

Evaluation des Ambulantisierungsprogramms in Hamburg

KURZFASSUNG

Herausgeberin

Arbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (AGFW) Hamburg e. V.

Burchardstr. 19 · 20095 Hamburg · Tel. 040 231586

info@agfw-hamburg.de

www.agfw-hamburg.de



Autoren

Dr. Daniel Franz und Prof. Dr. Iris Beck

Universität Hamburg, Fakultät für Erziehungswissenschaften

Mai 2015



Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

1 Kurzfassung des Berichts

Das Hamburger Ambulantisierungsprogramm – die Verpflichtung, mehr als über 700 stationären Plätzen in ambulante Betreuungen umzuwandeln – stellt in der deutschen Hilfelandschaft nach wie vor eine große Ausnahme dar. Es hat den Charakter eines Modellprojekts und steht exemplarisch für den Versuch, neue Hilfsstrukturen zu entwickeln, die jenseits der klassischen (und vereinfachenden Logik) »ambulant versus stationär« liegen. Das Programm und die Ergebnisse der Evaluation sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden. Die überblicksartige Darstellung zwingt zu einer starken Verdichtung der Ergebnisse. Diese birgt immer die Gefahr einer Verkürzung, für ausführlichere Analysen sei daher ausdrücklich auf die jeweiligen Kapitel des Berichts verwiesen.

Das Ambulantisierungsprogramm

Im Jahr 2005 wurde in Hamburg das sog. Ambulantisierungsprogramm aufgelegt. Ziel des Programms war der Ausbau ambulanter Hilfen im Bereich der Wohnangebote für Menschen mit geistiger Behinderung. Sein Kern war die Vereinbarung, 770 stationäre Plätze in ambulant betreute Wohnsituationen umzuwandeln. Das Programm lief insgesamt von 2005-2013. Stand in der Anfangsphase noch die Umwandlung stationärer Wohngruppen als Mittel im Zentrum (der Großteil dieser Umwandlungen fand in den Jahren 2007 und 2008 statt), trat in den späteren Jahren zunehmend auch die Neugründung ambulanter Angebote hinzu. Bis zum Jahr 2011 kam es – nach eigener Erhebung – per Umwandlung oder Neugründung zu insgesamt 670 neu geschaffenen ambulanten Angeboten. Diese sind in zwei Leistungstypen organisiert: die Ambulant Betreute Wohngemeinschaft und die Ambulante Assistenz Hamburg (quer zu dieser Unterscheidung liegen die sog. Hausgemeinschaften, in der in kombinierter Form stationäre und ambulante Leistungen erbracht werden). Der formale Unterschied zwischen den Leistungstypen besteht v. a. im Umgang mit Pflegeleistungen. Zudem unterscheiden sich Angebote oft in der Größe: AWG-Angebote sind tendenziell kleiner (zwischen 5-15 Nutzer), AAH-Angebote sind oft für mehr als 25 Personen konzipiert. Die AWG- und AAH-Angebote platzieren sich in der Hilfelandschaft zwischen den ambulanten Einzelleistungen PBW/WA und den stationären Leistungen.

Das Evaluationsdesign

Im Jahr 2010 erfolgte die Kontaktaufnahme zur Universität Hamburg (Arbeitsbereich von Prof. Beck), die 2012 mit einer trägerübergreifenden, nachgelagerten Evaluation betraut wurde. Anforderungen an das Evaluationsdesign bestanden dabei

- in einer Verallgemeinerbarkeit der Bedingungen über die Spezifik der Hamburger Situation hinaus,

- in der Berücksichtigung der unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten (Nutzer, Mitarbeiter in der direkten Unterstützung, Führungskräfte, Prozessverantwortliche, Angehörige) sowie
- in der Anforderung, Aussagen über eine Praxis zu treffen, die sich weiterhin verändert und weiter entwickelt (die vorliegenden empirischen Erkenntnisse beziehen sich i. d. R. auf den Erhebungszeitraum 2012-2014).

Die Evaluation begegnet diesen Anforderungen über das Einnehmen eines dezentrierten Standpunkts, der sich aus Erkenntnissen der Lebenslagenforschung, zu Belastung und Bewältigungshandeln sowie der Theorie sozialer Dienstleistungen (insbesondere Implementationsforschung) speist. Dies ermöglicht, das Ambulantisierungsprogramm als einen Schritt im Wandel des Hilfesystems von der institutionellen zur personalen Orientierung einzuordnen. Als Indikatoren für die Bewertung des Ambulantisierungsprogramms wurden ausgewählt:

Nutzerbezogene Indikatoren:

- N1. Die »Zufriedenheit« mit Leistungen und Aspekte der Wohnqualität aus Sicht der Nutzer.
- N2. Die Einhaltung von Qualitätsstandards (in Bezug auf IHP, Wahlmöglichkeiten im Alltag, Partizipation, Sozialraumorientierung).
- N3. Die Veränderung durch das Programm, verstanden als Erhöhung von Autonomie und Selbstbestimmung.
- N4. Die Bedarfsgerechtigkeit der *individuellen* Hilfeleistung (IHP, individuelle Gestaltung der Hilfen).
- N5. Die Gewährleistung selbstbestimmten Lebens mit personenzentrierter Unterstützung auch in stationären Settings.

Strukturbezogene Indikatoren:

- S1. Die Bedarfsgerechtigkeit auf das Hilfesystem bezogen: Lücken, Überangebote, spezifische Bedarfslagen etc.
- S2. Die Verbesserung der Bedingungen für Teilhabe.
- S3. Die Verbesserung der Rahmenbedingungen, um auch Angebote für Menschen mit hohem Hilfebedarf machen zu können (HBG 4 und 5).
- S4. Die Veränderungen für Mitarbeiter und Angehörige.

Das Evaluationsdesign ist als »mixed-methods« Design angelegt, sein Kern war eine 2013 durchgeführte Nutzerbefragung mit knapp 200 Teilnehmern aus allen Leistungsbereichen der wohnbezogenen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Darüber hinaus wurden Fachkräfte, Angehörige und Führungskräfte befragt sowie zentrale Dokumente analysiert. Im Einzelnen wurden folgende Erhebungsschritte vorgenommen:

1. Vorerhebung zur Platzzahlentwicklung.
2. Sekundärauswertung der von den Trägern durchgeführten Evaluationen.
3. Dokumentenanalysen (Konsenspapiere 1 und 2).
4. Leitfadengestützte Interviews mit Prozessverantwortlichen bei insgesamt sieben Trägern.
5. Zwei vorbereitende Gruppendiskussionen mit Mitarbeitern bzw. Angehörigen.
6. Fragebogengestützte mündliche Befragung von ca. 200 Nutzern aller Leistungstypen.

7. Qualitative Netzwerkanalysen bei 19 Nutzern unterschiedlicher Leistungstypen.
8. Vier Experteninterviews mit Leitungskräften zu Unterstützungssettings für Menschen mit hohem Hilfebedarf.
9. Schriftliche Befragung von ca. 50 Mitarbeitern in den Leistungstypen AAH und AWG.
10. Schriftliche Befragung von ca. 50 Angehörigen/gesetzlichen Betreuern¹.

Ergebnisse der Forschungsarbeit im Überblick

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation in Kurzform präsentiert. Diese ist dabei in weiten Teilen identisch mit der Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse in Kap. 7.

