# Selbstständig leben
# - Ambulantisierung mit anderen Mitteln.

# Ein Projekt des Landkreises und der BruderhausDiakonie Reutlingen.

Jörg Michael Kastl
Stefano Lavorano
Dirk Neges
Andreas Thiemke

unter Mitarbeit von: Jochen Montiegel, Jan Peter, Sebastian Priwitzer, Sina Schulz

**Herausgeber**
BruderhausDiakonie
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg
Ringelbachstraße 211
72762 Reutlingen

**Druck**
BruderhausDiakonie
Grafische Werkstätte Reutlingen

Reutlingen, September 2011

**Die wissenschaftliche Begleitforschung wurde gefördert durch die Aktion Mensch**

# Selbstständig leben
# - Ambulantisierung mit anderen Mitteln.

# Ein Projekt des Landkreises und der BruderhausDiakonie Reutlingen.

Jörg Michael Kastl
Stefano Lavorano
Dirk Neges
Andreas Thiemke

unter Mitarbeit von: Jochen Montiegel, Jan Peter, Sebastian Priwitzer, Sina Schulz

**Inhaltsverzeichnis**

**EINLEITUNG ..... 7**

**TEIL I: AMBULANTISIERUNG UND DEINSTITUTIONALISIERUNG - BEGRIFFE, GESCHICHTE UND KONZEPTE**

**1 WOHNEN MIT BEHINDERUNG – AMBULANT UND STATIONÄR ..... 13**

1.1 DIE UN - BEHINDERTENRECHTSKONVENTION UND DAS VERSTÄNDNIS VON BEHINDERUNG ..13
1.2 WOHNEN UND LEBEN ..... 17
1.2 STATIONÄR UND AMBULANT BETREUTES WOHNEN UND DIE PROZESSE DER DEINSTITUTIONALISIERUNG UND AMBULANTISIERUNG - BEGRIFFSKLÄRUNGEN ..... 21

**2 STATIONÄRE UND AMBULANTE VERSORGUNG VON BEHINDERTEN UND PSYCHISCH KRANKEN MENSCHEN IM HISTORISCHEN RÜCKBLICK ..... 25**

2.1 MITTELALTER UND NEUZEIT (17.-18. JAHRHUNDERT) ..... 26
2.2 DIE ANSTALTEN DES 19. UND BEGINNENDEN 20. JAHRHUNDERTS ..... 26
2.3 ERSTE ANSÄTZE ZU AMBULANTEN VERSORGUNGSSTRUKTUREN ..... 29
2.4 DEINSTUTIONALISIERUNGSKONZEPTE UND -TENDENZEN IN DER ZWEITEN HÄLFTE DES 20. JAHRHUNDERTS ..... 30
2.5 DIE JÜNGSTE ENTWICKLUNG DES AMBULANT BETREUTEN WOHNENS ZWISCHEN 2005 UND 2009 IN DEUTSCHLAND ..... 33

**3 KONZEPTE DER DEINSTITUTIONALISIERUNG UND DAS PROJEKT PROSELE .... 37**

3.1 KOSTEN STATIONÄRER VERSORGUNGSSTRUKTUREN UND FACHLICHE ERWARTUNGEN AN AMBULANTISIERUNG UND DEINSTITUTIONALISIERUNG ..... 38
3.2 ALT GEWORDENE SYSTEME UND NEUE ANFORDERUNGEN AN DIE AUSGESTALTUNG UND FINANZIERUNG GESETZLICHER LEISTUNGEN ..... 42
3.3 BUDGETMODELLE ..... 48
3.4 RAHMENBEDINGUNGEN UND KONZEPT VON PROSELE ..... 54
3.5 METHODEN DER WISSENSCHAFTLICHEN BEGLEITUNG VON PROSELE ..... 60
3.6 METHODEN, HANDLUNGSFELDER UND IHRE RELEVANZ BEI DER BEGLEITUNG UND UNTERSTÜTZUNG DER TEILNEHMER VON PROSELE ..... 63

**TEIL II: PROSELE - FALLÜBERGREIFENDE ANALYSEN**

**4 TEILNEHMERINNEN UND TEILNEHMER VON PROSELE ..... 71**

4.1 RAHMENDATEN UND SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE DER TEILNEHMERINNEN UND TEILNEHMER ..... 71
4.2 TYPOLOGIE DER LEBENSLÄUFE ..... 75
*4.2.1 Instrumentelle und psychodynamische Alltagsorganisationskompetenz – der Kompetenzaspekt ..... 76*
*4.2.2 Lebenswelt und Institution im Lebenslauf – der biografische Aspekt ..... 78*
*4.2.3 Detaillierte Beschreibung der Typen ..... 82*

**5 PROZESSE UND VERLÄUFE ..... 91**

5.1 WOHLBEFINDEN - SELBSTSTÄNDIGKEIT - TEILHABE IN DER ZEITLICHEN ENTWICKLUNG ..... 94
*5.1.1 Methodische Vorbemerkungen ..... 94*
*5.1.2 Zusammenhänge und Unterschiede zwischen den Verlaufsdimensionen ..... 104*
5.2 UNTERSTÜTZUNGSBEDARF UND HILFEFORMEN ..... 108
*5.2.1 Dokumentation des Unterstützungsbedarfs, methodische Vorbemerkungen ..... 108*
*5.2.2 Entwicklung der Unterstützungsbedarfe ..... 111*
*5.2.3 Unterstützungsbedarfe für alle Klienten/Quartale im Vergleich ..... 116*
*5.2.4 Zusammenhänge zwischen den Unterstützungsbedarfen ..... 119*
*5.2.5 Zur Entwicklung der Hilfeerbringung ..... 121*

*5.2.6 Funktion und Einbindung der ehemaligen stationären Einrichtung in die Hilfestruktur* ..... *123*
*5.2.7 Nicht gedeckte Unterstützungsbedarfe* ..... *124*
5.3 Entwicklungen der Klient – Profi – Beziehung und der professionellen Handlungslogik ..... 125
*5.3.1 Handlungs- und Kommunikationsformen* ..... *125*
*5.3.2 Wahrnehmung von qualitativen Veränderungen der Beziehung zu den Klienten (offene Antworten)* ..... *127*
*5.3.3 Der Projektverlauf aus Sicht der Mitarbeiter/innen* ..... *130*
5.4 Entwicklung der Ausgaben für die Betreuung der Klienten ..... 136
*5.4.1 Gesamtentwicklung und Vergleich der Ausgaben 2007-2010* ..... *136*
*5.4.2 Individuelle Verläufe der aufgewendeten Personalkosten* ..... *140*
*5.4.3 Finanzielle Gesamtbilanz des Projekts* ..... *149*

**6 WOHN- UND LEBENSSITUATION DER TEILNEHMER AM ENDE DES PROJEKTS 157**

6.1 Wohnsituation und Unterstützungsbedarf ..... 157
*6.1.1 Wohnsituation* ..... *157*
*6.1.2 Hilfebedarf im und nach dem Projekt* ..... *157*
6.2. Wohnsituation und biografische Passung ..... 164
*6.2.1 Teilnehmer mit einem früh und kontinuierlich institutionsgeprägten Lebenslauf (Tendenz zu Typ A)* ..... *165*
*6.2.2 Teilnehmer mit einem diskontinuierlich institutionsgeprägten Lebenslauf (Tendenz zu Typ B)* ..... *171*
*6.2.3 Teilnehmer mit einem lebensweltgeprägten Lebenslauf und relativ spätem Eintritt in eine Wohneinrichtung (Tendenz zu Typ C)* ..... *175*
6.3 Sich-Einrichten – Wohnungsgestaltung und Biografie ..... 179

**7 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK ..... 189**

7.1 Wichtigste Ergebnisse im Überblick ..... 189
7.2 Deinstitutionalisierung und Rebiographisierung - ein Ausblick ..... 194

**TEIL III: FALLVIGNETTEN ..... 199**

**LITERATUR: ..... 350**

**Verzeichnis der Abbildungen:**


Abbildung 1: Bildung des Projektbudgets ..... 58
Abbildung 2: Eco-Mapping – ein Ausfüllschema ..... 64
Abbildung 3: Netzwerkkarte – Schema (nach Budde/Früchtel, siehe FN 24) ..... 65
Abbildung 4: Relevanz der Erschließung von Handlungsfeldern ..... 66
Abbildung 5: Alter der Klienten im Jahr 2008 ..... 72
Abbildung 6: Höchster erreichter Schulabschluss ..... 73
Abbildung 7: Hilfebedarfsgruppen nach dominanter Behinderungsform ..... 74
Abbildung 8: Dauer des Aufenthalts in einer stationären Einrichtung vor dem Eintritt in ProSeLe ..... 75
Abbildung 9: Die drei Verlaufstypen des Lebenslaufs. ..... 81
Abbildung 10: Typologische Verortung der ProSeLe-Klienten ..... 82
Abbildung 11: Auszug aus Quartalsfragebogen (B) ..... 94
Abbildung 12: Verlaufskurven Einschätzungen Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Tim Zapp) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010) ..... 95
Abbildung 13: Erreichte Verlaufswerte Ende drittes Quartal 2010 (Q11) für die Dimension Wohlbefinden ..... 96
Abbildung 14: Erreichte Verlaufswerte Ende drittes Quartal 2010 (Q11) für die Dimension Selbstständigkeit ..... 97
Abbildung 15: Erreichte Verlaufswerte Ende drittes Quartal 2010 (Q11) für die Dimension Teilhabe ..... 98
Abbildung 16: Klientenbezogene erreichte Werte am Ende des dritten Quartals 2010 (Q11) für die Dimension subjektives Wohlbefinden ..... 99
Abbildung 17: Klientenbezogene erreichte Werte am Ende des dritten Quartals 2010 (Q11) für die Dimension Selbstständigkeit ..... 99
Abbildung 18: Klientenbezogene erreichte Werte am Ende des dritten Quartals 2010 (Q11) für die Dimension Teilhabe ..... 100
Abbildung 19: Netzwerke jeweils erstes und letztes Quartal im Vergleich: Anzahl der Teilnehmer ..... 101
Abbildung 20: Netzwerke jeweils erstes und letztes Quartal im Vergleich: Durchschnittliche Kontaktintensität ..... 102
Abbildung 21: Freizeitverhalten aller Klienten, erstes und letztes Quartal im Vergleich ..... 103
Abbildung 22: Freizeitverhalten aller Klienten, erstes und letztes Quartal im Vergleich ..... 103
Abbildung 23: Verlaufskurven d. Einschätzungen v. Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Manfred Klein) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): parallele positive Verlaufsdynamik ..... 104
Abbildung 24: Verlaufskurven d. Einschätzungen v. Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Heinz Anter) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): parallel stagnierende Verlaufsdynamik ..... 105
Abbildung 25: Verlaufskurven d. Einschätzungen v. Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Tim Zapp) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): sozialintegrativ betonte Verlaufsdynamik ..... 105
Abbildung 26: Verlaufskurven d. Einschätzungen v. Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Bernd Kruck) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): sozialintegrativ betonte Verlaufsdynamik ..... 106
Abbildung 27: Verlaufskurven d. Einschätzungen v. Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klientin Leila Luft) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): autonomiebetonte Verlaufsdynamik ..... 107
Abbildung 28: Verlaufskurven d. Einschätzungen v. Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Karl Bebel) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): autonomiebetonte Verlaufsdynamik ..... 107
Abbildung 29: Silke Bart - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal ..... 109
Abbildung 30: Harry Loop - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal ..... 110
Abbildung 31: Karl Bebel - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal ..... 111
Abbildung 32: Otto Kipp - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal ..... 112
Abbildung 33: Manfred Klein - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal ..... 113
Abbildung 34: Lea Blau - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal ..... 115
Abbildung 35: Mittelwerte der Unterstützungsbedarfe aller Klienten über alle Quartale ..... 116
Abbildung 36: Mittelwerte der Unterstützungsbedarfe der Klienten über alle Quartale nach Art d. Behinderung 117
Abbildung 37: Mittelwerte nach Typen A/B/C (A=früh kontinuierlich institutionengeprägte Biografie, B=diskontinuierlich institutionengeprägte Biografie; C=lebensweltlich geprägte Biografie) ..... 118
Abbildung 38: Mittelwerte der Handlungsformen erstes und letztes Quartal im Vergleich ..... 125
Abbildung 39: Mittelwerte der Handlungsformen nach Art der Behinderung im letzten Quartal ..... 126
Abbildung 40: Graphische Darstellung der Differenzen zwischen den Betreuungspauschalen (Vergütungen) und der geschätzten fallbezogenen Gesamtausgaben in den Halbjahren 2/2008, 1/2009 (1. Degression), 1/2010 (2. Degression) – nach den einzelnen Klienten ..... 142
Abbildung 41: Prozentuale Senkung bzw. Steigerung d. monatlichen fallbezogenen Durchschnittskosten 2009 gegenüber 2008. Referenzlinie -7,4 % (=Prozentsatz der Degression im Jahresmittel) ..... 143
Abbildung 42: Verlauf der Personalausgaben für Heinz Anter – wie dokumentiert (durchgezogene Linie) und mit gleitenden Durchschnitten (Spanne=4; gestrichelte Linie) ..... 145
Abbildung 43: Ausgabenverlauf mit stetig fallender (steiler) Tendenz, geringe Schwankungen ..... 146
Abbildung 44: Ausgabenverlauf mit stetig fallender (flacher) Tendenz, geringe Schwankungen ..... 146
Abbildung 45: Ausgabenverlauf mit wiederkehrenden Schwankungen – leicht ansteigend ..... 147
Abbildung 46: Ausgabenverlauf mit wiederkehrenden Schwankungen – leicht abfallend ..... 147
Abbildung 47: Stetig gleichbleibender Ausgabenverlauf ..... 148
Abbildung 48: Beispiel für einen stetig gleichbleibender Ausgabenverlauf (gleitende Durchschnitte/Spanne=4; Regressionsgerade) ..... 148
Abbildung 49: Monatliche Einsparungen für den Sozialhilfeträger (Differenz Betreuungspauschale 100% - Pauschalen im ABW) ..... 151
Abbildung 50: Box Plots für die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben der einzelnen Klienten im 1. Halbjahr

2010 nach Hilfebedarfsgruppen (2 und 3) ..... 152
Abbildung 51: Aufteilung der ProSeLe Klienten auf Hilfebedarfsgruppen faktische Werte vs. zu erwartende Werte unter der Annahme, dass die Anteile im stationären Bereich abgebildet werden. ..... 154
Abbildung 52: Einteilung in Hilfebedarfsgruppen vor und nach dem Projekt im Vergleich..... 158
Abbildung 53: Differenzen zwischen Unterstützungsbedarfen (1=niedrig, 5=intensiv) zwischen dem letzten und dem ersten Erhebungsquartal (Q11 minus Q1)..... 159
Abbildung 54: Prozentuale Verteilungen von zunehmenden, gleichen und abnehmenden Hilfebedarfen in % der Anzahl der Bedarfe für die einzelnen Klienten (letztes Quartal gegenüber erstem Quartal)..... 160
Abbildung 55: Vergleich der Bedarfsdeckung 1. Quartal ProSeLe/letztes Quartal ProSeLe/1. Quartal abW ..... 162

**Verzeichnis der Tabellen**

Tabelle 1: Ambulantisierungsgrade im Zuständigkeitsbereich ausgewählter überörtlicher Sozialhilfeträger 2001 – 2009 (consens 2010: 86) ..... 33
Tabelle 2: Betreute Wohnformen nach Behinderung (Gesamtdeutschland, eingegangen sind Angaben von 16 überörtlichen Trägern der Sozialhilfe, consens 2010: 34) ..... 34
Tabelle 3: Behinderte Menschen mit Eingliederungshilfe beim Wohnen nach Behinderungs- und Wohnform (Stichtag: 31.12.2009; Quelle: Kreissozialamt Reutlingen) ..... 35
Tabelle 4 Verteilung der Teilnehmer auf die jeweiligen Dienststellen (nach Geschlecht)..... 71
Tabelle 5: Faktoren „Unterstützungsbedarfe für alle Klienten/Quartale“ ..... 119
Tabelle 6: Hilfebedarfsfaktoren nach Typen (dunklere Farbe = größerer zugeschriebener Bedarf, hellere = geringerer zugeschriebener Bedarf), kodiert wurden die Mittelwerte der Faktorwerte der jeweils den Typen zugeordneten Klienten/Quartale..... 120
Tabelle 7: Ausgabenstruktur für die Betreuungspauschalen (n=26) von 2007-2010 ..... 137
Tabelle 8: Ausgabestruktur ProSeLe nach Jahren mit bereinigten internen Personalkosten (Absenkung ab 2009 um 8% ggü. Tabelle 7) ..... 139
Tabelle 9: Durchschnittliche Monatsausgaben pro Fall nach Ausgabeposten und Projektjahren (bereinigte Personalausgaben intern) ..... 139
Tabelle 10: Fallbezogene Differenzen zwischen den Betreuungspauschalen (Vergütungen) und der geschätzten fallbezogenen Gesamtausgaben in den Halbjahren 2/2008, 1/2009 (1. Degression), 1/2010 (2. Degression)..... 141
Tabelle 11: Gesamttypisierung der Kostenverläufe ..... 149
Tabelle 12: Betreuungspauschalen ProSeLe (Einstieg-1. Degression-2. Degression) und Sätze im ABW..... 150
Tabelle 13: Durchschnittsausgaben im ersten Halbjahr 2010 nach Größe und Hilfebedarfsgruppen (2 und 3) .. 152
Tabelle 14: arithmetisches Mittel, Median, Spannweite der Ausgaben innerhalb der Hilfebedarfsgruppen..... 153

## Anmerkung:

Es werden aus Gründen der Leserlichkeit aber auch der statistischen Präzision[1] nicht durchgehend geschlechtsbezogene Varianten der Bezeichnungen von Personengruppen (Klienten-Klientinnen, Mitarbeiter-Mitarbeiterinnen) verwendet. Die unmarkierte grammatisch männliche Form (Mitarbeiter, Klienten) bedeutet immer weibliche *und* männliche Personen unter Absehung des Geschlechts. Wenn das Geschlecht eine Rolle spielt, wird es durch das Adjektiv „männlich", „weiblich" semantisch markiert.

[1] Beispiel: Wenn formuliert wird „20% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter" ist unklar, ob *jeweils* 20 % der männlichen Mitarbeiter und 20 % der weiblichen Mitarbeiter gemeint sind, oder eben 20 % aller Mitarbeiter, egal ob Mann oder Frau. Wenn nur ein Mitarbeiter oder nur eine Mitarbeiterin unter den 20 % ist, entstünde zudem ein Zwang zu sehr umständlichen Formulierungen. Also: „20 % der Mitarbeiter" bedeutet hier immer 20 % *aller* Mitarbeiter unter Absehung vom Merkmal Geschlecht .

# Einleitung

Der folgende Bericht handelt von einem Projekt des Landkreises sowie der Stadt Reutlingen und der Bruderhausdiakonie, einem der großen Leistungserbringer im Bereich der Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe in Baden-Württemberg. Er handelt zugleich von fünfundzwanzig ganz individuellen biografischen Projekten von fünfundzwanzig Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen. Für die professionell Beteiligten ging es um ein sogenanntes "Ambulantisierungsprojekt". Für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ging es darum, wieder oder überhaupt zum ersten Mal in einer eigenen Wohnung zu leben, nachdem sie zuvor jahrelang, teilweise jahrzehntelang in stationär betreuten Wohneinrichtungen gelebt hatten.

Die Anforderungen, vor die sie dieser biographisch bedeutsame Übergang stellte, zugleich aber auch die Anforderungen, die dieser Übergang an die Organisation und Finanzierung ihrer Unterstützung stellte, sollen in dem folgenden Bericht gleichermaßen zur Sprache kommen.

Die Vorgeschichte des Projekts "Selbstständig Leben" (abgekürzt: ProSele) reicht in das Jahr 2006 zurück. Im Rahmen von Werkstattgesprächen zwischen der Bruderhausdiakonie und den Trägern der örtlichen Sozialhilfe zur Weiterentwicklung der Strukturen der Leistungserbringung waren die Strukturen des ambulant betreuten Wohnens immer wieder ein wichtiges Thema. Wie in anderen Bundesländern auch waren diese Strukturen bestimmt von etwas, was von den professionellen Akteuren als "Versorgungslücke" wahrgenommen wurde. Auf der einen Seite existierten die von Elisabeth Wacker so bezeichneten "All-inclusive-Pauschalangebote" des stationär betreuten Wohnens. Auf der anderen Seite existierte ein ebenso pauschales Angebot des ambulant betreuten Wohnens. Dazwischen gab es nichts.

Diesem wenig flexiblen Leistungsspektrum entsprach eine geringe Differenzierung der zugrunde liegenden Kostensätze insbesondere der Vergütung der ambulanten Betreuungsleistungen. Für diese existierten nur zwei relativ niedrige Kostensätze (nämlich 550 € für Menschen mit psychischen und 680 € für Menschen mit geistigen oder körperlichen Behinderungen). Die zwangsläufige Folge war, dass ambulant betreutes Wohnen nur für wenige Menschen mit vergleichsweise geringem Hilfebedarf in Frage kam. Für die Frage der Ermöglichung von Übergängen von stationär in ambulant betreute Wohnformen warf dieser Umstand ebenfalls Probleme auf. Zum einen kamen für das ambulant betreute Wohnen von vorne herein nur Menschen mit einem hinreichend niedrigen Hilfebedarf in Frage. Zum anderen wurde durch die geringen Spielräume auch die Ausgestaltung eines solchen Übergangs selbst zum Problem.

Vor dem Hintergrund solcher Fragen wurde im September 2006 eine Arbeitsgruppe mit der Aufgabe betraut, ein Erprobungskonzept zu entwickeln, mit dessen Hilfe der Anteil der ambulanten Hilfen im Bereich der Eingliederungshilfe erhöht werden könnte. Bereits Ende des Jahres legte die beauftragte Arbeitsgruppe ein differenziertes Konzept vor. Im Rahmen eines Modellprojekts sollte für bis zu dreißig Teilnehmer, die bisher in stationär betreuten Kontexten der Sozialpsychiatrie und (Geistig-)Behindertenhilfe der Bruderhausdiakonie wohnten, der Übergang in eine ambulant betreute Wohnsituation ermöglicht werden.

Im Sommer des Jahres hatten einzelne Teilnehmer der Arbeitsgruppe einen Informationsbesuch beim Sozialpsychiatrischen Hilfsverein Rhein-Neckar in Wiesloch gemacht, in dem von 1996 bis 2004 ein ähnlich konzipiertes Projekt durchgeführt worden war (vgl. Salize/Horst 2002). Aus diesem Besuch erwuchs bei den Mitgliedern der Arbeitsgruppe die Idee das Finanzierungskonzept dieses Projekts, ein degressiv angelegtes Klientenbudget, auf die Reutlinger Verhältnisse anzupassen.

So kam es zur Entwicklung des folgenden Modells: Es sah die Zusammenführung von aus der bisherigen stationären Bruttovergütung abgeleiteten individuellen Betreuungspauschalen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ein Gruppenbudget vor. Das sollte gewährleisten, dass gegebenenfalls notwendige individuelle und situative Mehrbedarfe flexibel gedeckt werden konnten. Mindestens ein halbes Jahr sollten die Einstiegspauschalen bezahlt werden, danach sollte eine noch festzulegende Absenkung (Degression) der Pauschalen in mehreren Schritten erfolgen. Am Ende des Projekts sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Möglichkeit in die reguläre Form des ambulant betreuten Wohnens wechseln können.

Das Konzept formulierte als grundlegende Projektziele (a) "tragfähige, individuell angepasste Wohn – und Lebensformen zu entwickeln", (b) nach Möglichkeit auch die tagesstrukturierenden Angebote einzubeziehen, sowie (c) die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Form ambulanter Assistenz dabei zu unterstützen, ihre "Bürgerrolle" zu leben. Dabei sollten ausdrücklich in der Region bestehende Infrastrukturen einbezogen, auch nicht-professionelle und semiprofessionelle Hilfen (Hilfemix) erschlossen werden und insgesamt ein hohes Maß an Gemeinwesenorientierung realisiert werden. Darüber hinaus sollte eine systematische Dokumentation und Evaluation des Projektverlaufes stattfinden.

Das Konzept fand bei allen Beteiligten großen Anklang. Ende 2006 zeichnete sich zwar ab, dass es mittelfristig nicht zu einer landesweiten Neuregelung für differenziertere Kostensätze im ambulant betreuten Wohnen kommen würde, wohl aber mittelfristig zur Übernahme von entsprechenden Empfehlungen des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg durch den Landkreis Reutlingen. Dennoch entschloss man sich das geplante Projektkonzept umzusetzen, dessen Schwerpunkt ja vor allem auf der flexiblen Gestaltung des Übergangsprozesses und nicht in der Erprobung verschiedener Vergütungsstufen im ambulant betreuten Wohnen lag. Wichtig war allerdings die Festlegung durchweg Klientinnen und Klienten zu beteiligen, für die die bisherige Form des ambulant betreuten Wohnens nicht in Frage gekommen wäre.

Auf der Seite des Leistungserbringers wurde zusätzlich eine interne Projektgruppe gebildet, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Dienststellen aus den Bereichen Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe, die die operative Abstimmung und Kommunikation nach innen sicherte. Unter potentiellen Klienten sollte unter dem Obertitel einer „intensiven ambulanten Betreuung“ für eine Teilnahme geworben werden.

Auf diese Weise kam es zu einer Reihe von Interessenten und Interessentinnen, über deren Teilnahme dann im Rahmen von verschiedenen Sitzungen einer Findungskommission im Laufe des Jahres 2007 endgültig entschieden wurde. Teilnehmer waren die Vertreter der Dienststellen, die die Klientinnen und Klienten bis dahin betreuten, sowie Sachbearbeiterinnen des Leistungsträgers. Diese "Findungskommission" übernahm im weiteren Verlauf die Aufgabe einer "Projektgruppe", die die praktische Umsetzung des Projekts (Hilfeplanentwicklung, Beobachtung und Abstimmung des Projektverlaufs auf der operativen Ebene) übernehmen sollte.

Die ursprüngliche mit der Erarbeitung des Konzepts beauftragte Arbeitsgruppe wurde im Frühjahr 2007 als sogenannte "Projektlenkungsgruppe" eingesetzt. Sie sollte die Koordination zwischen den Projektträgern und die Steuerung während des gesamten Projektverlaufes übernehmen.

Im Laufe des zweiten Halbjahres 2007 bis hinein in das Jahr 2008 kam es dann zur Einbeziehung von insgesamt fünfundzwanzig Teilnehmern in das Projekt, zehn Frauen und fünfzehn Männern mit unterschiedlichem Alter, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vier verschiedener Dienststellen der Bruderhausdiakonie begleitet wurden. Im Sommer des Jahres 2009 wurde von der Aktion Mensch ein 2008 eingereichter Antrag auf die Förderung

einer wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Pädagogische Hochschule Ludwigsburg, Fakultät für Sonderpädagogik bewilligt, so dass das Projekt von da an intensiv wissenschaftlich begleitet werden konnte. Auf der Basis der im Rahmen der Projektdokumentation erhobenen Daten zur Entwicklung der Unterstützungsprozesse und einer Reihe weiterer Erhebungen, insbesondere von Interviews mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ist dieser Bericht entstanden (vgl. Kapitel 3.5). Auch über den Zeitpunkt der offiziellen Beendigung des eigentlichen Projekts am 30.6.2010 hinaus konnte die Entwicklung der Wohnsituation der Teilnehmer bis Ende des Jahres 2010 dokumentiert und ausgewertet werden. Das Ergebnis ist der hier vorgelegte Bericht.

*

Die wissenschaftliche Begleitung, Dokumentation und Verlaufsanalyse des Projekts "Selbstständig Leben" und damit auch dieser ausführliche Bericht war nur möglich auf der Basis einer großzügigen Förderung durch die Aktion Mensch. Er wäre aber ebenso nur möglich durch die Bereitschaft der am Projekt direkt beteiligten Menschen, den Klientinnen und Klienten, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, sich auf unzählige Gespräche und Befragungen, auf Dokumentationen und Diskussionen einzulassen und uns auf diese Weise etwas über ihr Leben, Wohnen oder/und Arbeiten erfahren zu lassen. Wir bedanken uns bei allen Personen und Institutionen, die direkt und indirekt dazu beigetragen haben.

Der Bericht selbst ist in drei große Teile gegliedert.

Wissenschaftliche Aufarbeitung ist auch immer eine Chance, die selbstverständlichen und zur Routine gewordenen Mühen des Alltags in einen weiteren historischen, systematischen und fachlichen Kontext einzuordnen. Es geht auch darum, zu zeigen, dass Projekte wie „Selbstständig Leben“ eingebettet sind in politische und historische Entwicklungen, die über die zeitlichen Horizonte von kurzfristigen fachlichen und sozialpolitischen Modeerscheinungen hinaus gehen. Es geht – folgt man den Prämissen der UN-Behindertenrechtskonvention – letztlich um nichts weniger als um eine historisch neue Phase der Ausgestaltung und Differenzierung der Menschenrechte, damit aber auch um Veränderungen von Strukturen des gesellschaftlichen Zusammenlebens von behinderten und nicht-behinderten Menschen, die eine sehr hartnäckige Vorgeschichte haben.

Deshalb geht der erste Teil des Berichts aus von einer Vergewisserung über die fortgeschrittenste Formulierung dieses Anspruchs in Gestalt der UN-Behindertenrechtskonvention. Es werden dann einige wichtige Konzepte (wie „Behinderung“, „Wohnen“, „ambulant und stationär betreutes Wohnen“, Ambulantisierung, Enthospitalisierung, Deinstitutionalisierung) definiert, bevor ein kurzer historischer Rückblick zeigen soll, wie weit die Geschichte der Segregation des Wohnens behinderter Menschen zurück reicht, aber auch, dass die stationären Einrichtungen eine wichtige historische Funktion hatten und noch haben.

Im zweiten Teil werden wir dann ausführlich auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Projekt „Selbstständig Leben" sowie auf den Verlauf des Projekts und der fünfundzwanzig damit verknüpften „Teilprojekte“ eingehen. Dabei werden sowohl die persönlichen Erfahrungen der beteiligten Menschen als auch Fragen der Ressourcen, der Rahmenbedingungen und schließlich auch der Gesamtbewertung des Projekts zur Sprache kommen. Auch dessen Probleme werden nicht verschwiegen. Uns ist dabei sehr wichtig, dass auch die Lebensrealität der beteiligten Menschen zum Thema wird und nicht hinter den strukturellen Fragen der Finanzierungs- und Unterstützungsformen verschwindet. Der Wert eines bestimmten Finanzierungsinstrumentariums zum Übergang in eine andere Wohnform bemisst sich vorwiegend darin, ob es den beteiligten Menschen gelingt, diesen Übergang auch in einer für sie biographisch sinnvollen Weise zu vollziehen. Dieses Thema wird sich durch die gesamte Arbeit hindurch ziehen.

