DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT e. V.

Einigkeit und Recht und Gleichheit ?

Neue Weichenstellungen in der Behindertenhilfe

Tagungsbericht
DHG-Fachtagung
19./20.11.2001, Berlin

2002 ■ ■ ■ DHG-Schriften ■ ■ 7

DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (HRSG.)

EINIGKEIT UND RECHT UND GLEICHHEIT ?

NEUE WEICHENSTELLUNGEN IN DER BEHINDERTENHILFE

TAGUNGSBERICHT
DHG-FACHTAGUNG
19./20.11.2001, BERLIN

■ IMPRESSUM

HRSG.: DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT E.V. (DHG)
REDAKTIONELLE BEARBEITUNG: CARSTEN KRÜGER, BERLIN
EIGENVERLAG DHG
© DHG 2002, BERLIN / DÜREN 2002

DHG-GESCHÄFTSSTELLE:
HEILPÄDAGOGISCHES HEIM DÜREN, MECKERSTR. 15, 52353 DÜREN
INTERNET: WWW.DHG-KONTAKT.DE
EMAIL: MAIL@DHG-KONTAKT.DE

Inhalt

Vorwort 7

■ **ZUR EINFÜHRUNG**

CHRISTIAN BRADL: **Einigkeit und Recht und Gleichheit ?**
Begrüßung und Einführung 8

■ **SOZIALPOLITISCHE WEICHENSTELLUNGEN**

HELMUT FORNER: **Neue Weichenstellungen in der Berliner Behindertenhilfe**
Wohin fährt der Zug? 13

CLAUDIA ZINKE: **Kommunalisierung und Kostenteilung**
Neue Wege in der Brandenburger Behindertenhilfe 17

■ **WEICHENSTELLUNGEN FÜR EINRICHTUNGEN**

IRIS BECK: **Von der institutionellen zur personalen Orientierung**
Anforderungen an Einrichtungen 27

ANDREA LÜBBE: **Individuelle Hilfeplanung und Assistenzplanung**
Anforderungen an die Behindertenhilfe 35

ERIK WEBER: **Persönliche Assistenz - assistierende Begleitung**
Veränderungsanforderungen für professionelle Betreuung
und für Einrichtungen der Behindertenhilfe 41

■ **PERSPEKTIVEN**

MONIKA SEIFERT: **Selbstbestimmung im Alltag**
Erfahrungen und Wünsche von Menschen mit Behinderungen
Ergebnisse einer Podiumsdiskussion 54

■ **AUS DEN ARBEITSGRUPPEN**

CHRISTIAN BRADL: **Persönliche Assistenz -**
Herausforderung für Einrichtungen und professionelle Helfer ? 58

VOLKER CAROLL: **Persönliche Assistenz und Selbstbestimmung in Einrichtungen**
Ansätze in der praktischen Arbeit am Beispiel: Beteiligung bei Mitarbeitereinstellung 60

ULRICH NIEHOFF-DITTMANN, MELANIE DOHLE: **Persönliche Assistenz –**
neue Dienstleistung und Alternative zu Einrichtungen? 65

IRIS BECK: **Individuelle Hilfeplanung/Assistenzplanung** 67

ANDRÉ METTIN: **Individuelle Hilfeplanung**
Ein Instrument individueller Unterstützung und systematischer Reflexion 69

ANTJE KOEPP: **Bewohnerorientierte Dienstplanung in Einrichtungen** 73

GEORG SCHNITZLER: **Arbeitszeitgestaltung und Dienstplangestaltung**
in den Wohngruppen von LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG 74

CARSTEN KRÜGER: **Das Budgetstundenmodell im stationäres Wohnangebot der**
LEBENSWEGE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN GGMBH BERLIN 79

UTE FISCHER: **Wer hat die Krise – wer hat den Hilfebedarf?** 81
CARLOS ESCSALERA: **Keiner will sie haben – Krisen in der Behindertenarbeit** 82
GERD GANSEN: **Berliner Krisendienst** 87

HEINZ TIETJEN, BETTY THIMIANIDOU:
Mehr Qualität durch Qualitätsmanagement und Zertifizierung? 91
BETTY THIMIANIDOU: **Qualitätsmanagement im Heilpädagogischen Heim Düren** 91
BERTHOLD HELLRIEGEL: **Unternehmensdarstellung der Euronorm GmbH** 93

FRIGGA FORBRICH: **Hilfe nach Maß mit einem Persönlichen Budget**
Modellversuch in Hamburg 96
JUTTA PAGEL: **Hilfe nach Maß mit einem Persönlichen Budget**
Ein Modellversuch entsteht in Baden-Württemberg 100

EDGAR SEEGER: **Neues Rehabilitationsrecht (SGB IX)** 104

HILDE GEBHARDT, LYDIA MÜLLER:
Konzeptionelle Arbeit mit dem Heimbeirat des HPH Düren 105

Vorwort

Die DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT E.V. möchte in ihrer diesjährigen Jahrestagung in der neuen Hauptstadt Berlin auf einschneidende sozialpolitische Veränderungen in der Behindertenhilfe aufmerksam machen, die Antworten aus Forschung und Praxis geradezu provozieren. So wurden mit der Begründung des geänderten § 3 des Grundgesetzes eine Reihe von spektakulären Gesetzesvorhaben und Modellversuchen auf den Weg gebracht. Von sozialpolitischer Seite seien neben dem neuen SGB IX, die Novelle zum Heimgesetz und die immer deutlicheren Auswirkungen des geänderten BSHG § 93 in den einzelnen Bundesländern genannt. Die Modellversuche zum persönlichen Budget in verschiedenen Bundesländern werden mit hohem Interesse beachtet, Deutschland findet wieder Anschluss an internationale Entwicklungen. Die Tagung möchte neben Grundsatzfragen zu den genannten Themen auch die Antworten der Praxis und Instrumente der Forschung in bewährter Form darstellen und diskutieren.

Weitere Themenschwerpunkte sind: Persönliche Assistenz, Nutzerorientierung und Individuelle Hilfeplanung, Bewohnerorientierte Dienstplanung, Zertifizierung und Qualitätsmanagement in Wohnangeboten der Behindertenhilfe, Beratung und Krisenintervention. Ein Blick auf die aktuellen landespolitischen Entwicklungen in Berlin und Brandenburg zu Beginn rundet die Tagung ab.

Wir möchten Sie zu einer sicherlich spannenden und spannungsreichen Tagung im Herzen Berlins einladen.

DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT E.V.

EINIGKEIT UND RECHT UND GLEICHHEIT ?

Begrüßung und Einführung

CHRISTIAN BRADL

Ich möchte Sie herzlich willkommen heißen zur diesjährigen Jahrestagung der DEUTSCHEN HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT (DHG) in Berlin, die wir unter das Motto „Einigkeit und Recht und Gleichheit – Neue Weichenstellungen in der Behindertenhilfe“ gestellt haben.

Ich begrüße besonders den Behindertenbeauftragten des Landes Brandenburg, Herrn RAINER KLUGE, und – in Vertretung von Herrn MARTIN MARQUARDT, des Behindertenbeauftragten für Berlin – Herrn WOLFGANG SPARING. Beide werden selbst noch einige Grußworte an Sie richten.

Wir freuen uns besonders über die zahlreichen Teilnehmer aus Berlin und Brandenburg - und aus den anderen neuen Bundesländern. Wir freuen uns, dass es uns gelungen ist, nach den letzten DHG-Tagungen in Mainz (Rheinland-Pfalz), in Bonn (Nordrhein-Westfalen) und in Kassel (Hessen) die diesjährige DHG-Jahrestagung in der neuen Bundeshauptstadt Berlin zu organisieren – mit besonderer Unterstützung unserer örtlichen DHG-Aktiven, CARSTEN KRÜGER und ANTJE KOEPP.

Die Jahrestagungen der DHG sind immer ein reges Forum zur Information und Kommunikation über aktuelle, innovative und kritische Entwicklungen in der Behindertenhilfe für Fachleute aus Diensten und Einrichtungen, aus Fachverbänden und aus der Sozialadministration.

Wichtig ist uns, eine Brücke zu schlagen zwischen Entwicklungen in der Behindertenpolitik und Behindertenhilfe auf der einen Seite und der konkreten Arbeit, den anstehenden Aufgaben und Problemen in den Diensten und Einrichtungen anderseits.

Zur DHG

Besonders für diejenigen unter Ihnen, die erstmalig eine DHG-Tagung besuchen, gebe ich hier einige kurze Informationen zur DEUTSCHEN HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT.

Die DHG wurde vor knapp 10 Jahren, im Dezember 1991 gegründet – wir blicken mit dieser Tagung auf eine runde Zahl zurück.

Dr. Christian Bradl, Vorstandsvorsitzender der DHG

Enthospitalisierung

Auslöser für die Gründung der DHG im Jahre 1991 waren fortgeschrittene Bemühungen zur Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus psychiatrischen Krankenhäusern. Im Zuge der Reform der psychiatrischen Versorgung, die in Westdeutschland in den 70er Jahren einsetzte, sollten heilpädagogische Konzepte sowie zeitgemäße Wohn- und Beschäftigungsformen die Verwahrung in psychiatrischen Stationen ablösen. Auch in den neuen Bundesländern wurde kurz nach

der Wiedervereinigung in diesem Bereich ein erheblicher Handlungsbedarf deutlich.

Initiatorinnen und Initiatoren der DHG kamen vorwiegend aus jenen Bundesländern (Bremen, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Saarland, Berlin), wo Enthospitalisierungsprojekte angestoßen waren, aber auch von betreffenden regionalen oder überregionalen Trägern, Verbänden, Sozialverwaltungen und dem Hochschulbereich.

Ein wesentliches Interesse der DHG war und ist es,

- Bemühungen zur Enthospitalisierung weiter voranzutreiben,
- an entsprechenden fachlichen Konzepten und Hilfesystemen beratend mitzuwirken,
- aber auch vor Fehlentwicklungen, z.B. der Umhospitalisierung zu warnen.

Gemeindeintegrierte Hilfen

Das Normalisierungsprinzip (d.h. Lebensbedingungen „so normal wie möglich“ schaffen), die gemeindeintegrierten Hilfen (z.B. in Form regionalisierter Verbundsysteme) und die Verbesserung der Lebensqualität geistig behinderter Menschen waren und sind zentrale Leitlinien der DHG. Viele Positionen der DHG-Gründungsphase nach wie vor richtig und aktuell, manche wären aus heutiger Perspektive fortzuschreiben; ich nenne etwa

- Die Auswirkungen neuer Paradigmen wie Selbstbestimmung, Nutzerorientierung und Assistenz
- Strukturelle Veränderungen von Einrichtungen im Zuge fortschreitender Dezentralisierung und im Gefolge des § 93 BSGH.

Menschen mit hohen Hilfebedarf

Es geht der DEUTSCHEN HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT aber nicht nur um jene geistig behinderte Menschen, die mangels anderer Hilfs- und Wohnangebote - in Krisensituationen oder als Dauerunterbringung - in psychiatrischen Krankenhäusern leben müssen.

Es geht uns auch generell um Menschen mit geistiger Behinderung, die gerade im schärfer werdenden Markt sozialer Dienstleistungen offenbar keiner haben will, also um

- geistig behinderte Menschen mit einem höherem und speziellen Hilfebedarf
- behinderte Menschen in schwierigen oder verfahrenen Lebenssituationen, mit erheblichen Verhaltensproblemen bzw. psychischen Störungen
- Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderung.

Mitarbeiter vor Ort fühlen sich häufig überfordert oder ihnen fehlen geeignete Konzepte, insbesondere im Umgang mit massiven Verhaltensproblemen oder psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Auffallend ist, wie sehr gerade die Betreuung dieser behinderter Menschen in Einrichtungen hinter ansonsten geltende Standards der Behindertenhilfe zurückfällt.

Zusätzliche Hilfen für behinderte Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf sind in besonderem Maße bedroht, wenn die gesellschaftliche Verantwortung für sozial Schwache zurückgenommen wird, finanzielle Aufwendungen für die Behindertenhilfe chronisch „gedeckelt“ sind oder sogar Standards abgesenkt werden.

Es ist außerordentlich wichtig, dass wir uns in der DEUTSCHEN HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT weiter dieser Thematik widmen; ich verweise hier auf die Beiträge in der Arbeitsgruppe zum Thema „Beratung und Krisenintervention.“

Personorientierter Ansatz

Seit Mitte der 90er Jahre ließen dauerhafter Kostendruck auf den sozialen Sektor („Deckelung“), Einführung der Pflegeversicherung und Novellierung des BSHG § 93 erhebliche strukturelle Umbrüche in der Behindertenhilfe erwarten. Seit der 1998 – gemeinsam mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) - in Kassel veranstalteten Tagung zum Einzug der sog. Maßnahmepauschalen in die Behindertenhilfe rückte auch in der DHG ein Begriff in den Mittelpunkt: Der personorientierte Ansatz in der Hilfeleistung, Hilfeplanung und Qualitätsbemessung.

Unter der Leitidee der "Hilfe nach Maß" haben wir dieses neue Konzept in den letzten beiden DHG-Tagungen in Bonn und Mainz aufgegriffen. Wir forderten:

- Person- statt institutionsorientierter Ansatz („Bedürfnisse vs. Bedarf“)
- individuell zugeschnittene Hilfeleistungen statt pauschale Vollversorgung

- Nachfrage- und Kundenorientierung statt Angebotsverhalten
- Regiekompetenz behinderter Menschen statt Experten-Dominanz
- Individuelle Hilfeplanung statt standardisierter Angebote
- Persönliches Budget statt Einheitspflegesätze.

Wir denken, dass dieser personorientierte Ansatz besonders in zwei Handlungsfeldern besonders „konkret“ und „praktisch“ wird, erster in der Individuellen Hilfeplanung (IHP) und zweitens bei der Persönliche Assistenz, zentrale Themen der beiden letzten DHG-Tagungen 1999 und 2000 in Bonn und Mainz.

Um diese Handlungsbereiche zu konkretisieren und einzuschätzen, haben wir zwei Expertisen vergeben:

1. *Persönliche Assistenz und assistierende Begleitung - Veränderungsanforderungen für professionelle Betreuung und für Einrichtungen der Behindertenhilfe:*

   Wir verfolgen damit das Ziel, das bislang eher grob beschriebene Konzept "Persönliche Assistenz / Assistierende Begleitung" konzeptionell zu fundieren und insbesondere in den Auswirkungen auf die professionelle Betreuung und auf die Einrichtungen zu beleuchten. Dabei geht es um Veränderungsanforderungen sowohl innerhalb der bestehenden Einrichtungen als auch um strukturelle Veränderungsanforderungen an die institutionelle Behindertenhilfe.

2. *Individuelle Hilfeplanung - Anforderungen an die Behindertenhilfe (innerhalb und außerhalb von Einrichtungen):*

Hier geht es uns darum, was unter "Individuelle Hilfeplanung" diskutiert und praktiziert wird, mehr zu systematisieren und zu bewerten.

Wichtig erscheint uns dabei eine Verknüpfung der unterschiedlichen Interessen und Zugänge zur Individuellen Hilfeplanung:

- Von den Sozialverwaltungen bzw. Kostenträgern her („Gesamtplan“)
- In den Einrichtungen (Hilfeplanung; Betreuungsplanung, Förderplanung u.ä., meist im Rahmen von Qualitätsmanagement)
- Als Assistenzplanung (also „vom Nutzer her“).

IRIS BECK, ERIK WEBER und ANDREA LÜBBE werden über diese Themen berichten und referieren. Außerdem ist geplant, die beide Expertisen seitens der DEUTSCHEN HEILPÄDAGOGISCHEN GESELLSCHAFT im Frühjahr 2002 zu publizieren.

Zu dieser Tagung

Wir haben diese Tagung unter das Motto gestellt: „Einigkeit und Recht und Gleichheit ?“

Gleichstellung

Wir wollen es uns in der Hauptstadt Berlin nicht nehmen lassen, den Ende 1994 ausdrücklich im Grundgesetz formulierten Verfassungsauftrag des Benachteiligungsverbotes bzw. ähnliche in Landesverfassungen formulierte Benachteiligungsverbote aufgreifen.

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ (Art.3, Abs.3 Grundgesetz 1994)

„Menschen mit Behinderung dürfen nicht benachteiligt werden. Das Land ist verpflichtet, für die gleichwertigen Lebensbedingungen von Menschen mit und ohne Behinderungen zu sorgen.“ (Art. 11, Verfassung des Landes Berlin 1995)

„Das Land, die Gemeinden und Gemeindeverbände sind verpflichtet, für die Gleichwertigkeit der Lebensbedingungen von Menschen mit und ohne Behinderungen zu sorgen.“ (Art. 12, Abs. 4, Verfassung des Landes Brandenburg 1992)

„§ 1 Gesetzesziel. Ziel dieses Gesetzes ist es, die Benachteiligung von behinderten Menschen zu beseitigen und zu verhindern sowie die gleichberechtigte Teilhabe von behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen.“ (Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen - Bundesbehindertengleichstellungsgesetz / Entwurf)

Und auch die aktuellen Bemühungen um ein Gleichstellungsgesetz fordern „gleichberechtigte Teilhabe von behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft.“ Wir denken, dieses Recht auf gleichberechtigte Teilhabe behin-

derter Menschen am Leben in der Gesellschaft sollten wir in den ständigen Debatten um steigende Kosten in der Behindertenhilfe, um Qualitätssicherung und –management, um personorientierte Hilfen u.a.m. wieder viel offensiver und deutlicher zur Geltung bringen. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – wir halten dies für ein ganz zentrales Grundrecht, das auch und besonders für behinderte Menschen mit hohem Hilfebedarf gelten muss. Wir halten die gesellschaftliche Eingliederung und Teilhabe vor allem dort gefährdet, wo geistig behinderten Menschen aufgrund des hohen Hilfebedarfs oder ihres Alters Dienste oder Einrichtungen der Eingliederungshilfe verweigert werden und sie auf Pflegeeinrichtungen abgewiesen werden. Diese kritische Auswirkung der Pflegeversicherung sollten wir als DHG mit wachem Auge verfolgen.

Weitere gesetzliche Veränderungen

Wir wollen auch an den weitergehenden sozialpolitischen und sozialrechtlichen Veränderungen anknüpfen, die uns seit Jahren beschäftigen und mit denen wir auch weiterhin zu tun haben werden.

- Ich verweise auf die immer deutlicher werdenden Auswirkungen **der Umsetzung des § 93 BSHG**, im besonderen die Leistungstypen und Hilfebedarfsgruppen, das sog. Metzler-Verfahren, die Maßnahmepauschaulen – und wie dies zunehmend eher sozialbürokratisch und nicht nur budgetneutral, sondern kostendämpfend umgesetzt wird. Auch dies geht häufig zu Lasten gerade von behinderten Menschen mit hohem Hilfebedarf.
- Ich verweise auf die in 2002 in Kraft tretende **Änderung des Heimgesetzes**. Die Intentionen dieser Gesetzesnovelle sind zweifellos vor allem aus Nutzersicht uneingeschränkt zu unterstützen. Gleichwohl müssen wir sehen, dass auch diese Anforderungen, wie die Qualitätssicherung, budgetneutral oder mit noch weniger Mitteln umzusetzen sein werden, im besonderen hinsichtlich detaillierterer Gestaltung von Heimverträgen, hinsichtlich nötiger Unterstützungsleistungen von Bewohnern und Mitarbeitern zur verbesserten Heimmitwirkung und hinsichtlich erforderlicher baulicher Anpassungen (wie lange Übergangsfristen auch immer sein werden). Eine echte Herausforderung für die Mitarbeiter der Behindertenhilfe wird es sein, die im Heimgesetz geforderte verbesserte Mitwirkung für schwerst- und mehrfachbehinderte Menschen zu gestalten. Ein weiterer Aspekt: Wenn wir weiterhin am Wohngruppenprinzip in den Einrichtungen festhalten, wird dies ein erhebliche strukturelle Barriere darstellen, die im Heimgesetz formulierten Bewohnerrechte auch real umzusetzen.
- Ich verweise natürlich auch auf das **Sozialgesetzbuch Teil IX** – als Zusammenfassung des Behindertenrechts, im besonderen der Eingliederungshilfe und des Schwerbehindertenrechts.

WERNER EIKE wird sich mit dem ersten Beitrag damit beschäftigen, worin in diesen vielen gesetzlichen Veränderungen die eigentlichen Chancen für die Behindertenhilfe liegen.

Auch in zwei Arbeitsgruppen werden diese gesetzlichen Veränderungen diskutiert werden, einmal zum SGB IX und zum anderen zum Heimgesetz (Arbeitsgruppen 9 und 10).

HELMUT FORNER und CLAUDIA ZINKE werden ausführen, wo in Berlin und Brandenburg neue Entwicklungen in der Behindertenhilfe erkennbar sind. Im zweiten Block wird die Thematik „von der institutionellen zur personalen Orientierung“ fortgesetzt, wobei ausdrücklich nach den Auswirkungen für die Einrichtungen gefragt werden soll. Dazu werden IRIS BECK und – als Zwischenbericht aus den Expertisen – ERIK WEBER und ANDREA LUEBBE referieren.

Aktuelle DHG-Themen

In den Arbeitsgruppen dieser Fachtagung spiegeln sich die aktuellen Themen der DHG wider:

- **Persönliche Assistenz:** Was sollte sich in und mit den Einrichtungen ändern? (Arbeitsgruppe 1) Wo gibt es bereits Erfahrungen mit Assistenz als nutzerorientierter Dienstleistung? (Arbeitsgruppe 2)
- **individuelle Hilfe- und Assistenzplanung:** Welche Ansätze, welche Erfahrungen gibt es? (Arbeitsgruppen 3 und 4)
- **nutzerorientierte Dienstplanung:** flexible Formen des Personaleinsatzes, Zeitkonten und Stundenbudgets statt starrer Schichtpläne (Arbeitsgruppe 5)

- **Beratung und Krisenintervention:** Handlungskonzepte im Umgang mit behinderten Menschen mit Verhaltens- oder psychischen Problemen, in Krisensituationen (Arbeitsgruppe 6)
- **Qualitätsmanagement in Wohneinrichtungen:** Was trägt QM tatsächlich zur Verbesserung von Lebensqualität und Betreuungsqualität bei? Lohnt der Aufwand, geht es in die richtige Richtung? (Arbeitsgruppe 7)
- **Persönliches Budget:** Information und Austausch über Entwicklungen in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Hamburg, auch neuerdings im Rheinland (Arbeitsgruppe 8)
- **Auswirkungen des neuen SGB IX**, im besonderen für den Personenkreis von geistig behinderten Menschen mit höherem Hilfebedarf (Arbeitsgruppe 9)
- **Auswirkungen des neues Heimgesetzes:** was sind die wichtigsten Änderungen für die Heime; was wird sich in der Heimmitwirkung bzw. für den Heimbeirat ändern, welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es für Mitglieder des Heimbeirats, ihre Mitwirkungsrechte kompetent wahrzunehmen? (Arbeitsgruppe 10)

Mit zwei Programmpunkten wollen wir die „Dominanz der Fachlichkeit“ dieser Fachtagung wenigstens etwas aufbrechen:

Erstes mit einem kreativen Kulturangebot der integrativen Theatergruppe der Villa „Bunter Hund“ aus Rüdersdorf, die uns am Dienstag morgen mit ihrer kurzen Theaterszenen *„Bei Hempels unterm Sofa“* wach machen und in den Tag einführen wird.

Und zweitens sind wir gespannt auf die *Abschlussveranstaltung „Selbstbestimmung im Alltag“*. Hier werden – mit guter medialer Unterstützung vorbereitet und moderiert durch MONIKA SEIFERT - behinderte Menschen selbst zu Wort kommen, um ihre Erfahrungen, Wünsche und Probleme zur Selbstbestimmung zu formulieren.

DR. **CHRISTIAN BRADL**, **Dipl.-Pädagoge**

Heilpädagogisches Heim Düren

VORSITZENDER DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (DHG)

Grußwort von
Rainer Kluge,
Behindertenbeauftragter,
Land Brandenburg

Neue Weichenstellungen in der Berliner Behindertenhilfe

Wohin fährt der Zug?

HELMUT FORNER

Weichen sind „Umstellvorrichtungen bei Gleisen“. Der Zweck von Weichen ist die Änderung der Fahrtrichtung eines Zuges. Von der Stellung der Weiche ist es abhängig, wohin der Zug fährt, welches Ziel er erreicht: Die Weiche ist ein Mittel der Zielerreichung.

Bleiben wir im Bild des Zuges der Berliner Behindertenhilfe. Um zu fahren, braucht ein Zug Treibstoff: Finanzierung. Auf die Menge dieses Treibstoffs haben die Zugbegleiter oder gar die Fahrgäste des Zuges wenig Einfluss, am Hebel sitzen die Politiker und Verwaltungsmitarbeiter auf der Ebene der Kostenträger: Im wesentlichen die Sozialhilfeträger.

Die Lokomotive hat zwar einen Lokführer, aber der ist lediglich für die Bewegung und die Sicherheit zuständig, nicht für das Ziel. Das Ziel ist durch die Gleise - das sind die Gesetze - und die Weichenstellung - Ausführungsvorschriften, Rechtsverordnungen, Vereinbarungen, Rechtssprechung - vorgegeben.

Die Wagen des Zuges tragen Aufschriften, wie: Wohnen, Werkstatt, Fördergruppen. Natürlich gibt es mehr Wagen mit mehr Aufschriften, wie z.B. Frühförderung, Freizeit aber der Schwerpunkt dieser Tagung und – zumindest was Berlin betrifft – auch die deutlichsten Richtungsänderungen, liegen wohl im stationären und teilstationären Bereich. Deshalb auch die Konzentration darauf.

Ein Blick auf die Rahmenbedingungen, sozusagen die Gleise und die Weichen, soll die Grundlage für das Handeln in Berlin deutlich machen. Die Aufzählung beschränkt sich auf die wesentlichen Punkte.

Unübersehbar ist es, dass es seit der Gründung der Bundesrepublik Deutschland kein Jahrzehnt gab, in dem von der Seite des Bundesgesetzgebers so viele Gesetze und Verordnungen verabschiedet wurden, die die Behindertenhilfe tangieren. Aus der Menge ergibt sich allerdings auch ein Problem. Es ist in Deutschland die Regel, dass Gesetze ihre konkrete Ausgestaltung durch Rechtsvorschriften, Ausführungsvorschriften auf Landesebene und die Rechtsprechung erfahren, weil Gesetze naturgemäß lediglich interpretierbare und relativ unkonkrete Aussagen beinhalten: Eine Richtung vorgeben, aber nicht alle Details regeln.

Alleine durch die letzte Novellierung des § 93 BSHG wurde eine Fülle von Auslegungs- und Umsetzungsfragen aufgeworfen, an denen bundesweit Tausende von Menschen mit einem enormen Zeit- und Geldaufwand arbeiten, und dies seit Jahren. Ein – unverdächtiger – Ministerialbeamter hat alleine in diesem Text ca. 1.500 unbestimmte Rechtsbegriffe gezählt, die nun in 16 Bundesländern definiert, interpretiert und ausgestaltet werden, weil der Bund von seiner Möglichkeit des Erlasses einer klärenden Rechtsverordnung keinen Gebrauch macht.

Diese Ausgestaltung, die Weichenstellung am Beispiel des § 93 BSHG für die Bereiche Wohnen und Werkstätten für Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung möchte ich Ihnen vorstellen. Vielleicht lässt sich anschließend die Frage beantworten, wohin der Zug der Berliner Behindertenhilfe fährt. Da die Weichenstellung in den einzelnen Bundesländern nach meiner Kenntnis höchst unterschiedlich erfolgt, wird es allerdings in den Ländern auch unterschiedliche Fahrtrichtungen geben.

Also, dann der Blick auf Berlin am Beispiel der Umsetzung des § 93 BSHG in den Leistungsbereichen Wohnen und Werkstätten für Behinderte.

Ich gehe davon aus, dass ich hier nicht den Wortlaut des §93 BSHG wiederholen muss, der seit 1.01.1999 in Kraft ist. Gefordert ist die Aufteilung der Vergütungen in mindestens 3 Bestandteile: Grundpauschale, Maßnahmepauschale und Investitionsbetrag, wobei die Maßnahmepauschale nach Gruppen für Hilfeempfänger nach vergleichbaren Hilfebedarf zu kalkulieren ist.

Die gleichzeitige Vorgabe des Landes Berlin, dass ein neues Verfahren zur Findung von Vergütungen entsprechend der Novellierung des BSHG nicht zu Mehrbelastungen für den Sozialhilfeträger führen darf, also Kostensteigerungen ausgeschlossen sind, führte zur Notwendigkeit, ein Verfahren zu finden, dass diesen Prämissen gerecht wird.

Letztlich – und diese einzig realistische Möglichkeit hat bereits Professor Eichhorn in seinem Gutachten aus dem Jahr 1999 erwähnt – stellt sich heraus, dass als einzige Umrechnungsgröße das jeweilige Einrichtungsbudget als Messgröße für Kostenneutralität greifbar ist.

Diesem Umrechnungsverfahren vorausgegangen ist die Vereinbarung von Leistungstypen (hier, also im Heimbereich für Menschen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen die Leistungstypen Wohnstätten mit interner Tagestruktur, Wohnstätten mit externer Tagestruktur, Wohnstätten für Kinder und Jugendliche). Wie Sie unschwer erkennen, wird das Thema, um die Übersicht nicht zu verlieren, immer mehr eingegrenzt. Gleichzeitig wurde für den Wohnbereich ein System zur Bildung von Hilfebedarfsgruppen vereinbart, das Sie weitgehend kennen werden: HMB, bekannt auch unter dem Namen der Autorin, das METZLER-Verfahren.

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation wurde ein anderes Verfahren zur Bildung von Hilfebedarfsgruppen gewählt, das ich jetzt vernachlässige, um die Übersicht zu erhalten.

Einrichtungsbezogene Budgets - für Wohnstätten per Juni 2000 - wurden nach dem neuen Verfahren einrichtungs- oder budgetneutral umgerechnet. Soweit, so nachvollziehbar, wenngleich viele Details, die in verschiedenen Verhandlungskommissionen besprochen wurden, kaum noch denen zu vermitteln sind, die mit der Umsetzung dieses Verfahrens befasst sind, z.B. Ihnen.

Den Anforderung des BSHG scheint Genüge getan zu sein: Kostenneutralität ist gewahrt, die Kalkulation erfolgt nach Hilfebedarfsgruppen im Bereich der Maßnahmepauschale.

Lassen Sie mich nun diese Situation aus dem Blickwinkel eines behinderten Bewohners dieser Einrichtung bzw. dessen Angehörigen betrachten. Wie verändern sich die Kosten, welche Kombinationen sind denkbar?

Es ist deutlich zu erkennen, dass die Kosten für Menschen höherer Hilfebedarfsgruppen ansteigen, während sie für den Personenkreis mit geringeren Hilfebedarfsgruppen sinken.

Daraus leiten sich Fragen ab, die ich noch stellen werde.

Soweit die Schilderung der Situation in Berlin am Beispiel des Leistungstyps Wohnstätten mit interner bzw. externer Tagesstruktur und Werkstätten.

Helmut Forner, Der Paritätische, LV Berlin

Fragen, die sich daraus ergeben und deren Beantwortung wesentlich für die Beantwortung der übergreifenden Fragestellung „wohin fährt der Zug“ sind:

Aus der Sicht des Sozialhilfeträgers: ist einrichtungsbezogene Kostenneutralität tatsächlich erreicht, wenn in Einrichtungen zukünftig vermehrt Bewohner höherer Hilfebedarfsgruppen aufgenommen werden? Führt das neue Verfahren nicht vielmehr dann zwangsläufig zu einer Budgeterhöhung aus der Sicht des Sozialhilfeträgers?

Korrespondiert die zu erbringende quantitative und qualitative Leistung mit der Vergütung? Reicht die derzeit vorhandenen Leistungsbeschreibung je Leistungstyp aus, um Leistungsansprüche je Hilfebedarfsgruppe zu konkretisieren und die Qualität der jeweiligen Leistungserbringung überprüfbar zu machen?

Wenn ich zur Kenntnis nehme, dass ein Wohnstättenbewohner mit interner Tagesstruktur (der also keine externe Werkstatt oder Fördergruppe besucht) dem Einrichtungsträger Mehreinnahmen zwischen 40 und 70 DM pro Tag beschert: wird dies dazu führen, dass das bewährte und sozialpädagogisch umstrittene „Zwei-Milieu-Prinzip“ in Frage gestellt wird?

Ist mit dem Umrechnungsverfahren gleichzeitig ein akzeptables Verfahren zur Neukalkulation leistungsgerechter Vergütungen von Einrichtungen gefunden?

Wird dieses Verfahren dem Anspruch des SGB IX (gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben) gerecht?

Erfüllt sich meine Hoffnung, dass in Zukunft Menschen mit hohem Hilfebedarf leichter Zugang zu Wohneinrichtungen und Werkstätten finden können, weil sie mehr Geld mitbringen?

Tritt meine Befürchtung ein, dass bei steigenden Kosten für Sozialhilfeträger neue Fragen gestellt werden?

Ist das noch Eingliederungshilfe oder eher Pflege? Ist eine Einrichtung der Eingliederungshilfe die richtige? Wird das Zwei-Millieu-Prinzip infrage gestellt?

Hat sich an der Lebensqualität von Bewohnern in Wohneinrichtungen etwas verändert, z.B. in Bezug auf die essentiellen Wahlmöglichkeiten, die Menschenwürde ausmachen: wo, mit wem, wie will ich leben?

Die Wirksamkeit von Gesetzen zeigt sich daran, ob sie tatsächliche Auswirkungen und welche auf die Lebenswirklichkeit der Menschen haben, die gemeint sind.

Das hat natürlich auch etwas mit dem Thema zu tun, nämlich mit der Frage, welche Weichenstellungen und wohin fährt der Zug.

„Würdest du mir bitte sagen,

wie ich von hier aus am besten weitergehe?“

fragt Alice die orakelnde Katze.

Die maunzt:

„Das hängt sehr davon ab, wo du hinwillst.“

(Alice im Wunderland, Lewis Caroll)

Ich halte, und das ist wohl die Quintessenz, die Frage der Weichenstellungen für unwesentlich. Für wesentlich wichtiger halte ich die Frage der Zielbestimmung, denn nur dann können Weichen richtig oder falsch gestellt werden.

Und hier sehe ich erhebliche Probleme. Wenn Ziele (z.B. zwischen Bund, Ländern und Verbänden der Behindertenhilfe) nicht eindeutig vereinbart sind, können sie nicht erreicht werden, wird die Weichenstellung eine Kraftprobe.

Der Bund hat versucht, die Weichen mit seinen verschiedenen Gesetzesvorhaben in die Richtung Verbesserung für Menschen mit Behinderung und Verwirklichung von Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu stellen. Allerdings hat er versäumt, die Weichen durch Erlass von Rechtsverordnungen tatsächlich zu stellen. Um im Bild zu bleiben, würde ich sagen, er hat sich auf die Gleise beschränkt, die Weichen werden von anderen gestellt, nämlich den Kostenträgern mit Beteiligung der Verbände. Es scheint sich für mich herauszustellen, dass eben diese verantwortlichen Weichensteller die Weichen in eine andere Richtung, nämlich in die der Kostenneutralität oder um es noch klarer zu sagen, der Kostenreduzierung stellen: eine Entgleisung des Zuges ist eine naheliegende Möglichkeit bei dieser Situation.

Der Zug ist noch in Fahrt, und es kommen noch viele Weichen, die zu stellen sind. Vorläufig ist in Berlin lediglich die Beschlusslage: die budgetneutrale Umrechnung, die ich schon beschrieben habe.

Derzeit wird in verschiedenen Arbeitsgruppen über die Frage verhandelt, wie eine leistungsgerechte Vergütung in Zukunft, also nach der Umrechnungsphase, ab 2003 kalkuliert werden kann. Die Antwort auf diese Frage - und es ist vielleicht wichtig, noch einmal darauf hinzuweisen, **derartige Lösungen müssen**

vereinbart werden und können nicht einseitig vom Kostenträger diktiert werden - wird letztlich erst entscheiden, wohin der Zug fährt.

Schade, ich bleibe die Antwort schuldig. Ich weiß nicht, wohin der Zug fährt, da ich nicht erkennen kann, dass es für die auf dem Steuerstand (Bund, Länder, Verbände) ein gemeinsames Ziel gibt. Die derzeitigen Weichen sind nicht die letzten, unsere Verantwortung für das gemeinsame Stellen der kommenden Weichen ist groß, denn das Ziel hängt davon ab.

Ich fürchte allerdings, dass der von mir jetzt beschriebene Prozess noch lange nicht abgeschlossen sein wird, da wir bereits mit einem neuen Prozess beginnen, und ich ahne, dass die Übersichtlichkeit des gesamten Bereiches dadurch nicht gefördert wird: Das SGB IX stellt deutlicher als in der Vergangenheit persönliche Budgets in den Vordergrund - einer der sozialpolitischen Eckpunkte einer großen Partei in Berlin für die Koalitionsverhandlungen ist die Entwicklung des Modells der persönlichen Budgets für Berlin.

Ich versuche mir vorzustellen, wie wir aus einem komplizierten System, das noch längst nicht transparent geklärt ist, wie der Umrechnung nach § 93 BSHG, in ein neues System der persönlichen Budgets überleiten und dieses Verfahren den beteiligten Menschen deutlich machen wollen. Ich habe darauf keine Antwort, aber vielleicht ist zumindest die Antwort auf alte Fragen nicht mehr notwendig, wenn es neue Fragen gibt.

Ob das alles den Leitlinien ihrer letzten Veranstaltung vom Dezember 2000 „Hilfe nach Maß?!“ entspricht?

Im Vorwort habe ich dazu gelesen:

- Personen- statt institutionsorientierter Ansatz
- individuell zugeschnittene Hilfeleistungen statt pauschale Vollversorgung
- Nachfrage und Kundenorientierung statt Angebotsverhalten
- Regiekompetenz behinderter Menschen statt Expertendominanz
- Individuelle Hilfeplanung statt standardisierter Angebote
- Persönliches Budget statt Einheitspflegesatz.

Ich für meinen Teil kann davon beim Berliner Weg nicht mehr als vorher entdecken, zumindest nicht bisher.

HELMUT FORNER,

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin

Kommunalisierung und Kostenteilung

Neue Wege in der Brandenburger Behindertenhilfe

CLAUDIA ZINKE

Einführung

Während die Leistungsträger der Sozialhilfe Entwicklungen und Perspektiven der Behindertenhilfe seit der Einführung des § 93 BSHG 1996 unter dem Aspekt des Ausgabevolumens der Sozialhilfe betrachten, sehen die Interessenvertreter behinderter Menschen und Einrichtungsträger die Entwicklungen und Perspektiven i.d.R. unter dem Aspekt der fachlichen Weiterentwicklung der Angebote entsprechend den gesellschaftlichen Entwicklungen.

Veränderungen, die den sozialen Bereich betreffen, gehen nebenher mit Veränderungen in

- den Familienstrukturen,
- den Veränderungen in den demographischen Entwicklungen:
  - die Menschen werden älter
  - es werden weniger Kinder geboren, somit sinkt auch der Bedarf an Sondereinrichtungen für behinderte Kinder
- und Veränderungen im wirtschaftlichen Bereich.
  - sinkende Erwerbsquoten und somit weniger für den Sozialbereich zur
  - Verfügung stehende Finanzmittel

Themen wie „Selbstbestimmt Leben“, „Integration im schulischen, beruflichen und sozialen Bereich und damit in Verbindung der Vorrang der ambulanten Hilfen - also der Hilfen im eigenen häuslichen Umfeld“ – bestimmen die Fachdiskussionen der betroffenen Menschen und MitarbeiterInnen in der Behindertenhilfe. Es geschieht eine Veränderung des Selbstverständnisses behinderter Menschen. Das lange Zeit vorherrschende Bild des unmündigen behinderten Menschen und der damit verbundene umfassende fürsorgliche Bedarf an Betreuung hat sich in den letzten Jahren gerade in den neuen Bundesländern verändert. Wenn auch noch nicht ganz so wie in den alten Bundesländern, in denen nach meinen Erfahrungen die Entwicklungen gerade zum Selbstverständnis, der Selbstbestimmung, Integration und vor allem zum Menschenbild früher begonnen und zum Teil weiter fortgeschritten sind. Dennoch leben die meisten behinderten Menschen auf Grund fehlender Alternativen in stationären Einrichtungen. Schwerstbehinderte Menschen, insbesondere Kinder, erfahren kaum wirkliche gesellschaftliche Integration. Diese beschränkt sich neben dem Angebot in stationären Einrichtungen überwiegend auf Angehörigenkontakte.

Das Gleichstellungsgesetz befindet sich in der parlamentarischen Abstimmung, das SGB IX ist am 1.7.2001 in Kraft getreten. Mit diesen Gesetzgebungsverfahren findet Veränderung statt. Das SGB IX trifft beispielsweise deutlichere Aussagen als bisherige Gesetze zu Themen wie Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben i. d. Gemeinschaft (z.B. kulturelle), und es bezieht die Jugend- und Sozialhilfeträger in den Kreis der Rehabilitationsträger ein. Ferner macht es Aussagen zu einer verbindlich zu regelnden Zusammenarbeit aller Rehabilitationsträger, so dass behinderte Menschen unabhängig von der leistungsrechtlichen Zuständigkeit eine zeitnahe und bedarfsgerechte Hilfe erhalten sollen. Mit diesen Regelungen könnten die Wege zur Erlangung der Hilfen für betroffene Menschen und deren Angehörige oder Bezugspersonen erheblich vereinfacht werden.

Das Land Brandenburg hat sich bereits in der Vergangenheit neben den Entwicklungen auf der Bundesebene für den Bereich der Sozialhilfe mit leistungsrechtlichen Zuständigkeiten im Rahmen des BSHG, konkret den §§ 99 und 100 BSHG befasst und die Möglichkeit genutzt, abweichende Regelungen zum Bundessozialhilfegesetz in einem für Brandenburg gültigen AG BSHG zu treffen.

Erklärtes Ziel war, den steigenden stationären Maßnahmen entgegenzuwirken und Einspar-

maßnahmen durch die Schaffung ambulanter Angebote zu erreichen.

An dieser Stelle gestatten Sie mit folgende Anmerkung: Ich werde in meinem Beitrag nicht die Zahlen, die vom LASV bereits mehrfach veröffentlicht sind, wiederholt darstellen und wiederum mit anderen Zahlen widerlegen, sondern mich auf die inhaltlichen und fachlichen Auswirkungen dieses Geschen begrenzen und nur drei Punkte benennen, die die Angebotslandschaft in der Behindertenhilfe bisher beeinflusst und auch künftig beeinflussen werden.

- Das Land Brandenburg zählt zu den neuen Bundesländern und somit haben behinderte Menschen, die hier leben, i.d.R. die bereits vielfach kritisch beleuchteten „Heimkarrieren“ erfahren.
- Bei den bisher vorgelegten Statistiken zu Sozialausgaben geht es in der Regel um die Berechnung der Mehrausgaben. Dabei nicht eingerechnet sind Ausgaben für Qualitätsverbesserungen.
- Auch Menschen mit Behinderungen werden nun älter und benötigen wie andere Menschen auch Hilfen der klassischen Altenhilfe, aber bitte in Verbindung mit der Eingliederungshilfe.

Diese beiden letzten Aspekte werden aus meiner Sicht künftig in allen Bundesländern eine Rolle spielen und für weitere Bedarfslagen und steigende Sozialausgaben beitragen.

Schon während des Gesetzgebungsverfahrens in der Vergangenheit, zum jetzigen Zeitpunkt und auch künftig setzte bzw. setzt die Umsetzung dieser abweichenden Regelungen eine Zusammenarbeit der für diesen Teil zuständigen Leistungsträger, also den örtlichen Sozialhilfeträgern, den Landkreisen und kreisfreien Städten einerseits, und andererseits dem überörtlichen Sozialhilfeträger, also dem Land, voraus. Insofern haben die beteiligten Leistungsträger der Sozialhilfe im Land Brandenburg aus meiner Sicht bereits Übung darin, wie sich die Zusammenarbeit bzw. das Zusammenwirken unterschiedlicher Leistungsträger bei Neuregelungen der Zuständigkeiten gestaltet und kann diese Erfahrungen bei der Umsetzung des SGB IX einbringen. Hier sollen dann künftig 6 weitere Rehabilitationsträger gemeinsam wirken. Das jetzige AG BSHG stellt den kleinsten gemeinsamen Nenner der Hauptakteure - dem Land und den kommunalen VertreterInnen - dar. Dass das Zusammenwirken nicht einfach ist und vor allem dann, wenn es noch weitere Interessenvertreter hinsichtlich der Gestaltung der Hilfen für Behinderte gibt, die ebenfalls ihre Vorstellungen und Ansprüche formulieren und einfordern, ist sicher nichts Unbekanntes und wird auch in meinen folgenden Ausführungen deutlich.

Die Bestrebungen der Kommunalisierung in Brandenburg steht vor zwei Herausforderungen:

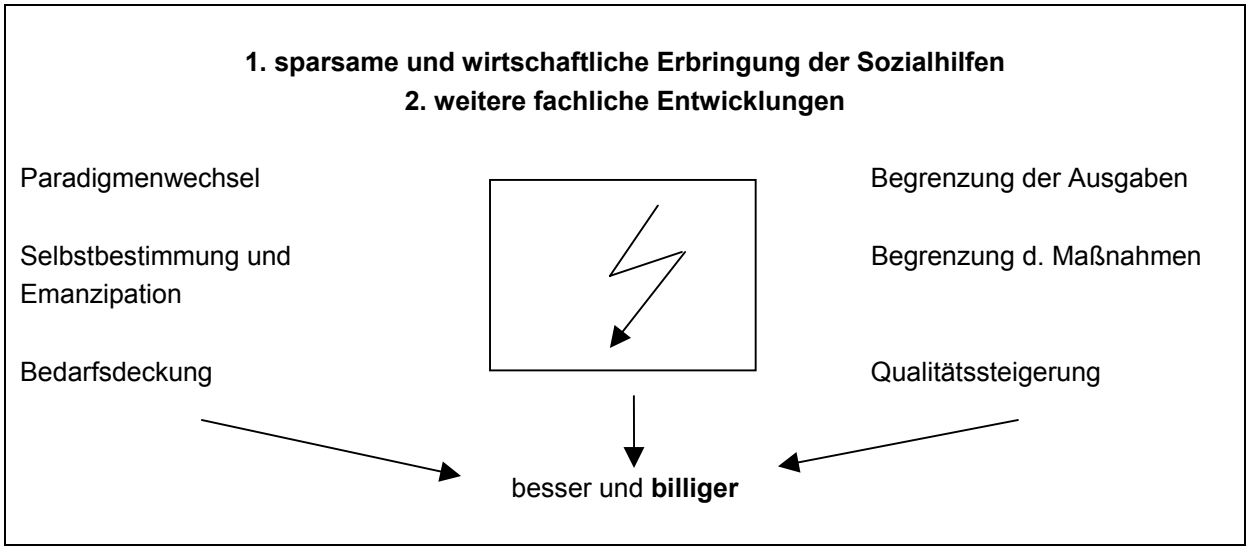


Schaubild 1: Synthese von Fachlichkeit und Finanzen

Das AG BSHG - Was konkret wurde in Brandenburg neu geregelt?

Im Rahmen der Haushaltsdiskussionen wurde im letzten Jahr (2000) das AG BSHG von 1996 geändert. Gegenstand der Änderung war, dass künftig eine ortnahe Hilfegewährung für die betroffenen Menschen und eine Stärkung in der Fach- und Finanzierungsverantwortung der örtlichen Sozialhilfeträger erfolgen sollte. Die Stärkung beruhte auf eine anders als der standardmäßig im BSHG geregelte Fach- und Finanzierungsverantwortung zwischen dem Land und den Kreisen und kreisfreien Städten für Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege und Hilfen in besonderen sozialen Schwierigkeiten.