Die Ambulantisierung hat zu einer deutlichen Veränderung des Leistungsspektrums der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung beigetragen. In den neu entstandenen Leistungstypen kommt es dabei – mit leichten Unterschieden in Abhängigkeit vom Leistungstyp – zu einer **veränderten Arbeitsteilung** zwischen Dienstleistern der Eingliederungshilfe, Pflegediensten und gesetzlichen Betreuern. Diese veränderte Arbeitsteilung zieht dementsprechend auch Veränderungen für die beteiligten Personengruppen nach sich (exemplarisch lässt sich diese an den Unterstützungssettings für Menschen mit hohem Hilfebedarf ablesen). Aus der Perspektive des Dienstleisters der Eingliederungshilfe kann die veränderte Arbeitsteilung als Entlastung wahrgenommen werden, da Aufgaben an die primär zuständigen Stellen »zurückgegeben« werden. Die Zusammenarbeit zwischen den Leistungsträgern ist dabei nicht an allen Stellen problemlos.

Strukturelle Veränderungen

Im Rahmen der Ambulantisierung sind zwei **neue Leistungstypen** entstanden: die Ambulante Betreute Wohngemeinschaft und die Ambulante Assistenz Hamburg. Die damit einhergehende Verbreiterung des Angebots hat verschiedene Folgen:

- Das Leben in den ambulanten Settings hat zu einer **Normalisierung von Lebensbedingungen** beigetragen (Status als Mieter, formale Trennung von Miet- und Betreuungsvertrag). Die Notwendigkeit dieser Bewegung zeigt sich auch an den alternativen Wohnwünschen der Nutzer, die i. d. R. auf anerkannte Lebensformen im Erwachsenenalter zielen (Leben alleine in einer Wohnung/mit dem Partner zusammen).
- Die Verbreiterung der Angebotspalette führt grundsätzlich zu mehr **Wahlmöglichkeiten** auf Seiten der Nutzer. Diese Wahlmöglichkeiten erstrecken sich jedoch nicht gleichmäßig auf alle Personengruppen: Menschen mit hohem Hilfebedarf stehen vor eingeschränkten Wahlmöglichkeiten, da für sie nicht bei allen Dienstleistern Angebote vorhanden sind.
- Diese Erweiterung der Wahlmöglichkeiten hat jedoch nur in begrenztem Maße zu einer erhöhten **Durchlässigkeit** im Hilfesystem beigetragen: Zwar bestand in den Umwandlungsprozessen eine formale Rückkehrmöglichkeit ins stationäre Hilfesystem, die sich in der Zusammenarbeit mit dem Leistungsträger weitgehend unproblematisch

¹ Für diesen Befragungsschritt konnten jedoch nur 19 Teilnehmer gewonnen werden.

gestaltet haben, in der Praxis kann es dabei aber zu deutlichen Wartezeiten kommen. Insgesamt zeigt sich, dass trotz der Verbreiterung der Angebotspalette die einzelnen Angebote in ihrer Reichweite weiterhin begrenzt bleiben. Die Logik des Hilfesystems, in der die Zuordnung zu Leistungstypen primär anhand der Quantität des Hilfebedarfs erfolgt, wirkt weitgehend ungebrochen weiter.

- Damit in Verbindung stehen die Rückwirkungen auf die **stationären Leistungen**: Die Ambulantisierung hat dazu geführt, dass im Bereich der stationären Leistungen vermehrt Menschen mit hohem Hilfebedarf unterstützt werden. Sie bilden mittlerweile die Mehrheit der Nutzer in diesem Leistungstyp. Es droht die Gefahr, dass die stationären Angebote in Zukunft ausschließlich für diesen Personenkreis zuständig sind.

Die Einschätzungen zu fehlenden Hilfen beziehen sich – aus der Perspektive von Mitarbeitern – v. a. auf hauswirtschaftliche und psychotherapeutische Hilfen. Zudem wird aus der Perspektive der Prozessverantwortlichen die Frage der Unterstützungssettings für Menschen mit hohem Hilfebedarf sowie für komplexe Bedarfslagen (z. B. geistige Behinderung und psychische Erkrankung, Alterungsprozesse) betont.

Auswirkungen auf die Lebenssituation der Nutzer

Jenseits der Veränderung des Strukturmerkmals von »stationär« zu »ambulant« wurde die Ambulantisierung als Anlass verstanden, die konzeptionell-inhaltliche Arbeit weiter zu entwickeln. Viele der beschriebenen Veränderungen hängen eher an diesen fachlichen Weiterentwicklungen als an dem Statusmerkmal »ambulant«. Dabei handelt es sich um:

- Eine **Individualisierung** der Leistungserbringung, gefasst unter dem Schlagwort »vom Dienstplan zum Einsatzplan«. Zudem kommt es zu einer stärkeren Differenzierung von individuellen und gruppenbezogenen Leistungen.
- Mehr **Selbstbestimmung**: In allen Fremdeinschätzungen zur Lebenssituation der Nutzer wird von einer Erhöhung der Selbstbestimmung im Alltag berichtet.
- Einer stärkere **Ausrichtung am Sozialraum** (und damit verbunden einer Intensivierung von Kooperationsbeziehungen).

Ein direkter Zusammenhang mit der Veränderung des Strukturmerkmals besteht lediglich in der Statusveränderung hin zum **Mieter**. Diese kann eine Symbolwirkung entfalten; der Umzug in privaten Wohnraum und die Statusveränderung markieren dabei eine Schwelle, deren Überschreitung einen veränderten Umgang nach sich zieht. Im Idealfall (!) kommt es dabei zu einem **positiven Kreislauf**: Die Umstellung auf eine ambulante Leistungserbringung (in Verbindung mit den konzeptionellen Veränderungen) ermöglicht mehr Selbstbestimmung im Alltag und mehr Verantwortung für die eigene Lebensführung zu übernehmen. Diese führen zu einer Erweiterung von Kompetenzen und Selbständigkeit, die wiederum die Abhängigkeit von Hilfen verringern.

Dabei handelt es sich jedoch keineswegs um einen Selbstläufer. Das zeigt sich daran, dass der Unterschied zwischen den Leistungstypen nicht für alle Nutzer im Alltag erlebbar ist (und somit auch keine emanzipierende Wirkung entfalten kann). In diesem Fall besteht die Gefahr, dass im Kern die gleiche Praxis unter verändertem Namen weiter besteht. Zudem kann die erhöhte Verantwortung mit einer Erhöhung/**Veränderung des Hilfebedarfs** einhergehen.

Diese kann temporärer Natur sein und sich v. a. auf die Gestaltung der Übergangssituation beziehen. Eine erhöhte Verantwortung für die eigene Lebenssituation kann sich aber auch dauerhaft als erhöhter Bedarf an Unterstützung niederschlagen. Stehen den Nutzern keine ausreichenden Hilfen zur Verfügung, kann dies zu einer Überforderung führen, die dann in einer **negative Spirale** mündet: Die Veränderungen in der Lebenssituation führen zu einer Erhöhung des Hilfebedarfs, wird diesem nicht adäquat begegnet, kommt es dauerhaft zu Überforderung und zu einem Scheitern an und in den neuen Bedingungen. In diesem Sinne lassen sich die mit der Ambulantisierung verbundenen Veränderungen auch als **riskante Chance** (Thimm 2001) fassen: Sie ermöglichen eine Zunahme an Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung, enthalten aber auch ein erhöhtes Risiko des Scheiterns.

Als eine **Gelingsbedingung** ließe sich daher formulieren, dass es nicht bei einer rein formalen Umwandlung geblieben ist, sondern damit auch eine konzeptionellen Weiterentwicklung der Arbeit verbunden war. Außerdem braucht es ein Bewusstsein dafür, dass es – gerade in der Gestaltung von Übergangssituationen – zu einer Erhöhung des Bedarfs an Unterstützung kommen kann.

Auswirkungen auf die Arbeitssituation von Mitarbeitern

Die Ambulantisierung hat für Mitarbeiter veränderte Arbeitsaufgaben mit sich gebracht und z. T. auch die Wahrnehmung der eigenen Rolle verändert. Insbesondere letzteres steht aber – ähnlich wie die Veränderungen bei den Nutzern – primär im Zusammenhang mit konzeptionellen und weniger mit strukturellen Veränderungen.