Der erste und zweite Teil sind zusammen genommen als geschlossene Form lesbar. Der dritte Teil enthält aber im Grunde genommen den substantiellen Kern unserer Berichterstattung, auf den auch die im zweiten Teil referierten und aggregierten Ergebnisse immer wieder zurück greifen. Wir haben versucht, so gut es ging, für jeden der fünfundzwanzig am Projekt beteiligten Menschen aus den geführten Gesprächen eine biografische Vignette zu erstellen, da wir glauben, dass die so wichtige Frage danach wo, wie und mit wem man wohnt, aufs Engste verknüpft ist mit der Lebensgeschichte und der Lebensführung. Wir haben uns bewusst dafür entschieden, in diese Geschichten in einem eigenen Teil Einblick zu geben und sie nicht etwa in einem Anhang zu verstecken. Sie erfordern eine andere Lesehaltung als der erste und zweite Teil, die in sich fortlaufend verfasst sind. Dennoch bilden sie, um es nochmals zu sagen, die eigentliche sachliche Substanz des Berichts.

# Teil I:
# Ambulantisierung und Deinstitutionalisierung - Begriffe, Geschichte und Konzepte

# 1 Wohnen mit Behinderung – ambulant und stationär

**„Article 19: Living independently and being included in the community**

States Parties to the present Convention recognize the equal right of all persons with disabilities to live in the community, with choices equal to others, and shall take effective and appropriate measures to facilitate full enjoyment by persons with disabilities of this right and their full inclusion and participation in the community, including by ensuring that:

(a) Persons with disabilities have the opportunity to choose their place of residence and where and with whom they live on an equal basis with others and are not obliged to live in a particular living arrangement;

(b) Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including personal assistance necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community;

(c) Community services and facilities for the general population are available on an equal basis to persons with disabilities and are responsive to their needs.“
(UN-Behindertenrechtskonvention, Bundesgesetzblatt 2008: 1433)

## 1.1 Die UN - Behindertenrechtskonvention und das Verständnis von Behinderung

Die sozialpolitische Diskussion der Teilhabe von Menschen mit Behinderung hat durch die seit Jahresanfang 2009 auch in Deutschland in Kraft getretene "UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung" neue Schubkraft erhalten. Auf breiter Front werden derzeit verschiedene Aspekte der Integration und Inklusion behinderter Menschen öffentlich diskutiert – wie es zuvor in Deutschland in diesem Ausmaß nicht einmal im Kontext der Einführung des SGB IX der Fall war. Dabei könnte man argumentieren, dass die UN-Konvention, aus einer fachlichen Perspektive gesehen, gar nicht so viel Neues beinhaltet.

Die verfassungsrechtliche Stellung behinderter Menschen im Grundgesetz unterscheidet sich nicht von dem, was in der UN-Konvention gefordert ist. Auch die Forderungen nach Inklusion in den verschiedenen Lebensbereichen der Bildung und Schule, der Politik, in Leben und Arbeiten sind seit mehreren Jahrzehnten fester Bestandteil der Fachdiskurse aller Professionen und Disziplinen, die etwas mit Behinderung bzw. psychischer Erkrankung zu tun haben.

Möglicherweise liegt aber die Wirksamkeit der UN-Konvention auf einer ganz anderen Ebene, nämlich dem Umstand, dass sie eine bislang nicht erreichte politische Resonanz erreicht. Dies mag zum Einen mit ihrer symbolischen Autorität einer internationalen Organisationzusammen hängen. Zum anderen ist sicher nicht ohne Belang, dass die Konvention – im Gegensatz zum nationalen Recht – in ein und demselben Dokument die verfassungsrechtliche bzw. auf die Grund- und Menschenrechte bezogene Dimension auf konkrete Umsetzungsschritte bezieht.

So wird in der UN-Konvention ein genereller Gleichbehandlungsgrundsatz umstandslos mit sehr konkreten sozialpolitischen Forderungen beispielsweise in dem für unser Thema wichtigen Lebensbereich des Wohnens von Menschen mit Behinderung verknüpft. Menschen mit Behinderung sollen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, „ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet <sein>, in besonderen Wohnformen zu leben“ (Art. 19).

Dies beinhaltet den Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen und dies beinhaltet einen Anspruch auf persönli-

che 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." (Bundesgesetzblatt 2008: 1433).

Gewiss: die UN-Konvention ist kein Leistungsgesetz. Es bleibt auch in Zukunft bei einem nicht vermeidbaren, vom Grundgesetz vorgegebenen, grundlegenden sozialstaatlichen Spannungsverhältnis. Dieses besteht darin, dass behinderte Menschen zwar wie alle Menschen ein Recht auf freie Wohnungswahl haben (Art. 11). Der soziale Rechtsstaat (Welti) ist *prinzipiell* zu einem materiell wirksam werdenden Nachteilsausgleich für behinderte Menschen und einer Ausgestaltung und Deckung von jeweils zu bestimmenden Mindeststandards des Lebens verpflichtet. Er muss *überhaupt* Unterstützungsstrukturen vorhalten. Aber auch mit Inkrafttreten der UN-Konvention gibt es keine absolute Gewährleistungspflicht des Sozialstaates und im Einzelfall damit auch keine uneingeschränkte Verpflichtung des Staates jede gewünschte Wohnform auch zu finanzieren. Die Beurteilung einer Angemessenheit des Ressourceneinsatzes im Einzelfall wird es auch nach In-Kraft-Treten der UN-Konvention geben.[2]

Das entspricht einer *grundsätzlichen* Verpflichtung der öffentlichen Hand sowohl der Pluralität sozialstaatlicher Verpflichtungen als auch Staatszielen generell Rechnung zu tragen. Sich dies klar zu machen und ehrlich zu benennen ist wichtig, um falschen Erwartungen und den damit verbundenen Enttäuschungen vorzubeugen. Deshalb kann auch bei keiner fachlich verantwortungsvollen Diskussion von Problemen des Wohnens mit Behinderung die Frage eines effizienten, verantwortungsvollen und zielbezogenen Einsatzes ökonomischer Ressourcen ausgeblendet werden. Dieser belief sich im Jahr 2009 allein im Bereich der Eingliederungshilfe auf über 6,5 Milliarden Euro (Duschek 2011: 151).

Obwohl sich also zumindest in der Bundesrepublik Deutschland mit der UN-Konvention keine substantiellen sozialrechtlichen Änderungen vollzogen haben, ist aber auch absehbar, dass die ohnehin bereits eingetretenen fachlichen Entwicklungen durch die UN-Konvention nochmals eine erhebliche rechtliche und sozialpolitische Schubwirkung erfahren. Tatsache ist, dass die UN-Konvention auf den fruchtbaren Boden einer bereits stattfindenden fachlichen und sozialpolitischen Entwicklung trifft, die auch im Zeichen der Einführung des SGB IX noch an Fahrt gewonnen hat. Sie entspricht einer bereits in den 1970er Jahren beginnenden fachlichen Tendenz. Diese versteht Behinderung als ein Problem gesellschaftlicher Teilhabe und kritisiert den Umstand, dass das Leben behinderter Menschen in Mitteleuropa in der Geschichte weitgehend von großen stationären Einrichtungen (darunter die sogenannten „Komplexeinrichtungen") geprägt war und in vielen Fällen noch ist.

Stationäre Einrichtungen hatten eine wichtige historische Funktion und diese haben sie teilweise auch heute noch. Aber sie haben auch Nachteile. Behinderte Menschen werden von lebensweltlichen Erfahrungsmöglichkeiten abgeschnitten. Ihr Alltag verliert die Dimension einer Selbstverständlichkeit von Lebensführung und sozialer Zugehörigkeit und wird zu einer professionellen und organisatorischen Veranstaltung, die strukturell Gefahr läuft, Kompetenzen und Ressourcen der Menschen zu missachten. Ein „Ende der Veranstaltung", so der Titel eines bekannten Buchs von Klaus Dörner (2001), wird deshalb spätestens seit den 1970er Jahren immer lauter gefordert. Die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ausgelösten Debatten erregten zwar eine große fachliche Aufmerksamkeit, blieben in der praktischen Umsetzung aber hauptsächlich auf den (sozial-)psychiatrischen Bereich beschränkt.

[2] Vgl. ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 29.5.1990, nach dem der Sozialstaatsauftrag „zwar einen Gestaltungsauftrag an den Gesetzgeber" enthalte: „Angesichts seiner Weite und Unbestimmtheit lässt sich daraus jedoch regelmäßig kein Gebot entnehmen, soziale Leistungen in einem bestimmten Umfang zu gewähren. Zwingend ist lediglich, dass der Staat die Mindestvoraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein seiner Bürger schafft. ... Soweit es nicht um die genannten Mindestvoraussetzungen geht, steht es in der Entscheidung des Gesetzgebers, in welchem Umfang soziale Hilfe unter Berücksichtigung der vorhandenen Mittel und anderer gleichrangiger Staatsaufgaben gewährt werden kann und soll (BVerfGE 40, 121 [133]). Dabei steht ihm ein weiter Gestaltungsraum zu." (BVerfGE 82,60)

Mittlerweile ist aber das Bewusstsein um die Notwendigkeit der Schaffung tragfähiger Umsetzungskonzepte gewachsen und die Entwicklungen im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrhunderts sind durchaus ermutigend. Auch im Landkreis Reutlingen und bei den großen Trägern ist das Bewusstsein über die Notwendigkeit einer nachhaltigen und praktisch wirksamen Veränderung der Lebenssituation behinderter Menschen und einer damit einhergehenden Veränderung dieser Einrichtungen gewachsen. Im Bereich der Psychiatrie, in dem es ja bereits ein eigenes fachliches Feld dafür gibt, die sogenannte Sozial- oder auch Gemeindepsychiatrie, sind diese Veränderungen in Deutschland spätestens seit den 1970er Jahren angelaufen. Der Bereich der Behindertenhilfe folgt zunehmend.

Bevor wir uns in einem eigenen Kapitel in aller Kürze mit der historischen Entwicklung des Wohnens mit Behinderung auseinandersetzen, sollte noch ein weiterer Aspekt angesprochen, bei dem die UN-Konvention so etwas wie eine Bündelung der fachlichen und behindertenpolitischen Diskussionen der letzten Jahrzehnte vornimmt: des Verständnisses von Behinderung. Da diese Definition auch dem hier vorgelegten Bericht zugrunde liegt, sei sie hier zitiert. In Artikel 1 der Konvention heißt es:

> „Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others." (Bundesgesetzblatt 2008: 1423) [3]

Dieser Versuch die Gruppe behinderter Menschen näher zu bestimmen, beinhaltet gleich einige Aspekte der Fachdiskussion der zurückliegenden Jahrzehnte. Insbesondere klingt darin das Behinderungsmodell der International Classification of Functioning, Disability and Health=ICF (WHO 2005: 145) an. Behinderung wird als ein relationales Phänomen gefasst, das nur im Zusammenspiel mit Umweltfaktoren („Barrieren") überhaupt entsteht. Dabei spielen medizinische und soziale Faktoren gleichermaßen eine Rolle. Voraussetzung, um von Behinderung zu reden, ist eine Schädigung (impairment) bzw. ein schädigender Prozess (z.B. eine Erkrankung, Verletzung, Unfall, Schädigung des Erbguts, soziale und/oder sozioökonomische Deprivationserfahrungen u.a.). Allerdings führen schädigende Prozesse nicht zwangsläufig, sondern nur im Zusammenspiel mit bestimmten restringierenden Umweltfaktoren (barriers) zu Behinderung (disability). Deshalb benötigt die Analyse jedes Behinderungsphänomen zugleich sowohl ein „medizinisches Modell" wie ein „soziales Modell" (vgl. WHO 2005: 24).

Es ist dabei unerheblich, ob es um Schädigungen physischer oder psychischer Strukturen bzw. Funktionen geht. Dies ist deswegen nicht ohne Bedeutung für diesen Projektbericht, da am Projekt Selbstständig leben sowohl Menschen mit dem sozialrechtlichen Status einer wesentlichen geistigen Behinderung wie einer wesentlichen seelischen Behinderung (als Voraussetzung für die Gewährung von Eingliederungshilfe) beteiligt waren. Wenn im Folgenden einmal von seelischer Erkrankung, dann wieder von (psychischer / seelischer) Behinderung die Rede ist, dann ist das ausschließlich einem inkonsequenten Sprachgebrauch in der gesellschaftlichen Praxis geschuldet. In der sozialpsychiatrischen "Szene", auch von vielen Betroffenen, wird der Behinderungsbegriff eher umgangen und als diskriminierender aufgefasst als der Begriff „Erkrankung". In der „Behindertenszene", bei Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen und ihren Angehörigen ist es eher umgekehrt. Hier wird davon ausgegangen, dass Behinderung keine Krankheit sei und demzufolge der Begriff „Krankheit" als diskriminierend aufgefasst.

In Wirklichkeit sind Krankheit und Behinderung einfach verschiedene Sachverhalte, die manchmal zusammen auftreten können, aber nicht müssen. Ob und wann psychische Erkrankungen sinnvollerweise als Behinderungen bezeichnet werden sollen, lässt sich klarer

[3] Das Zitat wird auf englisch wiedergegeben, weil es auch an dieser Stelle zu Übersetzungsproblemen kommt. Das im englischen verwendete Wort „Impairment" wird in der amtlichen Übersetzung mit dem fachlich uneindeutigen Wort „Beeinträchtigung" wieder gegeben. Die übliche präzisere fachliche Bezeichnung lautet aber „Schädigung".

beantworten, wenn man – in einer Präzisierung der gängigen Behinderungsdefinitionen - zwischen Schädigung als Zustand und Schädigung als aktuell stattfindendem Schädigungsgeschehen (Prozess) unterscheidet (vgl. dazu Kastl 2010: 112). Behinderung ist nach allgemeiner fachlicher Auffassung niemals gleichzusetzen mit einer Schädigung. Vielmehr ist sie das *Ergebnis* eines auf das Individuum einwirkenden schädigenden Prozesses und dessen *Interaktion* mit sozialen und außersozialen Lebensbedingungen. Die Betonung liegt auf dem Wort „Ergebnis“ und damit einer Abgeschlossenheit des Schädigungsgeschehens selbst. Wir sprechen von „Erkrankung“, wenn wir unterstellen, dass eine Schädigungsdynamik nach wie vor anhält, eine aktuelle Dynamik aufweist, der man mit medizinischer Behandlung und Therapie begegnen muss. Von Behinderung sprechen wir demgegenüber, wenn wir einen schädigenden Prozess als relativ abgeschlossen, in der Vergangenheit liegend betrachten, er aber gleichwohl Auswirkungen für die Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt hat.

Chronische Erkrankungen bezeichnen dabei sehr oft typologische Grenzfälle. Hier kann beides zugleich gegeben sein: ein aktuell wirksames Krankheitsgeschehen, das medikamentös oder durch andere Therapien behandelt werden muss und zugleich eine Schädigung als ein relativ dauerhafter, nicht mehr behandlungsbedürftiges oder behandlungsfähiges Ergebnis eines schädigenden Prozesses, einem Zustand, mit dem man sozusagen leben muss, aber eben auch leben kann. Ein Beispiel, das diesem letzten Aspekt sehr nahe kommt, ist beispielsweise die klassische psychiatrische Diagnose eines „schizophrenen Residuums“. Ein gutes Beispiel für das gleichzeitige Vorliegen von Krankheit und Behinderung ist die „multiple Sklerose“, bei der sehr oft eine aktuelle, behandlungsbedürftige Krankheitsdynamik vorliegt („Schübe“, die z.B. durch Kortisontherapien behandelt werden), bei der es aber *zugleich* zu Behinderung als relativ irreversiblem *Ergebnis* vergangener akuter Schädigungsprozesse („Schübe“) kommen kann. Mit den *Behinderungen* wird nicht therapeutisch umgegangen, sondern hier geht es um kluge Strukturen und Umjustierungen der Interaktion des Individuums mit seiner sozialen und physischen Umwelt.

Gerade im (sozial)psychiatrischen Bereich geht es ebenfalls sehr häufig um die Bewältigung von Krankheit und Behinderung zugleich. Das hat inhaltliche, aber auch sozialrechtliche Konsequenzen für die alltägliche Unterstützung der betroffenen psychisch kranken und behinderten Menschen. Zum einen geht es um die Unterstützung bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen, um die Flankierung medizinischer Maßnahmen und Behandlungen (Psychotherapie wie auch Medikamenteneinnahme). Zum anderen geht es aber zugleich um die Unterstützung im Umgang mit relativ dauerhaften Einschränkungen, die Reduktion von Barrieren, die Beförderung der Anerkennung von Anderssein durch das soziale Umfeld, den Abbau von Stigmatisierungen und Ausgrenzung - damit aber eben um „Behinderung“. Bei der Unterstützung beim Wohnen durch Eingliederungshilfe ist rein rechtlich gesehen immer die *Behinderung* aktuell oder ehemals psychisch erkrankter Menschen der primäre Anknüpfungspunkt. Allein *diese* liegt im Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe), während der möglicherweise zugleich wirksame Erkrankungsaspekt streng genommen in die Zuständigkeit der Krankenversicherung fällt. Wegen dieser sozialrechtlichen Bedeutung wird in diesem Bericht i.d.R. der Begriff „seelische Behinderung“ verwendet.

Damit ist ein für die Zwecke dieser Arbeit hinlänglich differenziertes Verständnis gewonnen. In einem weiteren Schritt gilt es nun, sich mit dem Phänomen „Wohnen“ und „Wohnung“ auseinander zusetzen. Immerhin beruht ja die Konzeption von ProSele darauf, Menschen den Übergang in eine Wohnform „so normal wie möglich“ zu ermöglichen. Immerhin hat ja der zitierte Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention den dezidierten Anspruch, Menschen mit Behinderung zu ermöglichen, auf dieselbe Weise zu wohnen wie nicht-behinderte Menschen auch – „in der Gemeinschaft“, nicht „in besonderen Wohnform“, unter Inanspruchnahme „gemeindenaher Dienstleistungen“. Impliziert ist damit, dass das Wohnen in besonderen Einrichtungen bestimmten Erwartungen und Normen über Wohnen in unserer Gesellschaft offenbar nicht oder jedenfalls nur teilweise entspricht. Um sich das zu verdeutlichen, bedarf es einer kleinen Refflexion des Phänomens „Wohnen“. Wann sprechen wir von „Wohnen“, wann zum Beispiel nur von „Unterbringung“?

## 1.2 Wohnen und Leben

> „Wohnen heißt [...] eine feste Stelle im Raum haben, an diese Stelle hingehören und in ihr verwurzelt sein. [...] Um dort in Muße wohnen zu können, bedarf diese Stelle einer gewissen Ausdehnung. Der Mensch muss sich in einem bestimmten Bereich bewegen können. Das Wohnen erfordert einen bestimmten Wohnraum." (Bollnow 2004: 128)

Mit diesen Worten setzen die Überlegungen des Tübinger Philosophen und Pädagogen Otto von Bollnow aus seinem 1963 erstmals erschienenen Buch „Mensch und Raum" über das Wohnen ein. Mit seiner Aussage, Wohnen erfordere einen bestimmten „Wohnraum" ist natürlich nicht an eine Mindestquadratmeterzahl gedacht. Der Begriff „Wohnraum" steht bei Bollnow vielmehr für eine komplexe Erfahrungsqualität.

Wohnraum hat einerseits die Qualität der Abgeschlossenheit und Abschließbarkeit. Gerade deshalb vermittelt er Geborgenheit. Eine Wohnungstür hat, so sagt Bollnow, einen „semipermeablen Charakter". Sie ist ein Ausdruck von Freiheit, wenn der in die Wohnung Gehörige frei durch sie ein- und ausgehen kann. Das beinhaltet zugleich, dass er bestimmen kann, wer herein gelassen wird und wer nicht. Türen können geschlossen, aber auch wieder geöffnet werden. Dieser Grenzaspekt ist, wie bereits angedeutet, nicht nur negativ. Es geht nicht nur um Ausgrenzung, sondern auch um eine Ermöglichung. Gemeint ist eine Erfahrungsqualität, wie sie in der sprachlich Wendung „Raum haben für etwas" zum Ausdruck kommt. Damit ist eigentlich gemeint: „frei sein zu/für etwas". Auch die Begriffe „Spielraum", „Freiraum", „geräumig" zielen in diese Richtung. Wohnen steht so gesehen in einem inneren Zusammenhang zu grundlegenden Wertvorstellungen der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie: Selbstbestimmung und Teilhabe.

Ein weiterer Aspekt, der mit dieser Doppelstruktur der Begrenzung und Ermöglichung aufs Engste zusammenhängt, bezieht sich auf die dadurch mögliche *Ordnung*. Die Wohnung ist ein Ort, der frei ist für Gestaltung nach den Bedürfnissen des in ihr Wohnenden. Die Wohnlichkeit der Wohnung ist an die Tätigkeit des „Sich-Einrichtens" gebunden. Wohnungen müssen „eingeräumt" und „aufgeräumt" werden. Durch diese Tätigkeiten entsteht eine Ordnungsstruktur von persönlichen Dingen, die zuallererst (und immer wieder neu) den erwähnten Spielraum für eigene Aktivitäten und den Umgang mit den Dingen (Bollnow 2004: 36 f.) herstellt.

Wohnen heißt so, einen sehr persönlichen Handlungs- und Lebensraum zur Verfügung zu haben, der ebenso Freiheitsspielräume wie eine Dimension von Schutz und Geborgenheit beinhaltet. Moderner ausgedrückt ist die Wohnung Inbegriff von Privatheit. Die Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG) gehört in der bundesdeutschen Verfassung zu den Grundrechten. Sie steht in engem Zusammenhang mit dem Begriff der Menschenwürde und dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit.[4]

Für die Wohnlichkeit einer Wohnung und das damit verbundene Raumgefühl ist diese Gesamtstruktur sehr wichtig. Das Element der Abgeschlossenheit (und damit: der Abschließbarkeit) einer Wohnung gehört ebenso dazu, wie deren adäquate Größe, deren Ausgestattetheit, deren Bewohntheit und Gewohntheit. Welche Gegenstände, Bilder und Relikte sich in der Wohnung eines Menschen finden – das bringt etwas über Lebensstil und Lebensgeschichte zum Ausdruck. Die Art und Weise zu wohnen steht in enger Beziehung zum gegenwärtigen und vergangenen „In-der-Welt-Sein". Die Wohnung ist der zentrale „Ort zum Leben" (Mannoni 1978). Wo ich „wohne", ist mein „gewöhnlicher" Aufenthaltsort, auf diesen sind meine Lebensge*wohn*heiten bezogen - hier „lebe ich".

[4] In der Wohnung realisiert sich in der Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichts sowohl die positive Inanspruchnahme eines „elementaren Lebensraums" (ganz im Sinne Bollnows) als auch die negativ bestimmte Freiheit „in Ruhe gelassen zu werden" (sic!, BVerfGE 32, 75, zit. in Hömig Grundgesetz Art. 13 Rz. 2).

Zur Räumlichkeit des Wohnens gehört die räumliche Umwelt, in der sich die Wohnung befindet. Diese Umwelt ist immer zugleich sozial bestimmt – durch die Menschen, die in der Nachbarschaft leben, die Menschen, für die ich erreichbar bin und die für mich erreichbar sind. Diese Dimension des Wohnens wird in der Soziologie und Sozialarbeitswissenschaft als „Sozialraum" bezeichnet. Orte und Räume, in denen Menschen leben (ihr „Lebensraum") sind nicht nur geometrische oder geographische Größen, sondern werden immer in enger Verbindung mit Handlungs- und Beziehungspotentialen erfahren. Unser Lebensraum ist immer auch Sozialraum, weil soziale Beziehungen und soziale Kontexte dafür entscheidend sind, wo wir zu Hause sind, wo wir hinkommen, was für uns zugänglich ist und was nicht. Menschen sind in dem Sinne sozial „ver***ortet***", als sie von sich zum Beispiel sagen: hier wohne ich, hier bin ich zu Hause, hier fühle ich mich wohl, hier lebe ich. Oder auch: Ich fühle mich fremd, ich habe keinen Draht zu den Nachbarn, ich kenne niemanden, ich gehöre nicht recht dazu, passe hier nicht rein. Das sind ebenso Aussagen über „Lebensräume" wie über zugängliche (oder nicht zugängliche) soziale Beziehungen und Beziehungsorte sowie Teilhabekontexte und deren räumliche Organisation, die wiederum mit der Biografie in engem Zusammenhang stehen. Die Selbst- (und Fremd-) Verortung von Menschen hat also eine räumliche, soziale und zeitliche Dimension zugleich.

Einrichtungen und Heime können zwar auch „Orte zum Leben" werden (Gaedt 1983, 2007). In der Praxis sind sie es aber selten oder nur in eingeschränkter Weise. Das hat im Wesentlichen zwei Hauptursachen. Eine bezieht sich auf objektive Charakteristika des Wohnens in der Einrichtung selbst, eine andere auf dessen individuelle und gesellschaftliche Wahrnehmung.

Einrichtungen zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass man sich an dem Ort, an dem man wohnt, nicht selbst einrichtet, sondern in einen vor-eingerichteten Zusammenhang eintritt. Juristisch gesehen ist das entscheidende Kriterium für eine stationäre Maßnahme, dass es zu einer „Aufnahme" kommt. Eine Einrichtung hat voreingerichtete „*Plätze*". Ein „Platz" ist durch verschiedene Personen „einnehmbar", er ist vorgegeben, prinzipiell befristet und nicht im selben Maße individuell gestaltbar. Hinzu kommt die Grenzziehung nach außen: die räumliche Grenze ist im Falle der stationären Betreuung immer auch eine Herrschaftsgrenze, die durch die Verantwortung und Verantwortlichkeit des Trägers für meine Person und die der anderen Heiminsassen zugleich gezogen wird. Sie grenzt nach außen auch durch ein scharfes Zugehörigkeitskriterium die Gruppe der Heiminsassen von denen ab, die draußen sind. Zugleich ist mir aber damit die Verfügung über die Gestaltung der Austauschbeziehungen über die Schwelle hinweg partiell entzogen. Sie ist Gegenstand organisatorischer Regelungen. Das Element des Schutzes ist vorhanden, allerdings ist es mit einem Herrschaftselement versetzt. Der Struktur nach geht es um eine Form der Vormundschaft.[5] Sie unterscheidet sich von der selbstgestalteten Geborgenheit einer Wohnung. Sie ist im Bedarfsfall allerdings auch belastbarer.

Die Freiheit des Tun und Lassens ist eingebunden in die formale Struktur der Zeitabläufe der Einrichtung. Die Freiheit, die Tür schließen und öffnen zu können ist labil, der Wohnraum unterliegt immer auch einer institutionellen und damit anonymen Gestaltung. Er gehört nicht in gleichem Maße zu mir und ich gehöre nicht im gleichen Maße in ihn hinein, wie bei einer Wohnung, die nicht zugleich Teil eines übergreifenden institutionellen Lebenszusammenhangs ist. Die „Mitbewohner" wohnen sehr oft nicht „mit" mir, sondern erweisen sich eher als Quelle von Störung. Die (Un-)Ordnung des Einräumens und Aufräumens ist nicht meine eigene, sondern immer auch die der anderen und der Institution.

Ein Klient des Wohnprojekts „Selbstständig leben“ (ProSeLe), um das es in diesem Bericht gehen wird, erzählt beispielsweise über eine stationär betreute Wohngruppe:

[5] Das Wort Vormundschaft leitet sich ab von dem alt- und mittelhochdeutschen Wort „munt“, das ursprünglich „Schutz“, „Sorge“ (abgeleitet von lat. manus=Hand -> sich in der Hand von jemandem befinden = „in seiner Macht, unter seinem Schutz sein“). Vgl. dazu den Eintrag „Mund²“ in Kluge 1995.

> „In so 'ner WG in so 'ner therapeutischen, in 'ner betreuten WG wohnen, das färbt irgendwie so ab das Verhalten. Und so Nachlässigkeit und ja, des färbt irgendwie so ab und wie gesagt, Martha und ich hatten beide das Bedürfnis nach Normalität."

In seinem Fall geht dem Wohnen genau die Erfahrung einer höchst persönlichen Ordnung der Dinge ab. Das führt offensichtlich bei allen Bewohnern zu einer Form der Resignation, die der Klient „Nachlässigkeit" nennt, und die mit einer Entfremdungserfahrung verbunden ist. „Normal" wäre für den Sprecher, dass einem die (Un-)Ordnung in der eigenen Wohnung nicht gleichgültig ist, sondern eben etwas angeht.[6]

Diesen möglichen Eigenschaften des Wohnens in einer Einrichtung entspricht eine gesellschaftliche Wahrnehmung des Wohnens in Einrichtungen als etwas Abgeleitetem, als Ausnahme, als etwas Defizitäres. Diese Wahrnehmung hat wiederum ihre Wurzeln in einem sehr tiefsitzenden normativen Muster. Die eigene Wohnung gehört in Westeuropa mit der Heirat und der Einnahme der Berufsrolle zu den grundsätzlichen Insignien des Erwachsenenstatus, ist damit Inbegriff eigener Autonomie und damit zugleich ein normativ vorgegebener biografischer Zielzustand. Dabei handelt es sich um ein historisch bis ins frühe Mittelalter zurückreichendes und tief sitzendes gesellschaftliches Deutungsmuster. Es hängt zusammen mit dem sogenannten „European Marriage Pattern" (Gestrich/Krause /Mitterauer 2003: 264 ff., 401 ff.; Mitterauer 1986: 28 ff.), das die west-, mittel- und nordeuropäische Gesellschaft und Kultur bis heute charakterisiert.

Westlich einer gedachten Linie Triest-St. Petersburg kristallisierte sich – gebunden an bestimmte Formen der Bodenbewirtschaftung („Hufenverfassung") – seit dem frühen Mittelalter ein normativ verbindliches Heiratsmuster heraus, das zugleich eine biografische Vorgabe war und eng mit dem Thema Wohnung verknüpft ist.

Es besagt vereinfachend, dass eine Heirat in der Regel an die Vorbedingung eines eigenen Haushalts (Neolokalität) und damit an die Fähigkeit gebunden ist, ökonomisch auf eigenen Füßen zu stehen. Mit der „eigenen Wohnung" war also konstitutiv die Möglichkeit zu heiraten verknüpft. Sie war zugleich bedingt durch Erwerbstätigkeit, die dem Haushalt ein Minimum an wirtschaftlicher Selbstständigkeit ermöglichte. Diese Verknüpfung von eigenem Haushalt, Heirat und Berufstätigkeit markierte zugleich das Ende des Jugendalters sowie den Übergang in den Erwachsenenstatus und damit in einen Zustand von gesellschaftlich anerkannter Mündigkeit (Mitterauer 1986: 67). Das Muster ist als solches – mit leichten Modifikationen – noch heute wirksam und führt auch dazu, dass das Leben in einer Einrichtung, zumeist als irgendwie defizitäre, nicht als eine mit einem „normalen" Erwachsenenstatus verträgliche Lebensform wahrgenommen wird.

