



Evaluation des Ambulantisierungsprogramms in Hamburg

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

Inhalt

Legende	5
1 Kurzfassung des Berichts	7
2 Einleitung	24
2.1 Geschichte des Ambulantisierungsprogramms und der Evaluation	24
2.2 Übernahme eines dezentrierten Standpunktes	28
2.3 Indikatorenbildung und Forschungsdesign	31
2.3.1 Quantitative (standardisierte) Erhebungsschritte	33
2.3.2 Qualitative Erhebungsschritte	38
2.4 Zur Struktur des Berichts	39
3 Strukturen und Rahmenbedingungen	40
3.1 Strukturelle Veränderungen durch die Ambulantisierung	40
3.1.1 Leistungsvereinbarungen und Angebotsformen	40
3.1.2 Folgen auf struktureller Ebene	44
3.2 Bedarfsgerechtigkeit im Hilfesystem	48
3.2.1 Rückkehrmöglichkeiten und Durchlässigkeit	49
3.2.2 Hilfeplanung als »Schaltstelle im System«	50
3.3 Kontextbedingungen	52
3.3.1 Zugang zu Wohnraum	52
3.3.2 Soziale Treffpunkte	54
3.3.3 Kooperationen	57
3.3.4 Zusammenarbeit mit Freiwilligen	58
3.3.5 Aufnahmebereitschaft in den Stadtteilen	59
3.4 Zusammenfassung	60
4 Zur Situation der Nutzer	62
4.1 Gesamtgruppe der Nutzer	62
4.1.1 Die aktuelle Lebenssituation der Nutzer	62
4.1.2 Netzwerkanalysen	89
4.1.3 Veränderungen in der Lebenssituation durch die Ambulantisierung	105
4.1.4 Gesamtzusammenfassung – Lebenssituation der Nutzer	111
4.2 Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf	113
4.2.1 Quantitative Aspekte	115

4.2.2	Bedingungen für ambulantes Wohnen bei hohem Hilfebedarf.....	117
4.2.3	Arbeitsalltag und Kooperation	124
4.2.4	Einschätzungen.....	129
4.2.5	Zusammenfassung.....	131
4.3	Gesamtzusammenfassung.....	132
5	Zur Situation der Mitarbeiter	135
5.1	Ziele und Arbeitsaufgaben.....	135
5.1.1	Ziele der Arbeit	135
5.1.2	Veränderungen der Arbeitsaufgaben durch die Ambulantisierung.....	137
5.1.3	Einschätzung zu aktuellen Arbeitsaufgaben	140
5.2	Rolle der Mitarbeiter	147
5.2.1	Veränderungen durch die Ambulantisierung	147
5.2.2	Rollenverständnis der Mitarbeiter	148
5.3	Zusammenfassung	149
6	Zur Situation der Angehörigen	151
6.1	Selbsteinschätzungen von Angehörigen.....	151
6.2	Fremdeinschätzungen der Situation der Angehörigen durch Trägervertreter	158
6.3	Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse.....	160
7	Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse	163
7.1	Zusammenfassung der Forschungsergebnisse.....	163
7.1.1	Veränderungen durch die Ambulantisierung	164
7.1.2	Erkenntnisse zur aktuellen Lebenssituation	168
7.1.3	Qualitätsstandards in der Eingliederungshilfe.....	170
7.1.4	Kontextbedingungen für die Partizipationschancen der Nutzer.....	170
7.1.5	Unterstützungssettings für Menschen mit hohem Hilfebedarf.....	172
7.2	Einordnung der Ergebnisse.....	173
7.2.1	Vergleich mit anderen Untersuchungen.....	174
7.2.2	Exklusionsrisiken und Lebenschancen: Hinweise aus der Lebenslagen- und Bewältigungsforschung	183
7.3	Abschließende Folgerungen und Empfehlungen.....	188
8	Literaturverzeichnis	191

Legende

Im Folgenden werden einige grundlegende Begriffe definiert, die den Abschlussbericht durchziehen, aber entweder eine sehr spezifische Bedeutung haben, die sich aus dem Begriff selber nicht erschließt oder in unterschiedlichen Kontexten unterschiedlich verwendet werden. Die Begriffsklärungen haben dabei v. a. pragmatischen Charakter. Sie dienen nicht dazu, die eine »richtige« Verwendung zu benennen, sondern verdeutlichen lediglich, wofür der Begriff *im Rahmen des vorliegenden Berichts* steht. Außerdem erfolgen – wenn möglich – Verweise zu den jeweiligen Kapiteln des Berichts, in dem die Thematik ausführlich behandelt wird:

AAH und AWG: »Ambulante Assistenz Hamburg« und »Ambulant betreute Wohngemeinschaft«. Im Rahmen der Ambulantisierung abgeschlossene Leistungsvereinbarungen. Sie unterscheiden sich von stationärer Leistungserbringung im Hinblick auf die Finanzierung: Der Bedarf an Eingliederungshilfeleistungen wird vom Sozialhilfeträger übernommen, Pflege wird durch Leistungen nach SGB V, XI oder XII finanziert. Dabei kommt es zu Unterschieden bezüglich der einzelnen Leistungen (u. a. Hilfen zur Pflege). Im Hinblick auf die Leistungen nach SGB XI unterscheiden sich die Angebote wie folgt¹:

- AAH: Beim Vorliegen einer Pflegestufe hat jeder Berechtigte die Möglichkeit, sich zwischen Geld- und Sachleistung zu entscheiden. I. d. R. lassen sich die Berechtigten das Pflegegeld auszahlen und leiten dies an den Dienstleister der Eingliederungshilfeleistungen weiter, der die Leistungserbringung übernimmt (getrennte Finanzierung Eingliederungshilfe/Pflegeleistungen, integrierte Planung, Erbringung und Dokumentation, getrennte Abrechnung).
- AWG: Beim Vorliegen einer Pflegestufe hat jeder Berechtigte die Möglichkeit, sich zwischen Geld- und Sachleistung zu entscheiden. I. d. R. beziehen die Berechtigten Sachleistungen, die über einen externen Pflegedienst erbracht werden (getrennte Finanzierung Eingliederungshilfe/Pflegeleistungen, getrennte Planung, Erbringung, Dokumentation und Abrechnung) (vgl. 3.1.1).

Ambulantisierung: Sozialpolitisches Reformprogramm der Hansestadt Hamburg, Laufzeit 2005-2013. Inhaltlicher Kern war der Ausbau ambulanter Betreuung, wesentliches Mittel war die geplante Umwandlung von 770 stationären Plätzen in AAH- und AWG-Angebote (vgl. 2.1).

Hausgemeinschaft: In der Helfelandschaft in Hamburg uneinheitlich verwendeter Begriff. Im vorliegenden Bericht ist die Kombination ambulanter (AAH oder AWG) *und* stationärer Leistungen im Rahmen eines Angebots gemeint (vgl. 3.1.1).

LX, Y/GDX, Y/TVX, Y: Kürzel aus der Interviewauswertung: Die vornehmste Buchstaben-Zahlen-Kombination identifiziert das jeweilige Interview, die Zahl nach dem Komma den Absatz (vgl. 2.3.2).

¹ Die hier vorliegende Unterscheidung bezieht sich auf den Zeitraum des Ambulantisierungsprogramms 2005-2013. Zum Zeitpunkt der Abgabe des Berichts ist eine Überarbeitung der Leistungsvereinbarungen vorgesehen.

Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf: Pragmatische Operationalisierung der Personengruppe der Menschen mit schwerer Behinderung/komplexen Bedarfslagen als diejenigen, die im Rahmen des sog. Metzler-Verfahrens in die HBGs 4 oder 5 eingruppiert wurden (vgl. 4.2)².

PBW und WA: »Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum«, ambulante Unterstützung im Bereich Wohnen. Ist als lernzielorientierte Maßnahme angelegt. Laufzeit i. d. R. auf zwei Jahre begrenzt. »Wohnassistenz«, ambulante Unterstützung im Bereich Wohnen. Ist nicht als lernzielorientierte Maßnahme angelegt. Laufzeit unbegrenzt.

² Ob mit dieser Operationalisierung wirklich der gesamte Personenkreis der Menschen mit schwer(st)er Behinderung erfasst werden kann oder ob es zu Unterschieden in der Bestimmung der Personenkreise kommt, lässt sich im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht klären.

1 Kurzfassung des Berichts

Das Hamburger Ambulantisierungsprogramm – die Verpflichtung, mehr als über 700 stationären Plätzen in ambulante Betreuungen umzuwandeln – stellt in der deutschen Hilfelandchaft nach wie vor eine große Ausnahme dar. Es hat den Charakter eines Modellprojekts und steht exemplarisch für den Versuch, neue Hilfestrukturen 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 Hilfelandchaft 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 Führungskräften 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 Betreuern³.

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 Ambulant 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

³ 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 haben⁴. 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.

⁴ 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 geht⁵.

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-

⁵ 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 »auffälligem« 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. dringende 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 Eingliederungshilfelandschaft 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 Hilfebedarf⁶ 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-

⁶ 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.

Diese Kurzfassung kann dabei nicht mehr sein als ein Überblick, der die relevanten Themen eher anreißt, als dass sie wirklich entfaltet werden können. Diese Entfaltung findet sich in der nun folgenden ausführlichen Version des Abschlussberichts.

2 Einleitung

Das Hamburger Ambulantisierungsprogramm – im Kern die Vereinbarung, mehr als über 700 stationäre Plätze in ambulante Betreuungen umzuwandeln – stellt in der deutschen Hilfe-landschaft nach wie vor eine große Ausnahme dar. V. a. ist dabei die Verpflichtung zu nen-nen, den *Ausbau ambulanter Strukturen* an den *Abbau stationärer Plätze* zu koppeln. Als sol-ches hat das Ambulantisierungsprogramm den Charakter eines Modellprojekts, der deutlich über die Grenzen Hamburgs hinaus Bedeutung hat und exemplarisch für den Versuch steht, neue Hilfestrukturen zu entwickeln, die jenseits der klassischen (und vereinfachenden Logik) ambulant versus stationär liegen. Aus diesem Grund erfüllt die vorliegende Evaluation zwei Funktionen: Sie zeichnet für Hamburg die Entwicklungen im Bereich der Hilfen für Men-schen mit geistiger Behinderung nach, im Hinblick auf die bundesweite Entwicklung bietet sie die Möglichkeit, die Entwicklungen in Hamburg einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Um zu verstehen, wie es zu diesem Prozess – und zu *dieser* Evaluation – gekommen ist, soll daher im Folgenden ein kurzer Überblick über die Geschichte der Ambulantisierung und des Evaluationsprojekts gegeben werden. Aufgrund der Besonderheit einer nachgelagerten Eva-luation wird danach ein dezentrierter und theoretisch informierter Standpunkt zur Bewertung der Ergebnisse eingeführt. Auf dieser Basis werden dann die Indikatoren für das Forschungs-design und einzelnen Erhebungsschritte der Evaluation beschrieben. Zum Abschluss erfolgen einige Hinweise auf die Struktur des vorliegenden Berichts.

Die Autoren möchten die Gelegenheit nutzen, sich bei allen Menschen, die an der Umsetzung des Evaluationsprojektes mitgewirkt haben, herzlich zu bedanken. In erster Linie betrifft das all diejenigen, die sich bereit erklärt haben, an den Befragungen teilzunehmen (seien es Nut-zer, Angehörige, Mitarbeiter in der direkten Assistenz oder Leitungskräfte). Darüber hinaus gilt unser Dank aber auch den Mitarbeitern, die für uns als Interviewer tätig waren; unseren Ansprechpartnern bei den Trägern sowie bei unseren Projektpartner in der Arbeitsgemein-schaft der freien Wohlfahrtspflege Hamburg e. V. und der Behörde für Arbeit, Soziales, Fa-milie, Integration der Stadt Hamburg; den (aktuellen und ehemaligen) Mitgliedern der Steue-rungsgruppe sowie den studentischen Hilfskräften und Praktikanten am Arbeitsbereich von Prof. Beck.

2.1 Geschichte des Ambulantisierungsprogramms und der Evaluation

Nach verschiedenen vorbereitenden Schritten in den frühen 2000er Jahren kam es im Jahr 2005 zum sog. Ambulantisierungsbeschluss. Dieser besagte, dass der Versuch unternommen werden sollte, im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung, „für insgesamt 770 Menschen, die bislang stationäre Hilfen erhalten, den Wechsel in eine ambulant betreute Wohnsituation zu ermöglichen“ (Behörde für Soziales 2008, Einleitung, 4). Dieser Wechsel

sollte dabei über eine Umwandlung bestehender Einrichtungen erfolgen. Im Vorfeld gab es dabei Sorgen und Befürchtungen bei vielen Beteiligten, sowohl von Seiten der Nutzer, als auch ihrer Angehörigen und der Mitarbeiter. Diese bezogen sich auf die Frage, ob auch nach der Ambulantisierung noch ausreichende Hilfen zur Verfügung stehen würden. Das betraf insbesondere die Frage der Unterstützung in den Abend- und Nachtstunden (TV4, 23/55; TV5, 32⁷).

Um diesen Befürchtungen zu begegnen, wurden bei allen Trägern in der Vorbereitung Aufklärungsarbeit sowohl für Nutzer als auch für Angehörige und gesetzliche Betreuer geleistet, sei es durch Informationsveranstaltungen, Bildungsangebote, Stammtische, Informationsfilme, aber auch im Rahmen regulärer Bewohner- oder Assistenzbesprechungen (TV1, 25; TV3, 57; TV4, 55). Zudem fanden individuelle Beratungsgespräche statt, um zukünftige Wohnsettings zu besprechen (TV4, 27; TV5, 4). Damit sollte sichergestellt werden, dass der Prozess gemeinsam und einvernehmlich gestaltet werden und im Dialog zwischen Trägervertretern, Nutzern, Mitarbeitern und Angehörigen stattfinden konnte (TV5, 36; TV6, 5).

In der konkreten Umsetzung kam es dabei z. T. zu baulichen Veränderungen in bestehenden Einrichtungen. Gerade bei ehemals großen Einrichtungen mussten Wohnungen verkleinert, Büros verlegt, separate Eingänge gebaut werden etc. (TV1, 15/25; TV3, 7; TV5, 4; TV7, 6). Bei anderen Trägern standen hingegen die bereits bestehenden stadtteilintegrierten Wohngruppen im Zentrum des Prozesses, da diese gute Bedingungen für eine ambulante Unterstützung ermöglichten (TV6, 5/10; TV7, 6). Auch hier kam es zu baulichen Veränderungen, ausschlaggebend war dabei immer die Intention, in umgewandelten Einrichtungen für die Nutzer das Gefühl einer veränderten Wohnsituation zu verstärken (TV7, 6).

Auch die Mitarbeiter wurden auf den Ambulantisierungsprozess vorbereitet, z. B. anhand von Fortbildungen zu Themen wie Ressourcenorientierung, Sozialraumorientierung, Veränderung der Haltung (TV1, 29; TV3, 15; TV6, 68; TV7, 6). Zudem kam es im Rahmen von größeren Wohneinheiten zu Umstrukturierungen innerhalb der Hausteams (TV1, 29).

Kern des Ambulantisierungsprogramms war dann die Umwandlung der stationären Plätze in ambulante Settings. Für die Nutzer äußerte sich dies entweder als Umwandlung des bestehenden Angebots (TV6, 10; TV7, 8) oder durch einen Umzug von einem stationären in ein ambulantes Angebot (TV3, 7; TV4, 7). Mit diesen Umwandlungen und Umzügen wurde 2006 begonnen, der Großteil der Veränderungsprozesse fand in den Jahren 2007 und 2008 statt (vgl. Tabelle 1).

⁷ Die Kürzel beziehen sich auf die jeweiligen Abschnitte der Interviews mit den Prozessverantwortlichen bei den Trägern (vgl. 2.3.2)

Zeitraum	Ambulantisierung	Evaluation	Zentrale Dokumente
2005	Beginn des Programms, Verhandlungen zu Umsetzung, Leistungsvereinbarung (LV) etc.		Konsenspapier 1
2006	Abschluss erster LVs, Beginn der Umwandlung		
2007	Umwandlung	Vereinbarung zur Evaluation in Eigenregie zwischen Trägern und BSG	Evaluation der Ambulantisierung (BSG 2007)
2008	Umwandlung	Durchführung der Evaluationen	Evaluationsberichte der beteiligten Träger
2009			
2010	Abschluss Phase 1. Verlängerung bis 2013		Konsenspapier 2
	Zielsetzungen für die zweite Phase	Rechnungshof kritisiert unzureichende Evaluation	Jahresbericht Rechnungshof 2010
		Kontaktaufnahme mit der Universität Hamburg durch die BASFI	
2011		Klärung des inhaltlichen und finanziellen Umfangs (& Kostenaufteilung BASFI/Träger)	
2012		Abschluss des Vertrags zur Umsetzung einer trägerübergreifenden Evaluation	Forschungsdesign

Tabelle 1: Überblick Ambulantisierung 2005-2012

Bis zum Jahr 2011 wurden insgesamt 420 Plätze umgewandelt, der Großteil (381 Plätze) in den Jahren 2007-2010. Der Schwerpunkt lag dabei auf dem Jahr 2007, in dem alleine fast 150 Plätze umgewandelt wurden. Zudem wurden bis 2011 noch weitere neue Angebote im Rahmen der neuen Leistungstypen geschaffen. Insgesamt sind bis 2011 also – nach eigener Erhebung – mindestens 670 neue ambulante Angebote geschaffen worden:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Umgewandelt	18	164	240	321	399	420
Neu	21	68	103	152	186	250

Tabelle 2: Übersicht Umwandlungen und Neugründungen

Gemäß den Vereinbarungen zur Ambulantisierung wurden die Evaluationen in dieser Phase von den Trägern in Eigenregie durchgeführt, was zu einer Vielzahl unterschiedlicher Untersuchungsdesigns führte (z. B. Bader, Hoehne et al. 2009; Weber, Jahncke-Latteck et al. 2011)⁸.

⁸ Damit soll keine Kritik an den einzelnen Evaluationsverfahren der Träger geübt werden: Diese entsprachen dem

Im Kern der Befragungen stand dabei i. d. R. die Befragung der Nutzer. Der Jahresbericht des Landungsrechnungshofs aus dem Jahr 2010 merkt dazu an, dass „Nutzerbefragungen allein nicht ausreichend“ (Rechnungshof Freie und Hansestadt Hamburg 2010, Absatz 235, Marginalie) sind, um die Qualität der Leistungen zu bemessen. Vielmehr müssten „objektive Feststellungen hinzutreten, welche Fähigkeiten und Teilhabemöglichkeiten der behinderten Menschen sich verändert haben“ (a.a.O., Absatz 235).

Die erste Kontaktaufnahme von Seiten der BASFI mit der Universität Hamburg erfolgte ebenfalls im Jahr 2010. Zu dem Zeitpunkt, als begonnen wurde, eine übergreifende Evaluation in Erwägung zu ziehen, war also

- a) der Großteil der praktischen Veränderungen bereits durchgeführt,
- b) lag u. U. bereits einige Jahre zurück und war
- c) bereits durch die Träger evaluiert worden.

Zudem merkte der Rechnungshof im Jahr 2010 an, dass es eine Evaluation im Sinne eines Vorher-Nachher-Vergleichs erfordert hätte,

„zunächst die Leistungsqualität vor Beginn der Maßnahme [...] so zu dokumentieren [...], dass Veränderungen objektiv gemessen werden können. Dies ist unterblieben. Damit fehlt bereits die Grundlage für eine verlässliche Bewertung, ob der fachliche Erfolg des Ambulantisierungsprogramms eingetreten ist.“ (a.a.O., Absatz 234; Bearbeitung d. V.).

Es war dabei die Aufgabe der Forschergruppe, ein Evaluationsdesign zu entwickeln, das diesem bereits laufenden Prozess angemessen war. Neben dieser grundsätzlichen Herausforderung bestand eine zweite Schwierigkeit in der Frage der Zielsetzung des Programms: Das Konsenspapier 1 benennt als Ziel den Ausbau ambulanter Unterstützung sowie die Sicherstellung von benötigten Hilfen (AGfW, BPA et al. 2005). Die im operativen Geschäft getroffene Vereinbarung zur Umwandlung ist dabei streng genommen Mittel bzw. erster Schritt: Es wurde vereinbart, „in einem ersten Schritt für insgesamt 770 Menschen [...] den Wechsel in eine ambulant betreute Wohnsituation zu ermöglichen“ (Behörde für Soziales 2008, Einleitung, 4, Bearbeitung d. V.).

Der Mittelcharakter der Umwandlung wird noch deutlicher im Konsenspapier 2, wenn neben ihr die Neuzugänge ins ambulante Hilfesystem als zweites Mittel benannt werden. Darüber hinaus wird betont, dass die Qualität der Unterstützung sowie Personenzentrierung *unabhängig* von der Betreuungsform als Ziele gesehen werden müssen (Hamburger LAG, AGfW et al. 2010). Bereits an dieser Stelle lassen sich also drei Zielsetzungen ableiten, die sich zwar inhaltlich überschneiden, aber nicht identisch sind:

1. Die Sicherstellung qualitativ hochwertiger und personenzentrierter Hilfen,
2. die Ausweitung der Unterstützung im Rahmen ambulanter Settings,
3. als Zwischenziel bzw. Mittel die Umwandlung 770 stationärer Plätze

Neben diesen primär fachlich orientierten Zielen wird an anderen Stellen auch die Anforderung benannt, die Effizienz des Hilfesystems zu erhöhen und im Durchschnitt aller Leistungsempfänger die Kosten zu senken, um somit der Kostensteigerung in der Eingliederungshilfe

Stand der Vereinbarungen und wurden z. T. mit Bordmitteln neben dem Tagesgeschäft durchgeführt.

entgegen zu wirken (Gitschmann 2013, 2). Am deutlichsten zeigt sich dieses Ziel im Jahresbericht des Rechnungshofes:

„[Es] sollte neben der Verbesserung der Hilfeleistungen auch eine spürbare Senkung der seit Jahren ansteigenden Ausgaben erreicht werden. Da die durchschnittlichen Kosten pro Fall bei einer ambulanten Betreuung gegenüber der stationären Versorgung geringer waren, wurden von der BSG Minderausgaben in Höhe von 7 Mio. Euro pro Jahr erwartet“ (Rechnungshof Freie und Hansestadt Hamburg 2010, 85).

In den vorliegenden Papieren bleibt das Verhältnis der fachlichen Zielsetzungen zu den ökonomischen Fragen jedoch ungeklärt⁹. Es müsste geklärt werden,

- a) wie das Verhältnis der Zielsetzungen zueinander zu sehen ist: Stehen sie gleichberechtigt nebeneinander oder ist eines dem anderen übergeordnet?
- b) Ob davon ausgegangen werden kann, dass sich diese Ziele gleichzeitig erreichen lassen: Müsste nicht zumindest hinterfragt werden, ob sie im Einzelfall in Widerspruch zueinander stehen?
- c) Sollte es zu Widersprüchen kommen, müsste geklärt werden, wie mit diesen umzugehen ist und welches Ziel Vorrang hätte.

Bereits in den Zielsetzungen des Ambulantisierungsprogramms konkurrieren also ökonomische und fachliche Ziele, letztere sind darüber hinaus mit der Unklarheit dreier ähnlicher, aber nicht identischer Zielsetzungen versehen. Mit beiden Schwierigkeiten – der zeitlichen Nachgelagertheit und der uneindeutigen Zielformulierung – musste im Rahmen der Evaluation ein Umgang gefunden werden. Dieser soll in der Übernahme eines theoretisch informierten und dezentrierten Standpunkts erfolgen.

2.2 Übernahme eines dezentrierten Standpunktes

„Ein Planungsmodell kann (...) nur durch Verhandlungen zwischen allen Beteiligten erarbeitet werden“ (Zimmer 1998, 602).

Beim Ambulantisierungsprogramm steht die Frage im Mittelpunkt, welchen Beitrag neue Leistungs- und Organisationsformen hinsichtlich formulierter Ziele (Steigerung der Selbständigkeit, Verbesserung der Teilhabe, Personenzentrierung von Hilfen) leisten. Prinzipiell handelt es sich somit um einen Modellversuch mit Phasen der Implementation und Phasen der Evaluation. Dieser muss jedoch als Einzelfall mit sehr spezifischen Bedingungen betrachtet werden; dennoch soll durch die Evaluation eine Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit des Versuchs für andere Angebotslandschaften gewährleistet werden. Für die Evaluation stellt dies ein besonderes Problem dar, weil sich die Praxis eines solchen Modellversuchs nicht an-

⁹ Zur Frage der ökonomischen Bedeutung hat der Landesrechnungshof im Jahr 2010 festgestellt: „Das Ambulantisierungsprogramm hat nicht zu der beabsichtigten Ausgabenreduzierung in der Eingliederungshilfe geführt“ (Rechnungshof Freie und Hansestadt Hamburg 2010, 84). Dennoch geht Gitschmann davon aus, „dass die Umwandlung ehemals stationärer Angebote in ambulant betreute Wohnformen fachlich möglich, für die Leistungsberechtigten förderlich und auf der finanziellen Ebene im Durchschnitt kostendämpfend ist“ (Gitschmann 2013, 5). Ökonomische Fragen waren jedoch nicht Teil des Evaluationsdesigns und können dementsprechend hier nicht geklärt werden.

hand kausaler und einfacher (linearer, eindimensionaler) Tests nach dem Muster »vorher-nachher« erfassen lässt. Denn die Praxis ist an sich komplex, voraussetzungs- und bedingungsreich; sie ist geprägt von Handlungsdruck und von Handlungsunsicherheit und sie verändert sich; der Forschungsgegenstand bleibt ja nicht konstant und die Veränderungsrichtung ist nicht immer vorhersagbar. Letztlich fließen in die Umsetzung ganz unterschiedliche Interessen, Positionen, Funktionen und Ziele ein, die aufeinander treffen und sich überlagern können. Die Praxis „ordnet sich weder dem Zugriff der Begleitforschung unter noch folgt sie ihren Interventionen“ (Zimmer 1998, 597).

Es braucht daher ein verallgemeinerbares und übergeordnetes Ziel, das jenseits der konkreten Bedingungen und Interessen des Einzelfalls Gültigkeit beanspruchen kann. Der Prozess muss also von einem übergeordneten fachlichen Ziel, einem „tertium comparationis“ aus eingeordnet werden. Ein solcher von der Wissenschaft eingenommener dezentrierter Standpunkt ermöglicht dann die Evaluation der konkreten Implementation. Zugleich muss dieses Ziel bzw. Zukunftsinteresse übergeordnete Gültigkeit und eine hohe Reichweite im Sinne eines tatsächlich verallgemeinerbaren Interesses besitzen. Für personenbezogene pädagogische und soziale Dienstleistungen kann die Herstellung und Sicherung von Handlungsfähigkeit und der Partizipation der Subjekte und zwar im Sinne gleichberechtigter Chancen auf eine möglichst autonome Lebensführung (Teilhabeorientierung) als ein solches Ziel bestimmt werden.

Dieses verallgemeinerbare Ziel bezieht sich im Fall der vorliegenden Evaluation auf alle Formen des Wohnens. Damit schließt er im Sinne der UN-Konvention sowohl den Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten, „einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist“ (United Nations 2006/2008, Artikel 19), den Zugang zu allgemeinen Angeboten und Diensten sowie die Wahlfreiheit mit Blick auf den Ort und die Form des Wohnens ein.

Handlungsfähigkeit und Partizipation beziehen sich darüber hinaus als verallgemeinerbare Ziele auch auf alle vom Wandel betroffenen Personengruppen insofern sie

- a) generelle Ziele der Lebensführung beschreiben;
- b) insbesondere in Prozessen des Wandels Handlungsunsicherheit auftritt und erfolgreiche Reformen die Herstellung innovativer Handlungssicherheit verlangen sowie
- c) im Rahmen der Organisation personenbezogener Dienstleistungen sowohl Handlungssicherheit bzw. Umgang mit Handlungsunsicherheit und Partizipation konstitutive Bedingungen darstellen.

Dieser theoretische Standpunkt wird insbesondere in der Einordnung der Ergebnisse (vgl. 7.2) nochmals aufgenommen. Über diesen hinaus lassen sich als weitere Anforderungen für das Design und das Vorgehen der Evaluation benennen:

1. **Verallgemeinerbarkeit der Bedingungen:** Es gilt, Bedingungen zu bestimmen, die Gültigkeit über den Einzelfall hinaus beanspruchen können. Dabei handelt es sich zum einen um die rechtliche, sozialpolitische und finanzielle Steuerungslogik (z.B. in UN-BRK, den SGBs IX und XII) und zum anderen die Erkenntnisse über Bedingungen der Organisation personenbezogener Dienstleistungen und ihres Wandels sowie der Bedingungen individueller Lebenschancen, die an den »Einzelfall Ambulantisie-

rungsprogramm« und die Ergebnisse der einzelnen Erhebungsschritte als Analysekriterien angelegt werden.

2. **Interessenvielfalt:** die Interessen der Beteiligten müssen eruiert, die Bedingungen und ihre Voraussetzungen im Feld analysiert werden. Gleichzeitig ist Partizipation sicherzustellen; dies resultiert aus der Grundlage der Qualität aller personenbezogenen Dienstleistungen. Da letztlich die angestrebte Qualität (Handlungssicherheit und Optionen für die Lebensführung) in der Art und Weise der Interaktion entsteht, also im direkten Handeln zwischen Adressat und Empfänger, muss der Adressat in irgendeiner Weise „beteiligt“ sein und das Handeln muss in irgendeiner Weise auf sein Zustimmung treffen bzw. als sinnvoll erachtet werden. Dazu bedarf es auch der Verständigung über Standards, an denen das Handeln sich orientieren soll. Hiermit sind grundlegende Spannungsfelder tangiert, nämlich das Spannungsfeld zwischen allgemein für anerkannt oder richtig gehaltenen Zielen, Werten, Bedingungen auf der einen und individuellen Wünschen und Interessen auf der anderen Seite und das Spannungsfeld zwischen sozialer Verantwortung und individuellen Optionen. Deshalb braucht man Verfahren für Beteiligungs-, Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse. Konkret wurde die Steuerungsgruppe als zentrale Instanz der Interessenaushandlung und -vermittlung vorgeschlagen und etabliert.
3. **Veränderung der Bedingungen in der Umsetzung:** Die Planung und Umsetzung der Ambulantisierung folgte und folgt keiner festen Theorie oder einer operationablen Konzeptualisierung, sondern stellt sich als ein Feld dar, in dem „Positionen, Funktionen, Kompetenzen und Interessen aufeinanderstoßen und sich ... überlagern“ (Zimmer 1998, 601). Das erste Planungsmodell (Konsenspapier 1) war bereits Folge von Aushandlungen, aber auch von wahrgenommenen Diskrepanzen und bereits erfolgten Veränderungen im Feld wie es Ursache neuer Bedingungen, Aushandlungsprozesse und Veränderungen war, wie sie im Konsenspapier 2 aufscheinen.

Sowohl die Komplexität des sozialen Feldes als auch die Tatsache, dass der Umwandlungsprozess bereits auf dem Weg war, als eine übergreifende Evaluation angedacht wurde, hat Konsequenzen für das Forschungsdesign und die Methodik. Die Methoden müssen dem angestrebten Resultat und dem Feld angemessen sein, das heißt konkret: Sie müssen helfen, die diversen Interessen und die Bedingungen der Herstellung und Veränderung zu erfassen, in ihrer Logik wie in ihrer Widersprüchlichkeit. Damit scheiden starre Designs ebenso aus wie die Anwendung einer stark hypothesengeleiteten klassischen quantitativen Untersuchung. Vielmehr müssen beschreibend-quantitative ebenso wie verstehende und rekonstruierende Verfahren angewandt werden und die Ergebnisse im Licht vorhandener Begründungszusammenhänge und orientiert am Zukunftsinteresse interpretiert werden. Für die Evaluation wurden deshalb von vornherein quantitative und unterschiedliche qualitative Erhebungsverfahren vorgesehen. Da es vorrangig darum geht, Auskünfte zu erlangen und Kommunikation zu erfassen, auch in Form von schriftlichem Material, handelt es sich immer um Fremdverstehen, das methodisch kontrolliert werden muss. So wird bei einem Fragebogen der „Kommunikationsverlauf vorstrukturiert, standardisiert“, um die „Reproduzierbarkeit der Erhebung und Auswertung sicherzustellen“ (Bohnsack 2003, 19). Dadurch aber wird die Kommunikation zugleich stark eingeeignet; entsprechend stellt die Auswertung schon eine Interpretation dar, die die Einengung in Rechnung stellen muss. Offenerere Einzelinterviews oder Gruppenprozesse

hingegen müssen den Kontext, in den die Kommunikation eingebettet ist, aufdecken, weil er die Kommunikation strukturiert; dann geht es darum, den Sinngehalt zu verstehen, indem man sich den Kontext und die Strukturierungen, die die Subjekte selbst vornehmen (wie die, die man u.U. vorgibt), erschließt. Diese Interpretationen und Rekonstruktionen können wiederum an den quantitativen Daten gespiegelt werden oder gehen der quantitativen Erhebung voraus, um deren Vorstrukturierung valider vorzunehmen (z.B. sind vor der Fragebogenerhebung Gruppendiskussionen mit Angehörigen und Mitarbeitern erfolgt). Zusammen mit dem Bezugspunkt „Zukunftsinteresse“ und dem Bezug auf wissenschaftliche Erkenntnisse bezüglich des Wandels und dessen Rahmenbedingungen soll somit ein Explikationsmodell erarbeitet werden, das theoretische Verallgemeinerungen auch angesichts der für eine klassische summative Evaluation nicht herstellbaren Bedingungen ermöglicht.

Ein solchermaßen theoretisch informierter Standpunkt ermöglicht zudem den Umgang mit einem weiteren Problemfeld: Jede Evaluation dieses Umfangs – und insbesondere jede nachgelagerte Evaluation – läuft Gefahr, von der Praxis überholt zu werden. Die Weiterentwicklungen in der Eingliederungshilfe haben z. T. dazu geführt, dass sich nicht mehr alle hier genannten Bedingungen vorfinden lassen. Die empirischen Erkenntnisse beziehen sich also in der Rückschau auf die Prozesse seit 2005, in der Einschätzung aktueller Bedingungen i. d. R. auf den Erhebungszeitraum, d. h. auf die Jahre 2012-2014.

2.3 Indikatorenbildung und Forschungsdesign

Auf der Basis dieser theoretischen und methodologischen Grundposition wurde das Forschungsdesign entwickelt. Der erste Schritt bestand dabei in der Entwicklung angemessener Indikatoren. Um eine Engführung ausschließlich auf die Hamburger Situation zu vermeiden, wurden verschiedene Reform- und Forschungsprojekte aus dem Bereich Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung ausgewertet. Dazu gehörten empirische Arbeiten von Metzler & Springer (2010), Schäfers (2008), dem ZPE der Universität Siegen (2008), die Kundenstudie aus Berlin (Projekt Kundenstudie 2010) sowie die Indikatoren von AQUA-UWO (Aselmeier, Oberste-Ufer et al. 2002)¹⁰. Die einzelnen Indikatoren wurden zu thematischen Gruppen zusammengefasst, um sich so einen Überblick über die Forschungslage und die relevanten Indikatoren für die Auswertung zu verschaffen. Es zeigt sich relativ deutlich, dass sich die Arbeiten – in etwas unterschiedlicher Gewichtung – auf vier Indikatorencluster beziehen, die dann jeweils unterschiedlich gefüllt werden. Es handelt sich dabei um:

1. Eine Normalisierung der Lebensbedingungen (durch Umwandlung oder Umzug) und die Etablierung/den Ausbau einer bedarfsgerechten Angebotsstruktur.
2. Individualisierung und Selbstbestimmung.
3. Die Teilhabe im Sozialraum.
4. Die Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen in der Eingliederungshilfe.

¹⁰ Diese werden zum Abschluss des Berichts nochmals aufgenommen, um die Ergebnisse in einen größeren Zusammenhang zu stellen (vgl. 7.2.1).

Zudem wurden die Konsenspapiere 1 und 2 (AGfW et al. 2005; Hamburger LAG, AGfW et al. 2010) analysiert, um die Zielsetzungen der beteiligten Gruppen systematisch aufzuarbeiten. Die Aussagen ließen sich dann unterschiedlichen Kategorien zuordnen. Stark verdichtet lassen sich die Aussagen in den Konsenspapieren folgendermaßen zusammenfassen:

- **Zielsetzungen:** 1. Ausbau ambulanter Unterstützung; 2. Qualität und Personenzentrierung unabhängig von der Betreuungsform.
- **Mittel:** 1. Umwandlung von 770 stationären Plätzen; 2. Neuzugänge ins ambulante System.
- **Qualitätsmerkmale im Prozess:** Beteiligung, Freiwilligkeit, Rückkehrmöglichkeit, unabhängige Beratung.
- **Problemstellen:** Angebote für Menschen mit hohem Hilfebedarf, Zunahme rechtlicher Betreuungen, Eltern als Organisatoren, Wohnraum.
- **Kontextfaktoren:** Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe insgesamt (UN-BRK, Bedarfsermittlung, Rückwirkungen der Ambulantisierung).

Auf dieser kombinierten Grundlage erfolgte die Ausarbeitung von Indikatoren zur Evaluation des Ambulantisierungsprogramms. Diese lassen sich in nutzer- und strukturbezogene Indikatoren unterteilen. Zu den nutzerbezogenen Indikatoren zählen:

- 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.

Die strukturbezogenen Indikatoren umfassen:

- 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 (u.a. Rolle der Angehörigen).

Zusätzlich zu diesen summativen Ergebnissen, die sich auf das Programm selber beziehen, sollen auch die Auswirkungen des Programms und sein Stellenwert in den Veränderungen der Versorgungslandschaft – zu denen das Ambulantisierungsprogramm neben z.B. der Einführung eines einheitlichen Bedarfsermittlungssystems, dem persönlichen Budget, der Modularisierung von Leistungen etc. – betrachtet werden. In diesem Sinne versteht sich die Evaluation als *formativ*. Sie soll Einschätzungen zu einem noch nicht abgeschlossenen Prozess geben und ggf. Verbesserungsvorschläge machen (vgl. 7.2).

Für die Evaluation des Ambulantisierungsprogramms kam ein »mixed-methods«-Design zum Einsatz, in dem qualitative und quantitative Schritte nebeneinander stehen (Kelle 2007). Während die quantitativen Schritte eine möglichst große Repräsentativität der Erkenntnisse sicherstellen sollen, bieten die qualitativen Schritte die Möglichkeit der Felderschließung, der Vorbereitung quantitativer Schritte sowie der exemplarischen Vertiefung einzelner Themen.

2.3.1 Quantitative (standardisierte) Erhebungsschritte

Geplant waren im Forschungsdesign insgesamt vier quantitative Erhebungsschritte. Diese sowie die Rahmendaten der jeweiligen Erhebungen sollen im Folgenden vorgestellt werden:

2.3.1.1 Vorerhebung zur Platzzahalentwicklung

Um das Ambulantisierungsprogramm im Zusammenhang mit den anderen Angebotsformen der Eingliederungshilfe einschätzen zu können, wurden trägerübergreifend Zahlen der Plätze im stationären Bereich, im Bereich der »ambulantiserten« oder neu-gegründeten Wohn- und Hausgemeinschaften (diese in Abhängigkeit von der Hilfebedarfsgruppe) sowie der ambulanten Einzelangebote PBW und WA für den Zeitraum 2006-2011 erhoben. Es handelte sich dabei um eine Stichtagserhebung, die Zahlen bezogen sich auf den 31.12. des jeweiligen Jahres. Daher sind die Zahlen an sich nicht repräsentativ für die Leistungserbringung im jeweiligen Jahr, da es im Jahresverlauf durchaus zu Schwankungen kommen kann. Zudem kommt es zu leichten Verzerrungen, da nicht alle Leistungsempfänger beim Land Hamburg angesiedelt sind, es Selbstzahler gibt etc. Daher steht hier die *Entwicklung* der Platzzahlen im Mittelpunkt, es geht primär um das *Verhältnis der Leistungstypen* zueinander.

2.3.1.2 Nutzerbefragung

Aufgrund der nachgelagerten Evaluation wurde in der Nutzerbefragung darauf verzichtet, das Erleben von Veränderungsprozessen abzufragen. Stattdessen wurde der Fokus auf die aktuelle Lebenssituation der Nutzer gelegt. Auf der Basis dieser Entscheidungen erfolgte eine Überarbeitung der von Prof. Beck entwickelten Fragebögen FiLiB und FiPa (Beck & Ebert 2005, 2011). Kern der Änderungen in den Bögen waren eine inhaltliche Anpassung an die Fragen und Themen der Ambulantisierung auf der Basis thematischer Festlegungen in der Steuerungsgruppe sowie eine Überarbeitung der Bögen, die einen einheitlichen Einsatz in allen Leistungstypen ermöglichten.

Die Durchführung der Befragung erfolgte im Sommer und Herbst 2013 auf der Basis einer Zufallsauswahl: Es wurden insgesamt über 300 Nutzer angefragt, an der Befragung teilzunehmen. Daraufhin kamen insgesamt 188 fragebogen-gestützte, mündlich geführte Interviews zustande. Die Interviews wurden durchgeführt durch Mitarbeiter der fünf beteiligten Träger, die durch die Universität Hamburg geschult wurden. Die Interviews verteilen sich wie folgt auf die Leistungstypen:

Leistungstyp	Häufigkeit	Prozent
PBW/WA	52	27,7
AAH	39	20,7
AWG	58	30,9
stationär Gruppe	27	14,4
stationär Einzel	12	6,4

Tabelle 3: Zuordnung Befragte zu Leistungstypen

Außer im stationären Bereich wurden Nutzer von allen beteiligten Trägern befragt. Die Entscheidung über Befragungsgrößen bei den einzelnen Trägern erfolgte analog zur Anzahl der unterstützten Nutzer. Etwas mehr als 50% der Interviews wurden in den Wohnformen geführt, die im Rahmen der Ambulantisierung entstanden sind, 27,7% im Rahmen der ambulanten Einzelleistungen sowie etwas über 20% in den stationären Leistungen. Im stationären Bereich führt dies dazu, dass in den beiden Bereichen »Einzel« und »Gruppe« nur geringe Befragungszahlen vorliegen (27 bzw. 12). Die Auswertung erfolgt daher in Bezug auf den stationären Bereich als Ganzes.

Rahmendaten der Befragten: 82 Befragte waren Frauen, 106 Männer. Die größte Gruppe der Befragten ist zwischen 40-50 Jahre alt, das Durchschnittsalter lag bei 45,52 Jahren (Median bei 44). Das Durchschnittsalter streut sich über die Leistungsformen wie folgt: PBW/WA-Leistungen: 45,96 Jahre; AAH-Leistungen: 47,26 Jahre; AWG-Leistungen: 39,35 Jahre sowie stationäre Leistungen: 52,69 Jahre.

Bei der Betrachtung der Hilfebedarfsgruppen zeigt sich, dass die größte Gruppe der Befragten der HBG 3 zugeordnet ist (Median und Modus liegen ebenfalls bei HBG 3).

	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5	PBW/WA	o. HGB
Häufigkeit	6	30	65	19	0	46	22
In %¹¹	4,2	21,1	45,8	13,4	0	-	15,5

Tabelle 4: Zuordnung Befragte zu HBGs

Bei einem Großteil der Interviews (83%) war die Kommunikation problemlos möglich. Lediglich die Werte für den stationären Bereich liegen deutlich niedriger: Hier war die Kommunikation lediglich in 64,1% der Interviews uneingeschränkt möglich. Ähnlich verhält es sich mit der Mobilität im Alltag: Außer in den stationären Einrichtungen ist eine Einschränkung der Mobilität eher die Ausnahme (Einschränkungen in der Mobilität liegen insgesamt bei 30,1% der Befragten vor, in den stationären Leistungen sind die Werte für eingeschränkte Mobilität mit 66,7% deutlich höher). Damit spiegeln sich in der Nutzerbefragung die Ergeb-

¹¹ Die Prozentangaben sind bereinigt um den Anteil der Befragten, der den PBW/WA-Leistungen zugeordnet ist und dementsprechend keine regelhafte Zuordnung zu Bedarfsgruppen erfolgt.

nisse der anderen Erhebungsschritte: Sie verweisen darauf, dass in den stationären Leistungsformen mehr Menschen unterstützt werden, die einen höheren Bedarf an Hilfen haben.

Die größte Gruppe der Befragten ist in der WfbM beschäftigt, die zweitgrößte Gruppe sind Rentner:

	WfbM	Allg. Arbeitsmarkt	TaFö innerhalb	TaFö außerhalb	Gesamt
Ganztags	82	7	1	3	93
Halbtags	16	5	-	1	22
stundenweise	2	1	-	-	3
Gesamt	100	13	4	4	

Tabelle 5: Arbeit und Beschäftigungsverhältnisse der Befragten

Zudem stand neben den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auch noch ein freies Antwortfeld zur Verfügung. Die Nennungen in diesem Feld verteilen sich wie folgt: Die größte Gruppe stellen hierbei mit 31 Nennungen Befragte, die (Früh-/EU-)Rente beziehen, weitere 11 sind arbeitslos bzw. arbeitssuchend. 11 Nennungen lassen eine Mischform von unterstützter Tätigkeit und allgemeinem Arbeitsmarkt vermuten (z. B. Arbeitsmarkt und WfbM oder individuelle Arbeitsbegleitung), bei weiteren 5 Nennungen liegt eine Tätigkeit vor, von der aus sich zumindest kein eindeutiger Zusammenhang zu Eingliederungshilfeleistungen herstellen lässt, 1 Befragter befindet sich in einem Ausbildungsverhältnis. Im Befragungssample ist also eine Gruppe von 22,3% der Befragten (Rente + arbeitssuchend), bei denen zumindest kein von außen erkennbarer Milieuwechsel stattfindet.

2.3.1.3 Mitarbeiterbefragung

Der Fragebogen für die Mitarbeiterbefragung wurde eigens für die Evaluation entwickelt. Der Bogen bestand dabei aus

- a) einer Fremdeinschätzung zur Lebenssituation der Nutzer. Themen aus dem Nutzerfragebogen wurden übernommen und der veränderten Befragungssituation angepasst (die Mitarbeiterbefragung bezog sich auf die Einschätzung der Lebenssituation mehrerer Personen);
- b) einer Einschätzung zu den Veränderungen in der Lebenssituation durch die Ambulantisierung hinsichtlich der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Nutzer sowie
- c) einer Einschätzung der eigenen Arbeitsaufgaben (nach Gewichtung, zur Verfügung stehender Zeit sowie Qualifikation) und der beruflichen Rolle.

Im Herbst und Winter 2013 wurde eine schriftliche Befragung von insgesamt 55 Fachkräften in der direkten Unterstützung (im Rahmen von AWG und AAH-Leistungen), durchgeführt. Um die Ergebnisse – bei dieser vergleichsweise kleinen Untersuchungsgruppe – besser vergleichen zu können, wurde in der Steuerungsgruppe die Entscheidung getroffen, die Mitarbeiterbefragung bei zwei Dienstleistern durchzuführen, von denen jeweils einer unter einer AWG- und einer unter einer AAH-Leistungsvereinbarung operiert.

Rahmendaten der Befragten: 56,6% der Befragten sind weiblich, 43,4% männlich. Der Großteil der Mitarbeiter befindet sich in der Altersgruppe zwischen 30-40 Jahren (34,6%). Der

Altersdurchschnitt liegt bei den Mitarbeitern der AAH-Leistungen bei 46,12 Jahren, bei AWG-Mitarbeitern hingegen bei 40 Jahren (die Medianwerte liegen ebenfalls bei 46 bzw. 40 Jahren).

Ausbildung und Studium: Der weitaus größte Teil der Befragten verfügt entweder über eine einschlägige Berufsausbildung (75,5%) oder ein einschlägiges Studium (20,8%). Weitere Nennungen bezogen sich hier auf andere berufliche Herkunft, z. B. als Fachkraft für Gesundheits- und Sozialdienstleistungen. Hierbei kommt es zu Korrelationen mit dem Leistungstyp. In den AWG-Leistungen ist dabei der Anteil an Akademikern höher, sie sind mit 38,1% vertreten; in den AAH-Leistungen sind es lediglich 9,4%.

Arbeitszeit: Der Großteil der Befragten ist in Teilzeit mit einer Arbeitszeit von 50% oder mehr beschäftigt (72,7%), 21,8% arbeiten in Vollzeit. Am geringsten war der prozentuale Anteil der Befragten mit einer Teilzeitbeschäftigung von maximal 50% mit 5,5%. Knapp die Hälfte (49,1%) der befragten Mitarbeiter arbeitet seit mindestens 5 Jahren auf ihrer aktuellen Stelle. Dem folgen mit jeweils ca. 20% der Befragten mit Arbeitsverhältnissen zwischen 1-3 bzw. 3-5 Jahren. Die wenigsten Befragten sind unter einem Jahr auf ihrer aktuellen Stelle tätig (9,1%).

Angaben zu den Angeboten: In Bezug auf die Anzahl der unterstützten Nutzer der befragten Mitarbeiter bewegen sich die Antworten zwischen einem und 40 unterstützten Nutzern. Die größte Gruppe der Befragten (28,0%) arbeiten mit 6-10 Nutzern. Ähnlich hoch ist der Prozentsatz der Befragten mit 16-20 Nutzern mit 26,0%. (vgl. zu den Unterschieden in der Größe der Angebote: 3.1.1).

Bei den Angaben zu den Hilfebedarfsgruppen der Nutzer ordneten knapp die Hälfte der Befragten ihre Nutzer vorwiegend in die Hilfebedarfsgruppen 1-3 ein (49,1%). Dem folgen 29,1%, die die Hilfebedarfsgruppen 3-5 angeben. 21,8% haben keinen eindeutigen Schwerpunkt benannt. Bei den Befragten in den AAH-Leistungen wird häufiger angegeben, überwiegend mit Nutzern der Hilfebedarfsgruppe 3-5 zu arbeiten, während im AWG-Setting mehr Befragte die Hilfebedarfsgruppen 1-3 oder keinen eindeutigen Schwerpunkt nennen.

Knapp die Hälfte der Befragten (45,1%) gaben an, für 4-6 Nutzer als Bezugsbetreuer (o. ä.) zuständig zu sein, weitere 43,1% sind für 1-3 Nutzer zuständig. Die Ausnahme bilden Befragte, die für 7-9 zuständig sind (11,8%). Mitarbeiter aus dem AAH-Setting übernehmen eher Bezugsbetreuungen für eine geringere Anzahl an Nutzern (1-3), während die Mitarbeiter im AWG-Bereich eher in den beiden größeren Intervallen der Nutzeranzahlen zu finden sind.

Erfahrungen mit der Ambulantisierung: Der Großteil der Befragten hat Erfahrungen mit dem Ambulantisierungsprogramm, lediglich 16,7% der Befragten geben an, keine direkten Erfahrungen gemacht zu haben. Alle anderen haben – bei möglichen Mehrfachantworten – entweder die Umwandlung einer Einrichtung begleitet (50,9%) oder Nutzer bei einem Um- oder Auszug unterstützt (45,3%). Deutlich seltener (17,0%) haben die Befragten ihre Stelle in einer neu gegründeten Einrichtungsform angetreten.

2.3.1.4 Angehörigenbefragung

Der Fragebogen für die Angehörigenbefragung wurde eigens für die Evaluation entwickelt. Der Bogen bestand dabei aus

- a) einer Fremdeinschätzung zur Lebenssituation der Nutzer. Dabei wurden z. T. Fragen aus dem Nutzerfragebogen direkt übernommen, um eine Vergleichbarkeit herzustellen;
- b) einer Einschätzung zu den Veränderungen in der Lebenssituation durch die Ambulantisierung hinsichtlich der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Nutzer,
- c) Einschätzungen zu den Arbeitsaufgaben der Mitarbeiter (analog zur Mitarbeiterbefragung)
- d) Ausgewählte Fragen zum eigenen Engagement und der eigenen Belastung.

Die Befragung fand im Sommer 2014 statt, Informationen wurden über den Elternverein Leben mit Behinderung Hamburg sowie über die beteiligten Träger verbreitet. Leider ist es nicht gelungen, eine viele Teilnehmer für die Befragung zu finden (N=19). Daher sind die Ergebnisse auch nur bedingt aussagekräftig. Evtl. hätte hier im Feldzugang mehr Aufmerksamkeit auf Fragen der Informationsvermittlung und Zustimmung im Feld gelegt werden müssen.

Rahmendaten der Befragten: 6 Befragte waren männlich, 13 weiblich. Die Altersspanne lag zwischen 51 und 78, das Durchschnittsalter bei 61,4 Jahren

Rahmendaten der Angehörigen: Die Angehörigen sind im Alter zwischen 21 und 49, das Durchschnittsalter liegt bei 33,7 Jahren. 12 der Angehörigen erhalten AWG-Leistungen, vier weitere stationäre Leistungen (3 Missings). Der Bezug pflegerischer Leistungen liegt nur bei einem Angehörigen vor. Neun Angehörige haben eine ehrenamtliche gesetzliche Betreuung, fünf weitere einen Berufsbetreuer. Je fünf Angehörige leben in einer umgewandelten Wohngruppe oder sind in eine neugegründete Einrichtung gezogen.

2.3.1.5 Netzwerkanalysen

Das Erhebungsinstrument für die Netzwerkanalysen (SONET) basierte einerseits auf den empirisch erprobten, validen Fragebogen zu den sozialen Netzwerken und Sozialer Unterstützung behinderter Menschen von Schiller (1987) und andererseits auf dem in der Nutzerbefragung eingesetzten Fragebogen. Der SONET-Fragebogen enthält in Teil I die Erhebung der sozialen Beziehungen zu unterschiedlichen Personenkreisen, Teil II und III enthalten Dimensionen der sozialen Unterstützung. Darüber kann ein Eindruck von wahrgenommenem Bedarf und der Art sowie den Quellen des Supports entstehen. In Verbindung mit den quantitativen Daten lässt sich auch vorsichtig interpretieren, wie sich das Gesamtnetzwerk zum Support-Netzwerk verhält. Die an den Analysen teilnehmenden Nutzer waren:

- **„Stationär 1“:** Stationäre Einrichtung mit 43 Plätzen, darunter 2 Seniorenwohnungen. Befragt wurden sieben Bewohner, fünf Männer und zwei Frauen; davon sind 4 über 60 Jahre alt, die anderen drei zwischen 35 und 46. Altersschnitt: 54 Jahre. 3 Rentner, 4 WfbM-Mitarbeiter. Die meisten Nutzer sind in die HBG 3 eingruppiert; Kommunikation und Mobilität sind wenig eingeschränkt. Verweildauern: zwischen 6 und 39 Jahren.
- **„Stationär 2“:** Stationäre Einrichtung mit 40 Plätzen. Befragt wurden sechs Bewohner, fünf Männer und eine Frau. Zwei Befragte sind Rentner. Die meisten Nutzer sind

in die HBG 3 eingruppiert; Kommunikation und Mobilität sind wenig eingeschränkt. Der Altersdurchschnitt beträgt 57,6 Jahre. Verweildauern: zwischen 7 und 29 Jahren.

- „**Ambulant**“: befragt wurden sechs Bewohner aus drei unterschiedlichen Standorten von ambulant betreuten Wohngemeinschaften, zwei Frauen und vier Männer. Eine Person ist verrentet, alle anderen sind in einer WfbM. Der Altersdurchschnitt beträgt 38,3 Jahre, liegt also deutlich unter dem der stationären Gruppen. Die Eingruppierung in HBG liegt zwischen 2 und 3. Die Kommunikation und Mobilität sind wenig eingeschränkt. Verweildauern: zwischen 1 und 17 Jahren.

2.3.2 Qualitative Erhebungsschritte

- **Dokumentenanalysen:** Im Vorfeld der im engeren Sinne empirischen Erhebungsschritte wurden zentrale Papiere zum Ambulantisierungsprogramm analysiert. Dabei handelte es sich einerseits um die Konsenspapiere 1 und 2 sowie um eine Sekundäranalyse der vor 2010 durchgeführten Evaluationen.
- **Interviews mit Trägervetretern:** Als erster qualitativer empirischer Schritt der Evaluation erfolgten insgesamt sieben Interviews mit Prozessverantwortlichen bei den Trägern: fünf dieser Interviews wurden mit den an der Evaluation beteiligten Träger der Eingliederungshilfe geführt, zwei weitere mit Vertretern »kleinerer« Träger¹². Verweise auf diese Interviews sind mit dem Kürzel »TV_x, y« gekennzeichnet. Die erste Zahl benennt das Interview, die zweite den entsprechenden Absatz im Transkript.
- **Gruppendiskussionen mit Angehörigen/Mitarbeitern:** Zur Vorbereitung der schriftlichen Befragungen von Angehörigen und Mitarbeitern wurde mit jeder Personengruppe eine Gruppendiskussion (mit vier bzw. fünf Teilnehmern) durchgeführt. Verweise auf die Gruppendiskussionen sind mit den Kürzeln »GD_{Ax}, y« bzw. »GDM_x, y« gekennzeichnet. Die erste Zahl benennt das Interview, die zweite den entsprechenden Absatz im Transkript.
- **Experteninterviews mit Leitungskräften in Angeboten für Menschen mit hohem Hilfebedarf:** Um die Unterstützungssituation von Menschen mit hohem Hilfebedarf zumindest ansatzweise zu erfassen, wurden vier Experteninterviews geführt (zu Experteninterviews: Gläser & Laudel 2009; Meuser & Nagel 2003). Diese dienten dazu, Hürden und Förderfaktoren für das Leben in ambulanten Settings zu erfassen. Zwei der Interviews wurden dabei im Rahmen von Hausgemeinschafts-Settings geführt, ein weiteres in einem Spezialangebot für den Personenkreis und das vierte im Rahmen eines regulären ambulanten Angebots. Verweise auf diese Interviews sind mit den Kürzeln »L_x, y« gekennzeichnet. Die erste Zahl benennt das Interview, die zweite den entsprechenden Absatz im Transkript.

Die Dokumentenanalysen und die Gruppendiskussionen wurden dabei mittels einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring 2010). In der Auswertung der

¹² Der Kennzeichnung »klein« bezieht sich dabei aber v. a. auf die Leistungserbringung im Bereich des Wohnens für Menschen mit geistiger Behinderung. Es handelt sich bei den Trägern durchaus um größere Organisationen, aber eben mit anderen Schwerpunkten.

Interviews kam ein kodierendes Verfahren zum Einsatz, dass sich an den Auswertungsstrategien für Experteninterviews sowie am thematischen Kodieren orientierte (Flick 2010; Meuser & Nagel 2003).

2.4 Zur Struktur des Berichts

Der vorliegende Abschlussbericht folgt in seiner Struktur nicht der Logik der Erhebungsschritte. Vielmehr behandeln die einzelnen Kapitel jeweils einen thematischen Schwerpunkt. In die einzelnen Kapitel fließen dann Erkenntnisse aus unterschiedlichen Erhebungsschritten ein. Am deutlichsten zeigt sich dies am Kapitel zur Situation der Nutzer: Hier werden Erkenntnisse aus Nutzer-, Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung, Netzwerk- und Sekundäranalysen sowie den Träger- und Experteninterviews zusammengeführt.

Zu Beginn jeden Kapitels werden die jeweils relevanten Erhebungsschritte benannt. Am Ende jedes Unterkapitels erfolgt eine kurze Zusammenfassung zentraler Erkenntnisse (optisch durch eine Rahmung abgesetzt). Darüber soll potenziellen Lesern eine eigene Schwerpunktsetzung erleichtert werden.

Das folgende Kapitel 3 befasst sich mit den Veränderungen der **Strukturen und Rahmenbedingungen**. Die Kapitel 4-6 befassen sich mit der Situation unterschiedlicher Personengruppen: den **Nutzern** (sowohl der Gesamtgruppe als auch Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf), den **Mitarbeitern** und **Angehörigen**. Kapitel 7 fasst schließlich die Ergebnisse der Arbeit zusammen und nimmt ihre **Einordnung in empirische und theoretische Zusammenhänge** vor.

3 Strukturen und Rahmenbedingungen

3.1 Strukturelle Veränderungen durch die Ambulantisierung

Die Ambulantisierung in Hamburg hat in der Umsetzung zur Entstehung zweier neuer Leistungsformen geführt: der AWG und der AAH. Daraus ergeben sich sowohl verschiedene neue Angebotsformen als auch Rückwirkungen auf die bisher vorhandenen Angebote des stationären Wohnens sowie der PBW bzw. der WA. Beides soll im Folgenden betrachtet werden.

Insgesamt zeigt sich, dass das Ambulantisierungsprogramm zu einer deutlichen Verschiebung in den Angeboten geführt hat:

	Stationär		AWG/AAH		PBW/WA	
2006	2016	68,33%	39	1,34%	895 ¹³	30,33%
2011	1621	52,99%	670	21,91%	768	25,10%

Tabelle 6: Entwicklung der Platz- und Betreuungszahlen (eigene Erhebung)

Es ist zu einem deutlichen Abbau stationärer Plätze gekommen, gleichzeitig haben sich die neuen Leistungstypen deutlich in der Hilfelandschaft etabliert.

3.1.1 Leistungsvereinbarungen und Angebotsformen

In der Umsetzung der Ambulantisierung in Hamburg zeigte sich, dass eine Kluft zwischen den auf Fachleistungsstunden basierenden ambulanten Einzelleistungen auf der einen und den stationären Angeboten auf der anderen Seite existierte. Menschen, für die die Angebote im Rahmen der PBW/WA-Leistungen zeitlich nicht hinreichend waren, hatten bis zu diesem Zeitpunkt nur die Möglichkeit im Rahmen stationärer Angebote unterstützt zu werden. Diese Lücke im Hilfesystem sollte durch ein neues Angebot, das zwischen den bisherigen Formen angesiedelt ist, überbrückt werden (TV5, 46; TV7, 6). Es entstanden in der Folge zwei neue Leistungstypen: die »ambulant betreute Wohngemeinschaft« (AWG) sowie die »ambulante Assistenz Hamburg« (AAH). Diese sollten einem erweiterten Personenkreis die Möglichkeit eröffnen, im Rahmen ambulanter Angebote – in denen eine tägliche Präsenz sowie kurzfristi-

¹³ Die absoluten Zahlen in diesem Bereich sind nicht zu 100% korrekt. Vereinzelt wurde nicht die Anzahl der unterstützten Nutzer, sondern die Summe der Fachleistungsstunden angegeben. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass sich dadurch in den Gesamtzahlen nur geringe Verschiebungen ergeben.

ge Reaktionszeiten des Dienstleisters sicher gestellt werden können – Unterstützung zu finden (TV5, 40).

Der primäre formale Unterschied zwischen den beiden Leistungstypen besteht im Umgang mit Pflegeleistungen. In AWGs werden – im Sinne der eigenen Häuslichkeit – keine Pflegeleistungen nach SGB V oder XII durch den Dienstleister der Eingliederungshilfe erbracht. Sollte ein Pflegebedarf nach SGB XII vorliegen, wird dieser i. d. R. durch einen externen Pflegedienst übernommen, der zusätzlich zum Personal der AWG zu einzelnen Terminen ins Haus kommt¹⁴ (es findet also eine getrennte Beantragung, Planung, Erbringung, Dokumentation und Abrechnung statt). Unter den Bedingungen einer AAH-Leistungsvereinbarung ist der Regelfall eher, dass Nutzer die Pflegeleistung als Geldleistung beantragen und das Pflegegeld an den Dienstleister der Eingliederungshilfe weiter leiten. Dieses wird dann im Budget des Angebots fakturiert, so dass die Mitarbeiter des Eingliederungshilfe-Dienstleisters in Personalunion Eingliederungshilfe- und Pflege-Leistungen erbringen (es findet also eine getrennte Beantragung und Abrechnung, aber eine integrierte Planung, Erbringung, Dokumentation und Abrechnung statt).

Quer zur Unterscheidung AWG/AAH liegen die sog. Hausgemeinschaften, in denen sowohl ambulante als auch stationäre Leistungen im Rahmen eines kombinierten Angebots erbracht werden (TV1, 104; TV7, 8). Daraus leiten sich vier unterschiedliche Angebotsformen ab, die alle in der Hilfelandschaft – jedoch nicht bei allen Dienstleistern – vertreten sind:

	Leistungsvereinbarung	
	AWG	AAH
Angebote	AWG-Angebot	AAH-Angebot
	Hausgemeinschaft AWG/stationär	Hausgemeinschaft AAH/stationär

Tabelle 7: Angebotsformen der Ambulantisierung

Neben dieser formalen Unterscheidung zeigen sich weitere Differenzierungen, die eher auf konzeptionellen oder organisatorischen Entscheidungen beruhen. Hier bieten die Rahmendaten der Mitarbeiterbefragung einen vertieften Einblick: Es zeigt sich, dass AAH-Angebote tendenziell für einen größeren Personenkreis konzipiert sind (durchschnittliche Anzahl Nutzer: 20,86), während die AWG-Angebote eher auf einer kleinere Anzahl an Nutzern pro Angebot ausgerichtet sind (durchschnittliche Anzahl: 13,91). Deutlicher aufgeschlüsselt sehen die Zahlen wie folgt aus:

	Anzahl Nutzer							
	1-5	6-10	11-15	16-20	26-30	31-35	36-40	40-45
AAH	10,7%	21,4%	-	35,7%	7,1%	-	3,6%	21,4%
AWG	13,6%	36,4%	13,6%	13,6%	22,7%	-	-	-

Tabelle 8: Mitarbeiterbefragung – Anzahl unterstützter Klienten

¹⁴ Formal besteht auch die Möglichkeit, die Pflegeleistung als Geldleistung zu beantragen und die Pflegeleistungen über das Pflegegeld selbst zu organisieren.

