen sie auch bei sog. schwer behinderten Menschen zeigt (vgl. dazu Papier Bradl/Seifert).



Prof. Dr. Iris Beck, Universität Hamburg
Hullmannstr. 7, 26125 Oldenburg

Aktualisiertes Programm

Donnerstag, 4. Dezember 1997

- 10.15 - 10.45 Therapeutische Kompetenzen in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen
(Dr. B. Stahl, Rotenburger Werke, Rotenburg/Wümme)
- 10.45 - 11.15 Erfahrungen mit externer Beratung bei schweren Verhaltensproblemen geistig behinderter Menschen
- zur Arbeit regionaler Consulenteams in den Niederlanden
(H. Eekelaar, Consulenteam Nordbrabant/Limburg, Veldhoven, Niederlande)
- 11.45 - 12.15 Therapeutische Wohngemeinschaften
- zur Entospitalisierung geistig behinderter Menschen im Saarland
(R. Schmidt und Mitarbeiter, Merzig)
- 12.15 - 12.45 Außenwohngruppen und heilpädagogische Dienste in der Gemeinde
- aktuelle Entwicklungen und Diskussionen im Rheinland
(Ch. Bradl, Düren)
- 14.00 - 18.00 Parallele Arbeitsgruppen
- ab 19.00 Abendbuffet

Freitag, 5. Dezember 1997

- 9.00 - 10.30 Weiterentwicklung heilpädagogischer Dienste trotz Einsparungszwängen und Strukturwandel ?
- Aktuelle Entwicklungen zu Pflegeversicherung, Eingliederungshilfe und Leistungspauschalen
(K. Heuser, Landschaftsverband Rheinland / Landessozialamt)
 - Diskussion zum Thema (Moderation: M. Kube, Berlin)
- 11.00 - 13.00 Mitgliederversammlung DHG
- ca. 13.00 Ende der Tagung, Möglichkeit zu kleinem Imbiß

Anmeldung und Organisation

Tagungsort:	Evangel. Gemeindezentrum Düren-Birkesdorf Matthias-Claudius-Str. 8, 52353 Düren
Anfahrtshinweis:	Düren liegt zwischen Köln und Aachen. Bundesbahn: Köln Hbf, von dort mit SE nach Düren (ca. 30 Min.) PKW: A4 Köln - Aachen, Ausfahrt Düren
Tagungsbeitrag:	DM 70.- (für DHG-Mitglieder) DM 100.- (für Nichtmitglieder) incl. Pausengetränke, Mittagessen und Abendbuffet am Donnerstag, Mittagsimbiss am Freitag
Unterkunft:	Eine Liste von Hotels in Düren erhalten Sie mit der Anmeldebestätigung
Anmeldung Information zur Fachtagung	Bitte rechtzeitig mit beiliegendem Anmeldeformular an: Herrn Heinz Tietjen, Heilpädagogisches Heim Düren Meckerstr. 15, 52353 Düren Telefon: 02421 - 402228 - Fax: 02421 - 402286
Geschäftsstelle DHG:	Auf den Häfen 30/32, 28203 Bremen Tel. 0421 - 79 02 43; Fax: 0421 - 79 02 49

Anmeldebestätigung:	Sie erhalten von uns eine Anmeldebestätigung. Bitte erst dann Teilnahmebetrag überweisen und Hotel buchen. Absagen müssen wir uns aus Platzgründen vorbehalten.
---------------------	---

Tagesordnung

zur DHG-Mitgliederversammlung am 5.12.97

1. Bericht des Vorstands
2. Kassenbericht 1996
3. Entlastung des Vorstands
4. Neuwahl des/der Vorsitzenden und der zwei Stellvertreter/innen
5. Neuwahl der Kassenprüfer
6. Perspektiven und Arbeitsschwerpunkte der DHG
7. Verschiedenes

Wir laden alle Mitglieder der DHG zur Mitgliederversammlung ein. Gäste sind herzlich willkommen.

Weiterentwicklung heilpädagogischer Dienste

trotz Einsparungszwängen
und Strukturwandel ?

Fachtagung und
DHG-Mitgliederversammlung
4. - 5. Dezember 1997, Düren

Zum Thema

Sparkonzepte beeinträchtigen zunehmend die Lebens- und Betreuungsqualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Zugleich stehen wir inmitten eines gravierenden strukturellen Wandels in der Behindertenhilfe:

- Mit Einführung der *Pflegeversicherung (SGB XI)* sehen sich Einrichtungen mit einer verschärften Abgrenzungsproblematik (Eingliederungshilfe/ Pflege), Forderungen von Sozialhilfeträgern nach Pflegebereichen und Infragestellung von Eingliederungsansprüchen konfrontiert - trotz SGB-XI-Novelle (§ 43a).
- Die bevorstehende Ablösung des alten Pflegesatzverfahrens durch neue *Leistungs-, Vergütungs- und Prüfvereinbarungen (nach § 93 BSHG)* steht ebenso unter Spardiktat und läßt nach den bisherigen Diskussionen (z.B. Gruppenbildung, Maßnahmenpauschalen) befürchten, daß fachliche Standards nicht mehr aufrechterhalten können.