Auf der Ebene der **konkreten Arbeitsaufgaben** ist es zu erhöhten Anforderungen bezüglich der Unterstützung der Nutzer bei finanziellen Fragen/bei Behördenkontakten sowie der sozialräumlichen Arbeit gekommen wie z. B. Koordination und Kooperation oder der Pflege von Kontakten im Sozialraum. Insbesondere bei letzterem Punkt kommt es jedoch zu einer Diskrepanz zwischen der Bedeutung, die diesem Punkt von Leitungen *und* Mitarbeitern beigemessen wird auf der einen Seite und der dafür zur Verfügung stehenden Zeit und dem von Mitarbeitern wahrgenommenen Qualifikationsniveau auf der anderen Seite. Angesichts der deutlich gewachsenen Bedeutung sozialräumlicher Arbeit zeigt sich hier Handlungsbedarf.

Im Hinblick auf die Zunahme koordinierender Tätigkeiten weisen die Ergebnisse der Nutzerbefragung darauf hin, dass die **Bedeutung der Mitarbeiter im Alltag** nur dann deutlich abnimmt, wenn ihre Aufgaben verlässlich – und dem Anspruch nach vollständig – von anderen Funktionsträgern übernommen werden (z. B. Pflegedienst, gesetzliche Betreuung). Die Mitarbeiter stehen also in einer doppelten Anforderung

- verstärkt koordinierend und kooperierend tätig zu sein sowie
- in vielen Lebensbereichen weiterhin zentrale Ansprechpartner der Nutzer zu sein.

Das Spannungsfeld der beiden Aspekte zeigt sich besonders deutlich an der Lebenssituation von Menschen mit hohem Hilfebedarf. Die Mitarbeiter stehen vor der Anforderung, eine erhöhte Präsenz – bis hin zu umfassenden Hilfen im Zusammenhang mit allen Alltagsaktivitäten – sowie einer engen Begleitung der Lebenssituation zu leisten und gleichzeitig die Rolle eines Koordinators zu übernehmen. Ob dieses Spannungsfeld im Alltag spürbar ist und wie es von Mitarbeitern bearbeitet wird, lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht ableiten.

Diese doppelte Anforderung zeigt sich auch bezüglich der Wahrnehmung der **beruflichen Rolle**: einerseits führt sie weg vom Arbeiten »an der Person« hin zum Arbeiten »mit der Person« in Form einer stärker individualisierten Leistungserbringung. Zudem zeigt sich, dass die erweiterten Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Nutzer für Mitarbeiter auch bedeuten, sich im Alltag zurück zu nehmen. Andererseits erfordert die veränderte Wahrnehmung der Rolle eine stärkere Ausrichtung der Arbeit am Umfeld. Das Spannungsverhältnis zwischen diesen beiden Feldern kann prinzipiell aufgelöst werden, wenn deutlich wird, dass eine personale Orientierung *immer* auch eine sozialräumliche Komponente beinhaltet. Es gilt aber, eine konzeptionelle Überfrachtung der Mitarbeiterrolle zu vermeiden, z. B. indem die Zuordnung dieser Aufgaben zu unterschiedlichen Arbeitsebenen erfolgt (Franz & Beck 2007).

Auswirkungen auf die Situation von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern

Im Hinblick auf die Situation von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern muss angemerkt werden, dass sich auf der Grundlage der vorliegenden Daten nur sehr begrenzte Aussagen treffen lassen. Diese weisen darauf hin, dass in Bezug auf Angehörige an verschiedenen Stellen von **Sorgen und Bedenken** im Vorfeld der Umwandlungen berichtet wird: Diese beziehen sich v. a. auf die Vermutung, bei der Ambulantisierung handele es sich um eine Sparmaßnahme, Sorgen bezüglich Einsamkeit oder Verwahrlosung sowie auf die Befürchtung, wieder mehr Verantwortung im Leben der Angehörigen übernehmen zu müssen. Im Nachhinein haben sich manche dieser Befürchtungen als unbegründet herausgestellt und sich viele Bedenken aufgelöst.

Allerdings führt die veränderte Arbeitsteilung in den ambulanten Wohnformen zu erhöhten Anforderungen an die gesetzlichen Betreuer (Mietvertrag, Betreuungsvertrag, evtl. Pflege, Finanzen). Insbesondere aus der Perspektive von Angehörigen, die als gesetzliche Betreuer tätig sind, muss dies als deutliche **Mehrbelastung** gefasst werden. Die Sorge, wieder mehr Aufgaben und Verantwortung übernehmen zu müssen, scheint sich also zumindest für diese Teilgruppe bewahrheitet zu haben². Es besteht die Möglichkeit, dass dies in der Folge eine Zunahme von Berufsbetreuungen nach sich zieht. Ob und wie sehr diese Belastung auch als solche erlebt wird, wird aus den vorliegenden Daten nicht deutlich. Es ist jedoch empirisch breit belegt, dass es bei Angehörigen von Menschen mit Behinderung stärker als bei anderen Personengruppen zu Belastungen kommt.

Grundlegend verstehen sich die Angehörigen, die sich aktiv in die Gestaltung der Unterstützungsstrukturen einbringen, als **kritische Begleiter der Dienstleistung**. Diese kritische Begleitung zeichnet sich durch eine eigenständige Perspektive auf die Dienstleistung aus. Unter dieser Grundannahme gehören Konflikte zwischen Angehörigen und Mitarbeitern notwendig zum Alltag. Die entscheidende Frage wäre, ob sich ein produktiver Umgang mit ihnen finden lässt.

² Hierbei ist zu beachten, dass die veränderte Arbeitsteilung aus unterschiedlichen Perspektiven sehr unterschiedliche Gestalt annimmt: Aus der Perspektive der Dienstleister erscheint sie v. a. als eine Rückgabe von Verantwortung an die ursprünglich zuständigen Stellen, aus der Perspektive der gesetzlichen Betreuer kann sie – je nach konkreter Lebenssituation – deutliche Mehrbelastungen nach sich ziehen.

Erkenntnisse zur aktuellen Lebenssituation

Im Hinblick auf die aktuelle Lebenssituation der Nutzer lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassend darstellen:

1. Die »neuen« Leistungstypen AWG und AAH reihen sich weitgehend nahtlos in die Angebotspalette ein. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Nutzer in diesen Leistungstypen signifikant weniger zufrieden sind als in anderen Leistungstypen.
2. Bezogen auf die Gesamtpalette der Angebote gestaltet sich die Selbstbestimmung im Alltag an vielen Stellen gut. Es kommt allerdings zu leichten Korrelationen mit dem Leistungstyp; im stationären Bereich sind z. T. niedrigere Werte zu verzeichnen.

Handlungsbedarf ergibt sich u. E. in folgenden Bereichen:

Dem **Erleben von Angst**: Zwar wird dieses nur von einem geringen Teil der Befragten geäußert, dennoch sind hier Werte von bis zu 20% zu verzeichnen. In quantitativ unterschiedlichem Ausmaß kommt es dabei zu Angst in der Wohnung, vor Mitbewohnern oder Mitarbeitern. Handlungsbedarf besteht hier hinsichtlich:

- des sehr intimen Lebensbereichs Wohnen, der primär die Funktion eines Schutz- und Erholungsraumes erfüllen soll (Pieda & Schulz 1990). Hier wäre zudem zu prüfen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Erleben von Angst und den in Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung skeptischen Einschätzungen zur zeitlichen Auskömmlichkeit der Hilfen – zumindest im Rahmen von AAH- und AWG-Leistungen – gibt;
- der Abhängigkeitsverhältnisse, in denen Nutzer zu Mitarbeitern stehen. »Hilfe« ist ein im Kern asymmetrisches Handlungsmuster (es gibt einen »Helfenden« und einen »Hilfeempfänger«); diese Asymmetrie lässt sich in formalisierten Hilfebeziehungen nie vollständig auflösen oder ausgleichen (Franz 2014, 27). Gerade deshalb müssten sich Mitarbeiter dieser sowie den daraus entstehenden Folgen bewusst sein.