Zur Erinnerung: Das BSHG geht von einer Fach- und Finanzierungsverantwortung ambulanter Hilfen durch den örtlichen Sozialhilfeträger (den Landkreisen und kreisfreien Städten) und teilstationärer und stationärer Hilfen durch den überörtlichen Sozialhilfeträger (dem Land) aus. Das Land Brandenburg hat also die Möglichkeit genutzt, abweichende Zuständigkeitsregelungen entsprechend dem § 100 (1) BSHG im Rahmen des Landesrechtes vorzunehmen und folgende, für die Behindertenhilfe wesentliche, Änderungen im Rahmen des AG BSHG getroffen:

- Die Fach- und Finanzierungsverantwortung und damit verbunden die Kostenaufteilung für ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen wurde neu geregelt.
- Dabei handelt es sich u.a. um Maßnahmen der Eingliederungs- und Pflegehilfe.
- 93 % aller Maßnahmen der Pflege- und Eingliederungshilfen - unabhängig davon, ob sie stationär, teilstationär o. ambulant erfolgen - werden vom Land übernommen.
- 7 % dieser Maßnahmen sind von den Kreisen und kreisfreien Städten zu übernehmen.
- Ferner wurde die Anzahl der stationären und teilstationären Plätze festgelegt, für die eine Kostenteilung gelten sollte. Alle weiteren Plätze, die die Kreise u. kreisfreien Städte vorhalten, sind zu 100 % von diesen zu finanzieren.
- Es erfolgte also eine Einschränkung bei teil- und stationären Maßnahmen entsprechend den im AG BSHG festgelegten Obergrenzen.

Was war Ziel dieser Regelung?

- Es sollte eine Verknüpfung der ambulanten und stationären Hilfen in Verantwortung der örtlichen Sozialhilfeträger erfolgen.
- Die Entwicklung der Fallzahlen sowie deren Kostenerstattung soll gestaltet werden,
- in dem eine Begrenzung der teilstationären und stationären Plätze und
- damit auch die Erstattungen der Kosten an Hand der festgelegten Zahlen erfolgt.
- Es wird also in Brandenburg eine Ausgabenbegrenzung im stationären und teilstationären Bereich mit folgender Begründung angestrebt:

  Das Land Brandenburg hat im Vergleich zu anderen Bundesländern entsprechend der Bevölkerungszahlen zu viele stationäre Angebote. Diesem Tatbestand will man nun in Brandenburg zielgerichtet entgegenwirken.

Für die Behindertenhilfe in Brandenburg stellt sich die Situation auf Grund des AG BSHG wie folgt dar:

- Für Hilfen der Eingliederung werden in stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen 93 % der Kosten vom Land erstattet. 7 % dieser Ausgaben müssen die Kreise und kreisfreien Städte selbst aufbringen - also eine Kostenteilung. 93 % der Kosten für ambulante Hilfen sind bei den meisten örtlichen Sozialhilfeträgern weniger als die 7 % der Kosten im stationären Bereich!
- Betroffen davon sind in Brandenburg
  - Kindertagesstätten mit Integration, sowohl teilstationär als auch ambulant
  - Frühförder- und Beratungsstellen
  - Ambulante und stationäre Wohnangebote (geistig und /oder körperlich behinderte
  - Menschen, suchtkranke Menschen und psychisch kranke Menschen
  - Werkstätten für behinderte Menschen

- Tagesstätten für psychisch kranke Menschen
- Tagesstrukturangebote für suchtkranke Menschen

- Während es für die Kostenteilung für ambulante Hilfen keine Vorgaben hinsichtlich der Anzahl der zu erstattenden Maßnahmen gibt, wird diese Regelung für stationäre Hilfen begrenzt. Im Rahmen einer Übergangsregelung wurde die Anzahl der stationären und teilstationären Plätze für die Erstattung der Kosten geregelt. Sollten die Kreise und kreisfreien Städte mehr stationäre und teilstationäre Plätze vorhalten als in der Übergangsregelung festgelegt, sind sie für diese Kosten zu 100 % verantwortlich.

Die Auswirkungen:

Planungen und Festlegungen des Bedarfes (Bedarfs- oder Fallzahlen)

Wenn von Fall- o. Bedarfszahlen ausgegangen wird, dann müssen diese konkret und für die einzelnen Lebensbereiche (Wohnen und Arbeit o. Tagesstruktur) und für die jeweiligen Personengruppen (geistig, körperlich und seelisch behinderte Menschen) benannt und mit allen Beteiligten, den Einrichtungsträgern, den Leistungsträgern und vor allem den Betroffenen - so die Auffassung des PARITÄTISCHEN - abgestimmt werden. Eine „Festsetzung der Anteile im Benehmen mit den örtlichen Sozialhilfeträgern“ – so im AG BSHG formuliert - ist nach Meinung des PARITÄTISCHEN keine Abstimmung. „Benehmen“ als Rechtsbegriff hat weniger Gewicht als „Vereinbaren“. Einen Versuch, sich mit den Beteiligten ins Benehmen zu setzen, gab es vor ca. einem Jahr. Das Land hatte einen Teil B und C des Landespflegeplanes für Brandenburg vorgelegt.

Der vorgelegte Landesplan wurde von der LIGA der Freien Wohlfahrtsverbände abgelehnt und stellte aus deren Sicht den Versuch dar, die mit dem Haushaltsstrukturgesetz eingeplanten Einsparungen bei den Sozialhilfeausgaben für Menschen mit Behinderungen durch den Einsatz der Sozialplanung als Steuerungselement fiskalisch zu realisieren. Auf diese Weise Sparmaßnahmen zu realisieren bedeutet, qualitative und/oder quantitative Einschnitte in der Betreuung bei Menschen mit Behinderungen vorzunehmen. Somit wird die Beschränkung des Zugangs zu den Leistungen nach BSHG forciert.

Claudia Zinke, Der Paritätische, LV Brandenburg

Eine Mitwirkung beispielsweise des Landesbehindertenbeirates und der Betroffenenverbände war bei diesem Vorgehen kaum noch sichergestellt. Aber gerade die Betroffenenverbände, die im Beirat organisiert sind, und der PARITÄTISCHE sehen die Begrenzung der Maßnahmen im stationären und teilstationären Bereich kritisch.

Bei den Festlegungen von Obergrenzen der Finanzierung haben die Verbände generell die Sorge, dass damit ein Grundsatz des BSHG – Prinzip der individuellen Bedarfsdeckung – eingeschränkt wird. Formal sind die Landkreise und kreisfreien Städte verantwortlich, für die bedarfsgerechten Hilfen zu sorgen. Wie und in welcher Form diese das bei eingeschränkten Geldmitteln tun werden, erübrigt jede weitere Kommentierung. Zur Zeit werden selbst verabredete Planungen hinsichtlich der Schaffung stationärer Einrichtungen entsprechend den Verabredungen zu Planungen von 1996 von einigen Landkreisen mit Blick auf die festgelegten Obergrenzen für stationäre Maßnahmen in Frage gestellt. Grotesk wird das Ganze dann, wenn es sich um die Schaffung neuer

kleiner Einrichtungen für psychisch Kranke Menschen handelt, die in Brandenburg nun wirklich kaum vorgehalten werden bzw. sich noch im Aufbau befinden. Aus Sicht der Verbände und des PARITÄTISCHEN wäre es sinnvoller, erst den Aufbau des ambulanten Bereichs zu forcieren und beispielsweise mit investiven Mitteln zu unterstützen als den stationären Bereich im Rahmen von Regionalkonferenzen losgelöst zu planen und im Rahmen des AG BSHG zu begrenzen. Ferner sollten Planungen eben nicht nur fiskalischen Aspekten Rechnung tragen, sondern auch den Bedarfen und den inhaltlichen Anforderungen, also der Qualität.

Die Auswirkungen - unzureichende inhaltliche Gestaltung der Angebote -

<u>am Beispiel der „betreuten Wohngemeinschaften“:</u>

In den Übergangsregelungen sind, wie schon erwähnt, die „Fallzahlen“ genannt. Dies macht jedoch nur Sinn, wenn Einrichtungen und deren Angebote beschrieben und Definitionsgrenzen eindeutig benannt sind. Am Beispiel der Betreuten Wohngemeinschaften möchte ich die Auswirkungen aufzeigen, was geschieht, wenn sich die Beteiligten nicht über das Leistungsangebot und eine differenzierte Beschreibung verständigen oder Festlegungen einseitig getroffen werden. „Betreute WG`s“ sind in Brandenburg mit unterschiedlichen Zielstellungen der Träger geschaffen worden. Geplant war, dass die an der Umsetzung Beteiligten – Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, des Landesamtes und der freien Wohlfahrtspflege - sich auf eine „Richtlinie“ verständigen, so dass die Lücke zwischen einer umfangreichen Betreuung in der Wohnstätte und den geringen Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich geschlossen werden sollte. Die Verständigung hierzu begann 1995. In einem Rundschreiben des LASV in Abstimmung mit den Kreisen und kreisfreien Städten wurde nun im Jahr 2000 eine Definition ambulanter und stationärer Hilfen wiedergegeben, die lediglich die enge Auslegung des BSHG darstellt. Das Ziel – ein Bindeglied zwischen stationärem und ambulantem Wohnen herzustellen – wurde mit diesem Vorgehen nicht erreicht. Die Gestaltung der Übergänge (Trainingswohnen) findet keine Berücksichtigung. Menschen mit einem höheren Betreuungsbedarf werden in Brandenburg weiterhin in stationären Einrichtungen leben, da umfangreiche Hilfe von den Kreisen und kreisfreien Städten i.d.R. als ambulante Maßnahme abgelehnt werden. Die Gesamtverantwortung bei stationären betreuten Wohngruppen liegt beim Träger. Demnach ist die pädagogisch sinnvolle Trennung zwischen Hilfe zum Lebensunterhalt und Eingliederungshilfe nicht mehr möglich. Bewohner in bereits bestehenden Einrichtungen, in denen aus pädagogischer Sicht diese Trennung bereits vorgenommen wurde, werden wieder zu „Taschengeldempfängern“. An das „gewisse Selbsthilfepotential“ der Bewohner kann hinsichtlich der Organisierung der Hilfen zum Lebensunterhalt nicht angeknüpft werden.

Schade, die Chance fortschrittliche Regelungen für diesen Bereich zu schaffen, wurde vertan. Immerhin wurden nach Informationen des LASV 34 Einrichtungen des Einrichtungstyps „Betreute Wohngemeinschaft“ in überörtlicher Trägerschaft geschaffen. Ein Teil (12) dieser Einrichtungen erfüllt bereits die Vorgaben des Rundschreibens. Weitere Einrichtungen (22) sollen umstrukturiert werden oder sind als „Auslaufmodell“ zu sehen - so die Information eines Vertreters des LASV Anfang diesen Jahres.

Ein weiteres Problem haben nun die Träger, die mit Mitteln des sozialen Wohnungsbaus gebaut haben. Mit der Umwandlung der Wohngemeinschaften in stationäre Einrichtungen kam es bereits zu Rückforderungen des Ministeriums für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr. Nach Informationen des Landesamtes für Soziales und Versorgung (LASV) gab es wohl Gespräche zwischen den beteiligten Ministerien, in denen eine Klärung angestrebt wurde, die dem Gesamtanliegen Rechnung trägt. Die notwendige politische Entscheidung ist meines Wissens bis heute jedoch nicht erfolgt.

<u>am Beispiel der ambulanten Angebote:</u>

Die Neuregelung der Kostenerstattung stellt aus Sicht des PARITÄTISCHEN Veränderungswünsche des Landes hinsichtlich der Schaffung ambulanter Angebote dar. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen.

Es fehlt jedoch gänzlich an fachlichen und organisatorischen landesweit geltenden Mindeststandards für diesen Bereich. Dies erschwert die Schaffung ambulanter Angebote. Zu einer Erhöhung oder mindestens der Sicherung der Qualität der Angebote zur ambulanten

Betreuung gibt es im Land Brandenburg keine Regelungen. Mit Sorge beobachtet der PARITÄTISCHE, dass in einigen Landkreisen Entgelte vereinbart werden, die eine sachgerechte Leistungserbringung nicht ermöglichen und den Qualitätsverfall Vorschub leisten. Es ist einfach ärgerlich, dass der insgesamt gegebene Regelungsbedarf wie in einem Puzzle angegangen wird. Sicher nach einiger Zeit wird auch dieses keine Löcher mehr haben, aber Sozialhilfe ist aus meiner Sicht ein viel zu „ernstes Thema“ als das man methodisch vergleichbar wie in Kinderspielen vorgeht.

Insofern ist es unverständlich, dass das Land als der größere Geldgeber hier keine Vorgaben gemacht hat und somit bis zum heutigen Tage die kommunalen Spitzenverbände sich auch den Vorgaben des § 93 BSHG verweigern konnten und kein Rahmenvertrag zu Leistungs- Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen für ambulante Hilfen zwischen den Beteiligten geschlossen werden konnte.

Einen Lichtblick gibt es:

Im Rahmen der jetzigen Haushaltsdiskussionen ist geplant, die bestehenden gesetzlichen Regelungen dahingehend zu verändern, dass ab dem Jahr 2003 eine Kostenerstattung für ambulante Hilfen nur erfolgt, wenn zwischen den Beteiligten ein Rahmenvertrag nach § 93 BSHG auch für ambulant erbrachte Hilfen geschlossen wird. Dagegen haben sich die kommunalen Spitzenverbände bisher beharrlich gewehrt, obwohl das BSHG einen Rahmenvertrag vorsieht. Sollte dieses bei den Haushaltsverhandlungen am 12. und 13. Dezember im Landtag verabschiedet werden, gibt es für die Beteiligten viel zu tun, zumal der Regelungsbedarf für den stationären und teilstationären Bereich sozialer Hilfen bisher auch nicht abgeschlossen ist.

Möglichkeiten der inhaltlichen Gestaltung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben

Die Umsetzung des § 93 BSHG im teilstationären und stationären Bereich

In Brandenburg wurde zum 1.1.1999 ein Rahmenvertrag geschlossen, der im wesentlichen den stationären und teilstationären Bereich regelt.

Offen ist in diesem Vertrag die Ausgestaltung der Leistung, § 7 des Rahmenvertrages,

- „Für Hilfearten nach dem BSHG werden differenziert nach Zielgruppen Leistungstypen gebildet“ -

verschiebt die Aufgabe auf einen späteren Zeitpunkt.

Die Vertragspartner gingen 1999 davon aus, dass die Leistungstypen auf der Grundlage der bislang zwischen dem überörtlichen Sozialhilfeträger und dem Einrichtungsträger vereinbarten bedarfsgerechten Maßnahmen sowie Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfes entwickelt werden. Insofern sind die bislang vorliegenden Ergebnisse nach 2 Jahren intensiver Auseinandersetzung sicherlich für die VertreterInnen der Einrichtungen und der Betroffenen eher unbefriedigend.

Der Sachstand der Entwicklung von Leistungstypen:

Die Position der Mitgliedsorganisationen im PARITÄTISCHEN in Brandenburg *(im übrigen anderer Spitzenverbände der FW auch)* ist es, dass Menschen mit Behinderungen einen Anspruch auf Hilfen haben, die ihnen ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben und eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Dabei orientiert sich der PARITÄTISCHE am Grundsatz des sog. „Normalisierungsprinzipes“, d.h. Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf das „Zwei-Millieu-Prinzip“. Sie benötigen Hilfen im Wohnen und zur Beschäftigung bzw. Arbeit oder Bildung, unabhängig davon, wo diese Hilfen organisiert werden und wie schwer diese Menschen behindert sind.

Der Konflikt bei der Gestaltung der Leistungstypen zwischen den Leistungsträgern und Anbietern besteht in der Gestaltung der Lebensbereiche Wohnen und Tagesstruktur. Aus Sicht des PARITÄTISCHEN sollten beide Bereiche getrennt dargestellt werden. Der überörtliche Träger der Sozialhilfe stimmt dieser Auffassung im wesentlichen zu. Dennoch soll es gerade für schwerstbehinderte Menschen Zugangsbeschränkungen für die Tagesgestaltung, insbesondere für die Hilfen für eine angemessene Beschäftigung, geben. Diesen Zugangsbeschränkungen kann der PARITÄTISCHE nicht zustimmen. Hilfen für Menschen mit Behinderungen, auch für schwerstbehinderte Menschen, sollen Maßnahme in unterschiedlichen Lebensbereichen - Wohnen und Beschäftigung - umfassen.

Ferner ist künftig auch über Angebote für altgewordene behinderte Menschen nachzudenken, die nun mit ca. 60 Jahren nicht mehr in der WfbM entsprechend dem Arbeitsleben eines nicht behinderten Menschen einer Arbeit bzw. Beschäftigung nachgehen dürfen. So die Auffassung eines Richters, der damit der Auffassung der Leistungsträger gefolgt ist. Hierzu gab die AWO den Anstoß der Fachdiskussionen in Brandenburg im Sommer diesen Jahres. Leider ist die Diskussion bis auf verbale Willensbekundungen nicht weiter fortgesetzt worden.

Die Feststellung des Hilfebedarfes

Einigkeit gab es bisher für einen Leistungstyp „Wohnen für Menschen mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen". Hier soll zur Ermittlung des Hilfebedarfs und zur Bildung von Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs das Verfahren von Frau Dr. Metzler, der HMB-W, zur Anwendung kommen. Für alle anderen Personengruppen konnte man sich bisher nicht auf ein Verfahren verständigen.

Bei dieser Einigung wurde aus Sicht des PARITÄTISCHEN nur ein Minimalkonsens erreicht. Nicht geregelt bzw. keine Einigkeit konnten bei den fachlichen Anforderungen für das Vorgehen bei der Erfassung des Hilfebedarfes und der Zuordnung zu Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfes erreicht werden. Ursache hierfür ist, dass die Landkreise und kreisfreien Städte auf Grund der Regelungen im AG BSHG die Fach und Finanzverantwortung bei der Erbringung sozialer Hilfen tragen. Die VertreterInnen der kommunalen Gebietskörperschaften lehnten jegliche Verabredungen zu fachlichen Standards für das Vorgehen bei der Ermittlung des Hilfebedarfes ab. Das Land hat „Empfehlungen" in Form von Formularen zur Ermittlung des Hilfebedarfes an die kommunalen Gebietskörperschaften gegeben. Ob und wie die Kreise und kreisfreien Städte diese Formulare annehmen, bleibt ihnen überlassen. Sie haben eben nur „empfehlenden Charakter".

Insofern gestaltet sich der Prozess der Ermittlung des Hilfebedarfes in Brandenburg zur Zeit sehr unterschiedlich:

- Einige Kreise nutzen die Empfehlungen des Landes zur Ermittlung des Hilfebedarfes und verwenden die vorgegebenen Formulare.
- Andere wiederum entwickeln viel Kreativität, um die Vorlagen zu verändern.
- Die Einbeziehung der Betroffenen, der gesetzlichen Betreuer oder der Einrichtungsmitarbeiter erfolgt sehr unterschiedlich. Mal werden die Betroffenen einbezogen, aber die Vertreter der Einrichtungen außen vor gelassen. Ein anderes Mal werden die Vertreter der Einrichtungen informiert, jedoch die gesetzlichen Vertreter außen vor gelassen.
- Einige gesetzlichen Betreuer sind beteiligt, andere wiederum haben nicht einmal Informationen zu dem Geschehen.
- Einige Einrichtungen erhielten die Formulare mit dem Hinweis, diese auszufüllen.
- Andere Einrichtungen sollen nun ausführliche Entwicklungsbericht verfassen, auf deren Grundlage wahrscheinlich die MitarbeiterInnen der Verwaltung die Formulare ausfüllen.
- Zum Abschluss sei noch ein Landkreis erwähnt, der zur Zeit prüft, ob er diese Formulare für den ambulanten Bereich ebenfalls verwenden kann und zwar für suchtkranke Menschen, psychisch kranke und geistig behinderte Menschen. Offensichtlich scheinen hier die Regelungen des § 93 a Abs. 2 BSHG, Maßnahmepauschalen entsprechend der Bildung der Gruppen für Hilfeempfänger mit vergleichbarem Hilfebedarf zu vereinbaren, völlig ignoriert zu werden.

Es gibt aber auch Positives zur berichten:

- Eine kreisfreie Stadt (Frankfurt/Oder) hat sich entschieden, vor Beginn der Hilfebedarfsermittlung die MitarbeiterInnen des Amtes und der Einrichtungen gemeinsam zur Anwendung des Verfahrens von Frau Dr. Metzler zu schulen.
- Ein weiterer Landkreis hatte bereits Formulare für die Dokumentation der Erstellung des Gesamtplanes nach § 46 BSHG entwickelt und wird nun für den abgesprochenen Personenkreis das vorgegebene Verfahren in die eigenen Formulare integrieren.

Insbesondere bei der Umsetzung des § 93 BSHG wird deutlich, dass die einheitliche Anwendung des Sozialhilferechts in Brandenburg sich schwierig gestaltet. Dies lässt sich auch

bei der Anwendung des § 46 BSHG Gesamtplan beobachten. Gerade der § 46 BSHG enthält ebenfalls ein Planungs- und Steuerungselemente, die in der Vergangenheit viel zu wenig Beachtung fanden. Aber auch hier gilt Planung nicht nur unter Kostengesichtspunkten zu betreiben, sondern mit Blick auf inhaltliche Aspekt wie

- Individuelle Bedarfsdeckung,
- die Rücksichtnahme der Wünsche der betroffenen Menschen,
- die Autonomie der Betroffenen, der Einhaltung der Selbstbestimmungsrechte,
- Transparenz in den zu erbringenden Leistungen,
- Einbindung weitere Leistungsträger sowie
- Aufzeigen von Schnittstellen.

Es geht also geht um

- Koordinierung,
- Beteiligung,
- Wirkung und Kontrolle und
- Sozialplanung.

Auch bei der Umsetzung des § 46 BSHG besteht die Gefahr, dass die finanziellen Ziele in der Umsetzung überwiegen und die Entwicklung von fachlichen Anforderungen bzw. die Ausgestaltung der Hilfen nachrangig wird.

Fraglich ist, ob die Beratungsfunktion des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe in Form von Empfehlungen ausreichend Einfluss auf die Gestaltung der Fach- und Finanzverantwortung der Kreise und kreisfreien Städte bei der Gewährung von Sozialhilfe, insbesondere bei der Schaffung von ambulanten Angeboten, haben wird. Immerhin übernimmt der überörtliche Sozialhilfeträger 93 % der Entgelte. Das sollte Anlass genug sein, über eine Beratungsfunktion hinaus Einfluss sowohl auf den ambulanten Bereich als auch auf die Umsetzung stationärer Hilfen zu nehmen. Einfluss zu nehmen, bedeutet auch Standards für Brandenburg zu formulieren. Mit Standards meint der PARITÄTISCHE verbindliche Absprachen zu Verfahren der Umsetzung, Versorgungsregionen, Zielgruppen, Leistungsangeboten, Personalausstattung, fachliche Qualifikationen usw.

Möglichkeiten der inhaltlichen Gestaltung

Die Unsetzung des Heimgesetzes

Der PARITÄTISCHE hat im Oktober diesen Jahres gemeinsam mit der Heimaufsicht eine Tagung zum neuen Heimgesetz organisiert. Erfreulich war die große Teilnehmerzahl: über 300! Im Ergebnis dieser Tagung werden die Änderungen im Heimgesetz neben den Aufgaben für die Einrichtungsträger weitere strukturelle und fachliche Arbeitsaufgaben bringen:

- die Prüfung der Kompatibilität der Vereinbarungen nach § 93 d, Abs. 2 BSHG mit den Bestimmungen des Heimgesetzes,
- die Diskussion zur Gestaltung der Heimverträge im Bereich Behindertenhilfe mit der Heimaufsicht, den Trägern der Einrichtungen sowie den Betreuern nach BtG,
- die Weiterentwicklung bestehender fachlicher Konzepte im Rahmen der Erprobungsregelungen in § 25 a Heimgesetz, der Vertreter der Heimaufsicht hatte die Träger im Rahmen der Tagung ermuntert bzw. aufgefordert, Konzepte zu entwickeln,
- das Einbringen der Interessen der BewohnerInnen und Träger in die Arbeitsgemeinschaft nach § 20 Heimgesetz.

  Demnach sind die Heimaufsicht und die Leistungserbringer verpflichtet eng zusammen zu arbeiten. Die Zusammenarbeit bezieht sich auf

  - die Sicherung einer angemessenen Qualität des Wohnens und der Betreuung im Heim
  - sowie der Sicherung einer angemessenen Qualität der Überwachung.
  - Sie sollen die Prüftätigkeit koordinieren und
  - Einvernehmen über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Abstellung von Mängeln herstellen.
  - An dieser Stelle besteht für die Freie Wohlfahrtspflege Einflussmöglichkeit im Rahmen des § 93 BSHG und des § 75 des PflegeVG (Regelungen für Rahmenverträge).

Dabei sollen sie eng mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege, den Verbänden der BewohnerInnen und den Verbänden der Pflegeberufe sowie den kommunalen Trägern

zusammenarbeiten. Nach Aussagen von Herrn Meusinger, Präsident des LASV ist sind die Beteiligten dabei, diese Arbeitsgemeinschaften zu forcieren. Zu gegebener Zeit sollen die o.G. einbezogen bzw. informiert werden.

Grundlagen für innovative Projekte

An dieser Stelle möchte ich an den § 25 a Heimgesetz anknüpfen und darstellen, auf welcher Basis in Brandenburg, abgesehen von den üblichen Gestaltungs- und Finanzierungsmöglichkeiten, künftig innovative Projekte entstehen können:

- § 25 a HeimG
  Wie schon erwähnt, ist die Heimaufsicht für dieses Thema offen.
- § 101 a BSHG Experimentierklausel
  Zur Weiterentwicklung der Sozialhilfe soll die Pauschalierung der Leistungen nach dem BSHG erprobt werden. Dazu können die Länder Rechtverordnungen erlassen.

  Das Land Brandenburg hat bereits eine Rechtsverordnung zum § 101 a BSHG erlassen, so dass Modellvorhaben nun möglich sind.
- § 17 (1) Ziff. 4 und (3) SGB IX das persönliche Budget
  Die Rehabilitationsträger erproben die Einführung eines persönlichen Budgets durch Modellvorhaben.

Aus Sicht des PARITÄTISCHEN ist mit diesen drei gesetzlichen Möglichkeiten viel Spielraum für die Schaffung weiterer Projekte gegeben. Es liegt nun an den Trägern, dieses aufzugreifen und in die Diskussion bzw. Umsetzung mit den Leistungsträgern zu gehen. Dies setzt jedoch voraus, dass die Leistungsträger sich nicht nur verbal zu Experimenten und Modelvorhaben positionieren, sondern bereits in der Modellphase ein fachlich kompetentes Zusammenwirken der Leistungsträger erfolgt, so dass die modellhaften Projekte später in das bestehende Leistungssystem und damit verbunden in das Finanzierungssystem integriert werden können.

Stellvertretend für die Schaffung innovativer Projekte möchte ich für Brandenburg nur ein Projekt nennen, dass aus meiner Sicht einen neuen Wege in der Behindertenhilfe geht und mit viel Idealismus und Engagement betrieben wird: „Psychiatrische Familienpflege - Wohnen in Gastfamilien."

Zusammenfassung

Die Entwicklungen in der Behindertenhilfe mit Blick auf Einsparungen in den Ausgaben für Sozialhilfe sind in Brandenburg nicht viel anders als in anderen Bundesländern. Die Methode – die Kommunalisierung der Pflichtaufgaben des Landes - ist dennoch zu begrüßen, auch wenn deren Umsetzung zum jetzigen Zeitpunkt sich aus Sicht der Verbände sich unbefriedigend darstellt. Mit der Schaffung des AG BSHG ist eine Weichenstellung erfolgt, die dem Anspruch nach Fachlichkeit, Flexibilität und Qualität der Hilfen gerecht werden könnte, wenn die Zukunftsaufgabe in der fachlichen Weiterentwicklung und wirtschaftlichen Leistungsgewährung gesehen wird – und eben nicht nur in der Ausgabenbegrenzung!

Die Umsetzung des § 93 BSHG legt fest, sich über Leistungen und damit verbunden über die Prüfung der Leistungen zu verständigen. Hierin sieht der PARITÄTISCHE die Chance, eine Veränderung, insbesondere für den ambulanten Bereich, aber auch für die stationären und teilstationären Angebote hinsichtlich einer hohen Professionalität für die Einrichtungen, zu erreichen.

Bei der Umsetzung der Kommunalisierung geht es nach Auffassung des PARITÄTISCEN Wohlfahrtsverbandes künftig um folgende Aufgaben

- Bedarfssteuerung darf Bedarfsdeckungen nicht einschränken.
- Zuerst sollte der ambulante Bereich ausgebaut werden, danach kann eine Begrenzung des Stationären erfolgen.
- Die Abgrenzung zwischen stationären und ambulanten Angeboten darf nicht nur mit Blick auf gesetzliche Vorgaben und Finanzierungsraster erfolgen.
- Die Diskussion um die Schaffung der Angebote muss von Fachlichkeit und Qualitätsanforderungen bestimmt sein.
- Eine differenzierte Beschreibung der Leistungsangebote sollte unter Einbeziehung aller Beteiligten - Leistungsträger, Anbieter und vor allem der betroffenen Menschen vorgenommen werden.

  Die LIGA Freie Wohlfahrtspflege bereitet zur Zeit mit den Trägern Entwürfe für Leistungstypenbeschreibungen für ambulante Angebote vor und will dann mit diesen in

die Fachdiskussion mit den Sozialhilfeträgern gehen.

- Dabei geht es um die verbindliche Absprache zu Qualitätsstandards, d.h. Verfahren der Umsetzung, Versorgungsregionen, Zielgruppen, Leistungsangeboten, Personalausstattung, fachliche Qualifikation usw.
- Auch ambulante Angebote gehören in den Regelungsbereich eines Rahmenvertrags nach § 93 BSHG.
- Für ambulante Angebote müssen mindestens gleiche, wenn nicht noch bessere Förderungen wie beispielsweise die investiven Mittel stationären Bereich möglich sein.
- Das Land sollte über die Beratungsfunktion hinaus, Einfluss auf die Gestaltung der Hilfen, insbesondere der ambulanten, nehmen.
- Kooperation und Koordination sollten von fachlichen Punkten bestimmt sein und weiter ausgebaut werden.
- Damit würde eine einheitliche Anwendung des Sozialhilferechts in Brandenburg möglich sein.
- Die Steuerung der sozialen Angebote findet auf zwei Ebenen statt:
  - Planung der Angebote und Anzahl notwendiger ambulanter, teilstationärer und stationärer Maßnahmen (Einrichtungen/Bedarfe) Landesplanung
  - Planung der individuellen Hilfen für betroffene Menschen
  - § 46 Gesamtplanung BSHG unter Berücksichtigung des § 3 und 3 a BSHG
- Beide Ebenen brauchen ebenfalls ein hohes fachliches Know-how.
  - Kompetente Beratung
  - Individuelle Betrachtung/Begutachtung
  - Durchführung von Qualitätsprüfung auf der Basis verabredeter Standards.
- Innovative und neue Projekte brauchen Fachlichkeit und Kompetenz.
- Zwang zur Synthese von Fachlichkeit und Finanzierung!

In allen sozialen Bereichen, in denen Hilfen gewährt werde, sind längst ambulante, kommunale Alternativen zu stationären Angeboten bekannt, die eine Veränderung ermöglichen. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege haben diese in unzähligen Veranstaltungen und Gremien bereits vorgestellt. Sie werden jedoch nur unzureichend angeboten. Insofern gilt es, das bestehende Angebot teilstationärer, stationärer und ambulanter Angebote zu erfassen und alle drei Bereiche behutsam zu steuern. Diese Veränderungen müssen sowohl gesetzgeberisch als auch sozialpolitisch begleitet werden. Das heißt, hier sind das Land und die Kommunen gemeinsam in der Pflicht, für ihre Bürger differenzierte Angebote zu planen und vorzuhalten.

Bisher hat der PARITÄTISCHE mit Blick auf die mögliche Entwicklung des ambulanten Bereichs die neuen Regelungen der Kommunalisierung - Finanzierung und Leistungen aus einer Hand - begrüßt. Steuerung im sozialen Bereich und Fach- und Finanzverantwortung bei den örtlichen Trägern der Sozialhilfe bedürfen jedoch dringend einer Untersetzung mit notwendigen fachlichen und organisatorischen landesweit geltenden Standards. Finanzielle Veränderungen sind in erster Linie Fragen sozialpolitischer Natur. Sie sind weder strukturell noch durch fiskalische Begrenzungen zu lösen. Insofern sind auch in Brandenburg politische Entscheidungen dahingehend zu treffen, wie viel Geld Brandenburg im Rahmen der Aufstellung des Haushaltes für sozialschwache bzw. behinderte Menschen künftig ausgeben wird. Kostenneutralität bei steigenden Bevölkerungszahlen kann es nicht geben.

Abschließend sei auch erwähnt, dass das Land an einem Brandenburgischen Gleichstellungsgesetz arbeitet. Bleibt zu hoffen, dass die Gleichstellung nicht nur Prosa auf dem Papier bleibt und die politisch Verantwortlichen zur Umsetzung beitragen. Ein erster Schritt wäre die Schaffung annähernd gleicher Möglichkeiten und Voraussetzungen für ambulante und stationäre Versorgungsangebote im Land Brandenburg.

CLAUDIA ZINKE

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Brandenburg

Von der institutionellen zur personalen Orientierung

Anforderungen an Einrichtungen

IRIS BECK

Einleitung

Wenn von Seiten der Wissenschaft versucht wird, Anforderungen im normativen Sinn für die Praxis zu formulieren, so wird damit eigentlich eine Grenzverletzung vorgenommen. Der Hiatus zwischen Wissenschaft und Praxis als der zwischen Begründungs- und Verwendungszusammenhang ist deshalb nicht schlichtweg zu überbrücken, weil für die Wissenschaft gerade die Freiheit vom Entscheidungszwang konstituierend ist. Wissenschaft analysiert und erklärt Probleme und Entwicklungen, aber die Bewertung und Umsetzung dieses Wissens ist eine politische und praktische Angelegenheit, die vielen Einflussfaktoren unterliegt. Dementsprechend sollen nachfolgend Aspekte aufgezeigt werden, denen eine fachlich und wissenschaftlich begründete und anerkannte Relevanz für die weitere Entwicklung der Einrichtungen zukommt und die unter diesen Prämissen eine Bewertung erfahren sollten. Qualitätsentwicklung umfasst immer mehrere Ebenen; die der einzelnen Wohneinrichtung ist eine davon. Aber es geht ebenso um die kommunale oder regionale Ebene wie um die sozialpolitische und gesellschaftliche Ebene mit ihren Steuerungsfunktionen und damit geht es auch um unterschiedliche Akteure, an die sich alle 'Anforderungen' richten. Es ist aber die direkte Handlungsebene, wo letztendlich alle Vorgaben aufeinandertreffen und sich miteinander vermitteln müssen: wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso wie fachliche oder trägerspezifische Leitziele, die Vorgaben des SGB IX oder die des §93 BSHG, die Wünsche der Adressaten, die Haltungen der Mitarbeiter. Und es ist die direkte Handlungsebene, wo die Qualität der Dienstleistungen entsteht: in der Art und Weise, wie die Bedürfnisse behinderter Menschen nach Bildung, Persönlichkeitsentwicklung, Teilhabe und Anerkennung erfüllt werden. Genau hieraus entspringt die große Bedeutung von individueller Hilfeplanung und persönlicher Assistenz als tragenden Elementen der Qualitätsentwicklung, deren Rahmen nachfolgend skizziert wird.

1. Wandel im System der Hilfen - Programmatik

„Von der institutionellen zur personalen Orientierung": dieser Titel nimmt das Leitmotiv der neuen Empfehlungen der KULTUSMINISTERKONFERENZ (1994) zur sonderpädagogischen Förderung in der BRD auf. Gemeint ist damit, trotz des individualisierenden Tenors des Wortes 'personal' - eine lebensweltliche Perspektive, die einen vorrangig sozialen Impetus hat und fordert, dass Struktur, Organisation und Ziele der sozialen Dienstleistungen ihren Ausgang nehmen müssen von den Lebenslagen und Bedürfnissen der Adressaten. Die zentrale Frage an sie lautet: wie können Alltags- und Lebensbewältigung so unterstützt werden, dass das individuelle Wohlbefinden gefördert und ein Leben in lebbaren Sozialraumbezügen entsprechend anerkannten gesellschaftlichen Standards ermöglicht wird? Mit den KMK-Empfehlungen wurde für den Schulbereich die institutionelle Etikettierung eines speziellen Bildungs- und Erziehungsbedarfs als 'Sonderschulbedürftigkeit' und damit verbunden die Praxis der automatischen Zuweisung zu Sonderschulen durchbrochen. Der Begriff Sonderschulbedürftigkeit ist durch den des sonderpädagogischen Förderbedarfs ersetzt worden. Dieser soll unabhängig von der Institution Sonderschule, unter Partizipation der Betroffenen und anhand einer umfassenden Beschreibung behindernder Bedingungen im Rahmen einer Kind-Umfeld-Analyse beschrieben werden. Erst auf dieser Grundlage und unter Vorrang der integrativen und wohnortnahen Beschulung wird dann der beste Förderort gesucht. Gefragt wird also: was braucht ein Kind an Unterstützung, um möglichst wohnortnah und integrativ unterrichtet zu werden, um seinen Anspruch auf Bildung und auf eine Lebensführung wie alle anderen auch und auf zusätzliche besondere Unterstützung zu erfüllen? Die Schulen, und zwar auch die allgemeinen Schulen, haben sich auf die heterogenen Bedarfslagen der Schüler und ihrer

Familien - also auf lebensweltliche Bedürfnisse - einzustellen. Ich zitiere dies deswegen so ausführlich, weil es mehreres verdeutlicht:

1. der Wandel vollzieht sich in allen Bereichen der Hilfen für behinderte Menschen;

2. Es müssen sich nicht nur die Sonder-, sondern auch die allgemeinen Systeme von Arbeit, Bildung, Wohnen, Gesundheit und Freizeit verändern;

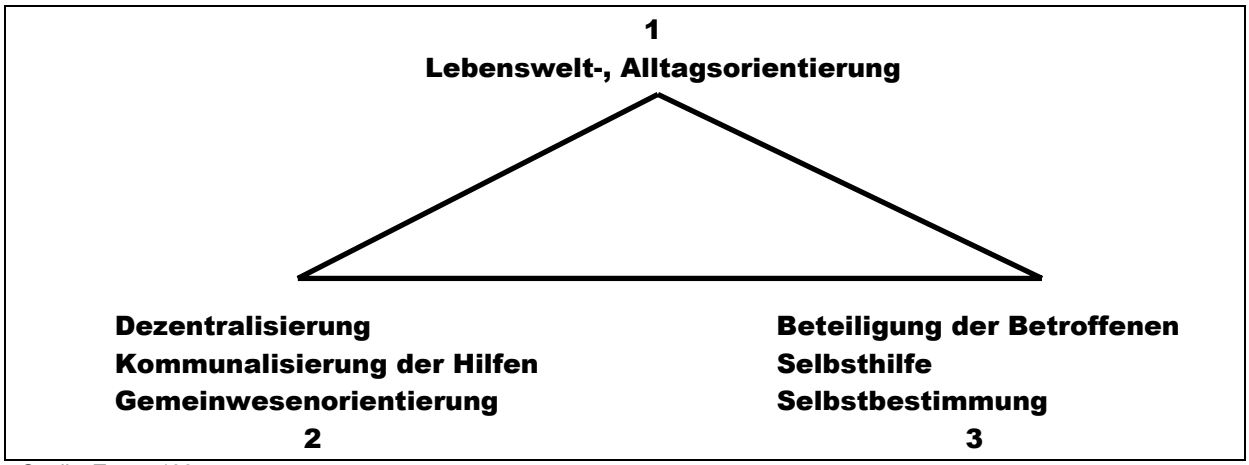
3. die individuelle Perspektive von Unterstützungsbedarf hat sich insgesamt durchgesetzt.

Die KMK-Empfehlungen lassen sich nahtlos auf die Frage übertragen, wie Hilfebedarf im Bereich des Wohnens konzeptionell zu fassen, auf welches Ziel hin auszurichten und wie zu erheben wäre. Das SGB IX macht nun für den gesamten Bereich der Teilhabe und Rehabilitation im wesentlichen die gleichen Vorgaben, was die Zielsetzung der Leistungen und die Art ihrer Erfüllung betrifft. Beide Dokumente, das SGB IX und die KMK-Empfehlungen, sind aber nicht Ursache, sondern Folge (eine in Teilen sicher kritikwürdige Folge und in der Umsetzung durchaus langfristig und nicht ohne Probleme und Grenzen zu sehen) eines Wandels in Theorie und Praxis, der sich seit über 40 Jahren national und international vollzieht. Dieser Wandel wurde in der Behindertenhilfe historisch eingeleitet durch das Normalisierungsprinzip, das zentral die Lage der Familien mit ihrer erheblichen Randstellung und Belastungssituation sowie die Lebenslagen der Menschen in den Anstalten fokussierte. In der Konterkarierung dieser Lebenslagen mit den gesellschaftlichen Vorstellungen und Standards von guter Lebensqualität entfaltete das Normalisierungsprinzip eine äußerst starke Wirkung als Reformmotor im Sinne eines Anti-Dogmas. Das Alltagsleben mit seinen Mustern, Rhythmen, in denen die Art und Weise zum Ausdruck kommt, wie Bedürfnisse erfüllt werden, erscheint grundlegend für die Lebensführung von Menschen und zum Verständnis von Lebenslagen. Die Gesetzgebung, Versorgungsstruktur und Praxis vor allem in den 50er und 60er Jahren waren aber Ausdruck des Verwaltungsdenkens und seiner Normen, die sich eben nicht am Alltag und dem Individuum ausrichten, sondern an einem gesetzlich definierten Bedarf aufgrund einer Schädigung; an einem Merkmal, das als negativ von der Norm abweichend betrachtet wird. Dieses Merkmal überlagert die Wahrnehmung des Subjekts, es dient zur Entwicklung und Rechtfertigung besonderer, häufig segregierender Maßnahmen und führt in den sozialen Beziehungen zu einseitig dominierten und häufig abwertenden Rollenzuschreibungen. Diese von NIRJE und WOLFENSBERGER entwickelten und von THIMM in mehreren Aufsätzen (erstmals 1975, 1978) erweiterten Gedanken enthalten mehrere Aspekte, die die tragenden Momente des Wandels verdeutlichen (siehe auch BECK 1994; THIMM u.a. 1997, THIMM 1994):

- den Wechsel vom defektorientierten zum dynamischen, vorrangig sozial bestimmten Verständnis von Behinderung als Partizipationserschwerung;
- die Anerkennung der Bedeutung des Alltagslebens und der individuellen Lebensführung. Das Alltagsleben ist das Leben jedes Menschen; gelingende Alltagsbewältigung in sozialer Integration trägt ganz entscheidend zum psychischen und physischen Wohlbefinden von Menschen bei.
- eine entwicklungsorientierte und integrative Perspektive, die auf die Stärken und Fähigkeiten von Menschen setzt, auf die Bewältigung der Behinderung und auf die Förderung gleichberechtigter sozialer Beziehungen und
- eine personale Orientierung, die zur Ausrichtung des Hilfesystems an subjektiven Bedürfnissen und zur Integration in alltägliche Lebensvollzüge führt und nicht umgekehrt die subjektiven Lebenslagen den bürokratischen Erfordernissen unterordnet. “Institutionelle Orientierung” und Institutionalisierung meinen den Prozess der normativen Regelung und Verrechtlichung sozialer Beziehungen, Deinstitutionalisierung entsprechend keinesfalls ausschließlich den Abbau oder die Auflösung konkreter Einrichtungen, sondern die Abnahme asymmetrischer Handlungsweisen, die lebensweltliche Bedürfnisse unter Organisationserfordernisse oder -regeln unterordnen.

Die Konsequenzen für das Dienstleistungssystem lauten: Ausrichtung an konkreten Lebenslagen und dem sozialen Umfeld, in dem sich das Alltagsleben vollzieht (Lebensweltorientierung); möglichst wohnortnahe und offene Angebotsstruktur (Gemeinwesenorientierung), konsequente Förderung von Selbst-

hilfe und Partizipation: Beteiligung der Betroffenen auf allen Ebenen. Die neue Klassifikation von Behinderung der WHO (ICF) bestimmt ebenso wie das SGB IX als den Kern von Behinderung die Partizipationseinschränkung.



Quelle: THIMM 1994

Schaubild 1: Stichworte zur personalen Orientierung

Mittlerweile haben die langjährigen Erfahrungen und Ergebnisse aus Theorie, Forschung und Praxis zentrale konzeptionelle Prinzipien für die Verwirklichung einer gleichberechtigten Partizipation und selbstbestimmten Lebensführung generiert. Danach ist Hilfebedarf in erster Linie zu verstehen als der Handlungsbedarf, der aus der Umsetzung dieser Zielperspektive insgesamt resultiert. Man findet diese Prinzipien mal mehr, mal weniger ausdifferenziert in vielen Dokumenten, Konzeptionen; mittlerweile haben die meisten von ihnen auch rechtlich verpflichtenden Charakter bekommen. Es geht also nicht um das Ob, sondern das Wie der Umsetzung. Ich fasse sie in den folgenden Punkten zusammen:

Ziel:

Gleichberechtigte Partizipation, selbstbestimmte Lebensführung, Abbau von Benachteiligung

Mittel

(Grundsätze und Prinzipien für Leistungen, Dienste und Einrichtungen):

- Orientierung an den Folgen von Behinderungen für die Lebensführung.
- Umfassende und individualisierte Bedarfsdeckung.
- Förderung der eigenverantwortlichen Gestaltung der Lebensumstände, Selbstbestimmung und Selbsthilfe der Leistungsberechtigten.
- Vorrang von Teilhabeleistungen und Gewährung unabhängig von Art und Schwere der Behinderung.
- Beteiligung der behinderten Menschen an der Gestaltung und Erbringung der Leistungen.
- Nahtlose und zügige, dauerhafte und verlässliche Leistungsgewährung.
- Vorrangig offene und wohnortnahe Angebotserbringung.
- Verpflichtung zur Kooperation aller Leistungsträger und Koordination der Leistungen.
- Systematische Qualitätsentwicklung und -beurteilung auf der Basis der Leitziele und Leitbilder.

Schaubild 2: Partizipation und selbständige Lebensführung

Eines der wichtigsten Merkmale dieses Wandels, das in der BRD erst seit einigen Jahren stärkere Beachtung findet, ist die Partizipation der behinderten Menschen, die Förderung ihrer Mit- und Selbstbestimmung. Viele Elemente dieses Wandels sind von behinderten Menschen gefordert und auch selbst entwickelt worden, wie z.B. Modelle der Assistenz und von offenen Hilfen. Im Ausland waren behinderte Menschen maßgeblich an der Definition von Lebensqualität und der Verabschiedung entsprechender Leitlinien für Politik und Praxis auf nationaler Ebene beteiligt. Die Richtung des Wandels wird von den behinderten Menschen mitbestimmt. Dieser Wandel vollzieht sich nicht nur im Bereich der Behindertenpädagogik., sondern in der gesamten Rehabilitation, in der Sozialarbeit, der Kinder- und Jugendhilfe usw., und nicht nur in Deutschland, sondern international, wo schon seit Jahren weltweite Dokumente und Leitlinien z.B. der UNESCO (Erklärung von Salamanca) und der UNO konkrete und weitreichende Aussagen zu den Gestaltungsaufgaben aller Beteiligten machen. Verbesserung der objektiven Lebensbedingungen, der Angebotsstandards und der individuellen Lebenslage und Lebenszufriedenheit sind dabei im Rahmen des Lebensqualitätskonzepts gleichermaßen angezielt. Damit wird gegenüber den älteren Leitvorstellungen, die zum Teil stärker sozialpolitische und strukturelle Änderungen anstrebten, eine gleichrangige Betonung des Subjekts tragend (keine ausschließliche).