Hierbei zeigt sich, dass es in den AAH-Angeboten zu Ausdifferenzierungen kommt. Ca. 30% der Nutzer werden in vergleichsweise kleinen Angeboten unterstützt (max. 10 Nutzer), etwas über 40% in Angeboten für 16-30 Personen sowie weitere 25% in Angeboten ab 36 Personen aufwärts. Insbesondere die größeren Angebote sind i. d. R. in Mehrfamilienhäusern angesiedelt, in denen nicht ausschließlich Menschen mit Behinderung leben. In den AWG-Angeboten ist die Streuung weniger breit: Fast die Hälfte der Nutzer lebt in Angeboten für max. 10 Personen, die andere Hälfte in Angeboten für 11-30 Personen. Keine der AWG-Nutzer leben in Angeboten für mehr als 30 Personen. Die Ursache dieser Varianz wird deutlich, wenn man die im Rahmen dieser Angebote bewilligten Einzelleistungen in Betracht zieht:

	Nur AWG-/AAH-Leistungen		AWG-/AAH- und stationäre Leistungen		Nur stationäre Leistungen	
	N	In %	N	In %	N	In %
AAH	8	25%	22	68,75%	2	6,25%
AWG	14	63,36%	8	36,36%	-	-

Tabelle 9: Mitarbeiterbefragung – Verhältnis ambulante Angebote/Hausgemeinschaften

Der Großteil der Angebote im AAH-Bereich (75%) ist also als Hausgemeinschaft konzipiert. Diese erreichen alleine durch die Kombination zweier Angebote eine gewisse Betriebsgröße (vgl. 4.2). Im AWG-Bereich bilden Hausgemeinschaften eher die Ausnahme (36,36%), wenn sie überhaupt Teil des Angebots sind.

Diese Varianz deckt sich dabei mit konzeptionellen Entscheidungen der beteiligten Träger. Die Hausgemeinschaften auf AAH-Basis sind grundsätzlich für mindestens 20 Personen konzipiert. Sie bestehen in den meisten Fällen aus Einzel- bzw. Zweier-Wohnungen sowie einer kleinen stationären Wohngruppe für ca. 4 Personen (TV1, 17). Dieses Angebot ist oft Teil eines größeren Mehrfamilienhauses, in dem weitere Wohneinheiten vermietet werden. I. d. R. verteilen sich die Assistenzleistungen im ambulanten Bereich dabei auf die Tage Montag bis Freitag, am Wochenende finden höchstens Gruppenveranstaltungen statt. Die Angebote der Hausgemeinschaft fungieren dabei gleichzeitig als eine Art Stützpunkt für Klienten, die in der Nähe wohnen (TV5, 46). Trotz der mit dieser Konzeption einhergehenden Größe der Angebote, sind die Einschätzungen der Trägervertreter positiv (TV1, 17): Die Angebote sind inhaltlich sinnvoll, weil sie einen Spagat zwischen einem Herantasten an die Selbständigkeit auf der einen und dennoch einer regelmäßigen Anbindung auf der anderen Seite bieten (TV 5, 46). So ist in den Angeboten grundsätzlich eine 24-Stunden-Unterstützung möglich, ein Sachverhalt, der in der Umwandlung vielen Nutzern Sicherheit gegeben hat und insbesondere von gesetzlichen Betreuern und Angehörigen begrüßt wurde (TV1, 78)

Neben inhaltlichen Überlegungen spielt zudem die Einschätzung eine Rolle, dass die Angebote wirtschaftlich gut zu organisieren sind (TV1, 17) und außerdem für die Nutzer eine gewisse Flexibilität mit sich bringen: Einige Angebote ermöglichen es, Wohnungen entweder zu vermieten und ambulante Assistenzleistungen zu erbringen oder sie organisatorisch der stationären Wohngruppe zuzuordnen. Darüber entsteht für Nutzer prinzipiell die Möglichkeit, bei sich veränderndem Hilfebedarf nicht zwingend umziehen zu müssen (TV5, 46).

AWGs sind im Unterschied zu den AAH-Angeboten i. d. R. auch konzeptionell als *Wohngemeinschaften* ausgerichtet, d. h. mit dem Angebot ist ein gemeinschaftlicher Anspruch verbunden (TV6, 58). Daraus folgt, dass die Nutzer in diesen Fällen nicht alleine in einer Wohnung, sondern gemeinschaftlich als WG zusammen leben und dass Leistungen »gepoolt« werden und so der Gemeinschaft zur Verfügung stehen können (TV6, 32). Diese Angebote können sowohl z. B. in einem Einfamilienhaus als Groß-WG oder auch in mehreren Klein-WGs im Rahmen eines Mehrfamilienhauses ausgebracht werden. Wie die Zahlen zeigen, sind AWG-Angebote i. d. R. kleiner, woraus auch andere Betreuungszeiten folgen. In den meisten Fällen findet die Unterstützung unter der Woche in den Nachmittagsstunden sowie am Wochenende statt (TV3, 81). Die geringeren Assistenzzeiten sind dabei aber nicht zwingend ein Nachteil, die Nutzer der Angebote suchen auch nicht unbedingt eine 24-Stunden-Unterstützung (TV3, 81). Da die Mieter im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts den Erbringer der Eingliederungshilfe-Leistungen frei wählen können, besteht aus Perspektive des Dienstleisters das Risiko, dass es zu einer Zersplitterung von Leistungen kommt (TV7, 18). Die meisten Dienstleister haben daher Verträge mit den *Mietergemeinschaften* abgeschlossen, die dann gemeinsam einen Dienstleister beauftragen.

Einer der Träger bietet auch unter AWG-Leistungsvereinbarung Hausgemeinschaften an (TV7, 8). In diesem Rahmen folgt daraus, dass im AWG-Teil des Angebots Pflegeleistungen durch einen externen Pflegedienst, im stationären Teil aber integriert erbracht werden. Diese Hausgemeinschaften wurden explizit ins Leben gerufen, damit die stationären Einrichtungen nicht ausschließlich Menschen mit hohem Hilfebedarf unterstützen (TV7, 42; vgl. 4.2).

Aus der Doppelung der Leistungsvereinbarungen, dem Kombinationsangebot der Hausgemeinschaften (bei einem Teil der Träger), unterschiedlichen Zielgruppen und konzeptionellen Entscheidungen folgt, dass es eine Vielzahl unterschiedlicher Angebote gibt, die im Rahmen der Ambulantisierung entstanden sind.

In der direkten Gegenüberstellung zeigt sich, dass in den AAH-Angeboten dabei eine zweifache Ressourcenbündelung erfolgt, die in den AWGs nicht in dieser Form bzw. dieser Intensität stattfindet: AAH-Angebote kombinieren Pflege- und Eingliederungshilfe-Leistungen, die Ressourcen stammen von unterschiedlichen Leistungsträgern. In den AWGs werden Pflegeleistungen extern erbracht, die Mitarbeiter des Pflegedienstes sind nicht Teil des AWG-Teams (d. h. Bewilligung, Pflege-/Hilfeplanung, sowie die Dokumentation der Leistungen erfolgt getrennt voneinander). AAH-Angebote sind zudem tendenziell für eine größere Anzahl von Personen konzipiert, so dass auch hierüber mehr Ressourcen an einer Stelle gebündelt werden. Die Folge davon ist, dass

- a) in AAH-Leistungen die Angebote stärker »aus einer Hand« erfolgen, da die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe- und Pflege-Dienstleister entfällt. Damit ist aber die mit der eigenen Häuslichkeit formal verbundene Trennung von Eingliederungshilfe und Pflege aufgehoben;
- b) in AAH-Leistungen zeitlich umfänglichere Angebote ausgebracht werden können. Im Rahmen dieser Angebote ist grundsätzlich eine 24h-Unterstützung möglich, in den meisten AWGs erfolgt die Assistenz eher nachmittags und am Wochenende. Die Frage, ob eine umfängliche Unterstützung zwangsläufig besser ist, kann nur im Einzelfall entschieden werden. Sie kann sowohl eine erhöhte Sicherheit für Nutzer bedeuten, ge-

nauso kann die geringere Betreuungsdichte aber auch mehr Raum für Eigenständigkeit ermöglichen (TV1, 78);

- c) die AAH-Leistungen mit 20 Personen aufwärts operieren, dadurch steigt die Notwendigkeit der Organisation und Koordination (bezüglich Einsatzplänen, Besprechungen, Kommunikationsstrukturen etc.).

Im Rahmen der Ambulantisierung sind in Hamburg zwei neue Leistungstypen entstanden: die Ambulant betreute Wohngemeinschaft und die Ambulante Assistenz Hamburg. Quer zu den Leistungstypen liegen die sog. Hausgemeinschaften, in denen – bei einem Teil der Träger – ambulante und stationäre Leistungen kombiniert erbracht werden. Formaler Unterschied besteht im Umgang mit Pflegeleistungen – in AWGs werden diese i. d. R. durch einen externen Dienstleister, in AAH-Angeboten hingegen integriert erbracht. Zudem unterscheiden sich die Angebote in der Praxis oft in der Größe: AWG-Angebote sind i. d. R. eher für 5-10 Nutzer konzipiert, AAH-Angebote – insbesondere wenn sie als Hausgemeinschaften konzipiert sind – oft für mehr als 25 Personen.

3.1.2 Folgen auf struktureller Ebene

Bei der Betrachtung der Folgen der Ambulantisierung muss zwischen primären und sekundären Folgen unterschieden werden: Primäre Folgen beziehen sich auf die Angebote der Ambulantisierung im engeren Sinne (bzw. auf die Nutzer dieser Angebote), sekundäre Folgen beziehen sich auf die anderen Wohnangebote im Rahmen der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung (bzw. die Nutzer dieser Angebote).

Primäre Folgen sind eine Verbreiterung der Angebotspalette sowie ein Beitrag zur Normalisierung der Lebensbedingungen. Die neuen Leistungstypen stellen eine Verbreiterung der Angebotspalette dar und überbrücken die Kluft zwischen den bisherigen Leistungstypen. Sie bieten die Möglichkeit, Selbständigkeit zu fördern, aber gleichzeitig die Gefahr von Überforderung, Vereinsamung oder nicht ausreichender Betreuung in der eigenen Wohnung zu vermindern. Darüber öffnen sich die ambulanten Settings auch für einen Personenkreis, der vorher ausschließlich im Rahmen stationärer Angebote unterstützt wurde (TV5, 46). Mit dieser Verbreiterung der Angebote geht dann auch ein erhöhtes Wahlrecht für die Nutzer einher (TV6, 72; TV7, 40).

Zudem hat sich aus den Angeboten eine gewisse Sogwirkung ergeben. Nutzer der stationären Angebote werden stärker animiert, evtl. in ambulante Settings zu wechseln, weil sie dies auch in ihrer Umgebung stärker wahrnehmen. Dadurch werden der Wechsel sowie die mit ihm verbundenen Folgen und Chancen anschaulicher. Gleiches gilt auch für die Mitarbeiter. Auch bei ihnen werden Ängste abgebaut (TV4, 43).

Die Ambulantisierung wird zudem als ein weiterer Schritt auf dem Weg von einer zentralisierten Versorgung im Rahmen von Großangeboten und hin zu einer Normalisierung der Lebenssituation verstanden. Die Nutzer der Dienstleistungen sollen weniger in ihrer Rolle als

z. B. WG-Bewohner und primär als Leute aus der Nachbarschaft wahrgenommen werden (TV5, 18).

In den Interviews wird dabei immer wieder betont, dass sich diese strukturellen Entscheidungen positiv in der Lebenssituation der Nutzer niederschlagen müssen, wenn sie sinnhaft sein sollen. An der Statusveränderung von »stationär« zu »ambulant« (bzw. »ambulantisiert«) lässt sich alleine nicht viel ablesen. Es geht vielmehr – und zwar unabhängig vom Leistungstyp – um eine veränderte Gestaltung der Prozesse für die jeweilige Person hinsichtlich Autonomie, Selbstbestimmung, Entwicklung, Subjektzentrierung, Sozialraumorientierung oder Teilhabe. Hier wird in der Ambulantisierung ein Anlass gesehen, sich stärker mit diesen Fragen auseinanderzusetzen und die fachliche Arbeit weiter zu entwickeln, die Veränderung des Strukturmerkmals ist aber nicht mit dieser Weiterentwicklung identisch (TV4, 39; TV6, 66).

Eine dieser Entwicklungen, die bei einigen Trägern Einzug gehalten hat, ist eine Veränderung der Dienstplangestaltung, schlagwortartig zusammengefasst in der Formulierung „soweit wie möglich weg vom Dienstplan hin zur Einsatzplanung“ (TV1, 29). Z. T. erfolgte dabei eine formale Differenzierung in Basisdienste und individuelle Assistenzzeiten (TV1, 29). Aber auch bei Trägern, die nicht mit einer solchen formalen Unterteilung operieren, hat sich der Fokus stärker hin zur individuellen Leistungserbringung verschoben (TV6, 38)¹⁵. Die Interviews zu den Unterstützungsstrukturen für Menschen mit hohem Hilfebedarf bieten hier vertiefte Einblicke. Die individuelle Verabredung zusätzlich zu den Diensten vor Ort hat den Vorteil, dass sie dem Alltag – durch Hektik, Krankheit o. ä. – nicht so leicht zum Opfer fällt (L1, 47)¹⁶.

Eine weitere Folge kommt durch die Umwandlung ehemals stationärer Wohngruppen in ambulante Angebote und damit in privaten Wohnraum zustande: In diesem darf kein Mitarbeiter-Büro angesiedelt sein. Es muss aber einen Ort geben, an dem Dokumentationen aufbewahrt und Gespräche geführt werden können sowie ggfs. Geld verwaltet werden kann (TV3, 84). Z. T. haben sich die Dienstleister hier mit Notlösungen beholfen, in denen die Büros dann zwar räumlich Teil der Wohnung, aber eben nicht Teil des vermieteten Wohnraums sind.

Zumindest im Hinblick auf AWG-Leistungen wird jedoch betont, dass das Zusammenspiel zwischen Eingliederungshilfe und Pflege nicht immer reibungslos funktioniert: Es kommt zu Konflikten hinsichtlich Zuständigkeit, Kostenübernahme und geltender Qualitätskriterien. Diese Konflikte wirken sich negativ auf die Lebenssituation der Nutzer aus (TV6, 118)

Als sekundäre Folgen lassen sich v. a. die Rückwirkungen auf andere Angebote fassen. Diese werden seitens der Träger unterschiedlich bewertet. Z. T. werden keine oder kaum Rückwirkungen gesehen, an anderen Stellen zeigen sich jedoch auch andere Einschätzungen. Negativ bewertet wird an vielen Stellen die Auswirkungen auf die stationären Einrichtungen und die Menschen mit hohem Hilfebedarf. Die Vorerhebung zur Platzzahlentwicklung zeigt deutlich, dass die Ambulantisierung Rückwirkungen auf den stationären Bereich hatte¹⁷:

¹⁵ Wobei an dieser Stelle darauf verwiesen wird, dass auch im Rahmen einer Gruppenleistung eine individuelle Ansprache und Assistenz erbracht werden kann (TV6, 32).

¹⁶ L1 weist jedoch darauf hin, dass die Abkehr von Dienstplänen für viele Mitarbeiter eine Umstellung bedeutet, da sie über Jahr(zehnt)e in einer Logik tätig waren, in der Arbeitszeit und Dienstzeit identisch sind (L1, 123). Die Abkehr von dieser Struktur stellt die Mitarbeiter dabei durchaus vor Herausforderungen.

¹⁷ Einschränkend muss angemerkt werden, dass die vorliegenden Erhebungen lediglich die formale Bewilligung abbildete. Ob diese in einem klassischen stationären Setting oder im Rahmen einer Hausgemeinschaft erfolgt, bleibt

	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5	Ohne	Gesamt
2006	27	273	822	773	83	37	2016
2011	1	87	649	800	85	1	1621

Tabelle 10: Entwicklung der Platzzahlen im stationären Bereich (eigene Erhebung)

Im stationären Bereich sinken die Zahlen in den HBGs 1 und 2 deutlich und in der HBG 3 leicht. Die Zahlen in den HBGs 4 steigen zwar nur leicht an, dies aber bei einem gleichzeitigen Abbau stationärer Plätze¹⁸. Prozentual ausgedrückt, zeigt sich, dass der Anteil der Nutzer in der HBG 2 deutlich ab- und der Anteil der Nutzer in der HBG 4 deutlich zugenommen hat. Die Menschen mit hohem Hilfebedarf stellen 2011 in den stationären Einrichtungen mehr als die Hälfte der Nutzer:

	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5	Ohne
2006	1,32%	13,56%	40,79%	38,35%	4,15%	1,83%
2011	0,03%	5,36%	40%	49,31%	5,24%	0,06%

Tabelle 11: Entwicklung HBG stationärer Bereich in %

In einer Struktur, die primär dezentral und auch im stationären Bereich in kleinen Gruppen organisiert ist, führt diese Entwicklung dazu, dass die Menschen mit hohem Hilfebedarf zunehmend den Alltag in den stationären Einrichtungen dominieren. Das kann vor dem Hintergrund einer konzeptionellen Entscheidung, keine »Spezialgruppen« anzubieten, durchaus problematisch sein. Es kommt dann entweder zu einer hohen Fluktuation in diesen Einrichtungen, weil die Personen, die eine stationäre Bewilligung, aber keinen hohen Hilfebedarf haben, »begehrt« sind (TV3, 29) oder es führt dazu, dass es im stationären Bereich zu sehr wenig Bewegung und zu langen Wartezeiten kommt (vgl. 4.2).

ungeklärt.

¹⁸ Ungeklärt bleiben die Schwankungen bei den Bewilligungen der HBG 5: Von 2006-09 nehmen diese kontinuierlich von 83 auf 66 ab, um in den Jahren 2010-11 wieder auf 85 (eine Zahl über dem Ausgangswert) zu steigen.

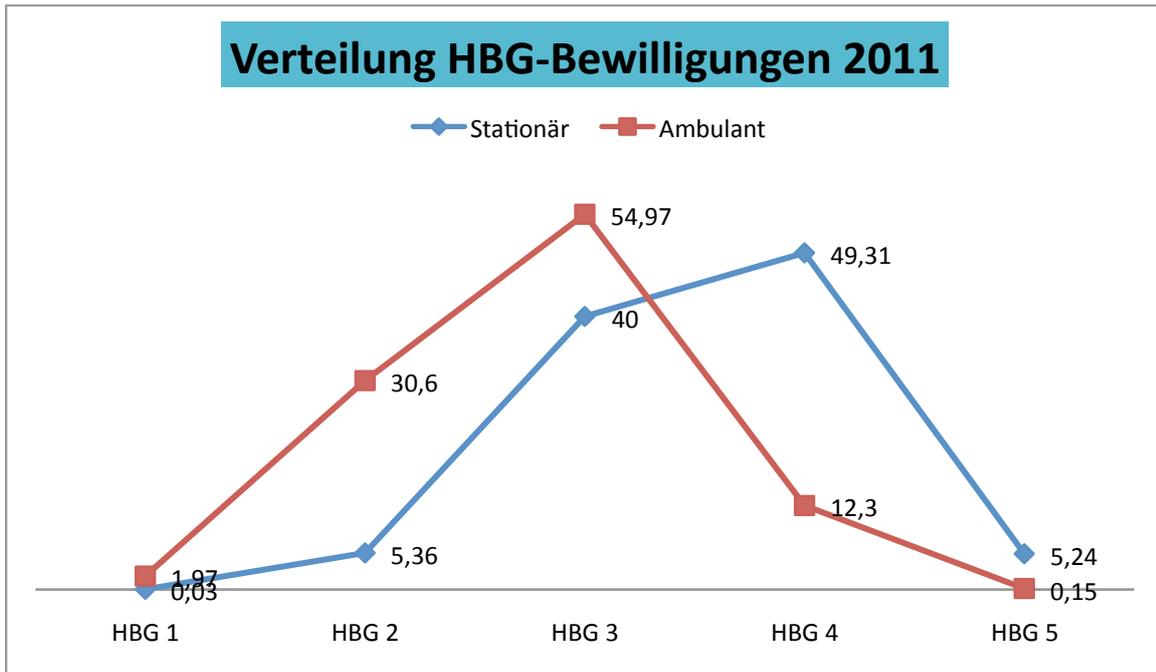


Abbildung 1: Verteilung HBGs in 2011 (eigene Erhebung)

Im Vergleich dazu entwickeln sich die Hilfebedarfsgruppen im Bereich AWG/AAH wie folgt:

	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5	Ohne	Gesamt
2006	0	13	18	1	0	7	39
2011	13	205	367	83	1	0	670

Tabelle 12: Entwicklung HBGs im Bereich AWG/AAH (eigene Erhebung)

Bereits in den absoluten Zahlen wird deutlich, dass die HBGs 2 und 3 in den Angeboten AAH/AWG deutlich am stärksten vertreten sind. Prozentual ausgedrückt:

	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5	Ohne	Durchschn. HBG
2006	0,76%	32,49%	46,45%	1,78%	0	18,53%	2,15
2011	1,97%	30,6%	54,97%	12,3%	0,15%	0	2,7

Tabelle 13: Entwicklung HBGs im Bereich AWG/AAH in % (eigene Erhebung)

Insgesamt sind fast 85% der Nutzer in den Leistungen AWG/AAH in die HBGs 2- 3 eingruppiert. Die HBG 4- 5 sind hingegen mit 12% deutlich seltener vertreten (zum Vergleich: in den stationären Wohngruppen bilden sie zum gleichen Zeitpunkt fast 55% der Gesamtgruppe).

Neben den Folgen für den stationären Bereich lassen sich auch Rückwirkungen auf die ambulanten Leistungen PBW/WA beschreiben. Die Bewilligungen in diesem Bereich sind im Zeitraum von 2006-2011 gesunken: von knapp 850 auf 725. Die Aufschlüsselung in konkrete Leistungen verdeutlicht das Verhältnis nochmals:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
PBW	496	432	345	306	240	192
WA	399	494	521	536	543	576

Tabelle 14: Entwicklung der Angebote im Bereich PBW/WA (eigene Erhebung)

Hierbei zeigt sich eine deutliche Verschiebung in den Leistungen: Wurden also 2006 noch mehr als die Hälfte der »klassischen« ambulanten Leistungen als PBW-Leistungen erbracht, sind es 2011 nur noch 25%. Die Fallzahl ist insgesamt jedoch nur minimal gesunken. Aller Wahrscheinlichkeit nach ist dies Folge einer Bewilligungspraxis, in der PBW-Leistungen auf einen Zeitraum von zwei Jahren begrenzt werden und danach WA-Leistungen bewilligt werden.

Die Ambulantisierung hat zu einer Verbreiterung der Angebotspalette beigetragen. Diese ermöglicht, die zeitliche »Lücke« zwischen ambulanten Leistungen PBW/WA und stationären Leistungen zu überbrücken. Sie leistet zudem einen Beitrag zur Normalisierung von Lebensbedingungen. Die Erbringung von Leistungen in Privaträumen der Mieter wirft Fragen nach der Platzierung von Büros (für Gespräche, Dokumentation o. ä.) auf.

Über die Veränderung von Strukturmerkmalen hinaus wurde die Ambulantisierung als Anlass verstanden, die fachlich-inhaltliche Arbeit weiter zu entwickeln. Hier hat sich z. T. eine Verschiebung weg von Dienstplänen hin zur Einsatzplanung und stärkere Differenzierung von individuellen und gruppenbezogenen Leistungen etabliert.

Rückwirkungen auf andere Leistungsformen lassen sich insbesondere für den stationären Bereich ausmachen, in dem durch die Ambulantisierung nun deutlich mehr Menschen mit hohem Hilfebedarf unterstützt werden.

3.2 Bedarfsgerechtigkeit im Hilfesystem

Eine der zentralen Fragen in der Behindertenhilfe besteht darin, ob die Nutzer eigentlich die Leistungen erhalten, die ihrem Bedarf angemessen sind. Im Zuge der Ambulantisierung stand dabei v. a. die Frage im Raum, welche Möglichkeiten es zur Rückkehr ins stationäre System gibt, wenn sich die Unterstützung in einem AWG- oder AAH-Setting als nicht ausreichend herausstellen sollte. Das Wissen, im Zweifelsfall wieder in ein stationäres Setting zurück wechseln zu können, sollte es den Menschen leichter machen, sich auf die neuen Angebote einzustellen.

3.2.1 Rückkehrmöglichkeiten und Durchlässigkeit

Grundsätzlich berichten die Interviewpartner hier von positiven Erfahrungen. Nur wenige Nutzer mussten nach Umzug oder Umwandlung wieder direkt in ein stationäres Setting wechseln. Dennoch kommt auch dieser Fall vor, wenn sich Lebensumstände verändern, der Hilfebedarf steigt o. ä. (TV5, 50). Der Impuls kann dabei sowohl von den Nutzern als auch von den Mitarbeitern kommen, die aufgrund der aktuellen Situation Handlungsbedarf sehen (TV4, 88). Zudem hat sich in den Jahren seit der Umwandlung gezeigt, dass Nutzer die ambulantierten Wohnformen auch als Sprungbrett für das Leben in einer eigenen Wohnung nutzen. Der Wechsel der Wohnformen kann also in »beide Richtungen« stattfinden (TV6, 46)¹⁹.

Unterschiedliche Einschätzungen finden sich zu der Frage nach den Gründen für einen Wechsel der Leistungsform. Ein Interviewpartner geht davon aus, dass eine Präferenzierung der alten Wohnform hierfür ausreicht (TV5, 50), während an anderer Stelle ausdrücklich darauf verwiesen wird, dass die Einschätzung des Hilfebedarfs das entscheidende Argument sein muss. Auf der Grundlage eines Sozialberichtes und einer Gesamtplankonferenz kann dann eine Veränderung der Hilfeform erfolgen. Dann muss ein passender Wohnplatz gefunden werden (TV3, 117; TV7, 68). Die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Fachamt für Eingliederungshilfe werden dabei als positiv beschrieben, es wird flexibel auf die Veränderungen bei den Nutzern reagiert und versucht, die Leistungsform dementsprechend anzupassen (TV1, 188).

Die größere Hürde kann dann eher darin bestehen, einen geeigneten Platz zu finden. In den Hausgemeinschaften besteht z. T. die Möglichkeit, den Wohnraum umzuwidmen und die bisher als Mieter genutzte Wohnung zu einem Teil der stationären Einrichtung zu machen. Der Wechsel der Leistungsform ist für den Betroffenen dann weder mit einem Umzug noch mit einem Wechsel der Unterstützer verbunden (TV1, 188). Dies ist – auf die Gesamtlandschaft betrachtet – jedoch eher die Ausnahme, i. d. R. geht der Wechsel der Leistungsform mit einem Umzug einher. Hierbei kann es durchaus zu Wartezeiten kommen, insbesondere, wenn es um Wohnplätze für Menschen mit hohem Hilfebedarf geht (vgl. 4.2). Die Interviewpartner verdeutlichen zudem, dass sich die Rückkehrgarantie auf die formale Zuordnung zu einem Leistungsbereich bezieht und es i. d. R. nicht möglich ist, eine Rückkehr in das gleiche Angebot (oder gar das gleiche Zimmer) umzusetzen. Es muss also immer eine Auswahl zwischen den aktuell vorhandenen Alternativen getroffen werden (TV6, 42; TV7, 70).

Die Problematik des Wechsels der Leistungsform gestaltet sich für eher große Träger mit einem vielfältigen Angebot insgesamt leichter, da schon allein durch die Zahl der Nutzer eine gewisse Fluktuation gegeben ist (TV1, 188-189; TV6, 44). Für die kleineren Träger kann der Wechsel der Leistungsform jedoch oft damit verbunden sein, den Nutzer als Kunden zu verlieren. (TV4, 88).

¹⁹ Grundsätzlich bietet Hamburg als Stadtstaat hier gute Bedingungen: Es gibt eine gute infrastrukturelle Anbindung, Wege sind insgesamt kürzer, das Hilfesystem ist gut ausgebaut und für die meisten Leistungen stehen mehrere Anbieter zur Verfügung. In Flächenstaaten kann sich die Durchlässigkeit zwischen den Hilfeformen deutlich komplizierter gestalten (TV6, 112) – z. B. aufgrund von Schwankungen bezüglich der Versorgung mit bestimmten Dienstleistungen in Abhängigkeit von der Region.

Jenseits der konkreten Herausforderungen im Rahmen der Ambulantisierung berichten die Interviewpartner von Lücken im Hilfesystem (bzw. einer Unterversorgung). Das betrifft zum einen die Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf (vgl. 4.2) und zum anderen jegliche Form von Bedarfslagen, die sich im Rahmen eines versäulten Hilfesystems nicht gut abbilden lassen. Das betrifft in allererster Linie die Kombination von geistiger Behinderung und psychischen Problemlagen, Suchtverhalten o. ä. (TV1, 196; TV3, 135; TV4, 104) und in dem Zusammenhang dann auch therapeutische Angebote (TV3, 47), aber auch älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung (TV3, 133).

Die formale Rückkehrmöglichkeit ins stationäre Hilfesystem gestaltete sich – wenn sie nötig war – aus Sicht der Interviewpartner weitgehend unproblematisch. Betont wird lediglich, dass es sich hier um eine formale Garantie handelt, die sich immer nur auf einen Leistungstyp, nie aber auf ein konkretes Angebot bezieht.

Lücken im Hilfesystem werden v. a. in Bezug auf komplexe Bedarfslagen gesehen: Das betrifft v. a. die Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf und die Kombination von geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung.

3.2.2 Hilfeplanung als »Schaltstelle im System«

Die individuelle Hilfeplanung als Basis der Gewährung und Erbringung von Leistungen erfüllt eine zentrale Rolle als Schaltstelle im Hilfesystem. In Bezug auf die Auswahl des richtigen Unterstützungssettings spielen dabei mehrere Aspekte eine Rolle:

1. Die IHP fokussiert auch längerfristige Ziele und Wünsche der Nutzer. Das beinhaltet auch Prozesse der Verselbständigung und in diesem Zusammenhang auch den Wunsch nach einer Veränderung der Wohnsituation. Es kann dann Teil der Hilfeleistungen sein, in einem ersten Schritt neue Perspektiven zu entwickeln und sich anschließend auf die Suche nach Alternativen zur aktuellen Lebenssituation zu begeben (TV2, 176; TV5, 54; TV7, 74).
2. Formal betrachtet erfüllt die letzte Frage des Sozial- und Verlaufsberichts »Welche Wohnform wird in Zukunft angestrebt?« die zentrale Funktion. Diese gibt Aufschluss darüber, wie geeignet die aktuelle Wohnform ist und informiert den Leistungsträger über eventuelle Veränderungswünsche (TV6, 46; TV7, 74).
3. Kommt es zu einem Umzug in eine andere Wohnform oder Wohnung, kann die IHP dazu dienen, den Übergang in das neue Setting zu gestalten, z. B. über Umfelderkundungen, aber auch alltagspraktische Fragen wie Essenszubereitung, Einkaufen oder auch die Pflege sozialer Beziehungen im Alltag z. B. zu Nachbarn (TV5, 54) rücken hier in den Blick.

Auf die Frage, ob es dabei zu Unterschieden in der Hilfeplanung in Abhängigkeit vom Leistungstyp kommt, findet sich keine einheitliche Antwort der Interviewpartner: Es gibt Einschätzungen, die davon ausgehen, dass es diese Unterschiede gibt. Liegt im stationären Bereich der Fokus stärker auf Tätigkeiten innerhalb der Gemeinschaft, verschiebt sich dieser im ambulanten Bereich stärker auf Themen wie soziale Beziehungen oder die Gestaltung der

freien Zeit. Es geht insgesamt darum, die eigene Zeit selbstverantwortlich und strukturiert zu gestalten (TV4, 92/94).

Die Mitarbeiterbefragung erfragte zudem die Funktionen, die die Hilfeplanung für die Mitarbeiter erfüllt:

Mitarbeiterbefragung: Welche Funktion erfüllt Hilfeplanung für Sie?		
Funktionen der Hilfeplanung	N	In %
Sie ist Grundlage des Sozialberichts	44	81,5%
Sie ist Grundlage meiner Tätigkeit	35	64,8%
Sie bietet Gelegenheit, den Alltag zu reflektieren	25	46,3%
Sie dient der Kostensicherung	24	44,4%
Sie legitimiert mein Handeln	19	35,2%
Sie strukturiert meinen Arbeitsalltag	18	33,3%

Tabelle 15: Funktionen der Hilfeplanung - Darstellung folgt der Nennhäufigkeit

Jenseits inhaltlicher Fragen kommt es bei einigen Trägern zu Veränderungen im Prozess der IHP. Wird diese im stationären Bereich z. T. in Tagesplänen konkretisiert, ist dieses Verfahren für die ambulanten Settings ungeeignet, da sich die Nutzer weniger auf durchgeplante Settings einlassen und ein stärkeres Augenmerk auf Verabredungen im Alltag legen, die dann auch den gemachten Plänen vorgezogen werden (TV3, 127)²⁰. Zwei der Interviewpartner betonen zudem, dass – insbesondere in den ambulanten Leistungen – die IHP die Konkretisierung ihres Handlungsauftrags darstellt. Die Mitarbeiter sollen sich „nicht für das Wohl und Weh der ganzen Welt verantwortlich fühlen, nur weil sie eine soziale Arbeit machen, sondern sie arbeiten nach dem Hilfeplan“ (TV2, 48). Das bedeutet auch, dass bestimmte Lebensbereiche der Nutzer eben *nicht* Teil der Hilfen sind. Sehen die Mitarbeiter hier einen Bedarf, werden weitere Hilfen beantragt. Teil des Arbeitsauftrages werden diese aber nur, wenn

- a) die Ressourcen für diese Hilfen geklärt sind (TV2, 48) sowie
- b) eine konkrete Planung und methodische Einbindung in den Hilfeplan erfolgt (TV3, 119).

Auf der anderen Seite gibt es Einschätzungen, die die Hilfeplanung unabhängig vom Leistungstyp als Basis für die individuelle Ausgestaltung der Dienstleistung verstehen (TV6, 38). Dabei wird betont, dass mit der Hilfeplanung ein Anspruch verbunden ist, der für *alle* Leistungstypen Gültigkeit hat (TV6, 110). Aus dieser Perspektive wären thematische Unterschiede zwischen den Leistungstypen fachlich bedenklich (TV6, 52).

²⁰ Im betreffenden Interview wird dies als »Schwierigkeit« in der Hilfeplanung beschrieben (TV3, 127). Aus der Perspektive der Träger kann sich dies durchaus so gestalten, es ist aber dennoch darauf zu verweisen, dass es sich hier v. a. um eine Situation handelt, in der die *Kontrolle* der Träger über die Lebenssituation der Nutzer abnimmt. Aus der Perspektive der Nutzer kann diese geringere Kontrolle als – zu begrüßender – Zuwachs an Entscheidungsmöglichkeiten wahrgenommen werden.

Grundsätzlich gesehen ist die Hilfeplanung Grundlage der Leistungserbringung *unabhängig* vom Leistungstyp. Einige Interviewpartner betonen aber, dass in ambulanten Settings eine stärkere Kopplung zwischen Inhalten der Betreuung, Hilfeplan und bewilligten Ressourcen vorliegt.

Bei Veränderungswünschen der Nutzer kann sie dazu dienen, diese Prozesse zu initiieren und zu begleiten.

3.3 Kontextbedingungen

Neben den eigentlichen Angeboten selbst spielen in der Frage der Qualität des Wohnens auch verschiedene Rahmenbedingungen eine Rolle, die in den Interviews mit den Trägervertretern behandelt wurden. Das betrifft Fragen nach dem Zugang zu Wohnraum, den sozialen Treffpunkten, nach Kooperationen im Sozialraum sowie der Zusammenarbeit mit freiwilligen Helfern.

3.3.1 Zugang zu Wohnraum

Mit die größte Schwierigkeit in der Umsetzung der Ambulantisierung bestand nach Einschätzung der Trägervertreter im *Mangel an geeignetem Wohnraum* (TV2, 106; TV7, 44): „Da ist in der Tat der Mangel an Wohnraum ein eklatanter Mangel um das Ganze voranzubringen“ (TV7, 44). Neben Fragen, die sich auf den Wohnraum selbst beziehen, spielt hier v. a. die Kooperation zwischen Vermieter, Träger und Nutzer eine Rolle (TV5, 26).

Einerseits geht es dabei um finanzielle Fragen: Die Interviewpartner kritisieren z. T. eine Vernachlässigung des sozialen Wohnungsbaus. Unabhängig von der Frage der Ursache ist aber deutlich, dass die Mieten in einzelnen Stadtteilen die Grenzen sozialhilferechtlicher Refinanzierung sprengen, so dass hier kaum bis kein Wohnraum für Angebote gefunden werden konnte (TV4, 66-68; TV5, 4; TV7, 44). Hinzu kommt, dass das Bewilligungsverfahren für eine Unterstützung zum Zeitpunkt der Interviews i. d. R. einen vorliegenden Mietvertrag voraussetzte, die Übernahme der Miete aber wiederum an die Bewilligung der Leistungen gekoppelt war. Diese Regelung erwies sich als Hürde in der Umsetzung.

Daneben spielen aber auch bauliche Gegebenheiten eine Rolle: Neben der Barrierefreiheit steht hier v. a. die Frage der Eignung des Wohnraums für Wohngemeinschaften im Mittelpunkt. Hier werden primär 4-6-Zimmer-Wohnungen benötigt, deren Zimmer zudem noch in etwa dieselbe Größe haben sollten (TV2, 108; TV3, 11; TV6, 78).

Die strukturelle Problematik hat Auswirkungen auf die Lebenssituation der Nutzer: Bei einem Auszug aus einer stationären Einrichtung kann es z. B. schwierig sein, Wohnraum in benachbarten Stadtteilen (= im gewohnten Lebensumfeld) zu finden (TV4, 68). So werden die Nut-

zer u. U. auf Stadtteile verwiesen, in denen sie nicht leben wollen oder in denen das soziale Umfeld nicht so konstituiert ist, wie es die Nutzer eigentlich bräuchten (TV7, 44)²¹.

Um die Frage des Wohnraums zu entschärfen, erfolgen bei verschiedenen Trägern Kooperationen mit *Wohnraumanbietern* wie Wohngesellschaften/-genossenschaften, Wohnungsbauunternehmen (TV5, 30; TV7, 46).

Neben der Frage des Vorhandenseins von Wohnraum an sich stellt sich als zweite Problematik die des *Zugangs*. Es zeigt sich, dass von Vermieter-Seite aus häufig die Kooperation mit den Trägern eher gewünscht ist als die Zusammenarbeit mit (einer Vielzahl von) Mietern und das auch bei gefestigten Kooperationsbeziehungen (TV5, 26; TV6, 76). Bei Wohngemeinschaften stellt sich dann zudem das Problem, dass in diesen i. d. R. ein Mieter als Hauptmieter eingetragen werden soll, während AWGs eher gleichwertige Mietverträge für jeden Mieter bräuchten. Andernfalls müsste der Hauptmieter für die Miete eines leerstehenden Zimmers aufkommen.

Verfügt der Träger über eigene Immobilien, besteht die Möglichkeit im eigenen Bestand nach geeignetem Wohnraum zu suchen (TV4, 66-70). Jenseits davon sahen sich die Träger an vielen Stellen dazu gezwungen, Wohnungen selbst anzumieten und diesen dann an die Nutzer unterzuvermieten (TV3, 11; TV 6, 74; TV 7, 44). Dies war zum Zeitpunkt der Interviews *bei weitem* die Regel (TV5, 26)²². Damit von einer eigenen Häuslichkeit ausgegangen werden kann, können Vermieter und Anbieter der Dienstleistung jedoch nicht von der gleichen Instanz verkörpert werden (TV3, 11). Mindestanforderung ist die Trennung der Vertragsverhältnisse, die sich einerseits auf den Wohnraum und andererseits auf die Assistenz beziehen (TV2, 112; TV6, 80). Beide Varianten – eigener Wohnraum oder Untervermietung – bringt die Träger in eine von ihnen explizit nicht gewünschte Doppelrolle als Vermieter und Erbringer der Dienstleistung (TV3, 11; TV5, 28; TV6, 74), die auch dem Selbstverständnis nicht entspricht:

„[W]ir sind ja nicht angetreten, um als Wohnraumvermieter am Markt tätig zu werden, sondern wir sind Dienstleister für soziale Dienstleistungen“ (TV7, 44).

Diese Dopplung der Aufgaben ist von Seiten der Träger nicht gewollt, wird aber als weitgehend alternativlos beschrieben (TV1, 108; TV4, 66; TV5, 28). In Wohngemeinschaften führt dies außerdem dazu, dass das vom Vermieter abgelehnte Vorgehen – Einzelverträge mit jedem einzelnen Mieter – nun vom Träger durchgeführt werden muss (TV6, 74; TV7, 44; ähnlich auch TV1, 108). Die Interviewpartner fordern hier eine Entflechtung von Vermietungsgeschäft und Dienstleistung (TV6, 80). Z. T. haben die Träger externe Dienstleister mit der Wohnungsverwaltung beauftragt, damit zumindest namentlich eine Trennung von Vermieter und Dienstleister besteht (TV1, 112). Strukturelle Folgen dieser Doppelrolle sind

²¹ An dieser Stelle ließe sich argumentieren, dass diese Problematik eben genau ein Stück »Normalität« darstelle und für alle Menschen gelten würde. Diese Argumentation zeichnet sich jedoch dadurch aus, dass sie eine primär soziale Problemlage individualisiert: Die Frage nach dem Zugang zu Wohnraum muss auf *politischer Ebene* beantwortet werden. Sie betrifft das Zusammenleben aller Menschen in einer Stadt und verweist letzten Endes darauf, wie sehr sich die soziale Ungleichheit in einer Stadt räumlich niederschlägt.

²² Zur Konkretisierung: Bei einem der beteiligten Träger lagen zum Zeitpunkt der Interviews 260 laufenden Maßnahmen im AWG-/AAH-Bereich vor. Drei (!) der betroffenen Klienten verfügten über einen direkten Vertrag mit dem Vermieter (TV1, 116).

- eine Zunahme an organisatorischen Aufgaben auf Seiten des Trägers. Aufgaben der Wohnungsverwaltung, die sonst dem Vermieter zufallen (z. B. Mietabnahme, Kündigung, Kaution, Betriebskostenabrechnung), müssen vom Träger übernommen werden (TV5, 26; TV6, 80);
- finanzielle Nachteile für Träger und Nutzer: Die Verwaltungstätigkeit verursacht Kosten, die sich wiederum auf die Mieten niederschlagen (TV1, 114);
- ein finanzielles Risiko auf Seiten der Träger, z. B. bei Leerstand eines Zimmers. In diesem Fall muss der Träger die Miete weiterbezahlen. Es gibt folglich ein betriebswirtschaftliches Interesse daran, möglichst alle Zimmer zu belegen sind (TV1, 114/120; TV6, 80; TV7, 44).

Auf der Ebene der Nutzer kann die betriebswirtschaftliche Logik in Konflikt mit dem Mitbestimmungsrecht der Nutzer geraten. Bei leerstehenden Räumen kann es dazu kommen, dass „man schon mal den Mitwirkungsprozess der dort lebenden [Menschen] beschleunigen“ (TV1, 122) muss. Zudem würde zu den Aufgaben der Dienstleistung auch die Assistenz im Umgang mit dem Vermieter gehören (TV1, 108). Hier kann sich aus der Doppelrolle ein Interessenskonflikt ergeben. Zudem werden die Mitarbeiter in der direkten Assistenz aus der Perspektive der Nutzer/Mieter ggfs. nicht nur als Dienstleister, sondern auch als Vertreter des Vermieters wahrgenommen (TV5, 28).

In der Umsetzung der Ambulantisierung hat sich die Frage des Zugangs zu geeignetem Wohnraum als eine der größten Schwierigkeiten herausgestellt. Neben der Frage des Wohnraums an sich sind hier Fragen der Vermietung und Untervermietung zu klären. Die meisten Träger sind dazu übergegangen, selbst Wohnraum anzumieten und diesen dann an die Nutzer weiter zu vermieten. Die damit einhergehende Doppelrolle als Vermieter und Erbringer von Dienstleistungen wird von den Trägern gesehen und ist von ihnen nicht gewollt, wird aber als weitgehend alternativlos beschrieben.

3.3.2 Soziale Treffpunkte

Als flankierendes Angebot wurden im Zusammenhang mit der Ambulantisierung die sog. sozialen Treffpunkte ins Leben gerufen. Sie sollen – im Sinne einer Begegnungsmöglichkeit – niedrigschwellig Freizeit-, Kultur- oder Bildungsangebote ausbringen: Diese umfassen z. B. Weight Watchers-Treffen, eine Disko, ein Café, Angebote für Senioren, einen Computerclub, einen Kochkreis o. ä.. Ergänzt werden diese durch individuelle Beratungsangebote. Gleichzeitig sollen sie den Nutzern als konstante Anlaufstelle im Alltag dienen (TV1, 34; TV5, 10-14; TV6, 84-86/122). Die Treffpunkte stehen dabei nicht nur den Nutzern der eigenen Angebote offen, sondern können und sollen auch von Nutzern anderer Angebote sowie von Bürgern des Stadtteils besucht werden (TV1, 148; TV2, 116; TV3, 91).

Darüber hinaus sollen die sozialen Treffpunkte aber auch eine Begegnungsstätte für Menschen mit und ohne Behinderung sein, mit dem Ziel Berührungspunkte abzubauen und gemeinsame Interessen anzusprechen (TV6, 84). Sie sollen also streng genommen allen Menschen im Stadtteil offen stehen (TV1, 132; TV2, 116-118; TV4, 74; TV5, 10). Damit sind die sozialen Treffpunkte aber von Grund auf zumindest implizit mit einem Doppelauftrag ausge-

stattet: auf der einen Seite Ort der Begegnung von Menschen mit und ohne Behinderung, auf der anderen Seite Ort der Dienstleistungserbringung für oder mit Nutzer(n) (TV6, 84). Damit ist zumindest ein Spannungsfeld impliziert, das sich zu einem Widerspruch ausweiten kann: Der konzeptionelle Anspruch eines inklusiven Angebots steht in Widerspruch zur (zudem lange Zeit ungeklärten) Finanzierung der Treffpunkte ausschließlich aus Mitteln der Eingliederungshilfe. Entweder sind sie dann primär auf die Begegnung von Menschen mit und ohne Behinderung ausgerichtet (und es gibt dementsprechend daneben Treffpunkte der Jugendhilfe, der Altenhilfe etc.) oder sie sind wirklich für alle Menschen im Stadtteil gedacht, dann müsste eine breitere Finanzierung erfolgen (TV6, 86; auch TV2, 138ff). Zudem steht die Idee, ein Angebot für alle Bürger auszubringen, der Tendenz entgegen, dass jeder Träger der Eingliederungshilfe eigene Treffpunkte anbietet, die im selben Stadtteil möglichst »sozialräumlich zentral« liegen. Diese Tendenz wird kritisch beurteilt und ein stärkeres Bemühen um Kooperationsbeziehungen angeregt (TV6, 86; s. u.).

Zudem wurden die Treffpunkte – zum Zeitpunkt der Interviews – aus Anteilen der Maßnahmepauschalen der Eingliederungshilfe finanziert. Es war also auch ungeklärt, ob die Nutzer der Angebote eigentlich diejenigen sind, für die diese Angebote ausgebracht werden. In dieser Gesamtkonstellation muss die Anforderung, Angebote für alle Menschen im Stadtteil auszubringen, als eine konzeptionelle Überforderung gekennzeichnet werden. Im Einzelfall kann das dann zwar gelingen, aber insgesamt nicht auf Dauer eingelöst werden. Dementsprechend handelt es sich bei den Angeboten der Treffpunkte dann oft auch um niedrigschwellige Angebote für Menschen mit Behinderung oder mit bestimmten Problemlagen (TV6, 104). An den Stellen, an denen eine Öffnung in den Stadtteil gelingt, gibt es oft eine Art Katalysator, ein gemeinsames Thema, eine Initiative von Mitarbeitern oder Nutzern oder einen im Stadtteil etablierten Kooperationspartner, um diese Prozesse im Gang zu bringen (TV7, 54).

Wird ein Treffpunkt hingegen als von Menschen mit Behinderung »dominiert« wahrgenommen, bleiben die anderen Bürger diesem zudem tendenziell fern (TV7, 64). Kommt es im Treffpunkt aber nun zu gar keinem Austausch mit dem Stadtteil, besteht die Gefahr, dass dieser dann ausschließlich von den Nutzern der ambulanten Angebote wird (TV6, 86; TV7, 64).

Neben diesen eher strukturbezogenen Themen wird auch hinterfragt, ob die Treffpunkte immer das richtige Angebot darstellen, z. B. wenn Nutzer ihre eigenen Aktivitäten und Verabredungen hintenanstellen sollen, um an den Angeboten des Treffpunkts teilzunehmen (TV6, 124). In diesem Fall besteht die Gefahr, dass der Treffpunkt eben *kein* Ort ist, an dem Inklusion stattfindet, sondern einer, an dem sich doch – wenn auch in kleinem Rahmen – eine Sonderstruktur etabliert.

Trotz dieser kritischen Anmerkungen sehen die Interviewpartner aber durchaus die Vorteile und das Potenzial der sozialen Treffpunkte: Sie werden von den Nutzern gut angenommen – insbesondere wenn sie in der Nähe des eigentlichen Wohnortes angesiedelt sind (TV6, 86) – und bieten Anbindungsmöglichkeiten und Tagesstruktur im Alltag (TV7, 62). Zudem bieten sie zumindest immer auch eine *Chance* auf eine Begegnung von Menschen mit und ohne Behinderung. Selbst wenn diese oberflächlich bleiben sollte, kommt es zumindest zu Alltagskontakten (TV1, 150). Zudem wird – bei geklärter Finanzierung²³ – auch das Potenzial gese-

²³ Eine dieser Möglichkeiten besteht darin, die Treffpunkte an die Büros der jeweiligen ambulanten Dienste in den Stadtteilen zu koppeln. Darüber lassen sich Räumlichkeiten finanzieren, neben Freizeitangeboten können hier zudem

hen, wirklich Angebote für Menschen in sämtlichen sozialen Lagen ausbringen. Zur Frage, inwieweit das gelingt, lagen zum Zeitpunkt der Interviews aber noch keine hinreichenden Erfahrungen vor (TV6, 86; TV7, 62).

Im Sinne einer sozialräumlichen Ausrichtung sind die sozialen Treffpunkte oft in unterschiedliche Kooperationen eingebunden – zum einen mit Akteuren des Stadtteils und zum anderen mit anderen Trägern. Die konzeptionelle Ausrichtung der Treffpunkte erfolgte an vielen Stellen vor dem Hintergrund der Situation in den jeweiligen Stadtteilen (TV1, 146). Das kann z. B. zu Schwerpunkten in der Zielgruppe führen: z. B. Senioren, Menschen mit Migrationshintergrund, Familien etc. (TV5, 16). Der Treffpunkt ist in diesem Fall im ersten Schritt ein „Konstrukt im Kopf“ (TV1, 158), das sich positiv auf die Begegnungen im Stadtteil auswirken soll. Unter dieser Perspektive ist dann zu fragen, an welchem Ort dies am besten umsetzbar ist und welche Ressourcen zur Umsetzung im Stadtteil vorhanden sind. Das muss nicht zwingend in eigenen Räumlichkeiten stattfinden, einige Träger nutzen für ihre Angebote z. B. auch Bürger- oder Jugendhäuser, Kneipen, Restaurants etc. (TV1, 146/158; TV2, 138). Ziel kann dann sein, dass die Nutzer lernen und sich zutrauen, diese Angebote alleine aufzusuchen und andersherum, die Institutionen im Stadtteil lernen, dass Menschen mit Behinderung zu ihren Adressaten gehören und sich ihnen im besten Fall stärker zu öffnen (TV2, 138).

Zudem werden – in unterschiedlichen Konstellationen – Treffpunktangebote von mehreren Trägern in Kooperation angeboten (TV1, 134; TV3, 97; TV6, 86). Darüber soll eine Stärkung des Kontakts der Nutzer untereinander und mit den Nachbarn erreicht und die Wirkung in das Umfeld erhöht werden (TV5, 14/60). Die Verantwortung und das Risiko sollen dabei auf mehreren Schultern aufgeteilt werden (TV7, 48). Dabei stellen sich aber – noch nicht vollständig geklärte – Fragen bezüglich der Finanzierung, Abrechnung (z. B. Nebenkosten), Dienst- oder Fachaufsicht etc. (TV1, 138). Treffpunkte in gemeinsamer Trägerschaft leisten zudem einen Beitrag dazu, die Konkurrenz der Träger untereinander nicht weiter zu verschärfen. Allerdings gab es in Treffpunkten in gemeinsamer Trägerschaft zum Zeitpunkt der Interviews nicht die Möglichkeit der gleichzeitigen Nutzung als Stützpunkte für die ambulanten Dienstleistungen eines Trägers. Keiner der Träger soll die Räumlichkeiten für einen Wettbewerbsvorteil nutzen können (TV6, 98). Hieran zeigt sich sehr deutlich, dass die einzelnen Träger in einem ambivalenten Anforderungsfeld stehen, das mit dem Begriff der „Koopkurrenz“ (Schubert 2005, 78) benannt wird: Gemeint ist die Anforderung der Kooperation bei gleichzeitiger faktischer Konkurrenz.

Die sozialen Treffpunkte wurden als begleitende Maßnahme im Zusammenhang mit der Ambulantisierung ins Leben gerufen. Sie stehen dabei vor der Anforderung, gleichzeitig niedrigschwellige Freizeit-, Kultur- und Bildungsangebote für Nutzer auszubringen als auch – bei langer Zeit ungeklärter Finanzierung – eine Begegnungsstätte für alle Bürger im Stadtteil zu sein. Dies muss als konzeptionelle Überforderung gekennzeichnet werden.

Es haben sich an verschiedenen Stellen Treffpunkte in gemeinsamer Trägerschaft entwickelt. Die Träger stehen hier in einem Koopkurrenz-Verhältnis, verstanden als die Anforderung der Kooperation bei gleichzeitiger Konkurrenz zueinander.

3.3.3 Kooperationen

Auch über die sozialen Treffpunkte hinaus stehen die Träger in verschiedenen Kooperationsbeziehungen. Das betrifft die Kooperation untereinander, die regional sehr unterschiedliche Formen annehmen kann, z. B. Arbeitsgruppen oder Wohnraumbörsen (TV1, 132; TV3, 97-99; TV6, 86). Zusätzlich dazu erfolgen Kooperationen auch mit anderen Akteuren im Sozialraum wie Vereinen, Bürgerhäusern, Kirchengemeinden oder der Kaufmannschaft (TV1, 132; TV7, 56). Diese sind dabei oft abhängig von den konkreten Akteuren vor Ort und weniger von der Trägerpolitik (TV3, 101).

Wichtig ist dabei, dass diese Kooperationen kein Selbstzweck sind, sondern positive Auswirkungen im Leben der Nutzer entfalten. Daher sind die Kooperationsbeziehungen bei einem der Interviewpartner i. d. R. einzelfallgebunden, sie haben also einen konkreten Anlass in der Lebenssituation eines Menschen (TV2, 138). Zudem können Nutzer von der Kooperation untereinander profitieren: Das Kennenlernen von Alternativen und der Einblick in Prozesse bei anderen Trägern erhöht die Transparenz und ermöglicht, die Erfahrungen mit dem eigenen Träger kritisch zu hinterfragen (TV3, 103). Außerdem wirken sich die durch die Zusammenarbeit entstehenden Synergieeffekte positiv aus, das Angebot wird vielfältiger und offener; es entsteht eine Mentalität und Kultur der Offenheit, die unabhängig vom Dienstleister ist (TV6, 90).

Für die Träger besteht in den Kooperationen die Chance, sich nicht in Konkurrenzverhältnissen zu begegnen, sich gegenseitig zu inspirieren und voneinander zu profitieren. Daher nimmt die Bereitschaft der Träger zur Zusammenarbeit zu. Dies ist jedoch weniger aufgrund konzeptioneller Entscheidungen geschehen, sondern hat sich im Rahmen der Ambulantisierung eher als eine Notwendigkeit für die ambulante Betreuung heraus gestellt (TV3, 97/101-015).

Der Kooperation sind allerdings auch Grenzen gesetzt. Diese beziehen sich auf

- die mangelnde finanzielle Ausstattung für sozialraumbezogene Arbeit (TV2, 138) und damit zusammenhängend der Zeitaufwand für die Pflege von Kooperationsbeziehungen (TV6, 98);
- (im Vorfeld oft) Bedenken der beteiligten Träger bezüglich der Aufgabenverteilung oder der finanziellen Ausgestaltung der Kooperation (TV3, 107; TV5, 22);
- den geringen Grad an Institutionalisierung: Die Kooperationen sind oft an die konkret beteiligten Personen gebunden. Darüber sind sie anfällig für Veränderungen und oft nicht auf Dauer (TV3, 107);
- Ungleichheiten in den Kooperationsbeziehungen, wenn z. B. die Ansprüche der Kooperationspartner sehr stark differieren (TV1, 162-164) sowie
- Differenzen in den fachlichen Vorstellungen (TV2, 156).

Die Kooperationen zwischen den Trägern und in den Sozialraum sind notwendige Grundlage für die Umsetzung ambulanter Betreuung. Durch die Ambulantisierung und die Etablierung der Treffpunkte hat sich das Klima zwischen den Trägern gewandelt, so dass es zu mehr Kooperation kommt. Im Leben der Nutzer kann sich dies als erhöhte Transparenz gegenüber den Leistungen niederschlagen.

3.3.4 Zusammenarbeit mit Freiwilligen

Eine der Zielsetzungen in der Ambulantisierung bestand in der verstärkten Einbeziehung freiwilliger Helfer. Die Träger haben hier unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Ein Teil der Interviewpartner gibt an, nur in sehr begrenztem Ausmaß auf die Unterstützung durch freiwillige Helfer zurückzugreifen zu können (TV2, 154; TV3, 109; TV4, 82). Bei anderen Trägern gibt es hingegen eine etablierte Tradition der Freiwilligenarbeit bzw. eigens dafür abgestellte Ressourcen. Die Einbindung der freiwilligen Helfer unterscheidet sich von Träger zu Träger massiv. Bei einigen dienen die sozialen Treffpunkte als Andockstelle, bei anderen sind es eher etablierte große stationäre Einrichtungen und weniger die dezentralen Angebote der Ambulantisierung (TV1, 172; TV6, 92; TV7, 58). Die Nutzer sehen das freiwillige Engagement positiv, „[...] das ist sozusagen zu einem Art Statussymbol geworden, eine Ehrenamtliche zu haben“ (TV1, 176).

Kommt es zur Zusammenarbeit mit freiwilligen Helfern, ist deren Arbeitsauftrag zu klären. Ihre Aufgaben umfassen i. d. R. eher praktische Tätigkeiten wie Unterstützung beim Einkaufen oder Gespräche in der Freizeit oder die Mitarbeit in den sozialen Treffpunkten (TV6, 92; TV7, 60). Dabei wird deutlich, dass die Freiwilligen z. T. Aufgaben übernehmen, die die hauptamtlichen Mitarbeiter nicht (mehr) leisten können: „Das würde ohne Ehrenamtliche gar nicht mehr funktionieren“ (TV1, 172). Die konkreten Arbeitsaufgaben werden dann individuell festgelegt. Freiwillige Helfer bearbeiten jedoch keine fachlichen Inhalte, schreiben keine Sozialberichte und führen keinen Gespräche mit Dritten. Auch formal handelt es sich nicht um eine professionell erbrachte Leistung, sondern um eine niedrigschwellige Unterstützung in einer Mischung aus Gratis-Engagement, Aufwandsentschädigung und Honorar (TV6, 94; TV7, 60).

Die Unterstützung durch freiwillige Helfer ist jedoch kein Selbstläufer: Auch sie muss organisiert und koordiniert werden, die freiwilligen Helfer brauchen eine gewisse Anerkennung für ihre Tätigkeit, müssen angeleitet werden, es muss Weiterbildungsangebote geben etc.. All dies kostet Zeit und Ressourcen (TV2, 152-154; TV5, 20; TV6, 92). Zumindest aus der Perspektive eines Interviewpartners führt die Zusammenarbeit mit freiwilligen Helfern zwar zu einer Win-win-Situation zwischen Freiwilligen und Nutzern, stellt aber für den Träger keine Entlastung dar, da hier zu viele Ressourcen verbraucht werden, denen nicht der entsprechende Gegenwert gegenübersteht (TV3, 109).

Zudem bleibt die Zusammenarbeit mit Freiwilligen eine Ressource, die nur schwer kalkuliert werden kann (TV3, 109). Es besteht eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Nutzer nach einem regelmäßigen und verlässlichen Kontakt und dem Interesse der freiwilligen Helfer, sich u. U. nur für einen sehr begrenzten Zeitraum einzubringen. Die Interviewpartner berichten z. T. von Kontaktabbrüchen (TV2, 150; TV4, 82). Mehrere Interviewpartner betonen dabei, dass die Behindertenhilfe ein Bereich sei, in dem es schwierig ist, freiwillige Helfer zu finden. Als Begründung steht die Vermutung im Raum, dass das Interesse an Personenkreis der Menschen mit Behinderung in der Gesamtbevölkerung eher gering ist (TV2, 154; TV3, 109; TV6, 92). All dies macht die Zusammenarbeit mit freiwilligen Helfern zwar zu einer konzeptionell gewünschten Entwicklung, die in der Umsetzung jedoch an vielen Stellen skeptisch betrachtet und als nur bedingt verlässlich eingeschätzt wird (TV3, 109; TV4, 82).

Die Einbindung freiwilliger Helfer ist in unterschiedlichem Ausmaß bei den Trägern umgesetzt. Neben etablierten Einrichtungen spielen hierbei v. a. die sozialen Treffpunkte als niedrigschwellige Anlaufpunkte eine große Rolle. Die Einbindung freiwilliger Helfer bindet aber Ressourcen beim Träger (Koordination, Begleitung, Einarbeitung etc.). Zudem bleiben die freiwilligen Helfer oft eine labile Ressource. Dies steht im Missverhältnis zu dem Bedarf vieler Nutzer nach einem stabilen und verlässlichen Kontakt.

3.3.5 Aufnahmebereitschaft in den Stadtteilen

Die Erfahrungen in Bezug auf die *Aufnahmebereitschaft der Bevölkerung im Stadtteil und im Sozialraum* fallen bei den einzelnen Trägern unterschiedlich aus und sind von verschiedenen Faktoren abhängig: dem Stadtteil, seinen Bewohnern, der Zielgruppe der Angebote und oder der Verwurzelung des Trägers im jeweiligen Stadtteil. Einige Träger haben sehr positive Erfahrungen gemacht, insbesondere

- in Stadtteilen, in denen ein gewisses Bewusstsein für Fragen von Integration/Inklusion vorherrscht (TV2, 162/168);
- wenn die Angebote – z. B. der Treffpunkte – auf die Bedarfslagen im Stadtteil abgestimmt sind, wie bei z. B. ein Müttertreff in einem Gebiet, in dem viele junge Familien angesiedelt sind (TV7, 50);
- wenn der Träger und seine Angebote (und in der Folge auch die Nutzer) in dem betreffenden Stadtteil bekannt und verwurzelt sind (TV3, 111; TV4, 86). Ergänzend wird auch die relative Anonymität in großstädtischen Settings als positiver Faktor eingeschätzt (TV2, 168; TV3, 113).

Wenn es zu Problemen mit der Nachbarschaft kommt, äußern diese sich i. d. R. im Vorfeld als Angst vor sinkenden Grundstückspreisen, Sorgen wegen Lautstärke o. ä., was zu ablehnenden Reaktionen führen kann. Diese Befürchtungen wandeln sich z. T., wenn die Bürger feststellen, dass auch sie z. B. von einem Treffpunktangebot profitieren können (TV7, 50). Die meisten Konflikte dieser Art – die auch mal bis zu einem Umzug führen konnten – werden jedoch der Vergangenheit zugeordnet (TV1, 168-170). Eine Ausnahme bilden dabei die Erfahrungen eines Trägers, der ein Angebot für Menschen mit »herausforderndem Verhalten« ausbauen wollte. Am bisherigen Standort kam es zu Konflikten mit der Nachbarschaft bis hin zu einer Bürgerinitiative gegen den Ausbau der Einrichtung. Diese Erfahrungen haben den Träger dazu bewogen, im Jahr 2014 (!) ein spezielles Angebot für Menschen mit herausforderndem Verhalten am Stadtrand in einem eher abgeschieden gelegenen Bau ohne unmittelbare Nachbarn anzusiedeln (L1, 7-13).

Negative Erfahrungen hängen insgesamt zumeist zusammen mit:

- der Bevölkerungsstruktur bestimmter Stadtteile, die dem Thema weniger aufgeschlossen gegenüber stehen (TV4, 86);
- einer »Überlastung« des Stadtteils. Hier gibt es Bestrebungen, die Angebote in einem Stadtteil nicht zu groß zu gestalten, auch weil die Nutzer dann tendenziell weniger in-

dividuell bekannt sind, sondern primär als Teil einer Gruppe wahrgenommen werden (TV3, 111);

- im Umgang mit herausfordernden oder fremdaggressiven Verhalten (TV4, 86).

Die Frage, ob und wie Stadtteile auf neue Angebote »vorbereitet« werden sollen, wird ambivalent eingeschätzt: Auf der einen Seite bietet es die Möglichkeit, auf eventuelle Fragen oder Sorgen zu reagieren, auf der anderen Seite wird dem Thema damit ein höherer Stellenwert zugemessen, als ihm eigentlich zusteht (TV1, 168-170). Konzeptionell werden auch hier die Treffpunkte als Begegnungs- und Berührungsort relevant (TV7, 48).