Soziale Eingebundenheit/Einsamkeit: Die Netzwerkanalysen weisen auf tendenziell reduzierte und mehrfachgebundene Netzwerke mit einer hohen Dichte bei den Nutzern hin. Damit korrespondiert in der Nutzerbefragung das deutliche Erleben von Einsamkeit (positive Ausnahmen sind die vergleichsweise hohe Präsenz eines Confidants sowie die Tatsache, dass nicht alle Kontakte ausschließlich unterstützungsrelevant sind). Dennoch zeichnet sich ein Bild ab, in dem die Optionen bezüglich »echter« Freundschaftskontakte eingeschränkt zu sein scheinen.

Dazu sind die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung in Kontext zu setzen: Die Förderung sozialer Kontakte wird zwar nicht als das wichtigste, aber als eines der wichtigsten Ziele benannt, dennoch kommt es zu Diskrepanzen mit der dafür aufgewendeten Zeit und dem wahrgenommenen Qualifikationsniveau (insbesondere bezüglich der Pflege von Kontakten im Sozialraum).

Im Hinblick auf die Einschätzungen von Angehörigen zeigt sich, dass die geäußerten Sorgen vor Einsamkeit nicht unbegründet sind. Jedoch lässt sich in der Nutzerbefragung kein Zusammenhang zwischen dem Leben in Wohngemeinschaften und einem geringeren Erleben von Einsamkeit zeigen. Die Ergebnisse weisen vielmehr darauf hin, dass das Gefühl des Al-

leinseins weniger mit faktischen Kontakten, sondern eher mit der Frage der Kontrolle über die eigene Lebenssituation zusammenhängt.

Dem Status der **Mitbewohner**: Wiederum im Lichte des intimen und privaten Lebensbereichs Wohnen zeigen sich Unzufriedenheitsäußerungen bezüglich der Mitbewohner in Wohngemeinschaftssettings. Zudem zeigen die Netzwerkanalysen, dass die Nutzer i. d. R. zwischen der nur bedingt selbstgewählten Beziehung zu »Mitbewohnern« und der selbstgewählten Beziehung zu »Freunden« deutlich differenzieren. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass ein Wohngemeinschaftssetting per se eine Unterstützungsquelle ist. Für einige Nutzer stellen sie vielmehr eine Belastung im Alltag dar, die sich z. B. im Erleben von Angst vor Mitbewohnern äußert. Handlungsbedarf besteht hier einerseits in der Gestaltung des Alltags in einer Form, die den Nutzern mehr Kontrolle darüber ermöglicht, wie und wie intensiv sie den Kontakt zu ihren Mitbewohnern gestalten sowie in der Frage des Einflusses auf die Auswahl von Mitbewohnern.

Bereits bei den strukturellen Auswirkungen wurde deutlich, dass der Ambulantisierungsprozess nicht spurlos an den **stationären Einrichtungen** vorüber gegangen ist. In der Logik des Hilfesystems, in der die Zuordnung zu Leistungstypen primär anhand der Höhe des Hilfebedarfs erfolgt, werden Menschen mit hohem Hilfebedarf verstärkt im Rahmen stationärer Settings unterstützt. Hier zeigen sich z. T. bedenkliche Werte, wenn es um die soziale Eingebundenheit geht (insbesondere bezüglich Freunden außerhalb des Wohnhauses). Dies korrespondiert zudem mit einem verstärkten Erleben von Einsamkeit. Zudem kommt es tendenziell zu höheren Werten, wenn wenige Mitarbeiter gemocht werden oder es um Angst vor Mitarbeitern oder Ärger über Mitarbeiter geht³.

Qualitätsstandards in der Eingliederungshilfe

Die **individuelle Hilfeplanung** ist v. a. in der Einschätzung der Prozessverantwortlichen die Grundlage der Leistungserbringung unabhängig vom Leistungstyp. Einige Interviewpartner betonen jedoch, dass in ambulanten Settings eine stärkere Kopplung zwischen Inhalten der Betreuung, Hilfeplan und bewilligten Ressourcen vorliegt. Auch die Mitarbeiter verstehen sie – neben dem Aspekt der Kostensicherung – v. a. als Grundlage ihrer eigenen Tätigkeit. Im Hinblick auf die Bekanntheit bei den Nutzern zeigt sich aber, dass fast 1/3 der Nutzer nicht wissen, ob es eine Hilfeplanung für sie gibt (dementsprechend kann sie auch keinen Einfluss auf das Erleben von Kontrolle über die eigene Lebenssituation entfalten). Hier besteht Entwicklungsbedarf auf der Ebene methodischer Umsetzungen, um die Relevanz der Hilfeplanung für die Lebensführung der Nutzer zu erhöhen und nachvollziehbar zu machen.

Im Hinblick auf die Möglichkeiten zur **Mitbestimmung im Alltag** ist positiv anzumerken, dass ein Großteil der Befragten Beschwerdemöglichkeiten kennt und benennt. I. d. R. sind dabei Mitarbeiter und Leitungen die ersten Ansprechpartner. Jedoch sinkt der Bekanntheitsgrad von Interessenvertretungen deutlich mit dem Bezug von PBW-/WA-Leistungen und bei Nutzern, die in die HBG 4 eingruppiert sind. In Bezug auf die PBW-/WA-Leistungen könnte dies ein Hinweis auf eine Implementationsproblematik sein, denn längst nicht überall existie-

³ Zu beachten ist in diesem Zusammenhang die höhere Angewiesenheit des Personenkreises auf Hilfen sowie daraus folgend die höhere Bedeutung der Mitarbeiter für die Lebensführung. Die erhöhte Präsenz und Bedeutung verstärkt dabei auch das Konfliktpotenzial zwischen Mitarbeitern und Nutzern.

ren Interessenvertretungen im ambulanten Bereich. Bei den Nutzern, die der HBG 4 zugeordnet sind, ist eher von einem Informationsvermittlungsproblem auszugehen, da Interessenvertretungen hier weitgehend etabliert sind. Insgesamt entsteht der Eindruck, dass insbesondere formalisierte Mitbestimmungsmöglichkeiten (Interessenvertretung, Beschwerdemöglichkeiten, Hilfeplankonferenzen) fester im Alltag verankert werden könnten.

Kontextbedingungen für die Partizipationschancen der Nutzer

Die strukturellen Bedingungen für Teilhabe können als Kontextfaktoren für die Gestaltung der Unterstützungssituation gefasst werden. Als solche können sie Auswirkungen auf die Lebenssituation und die Gestaltung von Hilfesettings entfalten, die die Gestalt von Förderfaktoren oder Barrieren annehmen können.

Als eine der größten Barrieren im Umwandlungsprozess hat sich der **Zugang zu Wohnraum** herausgestellt. Neben der Frage der Verfügbarkeit von Wohnraum an sich sind hier Fragen des Zugangs zu klären (inkl. Vermietung, Unter- und Weitervermietung, Mietverhältnisse in Wohngemeinschaften). Die meisten Träger sind im Prozess dazu übergegangen, selbst Wohnraum anzumieten und diesen dann an die Nutzer weiter zu vermieten. Die damit einhergehende Doppelrolle als Vermieter und Erbringer wird als problematisch, aber weitgehend alternativlos beschrieben. Hinsichtlich der Aufnahmebereitschaft in den Stadtteilen zeigt sich, dass es hier zwar zu einer deutlichen Normalisierung gekommen ist und sich diese weitgehend unproblematisch gestaltet. Geht es jedoch um Angebot für Nutzer mit »auffälliger« oder »herausforderndes Verhalten«, kann es auch weiterhin zu Widerständen in der Bevölkerung kommen.