2. Strukturen, Prozesse, Ergebnisse...: Hinweise auf relevante Qualitätsindikatoren

Zahlreiche der zur Umsetzung erforderlichen Strukturmerkmale einer gemeindenahen Unterstützung sind beschrieben und untersucht, z.B. im Rahmen von Modellvorhaben und Enthospitalisierungsprojekten. Sie finden sich in den Modellen für den Schulbereich ebenso wieder wie für die wohnortnahe medizinische oder berufliche Rehabilitation (siehe u.a. BECK 2002b i.E.; BECK/SCHUCK 2001; BUNDESMINISTERIUM 1998; MÜHLUM/OPPL 1992). Organisationsmodell für das Wohnen könnten z.B. Verbundsysteme mit abgestuften Wohnmöglichkeiten sein. Diese müssen unterschiedliche ambulante und mobile Hilfen einschließen. Dabei ist weniger Standardisierung von Angeboten anzustreben als vielmehr die Möglichkeit zur individuellen Abstimmung unterschiedlicher Angebote von Wohnen, Service, Assistenz. Vollzeithilfen sind nicht an Anstalten gebunden; erforderlich sind dann aber regionale ambulante psychosoziale oder medizinisch-therapeutische Systeme, die für spezifische Bedarfslagen verpflichtend zuständig sind. Das erfordert ein Umdenken aller Träger und eine regionale Verantwortung für die Qualitätssicherung sowie feste Kooperations- und Koordinationsverfahren, wenn nicht wieder Desintegrationsprozesse riskiert werden sollen.

Die Formulierung und die Durchsetzung von Leitzielen unterliegen immer dem historischen und kulturellen Einfluss und gesellschaftlichen Wandel. Auch die neueren Zielbestimmungen müssen als potentiell offene Arbeitskonzepte, die der Kritik und Veränderung zugänglich sein müssen, betrachtet werden. Die Entwicklung schreitet dabei auch nicht immer geradlinig und ungefährdet zum Besseren voran; das haben gerade die letzten Jahre deutlich gemacht. Zweifellos stellen sich einer flächendeckenden Umsetzung eine ganze Reihe von Problemen entgegen wie z.B. ein erhebliches Defizit an offenen Angeboten; einige bestehende Modelle zur Etablierung regionaler integrationsfördernder Angebote greifen auch zu kurz, gerade hinsichtlich der dauerhaften Gewährleistung von Unterstützung auch bei hohem Hilfebedarf. Wir brauchen insgesamt mehr Wissen über Leistungsfähigkeit und Leistungsgrenzen unterschiedlicher Angebotsformen. Rechtliche und ökonomische Probleme treten hinzu. Dennoch haben gerade in den letzten Jahren diese Leitziele eine viel höhere Anerkennung erfahren. Viele Einrichtungen haben in Eigenregie z.B. Verfahren zur Nutzerbefragung, zur Assistenzplanung, zur Stärkung von Heimbeiräten usw. entwickelt. Neue Modelle wie die Arbeitsassistenz, oder mobile regionale Unterstützungssysteme durch Vernetzung pädagogischer, sozialer, medizinischer Hilfen wurden umgesetzt. Offene Gestaltungsmöglichkeiten bestehen dabei gerade auf der direkten Handlungsebene - und es ist zugleich diese Ebene, die viel unmittelbarer die Lebenschancen der einzelnen Menschen beeinflusst.

Strukturelle Bedingungen oder objektive, materielle Lebensbedingungen sind notwendig, aber nicht hinreichend dafür, beim Individuum direkte Effekte wie Wohlbefinden zu erreichen.

Sie geben einen Rahmen vor, der natürlich Einfluss hat, denn es werden damit Chancen zur Herausbildung eines individuellen Lebensstils eröffnet oder begrenzt. Die individuelle Lebenszufriedenheit wird aber stärker beeinflusst von der Frage, ob und wie wichtige psychosoziale Bedürfnisse erfüllt werden wie die nach Anerkennung, Selbstbestimmung und emotionaler Bindung. Diese Bedürfnisse werden im direkten Handeln zwischen Menschen erfüllt; deswegen kommt der Qualifikation und Haltung von Mitarbeitern, dem Wohnklima, der Art, Anzahl und Qualität der sozialen Beziehungen eine so hohe und entscheidende Bedeutung für die Qualitätsentwicklung zu - und deshalb ist das Verständnis von Hilfebedarf und dessen Erfüllung auf der direkten Handlungsebene ihr zentraler Ausgangspunkt.

Bedürfnisbefriedigung ist ein individueller Prozess; deswegen kann man hier keine ausschließlichen, starren Vorgaben für jeden Einzelnen machen. Wir wissen aber andererseits empirisch gesichert, dass die Nichterfüllung bestimmter psychosozialer Bedürfnisse als Risiko-Indikator für eine mögliche Entstehung von Krisen, Krankheiten und Isolation oder eine schlechtere Bewältigung des Alltagslebens und von Belastungen betrachtet werden muss. Gerade bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung kann davon ausgegangen werden, dass solche Risiko-Indikatoren, eine potentielle Gefährdung ihrer Identität, häufiger vorliegen: z.B. durch nichtgelingende Kommunikation, durch häufig eingeschränkte soziale Netzwerke. Man sollte also zumindest eine Chancenstruktur für die Erfüllung dieser Bedürfnisse eröffnen, die dann individuell frei gestaltbar sein muss.

Lebensqualität als Bezugspunkt der Hilfeplanung ist damit eine Funktion von a) objektiven Lebensbedingungen, b) psycho-sozialer Unterstützung und c) subjektivem Wohlbefinden und subjektiver Bewertung. In der internationalen Lebensqualitätsforschung zeichnet sich mittlerweile ein Konsens über die wichtigsten Faktoren für Lebensqualität ab. In eine bedürfnisorientierte Planung müssten mindestens die folgenden acht Dimensionen eingehen, die einen Kern, keinesfalls aber ein ausschließliches Modell bilden:

1. Emotionales Wohlbefinden (z.B. Selbstwertgefühl, Zufriedenheit, psychische Sicherheit, Abwesenheit von Stresserfahrungen ...)

2. Soziale Beziehungen (z.B. Anzahl, Art und Qualität; soziale Unterstützung ...)

3. Materielles Wohlbefinden (z.B. persönlicher Besitz, finanzielle Lage ...)

4. Persönlichkeitsentwicklung (z.B. Wahrung und Förderung der biographischen Einmaligkeit und Individualität; Kompetenzerwerb, Bildung und Tätigkeit ...)

5. Physisches Wohlbefinden (z.B. Gesundheit, Ernährung, Erholung, physische Sicherheit ...)

6. Selbstbestimmung (z.B. Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten, persönliche Ziele und Wünsche, Verantwortung ...)

7. Soziale Zugehörigkeit und Anerkennung und

8. Rechte (z.B. Persönlichkeits- und Grundrechte, soziale Sicherung ...).

Man kann immer nur Annäherungen an die Wirklichkeit erreichen, aber nie eine individuelle Bedürfnislage insgesamt oder abschließend erfassen, denn wir haben es hier mit dynamischen, veränderlichen, subjektiv auch unterschiedlich bewerteten Prozessen zu tun, die zudem je nach Lebensbereich auch noch differierende Gewichtungen erfahren. Dabei ist gerade das Wohnen der Lebensbereich, der wie kein anderer freie Gestaltungsspielräume bietet und zentrale Bedeutung gerade für die Selbstverwirklichung, Selbstbestimmung und das informelle soziale Leben hat. Wohnqualität und Wohnzufriedenheit der Bevölkerung knüpfen sich stark an diese Bedürfnisse; selbstverständlich spielen aber auch die objektiven Bedingungen eine große Rolle, und hierzu gehört auch die Lage der Wohnung. Sie erweist sich ebenfalls als wichtiges Kriterium für erlebte Wohnqualität, denn hieran knüpfen sich die Chancen zur Teilhabe am sozialen und öffentlichen Leben und zur Erholung; damit wird die Infrastruktur von Dienstleistungen, Kultur- und Freizeitangeboten, aber auch das öffentliche Klima als Chancenstruktur zur sozialen Begegnung und Akzeptanz gemeint. Natürlich variieren hier die Gewichtungen, z.B. altersspezifisch und ganz generell. Gemeindenähe bedeutet somit zwar immer “in einem Ort leben”, “Wohnen wie alle anderen auch”, aber es kann eben auch das kleine Dorf sein für den, der sich diese Lage wünscht, hier partizipieren will und kann und dafür andere Nachteile in Kauf nimmt.

Wege und Mittel der Bedürfnisbefriedigung sind ebenso hochgradig sozial beeinflusst wie die Entstehung der Folgen von Beeinträchtigungen. Deshalb ist Hilfebedarf eine in wesentlichen Teilen soziale, nie von Umfeldfaktoren unabhängige, relative Kategorie. Der Handlungsbedarf bezieht sich deshalb immer auch auf das soziale und ökologische Umfeld. Damit geht es also keineswegs nur um einzig die Verbesserung beim Einzelnen, und schon gar nicht im Sinne einer ständigen Förderung von hier nach dort (das sich im Übrigen auch nicht einfach technologisch und zeitgenau herstellen läßt) - sondern auch um eine 'Pädagogik der Daseinsgestaltung', wie KOBI (1985) dies nennt oder die 'Integration des Handicaps in alltägliche Lebensvollzüge', wie CHRISTIAN VON FERBER (1989) dies ausdrückte: eine befriedigende Lebensführung auch und gerade bei fortbestehenden individuellen Beeinträchtigungen.

Für die Adressaten muss sich die Leistung als sinnvoll für ihre Lebensführung erweisen; das setzt ihre Zustimmung und ihre Beteiligung voraus. Der Kern des Assistenzgedankens hat genau dies zum Inhalt: die Herstellung gleichberechtigter symmetrischer Beziehungen. Partizipation ist eine grundlegende Bedingung jeder Leistungsgestaltung und Hilfebedarfsplanung; einzig von außen lassen sich Bedarfslagen nicht erheben und bewerten. Die Abhängigkeit geistig behinderter Menschen von Unterstützungsleistungen begründet zugleich die soziale Verantwortung des professionellen Systems für die individuelle Lebenslage; je höher die Abhängigkeit von Hilfen, desto größer die soziale Verantwortung. Diese betrifft die Frage der Standards der Einrichtungen ebenso wie die Standards der Lebensbedingungen außerhalb von Einrichtungen; sie beinhaltet die Gewährleistung zuverlässiger und qualifizierter Leistungen, die im Einzelfall angezeigt sind, also auch fördernde oder fordernde, therapeutische oder psychosoziale Leistungen. Hilfeplanung und Hilfegestaltung sind ebenso sehr Ausdruck professioneller Qualität wie Mittel der Professionalisierung. Sie erzwingen die Anwendung von Partizipationsverfahren, wie z.B. Nutzerbefragung, und von fundierten, häufig qualitativen diagnostischen Methoden; sie erfordern aber ebenso Sozialplanung und sozialraumbezogenes Handeln, Kooperations- und Koordinationsverfahren. Denn die individuumbezogene Perspektive, die ja stark auf Autonomie gerichtet ist, muss um diese sozialen Perspektiven erweitert werden, wenn man Lebenschancen (hierbei rekurriere ich auf den DAHRENDORFschen Begriff, wie ihn THIMM 1997 für die Selbstbestimmungsdiskussion in der Behindertenhilfe nutzbar gemacht hat; siehe auch THIMM 2001, wo die Frage regionaler Unterstützungssysteme diskutiert wird) eben nicht unzulässig verkürzen will. Es ist die Bedeutung tragfähiger sozialer Beziehungen, die für eine solche Erweiterung begründend ist, die Bedeutung von positiv erlebter Eingebundenheit, die erst den selbstbestimmten Wahlmöglichkeiten einen sinnstiftenden Bezugs- und Ankerpunkt gibt; es ist aber auch die soziale Determiniertheit von Lebensbedingungen und von Hilfebedarf, die eine solche Perspektive erfordern. Ich glaube, dass auch nur diese Ergänzung dazu beiträgt, einige der o.a. strukturellen Probleme zu verringern und einer institutionsunabhängigen Sichtweise wirklich zum Durchbruch zu verhelfen. Einen Hilfebedarf *unabhängig von institutionellen Bedingungen und seiner biographischen und sozialen Gewordenheit und ohne Zielperspektiven* zu erheben, mündet in eine reduzierte Widerspiegelung dessen, was dem Menschen aktuell an Hilfen zur Verfügung steht; nicht seines Bedarfs. Die *system-, angebotsunabhängige Hilfeplanung fragt aber* danach, was Menschen brauchen, um in einer Gemeinde oder Region unter den allgemeinen Ziel- und ihren persönlichen Zukunftsperspektiven leben zu können, und nicht nach dem, was sie brauchen (dürfen) innerhalb eines (sich nicht verändernden) Angebots. Damit stellt sich aber automatisch die Frage nach dem näheren und weiteren Umfeld und nach insgesamt in einer Region für bestimmte Problemlagen notwendigen Hilfen: nach *direkten, person- und gruppenbezogenen und nach indirekten, umfeldbezogenen* Leistungen und Qualitäten sowie nach Kooperations- und Koordinationserfordernissen, nach Institutionsveränderung. Das Wohnen wird insgesamt viel zu wenig in Verbindung mit dem Umfeld gesehen. Die Bedarfserhebung bei einzelnen Adressaten ist zu ergänzen um ein auf regionale Bedarfslagen situationsspezifisch ausgerichtetes Sozialplanungskonzept, das die Ressourcen beschreibt, um Bedarfslagen verlässlich abzusichern, und die Dienste einbezieht, die ebenfalls Angebote für bestimmte Gruppen bereithalten. Das kann eine einzelne Einrichtung nicht leisten, aber sie kann darauf hinwirken. Darüber hinaus müssen in solche regio-

nalen Integrationskonzepte auch viel stärker die allgemeinen sozialen und gesundheitsbezogenen Hilfen einbezogen werden. Des Weiteren geht es beim sozialräumlichen Handeln um den Abbau von Barrieren und Partizipationsbeschränkungen im öffentlichen Leben und um die Schaffung oder Stützung tragfähiger sozialer Beziehungen; dies muss auch durch den Einbezug z.B. von Angehörigen und Bekannten, von Nachbarschaften, Vereinen usw. geschehen. Netzwerkförderung bedeutet auch, Bündnispartner zu finden, die Menschen mit hohem Hilfebedarf oder Verhaltensproblemen anwaltschaftlich zur Seite stehen und ein akzeptanzförderliches Klima schaffen können. Damit aus möglichen Co-Produzenten der Dienstleistungsqualität tatsächliche Kooperationspartner werden, müssen all diese Personenkreise auch an Definitions- und Entscheidungsprozessen beteiligt sein. Grundlage dafür bilden die individuellen und regionalen Bedarfslagen, die strukturellen Vorgaben ebenso wie die konkreten regionalen Bedingungen, die fachlichen Standards und normative Begründungen wie Menschen- oder Leitbilder und Grundrechte sowie die Ansprüche und Wünsche der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Wenn dabei die Aufgabe gelöst würde, die LEDERER (1979) als den Kern jeder Planungsaufgabe beschrieb, wäre für mich eine der zentralsten Anforderungen an Einrichtungen erfüllt:

”Bedürfnisversagungen (‘Frustrationen’) (lösen) von bestimmten, wahrscheinlich identifizierbaren Schwellen an bei Menschen Aggressionen (aus) - gegen sich, gegen andere Menschen und gegen Sachen. Wenn also gefragt wird, an welchen Bedürfnissen die gesellschaftliche Planung [und die der Dienstleistungsangebote, I.B.] orientiert sein sollte, so könnte die Antwort heißen: versuchen Sie herauszubekommen, wie und bei wem sich individuelles Leiden und von daher negative Konsequenzen für die Rolle der Betroffenen in der Gesellschaft (im Verhältnis zu gesamtgesellschaftlichen Werthaltungen) in Form von Aggressionen gegen sich selbst, Andere und Sachen manifestieren, und versuchen Sie ferner herauszubekommen, welche Art von Bedürfnisversagungen zu solchen Aggressionen geführt haben können”.

Literatur

BECK, I.: Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen: Zielperspektiven und Bewertungsfragen. Frankfurt 1994.

BECK, I.: Gefährdungen des Wohlbefindens schwer geistig behinderter Menschen. In: Fischer, U. et al. (Hg.): Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Reutlingen 1998, 273-299.

BECK, I.: Zum Verhältnis von professioneller Hilfe und Selbsthilfe - Chancen und Grenzen einer professionellen Neuorientierung. In: Verein für Behindertenhilfe (Hg.): Von der Betreuung zur Assistenz? Professionelles Handeln unter der Leitlinie der Selbstbestimmung. Tagungsbericht: Hamburg 2000, Verein für Behindertenhilfe: 116-128

BECK, I.: Lebensqualität/ Wohnen/ Normalisierung/ Qualitätsentwicklung und -beurteilung/ Selbsthilfe. 5 Artikel. - In: ANTOR, G. & BLEIDICK, U. (Hg.): Behindertenpädagogik -ein Grundriß in Schlüsselbegriffen. Stuttgart 2001

BECK, I.: Bedürfnisse, Bedarf, Hilfebedarf- und planung: Aspekte der Differenzierung und fachlichen Begründung. Erscheint in: GREVING, H. (Hg.): Heilpädagogische Organisationen professionalisieren: Hilfeplanung und Controlling. Freiburg 2002 i.E

BECK, I.: Die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in der BRD: soziale und strukturelle Aspekte. Expertise für den 11. Kinder- und Jugendbericht im Auftrag der Bundesregierung. Erscheint in der Reihe “Materialien zum Kinder- und Jugendbericht” des Deutschen Jugendinstituts München 2002b i.E.

BECK, I./SCHUCK, K.D.: Der Forschungsstand über Möglichkeiten und Grenzen der Integration aus Sicht der Heil- und Sonderpädagogik. - In: IGL, G./WELTI, F. (Hg.): Die Verantwortung des sozialen Rechtsstaats für Personen mit Behinderung und für die Rehabilitation. Wiesbaden 2001

BECK, I./ DÜE, W./ WIELAND, H. (Hg.): Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzepts. Heidelberg 1996

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG: Vierter Bericht über die Lage der

Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn 1998

VON FERBER, CHR., 1989: Neuorganisation der Versorgungsstrukturen. - In: Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (Hg.): Perspektiven einer Neuorientierung im Gesundheitswesen. Düsseldorf: 24-27

GLATZER, W./ZAPF, W. (Hg.), 1984: Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Darmstadt

GROSS, P. & BADURA, B., 1977: Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen. In: Von Ferber, Chr. & Kaufmann, F.-X. (Hg.): Soziologie und Sozialpolitik. Opladen: 361-385

HAHN, M., 1981: Behinderung als soziale Abhängigkeit. Zur Situation schwerbehinderter Menschen. München

KEMPER, P.: Steuerung und Entwicklung kommunaler Teilhilfesysteme für Menschen mit Behinderungen - planungstheoretische Aspekte und praktische Umsetzung. In: NDV 1998, 208-213.

KOBI, E.E., 1985: Behinderung als pädagogisches Problem. - Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 54 (2): 121-126

KULTUSMINISTERKONFERENZ, 1994: Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen der Bundesrepublik Deutschland (Beschluß vom 6.5.1994). Nachdruck in der Zeitschrift für Heilpädagogik 45: 484-494

LEDERER, K., 1979: Bedürfnisse: ein Gegenstand der Bedürfnisforschung? - In: MEYER-ABICH, K.-M./BIRNBACHER, D. (Hg.): 11-29

MEYER-ABICH, K.-M./BIRNBACHER, D. (Hg.), 1979: Was braucht der Mensch, um glücklich zu sein: Bedürfnisforschung und Konsumkritik. München

MÜHLUM, A. & OPPL, H., 1992: Rehabilitation im Lebenslauf. - In: MÜHLUM, A. & OPPL, H. (Hg.): Handbuch der Rehabilitation. Neuwied 3-30

NIRJE, B.: Das Normalisierungsprinzip: 25 Jahre danach. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 63 (1994) 12-32.

SCHALOCK, R.L. (Hg.): Quality of life Volume I. Conceptualization and Measurement. Washington 1996.

THIMM, W., 1975: Behinderung als Stigma. Überlegung zu einer Paradigma-Alternative. - Sonderpädagogik 5(4): 149-157

THIMM, W., 1978: Versuch einer Ortsbestimmung professioneller Behindertenhilfe. - Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte: Dokumentation Werkstättentag '78, 1. Bundeskonferenz Werkstätten für Behinderte: 299-313

THIMM, W., 1978: Behinderungsbegriff und Lebensqualität. Ansätze zu einer Vermittlung zwischen sonderpädagogischer Theorie und Praxis. - In: Brennpunkt Sonderschule: 24-30

THIMM, W./VON FERBER, CH./SCHILLER, B./WEDEKIND, R.: Ein Leben so normal wie möglich führen... Zum Normalisierungskonzept in der Bundesrepublik Deutschland und in Dänemark. Marburg 1985.

THIMM, W.: Leben in Nachbarschaften. Freiburg 1994

THIMM, W., 1997: Kritische Anmerkungen zur Selbstbestimmungsdiskussion in der Behindertenhilfe oder: Es muß ja immer wieder einmal etwas Neues sein ... - ZfHeilpädagogik 6: 222-232

UNO, 1993 (Organisation der Vereinten Nationen): Rahmenbedingungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte. Resolution 48/96 der Generalversammlung der Vereinten Nationen vom 20.Dez.1993.

UNESCO, 1994: Salamanca Statement and Framework for Action on Special Educational Needs. Paris

WHO (Weltgesundheitsorganisation), 2001: International Classification of Functioning. Genf

IRIS BECK, Prof. Dr.

Universität Hamburg
Institut für Behindertenpädagogik
Sedanstrasse 19

20146 Hamburg

Individuelle Hilfeplanung und Assistenzplanung

Anforderungen an die Behindertenhilfe

ANDREA LÜBBE

In Einrichtungen der Behindertenhilfe haben lange Zeit die MitarbeiterInnen überlegt, welche Hilfen die BewohnerInnen brauchen. Der Rahmen dafür war durch die bestehende Struktur der Einrichtung vorgegeben.

Bei der Individuellen Hilfeplanung geht es nun aber darum, mit den Betroffenen *gemeinsam* Ziele für das eigene Leben festzuhalten und Unterstützungsleistungen so zu planen, dass sie genau auf die aktuelle persönliche Situation zugeschnitten sind. Die Rahmenbedingungen der Einrichtung sollen sich nun nach dem Bedarf der NutzerInnen richten.

Zur Zeit gibt es hierzu kein einheitliches Vorgehen, sondern eine Vielzahl von Konzepten aus verschiedenen Einrichtungen. Bei einem Vergleich der Inhalte dieser Konzept fällt auf, dass die Grundthemen sich sehr ähneln. Immer geht es z.B. um Haushaltsführung, soziale Kontakte, Körperpflege, Mobilität usw. Unterschiede bestehen aber in der Unterteilung dieser Themen, in der Art der Fragestellung und ganz besonders in der Gestaltung des Planungsprozesses selbst.

Ich möchte Ihnen in diesem Rahmen weder einzelne Hilfeplankonzepte noch detaillierte Ergebnisse aus dem Vergleich dieser Konzepte vorstellen, sondern die Kernfrage aufgreifen: Sind die bisher vorhandenen Konzepte wirklich sinnvolle Hilfsmittel für die individuelle Planung von Unterstützungsmaßnahmen? Zudem möchte ich auf Knackpunkte hinweisen, die sich in Gesprächen mit VertreterInnen von Wohneinrichtungen herausgeschält haben.

An dieser Stelle möchte ich mich sehr herzlich bei allen bedanken, die ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt und sich Zeit genommen haben, mir ihre Praxis der Hilfe- oder Assistenzplanung zu erläutern.

Noch eine Bemerkung zum Sprachgebrauch: Da ich bisher ca. 15 verschiedene Bezeichnungen für Hilfeplanungskonzepte gesammelt habe (z.B. „Hilfe- und Zukunftsplanung“, „Dialogische Entwicklungsplanung“, „Individuelle Perspektivplanung“, „Assistenzplanung“ ...), habe ich mich vorerst entschlossen, den Begriff „Hilfeplanung“ trotz aller Kritik weiter zu benutzen und verweise auf den Beitrag von WEBER in diesem Band, der sich intensiv mit der Bezeichnung „Assistenz“ auseinandersetzt.

Wenn Anforderungen an die Gestaltung von Hilfeplankonzepten formuliert und zur Diskussion gestellt werden sollen, muss zunächst geklärt sein, *wer* diese Anforderungen stellt.

Andrea Lübbe, Universität Hamburg

In der Praxis finden sich dazu zwei Pole. Auf der einen Seite

- Betriebswirtschaft, Verwaltung, Kostenträger, Gesetze usw. ... – und auf der anderen Seite
- Einzelne Personen, die einen sehr unterschiedlichen Bedarf an Unterstützung ha-

ben, um ihr Leben zufriedenstellend gestalten zu können. Um sie herum gruppieren sich Angehörige und Freunde, sowie pädagogische und therapeutische MitarbeiterInnen sozialer Dienste.

Hilfeplanungsverfahren sind unterschiedlich nah an diesen beiden Polen angesiedelt – je nachdem, ob eher die Interessen der Institution und Verwaltung oder die Interessen der NutzerInnen im Mittelpunkt stehen. Manche Verfahren versuchen, die Ansprüche beider Seiten gleichzeitig zu bedienen. Inwieweit dieses Vorhaben sinnvoll ist und unter welchen Bedingungen es gelingen kann, unterschiedliche Perspektiven der Hilfeplanung in ein Konzept zu integrieren, erfordert eine intensive fachliche Diskussion.

Folgt man den Inhalten, die mit dem vielzitierten „Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe" überschrieben werden, wird ganz eindeutig der einzelne Nutzer/die einzelne Nutzerin zum Maßstab der Betrachtung.

Diese Sichtweise spiegelt sich in folgenden Stichworten wieder:

- Wende von der institutionellen zur personalen Orientierung (s. Beitrag von BECK in diesem Band)
- Lebensqualität
- Nutzerorientierung, Mitbestimmung
- Integration, Regionalisierung, Community Care
- Normalisierungsprinzip
- Assistenz und Begleitung statt Betreuung (s. Beitrag WEBER in diesem Band)
- Selbstbestimmung, Empowerment

Werden die Inhalte dieser Stichworte wirklich ernst genommen, ergeben sich daraus eine Reihe kritischer Fragen an die aktuelle Praxis der Hilfeplanung, und zwar

1. zu den Inhalten,
2. zu methodischen Fragen der Erhebung und Planung und
3. zu den Rahmenbedingungen, die für die Umsetzung der Planung notwendig sind.

1. Inhalte der Hilfeplanung:

Aus dem Lebensqualitäts-Konzept können mehrere wichtige Dimensionen des Unterstützungsbedarfs abgeleitet werden (vgl. BECK, in diesem Band), die bei der Individuellen Hilfeplanung generell zu berücksichtigen sind. Einige von ihnen möchte ich im folgenden exemplarisch skizzieren:

- Die Qualität sozialer Beziehungen ist für die Bewältigung von belastenden Lebenssituationen zentral. Eine besondere Rolle spielen dabei vertraute Personen, die emotionale Unterstützung leisten. Wichtig ist aber auch das Gefühl, zu einer Gruppe zu gehören und die Möglichkeit zu haben, anerkannte soziale Rollen zu übernehmen (z.B. hilfsbereiter Nachbar zu sein oder kompetente Kollegin). Hilfeplanung, deren Ziel die Verbesserung der Lebensqualität der NutzerInnen ist, muss darum ein besonderes Gewicht auf Unterstützungsbedarf in diesem sozialen Bereich legen. D.h. es geht um langfristige Hilfen beim Aufbau eines Freundeskreises, bei der Gestaltung nachbarschaftlicher Kontakte oder beim Knüpfen einer Liebesbeziehung. Menschen, die über lange Zeit in einer Einrichtung der Behindertenhilfe gelebt haben, haben meistens extrem kleine soziale Netzwerke, die überwiegend professionelle Helfer umfassen. Ihr Bedarf an Unterstützung beim Aufbau von Kontakten ist darum sehr hoch.

Hilfeplanung sollte sich also bei dem Thema „soziale Beziehungen" nicht allein auf bestehende Kontakte konzentrieren, sondern intensiv erkunden, welche Möglichkeiten zur Ausweitung des sozialen Netzwerkes für die einzelnen NutzerInnen bestehen und welche Hilfen dazu nötig sind.

Wenn soziale Kontakte bereits bestehen, kann ein Hilfebedarf auch darin liegen, den Umgang mit dem Telefon, der Post oder E-Mails zu üben, um Kontakte zu halten. Oder die NutzerInnen benötigen Unterstützung bei der Planung von Freizeitaktivitäten, damit soziale Kontakte sich nicht auf Besuche in der Wohngruppe beschränken müssen. In manchen Hilfeplanungs-Konzepten werden diese Inhalte bereits umgesetzt, indem z.B. mit den NutzerInnen gemeinsam ihr persönliches Netzwerk aufgezeichnet wird, die Zufriedenheit damit erfragt und konkrete Maßnahmen zur Unterstützung in diesem Bereich gemeinsam festgelegt werden.

- Die Lebensqualität wird vom emotionalen, psychischen Wohlbefinden maßgeblich bestimmt – und sollte daher bei der Individuellen Hilfeplanung angemessen beleuchtet werden. Einige Konzepte legen bei dieser Thematik den Schwerpunkt auf den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, Krisen und psychiatrischen Problemen, also eher auf problematische Bereiche. Diese Aspekte sind wichtig, weil ein Hilfebedarf in diesem Bereich pädagogisches Handeln dringend notwendig macht. Für die Lebensqualität sind jedoch noch weitere Aspekte entscheidend: Zum Beispiel das Gefühl persönlicher Sicherheit, mögliche Belastungen durch Stress, Sorgen und Angst, die eigenen Möglichkeiten, seelisches Gleichgewicht zu erlangen, sich zu entlasten und zu entspannen u.ä.. Vielfach werden langfristig Unterstützungsmaßnahmen zur Stärkung des psychischen Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls nötig sein.

- Hierzu gehört auch die Erfahrung, gehört zu werden, sich durchzusetzen und Dinge verändern zu können. Kurz gesagt geht es um die Begriffe Selbstbestimmung, Empowerment und Assistenz statt Betreuung (vgl. Beitrag von E. WEBER in diesem Band). Ein wichtiger Inhalt der Individuellen Hilfeplanung muss darum der Unterstützungsbedarf beim Ausbau von Selbstbestimmung sein, da sich die Fähigkeit, Entscheidungen zu fällen und Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen, nicht von heute auf morgen quasi „von selbst“ entwickelt, sondern gelernt und in ihrer täglichen Umsetzung auch geübt werden muss. Dies gilt insbesondere für Menschen, die lange Zeit unter extrem fremdbestimmten Bedingungen leben mussten.

Bislang wird diese Thematik gar nicht oder nur in Ansätzen in Hilfeplanungs-Konzepten aufgegriffen. Mögliche Fragen hierzu sollten sich z.B. auf den Unterstützungsbedarf bei der Auswahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten beziehen, auf das Eintreten für die eigenen Rechte, das Aushandeln von Regeln, die Auswahl von Hilfeleistungen und die Beurteilung ihrer Qualität.

- An diese Thematik schließt sich unmittelbar das Thema Bildung an: Vielfach sind NutzerInnen der Behindertenhilfe kaum über die finanziellen, rechtlichen und politischen Bedingungen informiert, die ihre Situation maßgeblich beeinflussen. Wenn sie in die Lage versetzt werden sollen, ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen zu gestalten, müssen sie auch die Möglichkeit bekommen, sich Wissen und Kompetenzen dazu anzueignen. Nötig sind darum Bildungsangebote, die die Fähigkeiten der NutzerInnen zur Selbstbestimmung fördern, also das allgemeine Bildungsziel der Emanzipation verfolgen.

Hilfeplanungskonzepte, die den Bedarf an Bildungsangeboten erfragen, beziehen sich bislang überwiegend auf den Ausbau alltagspraktischer Kompetenzen, besonders im Bereich der Haushaltsführung (Kochen, Einkaufen u.ä.). Darüber hinaus sollte jedoch auch erkundet werden, ob die NutzerInnen z.B. Fortbildung in rechtlichen oder politischen Fragen benötigen, Beratung bei der Arbeit im Heimbeirat oder Unterstützung beim Aufbau einer Selbstvertretungsgruppe.

- Gerade in Bezug auf das Wohnen haben Menschen sehr unterschiedliche Bedürfnisse, was z.B. die Lage der Wohnung, die Größe oder die Gestaltung der Zimmer betrifft. Menschen mit Behinderungen hatten aber oftmals noch nie die Wahl zwischen verschiedenen Arten zu wohnen. Wenn keine Alternativen zur jetzigen Situation bekannt sind, sind Fragen nach der Zufriedenheit mit den eigenen Wohnbedingungen kaum zu beantworten,.

Darum kann es bei der Individuellen Hilfeplanung nicht allein um die Förderung von Kompetenzen der NutzerInnen in Bezug auf die Selbstversorgung und alltägliche Lebensführung gehen – wie dies in einigen Konzepten getan wird. Zuerst ist vielmehr zu fragen, ob die aktuelle Form des Wohnens tatsächlich „so normal wie möglich“ und für den Nutzer/die Nutzerin die derzeit optimale ist. Vielleicht liegt ein Unterstützungsbedarf nicht darin, selbständiger in der Haushaltsführung zu werden, sondern Einblick in verschiedene Formen des Wohnens zu gewinnen, um sich ein Bild von den vorhandenen Möglichkeiten machen zu können.

2. Methodische Fragen der Erhebung und Planung

- Individuelle Hilfeplanung soll die einzelnen NutzerInnen, ihre sozialen Netzwerke und die Integration in die Gemeinde in den Mittelpunkt stellen. Unterstützungsmaßnahmen richten sich dann flexibel nach dem individuellen, aktuellen Bedarf. Bei ambulanten Diensten ist

diese Grundidee gewissermaßen Programm, aber in stationären Einrichtungen sind Strukturen, Routinen und Arbeitsabläufe bereits vorgegeben. Wie kann nun aus einer Institution heraus eine möglichst institutions-unabhängige Hilfeplanung gelingen?

Zur Lösung dieses Problems gibt es in der Praxis verschiedene Organisationsmodelle, z.B. relativ unabhängige Beratungsbüros, Qualitäts- oder Hilfeplanbeauftragte oder einen Zuständigkeitswechsel der MitarbeiterInnen zwischen den Wohngruppen. Generell ist sicherlich zu fordern, dass den NutzerInnen Personen zur Seite gestellt werden, die sie möglichst unabhängig von der aktuellen Wohnsituation beraten. Inwieweit diese Forderung durch die bestehenden Modelle eingelöst werden kann, sollte zunächst genauer untersucht und diskutiert werden.

- Um die Beteiligung der NutzerInnen am gesamten Hilfeplanungsprozess sicher zu stellen, ist eine „barrierefreie" Sprache Voraussetzung. Zur Zeit lässt sich zum Thema „Individuelle Hilfeplanung" ein fast babylonisches Sprachgewirr beobachten, das eine ganze Reihe von Übersetzungsproblemen mit sich bringt. Vielfach werden Begriffe aus dem Management und der Betriebswirtschaft übernommen oder gänzlich neue Begriffe kreiert, die die Verständigung zwischen allen Beteiligten unnötig erschweren.

Ein einfacher Weg aus dieser Problematik führt über das direkte Gespräch mit den NutzerInnen - indem die Bezeichnungen, mit denen *sie* am besten zurecht kommen, zum Maßstab der Sprachregelung werden.

- Hilfeplanungs-Instrumente, Formulare u.ä. sollen in erster Linie eine methodische Hilfe für die Gespräche mit den NutzerInnen sein. Sie sind ein Handwerkzeug, das flexibel eingesetzt werden soll – entsprechend der aktuellen Situation und Fragestellung.

Im Gegensatz dazu steht das Bemühen vieler Einrichtungen, *eine* verbindliche Sammlung von Themen und Fragen für *alle* NutzerInnen zu entwickeln und teilweise sogar konkrete Maßnahmen für bestimmte Bedarfslagen vorzugeben. Diese Bemühungen enden häufig in einem dicken Handbuch, das mit jeder neu aufgelegten Version noch dicker wird, weil wieder neue Aspekte hinzugekommen sind. Es stellt jedoch die Frage, welche Erkenntnisse aus der Bearbeitung dieser Handbücher gewonnen werden. Letztendlich müssen die gesammelten Daten sortiert und gewichtet werden, um eine überschaubare Zahl an konkreten Zielen und Maßnahmen ableiten zu können. In manchen Instrumenten werden dazu Ankreuzlisten und Punktwerte für einzelne Items eingesetzt. Wenn jedoch die NutzerInnen im Mittelpunkt der Planung stehen, kann eine Gewichtung und Auswahl der Themen nur individuell, im gemeinsamen Gespräch erfolgen. Hierbei können Spannungsfelder entstehen: zwischen den persönlichen Wünschen der NutzerInnen für die Zukunft und den alltäglich benötigten Hilfen, zwischen den Zielen der NutzerInnen, der MitarbeiterInnen und der Angehörigen oder zwischen dem gegebenen Finanzierungsrahmen und den Maßnahmen, die für den Nutzer/die Nutzerin optimal wären.

In einer offenen Auseinandersetzung über diese Themen ist darauf zu achten, dass die Position der NutzerInnen gestärkt wird und ihre Wünsche und Einschätzungen deutliche Priorität bekommen. Wenn keine gemeinsame Lösung gefunden werden kann, sollten zumindest die unterschiedlichen Positionen oder die Probleme in der Umsetzung der Maßnahmen im Hilfeplan klar gekennzeichnet werden, um sie zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgreifen zu können.

- Die hier genannten Anforderungen an die Hilfeplanung gelten für *alle* NutzerInnen, also natürlich auch für Menschen mit einem sehr hohen Hilfebedarf. D.h., dass die grundsätzlichen Themen der Hilfeplanung gleich bleiben, sie verlangen jedoch eine individuell ausgerichtete Analyse. Für diesen Personenkreis wird in vielen Situationen ein besonderer Bedarf darin bestehen, eine Person zu haben, die einen Dialog aufbauen und halten kann, so dass individuelle Bedürfnisse besser erkannt und kommunikative Signale gedeutet werden können. Außerdem ist für spezifische Probleme - z.B. bei besonders herausfordernden Verhaltensweisen, einem hohen Bedarf an Pflege oder starken Beeinträchtigungen der Motorik - Fachwissen der MitarbeiterInnen und ggf. eine kompetente Beratung durch Fachleute nötig.

Die Aufgabe, eine möglichst weitgehende Beteiligung bei der Hilfeplanung sicher zu stellen, erfordert die Suche nach geeigneten Hilfsmitteln zur gegenseitigen Verständigung. Hierfür kann auf bewährte Methoden der Unterstützten Kommunikation zurückgegriffen werden und

darüber hinaus gilt es, geeignete Medien kreativ einzusetzen, z.B. Fotos oder Bildkarten, Symbole für Zustimmung oder Ablehnung u.ä.

In allen Hilfeplanungskonzepten findet sich das Thema „Interessenvertretung gegenüber Behörden, Ärzten u.ä." Bei Menschen mit einem hohen Hilfebedarf ist darüber hinaus aber auch zu fragen, wie die Interessenvertretung gegenüber den MitarbeiterInnen und MitbewohnerInnen der eigenen Wohngruppe gewährleistet werden kann. Gegebenenfalls müssen FürsprecherInnen gefunden werden. Am besten sind dies Menschen, die nicht direkt in der Einrichtung arbeiten, aber eine gute Beziehung zu der jeweiligen Person haben.

Trotz aller Bemühungen werden sich aber nicht alle Fragen in einem Gespräch oder einem Dialog im weitesten Sinne klären lassen. Und auch eine von besten Absichten getragene stellvertretende Aussage eines Fürsprechers/einer Fürsprecherin kann keine letztendliche Sicherheit über das geben, was ein Mensch wirklich möchte und braucht. Je schwieriger sich eine Kommunikationssituation gestaltet, desto deutlicher stellt sich dieses Problem – es ist jedoch generell in jeder Kommunikation zwischen Menschen enthalten.

Wichtig ist darum auch hier, offene Fragen im Hilfeplan festzuhalten und sich Zeit zu nehmen, verschiedene Dinge auszuprobieren und Reaktionen darauf sensibel zu beobachten. Festgelegte Ziele und Maßnahmen müssen auf ihre Richtigkeit und Passung hin überprüft werden. D.h., dass zu einer individuellen Hilfeplanung immer auch eine fortlaufende Evaluation gehört. Dazu ist kein großer Aufwand nötig. Es geht vielmehr darum, die bisher gegeben Hilfen gemeinsam zu bewerten. Die NutzerInnen und ggf. die FürsprecherInnen werden also gefragt, ob die konkret geleistete Unterstützung ausreichend war oder ob mehr Bedarf besteht. Auf der anderen Seite, ob es vielleicht zu viel Hilfe gab und dem Nutzer/der Nutzerin zu wenig zugetraut wurde? War es die richtige Form der Hilfe? Hat die richtige Person sie angeboten?

In manchen Einrichtungen wird dieses Vorgehen bereits umgesetzt, häufig gibt es in Hilfeplanungskonzepten jedoch nur wenig Hinweise auf Evaluationsmethoden.

3. Notwendige Rahmenbedingungen für Umsetzung der Planung

- Unterstützungsbedarf zu erkennen und die Hilfeplanung flexibel auf die einzelnen NutzerInnen auszurichten, setzt einen guten Ausbildungsstand der MitarbeiterInnen voraus. Hier geht es zum einen um *Fachwissen*, d.h. um Kenntnisse über spezifische Beeinträchtigungen, um pädagogische und therapeutische Konzeptionen, um Kompetenzen im medizinisch-pflegerischen Bereich, um Wege der verstehenden Diagnostik u.ä. Zum anderen sind *methodische Kompetenzen* nötig, z.B. Gesprächsführung, Moderation von Planungskonferenzen und die Formulierung von Zielen und Maßnahmen. Ganz entscheidend ist eine *Grundhaltung* der MitarbeiterInnen, die von Respekt gegenüber den NutzerInnen geprägt ist, ihre Selbstbestimmung fördert und ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit gegenüber dem eigenen Handeln und der eigenen Rolle voraussetzt.

In Gesprächen mit VertreterInnen von Einrichtungen habe ich den Eindruck gewonnen, dass die Einführung der Hilfeplanung dort, wo MitarbeiterInnen gut ausgebildet sind und eine entsprechende Grundhaltung mitbringen, kaum Probleme bereitet. Auch einfach gestaltete Formulare oder andere Hilfsmittel werden dann zur gemeinsamen Planung mit den NutzerInnen kreativ eingesetzt. Ein Bedarf an Fortbildung oder Beratung kann sich in diesem Fall z.B. auf die konkrete, exakte Formulierung von Zielen oder die Koordination verschiedener Hilfemaßnahmen beziehen, jedoch weniger auf grundsätzliche pädagogische Fragen.

Andererseits können in Einrichtungen unter dem Druck einer verbindlichen Hilfeplanung strukturelle Probleme der Arbeit oder mangelnde Kompetenzen der MitarbeiterInnen deutlich werden. Im günstigsten Fall bietet dieser Befund dann Anlass, Strukturen und Haltungen zu überdenken, so dass die Einführung der Individuellen Hilfeplanung indirekt zur Veränderung der Arbeit beitragen kann. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn die Leitungsebene sich für die konsequente Umsetzung der erarbeiteten Ziele und Maßnahmen einsetzt und die Strukturen der Einrichtung sich immer mehr nach dem tatsächlichen Bedarf der einzelnen NutzerInnen richten.

Letztendlich ergibt sich aus der konsequenten Individualisierung von Unterstützungsmaßnahmen eine deutliche Veränderung bestehender Handlungsstrukturen, an deren Umsetzung die NutzerInnen, ggf. ihre FürsprecherInnen und Angehörigen, und die MitarbeiterInnen intensiv beteiligt werden müssen.

- Dringend erscheint mir auch die Kooperation von Einrichtungen untereinander, um Erfahrungen mit verschiedenen Modellen der Hilfeplanung auszutauschen und – als langfristiges Ziel – Unterstützungsmaßnahmen für NutzerInnen aufeinander abzustimmen und miteinander zu verknüpfen. Offene Diskussionen über die Vor- und Nachteile verschiedener Hilfeplanungskonzepte, Arbeitsweisen und Organisationsmodelle sind dazu ein erster wichtiger Schritt. Diese Tagung bietet dafür ein Forum, das hoffentlich intensiv genutzt wird.

ANDREA LÜBBE, wiss. Mitarbeiterin

Universität Hamburg
Institut für Behindertenpädagogik

Persönliche Assistenz - assistierende Begleitung

Veränderungsanforderungen für professionelle Betreuung und für Einrichtungen der Behindertenhilfe

ERIK WEBER

Einleitung

Ich bedanke mich bei der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft für den Auftrag der Expertise zum Thema *Persönliche Assistenz - assistierende Begleitung - Veränderungsanforderungen für professionelle Betreuung und für Einrichtungen der Behindertenhilfe.*

Im Zuge meiner kleinen Untersuchung habe ich verschiedene Einrichtungen besucht, die das Assistenz-Konzept in ihr Selbstverständnis und ihr Profil übernommen haben. Eine dieser Einrichtungen werde ich vorstellen.

Darüber hinaus bestand meine Aufgabe darin, die Literatur zum Thema zu sichten und einige Aussagen zum Begriff und zur Konzeption der Assistenz zusammenzufassen.

Aus diesem Aspekt und den Eindrücken aus den Einrichtungen habe ich Veränderungsanforderungen für die 'Behindertenhilfe' und für die heilpädagogischen Ausbildungsstätten zu formulieren versucht, die ich zum Abschluss meines Referates anfügen werde.

Wie alle gesellschaftlichen Systeme befinden sich auch die Behindertenpädagogik und die Soziale Arbeit in einem stetigen Wandel. In Folge verschiedenster Reformbestrebungen innerhalb dieses Systems, ausgehend vom Normalisierungsprinzip, über Prozesse der Deinstituionalisierung und Enthospitalisierung, der schulischen Integration und dem Aufkommen der Selbstbestimmt-Leben-Debatte, ist gegenwärtig die Tendenz „von einer bislang dominierenden Angebotsorientierung in Richtung auf mehr personenorientierte Hilfeleistung" (vgl. BECK 2000, zit. nach HAGEN 2001, 228) zu beobachten. In diesen Kontext gehört auch der Begriff der 'Assistenz', der 'persönlichen Assistenz' oder der 'assistierenden Begleitung'.

Wie weiter unten noch zu erläutern sein wird, werde ich mich in meinen Ausführungen auf den Begriff der ‚Assistenz' beschränken, bzw. den der ‚persönlichen Assistenz' wie er im Lebensumfeld von Menschen mit Körperbehinderungen geprägt worden ist:

„Persönliche Assistenz ist mehr als nur irgendeine ambulante Dienstleistung unter anderen. Ihr Konzept beinhaltet den Wechsel von einem entmündigenden Versorgungsdenken zu der Anerkennung eines Hilfebedarfes für ein gleichberechtigtes, selbstbestimmtes Leben" (FREHE 2001, 7).

Die oben skizzierten Veränderungsprozesse gehen aber auch mit weitreichenden ökonomischen Veränderungen einher. Vielleicht ist es sogar nicht falsch zu behaupten, die gegenwärtigen Veränderungen seien in erster Linie Folge ökonomischer Zwänge. Die Behindertenpädagogik und die Soziale Arbeit haben sich ebenso wie alle anderen Systeme mit den Auswirkungen dessen, was als ‚Globalisierung' beschrieben wird, auseinanderzusetzen:

„Mit dieser [der Globalisierung, E.W.] einher gehen Umverteilungsprozesse im Weltmaßstab einschließlich bevölkerungspolitischer Visionen einer 20:80 Gesellschaft. 20 Prozent würden noch Waren und Dienstleistungen produzieren, die restlichen 80 % wären arbeitslos und müssten mittels 'tittytainment', eine von Z. Brzezinski geprägte Variante von 'panem et circenses', bei Laune gehalten werden" (MARTIN; SCHUMANN 1997, 12; zit. nach JANTZEN 2001, 1)

Otto SPECK (1999) hat dies jüngst in seiner Veröffentlichung zur ‚Die Ökonomisierung sozialer Qualität' hauptsächlich auf den Bereich der Pflege in Bezug zu setzen versucht.

Wenn ich im folgenden den Begriff der Assistenz näher betrachten werde, ein Handlungsmodell aus der Praxis vorstellen und Veränderungsbedarfe für Einrichtungen und die dort Tätigen formulieren werde, ist dieser gesellschaftlich-ökonomische Wandel immer mit einbedacht.