Tendenziell tragen Menschen, die in einer Einrichtung wohnen, ein Stigma, d.h. ein Merkmal, das als potentiell diskreditierend betrachtet wird. Ihr personaler Status ist auf eigentümliche Weise beeinträchtigt. Sie leben nicht außerhalb, aber auch nicht wirklich innerhalb der Gesellschaft, sie leben in Gemeinschaften von Ihresgleichen in statushomogenen und entdifferenzierten Gruppen, zugleich aber unter hoher institutioneller Kontrolle. Ihnen werden grundlegende Kompetenzen der Selbstsorge abgesprochen, sie gelten in der gesellschaftlichen Wahrnehmung nicht mehr als Kinder oder Jugendliche, aber auch nicht als autonome Erwachsene.[7] Das wirkt auch auf die Selbstdeutungen, die Wahrnehmungen und Wünsche von

[6] Auch das Gegenteil ist nach unserer Erfahrung möglich: In Wohngruppen kann sich auch ein Übermaß an Ordnung einstellen, die aber gleichfalls nicht als zur Person zugehörig erfahren wird, sondern als Zugeständnis an eine institutionelle Regel.

[7] Man kann hier den Stigma-Begriff von Erving Goffman ins Spiel bringen (Goffman 1975: 10) oder auch die Kategorie der Liminalität von Robert Murphy (dazu Kastl 2010: 199). Der Begriff stammt aus der ethnologischen Forschung und meint einen Status von Menschen, für die die Gesellschaft keine eindeutigen Klassifikationen hat, Menschen, die irgendwie zwischen den für „normal" gehaltenen Kategorien stehen. Ein wichtiges Kennzeichen eines liminalen Status ist das Leben in segregierten Gemeinschaften („commmunitas") von Gleichen, die zugleich

Menschen zurück, die selbst in einer Einrichtung leben. Der Lebenstraum vieler Menschen, die im Heim wohnen, mit einem Partner in eine eigene Wohnung zu ziehen, steht in einem engen Zusammenhang mit dem Wunsch, einen gesellschaftlich anerkannten vollgültigen Erwachsenenstatus einzunehmen. Die für die Gesellschaft eindeutigsten Anzeichen hierfür liegen eben in dieser Verbindung von eigener Wohnung, Partnerschaft und Beruf. Auch von dieser eher normativen Komponente her betrachtet, besteht also ein enger Zusammenhang von Wohnen und Biografie.

*

Die fünfundzwanzig Menschen, von denen im folgenden Bericht die Rede sein wird, haben alle lange Zeit, zum Teil über ein Jahrzehnt, in Heimeinrichtungen gewohnt bzw. gelebt. Der Bericht handelt davon, wie diese fünfundzwanzig Menschen sich auf einen Prozess der (Rück-)Gewinnung eines Wohnraums, wie ihn Bollnow versteht, einlassen – manchmal von sich aus, manchmal auch durch sanften Druck ihrer professionellen und institutionellen Umgebung. Besser gesagt, er handelt von einem Ausschnitt von drei Jahren dieses Prozesses. Denn er ist bei den allermeisten nicht abgeschlossen, sondern eingebunden in eine sich fortsetzende biografische Dynamik. Biografisch deswegen, weil es – wie wir gesehen haben - nicht nur um eine Frage der Unterbringung geht, sondern zugleich auch um die Frage, wie man lebt und wie man sein Leben führt. Nicht zufällig berühren sich die Wortverwendungen von „leben" und „wohnen" in Wendungen wie „ich lebe/wohne mitten in der Altstadt/auf dem Dorf". In dieser Synonymie verbindet sich eine zeitliche und eine räumliche Dimension. Zugleich ist die eigene Wohnung nach wie vor ein wichtiges Kennzeichen der Einnahme einer vollgültigen Erwachsenenrolle und damit Inbegriff persönlicher Autonomie.

Das besondere Problem für Menschen, die aus einer stationären Einrichtung wieder in eine "eigene Wohnung" ziehen, ist dabei, dass für sie – im Gegensatz zu Kindern und Jugendlichen, die in einem bestimmten Viertel aufwachsen – die sozialräumliche Verortung in verschiedener Hinsicht prekär sein kann. Der geographische Ort der Wohnung kann u.U. (noch) in erheblicher Diskrepanz zur geographischen Verortung ihrer sozialen Beziehungen stehen. Sozialräumliche Ressourcen sind ihnen nicht zugänglich oder nicht bekannt. Sie „gehören" möglicherweise (noch nicht) dazu. Es muss entschieden und beurteilt werden, ob ein Mensch sich an einem bestimmten Ort „einleben", „wohlfühlen", da „hinpassen" könnte. Der Prozess der Erschließung oder Ausweitung der Nutzung sozialräumlicher Ressourcen muss gegebenenfalls angeregt und unterstützt werden.

Im professionellen Rehabilitationsdiskurs wird dieser Prozess als „Deinstitutionalisierung" bzw. „Ambulantisierung" bezeichnet. Diese Begriffe blenden die biografische und sozialräumliche Bedeutung eher aus; in den Blick kommt dabei die Beschaffenheit des Hilfesystems, die Bedeutung für die professionelle Arbeit und die Frage, welche ökonomischen und sozialen Ressourcen für den Prozess wichtig sind. Auch alle diese Punkte werden im folgenden Bericht ihre gebührende Rolle spielen, denn ohne Ressourcen können solche Prozesse nicht stattfinden. Dennoch legen wir Wert auf die Feststellung, dass gelingende „Ambulantisierungsprozesse" auch ohne die erwähnte biografische und sozialräumliche Ebene nicht möglich sind. Das Wohnen im Sinne Bollnows setzt voraus, dass es den Menschen, die da wohnen, gelingt „sich einzurichten" - und damit ist gemeint: sozialräumlich in ihrer (neuen) Behausung ebenso wie soziobiografisch in einer damit verknüpften Lebenssituation. Das reflexive „sich" in diesem Ausdruck deutet an: Dieses Sich-Einrichten ist nicht in Stellvertretung möglich. Man kann nicht jemand anderen einrichten, zwangsläufig käme sonst ein Aspekt des Manipulativen ins Spiel.

---

einer Kontrolle und Herrschaft durch Autoritätspersonen der Mehrheitsgesellschaft unterworfen ist. Auch die Tatsache, dass man ambulant betreut wird, kann noch Anlass für gesellschaftliche Diskriminierung und Stigmatisierung sein. Allerdings wird das bei weitem nicht so scharf als Abweichung von einem „normalen" Lebensmodell wahrgenommen, zweitens ist die ambulante Betreuung als Merkmal bei weitem nicht so auffällig. Man kann damit ein effektiveres Stigmamanagement (Goffman) betreiben.

## 1.2 Stationär und ambulant betreutes Wohnen und die Prozesse der Deinstitutionalisierung und Ambulantisierung - Begriffsklärungen

Im Projekt „Selbständig Leben“ geht es um die Gestaltung eines Übergangs zwischen Wohnformen, die nicht selten als „stationäres Wohnen" und „ambulantes Wohnen" bezeichnet werden. Das ist eine bei genauerer Betrachtung sinnlose Ausdrucksweise. Das Wort „stationär" hat ja (z.B. laut „Großem Fremdwörterbuch" der Duden-Redaktion) die Grundbedeutung „stillstehend, am Standort bleibend". Ambulant heißt wörtlich „umherziehend, nicht fest an einen Ort gebunden". Wohnen hat aber, wie wir im Anschluss an die Bestimmungen Bollnows gesehen haben, als solches sozusagen einen stationären Charakter. Es ist auf einen *gew*ohnten und *be*wohnten feststehenden Raum angewiesen.

Daraus wird deutlich: nicht das Wohnen selbst ist stationär oder ambulant, sondern allenfalls die mit dem Wohnen verknüpfte Organisation von personellen und ggf. sächlichen Betreuungs- bzw. Unterstützungsleistungen. Insofern sollte man - wie in der pedantischeren, aber präziseren Amtssprache - konsequent von ***stationär und ambulant betreutem (oder unterstütztem)*** **Wohnen** sprechen.

Im deutschen Sozialrecht gibt es – zumindest auf Gesetzesebene - keine Definition von ambulant und stationär betreutem Wohnen. Selbst die Begriffe „stationär und „ambulant" sind nicht klar definiert. Am ehesten kann über den Begriff der “Einrichtung" eine abgrenzbare Bedeutung von „stationär" abgeleitet werden. Allerdings variiert auch die Verwendung des Einrichtungsbegriffs in verschiedenen Gesetzen (Heimgesetz, SGB IX, SGB XII). Die einschlägigen Rechtskommentare berufen sich vor allem auf die Rechtssprechung der Gerichte (vgl. dazu Münder 2002, § 13, Rz. 1; Mrozynski 2002, § 9 Rz.2ff.).

Entscheidendes Kriterium für stationäre oder teilstationäre Leistungen ist demnach die Frage, ob es zu einer *Aufnahme* eines zu betreuenden Menschen in eine *Einrichtung* kommt. So hält beispielsweise das Bundesverwaltungsgericht in einem Urteil von 1975 fest:

> „Durch die Aufnahme in eine solche Einrichtung unterscheidet sich die teilstationäre Betreuung zugleich auch von einer ambulanten Betreuung. Hiermit ist einmal ein zeitliches Moment gemeint – die Betreuung darf sich nicht nur auf einen unbedeutenden Teil des Tages wie bei der Ambulanz beziehen -, und zum anderen eine Erweiterung des Verantwortungsbereiches für den Träger einer Einrichtung, der nicht nur die Pflicht zur eigentlichen Hilfeleistung erfüllen muss, sondern darüber hinaus auch noch die Verantwortung für die gesamte Betreuung des Hilfe Suchenden trägt, solange dieser sich innerhalb der Einrichtung befindet." (zit. bei Mrozynski 2002 § 19 Rz 6).

Maßgeblich für den Begriff einer (stationären) Einrichtung ist die auf Dauer angelegte Kombination *sächlicher, räumlicher, personeller* Mittel zu einem besonderen Zweck unter einer verantwortlichen Leitung. Diese Einrichtung ist in der Regel für einen bezüglich der Gruppenzugehörigkeit (Alter, spezifische Behinderung o.ä.) bestimmbaren, aber bezogen auf die Einzelindividuen wechselnden Personenkreis entworfen. Vollstationär (und nicht nur teilstationär) ist diese Einrichtung, wenn es sich um eine „Vollunterbringung mit Betreuung tagsüber und nachts" handelt (vgl. insgesamt Mrozynski 2002 § 19 Rz 3; Münder 2002 § 13 Rz 4).

Entscheidend ist aber nicht der zeitliche oder der räumliche Aspekt als solcher, sondern der Umstand einer umfassenden Verantwortungsübernahme für die alltägliche Lebensführung der Bewohner. Eine bloße Wohnraumgewährung beinhaltet als solche noch nicht den Status einer stationären Unterbringung. Beispielsweise ist ein Wohnheim z.B. für Asylbewerber noch keine stationäre Einrichtung (vgl. auch Heimgesetz § 1 Abs. 2). Dagegen kann auch eine dezentrale Unterbringung dann vollstationär sein, „wenn sie der Rechts- und Organisationssphäre eines Trägers so zugeordnet ist, dass man sie als 'Teil eines Einrichtungsganzen' ansehen muss" (Münder 2002 § 13 Rz. 4). Entscheidend ist hier, dass der Träger „von der Aufnahme bis zur Entlassung im Rahmen des fachlich begründeten Hilfekonzepts eine

Gesamtverantwortung für die alltägliche Lebensführung des Hilfeempfängers übernimmt." (Münder ebd.).

In diesem Sinn definiert beispielsweise das Heimgesetz Baden-Württemberg (fast gleichlautend mit dem Bundesheimgesetz) in seinem § 1 Abs. 1:

> " (1) Heime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder volljährige pflegebedürftige oder psychisch kranke oder behinderte Menschen aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden."

Entscheidend sind die Kriterien der „Aufnahme", die unter *einer* verantwortlichen Leitung angebotene Gewährung von Wohnraum, Betreuung *und* Verpflegung sowie der Institutionscharakter unabhängig von den einzelnen Bewohnern. Heime haben von den konkreten Bewohnern unabhängige „Plätze". Wichtig in unserem Zusammenhang ist auch, dass das bloße *Angebot* der Vermittlung von Betreuungs- oder/und Verpflegungsleistungen durch einen Wohnungsvermieter noch nicht für sich genommen einen stationären Status begründet.[8]

Der „Platzcharakter" der stationären Unterbringung und damit verbunden der Umstand, dass man „aufgenommen" wird, verweist auch nochmals auf einen wesentlichen Unterschied zu der Strukturbestimmung von Wohnen im Sinne von Bollnow. Auf sie beruft sich auch die Fachdiskussion immer dann, wenn sie heraus stellen will, dass stationäre Versorgungsstrukturen in einem erheblichen Spannungsverhältnis zu den Postulaten der Teilhabe und Selbstbestimmung stehen.

Soziologisch gesehen handelt es sich sowohl im Fall des stationär betreuten wie dem des ambulant betreuten Wohnens um Formen der institutionalisierten Unterstützung von Menschen. Allerdings unterscheiden sie sich in der Regel im Grad der Institutionalisierung.

> „Ambulant betreutes Wohnen unterscheidet sich von der stationären Versorgung dadurch, dass nun nicht mehr die 'Rund-Um-Versorgung' durch einen Träger im Vordergrund steht, sondern – vereinfacht dargestellt – das Wohnen mit den notwendigen individuellen Hilfen. Institutionell vorgegebene feste Strukturen (z.B. gemeinschaftliche Essenseinnahme, feste Essenszeiten, Tage der offenen Tür) entfallen. Behinderte Menschen sollen mehr Aspekte ihres Alltagslebens selbst bestimmen und eigenverantwortlich regeln." (BagüS 2006: 13 f.)[9]

Handlungsabläufe, Verhaltensweisen, soziale Kontexte sind dann relativ institutionalisiert, je mehr sie von dauerhaften und gleichbleibenden, sehr oft kodifizierten und meist organisatorischen Regelstrukturen geprägt werden. Diese Strukturen beanspruchen ihre Gültigkeit relativ

---

[8] Vgl. dazu Heimgesetz § 1 Abs. 2: „Dieses Gesetz ist nicht auf betreutes Wohnen anzuwenden, wenn die Mieter vertraglich lediglich dazu verpflichtet sind, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste, die Vermittlung von Dienst- und Pflegeleistungen oder Informationen und Beratungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen und die darüber hinausgehenden Betreuungs- und Pflegeleistungen von den Bewohnern frei wählbar sind. Betreutes Wohnen im Sinne dieses Gesetzes ist eine Wohnform, bei der Vermieter von abgeschlossenen Wohnungen durch Verträge mit Dritten oder auf andere Weise sicherstellen, dass den Mietern nebst der Überlassung des Wohnraums allgemeine Betreuungsleistungen angeboten werden."

[9] Ähnlich Eckhard Rohrmann: „Menschen, die stationär untergebracht sind, sind – insbesondere, wenn sie dort gegen ihren Willen festgehalten werden – in weit geringerem Maße Subjekte ihres Alltages, als Menschen, die in einer eigenen Wohnung leben. Sie können ihn in der Regel kaum selbst strukturieren und seinen Ablauf bestimmen, sondern sie sind, je nach Offenheitsgrad der jeweiligen Einrichtung, in unterschiedlichem Maße, Objekte einer meist explizierten Heimordnung, die den Tagesablauf mehr oder weniger umfassend fremdbestimmt. Elementare Grundrechte, z. B. das Recht auf Unverletzlichkeit der Wohnung gelten für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner nicht, ein Heim ist keine Wohnung. [...] Taschengeld, über das sie zudem oft genug nicht einmal frei verfügen können. Die strukturellen Merkmale stationärer Behinderteneinrichtungen entsprechen ihrer Tendenz nach immer noch denen, die Goffman (1973, S. 15 ff.) als typisch herausstellt für sog. „totale Institutionen", welche von ganz spezifischen, durchweg negativen Auswirkungen für die Persönlichkeitsentfaltung ihrer Insassen geprägt sind. Sie unterbinden bzw. entwerten z. B. Handlungen, „die in der bürgerlichen Gesellschaft die Funktion haben, dem Handelnden und seiner Umgebung zu bestätigen, dass er seine Welt einigermaßen unter Kontrolle hat - dass er ein Mensch mit der Selbstbestimmung, Autonomie und der Handlungsfreiheit eines ‚Erwachsenen' ist" (Rohrmann 2005: 5f.)

unabhängig vom Handeln und den Bedürfnissen konkreter Individuen. Individuen werden damit immer in irgendeiner Form sozialer Kontrolle unterworfen, ihre Handlungsspielräume werden eo ipso begrenzt.

**Deinstitutionalisierung** ist dann jede Veränderung eines sozialen Kontextes bzw. Handlungsablaufs (hier: Wohnen), der die Dichte, Reichweite oder/und den Geltungsbereich institutioneller (hier: von einer Organisation ausgehender) Regelstrukturen verringert und dadurch zu größeren individuellen Handlungs- und Verhaltensspielräumen führt.[10]

Deinstitutionalisierung ist demnach nicht einfach gleichzusetzen mit einem Wechsel von stationärer Versorgung zu gemeindenahen Versorgungsalternativen[11] und auch nicht gleich bedeutend mit dem von Klaus Dörner zu Recht kritisierten Begriff der **„Enthospitalisierung"** (vgl. Dörner 2001: 109 ff.). Nicht zwangsläufig nehmen individuelle Spielräume bei ambulanter Versorgung zu. Es ist durchaus denkbar, dass auch bei ambulanter Versorgung ein dichtes Netz an institutioneller Kontrolle über das Alltagsleben der Klienten entfaltet wird und es darüber hinaus zu unerwünschten Abhängigkeiten im Bereich lebensweltlicher Sozialbezüge kommt:

> „Auch ambulante Betreuungsformen können in einem hohen Maße institutionalisiert und fremdbestimmend wirken." (Schäper 2010: 87)

Ob das geschieht oder nicht, ist eine empirische Frage. Insofern ist aber Ambulantisierung nicht per se gleichzusetzen mit Deinstitutionalisierung. Umgekehrt kann es auch innerhalb stationärer Betreuungsformen zu partiellen Deinstitutionalisierungsprozessen kommen. Etwa, wenn sich Heimeinrichtungen dezentralisieren (vgl. z.B. Konrad u.a. 2006), wenn auf andere Weise innerhalb der Organisation Nischen und Freiräume geschaffen werden und damit der Regulierungsgrad für Klienten, aber auch für die professionellen Mitarbeiter sinkt.

Als Bezeichnung für den spezifischen Prozess, in dem stationäre Versorgungsstrukturen abgebaut und ambulante Versorgungsstrukturen aufgebaut werden, wird hier statt des missverständlichen und veralteten Begriffs der „Enthospitalisierung"[12], der Ausdruck „**Ambulantisierung**" verwendet (vgl. BAGüS 2006: 13). In der Logik der oben getroffenen Feststellung über ambulant betreutes Wohnen ist festzuhalten: „ambulantisiert" werden dabei nicht etwa Klienten, sondern die Formen und Strukturen ihrer Unterstützung. Dabei sind verschiedene Formen unterscheidbar, wie die BAGüS erläutert:

> „Ambulantisierung kann in der Praxis bedeuten, dass eine bisher stationär versorgte Wohngruppe in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft 'umgewandelt' wird. Eine andere Möglichkeit ist, Menschen, die bereits relativ eigenständig ein Appartement oder eine kleine Wohnung im Kontext einer Behindertenein-richtung bewohnen, dort aber stationär betreut werden, zukünftig mit ambulanten Hilfen zu versorgen. Ambulantisierung kann auch bedeuten, dass behinderten Menschen dabei geholfen wird, aus der stationären Unterkunft auszuziehen, um zukünftig – z.B. alleine, zu zweit oder als Wohngemeinschaft – in einer eigenen Wohnung im Stadtteil zu leben." (BAGüS 2006: 13)

Alle diese genannten Formen spielen im Projekt „Selbstständig Leben" eine Rolle, wenngleich die zuletzt genannte Version die vorherrschende ist. Insofern geht es im Projekt um die Ambulantisierung von Unterstützung beim Wohnen, zugleich aber auch – wie wir noch sehen werden – um den Anspruch einer nachhaltigen Deinstitutionalisierung des Alltags der betroffenen Menschen.

---

[10] vgl. zum (De-)Institutionalisierungsbegriff insgesamt Cloerkes/Kastl 2007: 7 ff.

[11] So ein immer wieder zitierter Definitionsversuch nach Willer/Intagliata (1984: 3): "Deinstitutionalization is defined as the reduction in the number of admissions to public institutions, the development of alternative community methods of care, the return to the community of those individuals capable of functioning in a less restrictive environment, and the reform of public institutions to improve the quality of care provided"

[12] Die Kategorie „Enthospitalisierung" könnte – wie Dörner (2001: 109 ff.) schreibt – einen auf die Idee bringen, hier würden Menschen zum Objekt einer Behandlung bzw. sie würden von einem Defizit namens „Hospitalismus" „geheilt".

Aus soziologischer Sicht sind Deinstitutionalisierungs- und Ambulantisierungsprozesse eine Form der Bewältigung von Folgeproblemen der gesellschaftlichen Ausdifferenzierung von Funktionen, hier der Versorgung und sozialen Kontrolle von z.B. behinderten und psychisch erkrankten Menschen. Solche typischen Folgeprobleme sind etwa ein zu hoher Ressourceneinsatz, gesellschaftliche Segregation der betroffenen Menschen und eine damit einhergehende Reproduktion der Problemlagen, die eigentlich gelöst werden sollten. Beispielsweise wurde das Konzept „erlernter Hilflosigkeit" des amerikanischen Psychologen Martin E. P. Seligman auf die Situation von Menschen in stationär betreuten Wohnverhältnissen angewendet (Seligman 2011: 173). Stationäre Systeme reproduzieren demnach systematisch Lernerfahrungen der Wirkungslosigkeit eigener Entscheidungen und Handlungen. Sie führen daher zu einer Gewöhnung an die Nicht-Kontrollierbarkeit von Lebensbedingungen und zu geringen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Das ist allerdings sicher nur eine Spielart eines ungünstigen Erfahrungsmilieus. Vermutlich führt der stationäre Alltag auch bereits ohne ausgesprochene Hilflosigkeitserfahrungen schlicht dazu, dass bestimmte Kompetenzen nicht gelernt bzw. nicht mehr aufrechterhalten werden. Zumindest zum Teil werden so sozialisatorische Effekte erzeugt, die im besten Fall eine Rückkehr in ein selbstständiges Leben nicht befördern oder erschweren. Aus gutem Grund hebt deshalb das Projekt „ProSeLe“ auf das Thema Selbstständigkeit ab.

Im schlechtesten Falle können aber längere stationäre Aufenthalten in Heimen und Kliniken vorhandene Problematiken, einschließlich psychischer Symptomatiken, sogar verstärken oder gar neu erzeugen. Dies ist beispielsweise belegt für Medikamentierungsfolgen in der Psychiatrie (z.B. parkinsonsartige Symptome und langfristige Auswirkungen auf die Emotionalität bei der früher und nachwie vor durchaus üblichen Langzeitverabreichung von Haloperidol), insbesondere aber für Hospitalisierungsfolgen im Sinne psychischer und kognitiver Deprivationssyndrome (psychische und psychosomatische Störungen, Bindungsstörungen, Störungen der Affektivität, eingeschränkte kognitive und sensorische Kapazitäten, verhaltensstereotypien). Diese Befunde wurden etwa in den klassischen Studien von René Spitz zunächst vor allem an Kindern und Jugendlichen gewonnen, später aber auch auf andere Altersgruppen, insbesondere ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen, übertragen (vgl. Spitz 1985).

Da diese Zusammenhänge aufs Engste nicht nur mit den konzeptionellen Grundelementen von „ProSeLe“, sondern von aktuellen Deinstitutionalisierungsprojekten generell verknüpft sind, soll im Folgenden eine verkürzte und sehr selektive Skizze der (Vor-) Geschichte von Systemen des stationär und ambulant betreuten Wohnens im südwestdeutschen Raum erfolgen. Um zu einer realistischen Einschätzung der Bedeutung, aber auch der Grenzen der aktuellen Veränderungen zu kommen, ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, dass die heutige Ausgangslage das Produkt einer jahrhundertelangen Entwicklung ist. Das ist auch sinnvoll, um zu verstehen, dass die gegenwärtigen Veränderungen ihre Zeit brauchen, wiewohl die Ungeduld vieler betroffener Menschen und Fachleute ebenfalls verstehbar ist.

# 2 Stationäre und ambulante Versorgung von behinderten und psychisch kranken Menschen im historischen Rückblick

Die Unterscheidung zwischen „ambulant" und „stationär" ist eine historisch recht junge Erscheinung. Sie setzt – entgegen manch landläufiger Ansichten – die Ausdifferenzierung großer Einrichtungen voraus und ist selbst das Produkt einer von diesen großen Einrichtungen bestimmten Situation. Es gibt – zumindest im europäischen Kontext – kein Beispiel für eine Struktur, in der sich ambulantes Wohnen nicht über den (Um-)Weg einer Differenzierung einer vorher stationären Struktur entwickelt hätte. Es ist deswegen für das Verständnis der heutigen Problematik wichtig, sich zumindest in Grundzügen der Geschichte dieser großen Einrichtungen zu vergewissern. Diese lässt sich sehr grob als ein historischer Prozess der Ausdifferenzierung in drei Stufen fassen.

*Erstens* differenzierten sich in Westeuropa sehr früh (im Mittelalter) gegenüber den in der jeweiligen primären Lebenswelt verankerten Solidarstrukturen besondere organisierte Hilfesysteme heraus: in Gestalt von Hospitälern, später auch als Anstalten staatlicher Akteure. Diese zunächst unspezifischen Anstalten differenzierten sich *zweitens* – insbesondere im 19. Jahrhundert – ihrerseits in eine Vielzahl von auf bestimmte Klientengruppen spezialisierte Einrichtungen (Altenheime, Kinder- und Jugendheime, Heime für verschiedene Gruppen von Behinderten, psychiatrische Einrichtungen). *Drittens:* Ambulante Hilfe selbst muss im 20. Jahrhundert ihrerseits überwiegend als ein weiterer Differenzierungsschritt dieser Einrichtungen und der in ihnen beschäftigten Berufsgruppen verstanden werden. Diese erfolgte zwar auch unter dem politischen Druck beispielsweise von Selbsthilfeorganisationen und berufsständischen Organisationen der Helfer. Aber diese Bewegungen sind überwiegend nur vor dem Hintergrund bestehender „stationärer" Strukturen, der darin entwickelten Fachlichkeit, sowie zugleich als Reaktion auf deren Dysfunktionen zu verstehen. Historisch wirksamer Kristallisationspunkt ambulanter Versorgung ist immer die heute so bezeichnete stationäre Versorgung. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Differenz von ambulant und stationär als solche überhaupt erst vor dem Hintergrund dieser dreifachen Differenzierung Sinn hat. Weder ist eine auf Ressourcen der Lebenswelt gestützte Versorgung behinderter Menschen sinnvollerweise „ambulant" zu nennen, noch hat das Wort „ambulant" in der unhinterfragten historischen Hochphase der großen Komplexeinrichtungen eine greifbare Bedeutung. Im südwestdeutschen Raum gibt es mindestens drei wichtige Wurzeln der Entstehung von Institutionen der (stationären) Versorgung:

- Bis ins Mittelalter gehen Hospiz/Hospital-Einrichtungen zurück, deren Träger kirchliche Einrichtungen und sehr oft Klöster waren, aber in der Folge auch durch bürgerschaftliches Engagement oder durch adlige StifterInnen (mit)getragen wurden.

- Im Übergang zur Neuzeit entstehen zunehmend öffentliche, zunächst klientelunspezifische Organisationen, die von einer politisch-staatlichen Zentralmacht eingerichtet werden und als frühe Äußerungen einer systematischen staatlichen Sozialpolitik bewertet werden können. Ein sehr gutes Beispiel hierfür ist das Pforzheimer Waisenhaus. Im 19. Jahrhundert entstehen – zum Teil als Nachfolgeinstitutionen – insbesondere im Bereich der Psychiatrie staatliche Anstalten in Baden und Württemberg (z.B. Großherzoglich Badische Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, oder die Königlich Württembergischen Staats- Kranken- (bzw. Irren)-Anstalten in Winnenthal und Zwiefalten).

- Im 19. Jahrhundert entstehen vermehrt Institutionen, die auf die Initiative von Privatpersonen zurück gehen, die den klassischen Professionen angehörten (Ärzte, Theologen/Pfarrer, Pädagogen) und in der Regel sehr früh spezifische Klientelgruppen (Kinder/Jugendliche, Menschen mit geistiger Behinderung) im Auge haben. Beispiele hierfür sind der Arzt Karl Heinrich Rösch, der Pädagoge Jakob Heinrich Helferich, Begründer der Mariaberger Heime, und der Theologe und Vikar Gustav Werner, Gründer der Einrichtungen, die später in die Gustav-Werner-Stiftung (heute: Bruderhausdiakonie) eingingen.

## 2.1 Mittelalter und Neuzeit (17.-18. Jahrhundert)

Die frühen Einrichtungen erfüllten viele verschiedene Funktionen zugleich und waren bestimmt von einer sehr heterogenen Klientel. Dies galt bereits für die mittelalterlichen kirchlichen und klösterlichen Hospitäler (vgl. dazu zusammenfassend Vanja 2007) und auch für die – nach deren Vorbild – entstehenden Bürgerspitale, insbesondere in den freien Reichsstädten (z.B. das von dem Nürnberger Bürger Konrad Groß 1339 gegründete Heilig-Geist-Spital). Diese Einrichtungen waren trotz der Bezeichnung Hospital/Spital nicht etwa reine Krankenhäuser und hatten auch sonst wenig Ähnlichkeiten mit dem modernen System stationärer Versorgung. Ein wesentlicher Unterschied lag in dem Umstand, dass diese Hospitäler nicht nach bestimmten Klientengruppen ausdifferenziert waren, sondern die unterschiedlichsten Bedarfslagen bedienten. Armut, hohes Alter, chronische Krankheit konnte dabei ebenso ein Aufnahmekriterium sein wie körperliche, psychische oder geistige Behinderung (in unserem Sinne, denn damals gab es diese Bezeichnung nicht), aber eben auch: Obdachlosigkeit, Delinquenz oder Elternlosigkeit bei Kinder und Jugendlichen.