Die Angebote der **sozialen Treffpunkte** wurden als begleitende Maßnahme im Zusammenhang mit der Ambulantisierung ins Leben gerufen (sie waren jedoch nicht Teil des Evaluationsdesigns, sodass hier nur sehr begrenzte Ergebnisse präsentiert werden können). Knapp die Mehrzahl der Nutzer besucht die Angebote dieser Treffpunkte. Bezieht man die lange Zeit unsichere Finanzierung der Treffpunktarbeit und die Tatsache, dass hier eine komplett neue Infrastruktur aufgebaut werden musste (im Gegensatz zur Ambulantisierung selber, die ja im Kern eine Umwandlung bestehender Einrichtungen war) mit ein, sind diese Zahlen u. E. aber durchaus beachtlich. Die Treffpunkte stehen vor der Anforderung, gleichzeitig niedrigschwellige Freizeit-, Kultur- und Bildungsangebote für die Nutzer der Dienstleistungen auszubringen, als auch eine Begegnungsstätte für alle Bürger im Stadtteil zu sein. Hier sind u. E. dringend Fragen des Handlungsauftrags (Ort der Dienstleistungserbringung für Nutzer versus Ort der Inklusion und der Begegnung) und in der Folge auch der Finanzierungsform zu klären, um eine konzeptionelle Überfrachtung der Treffpunkte zu vermeiden.

Im Zusammenhang mit der Ambulantisierung – und den Veränderungen der Eingliederungshilfelandchaft insgesamt – ist es zu einem Ausbau an **Kooperationsbeziehungen** gekommen. Exemplarisch für diesen Wandel stehen dabei die in gemeinsamer Trägerschaft angebotenen sozialen Treffpunkte. Diese Entwicklung ist zu begrüßen, u. E. wäre jedoch zu klären, wie sich die gestiegenen Anforderungen an Kooperation zu den gleichzeitig bestehenden faktischen Konkurrenzverhältnissen zwischen den Trägern gestalten.

Die **Zusammenarbeit mit Freiwilligen** wurde in unterschiedlichem Ausmaß bei den Trägern umgesetzt. Neben etablierten Einrichtungen spielen hierbei v. a. die sozialen Treffpunkte als Anlaufpunkte eine große Rolle. Auch wenn es hier an einzelnen Stellen zu beeindruckenden Ergebnissen kommt, zeigt sich aus der Perspektive der Nutzer deutlich, dass die Einbindung freiwilligen Helfer in den Alltag weiterhin eine deutliche Ausnahme bleibt. Hier ist zu beachten, dass u. U. ein Missverhältnis zwischen dem notwendig geringeren Grad an Verlässlichkeit bei freiwilligen Hilfen und dem Bedarf auf Seiten der Nutzer nach einem stabilen und verlässlichen Kontakt besteht.

Unterstützungssettings für Menschen mit hohem Hilfebedarf

Sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Erhebungsschritte weisen darauf hin, dass es nur in begrenztem Ausmaß gelungen ist, Menschen mit hohem Hilfebedarf im Rahmen ambulanter Angebote zu unterstützen. Dies deckt sich mit den Befürchtungen von Angehörigen, dass es im Zusammenhang mit Ambulantisierungsprozessen zu einer verstärkten **Zuordnung der Nutzer nach der Höhe des Hilfebedarfs** kommt. Hier besteht die deutliche Gefahr, dass die stationären Einrichtungen von den konzeptionellen Weiterentwicklungen der Behindertenhilfe abgeschnitten werden und tendenziell zu reinen Schwerbehinderteneinrichtungen werden. Für den Ambulantisierungsprozess wird diese Problematik ebenfalls gesehen und das Modell der Hausgemeinschaften als pragmatische Alternative positiv hervorgehoben. In der Koordination zwischen Eingliederungshilfe- und Pflegeleistungen kann es dabei zu Problemen kommen, die sich auf Zuständigkeiten, Finanzierung, Prüfkriterien u. ä. beziehen.

Neben der grundlegenden Frage finanzieller Ressourcen zeigt sich, dass die Plätze in konkreten Angeboten für den Personenkreis strukturell begrenzt sind. Diese strukturelle Begrenztheit ergibt sich aus der Tatsache, dass die Angebote i. d. R. mit einer **Bündelung von Ressourcen** operieren, um ein zeitlich umfassendes Angebot zu ermöglichen. Mit dieser geht aber eine gewisse Betriebsgröße einher. Weder erreichen alle Angebote diese Betriebsgröße noch werden Angebote in dieser Größe von allen Trägern ausgebracht. Dies schlägt sich in der Lebenssituation der Nutzer als eine Einschränkung von Wahlmöglichkeiten nieder.

Zudem geht mit der Betriebsgröße ein **Grad an Organisation** einher, der mit dem Anspruch, Unterstützung im Rahmen privater Wohnräume anzubieten, in Konflikt geraten kann (es müssen Diensträume vorhanden sein, die die Aufbewahrung von Dokumentationen, Medikamenten etc. ermöglichen; die Bereitstellung einer Nachtbereitschaft setzt voraus, dass es einen Raum für Mitarbeiter gibt; mit der Zahl der Nutzer steigt die Zahl der Mitarbeiter, was Folgen für Dienstplangestaltung, Übergaben etc. nach sich zieht).

Die **Anforderungen an Mitarbeiter** in der Unterstützung des Personenkreises lassen sich als erhöhte Präsenz bis hin zu umfassenden Hilfen im Zusammenhang mit allen Alltagsaktivitäten (Mobilität, stellvertretende Ausführung, Strukturierung des Alltags) sowie einer engen Begleitung der Lebenssituation fassen. Die Mitarbeiter sind unverzichtbarer und z. T. zentraler Bezugspunkt der Alltagsgestaltung. Auf der anderen Seite erhöht die veränderte Arbeitsteilung in ambulanten Settings an vielen Stellen den Aufwand an Koordination und Kooperation.

Im Hinblick auf den Wechsel zwischen Leistungsformen zeigt sich, dass der Wechsel vom ambulanten in ein stationäres Setting weitaus problematischer ist als umgekehrt. Für die stationären Leistungen wird einerseits von einem Wettbewerb um die weniger beeinträchtigten Bewohner und andererseits von einer geringen Fluktuation im Hinblick auf stärker beeinträchtigte Bewohner berichtet. Zudem steigen – unabhängig vom Leistungstyp – mit dem Hilfebedarf auch die Anforderungen an den Wohnraum (Barrierefreiheit, Lage etc.). Beides kann sich auf Seiten der Nutzer in deutlich **verlängerten Wartezeiten** niederschlagen. Zudem zeigt sich, dass der Bekanntheitsgrad an Interessenvertretungen bei diesem Personenkreis deutlich niedriger ist. Gerade bei hoher sozialer Abhängigkeit wäre das Wissen um Interessenvertretungen ein wesentlicher Faktor für das Erleben von Kontrolle in der eigenen Lebenssituation. Außerdem gibt es Hinweise auf deutlich reduziertere Netzwerke bei Menschen mit hohem Hilfebedarf (insbesondere Freunde außerhalb des Wohnhauses). Insgesamt zeigt sich dabei, dass mit einem erhöhten Bedarf an Hilfen auch deutlich **höhere Exklusionsrisiken** einhergehen.