Denn der Begriff der Assistenz könnte, neben seiner sicherlich sehr innovativen Konnotation,

wie ich weiter unten noch aufzeigen werde, auch dazu benutzt bzw. missbraucht werden, ökonomische Zwänge in einen schönen Begriff einzukleiden, der aber in der Praxis mit einem Abbau an pädagogischer Professionalität und Qualität verbunden sein - und/oder, wie noch zu zeigen sein wird, eine neue 'Rest-Gruppe' schaffen kann. Wenn der Begriff Assistenz zur Begründung von Dienstleistungsmodellen herangezogen wird, dann ist immer kritisch zu fragen, was an pädagogischen Standards evtl. verloren zu gehen droht und ob man bereit ist, etwas abzugeben.

Abzugeben wäre sicher Macht, die wir in bezug auf Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen, immer ausüben. Nicht abzugeben wäre pädagogische Verantwortung, die einherzugehen hat mit einer kritisch verstandenen Professionalisierung.

Bezüglich des Aufkommens des Assistenz-Modells stellt Jutta HAGEN jüngst (2001) treffend fest:

„Hier werden keine neuen Forderungen aufgestellt, weshalb es verfehlt wäre, angesichts der Wiederbelebung und durchaus vielfältigen Variation des Themas Selbstbestimmung in der aktuellen Fachdebatte von einem 'Paradigmenwechsel' in der Behindertenhilfe zu sprechen (...). Die unverminderte Aktualität des Themas Selbstbestimmung verweist jedoch darauf, dass professionelle Hilfen noch weit davon entfernt sind, den Selbstbestimmungsbedarfen der HilfeadressatInnen gerecht zu werden. Und es wird deutlich, dass der Druck auf professionelle Hilfesysteme, seien sie in Institutionen oder in der Lebenswelt des Einzelnen angesiedelt, wächst" (HAGEN 2001, 23).

Mein Referat ist ein Auszug aus der Expertise zum Thema *Persönliche Assistenz - assistierende Begleitung. Veränderungsanforderungen für professionelle Betreuung und für Einrichtungen der Behindertenhilfe*, die als Auftragsarbeit für die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (DHG) entstanden ist. Ein Impuls war hier sicherlich, der Frage nachzugehen, wie eine Konzeption, die in erster Linie aus der Körperbehindertenpädagogik stammt, Bedeutung erlangen kann für den Personenkreis der Menschen, die wir 'schwer geistig' und/oder 'geistig behindert' nennen. Darüber hinaus geht es um die Beschreibung von Handlungsmodellen und den daraus entstehenden Veränderungsanforderungen.

Ich habe mich zunächst mit dem Auftauchen, der Verwendung und der Rezeption des Begriffes der Assistenz in der Fachliteratur beschäftigt.

Sodann habe ich insgesamt fünf Einrichtungen besucht, die in dem Assistenz-Modell eine innovative Grundlage für ihre Arbeit gefunden haben. Die Strukturen der von mir besuchten Einrichtungen sind sehr unterschiedlich. Daher ist ein direkter Vergleich nicht angebracht. Vielmehr ging es mir darum, Handlungsmodelle zu beschreiben und wichtige Aspekte, die für ähnliche Einrichtungen von Interesse sein könnten, herauszuarbeiten. Die Auswahl kann dabei nicht repräsentativ sein. Mir ist bewusst, dass es bestimmt Einrichtungen gibt, die ähnlich arbeiten und hier keine Berücksichtigung gefunden haben. Dennoch können die vorgestellten Handlungsmodelle sicher Einsichten in ein neues oder sich veränderndes Arbeitsfeld eröffnen und sind sicherlich auch diskussionswürdig. Die besuchten Einrichtungen waren:

- Die Ev. Stiftung Alsterdorf, Geschäftsbereich HamburgStadt, Hamburg
- Die Ev. Stiftung Hepahta Mönchengladbach; ESH Wohnen gGmbH
- Die SELAM Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen gGmbH, Oldenburg; Fachbereich 'Assistenz beim Wohnen'
- Der fib e.V., Marburg; Arbeitsbereich 'Unterstütztes Wohnen'
- Das Zentrum für selbstbestimmtes Leben (ZsL), Köln

Ich habe für mein Referat eine Einrichtung ausgewählt, nämlich die SELAM Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen gGmbH, Oldenburg; Fachbereich 'Assistenz beim Wohnen'.

In allen Einrichtungen habe ich jeweils Fachgespräche mit unterschiedlichen Beteiligten geführt. Grundlage für die Gespräche war ein Fragebogen mit Leitfragen zum Begriff, der Anwendung und konzeptionellen Füllung des Begriffes der Assistenz.

Anschließend werde ich sodann Folgerungen aus den Praxisbeispielen im Sinne von Veränderungsanforderungen ziehen. Erstens bezüglich der konzeptionellen Entwicklungen in den Einrichtungen, zweitens bezüglich der dort

Tätigen und drittens bezüglich der Fachdisziplin, der Geistigbehindertenpädagogik.

Eine immer begleitende Frage bei meinen Besuchen in den Einrichtungen war jene nach veränderten Ausbildungswegen und -mustern der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Sozialen Arbeit. Unter der Leitfrage *Ende oder Neuanfang einer Profession?* werde ich mich abschließend mit diesem Aspekt beschäftigen, um auch bezüglich des Veränderungsbedarfs in den Curricula der Ausbildungsstätten einige Anmerkungen zu machen.

Assistenz, was ist das?

etymologische Herkunft:

Assistent: 'Helfer', 'Gehilfe' (< 16. Jh.). Ursprünglich englische Neubildung zum Partizip des Präsens. von lat. *assistere* 'beistehen', zu lat. *sistere* 'sich hinstellen' und lat. *ad-* hin-, zu. Verb: **assistieren** (KLUGE 1995, 57).

Bedeutung:

Assistent (lat.) „Beisteher, Helfer" *der*; jmd., der einem anderen assistiert

Assistenz: (lat. mlat.) *die*: Beistand, Mithilfe

assistieren (lat.): jmdm. nach dessen Anweisungen zur Hand gehen
(DER DUDEN, Bd.5 1997, 89)

Assistenz - Was verbirgt sich hinter diesem neuen Wort in der Behindertenpädagogik? Ist es eine neues Wort? Oder eignet es sich, wie viele Begriffe vor ihm, alten Wein in neuen Schläuchen zu verkaufen?

Schauen wir genau hin, zeigt sich, dass das lateinische Wort 'beistehen', *assistere*, hier zugrunde liegt. So ist der Assistent jemand, der 'Beistand leistet', der '*Mit*hilfe anbietet'. Wenn ich jemandem assistiere, so der Fremdwörter-Duden, so gehe ich jemandem zur Hand, und zwar -und das scheint mir zentral- *nach dessen Anweisungen (!)*.

Was bedeutet dieses Wort, dieses Konzept und die dahinter stehende Haltung - ich könnte auch *Menschenbild* sagen - für den Personenkreis der Menschen, die wir 'geistig behindert' und/oder 'schwer geistig behindert' nennen?

Denn hier könnte man direkt Bedenken anmelden, dieser Personenkreis wäre gar nicht in der Lage, Anweisungen zu geben und daher brauche er auch keine Assistenz, sondern Förderung und Betreuung.

Wie aber steht es um folgende Fragen:

- Können Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen, vielleicht doch Anweisungen geben?
- Wie muss ich befähigt, professionalisiert sein, um diese -vielleicht verdeckten- Anweisungen zu „lesen"?
- Wie kann ich den o.g. Personenkreis ermächtigen, mir mehr Anweisungen zu geben, als das vielleicht in der Vergangenheit vorgesehen war?
- Wie werde ich ein guter Assistent, einer der (Definitions-)Macht abgeben kann, einer der zuhören, zusehen, deuten und beistehen kann?

Hinter dem Assistenzbegriff, so verstanden wie oben skizziert, verbirgt sich eine neue Qualität des Umgangs mit Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen. Er wird in sinnigen Konzeptionen tiefgreifende Änderungen mit sich bringen.

- Änderungen in sog. Betreuungskonzepten
- Änderungen in Profilen der Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Änderungen in den Arbeitszeiten der Menschen, die professionell assistieren.
- Änderungen in ihrer Ausbildung
- und schließlich Änderungen im Leben des Personenkreises, um den es hier geht.

Gesamtkontext der Diskussion

Blick in die Literatur

Der Begriff der Assistenz ist ein relativ junger Begriff in der Behindertenpädagogik und ist in enger Anlehnung an die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung zu sehen. Der Begriff ist vielleicht so neu und in seiner Bedeutung noch nicht erkannt, dass sogar zwei kürzlich erschienene Handbücher der Behindertenpädagogik den Begriff nicht ausdrücklich berücksichtigen (vgl. ANTOR; BLEIDICK 2001 bzw. BUNDSCHUH; HEIMLICH; KRAWITZ 1999).

„Seit über 20 Jahren haben vor allem körper- und sinnesbehinderte Menschen die Leitidee des Selbstbestimmten-Lebens in die öffentli-

che (Fach)Diskussion eingebracht" (NIEHOFF, et al 2001, 376).

Der Assistenz-Begriff hat seine Ursprünge wohl in der Krüppelbewegung, vielleicht nicht ausgewiesen so genannt, jedoch hier grundgelegt. Interessant ist, dass er nicht aus Beiträgen der etablierten Geistigbehindertenpädagogik heraus entstanden ist, sondern dass es vornehmlich Betroffene waren, die in diese Richtung argumentierten.

FRANZ CHRISTOPH hat den autonomen Standpunkt der Krüppelbewegung in seiner Abwendung von gutgemeinten Aussagen sog. ExpertInnen formuliert. Er forderte „eine kritische Durchleuchtung der Voraussetzung von Kooperationsprozessen auf allen Seiten und schonungslose Offenheit" (SCHÖNWIESE 2000, 28).

CHRISTOPH formulierte unmissverständlich, welche Grundvoraussetzungen geschaffen werden müssen, um eine eigene Identität aufzubauen, und Kooperation zu wagen. Dahinter vebirgt sich ein Verständnis von Behinderung, das Behinderung in erster Linie als Ausdruck sozialer Verhältnisse sieht, oder genauer formuliert:

„dass Behinderung ein Produkt gesellschaftlicher Abwertungs- und Vernichtungsstrategien ist, die sich in verschiedensten personalen und institutionellen Inszenierungen und an behinderten Personen ansetzenden Korrektur-Maßnahmen umsetzen" (SCHÖNWIESE 2000, 29).

Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung stellt sich dem entgegen und versucht, verschleierte Prozesse von Ausgrenzung aufzudecken, eigene Bedürfnisse zu formulieren und eigene Vorstellungen über die Form und den Umfang von Hilfeleistungen zu äußern.

In diese Zusammenhänge ist auch die Entstehung, die Verwendung und die konzeptionelle 'Füllung' des Begriffes Assistenz zu denken.

Das Auftauchen, die Verwendung und die Rezeption des Begriffes der Assistenz in Bezug auf Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen, wird mit etwa „10 Jahren Verspätung" (NIEHOFF et al, 2001, 376) sichtbar.

In Bezug auf die Anfänge des Assistenzmodells ist festzustellen, dass es hier zunächst die praktische Assistenz ist, die beleuchtet wird und die sich im sog. Arbeitgeber-Modell organisiert. BOLLAG (1999) betont hier u.a., dass dieses Modell davon ausgehe, dass der Hilfeempfänger über eine Reihe von *Kompetenzen* verfüge. Dies wird auch von anderen Autoren immer wieder herangezogen (vgl. auch FREHE 1999, 281; MILES-PAUL; FREHSE 1994, 14).

Diese Kompetenzen sind:

- Personalkompetenz: Das Aussuchen oder Ablehnen von Assistenten
- Organisationskompetenz: Planung von (Arbeits-)Zeiten
- Anleitungskompetenz: Dem Assistenten die Form, die Art und den Umfang der Hilfen vorzugeben
- Raumkompetenz: Festlegen, wo die Hilfe angeboten werden soll
- Finanzkompetenz: Die empfangenen Hilfen eigenständig bezahlen zu können
- Differenzierungskompetenz: Eigenständiges Auswählen auf dem 'Markt der Hilfen' und Organisieren dieser Hilfen

Hier kann ebenfalls, wie schon beim Begriff der Assistenz, sehr schnell der Eindruck entstehen, dass diese Kompetenzen sicherlich nur von wenigen Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen, aufgebracht würden. Aber auch hier sei die Frage erlaubt: Ist das wirklich so? Wenn ja, warum und wie könnte ein Entschlüsseln dieser Kompetenzen und/oder ein Ermächtigen zum Aufbau solcher Kompetenzen aussehen?

Wenn wir uns diese Fragen nicht stellen, droht der Begriff der Assistenz dazu beizutragen (wie schon viele Begriffe vor ihm) *auszugrenzen*: In solche, die Assistenz einfordern, die die dazu notwendigen Kompetenzen mitbringen, und jene, die dazu scheinbar nicht fähig sind, die dann „assistenzunfähig" sein würden - eine Entwicklung, die mit dem Auftauchen wichtiger Entwicklungen für eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Menschen, die wir behindert nennen, immer wieder aufgetreten ist: bildungsunfähig, integrationsunfähig, therapieresistent, etc..

FEUSER (2001) hat dies jüngst wie folgt formuliert:

„Selbstbestimmung ist zu verantworten oder sie bleibt als isolierte Kompetenz eines Men-

schen nur neuer Ausdruck alter Verhältnisse, nämlich von Macht und Herrschaft" (FEUSER 2001, 337).

Der Begriff der Assistenz ist ebenso wie der von FEUSER genannte Begriff der Selbstbestimmung unter den o.g. Aspekten zu lesen und zu beurteilen, soll er nicht zum verschleiernden Schlagwort verkommen, bevor er überhaupt dazu beitragen konnte, die Lebenswirklichkeit von Menschen, die wir 'geistig- und/oder schwer geistig behindert' - nennen, zu verändern.

Problem der Übertragung auf eine Pädagogik für Menschen, die wir '(schwer) geistig behindert' nennen

NIEHOFF (2001, 16) betont, Begriffe wie 'Begleitung' oder 'Unterstützung' taugten eher dazu, die Tätigkeit zu beschreiben, die die Arbeit mit Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen, charakterisiert. Im Begriff der Assistenz seien „sehr persönliche Beziehungen zu Mitarbeitern (...), [die] auf einer partnerschaftlichen Ebene, in Augenhöhe sozusagen" (ebd.) stattfänden, nicht enthalten. Ich teile diese Auffassung so nicht und möchte daher trotzdem den Begriff der Assistenz beibehalten, um das zu beschreiben, was die sog. Behindertenhilfe insgesamt gegenwärtig zu verändern scheint.

Denn das 'Zur-Hand-Gehen' *für* jemanden, *nach dessen Anweisung*, beinhaltet für mich auch die Beziehungsebene![1] Ich muss eben diese Anweisungen in Beziehung wahrnehmen und bei Bedarf auch entschlüsseln. Und: Das 'Zur-Hand-Gehen', nach jemandes Anweisung, bedingt und die Umkehrung des von FEUSER angemahnten Machtgefüges: „Ich (Betreuer) gebe Dir, zu Deinem Besten, Anweisungen" in: „Ich, Mensch, von Dir geistig behindert genannt, gebe *Dir* Anweisung, wie *Du* mir zur Hand zu gehen hast!".

Sicherlich beinhaltet eine solche Sichtweise auch Probleme, wenn ich sie in Beziehung setze zu Menschen, die wir als 'schwer geistig behindert' bezeichnen und/oder denen wir schwerwiegende Verhaltensauffälligkeiten zuschreiben. SEIFERT (2001) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich Menschen mit schweren Behinderungen

„vor allem in elementaren Bereichen wie Nahrungsaufnahme, Mobilität und Körperhygiene Möglichkeiten [eröffnen], auf die *Gestaltung ihres Alltags* unmittelbar Einfluss zu nehmen. Sie signalisieren Wünsche, Vorlieben, Ablehnung oder Verweigerung auf vielfältige Weise" (vgl., ebd., 25).

Genau dies zu entschlüsseln ist zentrale Aufgabe des Assistenzmodells. Das Erkennen, Beschreiben, Deuten und Aufgreifen dieser „vielfältigen Weise(n)" macht professionelle Assistenz aus in Bezug auf Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen. Hier fehlen noch Instrumente und Methoden. Dies darf aber nicht zu Aussagen verleiten, wie z.B. ROCK sie in diesem Zusammenhang tätigt, wenn sie schreibt:

„Erschwerend kommt hinzu, dass bei schweren Formen geistiger Behinderung die Bedürfnisse nicht *(sic!)* oder nur sehr subtil zum Ausdruck gebracht werden können" (ROCK 2001, 60).

Dem entgegen sind jedoch einige wenige Instrumente und Methoden bereits erprobt und können einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung o.g. Erfordernisse leisten.

Exemplarisch möchte ich hier nur die Methode der *Rehistorisierung* nennen, so wie sie JANTZEN und LANWER-KOPPELIN (1996) beschrieben haben.

Ohne auch nur annähernd die Komplexität dieser Methode hier wiedergeben zu können, möchte ich trotzdem auf einige zentrale Aspekte der Rehistorisierung hinweisen, die in jedes zu schaffende Konzept von Assistenz für Menschen, die wir '(schwer) geistig behindert' nennen, einfließen sollten.

Denn es geht bei der Rehistorisierung nicht um bloße Biographiearbeit! Es geht um das Um- und Neuschreiben von Kranken- oder Behinderungsgeschichten in Lebensgeschichten. Es geht um die Entschlüsselung von Bedingungen der Isolation in der bisherigen Lebensgeschichte der Betroffenen und um die Entschlüsselung ihrer „psychopathologischen Problematik", wie BASAGLIA (1974) es formuliert hat. Rehistorisierung erhält in diesem Zusammenhang hohe Bedeutung als Instrument

[1] Das wurde mir auch ausdrücklich von Menschen mit Körperbehinderungen in Fachgesprächen bestätigt (z.B: im ZSL Köln). Hier scheint es gewisse Differenzen gegenüber Aussagen anderer AutorInnen zu geben (vgl. ROCK 2001, 60) Die Bedeutung des Beziehungsaspektes bei allen Formen von Assistenz scheint zumindest noch nicht genau definiert.

zur Dechiffrierung von Kranken- / Behinderungsgeschichten und des Neuschreibens von Lebensgeschichten, immer unter Berücksichtigung von Prozessen der Isolation. Denn diese Prozesse des Ausschlusses, die institutionell und gesellschaftlich entstanden sind, haben ein Bild von Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen, geschaffen, welches weiterhin leitend ist: Das Bild eines Wesens, das, von Naturprozessen heimgesucht, isolierender Schutz- und Schonräume bedarf und nicht das Bild von einem Menschen, der unter Bedingungen des (gesellschaftlichen) Ausschlusses ein Repertoire von sinnvollen Verhaltensweisen entwickelt hat, um unter diesen Bedingungen zu überleben.

Zusammenfassende Gedanken

Zusammenfassend kann bezüglich der Begriffsdiskussion festgehalten werden, dass im Sinne des Vermeidens neuer Rest-Gruppen (die, die nicht zur Assistenz fähig sind - die, denen man nicht assistieren kann, etc.) auch Menschen, die wir 'schwer- oder schwerst geistig behindert' nennen, der Assistenz bedürfen. Sie senden dazu Signale der Anleitung in dialogisch-kooperativer Beziehung. Die Signale/Botschaften werden von AssistentInnen entschlüsselt, übersetzt und umgesetzt. Dies erfordert eine hohe Professionalität in der sozialen Arbeit, die vor allen Dingen sich ständig bewusst darüber sein muss, dass es neue Formen von Macht, Bemächtigung oder Pädagogisierung unbedingt zu verhindern gilt!

SCHÖNWIESE (2001) kommt zu folgendem Schluss:

„Die Grundsätze der Selbstbestimmung [und damit auch des Assistenzmodells; E.W.] gelten

STOP aber auch für Personen mit schwersten Beeinträchtigungen und es stellt sich immer wieder die Frage nach der Rolle und der Qualifikation der UnterstützerInnen, die die Selbstbestimmung wahren können" (SCHÖNWIESE 2000, 31).

Im folgenden möchte ich Sie daher einladen, mich auf meiner Reise durch eine Institution, die auf diesem Wege ist, zu begleiten. Ich werde im folgenden ein Handlungsmodell aufzeigen, das ich in Oldenburg kennengelernt habe.

„Es gibt die Arbeitszeiten, die der Kunde braucht!" - SELAM Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen gGmbH, Oldenburg; Fachbereich 'Assistenz beim Wohnen'

Die folgenden Anmerkungen beruhen auf einem Gespräch mit den o.g. Personen des Fachbereiches Wohnen der SELAM-Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen, gemeinnützige Gesellschaft mbH, Oldenburg. Der Name SELAM rührt aus der Bezeichnung SELbestbestimmt leben & wohnen mit AMbulanten Hilfen, wie die Gesellschaft seit 1991 heißt. Gegründet wurde sie jedoch bereits 1990, damals unter anderem Namen, als Zusammenschluss von drei Vereinen.

Getragen wird der Verein von einer Gesellschafterversammlung und einem Kuratorium. Die Leitung der SELAM-Lebenshilfe liegt bei einer Geschäftsführung.

Zur SELAM-Lebenshilfe zählen neben dem Fachbereich 'Assistenz beim Wohnen' noch ein Verwaltungsbereich mit dem angegliederten Bereich 'Fahrdienst', der 'Familienentlastende Dienst' (FED) mit angegliederter 'Pflegedienstleitung' und dem 'FED Wesermarsch', eine 'Förderstätte' und ein 'Freizeitbüro' mit der angegliederten 'Freizeitstätte *Kiek-IN*', der 'Sportabteilung' und des Bereiches 'Reisen & Freizeiten'.

Ich möchte mich bei meiner Beschreibung auf den Bereich 'Wohnen' bzw. auf seine inzwischen sechs Fachbereiche 'Assistenz beim Wohnen', inklusive des Bereiches 'Vorbereitung des Wohnens' beschränken.

Der Bereich 'Assistenz beim Wohnen' hat z.Zt. (Stand: Oktober 2001) 62 MitarbeiterInnen und ca. 60 KundInnen[2]. Bei der SELAM-Lebenshilfe wird der Personenkreis der Menschen, die Assistenz bedürfen und die Leistungen der Gesellschaft in Anspruch nehmen, als Kundschaft (also: Kundinnen und Kunden) bezeichnet.

„Die SELAM-Lebenshilfe vertritt die Auffassung, dass die Aussonderung von Menschen maßgeblich zu ihrer Behinderung beiträgt. Daher stellen wir uns mit unseren Angeboten aktiv gegen die Aussonderung von Menschen mit einer Behinderung aus dem alltäglichen Leben und damit auch gegen die Sonderstel-

[2]Diese Zahl versteht sich als durchschnittlicher Wert auf das vergangene Jahr bezogen gerechnet.

lung, die ihnen zugewiesen wird" (SELAM 2000, 9).

Diese Grundauffassung, die an die einleitenden Ausführungen zum Verständnis des Phänomens der ('geistigen') Behinderung erinnert, schlägt sich im oben skizzierten Angebot der Gesellschaft nieder und hat im Laufe der Jahre zum Aufbau 'Offener Hilfen' geführt, die sich bewusst vom einem überkommenen Modell der stationären Einrichtung abwenden.

So ist kein Mensch mit Behinderung ausgeschlossen, es sei denn, es handelt sich um eine sog. „Altersbehinderung", d.h. um eine im Alter erworbene Behinderung. Aufgrund der historischen Verbindung zur Lebenshilfe Oldenburg, stehen bei der SELAM-Lebenshilfe jedoch Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen, im Mittelpunkt.

In Bezug auf unsere Fragestellung hat man bei der SELAM-Lebenshilfe ein recht differenziertes Verständnis von Assistenz:

„Bezogen auf diesen Personenkreis müsste von einer *auf Assistenz ausgerichteten Hilfe* gesprochen werden. Hier beinhaltet der Begriff 'Assistenz' das Ziel, alle Hilfen dahingehend zu entwickeln, dass weistestgehende Handlungs- und Entscheidungsräume ermöglicht werden und Fremdbestimmung in Form von Bevormundung und Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte verhindert wird. Hierbei wird versucht, alle Menschen mit Behinderungen möglichst aktiv über die Hilfen entscheiden zu lassen, die sie benötigen und in Anspruch nehmen möchten" (SELAM 2000, 12).

Dies beinhalte so unterschiedliche Aufgaben wie „Begleitung, Pflege, Unterstützung, Anleitung, Anregung, Motivation usw." (ebd.).

Ausschlaggebend für die Konzipierung des Fachbereiches 'Assistenz beim Wohnen' und die damit verbundene Schaffung von alternativen Wohnangeboten in der Stadt und der Region Oldenburg, war sicher die Tatsache, dass man erkannt hatte, dass adäquate Wohnangebote, die ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen, fehlten. Hier waren es Eltern, die diesen Bedarf artikulierten und zur Gründung der SELAM-Lebenshilfe beitrugen. In den Anfängen waren es eher Eltern von Kindern, die wir 'leichter geistig behindert' oder 'körperbehindert' nennen. Der Grund hierfür liegt darin, dass es stationäre Einrichtungen in Oldenburg und der Region gibt, die nach wie vor über eine hohe Anzahl des Personenkreises der Menschen, die wir 'schwer geistig behindert' nennen, verfügen. So sind bis heute Menschen, die wir 'schwer geistig behindert' nennen, eher die Ausnahme bei der SELAM-Lebenshilfe, was nicht heißt, dass man sich dieser Herausforderung nicht stellen wolle: Eine Wohngemeinschaft von vier Männern, die als 'mehrfachbehindert' gelten und neben einer 'geistigen' noch eine 'seelische' Behinderung haben, ist diesbezüglich als Modellprojekt zu sehen. Die vier Männer leben in einem Haus, das SELAM gehört ('Haus am Gasweg') und können zu der o.g. Personengruppe gerechnet werden. Alle anderen Wohnungen der SELAM-Lebenshilfe sind angemietet.

Eine überaus wichtige Funktion im Bereich 'Assistenz beim Wohnen' hat die 'Vorbereitung zur Assistenz'. Die Aufgaben bewegen sich hier von der Kontaktaufnahme, über Gespräche mit potentiellen KundInnen, der Auswahl einer geeignet empfundenen Wohnform, bis hin zur Begleitung beim Einzug in die Wohnung. Problematisch wird gegenwärtig das Finden von Vermietern empfunden, da nicht immer die Bereitschaft vorhanden sei, den KundInnen der SELAM-Lebenshilfe eine Wohnung zu vermieten.

Nachdem gemeinsam ein *Profil* der möglichen Wohnung erstellt worden ist, wird ebenfalls gemeinsam der sog. *Sozialbericht* verfasst. Er dient in erster Linie dazu, den Bedarf an benötigten Stunden für die Assistenz zu ermitteln. Der Bericht umfasst Notizen zur 'derzeitigen Situation' des Kunden / der Kundin und beschreibt mögliche 'Ziele und Maßnahmen'. Dies geschieht bezüglich folgender Items: Wohnen, Haushalt / Ernährung, Arbeit, Finanzen, Behördenangelegenheiten / Schriftverkehr, Gesundheit / Hygiene, Mobilität, Freizeit, Familie / soziales Umfeld, Kommunikation, psychische Situation.

Der Bericht dient ebenfalls als Grundlage zur Verhandlung mit dem Gesundheits- bzw. dem Sozialamt. Die Finanzierung der zur Verfügung stehenden Stunden setzt sich letztlich aus Mitteln nach dem BSHG, der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe und Mitteln der Pflegeversicherung zusammen. Der Auftrag der SELAM-Lebenshilfe bleibt aber im Selbstverständnis immer zuerst ein pädagogischer, auch wenn sie zusätzlich ein anerkannter Pflegedienst ist. Pflege wird im Sinn einer Grund-

pflege ermöglicht, allerdings keine Behandlungspflege.

Wird der individuelle Hilfebedarf aufgrund des *Sozialberichtes* durch das Gesundheitsamt festgestellt, werden die Kosten der 'Assistenz beim Wohnen' vom Sozialhilfeträger in Form von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege getragen. Darüber hinaus bestehen Finanzierungsmöglichkeiten aus den Pflegekassen, den Berufsgenossenschaften oder anderer Rententräger.

Die Tätigkeit der Abteilung 'Vorbereitung der Assistenz' kann u.U. sehr lange dauern. Man nimmt sich aber diese Zeit, da hier die Grundlagen für ein selbstbestimmtes Wohnen gelegt werden. Es geht nicht nur um die Abfassung des sog. *Sozialberichtes*, sondern um eine Aufbereitung der individuellen Lebensgeschichten und um eine Veränderung ihrer Lebenswirklichkeiten.

Ist die Wohnung bezogen, alleine oder mit WG-PartnerInnen, wird einmal jährlich die Hilfeplanung überdacht und ggf. modifiziert. Dabei wird evaluiert, wie viel Assistenz noch nötig ist, ob sie reduziert werden kann oder auch erhöht werden muss. Je nach Assistenzbedarf werden die MitarbeiterInnen entsprechend den Anforderungen zusammengesetzt, d.h. ein Team von 9-10 Personen ist für eine Person „zuständig". Wichtig dabei ist, dass sich die Teams bei Bedarf untereinander vertreten, sog. 'Springer' nicht vorkommen und somit ein Bezugssystem für die KundInnen gewährleistet werden kann.

Der Assistent / die Assistentin

Die AssistentInnen sind VerteterInnen verschiedener Berufsgruppen: HeilerziehungspflegerInnen, ErgotherapeutInnen, ErzieherInnen und nebenamtliche MitarbeiterInnen (meist Studierende der Sonderpädagogik der Universität Oldenburg). In der näheren Umgebung ist außerdem eine Fachschule für Heilerziehungspflege ansässig.

Insgesamt scheinen die AssistentInnen voll und ganz hinter dem Konzept der Assistenz zu stehen. Es gibt jedoch einen hohen Bedarf an Fortbildung, z.B. bezüglich der eigenen Kompetenzerhöhung in Fragen gesetzlicher Bestimmungen, Beratungstechniken, Nähe-Distanz-Problematik, etc.

Bei neu beginnenden Assistenzen hat es sich bei der SELAM-Lebenshilfe bewährt, dass erfahrene MitarbeiterInnen beraten, die schon oft Assistenzen aufgebaut haben.

Arbeitszeiten

Bezüglich der Umsetzung des Prinzips *„es gibt die Arbeitszeiten, die der Kunde braucht!"*, tauchen natürlich arbeitsrechtliche bzw. arbeitsorganisatorische Probleme auf: Der BAT sieht einiges, was im Einzelfall nötig und organisierbar wäre, nicht vor und hier entstehen evtl. Konflikte mit den gewerkschaftlich organisierten MitarbeiterInnenvertretungen. Man hat jedoch bei der SELAM-Lebenshilfe versucht, dieses Problem einzugrenzen, indem man z.B. sechs verschiedene Arten der Dienstplangestaltung entworfen hat. Darin wird das monatliche Soll der AssistentInnen „verteilt". Es gibt klare Vertragsrichtlinien, z.B. die Garantie, dass es innerhalb von 14 Tagen vier freie Tage gibt, ein Feiertag mit 200% vergütet wird, etc.

Ein Hindernis stellen u.U. die geplanten EU-Richtlinien dar, die z.B. eine Nachtbereitschaft nicht mehr wie bisher ermöglichen, da sie zukünftig als volle Arbeitszeit gerechnet werden wird.

Trotz der o.g. Probleme betont man bei der SELAM-Lebenshilfe, dass die Aufbauphase der Gesellschaft beendet ist, und man nun in die Phase der Konsolidierung eingetreten sei. Dabei stehen folgende Prinzipien im Mittelpunkt:

⇒ die breite Dynamik des Assistenzmodells

⇒ seine individuell Ausrichtung

⇒ das pädagogische Element in der Assistenz

Für die Zukunft plant man eine Kundschaftsvertretung, um den KundInnen ein Forum anzubieten, in dem ein Artikulieren eigener Bedürfnisse mehr Gewicht bekäme. Die Kundschaftsvertretung könnte auch eine wichtige Funktion bezüglich der Vermeidung von Vereinsamung der KundInnen übernehmen.

Folgerungen aus den Praxisbeispielen (Veränderungsanforderungen)

„Angezeigt ist jedoch eine respektvolle Haltung gegenüber PraktikerInnen und das Anerkennen derselben als gleichberechtigte DiskussionspartnerInnen. Daraus folgt, dass sie nicht als welche gesehen werden, die es zu belehren gilt. Die Konsequenz aus dieser Sichtweise ist das Anstreben eines fachlichen Diskurses mit ihnen" (HAGEN 2001, 232).

Wenn ich im Folgenden über Veränderungsanforderungen, die aus den vorangegangenen Beschreibungen der Handlungsmodelle und aus der Literaturlage resultieren, schreibe, dann soll das vorangestellte Zitat gewissermaßen handlungsleitend sein. Denn es geht nicht um ein Belehren oder ein Besserwissen, sondern um das Geben von Impulsen für einen fachlichen Diskurs. Letztlich sind es die sog. PraktikerInnen, die Konzeptionen jedweder Art verantworten, umsetzen - und ihnen 'Leben geben' müssen.

Die nachfolgend formulierten Veränderungsanforderungen verstehen sich als Folgerungen aus allen besuchten Institutionen.

Folgerungen für konzeptionelle Entwicklungen in Einrichtungen

Programmatisch möchte ich folgendes festhalten:

- **Der Gedanke der 'Assistenz' muss Eingang finden in die Mitarbeiterschaft und das Selbstverständnis einer Einrichtung**

Ausgehend von der Prämisse, dass „Menschen mit geistiger Behinderung (...) mitbestimmungsfähig [sind]" (HAGEN 2001, 198), sind die Einrichtungen der Behindertenhilfe dazu aufgefordert, den Gedanken der Assistenz in ihr Selbstverständnis und in die Tätigkeit der MitarbeiterInnen einfließen zu lassen.

Wir haben gesehen, dass dies nur in kritischer Auseinandersetzung geschehen kann. Dies können Workshopphasen wie in HamburgStadt oder Fortbildungsveranstaltungen größeren Ausmaßes wie in Mönchengladbach sein, wobei man dort z.B. durch scheinbare Kleinigkeiten, z.B. eine veränderte Sitzordnung mit Tischen für Kleingruppen, eine verbesserte Diskussionskultur zu schaffen versucht hat, als dies ein Podium mit sog ExpertInnen und einem Auditorium mit MitarbeiterInnen zu gestalten vermag.

Das kann dann zu Leitsätzen für das professionelle Handeln führen, wie dies ROCK jüngst unter der Überschrift "zwischen Idealisierung und reflexiver Selbstbegrenzung" (ebd., 178) formuliert hat (vgl. ebd, 180ff.):

Entscheidungskompetenz und Verantwortung übertragen

Wahlmöglichkeiten schaffen

Bedürfnisorientierung und Individualisierung

Individualität achten und unterstützen

Enthierarchisierte Beziehung herstellen

Autonomiefördernde Lebensbedingungen schaffen

- **Keine 'lebenslänglichen Hilfen' sondern eine 'offene Entwicklungsperspektive'**

Die Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen sich verabschieden von der Idee der „lebenslangen Hilfen" und eine „offene Entwicklungsperspektive" erkennen, zulassen und gestalten. Dies unter folgender Prämisse:

„Konkretes Wissen ist daher nur möglich über den Dialog mit dem Betroffenen selbst, indem der Betroffene unter den Bedingungen des Dialogs sich selbst bestimmt, seine Lebenssituation mitteilt und somit die zunächst nicht verfügbaren Symptome von Behinderung verfügbar bekommt" (JÖDECKE 1994, 91).

- **Analyse von Bedingungen struktureller Gewalt in den Institutionen**

Eine selbstkritische Institutionsanalyse muss sich immer auch der Frage der strukturellen Gewalt stellen. Auch wenn diese Vokabel vielen ein schlechtes Gewissen bereiten mag und Widerstände hervorruft, führt an dem Thema 'Gewalt' kein Weg vorbei.

- **Umsetzung neuer gesetzlicher Vorgaben**

Mit der Schaffung des *SGB IX (Selbstbestimmung und Teilhabe)*, dem zum 01.01.2002 in Kraft tretenden *Heimgesetz* und dem in der Entstehung befindlichen *Gleichstellungsgesetz behinderter Menschen*, kommen auf die Einrichtungen der Behindertenhilfe neue Aufgaben zu. Insbesondere die im Zuge des Heimgesetzes durch Rechtsverordnungen geplante

„Heimmitwirkungsverordnung", wird die Träger dazu verpflichten, mehr Mitwirkung der BewohnerInnen zu ermöglichen (Bewohnervertretungen!).

Bezüglich der Schaffung des SGB IX möchte ich auf die Stellungnahme der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL e.V.) hinweisen (vgl. ISL 2001).

Noch völlig offen hingegen ist der Ausgang der Frage nach einem spezifischen 'Assistenzgesetz' (vgl. hierzu ebenfalls ISL).

- **Vernetzung mit anderen Institutionen / gegenseitiger inhaltlicher Austausch**

Bei meiner kleinen Untersuchung konnte ich feststellen, dass viele Einrichtungen keine oder zu wenig Informationen über andere haben, d.h. Konzeptionen werden oftmals mit viel Mühe entwickelt, die u.U. andernorts bereits vorhanden sind. Sicherlich kann man keines der hier vorgestellten Handlungsmodelle als 'Rezept' auf andere übertragen. Ein Forum zum gegenseitigen Austausch, über Gelegenheiten einer solchen Tagung hinaus, wäre jedoch wünschenswert und vorstellbar. Das Medium des Internets bietet hierzu z.B. ideale Voraussetzungen.

- **Themenrelevante Fortbildungen für MitarbeiterInnen ermöglichen**

Bei dem Angebot an Fortbildungen für die Tätigen in der Behindertenhilfe gilt es themenrelevante Fortbildungen zu entwickeln, die in enger Verzahnung mit dem Assistenzmodell stehen. Hier wären u.a. Kommunikationshilfen, die Methode der Rehistorisierung und allgemein Methoden zur Assistenzplanung zu nennen.

Folgerungen für MitarbeiterInnen in Einrichtungen

Da dieser Punkt in enger Verzahnung zu dem vorgenannten steht, sei an dieser Stelle nur stichwortartig wiedergegeben, wie Veränderungsanforderungen in Bezug auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aussehen könnten:

- **Beteiligung auf allen Ebenen**

An allen Veränderungsprozessen, Diskussionen über Leitbilder, Methoden und Konzeptionen müssen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in hohem Maße beteiligt sein.

- **Bereitschaft zur Veränderung**

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten aber auch bereit sein, Veränderungen zuzulassen und kreativ mitzugestalten.

- **Ständige Selbstreflexion**

„Die selbstreflexive Bearbeitung lebensgeschichtlich entstandener Übertragungen gegenüber 'Klienten' ist allen helfenden, erziehenden oder unterstützenden Berufen dringend geboten" (SCHÖNWIESE 2001, 35).

Gemeint ist damit der Bedarf an „systemischen Begleitkonzepten (...), die auf einem grundlegenden Verständnis der Dynamik von 'behindert werden' beruht" (ebd.).

Folgerungen für die Diskussion in der Fachdisziplin

Da die gesamte Fachdisziplin seit einigen Jahren immer wieder von sich behauptet, im Wandel zu sein, möchte ich dieses weite Feld auf den Aspekt der Forschung fokussieren:

Beispielhaft darf hier das Modell zur wissenschaftlichen Begleitung des bundesweiten Modellprojektes *„Wir vertreten uns selbst! - Förderung der Selbstorganisation und Selbstvertretung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen* an der Universität Gesamthochschule Kassel gelten, das im Oktober 2001 die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Begleitung der Öffentlichkeit vorstellen konnte.

Das von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL e.V.), der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeinsam leben - gemeinsam lernen und der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. ins Leben gerufene Modellprojekt zur Entwicklung von Selbstvertretungsgruppen (*people-first*-Gruppen) ist seit 1997 wissenschaftlich begleitet worden.

Exemplarisch sei hier kurz wiedergeben, was sich die Mitglieder der *people-first*-Gruppen von ihren Unterstützungspersonen erwarten (in der Rangfolge der Wichtigkeit):

- „keine Fremdbestimmung und Bevormundung;
- Hilfe geben auf Wunsch (Assistenz), zurückhaltende Begleitung;
- Information, Bescheid wissen;

- und Problemlösungen im Rahmen der Gruppenarbeit;
- Schreibarbeiten übernehmen, Ordnung herstellen und fördern, usw. (Organisation);
- Offenheit, Vertrauen, Respekt;
- Humor;
- Vertretung in der Öffentlichkeit, Aufklärung über Selbstvertretung"

(vgl. ENGELMEYER et al 2000, 28)

Forschung in Bezug auf Menschen, die wir 'geistig behindert' nennen, kann nicht mehr ohne Einbezug der Betroffenen selbst stattfinden bzw. gedacht werden. Hier ist noch viel zu leisten, damit die sog. 'Geistigbehindertenpädagogik' verstehen lernt, dass der 'Gegenstand' ihrer Forschung sich zu Wort meldet!

Ausblick: Ende oder Neuanfang einer Profession?

Auswirkungen auf Veränderungen in den Ausbildungsstätten

Ein abschließendes Wort zum Veränderungsbedarf in den Ausbildungsstätten der Heil- und Sonderpädagogik:

NIEHOFF et al (2001) haben jüngst die Curricula der Fachschulen für Heilerziehungspflege unter die Lupe genommen (vgl. NIEHOFF et al 2001, 376ff.). Die hier formulierten Veränderungsbedarfe gelten sicher auch für andere Ausbildungsstätten, so z.B. für Fachhochschulen und die Universitäten. Wenn Selbstbestimmung im Alltag zum Tragen kommen soll, müssen die Curricula der o.g. Ausbildungsorte erweitert, und dem aktuellen Stand der Erkenntnis und den vielfältigen Erfahrungen aus der Praxis angepasst werden.

Denn die z.Zt. gültigen Curricula unterliegen noch nicht immer einem „vollakzeptierenden" (ebd., 377) Menschenbild und den daraus resultierenden Veränderungen im professionellen Handeln. Das o.g Autorenkollektiv schließt mit der Feststellung, dass „in letzter Konsequenz (...) die Menschen mit Behinderungen als eigentliche Auftraggeber an der inhaltlichen Ausgestaltung der Ausbildung ihrer professionellen Begleiter [oder AssistentInnen; E.W.] zu beteiligen wären" (ebd., 388).

Erik Weber, Universität Köln

Wenn wir dies in Kooperation mit allen Beteiligten angehen, im kritischen Diskurs austragen und trialogisch aushandeln, kann sich in der Tat eine neue Qualität in der Arbeit entwickeln. Welche weitreichenden Folgen das hat und wie wichtig dies für menschliche Entwicklung *insgesamt* ist, das hat vor längerer Zeit VYGOTSKIJ formuliert. Mit seinen Worten möchte ich meinen Vortrag beenden:

„Es wäre festzuhalten, dass wir erst durch andere wir selbst werden (...) und das gilt nicht nur für die Gesamtperson, sondern auch für die Geschichte jeder einzelnen Funktion. Rein logisch ausgedrückt, besteht eben darin das Wesen des Prozesses der kulturellen Entwicklung. Das Individuum wird für sich zu dem, was es an sich ist, nur durch das, was es für andere ist. Genau das stellt den Prozess der Persönlichkeitswerdung dar" (VYGOTSKIJ 1992, 235)

Literatur

ANTOR, GEORG; BLEIDICK, ULRICH (2001): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer

BASAGLIA, FRANCO (1974): Was ist Psychiatrie? Frankfurt/M.: Suhrkamp-Verlag

BOLLAG, ESTHER (1999): Assistenz statt Betreuung - was bedeutet das? IN: Zur Orientierung 1/1999, 16-18

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE (Hg.) (1996): Selbstbestimmung. Kongressbeiträge. Marburg: Lebenshilfe-Verlag

BUNDSCHUH, KONRAD; HEIMLICH, ULRICH; KRAWITZ, RUDI (1999): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad heilbrunn: Klinkhardt

DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (Hg.) (2001): Hilfe nach Maß?! Hilfebedarf - Individuelle Hilfeplanung - Assistenz - Persönliches Budget. Mainz/Düren: DHG-Schriften

DER DUDEN. Band 5 (1997): Fremdwörterbuch. 6., auf der Grundlage dr amtlichen Neuregelung der deutschen Rechtschreibung überarb. und erw. Aufl.. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Duden-Verlag

ENGELMEYER, ELISABETH; KNIEL, ADRIAN; WINDISCH, MATTHIAS (2000): Selbstorganisation und Selbstvertretung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (sogenannten geistigen Behinderungen) in Deutschland. Zur Situation der Selbstvertretungsgruppen und ihrer Unterstützung. Kurzfassung in leicht verständlicher Sprache. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung zu dem bundesweiten Modellprojekt „Wir vertreten uns selbst!“ - Förderung der Selbstorganisation und Selbstvertretung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Kassel

FEUSER, GEORG (2001): Ich bin, also denke ich! Allgemeine und fallbezogene Hinweise zur Arbeit im Konzept der SDKHT. IN: Behindertenpädagogik, 40.Jg., 3/2001, 268-350

FORUM SELBSTBESTIMMTER ASSISTENZ BEHINDERTER MENSCHEN E.V. (ForseA e.V.) (Hg.) (2001a): Inforum 1/2001: Bundesweiter Workshop „Brauchen wir ein Assistenzgesetz?“ IN: www.forsea.de/in11_4_b.html

FREHE, HORST (1999): Persönliche Assistenz - eine neue Qualität ambulanter Hilfen. IN: Jantzen, Wolfgang; u.a. (Hg.): Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung. Berlin: Edition Marhold, 271-284

FREHE, HORST (2001): Persönliches Assistenz - Politik in der Verantwortung. Aussonderung behinderter Menschen oder Leben in Gleichberechtigung? Vortrag, gehalten am 01.02.2001 in Würzburg. IN: www.forsea.de/in11_5_b.html

HAGEN, JUTTA (2001): Ansprüche an und von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in Tagesstätten. Aspekte der Begründung und Anwendung lebensweltorientierter pädagogischer Forschung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag

INTERESSENVERTRETUNG SELBSTBESTIMMT LEBEN E.V. - ISL (Hg.) (2001): Stellungnahme der ISL zum Entwurf eines Sozialgesetzbuches (SGB) - Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. IN: www.isl-ev.org/article/32.html

JANTZEN, WOLFGANG; LANWER-KOPPELIN, WILLEHAD (Hg.) (1996): Diagnostik als Rehistorisierung. Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen. Berlin: Edition Marhold

JANTZEN, WOLFGANG; LANWER-KOPPELIN, WILLEHAD; SCHULZ, KRISTINA (Hg.) (1999): Qualitätssicherung und Deinstitutionalisierung. Berlin: Edition Marhold

JANTZEN, WOLFGANG (2001): Geistige Behinderung und Menschenrechte - Bemerkungen zum Begriff der menschlichen Natur

JÖDECKE, MANFRED (1994): Die „offene Entwicklungsperspektive“ als kulturhistorischer Ausgangspunkt sonderpädagogischer Aus-, Fort- und Weiterbildung. IN Behindertenpädagogik 1/1994, 88-93

KLUGE, FREIDRICH (1995): Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Bearb. von Elmar Seebold. 23., erw. Aufl., Berlin; New York: Walter de Gruyter

LEBENSHILFE E.V. OLDENBURG (Hg.) (2000): 40 Jahre Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Oldenburg e.V. Oldenburg: Eigenverlag

MARTIN, H.P.; SCHUMANN, H. (1997): Die Globalisierungsfalle. Der Angriff auf Demokratie und Wohlstand. Reinbeck: Rowolt

MILES-PAUL, OTMAR; FREHSE, U. (1994): Persönliche Assistenz. Ein Schlüssel zum selbstbestimmten Leben Behinderter. IN: Gemeinsam Leben 2/1994, 12-16

NIEHOFF, ULRICH (2001): Selbstbestimmung, Assistenz, Begleitung. Professionelles Handeln unter neuen Paradigmen. IN: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.): Hilfe nach Maß?! Hilfebedarf - Individuelle Hilfeplanung - Assistenz - Persönliches Budget. Mainz/Düren: DHG-Schriften, 10-16

NIEHOFF, ULRICH; LIERSCH, CHRISTIANE; SCHÄFFNER, UWE (2001): Auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung? Curricula der Fachschulen für Heilerziehungspflege unter die Lupe genommen. IN: Behindertenpädagogik, 40.Jg., 3/2001, 376-389

ROCK, KERSTIN (2001): Sonderpädagogische Professionalität unter der Leitidee der Selbstbestimmung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

RÖDLER, PETER; BERGER, ERNST; JANTZEN, WOLFGANG (Hg.) (2001): Es gibt keinen Rest! - Basale Pädagogik für Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen. Neuwied: Luchterhand

SCHÖNWIESE, VOLKER (2001): Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung. Grundsätze und Hinweise zu ihrer Bedeutung für die Unterstützung von Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen. IN: Rödler, Peter; Berger, Ernst; Jantzen, Wolfgang (Hg.): Es gibt keinen Rest! - Basale Pädagogik für Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen. Neuwied: Luchterhand, 26-39

SEIFERT, MONIKA (2001): Hilfe nach Maß für geistig behinderte Menschen mit hohem Assistenzbedarf. Vorläufige Ergebnisse einer Studie zur Lebensqualität von schwer mehrfachbehinderten Erwachsenen in Institutionen. IN: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.): Hilfe nach Maß?! Hilfebedarf - Individuelle Hilfeplanung - Assistenz - Persönliches Budget. Mainz/Düren: DHG-Schriften, 17-28

SELAM-LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN GGMBH (Hg.) (2000): Gesamtkonzept der SELAM-Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen gGmbH. 3. Aufl. Oldenburg: Eigenverlag

SPECK, OTTO (1999): Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdidkussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit. München: Reinhardt

VEREIN FÜR BEHINDERTENHILFE E.V., HAMBURG (Hg.) (2000): Von der Betreuung zur Assistenz? - Professionelles Handeln unter der Leitlinie der Selbstbestimmung. Hamburg: Tagungsbericht des Vereins für Behindertenhilfe: Eigenverlag

VYGOTSKIJ, LEV SEMJONOVIC (1992): Geschichte der höheren psychischen Funktionen. Münster: LIT-Verlag

ZENTRUM FÜR SELBSTBESTIMMTES LEBEN (ZsL) Köln (Hg.) (2001a): Assistenzberatung. Köln: Eigenverlag

ZENTRUM FÜR SELBSTBESTIMMTES LEBEN (ZsL) Köln (Hg.) (2001b): ZsL - eine Beratungsstelle für Behinderte. Köln: Eigenverlag

ERIK WEBER, Dipl. Heilpäd.