Die Aufnahmebereitschaft in den Stadtteilen wird über weite Strecken als problemlos eingestuft, insbesondere wenn es etablierte Kontakte in den Stadtteil gibt. Sobald »auffälliges« oder »herausforderndes Verhalten« im Spiel ist, kann es auch heute noch zu Widerständen in der Bevölkerung kommen.

3.4 Zusammenfassung

Die im Rahmen der Ambulantisierung neu entstandenen Leistungstypen (AWG/AAH) haben v. a. zu einer Verbreiterung der Angebotspalette in Hamburg beigetragen und darüber Leistungen etabliert, die zwischen den ambulanten Einzelleistungen PBW/WA und den stationären Leistungen angesiedelt sind. Die Unterschiede zwischen den beiden Leistungstypen (v. a. Umgang mit Pflegeleistungen, Größe der Angebote) haben dabei Folgen für die Leistungsgestaltung. Inwieweit sich diese – ergänzt durch die Sonderkonstellation der Hausgemeinschaft – im Erleben der Nutzer, Mitarbeiter und Angehörigen niederschlagen, wird in den folgenden Kapiteln betrachtet. Auf struktureller Ebene lassen sich v. a. Rückwirkungen auf den stationären Bereich ausmachen, in dem nach der Ambulantisierung deutlich mehr Menschen mit hohem Hilfebedarf unterstützt werden. Die formale Rückkehrmöglichkeit in den stationären Bereich – eines der grundlegenden Prinzipien im Konsenspapier 1 – gestaltete sich formal weitgehend unproblematisch. In der Umsetzung ist jedoch zu beachten, dass es sich dabei nur um eine Rückkehr zu einem Leistungstyp, nicht aber in ein konkretes Angebot handeln kann. Zudem zeigt sich, dass es in der Praxis dabei häufig zu Wartezeiten kommen kann. Von Lücken im Hilfesystem berichten die Interviewpartner v. a. im Zusammenhang mit komplexen Bedarfslagen (hoher Hilfebedarf, Kombination von geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung).

Grundsätzlich gesehen wird die Hilfeplanung dabei als Grundlage der Leistungserbringung *unabhängig* vom Leistungstyp verstanden. Bei Veränderungswünschen der Nutzer kann sie dazu dienen, diese Prozesse zu initiieren und zu begleiten. Sie wird grundsätzlich als Arbeitsgrundlage für *alle* Dienstleistungen verstanden, einige Interviewpartner betonen aber, dass in ambulanten Settings eine stärkere Kopplung zwischen Inhalten der Betreuung, Hilfeplan und bewilligten Ressourcen vorliegt.

Zweiter Schwerpunkt des vorangegangenen Kapitels war die Betrachtung der Kontextbedingungen, die nicht die Ambulantisierung direkt betreffen, aber für die Frage, ob und wie die Implementation neuer Leistungsformen gelingen kann, durchaus Relevanz haben. Hier hat

sich der Zugang zu geeignetem Wohnraum als eine der großen Hürden im Prozess dargestellt. Das beinhaltet auch Fragen nach der Doppelrolle der Träger als Zwischen-Vermieter und Dienstleister. Zudem sind hier Fragen der Aufnahmebereitschaft in den Stadtteilen zu klären. Hier zeigt sich, dass es dabei vereinzelt nach wie vor zu Widerständen bis hin zu Ablehnung kommen kann, insbesondere wenn es um »auffälliges« oder »herausforderndes Verhalten« geht

Im Zuge der Ambulantisierung kam es zudem zu einer Intensivierung der Kooperationsbeziehungen. Das betrifft

- Organisationen und Initiativen im Stadtteil,
- andere Trägern der Eingliederungshilfe,
- andere Bürgern des Stadtteils, die evtl. als freiwillige Helfer aktiv werden.

Exemplarisch lässt sich dies an den sozialen Treffpunkten, die z. T. in gemeinsamer Trägerschaft angeboten werden, ablesen. Hier sind u. E. jedoch dringend Fragen des Handlungsauftrags (Ort der Dienstleistungserbringung für Nutzer versus Ort der Inklusion und der Begegnung), der Ausgestaltung der Kooperation (bei faktischer Konkurrenz) und in der Folge auch der Finanzierungsform zu klären, um eine konzeptionelle Überlastung der Treffpunkte zu vermeiden.

Eine Einbindung freiwilliger Helfer ist zwar an verschiedenen Stellen gelungen, jedoch bleiben diese immer nur eine Ergänzung des professionellen Handelns. Hier ist insbesondere zu beachten, dass diese freiwilligen Hilfen notwendig einen geringeren Grad an Verlässlichkeit aufweisen und somit dem Bedarf nach einem stabilen und verlässlichen Kontakt nur bedingt entsprechen können.

4 Zur Situation der Nutzer

Die Erhebung der Lebenssituation der Nutzer der Leistungen war der weitaus umfangreichste Erhebungsschritt der Evaluation: Zum einen war die Nutzerbefragung selbst größter Erhebungsschritt und Herzstück der Evaluation, zum anderen war die Lebenssituation der Nutzer ein Querschnittsthema in fast allen anderen Erhebungsschritten. Im Einzelnen wurden erhoben:

1. Selbsteinschätzungen der Nutzer in knapp 200 fragebogengestützten mündlich geführten Interviews allen Leistungstypen,
2. Selbsteinschätzungen der Nutzer in 19 qualitativen Netzwerkanalysen,
3. Fremdeinschätzungen im Rahmen der schriftlichen Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung²⁴. Diese beziehen sich auf die Situation im Rahmen von AAH- oder AWG-Settings.
4. Fremdeinschätzungen durch Führungskräfte (sechs Trägerinterviews, vier Experteninterviews zum Thema »hoher Hilfebedarf«),
5. Sekundärauswertung der trügereigenen Evaluationen

Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse für die Gesamtgruppe der Nutzer dargestellt und diskutiert, bevor im zweiten Schritt die Lebenssituation von Menschen mit hohem Hilfebedarf spezifisch betrachtet wird.

4.1 Gesamtgruppe der Nutzer

Die Einschätzungen zur Lebenssituation der Nutzer unterscheiden sich dahingehend, dass sie sich a) auf die Lebenssituation *zum Befragungszeitpunkt* beziehen – ergänzt durch b) eine detaillierte Betrachtung der *sozialen Netzwerke* – oder c) die *Veränderungen durch die Ambulantisierung* zum Thema haben. Alle drei Aspekte werden im Folgenden dargestellt und danach d) einer zusammenfassenden Analyse unterzogen.

4.1.1 Die aktuelle Lebenssituation der Nutzer

Der Großteil der Daten, der sich mit der Lebenssituation der Nutzer befasst, stammt aus den quantitativen Erhebungsschritten. Im Vordergrund stehen hierbei die Selbsteinschätzungen der Nutzerbefragung, die aber punktuell durch die Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung ergänzt werden. Dabei ist zu beachten, dass keine erhebungsübergreifende Zusammenfassung

²⁴ Die Daten aus der Angehörigenbefragung sind aufgrund der geringen Anzahl der Befragten (N=19) nur wenig aussagekräftig. Es lässt sich lediglich prüfen, ob die vorliegenden Daten die Einschätzungen aus Nutzer- und Mitarbeiterbefragung bestätigen oder ihnen eher widersprechen. Belastbar sind diese Einschätzungen jedoch nicht. Die Angaben sind daher im Text in grauer Schriftfarbe gesetzt.

der Fragen möglich ist: Nutzer- und Angehörigenbefragung bezogen sich jeweils auf die Einschätzung *einer individuellen* Lebenssituation, die Mitarbeiterbefragung hingegen notwendigerweise auf eine übergreifende Einschätzung mehrerer Lebenssituationen. Daher sind die Fragen – auch wenn sie den gleichen Gegenstand betreffen – nie vollständig deckungsgleich.

Die Erkenntnisse lassen sich vier Fragebereichen zuordnen²⁵: *Aktivitäten im sozialen Raum, soziale Beziehungen, Selbst- und Mitbestimmung* sowie *individuelle Einschätzung der Möglichkeiten zur Selbständigkeit und Mitgestaltung*. Es werden immer im ersten Schritt die Gesamtergebnisse angegeben. Aufschlüsselungen in Leistungsbereiche oder Hilfebedarfsgruppen erfolgen nur, sofern es hier zu signifikanten Unterschieden kommt. Danach folgen ggfs. Ergänzungen aus Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung.

4.1.1.1 Aktivitäten im sozialen Raum

- In den allermeisten Fällen (88,8%) werden Unternehmungen in der Umgebung der Wohnung durchgeführt. Die Werte für die AWG- und AAH-Leistungen sind sogar etwas höher. Dies deckt sich weitgehend mit den Daten aus der Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung: 86% der befragten Mitarbeiter geben an, dass alle oder einige Nutzer Unternehmungen durchführen, 94,7% der Angehörigen bejahen dies.
- Informationen zu Unternehmungen erhalten 61,5% der Befragten. Erkundungen der Umgebung haben in 58% der Fälle stattgefunden, weitere 8% sind sich nicht mehr sicher²⁶.
- Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (54,8%) besucht die Angebote der sozialen Treffpunkte²⁷, die im Zusammenhang mit der Ambulantisierung ins Leben gerufen wurden (in den AWG- und AAH-Leistungen sind die Werte mit knapp über 60% etwas höher). Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung stützen diese Werte: Bei den Angehörigen sind es 55,6%, die Einschätzungen der Mitarbeiterbefragung fallen etwas niedriger aus: 51,8% der Befragten geben an, dass nur wenige Nutzer die Treffpunkte besuchen, 28,6% gehen davon aus, dass einige Nutzer das Angebot besuchen.
- Insgesamt ist ein Großteil der Befragten mit der Menge der Unternehmungen im Alltag zufrieden (82%).
- 41% der Befragten brauchen Hilfe bei Unternehmungen. Hier lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den Leistungsformen und der Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen ausmachen. Bei den 77 Befragten, die Hilfe benötigen, erfolgt diese zumeist (88,3%) durch Mitarbeiter (genauere Aufschlüsselungen zu den Unterstützungsleistungen im Alltag vgl. 4.1.1.4).

²⁵ Diese vier Bereiche entsprechen sowohl Aspekten der Lebensqualität als auch der Konzeption früherer Varianten des Fragebogens (FiLiB, FiPa 2) und wurden im Rahmen der Steuerungsgruppe übereinstimmend beschlossen.

²⁶ Hier ist zu beachten, dass die Befragten z. T. bereits seit mehreren Jahren in der aktuellen Wohnform leben. Eine Erkundung der Umgebung liegt u. U. ebenfalls mehrere Jahre zurück und besitzt dementsprechend für die aktuelle Situation kaum Relevanz.

²⁷ »Soziale Treffpunkte« bezieht sich hierbei auf Freizeit-, Kultur- und Bildungsangebote, die durch die Träger in den Stadtteilen ausgebracht werden (vgl. 3.3.2).

Brauchen Sie Hilfe bei Unternehmungen? – Leistungstyp					
	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja	28,8%	35,9%	39,7%	64,1%	41%
Nein, ich kann das alleine	71,2%	64,1%	60,3%	35,9%	59%

Tabelle 16: Hilfe bei Unternehmungen - Leistungstyp

Brauchen Sie Hilfe bei Unternehmungen? – Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen						
	o. HBG	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	Gesamt
Ja	23,9% ²⁸	16,7%	33,3%	53,8%	68,4%	41%
Nein, ich kann das alleine	76,1%	83,3%	66,7%	46,2%	31,6%	59%

Tabelle 17: Hilfe bei Unternehmungen - Leistungstyp

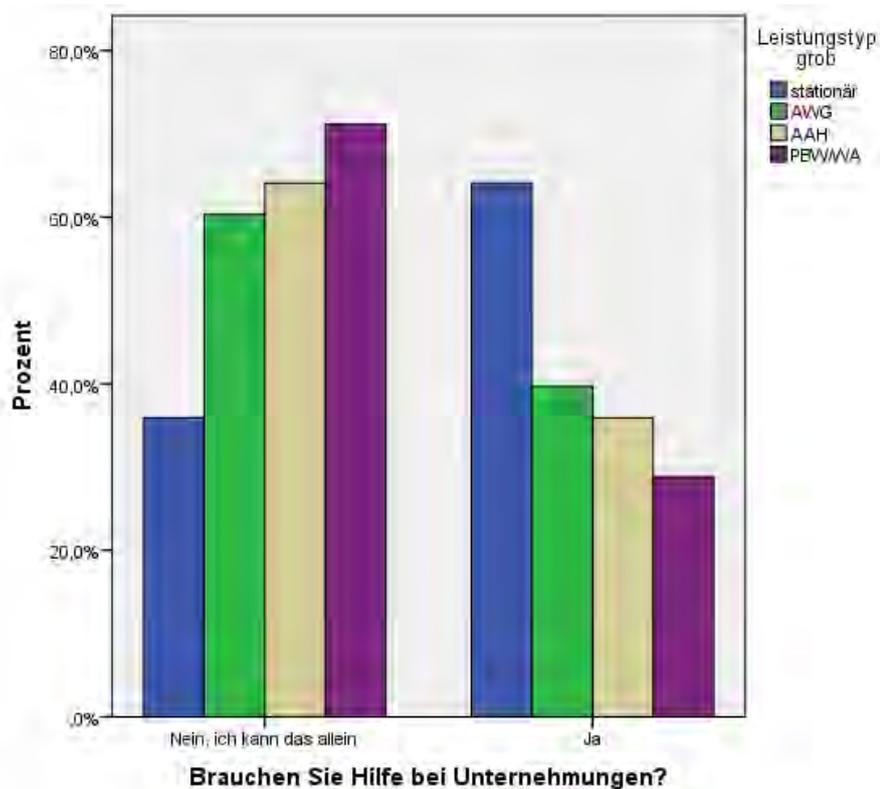


Abbildung 2: Hilfe bei Unternehmungen - Leistungstyp

²⁸ Die Gruppe der Befragten ohne Zuordnung zu HBGs und die Gruppe der Befragten in den PBW/WA-Leistungen ist nicht zu 100% deckungsgleich: Es gibt Befragte in PBW/WA-Leistungen, bei denen eine Zuordnung zu HBGs vorliegt (N=4).

Die vorliegenden Daten zeigen zwar Unterschiede im Antwortverhalten je nach Leistungstyp, diese sind jedoch – bis auf die Frage nach dem Hilfebedarf bei Unternehmungen – nicht signifikant. Hier spielt die Leistungsform eine Rolle, am deutlichsten korreliert der Wert aber mit der Zuordnung zu den Hilfebedarfsgruppen. Die Einschätzungen der Mitarbeiter und Angehörigen decken sich weitgehend mit denen der Nutzer, die Mitarbeiter sind geringfügig kritischer in ihren Bewertungen.

Die Mitarbeiter sind primäre Begleiter und Unterstützer bei Unternehmungen. Das gibt einen ersten Hinweis auf die Frage ihrer Rolle im Leben der Nutzer.

4.1.1.2 Soziale Beziehungen

Die Fragen zu den sozialen Beziehungen teilen sich auf in die *Beziehungen zu Mitarbeitern*, den *Kontakt zur Familie*, *enge soziale Beziehungen* sowie *Alltagskontakte*.

Beziehungen zu Mitarbeitern

- Die größte Gruppe der Befragten gibt an, mehrere Mitarbeiter besonders gern zu mögen (49,2%), weitere 26,7%, dass dies auf alle Mitarbeiter zutrifft. 16% der Befragten mögen einen Mitarbeiter besonders gerne und 8% der Befragten geben an, keinen Mitarbeiter besonders gern zu mögen.
- Immerhin 7,5% der Befragten beantworten die Frage, ob es Mitarbeiter gibt, vor denen sie Angst haben mit »Ja«, 41,9% der Befragten ärgern sich über Mitarbeiter (der einzige Wert, der hier heraussticht, sind die PBW/WA-Leistungen, in denen es lediglich 29,4% sind).
- Die meisten Befragten (93,6%) erleben, dass es einen Mitarbeiter gibt, der für ihre Belange zuständig ist. Die Mitarbeiterbefragung beleuchtet, ob die Nutzer dabei Einfluss auf die Auswahl des Bezugsbetreuers/Keyworkers o. ä. haben: In 49% der Fälle geschieht dies durch Absprachen im Alltag, in weiteren 22,4% im Rahmen eines geregelten Verfahrens. In 26,5% wird die Entscheidung im Team gefällt und in 2% durch die Leitung festgelegt. Hier kommt es zu Korrelationen mit der Leistungsform:

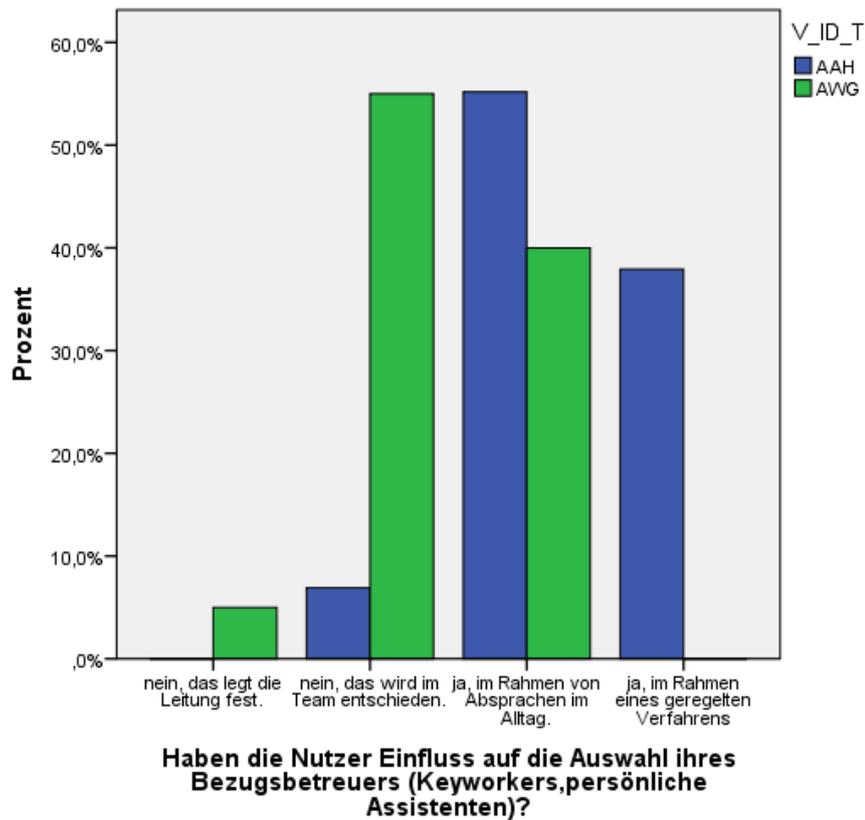


Abbildung 3: Einfluss der Nutzer auf die Auswahl des Bezugsbetreuers

Haben die Nutzer Einfluss auf die Auswahl ihres Bezugsbetreuers (Keyworkers, persönlichen Assistenten)?			
	AAH	AWG	Gesamt
Nein, das legt die Leitung fest	0%	5%	2%
Nein, das wird im Team entschieden	6,9%	55%	26,5%
Ja, im Rahmen von Absprachen im Alltag	55,2%	40%	49%
Ja, im Rahmen eines geregelten Verfahrens	37,9%	0%	22,4%

Tabelle 18: Einfluss der Nutzer auf die Auswahl des Bezugsbetreuers

Die Mitarbeiterbefragung verweist darauf, dass es unterschiedliche Verfahren bei der Auswahl von Bezugsbetreuern/Keyworkern/persönlichen Assistenten gibt. Hier berichten die Befragten in den AAH-Leistungen von mehr Einflussmöglichkeiten der Nutzer (über 90% der Antworten verteilen sich auf die »Ja«-Optionen). Die deutlichen Unterschiede in der Form der Einflussnahme zwischen den AWG- und AAH-Leistungen könnten durch Unterschiede in der Größe des Angebots zustande kommen (vgl. 3.1.1). Die Größe der Angebote im AAH-Bereich kann hier ein geregeltes Verfahren notwendig machen, das bei einem kleineren AWG-Angebot in dieser Form nicht notwendig ist.

Aus der Nutzerbefragung lassen sich keine Korrelationen zu Leistungstyp oder Hilfebedarfsgruppe nachweisen. Die Werte für den stationären Bereich unterscheiden sich leicht von anderen Leistungsformen (tendenziell höhere Werte, wenn wenige Mitarbeiter gemocht werden und wenn es um die Frage geht, ob die Befragten Angst vor Mitarbeitern haben oder sich über diese ärgern), gleiches gilt z. T. für die Werte im PBW-Bereich (deutlich geringere Werte bei »ärgern über Mitarbeiter«). Dabei ist jedoch zu beachten, dass Mitarbeiter in stationären Settings im Alltag deutlich präsenter sind und eine größere Bedeutung für die Lebensführung haben. Evtl. hat dies Einfluss auf die Wahrnehmung der Mitarbeiter und z. B. die Frage, ob und wie regelmäßig man sich über diese ärgert. Es besteht die Möglichkeit, dass es hier – in Abhängigkeit von der Leistungsform – zu Veränderungen in der Mitarbeiter-Rolle kommt (vgl. 4.1.2 *Netzwerkanalysen*).

Die Werte von bis zu 10% bezüglich der Angst vor Mitarbeitern belegen einen Handlungsbedarf. Die Asymmetrie der Beziehung lässt sich aufgrund der Abhängigkeit der Nutzer nie gänzlich auflösen, gerade deshalb müssten Mitarbeiter sich dieser Asymmetrie sowie ihrer Folgen bewusst sein.

Kontakt zur Familie

- 77,7% der Befragten haben Kontakt zu ihren Familien. Es zeigt sich eine Korrelation zur Leistungsform, die Werte schwanken zwischen 87,7% (AWG) und 60,5% (AAH).

Haben Sie Kontakt zu Ihrer Familie? – Leistungstyp					
	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja	86,3%	60,5%	87,7%	68,4%	77,7%
Nein	13,7%	39,5%	12,3%	31,6%	22,3%

Tabelle 19: Kontakt zur Familie - Leistungstyp

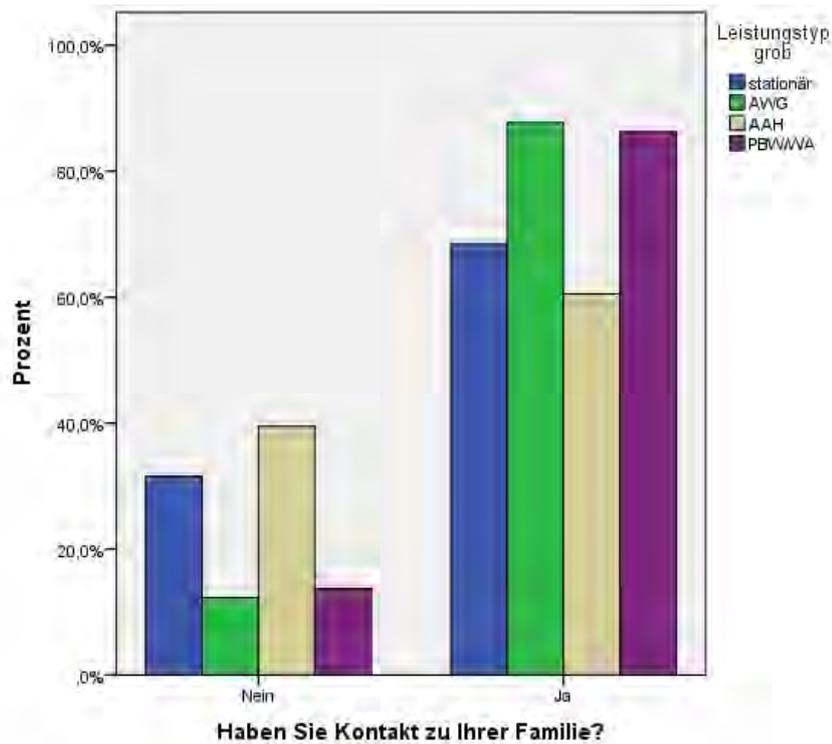


Abbildung 4: Kontakt zur Familie – Leistungstyp

- Die Werte aus der Mitarbeiterbefragung fallen ähnlich aus, auch hier zeigt sich ein signifikanter Unterschied in den Leistungsformen – hier bei AWG und AAH:
-

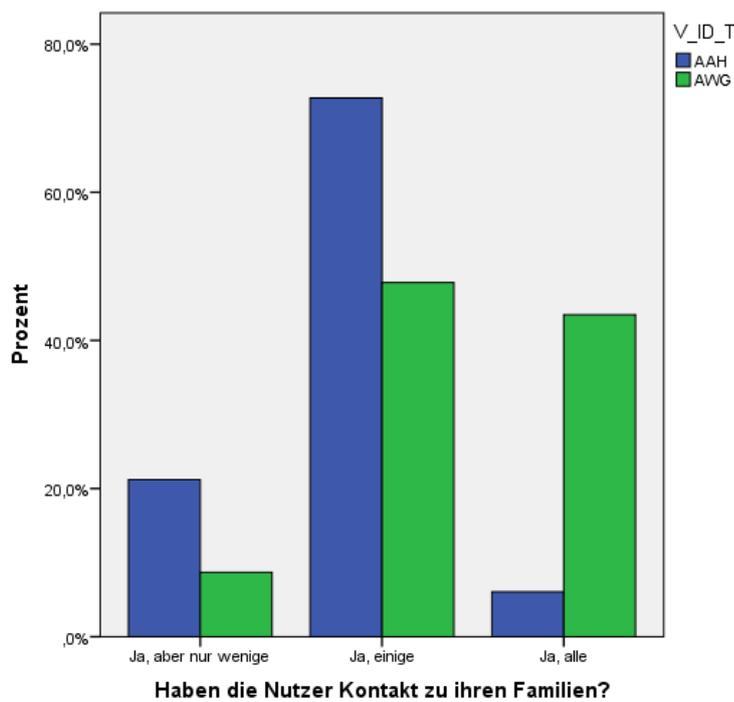


Abbildung 5: Mitarbeiterbefragung - Kontakt zur Familie

- 62,8% der Befragten sind mit dem Kontakt zu ihrer Familie zufrieden. Sofern Unzufriedenheit mit dem Kontakt zur Familie vorliegt, wünschen die meisten Befragten mehr bzw. überhaupt Kontakt zu ihren Familien. Beide Werte zusammen liegen bei 92,2%. Die Bedeutung der Familien wird in den Netzwerkanalysen bestätigt (vgl. 4.1.2).

	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja	58%	63,9%	71,1%	54,4%	62,8%
Nein	42%	36,1%	28,9%	45,6%	37,2%

Tabelle 20: Zufriedenheit mit Familienkontakt - Leistungstyp

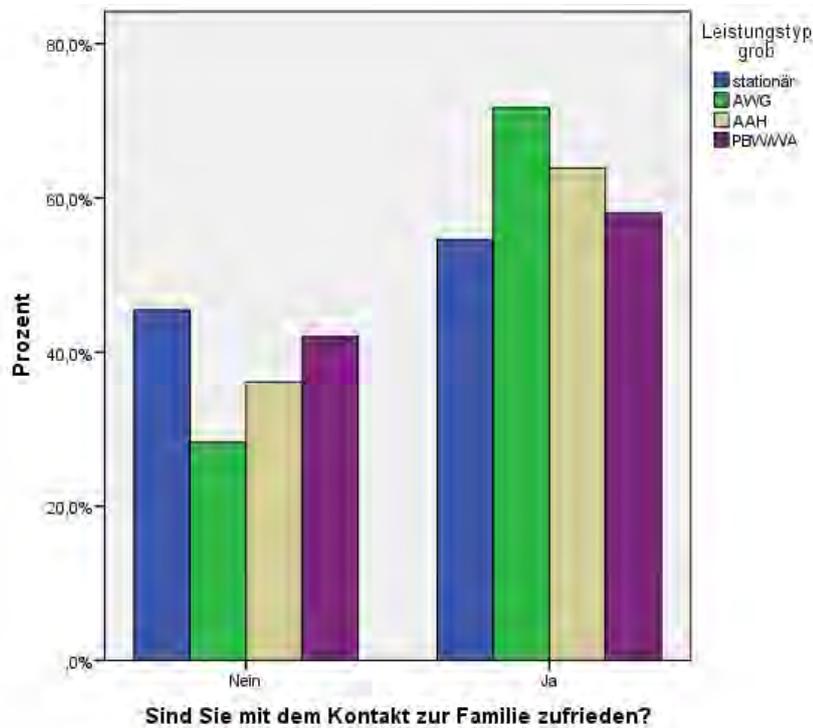


Tabelle 21: Zufriedenheit mit Familienkontakt - Leistungstyp

Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung schlüsseln den Kontakt zwischen den Nutzern und ihren Familien deutlicher auf:

Form des Kontakts	Bei keinem	Bei wenigen	Bei einigen	Bei allen
Gegenseitige Besuche	1,8%	32,1%	58,9%	7,1%
...übernehmen Aufgaben im Alltag	19,6%	58,9%	19,6%	1,8%
...kümmern sich um Behördenangelegenheiten, Geld etc.	17,9%	64,3%	16,1%	1,8%

Tabelle 22: Mitarbeiterbefragung: Kontakt Nutzer/Angehörige

Angehörigenbefragung: Wie gestaltet sich der Kontakt zu Ihrer/m Angehörigen?		
Form des Kontakts	N	% der Fälle
Telefonieren, SMS, Chat, E-Mail	18	94,7
Ich besuche ihn/sie oder er/sie mich	16	84,2
Wir unternehmen gemeinsam etwas in der Freizeit	13	68,4
Er/sie hilft mir (im Haushalt, bei Besorgungen)	1	5,3
Sonstiges (Zusammen Essen gehen, alle 2 Jahre zusammen eine Woche Urlaub)	2	10,5

Tabelle 23: Angehörigenbefragung: Kontakt zu Angehörigen

Wie häufig haben Sie Kontakt zu Ihren Angehörigen?		
Kontaktrate	N	In %
Mindestens 1x täglich	2	10,5
Mehrmals pro Woche/jedes ganze WE	9	47,4
Einmal pro Woche	4	21,1
Zwei- bis dreimal pro Monat	1	5,3
Einmal pro Monat	3	15,8

Tabelle 24: Angehörigenbefragung - Kontaktrate Angehörige

Aus der Perspektive der Mitarbeiter sind die Angehörigen also v. a. in Form von Besuchen (einige: 58,9%, alle: 7,1%) präsent. Die anderen Formen des Kontakts (Übernahme von Aufgaben im Alltag, Kümmern um Behördenangelegenheiten) finden auch statt, hier sind die jeweils höchsten Werte jedoch in der Kategorie »bei wenigen« angesiedelt. Das spiegelt sich weitgehend in der Angehörigenbefragung: Neben Kommunikation per Telefon, SMS o. ä. sind die gegenseitigen Besuche die häufigste Kontaktform. Diese können auch die Form gemeinsamer Unternehmungen annehmen. Die Kontaktrate ist bei den Befragten in der Angehörigenbefragung relativ hoch (über 75% der Befragten haben mindestens einmal pro Woche Kontakt)²⁹. Die Werte liefern keine Hinweise auf Unterschiede in den Einschätzungen, die mit der Leistungsform zusammenhängen.

²⁹ Es ist aber davon auszugehen, dass v. a. diejenigen Angehörigen an der Befragung teilgenommen haben, die eine aktive Rolle im Leben ihrer Angehörigen einnehmen. Die Werte sind daher wahrscheinlich leicht verzerrt.

Es lässt sich ein Zusammenhang zwischen Leistungstyp und Kontaktdichte herstellen: In den AAH- und den stationären Leistungen haben ca. 60-70% der Nutzer Kontakt zu ihren Familien, in den AWG- und PBW/WA-Leistungen sind es jeweils ca. 87%. Aus diesem Zusammenhang lassen sich aber *keine* Schlussfolgerungen bezüglich der Zufriedenheit ableiten: Zwar ist in den AWG-Leistungen (Kontaktdichte: 87,7%) auch die Zufriedenheit am höchsten (Zufriedenheit: 71,1%), in den PBW/WA-Leistungen (Kontaktdichte: 86,3%) hat die Zufriedenheit jedoch den zweitniedrigsten Wert (58%). Die AAH- und die stationären Leistungen haben ähnliche Kontaktdichten (stationär: 68,4%, AAH: 60,5%), die Zufriedenheiten sind im Vergleich zu den anderen Formen eher niedrig, schwanken aber dennoch deutlich (stationär: 54,5%, AAH: 63,9%). Es ist davon auszugehen, dass hier andere Einflussfaktoren wirksam sind, die in der Befragung nicht abgebildet werden konnten (z. B. Biographie, Rolle der Familie im Alltag o. ä.).

Enge soziale Beziehungen

- Einen Partner/eine Partnerin haben insgesamt 45,7% der Befragten. Fragen zu Liebe und Sex können 60,1% der Befragten besprechen³⁰.
- Einsamkeit wird von 12,8% der Befragten oft erlebt. Weitere 41,7% erleben diese zumindest manchmal. Es gibt zwar Unterschiede zwischen den Leistungsformen, diese bleiben aber unter der Signifikanzgrenze. Die Daten aus der Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung fallen etwas positiver aus: bei den Angehörigen sind es 10,5% bei »oft« und 57,9% bei »manchmal«. Bei den befragten Mitarbeitern gehen 14,8% davon aus, dass keine Nutzer einsam sind, weitere 46,3%, dass nur wenige, 37%, dass mehrere Nutzer einsam sind und 1,9%, dass alle Nutzer einsam sind.
- Eine Vertrauensperson zu haben, geben insgesamt 84,6% der Befragten an, weitere 8,6% sind sich nicht sicher. Klar verneint wird diese Frage von 7% der Befragten.

In allen Leistungsformen wird davon berichtet, dass es zum Erleben von Einsamkeit kommt. Die Werte für »Ja, oft« liegen bei 12,8%, die Werte für »manchmal« bei 41,7%. Bei 54,5% der Befragten kommt es also dazu, dass sie sich – zumindest hin und wieder – ganz alleine fühlen. Die Befragung der Mitarbeiter und Angehörigen führte – bei z. T. leicht veränderter Fragestellung – zu einer etwas positiveren Einschätzung. Die Frage nach einer engen Vertrauensperson erzielt bei den Nutzern zwar deutlich höhere Werte, aber immerhin 7% verneinen dies klar.

³⁰ Es ist jedoch anzumerken, dass diese Frage einen relativ hohen Prozentsatz fehlender Werten erzielte (13,3%).

Menschen, bei denen die Leistungsform darauf hinweist, dass sie *nicht* in Gruppenbezügen leben und Mitarbeiter eher seltener präsent sind (PBW/WA-Leistungen), geben am häufigsten an, sich nie einsam zu fühlen. Auf der anderen Seite fühlen sich die Befragten in den stationären Settings – bei denen tendenziell davon ausgegangen werden kann, dass über weite Zeiträume andere Personen anwesend sind – häufiger alleine (23,1% »oft«; 38,5% »manchmal«). Die Ergebnisse könnten darauf verweisen, dass das Gefühl des Alleinseins weniger mit faktischen Kontakten, sondern vielmehr mit der Frage der Kontrolle über die eigene Lebenssituation zusammenhängt.

Alltagskontakte

Freunde innerhalb des Hauses, in dem Sie wohnen, haben über alle Leistungsformen verteilt 55,3% der Befragten. Die Werte korrelieren sowohl mit dem Leistungstyp als auch deutlich mit der Zuordnung zu den Hilfebedarfsgruppen. Beides deutet in eine ähnliche Richtung:

- Nutzerbefragung:

Haben Sie Freunde innerhalb des Wohnhauses? – Leistungstyp					
	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja	32,7%	59%	69%	61,5%	55,3%
Nein	63,5%	33,3%	25,9%	33,3%	39,4%
Ich bin mir nicht sicher	3,8%	7,7%	5,2%	5,1%	5,3%

Tabelle 25: Freunde innerhalb des Wohnhauses - Leistungstyp

Haben Sie Freunde innerhalb des Wohnhauses? – Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen						
	PBW/WA	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5
Ja	32,6%	100%	63,3%	56,9%	57,9%	x
Nein	63,0%	0%	33,3%	33,8%	36,8%	x
Ich bin mir nicht sicher	4,3%	0%	3,3%	9,2%	5,3%	x

Tabelle 26: Freunde innerhalb des Wohnhauses - Leistungstyp

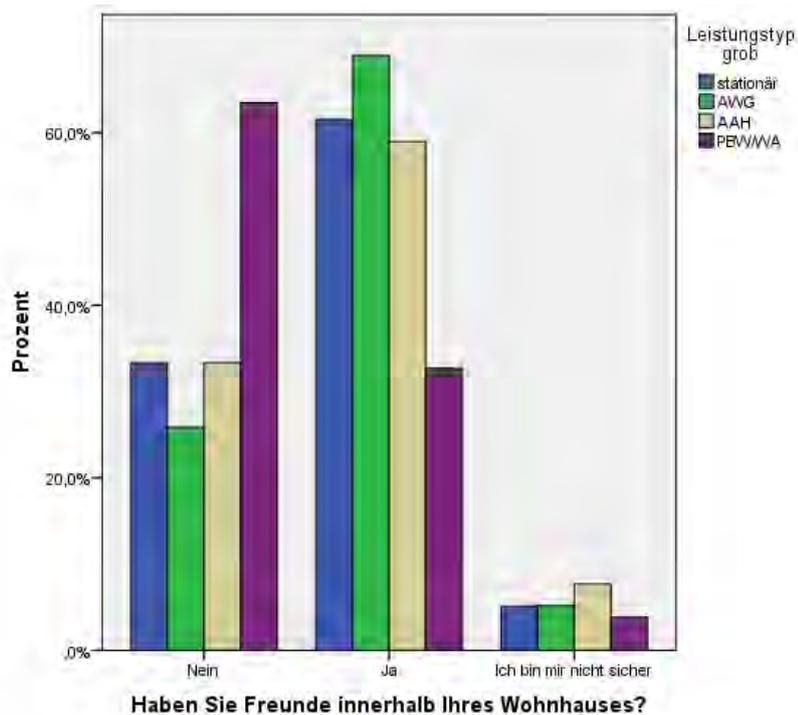


Abbildung 6: Freunde innerhalb des Wohnhauses – Leistungstyp

- Mitarbeiterbefragung: In AWG- und AAH-Leistungen geben zwar 41,8% der Befragten an, dass »einige« Nutzer Freunde innerhalb des Wohnhauses haben. Für weitere 41,8% der Befragten ist dies jedoch nur bei »wenigen« Nutzern der Fall und für weitere 14,5% gilt dies für »keine« Nutzer. Hier liegt ein Zusammenhang zur Leistungsform vor: In den AAH-Leistungen sind Freunde innerhalb des Hauses verbreiteter.

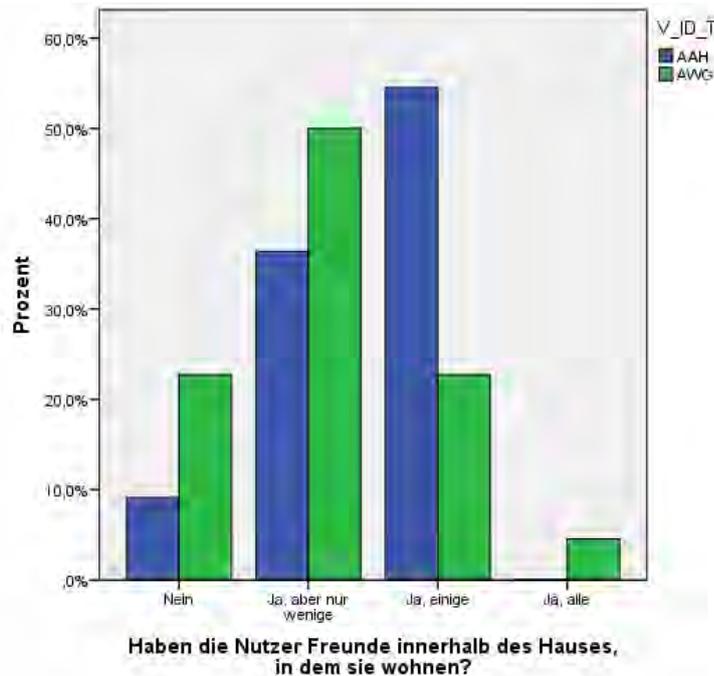


Abbildung 7: Mitarbeiterbefragung - Freunde innerhalb des Wohnhauses

Angehörigenbefragung: Die Daten aus der Angehörigenbefragung stützen diese Einschätzungen (66,7%: Ja).

Freunde außerhalb des Wohnhauses haben in der Selbsteinschätzung 65,4% der Befragten. Die Antworten korrelieren sowohl mit der Leistungsform als mit der Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen:

- Nutzerbefragung:

Haben Sie Freunde außerhalb des Wohnhauses? – Leistungstyp					
	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja	78,8%	64,1%	69%	43,6%	65,4%
Nein	19,2%	30,8%	29,3%	51,3%	31,4%
Ich bin mir nicht sicher	1,9%	5,1%	1,7%	4,6%	3,2%

Tabelle 27: Freunde außerhalb des Wohnhauses - Leistungstyp

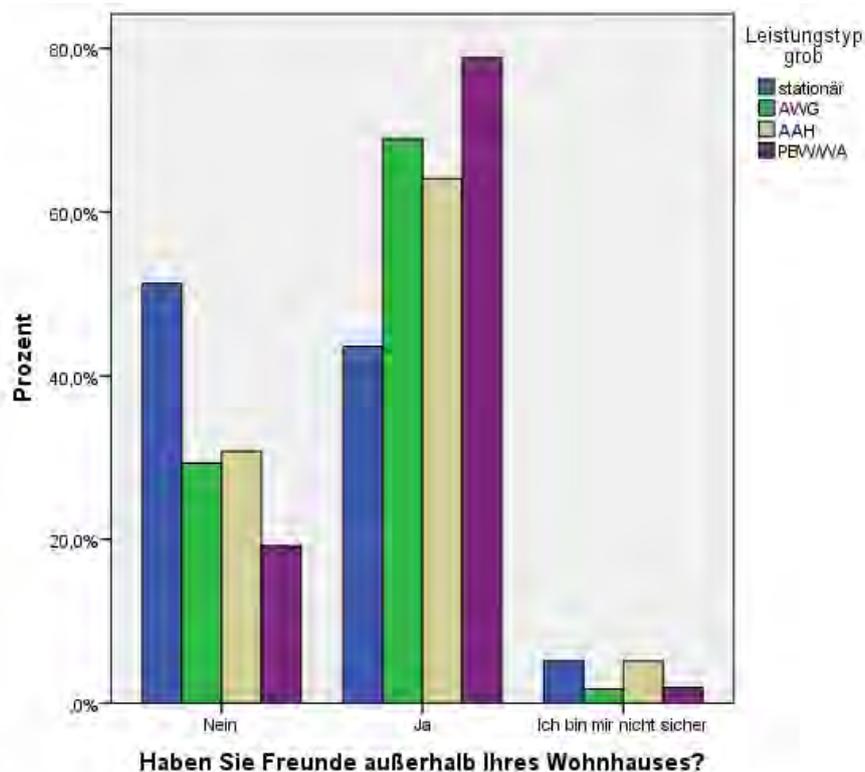


Abbildung 8: Freunde außerhalb des Wohnhauses - Leistungstyp

Haben Sie Freunde außerhalb des Wohnhauses? – Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen						
	PBW/WA	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5
Ja	80,2%	66,7%	80%	58,5%	31,6%	x
Nein	17,4%	33,3%	16,7%	38,5%	57,9%	x
Ich bin mir nicht sicher	2,2%	0%	3,3%	3,1%	10,5%	x

Tabelle 28: Freunde außerhalb des Wohnhauses - HBG

- Mitarbeiterbefragung: 43,6% der Befragten gehen davon aus, dass »wenige« Nutzer Freunde außerhalb des Wohnhauses haben, 52,7%, dass dies bei »einigen« der Fall sei und jeweils 1,8%, dass dies für »alle« bzw. »keinen« Nutzer gilt.
- Angehörigenbefragung: Die Werte in der Angehörigenbefragung fallen etwas pessimistischer aus: 52,6% der Befragten bejahen die Frage nach Freunden außerhalb des Wohnhauses.

Hier zeigt sich, dass für Menschen, die in stationären Bezügen leben/für Menschen mit hohem Hilfebedarf deutlich höhere Exklusionsrisiken bestehen.

Kontakt zu Nachbarn haben in der Selbsteinschätzung 64,4% der Befragten. Auch hier korrelieren die Werte sowohl mit Leistungsform als auch stark mit der Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen:

- Nutzerbefragung: Haben Sie Kontakt zu Ihren Nachbarn?

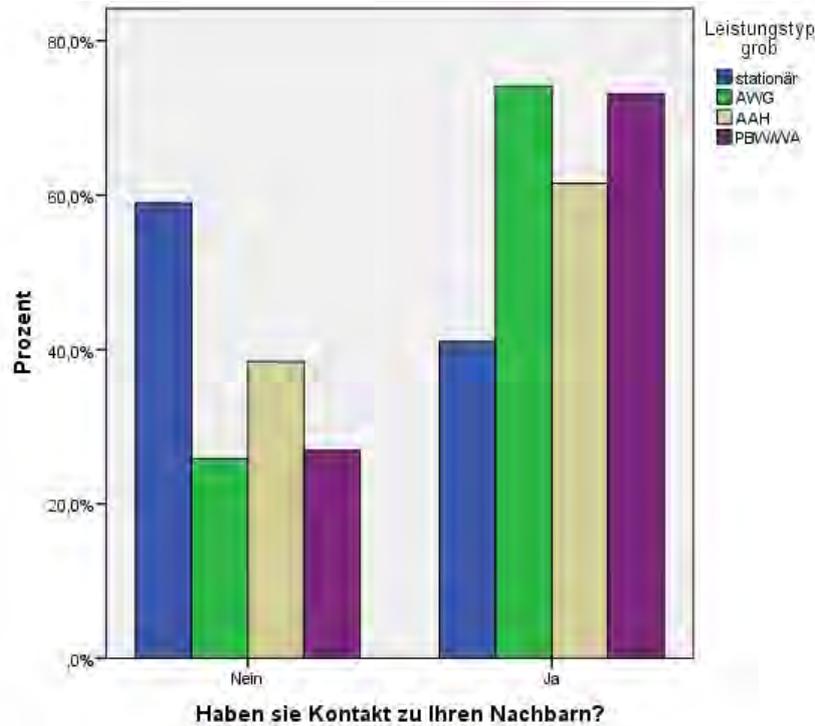


Abbildung 9: Kontakt zu Nachbarn – Leistungstyp

	PBW/WA	AAH	AVG	Stationär	Gesamt
Ja	73,1%	61,5%	74,1%	41%	64,4%
Nein	26,9%	38,5%	25,9%	59%	35,6%

Tabelle 29: Kontakt zu Nachbarn - Leistungstyp

Haben Sie Kontakt zu Ihren Nachbarn? – Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen						
	PBW/WA	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5
Ja	73,9%	66,7%	80%	58,5%	36,8%	x
Nein	26,1%	33,3%	20%	41,5%	63,2%	x

Tabelle 30: Kontakt zu Nachbarn - HBG

- Mitarbeiterbefragung: 20% der Befragten geben an, dass es keinen Kontakt zu Nachbarn gibt, 45,5%, dass »wenige« Nutzer Kontakt haben, 30,9%, dass es sich um »einige« Nutzer handelt, und 3,6% benennen dies für »alle«. Auch hier kommt es zu einer Korrelation mit der Zuordnung zu Leistungsformen:

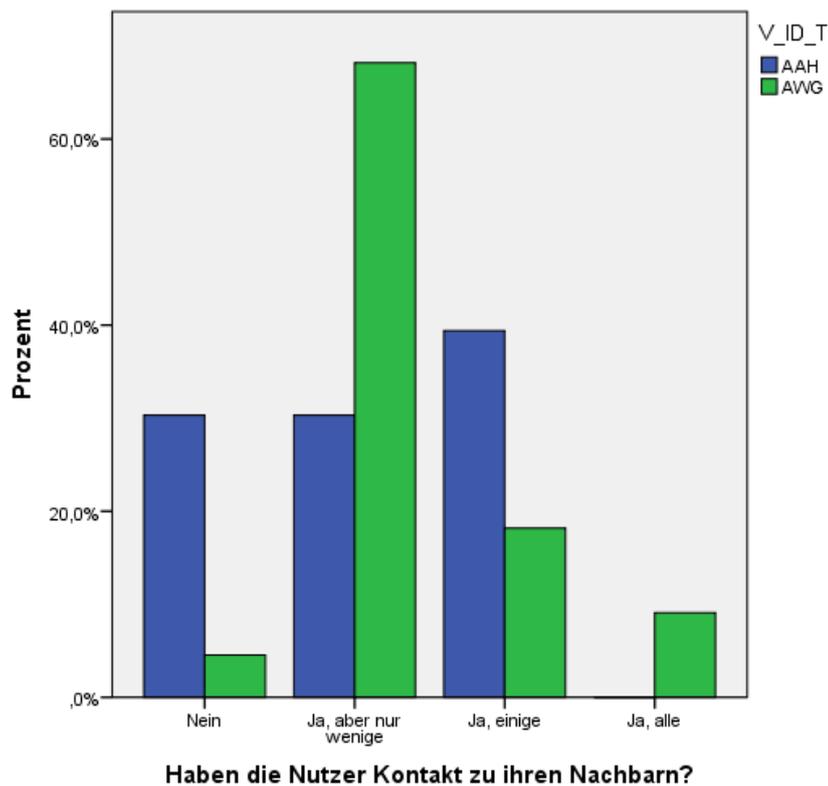


Abbildung 10: Mitarbeiterbefragung - Kontakt zu Nachbarn

- Angehörigenbefragung: Die Einschätzungen der Angehörigen fallen etwas niedriger aus als die Selbsteinschätzungen der Nutzer: 44,4% der Befragten geben an, dass Ihre Angehörigen Kontakt zu Nachbarn haben.

In diesem Bereich zeigen sich deutliche Verbindungen zur Leistungsform bzw. Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen: Wird in den PBW/WA-Leistungen selten von Freunden innerhalb und am ehesten von Freunden außerhalb des Wohnhauses berichtet, hat der stationäre Bereich fast gespiegelte Werte (niedrigster Wert für außerhalb; zweithöchster Wert für innerhalb).

Die höheren Werte für »Freunde innerhalb« in den AWG-, AAH- und stationären Leistungen sind wahrscheinlich auf das Leben in Wohngemeinschaften, bzw. das gemeinsame Wohnen mit anderen Nutzern im gleichen Haus zurückzuführen. Das spiegeln auch die relativ hohen Werte im Kontakt zur Nachbarschaft in den AWG- und AAH-Leistungen. Diese Werte könnten darauf zurückgeführt werden, dass die AWG- und AAH-Leistungsformen in einer Art »inszenierte Nachbarschaft« eingebunden sind. Auffällig ist hier, dass a) die PBW-Leistungen relativ hohe Werte erzielen und b) die stationären Leistungen deutlich geringere Werte erzielen. Letzteres könnte auf einer mangelnden Trennschärfe zwischen dem, wer als »Mitbewohner« (und damit als Teil der Einrichtung) und wer als »Nachbar« (und damit »außerhalb« stehend) wahrgenommen wird.

Sehr auffällig ist zudem, dass die Werte für Kontakte außerhalb des Wohnhauses bei den stationären Leistungen bzw. der Zuordnung zur HBG 4 viel geringer ausfallen (20-30% unter dem Gesamtwert). Dies könnte eine Folge von relativer Binnenzentrierung in den befragten Einrichtungen sein³¹. Die befragten Nutzer – in den stationären Leistungen und/oder der HBG 4 – beschreiben einen deutlichen Abfall in den Sozialkontakten im Alltag. Dies korrespondiert zumindest für den stationären Bereich zudem mit einem verstärkten Erleben von Einsamkeit. Hier zeigt sich also, dass für Menschen, die in stationären Bezügen leben/für Menschen mit hohem Hilfebedarf deutlich höhere Exklusionsrisiken bestehen.

4.1.1.3 Selbst- und Mitbestimmung

Weitgehend unproblematisch gestaltet sich die Mitbestimmung bei der Einrichtung des eigenen Zimmers (Ja: 97,8%) sowie der Frage nach der Auswahl des Essens (Ja: 96,3%). Die Einschätzungen zu Selbstbestimmung beim Thema Geld liegen niedriger: 72,7% der Befragten geben an, selbst über ihr Geld bestimmen, weitere 18,7% geben »Eher ja« an. In der Summe gehen also über 90% der Befragten eher davon aus, dass sie in diesem Bereich selbst bestimmen können. Es gibt hier zwar Unterschiede zwischen den Leistungsformen, diese liegen jedoch unter der Signifikanzgrenze. Zudem ist zu bedenken, dass sich die Lebensbedingungen der Befragten in diesem Bereich deutlich unterscheiden: Ein Teil der Befragten muss von dem Geld Miete, Essen etc. bezahlen, ein anderer Teil bekommt zwar nur Taschengeld, muss davon aber nichts Lebensnotwendiges kaufen. Das kann sich auf die Einschätzung der eigenen Kontrolle über das Geld auswirken.

Bei der Frage nach der Arztwahl kommt es zu Korrelationen mit der Leistungsform: Zwar geben insgesamt 80,9% der Befragten an, dass Sie selbst bestimmen, welcher Arzt sie behandelt, die Werte bewegen sich aber zwischen 90,4% (PBW/WA) auf der einen und 51,3% (stationär) auf der anderen Seite (weitere 20,5% der Befragten in den stationären Einrichtungen

³¹ Unter »Binnenzentrierung« ist dabei die weitreichende Konzentration auf das Innenleben der Einrichtung (starke Konzentration auf den Alltag *in* der Gruppe, Ausflüge i. d. R. ebenfalls im Gruppenverbund) zu verstehen, die zu Lasten von regulären Kontakten nach außen geht (Schwarte & Oberste-Ufer 2001, 146).

sind sich nicht sicher). Die Unterschiede in diesem Bereich könnten auf die stärkere Ausrichtung des Alltags an organisatorischen Erfordernissen (und damit eine stärkere Verregelung) im stationären Bereich zurückzuführen sein, die zu Lasten der Selbstbestimmung gehen kann.

Bestimmen Sie selbst, welcher Arzt Sie behandelt? – Leistungstyp					
	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja	90,4%	87,2%	89,7%	51,3%	80,9%
Nein	7,7%	2,6%	1,7%	28,2%	9%
Ich bin mir nicht sicher	1,9%	12,8%	8,6%	20,5%	10,1%

Tabelle 31: Arztwahl - Leistungstyp

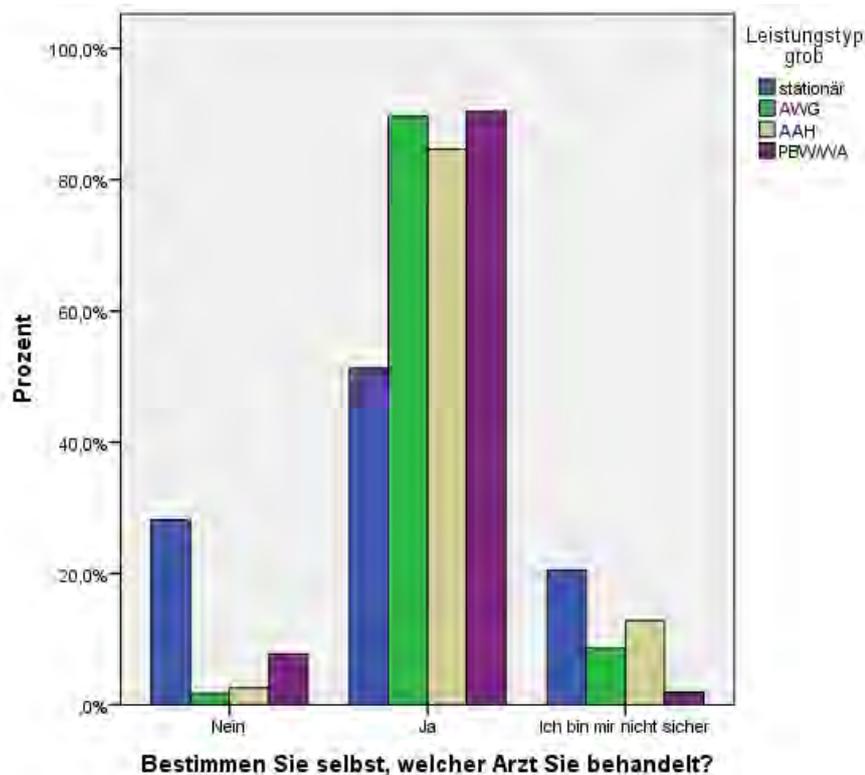


Abbildung 11: Arztwahl – Leistungstyp

Wohnbeiräte oder Interessenvertretungen sind 66,1% der Befragten bekannt. Die Werte korrelieren mit der Zuordnung zu Leistungsformen und zu Hilfebedarfsgruppen:

Gibt es hier einen Wohnbeirat/eine Interessenvertretung? – Leistungstyp					
	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja	40%	81,1%	81,8%	58,8%	66,1%
Nein	60%	18,9%	19,2%	41,2%	33,9%

Tabelle 32: Interessenvertretung - Leistungstyp

Gibt es hier einen Wohnbeirat/eine Interessenvertretung? – Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen						
	PBW/WA	HGB 1	HGB 2	HGB 3	HGB 4	HGB 5
Ja	39,5%	80%	82,8%	77,8%	44,4%	x
Nein	60,5%	20%	17,2%	22,2%	55,6%	x

Tabelle 33: Interessenvertretung - HGB

Bei vielen Trägern ist im Zusammenhang mit der Ambulantisierung Wert auf die Etablierung von Mieterversammlungen o. ä. gelegt worden. Das könnte erklären, warum die Werte im AWG- und AAH-Bereich deutlich höher sind als in den anderen Leistungstypen. Die Zuordnung zu Hilfebedarfsgruppen/Leistungsformen zeigt:

- a) Interessenvertretungen haben im PBW/WA-Bereich einen deutlich geringeren Bekanntheitsgrad. Dies kann entweder darauf verweisen, dass diese nicht bei allen Dienstleistern vorhanden sind oder dass sie zwar vorhanden, aber teilweise nicht bekannt sind.
- b) einen deutlichen Abfall in der Bekanntheit in der HGB 4. Gerade bei diesem Personenkreis wäre das Wissen um Möglichkeiten der Interessenvertretung jedoch besonders wichtig.

Die meisten Befragten nennen zumindest eine Stelle, bei der sie sich *beschweren können* (9,3% der Befragten geben ausschließlich »nicht sicher« an). Hierbei sind – quer durch alle Leistungsformen – Mitarbeiter und Leitungen die wesentlichen Ansprechpartner. Das spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung. Die befragten Mitarbeiter nehmen sich noch deutlicher als Ansprechpartner für Beschwerden wahr:

Beschwerdemöglichkeiten	Nutzerbefragung	Mitarbeiterbefragung
Wohnbeirat	14,1%	12,5%
Interessenvertretung	8,1%	5,4%
Mitarbeiter	51,9%	89,3%
Leitung	40%	58,9%
Beschwerdestelle	13%	21,4%
Gesetzlicher Betreuer	14,1%	19,6%
Angehörige	12,4%	37,5%
Nicht sicher	15,7%	x

Tabelle 34: Beschwerdemöglichkeiten

Es zeigen sich zwar Unterschiede in den Einschätzungen, die sich a) auf die unterschiedlichen Anlagen der Befragung und b) auf die unterschiedliche Perspektive von Nutzern und Mitarbeitern zurückführen lassen. Dennoch wird sehr deutlich, dass es in beiden Befragungen – unabhängig von den konkreten Zahlen – einen deutlichen Abfall zwischen den Werten für Mitarbeiter und Leitung auf der einen Seite und den sonstigen Werten auf der anderen Seite gibt. Unabhängig von Leistungstyp oder Befragungsgruppe sind *Mitarbeiter und Leitung die primären Ansprechpartner für die Nutzer*.

Die entsprechenden Gremien wie Wohnbeirat oder Beschwerdestelle sind evtl. noch nicht in allen Bereichen etabliert oder nicht hinlänglich bekannt (und können somit auch nur bedingt Auswirkungen auf das Erleben von Selbstbestimmung entfalten).

4.1.1.4 Individuelle Einschätzung zu Selbständigkeit und Mitgestaltung

Dieser Bereich umfasst a) Fragen nach den Aktivitäten im Alltag, b) einen potenziellen Hilfebedarf bei diesen Aktivitäten sowie die Erfüllung dieses Bedarfs durch verschiedene Personengruppen sowie c) einige Fragen zur Planung von Hilfen. Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an dieser Einteilung.

Aktivitäten im Alltag

Der weitaus größte Teil der Befragten (94,7%) geht *Lebensmittel einkaufen*, der Wert korreliert dabei mit der Zuordnung zu Leistungsformen: Zwischen 96,6-98,1% der Befragten gehen in den ambulanten Leistungsformen (PBW/WA, AAH, AWG) selbst einkaufen, im stationären Bereich sind es 84,6%.

Quer über alle Befragungsschritte hinweg wurde die Frage gestellt, ob das Geld der Nutzer ausreicht. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeiter am skeptischsten in der Einschätzung dieser Frage sind, die Nutzer selbst sind deutlich optimistischer:

Reicht das Geld zum Leben aus?			
	Nutzer	Mitarbeiter	Angehörige
Ja, das Geld reicht aus.	67,9%	54,5%	72,7%
Nein, das Geld reicht nicht aus.	32,1%	45,5%	27,8%

Tabelle 35: Reicht das Geld zum Leben aus?

Hilfebedarfe und Unterstützung

Hilfebedarfe im Alltag liegen in unterschiedlicher Ausprägung vor: Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (55,4%) braucht *Hilfe beim Geld einteilen*, etwas weniger als die Hälfte *Hilfe beim Einkaufen* (43,7%). *Hilfe bei der Körperpflege* braucht ein knappes Drittel der Befragten (31,7%). Alle drei Werte korrelieren mit der Zuordnung zur Leistungsform und – erwartungsgemäß – auch mit der Hilfebedarfsgruppe:

	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Hilfe beim Geld einteilen	38,5%	65,5%	36,8%	79,5%	55,4%
Hilfe beim Einkaufen	34,6%	32,8%	44,7%	68,8%	43,7%
Hilfe bei der Körperpflege	17,6%	21,1%	33,3%	64,1%	31,7%

Tabelle 36: Übersicht Hilfebedarf - Leistungstyp

	PBW/WA	HBG 1 ³²	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5
Hilfe beim Geld einteilen	34,8%	X	43,3%	68,8%	73,7%	X
Hilfe beim Einkaufen	31,1%	X	36,7%	58,9%	76,5%	X
Hilfe bei der Körperpflege	15,6%	X	23,3%	40%	63,2%	X

Tabelle 37: Übersicht Hilfebedarf HGB

Die Aussagen zu Hilfebedarfen illustrieren klar die Logik des Hilfesystems, Menschen mit höherem Bedarf eher im Rahmen stationärer Leistungen zu unterstützen (in den stationären Leistungen liegt die Quote in allen Bereichen zwischen 60-80%). Liegt Hilfebedarf vor, ist die Zufriedenheit relativ hoch: die Werte liegen zwischen 86,2% (Körperpflege) und 97,6% (Einkaufen).

Die Frage, welche Hilfeleistungen von welcher Personengruppe erbracht werden, unterscheidet sich je nach Hilfeform deutlich. Eine fragenübergreifende Auswertung zeigt:

³² Die Grundgesamtheit der Befragten, die sowohl in die HBG 1 eingruppiert sind und Hilfen in diesen Bereichen benötigen, ist ziemlich gering (N zwischen 5-6). Daher sind prozentuale Ableitungen hier nicht aussagekräftig.

Tabelle Hilfesettings – Funktionsträger (Mitarbeiter, Pflegedienst, gesetzliche Betreuer)						
		PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Einkaufen		88,3%	88,2%	78,9%	90,9%	85,5%
Geld	MA	40%	78,6%	57,9%	93,5%	68,0%
	Gesetzl. Betreuer	65%	21,4%	50%	22,6%	40,8%
Körper- pflege	MA	25%	76,9%	33,3%	92%	67,2%
	Pflegedienst	62,5%	30,8%	66,7%	12,0%	34,5
Unternehmungen		66,7%	70%	82,6	100%	88,3%

Tabelle 38: Hilfesettings Funktionsträger

Tabelle Hilfesettings – Freiwillige						
		PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Einkaufen		0%	5,9%	5,3%	0%	2,6%
Unternehmungen		0%	0%	8,7%	0%	2,6%

Tabelle 39: Hilfesettings freiwillige Helfer

Tabelle Hilfesettings – Mitbewohner						
		PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Einkaufen		5,6%	5,9%	0%	18,2%	7,9%
Unternehmungen		13,3%	0%	13,0%	12,0%	10,4%

Tabelle 40: Hilfesettings Mitbewohner

Tabelle Hilfesettings – Angehörige						
		PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Einkaufen		50%	11,8%	10,5%	0%	17,1%
Geld	Angehörige	15%	21,4%	7,9%	16,1%	13,6%
	Gesetzl. Betreuer	65%	21,4%	50%	22,6%	40,8%
Körperpflege		12,5%	7,7%	8,3%	4%	6,9%
Unternehmungen		19,2%	28,6%	8,7%	24%	22,1%

Tabelle 41: Hilfesettings Angehörige

Es zeigt sich, dass die *Mitarbeiter* weiterhin die wichtigste Unterstützungsquelle im Alltag sind. Ihre Bedeutung sinkt nur dann deutlich ab, wenn ihre Aufgabe formalisiert (und zumindest dem Anspruch nach vollständig) auf andere Funktionsträger übertragen wird, wie z. B. einen Pflegedienst oder einen gesetzlichen Betreuer. Andernfalls verbleiben sie in der Rolle der zentralen Ansprechpartner.