Zentrale Themen und Herausforderungen für die Weiterentwicklung von Hilfen

Im bundesweiten Vergleich hat die Implementation des Ambulantisierungsprogramms für eine sehr hohe Zahl von Nutzern zu Veränderungen ihrer Wohnsituation geführt. Der politische Wille kann ebenso wie die Bereitschaft der Leistungsanbieter zum Wandel und die Zusammenarbeit aller Statusgruppen als eine wesentliche Bedingung dafür angesehen werden. Die Angebotslandschaft in Hamburg hat sich deutlich vervielfältigt und die Vielfalt an Leistungsformen stellt zugleich die Voraussetzung dafür dar, dass stationäre Plätze abgebaut werden konnten. Als ebenso unerlässlich können die Kooperation und Vernetzung, der Finanzierungs- und Leistungsmix, Flexibilität der Formen und strukturell gesicherte Übergangsmöglichkeiten sowie die zwar nicht ideale, aber offensichtlich nicht zu vermeidende Wohnraumbeschaffung durch die Leistungsanbieter betrachtet werden. Mit Blick auf die sozialräumliche Einbindung, die Gewährleistung der Flexibilität und insbesondere die Unterstützung von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf kommt der Kooperation, auch unterschiedlicher Anbieter, eine besondere Bedeutung zu. Auf der Basis der gewonnenen Ergebnisse sowie im Vergleich zu früheren Erhebungen in Hamburg sowie zu weiteren Studien lassen sich zusammenfassend verschiedene Problemstellen und Herausforderungen für die Weiterentwicklung von Hilfen benennen. Diese beziehen sich auf:

- Soziale Beziehungen bzw. soziale Netzwerke der Nutzer;
- Selbstständigkeit und Mit- und Selbstbestimmung;
- Sozialräumliche Einbindung, Aufgaben der Mitarbeiter und Ziele der Gemeinwesen-einbindung;
- Komplexer Unterstützungsbedarf und Durchbrechen der institutionellen Orientierung (Logik der Koppelung von Angebotsform und Hilfebedarf).

Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung

Zusammengefasst zeichnen sich in der Evaluation für den Bereich der sozialen Beziehungen, von den Nachbarschaftskontakten abgesehen, im Vergleich zu früheren Untersuchungen nur geringe Veränderungen: Das Bild der räumlich nahen, dichten, vergleichsweise kleinen und

stark formell dominierten Netzwerke der qualitativen Netzwerkanalysen bleibt weitgehend bestehen. Hier zeigt sich deutlicher Handlungsbedarf. Aber es sind auch Chancen der dezentralisierten und ambulanten Wohnformen erkennbar: Nachbarn werden zumindest stärker wahrgenommen; die Chancen, sich in anderen Umfeldern erleben zu können (z. B. in sozialen Treffpunkten oder beim Einkaufen) sind höher; Zwangskontakte, die sich allein durch die Binnenzentrierung von Einrichtungen, z. B. festgelegte und für alle verbindliche Essenszeiten oder Freizeitaktivitäten, ergeben, nehmen ab, ebenso (aber nur leicht) Ängste und Belastungen. Es ist zu vermuten, dass damit auch das Stress-Erleben reduziert und das psychische Wohlbefinden gefördert wird.

Die Effekte sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden und die soziale Eingebundenheit sind dabei nicht zu unterschätzen: Sie wirkt einmal als »Direkteffekt«, auf das Gefühl der Zugehörigkeit. Dieses ist in der Regel im Alltag eher unbewusst; bemerkt werden i. d. R. ein Ausbleiben (z. B. wenn man von einem Bekannten plötzlich nicht mehr begrüßt wird) oder negative Interaktionen. In der Evaluation, aber auch in den herangezogenen Studien, zeichnet sich diesbezüglich eindeutig ein Problemfeld ab, und zwar weit vor der Frage nach der Einbindung der Nutzer in Kontakte im Gemeinwesen. Der zweite Effekt sozialer Unterstützung bezieht sich auf eine abpuffernde Wirkung in Stress- und Belastungssituationen. Die Netzwerkanalysen haben verdeutlicht, dass die Nutzer nur über einen kleinen Kreis von Personen verfügen, die relevante Unterstützungsleistungen erbringen. Zwar haben fast alle Nutzer eine Vertrauensperson oder jemanden, mit dem sie über Probleme sprechen können, aber eben nicht alle und gleichzeitig äußert ein recht hoher Prozentsatz auch Gefühle der Einsamkeit. Auch vor dem Hintergrund des von Mitarbeitern geäußerten Bedarfs an psychotherapeutischen Hilfen sollten diese Ergebnisse dringlich Beachtung finden.

Die bedeutendste Quelle von sozialer Unterstützung stellen zudem die Mitarbeiter dar. Ihnen kommt für nahezu alle Dimensionen der Lebensführung eine wichtige Bedeutung zu. Sie fungieren als kompetente Förderer der Kompetenzen ebenso wie als Vertrauensperson, Alltagsbegleiter oder Ansprechpartner für Freizeitunternehmungen. Es muss ein deutlich stärkeres Gewicht auf die umfeldbezogenen Tätigkeiten gelegt werden; dies fängt bei der Förderung einer guten Atmosphäre und Interaktionsqualität im Alltag, in der Wohnung, im Wohnhaus, an, also im direkten, engsten Umfeld. Die sozialräumliche Orientierung sollte folglich nicht entsprechend verkürzt gedacht werden. Des Weiteren gehört hierzu die Förderung von Fähigkeiten und Möglichkeiten zum Aufbau von Partnerschaften und engen Freundschaften, die sich die Nutzer wünschen und denen eine wichtige Rolle z. B. beim Besprechen von Problemen, aber natürlich generell mit Blick auf das psychische Wohlbefinden und dessen Erhalt, zukommt. Diese Bindungen entstehen nicht von selbst, vor allem nicht »im Gemeinwesen an sich«, wo soziale Distanz, Statusungleichheit und die eingeschränkte Reziprozität der Perspektiven zwischen geistig und nicht behinderten Menschen die Begegnung beeinflussen. Die Mitarbeiter stellen für viele Nutzer erwünschte Begleiter in der »Normalität« einer Großstadt dar, die z. B. die Teilnahme an Veranstaltungen ermöglichen, aber zugleich überfordernde Erfahrungen verhindern können. Sie sind, insbesondere dort, wo die familiären oder engen freundschaftlichen Kontakte fehlen, auch Kenner der individuellen Biographie und können Kontinuität im Identitätserleben sichern helfen. Der Wandel der Tätigkeiten der Mitarbeiter, hin zu einer subsidiären anstatt einer substituierenden Funktion, sollte nicht zu einem »Entweder – Oder« führen. Eher sollte davon ausgegangen werden, dass beides notwendig ist und

die Wahl des einen oder anderen Weges sich immer erst in Abhängigkeit von der individuellen Situation und auch sich verändernder Bedarfslagen ergibt.

Selbstständigkeit und Mit- und Selbstbestimmung

Im Bereich der Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Nutzer lässt sich ein positiver Effekt nachweisen; hier sind klar Handlungsspielräume vergrößert worden. Dieser Effekt ist überaus bedeutsam, weil er in engem Zusammenhang mit zentralen Faktoren der Persönlichkeitsentwicklung und der Lebensbewältigung steht. Hier zeichnen sich positive Motivationskreisläufe im Zusammenspiel von Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und erlebter Zufriedenheit ab: Selbst wenn man in den neuen Wohnformen den Mitbewohner weiterhin nicht auswählen kann, ist man selbstbestimmter im Zusammenleben, es gibt weniger Verpflichtungen, mehr Optionen und möglicherweise eine individualisierte Unterstützung durch die Mitarbeiter. Dadurch sinken Zwangskontakte und Zwangsaktivitäten, womit bereits größere Spielräume für den Einzelnen entstehen. Selbstbestimmung und Selbstständigkeit erhöhen wiederum, sofern keine Überforderung stattfindet, das Selbstvertrauen, das Gefühl der Kontrolle und das Selbstwertgefühl und diese erhöhen bzw. stabilisieren die Handlungsfähigkeit. Diese Kreisläufe – die in Einzelfällen auch Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf einschließen – können als eindrucksvoller Nachweis der Wirkung veränderter Strukturen, Konzepte und Handlungsweisen betrachtet werden.