Diese „Multifunktionalität" gilt auch für einen Institutionstypus, der sich im Übergang zur Neuzeit im 17. und 18. Jahrhundert zunehmend verbreitete. Im Unterschied zu den karitativen kirchlich-klösterlich, oder von bürgerlichen und adligen Stiftern getragenen Spitälern wurden Einrichtungen des neuen Typs von einer zentralen Territorialmacht initiiert. Sie sind bereits Ausdruck einer systematischen staatlichen Sozialpolitik. Ein gut erforschtes Beispiel aus dem südwestdeutschen Raum ist das 1718 vom Markgrafen von Baden in Pforzheim begründete sogenannte „Waisen-, Toll-, Kranken, Zucht- und Arbeitshaus", das sich am Ort des heutigen Stadttheaters am Zusammenfluss von Enz und Nagold befand. Die „Multifunktionalität" dieser Einrichtung, die Vereinigung disziplinierender, verwahrender, rehabilitativer, erzieherischer, medizinischer und juridischer Funktionen wird schon im Namen deutlich. „Zuchthäusler" gehörten ebenso zu den Bewohnern wie Rentner, sogenannte „Pfründner", die sich dort gegen Entrichtung eines Geldbetrags einmieteten. Weitere Gruppen waren: gehörlose, körperlich behinderte sowie im heutigen Sinn geistig oder psychisch behinderte Menschen („Blödsinnige", „Tolle"), zeitweise oder chronisch Kranke, Waisenkinder, sozial entwurzelte, in Not gekommene Frauen und Männer. Diese verschiedene Gruppen lebten alle in einem überschaubaren und um einen Innenhof gruppierten Territorium, das nach außen als einheitliches Gebäude erschien. Der Anstalt angeschlossen waren Stallungen, Wirtschaftsgebäude und Werkstätten. Diese Institution gilt als Keimzelle der weltberühmten Pforzheimer Schmuckindustrie.

Die grundsätzliche Multifunktionalität teilte dieser sich im 17. und 18. Jahrhundert zunehmend über Westeuropa verbreitende Anstaltstypus zwar mit den karitativen kirchlichen und bürgerlichen Hospitälern des Mittelalters. Anders als diese war er aber bereits Bestandteil einer von einer staatlichen Zentral- und Territorialmacht ausgehenden politischen Steuerung sozialer Probleme, mit ebenso karitativen wie disziplinierenden, zugleich juridischen und sozialpolitischen Funktionen. Unter einem Dach wurden sozusagen alle erdenklichen Personen versammelt, die in irgendeiner Form als sozial abweichend, hilfebedürftig oder/und benachteiligt betrachtet wurden. Michel Foucault hat diese Entwicklung unter dem, sachlich irreführenden, Titel einer „Großen Gefangenschaft" in seinem berühmten Buch „Wahnsinn und Gesellschaft" nachdrücklich beschrieben, wesentlich unter Abhebung auf das „Hôpital général" in Paris, in dem alleine 6000 Personen lebten (Foucault 1973: 79).

## 2.2 Die Anstalten des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts

Alle diese Anstalten teilten im weiteren historischen Verlauf das Schicksal des Pforzheimer Waisenhauses. Die in ihm zusammengefassten, unterschiedlichen Funktionen differenzierten sich aus und führten seit etwa dem beginnenden 19. Jahrhundert zunehmend zu den unterschiedlichsten Institutionen und Anstaltstypen, wie wir sie auch heute noch kennen: Gefängnisse, Krankenhäuser, Altersheime, Heime für Kinder und Jugendliche („Waisenhäu-

ser"), psychiatrische Versorgungseinrichtungen, klienteldifferenzierte Wohn- und Arbeitseinrichtungen der Behindertenhilfe.

Im Laufe des 19. Jahrhunderts entstanden beispielsweise „Taubstummenanstalten", „Irrenhäuser", „Erziehungsanstalten", „Provinzialsiechenanstalten", „Rettungsanstalten", „Heilanstalten für Schwachsinnige". 1847 gründete der Arzt Karl Heinrich Rösch auf der Schwäbischen Alb zwischen Reutlingen und Sigmaringen die „Heil- und Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder" zu Mariaberg. Diese Anstalt war bewusst als Verlagerung einer Vorgängereinrichtung in eine als gesünder und der Heilung zuträglichere betrachtete geographische Region konzipiert: nämlich der von dem Wildberger Pfarrer Karl Georg Haldenwang gegründeten „Unterrichtsanstalt" in Wildberg im Schwarzwald. Im weiteren Verlauf wandelten sich sowohl die Klientel als auch die institutionellen Bezeichnungen mehrmals, je nach Einschätzung der „Heilungs- bzw. Erziehungschancen": „Heilanstalt", „Bewahranstalt", „Pflegeanstalt" (Eder 1997: 34 f.). 1875 wurde zudem eine neu eingerichtete „Beschäftigungsanstalt für ältere Schwachsinnige" vorgestellt, eine Art Vorläuferinstitution der heutigen Werkstätten für behinderte Menschen (Eder 1997: 39).

Ebenfalls getragen von einer charismatischen Gründerfigur begann die Vorgeschichte der heutigen Bruderhausdiakonie. Bei dem gelernten Theologen Gustav Werner spielten dabei sozialreformerische und unternehmerische Impulse auf einer dezidiert christlichen Grundhaltung eine wichtige Rolle. Gustav Werner und von ihm beeinflusste Anhänger entfalteten an verschiedenen Orten seit der Mitte des 19. Jahrhunderts eine Fülle von Aktivitäten für benachteiligte und behinderte Menschen. Gemeinsam haben sie die Verknüpfung von auf Wohn- und Lebensgemeinschaft abzielenden Hausgenossenschaften mit wirtschaftlich-unternehmerischen Projekten begonnen. Die sogenannten „Bruderhäuser" waren, zumindest in ihrer Gründungsphase, durch gemeinsame Ziele und Überzeugungen zusammen gehaltene, fast ordensähnliche Wohn- und Überzeugungsgemeinschaften. Die eintretenden Personen brachten ihr persönliches Eigentum in die Gemeinschaft mit ein, gewährleistet wurde dafür ein lebenslanger Versorgungsanspruch. Vorbild für die „Bruderhäuser" war ursprünglich nicht das Modell einer zweckrational und berufsförmig organisierten Anstalt, sondern die Hausgemeinschaft einer Familie. So mietete Gustav Werner 1840 zunächst eine Fünfzimmerwohnung, in der er hilfsbedürftige Kinder und Jugendliche aufnahm. Später lebten in einem eigenen Haus bereits 30 Kinder und zusätzlich fünf Mitarbeiterinnen (BHD 2009: 21).[13] Ihrem eigenen Anspruch nach sollten sie gerade keine „Anstalten", sondern nach dem Vorbild von Familienbeziehungen gestaltet sein. Das erwies sich allerdings mit wachsender Größe der Hausgemeinschaften zunehmend als Illusion.

Das Besondere an dem Wernerschen Konzept lag in der Verknüpfung dieser Hausgemeinschaften mit wirtschaftlichen Aktivitäten. Werner versuchte, christliche Impulse mit dem modernen kapitalistischen Unternehmertum in Einklang zu bringen („christliche Fabrik", BHD 2009: 16). Zugleich verstand er, dass gesellschaftliche Teilhabe in der modernen Gesellschaft sich wesentlich als Teilhabe am Arbeitsleben begründet. Seine Fabrikgründungen

[13] Das zeigt bereits die Grenzen des an familiale Strukturen anknüpfenden Konzeptes und die Notwendigkeit zur formellen und berufsförmigen Organisation. Von vorneherein war aber auch historisch der Begriff „Anstalt" präsent. So wurden die Wernerschen Einrichtungen bereits sehr früh als „Rettungsanstalten" für verwaiste und verwahrloste Kinder bezeichnet (Weller 1979: 161). Allerdings hat sich möglicherweise der Anstaltsbegriff selbst historisch gewandelt. Der Eintrag des Grimmschen Wörterbuchs (http://www.dwb.uni-trier.de/), das ungefähr zur selben Zeit entstanden ist (ab 1854), zeigt, dass der Begriff „Anstalt" damals nicht nur die Konnotation des verdinglichten, kompakten, unabhängig vom Handeln der Einzelpersonen bestehenden objektiven institutionellen Zusammenhangs hatte. Dort wird auch der Aspekt des Aktiven und der Projektierung der Tätigkeit betont. Mit Anstalt ist auch die Tätigkeit des Hervorbringens der Anstalt gemeint, das „Anstalten machen zu etwas". Das Wörterbuch führt in diesem Zusammenhang Wendungen auf wie „es ist noch keine anstalt da, *wird nichts aus der sache;* anstalt, anstalten zum essen, zur reise machen;... geh gleich, mach anstalt! Lessing; die anstalt ist schon getroffen." Die heutige Bedeutung von Anstalt führt das Grimmsche Wörterbuch als eine aus dieser Grundbedeutung abgeleitete an: „*Die belege ergeben, dasz unter* anstalt *nicht blosz die veranstaltung, einrichtung selbst, sondern auch das eingerichtete der sache und dem orte nach, zu verstehn ist:* eine öffentliche anstalt, erziehungsanstalt, lehranstalt, heilanstalt, turnanstalt, *wofür man oft auch, ohne alle noth, den fremden ausdruck* institut *oder gar* etablissement *verwendet.*"

hatten genossenschaftliche Züge, sie waren durchaus auf Profitabilität und wirtschaftlichen Ertrag ausgerichtet, zugleich sollten aber christliche und soziale Wertvorstellungen realisiert werden. Insbesondere wurden benachteiligte Kinder, Jugendliche und Erwachsene aufgenommen und wegweisende Formen der Ausbildung und Qualifikation junger Leute entwickelt, geradezu Formen der „Jugendberufshilfe" vorweg genommen (BHFD 2009: 13).

Behinderte Menschen wurden als spezifische Zielgruppe von Gustav Werner spätestens 1882 berücksichtigt – durch die Begründung einer Kartonagenfertigung innerhalb der Werkstätten des Bruderhauses. Diese besteht bis zum heutigen Tag (BHD 2009: 23). Im Umfeld von Projekten, die von Gustav Werner inspiriert waren, kam es an verschiedenen Orten im Südwesten Deutschlands zur Gründung von Wohn- und Arbeitsgemeinschaften, in denen neben benachteiligten Kindern und Jugendlichen, zunehmend auch behinderte Menschen aufgenommen wurden. Beispiele sind die Hofgüter in Oberlengenhardt im Nordschwarzwald (1853), die Pochenmühle in Fluorn bei Rottweil (1854), Frutenhof bei Grüntal im Schwarzwald u.a. (vgl. insgesamt BHD 2009 21 ff.).

Insbesondere im Bereich der Psychiatrie entstanden im südwestdeutschen Raum im 19. Jahrhundert aber auch bereits zentralstaatliche Einrichtungen. Beispielsweise kam es in Württemberg 1812 im Gefolge der nachnapoleonischen Mediatisierung und Säkularisierung zur ersten „Staatsirrenanstalt" Zwiefalten in den Gebäuden des ehemaligen Benediktinerklosters Zwiefalten, in der Menschen auch durchaus für längere Zeit, manche lebenslang, untergebracht waren. Damit wird eine neue Ära der württembergischen Psychiatrie eröffnet (Roth 1999: 16). 1834 folgt eine zweite Heilanstalt im Schloss Winnenthal (heute: Winnenden) und eine Funktionsaufteilung zwischen Zwiefalten und Winnenthal. In Zwiefalten sollten die für unheilbar gehaltenen Menschen versorgt werden. Wegen zunehmender Überfüllung dieser Anstalten bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts kommt es zu Verträgen mit „Privatirrenanstalten" bezüglich der Aufnahme sog. „Staatspfleglinge" (Christophsbad in Göppingen, Flammsche Anstalt in Pfullingen, sowie in der Anstalt der Barmherzigen Schwestern in Gmünd). 1875 wurde eine dritte staatliche Anstalt in Schussenried eröffnet und 1886 die vierte Staatsirrenanstalt in Weissenau bei Ravensburg, ebenfalls in einem ehemaligen Klostergebäude (vgl. insgesamt Roth 1999:16-20). Alle genannten Anstalten sind noch heute Standorte von später sogenannten Psychiatrischen Landeskliniken, dann „Zentren für Psychiatrie“.

Die im 19. Jahrhundert entstandenen Institutionen erlebten im 20. Jahrhundert einen erheblichen Ausbau, bedingt auch durch die die große Zahl von Menschen, die im ersten Weltkrieg körperliche und seelische Schädigungen davon getragen hatten. Damit verbunden war ein steter Prozess der Verberuflichung bzw. Professionalisierung der Anstaltsstrukturen. Die an einzelne charismatische Gründerfiguren gebundenen gemeinschaftsförmigen Strukturen verloren sich zusehends und wichen zweckrationalen, professionalisierten und betriebswirtschaftlich tragfähigen Organisationsformen.

Aus der Darstellung wurde bereits deutlich, dass die Einrichtungen schon im Laufe des neunzehnten Jahrhunderts weitere Funktionen, die über ihre Gründungsintentionen hinaus gingen. Dies betraf insbesondere Ausbildungs- und Arbeitsfunktionen für die älter werdenden jüngeren geistig behinderten Jungen und Mädchen, aber auch Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Langzeitinsassen in der Psychiatrie. Beispielsweise wurden in Zwiefalten unter dem Anstaltsdirektor Carl Schäffer (1838-1874) Werkstätten, landwirtschaftliche Betriebe, z.T. auch Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung geschaffen. Auch später erfuhren diese Bereiche, sowie Freizeit- und Bildungsmöglichkeiten einen weiteren Ausbau. Es entwickelte sich so ein Institutionstypus, den man heute als „Komplexeinrichtung“ bezeichnet. Gemeint ist damit, dass eine Einrichtung – unter einem organisatorischen Dach – eine umfassende Versorgung bzw. Unterstützung von Menschen in verschiedenen Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeiten, Freizeit oder Bildung, auch medizinische und pflegerische Versorgung leistet (vgl. BAGüS 2006: 26). Diese Institutionen sind zumeist auch örtlich zentralisiert, im Maße ihres Wachsens auch an verschiedenen Standorten. Gemeinsam sind ihnen aber

immer, dass sie zu stationären Versorgungsstrukturen führen, die Menschen also aus ihren ursprünglichen Lebenszusammenhängen räumlich und sozial heraus gelöst werden.

Diese Merkmale einer Komplexeinrichtung trafen insbesondere für die in Südwestdeutschland überwiegend durch die Freie Wohlfahrtspflege ausgeübte (Geistig-)Behindertenhilfe zu, etwa Anstalten wie Stetten im Remstal, die Stiftung Liebenau, die Zieglerschen Anstalten in Wilhelmsdorf, die Mariaberger Heime, die Johannesanstalten in Mosbach und die Gustav-Werner-Stiftung in Reutlingen. Sie waren es aber zumindest für einen Teil der Klientel auch im Bereich der staatlichen Psychiatrie. So bestanden auch beispielsweise in den Anstalten Winnenthal und Zwiefalten schon recht früh Arbeitsmöglichkeiten in verschiedensten Bereichen (Roth 1999: 95 ff.). Es wurden dafür eigens Werkstätten eingerichtet.[14]

## 2.3 Erste Ansätze zu ambulanten Versorgungsstrukturen

Im Bereich der Psychiatrie (bzw. „Irrenversorgung“) gab es bereits im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert Bestrebungen zu einer institutionalisierten ambulanten Versorgung. Hier wäre insbesondere die Familienpflege von psychisch kranken Menschen zu nennen, als deren Archetyp die Versorgung psychisch Kranker in dem belgischen Ort Gheel bereits seit dem Mittelalter galt (Hinderhofer/Rüdenburg 1995: 11; Müller 2004). Die Familienpflege ging zunächst von den Anstalten selbst aus, in Zwiefalten beispielsweise wurden ab 1896 in der Umgebung der Anstalt über 40 Familienpflegestellen eingerichtet. Die Anstalten selbst richteten externe ärztlichen Dienste ein, um einerseits wegen Überfüllung entlassene Bewohner zu betreuen, andererseits präventive Aufgaben wahrzunehmen, aber auch, um eine möglichst „leichte und rasche Zuführung der Erkrankten zur Anstaltsbehandlung“ zu ermöglichen (ebd.). Es entstanden zudem von Anstalten unabhängige „Fürsorgestellen“ vor allem in Städten.

Schon im 19. Jahrhundert kam es deutschlandweit zur Gründung sogenannter „Hilfsvereine“, z.B. der „Hilfsverein für reconvaleszente Geisteskranke in Württemberg“, 1895 gegründet durch den damaligen Direktor der Staatsirrenanstalt in Schussenried, Heinrich Kreuser (Roth 1999: 20; Hinderhofer/Rüdenburg 1995: 6 ff.), 1906 gab es einen solchen Verein auch in Baden. Diese Hilfsvereine standen durchweg in Beziehung zur Anstaltspsychiatrie und definierten sich zunächst vor allem über Nachsorgefunktionen für ehemalige Insassen, deren wirtschaftliche Unterstützung und Versorgung, die Rückfallprophylaxe, Schutz vor Verarmung, Hilfe bei der Suche nach Arbeitsgelegenheiten.

Im Kontext dieser Hilfsvereine kam zum Einsatz von Laienhelfern und Mentorensystemen. Diese Helfer und Vertrauensmänner wurden „Patrone“ genannt, insgesamt sprach man damals von „Irrenpatronage“ (Veltin 1995: 73). Veltin spricht von einer „fürsorglichen Patronage der Hilfsvereine, deren Repräsentanten sich überwiegend aus Honoratiorenkreisen rekrutierten“ (ebd.). Immerhin lassen sich im Kontext der Hilfsvereine denn auch sehr frühe Verwendungen des Begriffs „soziale Psychiatrie“ beobachten (Middelhoff 1995: 49). So formuliert der Direktor der Anstalt in Wiesloch, Max Fischer, im Jahr 1911: „Eines der wichtigsten Kapitel der praktischen Psychiatrie ist die Psychiatrie außerhalb der Anstalten oder, wie wir sie nach ihrem Hauptcharakter auch nennen können, die soziale Psychiatrie“ (zitiert bei Middelhoff 1995: 49). Zu einer kurzen ersten Blüte der außerstationären Psychiatrie in Deutschland kam es nach dem Ende des 1. Weltkrieges. Es wurde eine sogenannte „offene psychiatri-

[14] Dass Komplexeinrichtungen immer Funktionen unter einem organisatorischen Dach vereinen, die außerhalb von Einrichtungen als verschiedene, sich örtlich, institutionell und handlungslogisch nicht überschneidende Lebensbereiche organisiert sind, rückt sie typologisch in die Nähe dessen, was Erving Goffman in seiner berühmten Studie „Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ (Goffman1973) als „totale Institution“ bezeichnet hat: „In der modernen Gesellschaft besteht eine grundlegende soziale Ordnung, nach der der einzelne an verschiedenen Orten schläft, spielt, arbeitet – und dies mit wechselnden Partnern, unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan. Das zentrale Merkmal totaler Institutionen besteht darin, dass die Schranken, die normalerweise diese drei Lebensbereiche voneinander trennen, aufgehoben sind.“ (Goffman 1973: 17).

sche Fürsorge“ propagiert, führend war hierbei das wiederum von einer Anstalt ausgehende sogenannte „Erlanger Fürsorgesystem“ einerseits und das großstädtisch und kommunal orientierte Gelsenkirchener System andererseits (Middelhoff 1995: 52 ff.). Allerdings wurden alle diese Strukturen während der nationalsozialistischen Zeit im Dienste von Rassenhygiene und „Euthanasie“-Politik missbraucht und in ihren ursprünglichen Zielen fast völlig zurück geworfen.

## 2.4 Deinstutionalisierungskonzepte und -tendenzen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Auch die Situation in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist – bis zum heutigen Tag – bestimmt von den großen Komplexeinrichtungen. Allerdings beginnt spätestens in den 1960er Jahren eine kritische Diskussion dieser Art von Versorgung. Ein wichtiger Impuls ging dabei von der zu Beginn der 1960er Jahre erschienenen Studie von Erving Goffman „Asyle“ aus, aber auch von Entwicklungen in den skandinavischen Ländern sowie von der Antipsychiatriebewegung. Auch in Deutschland entwickelte sich sowohl bei professionell insbesondere in der Psychiatrie Tätigen, bei betroffenen Menschen und deren Angehörigen, und in der Folge auch bei Medien und in der öffentlichen Meinung eine zunehmende Problematisierung der Zustände in großen Einrichtungen, insbesondere in den psychiatrischen Kliniken.

1970 befasste sich der Deutsche Ärztetag mit der psychiatrischen Versorgung. Von großer Bedeutung war die Gründung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie 1970 sowie der Aktion Psychisch Kranke unter dem Titel „Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker“ am 18.1.1971. Dabei handelte es sich um einen Zusammenschluss von Bundestagsabgeordneten, Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens und in der Psychiatrie Tätigen.

Dies alles geschah im Kontext einer Reihe von politischen und parlamentarischen Initiativen, in deren Gefolge der Deutsche Bundestag schließlich eine Sachverständigenkommission mit der Erstellung eines „Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“, der sogenannten Psychiatrieenquete, beauftragte. Dieser 1975 fertig gestellte Bericht (und zuvor schon 1973 veröffentlichter Zwischenbericht) deckten erschreckende Zustände insbesondere in den Psychiatrischen Kliniken auf. So zeigte sich insbesondere, dass die Kliniken im Grunde verkappte stationäre Wohneinrichtungen waren: zwei Drittel der Patienten wiesen Verweildauern von über einem Jahr auf, 59 % Verweildauern über zwei Jahre und ein knappes Drittel der Patienten über zehn Jahre. 18,5 % der Patienten waren Menschen mit geistigen Behinderungen, die von den Autoren der Studie als offensichtlich fehlplatziert bezeichnet wurden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bedingungen in den Kliniken trotz der langen Verweildauern der Patienten alles andere als „wohnlich“ zu nennen waren. Es gab insgesamt keinerlei Privatraum. Die Patienten waren größten Teils in Schlafsälen untergebracht (2/3 der Patienten in Zimmern mit 6-10 Betten; immerhin noch 39 % in Sälen mit 11 bis 21 und mehr Betten!). 42 % der Patienten hatten noch nicht einmal ein Nachttischchen, geschweige denn eine Möglichkeit Privatgegenstände in einem Schrank unterzubringen. Ein Waschbecken kam auf bis zu 15 Patienten. Darüber hinaus wurden erhebliche Mängel bei der Qualifikation des Personals und beim Personalschlüssel festgestellt.

Die Beendigung solcher menschenunwürdiger Zustände war ein unmittelbarer Effekt der Psychiatrieenquete und sollte es auch der Intention nach sein. Die langfristige Wirkung des Berichts lag aber darin, dass sehr weitreichende, teilweise noch heute wirksame und verfolgte Strukturreformen in der Psychiatrie eingeleitet wurden, die sich aus den Empfehlungen der Kommission ergaben. Dazu gehörte eine weitreichende Enthospitalisierung von Langzeitpatienten, die Schaffung geeigneter Wohneinrichtungen bzw. Wohnmöglichkeiten für die offensichtlich in der Psychiatrie fehlplatzierten Menschen (insbesondere denen mit einer geistigen Behinderung). Die Kommission forderte darüber hinaus u.a. die Schaffung einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung sowie die „bedarfsgerechte Koordination“ aller Versor-

gungsdienste, die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken, den Aus- und Aufbau von spezialisierten Wohn- und Arbeitseinrichtungen, den Aus- und Aufbau ambulanter Dienste sowie die Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung der im psychiatrischen bereich Tätigen. Die noch heute gültigen sozialpolitischen Leitprinzipien der Sozialraumorientierung, der integrierten Versorgung und der Personenzentrierung waren der Sache nach bereits in dem Bericht von 1975 angelegt.

Im Gefolge der Psychiatrieenquete kam es jedenfalls im psychiatrischen Bereich in der Bundesrepublik zu einer weitreichenden Deinstitutionalisierungsbewegung, die sich noch heute in den überdurchschnittlichen Zahlen von psychisch kranken und behinderten Menschen dokumentiert, die ambulant betreut werden. So wurden etwa im Zentrum für Psychiatrie (ehemals: Psychiatrisches Landeskrankenhaus) Weissenau (Ravensburg) zwischen 1975 und 1982 die Zahl der Betten von 1200 auf die Hälfte reduziert. Im Gegenzug wurden vielerorts tragfähige gemeindepsychiatrische Strukturen aufgebaut. Dabei handelt es sich um ein Netz von sozialen Diensten und Einrichtungen mit dem Ziel, die verschiedenen Bereiche psychiatrischer und sozialpsychiatrischer Versorgung zu integrieren und Klinik, ambulante Therapie- und Unterstützungsformen, aber auch Selbsthilfe der Betroffenen miteinander zu verbinden. Diese Entwicklung ist nach wie vor nicht abgeschlossen und Gegenstand vieler Kontroversen (vgl. Zechert u.a. 2010). Aber immerhin erhalten mittlerweile (2009) rund 62 % aller Menschen mit einer psychischen Erkrankung und einem Anspruch auf Unterstützung bei Alltagsbewältigung/Wohnen (Eingliederungshilfe) diese Hilfen in ambulanter Form.

Die *Behindertenhilfe* in Deutschland war von den im Kontext der Psychiatriebewegung entstandenen Veränderungen direkt betroffen, insofern ein gewisser Teil geistig behinderter Menschen immer auch in psychiatrischen Kliniken untergebracht war. Zugleich verbreiteten sich auch in Deutschland – beispielsweise vermittelt durch den Soziologen Walther Thimm – das ursprünglich im skandinavischen Raum entwickelte sog. „Normalisierungsprinzip".

Zu dessen ersten „offiziellen" Formulierung war es bereits 1946 in einem Bericht einer Regierungskommission in Schweden gekommen. In ihr wurde postuliert, dass alle wohlfahrtsstaatlichen Leistungen auch für Menschen mit Behinderungen erreichbar sein müssten, dass es einen Zugang zu diesen Leistungen als Bürgerrecht geben müsse und dass Unterstützungsleistungen so organisiert werden, dass sie zu einer „Normalisierung" der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung beitragen. Explizit definiert wurde das Normalisierungsprinzip durch den dänischen Juristen Bank-Mikkelsen im dänischen Sozialfürsorgegesetz von 1959. Es gehe darum, so heißt es da,

> „ to create a situation for the handicapped as near to the normal as possible, irrespective of whether it occurs entirely or partly within the institution or out in the community." (zit. in Aselmeier: 47)

In Skandinavien kam es dann in den 1970er bis 1980er-Jahren zu einer nachhaltigen Phase der Deinstitutionalisierung: die Auflösung staatlicher spezialisierter Anstalten für Menschen mit schwerstmehrfachen Behinderungen führt zu einem nachhaltigen Ausbau gemeinwesenorientierter Angebote. Dies wurde beispielsweise in Schweden durch eine Reihe von Gesetzesinitiativen ermöglicht, die aufeinander aufbauend schließlich in eine völlige Auflösung von Heimen führten:

- Das 1982 in Kraft tretende „Socialtjänstlagen" (= Gesetz über den Sozialleistungsdienst ) verpflichtete die schwedischen Kommunen, behinderten MitbürgerInnen die Möglichkeit zu bieten, auf eine ihren Bedürfnissen angepasste Weise zu wohnen, am Gemeinschaftsleben teilzunehmen, sich frei fortbewegen zu können. Der Sozialleistungsdienst der Gemeinde trägt die übergeordnete Verantwortung für alle hilfe- und betreuungsbedürftigen Einwohner.

- Das 1994 in Kraft getretene Gesetz „Lag om stöd och service för vissa funktionshindrade" (LSS = Gesetz über Hilfs- und Dienstleistungen für Schwerbehinderte) schreibt die Auflösung besonderer Institutionen für Menschen mit geistigen Behinderungen zwingend vor, Heime und Anstalten sollen sukzessive durch verschiedene Formen integrierten Wohnens ersetzt werden. Zugleich werden wichtige Unterstützungsstrukturen als Rechtsanspruch verankert. Dazu gehört ein Recht auf Beratung („Råd och stöd"), ein

Recht auf persönliche Assistenz oder Kostenerstattung für entsprechende Hilfeleistungen („Personlig assistans"), Begleitungsdienste („Ledsagarservice"), Hilfe durch persönliche Kontakte („Kontaktperson"), Unterstützungsleistungen in der eigenen Wohnung („Avlösarservice"), Kurzzeitaufenthalte außerhalb der eigenen Wohnung, auch zur Entlastung von Angehörigen („Korttidsvistelse"), Kurzzeitaufsicht für Schulkinder außerhalb der Wohnung („Korttidsstillsyn" ), Wohnen für Kinder (boende barn) und Erwachsene (boende vaxna) in Heimen/Wohnungen mit spezialisierten Unterstützungsleistungen (z.T. auch Gruppenwohnungen, ca. 5 Wohnungen in erreichbarer Nähe), tagesstrukturierende Angebote für Erwachsene ohne Beschäftigungsstelle („Daglig verksamhet"), z.B. auch Dienstleistungsangebote für jedermann: Autowaschanlagen; Photo-, Mediengruppe; Gartenarbeiten u.ä.)

- Das 1997 „Lagen om avveckling av specialsjukhus och vårdhem" = Gesetz über die Auflösung von Anstalten („Spezialkrankenhäuser", „Pflegeheime") legt schließlich den 31. Dezember 1999 als endgültigen Schließungstag für alle Heime/Anstalten fest.

Laut einer schwedischen Statistik lebten bereits 2001 nur noch 170 Menschen im Heim. Allerdings leben auch in Schweden nicht alle Menschen mit Behinderungen in unserem Sinne „ambulant betreut" in eigenen Wohnungen bzw. in sozusagen „natürlichen Kontexten". Im Jahr 2009 erhielten von insgesamt 60 200 Menschen, die Leistungen nach dem LSS erhielten 22 865 Erwachsene und 1434 Kinder/Jugendliche Leistungen in sog. Wohnlösungen mit besonderen Dienstleistungen (Sveriges Officiella Statistik 2010: 53). Diese Wohnungen folgen zum größeren Teil der Konstruktion von etwas, das man bei uns als dezentralisierte Heimversorgung bezeichnen würde. Es kann sich dabei um Gruppenwohnungen mit verschiedenen Appartements oder um ein Haus in einer normalen Wohngegend handeln, die mit Räumen für gemeinsame Aktivitäten und Diensträumen für ein rund um die Uhr verfügbares Personal ausgestattet sind. Ebenfalls möglich sind sog. Servicehäuser / Servicewohnungen. Hierbei handelt es sich um mehrere Appartements, die im Block oder Viertel um ein gemeinsames „Servicezentrum" gruppiert sind, in dem ebenfalls rund um die Uhr Personal verfügbar ist (Socialstyrelsen 2011). Hinzu kommen allerdings noch eine unbestimmte Anzahl von Menschen, die in geschlossenen Einrichtungen der Psychiatrie leben (das Sozialministerium nennt ungefähr die Zahl von 5000, Socialstyrelsen 2011). Das zeigt, dass auch in Schweden nach wie vor eigens eingerichtete und institutionalisierte „Orte zum Leben", also in diesem Sinne eine – wenn auch hochgradig dezentrale und so weit wie möglich normalisierte – *stationäre* Versorgung weiter existiert.