Universität zu Köln
Heilpädagogische Fakultät
Seminar für Geistigbehindertenpädagogik

Selbstbestimmung im Alltag

Erfahrungen und Wünsche von Menschen mit Behinderung

Ergebnisse einer Podiumsdiskussion

MONIKA SEIFERT

Nach den Vorträgen von Experten aus Politik, Verbänden und Wissenschaft über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Behindertenhilfe und dem Austausch in Arbeitsgruppen über Erfahrungen in der Praxis bildete eine Podiumsdiskussion mit Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, den Abschluss der DHG-Tagung 2001. Hier sollte – als Ergänzung oder Kontrapunkt zur Fachleute-Perspektive – die Selbstbestimmung im Alltag aus der Sicht der NutzerInnen von Wohnangeboten der Behindertenhilfe kritisch betrachtet werden.

TeilnehmerInnen:
- *Hiltrud Heikenfeld, Berlin*
- *Manfred Beslé, Berlin*
- *Thomas Lissy, Berlin*
- *Carina Franke, Storkow/Brandenburg*
- *Thomas Schauer, Hamburg*
- *Karlheinz Zwilling, Hamburg*
- *Lydia Müller, Düren/NRW*
- *Ulrike Windmüller, Düren/NRW*

Moderation:
Dr. Monika Seifert, Universität zu Köln

Die aus vier verschiedenen Bundesländern kommenden PodiumsteilnehmerInnen leben unter unterschiedlichen Bedingungen (Wohnstätte, Außenwohngruppe, Wohngemeinschaft, eigene Wohnung) und verfügen aufgrund ihres Lebensalters, ihres Geschlechts und ihrer Biographie über jeweils individuelle Erfahrungen, die ihre Sichtweisen prägen.

Um dem Plenum und der Gesprächsrunde konkrete Einblicke in den persönlichen Wohnalltag zu geben, hatten alle Beteiligten Fotos oder Videosequenzen mitgebracht. Sie erzählten, wie ihre Wohnung aussieht, wie sie ihre Freizeit verbringen, was ihnen beim Wohnen gut gefällt und wo es Probleme im Zusammenleben mit Mitbewohnerinnen und –bewohnern oder mit professionellen Helferinnen und Helfern gibt und welche Wünsche sie für die Zukunft haben. Über die eigenen Bedürfnisse hinausgehend engagieren sich einige der Beteiligten auch für die Interessen ihrer MitbewohnerInnen, indem sie z. B. als Mitglied im Heimbeirat oder in einem Beratungsbüro tätig sind.

Während der Podiumsdiskussion

Aus der Vielzahl der angesprochenen Aspekte können hier nur einige Schwerpunkte wiedergegeben werden. Viele Erfahrungen der NutzerInnen sind bundeslandübergreifend ähnlich. An einigen Orten werden innovative Projekte erprobt, die Vorbildcharakter für andere Einrichtungen haben.

- ***Eltern stehen dem Wunsch ihrer Töchter und Söhne nach einem möglichst selbstbestimmten Leben oftmals skeptisch gegenüber.***
  Herr Beslé berichtete, dass es seiner Mutter sehr schwer gefallen ist, ihn in die Selbständigkeit zu entlassen, da er das letzte noch in der Familie wohnende Kind war. Er habe aber seinen Auszug von zu Hause durchgesetzt. Frau Heikenfeld

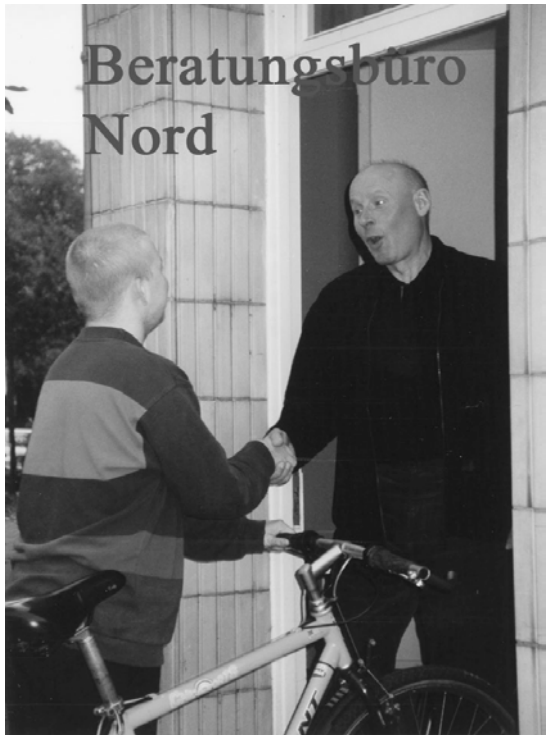
schilderte eindrucksvoll, wie sie ihrer skeptischen Mutter bewiesen hat, dass sie lernen kann, selbständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln von der Werkstatt zur Wohnung der Mutter zu fahren.

- ***Beim Zusammenleben in Gruppen wird die Selbstbestimmung oftmals beeinträchtigt.***
  Als Beispiel wurde von mehreren Bewohnerinnen und Bewohnern die Erfahrung genannt, dass andere vor dem Eintreten in ein fremdes Zimmer nicht anklopfen („zum Beispiel wenn ich mit meinem Freund allein sein will"). Auch Lebensmittel, die von eigenem Taschengeld gekauft und im Kühlschrank aufbewahrt wurden, werden bisweilen von anderen verspeist, ohne vorher zu fragen.

- ***Viele BewohnerInnen wünschen sich, in einer eigenen Wohnung zu leben.***
  Die Gründe für den Wunsch nach einer eigenen Wohnung sind verschieden: Herr Lissy hat das Zusammenleben in einer Gruppe als permanenten Stress erlebt. Inzwischen wohnt er – mit ambulanter Unterstützung - in einer eigenen Wohnung und genießt es, seinen Alltag nach seinen Vorstellungen gestalten zu können. Einsam fühlt er sich nicht, da die ‚Lebenshilfe' in seiner Nähe einen Treffpunkt für BewohnerInnen von Einzelwohnungen eingerichtet hat, der Gelegenheit zum Austausch und für Aktivitäten mit anderen bietet. Herr Beslé plant, mit seiner Verlobten in eine eigene Wohnung zu ziehen, um ungestört zusammenleben zu können. Auch Frau Windmüller und Frau Franke wünschen sich, allein leben zu können. Sie trauen es sich zu, die dafür notwendigen Kompetenzen erlernen zu können. Erste Schritte in diese Richtung haben sie bereits getan.

- ***Die Aufgaben der professionellen HelferInnen sollten auf Bereiche beschränkt bleiben, in denen die BewohnerInnen Unterstützung wünschen.***
  Als Beispiele wurden u. a. die Unterstützung beim Umgang mit Geld, beim Auswählen von Weihnachtgeschenken für die Angehörigen und beim Erlernen von Tätigkeiten, die ein selbständigeres Leben ermöglichen, genannt.

- ***BewohnerInnen wirken bei der Planung der individuellen Hilfen mit.***
  Frau Franke hat regelmäßig Gelegenheit, gemeinsam mit ihrer Betreuerin über die **individuelle Gestaltung ihres Alltags** zu sprechen. Dazu bringt die Betreuerin „viele Zettel" mit. Die Ergebnisse des Gesprächs werden notiert. Als Zukunftsperspektive hat Frau Franke Lesen- und Schreibenkönnen genannt. Dies ist in der **Dokumentation** festgehalten. Konkrete Schritte, wie diese Wünsche erfüllt werden können, seien jedoch noch nicht verabredet worden. Sie will nachfragen.



Herr Schauer besucht sein Beratungsbüro

- ***BewohnerInnen sind nicht nur ‚Hilfeempfänger', sie nehmen selbstbestimmt Assistenz in Anspruch.***
  Zur Unterstützung einer möglichst selbstbestimmten Gestaltung des Alltags wurde in der Ev. Stiftung Alsterdorf (Geschäftsbereich HamburgStadt) ein **Beratungsbüro für BewohnerInnen** eingerichtet. Am Beispiel von vier Fotos berichtete Herr Schauer, wie er das Beratungsangebot nutzt (siehe Foto): Er bittet den Berater, ihm dabei zu helfen, eine Einkaufsliste zu-

sammenzustellen. Die notwendigen Lebensmittel werden auf einem FlipChart aufgeschrieben. Herr Schauer tippt die einzelnen Posten in den im Beratungsbüro zur Verfügung stehenden und an die Bedürfnisse der BewohnerInnen angepassten Computer, druckt die Liste am angeschlossenen Drucker aus und kann sie für seinen Einkauf nutzen. Über die praktische Unterstützung im Alltag hinausgehend ist der Berater auch für Probleme und Beschwerden der BewohnerInnen zuständig. So hat sich Herr Schauer u. a. Rat bei der Frage geholt, was er dagegen tun kann, dass andere ohne Anklopfen in sein Zimmer kommen.

- ***BewohnerInnen sind nicht nur Assistenznehmer zur selbstbestimmten Gestaltung ihres Alltags, sie können eine solche Assistenz auch ihren MitbewohnerInnen bieten.***
  Mit Unterstützung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Geschäftsbereichs HamburgStadt der Ev. Stiftung Alsterdorf haben BewohnerInnen einen **Beratungs- und Begleitservice** gegründet: ‚Projekt Beratung und Begleitung von Menschen mit Lernschwierigkeiten - BewohnerInnen unterstützen BewohnerInnen'. Herr Zwilling, Mitbegründer des Projekts, erläuterte die Schwerpunkte der Arbeit.

Der Beratungs- und Begleitservice bei der Arbeit

In einer wöchentlich stattfindenden Sprechstunde beraten die vier ProjektmitarbeiterInnen (Foto) andere BewohnerInnen, die z. B. wissen möchten, „wie man seine Freizeit verbringen kann, wie man ins Kino kommt, wie das ist, wenn man für längere Zeit ins Krankenhaus muss, wie man sein Zimmer einrichten kann, bei Problemen mit MitbewohnerInnen oder bei Problemen mit Geld" (vgl. Faltblatt des Projekts). Begleitung wird angeboten, wenn jemand einen Weg kennen lernen möchte, irgendwo nicht allein hin möchte oder nicht allein hin kommt, ins Kino begleitet werden möchte oder Begleitung wünscht, um einen Kaffee trinken zu gehen.

- ***BewohnerInnen engagieren sich für die Interessen ihrer MitbewohnerInnen.***
  Frau Heikenfeld, Mitbegründerin einer **People-First-Gruppe** in ihrem Wohnheim (Lebenshilfe Berlin), berichtete von ihren Bemühungen und Erfolgen bei der bedürfnisorientierten Ausstattung der Bäder und des Gartens. Alle sollen sich wohlfühlen. Frau Müller, Mitglied im **Heimbeirat** des Heilpädagogischen Heims Düren, sieht sich als Ansprechpartnerin bei Problemen, die von ihren Mitbewohnerinnen und –bewohnern nicht allein gelöst werden können. Wenn nötig, nimmt sie Kontakt mit dem Heimleiter auf, der bisher immer geholfen habe. So seien u. a. mehr Freizeitangebote und Urlaubsmöglichkeiten erreicht worden. Zur Zeit überlegt der Heimbeirat, wie HeimbewohnerInnen, die nicht sprechen, einbezogen werden können. Die Arbeit im Heimbeirat wird von einer Assistentin begleitet. Zusätzlich zu den Sitzungen nehmen die Beiratsmitglieder regelmäßig an einer Fortbildung teil, um sich für die Tätigkeit zu qualifizieren. Über die Änderungen im Heimgesetz, die Anfang 2002 in Kraft treten werden, wurden die PodiumsteilnehmerInnen bislang nicht informiert. Auf Nachfrage der Moderatorin, wie eine mögliche Erweiterung des Heimbeirats durch Mitglieder, die nicht im Heim wohnen, eingeschätzt werde, äußerten sich die Teilnehmenden grundsätzlich positiv. Diese Mitglieder könnten die Arbeit unterstützen. Wenn sie nicht die Interessen der BewohnerInnen vertreten, würde man sich wehren.

- ***BewohnerInnen sind als ExpertInnen ihres Alltags kompetente Ratgeber für alle, die im Bereich der Behindertenhilfe Verantwortung tragen sind.***
  Herr Beslé berichtete über die Gründung

und Aufgabenstellung eines einrichtungsübergreifenden Gremiums in Berlin: ‚**Berliner Rat**'. Die Mitglieder dieses Gremiums wurden von Bewohnerinnen und Bewohnern verschiedener Einrichtungen der Berliner Lebenshilfe gewählt. Sie treffen sich einmal monatlich, um sich über Wünsche und Interessen auszutauschen und über Möglichkeiten ihrer Realisierung nachzudenken. Der Vorstand der Berliner Lebenshilfe ist verpflichtet, sie in regelmäßigen Abständen anzuhören und ihre Interessen soweit möglich bei seinen Planungen und Aktivitäten zu berücksichtigen. Langfristig ist geplant, auch auf politischer Ebene aktiv zu werden. Die Berliner Lebenshilfe schlägt damit einen Weg ein, der bereits auf Bundesebene praktiziert wird. Die bundeslandübergreifenden Arbeitsausschüsse ‚Wohnen' und ‚Arbeit' der Bundesvereinigung Lebenshilfe werden jeweils von einem Beirat begleitet, in dem Menschen mit geistiger Behinderung aus verschiedenen Bundesländern aktiv sind. Auch Herr Beslé hatte bei der Wahl für einen solchen Beirat kandidiert. Er ist jetzt Mitglied im Berliner Rat.

Während der Podiumsdiskussion

Die Diskussion verlief sehr lebendig. Die anfängliche Aufregung (keiner hatte zuvor vor so vielen Menschen in ein Mikrofon gesprochen!) war schnell vergessen. Die GesprächsteilnehmerInnen antworteten nicht nur auf Fragen der Moderatorin, sondern wandten sich von sich aus an ihre MitdiskutantInnen, um einzelne Aspekte genauer zu klären („Wie erstellst du den Einkaufszettel mit deinem Computer? Welche Tasten drückst du?") oder einen Rat zu geben („Mach doch einen Zettel an deine Tür, dass keiner ohne Klopfen eintreten darf!"). Sie waren ‚ExpertInnen in eigener Sache', die z. B. auch die Moderatorin über Sachverhalte aufklärten, die sie noch nicht kannte („Frau Seifert hat beim Mittagessen gesagt, dass sie nicht weiß, was der Berliner Rat ist. Frau Seifert, dann werde ich Ihnen das mal erklären ..."). Die für die Diskussion zur Verfügung stehenden 90 Minuten erwiesen sich als knapp, an vielen Stellen hätte eine Ausweitung der Thematik weitere interessante Einblicke gebracht.

Als zentrales Ergebnis der Diskussion ist festzuhalten, dass Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, in Angelegenheiten, die für ihr eigenes Leben oder das Leben gleich Betroffener Bedeutung haben, kompetente PartnerInnen sind. Es sollte selbstverständlich werden, sie in Diskussionen über aktuelle Entwicklungen im Bereich der Behindertenhilfe einzubeziehen - mit der notwendigen personellen und mediengestützten Assistenz. Eine solche Kooperation erfordert Lernprozesse - auf beiden Seiten. Nur so kann verhindert werden, dass die Leitideen Selbstbestimmung und Empowerment nicht mehr als attraktive Schlagworte sind.

DR. MONIKA SEIFERT

Universität zu Köln
Heilpädagogische Fakultät

Arbeitsgruppe 1

Persönliche Assistenz –

Herausforderungen für Einrichtungen und professionelle Helfer ?

CHRISTIAN BRADL

Die Berichte und Diskussionen der Arbeitsgruppe folgten der Fragestellung, welche Handlungsstrategien in Einrichtungen der Behindertenhilfe zur Realisierung von Selbstbestimmung und persönlicher Assistenz möglich sind. Kann persönliche Assistenz unter institutionellen Rahmenbedingungen überhaupt umgesetzt werden?

Ein erster **Erfahrungsaustausch der Teilnehmer** zeigte, dass Selbstbestimmung und persönliche Assistenz auch in den Institutionen als wichtige neue Leitziele gesehen werden, dass man sich aber in der Realisierung noch sehr am Anfang stehen und großen strukturellen Barrieren gegenüber sieht.

Erik Weber führte - anknüpfend an seinen Beitrag im Plenum (vgl. Beitrag WEBER in diesem Tagungsbericht) – weitere Aspekte zum Thema aus, so z.B. die Frage der Beziehungsqualität zwischen Assistent und behindertem Menschen und die praktischen Möglichkeiten biografischer Arbeit.

Volker Carroll vom Verein für Behindertenhilfe Hamburg schilderte eindrucksvoll, welche konkreten praktischen Schritte in einer Einrichtung möglich und notwendig sind, um auf ganz verschiedenen Ebenen an der Verwirklichung von Selbstbestimmung und persönlicher Assistenz zu arbeiten (siehe Beitrag CARROLL in diesem Tagungsbericht).

Diskussionspunkte und Thesen

- Grundsätzlicher Wandel in **Grundhaltung und Umgangsstil** von Mitarbeitern mit den behinderten Menschen als Kunden bzw. Nutzer: Persönliche Assistenz setzt voraus, Selbstbestimmung behinderter Menschen als ein Grundrecht zu akzeptieren, es kann nicht vom „guten Willen“ einzelner Mitarbeiter abhängen.
- Sensibilisieren von Mitarbeitern für Bedürfnisse von schwerbehinderten Bewohnern als **Methodenfrage**: z. B. wenn Wünsche nicht direkt bzw. nicht verbal geäußert werden, oder wenn sie im Widerspruch stehen zu Werthaltungen von Mitarbeitern, wenn sie zu erschließen und zu interpretieren sind (praktische Beispiele: einfache Nutzerbefragung, Visualisierung, Beobachtung, biographisch arbeiten und verstehen). Diese Themen sollten in **Fortbildungen, Beratungen und Teamgesprächen** stärker bearbeitet werden.
- Selbstbestimmung und persönliche Assistenz als Arbeitsmodell erfordert umfassende Veränderung der **Grundkonzeption einer Einrichtung**: Von der „Betreuung“ zur „definierten nutzerorientierten Dienstleistung“.
- Das in Einrichtungen bisher übliche Konzept der Betreuung in Wohngruppen muss zugunsten **individueller Wohnmodelle** (Einzel-, Paar-, Gruppenwohnung, Wohngemeinschaft) hinterfragt und zur Disposition gestellt werden.
- **Personalkonzept** (Personalschlüssel, Dienstplanung) orientieren sich bislang am „Einsatzmodell Wohngruppe“; persönliche Assistenz erfordert bewohner- bzw. **nutzerorientierte Einsatzplanung** (Beispiele: flexible nachfrageorientierte Arbeitszeitmodelle, verbindliche Stundenvereinbarungen für einzelne Aktivitäten, Stundenbudgets).
- Arbeiten mit dem Konzept ‚Persönliche Assistenz’ heißt, vorhandene, insbesondere personelle Ressourcen umzuverteilen und neu zu gestalten sowie viele gewohnte Abläufe nutzerorientiert zu verändern. Insofern ist eine Veränderung in Richtung von Selbstbestimmung und Assistenz zu-

nächst ein **mentaler und personeller Umbau**, und nicht eine Geldfrage.

- Gegenthese: Persönliche Assistenz bleibt aber **auch ein Ressourcenproblem**: Zeit für individuelle Zuwendung, Begleitung und Unterstützung ist unter den in Einrichtungen häufig üblichen personellen Besetzungen nur beschränkt möglich; insbesondere bei geistig behinderten Menschen mit hohem Hilfebedarf (Schwerst- und Mehrfachbehinderung, Problemverhalten) besteht in vielen Einrichtungen ein chronisches Betreuungsdefizit. Auch im Handlungskonzept persönlicher Assistenz wird auszuhandeln sein, welche der gewünschten Unterstützungswünsche unter einem bestimmten personellen Rahmen auch tatsächlich zu realisieren sind.
- Assistenzfunktionen können auch behinderte Menschen selbst ausüben: **Peer Counseling** – Beratung von behinderten Menschen für behinderte Menschen (Beispiel: Projekt „Beratung und Begleitung von Menschen mit Lernschwierigkeiten, BewohnerInnen unterstützen BewohnerInnen“, Stiftung Alsterdorf - HamburgStadt).
- Menschen mit geistiger Behinderung benötigen individuelle Beratung bei **Zukunftsplanung** (z.B. wie möchte ich wohnen) und bei alltäglichen Fragen (z.B. wie gestalte ich mein Zimmer, was mache ich gerne in der Freizeit).

Ergebnisse

Übereinstimmend wurde festgestellt, dass es in Einrichtungen **viele Möglichkeiten** gibt, ein größeres Maß an Selbstbestimmung für behinderte Menschen zu realisieren. Aber ein Mehr an Selbstbestimmung und persönlicher Assistenz stößt auch an **vielerlei Grenzen**: Institutionelle (tatsächliche oder vermeintliche) Sachzwänge, personelle Ressourcen, Finanzierbarkeit von Einzelbegleitung, gesellschaftliche Vorbehalte u.a.m.

Ein durchgehendes Thema der Arbeitsgruppe war die Umsetzung des Assistenzkonzeptes für Menschen mit Schwer- und Mehrfachbehinderung, wo ein hohes Maß an sozialer Abhängigkeit vom Assistenten besteht. Stellvertretende Entscheidungen, die weiterhin getroffen werden müssen, erfordern **eine hohe Verantwortung, eine gute Beziehungsfähigkeit und eine hohe fachliche Kompetenz** von Assistenten in der Begleitung behinderter Menschen.

Als wichtige Veränderungsansätze wurden benannt:

- Selbstbestimmung und persönliche Assistenz als **Leitbild in der Konzeption** der angebotenen Dienste neu definieren
- Strukturen, Abläufe und Personaleinsatz in der Einrichtung auf ihre Nutzerorientierung hinterfragen und **Schritte zur Umorganisierung** einleiten
- **verbindliche Stundenvereinbarungen** hinsichtlich bestimmter individueller Angebote und Aktivitäten (z.B. für Gespräche, Freizeitbegleitung) treffen (als Absprachen mit behinderten Menschen oder als „Selbstverpflichtung“)
- zur Realisierung von personeller Assistenz **Hilfe von Außen** (z.B. Einzelbegleitung, ehrenamtliche Angebote) nicht nur zulassen, sondern offensiv suchen, auch nichtprofessionelle Hilfe
- bei der **Planung neuer Wohnangebote** (Anmietung, Kauf oder Neubau): Verzicht auf überdimensionierte Wohnformen, mehr individuelle Wohnformen statt Wohngruppenkonzepte.

DR. CHRISTIAN BRADL, **Dipl.-Pädagoge**

Heilpädagogisches Heim Düren

VORSITZENDER DEUTSCHE HEILPÄDAGOGISCHE GESELLSCHAFT (DHG)

Persönliche Assistenz und Selbstbestimmung in Einrichtungen

Ansätze in der praktischen Arbeit am Beispiel: Beteiligung bei Mitarbeitereinstellungen

VOLKER CAROLL

Die nachfolgende Übersicht geht auf wenige Kernpunkte der mündlichen Darstellung ein. Die im Bericht verwendeten Overheadfolien und die eingespielte Videosequenz werden hier genau so wenig wiedergegeben wie die vielen kurzen spontanen Diskussionshinweise, die sich in der Arbeitsgruppe ergaben.

Bewusst wird in dem Bericht ausschließlich auf die Praxis eingegangen – ohne Erörterung der dieser Praxis zugrundeliegenden Leitlinien, Paradigmen und strukturellen Bedingungen.

1. Ausgangssituation: Bewohner machen Assistenz zu ihrem Thema

Auf der Tagung „Von der Betreuung zur Assistenz“[1] haben Bewohner der Einrichtungen unmittelbar Ihre Forderungen und Wünsche eingebracht, die sie in mehreren Monaten in verschiedenen Arbeitsgruppen entwickelt hatten.

Dazu gehörten beispielsweise folgende Aussagen:

➜ Assistenz, das bedeutet für mich, das ich Arbeitsaufträge erteile. Ich will. Das bestimmt die Arbeit des Anderen!

➜ Ich kann meinen Tagesablauf so gestalten, wie es für mich gut ist. Ich bestimme „Wann“ – Ich bestimme „Wer“ – Ich bestimme „Was“ – Das wäre gut!

➜ Ein Assistent führt nur das aus, was ich möchte. Und damit haben langjährige Mitarbeiter doch oft Probleme!

➜ Assistenz – da muss ich planen und koordinieren – da ist meine Bequemlichkeit zu Ende!

➜ Erfordert Assistenz nicht einen emanzipierten Menschen? Ist Assistenz nicht für manche zu anstrengend?

➜ Assistenz – da bekomme ich die Unterstützung die **ich** brauche

➜ Assistenz – das heisst: Ich werde nicht bevormundet – ich muss keine Rechenschaft ablegen

2. Ausgangssituation: Bewohner fordern Beteiligung bei Mitarbeitereinstellungen

Auf der gleichen Tagung erläutern Bewohner ihre Forderung:

„Selbst bestimmen – das geht nur, wenn wir die Mitarbeiter, die uns unterstützen, selbst einstellen“.

Zur Veranschaulichung entwickelten die Bewohner Fragen, die sie in Einstellungsgesprächen an die Mitarbeiter stellen würden.

- Wie stellen Sie sich die Arbeit mit uns vor?
- Was machen Sie in Ihrer Freizeit?
- Warum möchten Sie bei uns arbeiten?
- Wohnen Sie in der näheren Umgebung?
- Was machen Sie beim epileptischen Anfall?
- Haben Sie Verständnis für unsere Probleme? usw. usw.

[1] Nachzulesen im Tagungsbericht „Von der Betreuung zur Assistenz? Professionelles Handeln unter der Leitlinie der Selbstbestimmung. Erhältlich bei: Verein für Behindertenhilfe e.V. - Holzdamm 53 – 20099 Hamburg

Gleichzeitig tragen die Bewohner ihre Erwartungen an „gute Mitarbeiter“ vor:

- ➜ Pünktlichkeit
- ➜ Hilfebereitschaft
- ➜ Soll freundliche Antworten geben können
- ➜ Soll gut kochen können
- ➜ Soll Menschen beim Duschen und bei der Toilette helfen
- ➜ Soll mit Geld umgehen können
- ➜ Soll einen Führerschein besitzen usw. usw.

3. Von der Idee zur Strategie

Nach dieser eindrucksvollen Fachtagung drohte das Thema im Alltag mit vielen Erläuterungen und Entschuldigungen „hinten angestellt“ zu werden und schließlich als „exotische Randerscheinung“ in der Versenkung zu verschwinden. Der Beharrlichkeit einiger Bewohner und Wohngruppenmitarbeiter war es zu verdanken, dass es nicht bei leeren Absichtserklärungen blieb. Einige Wohngruppen hatten bereits angefangen, inoffiziell und aus eigener Überzeugung die og. Fragen bei Einstellungsgesprächen anzuwenden und Bewohner aktiv einzubeziehen.

Rückblickend wurde deutlich, dass nach der Tagung „Von der Betreuung zur Assistenz?“ beim Verein für Behindertenhilfe e.V. die Herausforderungen in 4 große Themenbereiche münden, die in ihrer Gesamtheit systematisch im Sinne einer qualitätsgestaltenden Strategie zu verstehen sind. Bei diesen Kernthemen handelt es sich um die Bereiche:

1.Motto: Wir planen und gestalten Prozesse individuell!	*Hinter diesem Motto verbergen sich die Prozesse in der Ausgestaltung der individuellen Hilfeplanung mit den entsprechenden subjektorientierten Beteiligungsverfahren*
2. Motto: Wir setzen Mitarbeiterressourcen zielgerichtet ein!	*Hiermit sind u.a. die Prozesse gemeint, die einen individuellen und flexiblen Mitarbeitereinsatz im stationären Hilfesystem sicherstellen (in Abkehr von starren Schichtsystemen)*
3. Motto: Nicht ohne uns über uns!	*Die Einlösung des Mottos hat u.a. erhebliche Auswirkungen auf die Gestaltung und Organisation von Besprechungen, Sitzungen, Fortbildungen etc.*
4. Motto: Wir setzen Standards im Bereich: „Rechte bei Mitarbeitereinstellungen“	*Durch definierte Standards wird die Beteiligung von Bewohnern bei Mitarbeitereinstellungen ermöglicht und gesichert.*

Entsprechend des Themas wird in diesem Beitrag nur auf den Bereich „Rechte bei Mitarbeitereinstellungen„ eingegangen. Dabei bleiben viele Bemühungen erfolglos, wenn nicht die anderen 3 Grundsätze zeitgleich verwirklicht und in der Praxis verankert werden.

Innerhalb von 12 Monaten wurden im Verein für Behindertenhilfe in einem offenen Verfahren Qualitätsstandards zum Bereich „Beteiligung von Bewohnern bei Einstellung von Wohngruppenmitarbeitern“ entwickelt. Hier kam es darauf an, Regelungen zu finden, die praktikabel (und nachprüfbar) sind und andererseits nicht mit bestehenden weiteren Regelungen (z.B. Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates, Aufgabenbefugnisse der Geschäftsführung) kollidieren.

Nach dem entsprechenden Verfahren (in Arbeitsgruppen, Qualitätszirkeln und Rücksprachen mit Bewohnergremien) wurde als „kleinster gemeinsamer Nenner“ definiert (Schaubild

1). Mit dieser Definition der Qualität im Sektor „Mitarbeitereinstellung“ war die Realität noch nicht verändert. Hier war es in einem weiteren Prozess notwendig, den Rahmen im Sinne einer „verlässlichen Selbstverständlichkeit“ vor Ort mit Leben zu füllen.

Diese Konkretisierung erfolgte, nachdem im Sinne von „allgemeinen Mindeststandards“ (für 38 Wohngruppen bei dem Träger!) die Beteiligungsschritte definiert wurden (Schaubild 2).

Beteiligung von Bewohnern
bei Einstellung von Wohngruppenmitarbeitern

1. Der Verein für Behindertenhilfe beteiligt Bewohner der Wohngruppen bei der Einstellung von Wohngruppenmitarbeitern

2. Die Beteiligung orientiert sich an dem obersten Leitziel des Vereins für Behindertenhilfe („Der Mensch mit Behinderung steht im Mittelpunkt unserer Dienste“) und ist selbstverständlicher Bestandteil unserer Arbeitsweise, Menschen mit Behinderungen als Kunden in allen qualitätsrelevanten Prozessen zu beteiligen.

3. Dabei verfolgt dieses Beteiligungsverfahren das Ziel, die Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten der Bewohner zu sichern und zu stärken.

4. Die Beteiligung bezieht sich im Einstellungsverfahren auf die vier Schritte Vorauswahl – Erstgespräch – Hospitation – Einstellung.

5. In der Ausgestaltung des Beteiligungsverfahrens ist es zwingend erforderlich, die Schnittpunkte zu anderen Entscheidungsträgern und die Regularien der Mitbestimmung zu beachten. Diese werden in **Anlage 2** (Verfahrensempfehlung in der Übersicht mit Stand vom 3.4.2001) und **Anlage 3** (Verfahrenshinweise von der Geschäftsführung vom 2.3.2001) verdeutlicht.

6. Um die Beteiligungsverfahren verlässlich und nachvollziehbar zu sichern, entwickelt jede Einrichtung eine entsprechende schriftliche Information im Sinne einer Verfahrensanweisung.

Schaubild 1: Beteiligung von Bewohnern bei der Einstellung von Mitarbeitern

Innerhalb der Einrichtungen wurde auf dieser Grundlage nun die Ausgestaltung besprochen und beschrieben. In gemeinsamen Bewohner- und Mitarbeiterbesprechungen wurden Formen der Umsetzung besprochen und insbesondere Ideen gesammelt und weitere Kriterien aufgestellt, wie das Bewerbungsgespräch und die Hospitation zu gestalten ist.

Immer wieder kam es dabei auch zu Verständnisschwierigkeiten. Deshalb wurde u.a. eine allgemeine Arbeitshilfe in einfacher Sprache und mit Hilfe vieler Piktogramme und Cliparts entwickelt, die die 4 Beteiligungsschritte erläutert.

Inzwischen liegen - nach verschiedenen eher zaghaften Versuchen - erste positive Erfahrungen über die Anwendung dieser Standards vor. Gemeinsam an diesen Erfahrungen ist jedoch auch, dass die Umsetzung dieser Standards einen „langen Atem“ benötigt und häufig viel mehr Zeit an Begleitung und Unterstützung benötigt, als von professionell Tätigen vermutet wird.

Dieses verführt auch dazu, dass immer wieder (zwischendurch) einige Aussagen zu hören sind, die den Entwicklungsprozess gefährden.

Pauschalaussagen wie:

➜ Dazu haben wir bei uns keine Zeit !!!

➜ Dafür haben wir bei uns nicht die richtigen Bewohner !!!

➜ Da sind bei uns andere Dinge wichtiger !!!

➜ Unsere Mitarbeiter können die Unterstützung nicht leisten !!!

➜ Da gibt der Träger zu viel Arbeitgeberbefugnisse ab!!!

wirken letztlich als „Killerphrasen“ und können die ernsthafte Bemühung um Verwirklichung von Assistenz und Selbstbestimmung schon im Vorfeld abblocken.

Hier wird wieder die Haltung der professionell Tätigen (sei es als „Trägerfunktionär“ oder als „Basismitarbeiter“) bestimmend für den Erfolg solcher Ansätze.

Schritt	**Vorgang**	**Bewohnerbeteiligung** **(Beispiel / Mindeststandards)**
Vorauswahl	Stellenausschreibung	Bewohner werden über offene Stelle und Stellenausschreibung informiert
	Eingang und Sichtung der Bewerbungsunterlagen	Bewohner werden über aktuellen Stand (Resonanz auf Ausschreibung, Termine) informiert
	Kontaktaufnahme mit relevanten Bewerbern	Bewohner werden über aktuellen Stand informiert
Erstgespräch	Vorstellung in der Gruppe	Bewohner werden vorher informiert Mit Bewohnern wird Termin abgestimmt Die Bewohner gestalten die Vorstellung anhand des entwickelten Fragenkatalogs
	Auswertungsgespräch	Konsensfindung – zur Hospitation werden nur Bewerber eingeladen, für die sich Bewohner **und** Leitung/WG-Team ausgesprochen haben
Hospitation	Hospitation	Termine und Ablauf wird mit Bewohnern vorher abgesprochen möglichst allen Bewohnern muss die Möglichkeit zum persönlichen Kennenlernen des Bewerbers gegeben werden Gesprächssituationen zwischen Bewerber und Bewohner werden auch in kleinerem Rahmen (z.B. „4-Augen-Gespräche“) ermöglicht Bewerber muss während der Hospitation in typischen Arbeitsabläufen erlebbar sein
	Abstimmung	Procedere wird festgelegt – größtmögliche Anzahl der betroffenen Bewohner sollte anwesend sein können Grundsätzlich gibt es eine Abstimmungsauswahl zwischen mindestens 2 Bewerbern Einrichtungsleitung hat ein Vetorecht – wenn er dieses nutzt, muss er es begründen und schriftlich dokumentieren
Einstellung	Einstellungsvorschlag	Information an Bewohner über formalen Weg
	Auswertung vor Ablauf der Probezeit	Eine Weiterbeschäftigung kann nur in Absprache mit den Bewohnern erfolgen.

Schaubild 2: Beteiligung von Bewohnern im Einstellungsprozess

Als Fazit ist festzuhalten, dass die Realisierung und Umsetzung „Beteiligung bei Mitarbeitereinstellungen“ Bereitschaften auf zwei Ebenen erfordert:

➜ die Bereitschaft zur Veränderung der Aufbau- und Ablauforganisation eines Trägers

➜ die Bereitschaft der Mitarbeiter, eigene Haltungen und Einstellungen zu prüfen und zu entwickeln

Selbstbestimmung und persönliche Assistenz können in stationären Systemen durchaus näher rücken. Dieses erfordert eine zielgerichtete strategische Arbeit auf allen Ebenen. (*Anmerkung: Umgekehrt halte ich es für einen Trugschluss zu meinen, dass Selbstbestimmung im ambulanten Sektor leichter und quasi per se erfüllt werden kann. Hier sind manchmal Leistungsstrukturen und –vorgaben zu finden, die das Wort „Selbstbestimmung“ als Leerformel entlarven)*

4. Zusammenfassung

Zusammenfassend hat die Einführung eines Beteiligungsverfahren von Bewohnern bei Mitarbeitereinstellungen bei mir zu 4 Erkenntnissen geführt:

1. Erkenntnis: Wir müssen Ressourcen definieren und bereitstellen

Ein Beteiligungsverfahren (als eines von vielen Elementen der Verwirklichung von Grundsätzen wie „Der Mensch steht im Mittelpunkt....“) einzuführen und aufrecht zu erhalten ist harte Arbeit! Zeitliche und personelle Ressourcen der Entwicklung und kontinuierlichen Unterstützung müssen definiert und bereitgestellt werden.

2. Erkenntnis: Es muss ein klares Bekenntnis auf allen Leitungsebenen geben

Ohne klares Bekenntnis von Management und Leitungskräften ist eine Umsetzung nicht möglich. Beteiligung muss offensiv gewollt sein und sich direkt aus dem Leitbild eines Trägers ableiten können. Eine „stillschweigend Akzeptanz oder Duldung“ einzelner Aktivitäten reicht nicht aus.

3. Erkenntnis: Beteiligungsverfahren müssen Bestandteile von Qualitätsmanagement sein

In allen Einrichtungen wird und muss es Systeme des Qualitätsmanagements geben. Beteiligungsverfahren von Bewohnern werden nur dann Erfolg haben, wenn diese Bestandteile im Bereich des QM-Systems sind und als Qualitätsstandards definiert werden.

4. Erkenntnis: Verantwortliche müssen am Ball bleiben und weiterhin „beharrlich freundlich nerven!“

Die Einführung von Beteiligungsverfahren ist niemals „fertig“. Ansätze zur kontinuierlichen Verbesserung in diesem Bereich erfordern „hochmotivierte Power“. Die für diesen Prozess Verantwortlichen müssen also begeisterungsfähig sein und mit ihrer Begeisterung den Funken auf andere überspringen lassen.

VOLKER CAROLL,
Dipl.-Pädagoge/Dipl.Soz-Päd.

Verein für Behindertenhilfe e.V.
Hamburg

Arbeitsgruppe 2

Persönliche Assistenz

neue Dienstleistung und Alternative zu Einrichtungen?

ULRICH NIEHOFF-DITTMANN, MELANIE DOHLE

Aus der Arbeitsgruppe:

Während die Arbeitsgruppe 1: „Persönliche Assistenz – Herausforderung für Einrichtungen und professionelle Helfer“ die Frage der persönlichen Assistenz eher innerhalb der Einrichtungen darstellte und diskutierte, wurde die Fragestellung in der Arbeitsgruppe 2 als Alternative zu Einrichtungen diskutiert. Die Selam, Oldenburg, bietet insofern ein inklusives, also nicht ausgrenzendes Konzept, weil sie nicht über den Umweg der Institutionen (Wohnheim, Wohngruppe, betreutes Wohnen) selbstständiges Wohnen anbietet. Die Selam betreut u. a. Menschen mit geistiger Behinderung, die über integrative Schulen und unterstützte Beschäftigung nun mit persönlicher Assistenz allein oder in einer gewählten Gruppe selbstbestimmt wohnen. Sie arbeitet aus einem (Menschen-) Rechtsverständnis heraus, das allen Menschen ein Leben in der Gemeinde ermöglicht, unabhängig von dem Maß ihres Hilfebedarfes. Unterstützt zu wohnen ist nicht an Kompetenzen (Selbstständigkeit) gebunden. Hoher Hilfebedarf wird durch Assistenz ausgeglichen.

Kurzdarstellung der SELAM Lebenshilfe Oldenburg

Zu den Arbeitsbereichen der SELAM- Lebenshilfe gehören:

- Förderstätte
- Fahrdienst
- Familienentlastender Dienst
- Assistenz beim Wohnen
- Freizeitstätte KIEK-IN
- Freizeit und Reisen

Leistungsbeschreibung der Assistenz beim Wohnen

Die **ABW** bietet erwachsenen Menschen mit Behinderung die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben in einer eigenen Wohnung mit Hilfe der individuellen Assistenz zu führen.

Jeder Mensch mit einer Behinderung kann von uns Hilfe erhalten, unabhängig von der Art, dem Schweregrad oder der Ursache der Behinderung (Ausnahme: ausschließlich altersbedingte Behinderung).

Ziel der ABW ist es, Menschen mit Behinderung vergleichbare Lebensverhältnisse und Perspektiven wie nicht behinderten Menschen zu öffnen.

Um Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, muss ausgehend von der persönlichen Lebenssituation der individuelle Hilfebedarf ermittelt werden. Hierbei sollen Ressourcen und Kompetenzen in den unterschiedlichsten Lebensbereichen gestärkt und aufgebaut werden.

Damit die Assistenz beim Wohnen umgesetzt werden kann, wird diese durch die Abteilung „Vorbereitung der Assistenz beim Wohnen“ vorbereitet und begleitet.

Hierzu gehören u.a.:

- Informations- und Beratungsgespräche vom Zeitpunkt der Anmeldung bis zum Einzug in die eigene Wohnung.
- Antragstellung, Erarbeitung des individuellen Hilfebedarfs
- Klärung der gewünschten Wohnform und Unterstützung bei der Wohnungssuche

Nach Umzug in die eigene Wohnung können folgende Assistenzangebote nachgefragt werden:

- Grundpflege (wir sind ein anerkannter Pflegedienst), Hilfestellung, sowie Anleitung bei der Körperpflege

- Anleitung und Hilfestellung bei der Haushaltsführung, beim Kochen, bei der Wohnungsreinigung, beim Einkauf usw.
- Hilfen bei der Tagesstrukturierung durch alltäglich wiederkehrende Abläufe
- Orientierungshilfen in der Öffentlichkeit, Erweiterung der Mobilität
- Hilfestellung beim Umgang mit Ämtern und Behörden, Beratung in rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten, sowie entsprechender Schriftverkehr
- Hilfen bei der individuellen Lebensplanung, u.a. in Form von Beratung und Kooperation mit anderen Diensten
- Unterstützung bei Konflikten ; z.B. Wohngemeinschafts- Eltern- und Paarkonflikten
- Hilfen zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, u.a. durch Freizeitplanung und- gestaltung
- Bedarfsgerechte Hilfestellung – auch rund um die Uhr

Unsere Arbeit basiert auf folgenden Qualitätsstandards:

- ganzheitliches Hilfsangebot durch Verbindung von Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege und Pflegesachleistung
- auf den Hilfebedarf bezogene Personenwahl und kundenbezogenes Team
- regelmäßig Dienstbesprechungen der jeweiligen Fachbereichsleitung mit den AssistentInnen
- Flexible Assistenzleistung bei zusätzlichem Hilfebedarf
- Abstimmung der Assistenzleistung mit den Wünschen der Kunden

Die Assistenz beim Wohnen kann finanziert werden über:

- die Eingliederungshilfe §§ 39/40 BSHG
- die Hilfe zur Pflege §§ 68/69 BSHG
- die Pflegeversicherung SGB XI

Adresse:

SELAM Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Gemeinnützige Gesellschaft mbH
Nadorsterstr. 26
26123 Oldenburg
Fon: 0441/ 361692-0
Fax: 0441/361692-29
Internet: http://www.nardorsterstr.de
E-mail: SelamLebenshilfe@ewetel.net

MELANIE DOHLE

SELAM Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Gemeinnützige Gesellschaft mbH, Oldenburg

ULRICH NIEHOFF
Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., Marburg

Arbeitsgruppe 4
Individuelle Hilfeplanung / Assistenzplanung

IRIS BECK

An der AG nahmen insgesamt 20 Personen teil. Nahezu alle Teilnehmer arbeiten mit Verfahren der individuellen Hilfeplanung/Assistenzplanung oder müssen sie demnächst einsetzen; dabei wurde häufig das sogenannte Metzler-Verfahren zur Bildung von Hilfebedarfsgruppen auch als Instrument der individuellen Hilfeplanung/Assistenzplanung benannt. Eine wichtige Grundlage für den Diskussionsverlauf war die Verabredung, sich von den jeweiligen Interessen und Zielen des eigenen Trägers zu lösen und die Thematik einzig unter fachlichen Gesichtspunkten zu besprechen. Die Fragen, die die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu Beginn formulierten, lassen sich Themenkreisen zuordnen, die zugleich in der BRD insgesamt noch ungelöste oder wenig bearbeitete Aufgaben darstellen:

- Wie kann man den Personenkreis schwerst-, bzw. mehrfachbehinderter Menschen einbeziehen, welche Instrumente sind geeignet?
- Welche Erfahrungen liegen generell bei der Umsetzung von individueller Hilfeplanung/Assistenzplanung vor?
- Evaluation ist wichtig; sie wird aber kaum gemacht und st wenig geklärt.
- Welche Inhalte gehören in die Individuelle Hilfeplanung/Assistenzplanung?
- Wie kann man die Bewohner, wie die Eltern beteiligen?
- Wie kreativ kann man mit Instrumenten umgehen?
- Wie kann ein intensiver Erfahrungsaustausch zustande kommen? Jeder arbeitet für sich allein an den Problemen.

Alexander Wollin, stellte das auf dem METZLER-Bogen basierende Verfahren „Hilfe nach Maß“ dar, das seit zwei Jahren beim Träger eingesetzt wird und neben Bögen zur Bedarfserhebung aufeinander abgestimmte Materialien zur Verlaufsdokumentation und zur Maßnahmenplanung enthält Herr Mettin, Storkow, referierte ein zweiteiliges Verfahren, das zur Groberhebung und zur Vorlage beim Kostenträger den Einsatz des Metzler-Bogens vorsieht, während die individuelle Lebenssituation qualitativ unter Verwendung des LEWO-Instruments (SCHWARTE/OBERSTE-UFER) erkundet wird.