Aber die Ergebnisse sollten hinsichtlich der realisierten Stufen und Formen der Mit- und Selbstbestimmung auch nicht überschätzt werden: Die Fragen waren sehr begrenzt, die Interessenvertretung durch Beiräte ist als Instrument nicht ausreichend bekannt bzw. wird nicht stark genutzt und verliert so an Wirkung. Im Hinblick auf die eröffneten Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten entsteht zudem insgesamt eher das Bild, dass diese eher in der individuellen Ausgestaltung der Unterstützung als durch systematische konzeptionelle Umsetzungen entstehen.

Zudem sind diese Zugewinne voraussetzungsreich, sie erfordern die Beachtung von mehr Bedingungen als dies zurzeit der Fall ist. Hiermit gemeint sind die Förderung der Selbstwirksamkeit und des Kontrollgefühls, genaue Analysen des Passungsverhältnisses zwischen der individuellen Situation und der äußeren Anforderungsstruktur und eine deutliche Erhöhung der Partizipation (auch in Form strukturell verankerter Möglichkeiten im Alltag, der Ausweitung der Stufen und Formen sowie der Förderung der Wirksamkeit der Interessensvertretungen und Beiräte). Mit Blick auf die Partizipation und insbesondere die Förderung der sozialen Beziehungen und der sozialräumlichen Ausrichtung besteht klarer Handlungsbedarf, auch hinsichtlich der Einbindung und Rolle ehrenamtlicher Helfer. Die psychosozialen Bedürfnisse müssen größere Beachtung finden. Entsprechende Konzepte müssen verankert werden und in den Kompetenzen der Fachkräfte zum Tragen kommen (können).

Sozialräumliche Einbindung, Aufgaben der Mitarbeiter und Ziele der Gemeinweseneinbindung

Dass die physische, zum Teil auch die funktionale Integration in das Gemeinwesen (z. B. Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel) gelingt, ist weitgehend unstrittig. Aber sie ist nicht voraussetzungslos, z. B. wenn es um den angemessenen Wohnraum für Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen geht, wo das Spannungsfeld zwischen den Rechten und Bedürfnis-

sen unterschiedlicher Beteiligter – den behinderten Menschen, den Nachbarn, den Fachkräften – sich nicht immer einschränkungslos auflösen lässt. Ebenso unstrittig ist aber auch, dass die physische Präsenz die soziale Zugehörigkeit nicht zwangsläufig herbeiführt, sondern eine Gestaltungsaufgabe darstellt, die auch an Grenzen geraten kann. Tragfähige soziale Beziehungen entwickeln sich aber generell nicht von selbst, sondern werden aktiv gestaltet und beruhen auf Bedingungen wie wechselseitiger Sympathie, gemeinsamen Interessen und sozialer Nähe.

Die Wohnraumbeschaffung erweist sich dabei als Schlüsselaufgabe, die noch nicht befriedigend gelöst ist. Auf dem Wohnungsmarkt bestehen nach wie vor massive Zugangsbarrieren für Menschen mit Behinderung; die »Doppelrolle« als Leistungsanbieter und Vermieter auf Seiten der Träger ist dabei oft unvermeidbar, insbesondere in Städten, in denen der Wohnungsmarkt angespannt ist

Der Teilhabe am kulturellen Leben und der sozialräumlichen Arbeit im Umfeld (Aufsuchen von Veranstaltungen, Kontaktaufbau zu Vereinen, Kooperation mit Kirchengemeinden) wird eine hohe Bedeutung beigemessen. Dabei spielt das bürgerschaftliche Engagement eine wichtige Rolle. Ehrenamtliche und Laienhelfer können als »Mittler« und »Brückenbauer« zwischen den Welten fungieren und auch die Funktion »schwacher« Bindungen übernehmen (im Sinne von Bekanntschaften, als Vereinsmitglied etc.), über die geistig behinderte Menschen oft kaum verfügen. Die Einbindung ehrenamtlicher Helfer scheint im Feld der Behindertenhilfe jedoch nach wie vor eine problematische Aufgabe zu sein, die nicht überall gleichermaßen gelingt. Auch die sozialen Treffpunkte erfüllen eher eine spezielle Funktion für den Personenkreis und übernehmen zudem beratende Aufgaben. Es bleibt dabei ungeklärt, wie sich dies zu der Zielsetzung »offener Treffpunkte« verhält, die auch nicht behinderte Menschen aus Interesse an dortigen Angeboten aufsuchen.

Die sozialräumliche Arbeit wird überall als wichtiges Ziel hervorgehoben, sie es von befragten Leitungskräften oder von Mitarbeitern; die tatsächliche Umsetzung ist jedoch begrenzt, es kommt zu einem Widerspruch zwischen Zielen bzw. wahrgenommenen Anforderungen wie Sozialraumorientierung, Gemeinwesenarbeit und Netzwerkförderung und den tatsächlichen Aufgaben im Alltag. Für die Erschließung von Ressourcen im Umfeld braucht es Zeit, Kenntnisse und Kompetenzen, dies gelingt nicht »nebenher«. Diese Problematik sollte Beachtung finden, denn neben dem Verlust von Zielen können auch Konflikte auftreten, die der Verbesserung von Teilhabechancen zuwiderlaufen und die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigen. Dabei scheint v. a. allem das Verhältnis von »Personenzentrierung« und »Sozialraumorientierung« und damit auch anfallende Koordinations- und Kooperationstätigkeiten eine wichtige Rolle zu spielen. Hier erweisen sich größere Organisationseinheiten, in denen z.B. der Aufbau und die Pflege von Vereinskontakten oder die Betreuung von ehrenamtlichen Helfern delegiert werden können, zwar grundsätzlich als vorteilhaft. Jedoch sind Differenzierung und Spezialisierung der Tätigkeiten kein Allheilmittel – vor allem, wenn qualifizierte Unterstützung »aus einer Hand« gefordert ist –, aber zumindest müsste eine Überfrachtung von Mitarbeitern verhindert und beide Leitziele nicht als Gegensätze, sondern als notwendige und gleichermaßen qualifiziert zu erbringende Mittel zum Zweck der Erhöhung von Lebenschancen betrachtet werden.

Komplexer Unterstützungsbedarf und Durchbrechen der institutionellen Orientierung

In Bezug auf die Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf⁴ zeigt sich, dass es nur in begrenztem Ausmaß gelungen ist, ambulanten Unterstützungssettings für diesen Personenkreis aufzubauen. Dies ist jedoch keine Hamburger Spezifik, sondern zieht sich bundesweit durch alle Reformprojekte. Eine wesentliche Ursache für die sich abzeichnenden Exklusionsrisiken ist das Fortbestehen der institutionellen Orientierung, die die Unterordnung individueller Bedarfslagen unter strukturelle und organisatorische Erfordernisse mit sich bringt. Sie zeigt sich insbesondere in der fortbestehenden Koppelung von Hilfebedarfsgruppen und Leistungsformen sowie im Fortbestehen einer traditionell »stationären« Dienstleistungserbringung. Der Begriff »stationär« meint dabei nicht den Umstand der Organisation zeitlich bzw. inhaltlich umfänglicher Hilfeleistungen, sondern die angesprochenen Merkmale der Binnenorientierung, Gruppenorientierung und Einschränkung von Optionen. Er steht also für eine bestimmte – tendenziell an organisatorischen Bedürfnissen ausgerichtete – Form der Hilfeleistung. Die Chancen auf frei gewählte Beziehungen, auf Partizipation, auf die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes, aber auch auf Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzzuwachs binden sich zwar an eine bestimmte Leistungsform, aber dahinter steht vielmehr eine bestimmte *Logik der Leistungserbringung*, also mehr als Strukturbedingungen. Dass Fragen der Finanzierung und der Ressourcen eine wichtige Rolle dabei spielen, ist unbestritten, aber sie sind nicht allein ausschlaggebend.