In Deutschland kommt es im 20. Jahrhundert zwar zu intensiven Fachdiskussionen, die sich in Schlagworten wie Normalisierung, Empowerment, Community Care, „Selbstbestimmung und Teilhabe" niederschlagen. Diese erfahren auch sozialrechtlich und sozialpolitsch eine gewisse Resonanz, etwa in Gestalt eines rehabilitationsrechtlichen Dachgesetzes, des SGB IX, in dem die Begriffe „Selbstbestimmung" und „Teilhabe" zu Schlüsselkategorien des Rehabilitationsrechts werden. Eine grundlegende Neuorientierung und Strukturreform des materialen und durch eine Tendenz zur Versäulung und Intransparenz gekennzeichneten Leistungsrechts gelingt jedoch nicht (vgl. dazu Kastl 2007). Abgesehen von einer Reihe exemplarischer Projekte kommt es aber nur im Bereich der psychiatrischen Versorgung zu einer nachhaltigen Ambulantisierung der Betreuung. Die Behindertenhilfe bleibt dagegen bis zum Ende des Jahrhunderts hauptsächlich eine Sache von überwiegend stationären Strukturen, der Ausbau von ambulant betreutem Wohnen erfolgt hier eher zögerlich. Nach wie vor bestimmen die großen Komplexeinrichtungen das Bild.

Eckhard Rohrmann konnte noch 2005 in einem Kongressbeitrag unter Bezugnahme auf die Eingliederungshilfestatistik von 2003 die Formulierung wählen, der Grundsatz ambulant vor stationär sei überwiegend ein Papiertiger (Rohrmann 2005: 4) und würde in der Praxis in ihr „Gegenteil verkehrt." (Rohrmann 2005: 8). In der Tat ist bis dahin (und bis heute) eine nach wie vor steigende Anzahl von Heimplätzen zu verzeichnen (zwischen 1991 und 2001 stiegen die Heimplätze für behinderte Menschen nochmals um 55 % an von 103 519 auf 160 346). Die Ausgaben der Eingliederungshilfe gingen 2003 mit einem Anteil von 93 % (!) in stationäre und teilstationäre Einrichtungen (vor allem Heime und WfbM).

## 2.5 Die jüngste Entwicklung des ambulant betreuten Wohnens zwischen 2005 und 2009 in Deutschland

Zwischenzeitlich darf man die pessimistische Einschätzung Rohrmanns auf der Grundlage der seitdem ungleich differenzierteren Eingliederungshilfestatistik und der stärkeren Bemühungen in Richtung ambulantem Wohnen etwas relativieren. Zwar trifft nach wie vor der Befund zu, dass die stationären Fallzahlen steigen. Dies gilt jedoch in stärkerem Ausmaß auch für die Fallzahlen im ambulant betreuten Wohnen, so dass sich ein insgesamt günstigeres Verhältnis ergibt. Der Anstieg insgesamt hat zu einem erheblichen Teil demographische Gründe.

| | 2001 | 2009 | Steigerung um... |
|---|---|---|---|
| KVJS Baden Württemberg | 18,3 | 28,5 | + 10,2 % |
| Landschaftsverband Rheinland | 17,5 | 48,0 | + 30,5% |
| Landschaftsverband Westfalen-Lippe | 22,9 | 44,7 | + 21,8 % |
| Kommunaler Sozialverband Sachsen | 22,3 | 30,7 | + 8,4 % |
| Thüringer Landesverwaltungsamt | 22,0 | 28,6 | + 6,6 |

Tabelle 1: Ambulantisierungsgrade im Zuständigkeitsbereich ausgewählter überörtlicher Sozialhilfeträger 2001 – 2009 (consens 2010: 86)

Festzuhalten sind, auf der Grundlage der Eingliederungshilfestatistik des Jahres 2009, die folgenden aktuellen Entwicklungen in Deutschland:

- Seit dem Jahr 2003 hat die Gesamtzahl der Menschen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe stationär *oder* ambulant Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten in Anspruch nehmen, um 31,2 % zugenommen. Allein 2009 ergab sich gegenüber dem Vorjahr eine Steigerung um 5,6 % (consens 2010: 9).

- Die Mehrheit (60%) wohnt nach wie vor in stationären Einrichtungen. Allerdings hat sich dieser Anteil von 75 % im Jahr 2003 verringert (ebd.). Nach wie vor steigt insgesamt die Anzahl der Leistungsberechtigten und damit auch die Dichte der Leistungsberechtigten pro 1000 Einwohner. Sie beträgt im Mittel für Deutschland derzeit 2,52. D.h. auf 1000 Einwohner kommen im Jahr 2009 im Mittel 2.52 Leistungsberechtigte beim Wohnen (in Baden-Württemberg: 2.11). Die Steigerungsrate betrug 2009 gegenüber 2008 ca. 1,6 % (consens 2010: 18 ff.).

- Die Zahl der ambulant betreuten Menschen wächst stark. Sie hat sich seit 2003 bundesweit mehr als verdoppelt. Pro 1000 Einwohner werden im Jahr 2009 im Mittel 1,43 ambulant betreut. Dabei kommt es aber zu starken Unterschieden: in Baden-Württemberg beträgt dieser Wert nur 0,74 (consens 2010: 27).

- Von allen Leistungsempfängern im Bereich Wohnen (stationär und ambulant betreut, Erwachsene ) wurden im Jahr 2009 bundesweit 38,8 % ambulant betreut. In Baden-Württemberg liegt dieser Wert bei 28,5 % und damit im unteren Mittelfeld der Bundesländer (vgl. Tabelle 1). Um einiges besser sieht der Wert im Landkreis Reutlingen aus, hier beträgt die Ambulantisierungsquote 36,3 %.[15]

[15] Wie bei den Baden-Württemberg-Werten wurden hier die Fälle des Begleiteten Wohnens in der Familie/Familienpflege heraus gerechnet, um den Vergleich zu den Bundeszahlen zu ermöglichen. Bezieht man diese

Generell ist also zu sagen, dass es in den letzten Jahren sehr wohl zu deutlichen Steigerungen der Anteile von ambulantem Wohnen gekommen ist. Dazu tragen sowohl Neuzugänge bei, wie auch Übergänge von vorher stationär betreuten Menschen in ambulant betreute Wohnformen. Von einem quantitativen Vorrang ambulanter Wohnformen kann man aber – sieht man von Berlin ab – noch nicht sprechen. Allerdings ist es wichtig, in diesem Zusammenhang festzustellen, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär" zunächst ein leistungsrechtliches Prinzip bezeichnet (in dem Sinne: wann immer im Einzelfall möglich, bedarfsgerecht und ohne unangemessene Mehrkosten, die ambulante Lösung zu wählen) und nicht etwa im Sinne einer statistischen Verteilung verstanden werden kann.

Für das Projekt „ProSeLe", bei dem sowohl Menschen mit geistigen wie mit seelischen Behinderungen teilgenommen haben, ist dabei von Belang, dass die Wohnformen in einer eindeutigen Beziehung zur Form der Behinderung stehen. Im ambulant betreuten Wohnen bestimmen Menschen mit seelischen Behinderungen das Bild, sie bilden 71,1 % der Klienten des ambulant betreuten Wohnens. Beim stationär betreuten Wohnen dagegen bilden Menschen mit einer geistigen Behinderung mit 64,1 % aller Klienten die Hauptgruppe (consens 2010: 34).

| | stationär betreutes Wohnen | ambulant betreutes Wohnen |
|---|---|---|
| körperlich behindert | 9,2 % | 3,5 % |
| geistig behindert | 64,1 % | 25,4 % |
| seelisch behindert | 26,7 % | 71,1 % |
| | 100 | 100 |

Tabelle 2: Betreute Wohnformen nach Behinderung (Gesamtdeutschland, eingegangen sind Angaben von 16 überörtlichen Trägern der Sozialhilfe, consens 2010: 34)

Bezogen auf die jeweiligen Gruppen behinderter Menschen ergibt sich, dass 61,5% aller Eingliederungshilfebezieher (Wohnen) mit einer seelischen Behinderung ambulant betreut werden (2009), aber nur 18,8 % aller Eingliederungshilfebezieher (Wohnen) mit einer geistigen Behinderung. Auch bei den Leistungsberechtigten mit einer Körperbehinderung liegt dieser Wert ähnlich niedrig (18,3).

> „Im Umkehrschluss ergibt sich, dass in 2009 ca. 40 % aller Menschen mit einer seelischen Behinderung stationär betreut wohnen, bei Menschen mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung sind es jeweils etwa rund 80 %", so hält der Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe fest (consens 2010: 87).

Tabelle 3 zeigt die behinderungsbezogenen prozentualen Verteilungen für den Landkreis Reutlingen (Stichtag 31.12.2009, nur ambulant und stationär betreutes Wohnen, ohne Familienpflege). Hier zeigt sich gegenüber den Bundeswerten ein von der Gesamttendenz ähnliches, aber in den konkreten Werten leicht abweichendes Bild:

- im Landkreis Reutlingen werden etwas weniger Menschen mit seelischen Behinderungen ambulant betreut, nämlich 52,9 % (ggü. 60 % bundesweit);
- es werden aber mehr Menschen mit geistigen Behinderungen ambulant betreut, nämlich 27,4 % (ggü. 18,8 % bundesweit).
- auch bei den Menschen mit körperlichen Behinderungen liegt die Reutlinger Quote von 23,8 % etwas über dem bundesweiten Schnitt von 18,3 %.

Werte mit ein, ergibt sich für den Landkreis Reutlingen eine Ambulantisierungsquote von immerhin 37,5 %! Der Bericht des KVJS zu Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2009 gibt einen etwas höheren Ambulantisierungsgrad an, nämlich 31,5 %. Das liegt daran, dass der KVJS die Fälle der begleitenden Unterstützung in Familien/Familienhilfe mit zählt, während diese Fälle in der Analyse von consens nicht berücksichtigt werden (Mailmitteilung vom 10.3.11)

| | Stationär betreutes Wohnen | Ambulant betreutes Wohnen | Ges. |
|---|---|---|---|
| Menschen mit geistiger Behinderung | 305 | 115 | 420 |
| | 72,6 % | 27,4 % | 100 % |
| Menschen mit seelischer Behinderung | 172 | 193 | 365 |
| | 47,1 % | 52,9 % | 100% |
| Menschen mit körperlicher Behinderung | 141 | 44 | 185 |
| | 76,2 % | 23,8 % | 100% |
| | 618 | 352 | 970 |
| | 63,7 % | 36,3 % | 100% |

Tabelle 3: Behinderte Menschen mit Eingliederungshilfe beim Wohnen nach Behinderungs- und Wohnform (Stichtag: 31.12.2009; Quelle: Kreissozialamt Reutlingen)

# 3 Konzepte der Deinstitutionalisierung und das Projekt ProSeLe

Ambulant betreutes Wohnen im Sinne einer institutionalisierten lebensweltbezogenen Unterstützung ist – das zeigt unser historischer Rückblick – eine historisch junge Entwicklung. Sie ist ein Differenzierungsprodukt der stationären Versorgung. Die Einsicht in die Notwendigkeit „ambulanter Betreuung" ist im Kontext der Dominanz stationärer Strukturen entstanden und setzen diese logisch und historisch voraus. Weder in einem System, in dem Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen ausschließlich in ihrem angestammten sozialräumlichen bzw. lebensweltlichen Verhältnissen leben, noch in einem rein auf Einrichtungen abgestellten Versorgungssystem hat es Sinn, von „ambulanter Versorgung" zu sprechen.[16]

Der historische Rückblick zeigt auch, dass wir es bei der Geschichte des (stationär) institutionalisierten Wohnens mit einem Prozess zu tun haben, der in Westeuropa vom Mittelalter bis ins Ende des 20. Jahrhunderts reichte (insgesamt dazu Vanja 2007). Zugleich und daneben bestehen bis heute familiäre und nachbarschaftliche Solidaritätsstrukturen, die ggf. Beeinträchtigungen der Fähigkeiten zur Selbstsorge je nach Ressourcenlage auffangen können. Dass es aber frühzeitig und so nachhaltig zur Ausdifferenzierung eigener gesellschaftlicher Funktionsbereiche kommt, zeigt jedoch, dass die Leistungsfähigkeit „lebensweltlicher" Strukturen immer auch an ihre Grenzen gestoßen war. Im Mittelalter haben viele behinderte und psychisch kranke Menschen sehr oft ein hoffnungsloses Leben als Ausgestoßene und Bettler auf der Straße geführt, wenn sie überhaupt überlebt haben. Die Existenzberechtigung „stationärer Systeme" liegt so gesehen – das ist nach wie vor wichtig zu sehen – historisch und strukturell im Versagen lebensweltlicher, „sozialräumlicher" Strukturen. Deren Unwirtlichkeit ist die Funktionsvoraussetzung und zugleich die gesellschaftliche Legitimation für die gezielte Institutionalisierung alternativer „Orte zum (Über-) Leben".

Die sich ausdifferenzierenden Versorgungssysteme lehnten sich, wie wir gesehen haben, insbesondere in ihren Gründungsphasen noch selbst an die Semantik lebensweltlicher familiärer und nachbarschaftlicher Solidarsysteme an (christliches Liebesgebot, karitative Sorge). Teilweise schon im 17. und 18. Jahrhundert und dann wieder im ausgehenden 19. Jahrhundert gewinnen sie aber definitiv den Charakter von in sich zweckrational verfassten und auf effektive Ressourcennutzung angelegten Organisationen. Die Fürsorge für die entsprechenden Gruppen wird von einem Liebesdienst zu einer spezialisierten beruflichen Tätigkeit.

Ein solches System schafft dann aber, wie viele Autoren gezeigt haben (z.B. Dörner), selbst wieder neue Anspruchslagen, sowohl bei den (potentiell) betroffenen Menschen selbst als auch bei ihrem gesellschaftlichen Umfeld. Es produziert damit Folgeproblematiken des sozialen Ausschlusses, der Segregation oder der „erlernten Hilflosigkeit". Damit aber werden die Problemlagen, für deren Bewältigung das System gedacht war, eher reproduziert. Zum anderen verführt es auch die Angehörigen von behinderten Menschen zu bequemen Lösungen. Die „Abschiebung" ins Heim kann auch dann zum Normalfall werden, wenn die Ressourcen zu einer lebensweltlichen Teilhabe gegeben wären.

Das Versagen bzw. die Nicht-Belastbarkeit der Lebenswelt wird zu einer nicht weiter

[16] Dies stellt sich für die psychiatrische Versorgung bezogen auf die jüngste Vergangenheit etwas differenzierter dar. Hier gab es –wie gezeigt – schon früher Ansätze zu ambulanten Strukturen als im Bereich der Behindertenhilfe. Allerdings gingen auch hier die Anstöße, im Rahmen von Vor- und Nachsorge überwiegend von stationären Strukturen aus. Dass Menschen mit im heutigen Verständnis psychischen Erkrankungen überhaupt einer institutionalisierten Versorgung bedürfen, diese Überzeugung ist zumindest im mitteleuropäischen Raum im Rahmen von „stationären" Strukturen entstanden.

überprüften Hintergrundannahme. Nicht zuletzt tragen die Interessensträger der stationären Strukturen selbst im Sinne einer ökonomischen und institutionellen Bestandserhaltung dazu bei, die Bedeutung lebensweltlicher und individueller Ressourcen eher herunter zu spielen.[17] Die Diskussion um das „ambulant betreute Wohnen" setzt genau bei diesen sehr grundsätzlichen Problemstellungen an. Sie beruht darauf, dass die Folgeprobleme der stationären Entwicklung reflexiv werden. Die Entwicklung einer organisatorisch und professionell spezialisierten Ausdifferenzierung eines eigenständigen Bereichs des Wohnens und Arbeitens behinderter und psychisch kranker Menschen stößt zunehmend auf eine gesellschaftliche Problemwahrnehmung, die insbesondere die Folgeprobleme und Kosten dieser Entwicklung zum Thema macht. Im Zuge dieser Entwicklung steigt der gesellschaftliche Legitimationsbedarf stationärer Strukturen und Maßnahmen generell und im jeweiligen Einzelfall.

Das bedeutet aber fachlich in jedem Einzelfall genauer zu fragen

- was können lebensweltliche Kompetenzen und Ressourcen möglicherweise zur Lösung von Folgeproblemen von Behinderung oder psychischer Erkrankung beitragen?
- wo kann professionelles Handeln zur Stärkung bzw. Aktivierung lebensweltlicher Ressourcen beitragen?
- wo beginnt der Beitrag der direkten Unterstützung durch Leistungserbringer der institutionalisierten Behindertenhilfe?

Ambulantisierung ist demzufolge nicht eine „Rückkehr" oder „Heimholung" behinderter und psychisch kranker Menschen in eine vorgeblich intakte kommunale Lebenswelt, in der engagierte Menschen nur darauf warten ehrenamtlich aktiviert zu werden. Das entspricht umso weniger der Realität, je mehr man es mit sozial benachteiligten Sozialräumen zu tun hat, in denen ehrenamtliche und nachbarschaftliche Strukturen erfahrungsgemäß eine geringe Rolle spielen. Vielmehr geht es in der Moderne um eine komplexe und reflektierte Neujustierung einer funktionalen Balance zwischen lebensweltlichen (z.B. familiär, nachbarschaftlich verankerten) Solidaritätsstrukturen und einer sowohl ambulant wie gegebenenfalls stationär verankerten institutionalisierten und professionellen Versorgung und Unterstützung von Menschen.

## 3.1 Kosten stationärer Versorgungsstrukturen und fachliche Erwartungen an Ambulantisierung und Deinstitutionalisierung

Die zunehmend gesellschaftlich wahrgenommenen Kosten stationärer Versorgung bestehen auch und vor allem in den Auswirkungen auf die Lebensmöglichkeiten der betroffenen Menschen selbst. Der von der stationären Betreuung ausgehende Gewinn an Versorgungssicherheit und qualifizierter Unterstützung ist sehr oft erkauft mit einer erheblichen Einbuße an Kompetenzen und Möglichkeiten des Kompetenzerwerbs, persönlicher Entfaltungsmöglichkeiten, Handlungsspielräume und einem Ausschluss aus ansonsten selbstverständlichen Feldern sozialer Partizipation.

Die Kritiker der Institutionalisierung, von Erving Goffman bis zu Klaus Dörner, haben diese Art von Kosten eindringlich beschrieben. Diese Kritik gewinnt in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend an gesellschaftlicher Wirksamkeit. Sie findet ihre Rechtfertigung in einer konsequenten Anwendung der Grund- und Menschenrechte, insbesondere des Rechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Grundgesetz) sowie einer Reihe von Teilhaberechten. Eine Anwendung die auch für Menschen gilt, denen von der Gesellschaft infolge von Behinderung bzw. psychischer Krankheit eingeschränkte Kompetenzen der Selbstbe-

[17] Das ist eigentlich eine unprofessionelle Haltung. Denn wie nicht nur Klaus Dörner betont, zeichnen sich dem eigenen Anspruch nach gerade professionelle Berufe (Ärzte, Therapeuten, Rechtsanwälte, Lehrer, Pädagogen, Sozialarbeiter) in besonderem Maße dadurch aus, dass sie sich im konkreten Fall durch ihre eigene Arbeit nach Möglichkeit überflüssig machen. Darin liegt geradezu ihr Erfolgskriterium. Deswegen sind solchen Berufen in der Regel auch zumindest offensive Formen der Selbstbewerbung verwehrt.

stimmung zugeschrieben werden. Noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde die umstandslose Anwendung dieser Grundrechte auf Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen normativ und praktisch durchaus in Frage gestellt. In Deutschland kam es bekanntlich zu einer historisch beispiellosen physischen Elimination der betroffenen Menschen und damit einer Verweigerung des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Den vorläufigen Zielpunkt der rechtlichen Inklusion behinderter Menschen in den vollen Geltungsbereich der Grund- und Menschenrechte stellt die UN-Konvention dar. In der Sache ist sie aber bereits im Grundgesetz der Bundesrepublik verankert. [18]

Kosten der stationären Strukturen meint aber auch Kosten im Sinne von ökonomischen Ressourcen. Stationäre Strukturen erfordern wegen der aufwändigen Verbindung sächlicher, baulicher und personeller Mittel ein hohes Maß an ökonomischem Kapitaleinsatz. Dieses Geld wird als Eingliederungshilfe (§ 52 ff. SGB XII) derzeit überwiegend steuerfinanziert aus kommunalen Mitteln erbracht. Es gibt dafür kein eigenes sozialstaatliches Finanzierungssystem, das etwa aus Beiträgen Geld erwirtschaften könnte. Diese Kosten sind allein schon aus demographischen Gründen in ständigem Anstieg begriffen. Bereits jetzt ist eine akute Überlastung der kommunalen Haushalte zu diagnostizieren.

Im Jahr 2009 wurden nach den Angaben des statistischen Bundesamts (Duschek u.a. 2011) insgesamt 12 Milliarden Euro netto und 13,3 Milliarden brutto ausgegeben, 6,8 % mehr als im Vorjahr. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen war mit Abstand die bedeutendste Hilfeform im Bereich der Sozialhilfe (mit einem Anteil von 56 % an allen SGB XII-Leistungen). Davon entfiel allein die Hälfte auf Leistungen des betreuten Wohnens (stationär und ambulant), also etwa 6,65 Milliarden Euro.

Der Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe gibt für das Jahr 2009 durchschnittliche Bruttokosten von 30 931 Euro pro Leistungsberechtigtem und Jahr im stationär betreuten Wohnen an (consens 2010: 63). Im ambulant betreuten Wohnen existiert wegen der lückenhaften Datenlage kein bundesweiter Wert. In Baden-Württemberg belaufen sich nach Angaben des KVJS die durchschnittlichen Fallkosten im Jahr 2009 im ambulant betreuten Wohnen auf 7 300 Euro (KVJS 2010: 47). Im stationären Bereich liegen sie, je nach Verbuchungsmodus, zwischen ca. 29 500 und ca. 32 000 Euro pro Fall und Jahr, also etwa im Bundesmittel.

Ein direkter Vergleich zwischen den durchschnittlichen Fallkosten stationär und ambulant verbietet sich wegen der unterstellbar höheren Hilfebedarfe im stationären Bereich. In Regionen mit höheren Ambulantisierungsquoten kommt es allerdings auch zu niedrigeren Fallkosten im Bereich Wohnen insgesamt (Consens 2010: 31). So liegen beispielsweise die durchschnittlichen Fallkosten Wohnen im Bezirk Niederbayern (Ambulantisierungsquote von rund 20 %) bei 33 020 Euro im Jahr. Im Bereich des LWV Hessen (Ambulantisierungsquote von 43,8%) liegen sie dagegen nur bei 27 202 Euro. Noch erheblicher ist der Unterschied gegenüber Schleswig-Holstein (Ambulantisierungsquote: 42,9 %, durchschnittliche jährliche Fallkosten 24 256 Euro). Insgesamt kann also durchaus mit geringeren Fallkosten bei steigender Ambulantisierungsquote gerechnet werden. Allerdings sind Prognosen über den Umfang dieser Einsparpotentiale sehr schwer möglich. Zu bedenken ist, dass die Fallkosten im stationären Bereich durch den Ausbau ambulanter Angebote wegen der durchschnittlichen Erhöhung der Hilfebedarfe (und wegen der derzeitigen Unterfinanzierung und Quersubventionierung von Fällen mit hohem Hilfebedarf im stationären Bereich) möglicherweise ansteigen werden (consens 2010: 30 f.).

[18] Es wäre natürlich überzogen, zu behaupten, dass stationäre Strukturen per se eine Einschränkung von Grundrechten bzw. einen Teilhabeausschluss darstellen. Auf den Einzelfall bezogen und in Bezug auf jeweilige Lebensalternativen können auch stationäre Betreuungsformen gerade Ergebnis einer Abwägung bei konkurrierenden Rechtsgütern sein. Gerade in individuellen und gesellschaftlichen Extremlagen garantieren stationäre Systeme ja vor allem auch das elementarste Rechtsgut, nämlich im Grenzfall das Grundrecht auf Leben und körperliche (und psychische) Unversehrtheit und für manche Menschen ist nur durch stationäre Strukturen das herstellbar, was Christian Gaedt unter Aufgreifen eines Begriffs von Maud Mannoni einen "Ort zum Leben" nennt.

Die Erwartungen an eine zukünftige stärkere Ambulantisierung des betreuten Wohnens gehen aber insgesamt von der Idealvorstellung einer Senkung der ökonomischen Kosten bei einer gleichzeitigen Steigerung der Lebensqualität für die betroffenen Menschen aus. Diese Erwartungen zehren dabei auch von zwei weiteren Annahmen der Kritiker der stationären Versorgung, nämlich

- ... dass behinderte und psychisch kranke Menschen durchaus eigene Handlungsressourcen der Alltagsbewältigung haben, die im Rahmen stationärer Systeme nicht ausgenützt werden.

- ... dass es in lebensweltlichen und „natürlichen" sozialräumlichen Lebenskontexten der betroffenen Menschen soziale Ressourcen gibt, die prinzipiell aktivierbar sind.

Die stationären Versorgungssysteme, ursprünglich entstanden, um Funktionsdefizite der sozialräumlichen, „lebensweltlichen" Strukturen auszugleichen, verhindern in dieser Perspektive immer auch die Ausbildung von lebensweltlichen Handlungsmöglichkeiten und Ressourcen.

Exemplarisch für diese Kritik kann die Position von Klaus Dörner gelten, der seit den 1970er Jahren zu den entschiedensten Kritikern der stationären Strukturen gehört. Klaus Dörner entwirft in diesem Zusammenhang die Vision eines „dritten Sozialraums". Die Verantwortung für Menschen soll wieder von den professionellen Helfern wegverlagert und an die lokale Gemeinschaft zurückgegeben werden. Dort müssen verlässliche Strukturen aufgebaut werden. Dabei, so die unverkennbar kommunitaristische Vision, soll die Nachbarschaft, die lokale und viertelbezogene Bürgerschaft Verantwortung übernehmen, die Enteignung durch Profis und Institutionen rückgängig machen und Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen, aber auch alten Menschen wieder ermöglichen, dort „zu leben und zu sterben, wo sie hingehören" (vgl. Dörner 2007).

Dörner plädiert demzufolge, mit Hinblick auf entsprechende Konzepte in Großbritannien und Skandinavien, für eine zunehmende Rückverlagerung des Wohnens in die lebensweltlich-sozialräumlichen Strukturen der Gemeinde. In einem Diskussionsbeitrag zum Konzept des in Großbritannien sogenannten „Community Care" formuliert Dörner seine Position und damit seine Sichtweise des ambulant betreuten Wohnens wie folgt:

> „Menschen – mit oder ohne Behinderung – brauchen für ihren Lebensraum auch einen gewissen sowohl allgemeinen als auch je besonderen institutionellen Halt, freilich in ihrem Gemeinwesen, in ihrer Kommune, damit sie sich nicht nur selbstbestimmt, sondern auch integriert finden können. Das ist das, was Tüllmann & Co mit dem glücklich ebenfalls aus England importierten Konzept der Community Care, der Fürsorge in der Gemeinde meinen – mit den Elementen: Selbstbestimmung/ Integration vor Rehabilitation, Aktivierung des primären und sekundären sozialen Netzwerks, gemeinsame Nutzung aller lokalen Ressourcen durch Bürger mit und ohne Behinderung, Verlagerung notwendigen sicheren Schutzes an den Wohnort und kompensatorischer Assistenz – advokatorisch – in den Alltag des Behinderten. Behinderte als Mieter, Nachbarn, Bürger mit Rechten und Pflichten als selbstverständlicher Bestandteil der Kommune - was zum Stadtbild gehört und was von den anderen Bürgern auch so gewollt werden kann, Befriedigung des Grundbedürfnisses normaler Beziehungen zwischen Bürgern ohne und mit Behinderung in Öffentlichkeit, Familie, Freundeskreis und Arbeit, aber auch 'sicherer Rückzugsort' mit Versammlungsgelegenheit sowie Angebotsvielfalt als Ermöglichungsraum für Individualisierung und das Ganze als eine Bewegung, in der mit wachsender Tragfähigkeit und Beziehungsnormalisierung der Bürger und der Kommune die Profis sich ganz allmählich überflüssig machen können. Die Kommune wird endlich wieder vollständig, wird sie selbst = Rekommunalisierung der Kommune, weshalb die Integration ihrer behinderten Mitglieder ein Dienst an der Kommune ist." (Dörner 2000)

Dörner weist mit den letzten Bemerkungen nachdrücklich darauf hin, dass diese Integration auch ein Gewinn für die Kommune selbst sein kann. Seine Eingangsformulierung, in der er von einem „je besonderen institutionellen Halt, freilich in ihrem Gemeinwesen" spricht, zeigt, dass er – selbst wenn er manchmal in polemischer Absicht übertreibt – durchaus nicht an eine vollständige Deprofessionalisierung und Deinstitutionalisierung denkt. Auch Dörner

weiß, dass es Lebenssituationen geben kann, in denen professionelle Hilfe notwendig ist. Seine Überlegungen zu einer „Umprofessionalisierung von Pflegenden, Ärzten“ (Dörner 2007: 169 ff.) zeigen indes, dass ihm für die Zukunft nicht die Abschaffung, sondern ein neuartiges Verhältnis von professionellen und nicht-professionellen Helfern/Unterstützern und damit auch ein neuartiges Komplementärverhältnis von Einrichtungen und ambulanten Versorgungsstrukturen vorschwebt.

Insbesondere im Bereich der Sozialpsychiatrie wurden diese Vorstellungen in verschiedenen Formen bereits nachhaltig aufgegriffen. Maßgebliche fachliche Prinzipien sind dabei Sozialraumorientierung, Personenzentrierung und das Prinzip integrierter Versorgung. Diese Prinzipien sind wechselseitig aufeinander bezogen.

**Sozialraumorientierung** bezieht sich auf die Orientierung an den für die betroffenen Menschen erfahrbaren räumlichen und sozialen Lebenszusammenhängen (Lebenswelt) und damit die Einbeziehung von und Orientierung an Ressourcen in der Lebenswelt der Personen. Damit können sowohl deren unmittelbare soziale Netzwerke und für sie subjektiv wahrgenommene soziale Beziehungen gemeint sein, wie auch quartiersbezogene, lokal verfügbare objektive Ressourcen, die potentiell für eine Person von Bedeutung sein könnten. Die Verwendung des Begriffs „Sozialraum“ ist in der Literatur nicht immer eindeutig. Sie meint zum Einen die lebensweltliche (also subjektiv erfahrbare) Verknüpfung von Raumerfahrung und Sozialdimension (Kommunikationsorte, intensive und lose soziale Beziehungen, Treffpunkte, Orte mit größerer und kleinerer Bedeutung). Zum anderen ist aber mit Sozialraum auch eine administrative Kategorie (Stadtviertel, Quartier, Bezirk) gemeint, der räumliche Bezugspunkt von sozialplanerischem und sozialadministrativem Handeln zur Gewährleistung einer Infrastruktur und bestimmter Versorgungsstrukturen in den räumlichen Einheiten, in denen die Individuen wohnen (vgl. z.B. Kessl/Reutlinger 2010).