Im Anschluss an die Referate wurde eine Gewichtung der nachfolgend im Plenum zu besprechenden Themen vorgenommen.

Dabei wurden grundsätzliche Fragen ebenso wichtig eingeschätzt wie anwendungsbezogene Probleme fassen, neue Fragen aufwerfen). Die Frage der Ziele für die Hilfeplanung und des der Hilfeplanung immanenten Charakters als auf beständige Förderung gerichtetem Handlungsansatz gab Anlass zu kontroversen Diskussionen. In den differenzierten Stellungnahmen wurden im wesentlichen drei unterscheidende Haltungen deutlich: Hilfeplanung kann mit einem eher „herstellungsorientierten“ und eng an den gesetzlichen Vorgaben entwickelten Verständnis verbunden sein, das dazu verhilft, Förderung systematisch umzusetzen.

Kritisch wurde hieran gesehen, dass damit die individuelle Bedürfnislage ebenso aus dem Blick geraten kann wie der Anspruch an und der Charakter des Wohnens, gerade im Erwachsenenalter, als eher auf befriedigende Daseinsgestaltung und die Erfüllung ganz individueller Ansprüche gerichteter Bereich, der wie kein anderer Chancen zur freien Gestaltung bietet. Anhand eines solchen Verständnisses rücken förderorientierte ebenso Ziele ebenso wie die individuellen Wünsche und Ansprüche und umgebungsbezogene Aufgaben in den Blick. Ein demgegenüber noch kritischerer Umgang mit Zielen entwickelt sich aus der konsequenten Umsetzung der perso-

nalen Orientierung dann, wenn an die Stelle einer Ziel- eine reine Angebotsplanung tritt, die ein breites Spektrum von Möglichkeiten auf der Basis bedürfnisorientierter Konzeptionen vorhält, die die Nutzerinnen und Nutzer individuell wahrnehmen. In Abhängigkeit dieser grundsätzlichen Haltungen entwickeln sich dann auch die weiteren konzeptionellen Schritte in den Fragen der Umsetzung, Beteiligung, Evaluation. In der Diskussion erfolgte vor diesem Hintergrund eine konstruktive Auseinandersetzung zu den eingangs und nach den Referaten aufgeworfenen Fragen. Nachfolgend sind die Ergebnisse als Forderungen der AG zusammengefasst wiedergegeben. Es konnte dabei weitgehende Einigung erzielt werden; wo kontroverse Meinungen bestehen blieben, ist dies auch so in die Formulierungen aufgenommen worden.

1. Wozu formuliert man Ziele?
Hierüber sollte zuerst Klarheit geschaffen werden. Es geht bei der Hilfeplanung in erster Linie um die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung; diese können und sollen ein Ziel sein. Ziele sollten nicht ausschließlich durch die Einrichtungen selbst oder anhand der gesetzlichen Vorgaben entwickelt werden; gleichzeitig darf notwendige und sinnvolle Förderung nicht vernachlässigt werden. Ziele sollten ein Verständnis von Wohnen, von Bedürfnissen und von Teilhabe widerspiegeln und sich dementsprechend eher auf den Anbieter beziehen. Sie sollten sich auf die Lebensbedingungen beziehen.

2. Die Aufgabe, jenseits einer rein am Individuum ausgerichteten Bedarfsplanung auch das Umfeld zu verändern und weitergehend regionale Bedarfsplanungen zu realisieren, ist wichtig. Sie lässt sich aber im Rahmen der derzeitigen gesetzlichen und finanziellen Möglichkeiten sowie der Handlungsspielräume und Leitziele der einzelnen Einrichtungen nur schwer verwirklichen.

3. Individuelle Hilfeplanung heißt nicht, einen Menschen ständig von hier nach dort zu bringen. Das So-Sein des Menschen, sein Anspruch auf eine befriedigende Lebensführung in pädagogisch orientierten Milieus muss auch dann verwirklicht werden, wenn es scheinbar nichts mehr zu fördern gibt oder ein sehr hoher Hilfe- oder Pflegebedarf besteht.

4. Zeithorizonte werden äußerst unterschiedlich gehandhabt (Überprüfung nach wenigen Wochen - nach einem Jahr). Die Frage der Zeitplanung und Zeithorizonte ist sehr wichtig, sie wird aber insgesamt kaum genügend bedacht. Es gibt auch zu wenig Anhaltspunkte zur Klärung und Festlegung.

5. Geschlossene Bögen allein bringen keinen Aufschluss über die individuelle Lebenssituation. Neben vorrangig geschlossenen und quantitativen Verfahren sollten unbedingt andere Wege (Einsatz qualitativer Methoden wie Gespräche, Beobachtungen usw.) beschritten werden.

6. Die Inhalte der Hilfeplanung sollen sich an Lebensqualitätskonzepten orientieren, ohne diese als starr und ausschließlich zu betrachten.

7. Es gibt große, grundsätzliche Probleme der Bedarfserhebung und Planung im Bereich der Hilfe zur Kommunikation bei schwerer Behinderung (Diagnose-Erhebung, Fördermöglichkeiten. Wenn ein Bedarf an Förderung festgestellt wird, geschieht dies häufig ohne ausreichende fachliche Diagnostik mit Blick auf zugrundeliegende Kommunikationsprobleme. Daneben fehlt es an geeigneten Fördermethoden. Selbst dort, wo Verfahren der Unterstützen Kommunikation innerhalb von Einrichtungen vorhanden sind (z.B. Delta-Talker), ist nicht klar, wann, wie, bei wem welcher „Talker“ oder welches Verfahren denn sinnvoll einsetzbar ist. Grundsätzlich sollten erst einmal ausgedehnte Erkundungen der Kommunikationssituation (Beobachtungen usw.) erfolgen, bevor erhoben oder eine bestimmte Methode eingesetzt wird.

8. Ausgedehnte qualitative Erkundungen der Lebenssituation sind generell für die individuelle Hilfeplanung unterlässlich. Sie sollten unbedingt auf der Basis fachlich fundierter diagnostischer Kenntnisse und Methoden erfolgen. Hier besteht ein gravierendes Defizit..

9. Es gibt grundsätzliche Probleme in der Frage der Beteiligung, bezogen nicht nur auf die Nutzer, sondern alle relevanten Personenkreise (wer wird wie beteiligt). Es sollte generell keine Erhebung ohne Einbezug der Nutzer erfolgen, selbst wenn sich ihre Beteiligung zeitlich nur auf wenige Minuten beschränken sollte.

10. Die Interessensvertretung der Nutzer muss dringend gefördert und die Frage der stellvertretenden Beteiligung und Entscheidung untersucht und beantwortet werden.

11. Der Zusatzfragebogen zu Verhaltensstörungen bei Metzler ist wenig hilfreich, er gibt nur eine sehr grobe Einschätzung und reicht nicht aus; außerdem erfasst er auch einige Problemlagen nicht.

12. Es gibt zahlreiche Probleme bei der Umsetzung, z.B. mit Blick auf Qualifikation und Motivation der Mitarbeiter. Individuelle Hilfeplanung kann nicht nebenher oder einzig von den Gruppenmitarbeitern gemacht werden, es bedarf anderer Instanzen.

13. Die DHG sollte bei den Sozialhilfeträgern (aber auch bei den Einrichtungsträgern) darauf hinwirken, daß keine biographischen Daten weitergegeben werden. Wer wertet die Fragebögen aus und welche Daten gehen an den Kostenträger? Wie kann der Datenschutz gewährleistet werden bei der Menge an Daten, die mittlerweile sehr häufig elektronisch gespeichert werden. Hierzu sollten Empfehlungen erarbeitet werden

14. Die DHG soll politisch bewirken, daß der Aspekt der Bewohnerbeteiligung zum generellen Erfordernis erhoben bei den Kostenträgern erhoben wird, unabhängig vom verwandten Instrument. Die Art der Ermittlung sollte ein maßgeblicher Teil der Dokumentation für die Finanzierung sein.15. Die DHG sollte nicht technische Aspekte befürworten oder vorrangig diese betrachten.

16. Die DHG soll Nutzerfragebögen zugänglich machen.

17. Die DHG soll sich des Themas Evaluation annehmen; es ist nahezu unbearbeitet

18. Die DHG sollte Empfehlungen aussprechen, welche Bedingungen eine erfolgreiche Umsetzung fördern (auf seiten der Leitung, der Mitarbeiter...).

PROF. DR. IRIS BECK,

Universität Hamburg
Institut für Behindertenpädagogik
Sedanstrasse 19
20146 Hamburg

Individuelle Hilfeplanung

Ein Instrument individueller Unterstützung und systematischer Reflexion

ANDRÉ METTIN

Die Lebenshilfe Landesverband Brandenburg e. V. trägt u. a. vier Wohneinrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen, welche einen Großteil ihres Lebens unter relativ geschlossenen Bedingungen in Psychiatrien verbrachten. Aufgrund ihrer sogenannten Verhaltensauffälligkeiten haben diese Menschen einen z. T. sehr hohen Betreuungsbedarf. Die Hilfebedarfe nach dem H.M.B.-W. Verfahren sind sehr breit gestreut. In den Einrichtungen leben schwerstmehrfachbehinderte Menschen aber auch solche, welche in Zukunft in geringer betreuten Wohnformen leben können.

Die Mitarbeiter in den Wohngruppen haben eine sehr hohe Arbeitsbelastung.

Nach unserem Verständnis ist die IHP das Kernstück der Qualitätsentwicklung in unseren Einrichtungen.

Wir haben kein völlig neues Instrument entwikkelt, sondern uns umgeschaut, was diesbezüglich auf dem Markt vorhanden war und dieses dann auf unsere konkreten Bedingungen in den Einrichtungen und unsere fachlich – professionellen Ansprüche zugeschnitten.

Unser Instrument zur Individuellen Hilfeplanung erfüllt folgende dieser Bedingungen und Ansprüche:

- es bezieht die Perspektive der Menschen mit geistigen Behinderungen weitestmöglich und verbindlich ein, es stellt deren Wünsche und Vorstellungen in den Vordergrund.
- es geht über den kompetenzorientierten Ansatz hinaus und bezieht die individuelle Lebenssituation in die Betrachtung und Planung ein,
- es orientiert sich an den anerkannten fachlichen und ethisch begründbaren Leitlinien, Qualitätsstandards und Arbeitskonzepten,
- es ermöglicht und bedingt eine systematische Reflexion der Arbeit der Mitarbeiter in Bezug auf das Wohnen des einzelnen behinderten Menschen,
- es folgt dem Ansatz, eine Veränderung der auffälligen Verhaltensweisen überwiegend über eine Normalisierung der Wohn- und Lebensverhältnisse erreichen zu wollen,
- es erfordert eine gemeinsame Zielvereinbarung aller an diesem Prozess Beteiligten (multiperspektivisch) nach dem methodischen Ansatz „in Aushandlung und Absprache“,
- das Instrument ist für alle Menschen in unseren Einrichtungen anwendbar, dabei müssen die Anwendungsbedingungen auf die individuellen Erfordernisse des Menschen mit geistiger Behinderung abgestellt werden,
- es erfordert, außer in der Einführungsphase, einen vertretbaren zeitlichen Aufwand,
- es ist praktikabel und für fast alle Beteiligten verständlich und transparent,
- es bietet die Möglichkeit der Weiterentwicklung, es ist damit dynamisch.

Im ersten Teil der Erkundung erfassen wir den persönlichen Hilfebedarf des Menschen mit Behinderung.

Hier folgt unser Instrument der Systematik des H.M.B.-W. Verfahrens von Frau Dr. Metzler. Dieses wird im Land Brandenburg zur Ermittlung der Hilfebedarfsgruppen verwendet werden. Es werden die vorhandenen und nicht vorhandenen Kompetenzen der Menschen mit geistigen Behinderungen aufgezeigt.

Im zweiten Teil erfassen wir die konkrete Lebenssituation.

Dieser Teil ist eng an LEWO angelehnt. Es werden systematisch die Bedürfnisse und Hilfebedarfe der Menschen in Bezug auf ihr Wohn- und Lebensumfeld erkundet. Wir erfassen u. a. strukturelle Aspekte, aber auch die Zufriedenheit mit dem Wohnangebot, dem Bezugsbetreuer oder den Vertretergremien.

Ein inhaltlich ähnlicher Ansatz findet sich im neu erschienen Buch LEWO II (SCHWARTE, OBERSTE – UFER 2001).

Ablauf des Prozesses der Individuellen Hilfeplanung

1. Erkundung des IST – Standes der BewohnerIn (Anamnese)

1.1 Die Wünsche und Bedürfnisse der BewohnerIn werden erkundet

Mittels verschiedener Methoden (z. B. Gespräche, teilnehmender Beobachtung, Bildkarten, Fotos, Befragung von anderen nahestehenden Personen) wird versucht, die Wünsche, Träume, Zukunftsvorstellungen und Bedürfnisse der BewohnerIn zu erkunden. Diese werden zunächst formlos notiert. Damit lässt sich u. U. bereits eine Richtung der IHP absehen.

Durchführung:
BewohnerIn mit BezugsbetreuerIn

1.2 Der persönliche Hilfebedarf und die Lebenssituation der BewohnerIn werden erkundet

Der persönliche Hilfebedarf der BewohnerIn wird mit dem Formblatt A abgebildet. Die beschriebenen Bereiche und Aktivitäten folgen der Systematik des Verfahrens von Frau Dr. Metzler zur Bildung von Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs. BewohnerIn und BezugsbetreuerIn füllen das Formblatt gleichberechtigt aus.

Die aktuelle Lebenssituation wird mit dem Formblatt B dargestellt. Die Bereiche und Indikatoren folgen inhaltlich dem LEWO - Instrumentarium. Das Verfahren entspricht dem beim Formblatt A angewandten.

Durchführung:
BewohnerIn mit BezugsbetreuerIn, ggf. Unterstützungsperson des / der BewohnerIn

2. Ziel- und Maßnahmeplanung (Diagnose)

2.1 Ziele werden formuliert

Aus der Zusammensicht von 1.1 und 1.2 werden mögliche gemeinsame Ziele formuliert. Dabei muss es nicht für jeden Indikator / Aktivität ein Ziel geben.

Durchführung:
BewohnerIn mit BezugsbetreuerIn, ggf. Unterstützungsperson des / der BewohnerIn

2.2 Prioritäten werden gesetzt

Für die in 2.1 formulierten möglichen Ziel werden Prioritäten gesetzt. Man einigt sich gemeinsam auf i.d.R. ein bis drei Ziele pro Zeitraum.

Durchführung:
BewohnerIn mit BezugsbetreuerIn, ggf. Unterstützungsperson des / der BewohnerIn

2.3 Ziele werden vereinbart und Maßnahmen zur Umsetzung abgesprochen

Hierzu findet eine Besprechung mit allen an dem Prozess der Umsetzung der IHP für die BewohnerIn beteiligten Personen statt.

Konnte zu den vorangegangenen Schritten keine eindeutige Auskunft des / der BewohnerIn erreicht werden, werden auf dieser Sitzung die Einschätzungen zu den einzelnen Aktivitäts- und Gegenstandsbereichen der erhebenden MitarbeiterIn dargestellt, um eine größere Objektivität herzustellen. Ansonsten geht es in dieser Besprechung um die Festlegung der Ziele für das folgende Jahr und der dazu notwendigen Maßnahmen. Diese werden auf dem Formblatt C dokumentiert.

Durchführung:
BewohnerIn, Bezugsbetreuerin, die anderen MitarbeiterInnen des Teams, Angehörige und gerichtlich bestellte BetreuerInnen, LeiterInnen der Wohnstätte, relevante MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen (Schule, WfB usw.)

Das Formblatt C der IHP ist gleichzeitig Bestandteil des jährlichen Entwicklungsberichtes für die BewohnerIn.

3. Umsetzung der Maßnahmen (Intervention)

Entsprechend der in der IHP festgelegten Verantwortlichkeiten werden die Maßnahmen in den vorgesehenen Zeiträumen umgesetzt.

Die Durchführung der Maßnahmen wird auf dem Formblatt D dokumentiert.

Durchführung:
BewohnerIn mit Durchführungsverantwortlichen lt. IHP

4. Überprüfung der Ziele und Maßnahmen (Evaluation)

4.1 Teilziele und Maßnahmen werden bewertet

Nach ca. sechs Monaten, bei Bedarf auch eher, werden die in 2.3 vereinbarten Ziele und Maßnahmen reflektiert und ggf. an die neue Situation angepasst.

Durchführung:
BewohnerIn mit BezugsbetreuerIn, Rücksprache mit dem MitarbeiterInnen – Team

4.2 die Erfüllung der Zielstellung wird überprüft

Ca. ein Jahr nach der Erstellung des IHP werden Ziele und Maßnahmen erneut überprüft. Der Prozess der IHP beginnt wieder mit einer Erkundung des IST – Standes entsprechend Pkt. 1.

Erfahrungen mit der IHP

Der Prozess, besonders die unter 2.3 aufgeführte Besprechung ist aus Gründen der Multiperspektivität personell sehr aufwändig. Hier stellt sich die Frage, ob dies auch zukünftig möglich sein wird. Aus Objektivitätsgründen erscheint dies unabdingbar - vor allem bei den Menschen mit geistigen Behinderungen, welche nicht zur Verbalisierung ihrer Meinung in der Lage sind. Aus denselben Gründen sollten hier die Formblätter A und B möglichst gemeinsam bewertet werden. Je selbständiger die Menschen in ihrer Lebensführung sind, reicht eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse und der vereinbarten Ziele und Maßnahmen aus. Erfahrungsgemäß wird von diesen Menschen ein eher kleinerer, individuellerer Rahmen bevorzugt.

Das Instrument ist bei seiner Einführung zeitlich und personell sehr aufwändig und erfordert deshalb eine sorgfältige Planung und straffe Durchführung.

Die Grenzen des Instrumentes offenbaren sich besonders in dem Spannungsfeld, einen Prozess (das Wohnen) zu planen, der normalerweise kaum planbar ist. In der Praxis erlebten einige Menschen mit geistigen Behinderungen diese Hilfeplanung durchaus auch als Eingriff in ihre persönlichen Freiheiten. Es werden ja neben den vorhandenen auch nicht vorhandene Kompetenzen offengelegt. Mit den erfassten Daten und Ergebnissen ist aus unserer Sicht sensibel umzugehen. Hierzu gibt es bei uns genaue Vorgaben.

Literatur

SCHWARTE, N.; OBERSTE – UFER, R.: LEWO II. Hrsg.: Bundesvereinigung Lebenshilfe. Marburg 2001

ANDRÉ METTIN

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung - Landesverband Brandenburg e.V.

Wohnstätte „Haus am See“
Robert–Koch–Straße 8
15859 Storkow

Arbeitsgruppe 5
Bewohnerorientierte Dienstplanung in Einrichtungen

ANTJE KOEPP

Die Teilnehmerschaft der Arbeitsgruppe bestand hauptsächlich aus Dienstplanverantwortlichen, denen es darum ging, eine bewohnerorientierte Dienstplanung einzuführen oder das eigene System zu verbessern, ohne dass ein Qualitätsverlust stattfindet. Anhand der dargestellten ExpertInnen-Beiträge wurden einige Probleme und Fragen diskutiert, z.B.

- zum BAT, Betriebsrat, Arbeitsrecht,
- zu langen Anfahrtswegen der MitarbeiterInnen,
- zur möglichen Diskrepanz zwischen Interessen der BewohnerInnen und der MitarbeiterInnen,
- zur Berücksichtigung der in der WfbM teilzeitbeschäftigten BewohnerInnen und der RuheständlerInnen,
- zur Dokumentation der bewohnerorientierten Dienstzeiten.

Ein besonderes Problem kann in einigen Einrichtungen durch das EU-Urteil zur Anrechnung der Bereitschaftszeit als Arbeitszeit entstehen: Bisher konnte nach dem Arbeitszeitgesetz die Nachbereitschaftszeit als Ruhezeit angerechnet werden (wenn mindestens 5½ Stunden ununterbrochene Ruhe), so dass lange Dienste möglich waren, mit Geltung des Urteils auch für die Arbeit in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe wäre dann mindestens ein weiterer Schichtwechsel notwendig.

Den ExpertInnen war kein EDV-gestütztes Dienstplanungssystem bekannt, mit dem ihre Art der Dienstplanung möglich wäre, da diese nur mit definierten Diensten und nicht mit Zeiten arbeiten.

Bei den TeilnehmerInnen bestand das Bedürfnis, dieses Thema weiter zu verfolgen, sich hierzu nochmals zu treffen und nach Möglichkeit Einrichtungen zu finden, in denen auch der Ansatz der Bewohnerorientierung verfolgt wird, deren Personaldecke aber wesentlich niedriger als die der vorgestellten Beispiele ist.

ANTJE KOEPP

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung - Landesverband Brandenburg e.V.

Arbeitszeitgestaltung und Dienstplanung

in den Wohngruppen von LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG

GEORG SCHNITZLER

In den vergangenen 22 Jahren hat LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG 50 Wohngruppen nach dem »Hamburger Modell« eröffnet. Jeweils 6 bis 10 geistig und mehrfach behinderte Erwachsene leben zusammen in großen Wohnungen in Häusern des sozialen Wohnungsbaus, in normalen Mietshäusern oder Einzelhäusern. Diese stadtteilintegrierten Wohngruppen sind über das gesamte Stadtgebiet verstreut. Fast alle Bewohner[1] sind in der Woche tagsüber außer Haus. Die meisten arbeiten in einer Werkstatt für Behinderte, etwa 20 % besuchen eine Tagesstätte, die in Hamburg flächendeckend für diejenigen schwer und mehrfach behinderten Menschen eingerichtet wurden, die die Zugangskriterien einer WfB nicht erfüllen. Die Teams der Betreuer setzen sich zusammen aus einem Sozialpädagogen als Leitung, (Heil-)Erzieher, Helfer, Zivildienstleistenden, Helferinnen im Freiwilligen Sozialen Jahr und einer hauswirtschaftlichen Mitarbeiterin.

Arbeitsrechtliche Grundlage aller Arbeitsverträge ist der einzelvertraglich vereinbarte BAT, der Heim- und Schichtzulagen und Zuschläge für Nacht- und Wochenendarbeit vorsieht.

Bedarfsorientierte Dienstplanung

Seit der Gründung der ersten Wohngruppen ist die Dienstplanung am Bedarf, d.h. vor allem an der Anwesenheit der Bewohner orientiert. Die Betreuer beginnen mit ihrer Arbeit am frühen Nachmittag, kurz bevor die ersten Bewohner nach Hause kommen. Nachmittags und abends bis ca. 22 Uhr, am Wochenende bis 23 Uhr, sind in der Regel zwei Betreuer anwesend; einer geht dann, der andere bleibt in der Wohngruppe zur Nachtbereitschaft, d.h. schläft dort. Die Nachtbereitschaft wird - unabhängig von ihrer tatsächlichen Dauer - pauschal mit zwei Stunden Dienstzeit bewertet. Nach der Nachtbereitschaft beginnt der Dienst morgens zwischen 5 und 6 Uhr, abhängig davon, wann die Bewohner das Haus verlassen müssen und endet kurz nachdem alle auf dem Weg sind, d.h. zwischen 8 und 9 Uhr. Dieser Morgendienst wird, wenn es erforderlich ist, durch die hauswirtschaftliche Mitarbeiterin unterstützt. Am Wochenende sind tagsüber ständig 2 Mitarbeiter im Dienst, nachts einer.

Diese Orientierung am Bedarf – früher in festen Schichtsystemen (sog. Dienstplanraster) - hat eine ständige Überprüfung und häufige Veränderung der Dienstzeiten zur Folge. Problematischer als die Belastungsspitzen sind dabei die Belastungstäler. Die meisten Teams sind sich schnell einig in der Benennung von Zeiten hoher Belastung. Viele Mitarbeiter sind bereit, länger zu bleiben oder zusätzlich zu kommen, wenn viel Arbeit anliegt. Genauso wichtig aber ist es, schon in der Dienstplanung auch auf eine geringe Arbeitsbelastung zu reagieren, eher zu gehen, später zu kommen oder auch Dienste ausfallen zu lassen, wenn es dem Bedarf entspricht.

Bedarfsorientiert zu arbeiten heißt in der Behindertenhilfe flexibel zu arbeiten. Mit Erkrankungen, notwendigen Arztbesuchen u.a. entstehen kurzfristig neue Bedarfe, auf die reagiert werden muß. Viele Aufgaben, auch kurzfristig entstandene, sind an eine festgelegte Zeit gebunden, andere lassen sich – auch zeitlich – planen und mit anderen dienstlichen wie privaten Zeitinteressen verzahnen (s.u.).

Einschichtsystem

Mit der Orientierung an den Anwesenheitszeiten der Bewohner ist bei LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG von Beginn an ein Einschichtsystem installiert worden. Es setzt voraus, dass die behinderten Bewohner der Wohngruppen in der Nacht regelmäßig nicht betreut werden müssen, dass die Mitarbeiter in der Regel also wirklich schlafen können. Dies

[1] Um dieses Referat lesbarer zu halten, wird generell die männliche Form (Mitarbeiter, Bewohner) verwendet, Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen sind natürlich auch gemeint.

vorausgesetzt, gilt die Nachtbereitschaft als Ruhezeit und unterbricht die langen Dienste.

Mit diesem Einschichtsystem ist die Arbeitszeit konsequent an der Anwesenheitszeit der Bewohner orientiert, der Einsatz der Arbeitsstunden ist damit sehr rationell. Die Kontinuität der Betreuung wird gestärkt, wenn ein Bewohner vom gleichen Mitarbeiter zu Bett gebracht und beim Aufstehen begleitet wird. Die Betreuung am späten Abend und am frühen Morgen ist unproblematisch, weil nicht belastet vom Wunsch der Mitarbeiter, nicht so spät nach - Hause zu kommen, bzw. nicht so früh aufstehen zu müssen.

Die Mitarbeiter schätzen dieses Einschichtsystem, weil die Wegezeiten drastisch vermindert werden und insbesondere am späten Abend und am frühen Morgen weniger Arbeitswege anfallen.

Betriebsvereinbarung

Im Juli 1997 wurde eine frühere Betriebsvereinbarung, die feste Schichtsysteme vorsah, von einer neuen abgelöst, mit der die bis heute geltenden Regeln der Dienstplanung und die Verfahren zur Mitbestimmung des Betriebsrats festgelegt wurden. Anleitungen und Richtlinien zur Dienstplangestaltung in den Wohngruppen von LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG mit dem Titel »Aufgabenorientierte Dienstplanung in der Wohngruppe« folgten im Januar 1998*.

Grundsätze der Dienstplanung

Zunächst legt jedes Team (verantwortlich: die Leitung) die Kernzeiten, die der Dienstplanung zugrunde liegen, fest. Kernzeiten sind diejenigen Zeiten am Tag, in denen die tägliche Routine, das tägliche Pflichtprogramm, bewältigt werden müssen. Dazu gehören beispielsweise die pflegerischen Aufgaben, die Mahlzeiten, Hauswirtschaft, Aufsicht und alles andere, was täglich anfällt.

Aufgaben, die nicht zur täglichen Routine gehören, fallen in die flexiblen Stunden, die täglich unterschiedlich in den Dienstplan eingesetzt werden können. Zu nennen sind hier beispielsweise Elterngespräche, Entwicklungsberichte, Ausflüge, Arztbesuche, nicht tägliche Begleitung von Bewohnern außerhalb des Hauses usw. Grundsätzlich gilt: flexible Stunden werden für definierte Aufgaben in den Dienstplan eingetragen.

Die Kernzeiten und ihre Änderungen und der Einsatz von flexiblen Stunden stehen in der Verantwortung des Teams, d. h. hier wird höchstens ausnahmsweise von vorgesetzten Mitarbeitern eingegriffen.

Eine Besonderheit in der Dienstplanung bei LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG: Die frei einzusetzenden Stunden. Jeder Mitarbeiter kann bis zu zehn Stunden in den Monatsdienstplan aufnehmen, für die zunächst noch keine Zeiten festgelegt werden. Er hat die Möglichkeit, diese Stunden nach eigener Entscheidung oder nach einer entsprechenden Vereinbarung mit einem Bewohner zu arbeiten.

Grundlage der Dienstplanung ist der Bedarf, sind die Aufgaben in der Betreuung der behinderten Bewohner. Viele Aufgaben sind zu festgelegten Zeiten zu bewältigen, andere Aufgaben können unabhängig von der Zeit, manche auch unabhängig von einem bestimmten Ort erledigt werden. Wieder andere Aufgaben benötigen eine Verabredung mit einem oder mehreren Bewohnern, anderen Mitarbeitern oder Verantwortlichen aus anderen Institutionen, wobei alle Beteiligten frei sind. Es gilt, diese Möglichkeiten zur Flexibilisierung zu nutzen, etwa auch um eine für die Mitarbeiter akzeptable Dienstplanung zu erreichen. Zum Beispiel können kurze Dienste mit Aufgaben, die zu beliebiger Zeit erledigt werden können, verlängert werden. Ziel ist auch, dienstliche und private Belange möglichst eng miteinander zu verzahnen. Privaten und persönlichen Interessen soll möglichst großer Raum in der Zeitplanung eingeräumt werden. Ein Tausch von Diensten oder auch die Übernahme eines Dienstes ohne Gegenleistung sind ohne weiteres möglich. Den Mitarbeitern ist auch die Möglichkeit eingeräumt, zu Hause zu arbeiten. Manches lässt sich dort einfacher und störungsfreier erledigen.

Grundsätzlich gilt: Kein Betreuer hat individuell festgesetzte Arbeitszeiten.

Grenzen der Dienstplanung - Kriterien für die Mitbestimmung des Betriebsrates (Formatierung als Überschrift?)

Bei der Dienstplanung müssen die in der Betriebsvereinbarung festgelegten Grenzen be-

* Diese Anleitungen bedürfen der Überarbeitung.

achtet werden: Jeder Mitarbeiter hat Anspruch auf

- ungeteilte Dienste,
- mindestens sechs freie Tage im Monat,
- zwei zusammenhängende freie Tage in mindestens zwei Wochen des Monats,
- zwei freie Sonntage im Monat,
- einen freien Tag nach höchstens 50 Arbeitsstunden »am Stück«, d. h. nicht unterbrochen durch einen freien Tag,
- einer Zahl von freien Tagen im Jahr, die denen eines »normalen« Arbeitnehmers entspricht.

Von diesen Grenzen kann auf ausdrücklichen Wunsch des einzelnen Mitarbeiters abgewichen werden, er muss dies dem Betriebsrat gegenüber schriftlich bestätigen. So gibt es zum Beispiel Mitarbeiter, die am liebsten am Wochenende arbeiten. Andere bevorzugen geteilte Dienste.

Monatlicher Dienstplan

Zum Beginn des Vormonats beginnt die Dienstplanung mit der inhaltlichen Monatsplanung der Wohngruppe. Sie enthält die Aktivitäten und Besonderheiten des Monats, für die die flexiblen Stunden und die frei einzusetzenden Stunden (siehe oben) gebraucht werden. Dazu gehören z. B. Ausflüge und andere Freizeitaktivitäten, besondere Betreuungen, Förderprogramme usw. In der Monatsplanung werden auch Abwesenheiten einzelner Bewohner berücksichtigt, die Auswirkungen auf den Dienstplan haben können. In der Dienstplanung kann von den Kernzeiten abgewichen werden, wenn es dem Bedarf entspricht.

Der Monatsplanung folgt der Wunschdienstplan, in den jedes Team-Mitglied seine Wünsche, auch seine Frei-Wünsche, einträgt. Die Leitung oder der Dienstplanverantwortliche vervollständigen den Dienstplan. Gegebenenfalls müssen Wünsche und Interessen einzelner Mitarbeiter verhandelt werden.

Nach der Planung in der Wohngruppe wird der Dienstplan den Vorgesetzten und dem Betriebsrats zur Zustimmung vorgelegt.

Ständige Fortschreibung des Dienstplans

Aufgrund eines geänderten Bedarfs und/oder persönlicher Wünsche unterliegt der Dienstplan ständigen Änderungen. Meist wird er in den wöchentlichen Dienstbesprechungen aktualisiert, werden Dienste verkürzt, verlängert oder getauscht, müssen Mitarbeiter einspringen oder werden Aushilfen eingesetzt. Änderungen können sich auch noch kurzfristiger oder für den gleichen Tag ergeben. Ausgelöst werden kurzfristige Dienstplanänderungen oft durch Erkrankungen von Bewohnern oder Mitarbeitern.

Flexibilitäts-Spielregeln

Die Flexibilität hat Grenzen. Mitarbeiter brauchen auch die Sicherheit, ihre private Zeit einigermaßen verlässlich verplanen zu können – etwa um familiären Verpflichtungen gerecht werden zu können.

Eine aktuelle stichprobenartige Erhebung hat ergeben: 30 % aller Dienste werden geändert, die meisten allerdings nur geringfügig. Im Ergebnis haben die Mitarbeiter lediglich vier Prozent mehr Stunden gearbeitet als im ursprünglichen Dienstplan vorgesehen. Die Zahl der vollständig neu eingesetzten Dienste – und dies ist für Mitarbeiter entscheidend - ist verschwindend gering. Möglich wird dies allerdings auch durch die Bereitstellung einer großen Zahl von Aushilfen im Umfang von ca. 30 bis 50 Stunden im Monat pro Wohngruppe, die von den Teams in eigener Entscheidung eingesetzt werden können. Mit Hilfe dieser Aushilfen werden die hohen Flexibilitäts-Anforderungen abgepolstert.

Um den Anforderungen durch unerwartete Belastungen gerecht werden zu können, brauchen die Teams Handlungs- und Entlastungsmöglichkeiten.

Zum Beispiel: Ein Mitarbeiter hätte planmäßig um 9 Uhr am Morgen Dienstschluss, stellt aber fest: Ein Bewohner ist erkrankt. Er kann,

- im Dienst bleiben bis zum frühen Nachmittag, wenn die planmäßigen Dienste weiterer Mitarbeiter beginnen.
- die beiden für den Nachmittag vorgesehenen Mitarbeiter anrufen und mit ihnen aushandeln, ob einer früher kommen kann. Wann der eine den anderen ablöst, ist den beiden freigestellt.

- weitere Mitarbeiter anrufen und sie fragen, ob sie ihn ablösen können, bis zum Nachmittag oder länger. Ist jemand dazu bereit, kann dieser den entstehenden kurzen Dienst verlängern, etwa um liegengebliebene Aufgaben zu erledigen oder Arbeit vorzuziehen. Er kann auch den im Dienstplan vorgesehenen Mitarbeitern vorschlagen zu tauschen.
- versuchen, eine Aushilfe zu erreichen.
- seine Vorgesetzten ansprechen und ihnen klarmachen, dass er aus zwingenden Gründen nicht bleiben kann. Dieser kann andere Mitarbeiter oder Aushilfen bitten, einzuspringen oder – letzte Möglichkeit – einen Mitarbeiter anweisen, den Dienst zu übernehmen.

Nach unserer Erfahrung trägt diese Team-Verantwortung. Die Bereitschaft der Mitarbeiter, als Team flexibel auf veränderte Anforderungen zu reagieren, ist mit der durch die hohe Selbständigkeit gewachsenen Eigenverantwortlichkeit gestiegen. Voraussetzung dafür ist auch die Bereitschaft der Vorgesetzten, private Verpflichtungen ihrer Mitarbeiter ernst zunehmen und zu beachten. Wenn Mitarbeiter dies wissen, sind Sie eher bereit, private Wünsche und Verpflichtungen und zu eigen gemachte dienstliche Verantwortung und Verpflichtungen gegeneinander abzuwägen.

Und: Tatsächlich ist meist nur ein Bruchteil der privaten Zeit verplant, so dass private Zeitpläne oft nicht durcheinander kommen. Im Gegenteil: Nicht verplante Zeit dienstlich nutzen zu können empfinden viele Mitarbeiter nicht selten als Vorteil: Die Zeit wird sinnvoller genutzt und führt zu vielleicht besser nutzbarer privater Zeit an anderen Tagen.

Nach unserer Erfahrung werden in funktionierenden Teams die Belastungen gerecht verteilt – und dabei auch außerdienstliche Verpflichtungen berücksichtigt. Ausgehandelt werden nicht nur Arbeitszeiten, mitverhandelt werden auch bestimmte beliebte oder unbeliebte Tätigkeiten usw. Wie immer ist eine gerechte Verteilung nicht gleichbedeutend mit einer Gleichverteilung. Die Teamfähigkeit aller Beteiligten, Grenzsetzungen und Transparenz für die Vorgesetzten verhindern, dass einzelne Mitarbeiter »über den Tisch gezogen werden«.

Arbeitszeit- und Freizeitkonten

Voraussetzung für die Dienstplanung im Team und ihre Flexibilisierung war die Einführung von Arbeitszeit- und Freizeitkonten und die damit verbundene Abschaffung von Überstunden und dem zugehörigen Regelwerk. Für jeden Mitarbeiter wird ein Arbeitszeitkonto geführt, auf dem die arbeitsvertraglich unterschiedliche Soll-Arbeitszeit mit der Ist-Arbeitszeit (die übrigens jeder selbst aufschreibt) verrechnet wird. Abgerechnet wird jeweils zum Monatsende. Die Betriebsvereinbarung legt fest, dass sich die Arbeitszeitkonten zum Monatsende in den Grenzen -20 bis +60 bewegen können. Auch hier gilt: Kontostände außerhalb dieser Grenzen sind auf persönlichen Wunsch des Mitarbeiters und mit Zustimmung des Betriebsrats möglich. Dies sollte aber auf begründete Ausnahmen beschränkt sein.

Nach geltender Betriebsvereinbarung muss das Arbeitszeitkonto einmal jährlich und zwar Ende Februar auf Null gebracht werden. Besser wäre ein ständig durchlaufendes Arbeitszeitkonto, dies aber ist mit dem BAT nicht vereinbar. Unser Vorschlag in den derzeit laufenden Verhandlungen: Jeder Mitarbeiter muss mindestens einmal jährlich »die Nulllinie kreuzen«. Mit der durch die Arbeitszeitkonten realisierten Jahresarbeitszeit gibt es im Laufe eines Jahres keine Überstunden mehr.

Stattdessen werden im Abstand von drei Monaten alle Stunden auf dem Arbeitszeitkonto, die 30 Stunden übersteigen, auf ein Freizeitkonto übertragen. Diese Freizeitstunden können nach Wunsch des Mitarbeiters im folgenden Quartal im Block »abgebummelt« werden. Möglich ist auch, diese Stunden ins nächste Quartal mitzunehmen.

Jahresplanung

Unser Ziel, über eine Jahresplanung auch die Jahresstunden unabhängig von den monatlichen Sollstunden über die einzelnen Monate zu verplanen, haben wir nicht erreicht. Die Aufgabe, die Jahresstunden bedarfsgerecht auf die einzelnen Monate zu verteilen und dies mit der Personalplanung in Einklang zubringen, erwies sich als zu komplex. Dennoch macht es Sinn, die Aktivitäten des Jahres zu planen und sich zu überlegen, in welchen Monaten mehr Stunden gebraucht werden und in

welchen weniger. Bewährt hat es sich z.B., vor Reisen Minusstunden zu sammeln, um während der Reise mehr betreuen zu können.

Urlaubsplanung

Wesentlicher Teil der Jahresplanung ist die Urlaubsplanung. Alle Mitarbeiter müssen bis Ende Januar mindestens 20 Tage ihres Jahresurlaubs so verplanen, das höchstens ein Viertel aller Mitarbeiter gleichzeitig in Urlaub ist. Auch die Urlaubsplanung wird in der Regel vom Team selbstständig geleistet.

Prinzipien der Arbeitszeitgestaltung bei LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG

Zusammengefasst folgt die Dienstplangestaltung den folgenden Grundsätzen:

- Oberste Richtschnur der Dienstplanung ist der Bedarf, sind die Aufgaben in der Betreuung der behinderten Bewohner. Wenn die Qualität von Betreuung und Versorgung wesentlich von ihrer zeitgerechten Verfügbarkeit abhängig ist, trägt die bedarfs- und aufgabenorientierte Dienstplanung wesentlich zur Qualität bei.
- Je besser die Dienste organisiert und die Aufgaben planbar und geplant sind, umso besser funktioniert die Dienstplanung. Die Stundenorientierung in der Arbeitszeitplanung wird abgelöst von der Aufgabenorientierung. Damit entstehen Dienstpläne, die sich je nach Aufgaben(-planung) von Tag zu Tag unterscheiden können.
- Bedarfsorientierte Dienstplanung ist so flexibel, wie es die Aufgaben, die sich in der Betreuung stellen, erfordern. Der Dienst folgt der Maxime: so geplant wie möglich - so flexibel wie nötig.
- So weit wie möglich wird die Dienstplanung vom Team selbst gesteuert. Der Verantwortung des Teams und jedes einzelnen Mitarbeiters für die bedarfsgerechte und aufgabenorientierte Betreuung entspricht die weitestgehende Selbststeuerung der Dienstzeiten.
- Damit das Team den Anforderungen zur Flexibilität entsprechen kann, braucht es Selbstständigkeit, Gestaltungsfreiheit, Flexibilitätsspielregeln, Team-Geist und -Verantwortung und Unterstützung etwa durch die Bereitstellung von Aushilfen.
- Alle privaten und persönlichen zeitlichen Interessen der Mitarbeiter, die mit dem ersten Grundsatz vereinbar sind, müssen realisiert werden können. So können Mitarbeiter sich z.B. stets gegenseitig vertreten.
- Die Grenzen der Dienstplanung, die u.a. vor Überforderung schützen, müssen klar sein; die privaten Belange der Mitarbeiter müssen so ernst genommen werden wie sie die dienstlichen Belange ernst nehmen sollen.
- Selbstständige Dienstplanung und eigenverantwortliche Arbeits(zeit)gestaltung machen Spaß. Sie motivieren, schaffen Raum für persönliche Zeitinteressen und stärken die Bereitschaft zur Übernahme von persönlicher Verantwortung und den persönlichen Bezug zu den Bewohnern.

Weitere Informationen unter

www.leben-mit-behinderung-hamburg.de

www.arbeitszeitberatung.de
→ BMA-Datenbank
→ http://www.bma.bund.de/Arbeitszeitmodelle
→ Suchmaske
→ Branche: Behindertenhilfe
→ LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG SOZIALEINRICHTUNGEN gGmbH

GEORG SCHNITZLER[2]
LEBEN MIT BEHINDERUNG HAMBURG
Südring 36
22303 Hamburg
Tel. 040 / 270 790 – 912 Fax –948
schnitzler@lmbhh.de

[2] zugleich freier Mitarbeiter der Arbeitszeitberatung D. Hoff · Weidinger · Herrmann, Lützowufer 1, 10785 Berlin, www.arbeitszeitberatung.de, Tel. 030 / 803 20 41, Fax 030 / 803 91 33, georg.schnitzler@arbeitszeitberatung

Das Budgetstundenmodell im stationären Wohnangebot

der LEBENSWEGE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN gGMbH BERLIN

CARSTEN KRÜGER

Grundsätzlich gehört das Budgetstundenmodell zu einem unserer konzeptionellen Grundanliegen (Recht auf Einzelassistenz). Das heißt, dass es unser Anspruch ist, dem individuellen Einzelbedarf der Bewohner/-innen, unabhängig von der aktuellen Personalsituation innerhalb des Teams, gerecht zu werden. Gemeint ist hiermit, dass Urlaubs-, Krankheits- oder andere Personalengpässe die von uns zugesicherten Einzelaktivitäten nicht beeinflussen sollten.

Der Hintergrund für diese Vorgabe ist zum einen, dass jede/r Bewohner/-in unabhängig von der individuellen Behinderung den gleichen Anteil an Einzelassistenz zugesichert bekommt. Auch das Phänomen, dass bestimmte Bewohner/-innen (oftmals die Sympathieträger der Gruppe) bevorzugt werden, soll hiermit möglichst vermieden werden.

Was verbirgt sich praktisch hinter den Budgetstunden?

Budgetstunden dienen der persönlichen Einzelassistenz unabhängig vom Basisdienst, in welchem alle der Leistungsbeschreibung der Einrichtungen zu entnehmenden Dienstleistungen angeboten werden. Basisqualitätsstandards sind z.B. Einkaufen, Wäsche waschen, Bäder putzen, Therapie- bzw. Wegbegleitungen, Arzttermine, allgemeine Körperhygiene, Bewohnerbesprechnungen, berufliche Perspektivenfindung, Gruppen- bzw. Kleingruppensituationen, Grundversorgung (welche oftmals alleine nicht möglich ist, z.B. Aufräumen des Zimmers), allgemeine Administration, Schaffen von Ordnung und Strukturen (= allgemeiner, pädagogischer Auftrag), Einkäufe - z.B. der Möbelgrundausstattung etc.

Budgetstunden unterscheiden sich vom Basisdiensten in wesentlichen Punkten:

- ✓ Eine möglichst vom/von der Bewohner/-in selbstbestimmte, mit Assistenz durchzuführende, zeitlich begrenzte Beschäftigung/ Freizeitaktivität/ Unternehmung.
- ✓ Der Zeitpunkt der Durchführung dieser Aktivität sollte möglichst zwei Wochen, mindestens jedoch eine Woche vorher durch den/die Bewohner/-in oder den/die die Aktivität durchführende/n Mitarbeiter/-in im Dienstplan festgehalten werden und <u>im Dienstplan erkennbar sein</u>.
- ✓ Budget-Aktivitäten sollen im jeden Fall den Wünschen und Bedürfnissen, Neigungen, Hobbys des/der Bewohner/-in entsprechen, möglichst von ihm/ihr vorgeschlagen werden, oder aus der Kenntnis des/der Bewohner/-in gezielt durch den/die Mitarbeiter/-in ausgewählt werden.
- ✓ Regelmäßige Aktivitäten, die dem „normalen" Wohnalltag entsprechen (in Anlehnung an das Normalisierungsprinzip), sind Bestandteile der pädagogischen Arbeit im Wohnheim und zählen - wenn sie im üblichen Rhythmus durchgeführt werden - nicht als Budget (dazu zählen u.U. auch Spaziergänge, Restaurantbesuche, Veranstaltungsbesuche, Reisen, Sport, Einkäufe, Hand- und Fußpflege, Friseur/Kosmetik, etc.). Erfüllen diese Aktivitäten jedoch die o.g. Kriterien (selbstbestimmt, gewünscht, geplant und nicht „normaler" Wohnalltag) und werden solche Aktivitäten über den üblichen Rahmen hinaus (mehrfach) vom/von der Bewohner/-in gewünscht, können sie als Budget angerechnet werden. <u>Hier sollten Bewohner/-in, Mitarbeiter/-in, Leitung und Angehörige eine genaue Abgrenzung treffen (s.u.).</u>
- ✓ Budget kann auch sein, einfach für eine bestimmte Zeit eine/n Betreuer/-in für sich zu haben; Budget aufsparen kann sich ein/e Bewohner/-in für eine Wochenend-Kurzreise. Urlaubsreisen zählen insgesamt nicht als Budgetstunden. Die üblicherweise in einer normalen Woche anfallende Budgetzeit (i.d.R. 3h/Woche) kann über Budgetaktivitäten mit eingerechnet werden, sollte jedoch nicht überschritten werden. Alle darüber hinaus gehenden Aktivitäten - auch wenn diese eindeutig den Charakter von Budgetdiensten haben, sind der normalen Betreuungszeit anzurechnen.

Die Budgetstunden sollen persönliche, individuelle Anliegen der Bewohner „bedienen", wie Urlaubsvorbereitungen bzw. -begleitungen, kulturelle Ange-

bote und Freizeitaktivitäten unterstützen (VHS-Kurse oder andere Gruppen), Einkaufen von persönlichen Dingen (die über eine Grundversorgung hinaus gehen), Zeit für ungestörte, intensive Gespräche ermöglichen, Kochaktionen, Festvorbereitungen usw.

Einfache Wegbegleitungen sind Basisleistungen. In der Abgrenzung zwischen Basis- und Budgetleistungen ergeben sich in manchen Fällen Grenzbereiche, in denen es abzuwägen gilt, was vordergründig bei dem Vorhaben war.

Budgetstunden sollen dem individuellen Wohlbefinden sowie dem Anbahnen sozialer Kontakte und Freizeitaktivitäten dienen. Das vorrangige Ziel dieses Modells ist bei allen Aktivitäten die Unterstützung zur Eigenaktivität und größtmöglichen Selbständigkeit. Das Budget gibt Anstöße in Richtung Autonomie und Selbstsicherheit.