Die nächsthöchsten Werte werden bei den *Angehörigen* erzielt. Sie sind am stärksten präsent, wenn es um Unternehmungen geht. *Freiwillige Helfer* nehmen eher wenig Raum ein. *Mitbewohner* spielen am stärksten in den stationären Settings eine Rolle (für detaillierte Analysen zu Unterstützungssettings vgl. 4.1.2).

Die Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung befassten sich sowohl mit dem quantitativen als auch dem qualitativen Umfang der Hilfen.

Erhalten die Nutzer/Ihre Angehörigen die Arten der Hilfe, die sie brauchen?		
	Mitarbeiter	Angehörige
Ja, die Nutzer erhalten die Hilfen, die sie benötigen.	53,8%	44,4%
Nein, es wären weitere Hilfen nötig.	46,2%	55,6%

Tabelle 42: Umfang der Hilfen qualitativ

Wenn Nein: Welche weiteren Arten von Hilfen wären nötig?		
	Mitarbeiter	Angehörige
Pädagogische Unterstützung	37,5%	40%
Pflegerische Hilfen	33,3%	0%
Hauswirtschaftliche Hilfen	66,7%	70%
Unterstützung in der Mobilität	45,8%	20%
Finanzielle Hilfen	41,7%	10%
Psychotherapeutische Hilfen	66,7%	30%
Etwas anderes, und zwar	20,8%	20%

Tabelle 43: weitere notwendige Hilfen

Andere Nennungen aus beiden Befragungen beziehen sich auf Freizeitbegleitung (3x), mehr Personal (2x), Begleitung zu Veranstaltungen, bezahlbarere betreute Reisen sowie mehr Feingefühl/Empathie (je 1x).

Sind die bewilligten Hilfen zeitlich ausreichend?		
	Mitarbeiter	Angehörige
Ja, die Nutzer erhalten ausreichend Hilfe.	46,9%	61,1%
Nein, die Nutzer bräuchten mehr Hilfen.	53,1%	38,9%

Tabelle 44: Umfang der Hilfen quantitativ

Die Einschätzungen zur qualitativen und quantitativen Auskömmlichkeit der Hilfen sind also eher skeptisch (in beiden Bereichen Zustimmung bei den Mitarbeitern bei ca. 50%). Daraus folgt, dass die Hilfen in ca. 50% der Fälle als *nicht auskömmlich* bewertet werden. Bei der Frage nach der Art der weiteren Hilfen stechen v. a. hauswirtschaftliche Hilfen (in beiden Befragungen) und psychotherapeutische Hilfen (in der Mitarbeiterbefragung) hervor.

Hilfeplanung

66,8% der Befragten geben an, dass es für sie eine Hilfeplanung gibt, 12,3, dass es *keine* gibt und weitere 20,9% sind sich nicht sicher. Für insgesamt 33,2% der Befragten ist also entweder keine Hilfeplanung vorhanden oder zumindest den Befragten nicht als solche präsent. 60,2% der Befragten geben an, dass sie in der Hilfeplanung oft nach ihren eigenen Wünschen gefragt werden, bei weiteren 30,1% geschieht dies »manchmal«.

Bei beiden Fragen korrelieren die Werte mit der Zuordnung zu Leistungsformen:

Gibt es eine Hilfeplanung für Sie?					
	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja	63,5%	59%	84,5%	52,6%	66,8%
Ich bin mir nicht sicher	15,4%	30,8%	10,3%	34,2%	20,9%
Nein	21,2%	10,3%	5,2%	13,2%	12,3%

Tabelle 45: Bekanntheitsgrad IHP - Leistungstyp

Werden Sie bei der Hilfeplanung gefragt, welche Unterstützung Sie sich wünschen?					
	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja, oft	53,3%	37,5%	77,6%	61,3%	60,2%
Ja, manchmal	40%	40,6%	17,2%	29%	30,1%
Nein, nie	6,7%	21,9%	5,2%	9,7%	9,6%

Tabelle 46: Einbeziehung der Nutzer in die IHP - Leistungstyp

Die Mitarbeiterbefragung fragte nach Beteiligungsgrad und -form im Rahmen der Hilfeplanung. Die überwältigende Mehrheit der Befragten (98,1%) gibt an, dass die Nutzer an der Hilfeplanung beteiligt werden. Gängige Formen der Beteiligung sind regelmäßige Gespräche (79,2% der Fälle) und die Vorbereitung des Sozial- und Verlaufsberichts (75,5% der Fälle). Etwas seltener geschieht diese Beteiligung im Rahmen einer Hilfeplanungskonferenz (43,4% der Fälle).

Die Einschätzungen zum Thema Hilfeplanung weisen starke Differenzen auf: Bei den Mitarbeitern dominiert die Wahrnehmung, dass die Nutzer in den weitaus meisten Fällen an der Hilfeplanung beteiligt werden, diese Bemühungen führen aber nicht in einem vergleichbaren Ausmaß dazu, dass dies von den Nutzern auch so wahrgenommen wird (über 30% der Nutzer können nicht eindeutig bejahen, dass eine Hilfeplanung für sie existiert). Die Werte im Zusammenhang mit der individuellen Hilfeplanung weisen darauf hin, dass diese zumindest bei den Befragten sehr unterschiedlich wahrgenommen wird und für sie unterschiedliche Relevanz entfaltet.

4.1.1.5 Abschlussfragen

Die auf globale Zufriedenheit zielenden Abschlussfragen erreichen durchgehend hohe Werte³³: Mit ihrem Wohnen zufrieden sind 92% der Befragten, von den Mitarbeitern gut unterstützt fühlen sich 93,5%. Trotz der hohen Zufriedenheitswerte berichten 21,8% der Befragten von Angst in der Wohnung. Auslöser für Ängste sind sowohl äußere Einflüsse wie Geräusche, fremde oder bekannte (!) Personen als auch innere Zustände des Alleinseins, schlechte Erinnerungen o. ä..

In einem anderen Setting wohnen würden gerne 32,8% der befragten Nutzer, hierbei stehen das Wohnen »mit dem Partner zusammen« (N=18) sowie »alleine in einer Wohnung« (N=13) deutlich im Vordergrund. Weitere Wünsche beziehen sich auf Veränderungen der Wohnung: entweder direkt (mehr Platz, bauliche Gegebenheiten) oder bezüglich des Wohnumfeldes (anderer Stadtteil, mehr Grünflächen). Die alternativen Vorstellungen zum Wohnen decken sich dabei deutlich mit den allgemein anerkannten Lebensformen im Erwachsenenalter (Partner-

³³ Werte dieser Art sind bei globalen Zufriedenheitsfragen nicht weiter überraschend, sondern vielmehr zu erwarten.

schaft oder alleine leben). Der Großteil der befragten Mitarbeiter (55,6%) geht davon, dass »wenige« Nutzer gern woanders wohnen würden, weitere 14,8% gehen davon aus, dass dies auf »einige« zutrifft. Die Werte aus der Angehörigenbefragung beziehen sich auf eine sehr geringe Grundgesamtheit (N=5), so dass eine weitere Auswertung ausbleibt.

In der Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung wurden zudem Fremdeinschätzungen zu Lage, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Einkaufs- sowie Freizeitgestaltungsmöglichkeiten im Alltag erhoben:

Wie beurteilen Sie Wohnqualität hinsichtlich der Lage der Wohnung?		
	Mitarbeiter	Angehörige
Sehr gut	33,3%	42,1%
Gut	59,3%	42,1%
Noch Ok	7,4%	15,8%
Schlecht	0%	0%

Tabelle 47: Wohnqualität - Lage der Wohnung

Wie beurteilen Sie Wohnqualität hinsichtlich der Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?		
	Mitarbeiter	Angehörige
Sehr gut	46,4%	73,7%
Gut	51,8%	21,1%
Noch Ok	1,8%	0%
Schlecht	0%	5,3%

Tabelle 48: Wohnqualität - Erreichbarkeit mit ÖPNV

Wie beurteilen Sie Wohnqualität hinsichtlich der Einkaufsmöglichkeiten im Alltag?		
	Mitarbeiter	Angehörige
Sehr gut	35,7%	52,6%
Gut	62,5%	36,8%
Noch Ok	1,8%	10,5%
Schlecht	0%	0%

Tabelle 49: Wohnqualität - Einkaufsmöglichkeiten im Alltag

Wie beurteilen Sie Wohnqualität hinsichtlich der Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung?		
	Mitarbeiter	Angehörige
Sehr gut	19,6%	31,6%
Gut	50%	47,4%
Noch Ok	28,6%	15,8%
Schlecht	1,8%	5,3%

Tabelle 50: Wohnqualität - Freizeitgestaltung

Über 20% der Befragten berichten von Angst in der eigenen Wohnung. Hier besteht also hinsichtlich des Sicherheitsgefühls deutlicher Handlungsbedarf. Es könnte ein Zusammenhang zu den Einschätzungen zur Auskömmlichkeit der Hilfen bestehen: Immerhin geht mehr als die Hälfte der Mitarbeiter davon aus, dass die bewilligten Hilfen zeitlich nicht ausreichend sind. In der Frage, welche Hilfen benötigt werden, liegen zudem die psychotherapeutischen Hilfen (gemeinsam mit den hauswirtschaftlichen Hilfen) vorne.

Hinsichtlich der Einschätzungen zur Wohnqualität lassen sich auf der Datengrundlage nur sehr vorsichtige Interpretationen vornehmen, insbesondere die geringe Teilnehmerzahl in der Angehörigenbefragung verbietet weitreichende Schlussfolgerungen. Es zeigt sich aber, dass *Lage*, *Erreichbarkeit* und *Wohnqualität* als weitgehend unproblematisch wahrgenommen werden. Am kritischsten werden die Möglichkeiten zur *Freizeitgestaltung* wahrgenommen.

4.1.1.6 Zusatzfragen für die Bewohner von Wohngemeinschaften

Der Zusatzfragebogen für Wohngemeinschaften wurde von 53,2% der Befragten ausgefüllt. Die folgenden Auswertungen beziehen sich nur auf diese Fälle. Erwartungsgemäß kommt es dabei zu Korrelationen mit der Leistungsform:

Zusatzfragebogen für Wohngemeinschaften ausgefüllt?					
	PBW/WA	AAH	AWG	Stationär	Gesamt
Ja	7,7%	56,4%	81,0%	69,2%	53,2%
Nein	92,3%	43,6%	19,0%	30,8%	46,8%

Tabelle 51: Zusatzfragebogen Wohngemeinschaften

Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen AWG- und AAH-Leistungen. AWGs sind konzeptionell als *Wohngemeinschaften* angelegt, während die AAH-Settings an vielen Stellen mit Einzel-Appartements ausgestattet sind. Da auch stationäre Einzelsettings mit berücksichtigt wurden, gibt es auch hier einen relativ großen Anteil an Menschen, die keine direkten Mitbewohner haben. Da im PBW/WA-Bereich insgesamt nur vier Datensätze vorlagen, bei denen der Zusatzbogen ausgefüllt wurde, werden diese nicht weiter ausgewertet.

Zu Korrelationen mit der Leistungsform kommt es bei der Zufriedenheit mit den Mitbewohnern sowie der Fragen nach Mitbestimmungsmöglichkeiten im Haus:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Mitbewohnern?					
	PBW/WA	AAH	AWG	stationär	Gesamt
Sehr zufrieden	X	38,1%	53,2%	40,7%	46,5%
Eher zufrieden	X	19,0%	40,4%	48,1%	38,4%
Eher nicht zufrieden	X	28,6%	6,4%	3,7%	10,1%
Überhaupt nicht zufrieden	X	14,3%	0	7,4%	5,1%

Tabelle 52: Zufriedenheit mit Mitbewohnern

Obwohl die Zufriedenheit mit den Mitbewohnern also insgesamt relativ hoch ausfällt (insgesamt 84,8% »sehr« oder »eher zufrieden«), sind es insbesondere im AAH-Bereich andere Werte: »Sehr« oder »eher zufrieden« sind hier 57,1%, »eher« oder »überhaupt nicht zufrieden« 42,9%. Im Lichte der eher auf einen intimen und privaten Lebensbereich zielenden Fragestellung sind das deutliche Unzufriedenheitswerte.

Zusätzlich dazu wurde gefragt, ob die Befragten von den Mitbewohnern geärgert werden (»gar nicht«: 64,3%, »selten«: 26,5%, »oft«: 6,1%, »immer«: 3,1%) oder vor den Mitbewohnern Angst haben (»Ja«: 15,3%). Auch wenn beide Themen nur eine Minderheit der Befragten betreffen, zeigt sich, dass diese für immerhin 10-15% der Befragten ein Thema sind.

Dürfen Sie mitbestimmen, was hier in der Wohnung/im Haus erlaubt ist?					
	PBW/WA	AAH	AWG	stationär	Gesamt
Nein	X	26,3%	8,7%	52,2%	23,9%
Ja	X	73,7%	91,3%	47,8%	76,1%

Tabelle 53: Mitbestimmung im Haus

Zum einen sind hier deutliche Schwankungen zwischen den Leistungsformen zu verzeichnen, zum anderen verweisen die Gesamtwerte von 23,9% »Nein« darauf, dass die Möglichkeiten zur Mitbestimmung des Alltags in Wohngruppen (welcher Art auch immer) noch nicht ausgeschöpft sind. Die konkretere Frage nach der Möglichkeit, Besuch bei sich übernachten zu lassen, erzielt etwas kritischere Werte: Klar verneint wird dies von 26,3%, aber weitere 16,2% sind sich nicht sicher. Klar bejaht wird diese Frage lediglich von 57,6% der Befragten.

In der Frage der Zufriedenheit mit den Mitbewohnern kommt es z. T. zu deutlichen Unzufriedenheitswerten. Zudem sind »geärgert werden« bzw. Angst vor Mitbewohnern für immerhin 10-15% der Befragten relevant. Hier besteht Handlungsbedarf a) in der Gestaltung des Alltags, so dass die Nutzer mehr Kontrolle darüber haben, *wie/wie intensiv* sie den Kontakt zu Mitbewohnern gestalten sowie b) in der Frage des Einflusses auf die Auswahl von Mitbewohnern.

Insgesamt zeigt sich, dass die Möglichkeiten zur Mitbestimmung im Alltag der Wohngruppen und -gemeinschaften noch nicht ausgeschöpft sind. Diese alltäglichen Fragen sollten in ihrer Bedeutung für die Lebenssituation der Nutzer nicht unterschätzt werden, bedeuten sie doch i. d. R. unmittelbar spürbare Veränderung in der Kontrolle über die eigene Lebenssituation.

4.1.2 Netzwerkanalysen

Die Netzwerkanalysen mit insgesamt 19 Befragten geben detaillierter Aufschluss über die Frage der sozialen Beziehungen und sozialen Unterstützung. Die Anlage der Untersuchung als Tiefenanalyse sozialer Beziehungen führt jedoch dazu, dass die hier getroffenen Aussagen für sich genommen nicht verallgemeinerbar sind. Die Darstellung der Ergebnisse beginnt mit Aussagen zu den *Netzwerken an sich*, geht in einem zweiten Schritt über zu Aussagen zur *sozialen Unterstützung* und endet mit kurzen *Fallskizzen*, in denen typische Netzwerkkonstellationen abgebildet sind.

4.1.2.1 Strukturelle Merkmale der sozialen Netzwerke

Der erste Auswertungsschritt bezieht sich auf die Netzwerke an sich, nimmt also Bezug auf Fragen zu Kontakten insgesamt und noch nicht auf das Thema sozialer Unterstützung. Die Auswertung erfolgt anhand der *Netzwerkgrößen* und *Netzwerksegmente*, bevor ein kurzer *Vergleich zu vorherigen Erhebungen* gezogen wird.

Netzwerkgrößen

Im ersten Auswertungsschritt wurde lediglich die Größe der Netzwerke betrachtet. Hier lassen sich *absolute* und *bereinigte* Netzwerkgrößen unterscheiden. Die absolute Netzwerkgröße setzt sich zusammen aus der Summe aller genannten Kontakte, die »bereinigte« Größe ist um sog. Doppelnennungen korrigiert (Beispiel: ein Mitbewohner wird auch in der Kategorie »Freund« genannt)³⁴. Es handelt sich dabei überwiegend um Mitbewohner, die zugleich Freunde sind. Für die Berechnung des Verhältnisses zwischen informellen und formellen Kontakten wurden die absoluten Größen zugrunde gelegt.

³⁴ Doppelnennungen mussten dabei eindeutig identifizierbar sein (d. h. als Namensnennungen erfolgen), um als solche zu gelten.

Einrichtung	Anzahl Befragte	Spanne Nennungen	Netzwerkgrößen		Durchschnittliche Anzahl Personen
			Gesamt	Bereinigt	
Stationär 1	7	10-37	Gesamt	150	21
			Bereinigt	144	20,5
Stationär 2	6	11-26	Gesamt	112	18,6
			Bereinigt	107	17,8
Ambulante WG	6	13-28	Gesamt	136	22,6
			Bereinigt	133	21,3

Tabelle 54: Absolute und bereinigte Netzwerkgrößen

Die Spanne der individuellen Netzwerkgrößen schwankt erheblich (zwischen 10-37). Die Gesamtnetzwerkgrößen unterscheiden sich jedoch auch bei Berücksichtigung der Doppelnennungen nur sehr unwesentlich. Die Differenz in den Durchschnittswerten ist also relativ gering (max. 1,3).

Netzwerksegmente

Die unterschiedlichen Beziehungen eines Menschen lassen sich danach unterscheiden, wie die Beziehung im Sinn der sozialen Rolle konstituiert ist: eher formell-organisationsbezogen (Organisationsrolle, z. B. Berufstätiger), eher informell-privat (z. B. Freund, Bekannter, Familienangehöriger) oder intermediär³⁵. Aus formell-organisationsbezogenen Beziehungen können, müssen aber nicht informelle Bindungen erwachsen. Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal ist »selbst gewählt« oder »abhängig/nicht selbst gewählt«. Nachbarn kann man sich z. B. nicht unbedingt aussuchen, jedoch bedingt die räumliche Nähe nicht notwendigerweise eine Bekanntschaft oder Freundschaft. Im Falle von Menschen, die in betreuten Wohnformen leben, wird zudem ein Teil der Beziehungen einzig durch die Tatsache der Behinderung konstituiert. Das Gesamtnetzwerk lässt sich also in *Segmente* unterteilen, die man unterschiedlich analysieren kann.

Für die vorliegenden Daten wurden verschiedene Festlegungen getroffen, die über die Unterscheidung formell-informell hinausgehen. Dies bezieht sich v. a. auf den Status der Gruppe »Nachbarn«. Im Unterschied zu regulären Wohnsettings kann davon ausgegangen werden, dass Nachbarn in stationären Einrichtungen andere Wohngruppenbewohner sind. Ähnlich verhält es sich auch in AWG-Settings, die in großen Wohnungen oder Einzelhäusern angesiedelt sind. Insgesamt werden folgende – z. T. überlappende Segmente unterschieden:

³⁵ Intermediäre Beziehungen nehmen gleichsam Aspekte informeller und formeller Beziehungen auf und bilden eine »vermittelnde« Instanz, die jenseits der beiden anderen Bereiche liegt. Typisches Beispiel ist der Verein: einerseits ist er Teil der öffentlichen Sphäre und die Mitgliedschaft bindet sich an bestimmte Regeln und Zwecke, die aber auch verhandelbar sind, andererseits folgt der Verein lebensweltlichen Funktionen und dient auch dem Erleben von informellen, aber eben nicht eng privat-familiären, Beziehungen im Sinne öffentlichen gemeinschaftlichen Lebens. Ähnliches gilt für viele Bereiche des öffentlichen Lebens, in denen es um Situationsrollen geht (Kinobesucher, Parkspaziergänger usw.).

- a) Das *weite formelle Netzwerk* ist als »organisations- und behinderungsbedingt« und ganz überwiegend »nicht selbstgewählt« definiert. Die Beziehungen kommen organisationsbedingt und auf der Basis einer strukturierten Rollenerwartung zustande. Dieses Segment umfasst Bezugsbetreuer, Mitarbeiter, andere professionelle Fachkräfte, gesetzliche Betreuer sowie Mitbewohner, Arbeitskollegen und Nachbarn im Haus³⁶.
- b) Beim *engen formellen Netzwerk* sind die Nachbarn im Haus herausgerechnet worden.
- c) Das *engste informelle Netzwerk* umfasst lediglich die »reinen« Freundschaftskontakte sowie außerhäusliche Nachbarn und die Familie/Verwandten.
- d) Im *weiteren informellen Netzwerk* sind die innerhäuslichen Nachbarschaftskontakte aufgenommen worden.

Dass dieses Vorgehen eine gewisse Berechtigung hat, zeigt sich, wenn man auszählt, wie viele Bewohner überhaupt Kontakt zu Freunden oder Nachbarn »außerhalb des Wohnhauses« und das Vorhandensein eines Partners/einer Partnerin angeben (vgl. 4.1.2.2).

Einrichtung/Angebot	Weit formell		Eng informell	
	N	In %	N	In %
Stationär 1	15 Personen	70,95%	6 Personen	29,05%
Stationär 2	12,83 Personen	68,75%	5,83 Personen	31,25%
Ambulant	14 Personen	64,70%	8 Personen	35,30%

Tabelle 55: Prozentuales Verhältnis zwischen dem weiten formellen Netzwerk und dem engen informellen Netzwerk

Einrichtung/Angebot	Weit formell	Eng informell
Stationär 1	5-25 Personen	2-17 Personen
Stationär 2	7-21 Personen	3-11 Personen
Ambulant	8-22 Personen	5-14 Personen

Tabelle 56: Schwankungsbreiten

³⁶ In der Befragung wurde zwischen »Mitbewohnern«, »Nachbarn im Haus« und »Freunden im Haus« differenziert. Die Statusposition »Mitbewohner« und »Nachbar im Haus« basiert dabei auf einer klaren Rollenerwartung und wurde dementsprechend dem formellen Segment zugeordnet. Informelle Beziehungen zwischen Bewohnern wurden über die Nennung »Freunde im Hause« identifiziert.

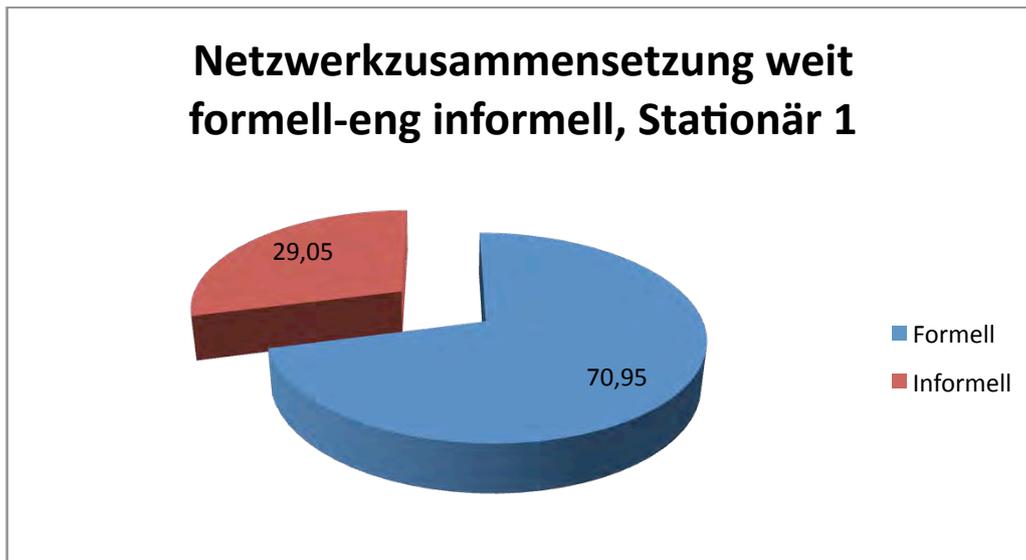


Abbildung 12: Netzwerkzusammensetzung stationär 1

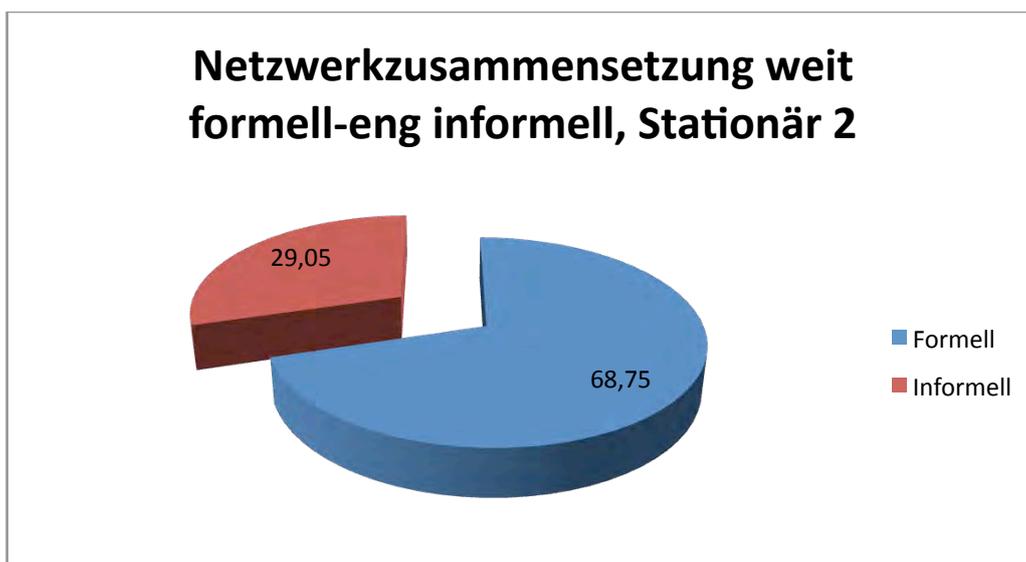


Abbildung 13: Netzwerkzusammensetzung stationär 2

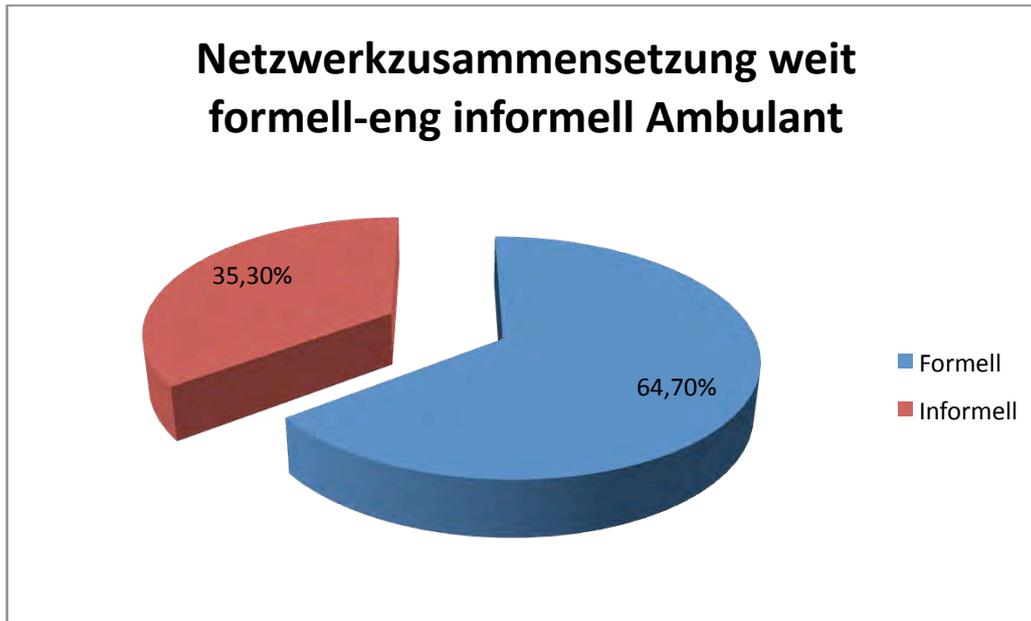


Abbildung 14: netzwerkkomposition ambulante

Das Verhältnis zwischen »formellem« und »informellem« Bereich ist bei allen drei Untersuchungsgruppen sehr ungleich. Nimmt man die »Nachbarn im Haus« aus dem formellen Segment heraus, ändert sich das Verhältnis lediglich im ambulanten Bereich deutlich:

Einrichtung/Angebot	Eng formell		Weit informell	
	N	In %	N	In %
Stationär 1	14 Personen	70 %	7 Personen	30,00%
Stationär 2	12,83 Personen	68,75%	5,83 Personen	31,25%
Ambulant	11 Personen	51,48%	11 Personen	48,52%

Tabelle 57: Prozentuales Verhältnis zwischen dem engen formellen Netzwerk und dem weiten informellen Netzwerk

Dagegen ähneln sich die Netzwerkgrößen aller drei Gruppen stark; dies gilt auch für die Verhältnisse zwischen den Segmenten. Die Schwankungsbreiten erklären sich vermutlich zum Teil durch die berenteten Befragten, die keine Arbeitskollegen mehr haben und auch durch die Zahl der Mitbewohner. Doch selbst vor diesem Hintergrund bleibt es bei z. T. sehr reduzierten Netzwerkgrößen.

Ein näherer Blick auf die Zusammensetzung nach Personenkreisen im formellen Segment zeigt:

- *Mitbewohner, Mitarbeiter, Freunde und Nachbarn im Haus*: Alle Befragten haben mindestens einen Mitbewohner und bis auf eine Person geben alle Befragten an, mindestens einen Bezugsbetreuer zu haben. Daneben geben alle bis auf je eine Person im stationären und im ambulanten Bereich an, Kontakt zu weiteren Mitarbeitern zu ha-

ben. Freunde im Haus haben die meisten Befragten, lediglich 3 von 13 (stationär), bzw. 2 von 6 (ambulant) verneinen dies. Mit den Nachbarn im Haus haben nur 6 der 13 stationären Bewohner Kontakt. Bei den ambulant lebenden Menschen trifft dies dagegen auf 5 von 6 zu und meint dabei immer den Kontakt mit mehreren Nachbarn.

- *Beruf und Arbeitskollegen, gesetzliche Betreuer und andere professionelle Fachkräfte:* Fünf stationäre und ein ambulanter Nutzer sind bereits verrentet. Alle anderen sind berufstätig (alle WfbM), und geben einen Kontakt zu Arbeitskollegen an. Im stationären Bereich geben drei Personen an, keinen gesetzlichen Betreuer zu haben, im ambulanten Bereich tut dies eine Person. Wichtig sind des Weiteren professionelle Fachkräfte bzw. Dienstleister wie Ärzte: Nur drei Bewohner (2 stat., 1 amb.) haben keinen Kontakt zu Ärzten oder Krankengymnasten, die die Kategorien mit den allermeisten Nennungen darstellen. Neben ihnen tauchen vereinzelt andere Dienstleister (Fußpfleger, Sprachtherapeut, Friseur) auf. Hierbei fällt auf, dass bei der konkreten Frage nach Hilfe bei der Körperpflege, die Fußpflege für sehr viele der Befragten relevant ist.
- *Freunde außerhalb des Wohnhauses, Partner und Familie:* Freunde außerhalb des Wohnhauses geben nur vier (stationär) bzw. zwei (ambulant) der Befragten an; einen Partner oder eine Partnerin haben nur fünf (stat.) bzw. zwei (amb.) Personen. Zwei Personen im stationären Bereich geben einen Kontakt zu Nachbarn außerhalb des Wohnhauses an, im ambulanten Bereich hat niemand einen außerhäuslichen Nachbarschaftskontakt. Dafür ist die Familie aber präsent: immerhin zehn der Bewohner im stationären Bereich geben familiäre Kontakte an, die Älteren häufig zu Geschwistern; im ambulanten Bereich haben alle Bewohner Familienkontakt.

Kontakt zu	Partner/Partnerin	Freunde außer Haus	Nachbarn außer Haus	Familie
Stationär 1	2	2	1	4
Stationär 2	3	2	1	6
Ambulant	2	2	0	6

Tabelle 58: Kontakte zu Freunden außerhalb des Wohnhauses, Partner-In und Familie

Es zeigen sich *generelle Unterschiede* zwischen den beiden Wohnformen: Im ambulanten Bereich gibt es deutlich weniger Mitbewohner, dafür werden hier aber am stärksten Kontakte zu »Nachbarn im Haus« benannt, im stationären Bereich ist es genau umgekehrt. Auch die Wahrnehmung von Mitarbeitern unterscheidet sich.

Einrichtung/Angebot	Mitbewohner	Mitarbeiter/ Bez. Betreuer	Andere Prof.	Nachbarn im Haus
Stationär 1	5	2,34	3,71	0,71
Stationär 2	5,66	2,99	1,66	0,00
Ambulant	1,5	3,76	3,0	3,00

Tabelle 59: Formelles Segment: Detailaufschlüsselung

Nahezu alle Personen werden von den Befragten als »wichtig« betrachtet. Als »nicht wichtige Kontakte« werden im stationären Bereich lediglich Mitbewohner (5x), Nachbarn außer Haus und Familie (je 1x) benannt; im ambulanten Bereich Nachbarn im Haus (2x), gesetzlicher Betreuer, »andere Professionelle« (1x). Die geringe Fallzahl lässt hier jedoch keine weiterführende Interpretation zu.

Einrichtung/Angebot	Wichtigkeit der Personen	Häufiges Sehen	Nah erreichbar
Stationär 1	93,25%	74,82%	63,38%
Stationär 2	90,90%	74,55%	58,18%
Ambulant	90,69%	58,77%	68,59%

Tabelle 60: Strukturmerkmale der Beziehungen

Insgesamt sind die Netzwerke durch eine hohe räumliche Nähe, häufigen Kontakt und hohen Anteil formeller Beziehungen geprägt. Netzwerke nichtbehinderter Menschen weisen einen höheren Anteil an Beziehungen zu Freunden, Bekannten und Nachbarn auf und sie sind stärker in Partnerschaften eingebunden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013, 70-76).

Bezugnahme auf frühere Erhebungen

Die Netzwerkgrößen der Erhebungen 2011 und 2013 unterscheiden sich von der aktuellen Erhebung vor allem bezüglich der im Jahr 2011 Befragten. Hier benannten die Bewohner stationärer Einrichtungen deutlich mehr Mitarbeiter und Mitbewohner und die Netzwerkgrößen der ambulant betreuten Menschen waren demgegenüber deutlich kleiner. In der Erhebung 2013 sind die Unterschiede nicht so groß. Zurückführen lassen sich die Differenzen zumindest für die Zahlen im ambulanten Bereich 2011 auf die Wohnform des Einzelwohnens, evtl. aber auch auf die Befragungstechnik. Die Befragungsmethode ähnelte weitgehend, aber nicht vollständig, der hier gewählten. Es wurde ebenfalls mit stimulus- und mit kontextbezogenen Fragen gearbeitet, wobei die stimulusbezogenen Fragen wie in der vorliegenden Untersuchung im qualitativen Teil zum Social Support gestellt wurden. Zusätzlich aber wurden auf einem Extra-Blatt, das nur einen Kreis mit leeren Feldern zeigt, die genannten Personen gemeinsam in Felder eingetragen, während in der aktuellen Befragung die Interviewerin die Namen nur in eine vor ihr liegende Liste eintrug.

4.1.2.2 Soziale Unterstützung

Das soziale Netzwerk eines Menschen weist in der Regel neben engen, vertrauensvollen Beziehungen auch lose, oberflächliche Kontakte auf, ebenso wie belastende Beziehungen oder reine „Zwangskontakte“ vorhanden sein können. Deshalb wird das soziale Netzwerk als Ganzes vom tatsächlich unterstützenden Teil, dem sogenannten Social Support-System, unterschieden. Die Analyse sozialer Unterstützung bezieht sich auf *Quellen von Support (wer hat wofür eine Bedeutung, z. B. als Freund)* sowie Betrachtungen zu einzelnen Dimensionen der

Unterstützung (z. B. Freizeit, Mobilität oder Aufgaben im Haushalt), die Angewiesenheit auf Unterstützung und die Reziprozität (Wechselseitigkeit der Beziehung).

Quellen von Support³⁷

Insgesamt stehen den 18 Befragten 116 Quellen von Hilfe zur Verfügung. In der Gesamtbeurteilung entfallen insgesamt 67 Quellen auf »Mitarbeiter« und 12 Quellen auf andere professionelle Fachkräfte (Fußpflegedienst und 1x ein Pflegedienst in der Dimension Körperpflege). Weitere zuvor genannte professionelle Kräfte wie Ärzte tauchen in den Dimensionen nicht auf. Somit ergibt sich bezogen auf die Support-Dimensionen ein Verhältnis von 79 professionellen zu 37 weiteren Quellen, damit stellt der engste formelle Bereich zwei Drittel des gesamten Support Systems dar³⁸.

	Anzahl Quellen	MA & prof. Fachkräfte		Andere	
		N	In%	N	In%
Stationär 1 und 2	78	54 (47/7)	69,23%	24	30,77%
Ambulant	38	25 (20/5)	65,8%	13	34,2%
Gesamt	116	79	68,10%	37	31,90%

Tabelle 61: Anzahl Support-Quellen

Die 37 anderen Quellen verteilen sich wie folgt: Familienangehörige (14x), Freunde/Partner im und außer Haus (13x), Mitbewohner (7x) sowie Arbeitskollegen (3x)³⁹.

Bricht man diese Zahlen auf die einzelnen Befragten herunter, zeigt sich, dass im Durchschnitt jedem Bewohner im stationären Bereich 6 und im ambulanten Bereich 7,6 Quellen zur Verfügung stehen. Das Support-Netzwerk ist also deutlich kleiner als die Gesamtzahl der angegebenen Kontakte (durchschnittliche Gesamtgröße der Netzwerke: stationär ca. 20, ambulant: 22,6)⁴⁰.

³⁷ Anmerkung: In Teil 1 wurden Mitbewohner dem weiten formellen Netzwerk zugeordnet – vor dem Hintergrund der Konstitution der Beziehung (nicht-selbstgewählt, kommt durch die Organisation zustande). Im Rahmen der Analyse sozialer Unterstützung werden jedoch die Quellen genauer identifiziert, um dadurch Aufschluss über die tatsächliche Rollen- und Aufgabenstruktur zu gewinnen. Daher wird die Unterscheidung formell-informell an dieser Stelle zugunsten einer detaillierteren Darstellungsweise aufgegeben: Im nachfolgenden Teil werden als professionelle Quelle Mitarbeiter/Bezugsbetreuer sowie weitere professionelle Fachkräfte benannt; die bisher unter dem Begriff »informell« gefassten Quellen sind i. d. R. differenziert benannt (Familie, Freunde etc.).

³⁸ Es ist jedoch zu beachten, dass die Nennung von Mitarbeitern oft als Gruppe erfolgte. Es bleibt also unklar, um wie viele Mitarbeiter es sich jeweils handelt. Für jede Support-Dimensionen wurde die Quelle »Mitarbeiter« daher immer mit dem Wert 1 hinterlegt. Die anderen Kontakte wurden häufig namentlich benannt, d. h. die Quellen entsprechen der genauen Zahl. Es ist u. E. davon auszugehen, dass in den meisten Fällen mehr als ein Mitarbeiter gemeint ist, was das Verhältnis zwischen professionellen und anderen Quellen nochmals dramatisch verschieben würde.

³⁹ Es wurde hierbei jedoch nicht gefragt, mit wem man etwas unternimmt, sondern mit wem man gern etwas unternehmen würde. Das »gesellige« Segment käme hinzu und würde vermutlich die Zahl informeller Quellen erhöhen.

⁴⁰ Dabei ist wiederum zu beachten, dass in der Gesamtzählung Mitarbeiter i. d. R. namentlich genannt (und gezählt) wurden, während in den Supportdimensionen jeweils nur als eine Unterstützungsquelle auftauchen. Verdoppelt man – als Gedankenspiel – die Anzahl der Mitarbeiter auf 2, wären in beiden Bereichen ca. die Hälfte der Kontakte unterstützungsrelevant.

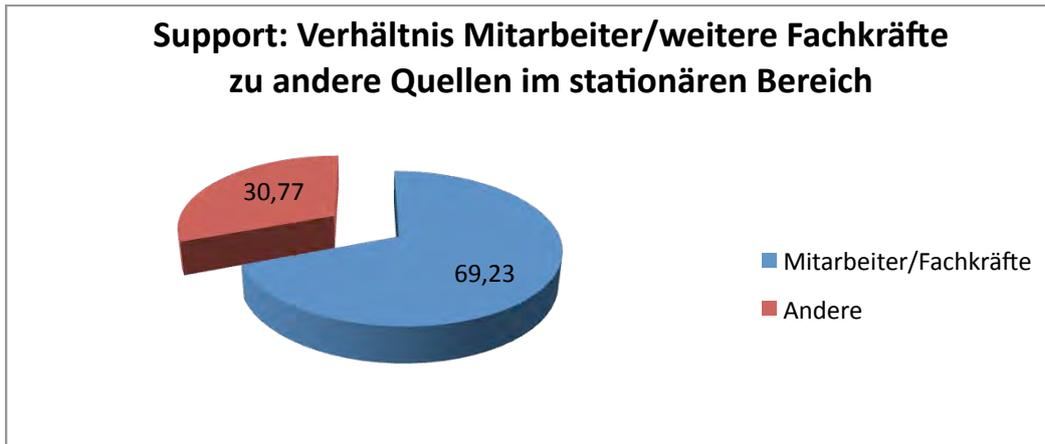


Abbildung 15: Verhältnis Supportquellen (stationär)

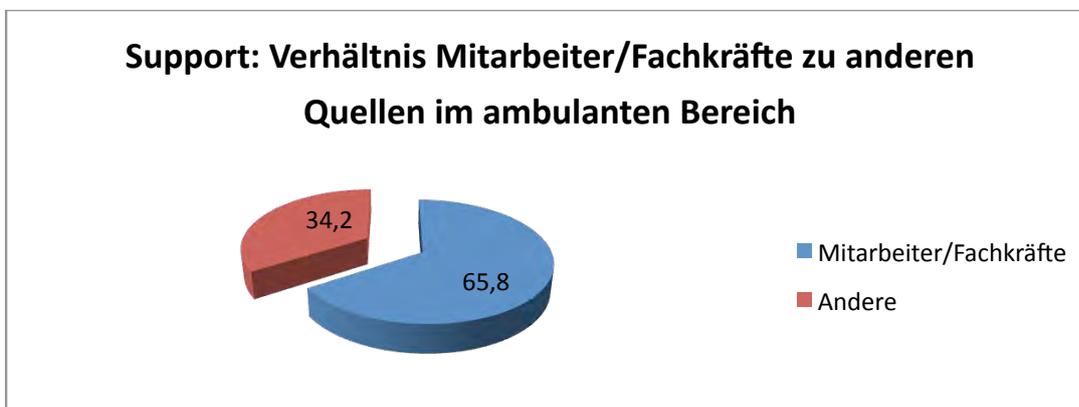


Abbildung 16: Verhältnis Supportquellen (ambulant)

Die hohe Konzentration von Kontakten im unmittelbaren räumlichen oder sozialen Umfeld (Mitarbeiter, Familienangehörige, Freunde/Partner) in Verbindung mit der Tatsache, dass die Befragten nahezu alle Kontakte als wichtig ansehen, erhärtet den Eindruck von Netzwerken mit hoher Dichte, Mehrfachbindungen und hoher Relevanz im funktionalen Sinn.

Dennoch ist das Support-Netzwerk nicht komplett identisch mit dem Gesamtnetzwerk und es muss berücksichtigt werden, dass allein die Hälfte der abgefragten Support-Dimensionen auf Hilfen abhebt, die eng mit der Beeinträchtigung im Zusammenhang stehen und von denen zu erwarten ist, dass sie vorwiegend von Mitarbeitern und professionellen Fachkräften erbracht werden. Insofern könnte man auch *positiv formulieren, dass viele Kontakte eben nicht »beeinträchtigungsbedingt« unterstützungsrelevant sind, was für das Selbsterleben und die Identität von Relevanz ist.*

Die genaue Rolle der Mitbewohner bleibt ungeklärt: Zwar haben nur wenige Befragte explizit geantwortet, dass ihnen die Mitbewohner wichtig wären, wie viel Sympathie, gemeinsame Aktivitäten oder gutes Verstehen tatsächlich vorhanden ist, bleibt jedoch ungeklärt.

Einzelne Support-Dimensionen, relevante Quellen, Angewiesenheit und Reziprozität

Zu guter Letzt gilt es, einen detaillierten Blick auf die Fragen zu werfen, wer wobei hilft, wie viele Befragte überhaupt Hilfe brauchen und ob sie selbst auch Hilfe leisten. Die nähere Betrachtung dieser Fragen verdeutlicht, dass die Befragten sich insgesamt nicht durchgängig oder in besonders hohem Maß auf Hilfen angewiesen empfinden. Die Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sind dabei eher gering, was mit Blick auf die Grunddaten (HBG, Mobilität, Kommunikation, vgl. 2.3.1) nicht überrascht. Es werden in der Auswertung *praktische Hilfen*, *emotionale Unterstützung* sowie *Unternehmungen in der Freizeit* unterschieden.

Praktische Hilfen

Bei den praktischen Hilfen lassen sich mithilfe des Erhebungsinstruments drei Formen unterscheiden: Hilfe im Haushalt, außer Haus und bei der Körperpflege.

	Es brauchen Hilfe	Hilfeleistung durch...
Hilfen im Haushalt	8 von 13	Rein formell/Ausschließlich Mitarbeiter
Hilfe außer Haus	7 von 13	Fast nur formell/Viel Mitarbeiter, 1x Familienangehörige
Hilfe bei der Körperpflege	12 von 13	Rein formell/ausschließlich Mitarbeiter und andere Professionelle

Tabelle 62: Support Dimensionen und Hilfequellen stationär

	Es brauchen Hilfe	Hilfeleistung durch...
Hilfen im Haushalt	2 von 6	Gemischt: Mitarbeiter und Angehörige
Hilfe außer Haus	2 von 6	Rein formell/Ausschließlich Mitarbeiter
Hilfe bei der Körperpflege	4 von 6	Rein formell/Externe Dienstleister (Fußpflege, Pflegedienst)

Tabelle 63: Support Dimensionen und Hilfequellen Ambulante Wohngemeinschaft

Positiv anzumerken ist, dass alle Befragten wissen, an wen sie sich wenden können, wenn sie Hilfe brauchen. Aktuell ist die Situation also aus der Perspektive der Befragten transparent und tendenziell stabil. Es zeigt sich jedoch, dass sich diese Sicherheit auflöst, wenn die derzeit helfenden Personen nicht mehr zur Verfügung stehen. Im stationären Bereich wissen immerhin sieben Befragte nicht, wer ihnen dann helfen kann (zwei weitere haben die Frage nicht beantwortet). In der ambulanten Wohngemeinschaft sind es immerhin zwei Befragte, die nicht wissen, wer helfen würde (zwei weitere haben die Frage nicht beantwortet).

Auf die Frage nach Reziprozität geben im stationären Bereich zwei Bewohner an, auch mal den Mitarbeitern, drei den Mitbewohnern zu helfen; ein Bewohner würde dies »im Notfall« tun. Außerhäusliche Hilfe ist seltener, nur drei Bewohner bejahen dies. In der ambulanten

Wohngemeinschaft geben drei Bewohner an, den Mitbewohnern zu helfen; zwei Bewohner würden dies »im Notfall« tun. Außerhäusliche Hilfe bejahen zwei Bewohner⁴¹.

Emotionale Unterstützung, vertrauensvolle Beziehungen und Einsamkeit

Im **stationären Bereich** haben 12 Befragte jemanden zum *Reden über Probleme*. Dies ist außerordentlich wichtig und kann als sehr positiv gewertet werden. Die Quellen *diversifizieren* sich hier etwas stärker: Neben acht Nennungen von Mitarbeitern treten Familienangehörige (3x), Freund/Freundin und ein gesetzlicher Betreuer (dies ist die einzige Stelle, an der ein gesetzlicher Betreuer genannt wird) auf. Sieben Befragte sind auch für den Anderen bei Problemen da, zwei verneinen dies, vier haben nicht geantwortet. Im **ambulanten Bereich** haben von den fünf Antwortenden alle jemanden zum Reden über Probleme (ein Missing). Neben Mitarbeitern (3x) werden Familienangehörige (2x) und ein Mitbewohner genannt. Zwei Befragte sind auch für den Anderen bei Problemen da, zwei haben dies nicht beantwortet. Ein Bewohner, der selbst einen Mitarbeiter nennt, würde nicht diesem, sondern im Bedarfsfall einem Mitbewohner helfen.

Neben der Möglichkeit, über eigene Probleme sprechen zu können, wird dem sogenannten *Confident* eine besondere Rolle für die Alltags- und Belastungsbewältigung sowie für die soziale Integration zugesprochen: Er/sie stellt die Person dar, der man voll vertraut. Sie kann, muss aber nicht ein (Ehe-)Partner oder enger Freund sein, zu dieser Person besteht aber auf jeden Fall eine enge und starke Bindung.

Angebot	Vertrauensperson vorhanden	Anzahl Quellen	Segmente	
			Informell	Formell
stationär	10 von 13	12	Freunde (4x), Angehörige (2x), Mitbewohner, Arbeitskollegen, Kirchengemeinde (je 1x)	Mitarbeiter (3x)
Ambulante WG	5 von 5	7	Freunde (2x), Angehörige (2x)	Mitarbeiter (3x)

Tabelle 64: Vorhandensein und Quellen »Confident«

Die Daten liefern Hinweise auf einen sehr wichtigen Zusammenhang – insbesondere, was die Rolle der Mitarbeiter betrifft: Im Unterschied zu der Frage nach den Quellen von Support und den praktischen Hilfen, bei denen die Mitarbeiter immer eine dominierende Rolle gespielt haben, sind hier die informellen Quellen deutlich stärker vertreten. In der Schlüsselrolle des *Confidents* sind die professionellen Hilfen also nicht in dem Maße dominant, wie sie das in den anderen Bereichen sind. Trotz dieser positiv einzuschätzenden Resonanz, was den *Confident* betrifft, mischt sich in dieses Bild auch ein negativer Ton: Auf die Frage, ob man sich manchmal ganz allein fühlt, sagen im stationären Bereich acht Befragte ja, fünf antworten mit nein. In der ambulanten Wohngemeinschaft sind es vier von fünf, die diese Frage mit ja beantworten.

⁴¹ Die Reziprozitätsfrage ist jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig: Sie zielt dem Wortlaut nach nur auf die Personen, die selbst angegeben haben, auf Hilfe angewiesen zu sein (»Helfen Sie diesen Personen auch im Haushalt/außer Haus«). Einige Befragte gaben jedoch an, zu helfen ohne selbst Hilfe zu brauchen, andere nicht auf Unterstützung angewiesene Befragte haben die Frage als nicht relevant betrachtet.

Vorsichtig interpretiert, lässt sich sagen, dass die meisten Befragten eine Form der emotionalen Unterstützung erfahren und auch über eine vertrauensvolle Beziehung verfügen. Zudem sind die Mitarbeiter in diesem Bereich weniger deutlich vertreten als in den anderen Support-Dimensionen. Dennoch fühlen sich viele allein und die Optionen bezüglich »echter« Freundschaftskontakte scheinen dann doch eingeschränkt zu sein. Dies zeigt sich für den ambulanten Bereich noch deutlicher als für den stationären.

Unternehmungen

In der stationären Einrichtung wurde die Umgebung mit neun Befragten erkundet, vier verneinen dies. Dass sie Informationen darüber erhalten, was man unternehmen kann, bejahen zehn Befragte (drei verneinen). In acht Fällen erhalten sie diese Informationen von Mitarbeitern, in zwei Fällen von Freunden, in einem von einem Arbeitskollegen. In der ambulanten WG geben nur zwei Befragte an, dass die Umgebung mit ihnen erkundet wurde (1x Missing, 3x Nein). Dass sie Informationen darüber erhalten, was man alles unternehmen kann, bejahen alle fünf (1x Missing). Hier sind es in vier Fällen die Mitarbeiter, die dies tun (2x Missing). Die Spanne der Unternehmungen ist in beiden Angeboten ähnlich: Spaziergang, Einkaufsbummel, Cafe- oder Kneipenbesuch, Radfahren, Fußball, Kino bis zur Teilnahme an einem PC-Kurs/Erwachsenenbildung, Besuch der Kirchengemeinde, der AG Sozialraum, einer Disco bis zu Treffpunkt, Theater und Museum (je eine Person).

Bei der Frage nach den Hilfen bei Unternehmungen zeigt sich: Hilfen bei Unternehmungen sind nicht bei allen Befragten notwendig, diejenigen, die Hilfe benötigen wissen alle (unabhängig von der Leistungsform), an wen sie sich wenden können. Bis auf eine Person sind alle Befragten (in beiden Leistungsformen) mit ihren Unternehmungen in der Freizeit zufrieden. Die Hauptquelle für Unterstützung sind hierbei die Mitarbeiter:

	Es brauchen Hilfe	Hilfeleistung durch...
Stationär	4 von 13	Überwiegend formell: Mitarbeiter (3x), Arbeitskollege (1x)
Ambulante WG	3 von 5	Formell: Mitarbeiter (3)

Tabelle 65: Hilfe bei Unternehmungen

In Bezug auf die Frage, mit wem die Befragten *gerne etwas unternehmen würden*, zeigt sich zumindest im stationären Bereich ein etwas anderes Bild: Hier stehen weniger die Mitarbeiter im Vordergrund, sondern vielmehr informelle Quellen: Im stationären Bereich werden Freunde, Mitbewohner (je 2x), Angehörige und Arbeitskollegen (je 1x) und immerhin 3x auch Mitarbeiter genannt. In der ambulanten WG stehen hingegen die Mitarbeiter mit vier Nennungen vorne, darüber hinaus werden auch Freunde und Mitbewohner (je 1x) genannt.

Betrachtet man diese Ergebnisse hinsichtlich der Rolle der Mitarbeiter, zeigen sich leichte Unterschiede zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich in der Frage, wer in welcher Situation hilft. Im stationären Bereich scheint gleichsam die »Zuordnung« klarer zu

sein, was die Rolle der Mitarbeiter betrifft. Sie tauchen als Hilfsquellen in bestimmten Situationen nicht so stark wie die anderen Kontakte auf, während sie im ambulanten Bereich deutlicher »streuen«, d. h. viel gleichmäßiger auf alle Support-Dimensionen verteilt sind. Gemeinsam ist beiden Gruppen, dass die Rolle der anderen Kontakte bei den Support-Dimensionen der emotionalen Unterstützung, der vertrauensvollen Beziehung und der freundschaftlichen Kontakte in der Freizeit steigt. Dies wiederum ist sowohl ein Indiz dafür, dass die Befragten die Rollen der Mitarbeiter kennen und trennen können als auch Indiz dafür, dass diese Leistungen weder allein von Professionellen erbracht werden müssen, noch dass sie es sollen (auch wenn sie es faktisch dann doch – neben anderen Helfern – tun).

4.1.2.3 Fallskizzen

Als letzter Darstellungsschritt werden einige Fälle skizziert, d. h. das soziale Netzwerk/die soziale Unterstützung einzelner Befragter anonymisiert und verdichtet dargestellt. Damit lassen sich Unterstützungssituationen in exemplarischer Form abbilden.

Fall 1: Herr M. (Kürzel anonym)

Herr M. ist ein Mann Mitte 30, uneingeschränkt mobil, gute mündliche Verständigung, berufstätig. Sein Gesamtnetzwerk ist verhältnismäßig groß, es umfasst 29 Personen. Zusammen mit 6 Mitbewohnern lebt er auf einer Wohngruppe einer stationären Einrichtung mit ca. 40 belegten Plätzen. Bis auf eine Person sind ihm seine Mitbewohner wichtig, ebenso die beiden Mitarbeiter und seine beiden Bezugsbetreuer, die er alle häufig sieht. Drei Personen sind Freunde für ihn, davon ist eine auch eine Partnerin, zwei davon sind gleichzeitig Mitbewohner. Auch seine sieben Arbeitskollegen, mit denen er Kontakt hat, sind ihm wichtig, ebenso wie die Ärzte und der Krankengymnast, die er regelmäßig aufsucht. Die Mutter, die auch seine gesetzliche Betreuerin ist, der Vater und Bruder sind ihm ebenfalls wichtig, der Kontakt zu den Eltern findet häufig statt, zum Bruder aber nur selten, der auch weit entfernt lebt. Zu zwei Bewohnern anderer Wohngruppen gibt er einen ihm wichtigen und häufigen Kontakt an. Somit gibt es sechs Personen, die rein informelle Beziehungen zu ihm haben; nimmt man die Nachbarn im Haus dazu, sind es acht.

Strukturell betrachtet, scheint dieses Netzwerk von einer engen lokalen Gebundenheit, einer hohen Dichte (Personen, die sich gegenseitig kennen, wie die Mitbewohner und Mitarbeiter) und subjektiven Bedeutung (Wichtigkeit) geprägt zu sein. Das weite informelle Netzwerk nimmt etwa ein Drittel der Beziehungen ein; insgesamt sind die Beziehungen heterogen, aber ganz überwiegend »behinderungsbedingt«, nicht selbst gewählt und organisationsbezogen konstituiert. Hinsichtlich der Support-Dimensionen zeigt sich, dass Herr M. bis auf die Fußpflege, die er professionell machen lässt, nicht auf Hilfe im Alltag angewiesen ist, weder im Haushalt, noch bei außerhäuslichen Aktivitäten oder der Körperpflege. Er gibt nicht an, irgendjemand anderem in diesen Situationen zu helfen, Reziprozität ist nicht erkennbar. Die Person, die am häufigsten situationsbezogen genannt wird, ist sein Freund. Mit ihm würde er gern etwas in der Freizeit unternehmen, zu ihm hat er ein besonders vertrauensvolles Verhältnis und der Freund sagt ihm auch, was man unternehmen kann, ist also mehrfach bedeutsam. Über Probleme spricht er aber mit dem Betreuer, der ihm ebenfalls Hinweise auf Unternehmungen gibt. Erkundet haben die Eltern die Umgebung mit ihm. Herr M. fühlt sich gut unterstützt von den Mitarbeitern und von der gesetzlichen Betreuerin, seiner Mutter, und ist auch

zufrieden mit den Hilfen, die er bekommt. Dennoch äußert er, sich manchmal ganz allein zu fühlen. Somit verfügt Herr M. zwar über relativ viele Kontakte; das eigentliche »Support-System« aber ist verhältnismäßig klein, vier Personen (Mutter/Vater, Freund, Betreuer) und bis auf den Vater sind diese Personen mehrfach relevant. Noch ist Herr M. jung, vermutlich sind auch die Eltern noch nicht sehr alt. Aber ein Wegfall der Beziehung zu den Eltern würde, da der Bruder sehr weit entfernt lebt, für Herrn M. auch den Verlust der Hälfte seiner informellen Bindungen bedeuten. Da seine Freundschaftskontakte ausschließlich im Wohnheim bestehen, wird sein soziales Netzwerk primär durch die gegenwärtige Wohnform konstituiert.

Fall 2, Frau A.

Frau A. ist Mitte 60, Rentnerin, kann sich mündlich und schriftlich verständigen, aber sie kann sich nicht selbstständig außerhalb der Wohnung bewegen und ist der HBG 4 zugeordnet. Ihr Gesamtnetzwerk umfasst 14 Kontakte. Frau A. ist uneingeschränkt kommunikationsfähig, in der Mobilität außerhalb der Wohnung jedoch deutlich eingeschränkt. Frau A. hat einen Bezugsbetreuer, zwei Ärzte und einen Krankengymnasten sowie einen gesetzlichen Betreuer. Diese sind ihr alle wichtig, aber weder die zwei Mitbewohner noch ihre Familie (vier Brüder, ein erwachsenes Kind) sind ihr wichtig, ebenso wenig die Kontakte im Haus bis auf einen. Dennoch hilft Frau A. ihren Mitbewohnern im Haushalt (sie selbst braucht keine Hilfe); außer Haus helfen die Mitarbeiter, ebenso bei der Körperpflege. Bei ihrem Ausfall wäre sie ratlos. Sie wendet sich bei Problemen auch an die Mitarbeiter, würde aber selbst nicht helfen, da sie angibt, eigene Probleme bewältigen zu müssen. Sie unternimmt viel und würde sich auch hier nur die Begleitung von Mitarbeitern wünschen. Sie fühlt sich nicht allein und ihr »Confidant« ist die Bewohnerin im Haus, die ihr als einzige auch wichtig ist. So entsteht das Bild eines äußerst reduzierten, aber nicht als zu klein empfundenen Netzwerkes einer selbstständigen und ihre Beziehungen selbst gestaltenden Person. Fast entsteht der Eindruck, dass Frau A. sich nur für eine bestimmte Zeit in der Einrichtung aufhält, quasi zur Reha (was sie selbst auch angibt); tatsächlich befindet sie sich dort seit 12 Jahren und nicht in einer Übergangssituation.

Fall 3, Frau K.

Frau K., Mitte 50, eingruppiert in HBG 4, lebt seit fast 30 Jahren in der Einrichtung, ist mobil und uneingeschränkt kommunikationsfähig. Sie arbeitet in der WfbM und ihr Gesamtnetzwerk umfasst 19 Personen. Bei ihr fällt auf, dass, abgesehen von dem Kontakt zu Mutter und Schwester, die auch die gesetzliche Betreuerin ist, kein einziger Kontakt »außer Haus« besteht, abgesehen von drei Gruppenleitern in der WfbM, die sie namentlich nennt. Sie benennt sechs Mitbewohner, drei Freunde im Haus und fünf Mitarbeiter (einschließlich Hausleitung) sowie zwei familiäre Kontakte. Bis auf Mutter und Schwester sind alle nah erreichbar; alle sind wichtig und alle Kontakte finden häufig statt. Im Haushalt helfen die Mitarbeiter, außer Haus ihre Schwester, bei der Körperpflege ein Mitarbeiter. Auch Frau K. wüsste im Notfall nicht, wer sonst helfen könnte. In allen weiteren Support-Dimensionen benennt Frau K. ausschließlich die Mitarbeiter (bzw. Bezugsbetreuer), bei Unternehmungen ebenso wie bei Problemen. Sie unternimmt viel, wünscht sich aber, mit den Mitarbeitern etwas zu unternehmen. Frau K. gibt an, sich manchmal allein zu fühlen und niemanden zu haben, den sie als Vertrau-

ensperson bezeichnen würde. Bei Frau K. »verschwinden« gleichsam die Kontakte zu den Mitbewohnern und Freunden im Haus, obwohl sie diese als wichtig ansieht. Ihr Netzwerk erscheint deshalb »mitarbeiterdominiert«.

Fall 4, Herr O.

Herr O., Mitte 40, in der WfbM tätig, lebt seit sieben Jahren in einer stationären Wohngruppe. Er ist der HBG 4 zugeordnet, kann sich mündlich gut verständigen und ist völlig mobil. Sein Gesamtnetzwerk umfasst 21 Kontakte, davon können 12 dem formellen Bereich zugeordnet werden. Seine vier Mitbewohner sind ihm alle wichtig, ebenso der Bezugsbetreuer, ein weiterer Mitarbeiter und der gesetzliche Betreuer sowie die drei regelmäßig aufgesuchten Ärzte. Kontakt zu Nachbarn im Haus gibt er nicht an, aber zu zwei Arbeitskollegen, die ihm auch wichtig sind. Bei Herrn O. zeigt sich auf der Netzwerkkarte eine starke Ausprägung im informellen Bereich, denn er benennt einen Freund im Haus, einen weiteren außer Haus und eine Partnerin sowie einen ihm bedeutsamen Kontakt zu Mutter, Vater, Schwester und Cousin. Die Mutter sieht er häufig, Vater, Schwester und Cousin manchmal. Außerdem kennt Herr O. zwei Nachbarn in der Straße persönlich, wenn auch nicht namentlich, die ihm aber nicht wichtig sind. Bis auf den Cousin sind alle Personen entweder in unmittelbarer räumlicher Nähe oder etwas entfernt, aber gut erreichbar für ihn; somit zeigt sich auch hier strukturell das Bild eines dichten, räumlich konzentrierten Netzwerkes, in dem fast alle benannten Personen auch wichtig sind. Herr O. braucht keine Hilfe im Haushalt oder bei der Mobilität, hilft aber anderen Mitbewohnern beim Einkaufen gehen. Bei der Körperpflege helfen ihm die Mitarbeiter, aber gefragt, wer ihm helfen würde, falls die Mitarbeiter ausfielen, benennt er seine Mutter. Es ist auch die Mutter, die ihm zuhört, wenn er Probleme hat und er sieht dies auch als reziprok an. Dass die Mutter eine besondere Stellung hat (Mehrfachbindung), zeigt sich auch daran, dass er mit ihr gerne etwas unternehmen würde. Seine Vertrauensperson aber ist sein Freund, der im Wohnheim lebt. Herr O. bekommt seine Informationen über Unternehmungen von den Freunden außerhalb der Wohngruppe. Obwohl die Umgebung mit ihm nicht erkundet worden sei, unternimmt Herr O. einiges; er besucht kulturelle Veranstaltungen und hilft dort ehrenamtlich, besucht einen Kurs der Erwachsenenbildung und fährt gerne Hochbahn. Er fühlt sich gut von den Mitarbeitern und dem gesetzlichen Betreuer unterstützt und braucht nicht mehr Hilfe als er bekommt. Obwohl er eine Vertrauensperson, eine Freundin, einen weiteren Freund und eine besondere Beziehung zu seiner Mutter hat, gibt er an, sich manchmal ganz allein zu fühlen. Herrn O.s »Support System« ist heterogen zusammengesetzt, nicht ganz klein, relativ intensiv und zum Teil von Reziprozität geprägt. Zudem nehmen die Mitarbeiter keinen besonderen Stellenwert ein und Herr O. verfügt über »schwache« Bindungen außerhalb, nämlich im Rahmen seines Engagements und möglicherweise auch bei der Erwachsenenbildung. Bei genauer Betrachtung konzentriert sich zumindest das engste Support System um Mutter und Mitbewohner bzw. andere Bewohner im Haus herum und ein Verlust der Mutter würde sich erheblich auswirken. Dennoch scheint Herr O. « Gestalter« seines Netzwerkes zu sein.