**Personenzentrierung** meint, dass das Design von Hilfen und Unterstützungsformen sich nicht primär aus vorhandenen und voreingerichteten Angeboten und Maßnahmestrukturen ergibt, sondern die Unterstützungsformen an dem individuellen Bedarf und der Lebenssituation der Betroffenen entlang entworfen werden. Es werden dabei sowohl die Bedarfe und Bedürfnisse wie auch die Ressourcen und Kompetenzen der Person in den Mittelpunkt gestellt und deren Förderung zum zentralen Bezugsproblem des professionellen Handelns gemacht. Personenzentrierung beinhaltet eine Bereitschaft der Experten zu einer dialogischen und – als Einbeziehung des sozialen Umfelds des Klienten – von Dörner sog. „trialogischen“ Haltung der Professionellen (vgl. z. B. Armbruster/Schulte-Kemna/Kluza 2006).

**Integrierte Versorgung** bezieht sich auf die Tatsache der vielfältigen Zersplitterung möglicher Hilfen in institutionelle und professionelle Zuständigkeiten, in lebensweltliche und institutionalisierte Hilfen. Der Anspruch einer funktionellen Integration der Hilfen bezieht sich auf das Zusammenwirken, Ineinandergreifen und die Kontinuität stationärer wie ambulanter Versorgungsstrukturen, auf das Zusammenwirken der verschiedenen professionellen und institutionellen Unterstützungssysteme und auf ein Zusammenwirken der professionellen Unterstützungssysteme mit lebensweltlich/sozialräumlich verankerten Solidarstrukturen (vgl. z.B. Zechert u.a. 2010).

Alle diese Prinzipien bilden zugleich auch Kernelemente des Projekts „ProSeLe“. Sie sind aber mittlerweile Bestandteile eines neuen Verständnisses von Professionalität in Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie insgesamt. Sie stellen die Ressourcen der betroffenen Personen und ihres sozialen Umfeldes in den Mittelpunkt der Betrachtung. Hilfeerbringung wird differenziert. Institutionell professionalisierte Hilfeerbringung und lebensweltlich-sozialräumliche Formen der Unterstützung werden als komplementär verstanden. Die bereits in der Psychiatrie des ausgehenden 19. Jahrhunderts (siehe oben, Kapitel 3.2) bestehende Idee einer Einbeziehung von Laienhilfe, Ehrenamt und Nachbarschaft wird systematisch aufgegriffen. Darüber hinaus wird das Verständnis für die unterschiedlichen Qualifikationsebenen berufsmäßig ausgeübter Unterstützung geschärft. Unterstützung im Haushalt, pflegeri-

sche Betreuung und pädagogische Arbeit müssen nicht zwingend in einer Hand sein. Im Ergebnis ergibt sich daraus die Vorstellung eines sogenannten Hilfemix, zumindest bei sehr komplexen Bedarfslagen.

Auch von einer solchen Differenzierung der Hilfeformen versprechen sich viele Einsparungseffekte. Die kostbare und kostenintensive Zeit der Professionellen wird zielgerichteter eingesetzt. Allerdings muss erst die Empirie zeigen, ob das eine realistische Annahme ist. Durch die Differenzierung der Hilfen entstehen wiederum koordinative Folgeanforderungen und damit wiederum potentielle Kosten.

Klar ist jedoch, dass dies ein anderes Verständnis der Profi-Klient-Beziehung erfordert. Sie verliert durch die Einbeziehung von Laienhilfe ihren exklusiven Charakter und damit die Qualität eines umfassenden Betreuungsverhältnisses. Zugleich wird sie aber auch für ihre eigentlichen – z.B. sozialarbeiterischen, (heil)pädagogischen – Kernaufgaben freigestellt. Zugleich entstehen neue koordinative Anforderungen (Case Management), sowie Anforderungen an fallunabhängige sozialraumbezogene Arbeit zur Erschließung der anderen Hilfen und Strukturen. Das erfordert insofern ein erhebliches Ausmaß an Flexibilisierung und Individualisierung bei der Ausgestaltung der Hilfeerbringung.

Zudem benötigt dieses veränderte Verständnis professioneller Sozialarbeit Veränderungsbereitschaft auch auf Seiten des dritten Partners im Dreieck der Erbringung und Finanzierung sozialer Leistungen, dem gesetzlich zuständigen Leistungsträger. Dies gilt sowohl auf der Ebene der Ausgestaltung der Leistungen selbst, wie auch ihrer Finanzierungsmodi. Dieser Gesichtspunkt soll in einem weiteren Abschnitt kurz betrachtet werden.

## 3.2 Alt gewordene Systeme und neue Anforderungen an die Ausgestaltung und Finanzierung gesetzlicher Leistungen

Die Dominanz stationärer Systeme ist, so haben wir gesehen, das Produkt eines jahrhundertelangen historischen Prozesses und nicht etwa eine Erfindung der Gegenwartsgesellschaft. Sie ist demnach auch nicht lediglich ein Ergebnis leistungsrechtlicher und finanzierungsbezogener Strukturzwänge unserer sozialen Sicherungssysteme. Eher könnte man sagen, der Umstand, dass es solche Zwänge durchaus gab und gibt, ist eine Folge der historisch dominierenden Rolle stationären Strukturen. Dennoch tragen in der Gegenwart solche Zwänge entscheidend zur Reproduktion stationärer Strukturen bei und erweisen sich immer wieder als Hemmnisse für Ambulantisierungsbestrebungen.

Im wichtigen Bereich der Eingliederungshilfe bestehen bzw. bestanden diese Zwänge vor allem auf zwei Ebenen: zum Einen auf der Ebene der Zuständigkeit örtlicher und überörtlicher Träger, zum anderen auf der Ebene der Finanzierungssystematik. Dies soll kurz am Beispiel Baden-Württembergs dargestellt werden.

*Zuständigkeit für ambulant betreutes Wohnen und Leistungsgestaltung*
Das Sozialgesetzbuch XII (und vorher schon das Bundessozialhilfegesetz) sieht eine Aufteilung der Zuständigkeit für die Sozialhilfe zwischen überörtlichen und örtlichen Trägern der Sozialhilfe vor (vgl. §§ 97-98 SGB XII). Grundsätzlich ist nach SGB XII der örtliche Träger zuständig, wenn nicht durch Landesrecht eine sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers bestimmt wird. Eine Ausnahme von dieser Regel bilden aber die Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege als wichtigste Sozialhilfeleistungen für behinderte Menschen.

*Wenn* das Landesrecht keine Regelungen trifft, sieht das SGB XII mittlerweile als Normalfall eine Zuständigkeit des *überörtlichen Trägers* der Sozialhilfe für Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege vor. Zusätzlich gilt: Die Zuständigkeit soll nach dem Willen des Gesetzgebers in einer Hand liegen, also entweder dem örtlichen *oder* dem überörtlichen Träger zukommen. Diese Regelung trat erst im Zuge der Einordnung des ehemaligen BSHG in das SGB XII im

Jahr 2007 in Kraft. Bis dahin galt die Regelung einer prinzipiellen Zuständigkeitszuordnung von stationären Leistungen an den überörtlichen Träger, während den örtlichen Träger i.d.R. die Zuständigkeit für ambulante Leistungen zukam. Diese geteilte Zuständigkeit erwies sich aber in der Praxis als außerordentlich hemmend für den Ausbau ambulanter Strukturen. So zeigt das Beispiel Baden-Württemberg, dass diese Regelung vor allem den Effekt hatten, dass die örtlichen Sozialhilfeträger Menschen mit Behinderungen in der Regel an stationäre strukturen und damit in die Zuständigkeit der überörtlichen Träger verwiesen und selbst keine Initiative zum Ausbau ambulanter Systeme ergriffen. Mit der Neuregelung sollte diese Problematik entschärft werden und dafür gesorgt werden, dass Leistungen prinzipiell aus einer Hand erbracht werden (vgl. Münder 2005: Rz. 2 § 97).

Das SGB XII ist zwar schon 2003 in Kraft getreten, die zuletzt genannten Regelungen wurden aber, um einen Übergang zu ermöglichen, erst am 1.1.2007 gültig. Bis dahin galten die Zuständigkeitsregelungen des Bundessozialhilfegesetz ( § 100 BSHG) weiter. Dort war – ebenfalls unter dem Vorbehalt abweichender Landesregelungen – im Gegensatz zum SGB XII eine prinzipielle Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe u.a. für *stationäre* Leistungen der Eingliederungshilfe festgeschrieben.

In Baden-Württemberg galt in der Tat eine solche Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers bis zur baden-württembergischen Verwaltungsreform im Jahr 2005. Überörtliche Sozialhilfeträger waren die beiden Landeswohlfahrtsverbände für Baden und Württemberg, die sich durch Umlagen der Mitglieder (Landkreise) finanzierten. Ihnen oblag systematisch die Zuständigkeit für *stationäre* Eingliederungshilfe. Theoretisch wären die Kommunen für ambulante Leistungen zuständig gewesen. In der Praxis wurde diese Verantwortung nicht wahrgenommen. Es sprangen schließlich die Landeswohlfahrtsverbände ein, allerdings mit unzureichenden Umsetzungsregelungen.

Die Verwaltungsreform im Jahr 2005 ging dann einen anderen Weg als den im SGB XII eigentlich als „Normalfall“ vorgesehenen. Auf der Grundlage der Ermächtigung, die Zuständigkeiten per Landesrecht zu regeln, wurde die Zuständigkeit für Eingliederungshilfe einheitlich auf die *örtlichen* Träger der Sozialhilfe verlagert. Für stationäre Unterbringung und anschließende ambulante Maßnahmen gilt eine am Herkunftsprinzip orientierte, örtliche Zuständigkeit (vgl. § 98 Abs. 2 und 5 SGB XII).

In Baden-Württemberg trug die alte Zuständigkeitsregelung wesentlich dazu bei, dass Ambulantisierungsprozesse nur sehr zögerlich in Gang kamen. Sie erleichterte es gerade finanzschwächeren Landkreisen und Kommunen, eine Zuständigkeit für ambulante Wohnmaßnahmen von sich wegzuschieben und behinderte Mitbürgerinnen und -bürger buchstäblich in den stationären Bereich und damit in die Zuständigkeit der Landeswohlfahrtverbände (LWV) „abzuschieben“. Letztlich führte dies meist dazu, dass es bei einer einrichtungsdominierten stationären Versorgung blieb.

Hinzu kam die ungenügende Differenzierung der Vergütungssätze für ambulant betreutes Wohnen. Es existierte nur ein pauschaler Satz für Menschen mit psychischen und eine Pauschale für geistig und körperlich behinderte Menschen. Im Landkreis Reutlingen wurde noch bis zum 31.12.2008 die Unterstützung im ambulant betreuten Wohnen durch solche Pauschalen geregelt. Diese relativ unflexible Regelung war, wie bereits dargestellt wurde, nicht zuletzt einer der Ausgangspunkte des Projekts „ProSeLe“.

Menschen mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung standen 680€/Monat zur Verfügung; Menschen mit einer seelischen Behinderung 550€/Monat. Es wurde nicht nach Hilfebedarfsgruppen unterschieden. Auch das führte dazu, dass nur wenige Menschen mit vergleichsweise niedrigen Hilfebedarfen in das ambulant betreute Wohnen (ABW) einmündeten bzw. aus einer Einrichtung in das ABW wechselten.

Seit der Verwaltungsreform liegt die Zuständigkeit, auch um Anreize für die Sozialhilfeträger zum Ausbau ambulanter Strukturen zu erzeugen, einheitlich in den Händen der Landkreise. Allerdings hat das zur Folge, dass die erwünschte Ortsnähe der Leistungsgewährung nicht gewährleistet ist – zumindest nicht für die stationär betreuten Menschen und für die, die eine solche Einrichtung verlassen, aber nicht an ihren Heimatort zurück kehren. Zuständig bleibt in diesen Fällen immer der Herkunftskreis. Allerdings kommt es in rechtlich strittigen Fällen auch immer wieder zu Zuständigkeitskonflikten zwischen Landkreisen. Beispielsweise sehen manche Landkreise, wenn Menschen mit Hilfe eines Persönlichen Budgets aus einer Einrichtung ausziehen wollen, keine Zuständigkeit nach § 98 Abs. 5 SGB XII mehr gegeben.

Im Bereich des ***ambulant betreuten Wohnens*** hat die mit der Verwaltungsreform eingetretene Situation zumindest in manchen Kreisen dennoch zu einer Differenzierung der Leistungserbringung geführt. So beschloss die nach § 79 Abs. 1 SGB XII zuständige Vertragskommission am 11.10.2006 eine Rahmenempfehlung für das ambulant betreute Wohnen. Diese trat allerdings nie verbindlich in Kraft, weil eine Neufassung des Landesrahmenvertrags unter Einschluss ambulanter Leistungen an mangelndem Konsens der Beteiligten scheiterte. In dieser Vereinbarung wird ambulant betreutes Wohnen definiert, in seinen unterschiedlichen Leistungsdimensionen bestimmt (siehe Kasten) und abgegrenzt.

*Aus der **Rahmenempfehlung einer Leistungsbeschreibung für das ambulant betreute Wohnen** (beschlossen von der Vertragskommission am 11.10.2006)*

**„Definition des ambulant betreuten Wohnens**
Betreutes Wohnen ist ein ambulantes Hilfeangebot zur Förderung der selbstständigen Lebensführung behinderter Menschen. Dieses Angebot bildet eine wichtige Grundlage für die
gesellschaftliche Integration.
[...]
Betreutes Wohnen ist die Verbindung einer selbständigen Lebensführung in eigenem Wohnraum
mit einer planmäßig organisierten regelmäßigen Beratung und persönlichen Betreuung
durch geeignetes Personal.
[...]
Die vertraglichen Beziehungen sind in zwei Bereiche zu trennen und zwar in das Miet- und
das Betreuungsverhältnis. Damit soll gesichert werden, dass nach Ablauf eines Betreuungsverhältnisses das Verbleiben in dem bisherigen Wohnraum möglich ist, um die bereits erreichte
Integration nicht zu gefährden.

Die Wohnform richtet sich nach den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung (Einzelwohnen,
Wohnen in Gemeinschaft/Partnerschaft).“

**„Art des Angebotes**
Das Angebot umfasst die bedarfsgerechten Hilfen, insbesondere die
alltagspraktische Unterstützung, Einübung von und Anleitung zu hauswirtschaftlichen bzw. lebenspraktischen Fähigkeiten,

Basisversorgung und alltägliche Lebensführung bei
Ernährung (Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Auswahl und Menge der Nahrung)
Körper- und Wäschepflege (Duschen, Baden, Wäschewaschen, jahreszeitgemäße Auswahl der Kleidung),
Reinigung und Aufräumen der Wohnräume

Hilfen bei der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen
Psychosoziale Stabilisierung

Hilfestellung bei der Regelung der wirtschaftlichen Situation und bei Behördenangelegenheiten

Sozialen Bedürfnisse wie
Kontaktpflege zu Angehörigen, Freunden
Kontaktaufbau zum Wohnumfeld (Wohnhaus, Gemeinde, Vereine, Gemeindeintegration)
Freizeitgestaltung

Koordination der notwendigen Hilfen
Hilfemix - Organisation, Beratung, Unterstützung, Anleitung und Vermittlung von Hilfen im häuslichen bzw. außerhäuslichen Bereich
Mitwirkung bei der Erstellung des Gesamtplans“

Zentrales Kriterium der Abgrenzung zu stationären Leistungen ist dabei die Trennung von Miet- und Betreuungsverhältnis. Darin folgt die Empfehlung den Prämissen der Bundes- und LandesHeimgesetze.

Es wird abgehoben auf das fachliche Prinzip der Ressourcenorientierung (Im Rahmen der Hilfeplanung „[...]stehen die Fähigkeiten und nicht die behinderungsbedingten Einschränkungen als tragendes Element der Hilfe im Vordergrund."). Außerdem wird von einer Einbeziehung weiterer Hilfen (Hilfemix) bzw. einer „Vernetzung in die örtliche vorhandene Infrastruktur" (Sozialraumorientierung) ausgegangen. Die Bedarfsbemessung bedient sich der Bildung von Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf nach dem HMBW-Verfahren. Nahe gelegt werden, aber nur für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung, drei abgestufte Hilfebedarfsgruppen.

In mindestens zehn der 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg wurde diese Regelung nach einem Bericht der LIGA der freien Wohlfahrtspflege (Liga 2010: 7) in dem Sinne übernommen, als es überhaupt zu einer größeren Differenzierung der Kostensätze für ambulante Betreuung kam. Auch der Landkreis Reutlingen hat sich diesen Empfehlungen angeschlossen, sie aber - wie auch der Nachbarlandkreis Tübingen - modifiziert. Er führte auch für Menschen mit seelischen Behinderungen abgestufte Sätze ein. Darüber hinaus gelten seit dem 1.1.2009 folgende, auf der Grundlage des HMBW-Verfahrens gebildete, abgestufte Sätze: HBG I = 517 €, HBG II = 738 €, HBG III = 1293 €. Für Härtefälle stehen die HBG IV=1722€ und HBG V = 2584€ zur Verfügung.[19]

Darüber hinaus gibt es verschiedene Erprobungen von Formen einer intensivierten, aber nicht an feste Sätze gebundenen ambulanten Betreuung. So erprobte der Rems-Murr-Kreis zwischen dem 1.5.2008 und dem 31.12.2010 für insgesamt 49 Menschen mit erhöhtem Hilfebedarf eine Erhöhung der abW-Pauschale, um eine Unterstützung außerhalb der Familie oder der stationären Wohngruppe auch für diesen Personenkreis zu ermöglichen. Je nach Bedarfslage wurde die abW-Pauschale um 25%, 50%, 75% bis maximal 100% erhöht. Der Ausgangsbedarf wurde durch einen Hilfeplan festgestellt (IHP, IBRP) und während des Projektverlaufs überprüft und gegebenenfalls nach oben oder unten korrigiert. Der erfolgreiche Verlauf führte zu einer festen Rahmenvereinbarung im Februar 2011, in der nicht nur die Fortführung dieser Regelung verankert wurde, sondern auch, in Anlehnung an das Hilfemix-Projekt von Metzler/Rauscher (2008), klare Kooperationsaufgaben mit der Familienpflege und der Nachbarschaftshilfe festgeschrieben wurden.

In mindestens zehn weiteren Kreisen gelten nach wie vor alte Einheitspauschalen: im württembergischen Landesteil in Höhe von ca. 589 Euro für Menschen mit psychischen und von ca. 702 Euro für Menschen mit körperlichen /geistigen Behinderungen (Liga 2010: 6).

Bezüglich ***(teil)stationärer Leistungen*** gilt in Baden-Württemberg nach wie vor ein Landesrahmenvertrag (nach § 79 Abs. 1 SGB XII) aus dem Jahr 1998, der 2006 nochmals aktualisiert wurde.

In Zusammenhang mit der Konzeption und dem Verlauf von „ProSeLe" sind folgende, im Zusammenhang mit dem Rahmenvertrag stehende Aspekte von Bedeutung:

***a) Festlegung des Hilfebedarfs***: Zugrunde gelegt wird im Bereich des betreuten Wohnens das sogenannte HMBW-Verfahren, mit dem die Leistungsberechtigten fünf ordinal abgestuften Hilfebedarfsgruppen zugeordnet werden.

[19] Metzler/Rauscher (2008) listen für die in ihrer Studie zum Hilfemix teilnehmenden Regionen folgende Regelungen auf: In Tübingen/Rottenburg wird seit 2007 in Hilfebedarfsgruppen von HBG I: 485 bis HBG V: 2426€ unterschieden; in der Region Stuttgart und Region Biberach in Pauschalen von 657€ für geistig Behinderte bzw. 551 € für psychische Behinderte; in der Region Ostalb bis Oktober 2006 in Pauschalen wie in Stuttgart, danach differenziert in Hilfebedarfsgruppen wie in Tübingen (Metzler/Rauscher 2008: 48). Nach wie vor gibt es aber Landkreise ohne differenzierte ABW-Sätze.

***b) Höhe bzw. Bemessungsmodus der Maßnahmepauschale:*** Die Vergütungen selbst werden im Landesrahmenvertrag nicht eigens geregelt, sondern der Aushandlung zwischen der jeweiligen Einrichtung und dem Leistungsträger überlassen (§ 15 Abs. 4). Praktisch wurde so verfahren, dass eine für die Leistungsträger budgetneutrale Umstellung der bestehenden Vergütungen vorgenommen wurde. Die fünfstufige Ordinalskala der Hilfebedarfe wurde durch sogenannte Äquivalenzziffern in eine fünfstufige Skala der Maßnahmepauschalen „übersetzt" (vgl. insgesamt Göltz 2010). Bei dieser betriebswirtschaftlichen Methode wird davon ausgegangen, dass sich, bei gegebenen Gesamtkosten, die Kosten verschiedener „Produkte" (bzw. Dienstleistungen) aus der Bezugnahme auf ein Einheits- bzw. Standardprodukt durch Umrechnungsziffern errechnen lassen. Diese Äquivalenzziffern geben an, in welchem Verhältnis die Kosten eines jeweiligen Produktes zu den Kosten eines Einheitsproduktes stehen. Diese Werte wurden so gesetzt, dass die Pauschale von HBG V um den Faktor 3 höher war als die von HBG II (die einfach gewichtet in die Rechnung einging). Vor der Berechnung wurde etwa ein Fünftel der Maßnahmepauschale als Sockelbetrag ausgenommen. Außerdem wurde nicht die mittlere HBG III, die zudem mit den höchsten Fallzahlen belegt war, zum Standard gemacht (also =1 gesetzt), sondern die zweitunterste HBG-Gruppe II. Ziel war es eine Spreizung der Kostensätze so herbei zu führen, dass sich für die Einrichtungen der Leistungserbringer insgesamt eine budgetneutrale Umstellung der Kostensätze zum 1. April 1999 ergab.

Die beschriebenen Vorgehensweisen (Einsetzen eines Sockelbetrag, Setzung von HBG II=1, Wahl der ÄZ) trugen insgesamt zu höheren absoluten Beträgen der unteren Vergütungssätze und niedrigeren Beträgen der oberen Vergütungssätze bei, also insgesamt zu einer Stauchung der Vergütungsspanne. Das Verfahren als Ganzes ist zwar darauf angelegt, den tatsächlichen Aufwand für einzelne Hilfebedarfsempfänger abzubilden. In der Praxis führt es aber zu dem oft wahrgenommenen Umstand, dass die Kostensätze der unteren Hilfebedarfsgruppen den Bedarf überschätzen, während die Sätze der höheren Hilfebedarfsgruppen den faktischen Bedarf eher unterschätzen. Als Folge werden deshalb die Kostensätze der unteren Gruppen üblicherweise zu einer Quersubventionierung der oberen Gruppen eingesetzt.[20]

***c) Festlegung sogenannter Leistungstypen:*** Darunter versteht man typisierte Beschreibungen von Bündeln abgegrenzter „Standardleistungen". Für diese werden jeweils beschrieben:

- eine typische Zielgruppe mit typischem Hilfebedarf
- typische Leistungsziele
- typische Art bzw. Umfang des Leistungsangebots.

Für „ProSeLe" relevant sind insbesondere die Leistungstypen zum stationären Wohnen. Diese gingen in die Berechnung der Betreuungspauschalen ein:

- Leistungstyp I.2.1: Stationäre Hilfe (Wohnen ohne tagesstrukturierendes Angebot) für geistig und/oder mehrfachbehinderte Erwachsene
- Leistungstyp I.2.3: Stationäre Hilfe (Wohnen ohne tagesstrukturierendes Angebot) für seelisch behinderte Erwachsene.

Ebenfalls von Bedeutung sind auch die Leistungstypen, die sich auf die Tagesstruktur beziehen:

- Leistungstyp I.4.4: Tagesstrukturierende Angebote für Menschen mit Behinderung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen.
- Leistungstyp I.4.5a): Tagesstrukturierendes Angebot für geistig und körperlich behinderte Menschen – Förder- und Betreuungsgruppe (FuB)

[20] Dieser Umstand ist für die Konzeption und die faktische Entwicklung des Projekts „ProSeLe" von außerordentlicher Bedeutung, da die im Projekt verwendeten Betreuungspauschalen auf der Grundlage der wie beschrieben gebildeten Maßnahmepauschalen errechnet wurden.

- Leistungstyp I.4.5b): Tagesstrukturierung und Förderung für psychisch behinderte Menschen.
- Tagesstrukturierende Angebote für Senioren (Leistungstyp I.4.6).

Hier konnte man sich im Kontext von ProSele allerdings nur in Bezug auf die zuletzt genannte Maßnahmeform darauf einigen, sie in die Bemessung der Betreuungspauschalen mit einzubeziehen. Wenn man dieses System der (teil-)stationären Leistungstypen in Zusammenhang mit den Regelungen zum ambulant betreuten Wohnen und dem zwangsläufig anzuwendenden Heimgesetz stellt, ergibt sich in der Folge ein System mit einer sehr starren Aufteilung von stationären Maßnahmen auf der einen und ambulanten auf der anderen Seite.

Insbesondere, wenn im ambulanten Bereich nur eine einzige, relativ niedrige Vergütungspauschale besteht (wie vor 2006 generell in Baden-Württemberg und nach wie vor noch in einer erheblichen Anzahl von Kreisen), existiert eine Versorgungslücke zwischen diesen beiden Systemen. Dies ist der Fall, weil der Unterstützungsbedarf von Menschen kontinuierlich ist, die Unterscheidung zwischen stationär und ambulant aber in diesem System keine oder nur geringe Abstufungen zulässt. Auch dabei tritt als Folgeeffekt eine Privilegierung des stationären Sektors ein. Denn betroffene Menschen bzw. deren familiäres und professionelles Umfeld werden in der Mehrheit ggf. eher eine partielle „Überbetreuung“ im stationären Bereich als eine möglicherweise befürchtete „Unterbetreuung“ im ambulanten Bereich in Kauf nehmen. Das gilt sowohl bei der Erstentscheidung für eine betreute Wohnform, insbesondere aber auch, wenn die Frage entsteht, ob betroffene Menschen eine stationäre Wohnform verlassen wollen und in Zukunft in einer gemeindenahen oder -integrierten Wohnung leben möchten.

Diese Probleme sind mittlerweile in der Fachdiskussion unstrittig und werden selbst auch auf der Ebene der etablierten politischen Funktionsträger gesehen. So fordert etwa die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder 2009 und 2010 eine umfassende Reform der Eingliederungshilfe in genau dieser Hinsicht: der Aufhebung der Trennung von stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen und deren Ersatz durch ein modularisiertes System von Leistungen bzw. Leistungsbeschreibungen. In Baden-Württemberg setzten dann auch spätestens ab 2006 Verhandlungen ein zu einer Weiterentwicklung des Landesrahmenvertrags mit dem Ziel der Überprüfung und Erhöhung der Durchlässigkeit, der Flexibilisierung und Ausdifferenzierung der Leistungsstrukturen und Leistungstypensystematik, eines größeren Gewichts einer personenzentrierten Perspektive, einer Einbeziehung der Vergütungssätze und einer Weiterentwicklung des Bedarfsfeststellungsverfahrens (vgl. Göltz 2010). Eine Einigung konnte seither in keinem der erwähnten Punkte hergestellt werden. Nach wie vor ist der Ausgang offen und nach wie vor wird auf die alte Fassung des Landesrahmenvertrags zurückgegriffen, weil keine neue existiert.

Die beschriebenen Folgeprobleme der starren Leistungssystematik stellen sich insbesondere im Verhältnis von stationären und ambulanten Leistungen im Bereich Wohnen und da insbesondere auch bei der Frage der Gestaltung des Übergangs von einer stationären in eine ambulante Betreuungsform.

Dreh- und Angelpunkt des Systems sind die, mit den verschiedenen und wiederum nach Hilfebedarfsgruppen abgestuften Leistungstypen verknüpften, starren Finanzierungssätze. Es gab daher in der Vergangenheit immer wieder verschiedene Modellversuche, um das System zu flexibilisieren. Dies geschieht einerseits durch den Einsatz anderer Verfahren der Bedarfsfeststellung, andererseits durch die Erprobung des Einsatzes von Budgets statt von starren Kostensätzen. Da auch das Projekt „ProSeLe“ einem Budgetansatz folgt, soll ein kurzer exemplarischer Überblick über die Möglichkeiten von Budgetmodellen gegeben werden.

## 3.3 Budgetmodelle

Das Wort Budget kommt aus der Betriebswirtschaft. Es handelt sich dabei meist um einen vorab festgelegten, einplanbaren Finanzrahmen, der in verschiedenen Hinsichten Festlegungen enthalten kann. Immer enthält ein Budget sachliche Festlegungen darauf, wofür Ausgaben getätigt werden können (Budgetposten). Dies geschieht allerdings in generalisierter Form. Denn ein Budget soll demjenigen, der ein Budget verausgabt, einerseits einen Rahmen vorgeben, aber in diesem Rahmen gerade Dispositionsspielräume eröffnen. Zweitens enthält ein Budget sehr oft zeitliche Festlegungen, das heißt, ein bestimmter Betrag soll – wie beim öffentlichen Haushalt – eine bestimmte Zeitspanne abdecken. Nicht geregelt wird dagegen der genaue Zeitpunkt von Ausgaben. Auch das unterliegt gewöhnlich dem Dispositionsspielraum des Budgethalters. Drittens kann die Verwendung eines Budgets Festlegungen über einen örtlichen oder räumlichen Anwendungsbereich beinhalten.

Alle Budgetformen haben jedenfalls gemeinsam, dass sie auf spezifische Weise Festlegungen von Ausgabemöglichkeiten (sachlich, zeitlich, sozial/personell, räumlich) mit Dispositionsspielräumen kombinieren (ebenfalls sachlich, zeitlich, sozial/personell, räumlich). Es muss also nicht jede Ausgabe beantragt, bewilligt bzw. abgewickelt werden. Insofern entlasten Budgets und führen im Idealfall zu größerer Flexibilität. Sie erlauben die relativ autonome Bewirtschaftung von Geldmitteln im Rahmen einer heteronomen Gewährung. Im Rahmen der Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe kam es vor allem in drei Formen zu Erprobung von Budgetmodellen:

(1) regionale Budgets
(2) persönliche Budgets
(3) Klienten(gruppen)budgets

Diese Budgettypen unterscheiden sich vor allem auch in der Frage, welchem Akteur innerhalb des leistungsrechtlichen Dreiecksverhältnisses (gesetzlicher Leistungsträger, Leistungsempfänger, Leistungserbringer) Dispositionsspielräume eröffnet werden. Bei persönlichen Budgets sind das – zumindest dem theoretischen Anspruch nach – die Leistungsberechtigten, bei den anderen beiden Budgettypen eher die institutionellen Akteure.