Darüber hinaus haben gewünschte Gruppenaktivitäten (gemeinsame Ausflüge, Videonächte, Parties u.a.) ebenfalls einen sicheren Platz im Alltagsgeschehen.

Die Bezugsbetreuer versuchen die individuellen Anliegen zu erfahren, um entsprechend inhaltlich als auch organisatorisch auf die Wünsche eingehen zu können. Hierbei kann der Rat der Eltern und Angehörigen mit einbezogen werden.

Einige Bewohner/-innen wünschen sich beispielsweise die Budgetzeit hauptsächlich am Wochenende, da in der Woche viele andere Dinge zu tun sind. Die Budgetzeiten werden in den Dienstplan der Wohnheim-Betreuer/-innen integriert und mit vorgesehenen Zeiten (in Absprache mit den jeweiligen Bewohner/-innen) plaziert. Eine eigens dafür angelegte Stundenbuchführung dient dem Nachweis und der Dokumentation der Budgetzeiten und der Inhalte. Unsere Erfahrungswerte zeigen, dass im Durchschnitt ca. 12,0 bis 15,0 Stunden im Monat von dem/der einzelnen Bewohner/-in in Anspruch genommen werden.

Der Budgetstundenansatz kann sich bei den Bewohnern/-innen nur dann etablieren und von Ihnen geschätzt werden, wenn eine entsprechende Bedeutung und Wichtigkeit von seiten der Betreuer/-innen vermittelt wird. Das eigenständige Einfordern der berechtigten Budgetstunden von Seiten der Bewohner/-innen ist ein langsamer Prozeß, der der Unterstützung und Erinnerung von Seiten der Betreuer/-innen bedarf.

Für die Bewohner/-innen mit hohem und besonderem Hilfebedarf, v.a. diejenigen, die für sich selbst nicht oder nur kaum sprechen können sind besondere Wege zu beschreiten. Hier sollten die Bezugsbetreuer/-innen unter Einbeziehung der Bewohner/-innen gemeinsam - in einem ergebnisoffenen Prozess - mit den Teamkollegen und den Angehörigen festlegen, was zum Budget der Person zählen kann und was nicht. Wir sehen das Budgetstundenmodell als einen dynamischen Prozeß an, der eine flexible Handhabung erfordert.

Bei der Vermittlung der Budgetinhalte ist der Phantasie keine Grenze gesetzt. Es kann z. B eine Mappe erstellt werden, in der mit Photos und einfachen Symbolen und einfacher Sprache die Aktivitäten beschrieben sind, die für die einzelne Person bedeutsam sind - auch hier ist die Einbeziehung der Angehörigen sinnvoll.

CARSTEN KRÜGER, Dipl.-Pädagoge
Lebenswege für Menschen mit Behinderungen gGmbH
Gubener Str. 46
10243 Berlin
www.lebenswege-berlin.de

Arbeitsgruppe 6

Möglichkeiten von Beratung und Krisenintervention

Wer hat die Krise? - Wer hat den Hilfebedarf?

UTE FISCHER

Es geht uns in unserer Arbeit um Menschen, die als geistig behindert gelten, Menschen mit hohem Hilfebedarf und herausforderndem Verhalten, die – wenn sie in eine Krise geraten - auf ihr Umfeld bedrohlich wirken und bei ihren Begleitern ebenfalls einen hohen Hilfebedarf herausfordern können.

Viele dezentrale Einrichtungen (Wohnheime, Werkstätten) halten ihre internen Möglichkeiten zur Bewältigung von Krisensituationen nicht für ausreichend, mit der Folge, dass diese Menschen gar nicht erst aufgenommen oder wieder abgeschoben werden. In einer Studie aus Köln[1] stellte sich heraus, dass Mitarbeiter/-innen von Wohnheimen sich vor allem Hilfe wünschen, die es ihnen ermöglicht, selbst mit Krisen fertig zu werden, z.B. durch einen Krisendienst, der flexibel arbeiten kann. (siehe dazu den Beitrag von GERD GANSEN: Der Berliner Krisendienst hält solch ein Angebot als Modellprojekt vor).

Generell fehlt es jedoch an regionalen Hilfesystemen, besonders für die Mitarbeiter/-innen in gemeinwesenintegrierten Wohn-einrichtungen, aber auch für Familien, die mit zunehmendem Alter mit schwierigen Verhaltensweisen ihrer Töchter und Söhne nicht mehr umgehen können. Der Bedarf an externen Hilfeangeboten wird höher eingeschätzt als die bisherige Inanspruchnahme. Von einem flächendeckenden Krisenversorgungssystem sind wir noch weit entfernt.

In dieser Arbeitsgruppe wurden sehr unterschiedliche Beispiele von Unterstützung in Krisensituationen dargestellt. Die konzeptionellen Ansätze der drei Modelle (s. u.) bewegen sich im Spektrum von ambulanten Interventionsmöglichkeiten bei akuten Krisen bis hin zu Beratung, Begleitung und Fortbildung bei immer wieder auftretender Krisen einzelner Bewohner/-innen mit ihren Auswirkungen auf das Umfeld.

Festzuhalten ist:

In akuten Krisen und bedrohlichen Situationen geht es häufig um Angst. Die Mitarbeiter/-innen haben beispielsweise Angst vor einem Bewohner und seinen fremdverletzenden Verhaltensweisen. Umgekehrt hat dieser Bewohner vermutlich auch Angst vor den Reaktionen der Mitarbeiter/-innen, von denen er abhängig ist.

So wies CARLOS ESCALERA darauf hin, dass die erste Aufgabe einer Krisenintervention häufig darin besteht, die Angst aller Beteiligten nach Möglichkeit zu reduzieren und ihnen Sicherheit zu vermitteln, so dass sie ihre Stabilität wieder gewinnen können. Neben einer Beruhigung der Bewohner/-innen gilt es, das Gefühlschaos der beteiligten Mitarbeiter/-innen, die sich zwischen Angst, eigener Verletztheit und ihrem pädagogischen Auftrag zerrissen fühlen, ordnen zu helfen. Dies kann auch in einer nachgehenden Begleitung geschehen.

Krisenintervention beschränkt sich jedoch nicht auf eine solche „Feuerwehr-Funktion“ sondern beinhaltet auch eine weitere Begleitung: Ziel ist die längerfristige Erhöhung der emotionalen, sozialen und auch körperlichen Handlungskompetenz der Mitarbeiter/-innen eines Teams.

Zur Krisenprävention und bei immer wiederkehrenden Krisen im Alltag, wenn die internen Bewältigungsmöglichkeiten in einer festgefahrenen Situation erschöpft zu sein scheinen, kann eine systematische Analyse der Bedingungen (vgl. Beitrag von M. Hittinger), eine externe Beratung oder Fortbildungsangebote den Blick für andere Ansatzpunkte öffnen.

Solch eine externe Beratung führt möglicherweise jedoch wiederum in eine Sackgasse. CARLOS ESCALERA warf folgende Problemkreise auf:

[1] W. HESSE in: Geistige Behinderung 1/2001, 14-22

1. Die Mitarbeiter/-innen haben bereits viele Handlungsstrategien erprobt und fühlen sich durch die Beratung indirekt in ihrer bisherigen Arbeit abgewertet.
2. Der Berater gerät in eine „Abwehr-Falle“: Seine Handlungsvorschläge sind einerseits erwünscht, werden aber gleichzeitig mit einer *„ja, aber“*- Haltung abgelehnt, um dem Berater zu „beweisen“, dass er auch keine Lösung hat.
3. Die Handlungsmodelle eines Beraters können von Mitarbeiter/-innen nicht einfach übernommen werden. Sie müssen zur jeweiligen Persönlichkeit passen.

Das Augenmerk sollte sich darauf richten, wie die Handlungskompetenz der Mitarbeiter/-innen dennoch in gewünschter Weise erhöht werden kann.

In der Diskussion kristallisierten sich weiterhin folgende Aspekte als zentral heraus:

Neben einer genauen Verhaltensanalyse spielt die Selbstreflexion der Mitarbeiter/-innen bei der Krisenbearbeitung eine sehr bedeutende Rolle. Es geht um

- Bewusstmachung der eigenen Gefühle (Angst, Ablehnung, Machtbedürfnisse), um sie zu enttabuisieren und sich selbst zu entlasten,
  im Sinne von: „*Ich fühle etwas, was ich nicht fühlen darf*“
- Klärung der eigenen Ansprüche: *„Was wird von mir erwartet, was erwarte ich selbst von mir? Was kann ich leisten? Welche Art von Unterstützung benötige ich, um mit bedrohlichen Situation umgehen zu können?*
- Klärung der persönlichen Anteile am Konflikt
- Überprüfung der subjektiven Bewertung einer Situation

Alle Beteiligten sind selten nur Opfer oder nur Täter und nehmen auf ihre Weise Einfluss auf das Geschehen. Wir können andere Menschen nicht beliebig verändern, aber durch ein verändertes eigenes Verhalten vielleicht eine kleine Veränderung in einer festgefahrenen Situation bewirken.

UTE FISCHER

Humboldt-Universität Berlin
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Abteilung Geistigbehindertenpädagogik

Keiner will sie haben

Krisen in der Behindertenarbeit

CARLOS ESCALERA

Einige Gedanken

Es ist erstaunlich und gleichzeitig erschreckend, wie schwer es uns Menschen zu akzeptieren fällt, dass die Krisen im Leben nicht nur unvermeidbar, sondern auch notwendig für die Entwicklung sind. Die Ohnmachtsgefühle und das Leiden in solchen Momenten sind so unangenehm, dass wir sofort nach der Überwindung einer Krise versuchen, das erneute Erleben solcher Gefühle zu vermeiden. So darf es uns nicht wundern, dass nicht nur der einzelne Mensch in der Regel auf diese Weise reagiert und seine Stabilität zu erhalten versucht, sondern auch die gesellschaftlichen Systeme dies tun.

Seit über 150 Jahren gibt es Einrichtungen, in denen Menschen mit einer sogenannten geistiger Behinderung behandelt, betreut oder

begleitet werden. Seit über 150 Jahren gibt es in solchen Einrichtungen Menschen, die zum Teil aufgrund einer extremen Verletzbarkeit regelmäßig in Krisen geraten. Seit über 150 Jahren gibt es einzelne solcher Menschen, die durch ihre Art Krisen zu bewältigen, die Einrichtungen in Krisen stürzen. Und genau so lange werden solche Situationen von den Einrichtungen mehr oder weniger erfolgreich „bewältigt", als nicht wünschenswert und schädigend erlebt und deshalb unreflektiert schnell verdrängt.

Natürlich wünsche ich mir keine Krisen. Oder noch besser, ich wünsche mir nur die Krisen, die mich nicht zu sehr leiden lassen, und die ich schnell und lehrreich bewältigen kann. Selbst wenn sich diese Aussage naiv anhört, würde ich behaupten, dass dies der Wunsch der Einrichtungen der Behindertenhilfe ist oder zumindest der Haltung solcher Einrichtungen entspricht.

Krisen lassen sich nicht in allen Details voraussagen. Denn so wären sie ja nicht als solche zu definieren. Es lässt sich lediglich voraussagen, dass es mit Sicherheit welche geben wird und es lässt sich darüber reflektieren, wie die früheren bewältigt wurden, so dass man sich bei den zukünftigen an die eigenen Ressourcen und die eigene Wirksamkeit erinnern kann. Darüber hinaus läßt sich auch überprüfen, wie anpassungsfähig ein System ist, d.h. wie krisenfreundlich es reagiert.

Krisen in der Behindertenhilfe und Synergismus

Im System der Behindertenhilfe lassen sich insbesondere in Krisensituationen sehr deutlich die synergistischen Effekte zwischen Gesellschaft – Institutionen – Mitarbeiter(innen) und Klienten (mit einer sogenannten geistigen Behinderung) erkennen. Unter Synergismus wird das Zusammenwirken zweier oder mehrerer Kräfte, Stoffe oder Menschen verstanden. So haben wirtschaftliche Krisen der Gesellschaft zu Veränderungszwängen in den Einrichtungen geführt, die ihrerseits zu Unsicherheiten bei den dort angestellten Mitarbeiter(innen) und zum Stabilitätsverlust der dort lebenden Menschen geführt haben.

Andererseits haben auch die besonders destruktiven Behauptungsstrategien mancher Klienten in der Behindertenhilfe die jeweiligen Mitarbeiter(innen) zu einer tiefen Hilflosigkeit geführt, die wiederum in das gesamte System der Einrichtungen übertragen wurde. die Einrichtungen waren aber oft nicht in der Lage, in die Spirale der Gewalt und Destruktivität einzugreifen, so dass zunehmend andere Menschen betroffen waren. Zum Schluss waren häufig breite Teile der Gesellschaft (Nachbarn, Polizei, Krankenhäuser, Politiker, etc.) mit der Krisenbewältigung beschäftigt.

Selbstverständlich verlaufen die Krisen im System der Behindertenhilfe nicht so linear, wie hier vereinfacht dargestellt wurde. Die Genese und der Verlauf eines solchen Prozesses sind sehr vielfältig.

Eine solche Krise könnte beispielweise folgendermaßen verlaufen:

Ein Klient versucht sich durch Bewegung zu stabilisieren. Er springt und schreit. Die Nachbarn beschweren sich. Die Eltern bekommen zunehmend Druck und versuchen den Sohn zu beruhigen. Das Miteinanderleben der Familie wird konfliktreicher. Ärzte und Psychologen werden eingeschaltet und empfehlen eine Heimunterbringung. Der Klient wird in einem Heim untergebracht, bekommt Angst und wird aggressiver. Die Eltern bekommen ein schlechtes Gewissen und sind ambivalent. Die Pädagogen übernehmen voller Hoffnung und gutem Willen den Fall, schaffen es aber nicht, den Klienten zu beruhigen. Sie scheitern in dem Versuch und fühlen sich hilflos. Der Klient wird ängstlicher. Es kommt zu personellen Verletzungen und Aufenthalten in der Psychiatrie. Mitarbeiter(innen) werden krank oder kündigen. Der Klient findet keinen Halt mehr. Die Eltern geben den Mitarbeiter(innen) die Schuld. Die Mitarbeiter(innen) der Leitung. Die Leitung den Mitarbeiter(innen) und der Institution. Die Ärzte den Pädagogen. Die Pädagogen den Medizinern. Alle wollen raus aus der Situation, nur der Klient bleibt. Keiner will ihn haben. Er ist ein" Systemsprenger" geworden, weil alle in seiner Nähe selbst in eine Krise geraten.

Krisenbegleitung / Krisenbewältigung im institutionellen Rahmen

Jedes System von Begleitung und Therapie sollte sich dadurch auszeichnen, dass es auch in den größten Krisensituationen Standfestig-

keit, Anpassungsfähigkeit, Realitätsbezogenheit und Zukunftsorientiertheit beweist.

Standfestigkeit: Besonderes in Krisensituationen ist es für die Betroffenen wichtig, klare und verlässliche Strukturen zu erleben. Dadurch bekommen sie den Halt, der ihnen erlaubt, sich neu zu ordnen und sich weiterzuentwikkeln. Eine Einrichtung, die sich die Begleitung von Menschen im schweren Krisensituationen zur Aufgabe gemacht hat, muss im voraus die eigene Standhaftigkeit überprüft haben. Dies bedeutet sie muss die Grenzen der eigenen institutionellen Handlungskompetenz erörtert haben, um das Risiko des Scheiterns (miteinander nicht weiterkönnen) bei Klienten und Mitarbeiter(innen) auf ein Minimum zu reduzieren.

Anpassungsfähigkeit: Krisenbewältigung ist ein kreativer Prozess. Die beteiligten Menschen sind aufgefordert, neue Lösungen zu finden und brauchen deshalb klar definierte Spielräume, in denen sie sich weitestgehend angstfrei bewegen können. Diese Räume sollten von den Beteiligten selbst und von der Institution definiert werden.

Realitätsbezogenheit:

Die Beteiligte eines solchen Prozesses der Krisenbewältigung erleben dringenden Handlungsbedarf in konkreten Situationen, die genau so konkrete Lösungsvorschläge benötigen. Zuerst müssen mögliche Veränderungen für den gegenwärtigen Alltag erörtert werden. Erst wenn auf dieser Ebene die Sicherheit hergestellt wurde, werden sich die Beteiligten mit Zukunftsfragen beschäftigen können. Wenn man beispielsweise einem Mitarbeiter sagt, dass er einfach keine Angst zeigen solle, damit der Klient sich beruhigen kann, wird dieser Vorschlag wenig Erfolg zeigen, wenn der Mitarbeiter wirklich Angst hat, denn diese kann nicht verheimlicht werden. Günstiger für die Krisenbewältigung wäre es, zusammen mit dem Mitarbeiter das Vorgehen beim Angsterleben zu überprüfen.

Zukunftsorientiertheit:

Das System muss den beteiligten Menschen Perspektiven bieten, d.h. die Möglichkeit geben, sich weiterzuentwickeln, ohne einen endgültigen Schlussstrich ziehen zu müssen, um weiterkommen zu können. Gerade in Krisenmomenten können wir Menschen dazu neigen, Problemstellungen als existenziell bedrohlich und unüberwindbar zu erleben. Die Gewissheit, dass es einen Ausweg gibt, vermittelt ein System am Besten, wenn es auch im Alltag den dazugehörigen Menschen Entwicklungsperspektiven geboten hat.

Unterstützungsformen zur Krisenbewältigung

Für die Menschen mit Behinderungen:

***Beratung*:** Beratungsstellen werden prinzipiell von Menschen mit Lernbehinderungen oder mit einer leichten geistigen Behinderung aufgesucht.

***Einzelbegleitung*:** Es handelt sich um eine pädagogische bzw. andragogische Intervention, die zum Teil integriert im Lebensalltag der betroffenen Person verläuft. Das Ziel ist es, dem Menschen durch den in der neuen Beziehung erlebten Halt genügend Sicherheit zu geben, so dass er in der Lage ist, die Krise zu bewältigen. Neue Entwicklungswege und Problemlösungsstrategien werden vom Begleiter und Betroffenen entdeckt und erprobt.

***Psychotherapie*:** Hier gelten die selben Auswahlkriterien, wie in der allgemeinen Bevölkerung. Von den Psychotherapeuten müssen die kognitiven Einschränkungen der Klienten berücksichtigt werden, um den Kontakt herzustellen.

***Psychiatrische Interventionen*:** Diese können ambulant oder Stationär erfolgen. Solche Interventionen können durch die mögliche räumliche Trennung eine sehr schnelle Entlastung aller Betroffenen darstellen.

Für die Begleiter(innen):

***Beratung* und *Fachsupervision*:** Dadurch können die Mitarbeiter(innen) das eigene Handeln reflektieren. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene werden erkannt und im Handeln berücksichtigt.

***Teamsupervision*:** Durch die Vielfältigkeit des pädagogischen Auftrags bleibt den Mitarbeiter(innen) wenig Zeit, um sich selbst zu erleben und zu ordnen. Dies ist aber eine Grundvoraussetzung, um stabil bleiben zu können. Da die Klienten direkt von der Stabilität der Mitarbeiter(innen) abhängig sind, ist es Aufgabe der Leitungen dafür zu sorgen, dass die Mitarbeiter(innen) genügend Angebote bekommen, so dass sie gesund bleiben und den

Klienten entwicklungsfördernd begleiten. Zu diesen Angeboten zählt die Supervision.

***Anleitung*:** Es eignet sich besonderes in den Fällen, in denen die Mitarbeiter(innen) bereit sind, neue Begegnungsmöglichkeiten zu erörtern aber zu wenig Handlungskompetenz erleben. Mit der Anleitung können die Begleiter(innen) durch die Anleiter(innen) stellvertretende Erfahrungen machen, die ihnen Wege aus der Hilflosigkeit zeigen.

Einmalige Fortbildung*:* *Die einmaligen Fortbildungen dienen zur Sensibilisierung und Anregung. Sie bieten jedoch nicht genügend Reflektionsmöglichkeiten, um konkrete Handlungsstrategien zu entwickeln.*

Reihe von Fortbildungsmaßnahmen*:* *Die Fortbildung soll in regelmäßigen Abständen stattfinden. Ziel ist es, zusammen mit den Mitarbeiter(innen) die eigene Emotionalität besser in die Arbeit einzubeziehen und Handlungsalternativen für den Umgang mit sich selbst und den Menschen mit problematischen Verhaltensweisen zu entwickeln, auszuprobieren und zu reflektieren.*

Wöchentliches Training zum Krisenmanagement*:* *Für Mitarbeiter(innen) aus Wohn-, Förder- und Arbeitsbereichen oder aus psychiatrischen Abteilungen, die in ihrem Alltag häufige Auseinandersetzungen mit bedrohlichen und bedrohlich wirkenden Verhaltensweisen haben, empfiehlt sich eine andere Begleitungsform, die nicht nur ein regelmäßiges Reflektieren der Situationen ermöglicht, sondern auch ein Üben unterschiedlicher Techniken der Gesprächsführung und des körperlichen Eingreifens bietet.*

***Arbeitgruppen*:** Deutliche Entlastung erleben die Mitarbeiter(innen) durch den Austausch mit anderen Kollegen, die mit einer ähnlichen Problematik beschäftigt sind, aber nicht mit ihnen direkt in Verbindung stehen. Entsprechende Gruppen wurden von einigen Einrichtungen organisiert und haben deutlich zu mehr Zufriedenheit bei den Teilnehmer(innen) beigetragen. Beim Zusammentreffen werden Erfahrungen geschildert und gemeinsame Lösungen gesucht.

Interventionssysteme in der Akutsituation

Es werden zwei Interventionsarten unterschieden:

Deeskalationsfördernde Interventionen *für den Fall, dass die Begleiter(innen) die Eskalation von Wut, Anspannung und Aggressivität rechtzeitig wahrgenommen haben. Zu diesen Interventionen zählen unter anderem: Umlenken, humorvolles, paradoxes oder überraschendes Intervenieren, Herausnehmen beteiligter Personen aus der Situation, Ignorieren, etc.*

Gefahrenmindernde Interventionen, falls die Eskalation nicht verhindert werden konnte. Die Aktion der beteiligten Mitarbeiter(innen) konzentriert sich auf die Unterbindung von Verletzungsgefahr für sich selbst, für die aggressiv agierende Person oder für andere.

Zuständig für die ersten Interventionen sind die in den Lebens- und Arbeitsbereichen tätigen Mitarbeiter(innen). Im zweiten Fall müssen die Institutionen ihre Ressourcen und die Ressourcen des jeweiligen Umfeldes überprüfen und dementsprechend Vorgehensweisen entwickeln.

Die Interventionssysteme werden entlang verschiedenen Handlungsebenen angesiedelt:

Ebene der Begleiter(innen) mit den Klienten die individuelle und kollektive Handlungskompetenz wird überprüft. An dem Punkt, wo die individuelle problemorientierte Handlungsfähigkeit endet, soll die kollektive Handlungskompetenz in Kraft treten.

Ebene der Einrichtung – Die Handlungsfähigkeit einer Einrichtung wird dann geprüft, wenn die Mitarbeiter(innen) einer Gruppe oder eines Hauses mit der Bewältigung einer Akutsituation völlig überfordert sind und nach Hilfe rufen. Zuständigkeiten, Interventionszeiten und Handlungskompetenzen müssen im voraus geklärt sein, so dass es zu keinen gefährlichen Verzögerungen in der Intervention kommt.

Ebene der Gesellschaft mit dem Kompendium von Einrichtungen, Organisationen, Beratungs- und Interventionsstellen. Absprachen zwischen den möglichen Kooperationspartnern (Polizei, Einrichtung, Ärzte, Krankenhäuser, Notfalldienst, etc.) erweisen sich als sehr vorteilhaft.

Literatur

AGUILERA, DONNA: 2000. Krisenintervention. Verlag Hans Huber

BRADL, CHRISTIAN: 1994. Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten – ein Schlüsselproblem. Geistige Behinderung 2/94, 117-130.

BRUCKMÜLLER, MARIA: 1985. Aggression und Regression bei geistiger Behinderung – Ausdruckmittel oder Störung?. Geistige Behinderung, 2/85, 114-125.

DILCHER, DOMINIK: 1997. „Verhaltensstörung" aus dem Blickwinkel systemischen Denkens. Behindertenpädagogik, 1/97, 24-32.

GOETZE, HERBERT UND NEUKÄTER, HEINZ: 1989. Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Edition Marhold in Wissenschaftsverlag.

GRAMPP, GERD: 1993. Keiner will sie haben. Fachschule für Heilerziehungspflege Schwäbisch Hall.

HEIJKOOP, JACQUES:1998. Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Beltz.

HENNICKE, KLAUS: 1996. Kontexte von Gewalt und Gegengewalt. Geistige Behinderung 4/96, 290-305.

JANTZEN, WOLFGANG: 1997. Diagnostik als Rehistorisierung. Edition Marhold

KOBI, EMIL E.: GEISTIGBEHINDERTENPÄDAGOGIK: 1999. Vom pädagogischen Umgang mit Unveränderbarkeit. Geistige Behinderung 1/99, 21-29.

LEBENSHILFE: 1996. Wenn Verhalten auffällt.

LOTZ, W., KOCH,U. UND STAHL, B.: 1994. Psychotherapeutische Behandlung geistig behinderter Menschen. Hans Huber.

LOTZ, W., STAHL, B. UND IRBLICH, D.: 1996. Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Hans Huber.

MÜHL, NEUKÄTER UND SCHULZ: 1996. Selbstverletzendes Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung. Haupt.

ROHMAN, ULRICH UND ELBING, ULRICH: 1998. Selbstverletzendes Verhalten. Modernes Lernen.

SCHWARZER, RALF: 2000. Stress, Angst und Handlungsregulation. Kohlhammer. Stuttgart

SANDER, J. UND ENDERMANN, M.: 1995. Psychotherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung im institutionellen Rahmen. Report Psychologie.

SELG, HERBERT; MEES, ULRICH UND BERG, DETLEF: 1997. Psychologie der Aggressivität. Hogrefe-Verlag

STRIAN, FRIEDRICH: 1996. Angst und Angstkrankheiten. Beck

STRUBEL, WERNER UND WEICHSELGARTNER, HORST: 1995. Behindert und Verhaltensauffällig. Lambertus

THEUNISSEN, GEORG: 1995. Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Klinkhard.

THEUNISSEN, GEORG UND LINGG, ALBERT: 1994. Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Lambertus.

TROTHA VON, TRUTZ: 1997. Soziologie der Gewalt. Westdeutscher Verlag.

VEREIN FÜR PSYCHOANALYTISCHE SOZIALARBEIT ROTTENBURG UND TÜBINGEN: 1997. Vom Umgehen mit Aggressivität. Edition Diskord.

WINDISCH, MATTHIAS: Mehr Lust statt Frust in der Behindertenbetreuung? Geistige Behinderung 3/97, 277-289.

WÜLLENWEBER, ERNST UND THEUNISSEN, GEORG: 2001. Handbuch Krisenintervention. Kohlhammer.

CARLOS ESCALERA

Evangelische Stiftung Alsterdorf Hamburg

Berliner Krisendienst

GERD GANSEN

Der Berliner Krisendienst (BKD) ist im Rahmen des Psychiatrieentwicklungsprogrammes entstanden. Er ist ein weiterer Baustein der gemeindepsychiatrischen Versorgung (neben den Sozialpsychiatrischen Diensten (SpD) der Abteilung Gesundheit der örtlichen Bezirksämter, den Nervenärzten, Psychotherapeuten, Wohneinrichtungen, Einrichtungen mit Tagesstruktur, etc.) In seiner jetzigen Form als überregionale Einrichtung gibt es ihn seit nunmehr gut 2 Jahren: im Oktober 1999 hatten sich 6 Träger zu einem Verbund zusammengeschlossen. Ziel des Verbundes war es außerhalb der üblichen Öffnungszeiten für die Stadt Berlin flächendeckend die ambulante Krisenversorgung sicherzustellen.

Aufbau des BKD

1.1 Standorte und Dienstzeiten

Aus der Sicht des BKD ist die Stadt Berlin eingeteilt in 6 Regionen mit 9 Standorten. Sie entsprechen in etwa den Bezirksgrenzen und gleich großen Einwohnerzahlen (pro Standort wurden ca. 400.000-600.000 Einwohner zugrunde gelegt). Die Mitarbeiter des BKD sind rund um die Uhr zu erreichen. Kernarbeitszeiten sind täglich von 16 – 24 Uhr. In der Nacht von 0 – 8 Uhr sowie am Wochenende von 8 – 16 Uhr ist nur ein Standort besetzt. Während der genannten Dienstzeiten ist in jeder Region ein niedergelassener Psychiater als Hintergrundarzt in Rufbereitschaft. Werktags von 8 – 16 Uhr gibt es einen Informationsdienst, der qualifiziert weitervermittelt.

Hilfesuchende können sich telefonisch an den BKD wenden und werden auf Wunsch anonym beraten; sie können auch ohne Anmeldung zu einem persönlichen Gespräch kommen. In dringenden Fällen kommen die Mitarbeiter des BKD direkt an den Ort der Krise. Die Beratung ist bis auf die Telefongebühren kostenlos.

1.2 Mitarbeiterstruktur

In jeder Region gibt es ein Kernteam von 6 Festangestellten sowie einen Stamm von 30 – 60 Honorarmitarbeitern. Honorarmitarbeiter sind in der Region hauptberuflich tätig und arbeiten zusätzlich für den BKD (Vernetzungsprinzip). Festangestellte und Honorarmitarbeiter setzen sich multiprofessionell zusammen aus den Berufsgruppen der Sozialarbeiter, Psychologen, Soziologen, Ärzte, Heilpädagogen und / oder Pflegekräfte.

1.3 Zielgruppen

Der BKD ist zuständig für Menschen in psychosozialen Krisen oder in psychiatrischen Notfällen, für die von der Enthospitalisierung Betroffenen wie auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Das Angebot richtet sich an:

- psychisch kranke Menschen
- chronisch kranke oder behinderte Menschen in akuten Krisen
- Menschen mit Suizidgedanken und Menschen nach Suizidversuchen
- Menschen mit Suchtproblemen in akuten Krisen
- pflegebedürftige Menschen (mit Demenzerkrankung)
- Menschen mit geistiger Behinderung in Krisensituationen
- Menschen in anderen gravierenden Notlagen (Ängste, Depressionen, existentielle soziale Probleme, extreme Traumatisierung, etc.)

Eine wesentliche Zielgruppe bilden die Menschen, die nach langjährigen stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken in die Bezirke integriert wurden oder noch werden. Der BKD trägt dazu bei, Klinikbehandlungen zu vermeiden, wenn eine ambulante Krisenintervention ausreicht.

1.4. Angebot für Menschen mit geistiger Behinderung

Für den Bereich Menschen mit geistiger Behinderung stehen in jeder Region ein Koordinator sowie 5 bis 6 erfahrene Honorardienstmitarbeiter als Ansprechpartner bereit. Die Honorarmitarbeiter sind hauptberuflich in einer Einrichtung der Behindertenhilfe tätig. Sie sind

vertraut mit den unterschiedlichen Graden geistiger Behinderung und sie verfügen über längere Erfahrung im Umgang mit dieser Klientel, insbesondere mit den Abweichungen, die bei Menschen mit geistiger Behinderung in allen Persönlichkeitsbereichen auftreten können (z.B. bei Kognition, Sprache, Sinne, Motorik, Verhalten, etc.) - Alle Standorte des Krisendienstes kooperieren miteinander. In den Kernzeiten von 16.00-24.00 ist mindestens eine Honorarkraft als Spezialist für den Bereich Menschen mit geistiger Behinderung an einem Standort im Dienst. Dieser Spezialist kann beratend hinzugezogen werden; Hausbesuche in akuten Krisensituationen können auf diese Weise gemeinsam durchgeführt werden.

2. Krise und Krisenintervention

2.1. Krise

Die theoretische Einteilung von Krisen erstreckt sich vom psychiatrischen Notfall bis hin zu psychosozialen Krisen. Dabei können die Übergänge fließend sein. Eine Krise ist eine Situation, in der ein Mensch sich einem Problem gegenüber sieht, das er mit seinen bisherigen Lösungsmethoden nicht bewältigen kann. Demnach können Krisen verstanden werden als emotionale, kognitive oder soziale Überforderung bzw. Belastung. Das Definitionsrecht des Begriffs „Krise“ liegt aus der Perspektive des BKD beim Nutzer selbst, d.h. der Nutzer entscheidet, ob er eine Krise hat.

2.2. Krisenintervention

Krisenintervention befasst sich mit Menschen, die sich in psychischen Ausnahmesituationen, in lebensverändernden Krisen befinden oder traumatische Ereignisse erlebt haben.

Intervenieren heißt „dazwischentreten, vermitteln, sich einmischen“. In diesem Sinne ist Krisenintervention ein dringliches und schnelles Handeln, wobei der Krisendienstmitarbeiter versucht:

a) den Krisenanlass zu verstehen
b) die aktuellen Schwierigkeiten einzuschätzen
c) eine gemeinsame Krisendefinition zu erarbeiten
d) dem bzw. den Hilfesuchenden die Möglichkeit zu geben, Gefühle auszudrücken und sich zu entlasten
e) eine Prioritätenordnung der dringlichsten Aufgaben zu erstellen (CIOMPI).

Dabei wird Krisenintervention immer individuell ausgerichtet. Es gibt keine in sich abgeschlossene verbindliche Methode oder Form der Krisenintervention.

Das Ziel der Krisenintervention besteht darin, das verlorengegangene Gleichgewicht wiederherzustellen. „Das Spektrum der Interventionen reicht von kurzer, informierender Beratung über entlastende, klärende und orientierende Gespräche bis zum Einleiten schützender und stabilisierender Maßnahmen. Bei Vorliegen eines psychiatrischen Notfalls oder Verdachts auf Selbst- bzw. Fremdgefährdung wird der ärztliche Hintergrunddienst hinzugezogen.“ (Konzept einer Krisenversorgung für Berlin, AG der Berliner Krisendienste) Prinzipiell ist Krisenintervention zeitlich begrenzt. Über den einmaligen Kontakt hinaus sind Folgekontakte möglich, wenn eine Krisenbegleitung nötig erscheint. Dabei ist im BKD ein Rahmen von maximal 10 Folgekontakten vorgesehen. Die Interventionen zielen nicht auf größere Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen ab. Krisenintervention ist demzufolge keine langfristige Hilfe, keine Therapie; sie kann aber nachfolgende Hilfen einleiten.

3. Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung

3.1. Einleitung

Insbesondere durch das Umsetzen des Enthospitalisierungsprogrammes wurde deutlich, dass für Menschen mit geistiger Behinderung das Angebot einer begleitenden Krisenintervention dringend benötigt wurde. Aber auch unabhängig von der Enthospitalisierung sind für den Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung Kriseninterventionsangebote erforderlich. Aufgrund ihrer geistigen Behinderung besteht eine wesentlich höhere Anfälligkeit für psychische Erkrankungen. In der Fachliteratur wird beschrieben, dass 25-60 % der Menschen mit geistiger Behinderung psychisch erkranken.

3.2. Krisen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Krisenformen, wie sie in der allgemeinen Krisentheorie beschrieben werden, können auch bei Menschen mit geistiger Behinderung auf-

treten. Über die allgemeine Krisentheorie hinaus gibt es bei Menschen mit geistiger Behinderung noch weitere besondere Krisenformen:

1) pädagogisch-strukturell bedingte Krisen (Unter-/Überforderung)
2) somato-psychische Krisen, insbes. bei schwer geistig behinderten Menschen (körperliche Schmerzen in den Ohren, den Zähnen, etc., die aber vom Betroffenen nicht verbal kommuniziert werden können)
3) Chronische Krisen (Verhaltensweisen, die immer wieder in relativ kurzen Zeitabständen auftreten und bei denen alle bekannten Krisenformen ausgeschlossen werden können. Sie bringen einen permanenten Dauerkonflikt zwischen Individuum und Umwelt zum Ausdruck. Es gelingt nicht, einen relativen Gleichgewichtszustand herzustellen) (Busch)

Alle Krisenformen können in ihrem äußeren Erscheinungsbild in der Akutsituation von ähnlichen Verhaltensweisen begleitet werden. Der betroffene geistig behinderte Mensch ist selbst meist nicht in der Lage, sich ausreichend verbal verständlich zu machen.

3.3. Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung

Grundsätzlich ist zu beachten, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Unterschied zu anderen Menschen selbst kaum in der Lage sind eigene Ressourcen zu aktivieren, Bewältigungsstrategien zu entwickeln oder sich adäquate Hilfen zu holen. Sie können sich oft nicht klar und eindeutig verständlich machen. Meist sind sie auf die Interpretation und Unterstützung ihres personellen Umfeldes angewiesen. Außerdem reagieren sie oftmals mit auffälligen bis bedrohlichen Verhaltensweisen.

Ambulante Krisenintervention für Menschen mit geistiger Behinderung ist relativ neu, sowohl als Angebot des BKD als auch für das soziale Umfeld dieser Klientengruppe. Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung richtet sich immer auch an das betroffene Umfeld. Vorrangig ist zu klären, welche Krisenform vorliegt, wer in einem System betroffen ist und welche Akutinterventionen erforderlich und möglich sind. Die Intervention kann sich also an den Betroffenen selbst, an traumatisierte Angehörige oder Betreuer und gegebenenfalls an die Gruppe in der Wohneinrichtung richten. Ziele von Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung sind die Unterstützung des Betroffenen bei der Bewältigung seiner Lebenslage, Unterstützung und Entlastung der Helfer und der sozialen Umwelt, z.B. der Mitbewohner sowie die Vermeidung einer Einweisung in die Psychiatrie.

3.4. Krisenbegleitung

In der Regel ist es notwendig Krisen bei Menschen mit geistiger Behinderung über die Akutintervention hinaus zu begleiten. So können weitere Hilfsmaßnahmen vermittelt oder aktiviert werden. Der BKD leistet diese Form der Flankierung über Folgegespräche mit dem Klienten. So stellt WIENBERG fest: „Gerade bei schweren (...) psychosozialen Krisen (...) kann es entscheidend darauf ankommen, auch nach der Erstintervention ein Mindestmaß an personeller und konzeptioneller Kontinuität sicherzustellen (...) . Nicht selten ist eine Akutintervention nur dann zielführend, wenn über den Erstkontakt hinaus einige wenige weitere Kontakte durch denselben Therapeuten angeboten werden können.“ (WIENBERG) Dies gilt unter Berücksichtigung der Kommunikationsschwierigkeiten in besonderem Maße für Menschen mit geistiger Behinderung Folgekontakte können auch in Form von Beratung der Familienangehörigen bzw. der Mitarbeiter aus Einrichtungen der Behindertenhilfe angeboten werden.

3.5.Krisenprävention

Über die reine Notfallversorgung hinaus ist der BKD prinzipiell auch für Krisenprävention zuständig. Im Angebot der Krisenintervention für Menschen mit geistiger Behinderung stellt die Krisenprävention einen wesentlichen Bestandteil dar. Prävention heißt hier:

- die gedankliche Vorbereitung auf Lebensereignisse, die regelhaft eintreten durch das Festlegen bestimmter Maßnahmen (ereigniszentrierte P.)
- den Aufbau von Kompetenzen und von Widerstandsfähigkeit gegen mögliche Krisen, bevor diese eintreten (personenzentrierte P.)
- sowie der Blick auf die vorhandenen Ressourcen (kontextzentrierte P., WÜLLENWEBER)

Krisenprävention hat als vorrangiges Ziel die Kompetenz im Umgang mit Krisen zu stärken. Aus einer größeren Sicherheit im Erkennen

und im Umgang mit Krisen ergeben sich weniger schwere Krisenverläufe. Damit verbunden ist auch ein Rückgang von Einweisungen. In diesem Sinne ist Krisenprävention ein ambulantes Angebot, das die Psychiatrisierung von Menschen und nicht indizierte Einweisungen zu vermeiden sucht.

4. Aktueller Stand

Dem BKD ist es bisher gut gelungen zu den professionellen Helfern in Kontakt zu treten. Mittlerweile ist das Angebot des BKD für Menschen mit geistiger Behinderung in der Fachöffentlichkeit weitgehend bekannt. Die Zusammenarbeit ist deutlich angestiegen. So wurde der BKD seit Beginn diesen Jahres verstärkt von den Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe in Anspruch genommen.

Demgegenüber konnte das Angebot des BKD kaum an Menschen mit geistiger Behinderung vermittelt werden, die noch in Familien leben. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Viele Eltern werden durch die geistige Behinderung ihres Kindes ihr Leben lang von Schuldgefühlen begleitet. Entwickelt sich nun bei ihrem Kind eine krisenhafte Entwicklung, so werden vorhandene Schuldgefühle reaktiviert oder es entwickeln sich zusätzlich neue Schuldgefühle. Eltern geistig behinderter Kinder haben in der Auseinandersetzung mit Behörden und Institutionen oft die Erfahrung gemacht, dass ihnen keiner weiterhilft. Sie fühlen sich allein gelassen und sehen sich allein zuständig für die Unterstützung ihres Kindes. Außerdem haben sie selbst häufig krisenhafte Situationen erlebt, die sie mehr oder weniger allein bewältigt haben, ohne fremde Hilfe. So ist es für sie oft schwer vorstellbar in Akutsituationen, die von ihrer eigenen Hilflosigkeit begleitet sind, Hilfe von außen zuzulassen. Im Hintergrund steht die Frage, ob denn eine externe Hilfe wie z.B. der BKD auch wirklich helfen kann oder sich umgekehrt die Krisensituation nicht weiter verschärft, wenn die Helfer wieder gegangen sind. Eine wichtige Rolle spielt auch die Befürchtung einer Zwangseinweisung ihrer Kinder.

Um Menschen mit geistiger Behinderung, die noch in Familien leben, ihren Eltern oder Angehörigen das Angebot des BKD besser zu vermitteln wird der BKD verstärkt den Kontakt zu Einrichtungen und Institutionen suchen, zu denen die Eltern/ Angehörigen bereits selbst in Kontakt stehen. Dies sind u.a. Schulen, Werkstätten, Freizeiteinrichtungen, etc. Denn oftmals ist das spezielle Angebot des BKD noch unbekannt.

Noch ist die ambulante Krisenintervention für Menschen mit geistiger Behinderung ein neues Feld, auf dem wir alle – die Klienten, die Angehörigen und die Profis – Erfahrungen sammeln. Krisenintervention für Menschen mit geistiger Behinderung bleibt eine Herausforderung. Wir als Mitarbeiter im BKD machen ein Angebot, aber wir wissen: von den Angehörigen und den professionellen Helfern haben wir noch viel zu lernen.

Literatur

BUSCH, E. (2001): Ambulante Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung – Ein Berliner Modellprojekt. In: WÜLLENWEBER, E. & THEUNISSEN, G. (Hrsg.): Handbuch Krisenintervention. Stuttgart, 314-338

CIOMPI, L. (1993): Krisentheorie heute. Eine Übersicht. In: SCHNYDER, U. & SAUVANT, J.-D. (Hrsg.): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern, 13-26

LINGG, A./ THEUNISSEN, G.(2000): Psychische Störungen und geistige Behinderung. Freiburg

WIENBERG, G. (1997) (Hrsg.): Bevor es zu spät ist... Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie – Standards und Modelle. Bonn

WÜLLENWEBER, E. (2000): Krisen und Behinderung. Entwicklung einer praxisbezogenen Theorie und eines Handlungskonzeptes für Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung. Bonn

GERD GANSEN, Dipl.-Soziologe

Berliner Krisendienst

Arbeitsgruppe 7
Mehr Qualität durch Qualitätsmanagement und Zertifizierung?

HEINZ TIETJEN, BETTY THIMIANIDOU

Das Thema der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in Behinderteneinrichtungen wird mittlerweile in Fachkreisen breit diskutiert. Aus gesetzlichen Gründen ist es für Einrichtungen unabdingbar, Art, Umfang und Qualität ihrer Leistungen darzustellen und nach Außen transparent zu machen. Ein QM-System kann dafür eine Möglichkeit bieten.

Nach Vorstellung des QM-Systems im Heilpädagogischen Heim Düren (siehe Kurzbeitrag THIMIANIDOU) konnte in einer regen Diskussion das Thema vertieft werden. Besonderes Augenmerk wurde auf die hohe Durchdringung des QM-Systems gelegt, was aus den Fragen und Diskussionspunkten zu entnehmen war:

- Beteiligung der MitarbeiterInnen bei Entstehung und Fortentwicklung des QM-Systems
- Erfüllbarkeit der Vorgaben für die Praxis
- Beteiligung der BewohnerInnen im QM-System
- Sinn der Zertifizierung
- Zeitbedarf für Qualitätsmanagement und Vereinbarkeit mit Anforderungen der BewohnerInnen.

Durch ein lebendiges und gut funktionierendes QM-System kann bewusster gemacht werden, ob und inwieweit *Kundenbedürfnisse und gleiche Rechte* für Menschen mit einer Behinderung realisiert werden und wo Nachholbedarf besteht.

Die *Beteiligung von MitarbeiterInnen* im QM-System und die *Identifizierung der obersten Leitung* mit dem QM-System, um es in der Praxis zu realisieren, wurden immer wieder hervorgehoben, aber auch kritisch hinterfragt.

Interessierte Leitungen von Einrichtungen, die kurz vor Einrichtung eines QM-Systems sind, waren an einem Austausch besonders interessiert.

HEINZ TIETJEN, BETTY THIMIANIDOU

Heilpädagogisches Heim Düren

Qualitätsmanagement im Heilpädagogischen Heim Düren

BETTY THIMIANIDOU

Auszug aus den Leitzielen des Heilpädagogischen Heims Düren:

- Wir sind Dienstleister für Menschen mit geistiger Behinderung

- Wir gestalten einen Lebensort
- Verbesserungen für BewohnerInnen
- Wir ermöglichen ihnen, ein Leben so normal wie möglich zu führen, mit
- gleichen Rechten wie für nicht behinderte Menschen
- Privatsphäre und Intimität
- Arbeit und sonstiger Tagesstrukturierung
- Freizeitgestaltung, Fortbildung und Urlaub
- Einfluss auf die Gestaltung des Lebens im Heim
- Chance zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Wir wollen ein Höchstmaß an *Kundenzufriedenheit* und pflegen deshalb die intensive Zusammenarbeit mit BewohnerInnen und deren Angehörigen und gesetzlichen BetreuerInnen.

Wir arbeiten an der stetigen *Steigerung der Qualität* unserer Dienstleistung, indem wir uns an den Bedürfnissen unserer Kunden ausrichten und uns fachlich weiter qualifizieren.

Qualitätsverbesserung bewegt uns.

Qualitätsmanagement bedeutet:

- Gewährleistung kontinuierlicher Qualität im Alltag
- Regelung der Aufgaben und Kompetenzen
- Definition der Zuständigkeiten
- Verbesserung der Arbeitseffektivität
- Optimale Nutzung der Ressourcen.

Handbuch für Qualitätsmanagement:

- **7 Hauptdienstleistungsprozesse (HDP)**

  Unmittelbar am und für den Nutzer zu erbringende Leistungen:

  HDP 01 Wohnen

  HDP 02 Pädagogisch-Therapeutische Arbeit / Förderplanung

  HDP 03 Sicherstellung der Gesundheitsförderung

  HDP 04 Gruppenübergreifende Heilpädagogische Förderung

  HDP 05 Eingliederung in die Arbeitswelt

  HDP 06 Freizeitgestaltung

  HDP 07 Zusammenarbeit mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern

- **6 Unterstützende Prozesse (UP)**

  Bereitstellung notwendiger Ressourcen für die Realisierung der Leistungen:

  UP 01 Beschaffung von Waren und Dienstleistungen

  UP 02 Bereitstellung finanzieller Ressourcen

  UP 03 Gebäudemanagement

  UP 04 Personalwesen

  UP 05 Statistik und Datenauswertung

  UP 06 Öffentlichkeitsarbeit

Dokumentation bewirkt:

- Notwendige Leistungen nachhaltig erledigen
- Tägliche Arbeitsprozesse darstellen
- Entwicklungen erkennen und einschätzen
- Förderprozesse und heilpädagogische Methoden verdeutlichen
- Bedürfnisse erkennen – Kompetenzen fördern
- Verfahren vereinheitlichen und vereinfachen

Beispiel HDP 01 Wohnen

- Bereitstellung und Nutzung einer bedarfsgerechten Wohnung
- Unterstützung bei der Lebensgestaltung

Dokumente zum HDP01 Wohnen:

- Verfahrensanweisungen
- Checklisten
- Formulare

Verfahrensanweisungen im HDP 01:

- Aufnahmeverfahren

- Führen von Bewohnerakten
- Führen des Dienstbuchs

Checklisten im HDP 01:

- Einzug ins HPH
- Lebenspraktische Förderung
- Unterstützung bei der Wohnumfeldgestaltung
- Realisierung und Förderung emotionaler und sozialer Bedürfnisse und Kompetenzen
- Umzug
- Entlassung
- Sterbefall

Formulare im HDP 01:

- Reflexionsgespräch mit Bewohner/in
- Individuelle Förderplanung
- Beobachtungsbogen für die Eingewöhnungsphase.