Fall 5, Herr B.

Herr B. ist Ende 20, lebt seit ca. 5 Jahren in der ambulanten Wohngemeinschaft und arbeitet in der WfbM. Er ist der HBG 2 zugeordnet, voll mobil und kann sich gut verständigen. Sein Gesamtnetzwerk umfasst 17 Personen, der ganz enge formelle Anteil ist gering: er benennt zwei Mitarbeiter, darunter den Bezugsbetreuer, und zwei Ärzte. Hinzu kommen ein Mitbewohner, fünf familiäre Kontakte, fünf Nachbarn im Haus und ein Arbeitskollege. Alle Personen werden namentlich benannt. Die Eltern sind zugleich gesetzliche Betreuer. Bis auf die Eltern und die Ärzte sieht er alle Personen häufig, alle sind wichtig und nur Eltern und Schwester leben etwas weiter weg. Er hat keine außerhäuslichen Nachbarschaftskontakte. So entsteht hier auf den ersten Blick das Bild eines räumlich nahen, durchaus größeren Netzwerkes mit bedeutungsvollen und häufigen Kontakten. Auf den zweiten Blick schält sich der Eindruck eines relativ kleinen Support-Systems heraus: Er gibt bei der Haushaltssituation an, dass hier die Eltern helfen, nicht die Mitarbeiter, und er selbst hilft auch Nachbarn im Haus. Er braucht ebenso keine Hilfe außer Haus oder bei der Körperpflege; über Probleme spricht er mit den beiden Mitarbeitern, dies empfindet er auch als gegenseitig; sie helfen ihm auch bei Unternehmungen – er geht ins Kino und fährt mit dem HVV – und sie sind seine Informationsquelle. Er wünscht sich niemanden für gemeinsame Aktivitäten, fühlt sich aber »so halb und halb« allein. Vertrauen hat er ausschließlich zur Familie. Die von ihm genannten anderen Kontakte tauchen in den Support-Dimensionen nicht auf. Herr B. ist sehr unabhängig; insofern braucht er bei den praktischen Hilfen auch nicht viel Unterstützung; dennoch fällt auf, dass sich die emotionale Unterstützung und vertrauensvollen Beziehungen ausschließlich auf die Eltern und die beiden Mitarbeiter zu konzentrieren scheinen. Auch hier stellt sich die Frage nach Ersatz bei Wegfall der Eltern oder einem Wechsel der Betreuer.

Fall 6, Herr D.

Bei Herrn D. wird ebenfalls die Bedeutung der Mitarbeiter besonders deutlich. Er ist Anfang 30, arbeitet in der WfbM und ist der HBG 3 zugeordnet. Sein Gesamtnetzwerk umfasst 26 Personen, mit einem hohen Anteil an Freunden im Haus (9), zwei Freunden außer Haus, 2 Mitbewohnern. Er kennt zudem Nachbarn im Haus und Arbeitskollegen, kann sie aber nicht namentlich benennen. Vier Mitarbeiter und zwei Mitbewohner, fünf Ärzte/Therapeuten und drei Familienangehörige komplettieren das Netz. Seine Mitbewohner sind ihm weder wichtig noch ganz unwichtig; dies trifft auch auf vier der Freunde zu. Die meisten Personen sieht er häufig, aber die außerhäuslichen Freunde nur manchmal oder selten, auch einige der Freunde im Haus. Herr D. ist einer der wenigen Befragten, bei dem sich die Wichtigkeit nicht gleichermaßen auf alle Personen verteilt. Trotz seines relativ großen Netzes konzentriert sich sein Support-System fast sehr stark auf die Mitarbeiter: Sie helfen neben dem Pflegedienst und Mutter und Schwester im Haushalt; außer Haus braucht er keine Hilfe. Die Körperpflege wird vom Pflegedienst geleistet; er wüsste nicht, wer ihm hilft, wenn diese Personen ausfielen. Erkundung der Umgebung und Informationen dazu leisten die Mitarbeiter und mit ihnen möchte er auch etwas unternehmen. Auch über Probleme spricht er mit den Mitarbeitern und sie allein stellen auch seine vertrauensvollen Bindungen dar. Zugleich fühlt sich Herr D. aber oft auf sich allein gestellt und einsam und ihm fehlt Verständnis von Seiten der Mitarbeiter. So scheinen die Erwartungen an die Mitarbeiter ebenso hoch wie die Angewiesenheit auf sie zu sein.

Fall 7, Frau T.

Frau T. ist Mitte 60, in Rente und lebt seit 2006 in der ambulanten Wohngemeinschaft. Sie gehört zur HBG 3, Kommunikation und Mobilität sind nur leicht eingeschränkt. Ihr Gesamtnetzwerk umfasst 14 Personen, darunter 2 Mitarbeiter, 3 Mitbewohner, 4 Freunde im Haus, ein Partner und 3 Familienkontakte (Geschwister, zwei sieht sie nur selten, eines manchmal). Alle sind wichtig, die meisten in enger räumlicher Nähe und viele sieht sie häufig. Ihr Netzwerk sieht »gemischt« /heterogen aus und der rein professionelle Anteil scheint gering. Frau T. hat keinen gesetzlichen Betreuer; sie braucht keine Hilfe im Haushalt und außer Haus nur bei Stadtgängen, hier hilft ein Mitarbeiter. Auch bei der Körperpflege ist nur ein Fußpflege-dienst nötig. Aber wer helfen sollte, wenn dieser und der Mitarbeiter ausfielen, weiß Frau T. nicht. Bei Problemen wendet sie sich ebenfalls an den Mitarbeiter und zu ihm hat sie auch Vertrauen, daneben nur zu ihrem Partner. Sie unternimmt viel und auch bei ihr sind es Mitarbeiter, die hierzu informieren, dabei helfen und mit denen sie auch gerne etwas machen würde. Sie fühlt sich manchmal allein. Ihre Familie scheint ohne Relevanz zu sein, und bis auf den Partner auch alle anderen informelleren Kontakte. Möglicherweise ist Frau T. trotz des zeitweiligen Gefühls der Einsamkeit zufrieden mit ihren Kontakten, wünscht sich gar nicht mehr (das trifft vielleicht auch für andere Befragten zu); das müsste erkundet werden.

Die Fallanalysen lassen nur vorsichtige Einschätzungen über die Charakteristika der Netzwerke zu; insgesamt scheinen sie in der Tendenz entweder »mitarbeiter-und familiengestützt«, »überwiegend mitarbeitergestützt« oder »mitarbeiter-bewohner/Freunde im Haus« - gestützt zu sein. Dabei wird deutlich, dass es sowohl Personen gibt, die als Gestalter ihrer sozialen Beziehungen angesehen werden können, als auch Personen, bei denen von hochgradiger Abhängigkeit der räumlich und organisatorisch gegebenen Beziehungen gesprochen werden muss. Ebenso zeichnet sich ab, dass Veränderungen wie der Wegfall von den i. d. R. wenigen engeren Beziehungen erhebliche Folgen für die soziale Eingebundenheit und das biographische Selbsterleben hätte. Die Ergebnisse unterliegen aufgrund der geringen Anzahl, aber auch methodischer Grenzen natürlich Einschränkungen. Aufgrund der hohen Bedeutung tragfähiger Bindungen für die Identität und das Wohlbefinden wären weitere Erhebungen, v. a. Beobachtungen im Alltag, sehr dringlich.

4.1.3 Veränderungen in der Lebenssituation durch die Ambulantisierung

Hauptfokus der nachgelagerten Evaluation war die zum Befragungszeitpunkt aktuelle Lebenssituation, da die konkreten Veränderungen z. T. schon mehrere Jahre zurück lagen (vgl. 2.1). Dennoch lassen sich aus verschiedenen Erhebungsschritten (Sekundärevaluation, Trägerinterviews, ausgewählte Aspekte der Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung) einzelne Erkenntnisse gewinnen.

4.1.3.1 Qualitative Erhebungsschritte: Sekundärevaluation und Trägerinterviews

Die vor Beginn der nachgelagerten Evaluation durchgeführten Evaluationen durch die Träger hatten einen deutlicheren Fokus auf den Veränderungen durch die Ambulantisierung. Zudem war das Thema ein Schwerpunkt in den einführenden Interviews mit den Prozessverantwortlichen bei den Trägern. Die Ergebnisse aus beiden Bereichen werden hier dargestellt sowie einer kurzen gemeinschaftlichen Betrachtung unterzogen.

Sekundärevaluation

Die Sekundäranalyse weist darauf hin, dass es zu Veränderungen in folgenden Bereichen kam:

- Die Statusveränderung von »Bewohner einer Wohngruppe« zu Mieter scheint einen Aneignungsprozess eingeleitet zu haben, der sich positiv auf die Wahrnehmung der eigenen Handlungsfähigkeit auswirkt (Träger A, Träger C).
- Die konzeptionellen Veränderungen, die mit der Umwandlung einhergingen, haben sich niedergeschlagen in größerer Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Alltag, z. B. bei Essen, Wohnungseinrichtung, Wäschewaschen, Freizeitaktivitäten etc. (Träger C). Es scheint zu einer »Reautonomisierung der Lebenspraxis« (Träger D) zu kommen, die eine größere Eigenverantwortlichkeit ermöglicht (Träger E). Die Wahrnehmung größerer Selbstständigkeit deckt sich mit der Einschätzung (auch von außen), dass der Bedarf an Hilfen gesunken ist. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass dies kein Selbstläufer ist, sondern der Zuwachs an Selbständigkeit an die Eingebundenheit in Alltagsaktivitäten und soziale Beziehungen gekoppelt ist (Träger A). Insbesondere die späteren Berichte von Träger C weisen jedoch darauf hin, dass sich einige dieser »Veränderungseffekte« im Laufe der Zeit wieder nivellieren.
- Einige Berichte lassen sich dahingehend interpretieren, dass es zu einer Individualisierung der Unterstützung gekommen ist: Es gibt weniger Gemeinschaft, weniger Regeln, mehr Ruhe und Bewegungsfreiheit (Träger C). Eine stärker individuumszentrierte Unterstützung führt zu einer Verbesserung der Zufriedenheit mit den Leistungen u. a. durch eine Umschichtung von Betreuungsstunden aus dem personenunspezifischen Basisdienst in die individuelle Betreuung (Träger D).

Dazu ist anzumerken, dass ein Großteil der hier beschriebenen Veränderungen eher an konzeptionelle Neuerungen gekoppelt ist als an den Status »ambulant«. Die Selbstbestimmung im Alltag und die Individualisierung der Unterstützung hängen weniger mit dem formalen Status des Angebots zusammen, sondern mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen, den geltenden (organisatorischen und häuslichen) Regeln sowie der »Kultur« und Selbstbeschreibung der Träger. Eine Ausnahme bildet dabei der Status als »Mieter«.

Trägerinterviews

Die zu Beginn der nachgelagerten Evaluation geführten Interviews mit Prozessverantwortlichen der beteiligten Träger befasste sich ebenfalls mit den Veränderungen in der Lebenssituation der Nutzer⁴². An *positiven Veränderungen* nennen die Befragten die Statusveränderung hin zu Mietern, die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten sowie die Entwicklungsprozesse, die durch Umwandlung oder Auszug in Gang gekommen sind.

Eine erste Veränderung ist der im ambulanten Setting eingenommene *Status der Nutzer* als Mieter. Neben dem eigenen Wohnraum und der strukturell erhöhten Privatheit (TV6, 40) betrifft dies das eigenständige Bezahlen der Miete, die Verwaltung des eigenen Gelds sowie Besitz und Verwaltung des eigenen Schlüssels (TV6, 40; TV7, 40). Die strukturelle Veränderung hat zudem in einigen Bereichen dazu geführt, dass die Mitarbeiter nicht mehr überall selbstverständlich Zugang zum Wohnraum haben, sondern klingeln müssen (TV6, 40). Für TV1 schlagen sich diese Statusänderungen unterschiedlich nieder: Für ältere Nutzer, die über einen langen Zeitraum in stationären Einrichtungen gelebt haben, ist der Schritt in das »normale Wohnen« als Mieter positiv aufgeladen und kann sich motivierend auf weitere Veränderungen auswirken, während für die jüngere Nutzer v. a. die eigenständige Verwaltung des Geldes die zentrale Veränderung ist (TV1, 55).

Insbesondere in den AWG-Leistungen ist dabei die Mietergemeinschaft – mit den Mieterversammlungen, den Mieterregeln sowie dem Mietersprecher – als Akteur im Leistungsgeschehen entstanden: Das Wunsch- und Wahlrecht ist hierbei ein kollektives, einmal jährlich stimmt die Mietergemeinschaft darüber ab, ob der Dienstleister weiterhin die Leistungen erbringen soll. Für diesen bedeutet dies somit entweder die Bestätigung durch seine Kunden oder deren Verlust (TV6, 40-42).

Die Erweiterung der Angebotspalette hat insgesamt zu einer Erhöhung der *Wahlmöglichkeiten* auf Seiten der Nutzer geführt. Hierüber kann dem Grundsatz, dass sich die Dienstleistung dem Menschen anpassen sollte – und nicht umgekehrt – besser Rechnung getragen werden (TV5, 46). Dies gilt insbesondere dann, wenn eine Veränderung in der Quantität des Hilfebedarfs nicht mehr mit einem Umzug in ein anderes Setting einhergehen muss (wie in den AAH-Settings z. T. möglich). Oft sind die ambulantiserten Wohnformen dann auch Sprungbrett für Menschen, die in ambulante Angebote wechseln wollen, sich den Schritt, alleine in eine eigene Wohnung zu ziehen, aber (noch) nicht zutrauen (TV3, 51-53; TV7, 40).

Obwohl die Freiwilligkeit des Prozesses und die Rückkehrmöglichkeiten in den stationären Bereich Kernprinzipien der Umwandlung waren, ist das individuelle Wunsch- und Wahlrecht nicht vollständig umgesetzt: Daneben stehen immer organisatorisch-finanzielle Entscheidungen (z. B. die Notwendigkeit, einen frei gewordenen Platz neu zu besetzen). Zudem konnte sich das »Rückkehrrecht« im Rahmen der Ambulantisierung immer nur auf einen Leistungstyp beziehen und nicht auf einen konkreten Wohnplatz in einer spezifischen Einrichtung.

Neben den strukturellen Veränderungen hat die Umstellung auf ambulante Wohnformen an verschiedenen Stellen auch *Entwicklungsprozesse* in Gang gesetzt:

⁴² Das bezieht sich an dieser Stelle v. a. auf die Lebenssituation *nach* den Veränderungsprozessen. Fragen der *Gestaltung* dieser Prozesse werden im Kapitel x – Geschichte behandelt.

„[D]as eigene Einkommen zu haben, einen Mietvertrag im Aktenordner zu haben, Assistenten zu haben, die [...] versuchen in einer verbindlicheren Ansprache mit mir Pläne zu entwerfen für meine eigene persönliche Zukunft und an diesen Plänen mit mir arbeiten. Das hat so viel Ressource im Inneren bei den meisten Klienten freigesetzt, dass ganz enorme Entwicklungsprozesse damit beschleunigt wurden“ (TV1, 84).

Zudem kam es zu Veränderungen im Bewusstsein der Nutzer; es gibt mehr Mut, Neues auszuprobieren (TV1, 59). Die Umstellung auf/der Umzug in ein ambulantes Wohnsetting bietet einen Impuls zur Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation (TV5, 32), womit diese selbst als auch Fragen der eigenen Lebensplanung und der Anforderungen an das Wohnen einhergehen (TV5, 4). Dies beinhaltet die Konfrontation mit den eigenen Ängsten oder die Herausforderung, sich immer wieder mit neuen Sachverhalten auseinanderzusetzen (TV5, 32; TV3, 57). Die Erfahrung, dass es Alternativen zum bisherigen Wohnsetting gibt, hat bei einigen Nutzern eine Dynamik entfaltet, die dazu führte, dass sie sich insgesamt mehr zutrauen und sich z. B. auch einen Wechsel zu einem anderen Dienstleister vorstellen können (TV3, 53). Dies kann als Verselbstständigungsprozess gefasst werden, der Entwicklungen beschleunigt und z. B. neue Ressourcen freisetzen kann (TV1, 82-84). Mit diesen Prozessen kann aber auch eine Veränderung oder Erhöhung des Hilfebedarfs einhergehen, weil sich die Nutzer in einer deutlich höheren Intensität mit Themen auseinandersetzen müssen (wie z. B. Finanzen), als dies vor den Umwandlungsprozessen der Fall war (TV5, 32).

Die mit der Umstellung oft einhergehende Verkleinerung der Gruppengröße bedingte zudem einen Wandel im Freizeitverhalten der Nutzer hin zu vermehrter Nutzung von Treffpunkt- und Gruppenangeboten (TV7, 6). In der Konsequenz führte dies auch dazu, dass die Nutzer weniger über Langeweile klagen (TV7, 22).

Über die Selbständigkeit hinaus wird von den Interviewpartnern auch eine Erweiterung der *Selbstbestimmung* beschrieben. Die Nutzer artikulieren selbstverständlich eigenen Willen, sie sind selbstbewusster im Einfordern eigener Rechte und Ansprüche geworden. Zudem hat sich das Miteinander zwischen Nutzern und Mitarbeitern verändert (TV3, 51; TV4, 23; TV5, 32; TV6, 40; TV7, 22/40).

Die konzeptionellen Veränderungen, die an vielen Stellen mit der Ambulantisierung einhergegangen sind, haben zudem dazu geführt, dass mit den veränderten Wohnsettings die Nutzer unabhängiger von den Entscheidungen der (Wohn)Gruppe geworden sind und insgesamt die Orientierung auf die Gruppe abgenommen hat (TV4, 23; TV7, 40). Dadurch erhöhen sich Wahlmöglichkeiten im Alltag und damit der Einfluss auf die eigene Lebensführung.

Neben diesen grundsätzlichen positiven Beschreibungen wird jedoch verschiedentlich darauf verwiesen, dass es sich bei dem Prozess um ein »zweischneidiges Schwert« handelt oder auch negative Aspekte benannt: Die Befreiung aus Gruppenzwängen geht einher mit der „Verpflichtung, sein Leben allein auf die Reihe zu bekommen“ (TV2, 74). Das Zugestehen von mehr Rechten ist an vielen Stellen an die Erhöhung der Verpflichtungen gekoppelt (TV3, 51).

Die größte Veränderung im Alltag ist jedoch die Veränderung der finanziellen Regelungen. Sie wird verschiedentlich auch als *die* zentrale Veränderung in der Lebenssituation – im Sinne einer Normalisierung von Lebensbedingungen – benannt (TV5, 32; TV1, 53-55). Zum einen

können die Nutzer darüber stärker selbst entscheiden, was ihnen im Leben wichtig ist, wofür sie ihr Geld ausgeben und wie sie damit zurechtkommen (TV5, 32; TV1, 53). Zum anderen verwalten die Wohngemeinschaften ihr Geld stärker in Eigenregie, bei Neu-Anschaffungen oder Reparaturen können die Nutzer also unabhängig vom Dienstleister reagieren.

Die damit einhergehenden Veränderungen können aber nicht einseitig positiv bewertet werden. Mit den veränderten Regeln geht auch einher, dass

- die Nutzer mehr Verantwortung tragen, d. h. mit Inventar eigenverantwortlicher umgehen müssen, da sie Reparaturen/Neu-Anschaffungen selbst bezahlen müssen. Zudem müssen sie Geld sparen, um sich dies leisten zu können.
- gerade in der Phase der Umstellung, aber u. U. auch darüber hinaus ein höherer Unterstützungsbedarf entstehen kann (TV1, 41; TV5, 32).
- die Höhe des Einkommens relevanter wird für die Lebenssituation. Diese setzt sich aus unterschiedlichsten Versatzstücken (Art der Tätigkeit in einer TaFö oder WfbM, Rentenansprüche, Ausgleichszahlungen) zusammen (TV1, 53).
- das errechnete Einkommen u. U. nicht ausreichend ist. Es ist zu fragen, ob ein Mensch mit Behinderung ohne Rentenanspruch oder WfbM-Einkommen mit 365 € Grundversicherung zurechtkommen kann (TV1, 35).

Die Frage, ob die Ambulantisierung Einfluss auf die Partizipation im Sozialraum hatte, wird eher skeptisch eingeschätzt. Hoffnungen auf einen deutlichen Zuwachs an Sozialkontakten, mehr nachbarschaftlichen Miteinander oder mehr Autonomie im Stadtteil wurden eher enttäuscht (TV7, 22). Für TV6 liegt dies daran, dass die räumlich-strukturellen Gegebenheiten bereits vor der Ambulantisierung relevante Bedingungen in der Arbeit waren, daher ändert sich allein durch die Umstellung auf ein ambulantes Setting die Einbeziehung des Umfeldes nicht. Nur durch einen Umzug ändert sich hier etwas für die betroffene Person (TV6, 40). Für TV4 ist dies auch eher eine Frage, die in der konkreten Lebenssituation der einzelnen Nutzer zu beantworten ist und weniger an der Frage des Strukturmerkmals »stationär« oder »ambulant« hängt (TV4, 74).

Außerdem hat die Ambulantisierung eine veränderte Perspektive auf *alle* Nutzer mit sich gebracht, so dass ihnen insgesamt mehr Entscheidungskompetenz zugestanden wird (L3, 108).

4.1.3.2 Quantitative Erhebungsschritte: Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung

Da die Veränderungsprozesse zum Zeitpunkt der Befragung bereits einige Jahre zurück lagen, wurde in der Steuerungsgruppe die Entscheidung getroffen, den Hauptfokus der Befragungen auf die aktuelle Situation zu legen. Dennoch wurden in Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung jeweils zwei Fragen zu den Themen Veränderungen in der Selbständigkeit und der Selbstbestimmung gestellt. Bei den Mitarbeitern haben 72,5% der Befragten den Prozess mit erlebt, bei den Angehörigen lediglich 50% – dadurch sinkt die Grundgesamtheit der Gruppe unter die Minimalgrenze dessen, was mit quantitativer Forschung zu bearbeiten ist und wird daher nicht ausgewertet.

Hat sich durch die Ambulantisierung die Selbständigkeit der Nutzer verändert?		
	Mitarbeiter	Angehörige
Die Nutzer sind weniger selbständig geworden.	2,7%	X
Die Selbständigkeit hat sich nicht verändert.	27%	X
Die Nutzer sind selbständiger geworden.	70,3%	X

Tabelle 66: Veränderungen Selbständigkeit

Hat sich durch die Ambulantisierung die Selbstbestimmung der Nutzer verändert?		
	Mitarbeiter	Angehörige
Die Nutzer leben jetzt weniger selbstbestimmt.	2,8%	X
Die Selbstbestimmung hat sich nicht verändert.	16,7%	X
Die Nutzer leben jetzt selbstbestimmter.	80,6%	X

Tabelle 67: Veränderungen Selbstbestimmung

Insgesamt gehen also die meisten Fremdeinschätzungen zu den Veränderungen der Lebenssituation von einer Erhöhung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung aus. Dies zeigen sowohl die qualitativen als auch die quantitativen Erhebungsschritte. Wie sich aus Trägerinterviews und Sekundäranalyse zeigt, geht mit diesen erweiterten Möglichkeiten auch eine erhöhte Verantwortung für die eigene Lebensführung (und damit auch das Risiko des Scheiterns) einher. Zudem kann diese erhöhte Verantwortung auch dazu führen, dass sich der Hilfebedarf erhöht – weil Lebensbereiche in der eigenen Verantwortung liegen, bei denen das bis zu diesem Zeitpunkt nicht der Fall war (z. B. Verwaltung der eigenen Finanzen). An vielen Stellen ist diese Erhöhung des Hilfebedarfs lediglich temporär, die vermehrten Hilfen dienen dann v. a. der Gestaltung des Übergangs: der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation sowie der Gestaltung und Bewältigung von Veränderungsprozessen. Es kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei um einen systematischen Zusammenhang handelt und die Erhöhung des Hilfebedarfs immer lediglich temporärer Natur ist: Eine erhöhte Verantwortung für die Gestaltung der eigenen Lebenssituation kann sich auch dauerhaft als erhöhter Bedarf an Unterstützungsleistungen niederschlagen.

4.1.4 Gesamtzusammenfassung – Lebenssituation der Nutzer

Aktivitäten im Alltag:

- Knapp die Mehrzahl der Nutzer besucht die Angebote der sozialen Treffpunkte der Träger. Diese Werte sind nicht besonders hoch, bezieht man jedoch die lange Zeit unsichere Finanzierung der Treffpunktarbeit mit ein, u. E. aber durchaus angemessen (vgl. 3.3.2).

Soziale Beziehungen:

- Zum großen Teil gestalten sich die Beziehungen zu Mitarbeitern unproblematisch. Zwar gibt fast die Hälfte der Befragten an, sich über Mitarbeiter zu ärgern, es bleibt jedoch ungeklärt, wie häufig dies der Fall ist (und wie gravierend diese Ärgernisse sind). Dennoch ist anzumerken, dass hier ein Zusammenhang zu Hilfeform besteht, in stationären Settings ist dies deutlich häufiger der Fall als im Rahmen von PBW/WA-Leistungen. Die Präsenz der Mitarbeiter im intimen Lebensbereich Wohnen kann dabei durchaus zu Konflikten führen, das Konfliktpotenzial steigt also mit der Präsenz der Mitarbeiter in diesem Lebensbereich.
- Die Zufriedenheitswerte, was die Mitbewohner anbetrifft, sind mit 46,5% »Sehr« und 38,4% »Eher« zwar relativ hoch, können aber im Lichte der auf einen intimen und privaten Lebensbereich zielenden Frage u. E. doch als Unzufriedenheitsäußerungen gelesen werden. Hierbei gilt es zu beachten, dass der Einfluss der Nutzer auf die Auswahl von Mitbewohnern oft eingeschränkt ist und Wohngemeinschaftsettings daher immer auch Aspekte einer Zwangsgemeinschaft haben. Die Netzwerkanalysen weisen zudem darauf hin, dass die Überschneidungen zwischen den Bereichen »Freund« und »Mitbewohner« relativ gering sind, die Befragten also deutlich zwischen diesen Rollen differenzieren⁴³.
- Zudem muss festgehalten werden, dass es einen – zwar relativ geringen, aber dennoch konstanten – Teil der Befragten gibt, die Angstgefühle äußern: sei es grundsätzlich das Erleben von Angst in der Wohnung (21,8%) oder vor Mitbewohnern (15,3%) bzw. Mitarbeitern (7,5%). Im Hinblick auf den a) sehr intimen Lebensbereich des Wohnens, der die Funktion eines Schutz- und Erholungsraumes erfüllen soll sowie b) die Abhängigkeitsverhältnisse, in dem Nutzer zu Mitarbeitern stehen, sind dies durchaus bedenkliche Werte.
- Das Thema Einsamkeit ist durchaus bei vielen Nutzern präsent (ca. 55% der Befragten sind manchmal oder oft einsam). Die Daten aus den Netzwerkanalysen verweisen ebenfalls darauf, dass die Nutzer über tendenziell reduzierte und mehrfachgebundene Netzwerke verfügen. Diese kleinen Netze können – müssen aber nicht – ein Hinweisgeber für eine geringe soziale Einbindung sein. Positiv anzumerken ist, dass ein Großteil der Befragten über einen Confidant verfügt (84,6%: Ja).
- In den Beziehungen zur Familie lassen sich Unterschiede zwischen den Leistungsformen nachzeichnen. Aufgrund der Anlage der Untersuchung weisen diese wahrschein-

⁴³ Zudem zeigt sich das Problem der mangelnden Trennschärfe zwischen den Begriffen Mitbewohner und Nachbar. Je nach Setting und individueller Sichtweise kann die Grenze, wer als Mitbewohner (und damit als Teil des Settings) und wer als Nachbar (und damit als außerhalb des Settings) wahrgenommen wird, unterschiedlich gezogen werden.

lich auf unterschiedliche Trägertraditionen in der Angehörigenarbeit hin. Dabei gibt es jedoch keinen Zusammenhang zwischen Kontaktrate und –zufriedenheit.

- Bedenklich ist der deutliche Abfall der Werte im stationären Bereich/der HBG 4, insbesondere wenn es um die Frage nach Freunden außerhalb des Wohnhauses geht. Dies lässt sich als möglicher Hinweis auf eine schwierige Lebenssituation lesen: Es besteht kein Grund anzunehmen, dass es bei Menschen mit höherem Hilfebedarf ein geringeres Bedürfnis nach Freundschaften jenseits des Wohnzusammenhangs gibt. Dennoch sind die Werte hier deutlich geringer. Damit zeigt sich, dass für Menschen, die in stationären Bezügen leben/für Menschen mit hohem Hilfebedarf deutlich höhere Exklusionsrisiken bestehen.

Selbst- und Mitbestimmung

- Positiv anzumerken ist, dass ein Großteil der Befragten Beschwerdemöglichkeiten kennt und benennt – und dies unabhängig von Leistungsform oder Hilfebedarfsgruppe. Auffällig ist jedoch, dass auch hier weiter die Mitarbeiter und Führungskräfte die ersten Ansprechpartner sind. Das ist zwar nicht an sich problematisch, zeigt aber, dass es noch nicht gelungen ist, die anderen Beschwerdemöglichkeiten in gleichem Maß bekannt zu machen.
- Der Bekanntheitsgrad der Interessenvertretungen schwankt a) deutlich zwischen den Leistungsformen und ist b) bei Nutzern, die in die HBG 1 und 4 eingruppiert sind, deutlich niedriger. Da mit dem Hilfebedarf auch die soziale Abhängigkeit zunimmt, ist dies insbesondere bezüglich der Menschen mit hohem Hilfebedarf problematisch: Gerade bei hoher sozialer Abhängigkeit wäre das Wissen um Interessenvertretungen ein wesentlicher Faktor für das Erleben von Kontrolle in der eigenen Lebenssituation.
- Insgesamt entsteht der Eindruck, dass insbesondere formalisierte Mitbestimmungsmöglichkeiten (Interessenvertretung, Beschwerdemöglichkeiten, Hilfeplankonferenzen) fester im Alltag verankert werden könnten.

Unterstützung im Alltag und Rolle der Mitarbeiter

- Die Ergebnisse der Nutzerbefragung weisen darauf hin, dass die direkten Mitarbeiter vor Ort weiterhin in fast allen Bereichen die Hauptansprechpartner sind. Ihre Bedeutung nimmt nur dann deutlich ab, wenn Aufgaben verlässlich von anderen Funktionsträgern (Pflegedienst, gesetzliche Betreuung) übernommen werden. Die Ergebnisse der Netzwerkanalysen fallen grundsätzlich ähnlich aus, verdeutlichen aber, dass dies für den Bereich der emotionalen Unterstützung nicht in diesem Ausmaß gilt. Zudem zeigen sie, dass das subjektive Erleben nicht zwingend eines ist, das die Angewiesenheit auf Hilfen beinhaltet.
- Neben den Mitarbeitern – in der Bedeutung aber deutlich dahinter – leisten Angehörige und Mitbewohner Unterstützung im Alltag. Die Einbindung von freiwilligen Helfern ist eher die Ausnahme.
- Sowohl der qualitative als auch der quantitative Umfang der Hilfen wird in Mitarbeiter- und Angehörigenbefragung kritisch eingeschätzt (Werte jeweils bei ca. 50%). Die Mitarbeiter beschreiben ein Defizit v. a. in hauswirtschaftlichen und psychotherapeutischen Hilfen. Zudem wird auch die finanzielle Situation von knapp der Hälfte der Befragten als nicht hinreichend eingeschätzt.

- Vor dem Hintergrund eines Verständnisses, das Hilfeplanung als zentrale Schaltstelle in der Erbringung personenzentrierter Leistungen versteht, ist ihre eindeutige Bekanntheit bei ca. 66% der Befragten eher niedrig. Zudem kommt es hier zu massiven Schwankungen zwischen den Leistungsformen (zwischen 35%-75%). Die Anlage der Untersuchung legt dabei nahe, dass hier ein Artefakt unterschiedlicher Praktiken und Traditionen bei Trägern zum Ausdruck kommt.

Veränderungen durch die Ambulantisierung

- Sowohl die qualitativen als auch die quantitativen Erhebungsschritte beschreiben einen Zuwachs an Selbständigkeit und Selbstbestimmung bei den Nutzern. Vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Hilfebedarfsgruppen in den unterschiedlichen Settings (vgl. 3.1) ist jedoch zu fragen, ob dieser Effekt für den gesamten Personenkreis gilt oder ob die Gefahr eines »Abhängeffekts« insbesondere zu den stationären Einrichtungen besteht.
- Die qualitativen Erhebungsschritte beschreiben zudem neben den größeren Chancen (auf Selbständigkeit und Selbstbestimmung) aber auch eine höhere Verantwortung für die eigene Lebensführung. Der Auszug aus der stationären »Vollversorgung« beinhaltet zudem auch immer ein gewisses Risiko des Scheiterns. In diesem Sinne können die Auswirkungen der Ambulantisierung als eine riskante Chance gefasst werden⁴⁴.

Ob diese Chancen eigentlich für alle Nutzer gelten oder ob es Besonderheiten in der Unterstützung von Menschen mit hohem Hilfebedarf gibt, soll im nächsten Abschnitt behandelt werden.

4.2 Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf⁴⁵

Die Problematik, für die Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf im Rahmen der Ambulantisierung geeignete Angebote zu finden, war den Beteiligten am Prozess durchaus bewusst. So enthält das Konsenspapier II eine Passage, die sich explizit auf den Personenkreis bezieht und darauf verweist, dass die Rahmenbedingungen der Eingliederungshilfe verbesserungsbedürftig sind:

„Für die Akzeptanz und den Erfolg des ambulant betreuten Wohnens ist das Bedarfsdeckungsprinzip von ganz entscheidender Bedeutung. Das gilt auch für Menschen, die einen hohen Hilfebedarf (Bedarfsgruppen 4 und 5) haben. Dafür sind die Rahmenbedingungen so zu verbessern, dass auch sie verstärkt am Hamburger Ambulantisierungsprogramm teilnehmen können“ (Hamburger LAG, AGfW et al. 2010, 2).

⁴⁴ Der Begriff der »riskanten Chance« wurde von Thimm unter Bezugnahme auf Keupp verwendet, um gesellschaftliche Individualisierungsprozesse zu beschreiben: Mit den erhöhten Chancen geht eine Abnahme an Schutzmechanismen und damit auch ein erhöhtes Risiko einher (Thimm 2001, 354). Vor diesem Hintergrund schreibt sich das Ambulantisierungsprogramm in gesellschaftliche Modernisierungs- und Individualisierungsprozesse ein, die auch in anderen Lebensbereichen Wirkung entfalten (z. B. in Bildungsprozessen).

⁴⁵ Der Begriff »Menschen mit hohem Hilfebedarf« ist nicht eindeutig definiert (ebenso wie die verwandten Begriffe schwere/schwerste oder Mehrfachbehinderung). Aus pragmatischen Gründen wird die Personengruppe hier mit denjenigen Nutzern gleichgesetzt, die in die Hilfebedarfsgruppen 4 oder 5 eingruppiert sind. Ob die Personengruppen »Menschen mit schwerster Behinderung« und »Menschen mit hohem Hilfebedarf« wirklich deckungsgleich sind, ist damit jedoch nicht gesagt.

Im Rahmen der Evaluation konnte die Untersuchung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung dennoch nicht in dem Ausmaß erfolgen, in dem es wünschenswert gewesen wäre. Das hatte v. a. finanzielle Gründe, eine umfassende Analyse hätte vertiefende Einzelfallstudien erfordert, die sich in einer Mischung aus Experteninterviews, teilnehmenden Beobachtungen und Netzwerkanalysen der Lebenssituation der Menschen genähert hätten. Dennoch war die Lebenssituation des Personenkreises und ihre Präsenz in den ambulantiserten Angeboten an verschiedenen Stellen der Auswertung Thema:

1. Die *Vorerhebung* bietet auf quantitativer Ebene Hinweise darauf, ob es gelungen ist, Menschen mit hohem Hilfebedarf auch in den neuen Angebotsformen zu unterstützen.
2. Die *Interviews mit den Trägervetretern* befassen sich explizit mit der Frage nach der Situation der Menschen mit hohem Hilfebedarf.
3. Es wurden qualitative Experteninterviews zu den Unterstützungsstrukturen für Menschen mit hohem Hilfebedarf geführt. Sie beziehen sich im Kern auf die *Angebotsstruktur* und die mit der Unterstützung des Personenkreises verbundenen *Anforderungen*⁴⁶.

In der Analyse zeigt sich, dass im Zusammenhang mit der Unterstützung der Zielgruppe nicht so sehr neue oder eigene Herausforderungen entstehen. Vielmehr treten die Fragen und Herausforderungen, die sich grundsätzlich in Unterstützungssettings stellen, kulminiert und verschärft hervor. Es handelt sich dabei um Fragen nach

- auskömmlicher Finanzierung der Leistungen;
- spezialisierten Angeboten, um bestimmten Problemlagen gerecht zu werden vs. »Sondersysteme in Sondersystemen«;
- Kooperation und Koordination mit anderen Dienstleistern (z. B. Pflege) sowie Angehörigen und gesetzlichen Betreuern;
- der zentralen Rolle der Mitarbeiter im Leben der Nutzer;
- der Suche nach angemessenem Wohnraum sowie damit verbundene Wartezeiten sowie
- dem Unterschied zwischen ambulanten und stationären Leistungen.

In diesem Sinne lässt sich die Analyse der Unterstützungssituation von Menschen mit hohem Hilfebedarf als eine analytische Verdichtung lesen. An dieser lassen sich fast alle Herausforderungen ablesen, denen im Zusammenhang mit der Ambulantisierung begegnet werden musste und muss. Wie unter dem sprichwörtlichen Brennglas treten die Herausforderungen für das Hilfesystem dabei hervor.

Die Erhebungen im Rahmen der Evaluation geben Hinweise darauf, inwiefern die Einbindung von Menschen mit hohem Hilfebedarf in die ambulanten Angebote quantitativ und qualitativ geglückt ist. Im ersten Schritt werden im Folgenden die quantitativen Aspekte beleuchtet, danach werden qualitative Fragen (nach Angebotsstrukturen, Leistungsvereinbarungen, Kooperation etc.) aufgenommen, bevor Einschätzungen und Bewertungen durch die Interviewpartner dargestellt werden.

⁴⁶ Grundsätzlich wären auch die Daten aus der Nutzerbefragung hier zugänglich, allerdings ist die Personengruppe in der Nutzerbefragung deutlich unterrepräsentiert (N=19). Eine eigenständige Analyse für diese Gruppe scheidet daher aus.

4.2.1 Quantitative Aspekte

Aus der *Vorerhebung zur Platzzahlentwicklung* lassen sich zumindest Hinweise auf die Präsenz der Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf in den ambulantiserten Angeboten ableiten. Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass die vorliegenden Daten lediglich die formale Leistungsbewilligung abbilden. Die Frage, ob dies z. B. im Rahmen einer Hausgemeinschaft geschieht, lässt sich auf der vorliegenden Datengrundlage nicht differenzieren.

		HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5	Ohne	Gesamt
stationär	N	1	87	649	800	85	1	1621
	In %	0,03%	5,36%	40%	49,31%	5,24%	0,06%	100%
AWG/AAH	N	13	205	367	83	1	0	670
	In %	1,97%	30,6%	54,97%	12,3%	0,15%	0	100%

Tabelle 68: Bewilligungen stationäre Hilfen/ambulantierte Formen 2011 (aufgeschlüsselt nach HBGs – eigene Erhebung)

Für das Jahr 2011 lässt sich zeigen, dass Menschen mit hohem Hilfebedarf deutlich häufiger im Rahmen stationärer Angebote unterstützt wurden. Hier stellen sie mit knapp 55% mehr als die Hälfte der Nutzer, im Rahmen von AWG/AAH-Leistungen sind sie hingegen mit lediglich knapp 13% vertreten. Eine Differenzierung in AWG- und AAH-Leistungen zeigt dabei kaum Unterschiede:

	HBG 1	HBG 2	HBG 3	HBG 4	HBG 5	Ohne
AAH	2,7%	32,5%	53,5%	11,3%	0%	0%
AWG	1,1%	28,3%	56,8%	13,5%	0,3%	0%

Tabelle 69: Bewilligungen AWG/AAH 2011 (aufgeschlüsselt nach HBGs)

Diese Zahlen lassen sich nun zu den Einschätzungen aus den Trägerinterviews in Beziehung setzen: Bei Dienstleistern, die mit einer AWG-Leistungsvereinbarung tätig sind, wird davon ausgegangen, dass die Nutzer in den Bedarfsgruppen 2 und 3 die primäre Zielgruppe der AWG-Leistungen bilden (TV6, 58; TV7, 30). Es sind zwar auch Menschen, die in die HBG 4 eingruppiert sind, in neue Angebote gezogen (TV3, 31), ein konkretes Beispiel verweist jedoch darauf, dass lediglich ein geringer Pflegebedarf vorliegt und die betreffende Person nachts alleine sein kann (TV2, 88).

Dienstleister, die unter einer AAH-Leistungsvereinbarung operieren, sind in ihren Einschätzungen optimistischer: Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass diese Leistungsver-

einbarung auch die Unterstützung bei hohem Hilfebedarf ermöglichen würde (TV1, 63-65) und dass dies auch in den neu geschaffenen Angeboten passiert – wenn auch in einem geringeren Maße (TV5, 38). Die Zahlen aus der Vorerhebung legen die Vermutung nahe, dass diese Einbindung in die neuen Angebote v. a. im Rahmen von Hausgemeinschaften erfolgt und die Menschen mit hohem Hilfebedarf oft im stationären Teil des Angebots unterstützt werden.

Im Kern zeigt sich, dass durch die Ambulantisierung ein Differenzierungsprozess stattgefunden hat, der aus einem zweistufigen System (PBA/WA-Leistung oder stationäre Leistung) ein dreistufiges System gemacht hat (PBW/WA-Leistung, AAH/AWG oder stationäre Leistung)⁴⁷. Mit dieser Unterteilung geht aber eine Zuordnung nach der Quantität des Bedarfs einher (TV7, 42). Das hat Folgen für die stationären Einrichtungen:

„[W]ir können schon feststellen, dass die stationären Wohngruppen [...] jetzt vermehrt Menschen mit höheren Hilfebedarfen oder Menschen mit schwierigem Verhalten haben und die Mitarbeiter das sehr wohl registrieren und der Effekt auch immer dann auftritt, wenn jemand aus der Wohngruppe, der sich jetzt schon ein Stück weit verselbständigt hat, auszieht. Mit Sicherheit zieht kein so selbstständiger Mensch wieder nach, sondern es wird dann jemand einziehen, der einen hohen Hilfebedarf hat. Ob der dann jemals wieder zu verselbständigen ist, wissen wir noch nicht. Aber der Effekt ist in der Tat so, dass wir aufpassen müssen, dass die stationären Wohngruppen deswegen jetzt nicht handlungsunfähig werden“ (TV7, 42).

Es steht dabei durchaus in Frage, ob durch diese Entwicklung Lebensbedingungen in den stationären Einrichtungen geschaffen werden, die nicht mehr den Zielvorstellungen von selbstbestimmter und umfassender Teilhabe entsprechen (TV6, 118). Hierbei werden – sowohl was die stationären als auch die ambulanten Einzelsettings betrifft – Fragen nach Einsamkeit und sozialen Kontakten im Alltag aufgeworfen (TV6, 62). Dass es sich hierbei um eine durchaus handfeste Problematik handelt, zeigen die Zahlen aus der Nutzerbefragung: »Freunde außerhalb des Wohnhauses« haben in den HBGs 1-3 zwischen 56-80% der Befragten. In der HBG 4 sind es lediglich 31,6% (vgl. 4.1.1.2).

Insgesamt zeigt sich, dass für fast alle Gesprächspartner im Rahmen der Trägerinterviews die Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf eine ist, bei der es an Angeboten fehlt. Das betrifft insbesondere die Personengruppe der Menschen mit herausforderndem Verhalten, die den Alltag in den Angeboten sehr deutlich prägen können (TV6, 112-114).

Es wird die Gefahr gesehen, dass die Entwicklungen an ihnen vorbei verlaufen und in Zukunft ausschließlich diese Personengruppe in den stationären Einrichtungen verbleibt (TV6, 118) kommt. Die Zahlen aus der Vorerhebung weisen darauf hin, dass es Entwicklungen in genau diese Richtung gibt. Insbesondere im Zusammenhang mit Körperbehinderungen wird zudem die Sorge geäußert, dass die Menschen in Zukunft in primär Pflegeheimen leben werden (TV1, 194; TV3, 133).

Zumindest bei einem der Dienstleister sind die Hausgemeinschaften explizit ins Leben gerufen worden, um zu verhindern, dass die Menschen in stationären Bezügen von den aktuellen Entwicklungen abgeschnitten werden (TV7, 8). Allerdings waren diese – zumindest zum

⁴⁷ Sofern man die Hausgemeinschaften als eigene Form zählt, könnte man auch von einem vierstufigen System ausgehen.

Zeitpunkt der Trägerinterviews – noch nicht verbreitet genug, um dem oben beschriebenen Effekt spürbar entgegenzuwirken (TV7, 80).

Es ist nur in begrenztem Ausmaß gelungen, Menschen mit hohem Hilfebedarf im Rahmen ambulanter Angebote zu unterstützen (mit der Einschränkung, dass die Daten keine Informationen zu Hausgemeinschaften bieten). Das hat spürbare Auswirkungen auf die stationären Einrichtungen, in denen die Menschen mit hohem Hilfebedarf mittlerweile die Mehrheit der Nutzer stellen. Es droht die Gefahr, dass die stationären Angebote in Zukunft ausschließlich für diesen Personenkreis zuständig sind.

4.2.2 Bedingungen für ambulantes Wohnen bei hohem Hilfebedarf

Stellt man die Frage, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit auch ambulante Angebote ausgebracht werden können, lassen sich *finanzielle*, *organisatorische* und *räumliche* Bedingungen unterscheiden. Zudem sind Fragen nach den Möglichkeiten zum *Wechsel zwischen den Leistungsformen* sowie die Frage der *Zielgruppe* des Angebots relevant.

4.2.2.1 Finanzielle Bedingungen

Die Interviewpartner machen deutlich, dass eines der zentralen Hindernisse in der Unterstützung von Menschen mit hohem Hilfebedarf in ambulanten Settings die finanziellen Ressourcen und die unterschiedlichen Zuständigkeiten sind, um eine hinreichende Personalausstattung zu ermöglichen (L1, 121, L2, 70; auch TV1, 70-72; TV7, 30). Wenn die Finanzierung auskömmlich ist, dann ist eine gute Unterstützung *grundsätzlich* möglich, insbesondere im Rahmen der Hausgemeinschaften (TV1, 70-72; TV7, 30). Zumindest unter den Bedingungen einer AWG-Leistungsvereinbarung kommt es dabei auch zu Konflikten hinsichtlich Zuständigkeit, Kostenübernahme und Qualitätskriterien. Diese Konflikte wirken sich negativ auf die Lebenssituation der Nutzer aus (TV6, 118).

Unter den *aktuellen* Bedingungen einer AWG-Leistungsvereinbarung ist eine ambulante Betreuung auch grundsätzlich nur für Nutzer geeignet, die keine nächtliche Betreuung benötigen und sich auch im Laufe des Tages für einige Stunden ohne professionelle Hilfe sicher fühlen (TV6, 58). Dabei steht zumindest für einige Interviewpartner auch die Frage im Raum, inwieweit die Unterstützung im aktuellen Setting zu verantworten ist, wenn diese eine potenzielle Gefährdung für den Nutzer beinhaltet (L4, 27, auch L3, 100). Insbesondere in kleinen Angeboten werden dabei die Selbstbestimmung und Autonomie der Nutzer auf der einen und ihre Sicherheit auf der anderen Seite gegeneinander abgewogen (L4, 95).

Die personelle Besetzung in den Angeboten zieht eine relativ enge »Taktung« des Alltags nach sich, die Grenzen in der Unterstützung setzt – eine Problematik, die sich tendenziell verschärft, wenn auch die Pflegeleistungen durch den Dienstleister der Eingliederungshilfe erbracht werden (L3, 70). So können z. B. nicht alle Menschen mit hohem Hilfebedarf gleichzeitig an einer Aktivität teilnehmen (L2, 89/105)⁴⁸. Über die konkrete Gestaltung des Alltags

⁴⁸ Die aus fachlicher Perspektive durchaus unterstützenswerte Ablösung der Tradition, Aktivitäten in der Gesamtgruppe durchzuführen, erscheint vor diesem Hintergrund eher als organisatorische Notwendigkeit und

hinaus heißt dies aber auch, dass die »Plätze« für Menschen mit hohem Hilfebedarf in den Angeboten strukturell begrenzt sind:

„[A]ls die Gruppenzusammensetzung noch anders war [...], konnte man auch bezüglich Platzbesetzung ein bisschen lockerer gucken. Das können wir uns jetzt nicht mehr leisten. Ich meine wir können, ich kann gucken: Was habe ich an Personal? Was können wir überhaupt noch leisten? Und danach muss ich dann gucken: Wer kann hier einziehen?“ (L2, 101).

Neben der grundlegenden Frage finanzieller Ressourcen, um die Unterstützung von Menschen mit hohem Hilfebedarf zu ermöglichen, zeigt sich, dass die Plätze in den konkreten Angeboten für den Personenkreis strukturell begrenzt sind. Es kommt nach Einschätzung der Interviewpartner – trotz Eingruppierung in und Finanzierung nach Hilfebedarfsgruppen – in den einzelnen Angeboten zu Entscheidungen, die sich (auch) auf die Gruppenzusammensetzung beziehen und weniger auf den individuellen Unterstützungsbedarf.

4.2.2.2 Organisatorische Bedingungen

Grundsätzlich lassen sich drei Varianten in der Unterstützung von Menschen mit hohem Hilfebedarf differenzieren, die sich durch den Grad der Spezialisierung unterscheiden lassen:

1. Die Nutzer werden im Rahmen eines regulären AWG- oder AAH- Angebots unterstützt (L4, 5/11).
2. Nutzer mit unterschiedlich hohem Hilfebedarf leben gemeinsam in Hausgemeinschaften. Es findet eine organisatorische Trennung zwischen AWG-/AAH- und stationären Leistungen statt (TV7, 8). Es gibt zumindest Hinweise darauf, dass durch die Unterteilung der Kontakt zwischen den Nutzern der verschiedenen Leistungsformen abnimmt (L2, 124).
3. Es gibt ein spezielles Angebot für einen bestimmten Personenkreis, in dem ausschließlich Menschen mit hohem Hilfebedarf unterstützt werden – hier v. a. Im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und sog. herausforderndem Verhalten (L1, 13, vgl. 4.2.2.5).

In den Varianten 2 und 3 kommt es dabei zu einer *Bündelung von Ressourcen*, um ein zeitlich umfassendes Angebot realisieren zu können. Die Trägerinterviews verdeutlichen, dass diese Bündelung eines der zentralen Elemente ist: In kleineren Wohneinheiten ist nur eine punktuelle Betreuung (z. B. nachmittags und am Wochenende) möglich. TV1 geht von einer Größe von ca. 20 Personen aufwärts aus, um ein Angebot zu realisieren, in dem auch Menschen mit hohem Hilfebedarf mit unterstützt werden können (TV1, 65-70, Ressourcenbündelung auch TV2, 88; TV3, 35-37). Von diesen ist knapp die Hälfte der Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf zugeordnet (L2, 6; L3, 7-11). Das spezialisierte Angebot bietet Platz für 10 Personen (L1, 31).

Konkret heißt diese Ressourcenbündelung, dass in diesen Angeboten Frühdienste und Nachtbereitschaften vorgehalten werden können (L2, 114; L3, 27) – bis hin zu einer 24-Stunden-Unterstützung (L1, 25). Es zeigt sich, dass die Frage der Nachtbereitschaft oft diejenige ist, an der sich entscheidet, ob die Unterstützung im ambulanten Setting möglich ist (TV2, 88;

weniger als Teil eines pädagogischen Konzepts (L2, 95).

TV6, 58; TV7, 30). Im Erleben der Nutzer ist dies auch eine Frage danach, wie sicher sie sich in einem Angebot fühlen und inwieweit der Dienstleister ihnen diese Sicherheit – über Anwesenheit von Personal – garantieren kann (TV6, 58). Allerdings kann diese Betriebsgröße auch im Verbund mehrerer Angebote erreicht werden: Zusätzlich zu ambulanten Angeboten gibt es in einem Fall eine stationäre Wohnanlage in der Nähe, über die Nachtbereitschaftsdienste abgedeckt werden können sowie einen Treffpunkt, der als zusätzlicher Anlaufpunkt im Alltag dient. Insbesondere für Menschen mit eher psychischen Erkrankungen bieten diese Varianten mehr Möglichkeiten zum regelmäßigen Kontakt im Alltag (TV3, 35; auch L4, 17).

Die Konzeption der Hausgemeinschaften bietet dabei verschiedene Vorteile: Zum einen kann die Nachtbereitschaft des stationären Bereichs als Notfall-Ansprechpartner für die ambulanten Angebote agieren (L2, 16), zum anderen lassen sich Dienste kombinieren, so dass Leerlaufzeiten vermieden werden können (L2, 118). Zudem bietet sich die Möglichkeit, Angebote für (Teil-)Gruppen zu machen (L2, 87). Eine Unterstützung in diesem zeitlichen Ausmaß ist im Rahmen eines »regulären« AWG-Angebots nicht zu leisten. Unterstützung in der Nacht wird hier i. d. R. über eine Notrufnummer sichergestellt (TV6, 58).

Die Ressourcenbündelung zieht nun eine gewisse Betriebsgröße nach sich – sowohl was das Angebot selbst betrifft als i. d. R. auch den Dienstleister, der es ausbringt. »Kleinere« Dienstleister stehen vor der Problematik, dass sie eben keine Ressourcenbündelung in dieser Größenordnung vornehmen können (oder wollen), sondern eher »klassische« AWG-Angebote ausbringen (TV2, 88; TV4, 31-33/102). Diese Betriebsgröße hat zudem Folgen auf der organisatorischen Ebene: Trotz der Tatsache, dass Dienstleister und Vermieter formal getrennt sind, kann es dazu kommen, dass Angelegenheiten, die streng genommen Mietersache wären, über den Träger geregelt werden (L1, 75-77), z. B. Vorkehrungen in der Hauseinrichtung (verstärkte Gardinenstangen) oder kleinere Reparaturen (verstopfte Toiletten). Außerdem stellt sich die Frage nach Neuanschaffungen hier besonders deutlich: Zum einen sind die Kosten dafür höher als in anderen Zusammenhängen, zum anderen müssen im Rahmen tagesstrukturierender Maßnahmen Materialien angeschafft werden (vgl. 4.2.2.5). Der Träger hat sich in diesem Fall dazu entschlossen, diese Kosten nicht auf die Nutzer oder Angehörigen umzulegen (L1, 123).

Darüber hinaus muss es in den Räumlichkeiten Möglichkeiten geben, Akten aufzubewahren, Geld einzuschließen etc. Da es aber in den privaten Wohnräumen der Mieter kein Mitarbeiterbüro geben darf, werden die Unterlagen z. B. in einem Sicherheitsschrank im Flur verwahrt. Zusätzlich gibt es durch die Nutzer die Erlaubnis, eines der Wohnzimmer zu nutzen, um Gelder auszuzahlen oder Dokumentationen auszufüllen (L2, 132)⁴⁹. Zudem steigt die Anzahl der beteiligten Akteure und Dienstleister, was die Anforderungen an Kommunikation und Kooperation nach innen und außen erhöht (L1, 121). In kleineren nicht-spezialisierten Angeboten stellen sich diese Herausforderungen so nicht, es zeigt sich aber, dass die Gefahr besteht, dass die Nutzer mit hohem Hilfebedarf im Alltagsgeschäft »zu kurz« kommen können (L4, 93).

⁴⁹ In Angeboten, die nicht spezialisiert auf die Personengruppe Menschen mit hohem Hilfebedarf ausgerichtet sind, ist es z. T. eher üblich, dass ein Mitarbeiterbüro im Erdgeschoss des Hauses angesiedelt ist und die Mitarbeiter keinen eigenen Zugang zu den Wohnungen der Mieter haben (L4, 5).

Die Betriebsgröße muss jedoch nicht zwingend ein Nachteil sein: Kleine Wohngemeinschaften leben von einem sehr engen Miteinander, das auch nicht für alle Menschen die richtige Form bietet. Ein etwas größeres Setting bietet die Gelegenheit, sich im Alltag zwischen verschiedenen Settings zu bewegen und somit immer wieder in Kontakt zu treten, ohne diesen über einen langen Zeitraum am Stück aushalten zu müssen (TV6, 58).

Für die Nutzer führt die Betriebsgröße jedoch oft zu einer Einschränkung der Wahlmöglichkeiten, weil a) für sie verstärkt nur Angebote ab einer gewissen Betriebsgröße in Frage kommen und diese b) nur von einem Teil der Dienstleister ausgebracht werden. Zudem zeigt sich, dass diese spezialisierten und gebündelten Angebote in der Anlaufphase wesentlich längere Vorlaufzeiten brauchen als kleinere Angebote, was auf Seiten der Nutzer mit längeren Wartezeiten verbunden ist (TV7, 8).

Angebote für Menschen mit hohem Hilfebedarf operieren i. d. R. mit einer Bündelung von Ressourcen, um ein umfassendes Angebot zu ermöglichen. Das betrifft insbesondere die Nachtbereitschaft, an der sich oft entscheidet, ob ein ambulantes Setting in Frage kommt. Mit der Ressourcenbündelung geht aber a) eine gewisse Betriebsgröße und b) ein Grad an Organisation einher, der mit dem Anspruch, privaten Wohnraum anzubieten in Konflikt geraten kann.

Für die Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf bedeutet dies eine Einschränkung an Wahlmöglichkeiten, weil Angebote dieser Art a) nicht von allen Dienstleistern ausgebracht werden und b) bei den jeweiligen Dienstleistern auch nicht alle die notwendige Betriebsgröße erreichen.

4.2.2.3 Räumliche Bedingungen

Grundsätzlich zeigt sich, dass der Einfluss räumlicher Bedingungen auf das Hilfesetting mit dem Hilfebedarf steigt: In Bezug auf Körperbehinderung muss der Wohnraum z. B. Ansprüchen an Barrierefreiheit genügen (L4, 41). Aber auch für Menschen mit »auffälligem Verhalten« muss der Wohnraum angemessen sein, so dass kleinere Umbauten nötig werden können (L1, 117). Die Frage des geeigneten Settings hängt hier also stärker als in anderen Bereichen von Ausstattung und Lage des Wohnhauses ab (TV2, 92; TV3, 35).

Drei der untersuchten Angebote sind in regulären innerstädtischen Wohngebieten angesiedelt, die großstädtische Infrastruktur mit ihren Versorgungsmöglichkeiten wird dabei als positiv eingeschätzt (L3, 84). Dennoch bringt die relativ enge Bebauung in Kombination mit der Lautstärke einiger Nutzer nach wie vor Konfliktpotenzial mit sich (L3, 112). An einem früheren Standort kam es bei einem der Dienstleister zu Konflikten mit der Nachbarschaft bis hin zu einer Bürgerinitiative gegen einen Ausbau der Einrichtung auf dem Gelände. Diese Erfahrungen haben den Dienstleister dazu bewogen, ein spezielles Angebot für Menschen mit herausforderndem Verhalten am Stadtrand in einem eher abgeschieden gelegenen Bau ohne unmittelbare Nachbarn anzusiedeln (L1, 7-13, als mögliche Alternative zum vorhandenen Angebot auch thematisiert bei L3, 112).

Im Hinblick auf die inneren *Räumlichkeiten* unterscheiden sich die Angebote: Eines ist als Groß-WG mit zwei Gemeinschaftsräumen angelegt. Diese Gemeinschaftsräume sind von den Privaträumen der Mieter unterschieden, die eher den Charakter von Rückzugsräumen haben

(L1, 19-21). In einer der Hausgemeinschaften wird explizit genannt, dass die räumlichen Bedingungen unabhängig von der Leistungsform gleich sind: Jede Wohngemeinschaft ist mit drei Bädern, Küche und Wohnzimmer ausgestattet (L3, 15).

Auch auf räumlicher Ebene zieht die Betriebsgröße der Angebote Folgen nach sich: Die Wohnungen müssen – selbst wenn sie nicht als Wohngruppe oder -gemeinschaft konstituiert sind – in relativer räumlicher Nähe liegen, damit Wegzeiten möglichst kurz gehalten werden können (TV1, 67). Mit steigendem Hilfebedarf verlagert sich Wohnort dann tendenziell in Richtung einer Hausgemeinschaft – und eventuell in deren stationären Teil (TV5, 46).

Mit dem Hilfebedarf steigen auch die Anforderungen an den Wohnraum (Barrierefreiheit, Lage etc.). Auch dies kann auf Seiten der Nutzer verlängerte Wartezeiten nach sich ziehen. Zudem zeigt sich, dass – wenn es um »herausforderndes« oder ungewöhnliches Verhalten geht – die Aufnahmebereitschaft in den Stadtteilen nicht fraglos vorausgesetzt werden kann.

4.2.2.4 Wechsel zwischen Leistungsformen

Für die Frage, ob für Menschen mit hohem Hilfebedarf auch ambulante Settings in Frage kommen, ist die Durchlässigkeit des Hilfesystems von immenser Bedeutung. Je nachdem, wie langwierig es ist, in der einen oder anderen Richtung zu wechseln, kann die Entscheidung für oder gegen ein ambulantes Setting fallen:

- *ambulant* → *stationär*: Gründe für einen Umzug liegen hier i. d. R. in einer Erhöhung des Hilfebedarfs (L2, 73; L4, 79). In einem Fall wird dabei sehr deutlich von der Problematik berichtet, die damit einhergeht: Der Wechsel ist mit Wartezeiten verbunden, im konkreten Fall von über einem Jahr (L2, 73). Das macht es grundsätzlich für Mitarbeiter schwieriger, Betroffene und Angehörige von einem Umzug in eine ambulante Wohnform zu überzeugen (L2, 142). Eine Umwandlung des Wohnplatzes von einem ambulanten Angebot in einen Teil der stationären WG ist nur unter der AAH-Leistungsvereinbarung möglich, an vielen Stellen ist die Rückkehr ins stationäre Setting also mindestens mit einem Umzug innerhalb des Angebots verbunden. Dazu braucht es aber frei Plätze, was selten der Fall ist (L2, 75; L3, 42).
- *stationär* → *ambulant*: Dieser Wechsel kann scheinbar weniger problematisch vollzogen werden. Sofern ein ambulanter Wohnplatz frei ist, kann der Umzug realisiert werden. In Hausgemeinschaften ist zwar z. T. auch ein interner Umzug nötig, allerdings bleiben Wohnumfeld und Bezugspersonen bestehen (L2, 16; L3, 36). Damit zeigt sich insgesamt ein Vorteil im Modell der Hausgemeinschaften. *Gründe* für einen Umzug liegen hier i. d. R. in der Selbständigkeit der Person, die so weiter gefördert werden kann (L4, 46).

Beim Wechsel zwischen den Leistungsformen ist auffällig, dass der Wechsel vom ambulanten zurück in ein stationäres Setting weitaus problematischer ist, als umgekehrt und hier mit längeren Wartezeiten gerechnet werden muss. Das erschwert es Betroffenen und Angehörigen, sich auf die neuen Angebote einzulassen.

4.2.2.5 Zielgruppe

Wie sich insbesondere in den Experteninterviews zeigte, sind Fragen nach den Bedingungen für ambulantes Wohnen nicht unabhängig von der Zielgruppe des jeweiligen Angebots zu beantworten. Dabei ist in erster Linie zu klären, wodurch sich der »hohen Hilfebedarf« im Alltag konkret auszeichnet. Hierbei handelt es sich oft um ein Zusammenspiel unterschiedlicher Merkmale, z. B. einer geistigen Behinderung in Verbindung mit »herausforderndem Verhalten«, was im Alltag eine gewisse Lautstärke sowie fremd- oder autoaggressives Verhalten nach sich ziehen kann (L1, 23).

In einem anderen Angebot stehen weniger psychische, sondern eher körperliche Problemlagen im Vordergrund:

„Menschen, die anfallskrank sind, deshalb nicht alleine sein können. Menschen, die nicht verkehrssicher sind oder aufgrund einer körperlichen und geistigen Behinderung nicht alleine raus gehen können oder dürfen. Sprich: wir haben auch eine blinde Bewohnerin, wir haben zwei Rollstuhlfahrerinnen, einen Mann, der sehr stark sturzgefährdet ist und immer untergehakt werden muss. Also wir haben schon einige Bewohner, speziell in der stationären Gruppe, die nicht alleine das Haus verlassen können“ (L2, 6).