**(1) Regionalbudget – das Beispiel Rostock**
Regionale Budgets sind aufs Engste mit den bereits dargestellten Konzepten der Sozialraumorientierung, der Personenzentrierung und der integrierten Versorgung verknüpft. Sozialraum wird in diesem Zusammenhang überwiegend als eine administrative Kategorie verstanden. Regionalbudgets sind vor allem in der Jugendhilfe erprobt worden.[21] Im Bereich der Eingliederungshilfe sind sie wenig verbreitet. In Baden-Württemberg und auch im Landkreis Reutlingen liegen in diesem Bereich noch keine Erfahrungen vor. Exemplarisch ist die (sozial)psychiatrische Versorgung in der Hansestadt Rostock.

Hier wurde seit 1.1.2005 ein regionales Psychiatriebudget für die Leistungen der Eingliederungshilfe (ohne WfbM) eingeführt (Steinhart 2006 a, b). Zur Festsetzung des Gesamtbudgets wurde ursprünglich ein exemplarischer Monat des Vorjahres gewählt und auf dieser Basis Eckwerte ermittelt (Steinhart 2006a: 27). Dieses globale Regionalbudget wird – vorläufig und um die beiden in Rostock maßgeblichen Leistungserbringer zur Mitarbeit zu bewegen – zusätzlich noch in zwei Budgets für die beiden Hauptanbieter herunter gebrochen. Ziel ist langfristig jedoch ein einheitliches Regionalbudget, in das auch weitere Leistungserbringer einbezogen werden. Das setzt insgesamt eine sehr enge kooperative Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Leistungserbringern und Leistungsträgern voraus:

[21] Das hat einerseits rechtliche Gründe. Im Kinder- und Jugendhilferecht spielen Formen der einzelfallunabhängigen bzw. – übergreifenden Förderung bzw. Leistungserbringung eine größere Rolle als im viel mehr auf individuelle Leistungsansprüche angelegten SGB XII. Zum anderen sind Kinder und Jugendliche eine sozialräumlich (schon rein quantitativ) ungleich greifbarere und sichtbarere Klientel als behinderte und psychisch kranke Menschen.

> „Psychiatrische Hilfen in einer Region werden zu einer Gemeinschaftsaufgabe in einem festgefügten Rahmen – alle Partner der Region, Anbieter wie Kostenträger, sitzen gemeinsam am Tisch." (Steinhart 2006 a: 128).

Ziel dieser Budgetierung war es zugleich, auf eine konsequent personenbezogene und zeitbasierte Finanzierung umzustellen. Rund 90 % des Psychiatriebudgets fließen direkt in personenbezogene Leistungen , 10 % des Budgets verteilen sich auf Investitionsmittel und nicht fallgebundene (offene) Angebote (Begegnungsstätte, Krisendienst, Notfallunterbringung). Angestrebt wurden ferner einheitliche Vertragsgestaltungen, eine Harmonisierung der Preise (mit einheitlichen Zeitwerten) sowie eine einheitliche Preisgestaltung mit zwölf „Einheitspreisen für Gruppen vergleichbarer Hilfebedarfe" ( Steinhart 2006a: 27).

Die durch ein solches Regionalbudget gewonnen Freiräume beziehen sich vor allem auf die Art der Leistungserbringung. Diese bleibt dem Leistungserbringer überlassen. Die Leistungserbringung wird vor allem über Kontraktmanagement, also Zielvereinbarungen kontrolliert (Outputsteuerung). Die Tatsache der Deckelung des Budgets erzwingt ein kostenbewusstes Handeln. Befürworter von Regionalbudgets verwiesen darauf, dass durch solche Budgets wirkliche Anreize für ein kostenbewusstes Handeln der Leistungserbringer entstehen, etwa betroffene Menschen nicht länger und nicht intensiver zu betreuen als notwendig, nach ambulanten Lösungen zu suchen sowie lebensweltliche und sozialräumlich verankerte Unterstützungsmöglichkeiten aktiv zu erschließen.

Hier liegt allerdings auch ein Ansatzpunkt zur Kritik der regionalen Budgets. Letztlich beruhen die Vergütungssätze auf individuellen Rechtsansprüchen der leistungsberechtigten Menschen gegenüber der öffentlichen Hand. Dieser Rechtsanspruch muss gewährleistet bleiben und er muss auch durch die Leistungsträger transparent kontrollierbar sein. Das ist, so die Kritiker des Modells, etwa der Rechtsprofessor Johannes Münder, bei gedeckelten sozialraumbezogenen Budgets jedenfalls nicht ohne Weiteres gegeben. Leistungs- und Rechtstransparenz sind möglicherweise ebenso gefährdet wie die Wahrung der individuell bestehenden Rechtsansprüche, die ja im Verhältnis von Leistungsberechtigtem und gesetzlichem Leistungsträger bestehen. Der gesetzliche Leistungsträger hat eben wegen der weitreichenden Spielräume, die er dem Leistungserbringer überlässt, im Einzelfall weniger Möglichkeiten der Überprüfung der Angemessenheit der Leistung . Anders als das Kinder- und Jugendhilfegesetz kennt zudem das SGB XII keine explizite Förderung/Zuwendung/Subventionierung von Einrichtungen oder Diensten. Die Abhängigkeit sowohl der Leistungsberechtigten als auch der Leistungsträger von den Leistungserbringern wird dadurch möglicherweise erhöht. Problematisch ist des Weiteren (auch rechtlich) eine mit der Regionalbudgetierung ggf. verbundene Einschränkung der zugelassenen Leistungserbringer (Münder 2001). Es wird dadurch eine durchaus geschlossene Gesellschaft etablierter regionaler Leistungserbringer und eben – anders wie beim Persönlichen Budget – keine Marktsituation geschaffen.

Insgesamt konnte mit dem Regionalbudget im Bereich Rostock – auf der Basis einer konsequent verfolgten Ambulantisierungspolitik im Vorfeld des Projekts – bereits im Jahr 2005 ein beachtliches Verhältnis von 80:20 Prozent ambulanter zu stationären Fallzahlen (Steinhart 2006a: 26) und insgesamt eine Senkung der durchschnittlichen Fallkosten um 6,5 % erreicht werden (Steinhart 2006b: 40). Diese Tendenz hat sich offenbar in den Folgejahren bis 2008 fortgesetzt. Die durch das Budget eröffneten Spielräume führten zu einer konsequenten Weiterführung der Ambulantisierungsbemühungen. Es wurden stationäre Heimeinrichtungen zu Wohnanlagen für ambulant betreute Wohngemeinschaften umgewandelt:

> „Das letzte 'Psychosoziale Wohnheim'," schreibt Steinhart (2010: 17), „soll in 2010 'ambulantisiert' werden, so dass ab 2010 dann nur noch 8 klassische 'geschlossene Heimplätze' vorhanden sind, wovon im Schnitt 3-5 Plätze für Rostocker Bürger und Bürgerinnen benötigt werden."

Steinhart berichtet auch über weitere positive Ergebnisse. So hat sich die Nutzungsfrequenz

von Tagesstätten und anderen Dienstleistungen erhöht – „bei den Anbietern werden mehr Fälle schneller als vor der Umstellung bearbeitet“ (Steinhart 2010: 17). Dadurch sanken die durchschnittlichen Kosten pro Fall und Tag um 4,18 Euro. Wegen der angestiegenen Fallzahlen (dem Bundestrend folgend) stieg zwar insgesamt auch das Gesamtbudget zwischen 2009 und 2005 um 7,5 % (350 000 Euro). Durch die effektivere Versorgung konnte aber, so Steinhart, ein Kostenanstieg von ca. 1 990 000 Euro vermieden werden, der nach den alten Versorgungsmodi zu erwarten gewesen wäre (Steinhart 2010: 18).

Das sind insgesamt Befunde, die sich durchaus mit den beschriebenen Entwicklungen in Schweden vergleichen lassen. Wünschenswert wäre allerdings eine wissenschaftliche Evaluation der Dienstleistungsqualität der erbrachten Leistungen für die Klientinnen und Klienten. Darüber geben die von Steinhart ins Feld geführten Erfolgsindikatoren insgesamt wenig oder keinen Aufschluss. Er selbst stellt diesen Mangel fest, wenn er schreibt „Generell existieren kaum Daten, die die Qualität erbrachter Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe beschreiben könnten.“ (Steinhart 2010: 17).

**2) Persönliches Budget – das Beispiel des Modellprojekts Baden-Württemberg**

Anders als bei Regionalbudgets unterliegt bei den seit dem 1.1.2008 als Regelleistungsform eingeführten Persönlichen Budgets die Wahrnehmung des individuellen Rechtsanspruchs sowie der Gewinn von Dispositionsspielräumen - zumindest in der theoretischen Konstruktion - weitgehend der Kontrolle des Leistungsberechtigten.

Mit den im § 17 SGB IX verankerten Budgets wurde eine Finanzierungs*form* implementiert, die eine Alternative zur traditionellen Sachleistung darstellt, bei der der Leistungserbringer (z.B. Wohnheimträger) vom Sozialleistungsträger die nötigen Mittel direkt bekommt. Grundlage für den Rechtsanspruch bleibt aber stets der jeweilige Anspruch auf die, dem Budget sozusagen zugrunde liegende, Sachleistung. Beim Persönlichen Budget wird so gesehen der Klient in den Mittelpunkt gestellt und bekommt, seinem Bedarf entsprechend, die nötigen finanziellen Mittel in die eigenen Hände, wodurch er im Idealfall seine Unterstützungsform selbst bestimmen kann:

> „Auf Antrag können Leistungen zur Teilhabe auch durch ein Persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen“ (§ 17 Abs.2 SGB IX).

In der Praxis sind dies freilich sehr oft auch gesetzliche Betreuer oder sonstige bevollmächtigte bzw. unterstützende Personen. Insbesondere dann, wenn der Budgetnehmer selbst mit der Verwaltung des Budgets überfordert wäre.

Im Vorfeld der Implementierung kam es bundesweit zu verschiedenen Modellprojekten, die wiederum wissenschaftlich begleitet wurden. Das Modellprojekt in Baden-Württemberg ist deswegen relevant, weil Reutlingen eine Modellregion war (2001-2005) und auch Klienten der Bruderhausdiakonie beteiligt waren. Für die Frage ambulant und stationär betreuter Wohnformen ist das Projekt deshalb von Belang, weil es eine explizite Zielvorstellung war, stationäre Betreuungsverhältnisse mit Hilfe des Persönlichen Budgets entweder in ambulante zu überführen (das war in 27 von 37 Budgets im Bereich der Eingliederungshilfe der Fall) oder eine stationäre Betreuung durch die Absicherung einer ambulanten Versorgung zu verhindern (in 10 von 37 Budgets).

Generell wurden diese Ziele erreicht. Die Autoren beurteilen anhand von vier Kriterien (Ermöglichung sozialer Teilhabe, Erweiterung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten, subjektive Zufriedenheit mit der Lebenssituation, Funktionalität des Budgets gegenüber der Sachleistung) den Prozessverlauf der Budgetnehmer der Eingliederungshilfe wie folgt (vgl. Kastl/Metzler 2005: 196):

- 40% sehr positiv: lebensweltbezogene, differenzierte Nutzung mit hohen Selbstbestimmungsgrad.
- 30 % positiv: Flexibilisierungsgewinne, teils noch zu erschließende Selbstbestimmungs- und Teilhabepotentiale.
- 22% neutral: Funktionsgewinn nicht sichtbar;
- 8% negativ: hohe Unzufriedenheit, Selbstbestimmung und Teilhabe wird nicht erschlossen oder sogar missachtet.

Aufgrund auch neutraler und negativer Verläufe sollte der Einsatz eines Persönlichen Budgets stets gegenüber der entsprechenden Sachleistung abgewägt werden, weshalb die Budgetform weiterhin als Alternative zur Sachleistung gedacht werden soll und nicht als Regelform:

> „Zum einen gibt es nach wie vor Konstellationen und Personen, für die die Sachleistung die sinnvollere Form der Leistungserbringung bleibt; zum anderen besteht nach wie vor ein nicht über personenbezogene Finanzierungssysteme deckbarer Bedarf der institutionellen Förderung von Einrichtungen und sozialen Diensten." (Kastl/Metzler 2005: 213).

Die Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets bleibt individuell zu überprüfen, was auch in weiteren Untersuchungen zum Persönlichen Budget unterstrichen wird:

> „Die Potenziale des Persönlichen Budgets müssen immer vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebenssituation der Budgetnutzer gesehen werden. (…) Es gibt weder „die" Wirkung Persönlicher Budgets noch eine bestimmte „gute" oder „schlechte" Praxis. Stattdessen kann eine bestimmte Form der Budgetverwendung in einem Fall eine besonders positive Wirkung haben, während dieselbe Art und Weise der Budgetnutzung in einem anderen Fall keinerlei Verbesserung bewirkt." (Meyer 2010: 43)

Die stundengenaue Abrechnung der Unterstützungsleistungen haben für die Budgetnehmer im Vergleich zur pauschal abgerechneten Sachleistung mehr Flexibilität und neue Spielräume in der Budgetverwendung ermöglicht. Es konnte teilweise übriges Geld zurückgelegt und für gemeinsam mit der Bezugsperson als sinnvoll erachtete Aktivitäten verwendet werden.[22]

Die von Seiten der Sozialleistungsträger anvisierten Einsparungseffekte lassen sich nur schwer bestimmen und sind nicht generalisierbar, da die Höhe der Persönlichen Budgets sehr variiert. Im Modellprojekt in Baden-Württemberg wurden die Budgets auf der Basis von hilfebedarfsgruppenbasierten Pauschalen gebildet. Immerhin berechneten Kastl/Metzler für die Projektteilnehmer, die vorher stationär betreut wurden, im Mittel eine monatliche Kosteneinsparung von 1176 Euro pro Person und Monat. Berücksichtigt man die Teilnehmer mit einem nicht-stationären Status Ante (bei denen zumindest theoretisch eine stationäre Aufnahme verhindert wurde) ergibt sich immerhin noch eine geschätzte Netto-Ersparnis von 715 € pro Person und Monat.

Befürchtungen, dass durch die Persönlichen Budgets Bedarfe nicht gedeckt werden können, ist für die untersuchte Gruppe nicht haltbar. Fallanalysen zeigten zudem, dass gerade auch im Landkreis Reutlingen für die betroffenen Menschen teilweise sehr befriedigende Lösungen gefunden werden konnten, die mit einer hohen Lebensqualität und einem beeindruckenden Ausmaß an sozialräumlicher Integration einher gingen.

Deutlich wurde jedoch auch, dass die Bedarfe von Menschen mit einem hohen Hilfebedarf (teilweise HBG III, HBG IV und V) mit den vorgesehenen Pauschalen nicht zu decken gewesen wären – ein Grund, weshalb diese Gruppe mit Persönlichen Budgets nicht erreicht wurden. Teilnehmer mit geistiger Behinderung gehörten zu fast drei Vierteln der Hilfebedarfsgruppe II an (nur ein Viertel der HBG III), unter den Menschen mit seelischen Behinderungen

[22] Hier liegt auch ein wichtiger Unterschied zur Budgetkonstruktion von „ProSeLe". Das Gruppenbudget, das für ProSeLe maßgeblich ist, ist eine Sachleistung, d.h. die Teilnehmer können nicht über dessen Verfügung selbst bestimmen. Die Verwendung möglicher Restmittel/Überhänge lag in der Hand der Bezugspersonen.

war das Verhältnis in etwa ausgewogen. Das ist jedenfalls ein wichtiger Befund, auf den die Konzeption von „ProSeLe“ explizit reagiert - denn bei „ProSeLe“ sollten gerade Menschen mit hohem Hilfebedarf auf der Grundlage von wesentlich höheren Betreuungspauschalen einbezogen werden.

Insgesamt lässt sich – auch unter Einbeziehung der Ergebnisse der Bundesmodellprojekte in Sachen Persönliches Budget (Metzler u.a. 2007; Meyer 2011) – durchaus festhalten, dass auch Persönliche Budgets erhebliche Flexibilisierungspotentiale bieten und damit geeignet sind, partiell Dysfunktionen des bestehenden Leistungssystems der Eingliederungshilfe zu kompensieren. Insbesondere beim Übergang von stationär in ambulant betreute Wohnformen und bei der Stabilisierung von Wohnformen außerhalb stationärer Einrichtungen können sie im Einzelfall dazu beitragen. Allerdings hängt die Wirkung Persönlicher Budgets sehr von den individuellen Lebensumständen und den jeweiligen Lebenskontexten ab. Das lässt sich nur aufgrund einer fallspezifischen Würdigung abschätzen (vgl. Kastl/Meyer 2011). Beispielsweise legt Kastl eine Einzelfallmonographie über zwei Brüder vor, die unter äußerlich sehr ähnlichen Umständen ein Persönliches Budget zur Stabilisierung einer Wohnform außerhalb von Einrichtungsstrukturen erhalten. In Abhängigkeit von der unterschiedlichen biografischen Situation und innerfamiliären Positionierung scheitert das Persönliche Budget in einem Fall, während es im anderen Fall zu einer erstaunlichen Stabilisierung des Wohnstatus und sogar des psychischen Gesundheitszustandes führt (Kastl 2009).

Allerdings muss betont werden, dass die wissenschaftlich dokumentierten positiven Beispiele Persönlicher Budgets überwiegend auf Einzelfallanalysen und sehr kleinen Stichproben beruhen. Das hat zum Einen mit dem Umstand zu tun, dass die Nutzung Persönlicher Budgets in einer – gemessen an den Erwartungen – nachgerade abenteuerlichen Weise hinter den Erwartungen zurück bleibt. Die Gründe hierfür dürften in einer Gemengelage verschiedener Faktoren liegen. Zum Einen ist die Nutzung Persönlicher Budgets strukturell an anspruchsvolle individuelle und lebensweltliche Bedingungen und Ressourcen geknüpft. Sie stellt hohe Anforderungen gerade an eine personenzentrierte und dialogische Hilfeplanung. Zum Anderen ist die rechtssystematische Verankerung, insbesondere die Abhängigkeit vom Sachleistungsrecht und in der Folge die Umsetzung Persönlicher Budgets in Deutschland völlig unbefriedigend. Die Konsequenz sind z.T. hochbürokratische Verfahren bei der Vergabe, Bemessung und Erfolgskontrolle seitens der Leistungsträger, die die angezielten Dispositionsspielräume praktisch zunichte machen, sowie ein erheblicher Missbrauch auf Seiten der Leistungserbringer, die zur faktischen Restauration einer Sachleistungslogik führt (dazu insgesamt Kastl/Meyer 2007, 2011; Schäfers 2010; Schneider 2011).

**3) Das Projekt „Klientenbudget“ in Wiesloch (1996-2004)**

Auf ein wiederum primär auf die Dispositionsspielräume der Leistungs*erbringer* zielendes Budgetmodell greift das Projekt Klientenbudget in Wiesloch zurück. 1996 wurde zwischen dem damals noch existierenden Landeswohlfahrtsverband Baden und dem Sozialpsychiatrischen Hilfsverein Rhein-Neckar ein Projekt über „die modellhafte Gewährung von Eingliederungshilfen gestartet“ (Salize/Horst 2002, S. 2f.). Innerhalb der Projektlaufzeit von acht Jahren (1996-2004) sollte das Ziel einer „maximale(n) Aktivierung der Fähigkeiten der Betroffenen für eine mögliche selbstständige Lebensführung“ (Salize/Horst 2002: 3) erreicht werden. Ähnlich wie bei „ProSeLe“ wurde die Teilnehmerzahl limitiert und auf 30 Personen festgelegt. Der Personenkreis soll dabei mindestens einen einjährigen Aufenthalt auf einer Langzeitstation bzw. im Wohnbereich des Zentrums für Psychiatrie Nordbaden vorweisen und Eingliederungshilfeleistungen bezogen haben.

Wie bei den anderen Budgetformen waren die Erwartungen einerseits auf eine Reduktion von Fallkosten, andererseits auf eine flexibilisierte ambulante Unterstützung gerichtet. Die Eingliederungshilfen wurden auf feste Sätze mit einer jährlichen Degression von 5% vereinbart. Dabei ist absichtlich das Risiko in die Hände des Maßnahmeträgers gelegt worden, der dadurch sowohl Überschüsse als auch Defizite innerhalb der Projektlaufzeit erzielen konnte.

Eine Überprüfung, ob der finanzielle Rahmen im Projektverlauf bedarfsgerecht war, war nicht vorgesehen.[23] Dem Bericht der Begleitforschung lässt sich nicht explizit entnehmen, ob der Leistungserbringer die Klientenbudgets auch als Gesamtbudget verwenden konnte und damit die Möglichkeit zu Quersubventionierungen der Klienten untereinander bestand. Dies darf jedoch aufgrund der Prämisse, dass Überschüsse erwirtschaftet werden konnten, angenommen werden. Eindeutig ist jedoch, dass – daher Klientenbudget – die Klienten selbst nur indirekt von den Flexibilisierungsgewinnen eines Budgets profitieren können.

Die wissenschaftliche Begleitung (2000-2001) untersuchte den „Grad der Integration der Klienten“ und die „Effektivität des Modellvorhabens“ (Salize/Horst: 5). Der Abschlussbericht kommt zu einigen auch für „ProSeLe“ belangvollen Ergebnissen.

Gegenüber einer gemeindepsychiatrisch versorgten Vergleichsgruppe stellen die Autoren deutlich erhöhte Betreuungsbedarfe in den „grundlegenden Versorgungsbereichen Wohnen, Nahrungsmittelversorgung, Tagesstruktur und Freizeit“ fest. Insgesamt im Zentrum stehen vor allem Bedarfe der Selbstversorgung wie „Körperpflege“, „Sauberhalten der Wohnung“, „Nahrungsaufnahme“ oder „Geldverwaltung“. Diese Bedarfsbereiche stellen im Wieslocher Projekt

> „zentrale pädagogisch-rehabilitative Lernfelder der Klienten dar, die eine breite Palette zeitaufwendiger und intensiver betreuungsmaßnahmen nach sich ziehen. Diese gehen z.B. im Bereich Nahrungsaufnahme weit über die bloße Bereitstellung von warmen Mahlzeiten hinaus, sondern bedeuten eine individuell zugeschnittene Anleitung und Hinführung zur Fähigkeit, sich selbst Mahlzeiten zuzubereiten, die das gesamte Spektrum der dazu notwendigen Tätigkeiten (vom Einkauf bis zum Abwasch) umfasst. Hinsichtlich des Problemfelds 'Geldwirtschaft' gehört für jeden Klienten die obligatorische Einrichtung eines Privatkontos und die Vermittlung der Fähigkeit zur Handhabung zu den Projektzielen des Maßnahmeträgers dazu.“ (Salize/Horst 2002: 19)

Ein zentraler Befund bezüglich des Hilfebedarfs besteht in der zunächst überraschenden Feststellung:

> „Die Höhe des gesamten Bedarfsaufkommens blieb trotz der zwischenzeitlichen Dynamik innerhalb einzelner Problembereiche und der Klientenfluktuation über den Beobachtungszeitraum weitgehend konstant.“ (Salize/Horst: 22)

Dem entspricht auch eine weitgehend „kontinuierliche Leistungserbringung“ über den Beobachtungszeitraum hinweg (Salize/Horst 2002: 30). Der Bericht hält des Weiteren fest, dass es zu keiner Überversorgung und nur zu einer geringen Unterversorgung, die jedoch wohl unterhalb bekannter Erfahrungswerte liegen (Salize/Horst 2002: 22), gekommen sei. Im Ergebnis halten die Autoren eine sehr gute bis ausgezeichnete Versorgungslage der Klienten (Salize/Horst 2002: 39) fest. Bei der Zählung der Kontaktanzahl zu Professionellen – die jeweilige Dauer des Kontaktes wurde nicht erhoben – bleiben diese über den Erhebungszeitraum auf konstant hohem Niveau. Es kam in „überraschend geringer Zahl und Dauer“ zu Wiederaufnahmen in den stationären Bereich. Diese liegt unter denen entsprechender Vergleichsgruppen (Salize/Horst 2002: 28).

Dem entspricht, dass sich die von den Autoren erfasste subjektive Lebensqualität in der Gesamtgruppe während des Beobachtungszeitraums steigert. Dies gilt besonders in budget- bzw. leistungsrelevanten Bereichen der „Wohnsituation“, „medizinischer Behandlung“,“Umgang mit der Krankheit“, „Selbstständigkeit im Alltag“, „Selbstwertgefühl“ und „Freizeit“. Im Vergleich mit Daten über Langzeitpatienten aus dem örtlichen Zentrum für Psychiatrie Wiesloch nimmt laut den Autoren die Entwicklung der Lebensqualität der Projektgruppe einen deutlich besseren Verlauf. Wenig durch die Betreuung manipulierbare Lebensquali-

[23] Die wissenschaftliche Begleitung des Wieslocher Klientenbudgets weist explizit daraufhin, dass es die Finanzierung nicht untersuchte bzw. nicht untersuchten sollte. Angesichts des Titels des Abschlussberichtes muss das verwundern. („Versorgungslage und Lebensqualität enthospitalisierter chronisch psychisch Kranker bei Finanzierung durch bedarfsorientierte Pflegesätze“)

tätsdimensionen wie „Zufriedenheit mit dem Sexualleben“, „Familienleben“, „finanzielle Situation“ werden dagegen schlechter bewertet.

Ein zentraler Befund betrifft die dem Budgetmodell zugrunde liegende Vorstellung eines sukzessive sinkenden Versorgungsbedarfs. Diese Vorstellung konnte nicht verifiziert werden. Im Gegenteil zeigt sich ein weitgehend „konstanter Versorgungsbedarf und ein konstantes, aus dem Versorgungsbedarf begründetes Leistungsaufkommen“ (Salize/Horst 2002: 41). Insofern kommt die Begleitforschung zu dem Ergebnis, dass die Projektidee einer degressiven Vergütung nicht der faktischen Entwicklung entspricht. Inwiefern der Träger mit den zur Verfügung stehenden Mitteln auskam oder dennoch einen Gewinn erwirtschaften konnte, wird in der Studie nicht erhoben.

Die Autoren halten eine Ausweitung des Modellkonzepts für denkbar: Dies betrifft insbesondere die zentrale Budgetidee: Herstellung von Planungssicherheit, Schaffung von finanziellen Anreizen und gleichzeitig Flexibilisierung der Handlungsspielräume für die Leistungserbringer. Die erwünschten Verbesserungen der Versorgungsbedingungen für die Leistungsberechtigten sehen die Autoren als gegeben an. Von einer weiteren Anwendung degressiver Kostensätze raten sie – mit Hinblick auf die stabilen Bedarfe - demgegenüber eher ab.

## 3.4 Rahmenbedingungen und Konzept von ProSeLe

***Rahmenbedingungen***
Auch das Projekt „Selbstständig Leben“ gehört zu den Projekten, die versuchen, eine Ausweitung des Ambulantisierungsgrades mit Hilfe eines Budgetkonzeptes zu erreichen. Von den drei dargestellten Varianten – Persönliche Budgets, regionale Budgets, Klientenbudgets – realisiert „ProSeLe“ die dritte Variante und knüpft damit an das Wieslocher Modell an. Dabei wird, trotz der abratenden Empfehlungen des Berichts der Begleitforschung, an der Idee degressiv gestalteter Kostensätze während einer Übergangsphase festgehalten. Explizit wird dabei das Klientenbudget als ein Klienten*gruppen*budget aufgefasst. Außerdem wird das Projektdesign um eine Reihe konzeptioneller Bestandteile (z.B. Sozialraumorientierung, Hilfemix) erweitert.

Das Projekt „Selbstständig leben“ steht auch in anderen Hinsichten mit den in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen historischen, fachlichen und konzeptuellen Entwicklungen in Verbindung.

Das beginnt beim ***historischen Hintergrund der beteiligten institutionellen Akteure***. Projektträger sind die Bruderhausdiakonie mit Sitz in Reutlingen als Leistungserbringer sowie der Landkreis und die Stadt Reutlingen als zuständige örtliche Träger der Sozialhilfe. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass der heutige Landkreis Reutlingen aufs Engste mit wichtigen sozialhistorischen Entwicklungen in Südwestdeutschland verknüpft (Weller 1979: 160 ff.) ist. In Reutlingen und in der Region um Reutlingen finden sich eine Reihe von Komplexeinrichtungen, die alle ihre Wurzeln im 19. Jahrhundert haben und an denen paradigmatisch die neuere Sozialgeschichte solcher Einrichtungen aufgezeigt werden kann.

Das ist zum Einen die Bruderhausdiakonie selbst: neben der Anfang der 1950er Jahre gegründeten GmbH Haus am Berg stellt die auf das Engagement von Gustav Werner in der Mitte des 19. Jahrhunderts zurück gehende Gustav-Werner-Stiftung zum Bruderhaus eine wichtige historische Wurzel der heutigen Bruderhausdiakonie dar. Die ursprüngliche Gründungsidee der Gustav-Werner-Stiftung hatte, wie wir gesehen haben, durchaus Aspekte der Gemeinwesen- bzw. Gemeindeorientierung. Die Institution durchlief in der zweiten Hälfte des 19. und im 20. Jahrhundert die typischen Prozesse der Professionalisierung, Institutionalisierung und funktionalen Differenzierung sozialer Einrichtungen. Die heutige Bruderhausdiakonie lässt sich insofern aus der Sozialgeschichte der Komplexeinrichtungen nicht wegdenken. Zugleich steht sie heute wiederum in vorderer Linie der Deinstitutionalisierungsprozesse im

Bereich der Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe, nicht zuletzt in Gestalt von Projekten wie „ProSeLe“.

Auf der heutigen Gemarkung des Landkreises Reutlingen, dem Gelände des Klosters Zwiefalten, wurde 1812 die erste württembergische „Staatsirrenanstalt“ gegründet. Diese war bis zur Gründung der Heilanstalt Winnenthal über einen Zeitraum von zwei Jahrzehnten auch die einzige. Nach der Gründung von Winnenthal wurden in Zwiefalten insbesondere die Menschen betreut, die man für nicht mehr heilbar hielt. Bereits im 19. Jahrhundert kam es zunehmend zur Schaffung von Arbeitsgelegenheiten und Werkstätten. Auch Zwiefalten ist damit eine der historisch wichtigen Komplexeinrichtungen im Bereich der Psychiatrie. Bis zum heutigen Tag ist Zwiefalten eines der Zentren der stationären baden-württembergischen Psychiatrie, aber auch Träger erster historischer Ambulantisierungs- und Deinstitutionalisierungsimpulse. 1896 wurde in Zwiefalten bereits die Familienpflege eingeführt. Das Zentrum für Psychiatrie in Zwiefalten war auch, zumindest für die „ProSeLe“-Teilnehmer mit einer seelischen Behinderung, in der Vergangenheit immer wieder von Bedeutung als Behandlungsort in akuten Krankheitsphasen.