Wie ist auf diesem Hintergrund eine Weiterentwicklung heilpädagogischer Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung in der Gemeinde überhaupt möglich? Entsprechend dem Grundanliegen der DHG stellen wir diese Frage vor allem für *schwerer geistig behinderte Menschen, für solche mit Mehrfachbehinderungen und/oder Problemverhalten*. Wir denken, daß jener Personenkreis in besonders einschneidender Weise betroffen ist, wenn an der notwendigen Betreuung gespart bzw. die fachliche Arbeit auf Pflege reduziert wird, wenn Enthospitalisierungsprogramme gestoppt, Eingliederungsansprüche beschnitten und unzureichende Leistungspauschalen vereinbart werden.

Trotz dieser Entwicklungen in der Behindertenhilfe, über die am Freitagvormittag informiert werden soll, wollen wir auch praktische Ansätze zur *Weiterentwicklung von Hilfsstrukturen und fachlichen Konzepten* vorstellen und diskutieren. Die Fachtagung wählt dafür mit den Einführungsbeiträgen und Arbeitsgruppen am Donnerstag zwei Schwerpunkte:

1. *Hilfsstrukturen in der Gemeinde*: Bei Enthospitalisierung bzw. Dezentralisierung ging es bislang vor allem um Wohnformen (betreutes Wohnen, Wohngruppen, Außenwohngruppen usw.). Mehr und mehr wird aber deutlich, daß gerade für den genannten Personenkreis tagesstrukturierende Angebote (Beschäftigung) und begleitende (beratende, heilpädagogische, therapeutische) Dienste erst aufgebaut werden müssen. Welche Dienste brauchen wir? Wie sind sie derzeit zu realisieren? Wie ist die Fachkompetenz aus Einrichtungen hierzu nutzbar? Wo lassen sich Vernetzungen mit vorhandenen Diensten in der Gemeinde erreichen? (*Arbeitsgruppe 1*)
2. *Heilpädagogisch-therapeutische Kompetenzen*: Die Betreuung des genannten Personenkreises erfordert über die alltägliche Begleitung hinaus heilpädagogische und therapeutische Kompetenzen, insbesondere wo es um massivere Verhaltensauffälligkeiten bzw. psychische Probleme geht. Worin liegen die therapeutischen Kompetenzen in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen? Welche Arbeitskonzepte, evtl. Einzelfallbeispiele gibt es aus einzelnen Einrichtungen? Was erwarten bzw. befürchten Gruppenmitarbeiter? Wie können therapeutische Kompetenzen in die Gruppenbetreuung einfließen? Normalisierung des Wohnens kontra therapeutisches Milieu? (*Arbeitsgruppe 2*)

Diese Fragen sollen in den Arbeitsgruppen diskutiert werden. Wir bitten alle Teilnehmer, hierzu eigene Erfahrungen und Beiträge aktiv einzubringen.

Programm

Donnerstag, 4. Dezember 1997

- | | |
|---------------|--|
| ab 9.00 | Ankunft, Öffnung des Tagungsbüros |
| 10.00 - 10.15 | Begrüßungen |
| 10.15 - 11.00 | Zum heilpädagogisch-therapeutischen Ansatz bei geistig behinderten Menschen mit schweren Verhaltensproblemen
(<i>G.H. van Gemert, Groningen/ Niederlande - angefragt</i>) |
| 11.30 - 12.00 | Therapeutische Wohngemeinschaften
- zur Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen im Saarland
(<i>R. Schmitt und Mitarbeiter, Merzig</i>) |
| 12.00 - 12.30 | Außenwohngruppen und heilpädagogische Dienste in der Gemeinde
- aktuelle Entwicklungen und Diskussionen im Rheinland
(<i>Ch. Bradl, Düren</i>) |
| 12.30 - 14.00 | Mittagspause |
| 14.00 - 18.00 | Parallele Arbeitsgruppen |
| (1) | Tagesstrukturierung und begleitende Dienste:
Welche Dienste brauchen wir in der Gemeinde? |
| (2) | Heilpädagogisch-therapeutische Kompetenzen |
| ab 19.00 | Abendbuffet |

Freitag, 5. Dezember

- | | |
|---------------|--|
| 9.00 - 10.30 | Weiterentwicklung heilpädagogischer Dienste trotz Einsparungszwängen und Strukturwandel?
- Aktuelle Entwicklungen zu Pflegeversicherung, Eingliederungshilfe und Leistungspauschalen
(<i>Th. Frühauf, Bundesvereinigung Lebenshilfe, Marburg</i>)
- Diskussion zum Thema (<i>Moderation: Matthias Kube, Berlin</i>) |
| 11.00 - 13.00 | Mitgliederversammlung der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft (DHG e.V.) - <i>Tagesordnung siehe umseitig</i> |

ca. 13.00

Ende der Tagung
Möglichkeit zu kleinem Imbiß