In der Praxis treten diese Merkmale oft in Kombination miteinander auf bzw. lassen sich nicht immer eindeutig trennen (TV4, 102-108; TV3, 133). Es lässt sich aber analytisch eine grobe Typologie erstellen, die sich aus folgenden Elementen zusammensetzt⁵⁰:

- a) psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie, Wahrnehmungsstörungen, zwanghaftem oder (auto-)aggressivem Verhalten (L1, 23; L3, 84/96; L4, 9; TV7, 80). Bei einem der Angebote kommt hinzu, dass einige Nutzer hospitalisiert sind (L3, 36).
- b) besonderen Behinderungsbildern wie z. B. Autismus (L1, 23; L4, 9).
- c) Einschränkungen der Kommunikation bei verbal nicht oder nur eingeschränkt sprechenden Menschen (L1, 23; L2, 20-22). Handelt es sich um ein spezialisiertes Angebot, kann das dazu führen, dass dies für die Mehrzahl der Nutzer gilt (L2, 20).
- d) Sinnes- oder Körperbehinderungen oder Erkrankungen, die sich körperlich auswirken, z. B. Blindheit, Epilepsie, Querschnittslähmung (alle L2, 6; ergänzend L1, 29; L4, 27).
- e) altersbedingte Erkrankungen wie z. B. Demenz (TV3, 133).

Über Fragen der konkreten Unterstützung im Alltag hinaus können »Doppeldiagnosen« auch dazu führen, dass – je nachdem, welcher Aspekt gerade im Vordergrund steht – der Zugang zu bestimmten Hilfen erschwert oder gar verwehrt wird (TV1, 196).

Die verschiedenen Ausformungen des Hilfebedarfs haben dann – je nach Zielgruppe leicht unterschiedliche – Auswirkungen im Alltag. Diese lassen sich zusammenfassen als

- Anforderung einer *erhöhten Präsenz*, wenn sehr häufig bis hin zu ständig die Anwesenheit von Mitarbeitern notwendig ist (L2, 16). Diese Präsenz kann die Form *physischer Unterstützung* annehmen, z. B. beim Gehen unterhaken (L2, 6) oder akute Hilfe

⁵⁰ Bei den Beschreibungen der Zielgruppe stehen insgesamt defizitäre Zuschreibungen in Bezug auf Körper, Sprache/Kommunikation und Verhalten im Vordergrund. Sehr ähnliche Formulierungen lassen sich auch in anderen Untersuchungen aufzeigen (Franz 2014). Diese defizitäre Sichtweise ist jedoch bereits im Begriff »Hilfebedarf/hoher Hilfebedarf« angelegt. Zudem lassen sich auch andere Beschreibungen ausmachen, die eher ressourcenorientierte Perspektiven eröffnen (vgl. 4.2.3).

bei epileptischen Anfällen (L4, 27). Sie kann aber auch in *psychosozialer* Form erfolgen, von

- regelmäßigem Kontakt und Kriseninterventionen (L3, 64; L4, 27) über
- eine enge Begleitung, um z. B. Krankheitsschübe frühzeitig zu erkennen (L3, 70) bis hin zu
- einer starken Strukturierung des Alltags (L1, 97; L4, 27/95). Diese kann in einer Form erfolgen, die bei Menschen mit geringerem Hilfebedarf als unangemessen eingestuft würde, da sie faktisch eine Einschränkung der Autonomie darstellt (L1, 97; vgl. 4.2.3.2).
- *Einschränkungen in der Mobilität*, die durch Assistenz ausgeglichen werden müssen, sei es ganz konkret im Sinne einer Mobilisierung, die auch der Erhaltung vorhandener Fähigkeiten dienen kann (L3, 76/90) oder als Unterstützung und Begleitung bei Aktivitäten durch einen Bus-Service (L2, 81).
- einer veränderten *Tagesstruktur*: Bei Angeboten, in denen eher psychische Erkrankungen im Vordergrund stehen, kommt es dazu, dass ein Teil der Nutzer nicht (regelmäßig) in der WfbM/TaFö unterstützt wird, sondern auch tagsüber zu Hause ist. Für die Nutzer existieren tagesstrukturierende Angebote innerhalb des Wohnangebots (L1, 23-25; L4, 49). In der Gestaltung des Alltags muss insgesamt darauf geachtet werden, dass sich gemeinschaftliche Angebote und Ruheräume die Waage halten, um Überforderungen zu vermeiden (L1, 17). Stehen Körperbehinderungen im Vordergrund gibt es eher eine klassische Tagesstruktur (L2, 81).
- *Einschränkungen in den Aktivitäten*: Zumindest ein Teil der Nutzer hat große Schwierigkeiten, Aktivitäten ohne Unterstützung anzugehen. Sie sind darauf angewiesen, dass man sie »rausholt« (L3, 66), zumindest für eine Teilgruppe bedeutet das, dass *alle* Aktivitäten auf Unterstützung durch Mitarbeiter angewiesen sind (L3, 52). Das kann entweder die Notwendigkeit permanenter Anleitung, wenn die Menschen die Aufgaben nicht (alleine) bewältigen können (L2, 32), oder einer stellvertretenden Ausführung, wenn Menschen Aufgaben gar nicht selbst ausführen können, nach sich ziehen (L2, 20/32; L4, 77).
- Insgesamt ist insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen der Alltag *weniger planbar*. Krisen oder auch nur ein »schlechter Tag« können dazu führen, dass geplante Aktivitäten nicht stattfinden können (L1, 47).

Zusätzlich zu den Auswirkungen im Alltag gibt es Aussagen, die sich vordergründig auf »Mindestanforderungen« in Bezug auf Kompetenzen potenzieller Nutzer beziehen, im Kern aber doch oft Aussagen über strukturelle Grenzen sind. Als Aussagen über Nutzer formuliert, beziehen sie sich auf folgende Aspekte:

- Das Gewaltpotenzial des Interessenten darf nicht zu hoch sein, bzw. die Sicherheit der Mitbewohner muss gewährleistet werden können (L1, 87; L3, 62).
- Die Nutzer müssen grundsätzlich in der Lage sein, sich Hilfe zu holen bzw. die Mitarbeiter zu informieren, wenn es zu Schwierigkeiten im Alltag kommt (L3, 52).
- Die Nutzer müssen sich soweit selbst strukturieren können, dass z. B. eine grundlegende Orientierung in der Zeit möglich ist (Tages-/Nachtrhythmus) und eine Grundversorgung mit Nahrung sichergestellt werden kann (L4, 81) oder nicht nachts sämtliches Essen aufgegessen wird (L3, 110).

- Wenn durch andauernde Lautstärke (z. B. Schreien) die Belastung für die Nachbarn inner- und außerhalb des Wohnangebots sehr hoch wird, werden die Möglichkeiten – trotz grundlegenden Verständnisses und Mitgefühl für die schwierige Lebenssituation – zumindest kritisch eingeschätzt (L3, 112).

Analytisch betrachtet übersetzen sich viele dieser scheinbar individuellen Bedingungen aber doch in Fragen, die mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen zusammenhängen – i. d. R. in die Frage, ob genug Zeit vorhanden ist, um sich um diese Dinge zu kümmern (bzw. in diesem zeitlichen Umfang anwesend zu sein).

Die konkrete Zielgruppe unterscheidet sich von Angebot zu Angebot. Gemeinsames Merkmal ist lediglich die Höhe des Hilfebedarfs, die sich oft in der Kombination mehrerer Problemlagen niederschlägt.

Die Anforderungen im Alltag verändern sich in Abhängigkeit von der Zielgruppe. Dennoch lassen sie sich als *erhöhte Präsenz bis hin zu umfassenden Hilfen im Zusammenhang mit allen Alltagsaktivitäten (Mobilität, Begleitung, Strukturierung des Alltags) sowie einer engen Begleitung der Lebenssituation* zusammenfassen. Die Mitarbeiter sind darüber unverzichtbarer und zentraler Bezugspunkt der Alltagsgestaltung.

4.2.3 Arbeitsalltag und Kooperation

Eines der wesentlichen Merkmale der im Rahmen der Ambulantisierung entstandenen Wohnformen ist die veränderte Arbeitsteilung. Aufgaben, die in stationären Leistungen ausschließlich durch den Dienstleister der Eingliederungshilfe erbracht werden (Begleitung im Alltag, Pflege, Einteilung von Finanzen etc.), verteilen sich in einem ambulanten Setting auf verschiedene beteiligte Personen(gruppen): Eingliederungshilfe, evtl. Pflegedienste, gesetzliche Betreuer. Der Kooperation wird dabei eine zentrale Funktion für die Gestaltung ambulanter Unterstützungssettings zugeschrieben:

„Wenn da Lücken auftreten in Form von schlechter Zusammenarbeit oder unzureichender Bewilligung, [...] dann kommt es in der Regel zu Problemen. [...] Wenn das Zusammenspiel gut organisiert ist, die Hilfen ausreichend bewilligt sind, dann [...] lässt sich das auch ambulant gut umsetzen“ (TV7, 30).

An anderer Stelle wird die Möglichkeit, die anstehenden Aufgaben bei mehreren Dienstleistern anzusiedeln als der entscheidende Vorteil ambulanter Settings verstanden (L1, 133). Es ist daher in einem ersten Schritt zu klären, welche Aufgaben bei welchen Akteuren angesiedelt sind. Da die Interviews mit Dienstleistern der Eingliederungshilfe geführt wurden, liegt der Hauptfokus auf ihrer Perspektive.

4.2.3.1 Arbeitsteilung

In Fragen der Arbeitsteilung müssen AAH- und AWG-Leistungen grundlegend unterschieden werden, da im AAH-Bereich Aufgaben der Pflege durch den Dienstleister der Eingliederungshilfe übernommen werden (L3, 17-21). Zudem kommt im AWG-Bereich noch der Sonderfall »Hausgemeinschaft« hinzu, in dessen ambulanten Teilen ein Pflegedienst tätig ist, während im stationären Teil diese Aufgabe durch die Mitarbeiter der Eingliederungshilfe erbracht wird (L2, 28).

Es kommt in den ambulanten Settings dazu, dass Aufgaben, die im Rahmen stationärer Leistungen durch die Einrichtung übernommen wurden, an gesetzliche Betreuer und/oder evtl. an Pflegedienste übertragen werden. Fragen, die den Alltag im stationären Bereich oft prägen (Körperhygiene, Haushalt), können abgegeben werden an andere Dienste, die spezifisch diesen Handlungsauftrag haben, für diesen die Verantwortung tragen und Ansprechpartner z. B. für Angehörige sind (L1, 63; L1, 133). Aus der Perspektive des Dienstleisters ist dies ein »Zurückgeben der Aufgaben« an die dafür zuständige Stelle und wird als Entlastung wahrgenommen (L1, 61-63; L3, 25). Dies bezieht sich insbesondere auf die Leistungsformen, in denen die Pflege *nicht* durch den Dienstleister der Eingliederungshilfe erbracht wird (AWG-Leistungen).

Neben der Entlastung sind damit aber auch zwei Herausforderungen verbunden: Mitarbeiter müssen lernen, Aufgaben abzugeben und »loszulassen« (L1, 63). Damit einher geht auch eine Veränderung im Arbeitsalltag. Dieser ist nicht mehr so stark durch ständige Anwesenheit geprägt, sondern besteht eher aus dem Vereinbaren (und Einhalten) von Verabredungen, was für Nutzer *und* Mitarbeiter einen Lernprozess bedeutet (L2, 40). Außerdem geht damit eine Schärfung des eigenen Aufgabenprofils einher, welches ebenfalls einer stärkeren Kontrolle unterliegt (L1, 63-67/135).

Im Zusammenhang mit den neu geschaffenen ambulanten Angeboten kommt es zu einer veränderten Arbeitsteilung zwischen den Akteuren – in Abhängigkeit von Leistungsvereinbarung und Angebotsform (Hausgemeinschaft). Aus der Perspektive des Dienstleisters kann es sich dabei um eine Entlastung handeln, da Aufgaben an die primär zuständigen Stellen »zurückgegeben« werden. Dies kann zudem zu einer Schärfung des jeweiligen Arbeitsauftrags beitragen.

4.2.3.2 Eingliederungshilfe

Der Aufgabenbereich der Eingliederungshilfe lässt sich auf zweierlei Art beschreiben: einerseits lassen sich grundlegende *Arbeitsprinzipien* in der Arbeit mit Menschen mit hohem Hilfebedarf, andererseits konkrete *Arbeitsaufgaben*, *Qualifikationen* und *Belastungen im Alltag* benennen.

Arbeitsprinzipien stehen tendenziell im Vordergrund, wenn es sich a) um ein spezielles Angebot handelt und b) sich an Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischer Erkrankung richtet. Vor dem Hintergrund eines Angebots für Menschen mit »herausforderndem Verhalten« besteht das grundlegende Arbeitsprinzip darin, dieses als legitimes Handeln zu beschreiben (L1, 101). Damit ist ein grundlegend verstehender Zugang impliziert, der jedoch

primär empathisch-nachvollziehend geprägt ist. Im Mittelpunkt steht die Frage, welche Gefühle die Menschen äußern (z. B. Angst oder Panik). Auf dieser Grundlage ist die Frage zu stellen, wie diesen Gefühlen begegnet werden kann und welchen Beitrag das pädagogische Handeln dazu leisten kann, dass die Nutzer ein höheres Sicherheitsgefühl erlangen können (L1, 109-113).

Das Handeln im Alltag ist dementsprechend darauf ausgerichtet, entweder Überforderungen zu vermeiden, so dass es seltener zum Einsatz dieser Handlungsweisen kommt oder nach Möglichkeit alternative Umgangsmöglichkeiten zu entwickeln (L1, 99/105). Dieses grundlegende Verständnis zieht mehrere Folgen nach sich: Zunächst ist dem Verhalten nicht ausschließlich restriktiv zu begegnen (L1, 97). Dennoch zieht die Tendenz der Nutzer, immer auf gleiche und bekannte Lösungsmuster zurückzugreifen, Einschränkungen in der Autonomie nach sich⁵¹. Diese notwendige Einschränkung wird jedoch nicht im Sinne eines reinen Verbots verstanden, sondern soll eine klar erkennbare Struktur und Sicherheit bieten (L1, 97/115).

Insbesondere die Arbeitsprinzipien sind deutlich durch die Zielgruppe geprägt und lassen sich kaum übergeordnet zusammenfassen. In einem Angebot leben z. B. tendenziell ältere Menschen, hier steht neben der Förderung auch die Erhaltung von Kompetenzen im Mittelpunkt. Zudem beziehen sie sich nicht notwendig auf das pädagogische Handeln an sich, sie können auch grundlegende Prinzipien der Angebotsstruktur beschreiben, z. B. das deutliche Bekenntnis zu einem Angebot für Menschen mit unterschiedlich hohen Hilfebedarfen im Rahmen einer Hausgemeinschaft, um darin auch Angebote für Menschen mit hohem Hilfebedarf machen zu können (L2, 4).

Aus den konzeptionellen Überlegungen leiten sich dann konkrete Arbeitsaufgaben ab⁵². Eine der Arbeitsaufgaben der Mitarbeiter ist die Gestaltung der Kooperation mit den verschiedenen anderen beteiligten Personengruppen/Dienstleistern (z. B. Ärzten). Dies beinhaltet Kompetenzen in Hinblick auf Kooperation und Vernetzung (L1, 41-43), aber auch ganz konkrete Unterstützung im Alltag, z. B. als Interpretationshilfe für die Mitarbeiter des Pflegedienstes (L1, 49). Im Zusammenhang mit externen Kooperationspartnern gilt es dabei auch, Überforderung zu vermeiden (L3, 104). In der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es ein grundlegend aufsuchendes Element, wenn die Menschen den Kontakt nicht selbst suchen (L3, 58), zudem kann es dazu kommen, dass in Krisensituationen interveniert werden muss (L4, 7). In der Hausgemeinschaft hat die Entscheidung, mit einem Hausteams zu arbeiten zur Folge, dass sich pflegerische und klassische Eingliederungshilfetätigkeiten stärker abwechseln als das in einem reinen Spezialsetting der Fall wäre (L2, 32).

Bei den *Qualifikationen* lassen sich formale und inhaltliche Aspekte unterscheiden. Auf der formalen Ebene braucht es – zusätzlich zu grundlegenden Ausbildungen – in der Arbeit mit Menschen mit Körperbehinderung zumindest bei einem Mitarbeiter eine pflegerische Quali-

⁵¹ Die klassischen Ziele behindertenpädagogischen Arbeitens werden hier kritisch reflektiert: Wenn Selbstbestimmung (im Sinne von zu vielen Handlungsmöglichkeiten) eine Überforderung nach sich zieht, dann kann die Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten eine pädagogische Funktion erfüllen. In diesem Sinne ist das Ziel der Arbeit auch nicht zwingend Selbstbestimmung, sondern eher Selbstwirksamkeit, also das Erleben, eine Aufgabe, die überfordernd erscheinen mag, durch das eigene Handeln zu bewältigen (L1, 97-99).

⁵² Die hier präsentierten Aussagen konzentrieren sich dabei auf die Aufgaben, die für die Zusammenarbeit mit der Zielgruppe typisch sind. Die darüber hinaus anfallenden Alltagsaufgaben (Alltagsbegleitung, psychosoziale Unterstützung o. ä.) werden nicht gesondert erwähnt.

kation (L2, 107) sowie in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen Kompetenzen im Umgang mit herausforderndem Verhalten. Im Zusammenhang mit der gemeinsamen Gestaltung des Alltags kann zudem eine handwerkliche Qualifikation von Vorteil sein (L1, 45). *Inhaltlich* kann v. a. in spezialisierten Angeboten die konkrete Entscheidung für die Arbeit mit dem Personenkreis genannt werden, was nicht allen Mitarbeitern liegt (L1, 15; L2, 4, allgemeiner gefasst auch L4, 121). Zudem müssen die Mitarbeiter in der Lage sein, mit erschwerter Kommunikation umzugehen (L3, 86; L4, 13) – was aber oft mit der Zeit leichter wird (L2, 91). Daran schließt dann an, Kommunikation in leichter Sprache umsetzen zu können (L4, 121).

Belastungen im Alltag ergeben sich durch:

- in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen unklare Diagnosen (L3, 102), Lautstärke im Alltag, fremd- oder autoaggressives Verhalten (L1, 133). Zudem müssen Einsamkeit und psychische Belastung der Nutzer ausgehalten werden (L3, 68);
- erschwerte Kommunikation, die Mitarbeiter immer wieder vor Herausforderungen stellt, weil die Arbeit viel auf Vermutungen beruht (L3, 68). Dabei kann es zu Überlastungen kommen, so dass Mitarbeiter an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit geraten (L3, 102);
- Spannungsfelder zwischen den Prinzipien der Arbeit mit Menschen mit »herausforderndem Verhalten« und den klassischen Zielformulierungen der Eingliederungshilfe (L1, 117). Dies schlägt sich auch auf die Hilfeplanung nieder, so dass Mitarbeiter sich die entsprechenden Kompetenzen selbst aneignen müssen, was sie z. T. überfordert (L1, 121);
- ein Eigenleben älterer Strukturen: Das grundsätzliche aufsuchende Element ambulanter Hilfeformen wird erschwert in einem Setting, in dem Mitarbeiter immer noch eher die Rolle zur Verfügung stehender Ansprechpartner einnehmen und dies von den Nutzern auch eingefordert wird (L3, 96);
- die Notwendigkeit, in der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen immer wieder Überzeugungsarbeit (bei Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, aber auch bei Kostenträgern) für das ambulante Angebot zu leisten, weil »ambulant« nach wie vor mit »wenig Hilfe« gleich gesetzt wird und daher davon ausgegangen wird, dass ein solches Setting an sich für den Personenkreis ungeeignet ist (L1, 117-123).

Insbesondere in der Arbeit mit Menschen mit »herausforderndem Verhalten« ist ein primär verstehender Zugang in der Arbeit notwendig.

Aufgrund der veränderten Arbeitsteilung in ambulanten Angeboten steigen die Anforderungen an Kooperation und Koordination. Aus der Perspektive von Mitarbeitern kann dies zu Spannungen bezüglich ihrer Funktion als enge Begleiter der Lebenssituation führen.

Belastungen ergeben sich durch die Arbeit mit Menschen mit »herausforderndem Verhalten«, die erschwerte Kommunikation, das Weiterleben älterer Strukturen in neuen Settings sowie grundsätzliche Überzeugungsarbeit für ambulante Angebote.

4.2.3.3 Pflege

Da die Interviews mit Experten aus dem Bereich Eingliederungshilfe geführt wurden, beziehen sich Aussagen zum Thema Pflegeleistungen i. d. R. auf die Gestaltung und Qualität der Zusammenarbeit mit Pflegediensten. Insbesondere im Zusammenhang mit AWG-Leistungen und dem Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Leistungserbringung in Hausgemeinschaften sind dabei zusätzlich Fragen der *Differenzierung* von Leistungen zu klären. Doch selbst bei formal getrennten Leistungen kann es dabei zu Überschneidungen kommen (L1, 49; L2, 32). In den meisten Fällen (abhängig vom Grad der Spezialisierung) kommt es zur festen Zusammenarbeit mit einem Pflegedienst, auch wenn diese nicht immer vertraglich geregelt ist (L4, 23). Die damit verbundene Bündelung von Ressourcen ermöglicht den Aufbau einer tragfähigen Kooperationsbeziehung (L1, 47).

In der Arbeit mit Menschen mit Körperbehinderung kann der pflegerische Anteil der Tätigkeit dabei durchaus bis auf 25% steigen (L2, 32). Pfl egetätigkeiten werden i. d. R. vom gesamten Team durchgeführt, die Pflegefachkraft ist einerseits für Überprüfung/Kontrolle zuständig und andererseits Ansprechpartner für Pflegefragen (L2, 110).

Vorteile ergeben sich dadurch, dass über den Pflegedienst die Pflegestufen überprüft werden und die Nutzer bedarfsgerechte Leistungen erhalten können (L1, 53-55). Außerdem ermöglicht die Zusammenarbeit mit den Pflegediensten in den AWG-Settings die oft vorhandene Konzentration von Arbeitsaufgaben in den Morgen- und Abendstunden zu entschärfen (L2, 114).

Die Zusammenarbeit mit externen Pflegediensten (AWG) erhöht den Aufwand an Koordination und Kooperation, ermöglicht aber zusätzliche Leistungen in den Alltag zu integrieren (insbesondere in den Morgen- und Abendstunden). Die integrierte Leistungserbringung (AAH, stationärer Teil einer Hausgemeinschaft) ermöglicht hingegen eine Spezialisierung und Qualifizierung im Team sowie die Leistungserbringung »aus einer Hand«.

4.2.3.4 Angehörige und gesetzliche Betreuer

Grundsätzlich werden gesetzliche Betreuer von der Eingliederungshilfe als Entlastung wahrgenommen, weil sie z. B. zusätzliche Hilfen beantragen können (L3, 23). Die ambulante Wohnsituation hat dabei durchaus auch dazu geführt, dass es zur Bestellung eines Betreuers kam, um z. B. im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten Verantwortlichkeiten eindeutig zu klären (L3, 100). Viele der Nutzer mit hohem Hilfebedarf haben dabei eine gesetzliche Betreuung, die oft von den leiblichen Eltern übernommen wird (L2, 48).

Da sich im Rahmen der ambulanten Settings aber die Arbeitsteilung verändert hat und Anforderungen an gesetzliche Betreuer gestellt werden, die sie z. T. in stationären Settings nicht hatten, hat sich das Aufgabenfeld deutlich verändert: Das betrifft die Leistungen des Pflegedienstes, finanzielle Fragen, die Ernährung etc. (L1, 61).

L2 beschreibt einen ähnlichen Sachverhalt, wenn sie darauf verweist, dass viele Betreuer zwar von ihren Rechten wissen, aber nicht immer überblicken, welche Pflichten mit der gesetzlichen Betreuung einhergehen (L2, 50). Z. T. kommt es daher auch vermehrt zur Bestellung von Berufsbetreuungen (L1, 57). In Zusammenhang mit Angehörigen als gesetzlichen Be-

treuern kommt es auch zu Konflikten mit den Mitarbeitern, wenn die gesetzlichen Betreuer versuchen, Aufgaben an diese zu delegieren (L2, 52).

Angehörige sind weiterhin im Alltag präsent, jedoch berichten die Interviewpartner eher davon, dass haushaltspraktische Unterstützung wie z. B. Wäsche waschen oder aufräumen eher die Ausnahme sind (L1, 61) bzw. deutlich abgenommen haben (L4, 31). In der Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird auch von Problemen berichtet, z. B. aufgrund von Schuldgefühlen der Eltern, die ihre Kinder früh aus der Familie abgegeben haben (L1, 59) oder auch im Zusammenhang mit der Übernahme von Arbeitsaufgaben als gesetzliche Betreuer. Dennoch wird auch von Dankbarkeit berichtet, dass für den jeweiligen Angehörige ein passender Wohnplatz gefunden wurde (L1, 57). Aus den Trägerinterviews wurde ebenso deutlich, dass für diesen Personenkreis die Angehörigen stärker in die Entscheidung einbezogen wurden, ob ein Auszug/eine Umwandlung erfolgt, da nicht davon ausgegangen werden konnte, dass die Bedeutung (und Reichweite) dieser Entscheidung immer allen Nutzern mit hohem Hilfebedarf verdeutlicht werden konnte (TV5, 38).

Die veränderte Arbeitsteilung im ambulanten Bereich hat Auswirkungen auf gesetzliche Betreuer, die mit mehr Aufgaben konfrontiert werden (Mietvertrag, Betreuungsvertrag, evtl. Pflege, Finanzen). Insbesondere aus der Perspektive von Angehörigen, die als gesetzliche Betreuer tätig sind, muss dies als deutliche Mehrbelastung gefasst werden. Es besteht die Möglichkeit, dass dies in der Folge eine Zunahme von Berufsbetreuungen nach sich zieht.

4.2.4 Einschätzungen

Die positiven Äußerungen zur Einschätzung der aktuellen Wohnsituation weisen fast ausschließlich allgemeinen Charakter auf. So werden Wohnsituation und Wohnform als gut bzw. zufriedenstellend bezeichnet (L2, 116; L4, 91), die Nutzer sind gut aufgehoben, es finden positive Entwicklungen statt (L3, 88/112) und es gibt mehr Möglichkeiten zur Selbständigkeit und Selbstbestimmung (L4, 115). Außerdem werden sie gut ins Wohnumfeld integriert und nutzen Dienstleistungen wie Supermärkte ohne Probleme (L4, 101). Zudem ist mit Angeboten der Ambulantisierung eine Versorgungslücke geschlossen worden (L2, 69). Durch die veränderten Rahmenbedingungen (tägliche Unterstützung inkl. Wochenende, Leben in Gemeinschaft, pflegerische und pädagogische Assistenz vor Ort, evtl. Nachtbereitschaft, Erreichbarkeit) ist es für viele Menschen möglich geworden, sich auch für ein ambulantes Setting zu entscheiden (TV1, 80).

Insbesondere in einem Interview wird die Flexibilität, die sich durch die veränderte Arbeitsteilung im Rahmen ambulanter Angebote ergibt, hervorgehoben. Die Zielgruppe scheitert oft an den Strukturen in Einrichtungen, das ambulante Angebot ermöglicht hier, mehr auf die Bedarfslagen einzugehen (L1, 127). Mit dieser Flexibilität geht auch die Möglichkeit einher, Verantwortungsbereiche abgegeben zu können, was als große Entlastung wahrgenommen wird. Grundsätzlich ist die Einschätzung dieses Interviewpartners, dass das ambulante Setting – bei auskömmlicher Finanzierung – eine individuenbezogenere Leistungserbringung ermöglicht. Die Frage der Finanzierung bedarf jedoch der Weiterentwicklung (L1, 135).

Problemstellen – insbesondere in einem Angebot – ergeben sich in der Arbeit durch

- Hospitalisierungsfolgen: Ein Teil der Nutzer eines Angebots hat über einen sehr langen Zeitraum in Einrichtungen gelebt und ist hospitalisiert. Hier lässt sich der Alltag nur schwer verändern, weil es viele festgefahrene Strukturen gibt (L3, 76) und es nicht immer gelungen ist, wirklich neue Strukturen zu etablieren. Z. T. ist vor allem eine neue Bezeichnung der Leistungen erfolgt, ohne dass sich die Praxis wirklich verändert hat (L3, 108-110).
- Nutzer, die nicht nachvollziehen können, was ein »ambulantisiertes« Setting für sie bedeutet (z. B. eigenverantwortlicher Umgang mit Geld) und trotzdem in diesem Setting leben (L3, 108). Das kann im Rahmen einer Hausgemeinschaft z. T. kompensiert werden, wenn Nutzer für kurze Zeiträume über die stationäre WG mitversorgt werden können (L3, 102).
- Nutzer, die grundsätzlich verstanden haben, worum es bei der Ambulantisierung geht, sind aber nicht in der Lage dies umzusetzen, weil es ihnen z. B. schwer fällt, die Unterstützung aktiv herbeizurufen oder einzufordern (L3, 100).

In einer eher übergeordneten Perspektive wird die Frage aufgeworfen, ob die Unterscheidung *ambulant vs. stationär* eigentlich die richtige Differenzierung ist, um die Qualität des Settings zu beschreiben. An verschiedenen Stellen werden eher andere Maßstäbe wie die damit verbundene subjektive Lebensqualität oder eine befriedigende Lebensführung in die Diskussion eingebracht (TV1, 72; TV6, 58). Zudem ist zu klären, wie eine formale Umstellung für die jeweiligen Nutzer erlebbar wird und mit z. B. einem Mehr an Entscheidungsmöglichkeiten verbunden ist – insbesondere wenn weiterhin eine dauerhafte Präsenz der Mitarbeiter erforderlich ist (T4, 37).

Die Hausgemeinschaften werden in den Gesprächen sehr unterschiedlich bewertet. Für das eine Angebot zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen den Leistungsformen zunehmend verschwimmen, weil a) die Lebensbedingungen sehr ähnlich sind, sich b) der Unterschied wenn überhaupt in Haltungen niederschlagen müsste (L3, 108/159) und c) im Alltag oft keine große Rolle mehr spielen (L3, 102-106). Für das andere Angebot wird zwar betont, dass die Hausgemeinschaft für Kontakte der Nutzer mit hohem Hilfebedarf förderlich ist, da sich über Freizeitaktivitäten oder Feiern Kontakte über den engeren Zusammenhang der stationären Wohngruppe hinaus ergeben. Dennoch hat sich der Alltag durch die Unterteilung in stationär/ambulant verändert: Nutzer mit hohem Hilfebedarf können weniger die Hilfe der anderen Bewohner in Anspruch nehmen, da diese jetzt mehr unter sich sind und es findet insgesamt weniger Sozialleben statt (L2, 116-118). Dieser Umstand führt zu einer starken Mitarbeiterorientierung der Menschen mit höheren Hilfebedarfen, die teilweise vor oder in der Bürotür des Hauses stehen und den Kontakt suchen (L2, 116; L3, 58). Ein Dienstleister ist dazu übergegangen, die Begriffe »ambulant-stationär« im Alltag gar nicht mehr zu verwenden. Es zeigt sich jedoch, dass die Unterscheidung dann zunehmend durch eine Unterscheidung entlang der Höhe des Hilfebedarfs ersetzt wird (L2, 124).

Darüber verdeutlicht sich, dass die Unterscheidung »ambulant-stationär« zwar vordergründig auf Rahmenbedingungen der Hilfe abzielt, im Kern aber i. d. R. auf die Quantität und die damit verbundenen Kosten gerichtet ist (L3, 106; L4, 115). Die Frage der richtigen Unterstützungsstruktur ist in verschiedenen Formen mit der Frage nach Kosten verbunden – sei es

durch Erwartungen zur Kosteneinsparung im Zusammenhang mit der Ambulantisierung (L3, 135, L4, 115), sei es dadurch, dass die Kostenträger bei Menschen mit hohem Hilfebedarf meist von einem Einzelsetting absehen und eine Wohngemeinschaft empfehlen (L2, 58). In diesem Klima stehen ambulante Angebote für Menschen mit hohem Hilfebedarf tendenziell vor der Problematik, dass sie in Frage stehen, sobald sie teurer sind als stationäre Alternativen (L1, 137; L4, 115).

Am schwierigsten ist die Situation jedoch für Personen, für die es lediglich ein stationäres Wohnangebot gibt. Die Fluktuation ist in diesem Bereich mittlerweile so gering, dass es Wartelisten gibt. Dabei gilt: je höher der Hilfebedarf, desto länger ist die Wartezeit (L2, 67). Es bedarf also weiterer Angebote für diesen Personenkreis, um die Wohnsituation zu verbessern:

„[D]ass jeder Träger sich da in die Eigenverantwortung nehmen muss, um zu sagen: Wir bieten aber weiterhin Wohnraum für Menschen mit hohem Hilfebedarf. Auch wenn sich das nicht finanziell lohnt, aber wir sind denen verpflichtet, weil wir eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung sind, egal wie hoch der Hilfebedarf ist.“ (L2, 142).

Vorteile der ambulanten Strukturen werden in einer flexibleren und individuelleren Leistungserbringung gesehen. Schwierigkeiten ergeben sich an den Stellen, an denen für die Nutzer nicht erlebbar ist, worin der Unterschied zwischen stationären und ambulanten Leistungen besteht. Dann kann es dazu kommen, dass unter neuem Namen im Kern die gleiche Praxis weiter besteht.

Darüber – und auch über die Praxis der Hausgemeinschaften – wird deutlich, dass die Differenzierung »ambulant-stationär« eigentlich ungeeignet ist, um Qualitäten der Unterstützung zu beschreiben. Im Kern bezieht sie sich auch auf deren Quantität und die damit verbundenen Kosten, so dass die Menschen mit hohem Hilfebedarf tendenziell im Rahmen stationären Leistungen unterstützt werden. Das führt zu einer sehr geringen Fluktuation im stationären Bereich, so dass es hier vermehrt zu Wartezeiten kommt.

4.2.5 Zusammenfassung

Die Auswertung zeigt, dass es nur in begrenztem Ausmaß gelungen ist, Menschen mit hohem Hilfebedarf im Rahmen ambulanter Angebote zu unterstützen. Die Daten weisen darauf hin, dass eine Einbindung der Personengruppe v. a. im Rahmen von Hausgemeinschaften erfolgte. Die bestehenden stationären Einrichtungen sind ebenfalls davon betroffen, die Personengruppe stellt mittlerweile die Mehrheit der Nutzer. Es besteht die Gefahr, dass diese Entwicklung sich fortsetzt und verschärft. Weitere zentrale Merkmale sind:

- *Begrenztheit der Angebote*: Um ein zeitlich umfängliches Angebot zu realisieren (z. B. Nachtbereitschaft) kommt es zu Bündelung von Ressourcen. Damit einher geht eine gewisse Betriebsgröße und ein Grad an Organisation. Daraus folgt eine strukturelle Begrenzung der Angebote (und Dienstleister). Zudem steigen mit dem Hilfebedarf die Anforderungen an den Wohnraum. Beides führt dazu, dass die Fluktuation im Rahmen der Angebote für Menschen mit hohem Hilfebedarf abgenommen hat, was verlängerte

Wartezeiten nach sich zieht. Als (problematische) Faustregel zeigt sich: Je höher der Hilfebedarf, desto länger die Wartezeit.

- *Erhöhte Präsenz im Alltag*: Die konkreten Arbeitsaufgaben variieren in Abhängigkeit von der Zielgruppe, dennoch lassen sie sich als eine erhöhte Präsenz bis hin zu umfassenden Hilfen im Zusammenhang mit fast allen Alltagsaktivitäten (Mobilität, Begleitung, Strukturierung des Alltags) zusammenfassen. Belastungen ergeben sich durch die Arbeit mit Menschen mit »herausforderndem Verhalten« sowie die erschwerte Kommunikation.
- *Veränderte Arbeitsteilung*: Es kommt in Abhängigkeit von Leistungsvereinbarung und Angebotsform (Hausgemeinschaft) zu einer veränderten Arbeitsteilung. Aus der Perspektive des Dienstleister kann dies eine Entlastung sein, da Aufgaben »zurückgegeben« werden. Dies zieht veränderte Anforderungen an Mitarbeiter in Richtung Kooperation nach sich. Es zeigt sich aber auch, dass es in der Kombination von Eingliederungshilfe- und Pflegeleistungen zu Konflikten kommen kann, die sich auf Finanzierung, die Zuständigkeit, die Qualitätskriterien etc. beziehen.
- *Rolle der Mitarbeiter*: Die Mitarbeiter nehmen aufgrund der umfassenden Begleitung für die Alltagsgestaltung noch stärker als in einem regulären Setting eine Schlüsselrolle ein. Auf der anderen Seite sollen sie verstärkt als Organisator und Koordinator in Erscheinung treten. Es ist ungeklärt, wie sich diese Anforderungen zueinander verhalten.
- *Angehörige/gesetzliche Betreuer*: die veränderte Arbeitsteilung erhöhte die Anforderungen an gesetzliche Betreuer (Miet-, Betreuungs-, evtl. Pflegevertrag, finanzielle Regelung etc.). Insbesondere aus der Perspektive von Angehörigen, die als gesetzliche Betreuer tätig sind, ist dies als deutliche Mehrbelastung zu fassen.
- *Aufnahmebereitschaft*: Es zeigt sich, dass es bei »herausforderndem« oder ungewöhnlichem Verhalten durchaus zu Konflikten mit der Nachbarschaft kommen kann.
- *Ambulant-Stationär?*: Im Zuge der Ambulantisierung und der Praxis in Hausgemeinschaften steht zunehmend mehr in Frage, ob es einen inhaltlichen Unterschied zwischen den Leistungsformen gibt (der theoretisch im Alltag erlebbar sein müsste, es aber nicht immer ist) oder ob dieser im Kern doch ein Unterschied in der Quantität der Hilfen und den damit verbundenen Kosten ist. Die Frage der Unterstützung von Menschen mit hohem Hilfebedarf in ambulanten Settings wird dann nicht zuletzt auch eine der auskömmlichen Finanzierung.

4.3 Gesamtzusammenfassung

Als zentrale Herausforderungen in der Lebenssituation der Nutzer lassen sich ablesen: Das Erleben von Einsamkeit; die Rolle von Mitbewohnern, Mitarbeitern und Angehörigen; die flächendeckende Etablierung von Interessenvertretungen; der Zuwachs an Selbständigkeit und Selbstbestimmung sowie die Frage nach den Strukturen für Menschen mit hohem Hilfebedarf.

Sowohl die Nutzerbefragung als auch die Netzwerkwerkanalysen verweisen darauf, dass die Nutzer über tendenziell reduzierte und mehrfachgebundene Netzwerke verfügen. Diese kön-

nen ein Hinweisgeber für eine *geringe soziale Einbindung oder Einsamkeit* sein. Dabei ist zu vermerken, dass es hier Hinweise auf reduzierte Netzwerke bei Menschen mit hohem Hilfebedarf gibt (insbesondere in Bezug auf Freunde außerhalb des Wohnhauses). Für Menschen, die in stationären Bezügen leben bzw. für die Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf besteht hier ein deutlich höheres Exklusionsrisiko.

Im Hinblick auf das Leben in Wohngemeinschaften (unabhängig von der Zuordnung zu ambulanten oder stationären Settings) stellen sich Fragen nach

- a) den Grenzen dessen, was als eigener Wohnraum wahrgenommen wird und was als jenseits dieses Raums wahrgenommen wird. Daraus resultiert eine Unschärfe zwischen den Begriffen Mitbewohner und Nachbar.
- b) der Rolle der Mitbewohner in Wohngemeinschaften. Diese werden nicht automatisch als Freunde identifiziert. Ebenso kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass ein Wohngemeinschaftssetting immer auch eine Unterstützungsquelle ist. Für einige Nutzer stellen sie vielmehr eine Belastung im Alltag dar, die sich z. B. im Erleben von Angst vor Mitbewohnern äußert⁵³. In diesem Zusammenhang sind v. a. Fragen der Einflussnahme und Mitbestimmung bei der Auswahl neuer Mitbewohner zu beachten.

Die *Mitarbeiter* stehen in einem Spannungsfeld zwischen den Anforderungen

- einerseits verstärkt koordinierend und kooperierend tätig zu sein (durch die veränderte Arbeitsteilung, aber auch durch konzeptionelle Neuerungen wie die verstärkte Orientierung am Sozialraum) sowie
- andererseits in den meisten Fällen und in vielen Lebensbereichen weiterhin zentrale Ansprechpartner und Begleiter im Leben der Nutzer zu sein⁵⁴.

Das Spannungsfeld der beiden Aspekte zeigt sich besonders deutlich an der Lebenssituation von Menschen mit hohem Hilfebedarf, da hier sowohl regelhaft Kooperationspartner präsent sind als auch eine umfassende Begleitung im Alltag gewährleistet werden soll. Ob dieses Spannungsfeld im Alltag spürbar ist und wie es von Mitarbeitern bearbeitet wird, lässt sich aus den hier vorliegenden Daten nicht ableiten (vgl. 5.1ff).

Insbesondere die Auswertungen zu den Unterstützungssettings für Menschen mit hohem Hilfebedarf verweisen darauf, dass es in ambulanten Settings zu einer veränderten Arbeitsteilung zwischen Eingliederungshilfe-Dienstleister, anderen Diensten (z. B. Pflege) und gesetzlichen Betreuern kommt. Insbesondere die gesetzlichen Betreuer sind dabei mit mehr Aufgaben konfrontiert, als dies in stationären Settings der Fall war. Insbesondere für *Angehörige*, die als gesetzliche Betreuer tätig sind, kann dies eine deutliche Mehrbelastung sein.

Beim Thema Interessenvertretungen zeigt sich, dass deren Bekanntheitsgrad sowohl in den PBW-/WA-Leistungen als auch bei Nutzern, die in die HBG 4 eingruppiert sind, deutlich sinkt. In Bezug auf die PBW-/WA-Leistungen könnte dies ein Hinweis auf eine Infrastrukturproblematik sein, die es erschwert, Interessenvertretungen tragfähig zu etablieren. Bei den

⁵³ Insgesamt zeigt sich, dass es einen geringen Anteil der Befragten gibt, die Angstgefühle (in der Wohnung, vor Mitbewohnern oder Mitarbeitern) äußern, was im Hinblick auf den intimen Lebensbereich »Wohnen«, der die Funktion eines Schutz- und Erholungsraumes erfüllen soll, durchaus bedenklich ist.

⁵⁴ Ausnahmen bilden hier a) Bereiche, in denen andere (professionelle) Akteure verlässlich tätig sind und b) der Bereich der emotionalen Unterstützung, in dem die Unterstützungssettings ausgeglichener sind.

Nutzern, die der HBG 4 zugeordnet sind, ist eher von einem Informationsvermittlungsproblem auszugehen. Dieses ist insofern problematisch, als mit dem Hilfebedarf auch die soziale Abhängigkeit steigt: Gerade bei hoher sozialer Abhängigkeit wäre das Wissen um Interessenvertretungen also besonders wichtig.

Insgesamt scheint die Ambulantisierung bei einem Großteil der Nutzer mit einem Zuwachs an Selbständigkeit und Selbstbestimmung einhergegangen zu sein. Die Erkenntnisse zur Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf weisen jedoch darauf hin, dass es hier zu einem Abhängeffekt kommen kann (und z. T. auch kommt) und nicht alle Nutzer von diesen Entwicklungen profitieren. Es hat eine deutliche Verschiebung insbesondere in den stationären Einrichtungen gegeben; in diesen stellt die Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf mittlerweile die Mehrheit der Nutzer⁵⁵. Für die ambulanten Settings zeigt sich, dass mit einem Angebot für Menschen mit hohem Hilfebedarf oft eine Bündelung von Ressourcen (aus der sich eine gewisse Betriebsgröße/ein bestimmter Grad an Organisation ableitet) einhergeht. Diese führt zu einer Einschränkung der Wahlmöglichkeiten auf Seiten der Nutzer.

Zudem ist mit dem Umzug in eine ambulante Wohnform und den damit verbundenen Chancen immer auch ein Risiko des Scheiterns verbunden. Dieses Risiko ist an sich zunächst nicht problematisch, sofern es Rückkehrmöglichkeiten in stationäre Settings gibt. Gerade diese Rückkehrmöglichkeiten sind jedoch z. T. mit langen Wartezeiten verbunden. Aus der Perspektive der Beteiligten kann sich dies als hochproblematisch darstellen, weil u. U. über längere Zeiträume nicht genug Hilfen vorhanden sind. Die Einschätzungen bezüglich des quantitativen und qualitativen Umfangs der Hilfen sind – bezogen auf den AWG/AAH-Bereich – insgesamt eher skeptisch.

⁵⁵ Einschränkung muss angemerkt werden, dass sich Hausgemeinschaftssettings auf der vorliegenden Datengrundlage nicht abbilden lassen.

5 Zur Situation der Mitarbeiter

Die Situation von Mitarbeitern war im Zuge der Evaluation primär in zwei Erhebungsschritten präsent:

1. Die veränderten Anforderungen an Mitarbeiter waren Teil der qualitativen Interviews mit Prozessverantwortlichen bei den Trägern.
2. Die quantitative Mitarbeiterbefragung bestand – neben einer Fremdeinschätzung der Lebenssituation der Nutzer – auch aus einer Selbsteinschätzung der eigenen Tätigkeit. Der Schwerpunkt der Befragung lag auch in diesem Erhebungsschritt auf der *aktuellen Situation* und weniger auf dem Erleben von Veränderungsprozessen.

Damit sind aber zwei unterschiedliche Perspektiven auf das Handeln verbunden: die Perspektive von Prozessverantwortlichen, die i. d. R. in leitender Funktion tätig sind und die Perspektive der Mitarbeiter selbst. Diese Unterschiede in der Perspektive können zu Diskrepanzen in den Einschätzungen führen.

5.1 Ziele und Arbeitsaufgaben

Die Mitarbeiterbefragung bezog sich sowohl auf – eher abstrakt formulierte – Ziele der Arbeit als auch auf konkrete Arbeitsaufgaben. Die Interviews mit den Trägervertretern fokussierten hingegen die Veränderungen durch die Ambulantisierung.

5.1.1 Ziele der Arbeit

Nach den fünf wichtigsten Zielsetzungen ihrer Arbeit befragt, antworteten die Mitarbeiter:

	Nicht angekreuzt		Als wichtiges Leitziel genannt	
	Anzahl	In %	Anzahl	In %
Selbstbestimmung	7	13,7%	44	86,3%
Teilhabe an Lebensbereichen (wie Kultur, Arbeit, Freizeit)	17	33,3%	34	66,7%
Förderung der Kompetenzen	20	39,2%	31	60,8%
Beteiligung der Nutzer an Entscheidungen	23	45,1%	28	54,9%
Unterstützung der Nutzer in der Nutzung allgemeiner Angebote & Dienste (Einkaufen, Friseur, Kneipe, Arzt)	26	51%	25	49%

Vermeidung von Isolation/Förderung sozialer Kontakte	27	52,9%	24	47,1%
Förderung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens	28	54,9%	23	45,1%
Abbau sozialer Barrieren (Aufklärung, Wissenstransfer, damit Nutzer Zugang zu Angeboten erhalten)	40	78,4%	11	21,6%
Gemeinsame Gestaltung des Alltags	42	82,4%	9	17,6%
Schutz der Nutzer vor Überforderung	46	90,2%	5	9,8%
Schutz der Nutzer vor Diskriminierung	48	94,1%	3	5,9%

Tabelle 70: Leitziele der Arbeit – Darstellung folgt der Nennhäufigkeit

Am deutlichsten im Vordergrund steht hier die *Selbstbestimmung*, danach (mit jeweils leichtem Abstand) die *Teilhabe an Lebensbereichen*, die *Förderung von Kompetenzen*, die *Beteiligung der Nutzer an Entscheidungen*, sowie die *Unterstützung in der Nutzung allgemeiner Angebote und Dienste*. Eine genaue Aufschlüsselung der Rankings zeigt weitgehende Übereinstimmung:

	Zielposition									
	1		2		3		4		5	
	N	% d. Fälle	N	% d. Fälle	N	% d. Fälle	N	% d. Fälle	N	% d. Fälle
Selbstbestimmung	31	60,8%	8	16,7%	3	7,1%	2	5,4%	-	-
Vermeidung von Isolation/Förderung sozialer Kontakte	5	9,8%	9	18,8%	5	11,9%	4	10,8%	1	2,8%
Förderung der Kompetenzen	4	7,8%	9	18,8%	3	7,1%	9	24,3%	6	16,7%
Teilhabe an Lebensbereichen (wie Kultur, Arbeit, Freizeit)	9	17,6%	5	10,4%	13	31,0%	5	13,5%	2	5,6%
Unterstützung der Nutzer in der Nutzung allgemeiner Angebote & Dienste (Einkaufen, Friseur, Kneipe, Arzt)	4	7,8%	6	12,5%	2	4,8%	5	13,5%	8	22,2%

Tabelle 71: Leitziele der Arbeit, Ranking 1-5

Selbstbestimmung ist in beiden Fällen das deutlich wichtigste Ziel, bei den anderen kommt es lediglich zu leichten Positionsverschiebungen. Entscheidender Unterschied ist, dass in den Rankings die *Vermeidung von Isolation/Förderung von Kontakten* mit auftaucht und (gemeinsam mit der *Förderung der Kompetenzen*) als zweitwichtigstes Ziel eingeschätzt wird. In der reinen Nennhäufigkeit spielt hingegen auch die *Beteiligung der Nutzer an Entscheidungen* mit eine Rolle.

Zielposition	Wichtige Ziele (ohne Ranking, nur Nennungshäufigkeit)	Wichtige Ziele (mit Ranking)
1	Selbstbestimmung	Selbstbestimmung
2	Teilhabe an Lebensbereichen	Vermeidung von Isolation/Förderung von Kontakten Förderung der Kompetenzen
3	Förderung der Kompetenzen	Teilhabe an Lebensbereichen
4	Beteiligung der Nutzer an Entscheidungen	Förderung der Kompetenzen
5	Unterstützung der Nutzer in der Nutzung allgemeiner Angebote & Dienste (Einkaufen, Friseur, Kneipe, Arzt)	Unterstützung der Nutzer in der Nutzung allgemeiner Angebote & Dienste (Einkaufen, Friseur, Kneipe, Arzt)

Tabelle 72: Vergleich der wichtigsten Ziele

Die Ergebnisse weisen nicht darauf hin, dass es in der Bewertung der Leitziele Unterschiede hinsichtlich der Leistungsform gibt, die Ergebnisse stimmen hier überein.

5.1.2 Veränderungen der Arbeitsaufgaben durch die Ambulantisierung

In den Interviews mit den Trägervertretern lag ein Fokus auf der Frage, welche Veränderungen sich für Mitarbeiter durch die Ambulantisierung ergeben haben. Bezüglich der Arbeitsaufgaben lassen sich diese unterteilen in die *Arbeitsorganisation* (Individualisierung/Spezialisierung; spezifischere Planung), die konkreten *Aufgaben* (sozialräumlich-übergreifende Arbeit; Unterstützung bei finanziellen Fragen bzw. bei Kontakten zu Behörden) sowie neue *Herausforderungen* (Koordination, pädagogischer Anspruch).

In der Arbeitsorganisation zeigt sich, dass es im Rahmen der Ambulantisierung zu einer *Individualisierung* in der Leistungserbringung gekommen ist. Dies führte bei verschiedenen Dienstleistern – in jeweils unterschiedlicher Ausprägung – zu einer Aufteilung zwischen eher gruppen- und eher individuenbezogenen Leistungen. So übernimmt ein Teil der Mitarbeiter Präsenzzeiten im Laufe des Tages (sowie evtl. die Nachtbereitschaft), der andere Teil arbeitet in direkten Verabredungen mit den Nutzer in individueller Assistenz. Letztere wird i. d. R. durch einen Bezugsmitarbeiter, Keyworker o. ä. durchgeführt und umfasst z. B. die Arbeit an Hilfeplanziele (TV1, 29; TV2, 42/56; TV6, 66). Dies kann sowohl im Rahmen einer formalen Aufteilung des Teams als auch als informelle Absprache im Alltag geschehen. Zumindest z. T. wird davon berichtet, dass sich diese Individualisierung auch auf die Einsatzzeiten auswirkt und die klassischen Dienstpläne (Früh-/Spät-/Nacht-), die den Alltag in stationären Einrichtungen lange geprägt haben, eher von Einsatzplänen abgelöst werden. In diesen kommen neben Präsenzzeiten auch individuelle Verabredungen mit dem Nutzern zum Tragen (TV1, 29; TV4, 21).

Es muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass es sich bei dieser Veränderung um eine konzeptionelle Weiterentwicklung der Dienstleistung handelt und *nicht* um eine direkte Folge der Ambulantisierung im engeren Sinne (also der Veränderung des Strukturmerkmals »stationär« zu »ambulant«). Dementsprechend ist sie auch nicht an die ambulante Leistungserbringung gebunden, kann prinzipiell in allen Leistungsformen implementiert werden und könnte z. B. Rückwirkungen auch in die stationären Leistungen entfalten.

Mit der Individualisierung geht eine *spezifischere Planung* einher: Auf Basis des Gesamtplans erfolgt eine Konkretisierung der Ziele und die Übersetzung in Handlungsschritte. Diese bieten die Grundlage für spezifischer ausgerichtetes Handeln – bei TV1 im Unterschied zu einem eher intuitiven Zugang zu pädagogischem Handeln (TV1, 184; ähnlich auch bei TV2, 42). Dies wird v. a. als veränderter Blick auf die Arbeit verstanden, da Potenziale und Perspektiven der Nutzer besser zur Geltung kommen (TV1, 182-184). Mit anderer Begründung erfolgt eine ähnliche Argumentation bei TV2: Die Mitarbeiter sind dazu angehalten, den Hilfeplan zu ihrer Arbeitsgrundlage zu machen – im Unterschied zu einem eher allumfassenden Verständnis des Handlungsauftrags. Themen, die nicht Teil des Hilfeplans sind, werden dann u. U. auch – erstmal – nicht bearbeitet (TV2, 48)⁵⁶.

Als konkrete Arbeitsaufgaben, die durch die Ambulantisierung aufgekommen sind, werden die *Unterstützung bei Finanzen und Kontakten zu Behörden* und die *sozialräumlich-übergreifende Arbeit* genannt. Analog zu der Einschätzung, dass für viele Nutzer der veränderte Umgang mit Geld die entscheidende Veränderung durch die Ambulantisierung ist, wird die Unterstützung bei finanziellen Themen (und damit in Verbindung stehend auch oft im Kontakt mit Behörden und Ämtern) als eine der zentralen Aufgaben für Mitarbeiter in den Veränderungsprozessen wie Umwandlung oder Umzug gesehen. Inhaltlich geht es dabei um:

- die Klärung der finanziellen Situation der Nutzer (z. B. Grundsicherung, Rücklagen);
- die Klärung der Finanzierung aus verschiedenen Geldquellen sowie das damit verbundene Überprüfen von Leistungsbescheiden und Rechnungen;
- der Kontakt zum jeweiligen Sachbearbeiter in der BASFI;
- Unterstützung bei der Kontoführung und bei Neuanschaffungen sowie
- evtl. die Verwaltung von Gruppenkassen (TV1, 186; TV5, 32-34; TV6, 66).

TV1 und TV6 betonen, dass diese Aufgaben deutlich zeitliche Ressourcen der Mitarbeiter einnehmen (TV1, 186; TV6, 66).

Im Zuge des Ambulantisierungsprozesses kommen auf die Mitarbeiter zudem *sozialräumlich-übergreifende* Aufgaben hinzu. Der Sozialraum (i. d. R. ist das Wohnquartier gemeint) soll integraler Bestandteil der Unterstützungssituation werden. Die Nutzer sollen nicht lediglich als Teil einer Gruppe gesehen, sondern in das Quartier eingebunden werden, so dass echte soziale Kontakte, die über das Einkaufen hinaus gehen, angebahnt werden können (TV7, 32). Das bedeutet auch für Mitarbeiter einen anderen Blick auf die Angebote im Stadtteil (TV4, 78)⁵⁷. Für TV6 stellt dabei die Kombination einer sowohl individuenbezogenen als auch sozialraumorientierten Arbeit die eigentliche Herausforderung dar (TV6, 66).

⁵⁶ Der Übergang von einem rein intuitiv geprägten Vorgehen hin zu einem stärker systematischen Zugang zu Lebenssituationen und der Gestaltung von Unterstützungsprozessen wird auch als eines der Merkmale behindertenpädagogischer Professionalität gefasst (Wüllenweber 2009, 484).

⁵⁷ Die mehrfachen Bezugnahmen darauf, weniger als Teil einer Gruppe gesehen zu werden, könnten ein Hinweis

Bei einem der Dienstleister ist die Sozialraumorientierung expliziter Bestandteil des pädagogischen Konzepts: Die als Einzelfallhilfen bewilligten Leistungen werden immer sozialräumlich ausgestaltet. Das beinhaltet, dass nicht nur die Nutzer lernen, die Angebote wahrzunehmen, sondern auch die im Wohnquartier lebenden Menschen lernen, mit den Nutzern umzugehen. Den Mitarbeitern kommt dabei – insbesondere in frühen Stadien – eine vermittelnde Funktion zu (im Sinne eines »Erklärens« oder »Übersetzens«, v. a. im Konfliktfall). Ziel ist dabei immer eine Reduzierung oder Ablösung der professionellen Unterstützung, indem die Einrichtungen im Sozialraum so geschult sind, dass sie mit den Nutzern umgehen können (TV2, 124-126/248).

Im Zusammenhang mit der sozialräumlichen Ausrichtung und der veränderten Aufgabenverteilung in ambulanten Angeboten kann es dazu kommen, dass die Mitarbeiter zunehmend eher koordinierend tätig sind und nicht so sehr den Hilfebedarf der Nutzer selbst erfüllen. Die Mitarbeiter stehen zwar weiterhin in der Verantwortung dafür, *dass* der Hilfebedarf bearbeitet wird, damit ist aber nicht gesagt, dass sie auch diejenigen sind, die die konkrete Leistung erbringen. Diese *koordinierende Funktion* ist im Rahmen der Ambulantisierungsprozess deutlich in den Vordergrund getreten (TV6, 66).

Der mit der Ambulantisierung formulierte Anspruch, mehr Selbstbestimmung und mehr Selbständigkeit zu ermöglichen, übersetzt sich für Mitarbeiter in verschiedene Anforderungen. Im Kern geht es dabei um das Bewusstsein, Tätigkeiten nicht *für* die Nutzer, sondern *mit* ihnen ausüben (insbesondere, wenn die stellvertretende Ausführung »schneller gehen« würde; TV3, 15). Zudem müssen die Mitarbeiter sich mehr zurücknehmen und »aushalten«, wenn die Lebenssituation ihrer Klienten schwierig wird. Problemlagen, die in größeren (stationären) Settings relativ einfach zu lösen waren (z. B. wenn Nutzer ihr Geld sehr schnell ausgeben und dies entweder durch die Gruppenkasse aufgefangen wurde oder zumindest die Ernährung über die WG sicher gestellt war), können sich in ambulanten Settings zu ernsthaften Schwierigkeiten entwickeln. Die Mitarbeiter stehen hier vor der Aufgabe, die Selbstbestimmung des Nutzers und den Schutz vor Gefahren gegeneinander abzuwiegen (TV3, 27).

Neben der Weiterentwicklung der Fähigkeiten gilt es zudem auch, zu akzeptieren, dass sich in der Lebenssituation eines Nutzers evtl. auch nichts grundlegendes mehr ändern wird (z. B. im Zusammenhang mit Suchtverhalten). Hier stehen dann die Erhaltung des status quo, Veränderungen im kleineren Rahmen und eine möglichst hohe Lebensqualität unter den gegebenen Bedingungen im Mittelpunkt. In beiden Fällen bedeutet dies für die Mitarbeiter, lernen zu müssen, diese Situationen »auszuhalten« (TV3, 15).

Z. T. wird dabei ein Unterschied zwischen ambulanten und stationären Leistungen aufgemacht: Die individuellen Ziele werden für TV4 in den AWGs stärker fokussiert, der Blick ist weniger auf die Versorgung der Gruppe gerichtet. In diesem Zusammenhang wird aber die Hoffnung geäußert, dass diese Veränderungen Rückwirkungen auf den stationären Bereich haben und sich auch dort ein anderer Blick etabliert (TV4, 17-19). Für TV6 ist dies nicht der Fall: Sowohl die stärkere Fokussierung auf individuelle Vereinbarungen – als eine Konkreti-

darauf sein, dass sich mit der Ambulantisierung auch die Binnenzentrierung von Angeboten gelockert hat. In einem Angebot, das sich durch Binnenzentrierung auszeichnet, sind die Nutzer v. a. Teil der Wohngruppe, das pädagogische Handeln bezieht sich dabei oft auf den Alltag dieser Gruppe, das Gruppenklima, etc. (Schwarte & Oberste-Ufer 2001, 146). Dies wird durchbrochen sowohl durch eine stärkere Fokussierung auf den individuellen Bedarf als auch durch eine deutlichere Ausrichtung auf den sozialen Raum, die Wohnumgebung.

sierung von Subjektzentrierung – als auch die fokussierte Ausrichtung auf das Wohnumfeld – als Konkretisierung von Sozialraumorientierung – gelten als Anforderungen an Mitarbeiter *unabhängig* vom konkreten Setting und finden auch im stationären System Anwendung (TV6, 66).

In der Einschätzung der Trägervertreter kommt es zu neuen und veränderten Arbeitsaufgaben durch die Ambulantisierung (und die damit einhergehenden konzeptionellen Neuerungen). Z. T. verdichten sich diese zu einer Verschiebung in der Wahrnehmung der Rolle. Diese Verschiebung ist als eine zweifache Bewegung zu kennzeichnen: einerseits weg vom Arbeiten »an der Person« zum Arbeiten »mit der Person« und andererseits eine stärkere Ausrichtung der Arbeit am Umfeld. Damit verbunden ist ein Selbstverständnis, das das eigene Handeln stärker als ein subsidiäres Handeln versteht⁵⁸.

5.1.3 Einschätzung zu aktuellen Arbeitsaufgaben

Die Mitarbeiterbefragung näherte sich dem Thema der Arbeitsaufgaben dreifach: Basierend auf einem gleichbleibenden Set an Antwortmöglichkeiten wurden die Mitarbeiter nach ihren Einschätzungen zur *Wichtigkeit der Aufgabe*, der dafür *aufgewendeten Zeit* sowie ihrer eigenen *Qualifikation für diese Aufgaben* befragt. Die Antworten lassen sich dabei in Beziehung zu den Veränderungseinschätzungen aus den Trägerinterviews setzen.

Wichtigkeit der Arbeitsaufgaben

	Nicht angekreuzt		Als wichtige Aufgabe genannt	
	Anzahl	In %	Anzahl	In %
Alltagsbegleitung (auch: Basisdienste in Gruppen)	7	13,5%	45	86,5%
Arbeit an Hilfeplanziele	28	53,8%	24	46,2%
Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten	29	55,8%	23	44,2%
Pflegen von Kontakten im Sozialraum	31	59,6%	21	40,4%
Zusammenarbeit Angehörige, anderen Diensten, Freiwillige	37	71,2%	15	28,8%
Hauswirtschaft und Pflege	38	73,1%	14	26,9%
Organisatorisches (Dienstbesprechungen, Dokumentation usw.)	40	76,9%	12	23,1%
Etwas anderes, und zwar	49	94,2%	3	5,8%

Tabelle 73: Arbeitsaufgaben – Darstellung folgt der Nennhäufigkeit

⁵⁸ Der scheinbare Widerspruch zwischen einerseits personenzentrierten Leistungen und andererseits einer stärkeren sozialräumlichen Ausgestaltung dieser Leistungen löst sich bei genauerem Hinsehen auf: Personenzentrierte Hilfen sind *notwendig* sozialräumlich ausgestaltet, anders können sie ihre intendierte Wirkung – insbesondere, aber nicht nur im Leistungsbereich »Wohnen« – gar nicht entfalten (für die Folgen auf das pädagogische Handeln: Franz 2014; grundlegend: Franz & Beck 2007; Thimm 2005).

Es zeigt sich, dass die Mitarbeiter *Alltagsbegleitung* deutlich als wichtigste Arbeitsaufgabe wahrnehmen⁵⁹. Danach folgen mit einigem Abstand die *Arbeit an Hilfeplanziele*, die *Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten* sowie die *Pflege von Kontakten im Sozialraum*. *Zusammenarbeit mit Angehörigen, anderen Diensten, Freiwilligen; Hauswirtschaft und Pflege* sowie *Organisatorisches* haben die niedrigsten Werte. Andere Nennungen waren nur selten vertreten (diese umfassen: die *Unterstützung der Eigenständigkeit, Gespräche, Krisenintervention* sowie *personenzentrierte Methoden*). Genauer aufgeschlüsselt nach Wichtigkeit verteilen sich die Antworten wie folgt:

	Wichtigste Aufgabe		Zweitwichtigste Aufgabe		Drittwichtigste Aufgabe	
	N	Prozent der Fälle	N	Prozent der Fälle	N	Prozent der Fälle
Alltagsbegleitung (auch: Basisdienste in Gruppen)	33	63,5%	11	22,4%	1	2,0%
Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten	3	5,8%	9	18,4%	11	22,4%
Pflegen von Kontakten im Sozialraum	3	5,8%	6	12,2%	12	24,5%
Arbeit an Hilfeplanziele	11	21,2%	8	16,3%	5	10,2%
Hauswirtschaft und Pflege	2	3,8%	8	16,3%	4	8,2%
Zusammenarbeit Angehörige, andere Diensten, Freiwillige	2	3,8%	4	8,2%	9	18,4%
Organisatorisches (Dienstbesprechungen, Dokumentation usw.)	2	3,8%	3	6,1%	7	14,3%
Etwas anderes, und zwar	2	3,8%	1	2,0%	-	-

Tabelle 74: Arbeitsaufgaben, Ranking 1-3

Die genauere Aufschlüsselung zementiert die zentrale Bedeutung der *Alltagsbegleitung*: Nicht nur ist sie die meistgenannte wichtigste Aufgabe, sie steht zudem bei den zweitwichtigsten Aufgaben an erster Stelle. Rechnet man diesen Wert heraus, wird als zweitwichtigste Aufgabe *Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten* genannt (18,4%). Als drittwichtigste Aufgabe erscheint die *Pflege von Kontakten im Sozialraum* (25,4%).