Offensichtlich lösen bereits die strukturellen Veränderungen von »stationär« zu »ambulant« und die damit einhergehenden Konsequenzen (verringerte Gruppengrößen, erhöhte Privatheit etc.) Wandlungsprozesse aus. Mit den strukturellen Veränderungen gingen zudem veränderte Handlungsweisen und Haltungen der Fachkräfte einher; der Code »ambulant« bringt auch eine individualisiertere und mehr auf Selbstständigkeit gerichtete Unterstützung mit sich.

Bei der Frage, wie angesichts spezifischer Bedarfslagen bedarfsgerechte Unterstützung in ambulanten Settings möglich ist, geht es also weniger darum, den stationären Bereich pauschal zu kritisieren, sondern zu einer fachlichen Weiterentwicklung der Hilfen unabhängig vom Leistungstyp zu gelangen.

In der Hamburger Untersuchung zeigt sich, dass dafür die Vielfalt und Flexibilität der Formen eine wesentliche Bedingung ist. Vielfalt bringt dabei das Ende von »Schwarz-Weiss-Lösungen« (entweder vollversorgt im Heim oder mit wenig Hilfen in der Gemeinde) mit sich, die bislang zur Dauerhaftigkeit von Platzierungen, mangelnden Übergangsmöglichkeiten, zu starren Angebotsstrukturen und einem nur unwesentlichen Abbau stationärer Versorgungsstrukturen geführt haben. Noch geht diese Vielfalt der Formen jedoch nicht mit einer Vielfalt der Bedarfsgerechtigkeit einher. Dort, wo sich Lösungen auch unter Einschluss der Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf abzeichnen, wie das in Hamburg der Fall ist, sind aus struktureller Perspektive die Ressourcenbündelung, ein gelingender Mix von unter-

⁴ Präziser sollte hier von komplexen Bedarfslagen gesprochen werden: Die Komplexität des Bedarfs dieser sehr heterogenen Gruppe ist darin zu sehen, dass die dem Bedarf zugrundeliegende Bedürfnisverwirklichung und damit die Entwicklung der Persönlichkeit, der Identität und Selbstbestimmung durch eine Vielzahl von Faktoren in besonderem Maß erschwert ist. Es ist dabei v. a. die hohe soziale Abhängigkeit, auf die mit spezifischen und durchaus unterschiedlichen Unterstützungsleistungen reagiert werden muss. Gleichzeitig gehen mit diesen Bedarfslagen besonders hohe Beschränkungen der Zugangsmöglichkeiten zur vollen Breite der Angebote von Erziehung, Bildung, Förderung und Therapie einher (Schädler 2012, 28).

schiedlichen Finanzierungsquellen und Leistungen sowie die Kooperation nach innen und außen, ausschlaggebende Faktoren.

Konzeptionelle Voraussetzung dafür aber ist, dass die traditionelle Logik der Leistung durchbrochen wird und »ambulante« Denk- und Handlungsweisen implementiert und flexibel auf spezifische Bedarfslagen angewandt werden (z. B. im Fall von herausfordernden Verhaltensweisen). Die Ressourcenbündelung gelingt aber zum einen nur innerhalb größerer Organisationseinheiten, hängt also von der Betriebsgröße ab, und birgt zum anderen klar die Gefahr der Einschränkung von Optionen. Das Modell der Hausgemeinschaft steht möglicherweise beispielhaft für die Frage, ob es gelingen kann, dass Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf nicht isoliert in Zentren leben, sondern sich eine »Mischung« erreichen lässt unter Wahrung der Einbindung ins Gemeinwesen, der individuellen Bedarfsgerechtigkeit und von Teilhabechancen – und diese sind auch auf das Leben im Wohnhaus selbst zu beziehen. Eine wichtige Frage dabei ist, wie die mit der Ressourcenbündelung einhergehenden Einschränkungen verhindert oder verringert werden können. Eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen Modellen und eine genauere Analyse der Lebenssituation der Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf können u. E. auch bundesweit in der derzeit aktuellen Frage der Entwicklung von »Schwerstbehindertenzentren« bedeutsam sein.

Abschließende Einordnung

Das Hamburger Ambulantisierungsprogramm hatte den Charakter eines Modellversuchs zur Entwicklung neuer Hilfestrukturen jenseits der klassischen (und vereinfachenden Logik) »ambulant versus stationär« und sollte somit einen Beitrag zur Bedarfsgerechtigkeit im Hilfesystem leisten. Bedarfsgerechtigkeit zu verwirklichen heißt vor allem, passgenaue Hilfen zu entwickeln. Hier ist mit dem Ambulantisierungsprogramm (und den damit einhergehenden konzeptionellen Veränderungen) ein großer Schritt getan. Entwicklungsbedarf besteht hinsichtlich der Unterstützungssettings für Menschen mit hohem Hilfebedarf, der Unterstützung psychosozialer Bedürfnisse, der Partizipation, der sozialräumlichen Einbindung sowie der Kooperation und Vernetzung. Auf der Ebene der individuellen Unterstützungssituation setzt eine bedarfsgerechte Leistungen eine Analyse nicht nur der individuellen Bedarfssituation, sondern auch der sozialräumlichen Bedingungen, und zwar angefangen beim allerengsten Umfeld, voraus. In Abhängigkeit der Frage, wie gut ein Wohnangebot für den Einzelnen geeignet ist, wieviel Schutz und Begleitung er wünscht und benötigt und welche Handlungsspielräume der Anbieter öffnet, entsteht der Nutzen. Erst danach sollte über die angemessene Wohnform entschieden werden.

Im Hinblick auf die Rolle der gesetzlichen Betreuer ist zu klären, wie weitreichend die Folgen der veränderten Arbeitsteilung sind und welche Auswirkungen diese auf die gesetzliche Betreuung im Rahmen eines Ehrenamts (z. B. durch Angehörige) haben. Zu prüfen wäre außerdem, ob die Umstellung auf ambulante Settings eine Zunahme von Berufsbetreuungen nach sich zieht/gezogen hat.

Um hier die Unterstützungsangebote nachhaltig weiter zu entwickeln, wären politisch Entscheidungen wünschenswert, die eine verbindliche Fortentwicklung in Gang setzen und die insbesondere die gleichberechtigte und wirksame Teilhabe bei spezifischen und v. a. sich ver-

ändernder Bedarfslagen (Alterungsprozesse, psychische Erkrankungen) sichert und dabei die anderen Lebensbereiche (Tagesstruktur, Beschäftigung, Gesundheit, Mobilität) mit berücksichtigt.

Welche Auswirkungen die Weiterentwicklungen der Eingliederungshilfelandchaft in Hamburg entfalten (z. B. die Umstellung auf Trägerbudgets) bleibt abzuwarten. Dennoch lässt sich bei allen konstatierten Problemen klar festhalten, dass das Ambulantisierungsprogramm zu einer Erhöhung der Durchlässigkeit und Flexibilität der Leistungsformen geführt, »Schwarz-Weiss-Lösungen« überwunden und zu einer Verbesserung der Lebenschancen der Nutzer – auch von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf – beigetragen hat.



**Arbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege
(AGFW) Hamburg e.V.**
Burchardstraße 19
20095 Hamburg
Tel. 040 23 15 86
info@agfw-hamburg.de
www.agfw-hamburg.de