BETTY THIMIANIDOU, Diplom-Heilpädagogin

Qualitätsmanagementsbeauftragte und Interne Auditorin
Heilpädagogisches Heim Düren

Unternehmensdarstellung der Euronorm GmbH

BERTHOLD HELLRIEGEL

Die EURONORM GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND INNOVATIONSMANAGEMENT MBH wurde 1994 als Beratungsunternehmen für innovative Unternehmen und öffentliche Auftraggeber gegründet. Zum 01.01.2001 fusionierte die EuroNorm GmbH mit der seit 1990 bestehenden Forschungsagentur Berlin GmbH. Gesellschafter des Unternehmens sind

- Herr Dr. sc. KARSTEN KOITZ (Geschäftsführer)
- Frau Dipl.-Wiss.-Org. CLAUDIA HERRMANN-KOITZ (Geschäftsführerin)
- Herr Dipl.-Ing. BERTOLD HELLRIEGEL (Prokurist).

Der Firmensitz befindet sich in der Rathausstraße 2a in 15366 Neuenhagen bei Berlin. Mehr als 20 Mitarbeiter sind im Unternehmen EuroNorm GmbH tätig. Alle Leiter und Berater haben Hochschulbildung und verfügen über langjährige Berufserfahrung.

Die *Haupttätigkeitsfelder* des Unternehmens gliedern sich in folgende Geschäftsbereiche:

- FAB-Studien zum Innovationsgeschehen, zu Unternehmensnetzwerken und zu regionalen Entwicklungskonzepten.
- komplexe Unternehmensberatung auf dem Gebiet des Qualitätsmanagement
- Beratung im Innovations- und Projektmanagement
- Aus- und Weiterbildung auf den Themengebieten unserer Beratungsschwerpunkte.

Auftraggeber der EuroNorm GmbH sind im Bereich FAB-Studien das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft , Landesministerien Sachsens und Thüringens, Arbeitsämtern, Industrie- und Handelskammern und Finanzinstitute. Das Agieren in Netzwerken und die Bildung von strategischen Partnerschaften gewinnen zunehmend an Bedeutung.

Das Qualitätsmanagementsystem der EuroNorm wurde nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert. Im Fokus unser Qualitätspolitik steht der Kunde. Die Befriedigung von Kundenanforderungen, die untrennbar mit dessen

unternehmerischen Erfolg zusammenhängen, ist unser wichtigster Qualitätsanspruch.

Unser eigenes QM-System ist probates Mittel zum Zweck. Der Unternehmenserfolg ist für uns realisierbar, wenn Qualität auf allen Leistungsebenen und in jeglicher Geschäftstätigkeit der EuroNorm GmbH erste Priorität hat. Durch konkrete, abrechenbare Qualitätsziele in einem geplanten Zeitrahmen, durch die Messung, Analyse, Bewertung sowie ggf. Korrektur unseres QM-Systems und den ständigen Verbesserungsprozess sichern wir unseren Unternehmenserfolg und letztlich die Arbeitsplätze unserer Mitarbeiter.

Wir streben danach, ein hohes Anspruchsniveau zu erfüllen. Unsere Leistungsangebote sind andererseits jedoch auch auf die unterschiedlichen Anspruchsklassen unserer Mandanten mit differenzierten Wünschen und unterschiedlichen Budgets ausgerichtet.

Als Dienstleistung definieren wir: *Dienst und Leistung* für unsere Kunden. Wir garantieren unseren Kunden Qualität und Erfolg bei allen durch uns begleiteten Projekten!

Qualitätssicherung in der EuroNorm GmbH ist nicht auf die Prüfung und Korrektur unserer Prozessstufen begrenzt, sondern wird vor allem als Mängelprophylaxe für das gesamte Unternehmen praktiziert. Vorrangige Ziele sind Fehlervermeidung und präventive Qualitätssicherung.

Täglich setzen wir folgende Charakteristika unserer Dienstleistungsqualität in die Praxis um:

Kompetenz und angenehmes Umfeld

- das Beratungs- und Bildungsangebot ist kompetent, innovativ und zukunftsorientiert
- das Preis-/Leistungsverhältnis ist angemessen und transparent
- die Geschäftsausstattung und die Arbeitsmethoden sind innovativ und rationell
- die Arbeits- und Beratungsumfelder sind modern, ordentlich und angenehm
- die Mitarbeiter sind gepflegt und angemessen gekleidet
- die Dokumentationen sind für die Mandanten/Kunden effizient und fehlerfrei

Zuverlässigkeit

- es wird absolute Vertraulichkeit gewährleistet
- gegebene Terminversprechen werden unbedingt eingehalten
- es besteht ein aufrichtiges Interesse an der Lösung eines Mandantenproblems
- die Leistung wird sorgfältig ausgeführt, Nacharbeit wird vermieden
- erkannte Mängel und Kritik werden ernst genommen und ausgewertet

Entgegenkommen

- die Mitarbeiter sind stets bereit, dem Kunden zu helfen
- die Kundenwünsche bestimmen die Arbeit der Mitarbeiter
- das Verhalten der Mitarbeiter schafft Vertrauen und Souveränität
- Finanz-, Daten- und Dokumententransaktionen erfolgen sicher
- Kunden werden stets höflich behandelt

Einfühlungsvermögen

- Die Mitarbeiter widmen sich jedem Kunden persönlich und aufmerksam
- die Arbeits- bzw. Geschäftszeiten orientieren sich an den Kundenwünschen
- die Mitarbeiter bemühen sich, die speziellen Kundenwünsche als Aufgabenstellung aufzunehmen.

Die vorliegende Qualitätspolitik wird halbjährlich durch konkrete Zielstellungen zur Qualitätsarbeit untersetzt. Die Einzelziele in den Geschäftsfeldern werden durch die Geschäftsfeldkoordinatoren geplant, durch alle Mitarbeiter umgesetzt und im Soll-Ist-Vergleich ausgewertet.

Im Unternehmensbereich »Forschungsagentur FAB«, der von 1990 bis 2000 als eigenständiges Unternehmen agierte, erarbeitet die EuroNorm GmbH im Auftrag von Ministerien, Verwaltungen, Kammern und Unternehmen Studien und regionale Entwicklungskonzepte.

Schwerpunkte der FAB-Studien sind:

- ⇒ Potenziale von Forschung und Entwicklung in der Wirtschaft
- ⇒ Evaluierungen und wissenschaftliche Begleitungen von Fördermaßnahmen
- ⇒ Regionale Wirtschafts- und Entwicklungskonzepte
- ⇒ Technologieorientierte Existenzgründungen und deren Rahmenbedingungen

Durch das Management und die Moderation von regionalen Netzwerken nimmt die EuroNorm GmbH direkt an der praktischen Umsetzung der Konzepte teil. Als aktiver Partner des RKW-Beraternetzwerkes trägt die EuroNorm dazu bei, Sachkompetenz und Methoden für die Beratung von KMU zu bündeln und gezielt weiter zu entwickeln.

Die regionale Wirtschaftsförderung ist insbesondere ausgerichtet auf:

Projektmanagement für Wirtschaftsnetzwerke

- Konzeptionelle Vorbereitung und Partnergewinnung
- Anlauforganisation
- Moderation und Koordinierung

Regionale Wirtschaftsförderkonzepte und Standortentwicklungen

- Standortanalysen
- Erarbeitung von Standortentwicklungskonzepten
- Beratung zu verschiedenen Organisationsformen der Wirtschaftsförderung

EDV-gestützte Wirtschaftsinformationssysteme und Datenbanken

- Analyse des Informationsbedarfs verschiedener Akteure
- Konzeptionen für Online- und Offlinelösungen und internetbasierte Wirtschaftsinformationssysteme
- Aufbau und Pflege von Wirtschaftsdatenbanken und Wirtschaftsinformationssystemen

BERTHOLD HELLRIEGEL

Euronorm GmbH, Neuenhagen

Arbeitsgruppe 8

Hilfe nach Maß mit einem Persönlichen Budget

Modellversuch in Hamburg

FRIGGA FORBRICH

In der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen findet seit geraumer Zeit ein Wandel in der Behandlung statt. Dieser Wandel drückt sich in einer bisher nicht praktizierten aktiven Beteiligung der behinderten Menschen an ihrer Hilfegewährung aus. Der behinderte Mensch wird mehr und mehr vom Objekt staatlichen und privaten Handelns der Anbieter von Leistungen der Eingliederungshilfe zum selbstgestaltenden Subjekt.

Der Sozialhilfeträger Hamburg hat diesen Wechsel in vielen Bereichen bereits begonnen. Der Gesetzgeber hat ihn zwischenzeitlich in zahlreichen Änderungen des BSHG und nicht zuletzt mit den SGB IX ermöglicht. Ein Teil dieses Wechsels soll die Einführung des persönlichen Budgets sein.

Rollen- und Strukturveränderungen

Im bisherigen Verfahren, stellen Hilfeempfänger in der Regel über einen Anbieter von Leistungen, mit dem der Sozialhilfeträger Vereinbarungen nach § 93 BSHG abgeschlossen hat, ihre Anträge auf Leistungen. Im Extremfall wird die Leistungen vom Sozialhilfeträger bewilligt, ohne dass behinderte Menschen Gelegenheit erhalten, ihre Wünsche zu äußern oder selbst in die Gestaltung ihrer Hilfebewilligung einbezogen zu werden.

Im Rahmen der Umstrukturierung der Hilfe ist es ein kleiner Schritt, den behinderten Menschen auch mehr Freiheit und Verantwortung für die eigene Gestaltung der Hilfen einzuräumen., in dem ihnen die Hilfe nicht mehr von staatlichen Stellen über private Anbieter als Sachleistung gewährt wird, sondern ihnen die Finanzmittel für den „ Einkauf“ ihrer Hilfen in die Hand gegeben werden: also, die Gewährung eines persönlichen Budgets.

Das bedeutet eine erhebliche Umstellung sowohl bei den Hilfeempfängern und Hilfeempfängerinnen als auch in der Sachbearbeitung und bei den Anbietern von Leistungen.

Teilnahmeberechtigung

Teilnahmeberechtigt sind behinderte Menschen, bei denen die Zugehörigkeit zum Personenkreis nach § 39 BSHG nachgewiesen ist und die mindestens eine ambulante laufende Leistung der Eingliederungshilfe (z.B. PBW, HFBK oder Hilfe für Aidskranke) erhalten. Bei Beginn der Gewährung eines Budgets kann das nicht allein eine Hilfe nach § 70 BSHG, § 11 Abs.3 BSHG oder eine Geldleistung der Hilfe zur Pflege sein. Diese Hilfen können lediglich in ein Budget einbezogen werden.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass alle behinderten Menschen für ein Persönliches Budget geeignet sind. Der Budgetnutzer muss jedoch mindestens 18 Jahre alt sein.

Für den Modellversuch sollte eine möglichst ausgewogene Verteilung der Teilnehmer und Teilnehmerinnen auf unterschiedliche Altersgruppen und Behinderungsarten gesichert sein. Ebenso soll die Beteiligung der Geschlechter möglichst ausgewogen sein.

Es können sowohl Personen, die ein Budget ohne Assistenz meistern können, als auch Personen, die dafür eine Assistenz benötigen, die Möglichkeit der Teilnahme am Modellversuch erhalten. Für ein Unterstützungsmanagement wird davon ausgegangen, dass dieses in der Regel durch informelle Netze - wie Freunde, Angehörige, Nachbarn usw.- gewährleistet wird. Es kommen dafür aber auch gesetzliche Betreuer oder Interessenvertretungen oder Selbsthilfegruppen in Betracht. Im Ausnahmefall ist aber auch eine professionelle Unterstützung möglich.

Die Teilnahme der Hilfeempfänger und Hilfeempfängerinnen am Persönlichen Budget ist freiwillig.

Den Sozialdienststellen obliegt aber eine Auswahl, ob der Hilfeempfänger für ein Budget geeignet ist.

Diese grundsätzlich Eignung muss nach Absprache mit den Sozialdienststellen als widerlegt angesehen werden, wenn z.B. in der Vergangenheit

⇒ mehrfach Mittellosigkeit im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt vorgelegen hat

⇒ Betrugsversuche vorlagen

⇒ Unsteter Aufenthalt vorliegt

⇒ Kein Konto vorhanden ist

⇒ Unzuverlässigkeit vorliegt.

Die Möglichkeit zur Rückkehr in das bisherige System der Leistungsgewährung besteht jederzeit.

Budgetfähige Leistungen

Die modellhafte Erprobung Persönlicher Budgets in Hamburg soll sich zunächst auf laufende ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe beschränken.

Für das Einbeziehen der stationären und teilstationären Leistungen liegen zur Zeit nicht die Voraussetzungen vor. Die Vergütungen für diese Leistungen müssen für ein Persönliches Budget erst weitaus stärker differenziert werden , als es derzeit mit den Maßnahmepauschalen gegeben ist. Außerdem ist das Problem der Bindung an den Anbieter des Wohnens und die Tätigkeit anderer ambulanter Anbieter in dem Bereich zur Zeit noch völlig ungeklärt. Insgesamt ist die mangelnde Auswahl auch bei einigen ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe problematisch für eine freie Entscheidung der behinderten Menschen.

Regelhafte einmalige Bedarfe, die im Einzelfall entstehen, werden in das Budget einbezogen. Bedarfe, die regelhaft nur in größeren Zeitabständen und bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen eintreten, können nicht sinnvoll berücksichtigt werden. Deshalb sind einmalige Leistungen, wie für das Anschaffen eines KFZ oder anderer Hilfsmittel usw. nicht in das Budget einbezogen worden.

Das gilt auch für Sachleistungen der Hilfe zur Pflege. Das Einbeziehen der Leistungen anderer Kostenträger ist zur Zeit unrealistisch und deshalb nicht vorgesehen.

Das gleiche gilt für medizinische Behandlungen. Hier tritt noch ein weiterer Gesichtspunkt in den Vordergrund. Die Hilfeempfänger würden in diesem Bereich als Personen eingestuft, für die der Anbieter privat liquidieren kann. Damit kommen heilpädagogische Maßnahmen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und alle Maßnahmen, die der Sozialhilfeträger als Leistungen der Krankenhilfe gewährt für ein Budget nicht in Betracht.

Nach diesen einleitenden Vorbemerkungen sind für ein persönliches Budget geeignet, sofern der Bedarf vom Sozialhilfeträger anerkannt wird:

- KFZ Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes,
- KFZ Hilfen zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft,
- Sonstige Hilfen zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft z.B. Vereinsbeiträge, Beiträge zu Selbsthilfegruppen,
- Mobilitätshilfen,
- Kosten für Begleitpersonen,
- PBW,
- PPM,
- Hilfen für Familien mit behinderten Kindern,
- Dolmetscherkosten außerhalb von Studienhilfen.
- Hilfen nach § 11 Abs. 3 BSHG pauschaliert
- Hilfen zur Pflege nach § 68 BSHG/69 BSHG,
- Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 BSHG, (hier aber Pauschalierung)

Bereits pauschalierte Leistungen - wie zusätzlicher behinderungsbedingter Bedarf für Lernmittel im Rahmen der Studienhilfen oder die Vorlesepauschale- sind nicht Gegenstand einer erneuten Erprobung. In der Regel beziehen die behinderten Studierenden neben der Studienhilfe keine weiteren Leistungen der Eingliederungshilfe. Sollte sich im Einzelfall herausstellen, dass der Einbezug in ein Budget

doch sinnvoll ist, kann dies in der Gesamtplankonferenz vereinbart werden.

Bemessung der Leistungen

Für die Festlegung der Höhe der Budgetleistungen sind grundsätzlich verschiedene Methoden denkbar:

⇒ Nach dem statistischen Mittel der Ausgaben in den letzten 2 Jahren für die Altersgruppe des behinderten Menschen und Vergleich mit dem im Einzelfall ermittelten Bedarf mit der Möglichkeit der Anpassung bei erheblichen Abweichungen.

⇒ Pauschalen für Hilfeempfängergruppen

⇒ Berechnung nach individuellem Bedarf.

⇒ Bildung von Hilfeartpauschalen.

Hamburg hat sich bei der Bemessung des Budgets für eine Mischung aus echten bedarfsgerechten Pauschalen in Verbindung mit individuellem Bedarf entschieden.

Durchschnittliche Kostensätze aller Anbieter x notwendige Stunde PBW, Hilfe für Aidskranke, PPM	**Hilfen** Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum Hilfe für Aidskranke, Personenbezogene Hilfen für psychisch kranke Menschen, Hilfen für Familien mit behinderten Kindern - Höhe, z.B. 35,50 € x Stunden pro Monat
Wenn Kinder im Haushalt sind und komplette Weiterführung erforderlich ist	**Weiterführung des Haushalts nach § 70 BSHG** (Leistung kann neben Haushaltshilfe nach § 11Abs.3 BSHG und persönlicher Assistenz nicht gewährt werden) 2 Personen - mtl. 159,52 € 3 Personen - mtl. 196,34 € 4 Personen - mtl. 235,19 €
**2 Stunden pro M² Wohn-fläche für Reinigung nur Teilleistungen	**Haushaltshilfen Sätze nach § 11 Abs 3 BSHG** (Leistung kann neben Weiterführung des Haushalts nach § 70 BSHG und persönlicher Assistenz nicht gewährt werden) Bis 45 m² - mtl. 81,81 € Bis 60 m² - mtl. 104,81 € Bis 75 m² - mtl. 129,36 € Bis 90 m² - mtl. 153,39 €
	Für **Mahlzeiten** zubereiten, Abwaschen Vorbereiten von Mahlzeiten werktäglich - 12,78 € x Bedarfstage im Monat
	Einkaufen wöchentlich 1-2 Stunden nach Lage der Wohnung - mtl. 48,06 bis 96,12 €
	Wäschepflege wöchentlich 1 Stunde - mtl. 51,13 €
	ZB **Fensterputzen**, oder Treppenhausreinigung - 12,78 € x Stunden pro Monat
	Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft Beförderungspauschale - mtl. 86,92 € KFZ Hilfen - mtl. 87 DM ZB Kino, Theater, Sportveranstaltung, 1 Ausflug Vereinsbeiträge - mtl. 76,69 €
Gekürzte Pflegegeldbeträge	**Pflegehilfen nach dem BSHG** 133,33 DM Stufe 1 266,67 DM Stufe 2 433,33 DM Stufe 3
	Persönliche Assistenz 29 DM x Stunden pro Monat (Leistung kann neben Hilfe zur Weiterführung des Haushalts und Hilfen nach § 11 Abs. 3 BSHG nicht gewährt werden)

Schaubild 1 Persönliches Budget - Vorschlag für Bemessung

Eine Bildung von Budgets nach Hilfeempfängergruppen kann nach unserer Auffassung nicht am Anfang der Modellerprobung stehen, sondern kann nur das Ergebnis der Auswertung des Modellversuchs sein.

Gebildete Pauschalen sind abschließend. D.h. daneben werden für identische Bedarfe keine weiteren Leistungen gewährt.

Ziele beim Persönlichen Budget

Beim behinderten Menschen

⇒ Stärkung der Selbstverantwortung

⇒ Dispositionsfreiheit

⇒ Förderung der Überwindung der Sozialhilfebedürftigkeit

⇒ Vereinfachung der Sozialhilfegewährung

⇒ Rollenwechsel vom hilfebedürftigen Menschen zum gestaltenden Kunden der Anbieter und Sozialdienststellen

Beim Sozialhilfeträger

⇒ Verwaltungsvereinfachung

⇒ Freiwerden von Personalressourcen für die Gesamtplanung

⇒ Verbesserung der Beratung

⇒ Bessere Erfüllung der Aufgaben des BSHG

Umsetzung in Hamburg

Voraussetzungen:

Voraussetzung für das Persönliche Budget ist die Durchführung er Gesamtplanung nach § 46 BSHG. Hier ist mit dem Hilfeempfänger

⇒ der Hilfebedarf zu erheben

⇒ ein umfassendes Assessment aller Leistungen auch von vorrangigen Kostenträgern durchzuführen

⇒ die Festsetzung der Leistungen und ihre Abfolge und der zu erreichenden Ziele verbindlich mit dem behinderten Menschen zu verabreden

⇒ die Höhe des Budgets zu ermitteln und die

⇒ die Unterstützungsbedarfe und Möglichkeiten zu besprechen

⇒ Regularien des Controlling auszuhandeln. Dazu ist es denkbar, dass der Hilfeempfänger vor einer Weiterbewilligung einen Bericht über die Ergebnisse der Budgetverwendung und die erreichten Ziele vorlegt. Dieser Bericht dient dann zur Grundlage der Fortschreibung des Gesamtplanes und der Zielfortschreibung.

⇒ Außerdem sind Hilfestellungen zu geben, wie die bedarfsgerechte Verwendung des Budgets sichergestellt werden kann.

Modellvorhaben

Geplant sind im Rahmen des Modells rd. 100 Fälle, die sukzessive im Laufe der Erprobungsphase in das Modell aufgenommen werden sollen. Die Verteilung auf die Bezirke ist zur Zeit noch nicht darstellbar, da sie von der Entscheidung der Hilfeempfänger und Hilfeempfängerinnen, ein Budget zu wollen, abhängig ist

Der Zeitrahmen für die Erprobung von Pauschalierungen ist im Rahmen des § 101a BSHG begrenzt bis zum 31.12.2003. Aus den Erfahrungen mit Steuerungsansätzen im Rahmen der Eingliederungshilfe ist es erforderlich, mindestens 2 Weiterbewilligungszeiträume im Rahmen eines Modells zu haben. Es ist damit ein Beginn Anfang 2002 erforderlich.

Ziele Modellvorhaben:

- Erkenntnisse über Bedarfsdeckung durch Pauschalierung
- Auswirkungen für die Entwicklung der Sozialhilfeausgaben
- Erkenntnisse vermitteln, ob die Qualität der Leistungen für die Hilfeempfänger dadurch verbessert werden kann.
- Erkenntnisse über die Unterstützungsbedarfe gewinnen
- Erkenntnisse für die Bildung von Budgets für Hilfeempfängergruppen.

Stand der Vorbereitung

Eckpunkte für die Bemessung der Budgets und die Teilnahme am Modellversuch wurden mit den Interessenverbänden einvernehmlich vereinbart. Damit ist die Grundlage für die Vorlage einer Verordnung nach § 101 a BSHG und die Ermächtigung zur Erhebung von Daten im Senat und Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg geschaffen. Eine Wissenschaftliche Begleitung wurde angebahnt. Die erforderliche Abbildung der Leistungen im Datenverarbeitungsverfahren PROSA und die Möglichkeit der Auswertung dieser Daten über das Data - Warehouse als Voraussetzung einer vernünftigen Evaluation wurden vorbereitet.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sowohl fachlich geschult als auch mit der Erstellung von Gesamtplänen nach § 46 BSHG vertraut gemacht werden. Das entsprechende Schulungskonzept steht. Die zwingend gebotene Spezialisierung in den Sozialdienststellen auf Leistungen der Eingliederungshilfe, um die notwendigen Fachkenntnisse zu garantieren, ist eingeleitet. Der notwendige Freiraum für die Bearbeitung der Budgets muss noch geschaffen werden. Definiert wurde er bereits.

Ausblick

Verbindliche und verlässliche Aussagen zur Umsetzung des Modellversuchs „Persönliches Budget" in Hamburg lassen sich zur Zeit leider nicht machen. Dafür gibt es verschiedene Gründe:

Einerseits hat die Steuerungsgruppe Sozialhilfe, die über alle Steuerungsprojekte beschließen muss, die in den bezirklichen Sozialdienststellen durchgeführt werden sollen, Mitte des Jahres 2001 eine sog. Plateauphase beschlossen. Diese dauert zunächst bis zum 31.12.2001. In dieser Zeit werden in den Sozialdienststellen nur solche Neuerungen ausgeführt, die auf gesetzlicher Grundlage beruhen oder die der Senat bereits beschlossen hatte.

Andererseits hat es in Hamburg einen auch die Sozialpolitik wesentlich berührenden Regierungswechsel gegeben. Angesichts der Kürze der Zeit, die seither vergangen ist, lassen sich noch keine Aussagen zur Einschätzung der Regierung zu behinderungspolitischen Programmen machen. Damit ist der Beginn eines Modellprojektes zur Zeit absolut offen. Ich hoffe jedoch, dass es uns gelingen wird, im Laufe des Jahres 2002 den Beschluss der Verordnung nach § 101a BSHG durch den Senat und den Beginn des Modellprojektes zu erreichen.

FRIGGA FORBRICH

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abt. Eingliederungshilfe
Freie und Hansestadt Hamburg

Hilfe nach Maß mit einem Persönlichen Budget -
ein Modellversuch entsteht in Baden-Württemberg

JUTTA PAGEL

Einleitung

Menschen mit Behinderungen wollen nicht länger als „Sorgenkinder" betrachtet und deshalb gänzlich von der Fürsorge der Wohlfahrtspflege umgeben werden. Vielmehr wollen Menschen mit Behinderungen als gleichberechtigte Bürgerinnen und Bürger in der Gesellschaft leben. Sie wollen selbst verantwortlich für ihr Leben sein – weg vom „Objekt der Fürsorge" hin zum „Subjekt des Handelns".

Unter dem Leitmotiv „Teilhabe und Selbstbestimmung" wurde von der Bundesregierung mit dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) diese Kehrtwende in der Behindertenpolitik unterstützt. Dies ist ein weiterer Schritt, das Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes (Artikel 3 Absatz 3) sowie die „Charta der Grundrechte der Europäischen Union" (v.a. Artikel 21, 26) in Alltagshandeln umzusetzen. In anderen europäischen Ländern wie z.B. in den Niederlanden und in Großbritannien wurden seit Jahren Konzepte des „Persönlichen Budgets" erprobt. In Deutschland ist die Diskussion um solche Modelle in Gang gekommen.

Die Zeit ist daher reif, auch in Baden-Württemberg für Menschen mit Behinderungen das Konzept eines „Persönlichen Budgets" einzuführen, damit sie selbst über Art, Weise und Umfang der von ihnen benötigten Hilfen bestimmen können. Die Forderung nach einem „selbst bestimmten Leben trotz Handicap" brachten Betroffene im Mai 2000 beim „Tag behinderter Menschen im Parlament – Politiker suchen den Dialog" vor.

Initiative der Selbsthilfeorganisationen der Behindertenhilfe

Nach einer Studienreise nach Utrecht im April 2000 haben deshalb die Landesverbände Baden-Württemberg der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung und der Landesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte Baden-Württemberg gemeinsam eine Konzeption [1)] für ein „Persönliches Budget" entwickelt, das den Belangen behinderter Menschen Rechnung trägt. Die Eckpunkte der Konzeption beider Selbsthilfeorganisationen sind:

- Persönliche Assistenz und Sachkosten gehören wesentlich zu den Aufwendungen innerhalb eines Gesamtbudgets. Dieses wird individuell zugeschnitten. Es umfasst vor allem sog. „Hilfen in besonderen Lebenslagen" nach dem Bundessozialhilfegesetz.
- Die Geldleistungen können volljährige Menschen mit Behinderungen erreichen, unabhängig davon, ob sie in ihrer eigenen Wohnung (ambulantes Wohnen) oder in Einrichtungen der Behindertenhilfe (stationäres Wohnen) leben.
- Der Umfang des „Persönlichen Budgets" wird in einer Hilfeplankonferenz mit allen Beteiligten festgelegt. Behinderte Menschen können dazu eine Vertrauensperson ihrer Wahl hinzuziehen.
- Der Verbraucherschutz wird gestärkt. Persönliche Beratung und umfangreiche Informationen werden sicher stellen, damit Menschen mit Behinderungen unabhängig von der Art und Schwere ihrer Behinderung das „Persönliche Budget" nutzen können.
- Das Modell ist eine Alternative zur Sachleistung. Menschen mit Behinderungen erhalten dadurch erstmals die Wahlmöglichkeit zwischen Geld- und Sachleistungen.
- Die Teilnahme an dem Modell ist freiwillig. Eine Rückkehr zur bisherigen Hilfeform ist jederzeit möglich.
- Der Modellversuch wird in mehreren Regionen (Stadt / Land) in Baden-Württemberg eingerichtet; er startet zum 1. Januar 2002 und dauert drei Jahre.
- Der Modellversuch wird wissenschaftlich begleitet; ein Modellbeirat unter Einbeziehung der Selbsthilfeorganisationen behinderter Menschen wird installiert, in dem auch Menschen mit Behinderung selbst mitarbeiten.

Im Februar 2001 überreichten wir unsere Konzeption dem Sozialminister des Landes Baden-Württemberg im Beisein zahlreicher Medienvertreter. Nach den Landtagswahlen fand unsere Initiative Eingang in die „Vereinbarung zwischen CDU und FDP/DVP über die Bildung einer Regierungskoalition für die 13. Legislaturperiode des Landtags von Baden-Württemberg" (2001 – 2006): *„Die Regierungskoalition strebt an, behinderten Menschen mehr Einfluss auf die Entscheidung einzuräumen, welche Hilfe ihnen gewährt wird und wie die hierfür zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel verwendet werden. Die praktischen Gestaltungsmöglichkeiten eines persönlichen Budgets sollen geprüft werden."* (siehe Kapitel VIII. Soziales Baden-Württemberg: Solidarität üben, Eigenverantwortung stärken, 7. Politik für Behinderte). Auch die beiden Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern begrüßen grundsätzlich einen solchen Modellversuch. Sie hoffen auf eine effektivere und unbürokratische Verteilung der Mittel.

Thesen für ein „Persönliches Budget"

Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat im Sommer 2001 die Federführung übernommen, in einer Projektgruppe die Voraussetzungen für einen Modellversuch zu erarbeiten. In einem ersten Koordinierungstreffen stellte die Amtsspitze des Sozialministeriums dessen Thesen für ein „Persönliches Budget" vor, die sich an der Konzeption unserer Verbände orientieren:

- Die Interessen der behinderten Menschen müssen der zentrale Maßstab des Handelns sein.
- Festhalten am Prinzip des personenzentrierten Ansatzes
- Freiwilligkeits- und Wahlprinzip gelten generell.
- Grundsätzlich sollte kein Personenkreis der behinderten Menschen in der Modell-

phase vom Zugang zum Modellprojekt ausgeschlossen werden.

- Eine differenzierte individuelle Hilfeplanung ist erforderlich. Die Höhe des Persönlichen Budgets sollte der individuellen Situation der Budgetnehmer angepasst sein; allzu grobe Pauschalierungen dürften dabei an der Zielsetzung vorbei gehen.
- Die verwaltungstechnische Abwicklung, die Finanzierung sowie die Vergabekriterien müssen für die Budgetnehmer transparent und nachvollziehbar sein.
- Jeder Teilnehmer sollte das Recht haben, das Modellprojekt zu verlassen, wenn eine andere Form der Hilfe notwendig erscheint.
- Eine umfassende und verständliche Information für alle Betroffenen ist zu gewährleisten.
- Wichtig sind Zugangskontrollen für Anbieter und Dienstleister im Rahmen des Persönlichen Budgets, um die Qualität der Unterstützung der behinderten Menschen zu gewährleisten.
- Eine primäre Ausrichtung auf die Verhinderung von Heimunterbringung könnte ein Modellvorhaben unsachgemäß einengen.
- Eine gewisse Größenordnung des Modells soll angestrebt werden, da eine Auswertung ansonsten kaum signifikante Ergebnisse haben könnte.
- Im Rahmen des Modellprojekts sollen Unterstützungssysteme für die Beteiligten entwickelt werden. Die Akzeptanz und Zielerreichung des Persönlichen Budgets hängt auch davon ab, welches Unterstützungs- und Informationsnetz aufgebaut wird.

Ziele und Leitlinien des Modellversuchs

Der Sozialminister Baden-Württembergs, der zugleich Behindertenbeauftragter der Landesregierung ist, machte in einem Rundgespräch deutlich, dass es bei der Einrichtung eines Modellversuchs zum „Persönlichen Budget“ um die Weiterentwicklung der Behindertenhilfe gehe. Ausdrücklich betonte er, dass es sich dabei nicht um ein „Sparmodell“ handeln dürfe. Deshalb seien die Erfahrungen aus Rheinland-Pfalz nicht übertragbar. Die Überlegungen in Hamburg seien nicht anwendbar, da sie auf einen Stadtstaat zugeschnitten seien. Deshalb werde Baden-Württemberg einen eigenen Weg gehen. Ziele und Leitlinien des geplanten Modellversuchs sind:

- Was brauchen behinderte Menschen in Baden-Württemberg?
- Wie können wir gemeinsam dazu beitragen, die Lebensqualität und die Teilhabemöglichkeiten behinderter Menschen im Dialog mit den Betroffenen zu verbessern?

Zusammensetzung der Projektgruppe

Die Federführung für die Projektgruppe liegt beim Sozialministerium. Die Projektgruppe wird begleitet durch den Forschungsverbund der Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ an der Universität Tübingen und der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg, Fakultät für Sonderpädagogik Reutlingen.

Die Projektgruppe setzt sich wie folgt zusammen:

- 2 Vertreter des Sozialministeriums
- 2 Vertreter der überörtlichen Sozialhilfeträger
  (LWV Baden, LWV Württemberg-Hohenzollern)
- 1 Vertreter des Landesarbeitsamtes
- 1 Vertreter der Kranken- bzw. Pflegekasse (AOK)
- 1 Vertreter der Rentenversicherung (LVA)
- 1 Vertreter der Vertragskommission
- 2 Vertreter von Einrichtungen (Diakonie, Caritas)
- 2 Vertreter der LIGA der freien Wohlfahrtspflege (Diakonie, Caritas)
- 3 Vertreter von Behinderten-Selbsthilfeorganisationen
  (LV Körper- und Mehrfachbehinderte, LV Lebenshilfe, LV Selbsthilfe Körperbehinderter)
- 1 Vertreter der Angehörigen (LAG Angehörigenvertreter in Einrichtungen der An-

throposophie, Caritas, Diakonie und Lebenshilfe für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in Baden-Württemberg, LAG AVMB)

- 3 Menschen mit Behinderungen

Phasen des Modellversuchs

Die Laufzeit des Modellversuchs ist auf drei Jahre angelegt. Die Praxisphase soll bereits im Sommer 2002 beginnen. Die Projektgruppe hat sich bislang zwei Mal getroffen, um in Phase 1 den Modellversuch vorzubereiten.

Phase 1: Vorbereitung (sechs Monate)

- Ermittlung der geeigneten Projektteilnehmer und Regionen
- Ermittlung des Bedarfs
- Konkrete Vorschläge zum Projektverlauf („Fahrplan“)
- Erarbeiten der Indikatoren für die Bedarfsfeststellung
- Prüfung, ob die notwendigen strukturellen Voraussetzungen (z.B. ambulante Angebote) gegeben sind.

Phase 2: Durchführung (zwei Jahre)

- Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation
- Interviews mit Teilnehmern und in das Projekt eingebundene Träger / Personen / Institutionen führen und auswerten.
- Vorschläge für den Auf- und Ausbau des Care-Managements / Hilfestrukturen erarbeiten.
- Vollständige Übersicht über nötige rechtliche Änderungen / Anpassungen erstellen.
- Prozessbegleitende Kosten-Leistungs-Rechnung und prozessbegleitende Projektoptimierung gewährleisten.
- Beratung in der Koordinationsrunde und in der Arbeitsgruppe.

Phase 3: Abschlussphase (sechs Monate)

- Auswerten der Ergebnisse
- Präsentation der Ergebnisse in Form eines Workshops
- Vorlage von Verfahrensvorschlägen zum weiteren Vorgehen
- Erstellen einer Dokumentation und eines Leitfadens
- Vornehmen einer (kritischen) Einschätzung der Auswirkung möglicher flächendeckender persönlicher Budgets auf die Sozialleistungsstruktur in Baden-Württemberg.

Erstes Resümee

Die Chancen für ein „selbst bestimmtes Leben trotz Handicap“ stehen gut. Die verschiedenen Beteiligten arbeiten an dem gemeinsamen Ziel, Rahmenbedingungen für einen Modellversuch zu entwickeln. Für eine inhaltliche Bewertung ist es noch zu früh. Insbesondere muss noch geklärt werden, ob beispielsweise „nur“ die Hilfen in besonderen Lebenslagen nach dem Bundessozialhilfegesetz in ein „Persönliches Budget“ einfließen oder ob eine „große Lösung“, d.h. Einbeziehung der Leistungen anderer Rehabilitationsträger (Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung) geschaffen werden soll. Wichtig ist uns, dass von Anfang an Menschen mit Behinderungen sowie Selbsthilfeorganisationen der Behindertenhilfe in das Projekt einbezogen sind.

Die vollständige Konzeption finden Sie als download im Internet unter

www.lv-koerperbehinderte-bw.de

(Rubrik „downloads“).

JUTTA PAGEL, Dipl.-Verwaltungswirtin (FH)

Geschäftsführerin des Landesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte Baden-Württemberg e.V., Stuttgart

Arbeitsgruppe 9

Neues Rehabilitationsrecht (SGB IX)

EDGAR SEEGER

Die Arbeitsgruppenerkenntnisse und die Arbeitsaufträge der Arbeitsgruppe an die Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft sind als Einzelvoten formuliert, stellen jedoch in der Regel die konsensuale Diskussion in der Arbeitsgruppe dar.

Zu den Arbeitsaufträgen:

Aufnahme aller Sozialhilfeempfänger in die gesetzliche Krankenversicherung

Hier wurde insbesondere bemängelt, daß das SGB IX keine Neuregelung für Sozialhilfeempfänger beinhaltet, die nicht in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

Die Arbeitsgruppe bittet die DHG bundesweit tätig zu werden, um eine Gleichbehandlung zu erreichen.

Ermöglichung eines Wohnheimaufenthaltes in anderen Bundesländern trotz höherer Kosten (Wunsch und Wahlrecht - z. B. bei Brandenburger Autisten)

Erkenntnisse der AG:

- Der behinderte Mensch steht im Mittelpunkt des Handels; Ich hoffe, dass er die Möglichkeit zur Bewegung bekommt.
- Die Umsetzung wird sehr schwierig und langwierig
- Gute Ansätze im Gesetz, doch die Finanzierung ?
- Der Wegweiser zur Einrichtung der Servicestellen ist unter www.bar-frankfurt.de nachlesbar
- Ambulant und stationär sind bei der Heranzierung von Unterhalts- und Kostenbeiträgen nicht gleichgestellt
- Das SGB IX ist Auslöser, (neue) Wege der Kooperation der Reha-Träger zu suchen.
- Es gibt noch viele offene Fragen, die im Laufe der Zeit beantwortet werden müssen.
- Eine konsequente einheitliche Anwendung des § 14 (Zuständigkeitsklärung) ist nötig.

Arbeitsaufträge zur Klärung, Interessenvertretung und Initiierung:

- Aufnahme aller Sozialhilfeempfänger in die gesetzliche Krankenversicherung
- Ermöglichung eines Wohnheimaufenthaltes in anderen Bundesländern trotz höherer Kosten (Wunsch und Wahlrecht) z. B. bei Brandenburger Autisten
- Weiterentwicklung zu einem Leistungsrecht für Menschen mit Behinderung betreiben
- Die Selbstbestimmung zu konkretisieren
- Modelle persönliches Budget entwickeln
- Die Gleichstellung des ambulanten Bereiches in Bezug auf den Unterhalt durchsetzen
- Abklärung, wie die einzelnen Behörden / Reha-Träger mit dem Bereich der Gebärdensprache / Kommunikationshilfen umgehen
- Beteiligung an den gemeinsamen Servicestellen
- Arbeitsgruppen für die Bereiche „Servicestellen“ und „Unterhalts-/ Kostenbeiträge" einrichten.

EDGAR SEEGER

Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel

Arbeitsgruppe 10

Konzeptionelle Arbeit mit dem Heimbeirat des HPH Düren

HILDE GEBHARDT, LYDIA MÜLLER

Die Vermittlung von Arbeitsinhalt und Ausführungskonsequenz des Heimgesetzes bzgl. der Heimbeiratsarbeit mit geistig behinderten Heimbeiräten setzt bestimmte Bedingungen voraus. Stete Wiederholung und lebenspraktische/ anschauliche Beispiele im Rahmen der einzelnen Mitwirkungsbereiche (Rollenspiel) sowie eine klare und individuell vermittelte Vorgehensweise dienen als Basis eines langen Lernprozesses.

Demokratisches Abstimmen, Sozialverhalten und die Bildung der eigenen Meinung zu Sachverhalten werden in der Förderung forciert und von manchen Heimbeiräten erstmals bewusst erlebt. Die Förderung schließt ebenfalls den Bereich der Kommunikation und der Konzentration ein - mit besonderem Augenmerk auf die individuelle Motivation des Einzelnen. Die Arbeit bzw. Förderung der Heimbeiräte geschieht zweigleisig - regelmäßig im 14 - tägigen Wechsel:

Heimbeiratstraining

- Erörtern des Gesetzestextes
- Umsetzung der Inhalte/ Mitwirkungsbereiche im Rollenspiel
- Übungsfeld für Sozialverhalten, Meinungsbildung, demokratisches Abstimmen
- Unterscheiden lernen, welche Problematik in einen Mitwirkungsbereich gehört bzw. was Privatangelegenheit ist?
- Wo beginnt Parteinahme und wie verhalte ich mich gerecht?

Heimbeiratsitzung

- Einüben formaler Verfahren (Ablauf der Sitzung z.B.)
- Informationsaustausch mit Heimleitung
- Reale Arbeitssituation mit Umsetzung des im Training erlernten

Deutlich erkennbar ist die Motivation der Heimbewohner mit leichter geistiger Behinderung, im Heimbeirat mitzuwirken. Insbesondere die Qualität im Freizeitbereich erfährt anhand des Mitwirkungsrechtes immer wieder eine Verbesserung.

Derzeitig in Betrieb genommene oder anvisierte neue Standorte regen das Interesse an einer positiven Veränderung von Wohnsituation.

Aktuelle, dem lebenspraktischen Bereich zuzuordnende Themen finden vor allem das Interesse der Heimbeiräte. Bewohnerbeschwerden waren bislang nicht zu bearbeiten – der neue Heimbeirat existiert seit Mai 2001.

Schwierigkeiten in Bezug auf die Umsetzung des neuen Heimgesetzes (§ 10) sehen die Heimbeiräte im Hinblick auf die nächste Wahl, wenn auch externe Personen gewählt werden können. Wenn weniger Heimbewohner gewählt werden können, sei die Chance kleiner, selbst wieder gewählt zu werden: „Wenn wir einen Berater brauchen, laden wir ihn ein".

Der Heimbeirat kann aktiv werden in folgenden Bereichen/ bei diesen Entscheidungen wirkt er mit:

- Wohnen
- Verpflegung
- Betreuung
- Freizeitgestaltung (Ferienmaßnahmen)
- Veranstaltungen
- Zusammenschluss mit anderen Heimen
- Erweiterung, Einschränkung oder Einstellen des Heimbetriebes
- Änderung der Art des Zwecks des Heims oder seiner Teile oder seiner Teile sowie umfassende bauliche Veränderungen oder Instandsetzungen des Heims
- Maßnahmen zur Unfallverhütung

Bisher wegen Verständnisproblemen nicht bearbeitet:

- Aufstellung und Veränderung von Musterverträgen für Bewohnerinnen

- oder der Heimordnung
- Änderung der Heimkostensätze

Erweitertes Mitwirkungsrecht, wenn Bewohnerinnen oder Angehörige bei der Aufnahme ins Heim einen Finanzierungsbeitrag geleistet haben (Geld): Hier wirkt der Heimbeirat bei der Aufstellung der Haushalts- und Wirtschaftspläne mit.

Wir beschäftigen uns hauptsächlich mit den Themen Freizeitgestaltung und Wohnen.

Eine Brandschutzübung für Bewohner steht bereits auf unserer Wunschliste für das nächste Jahr.

Der Heimleiter informiert uns in den Sitzungen regelmäßig über die Neuigkeiten in den oben genannten Bereichen (neue Wohnangebote, finanzielle Angelegenheiten, neue Bewohner).

Wichtig für uns ist die Begrüßung neuer Heimbewohner, damit diese sich gut in unsere Gemeinschaft einleben können und sich angenommen fühlen.

Ebenso wichtig nehmen wir den Abschied von Heimbewohnern, die beerdigt werden.

Meine Aufgaben als Heimbeirätin

Meine Aufgaben als Heimbeirätin liegen im Bereich der Vermittlung zwischen Mitmenschen, die im gleichen Heim wohnen und der Heimleitung. Ich bin Ansprechpartnerin für die Probleme, welche Mitbewohner alleine nicht klären können.

Im gesamten Heimbeirat besprechen wir das jeweilige Problem mit dem Betreffenden und suchen nach einer Möglichkeit, wie die Situation verändert werden kann.

Mit unserem Anliegen und vielleicht bereits vorhandenen Lösungsmöglichkeiten sprechen wir mit dem Heimleiter, der uns bisher immer geholfen hat. Die meisten Mitbewohner sind zufrieden- in der Vergangenheit haben wir mehr Freizeitangebote und Ferienmaßnahmen erreicht.

Die Arbeit im Heimbeirat ist eine gute Sache. Weil unser Heim so vielen Menschen ein Zuhause bietet, besteht der Heimbeirat aus 9 Mitgliedern. Zusätzlich zu den Sitzungen lernen wir 14-tägig im „Training", was Heimbeiratsarbeit bedeutet. Die Teilnehmenden benötigen häufige Wiederholungen des Lerninhaltes, um sich in ihrer Arbeit sicher zu sein.

Zur Zeit überlegen wir, wie wir es scharfen können, auch Menschen im Heim zu erreichen, die nicht sprechen und weniger Freiheit leben können, als die Kollegen im Heimbeirat z.B..

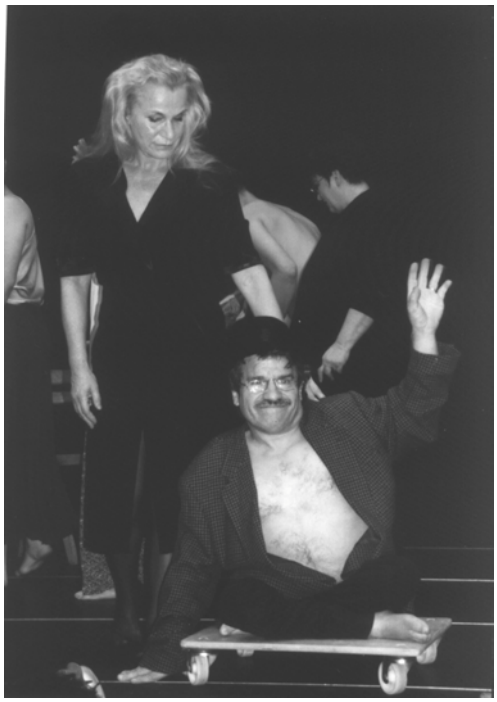
Uns scheint es sinnvoll, jeweils für den Bereich, in dem ein bestimmter Heimbeirat wohnt, eine Zuständigkeit als spezieller Ansprechpartner zu erteilen.

Unser Heimbeirat besteht aus neun im Heim lebenden Menschen - im Mai 2001 wurden wir aus 16 Kandidaten gewählt. Zur Seite steht uns eine Assistentin, die uns Arbeitsinhalt und Arbeitsvorgänge vermittelt / erklärt.

LYDIA MÜLLER
Heimbeirätin

HILDE GEBHARDT
Assistentin des Heimbeirates

Heilpädagogisches Heim Düren



Theatergruppe Villa Bunter Hund, Rüdersdorf