Ein Vergleich der jeweiligen drei höchsten Werte zeigt, dass sich beide Darstellungsweisen im Wesentlichen ergänzen: *Alltagsbegleitung* hat in beiden Zählweisen die meisten Nennungen, *Arbeit an Hilfeplanziele* fehlt zwar im Ranking (erzielt aber durchgängig vergleichsweise hohe Werte). *Pflege von Kontakten im Sozialraum* taucht nur im Ranking auf (hat in der Gesamtübersicht aber den vierthöchsten Wert):

⁵⁹ *Alltagsbegleitung* war zwar auf der Ebene der Ziele deutlich weniger präsent (vgl. 5.1.1), jedoch lassen sich auch die Ziele *Teilhabe an Lebensbereichen, Förderung der Kompetenzen* sowie *Unterstützung in der Nutzung allgemeiner Angebote und Dienste* unter dem relativ allgemeinen Begriff der *Alltagsbegleitung* fassen.

Position	Wichtige Arbeitsaufgaben (ohne Ranking, nur Nennungshäufigkeit)	Wichtigste Arbeitsaufgaben (mit Ranking)
1	Alltagsbegleitung	Alltagsbegleitung
2	Arbeit an Hilfeplanziele	[Alltagsbegleitung] Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten
3	Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten	Pflegen von Kontakten im Sozialraum

Tabelle 75: Vergleich Arbeitsaufgaben

Alltagsbegleitung wird also deutlich als wichtigste Arbeitsaufgabe gesehen. Danach folgen die *Arbeit an Hilfeplanziele*, die *Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten* und die *Pflege von Kontakten im Sozialraum*. Letztere korrespondieren mit den veränderten Aufgaben im Rahmen der Ambulantisierung, namentlich die *Unterstützung bei Finanzen und Kontakten zu Behörden* sowie eine *sozialräumlich-übergreifende Arbeit*.

Ein Vergleich zwischen den beiden Leistungsformen weist an fast keiner Stelle auf Unterschiede hin. Einzige Ausnahme ist *Hauswirtschaft und Pflege*, die signifikant häufiger im Rahmen von AAH-Leistungen als wichtig eingeschätzt wird. Dies erklärt sich durch die Unterschiede in der Leistungsvereinbarung und die integrierte Erbringung von Pflegeleistungen im Rahmen von AAH-Leistungen.

Aufgewendete Zeit

	Nicht angekreuzt		Wird viel Zeit mit verbracht	
	Anzahl	In %	Anzahl	In %
Alltagsbegleitung (auch: Basisdienste in Gruppen)	8	14,5%	47	85,5%
Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten	28	50,9%	27	49,1%
Hauswirtschaft und Pflege	28	50,9%	27	49,1%
Organisatorisches (Dienstbesprechungen, Dokumentation usw.)⁶⁰	29	52,7%	26	47,3%
Arbeit an Hilfeplanziele	37	67,3%	18	32,7%
Pflegen von Kontakten im Sozialraum	44	80,0%	11	20%
Zusammenarbeit mit Angehörigen, anderen Diensten, freiwilligen Helfern	46	83,6%	9	16,4%
Etwas anderes, und zwar	54	98,2%	1	1,8%

Tabelle 76: Zeitaufwändigste Aufgaben im Überblick – Darstellung folgt der Nennhäufigkeit

⁶⁰ Da die Werte für *Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten* sowie für *Hauswirtschaft und Pflege* exakt gleich hoch sind, wurde der nachfolgende dritthöchste Wert mit in die Auswertung aufgenommen.

Der Überblick über die Aufgaben für die am meisten Zeit aufgewendet wird zeigt, dass *Alltagsbegleitung* an erster und *Unterstützung bei Finanzen und Behörden* sowie *Hauswirtschaft und Pflege* an zweiter Stelle stehen. Gefolgt werden diese von *organisatorischen* Arbeitsaufgaben. Die Aufschlüsselung nach Ranking bringt weitgehend die gleichen Ergebnisse hervor: *Alltagsbegleitung* steht deutlich an erster Stelle, *Hauswirtschaft und Pflege* an zweiter Stelle und *Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten* an dritter Stelle.

	Höchster Zeitaufwand		Zweithöchster Zeitaufwand		Dritthöchster Zeitaufwand	
	N	Prozent der Fälle	N	Prozent der Fälle	N	Prozent der Fälle
Alltagsbegleitung (auch: Basisdienste in Gruppen)	34	61,8%	9	17,3%	4	7,8%
Hauswirtschaft und Pflege	6	10,9%	16	30,8%	5	9,8%
Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten	3	5,5%	8	15,4%	16	31,4%
Organisatorisches (Dienstbesprechungen, Dokumentation usw.)	7	12,7%	6	11,5%	13	25,5%
Arbeit an Hilfeplanziele	7	12,7%	5	9,6%	6	11,8%
Zusammenarbeit Angehörige, andere Diensten, Freiwillige	2	3,6%	5	9,6%	2	3,9%
Pflegen von Kontakten im Sozialraum	1	1,8%	4	7,7%	6	11,8%
Etwas anderes, und zwar	1	1,8%	-	-	-	-

Tabelle 77: Zeitaufwändigste Arbeitsaufgaben. Ranking 1-3

Im direkten Vergleich mit der Einschätzung der Wichtigkeit der Arbeitsaufgaben wird deutlich, dass

- bei den Aufgaben *Alltagsbegleitung* und *Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten* eingeschätzte Wichtigkeit und eingeschätzter Zeitaufwand kongruent sind. Dies deckt sich wiederum mit der Einschätzung durch die Trägervertreter;
- die Aufgaben *Arbeit an Hilfeplanziele* und *Pflegen von Kontakten im Sozialraum* zwar als wichtig eingeschätzt werden, aber vergleichsweise wenig Zeit für sie bleibt. Dies könnte als Hinweis darauf gelesen werden, dass es vornehmlich diese Aufgaben sind, die im Alltag am ehesten »untergehen«;
- die Aufgaben *Hauswirtschaft und Pflege* und *Organisatorisches (Dienstbesprechungen, Dokumentation usw.)* zwar als weniger wichtig eingeschätzt werden, aber dennoch vergleichsweise viel Zeit in Anspruch nehmen⁶¹.

⁶¹ Hierbei ist anzumerken, dass insbesondere diese beiden Aufgaben häufig dem Selbstverständnis pädagogischer Fachkräfte nicht entsprechen: Sie werden nicht als *pädagogische*, sondern als *Hauswirtschafts-* oder *Verwaltungstätigkeit* wahrgenommen. Insbesondere die eher organisationsbezogenen Aufgaben (Besprechungen,

Position	Zeitaufwändigste Arbeitsaufgaben (ohne Ranking, nur Nennungshäufigkeit)	Zeitaufwändigste Arbeitsaufgaben (mit Ranking)
1	Alltagsbegleitung	Alltagsbegleitung
2	Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten Hauswirtschaft und Pflege	Hauswirtschaft und Pflege
3	Organisatorisches (Dienstbesprechungen, Dokumentation usw.)	Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten

Tabelle 78: Zeitaufwand im Vergleich

Es lassen sich in der Auswertung keine Unterschiede herausarbeiten, die sich auf die Leistungsform beziehen. *Hauswirtschaft und Pflege* wird zwar häufiger im Rahmen von AAH-Leistungen als zeitaufwändige Aufgabe genannt, ist aber auch in den AWG-Leistungen als solche präsent (vermutlich ist dies darauf zurückzuführen, dass hauswirtschaftliche Tätigkeiten – bzw. die Unterstützung bei diesen – auch von Mitarbeitern des Dienstleisters der Eingliederungshilfe übernommen werden).

Qualifikation im Hinblick auf die Arbeitsaufgaben

Die dritte Frage im Hinblick auf die Arbeitsaufgaben bezog sich auf Einschätzungen der eigenen Qualifikation:

	Antworten	Prozent der Fälle
	N	
Alltagsbegleitung (auch: Basisdienste in Gruppen)	50	94,3%
Arbeit an Hilfeplanzielen	48	90,6%
Organisatorisches (Dienstbesprechungen, Dokumentation usw.)	42	79,2%
Zusammenarbeit mit Angehörigen, anderen Diensten, freiwilligen Helfern	40	75,5%
Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten	40	75,5%
Hauswirtschaft und Pflege	38	71,7%
Pflegen von Kontakten im Sozialraum	30	56,6%
Etwas anderes, und zwar	1	1,9%

Tabelle 79: Qualifikation/Arbeitsaufgaben – Darstellung folgt der Nennhäufigkeit

Dokumentation) stehen dabei im Verdacht, der »eigentlichen Arbeit mit den Menschen« im Weg zu stehen. Damit ist u. E. aber ein verkürztes Verständnis des Umfangs pädagogischer Tätigkeit verbunden (Franz 2014).

Erfreulich ist dabei, dass sich die Mitarbeiter zu weiten Teilen für die Arbeitsaufgaben qualifiziert fühlen (fast alle Werte sind über 75%). Die Ausnahme bildet hier die Pflege von Kontakten im Sozialraum, der Wert liegt – als einziger! – deutlich niedriger, hier fühlen sich nur etwas mehr als die Hälfte der Mitarbeiter qualifiziert. Es zeigt sich zudem, dass es bei einigen Aufgaben zu Korrelationen mit dem Leistungstyp kommt:

	AAH		AWG	
	Antworten	Prozent der Fälle	Antworten	Prozent der Fälle
Arbeit an Hilfeplanziele	31	100,0%	17	77,3%
Hauswirtschaft und Pflege	28	90,3%	10	45,5%
Zusammenarbeit mit Angehörigen, anderen Diensten, freiwilligen Helfern	27	87,1%	13	59,1%

Tabelle 80: Tab: Qualifikation - Unterschiede nach Leistungstyp

Die unterschiedlichen Einschätzungen zum Thema *Hauswirtschaft und Pflege* sind höchstwahrscheinlich auf die Leistungsform zurückzuführen. Wodurch sich die Unterschiede in den anderen Bereichen erklären könnten, ist aus den Befragungsdaten selbst nicht ersichtlich⁶².

Von gesondertem Interesse sind hierbei diejenigen Aufgaben, die die Mitarbeiter entweder selbst als wichtig empfinden oder die einen großen Teil ihrer Arbeitszeit einnehmen:

Wichtige Arbeitsaufgaben (ohne Ranking)	Zeitaufwand	Ausreichende Qualifikation ⁶³		
		Gesamt	AAH	AWG
Alltagsbegleitung		94,3%	-	-
Arbeit an Hilfeplanziele		90,6%	100%	77,3%
	Organisatorisches	79,2%	-	-
Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten		75,5%	-	-
	Hauswirtschaft und Pflege	71,7%	90,3%	45,5%
Pflegen von Kontakten im Sozialraum		56,6%	-	-

Tabelle 81: Tab: Wichtige/zeitaufwändige Arbeitsaufgaben und Qualifikation

Weitgehend unproblematisch sind dabei die Aufgaben *Alltagsbegleitung* und *Arbeit an Hilfeplanziele*: Beide haben Werte über 90% (bei der *Arbeit an Hilfeplanziele* kommt es jedoch

⁶² Es zeigt sich jedoch, dass die Einschätzungen der AWG-Mitarbeiter bei *allen* Arbeitsaufgaben kritischer sind als die Einschätzungen der AAH-Mitarbeiter. Die Rahmendaten der Befragung weisen darauf hin, dass a) das Durchschnittsalter der AWG-Mitarbeiter niedriger sowie b) ihr Ausbildungsgrad höher ist. Beides könnte Einfluss auf die Selbsteinschätzung bezüglich der Qualifikation haben.

⁶³ Unterschiedliche Einschätzungen zur Qualifikation wurden nur notiert, sofern sie signifikant sind.

zu Korrelationen mit dem Leistungstyp). Die Aufgaben *Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten*, *Hauswirtschaft und Pflege* sowie *Organisatorisches* haben ebenfalls mit 70-80% vergleichsweise hohe Werte (bei *Hauswirtschaft und Pflege* kommt es zu Korrelationen mit dem Leistungstyp, das könnte mit den Unterschieden in der Leistungsvereinbarung zusammenhängen). Das deutlichste Ungleichgewicht ist bei *Pflege von Kontakten im Sozialraum* zu verzeichnen, einer Aufgabe, die als wichtig eingeschätzt wird, für die weder viel Zeit aufgewendet wird und sich vergleichsweise wenig Mitarbeiter ausreichend qualifiziert fühlen.

In einer übergreifenden Perspektive, die Ziele und Arbeitsaufgaben im Zusammenhang beleuchtet, zeigt sich, dass bezüglich des Ziels *Förderung sozialer Kontakte/Vermeidung von Isolation* zu Diskrepanzen und Brüchen kommt:

1. In der Bewertung der Ziele ist *Förderung sozialer Kontakte/Vermeidung von Isolation* zwar nicht das wichtigste Ziel, wird aber trotzdem vergleichsweise häufig benannt (je nach Zählweise ist es an zweiter oder sechster Stelle angesiedelt).
2. In der Übersetzung in Arbeitsaufgaben schlägt es sich sehr deutlich nieder im Bereich *Alltagsbegleitung* sowie mit Abstrichen auch in der *Pflege von Kontakten im Sozialraum*. Beide gehören zu den als wichtig wahrgenommenen Aufgaben. Die *Zusammenarbeit mit Angehörigen* taucht als wichtiges Ziel hingegen deutlich seltener auf. Hier kommt es zu ersten Bruchstellen.
3. Ein zweiter – und wesentlich deutlicherer – Bruch erfolgt in der Umsetzung in Arbeitszeit: *Alltagsbegleitung* hat auch hier eine dominante Rolle, die *Pflege von Kontakten im Sozialraum* sowie die *Zusammenarbeit mit Angehörigen* sind jedoch die Aufgaben, die am seltensten als diejenigen genannt werden, für die viel Arbeitszeit aufgewendet wird.
4. Die Arbeitsaufgabe *Pflege der Kontakte im Sozialraum* ist zudem die einzige, für die sich die Mitarbeiter deutlich schlechter qualifiziert fühlen als für alle anderen Arbeitsaufgaben.

Angesichts der in den Einschätzungen der Trägervertreter deutlich gewachsenen Bedeutung sozialräumlicher Arbeit ist dieser Zusammenhang bedenklich und signalisiert einen deutlichen Handlungsbedarf.

Die primären Ziele der Arbeit beziehen sich auf klassische Zielsetzungen behindertenpädagogischen Handelns: Selbst- und Mitbestimmung, die Teilhabe an Lebensbereichen, die Förderung von Kompetenzen, Unterstützung in der Nutzung allgemeiner Angebote und Dienste. Eher selten sind Schutz vor Überforderung oder Diskriminierung benannt.

Veränderungen der Arbeitsaufgaben beziehen sich auf eine individualisierte und spezifische Leistungserbringung, die Zunahme von sozialräumlich-übergreifender Arbeit; der Unterstützung bei Finanzen/Behörden sowie der Koordination von Leistungen. Die stärkere Betonung des Selbstbestimmungsrechts führt dazu, dass Mitarbeiter sich stärker zurück nehmen müssen. Im Hinblick auf Wichtigkeit in Relation zu Zeitaufwand zeigt sich, dass für *Alltagsbegleitung* sowie *Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten* beide Bezugsgrößen kongruent sind. Für *Arbeit an Hilfeplanziele*n und *Pflege von Kontakten im Sozialraum* steht trotz wahrgenommener Wichtigkeit eher wenig Zeit zur Verfügung. Für *Hauswirtschaft und Pflege* sowie *Organisatorisches* wird umgekehrt einiges an Zeit aufgewendet, diese werden jedoch als weniger wichtig erachtet. Die Einschätzungen zu den Aufgaben *Unterstützung bei Finanzen*

und Behördenkontakten und Pflege von Kontakten im Sozialraum deckt sich dabei weitgehend mit den Einschätzungen durch die Trägervertreter.

Für die meisten Arbeitsaufgaben fühlen sich Mitarbeiter ausreichend qualifiziert (mit leichten Unterschieden hinsichtlich des Leistungstyps).

Im Hinblick auf die Frage der Förderung sozialer Kontakte/Vermeidung von Isolation kommt es dabei zu Brüchen zwischen den Einschätzungen zur Gewichtung des Ziels (inkl. der dazugehörigen Arbeitsaufgaben) und den Einschätzungen zu Arbeitszeit und Qualifikationsniveau (insbesondere bezüglich der *Pflege von Kontakten im Sozialraum*).

5.2 Rolle der Mitarbeiter

Aus einer Veränderung der Arbeitsaufgaben, aber auch des pädagogischen Anspruchs an die Arbeit können sich Folgen für das Rollenverständnis der Mitarbeiter ergeben. Hier erfolgt – analog zu den Zielen und Arbeitsaufgaben – eine Kombination aus Einschätzungen zu den *Veränderungen durch die Ambulantisierung* und den *Selbsteinschätzungen der Mitarbeiter*. Diese sind dementsprechend durch die unterschiedlichen Perspektiven der beiden Gruppen geprägt.

5.2.1 Veränderungen durch die Ambulantisierung

Aus der Perspektive der Trägervertreter ist es zumindest bei einem Teil der Mitarbeiter im Zusammenhang mit der Ambulantisierung zu einem veränderten Rollenverständnis gekommen. Dieses äußert sich in einem veränderten Blick auf die Arbeit/die Klienten, der einerseits stärker ressourcenorientiert und durch eine Empowerment-Perspektive geprägt ist (TV1, 31; TV3, 15), andererseits spielt die professionelle Distanz eine große Rolle: Die Mitarbeiter lernen, sich nicht komplett für das Leben der Nutzer verantwortlich zu fühlen und nehmen sich selbst stärker zurück (TV7, 32). Das bedeutet aber auch, Diskrepanzen zwischen den eigenen Vorstellungen und den Vorstellungen der Nutzer »auszuhalten«, sich Zeit zu lassen und darauf zu vertrauen, wie die Nutzer ihr Leben gestalten (TV1, 186; TV4, 19; TV7, 32). Zudem hat der Umzug bzw. die Umwandlung in private Räume bei vielen Mitarbeitern zu einem veränderten Verständnis geführt: Die Mitarbeiter klingeln vor dem Eintreten⁶⁴, sie sind Gast in der Wohnung, die Mitarbeiterbüros sind nicht mehr Teil der Wohnungen etc. (TV4, 21; TV5, 32; TV6, 66).

Allerdings hängt die Frage, ob es zu Veränderungen im Rollenverständnis kommt, tendenziell damit zusammen, ob und wie sich das konkrete Arbeitsfeld verändert hat. Je stärker die konkreten Veränderungen sind – entweder durch einen Umzug der Nutzer oder durch eine Umstrukturierung des Teams (z. B. anhand einer Aufteilung Basisdienste/individuelle Assistenz) – desto eher nehmen Mitarbeiter diese auch als Veränderungen ihrer Rolle wahr. Nach Einschätzung von TV1 hat sich hingegen bei Mitarbeitern, die weiterhin primär Basisdienste in

⁶⁴ Dies war jedoch bei einigen Trägern auch vor Beginn der Ambulantisierung bereits üblich (TV5, 32).

Gruppen leisten und bei denen die Nutzer zudem weiterhin im gleichen Wohnraum leben (z. B. wenn eine Einrichtung umgewandelt wurde), eher wenig verändert (TV1, 31).

5.2.2 Rollenverständnis der Mitarbeiter

Befragt nach den Rollen, mit denen sich die Mitarbeiter identifizieren können, nennen die Befragten v. a. die Rollen des *persönlichen Assistenten* (74,1%) und des *Begleiters* (63%). Mit einigem Abstand folgt dann die Rolle des *Koordinators* (48,1%). Am wenigsten identifizieren sich die Mitarbeiter mit den Rollen des *Erziehers/Pädagogen* (37%) und der engen *Bezugsperson* (35,2%).

	Antworten	Prozent der Fälle
	N	
persönlicher Assistent	40	74,1%
Begleiter	34	63,0%
Koordinator	26	48,1%
Erzieher/Pädagoge	20	37,0%
enge Bezugsperson	19	35,2%

Tabelle 82: Mitarbeiterrollen

Im Zusammenhang mit dieser Frage kommt es bei einigen Rollen zu Korrelationen mit dem Leistungstyp: Das betrifft die Rollen des *persönlichen Assistenten* sowie die des *Koordinators*.

	AAH		AWG	
	Antworten	Prozent der Fälle	Antworten	Prozent der Fälle
	N		N	
persönlicher Assistent	30	90,9%	10	47,6%
Koordinator	11	33,3%	15	71,4%

Tabelle 83: Mitarbeiterrollen nach Leistungstyp

Bezüglich der Identifikation mit die Rolle des Koordinators kann wiederum die unterschiedliche Aufgabenverteilung in den beiden Leistungsformen entscheidend sein: Die AWG-Mitarbeiter erbringen selbst keine pflegerischen Leistungen, sind aber natürlich dann primärer Ansprechpartner für den Pflegedienst und somit stärker koordinierend tätig. Es besteht aber bei dieser – und insbesondere bei der Rolle des *persönlichen Assistenten* – ebenso die Möglichkeit, es mit einem Artefakt zu tun zu haben, das durch Unterschiede in Konzeption, Selbstverständnis oder Tradition der jeweiligen Dienstleister und ihrer Mitarbeiter geprägt ist, so dass evtl. auch kein Zusammenhang zum Leistungstyp vorliegt.

Im Zusammenhang mit der Ambulantisierung ist es nach Einschätzung der Trägervertreter bei einigen Mitarbeitern durchaus zu Veränderungen im Rollenverständnis gekommen. Auffällig hierbei ist, dass sich ein Großteil der Veränderungen *nicht* auf das Statusmerkmal »ambulante« bezieht, sondern eher auf Fragen der Ressourcenorientierung oder der professionellen Distanz. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie unabhängig vom Leistungstyp zu denken sind.

Am meisten identifizieren sich die Mitarbeiter mit der Rolle des persönlichen Assistenten und der des Begleiters. In AWG-Leistungen ist die Rolle des persönlichen Assistenten deutlich geringer und dafür die Rolle des Koordinators deutlich häufiger vertreten.

5.3 Zusammenfassung

Die Erkenntnisse aus der Nutzerbefragung weisen darauf hin, dass es in der Tätigkeit der Mitarbeiter zu einem Spannungsfeld zwischen der direkten Begleitung und Unterstützung der Nutzer einerseits und einer eher koordinierenden und kooperierenden Tätigkeit andererseits kommt. Die Trägerinterviews bestätigen dies insofern, als sie eine Zunahme sowohl individualisierter Leistungserbringung als auch koordinierender und sozialraumbezogener Tätigkeiten benennen. Die Mitarbeiterbefragung stützt zumindest die Annahme, dass koordinierende Tätigkeiten sowie die Unterstützung im Zusammenhang mit Behördenkontakten und Finanzen eine wichtige Rolle in der Arbeit spielen⁶⁵.

Im Hinblick auf die *Förderung sozialer Kontakte/Vermeidung von Isolation* kommt es zu Diskrepanzen zwischen der Gewichtung des Ziels und der dazugehörigen Arbeitsaufgaben auf der einen sowie der zur Verfügung stehenden Zeit und der wahrgenommenen Qualifikation auf der anderen Seite. Dies betrifft insbesondere die Arbeitsaufgabe der *Pflege von Kontakten im Sozialraum*. Angesichts der deutlich gewachsenen Bedeutung sozialräumlicher Arbeit zeigt sich hier deutlicher Handlungsbedarf.

Bezüglich der Rollenveränderung im Zusammenhang mit Veränderungsprozessen wie der Ambulantisierung stellt sich die Frage,

- a) ob hier die unterschiedlichen Perspektiven von Leitungskräften und Mitarbeitern zum Tragen kommen: So wäre zu klären, ob die Verschiebungen eher im Verständnis der Leitungskräfte bezüglich der Rolle oder in der Selbstwahrnehmung der Mitarbeiter angesiedelt sind;
- b) in welchem Zusammenhang Ziele, Arbeitsaufgaben und -strukturen stehen: Eine Veränderung auf der Ebene der Ziele kann bereits auf ein verändertes Rollenverständnis hinweisen. Ob sich dieses aber in veränderte Arbeitsstrukturen übersetzen kann, ist eine Frage, die zumindest im Zusammenhang mit der Implementation veränderter pro-

⁶⁵ Hier fehlen jedoch Vergleichswerte zu anderen Leistungstypen (stationär, PBW/WA). Da es bereits im Vergleich AWG und AAH zu Korrelationen mit dem Leistungstyp kommt, kann u. E. davon ausgegangen werden, dass sich diese unterschiedlichen Gewichtungen in den anderen Leistungstypen fortsetzen.

grammatischer Ausrichtungen und der Veränderung organisatorischer Regeln gesehen werden muss.

Jenseits dieser theoretischen Unschärfen lässt sich aber dennoch festhalten, dass – zumindest in der Wahrnehmung der Trägervertreter und zumindest bei einem Teil der Mitarbeiter – Fragen hinsichtlich des eigenen Rollenverständnisses aufkommen, die sich oft darauf beziehen, den Nutzern größere Spielräume in der Gestaltung ihres eigenen Lebens einzuräumen. Der damit verbundene Perspektivwechsel hat – ähnlich wie auch die Individualisierung der Leistungserbringung – im Kern nichts mit den Strukturmerkmalen »ambulant« oder »stationär« zu tun. Bezüglich des Rollenverständnisses besteht jedoch die Möglichkeit, dass der Umzug in eigenen Wohnraum eine Symbolwirkung entfaltet, die eine veränderte Perspektive auf die Lebenssituation nach sich zieht.

6 Zur Situation der Angehörigen

Die Perspektive der Angehörigen und die sich verändernden Anforderungen an sie sollten primär durch eine quantitative Befragung erhoben werden. Diese Ergebnisse sollten ergänzt werden durch Erkenntnisse aus

- den qualitativen Interviews mit den Trägervertretern sowie
- einem Vergleich mit identischen Items aus der Mitarbeiterbefragung.

Leider ist es im Verlauf des Forschungsprojektes nicht gelungen, eine große Anzahl von Angehörigen für die Befragung zu gewinnen. So haben insgesamt nur 19 Personen teilgenommen⁶⁶. Die Ergebnisse sind daher für sich genommen nicht belastbar. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, werden im Folgenden Ergebnisse aus drei Erhebungsschritten in explorativer Form präsentiert und zueinander in Beziehung gesetzt. Es handelt sich dabei um die – eigentlich zur Vorbereitung der Erhebung konzipierte – Gruppendiskussion mit Angehörigen, die Interviews mit den Trägervertretern sowie die entsprechenden Fragebereiche der Mitarbeiterbefragung. Die abschließende Zusammenfassung wird – im Unterschied zu den anderen Kapiteln – auch Bezüge zum Fachdiskurs herstellen, um die Ergebnisse besser einordnen zu können. Daraus lassen sich dann zumindest Hinweise zur Situation von Angehörigen ableiten.

6.1 Selbsteinschätzungen von Angehörigen

Selbsteinschätzungen von Angehörigen erfolgten im Rahmen der (vorbereitenden) Gruppendiskussion sowie in der Angehörigen-Befragung selbst. Die aus diesen Erhebungsschritten stammenden Ergebnisse lassen sich dabei zwei Themenkomplexen zuordnen: einer bezieht sich grundsätzlich auf die Situation von Angehörigen von Menschen mit Behinderung, der andere spezifisch auf Veränderungen durch die Ambulantisierung.

Auf *grundsätzlicher Ebene* formulieren die Teilnehmer der Gruppendiskussion eine strukturell andere Perspektive auf das Leben ihrer Angehörigen als die von Dienstleistern: Sie legen vor allem Wert darauf, dass ihre Angehörigen gut versorgt sind; als relevante Werte werden Gemeinsamkeit, aufgehobensein und Fürsorge benannt (GDA, 47-50, 239). Die Teilnehmer der Gruppendiskussion werten diese Aspekte auch tendenziell höher als das Merkmal Selbst-

⁶⁶ Über die Gründe dafür kann nur spekuliert werden: a) Zum Zeitpunkt der Befragung lag die eigentliche Umwandlung bereits mehr als fünf Jahre in der Vergangenheit. Evtl. lag die Aufmerksamkeit der Angehörigen zu diesem Zeitpunkt nicht mehr auf dem Thema »Ambulantisierung«. Zudem erwies sich b) der Feldzugang als vergleichsweise schwierig. Die anderen Erhebungsschritte waren in organisatorische Zusammenhänge eingebunden (Einrichtungen, Dienste etc.). Das erleichtert den Feldzugang, weil Ansprechpartner benannt werden können und etablierte Kommunikationswege existieren. Angehörige sind zumindest nicht in dieser Form organisiert. Evtl. hätte der Feldzugang in der Konsequenz mehr Aufmerksamkeit auf Fragen der Informationsvermittlung und Zustimmung im Feld legen müssen.

bestimmung (GDA, 148/173). Diese Einschätzung lässt sich durch die Angehörigenbefragung bestätigen: *Selbstbestimmung* ist hier – neben verschiedenen anderen Zielen – an vierter Stelle angesiedelt, höhere Werte erzielen *Vermeidung von Isolation/Förderung sozialer Kontakte* (höchster Wert insgesamt), *Teilhabe an Lebensbereichen*, *Förderung von Kompetenzen* sowie *Förderung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens*.

	Nicht angekreuzt		Als wichtiges Leitziel genannt	
	Anzahl	% der Fälle	Anzahl	% der Fälle
Vermeidung von Isolation/Förderung sozialer Kontakte	4	21,1%	15	78,9%
Teilhabe an Lebensbereichen (wie Kultur, Arbeit, Freizeit)	8	42,1%	11	57,9%
Förderung der Kompetenzen	10	52,6%	9	47,4%
Förderung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens	10	52,6%	9	47,4%
Gemeinsame Gestaltung des Alltags	11	57,9%	8	42,1%
Selbstbestimmung	11	57,9%	8	42,1%
Beteiligung der Nutzer an Entscheidungen	11	57,9%	8	42,1%
Unterstützung der Nutzer in der Nutzung allgemeiner Angebote & Dienste (Einkaufen, Friseur, Kneipe, Arzt)	11	57,9%	8	42,1%
Schutz der Nutzer vor Diskriminierung	12	63,2%	7	36,8%
Abbau sozialer Barrieren (Aufklärung, Wissenstransfer, damit Nutzer Zugang zu Angeboten erhalten)	14	73,7%	5	26,3%
Schutz der Nutzer vor Überforderung	15	78,9%	4	21,1%

Tabelle 84: Leitziele Angehörigenperspektive

Vergleicht man diese Einschätzung mit den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung, lässt sich ein Unterschied in der Gewichtung aufzeigen. In der Angehörigenbefragung liegt der Schwerpunkt eher auf Eingebundenheit (*Vermeidung von Isolation, Teilhabe an Lebensbereichen*) und Förderung (*von sozialen Kontakten, Kompetenzen, Wohlbefinden*). Die Ziele *Selbstbestimmung* und *Beteiligung der Nutzer an Entscheidungen* (in der Mitarbeiterbefragung auf den Rängen 1 und 3) tauchen zwar auch auf, sind aber deutlich geringer gewichtet (vgl. 5.1).

Einschätzung der Ziele	Mitarbeiter	Angehörige
1	Selbstbestimmung	Vermeidung von Isolation/Förderung sozialer Kontakte
2	Teilhabe an Lebensbereichen (wie Kultur, Arbeit, Freizeit)	Teilhabe an Lebensbereichen (wie Kultur, Arbeit, Freizeit)
3	Förderung der Kompetenzen	Förderung der Kompetenzen Förderung des körperlichen und seelischen Wohlbefindens
4	Beteiligung der Nutzer an Entscheidungen	Gemeinsame Gestaltung des Alltags Selbstbestimmung
5	Unterstützung der Nutzer in der Nutzung allgemeiner Angebote & Dienste	Beteiligung der Nutzer an Entscheidungen Unterstützung der Nutzer in der Nutzung allgemeiner Angebote & Dienste

Tabelle 85: Vergleich Leitziele Mitarbeiter/Angehörige

Die Benennung wichtiger Arbeitsaufgaben speist sich weitgehend aus diesen Zielen. Als wichtigste Aufgabe wird *Hauswirtschaft und Pflege* gesehen, kurz dahinter folgen *Alltagsbegleitung*, *Arbeit an Hilfeplanziele* sowie die *Pflege von Kontakten im Sozialraum*. Alle anderen Aufgaben folgen mit großem Abstand.

	Nicht angekreuzt		Als wichtige Aufgabe genannt	
	Anzahl	% der Fälle	Anzahl	% der Fälle
Hauswirtschaft und Pflege	7	36,8%	12	63,2%
Alltagsbegleitung (auch: Basisdienste in Gruppen)	9	47,4%	10	52,6%
Arbeit an Hilfeplanziele	9	47,4%	10	52,6%
Pflegen von Kontakten im Sozialraum	9	47,4%	10	52,6%
Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten	16	84,2%	3	15,8%
Organisatorisches (Dienstbesprechungen, Dokumentation usw.)	16	84,2%	3	15,8%
Zusammenarbeit Angehörige, anderen Diensten, Freiwillige	17	89,5%	2	10,5%
Etwas anderes, und zwar	19	100,0%	0	0,0%

Tabelle 86: Arbeitsaufgaben Angehörigenperspektive

Unterschiede im Vergleich zur Mitarbeiterbefragung zeigen sich v. a. in Bezug auf *Hauswirtschaft und Pflege*: bei den Angehörigen als wichtigste Arbeitsaufgabe benannt, taucht sie bei den Mitarbeitern nicht auf (sie ist dort an vorletzter Stelle angesiedelt). Dennoch decken sich zumindest die Aufgaben *Alltagsbegleitung* und *Arbeit an Hilfeplanziele* in der Einschätzung ihrer Wichtigkeit.

Arbeitsaufgaben	Mitarbeiter	Angehörige
1	Alltagsbegleitung	Hauswirtschaft und Pflege
2	Arbeit an Hilfeplanziele	Alltagsbegleitung
3	Unterstützung bei Finanzen und Behördenkontakten	Arbeit an Hilfeplanziele Pflegen von Kontakten im Sozialraum

Tabelle 87: Vergleich Arbeitsaufgaben Mitarbeiter/Angehörige

Neben dieser anderen Perspektive berichten die Angehörigen in der Gruppendiskussion von Intransparenz im Hilfesystem, d. h. es bleibt unklar, ob ihre Angehörigen ausreichende/die richtigen Hilfen bekommen. Zudem müssen Hilfen erneut gerechtfertigt werden etc. (GDA, 37/62/73/201-203). Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen verstehen sie sich – insbesondere in der Rolle des gesetzlichen Betreuers – als kritische Begleiter der Dienstleistung im Interesse der Nutzer (GDA, 197).

Außerdem wird eine Situation benannt, in der die Angehörigen gerne »loslassen« würden, dies aber nicht können, weil sie die Dienstleistung nicht als dauerhaft verlässlich wahrnehmen, z. B. wenn es zu Konflikten innerhalb des Teams kommt (GDA, 195-197). Gleichzeitig haben sie das Gefühl, dass sie im Hintergrund präsent bleiben müssen (um Aufgaben im Alltag zu übernehmen oder als Ansprechpartner an Wochenenden zur Verfügung zu stehen; GDA, 198/233). Diese Selbstbeschreibung setzt sich in den sehr deutlich benannten Zukunftsängsten fort, selbst nicht mehr in der Lage sein zu können, sich um ihre Angehörigen zu kümmern (GDA, 198/204-218).

Diese Einschätzungen sind in der Angehörigenbefragung zumindest nicht in dieser Deutlichkeit zu finden. Die Befragten übernehmen zu einem Großteil (89,5%) Unterstützungsleistungen für ihre Angehörigen. Diese gestalten sich inhaltlich wie folgt:

Welche Unterstützungsleistungen übernehmen Sie für Ihre Angehörigen?		
Form der Unterstützung	N	Prozent der Fälle
Rat bei persönlichen Fragen	13	76,5%
Behördenangelegenheiten/Finanzielles	13	76,5%
Rechtliche Betreuung	8	47,1%
Interessenvertretung gegenüber dem Dienstleister	7	41,2%
Alltägliche Versorgung (Wäsche Einkaufen)	4	23,5%
Pflege/Gesundheitsversorgung	4	23,5%
Mobilität (Abholen/Bringen)	3	17,6%
Organisation/Koordination von Hilfen	3	17,6%
Andere Aufgaben und zwar	1	5,9%

Tabelle 88: Unterstützungsleistungen durch Angehörige

Die Angehörigen sind also v. a. als *Ratgeber* sowie als *Unterstützer bei Behördenfragen und finanziellen Angelegenheiten* tätig. Danach folgen die *rechtliche Betreuung* und die *Interessenvertretung gegenüber dem Dienstleister*. Die Mehrheit der hier Befragten (68,4%⁶⁷) empfindet diese Unterstützung nicht als belastend. An dieser Stelle sei nochmals **ausdrücklich** darauf verwiesen, dass sich diese Aussagen *nicht verallgemeinern* lassen. Es wird an dieser Stelle also keine Aussage über die Situation »der Angehörigen« getroffen, sondern lediglich über die Teilnehmer an der Befragung.

Wenn es zu Belastungen kommt, werden diese in den Bereichen der *alltäglichen Versorgung*, der *Mobilität*, der *Pflege/Gesundheitsversorgung*, dem *Rat bei persönlichen Fragen* sowie den anderen Aufgaben (das Belastungserleben bezieht sich hier auf das Alter der Angehörigen und weniger auf konkrete Aufgaben) als solche empfunden. Die Frage, ob die aktuelle Wohnsituation auch ohne die Unterstützung der Angehörigen funktionieren würde, wird uneindeutig beantwortet: 47,1% der Befragten verneinen dies, 52,9 bejahen es. Sofern davon ausgegangen wird, dass die aktuelle Wohnsituation ohne das Engagement der Angehörigen nicht zu bewältigen ist, werden als notwendige Ergänzungen gesehen: Einbeziehung freiwilliger Helfer, Bestellung eines Berufsbetreuers, Hilfen bei der Mobilität, mehr Gründlichkeit in der Pflege, mehr Aufmerksamkeit, feste Bezugspersonen, eine klar strukturierter Tagesablauf sowie psychologisch besser ausgebildete Betreuer.

In Angehörigen- und Mitarbeiterbefragung wurde zusätzlich die Qualität der Zusammenarbeit abgefragt. Die Ergebnisse sind nicht alle eindeutig: Die Zusammenarbeit wird zwischen »sehr gut« und »gut« beschrieben.

⁶⁷ Diese Zahl bezieht sich nur auf diejenigen, die diese Frage klar verneint haben. Jeweils 15,8% haben die Frage bejaht oder nicht beantwortet.

Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Wohnangebots?		
	N	In %
Sehr Gut	8	42,1
Gut	7	36,8
Noch OK	4	21,1
Schlecht	0	0

Tabelle 89: Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Wohnangebots

Konflikte mit dem Dienstleister und Belastungen sind durchaus vorhanden, haben aber keine eindeutigen Werte.

	Nein		Ja	
	N	In %	N	In %
Konflikte in der Zusammenarbeit	12	63,2	7	36,8
Belastungen in der Zusammenarbeit	13	68,4	6	31,6

Tabelle 90: Konflikte und Belastungen in der Zusammenarbeit aus Angehörigenperspektive

Diese Einschätzung spiegelt sich in den Einschätzungen der Mitarbeiter zum gleichen Thema, allerdings waren hier differenziertere Antwortmöglichkeiten gegeben:

Kommt es zu Konflikten in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen?		
	N	In %
Bei keinem	17	30,9
Bei wenigen	29	52,7
Bei vielen	9	16,4
Bei allen	0	0

Tabelle 91: Konflikte in der Zusammenarbeit aus Mitarbeiterperspektive

Es kommt zwar offensichtlich zu Konflikten, dies aber nur bei einer Teilgruppe (in der Mitarbeiterbefragung liegen die Werte für »bei keinem« und »bei wenigen« zusammen bei über 80%). Wenn es zu Konflikten kommt, ist die Frequenz, in der dies geschieht sehr unterschiedlich, in mehr als der Hälfte der Fälle – aus Perspektive der Mitarbeiter – jedoch maximal einmal pro Halbjahr:

Wenn es zu Konflikten kommt, wie häufig ist das der Fall?				
	Mitarbeiter		Angehörige ⁶⁸	
	N	In %	N	In %
Unregelmäßig	7	18,9	X	X
Weniger als 1x/Halbjahr	11	29,7	X	X
Ca. 1x/ Halbjahr	4	10,8	X	X
Ca. 1x/ Quartal	5	13,5	X	X
Ca. 1x/ Monat	3	8,1	X	X
Ca. 2x/ Monat	4	10,8	X	X
Ca. 1x/ Woche	2	5,4	X	X
Mehr als 1x/ Woche	1	2,7	X	X

Tabelle 92: Häufigkeit der Konflikte

Kommt es zu Belastungen, beziehen sich diese auf Konflikte zwischen Mitbewohnern, Konflikte mit Mitarbeitern, auf die Zusammenarbeit mit Behörden, auf Zukunftsängste oder darauf, dass sich Angehörige nicht ernst genommen fühlen.

Zur Ambulantisierung werden in der Gruppendiskussion sowohl positive als auch negative Einschätzungen abgegeben. Positiv bewertet werden

- zusätzliche Ressourcen durch Leistungen des Pflegediensts, die z. B. eine fast durchgängige Anwesenheit von Mitarbeitern ermöglichen (GDA, 120);
- eine Aufwertung des Selbstbewusstseins bei einigen Nutzern. Diese hängt zusammen mit
 - einer Erhöhung der Kontrolle über das eigene Geld. In der Folge kommt es seltener zu Gruppeneinkäufen, die Nutzer haben verstärkt die Möglichkeit, diejenigen Produkte auszuwählen, die sie kaufen möchten. Mit der verstärkten Kontrolle im Alltag geht dann auch eine Aufwertung des Selbstbewusstseins einher (GDA, 175-183). Als Nebeneffekt hat sich z. T. auch die Mobilität im Alltag erhöht (GDA, 177);
 - die Übernahme eines eigenen Wohnungsschlüssels, der symbolisch für die veränderte Rolle als »Mieter« steht (GDA, 176) sowie
- im Zusammenhang mit der Lebenssituation von Menschen mit hohem Hilfebedarf das Modell der Hausgemeinschaften. Sie ermöglichen der Personengruppe trotz der Umwandlung stationärer Einrichtungen dort zu leben, wo sie auch vor der Ambulantisierung gelebt haben. Zudem werden sie dort als Teil der Gruppe wahrgenommen (GDA, 164-168).

Im Sinne des Selbstverständnisses als kritische Begleiter kommt es aber auch zu negativen Einschätzungen. Diese beziehen sich auf:

- den Impuls zur Ambulantisierung, der fast ausschließlich vom Träger – und nicht von den Nutzern – ausging (GDA, 107-111);

⁶⁸ Aufgrund der geringen Gesamtgröße der Befragung führen Verzweigungsfragen zu sehr kleinen Antwortgrößen (hier: N=7), die die Antworten massiv verzerren können. Daher werden sie an dieser Stelle nicht dargestellt.

- die Einschätzung des Ambulantisierungsprogramms als Maßnahme zur Einsparung von Personal (GDA, 59-62/67-68/198/239);
- eine Zunahme an Verwaltungsaufwand durch die Vervielfältigung von Bewilligungen und Bescheiden (Leistungsbewilligung Eingliederungshilfe, Pflegeleistungen, Mietvertrag, Nebenkostenabrechnung, Grundsicherung etc.; GDA, 32-36) sowie
- die Kopplung der Chancen auf eigenen Wohnraum an die Höhe des Hilfebedarfs. Ein Hilfebedarf, der die Anwesenheit von Mitarbeitern mehrmals am Tag erfordert, führt i. d. R. zur Unterstützung in einem stationären Setting (GDA, 89-97). In diesem Zusammenhang werden auch negative Auswirkungen auf die stationären Einrichtungen beschrieben, da dort im Schwerpunkt Menschen mit hohem Hilfebedarf unterstützt werden (GDA, 163).

Insgesamt lassen sich aus der Gruppendiskussion zumindest Hinweise darauf ablesen, dass aus der Perspektive der Angehörigen das strukturelle Merkmal »stationär« oder »ambulant« einen weniger hohen Stellenwert einnimmt als die Qualität der Unterstützung. Diese wiederum macht sich fest an

- a) der Zusammenarbeit mit Mitarbeitern und Leitungen vor Ort (GDA, 51-53). Dies kann als *das* zentrale Merkmal gefasst werden: Nehmen die Angehörigen das Handeln von Mitarbeitern und Leitungen als angemessen und effektiv war, sind sie zumeist auch mit der Wohn- und Unterstützungssituation zufrieden (GDA, 148/191);
- b) einem Leben in Gemeinschaft und in familienähnlichen Verhältnissen, da hier Gelegenheiten für eine gegenseitige Unterstützung im Alltag entstehen (GDA, 164/158)⁶⁹. Dementsprechend werden Einzelappartement-Settings eher als schwierig eingeschätzt, weil es hier nur wenige Möglichkeiten für Gemeinschaft gibt (GDA, 237).

6.2 Fremdeinschätzungen der Situation der Angehörigen durch Trägervertreter

Die Trägervertreter verdeutlichen, dass zumindest ein Teil der Angehörigen dem Ambulantisierungsprogramm zu Beginn eher skeptisch bis kritisch gegenüber stand. Kern dieser Skepsis war die Befürchtung, das Programm sei eine Sparmaßnahme, die sich in der Lebenssituation der Nutzer als nicht ausreichende Versorgung bis hin zu Verwahrlosung oder Vereinsamung niederschlagen könnte (TV4, 55; TV5, 4/44). Außerdem bestand die Befürchtung, dass mehr Aufgaben auf Angehörige zukommen, wenn die umfassende Unterstützung stationärer Einrichtungen, die für Angehörige mit einer gewissen Sicherheit verbunden ist, aufgelöst wird. Es bestand die Sorge, dass die Ambulantisierung zu Lasten der Angehörigen gehe (TV1, 92).

Die Einschätzungen zur aktuellen Situation sind unterschiedlich: Es gibt sowohl die Einschätzungen, dass sich diese Sorgen nicht bewahrheitet haben und es zu einer Entspannung bei den Angehörigen gekommen ist (TV1, 92; TV4, 55; TV5, 44) als auch die Einschätzung, dass die Angehörigen, die dem Prozess von Anfang an kritisch gegenüber standen, dies auch weiterhin

⁶⁹ Wobei betont wird, dass aus dem Leben in Gemeinschaft kein Gruppenzwang entstehen soll (GDA, 158).

tun (TV1, 88). Die wesentliche Frage ist dabei, ob sich im Zuge der Ambulantisierung auch die Anforderungen/Aufgaben von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern verändert haben. Für einen Teil der Interviewpartner ist dies nicht der Fall, da der Großteil der Arbeit bei den Mitarbeitern vor Ort verbleibt (TV1, 92; TV3, 69; TV4, 59; TV6, 70)⁷⁰.

An anderer Stelle kommt es dabei jedoch zu Differenzierungen zwischen Personengruppen⁷¹: Für *gesetzliche Betreuer* (inkl. Angehörige in dieser Rolle) wird durchaus eine Zunahme an Aufgaben gesehen, weil mehr Anträge gestellt werden müssen und der bürokratische Aufwand zugenommen hat (TV2, 66; TV3, 69; TV5, 44; TV7, 38). Das betrifft auch die Koordination unterschiedlicher Dienstleister und die Aufspaltung eines stationären »Wohngruppenvertrags« in bis zu vier Einzelvereinbarungen: Mietvertrag (inkl. Nebenkostenabrechnung), individueller Betreuungsvertrag mit dem Dienstleister, Vereinbarung der Mietergemeinschaft mit dem Dienstleister sowie Pflegevertrag (TV7, 38). Hier zeigt sich außerdem, dass Aufgaben, die in einem stationärem Setting durch die Einrichtung übernommen wurden, nun anderweitig geregelt werden und die Nutzer zunehmend auf ihre sozialen Netzwerke – u. a. auch auf die gesetzlichen Betreuer – zurückgreifen (TV3, 63).

Dieser Zusammenhang ist in den Auswertungen zur Lebenssituation von Menschen mit hohem Hilfebedarf exemplarisch beleuchtet (vgl. 4.2). Im Kern vollzieht sich dabei folgender Vorgang:

1. Die strukturelle Umstellung von »stationär« auf »ambulant« verändert die Arbeitsteilung zwischen Dienstleistern und gesetzlichen Betreuern. Aus der Perspektive von Dienstleistern erscheint dies oft als ein weitgehend unproblematisches »Zurückgeben von Aufgaben« an die ursprünglich dafür zuständigen Instanzen.
2. Diese Umstellung vergrößert den Arbeitsaufwand auf Seiten der gesetzlichen Betreuer deutlich (Anträge und Verträge, Koordination und Kooperation). Insbesondere auf ehrenamtlich tätige Betreuer kommt hier also eine deutliche Mehrbelastung zu⁷².

Neben der konkreten Arbeitsbelastung steht hier aber auch die Frage der Verantwortung im Raum. Angehörige berichten davon, dass ihnen diese Verantwortung im stationären Umfeld durch den Dienstleister abgenommen worden sei, sie sie aber im ambulanten Setting (wieder) verstärkt übernehmen und verstärkt Entscheidungen mit treffen müssen (TV7, 38). Das kann aus zwei Gründen problematisch sein: Zum einen kann es für Angehörige, die auch gesetzliche Betreuer sind, wiederum eine deutliche (Mehr-)Belastung bedeuten, eine Verantwortung zu übernehmen, der sie fürchten, nicht gerecht zu werden. Zum anderen sind die (erwachsenen) Nutzer wieder verstärkt dem Einfluss von Angehörigen auf ihre Lebenssituation ausgesetzt (TV7, 34-36).

Es kommt in der Kooperation zwischen Dienstleistern und Angehörigen dabei auch immer wieder zu Konflikten. Aus der Perspektive der Dienstleister erscheinen die Angehörigen z. T.

⁷⁰ Diese Einschätzungen speisen sich u. a. aus unterschiedlichen Trägertraditionen und -strukturen. Träger, die z. B. durch einen Elternverein ins Leben gerufen wurden, verfügen oft über eine andere Kultur der Zusammenarbeit mit Angehörigen als z. B. weltanschaulich gebundene Träger (TV3, 69; TV6, 70).

⁷¹ Streng genommen müssten hier drei Gruppen unterschieden werden: a) Angehörige; b) Angehörige, die gleichzeitig gesetzliche Betreuer sind sowie c) Berufsbetreuer.

⁷² Daran schließen sich Fragen nach der Situation ehrenamtlicher Betreuung (z. B. durch Angehörige) an. Es müsste geklärt werden, was eigentlich im Rahmen eines solchen Ehrenamts zu leisten ist und ob es in der Folge von Prozessen wie der Ambulantisierung zu einer Zunahme von Berufsbetreuungen gekommen ist. Das kann im vorliegenden Bericht jedoch nicht geleistet werden.

als überbehütend, was den Emanzipationsbestrebungen der Nutzer entgegenstehen kann (TV4, 59), z. B. wenn Fragen des Um- oder Auszugs nicht bearbeitet werden können. Dies kann mit den Überzeugungen und dem pädagogischen Konzept in Konflikt geraten, was von Seiten des Dienstleisters wiederum als ein Eingreifen in die pädagogische Arbeit gesehen wird (TV2, 70-72; 174).

6.3 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

Die Angehörigen verstehen ihre Perspektive auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung als grundsätzlich verschieden von der Perspektive der Dienstleister. Im Vergleich zu den Einschätzungen der Mitarbeiter zeigt sich diese andere Perspektive in Unterschieden in der Einschätzung prominenter Ziele und Arbeitsaufgaben. Zudem berichten die Angehörigen von einem Gefühl dauerhafter Verantwortung. Beides lässt sich auch in anderen Arbeiten nachzeichnen.

Das Thema der dauerhaften Verantwortung findet sich auch bei Bellingrath, Iskenius-Emmler et al. (2009), Seifert (2010), Schultz (2011) und Faßbender & Iskenius-Emmler (2012). Insbesondere Eltern von Menschen mit schwerer Behinderung benennen einen „Ambivalenzkonflikt zwischen dem Wunsch, ihr Kind so lange wie möglich zu versorgen und der Einsicht, dass ihnen dies [...] nur für einen begrenzten Zeitraum möglich sein wird. Sie fühlen sich dafür verantwortlich, ihrem Kind einerseits ein hohes Maß an persönlicher Zuwendung zu geben und ihm gleichzeitig ein von ihnen unabhängigeres Leben zu ermöglichen“ (Faßbender & Iskenius-Emmler 2012, 347). Schulz fasst dies für die Eltern von Jugendlichen/jungen Erwachsenen als widersprüchliche Erwartung zwischen der Gefahr, als »Rabaneltern« zu gelten und der Forderung, die Selbständigkeit zu unterstützen (Schultz 2011, 49).

Eine differente und kritische Perspektive durch Angehörige findet sich ebenso bei Hahn, Fischer et al. (2004, 297), Seifert (2011, 216) und Fischer (2014, 166). Seifert spricht im Hinblick auf Angehörige von Menschen mit schwerer Behinderung von einer „kritisch-konstruktive[n] Perspektive, die die Berücksichtigung der Bedürfnisse und die Umsetzung der Rechte von Menschen mit schweren Behinderungen“ (Seifert 2011, 201, Bearbeitung d. V.) betont. An anderer Stelle wird sie bezeichnet als „von außen kommendes Korrektiv, das Fehlentwicklungen vorbeugen oder beseitigen kann“ (Hahn, Fischer et al. 2004, 297; auch: Seifert 2011, 216). Angehörige „bringen sich ein: Nicht um gegen das Betreuungspersonal zu arbeiten, sondern um für ihre Töchter und Söhne verantwortlich zu handeln“ (Hahn, Fischer et al. 2004, 300). Dieses Engagement wurde lange Zeit kritisch beäugt, Anmerkungen und Nachfragen von Angehörigen wurden unter dem Hinweis einer angeblich mangelnden Ablösung nicht ernst genommen und darüber entwertet (Lindmeier 2011, 11).

In den Trägerinterviews – und auch an anderer Stelle (Projekt Kundenstudie 2010, 153) – wird zumindest z. T. davon berichtet, dass das Engagement der Eltern auch als Einmischung betrachtet wird⁷³. Unter der Grundannahme, dass die Einschätzungen von Angehörigen und

⁷³ Insgesamt scheint sich diese Einschätzung langsam zu verschieben. So fordert z. B. Fischer insbesondere für die

Mitarbeitern notwendig unterschieden sind, ist die Tatsache, dass es zu Konflikten zwischen den Parteien kommen kann, jedoch nicht weiter überraschend. Diese wären aufgrund der unterschiedlichen Perspektive vielmehr notwendig und auch nicht an sich problematisch. Die entscheidende Frage wäre daher, ob sich ein produktiver Umgang mit ihnen finden lässt.

Auch über diese grundsätzliche Einschätzung hinaus lassen sich viele der kritischen Äußerungen durch die Angehörigen auch an anderen Studien belegen:

- Einschätzungen, die das Hilfesystem als intransparent kennzeichnen und einen unzureichenden Informationszugang kritisieren, finden sich bei Helfer & Fries (2010, 311), Faßbender & Iskenius-Emmler (2012, 346) und Lang (2012, 26).
- Die Befürchtung, Ambulantisierung sei eine versteckte Sparmaßnahme findet sich auch bei Seifert. Insbesondere Eltern von Menschen mit hohem Hilfebedarf befürchten zudem die »Abschiebung« ihrer Kinder, wenn der Zugang zu ambulanten Wohnformen an den Hilfebedarf gebunden ist (Seifert 2012, 9f). Für die Hamburger Prozesse wird diese Problematik auch gesehen, dabei wird das Modell der Hausgemeinschaften als Alternative positiv hervorgehoben.
- Sorgen vor Einsamkeit oder Verwahrlosung finden sich bei Faßbender & Iskenius-Emmler (2012, 347) sowie bei Seifert (2012, 9). Positiv bewertet wird „das Eingebettet-Sein in ein tragfähiges sozial-emotionales Bezugssystem, sei es innerhalb einer Wohngruppe oder in familienähnlich gestalteten Strukturen außerhalb der Kernfamilie“ (Faßbender & Iskenius-Emmler 2012, 347). In der Folge kommt es u. U. zu einer „Bevorzugung von gemeinschaftlichen Wohnformen“ (Projekt Kundenstudie 2010, 164)⁷⁴. Geschätzt wird daran das Leben in Gemeinschaft (inkl. der Möglichkeiten zu Gruppenaktivitäten) sowie die Einbindung in die Haushaltstätigkeiten (Projekt Kundenstudie 2010, 152).

In der Gruppendiskussion werden jedoch auch positive Folgen der Ambulantisierung benannt, die sich als eine größere Selbstbestimmung und ein verändertes Selbstbewusstsein fassen lassen. Das deckt sich weitgehend mit den positiven Einschätzungen in der Berliner Kundenstudie zu ambulanten Wohnmöglichkeiten, die v. a. Möglichkeiten zu Selbstbestimmung und Selbständigkeit betonen (Projekt Kundenstudie 2010, 152). Die Ergebnisse der Gruppendiskussion weisen außerdem darauf hin, dass das Strukturmerkmal »ambulant« oder »stationär« aus der Perspektive der Angehörigen hinter der Qualität der Unterstützung tendenziell zurück steht.

Aus den vorliegenden Daten lässt sich zudem ableiten, dass es durch die Ambulantisierung zu einer veränderten Arbeitsteilung zwischen Dienstleister(n), gesetzlichen Betreuern und Angehörigen kommt. Die gesetzlichen Betreuer übernehmen dabei Aufgaben, die sie in stationären Settings nicht oder nicht in dieser Form hatten. Die Sorge, Angehörige müssten durch die Ambulantisierung wieder mehr Aufgaben und Verantwortung übernehmen, scheint sich also

Gestaltung von Übergangssituationen, „das sogenannte ‚Ablösungspostulat‘ als überholt zu betrachten. Es geht vielmehr darum, die Bedürfnislage der jeweiligen Familie zu respektieren“ (Fischer 2014, 166).

⁷⁴ Die Berliner Kundenstudie zeichnet insgesamt jedoch ein differenzierteres Bild. Sie unterscheidet sechs »Eltern-Typen« anhand ihrer Vorstellungen zum Wohnen: 1. Präferenz ‚Leben in der Familie‘; 2. Präferenz ‚Familie Plus‘ (= Leben im Elternhaus mit externer Unterstützung); 3. Präferenz ‚Wohnformen der Behindertenhilfe‘ (= eher traditionelle Unterstützungssettings); 4. Präferenz ‚Wohnformen in Bewegung‘ (= kritische Begleitung durch die Eltern); 5. Präferenz ‚Wohnen in Nachbarschaften‘ (= eher neue/alternative Unterstützungssettings) sowie 6. Präferenz ‚Kultursensible Angebote‘ (Projekt Kundenstudie 2010, 183).

zumindest für die Teilgruppe derjenigen, die auch als gesetzliche Betreuer tätig sind, bewahrt zu haben. Ob und wie sich dies als Belastungserleben niederschlägt, wird aus den vorliegenden Daten nicht deutlich: Die Gruppendiskussion liefert zwar Hinweise, die sich jedoch so in der Angehörigenbefragung nicht wiederfinden lassen. Dass es bei Angehörigen von Menschen mit Behinderung stärker als bei anderen Personengruppen zu Belastungen kommt, ist hingegen empirisch breit belegt (Bellingrath, Iskenius-Emmler et al. 2009; Heckmann 2012; Helfer & Fries 2010; Lang 2012). Zur genaueren Klärung dieser Frage bedürfte es daher einiger Differenzierungen, die auf der Grundlage der vorliegenden Daten nicht möglich sind. Das betrifft:

- das Vorhandensein einer gesetzlichen Betreuung und die Frage, ob diese ehrenamtlich durch Angehörige oder im Rahmen einer Berufsbetreuung erfolgt. Je nach Konstellation können sich daraus sehr unterschiedliche Belastungssituationen ergeben,
- die Quantität und der Qualität des Hilfebedarfs und damit einhergehende Unterschiede in der Alltagssituation sowie
- die sozialen Netzwerke der Angehörigen selbst: Das persönliche Erleben von Belastung hängt stark von der im Umfeld geleisteten sozialen Unterstützung ab. Objektiv »gleiche« Belastungen können subjektiv sehr unterschiedlich erlebt werden (Heckmann 2012, 121).

7 Zusammenfassung und Einordnung der Ergebnisse

Im Folgenden werden im ersten Schritt die Ergebnisse der Forschungsarbeit im Hinblick auf die im Forschungsdesign erstellten Indikatoren dargestellt. Die dabei entstandene Zusammenfassung erfüllt die Funktion einer *summativen* Evaluation des Ambulantisierungsprogramms. Im zweiten Schritt erfolgt eine Einordnung der Ergebnisse in vergleichbare Forschungsergebnisse sowie eine theoretische Einordnung der Ergebnisse. Diese kann im Sinne einer fortlaufenden Weiterentwicklung des Hilfesystems (zu der neben dem Ambulantisierungsprogramm z. B. auch die Bestrebungen zur Einführung eines einheitlichen Bedarfsermittlungssystems, das persönliche Budgets, Trägerbudgets etc. gehören) eher als *formative* Evaluation gefasst werden (zur Unterscheidung summative und formative Evaluation: Beywl 2011a; Beywl 2011b). Danach erfolgt eine Anbindung der Ergebnisse an Lebenslagen- und Bewältigungsforschung sowie eine abschließende Zusammenfassung.

7.1 Zusammenfassung der Forschungsergebnisse

Die folgende Zusammenfassung orientiert sich in der Darstellung an den (nutzer- und strukturbezogenen) Indikatoren, die für die Evaluation entwickelt wurden (vgl. 2.3). Dies ermöglicht, die empirischen Ergebnisse in einem veränderten Kontext darzustellen, wodurch sich Aussagen stärker verallgemeinern lassen. Die Indikatoren wurden dabei zu verschiedenen Clustern zusammengefasst, anhand derer die Ergebnisse der Evaluation präsentiert werden:

- Veränderungen durch das Ambulantisierungsprogramm
 - strukturelle Veränderungen, Durchlässigkeit etc., inkl. Rückwirkungen auf stationäre Einrichtungen (S1)
 - Auswirkungen auf die Lebenssituation der Nutzer (N3)
 - Auswirkungen auf die Arbeitssituation von Mitarbeitern (S4)
 - Auswirkungen auf die Situation von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern (S4)
- Einschätzungen zur aktuellen Lebenssituation: Zufriedenheit der Nutzer mit den Leistungen, Aspekte der Wohnqualität, Handlungsbedarf (N1/N5)
- Qualitätsstandards in der Eingliederungshilfe: IHP, Wahlmöglichkeiten im Alltag, Partizipation, Sozialraumorientierung (N2/N4)
- Kontextbedingungen für die Partizipationschancen der Nutzer (S2)
- Partizipationsschancen der Personengruppe der Menschen mit hohem Hilfebedarf (S3)

7.1.1 Veränderungen durch die Ambulantisierung

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 immer problemlos.

7.1.1.1 Strukturelle Veränderungen

Im Rahmen der Ambulantisierung sind zwei **neue Leistungstypen** entstanden: die Ambulant Betreute Wohngemeinschaft und die Ambulante Assistenz Hamburg (quer zu dieser Unterscheidung liegen die Hausgemeinschaften, in denen in kombinierter Form stationäre und ambulante Leistungen erbracht werden). Formaler Unterschied der beiden Leistungsvereinbarungen besteht dabei in der Erbringung von Pflegeleistungen. Zudem unterscheiden sich die Angebote oft in der Größe: AWG-Angebote sind i. d. R. eher für 5-15 Nutzer konzipiert, AAH-Angebote oft für mehr als 25 Personen. Diese neuen Leistungstypen sind zwischen den ambulanten Einzelleistungen PBW/WA und den stationären Leistungen angesiedelt. 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 und diese i. d. R. eine gewisse Betriebsgröße aufbringen, die auch nicht bei allen Trägern vorhanden ist.
- 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 gestaltet haben, in der Praxis kommt es dabei aber zu deutlichen

Wartezeiten. 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. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass es im stationären Bereich zu langen Wartezeiten kommen kann

Diese Problemlagen spiegeln sich sehr deutlich auch in der Unterstützungssituation für Menschen mit hohem Hilfebedarf (vgl. 7.1.5).

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.

Insgesamt zeigt sich in diesen Prozessen immer wieder die weitgehende Unzulänglichkeit der Begriffe »ambulant« und »stationär« zur Beschreibung des Leistungsgeschehens. Die Unterscheidung nimmt die Gestalt eines *qualitativen* Unterschieds an, der zudem oft in simplifizierter Form moralisch aufgeladen wird: auf der einen Seite stehen die vermeintlich (!) fortschrittlichen, auf Selbstbestimmung zielenden ambulanten Hilfen, auf der anderen die scheinbar (!) veralteten, verkrusteten stationären Strukturen. Auch wenn es in der Praxis durchaus zu Unterschieden in Leistungserbringung kommt, die mit der Zuordnung zu Leistungstypen korrelieren, wird diese moralische Aufladung weder der Komplexität der Leistungen gerecht noch handelt es sich formal gesprochen wirklich um einen qualitativen Unterschied: Die Forschungsarbeit zeigte, dass es sich primär um eine Unterscheidung entlang der *Quantität des Hilfebedarfs* handelt. Dieser zieht i. d. R. ein höheres Ausmaß an Organisation nach sich, welches sich im Alltag der Nutzer dann als stärkeres Erleben von Fremdbestimmung niederschlagen kann. Die Unschärfe der Begriffe – sowie die dringend gebotene fachliche Weiterentwicklung der Hilfen *unabhängig* vom Leistungstyp – zeigt jedoch, dass es dringend aussagekräftigere Begriffe zur Beschreibung des Leistungsgeschehens bedarf.

7.1.1.2 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 symbolische Wirkung 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 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 nicht 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 konzeptionelle 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.

7.1.1.3 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 (z. B. Koordination und Kooperation, Pflege der Kontakte 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)⁷⁵. 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).

7.1.1.4 Auswirkungen auf die Situation von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern

Auf der Grundlage der vorliegenden Daten lassen sich nur sehr begrenzt Aussagen auf die Situation von Angehörigen und gesetzlichen Betreuern treffen. Es zeigt sich, 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.

⁷⁵ Die Netzwerkanalysen weisen hier auf eine Ausnahme hin: In der Schlüsselrolle des Confidants sind die professionellen Hilfen nicht in dem Maße dominant, wie sie das in den anderen Bereichen sind.

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 haben⁷⁶. 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.

7.1.2 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 einer 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

⁷⁶ 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 Fallkonstellation – deutliche Mehrbelastungen nach sich ziehen.

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 Alleinseins 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 Eingebun-

denheit 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 geht (vgl. 7.1.5)⁷⁷.

7.1.3 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 eigene Lebensführung für die Nutzer 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 existieren 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.

7.1.4 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 – im Sinne der ICF – die Gestalt von Förderfaktoren oder Barrieren annehmen können (DIMDI 2005).

⁷⁷ 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 das Konfliktpotenzial zwischen Mitarbeitern und Nutzern.

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) zu klären. 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, insbesondere wenn es von Seiten des Trägers etablierte Kontakte in dem Stadtteil gibt. Sobald es jedoch um Angebote im Zusammenhang mit »auffälligem« oder »herausforderndem Verhalten« geht, 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. dringende 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 verhalten.

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.

7.1.5 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« werden⁷⁸. 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 (vgl. 7.1.1.3).

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 beein-

⁷⁸ Damit ist – das soll an dieser Stelle ganz deutlich gemacht werden – explizit *keine* pauschale Kritik an der Arbeit in den stationären Einrichtungen verbunden. Es gilt vielmehr zu fragen, welche Auswirkungen die Veränderungen der Zusammensetzungen der Nutzer auf die Arbeit haben, wie diesen angemessen begegnet werden kann und wie verhindert werden kann, dass sie zu »Schwerbehinderteneinrichtungen« werden.

trächtige 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.

7.2 Einordnung der Ergebnisse

„Die Ausgeschlossenen sollen nicht ins alte System eingeschlossen werden [...], sondern als Gleiche in einem neuen institutionellen Moment [...] partizipieren. Man kämpft nicht für die Inklusion, sondern für die Transformation.“ (Dussel 2013, These 14.13)

Durch die Entwicklung der Indikatoren aus dem wissenschaftlichen Fachdiskurs, der Auswertung von empirischen Studien und den in den Konsenspapieren festgehaltenen Zielen und Kriterien kann eine Engführung der erhobenen Aspekte einzig auf Spezifika der Hamburger Situation ausgeschlossen werden. Die Ergebnisse beziehen sich somit auf anerkannte und weit verbreitete Leitziele für das Wohnen behinderter Menschen. Im vorherigen Kapitel erfolgte eine auf diese Indikatoren bezogene Zusammenfassung der Ergebnisse. Sie stellt eine Interpretation der ausschnitthaft und zu einem bestimmten Zeitpunkt anhand bestimmter Fragen gewonnenen Aspekte der Wirklichkeit dar. Dabei erfolgte auch eine erste Bewertung, die sich immanent aus den gesetzten Zielen ableitet. Auch werden an einigen Stellen bereits Hinweise auf Handlungsbedarf gegeben, sofern sich dies aus dem Sachverhalt immanent ergibt, wie z. B. aus dem Vorhandensein von Ängsten oder Belastungen in Beziehungen.

Von den meisten Ergebnissen lässt sich aber nicht unmittelbar auf eine bestimmte Qualität schließen. Um die Aussagekraft der Ergebnisse insgesamt einschätzen und sie qualitativ bewerten zu können, ist deshalb ein »Tertium Comparationis«, ein von außen herangetragener Vergleichsmaßstab, notwendig. Auf der Basis eines dezentrierten und theoretisch informierten Standpunkts (vgl. 2.2), sollen die Ergebnisse nun in einen größeren Zusammenhang gestellt werden. Das geschieht in zwei Schritten: Nachfolgend wird ein Vergleich der Hamburger Ergebnisse mit denen ähnlich gelagerter wissenschaftlicher Untersuchungen vorgenommen. Ähnliche oder aber grundsätzliche andere Ergebnisse lassen Rückschlüsse auf die Generalisierbarkeit der Aussagen und auch vorsichtig auf die Zielerreichung in Hamburg zu. Darauf folgt eine Einordnung der Ergebnisse in wissenschaftliche Erkenntnisse der Lebenslagen- und Bewältigungsforschung. Diese dient zusätzlich zur Absicherung und stellt sie zudem den

übergeordneten Begründungszusammenhang her. Damit wird eine breitere und transparente Basis für die Ableitung von Handlungsempfehlungen und Bewertungen geschaffen. Gleichzeitig ist damit aber auch die Ebene der spezifischen Situation in Hamburg verlassen, die Ergebnisse werden nun in einem größeren Bedeutungszusammenhang betrachtet.

Unmittelbare Schlüsse auf praktische oder politische Folgerungen oder hinsichtlich einer bestimmten anzustrebenden Qualität sind dementsprechend daraus nicht direkt ableitbar. Es bedarf eines weiteren Schrittes, und dieser liegt jenseits der rein empirischen Begründung, da

- Daten immer in ihrer Aussagekraft eingeschränkt sind,
- die Problemstellung sehr komplex und manchmal in unterschiedliche Richtungen deutbar ist und
- es in der Arbeit mit und für Menschen oft keine klaren, linearen Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge gibt.

Häufig lassen sich Empfehlungen eher mit Blick auf »untere Grenzen« oder Risikopotentiale begründen. Wissenschaftliche Begründungen können hilfreich für die Verständigung über Standards bzw. »Qualitäten« sein, aber die Entscheidung darüber bemisst sich immer auch an normativen Überzeugungen. In der Auseinandersetzung über Folgerungen aus der vorliegenden Studie könnte deshalb eine »diskursive Validierung«, also ein gemeinsamer, partizipativer Bewertungsprozess aller beteiligten Akteure einen solchen zweiten Schritt darstellen. Letztlich obliegt die Umsetzung der Ergebnisse aber der Politik und Praxis.

7.2.1 Vergleich mit anderen Untersuchungen

Folgende Untersuchungen wurden mit Blick auf ihre Vergleichbarkeit herangezogen:

1. Dokumentation der trägerübergreifenden Nutzerbefragung in Hamburg 2005. Erstellt von Fachkräften Hamburger Träger von Wohnangeboten der Eingliederungshilfe (Abkürzung: Trägererhebung 2005).
2. Zentrum zur interdisziplinären Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen (Z.I.E.L.) 2010: Umwandlung von Wohnangeboten in Groß- und Komplexeinrichtungen zu gemeindeorientierten Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung. Bericht: Tübingen Z.I.E.L. Eigendruck (Abkürzung: Metzler-Studie).
3. Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste (ZPE) der Universität Siegen 2008: Selbständiges Wohnen behinderter Menschen. Individuelle Hilfen aus einer Hand. Abschlussbericht Forschungsgruppe IH-NRW im Auftrag des Sozialministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen. Siegen: Universität ZPE Eigendruck (Abkürzung: ZPE-Studie).
4. Seifert, Monika (2010): KUNDENSTUDIE – Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung. Berlin (Abkürzung: Kundenstudie).

Alle Untersuchungen haben den Wechsel von stationären in ambulante Wohnformen bzw. das Leben im Gemeinwesen zum Untersuchungsgegenstand; alle beruhen auf Erhebungen bei

vergleichbaren Personenkreisen und sind groß angelegt. Die Untersuchungen beziehen sich auf:

- Hamburg (Trägererhebung, 5 beteiligte Träger, knapp 300 befragte Nutzer in stationären und ambulanten Settings);
- NRW, Baden-Württemberg und Bayern (Metzler-Studie, Umzug von 772 Personen aus stationären zentralisierten Einrichtungen in unterschiedliche dezentrale Wohneinrichtungen, Außenwohngruppen und ambulante Settings; plus Mitarbeiterbefragung; 10 beteiligte Einrichtungsträger der Caritas);
- vier Projektregionen in NRW (ZPE-Studie, 118 Nutzer ambulanter Settings plus Mitarbeiterbefragung) und
- Berlin (Kundenstudie, 253 Befragte in unterschiedlichen Wohnformen und in der Familie lebend).

Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse zusammengefasst dargestellt; der Schwerpunkt liegt bezüglich der Nutzerbefragung bei der Trägererhebung 2005 und der Metzler-Studie, da hier viele direkt vergleichbare Fragen gestellt wurden; für die strukturellen Aspekte werden aus allen Studien Erkenntnisse herangezogen. Da der von den Hamburger Trägern 2005 eingesetzte Fragebogen ebenfalls am Arbeitsbereich von Prof. Beck entwickelt wurde und hinsichtlich einer ganzen Reihe von Fragen identisch mit dem 2013 eingesetzten Nutzerfragebogen ist, lassen sich hier zahlreiche Aspekte vergleichend analysieren. Allerdings muss beachtet werden, dass die knapp 300 Befragten der Untersuchungsgruppe 2005 noch zu einem größeren Teil als 2013 in »klassischen« stationären oder Wohnheimsettings lebten und auch die Verteilung auf die Hilfebedarfsgruppen einen größeren Anteil an Personen in der HGB 3 und 4 als 2013 enthält. Ähnliches gilt bezüglich der Wohnformen und Hilfebedarfsgruppen auch für die Metzler-Studie. Andererseits lässt sich gerade aus diesem Umstand auch etwas über Veränderungen ablesen, die mit dem Leben in Gruppen und einer eher »stationären« Ausrichtung der Dienstleistungserbringung zu tun haben.

Die Vergleichbarkeit ist aus methodischen Gründen natürlich eingeschränkt und nicht direkt gegeben; durch die Zusammenschau von vier Studien einerseits und deren hochgradig ähnlichen Zielsetzungen und Untersuchungsgegenständen andererseits, können aber zumindest übereinstimmende Tendenzen festgestellt werden. Zudem wurden nur Ergebnisse zu den Fragen herangezogen, die klar in inhaltlicher Verbindung mit der Evaluation stehen. Aber bereits vor diesem Hintergrund zeichnen sich große Übereinstimmungen hinsichtlich folgender zentraler Problemstellungen ab:

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

7.2.1.1 Soziale Beziehungen

„Die Qualität der Beziehungen zu Mitbewohner/innen und Mitarbeiter/innen scheint zugleich ein zentrales Kriterium für Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit zu sein“ (Metzler-Studie 2010, 39). Dieses Zitat kann als Leitmotiv für den Charakter der sozialen Netzwerke geistig

behinderter Menschen angesehen werden: Sowohl 2005 und 2013 in Hamburg als auch in den anderen Untersuchungen bilden Beziehungen zu den Mitbewohnern, Mitarbeitern und zur Familie den Kern und häufig den ganz überwiegenden Anteil der sozialen Beziehungen der Nutzer. Die hohe Bedeutung der Familie zeigt sich sowohl in der Metzler- als auch der Kundenstudie und in beiden Hamburger Befragungen (hier sind es 2005 und 2013 nahezu identische Werte). Grund für Unzufriedenheit sind, wiederum übereinstimmend, fehlende oder zu wenige Familienkontakte: „Es sind vor allem die nahen und privaten Beziehungen, in denen ein intensiverer Kontakt gewünscht wird“ (Metzler-Studie 2010, 64), und die entsprechenden Werte sind ähnlich hoch wie in den Hamburger Untersuchungen. Eine überraschende Parallele zeigt sich auch, was Beziehungen zu Freunden, Bekannten und Nachbarn betrifft. Die Werte für Freunde innerhalb oder außerhalb des Hauses, in dem man wohnt, sind 2005 und 2013 fast identisch und in den anderen Untersuchungen ähnlich niedrig:

„Betrachtet man die [...] aufgeführten Kontakte differenziert nach Wohnform, dann fällt auf, dass Kontakte zu Partner/in, Freunden und Nachbarn in der Wohnform ABW [Ambulant betreutes Wohnen, d. V.] am stärksten ausgeprägt sind, im dezentralen Wohnheim am geringsten“ (Metzler-Studie 2010, 65).

Damit wird die für Hamburg 2005 und 2013 deutlich werdende Koppelung an die Leistungsform und Hilfebedarfsgruppe, was Freunde betrifft, in der Metzler-Studie bestätigt. Auch die Nennung von Kontakten zu Nachbarn liegt nicht weit auseinander: In der Metzler-Studie sind es 49% der Nutzer, in Hamburg 2014 64% der Nutzer, vorrangig von PBW -und AWG-Leistungen, die Nachbarschaftskontakte angeben. 2005 hingegen lag der Wert deutlich niedriger. Daraus kann auf einen Zusammenhang zur Wohnform geschlossen werden. In allen Studien liegen die Einschätzungen der Angehörigen und Mitarbeiter, was Nachbarschaftskontakte, aber auch die Einbindung ins Gemeinwesen an sich betrifft, deutlich unter den Nutzerangaben.

Im Hinblick auf emotionale Unterstützung zeigt sich, dass die Zahl der Nutzer, die angeben, keine Vertrauensperson zu haben, 2013 und in der Metzler-Studie identisch ist (7%); 2005 lag sie etwas höher. Übereinstimmend zeigt sich bei dieser Frage die große Bedeutung der Mitarbeiter, aber sowohl in der Metzler-Studie als auch in den Netzwerkanalysen rücken informelle Beziehungen in höherem Maß neben die Fachkräfte als in anderen Unterstützungsdimensionen. Die Einschätzung aus den Netzwerkanalysen, dass für die Nutzer in emotionalen Fragen die Bedeutung informeller Kontakte steigt, scheint sich also zu bestätigen. Eine hoch bedeutsame Bestätigung finden die Hamburger Ergebnisse bezüglich der Gefühle von Einsamkeit, deren Wert sich auch zwischen 2005 und 2013 nicht (!) verändert hat, durch die Metzler-Studie: „Interessant ist, dass sich die Menschen mit Behinderung in Gruppenzusammenhängen einsamer fühlen als in der Privatwohnung“ (Metzler-Studie 2010, 68), die Werte liegen vergleichbar hoch (!). Hinweise in dieser Richtung lieferte auch die Nutzerbefragung.

Die Zufriedenheit mit den Mitbewohnern ist generell hoch und durchgängig vergleichbar, aber Konflikte und Belastungen sind auch die Regel. In der Kundenstudie wird hierdurch eine relativ hohe Unzufriedenheit verursacht, wie auch durch den Mangel an sozialen Beziehungen. Die Angst vor Mitbewohnern war allerdings 2005 etwas höher als 2013 (21% gegenüber 15%) und es gibt mehr Nutzer, die sich nicht durch Mitbewohner geärgert fühlen (64,3% 2013 gegenüber 58,28% im Jahr 2005). Was die erlebte Unterstützung durch Mitarbeiter be-

trifft, sind die Tendenzen in allen Untersuchungen gleich, die Zufriedenheit damit liegt in Hamburg 2013 sogar etwas höher als 2005, und es gibt mehr Nutzer, die einen Mitarbeiter besonders gern mögen. Damit harmoniert ein Ergebnis der Metzler-Studie zum empfundenen Stress:

„In den neuen Wohnangeboten berichten 45% der befragten Menschen mit Behinderung von weniger Stress. Mit 59% beurteilen die Personen, die in eine ambulante Wohnform gezogen sind, die Reduzierung von Stress am positivsten; im dezentralen Wohnheim erleben dies dagegen nur 39%. Die Wohnform AWG liegt mit 46% im Mittelfeld. Von einem Rückgang psychischer Krisen berichten die Mitarbeiter/innen bei 32% ihrer Klient/innen“ (Metzler-Studie 2010, 80).

Zusammengefasst zeichnen sich in Hamburg für den Bereich der sozialen Beziehungen, von den Nachbarschaftskontakten abgesehen, aber nur geringe Veränderungen ab. Das Bild der räumlich nahen, dichten, vergleichsweise kleinen und stark formell dominierten Netzwerke der qualitativen Netzwerkanalysen wird weitgehend auch in den anderen Untersuchungen bestätigt. Aber Chancen dezentralisierte und ambulante Wohnformen sind auch 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.

7.2.1.2 Selbstständigkeit, Mit- und Selbstbestimmung

Dieser Bereich weist deutlich andere Tendenzen als der der sozialen Beziehungen auf: Hier kann man eindeutig von Zugewinnen sprechen. Was die Zuwächse an Selbstständigkeit betrifft, so sind die Einschätzungen der Mitarbeiter in Hamburg 2013 und in der Metzler-Studie ähnlich positiv; bei der Metzler-Studie berichten dies auch 70% der Nutzer, wobei die Nutzer des ambulant betreuten Wohnens hier die höchsten Werte erreichen. Die Werte für Selbst- und Mitbestimmung sind in Hamburg zwischen 2005 und 2013 deutlich gestiegen, was die Selbstbestimmung bei der Einrichtung des eigenen Zimmers, die Auswahl des Essens, die freie Arztwahl (hier sehr ausgeprägt) und die eigenen Einkäufe betrifft. Die Wahrnehmung der Beteiligung an der Hilfeplanung hat sich hingegen kaum verändert. Die Mitbestimmung über das, was im Wohnhaus erlaubt ist, liegt ebenfalls höher, aber der stationäre Bereich weist hier sogar niedrigere Werte als 2005 auf. Insgesamt koppeln sich auch die Möglichkeiten der Selbst- und Mitbestimmung an die Wohnform: Sie sind 2013 im stationären Bereich für alle Werte am niedrigsten. Ähnlich ist dies in der Metzler-Studie, auch hier gibt es klare Zusammenhänge mit der Wohnform. In der Kundenstudie wird die Verankerung von Partizipation und Selbstbestimmung bei den Trägern auf der konzeptionellen Ebene durchgängig bestätigt; ihre Umsetzung steht aber auch in Berlin klar in Abhängigkeit der Wohnform.

„[Z]u wenig persönliche Entscheidungsspielräume, zu viele (Gruppen-)Verpflichtungen und Unzufriedenheit mit dem Zimmer/den Gemeinschaftsräumen (führen) zu einer negativen Bewertung“ (Metzler-Studie 2010, 39).

Auch dieses Zitat bildet ein Leitmotiv ab und es zeichnet sich damit ein überaus wichtiger Zusammenhang zwischen den Handlungsspielräumen auf der einen und der Handlungsfähigkeit und Zufriedenheit auf der anderen Seite ab, der sich auch in der Lebenslagen- und Bewältigungsforschung zeigt (vgl. 7.2.2). Bereits in der Sekundärauswertung der von den Hamburger Trägern durchgeführten Evaluationen deutete sich ein Zusammenhang zwischen Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und erlebter Zufriedenheit an: 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, die wiederum/erneut die Handlungsfähigkeit vermehren bzw. stabilisieren. Aber die Ergebnisse sollten hinsichtlich der realisierten Stufen und Formen der Mit- und Selbstbestimmung auch nicht überschätzt werden: Die Fragen waren sehr begrenzt, es konnte nur ein geringer Ausschnitt beleuchtet werden (z. B. wurde die Auswahl der Mitarbeiter nicht erfragt), ebenso wie die Interessenvertretung durch Beiräte als Instrument nicht ausreichend bekannt ist bzw. nicht stark genutzt wird und so an Wirkung verliert.

„Ebenso wie die Berücksichtigung ihrer [der Nutzer, d. V.] Wünsche zur zeitlichen Gestaltung ist die Berücksichtigung ihrer Wünsche zur Auswahl von Unterstützungspersonen ein wichtiges Element der Regiekompetenz der Nutzer/innen. Wie auch im Hinblick auf die zeitliche Gestaltung der Unterstützungsleistungen gilt es für die Auswahl der Mitarbeiter/innen, die Nutzer/innen in ihrer Regiekompetenz zu bestärken. Dies scheint in den befragten Diensten nur in Ausnahmefällen möglich“ (ZPE-Studie 2008, 236).

In der ZPE-Studie wurde bei der Frage der Wahl der Betreuungs- oder Pflegeperson auch der Genderaspekt thematisiert, der in Hamburg überhaupt nicht auftaucht, aber was körperliche Pflege oder das Besprechen von Themen der Sexualität oder der Geschlechtsrolle betrifft, doch von ganz erheblicher Bedeutung sein kann.

Im Hinblick auf die eröffneten Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten entsteht somit eher das Bild, dass diese eher in der individuellen Ausgestaltung der Unterstützung als durch systematische konzeptionelle Umsetzungen entstehen.

7.2.1.3 Komplexer Unterstützungsbedarf und Durchbrechen der institutionellen Orientierung

In Bezug auf Menschen, die der HBG 4 oder 5 zugeordnet sind, wird im vorliegenden Bericht von »hohem Hilfebedarf« gesprochen, vor allem deshalb, weil dieser Sprachgebrauch in der Praxis Verwendung findet. Tatsächlich sollte eher von komplexen Bedarfslagen gesprochen werden. Die Komplexität des Bedarfs und das gemeinsame Ganze dieser sehr heterogenen und eben nicht nur auf körperliche Pflegeleistungen angewiesenen 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.

Diese Faktoren können je individuell unterschiedlich zusammenwirkende Einschränkungen von Kognition und Kommunikation, Kognition und körperlichen und motorischen Funktionen oder aber von Kognition und emotionaler und sozialer Entwicklung sein, und befinden sich immer im Wechselspiel mit sozialen, strukturellen und individuell-biographischen Bedingungen. Gleichzeitig gehen mit diesen Bedarfslagen besonders hohe Beschränkungen der Zugangsmöglichkeiten zur vollen Breite der Angebote von Erziehung, Bildung, Förderung und Therapie einher und zwar sowohl in Bezug auf das Regel- als auch auf das Sonder- bzw. Rehabilitationssystem (Schädler 2012, 28).

Die gefundene Unterrepräsentanz von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf in ambulanten Settings wird in allen Studien bestätigt:

„Neben dem strukturellen Rahmen, der durch die gesetzlichen Vorgaben und die Bewilligungspraxis der Landschaftsverbände bedingt ist, lassen auch die in den Interviews getätigten Aussagen von Mitarbeiter/innen die Vermutung zu, dass unter Ambulant Betreutem Wohnen vielfach vor allem eine Hilfeform für Menschen mit geringem Unterstützungsbedarf verstanden wird“ (ZPE-Studie 2008, 232).

Drastischer formulieren befragte Leistungsanbieter in der Metzler-Studie die Zukunft der zentralisierten »Stammeinrichtungen«:

„Einige Träger sind der Ansicht, dass eine Entwicklung zu ‚Schwerstbehindertenzentren‘ unumgänglich sei bzw. dass die Zukunft der Stammeinrichtung in der Betreuung von Menschen mit sehr spezifischen Bedarfen liege, d.h. sich hier ein Kompetenzzentrum von überregionaler Bedeutung entwickle“ (Metzler-Studie 2010, 119).

Über die Hälfte der Hilfen wird in Berlin laut der Kundenstudie ambulant erbracht, ein bundesweiter Spitzenplatz, der aber auch hier nicht für Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf gilt. Mit Blick auf die Bedarfsgerechtigkeit und die Zielsetzung passgenauer Hilfen wird für Berlin eine Problematik v. a. bei geistig behinderten Menschen mit schweren bzw. mehrfachen Beeinträchtigungen, psychischen Erkrankungen und herausforderndem Verhalten konstatiert. Besonderer Handlungsbedarf wird darüber hinaus grundsätzlich für Alterungsprozesse, hohen Pflegebedarf, aber auch für soziale Problemlagen und Suchtverhalten gesehen. Das deckt sich weitgehend mit den Einschätzungen der Trägervertreter in Hamburg.

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 – neben den finanziellen und rechtlichen Begrenzungen – 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.

„Gerade die von allen Trägern berichtete Erfahrung, dass Menschen mit Behinderung in den neuen Lebensfeldern zum Teil nicht vorhersehbare Kompetenzen entwickeln, müsse zum Nachdenken anregen, inwieweit die bisherigen Betreuungskonzepte nicht auch manche Entwicklungsmöglichkeit behinderten“ (Metzler-Studie 2010, 117).

Diese Zugewinne erleben auch Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf. Alle Untersuchungen heben – ebenso wie der Prozess in Hamburg – darauf ab, dass neben den strukturellen insbesondere konzeptionelle und personelle Veränderungen notwendig sind.

„Für unsere Gemeinwesenarbeit in Deutschland können wir (...) lernen, dass der Erhalt und die Erweiterung der Inklusionsbereitschaft auf permanente Bildungsprozesse angewiesen ist. Diese müssen nicht nur allgemein bei den Mitbürger/inne/n ansetzen, sondern schon ganz speziell bei den Menschen, die sich die Betreuung und Assistenz von Menschen mit Behinderungen als Beruf gewählt haben“ (Tüllmann 2006, 8, zitiert in der ZEP-Studie 2008, 267).

Individuelle Hilfeplanung ist dabei nicht das einzige, aber ein zentrales Stichwort.

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 vielmehr darum, die „bisherigen Angebote in gleichem Maße attraktiv zu gestalten wie die neuen dezentralen [für die Hamburger Situation: ambulanten] Angebote“ (Metzler-Studie 2010, 119, Bearbeitung d. V.). Genau das ist mit der Durchbrechung der traditionell-stationären Logik gemeint. 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. Auch in der ZPE-Studie wird eine Vielfalt der Formen als entscheidend betrachtet, aber noch geht sie, wie in Hamburg, nicht mit einer Vielfalt der Bedarfsgerechtigkeit einher. Dort, wo sich Lösungen auch unter Einschluss der Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf abzeichnen, wie das in Hamburg der Fall ist (und die Studien legen nahe, dass sich diese in Hamburg vergleichsweise weit entwickelt haben), sind aus struktureller Perspektive die Ressourcenbündelung, ein gelingender Mix von unterschiedlichen 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 Verhaltens-

weisen). 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. So konstatiert die ZPE-Studie, dass die räumliche Nähe der Wohnungen von Leistungsanbietern hauptsächlich deshalb favorisiert wird, um die Arbeitsabläufe zu erleichtern, dadurch aber beispielsweise das Wunsch- und Wahlrecht der Nutzer eingeschränkt werden kann. Andererseits ermöglicht die räumliche Nähe nicht nur eine Nachbearschaft, sofern erforderlich, sie kann auch Kontakte der Nutzer untereinander fördern. Auch Kooperationsleistungen lassen sich in größeren Einheiten besser organisieren, weil Arbeitsteilung und Spezialisierung eher möglich sind. Das Modell der Hausgemeinschaft steht möglicherweise beispielhaft für die Frage, ob es gelingen kann, dass Menschen mit komplexem 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.

7.2.1.4 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) grundsätzlich gelingt, ist in allen Studien 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 Bedürfnissen 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. So konstatiert die Kundenstudie, dass in Berlin die soziale Einbindung außerhalb der Wohnung nur teilweise gelungen und abhängig vom Engagement der Mitarbeiter und Angehörigen sei. Diskriminierungserfahrungen gehörten zum Alltag. Auch nehmen durchgängig Mitarbeiter und Angehörige kritischere Einschätzungen zur Einbindung in Beziehungskreise im Gemeinwesen vor als die Nutzer. 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.

Der Teilhabe am kulturellen Leben und der sozialräumlichen Arbeit im Umfeld (Aufsuchen von Veranstaltungen, Kontaktaufbau zu Vereinen, Kooperation mit Kirchengemeinden) wird in der ZPE-Studie, aber auch in den anderen Studien, eine hohe Bedeutung beigemessen. Dass hierbei das bürgerschaftliche Engagement eine wichtige Rolle spielt, heben alle Studien hervor, aber die Einbindung ehrenamtlicher Helfer scheint im Feld der Behindertenhilfe nach wie vor eine problematische Aufgabe zu sein, die nicht überall gleichermaßen gut gelingt (Drabent 2002). Ehrenamtliche und Laienhelfer können aber 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. In der ZPE-Studie wird darüber hinaus von einer Dominanz »gesonderter« Veranstaltungen oder Treffpunkte berichtet; auch in Hamburg erfüllen die so-

zialen Treffpunkte 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, sei es von befragten Leitungskräften oder von Mitarbeitern; die tatsächliche Umsetzung ist jedoch durchgängig begrenzt. Für die Erschließung von Ressourcen im Umfeld braucht es Zeit, Kenntnisse und Kompetenzen, dies gelingt nicht »nebenher«. Auch 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, grundsätzlich als vorteilhaft. Der in Hamburg deutliche Widerspruch zwischen Zielen bzw. wahrgenommenen Anforderungen wie Sozialraumorientierung, Gemeinwesenarbeit und Netzwerkförderung und den tatsächlichen Aufgaben im Alltag zieht sich durch alle Studien. Die Mitarbeiter nehmen aber auch die Anforderungen an die Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung sowie an individualisierte Leistungen als gestiegen wahr. Dass sich Spannungsfelder für die Mitarbeiter mit Blick auf das Verhältnis von Selbst- und Fremdverantwortung, Kontrolle und Selbstbestimmung, Abhängigkeit von Hilfen und Selbstständigkeit ergeben oder sich ihre Wahrnehmung verschärft, lässt sich andernorts bestätigen.

Schlussendlich spielen für die mögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit auch die Lage der Wohnung und der Zugang zu Wohnraum eine Rolle; sie sei

„ein wesentlicher Bestimmungsfaktor [...], ob ein Mensch mit Behinderungen Ressourcen des Gemeinwesens wie Geschäfte, Orte der Freizeitgestaltung, Ärzte oder Behörden erreichen kann. Somit kann die Lage der Wohnung auch zu einem ausschließenden Faktor werden, der zu einer Abhängigkeit von Unterstützung und damit einer Einschränkung der Selbstständigkeit der Nutzer/innen führt“ (ZPE-Studie 2008, 235).

Die Wohnraumbeschaffung erweist sich für die Träger in allen Studien als erhebliche und manchmal nicht befriedigend zu lösende Anforderung; die »Doppelrolle« als Leistungsanbieter und Vermieter ist nicht spezifisch für die Situation in Hamburg. Laut der ZPE-Studie bestehen

„deutliche Vorbehalte seitens Vermieter/innen gegenüber Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit sozial schwachem Hintergrund. Dementsprechend dringlich erscheint es, Vorurteile abzubauen und zu einer Sensibilisierung dahingehend beizutragen, dass Menschen mit Behinderungen als selbsttätig Agierende auf dem Wohnungsmarkt wahr- und ernst genommen werden“ (ZPE-Studie 2008, 233).

Insbesondere dort, wo der Wohnungsmarkt angespannt ist, ergeben sich fast zwangsläufig Rollenkonflikte für die Anbieter und Einschränkungen für die Nutzer.

7.2.2 Exklusionsrisiken und Lebenschancen: Hinweise aus der Lebenslagen- und Bewältigungsforschung

Die empirische Einordnung der Ergebnisse dient v. a. ihrer Validierung. Dabei zeigte sich, dass sowohl viele der im Hamburger Prozess relevanten Herausforderungen als auch der Ergebnisse der Befragungen sich mit den Ergebnissen aus anderen Studien decken. Damit ist aber nach wie vor nicht geklärt, wie sich die Ergebnisse in theoriebezogene Zusammenhänge einordnen und welchen Stellenwert sie hier einnehmen können. Hierbei wird auf den Lebenslagen-Ansatz zurückgegriffen.

Der Begriff der Lebenslage bezeichnet den äußeren, strukturell vorgegebenen Handlungsspielraum, den „die gesellschaftlichen Umstände dem einzelnen zur Entfaltung und Befriedigung seiner wichtigen Interessen bieten. Sie [die Lebenslage, d. V.] stellt damit den Gesamtinbegriff der sozialen Chancen des einzelnen dar“ (Nahnsen 1975, 148). Die Handlungsspielräume konstituieren sich auf der einen Seite durch Ressourcen und Bedingungen des Umfelds, auf der anderen durch die des Individuums. Ressourcen werden aber erst verfügbar über Austauschprozesse mit der sozialen und ökologischen Umwelt; dafür müssen sie im Umfeld auch tatsächlich vorhanden und zugänglich sein. Auf Seiten des Individuums wiederum muss die Möglichkeit der Nutzung gegeben und ein Interesse entfaltet sein. Die „Anliegen bestimmen den Spielraum zumindest ebenso sehr wie die Umstände, die ihn abstecken, [...] der Prozeß individueller Lebensführung macht aus der sozialen Lebenslage eine eigentümlich persönliche“ (Wendt 1988, 81). Der Handlungsspielraum stellt somit eine *Chancenstruktur* zur Entfaltung und Befriedigung wichtiger Bedürfnisse der Lebensführung dar (Beck & Greving 2012).

Dabei wirken die strukturellen Bedingungen umso stärker auf die Handlungsmöglichkeiten des Einzelnen, je abhängiger er von ihnen ist, je begrenzter die individuellen Ressourcen sind und je mehr Lebensbereiche betroffen sind. Der Zusammenhang gilt daher verstärkt für die Lebenslage behinderter Menschen. Im Kern geht es dabei nicht um die Herstellung eines »idealen Einbezogenseins« in alle denkbaren Lebensbereiche und Felder der Lebensführung, sondern um die Regulierung von Verteilungskonflikten mit Blick auf den sozial ungleichen, ungerechten Zugang zu Gütern (wie Wohnen, Gesundheit, Bildung oder Arbeit) und Ressourcen, die für die Ermöglichung einer möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung eine zentrale Bedeutung haben. Teilhabe meint in erster Linie die Vergabe von Rechten und die Gewährung von Leistungen. Ob damit auch eine Teilnahme erfolgt, also der Adressat der Leistung sein Recht wahrnimmt und wie er dann tatsächlich aktiv an Feldern der Lebensführung teilnimmt, ist damit nicht gesagt, ebenso wenig wie der Modus der Teilhabe damit bestimmt wird. Die in Demokratietheorien geläufige Unterscheidung von Teilhabe und Teilnahme verweist somit auf eine wichtige Differenz: Teilnahme ist aktiv und bezieht sich auf das Individuum; zur Realisierung muss der Einzelne teilnehmen wollen, er braucht dafür aber auch zugängliche Kontexte und er braucht strukturell verankerte Partizipationsmöglichkeiten. Das aktive Teilnehmen, Gestalten, Mitwirken, Mitbestimmen sowie Einschluss- und Ausschlusskriterien (Inklusion und Exklusion), die diese Teilnahme und Teilhabe eröffnen oder begrenzen, sind also zentrale Bedingung des Handlungsspielraums.

Der Begriff der Partizipation umfasst die Bedeutungsebene des sozialen Einbezogenseins, aber auch und vor allem die der politischen Beteiligung, Mitwirkung, Mitbestimmung (Beck 2013; Schnurr 2005). Partizipation ist in der vollen Bedeutung Grundsatz und Strukturmaxime der UN-BRK, also leitend für die Umsetzung der Konvention und das Verständnis der darin enthaltenen Rechte und Voraussetzung für Inklusion (UN-BRK 2006/2008). Inklusion ist, ebenso wie Partizipation, Bedingung der Lebenschancen. Inklusion kann begrenzt sein, z. B. inhaltlich oder zeitlich, sie kann prekär sein, z. B. wenn angemessene Hilfen fehlen und all das kann in Sonder- oder Regeleinrichtungen der Fall sein. Mit Inklusion, Teilhabe, Partizipation ist nicht gesagt, ob und wie sie letztlich zur Verbesserung der Lebenschancen beitragen, sie sind kein Selbstzweck. Letztlich geht es um die Erhöhung der Lebenschancen, um die Verbesserung der Handlungsspielräume.

Die Bewertung des Erfolgs des Ambulantisierungsprogramms lässt sich – gemäß der UN-BRK und bezogen auf grundlegende Annahmen zur Lebensführung – an der Ermöglichung der Bewältigung des Überganges in ein selbstbestimmtes Wohnen, an der Herstellung von Handlungsmöglichkeit- und sicherheit und von Handlungsspielräumen für den Einzelnen bemessen. Notwendige Bedingung ist dabei, dass diese seinem Bedarf und seinen Wünschen entsprechen und zentrale Bedürfnisse wie die nach Identität, sozialer Zugehörigkeit, körperlichem Wohlbefinden, Sexualität, Schutz und Sicherheit, Persönlichkeitsentwicklung und emotionaler Bindung sichern. Strukturelle Rahmenbedingungen und die Gestaltung der Organisation und der Prozesse der Teilhabeförderung bilden dafür zentrale Kontextfaktoren. Zu bewerten sind sie an ihrem Nutzen, ihrer Angemessenheit, Wirksamkeit und Vielfalt mit Blick auf die Eröffnung individueller Handlungsspielräume und Handlungssicherheit.

In der Sozialberichterstattung des Bundes über soziale Problemlagen (Armutbericht, Teilhabebericht) wird über reine objektive Daten zu Lebensbedingungen hinaus eine Annäherung an Lebenslagen zu erreichen versucht. Dabei werden Dimensionen der Lebenslage differenziert: Familie und soziales Netz, Bildung und Ausbildung, Erwerbsarbeit und Einkommen, Alltagsleben (Wohnen, öffentlicher Raum, Mobilität ...), Freizeit, Kultur und Sport, Politik und Öffentlichkeit, Gesundheit, Sicherheit und Schutz vor Gewalt. Durch die Kombination der objektiven Daten wie Einkommenshöhen oder Eingebundenheit in soziale Beziehungen mit subjektiven Bewertungen, wie Gefühlen der Einsamkeit oder der mangelnden Kontrolle über das Leben, lassen sich annähernd Schlüsse auf Handlungsspielräume ziehen. Dabei stellt sich die Frage, ob sich Gruppen mit ähnlichen Spielräumen finden – also ob sich Cluster bilden mit vergleichbaren oder sehr unterschiedlichen Lebenssituationen – und wenn ja, welche Faktoren diese bedingen.

Ein vollständiges Bild der Situation der Hamburger Nutzer wird durch den begrenzten Blickwinkel der vorliegenden Untersuchung also grundsätzlich nicht erreicht. Aber die im Teilhabebericht vorliegenden Analysen lassen zumindest einige Schlüsse auf ihre Exklusionsrisiken bzw. Handlungsspielräume zu. Denn Exklusionsrisiken machen sich an bestimmten Kontextfaktoren fest, die für die Lebensführung wichtig sind. Dabei geht man zum einen von Schwellenwerten wie der Armutsgrenze aus, zum anderen aber von gesicherten Erkenntnissen darüber, wodurch strukturelle soziale Benachteiligung sowie das subjektive Gefühl eingeschränkter Lebensqualität und Belastungen verursacht werden. Wichtig ist, dass nicht der Kontextfaktor per se ein Risiko darstellt, sondern dass das Risiko der negativen Auswirkung einer Exklusion mit Form und Art dieser Kontextfaktoren in Zusammenhang steht. Besonders

gravierend sind dabei sogenannte Exklusionsverkettungen. So hat der Schulabschluss in Deutschland hochgradig Einfluss auf die Berufsausbildungschancen und der Arbeitsmarkt ist wiederum hochgradig verregelt und starr, was Zugangswege und formale Qualifikationen betrifft, so dass sich hieran – sofern man nicht vermögend ist – die Einkommenschancen knüpfen und daran wiederum das Wohnen usw. Deswegen ist Erwerbstätigkeit nach wie vor einer der bedeutendsten Kontextfaktoren für das Risiko einer prekären Lebenslage (und die Rahmendaten der Nutzerbefragung weisen darauf hin, dass eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nach wie vor eine deutliche Ausnahme darstellt). Auf der Seite der subjektiven Faktoren haben sich empirisch das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben und das Gefühl der Eingebundenheit in soziale Beziehungen als besonders einflussreich erwiesen.

Die Ergebnisse der Clusteranalysen im Teilhabebericht (BMAS 2013) verdeutlichen, dass sich tatsächlich typische Konstellationen von Lebenslagen behinderter Menschen unterscheiden lassen, und zwar mit geringen, mittleren und großen Einschränkungen. Diese sind tendenziell durch Aufwärts- und Abwärtskreisläufe gekennzeichnet: Die Gruppe der »gering« Eingeschränkten sind weniger stark beeinträchtigte sinnes- oder körperbehinderte Menschen, die in der Regel über Schul- und Berufsabschlüsse sowie über soziale Bindungen verfügen und auch subjektiv das Gefühl der Kontrolle über ihr Leben haben. Die mittlere Gruppe fühlt sich gesundheitlich stärker beeinträchtigt, ist seltener berufstätig, kompensiert dies aber entweder durch einen verdienenden Partner oder Rentenleistungen. Die letzte Gruppe verdeutlicht zentrale Merkmale auch der Gruppe der geistig behinderten Menschen: niedrige oder fehlende Schulabschlüsse, geringes Einkommen, wenig Bindungen, hohe Beeinträchtigungen – kurz: stark eingeschränkte Handlungsspielräume und damit eine hohe Abhängigkeit sowie wiederum das fehlende Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben.

Alter in Jahren	TeilhabeKonstellation mit...						Insgesamt
	... geringen Einschränkungen		... mittleren Einschränkungen		... großen Einschränkungen		
	Anteil	In 1.000	Anteil	In 1.000	Anteil	In 1.000	
18 bis 49	31%	1.127	38%	1.413	31%	1.139	100%
50 bis 64	30%	1.562	50%	2.628	20%	1.060	100%
65 bis 79	12%	693	68%	3.841	20%	1.133	100%
Insgesamt	23%	3.366	54%	7.904	23%	3.326	100%

Tabelle 93: Clusteranalysen des Teilhabeberichts (Quelle: BMAS 2013, 260; Tabelle i. O.)

Die Faktoren, die die Gruppen im Teilhabebericht getrennt haben, sind genau die, die bereits breit empirisch belegt sind, nicht nur in der Ungleichheitsforschung, sondern auch in der Forschung zur Bewältigung von Übergängen oder kritischen Lebensereignissen. Strukturell und in Bezug auf ihren sozialen Status können die Nutzer der Wohnangebote in Hamburg als Gruppe mit deutlich eingeschränkten Handlungsspielräumen und erhöhter sozialer Abhängigkeit bezeichnet werden. Die Statusungleichheit bringt zugleich ein gesteigertes Risiko von Anerkennungsverlusten (geringes soziales Kapital) mit sich. Die ökonomische und berufliche

Situation lässt sich von Seiten der Leistungs- und Kostenträger kaum beeinflussen, aber sie muss in die Betrachtung der Situation und die Gewichtung von Zielen in der Unterstützung einbezogen werden. Denn zum einen erlangen andere Dimensionen der Lebenslage ein deutlich höheres Gewicht, wie z. B. die Freizeit oder die Teilnahme am öffentlichen Leben; zum anderen müsste die Frage der Eröffnung von Handlungsspielräumen als Vergrößerung echter Partizipation – im politischen und sozialen Sinn – einen deutlich höheren Stellenwert bekommen. Diese Annahme wird zusätzlich gestützt durch den hohen Stellenwert, den die Faktoren Kontrollgefühl, vertrauensvolle Bindungen und Selbstwirksamkeit für das Zustandekommen von Konstellationen einnehmen.

Partizipation bildet die Basis für die Entfaltung von Interessen; um diese verfolgen zu können, braucht man Motivation und Handlungsfähigkeit, und diese setzen wiederum das Erleben von Selbstwirksamkeit, auch in einem ganz basalen Sinn verstanden, voraus. Selbstwirksamkeit wiederum ist Voraussetzung für die Entstehung von Kontrollgefühl und meint die Möglichkeit, sich als auf-seine-Umwelt-einflussnehmend wahrnehmen zu können. Diese Prozesse werden wesentlich durch positive Bindungen gefördert und fördern selbst wiederum die Möglichkeiten der eigenen Beziehungsgestaltung. Die damit in Gang gesetzten Entwicklungsverläufe lassen sich als »Motivationskarrieren« lesen. Dabei entstehen positive, aber auch negative Kreisläufe, indem unterschiedliche motivationsrelevante Erfahrungen vor dem Hintergrund der möglichen Optionen und strukturellen Bedingungen gleichsam »aufgeschichtet« werden (Stauber, Pohl et al. 2007). Negative Motivationskarrieren enden in Fatalismus, Verweigerung, Rückzug und entstehen vor dem Hintergrund strukturell eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten, einem Missverhältnis zwischen äußeren Anforderungen und individuellen Möglichkeiten und Wünschen, erlebter Sinnlosigkeit und mangelnder sozialer Unterstützung. Für das Aufbrechen negativer Kreisläufe sind folgende Faktoren ausschlaggebend:

- »sinnhafte« Optionen;
- Beteiligung;
- Förderung der Selbstwirksamkeit und der Kontrolle über das Leben;
- Stützung/Förderung der sozialen Netzwerke;
- Passungsverhältnis zwischen individuellen Möglichkeiten und strukturellen Anforderungen.

Die Lebensführung geistig behinderter Menschen in institutionalisierten Settings ist gekennzeichnet durch die ständige Bewältigung struktureller Effekte wie z. B. Zwangskontakte, eingeschränkte Selbstbestimmungsmöglichkeiten oder mangelnde Anerkennung. Gleichzeitig müssen Ressourcen wie Motivation und Kooperationsfähigkeit aufgebaut werden, um individuelle Entwicklungsmöglichkeiten zu erhalten, die sich wiederum als strukturabhängig erweisen. Im Kapitel zur Situation der Nutzer zeichnet sich deutlich ab, dass es im Rahmen des Ambulantisierungsprogramms zu mehr Selbstständigkeit und mehr Selbstbestimmung für die Nutzer gekommen ist. Damit ist – jenseits der Makrodaten des Teilhabeberichts – eine Verortung der Ergebnisse auch auf der Ebene der individuellen Lebensbewältigung im Anschluss an die o. a. Erkenntnisse der Bewältigungsforschung möglich. Der Vergleich zu 2005 belegt, dass die strukturellen Bedingungen, aber auch konzeptionelle Veränderungen ursächlich für diese Verbesserungen sind, die sich auch in den anderen Studien zeigen. Damit lässt sich festhalten, dass positive Kreisläufe in Gang gesetzt wurden, wie sie am Beispiel der Übergangsbewältigung nachgewiesen wurden. Auch negative Kreisläufe lassen sich damit erklären:

Ganz wesentliche Aufgaben stellen sich in diesem Zusammenhang also mit Blick auf die Förderung der Selbstwirksamkeit, der Partizipation, das Passungsverhältnis zwischen individuellen Bedingungen und äußeren Anforderungsstrukturen und insbesondere der sozialen Beziehungen. Die Rolle vertrauensvoller Beziehungen für das Wohlbefinden im Alltag, aber auch für die Bewältigung von belastenden oder krisenhaften Situationen ist empirisch seit langem erhärtet.

Die Effekte sozialer Unterstützung beziehen sich dabei einmal, als »Direkteffekt«, auf das Gefühl der Zugehörigkeit. Dieses ist in der Regel im Alltag eher unbewusst; es basiert auf Ritualen und Interaktionen wie dem Grüßen, einem Lächeln, dem gemeinsamen Kaffeetrinken usw. Diese gleichsam unhinterfragten Alltagssituationen tragen zum Wohlbefinden und zur Identitätssicherung bei; bemerkt werden in der Regel eher ihr Ausbleiben (z.B. wenn man von einem Bekannten plötzlich nicht mehr begrüßt wird) oder negative Interaktionen. Erlebter Ärger wiederum kann, wenn er alltäglich erlebt wird, stressauslösend sein und negative Folgen für das Wohlbefinden haben; dies gilt für Ängste umso mehr. In der Evaluation, aber auch in den anderen 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 »Ent-

weder - 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.

7.3 Abschließende Folgerungen und Empfehlungen

Sowohl anhand der Ergebniszusammenfassung als auch anhand der vergleichenden Analyse und der Einordnung in wissenschaftliche Begründungszusammenhänge haben sich zahlreiche Hinweise auf Chancen und Problemstellen des Hamburger Ambulantisierungsprogramms ergeben. An dieser Stelle erfolgt deshalb abschließend eine Benennung der wichtigsten Aspekte mit Blick auf die Frage der Angemessenheit, Wirksamkeit und des Nutzens der Organisationsstrukturen/-prozesse.

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.

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. Die sich abzeichnenden positiven Motivationskreisläufe schließen in Einzelfällen auch Personen mit komplexem Unterstützungsbedarf ein und können als eindrucksvoller Nachweis der Wirkung veränderter Strukturen, Konzepte und Handlungsweisen betrachtet werden. Allerdings sind die 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. Ent-

sprechende Konzepte müssen verankert werden und in den Kompetenzen der Fachkräfte zum Tragen kommen (können).

Bedarfsgerechtigkeit zu verwirklichen heißt auch und vor allem, passgenaue Hilfen zu entwickeln. Hier ist ein großer Schritt getan, Entwicklungsbedarf besteht jedoch bei Hilfen bezüglich psychischer Gesundheit und psychotherapeutischen Hilfen. 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.

In Bezug auf die Aufgaben der Mitarbeiter zeichnet sich ein Auseinanderfallen von Ziel und realem Auftrag im Alltag ab. 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. Differenzierung und Spezialisierung der Tätigkeiten sind hierfür 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.

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.

Die Rückwirkungen auf den stationären Bereich sind kritisch zu betrachten: Sowohl die erreichten Befragungswerte als auch die Verteilung der Hilfebedarfsgruppen zeigen einen deutlichen Handlungsbedarf an. Der stationäre Bereich muss Anschluss an »ambulante« Denk- und Handlungsweisen bekommen. Die durchgängig zu konstatierende Koppelung von »Schwere« der Behinderung mit einer Leistungsform wird über die Zuordnung zu den Bedarfsgruppen organisatorisch bestätigt und tendenziell damit einer Orientierung an der Schädigung gefolgt. Damit gehen zugleich Beschränkungen des Wunsch- und Wahlrechts sowie weiterer Optionen einher. Auch das ist keine Hamburger Spezifik, sondern lässt sich auch für andere Zusammenhänge nachweisen (Franz 2014). Organisationssoziologisch ist belegt, dass eine angestrebte Qualität nur durch das Zusammenwirken von Programm, personellem Handeln und Organisationsstruktur hervorgebracht werden kann (Beck 1994). Das Modell der Hausgemeinschaft sollte u. E. – unabhängig vom Leistungstyp – intensiver daraufhin untersucht werden, ob wie hier die notwendige Ressourcenbündelung und Schaffung größerer Verbünde gelingen kann, ohne dass es zu einer Isolierung oder Homogenisierung kommt und sich Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf als gleichberechtigte und bedarfsgerecht unterstützte Mieter erleben können. Eine wichtige Frage dabei ist, wie die mit der Ressour-

cenbündelung 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.

Das Ambulantisierungsprogramm ist mittlerweile abgeschlossen, dennoch ergeben sich einige weiterhin zu bearbeitende Herausforderungen hinsichtlich der Unterstützungssettings für Menschen mit komplexem Hilfebedarf, der Unterstützung psychosozialer Bedürfnisse, der Partizipation, der sozialräumlichen Einbindung sowie der Kooperation und Vernetzung. 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 verändernder 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.

8 Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände (AGfW); Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa); Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen (LAG) & Behörde für Familie und (BSG) (2005): Konsenspapier zur Weiterentwicklung der Hamburger Behindertenhilfe. In: Soziales Behörde für Familie, S., Gesundheit und Verbraucherschutz, (Hrsg.): *Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen*. Hamburg. 8.
- Aselmeier, Laurenz; Oberste-Ufer, Ralf; Rohrman, Albrecht; Schädler, Johannes & Schwarte, Norbert (2002): AQuA-UWO. Arbeitshilfe zur Qualitätsunterstützung in Diensten für unterstütztes Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung. Siegen. Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste.
- Bader, Kurt; Hoehne, Rainer; Lauenroth, Markus & Rietz, Birger (2009). Abschlussbericht. Wissenschaftliche Begleitung des Ambulantisierungsprozesses in der Pestalozzi-Stiftung Hamburg, Institution Diestelstraße. . City: Hamburg/Lüneburg
- Beck, Iris (1994): Neuorientierung in der Organisation pädagogisch-sozialer Dienstleistungen für behinderte Menschen. Zielperspektiven und Bewertungsfragen. Frankfurt (Main).
- Beck, Iris (2013): Partizipation - Aspekte der Begründung und Umsetzung im Feld von Behinderung. In: *Teilhabe*. 52. Jg. Jg. (Heft Heft 1). 4-11.
- Beck, Iris & Ebert, Tina (2005): FILIB – Fragebogen zu Aspekten der individuellen Lebensqualität im Bereich des Wohnens für Menschen mit geistiger Behinderung. Unveröffentl. Fassung Univ. Hamburg. Hamburg.
- Beck, Iris & Ebert, Tina (2011): Handbuch zum Einsatz des AWO-Fragebogens zur Partizipation von Menschen mit geistigen Behinderungen/psychischen Erkrankungen (FIPA). Publikation des AWO-Bundesverbandes Berlin. Berlin.
- Beck, Iris & Greving, Heinrich (2011): Institution und Organisation In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): *Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen*. Stuttgart. W. Kohlhammer. 31-69.
- Beck, Iris & Greving, Heinrich (2012): Lebenswelt, Lebenslage. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): *Lebenslage und Lebensbewältigung*. Stuttgart. Kohlhammer Verlag. 15-59.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2008): *Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen*. Hamburg.
- Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, (2007): *Evaluation des Ambulantisierungsprogramms*. Hamburg.
- Bellingrath, Jürgen; Iskenius-Emmler, Hilla; Haberl, Boris & Nußbeck, Susanne (2009): Aspekte des Belastungserlebens von Eltern mit behinderten Kindern. In: *Heilpädagogische Forschung*. 48. Jg. (Heft 3). 146 -154.
- Beywl, Wolfgang (2011a): Modelle der Evaluation personenbezogener Dienstleistungen. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): *Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen*. Stuttgart. W. Kohlhammer. 169-173.
- Beywl, Wolfgang (2011b): Praktische Evaluationsverfahren. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): *Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen*. Stuttgart. W. Kohlhammer. 173-178.
- Bohnsack, Ralf (2003): *Rekonstruktive Sozialforschung*. Opladen. Verlag Barbara Budrich.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung*. Bonn.
- DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Stand Oktober 2005, World Health Organization (Hrsg.). Köln.

- Drabent, Ralf (2002): Infrastruktur soziales Engagement. In: Thimm, W. & Wachtel, G. (Hrsg.): Familien mit behinderten Kindern. Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme. Weinheim und München. Juventa Verlag. 191-213.
- Dussel, E. (2013): 20 Thesen zu Politik. Münster. In: Zitiert nach Jantzen, W., 2015: Inklusion als Paradiesmetapher? Zur Kritik einer unpolitischen Diskussion und Praxis. Vortrag beim Inklusionspädagogischen Wochenende in Dorum 2015 vom 13.-15.3.2015. „Inklusion in Selektion? Wege - Widerstände – Visionen“. Veranstalter: Fachgruppe Sonderpädagogik der GEW im Bezirk Lüneburg und VDS im Bezirk Lüneburg.
- Faßbender, Karl-Josef & Iskenius-Emmler, Hildegard (2012): Gemeinsam unter einem Dach - Sichtweisen und Bedürfnisse von Eltern Erwachsener mit Behinderung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 107 Jg. (Heft 8). 345-351.
- Fischer, Ute (2014): Autonomie in Verbundenheit. Der Übergang vom Elternhaus in eine außerfamiliäre Wohnform. In: Teilhabe - Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe. 53. Jg. (Heft 4). 161-168.
- Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuausgabe 2007. 3. Auflage 2010. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt.
- Franz, Daniel (2014): Anforderungen an MitarbeiterInnen in wohnbezogenen Diensten der Behindertenhilfe. Veränderungen des professionellen Handelns im Wandel von der institutionellen zur personalen Orientierung. Marburg. Lebenshilfe-Verlag.
- Franz, Daniel & Beck, Iris (2007): Umfeld- und Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe. Empfehlungen und Handlungsansätze für Hilfeplanung und Gemeindeintegration. Hamburg, Düren. DHG-Eigenverlag.
- Gitschmann, Peter (2013): Reform der Eingliederungshilfe jetzt! (Teil 1). Online verfügbar unter http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2013/D20-2013_Reform_der_Eingliederungshilfe_Teil_1.pdf (Zugriff: 08.04.15).
- Gläser, Jochen & Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3. überarbeitete Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hahn, Martin Th.; Fischer, Ute & Klingmüller, Bernhard (2004): Warum sollen sie nicht mit uns leben? Stadtteilintegriertes Wohnen von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung und ihre Situation in Wohnheimen. Reutlingen. Diakonie-Verlag.
- Hamburger LAG; AGfW; BpA & BSG (2010): Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen - Weiterentwicklung der Ambulantisierung (Konsenspapier II). Hamburg.
- Heckmann, Christoph (2012): Alltags- und Belastungsbewältigung und soziale Netzwerke. In: Beck, I. & Greving, H. (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Stuttgart. Kohlhammer Verlag. 115-123.
- Helfer, Daniela & Fries, Alfred (2010): Belastungen in Familien mit behinderten Kindern unter ausgewählten Aspekten. In: Behindertenpädagogik. 49. Jg. (Heft 3). 297-311.
- Kelle, Udo (2007): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lang, Monika (2012): Bewältigung und anwaltschaftliche Rolle - Neue Herausforderungen für Eltern im Kontext individualisierter Hilfen für Menschen mit Behinderung. In: DIFGB - Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.): Eltern im Widerspruch zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge - Herausforderungen und Aufgaben für Forschung. Leipzig. DIFGB. 21-31.
- Lindmeier, Bettina (2011): "Ältere Menschen wohnen doch alle im Wohnheim!". Zur Situation älterer Menschen mit geistiger Behinderung im Elternhaus. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. 80. Jg. (Heft 1). 7-18.
- Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U.; Kardorff, E. v. & Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt. 468-475.

- Metzler, Heidrun & Springer, Anke (2010): Umwandlung von Wohnangeboten in Groß- und Komplexeinrichtungen zu gemeindeorientierten Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung. Bericht über eine Evaluation (Metzler-Studie). Tübingen. Zentrum zur interdisziplinären Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen (Z.I.E.L.).
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike (2003): Das ExpertInneninterview - Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, B. & Prengel, A. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim, München. Juventa Verlag. 481-491.
- Nahnsen, Ingeborg (1975): Bemerkungen zum Begriff und zur Geschichte des Arbeitsschutzes. In: Osterland, A. (Hrsg.): Arbeitssituation, Lebenslage und Konfliktpotenzial. Frankfurt/Main. Europäische Verlagsanstalt. 145-166.
- Pieda, Bernd & Schulz, Stefanie (1990): Wohnformen Behinderter und Ihre Wohnumwelten. In: Bundesministerium für Jugend, F., Frauen und Gesundheit, (Hrsg.): Wohnen Behinderter. Berichtsband. Stuttgart, Berlin, Köln. Kohlhammer Verlag. 19-24.
- Projekt Kundenstudie (2010): Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung. Berlin. Rhombos-Verlag.
- Rechnungshof Freie und Hansestadt Hamburg (2010): Jahresbericht 2010 über die Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung der Freien und Hansestadt Hamburg mit Bemerkungen zur Haushaltsrechnung 2008. Hamburg.
- Schädler, Johannes (2012): Individuelle Teilhabearrangements für Menschen mit komplexen Behinderungen als professionelle „Erfindungsaufgabe“. In: DIFGB - Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.): Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung zwischen Exklusion und Inklusion. Dokumentation der Jahrestagung der GUFGB 2011. Eigendruck: www.difgb.de.
- Schäfers, Markus (2008): Lebensqualität aus Nutzersicht: Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schiller, Burkhard (1987): Soziale Netzwerke behinderter Menschen. Das Konzept sozialer Hilfe- und Schutzfaktoren im sonderpädagogischen Kontext. Frankfurt (Main).
- Schnurr, Stefan (2005): Partizipation. In: Otto, H.-U. & Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. München/Basel. Ernst Reinhardt Verlag. 1330-1345.
- Schubert, Herbert (2005): Das Management von Akteursnetzwerken im Sozialraum. In: Bauer, P. & Otto, U. (Hrsg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. Tübingen. dgvt-Verlag. 73-103.
- Schultz, Ann-Kathrin (2011): Ablösung vom Elternhaus. Der Übergang von Menschen mit geistiger Behinderung in das Wohnen außerhalb des Elternhauses in der Perspektive ihrer Eltern. Marburg. Lebenshilfe-Verlag.
- Schwarte, Norbert & Oberste-Ufer, Ralf (2001): LEWO II: Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrument für fachliches Qualitätsmanagement. Marburg. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung e.V.
- Seifert, Monika (2010): Wohnen und Leben unter inklusiven Bedingungen. Standortbestimmung und Strategievorschlag der Berliner "Kundenstudie". In: Teilhabe. 49. Jg. (Heft 4). 171-178.
- Seifert, Monika (2011): Eltern-Sein "als Profession". In: Fröhlich, A.; Heinen, N.; Klauß, T. & Lamers, W. (Hrsg.): Schwere und mehrfache Behinderung - interdisziplinär. Oberhausen. Athena Verlag. 201-218.
- Seifert, Monika (2012): Eltern im Spannungsfeld sozialpolitischer und fachlicher Entwicklungen – am Beispiel des Wohnens von Menschen mit Behinderung. In: DIFGB - Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft zur Förderung der Forschung für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.): Eltern im Widerspruch zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge - Herausforderungen und Aufgaben für Forschung. Leipzig. 7-20.

- Stauber, Barbara; Pohl, Axel & Walther, Andreas (2007): Subjektorientierte Übergangsforschung, Rekonstruktion und Unterstützung biographischer Übergänge junger Erwachsener. Weinheim/München. Juventa Verlag.
- Thimm, Walter (2001): Leben in Nachbarschaften. Struktur und Konzeption eines gemeindenahen Systems besonderer pädagogischer Förderung. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 52. Jg. (Heft 9). 354-359.
- Thimm, Walter (2005): Helfen als Beruf - Gedanken zur Beendigung einer 30-jährigen Hochschullehrtätigkeit. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. 74. Jg. (Heft 4). 326-334.
- Trägererhebung (2005): Dokumentation der trägerübergreifenden Nutzerbefragung in Hamburg 2005. Erstellt von Fachkräften Hamburger Träger von Wohnangeboten der Eingliederungshilfe. Hamburg.
- United Nations (2006/2008). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (dreisprachige Fassung im Bundesgesetzblatt Teil II Nr. 35 vom 31.12.2008). City
- Walther, Andreas & Stauber, Barbara (2007): Übergänge in Lebenslauf und Biographie. Vergesellschaftung und Modernisierung aus subjektorientierter Perspektive. In: Stauber, B.; Pohl, A. & Walther, A. (Hrsg.): Subjektorientierte Übergangsforschung, Rekonstruktion und Unterstützung biographischer Übergänge junger Erwachsener. Weinheim/München. Juventa Verlag. 19-40.
- Weber, Petra; Jahncke-Lattek, Ä.-D. & Röh, Dieter (2011). Veränderungen der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen durch Veränderung der Wohnformen. Eine Evaluationsstudie zum Ausbau ambulanter Wohnformen bei Leben mit Behinderung Hamburg Sozialeinrichtungen gGmbH. Abschlussbericht Februar 2011. City: Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg; Hamburg
- Weisser, Gerhard (1978): Beiträge zur Gesellschaftspolitik (Sammelband, Hrsg. von Siegfried Katterle, Wolfgang Mudra, Lothar F. Neumann). Göttingen.
- Wendt, Wolf Rainer (1988): Das Konzept der Lebenslage. Seine Bedeutung für die Praxis der Sozialarbeit. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. (Heft 4). 79-83.
- Wüllenweber, Ernst (2009): Methoden und (Handlungs-) Konzepte. Ihre Bedeutung für die Professionalität und Professionalisierung heilpädagogischen Handelns. In: Theunissen, G. & Wüllenweber, E. (Hrsg.): Zwischen Tradition und Innovation. Methoden und Handlungskonzepte in der Heilpädagogik und Behindertenhilfe. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Arbeit mit geistig behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Marburg. Lebenshilfe Verlag. 477-490.
- Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste der Universität Siegen (2008): Selbständiges Wohnen behinderter Menschen - Individuelle Hilfen aus einer Hand. Abschlussbericht (ZPE-Studie). Siegen.
- Zimmer, Gerhard (1998): Durch Modellversuche zu Erkenntnisgewinn und Praxisinnovation? In: Euler, D. (Hrsg.): Berufliches Lernen im Wandel - Konsequenzen für die Lernorte? Dokumentation des 3. Forums Berufsbildungsforschung 1997 an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg Nürnberg. Bertelsmann. 595-607.