Darüber hinaus befindet sich in der Region Reutlingen, unmittelbar an den Landkreis angrenzend, eine der ältesten, wenn nicht die älteste Komplexeinrichtung der Behindertenhilfe in Deutschland – das heute sogenannte „überregionale Zentrum für soziale Dienste“ Mariaberg, früher „Mariaberger Heime“ genannt, die Nachfolgeinstitution der 1847 gegründeten Heil- und Erziehungsanstalt für schwachsinnige Kinder. Darüber hinaus gibt es weitere wichtiger Einrichtungen wie beispielsweise die Samariterstiftung. Diese betrieb seit 1928 im ehemaligen Schloss Grafeneck ein Heim für körperbehinderte Menschen, bevor die Nationalsozialisten diese Einrichtung zu einer der ersten Massentötungsanstalten im Rahmen der sogenannten „Euthanasiepolitik“ (T4-Aktion) missbrauchten. Nach dem zweiten Weltkrieg entstand dort erneut eine Wohneinrichtung für behinderte und psychisch erkrankte Menschen. Heute findet sich dort zugleich eine Gedenkstätte für die Opfer des Nationalsozialismus.

Seit dem 19. Jahrhundert spielt also gerade die Region um Reutlingen für die Geschichte von Behindertenhilfe und Psychiatrie in Südwestdeutschland eine wichtige Rolle, mit allen Licht- und Schattenseiten der damit verbundenen historischen Ereignisse und Strukturen. Das wiederum bedingt heute eine besondere Verantwortung und Bedeutung der Akteure im Landkreis bei der fachlichen Weiterentwicklung der historisch überkommenen institutionellen Strukturen. Insofern verwundert es nicht, dass der Landkreis Reutlingen, und zugleich die Träger der Komplexeinrichtungen selbst, sich heute vermehrt der Herausforderung stellen, tragfähige ambulante, dezentrale und möglichst sozialraumbezogene Strukturen in der Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe zu gestalten.

Landkreis wie auch Bruderhausdiakonie gehörten zu den Promotoren des Persönlichen Budgets. Insbesondere in der Jugendhilfe ist eine sozialraumbasierte Leistungserbringung weitgehend realisiert. Im Landkreis Reutlingen existieren tragfähige gemeindepsychiatrische Strukturen, eine personenbezogene Hilfeplanung wird seit Jahren praktiziert. Insgesamt hat der Landkreis Reutlingen eine über dem Landesdurchschnitt liegende Ambulantisierungsquote in der Eingliederungshilfe (Wohnen) vorzuweisen. Das betrifft insbesondere auch die Unterstützung von Menschen mit geistigen Behinderungen. Hinzu kommt ein sehr reges kulturelles Leben in der Stadt Reutlingen, das über die Vernetzung vielfältiger Akteure (z.B. Selbsthilfe und Träger von sozialen Diensten, das örtliche Theater „Die Tonne“, das integrative Café „Kaffeehäusle", das internationale Festival „Kultur vom Rande" sowie die Fakultät für Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg, die ihren Sitz in Reutlingen hat) eine beeindruckende kulturelle Inklusion behinderter und psychisch kranker Menschen ermöglicht. Insofern hat das Projekt „Selbstständig Leben“ auch ein entsprechendes sozialgeschichtliches und sozialräumliches Umfeld.

Der Projektträger auf Leistungserbringerseite, die Bruderhausdiakonie Reutlingen, stellt sich auch in der Gestaltung der internen Strukturen zunehmend diesen Veränderungen. Bereits

2007 – also zeitgleich zum Beginn des Projekts „ProSeLe“ – wurde ein interner Abschlussbericht vorgestellt, in dem „Neue Angebote in der Eingliederungshilfe“ entwickelt wurden. Faktisch handelt es sich dabei um ein ehrgeiziges Konversionsprojekt, das sehr umfassende Konsequenzen aus den fachlichen Prinzipien der Deinstitutionalisierung, der Sozialraumorientierung, der Personenzentrierung und integrierten Versorgung vorzeichnet. Erste Umsetzungsschritte fielen noch in die Laufzeit des Projekts. Dazu gehört etwa die Einrichtung sogenannter „regionaler Unterstützungszentren“. Darunter verstehen die Autoren des Berichts regional verankerte, zumindest im städtischen Raum zielgruppenspezifische soziale Dienste. Diese verstehen sich nicht mehr als „Einrichtung“, sondern als sozialraumbezogene „Task force“, als Team, das auf einen bestimmten Personalpool zurückgreifen kann und das „unterschiedliche Leistungen nach Bedarf in der Region“ (oder auch im jeweiligen Viertel, der Stadt oder dem Ort) erbringt.

> „Zu dieser Arbeitseinheit gehört eine gewisse Anzahl von stationären Wohnplätzen. Im Übrigen werden durch diese Einheit ambulante Betreuungsleistungen unterschiedlicher Art erbracht. Je nach Situation bezieht sich das auch auf pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungen, die entweder mit Kooperationspartnern oder als eigene Leistungen erbracht werden. Wünschenswert ist, dass dazu auch offene und niedrigschwellige Hilfen gehören.“ (BHD 2007: 36)

Diese Entwicklungen folgen denselben fachlichen Prinzipien wie das Projekt „Selbstständig Leben“ und lassen sich so gesehen als dessen organisatorische Entsprechungen ansehen.

Die Bruderhausdiakonie ist heute in fünfzehn Kreisen von Baden-Württemberg vertreten und auch über Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie hinaus in den Feldern der Jugendhilfe, der Seniorenpflege sowie der Benachteiligtenförderung (und damit der beruflichen Bildung) tätig. An „ProSeLe“ waren ausschließlich Dienststellen der Bereiche (Geistig-)Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie im Landkreis Reutlingen beteiligt.

Angebote der Dienststellen in der Sozialpsychiatrie sind in enger Kooperation mit Leistungsträgern und anderen Leistungsanbietern im Rahmen Gemeindepsychiatrischer Verbundstrukturen u.a.:

- Trägerschaft des Sozialpsychiatrischen Dienstes (Ambulante psychiatrische Beratung, Grundversorgung und Soziotherapie)
- pflegerische Hilfen (Sonderpflegedienst: Häusliche psychiatrische Pflege, Fachpflegeheime)
- ambulant und stationär betreute Wohnangebote
- Tagesförderung und Tagesstrukturierung
- Tagesstätte für psychisch kranke Menschen (Kontaktstelle)
- Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung (WfbM/Arbeitsplätze in Hauswirtschaft und Gärtnerei)
- betreutes Wohnen in Gastfamilien
- Trägerschaft gemeindepsychiatrisches Zentrum
- tagesstrukturierende Angebote für Senioren
- psychiatrische Familienpflege
- sonstige offene Hilfen

Angebote der Dienststellen in der Behindertenhilfe sind u.a.:

- ambulant und stationär betreute Wohnangebote, einschließlich Wohnen in der Gemeinde in Wohngruppen und Wohnen in Gastfamilien
- pflegerische Hilfen für Menschen mit Behinderung
- Tagesstrukturangebote für Senioren mit einer geistigen Behinderung
- offene Hilfen im Bereich kultureller Teilhabe und familienentlastende Dienste
- individuell abgestimmte Assistenz- und Beratungsangebote
- Assistenzplanung und Assistenzvermittlung
- Förder- und Betreuungsgruppen (Tagesstruktur)

- Trägerschaft von Werkstätten für behinderte Menschen (Landwirtschaft)
- Trainingswohnen
- Leistungen im Rahmen Persönlicher Budgets

Alle genannten Dienste bieten sowohl ambulante wie stationäre Wohnmöglichkeiten an. Sie kooperieren mit Werkstätten für behinderte Menschen bzw. mit Anbietern von anderen Tagesstrukturleistungen ebenfalls unter der Trägerschaft der Bruderhausdiakonie bzw. bieten solche Leistungen selbst an.

***Konzept „ProSeLe“***
Das Projekt „Selbstständig Leben“ formuliert auf verschiedenen Ebenen eine Reihe von Zielen, die zum einen an die Ambulantisierungsdiskussion in der Bundesrepublik anknüpfen, zugleich aber auch sehr spezifische Problematiken der Ausgestaltung der Leistungsformen in der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg aufgreifen. Die für das Projekt maßgebliche „Leistungs- und Vergütungsvereinbarung“ formuliert als Hauptziel des Projekts

> „Menschen mit einer geistigen oder einer seelischen Behinderung, die bereits Eingliederungshilfe durch den Landkreis bzw. die Stadt Reutlingen erhalten und bisher stationär von der Bruderhausdiakonie betreut werden, durch eine intensive, flexible ambulante Betreuung dabei zu unterstützen aus der Rolle des Heimbewohners heraus zu finden und in eine eigenverantwortliche und möglichst selbstständige Lebensführung zu begleiten.“

Damit verbundene Projektziele ***auf der institutionellen Ebene*** sind laut Projektstatuten:

- der Ausbau des Anteils von ambulanten Hilfen in der Eingliederungshilfe,
- der Abbau von stationären Eingliederungshilfeplätzen in der Größenordnung der Anzahl der Projektteilnehmer,
- Flexibilisierung der Hilfeformen in der Eingliederungshilfe im Landkreis Reutlingen,
- Erprobung eines Hilfemix von Fachkräften, Hilfskräften und ehrenamtlichen Helfer/-innen unter Einbezug von Ressourcen im Gemeinwesen,
- Beitrag zur Senkung von durchschnittlichen Fallkosten in der Eingliederungshilfe.

sowie auf der ***individuellen Ebene der Teilnehmer/-innen:***

- Erreichen eines höchstmöglichen Maßes an Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, mit entsprechender Integration in das Gemeinwesen,
- Unterstützung der Selbstständigkeit und der eigenen Handlungskompetenz,
- Verhütung, Milderung oder Beseitigung der Behinderung, Bewältigung der Auswirkungen der Behinderung,
- Förderung der Wahrnehmung der Bürgerrolle und der Entscheidungsfähigkeit (Selbstbestimmung).

Was die ***fachliche Orientierung*** betrifft, so knüpft „ProSeLe“ damit an den bereits referierten Diskussionsstand der Deinstitutionalisierungs- und Ambulantisierungsdiskussion an und greift die fachlichen Prinzipien der Sozialraumorientierung, Personenzentrierung und integrierten Versorgung auf. Zugleich klingen die im Umfeld der Einführung des SGB IX als „Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe“ apostrophierten ***sozialrechtlichen und ethischen Prinzipien*** der Förderung größtmöglicher Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sowie der größtmöglichen gesellschaftlichen Teilhabe behinderter Menschen an (Integration *und* Inklusion, vgl. dazu Kastl 2010: 178 ff.).

Das Konzept beinhaltet aber ausdrücklich auch ein Effizienzziel: mit dem Einsatz möglichst geringerer ökonomischer Mittel als in der stationären Ausgangsphase soll eine höhere Lebensqualität für die Klienten erreicht werden. Es wird angestrebt, auch Klienten mit komplexeren und höheren Unterstützungsbedarfen einzubeziehen. Die Entscheidung darüber, welchen Klienten ein Angebot zur Teilnahme gemacht werden sollte, unterlag der einvernehmli-

chen Aushandlung durch den zuständigen Leistungsträger (Kreissozialamt des Landkreises Reutlingen bzw. Sozialamt der Stadt Reutlingen) und dem bisherigen stationären Leistungserbringer (Bruderhausdiakonie).

Kennzeichnend für das Projekt ist dessen ***Finanzierungskonzept***. Dieses Finanzierungskonzept soll im Vergleich zur konventionellen, an Leistungstypen orientierten Hilfeerbringung eine höhere Flexibilität und sozusagen auf die Bedürfnisse der einzelnen Klienten hin „maßgeschneiderte“ Hilfeerbringung durch eine Budgetbildung ermöglichen. Die Vorstellung ist dabei, dass die Bedarfe am Anfang des Prozesses noch sehr hoch sein können und erst im Laufe des Projektes absinken – im Zuge der Stabilisierung eines ambulanten Unterstützungssettings und durch Selbstständigkeitsgewinne der Teilnehmer. Daher wird mit einer, aus dem stationären Kostensatz der Teilnehmer abgeleiteten, Betreuungspauschale eingestiegen, die sukzessive verringert wird.

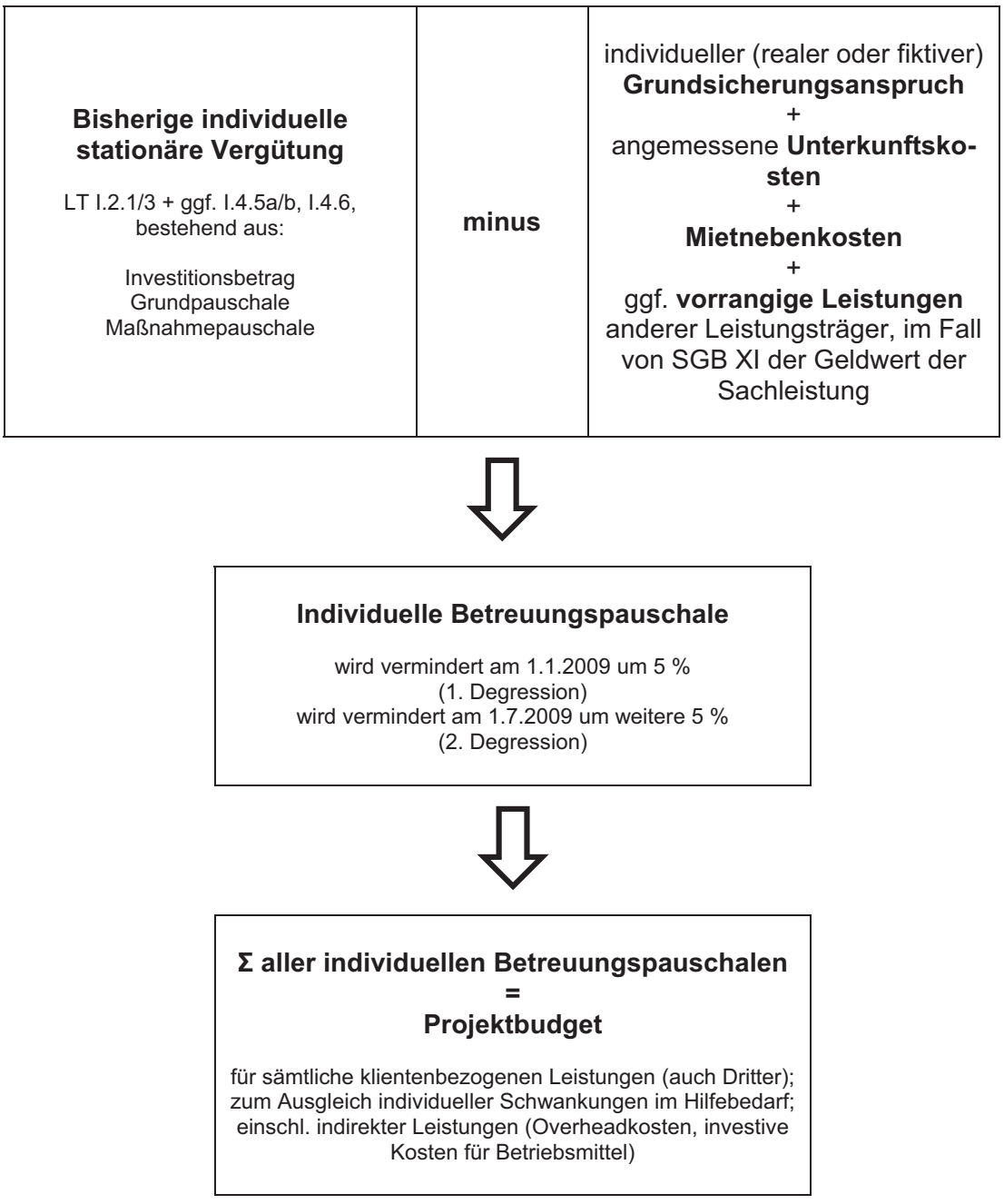



Abbildung 1: Bildung des Projektbudgets

Das Finanzierungskonzept beinhaltet auf der Basis der bisherigen stationären Kostensätze zunächst die Bildung einer individuellen Betreuungspauschale auf der Grundlage der Einstufung in der stationären Betreuung zu Beginn des Projekts. Davon werden der Betrag der ggf. zustehenden Grundsicherung, die angemessenen Unterkunftskosten und die Mietnebenkosten sowie ggf. vorrangige Leistungen anderer Leistungsträger abgezogen (vgl. Abbildung 1).

Die Summe der individuellen Betreuungspauschalen bildet ein Gruppen- bzw. Projektbudget. Mit diesem Projektbudget sollen alle notwendigen Leistungen für die Teilnehmer insgesamt abgedeckt werden, auch individuelle Schwankungen im Hilfebedarf sollen ausgleichbar sein.

Als Ziel des Projekts wird auch die Flexibilisierung der Hilfeformen der Eingliederungshilfe genannt. Es wird in der Projektvereinbarung ausdrücklich Bezug genommen auf die fachlich unstrittige, politisch aber hochkontroverse Notwendigkeit der zukünftigen Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe. Die dargestellte Leistungstypensystematik des Landesrahmenvertrags soll im Rahmen von ProSele – mit Ausnahme der Leistungen in einer WfbM (Leistungstyp 4.4) – keine Anwendung finden. Vielmehr können, sofern die übergeordnete Zielbestimmung der Eingliederungshilfe eingehalten wird, aus den Erfordernissen des Einzelfalls heraus notwendige Ausgaben ohne weitere Genehmigung seitens des Leistungsträgers getätigt werden (z.B. eine Honorierung der Leistungen Dritter, Aufwandsentschädigungen für Ehrenamtliche, Unterstützung in Form von Sachmitteln, Ausgaben für kulturelle oder Freizeitaktivitäten).

Die Grundannahme des Projekts besteht darin, dass sich im Maße einer zu erwartenden Verselbstständigung, Erhöhung sozialer Teilhabe sowie Einbeziehung externer Hilfeerbringung der individuelle Unterstützungsbedarf im Durchschnitt vermindert. Die individuellen Betreuungspauschalen werden deshalb in zwei Schritten abgesenkt: zum 1.1.2009 um 5 % und zum 1.7.2009 um weitere 5 %. Gegenüber dem Jahr 2008 beträgt die Gesamtdegression im Jahr 2009 rund 7,4%. In dieser Degression ist allerdings weder ein Anteil für steigende Personalkosten noch ein Inflationsausgleich enthalten. Das bedeutet: wenn beispielsweise die Personalkosten 2009 wie geschehen um 8% steigen, muss von einer Realdegression von 15,4% ausgegangen werden.

Das Finanzierungskonzept von „ProSeLe“ beinhaltet, unter der Voraussetzung eines optimalen Verlaufs, die folgenden Implikationen:

> (1) Die Absenkungen des Budgets (2 x 5 %) sowie ggf. die Differenz der Vergütungen in der Projektlaufzeit und nach Beendigung des Projekts können aus Selbstständigkeitsgewinnen bzw. durch die Einbeziehung alternativer Formen der Hilfeerbringung sozusagen gegenfinanziert werden.
>
> (2) Das Gruppenbudget als Ganzes deckt den Bedarf der Gruppe während des Projektverlaufs. Dahinter steht die Unterstellung, dass die stationären Kostensätze zwar nichts über den Einzelbedarf aussagen, aber doch über den Bedarf der Gesamtgruppe. Erwartbar wäre insofern im Idealfall eine Null-auf-Null-Bilanz des Gesamtprojekts.

Die zweite Annahme steht in engem Zusammenhang mit der bereits oben dargestellten Umstellung des stationären Vergütungssystems auf Hilfebedarfsgruppen im Jahr 1999 (siehe Abschnitt 3.2). Wenn man so will, handelt es sich bei der im Gefolge des Rahmenvertrags von 1998 praktizierten stationären Finanzierung schon um eine Art Gruppenbudget, das von vorne herein auf die Quersubventionierung der Kosten höherer Hilfebedarfsgruppen durch die „Erträge“ niedriger Hilfebedarfsgruppen angelegt war. Deshalb ist die Projektbedingung eines *Gruppen*budgets bei „ProSeLe“ eine logische Konsequenz. Insbesondere bei Teilnehmern mit hoher Hilfebedarfsgruppe ist geradezu zu erwarten, dass Quersubventionen nötig werden. Die Annahme einer Null-auf-Null-Bilanz ist allerdings folgerichtig nur dann zu halten, wenn die Verteilung der Hilfebedarfsgruppen der Teilnehmer von „ProSeLe“ auch die der stationären Klientel die Einrichtung insgesamt wiederspiegelt. Ist sie nach oben verschoben, sind Defizite zu erwarten. Ist sie nach unten verschoben, sind Überschüsse zu erwarten.

## 3.5 Methoden der wissenschaftlichen Begleitung von ProSeLe

Die zentrale Funktion der wissenschaftlichen Begleitforschung von „ProSeLe“ bestand darin, Verlauf und Ergebnis des Projektes im Hinblick auf die dargestellten konzeptuellen Zielvorstellungen zu analysieren und zu bewerten. Zur Überführung dieser Funktion in eine wissenschaftliche Fragestellung und Vorgehensweise gehen wir von vier, der Projektformulierung zugrunde liegenden und hier modellhaft zugespitzten, idealtypischen „Generalhypothesen“ des Vorhabens aus, die es mit wissenschaftlichen Mitteln zu überprüfen gilt:

**(1) Durch**
- **eine zunehmende Verselbstständigung,**
- **die Differenzierung der professionellen Hilfen,**
- **die aktive Erschließung des kommunalen Sozialraums,**
- **die Einbeziehung eines lebensweltlichen sozialen Umfeldes**

**kann die Abhängigkeit der Klienten von institutionalisierter Hilfeerbringung zunehmend minimiert werden.**

**(2) Individuelle Kompetenzzuwächse und/oder steigende Inklusion und Sozialintegration treten (partiell) an die Stelle institutioneller und professioneller Hilfeerbringung.**

**(3) Dadurch und durch die gleichzeitig erfolgende Differenzierung der professionellen Hilfen (Hilfemix) lässt sich – auf die Gesamtgruppe oder auch die Individuen bezogen – eine sukzessive Kostenreduktion (Degression und Übergang in den ambulanten Status) ermöglichen.**

**(4) Zugleich ist damit eine Erhöhung der Lebensqualität für die Klienten im Sinne größerer Selbstbestimmung, Teilhabe und größeren Wohlbefindens verbunden.**

Diese Überprüfung setzt die Erfassung sehr unterschiedlicher Indikatoren und die Integration sehr unterschiedlicher Betrachtungsweisen voraus. Insgesamt geht es darum, einen zeitlichen Prozess von mehreren Jahren zu dokumentieren und darin die Veränderung von objektiven Parametern zu operationalisieren – wie etwa Form und Umfang der Hilfeerbringung, Einbettung in das soziale Umfeld, Umfang und Entwicklung der Kosten, Wohnform(en).
Zum anderen gehen in die Evaluation des Prozesses eine Fülle von Variablen ein, die notwendigerweise auf den Wahrnehmungen, Perspektiven und Werturteilen aller am Projekt Beteiligten beruhen: der betroffenen Menschen selbst, der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und nicht zuletzt auf unseren eigenen. Dies betrifft für die Beurteilung des Erfolgs zentrale Aspekte wie beispielsweise „Lebensqualität“, „Selbstbestimmung“, „Teilhabe“, „Wohlbefinden“. Es trifft insbesondere auf die für das Projekt ebenfalls zentrale sozialrechtliche Kategorie „Hilfebedarf“ zu. Die Begleitforschung versucht dieser Komplexitätsproblematik prinzipiell mit einer Kombination verschiedener Datenerhebungs- und Datenauswertungsmethoden zu begegnen. Insbesondere geht es dabei um eine Kombination sogenannter quantitativer, also messend-standardisiert vorgehender Methoden und qualitativer, also nicht-standardisierend-interpretativ vorgehender Methoden.

Zu ersteren zählen die Dokumentation und Analyse der Fallkosten sowie der demographischen Daten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Erhoben werden Formen und Umfang der Hilfeerbringung, der Kontakte (als Indikatoren für die sozialräumliche Integration) und der Einschätzungen des Hilfebedarfs. Zu zweiteren zählen offene, narrative (biografische) und problemfokussierte Interviews mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Gruppendiskussionen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Die Teilnehmer konnten für jede Erhebungsform getrennt ihr schriftliches Einverständnis zur Mitwirkung erklären oder vorenthalten. So war eine Teilnehmerin zwar bereit, bei der standardisierten Dokumentation mitzuwirken, nicht aber für Interviews zur Verfügung zu stehen, bei einer anderen Teilnehmerin war es genau umgekehrt. Den Teilnehmern wurde außerdem eine von der Begleitforschung unterzeichnete Erklärung über die anonymisierte Verwendung von Daten und Zitaten ausgehändigt. Alle Eigennamen von Personen und Orten werden demnach verändert, auch sonstige Angaben, die zu einer Identifizierung durch Außenstehende führen können, werden abgeändert.

Im Einzelnen wurden die nachstehenden Methoden der Datenerhebung eingesetzt.

***Quartalsdokumentation***
In Zusammenarbeit mit den vier beteiligten Dienststellen und der Projektlenkungsgruppe wurde im Jahr 2008 das standardisierte Dokumentationssystem erstellt. Für die damit verbundene Prozessdokumentation waren die sogenannten „koordinierende Bezugspersonen" der Klienten zuständig. Diese waren in der Regel während des ganzen Projektverlaufs die primären Ansprechpartner und Vertrauenspersonen für die Klientinnen und Klienten. Sie übernahmen den Hauptteil der praktischen Unterstützung im Alltag und waren zugleich für die Koordination weiterer Hilfen zuständig. Jeweils zum Ende jedes in die Projektlaufzeit fallenden Quartals wurde ein Bogen ausgefüllt und an die Begleitforschung weitergeleitet. Zuvor wurde das Einverständnis aller Teilnehmer abgefragt, an einer solchen Erhebung teilzunehmen. 24 von 25 Klienten erklärten sich dazu bereit. Mit dem Einverständnis für die Weitergabe persönlicher Daten an die Begleitforschung ging eine Anonymitätszusage einher. Diese besagte, dass sämtliche veröffentlichte Angaben von der Begleitforschung nur in anonymisierter Form wiedergegeben werden darf. Die standardisierte Dokumentation besteht aus drei Teilen:

1.) Einem Ersterhebungsbogen (Bogen A). Hierin werden (soziodemografische) Angaben zur Person abgefragt, wie Geschlecht, Familienstand, höchster erreichter Schulabschluss, Angaben zur Wohn- und Arbeitssituation, zu Sozialleistungen, Gründe für den Eintritt in „ProSeLe", Zielvorstellungen der Klienten und ihrer koordinierenden Bezugsperson u. a.. Dieser Teil der standardisierten Dokumentation wurde zu Beginn des Projekts erhoben.

2.) Einer Verlaufsdokumentation (Bogen B, siehe Anhang). Hierbei werden Angaben zu Veränderungen in der Situation der Klienten, zum Entwicklungsverlauf und Zielvorstellungen der Klienten, zu sozialen Netzwerken und Freizeitgestaltung, zur Einstellung zum Klienten aus der Sicht der koordinierenden Bezugsperson und zur Kritik am Projektverlauf abgefragt.
3.) Einer Dokumentation über den Hilfebedarf und seine Deckung im Einzelnen (Bogen C, siehe Anhang): Aktivitäten – Teilhabebereiche – Hilfeerbringung. Dieser Teil der standardisierten Erhebung beinhaltet auch Kontaktzeiten bezüglich der Hilfeerbringung am Klienten. Im Anschluss werden mittels eines ICF-basierten Systems Angaben über den Hilfebedarf und der Hilfeerbringung für insgesamt 35 ausgewählte Bereiche abgefragt.

Zum Teil wurden die Bögen auch mit den Klienten gemeinsam ausgefüllt, so dass deren Perspektive direkten Eingang finden konnte. Der Erhebungszeitraum der Quartalsdokumentation erstreckt sich vom 1. Januar 2008 bis ein Quartal nach dem Ende des Projekts – also bis zum 1. Oktober 2010. In die Analysen finden insgesamt elf Quartale Eingang.

***Biografische und themenfokussierte Interviews mit den Klienten***
Zu drei Zeitpunkten (Mai/Juni 2008, November/ Dezember 2009 und November 2010 bis Februar 2011) wurden leitfadengestützte Interviews mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die dazu bereit waren, durchgeführt. Hierzu erklärte sich eine weitere Teilnehmerin nicht bereit. Die Interviews wurden mit Einverständnis der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgenommen und größtenteils zu einem späteren Zeitpunkt vollständig transkribiert. Die Länge der Interviews variierte dabei beträchtlich zwischen einer und drei Stunden.

Die Interviews waren insgesamt bewusst offen und möglichst im Charakter eines Alltagsgesprächs gehalten. Es sollte dabei möglichst die Lebenssituation und der Verlauf vor Eintritt in die stationäre Wohnsituation angesprochen werden sowie die weiter gehende biografische Perspektive. In der Praxis vermischte sich diese Thematisierung der biografischen Dimension der Wohnsituation sehr häufig mit den Folgegesprächen, in denen der Projektverlauf – die Wohnsituation, die Zufriedenheit mit der Wohnsituation und der Hilfeerbringung sowie die soziale und persönliche Entwicklung – im Vordergrund stehen sollte. Bei einem Teil der Interviews wurde außerdem eine durch die Befragten moderierte Wohnungsführung angeregt, um etwas über Nutzung, Sich-Einrichten und die subjektive Wahrnehmung („Wohngefühl") zu erfahren. Sehr oft wurden biografische Details auch erst in diesen späteren Gesprächen thematisiert oder ergänzt.

Methodisch waren die Gespräche damit als eine Mischform von biografischem Interview und themen- bzw. (problem)fokussiertem Interview konzipiert. Einem bewusst sehr offen gehaltenen Erzählstimulus am Anfang der Gespräche (z.B. „Wie kam es eigentlich dazu, dass Sie jetzt hier wohnen?" „Können Sie mir ein bisschen dazu erzählen, wie Sie früher gewohnt haben?" „Erzählen Sie mir ein wenig über das letzte halbe Jahr?") folgt im Idealfall eine längere Erzählung der Klienten, anhand derer dann Nachfragen erfolgen. Erst in der Mitte und gegen Ende des Gesprächs erfolgen gezielte Nachfragen zu spezifischen Themen und Problemstellungen (Hilfeerbringung, soziale Netzwerke, Zufriedenheit mit der Wohn- und Betreuungssituation, biografische Zukunftsperspektiven u.a.). Nach Abschluss der Gespräche dokumentierten die Interviewer jeweils spontane Eindrücke vom Gesprächsverlauf, der Gesprächssituation sowie eine Beschreibung der Wohnung . Diese Beschreibungen wurden dann zusammen mit den Interviews vollständig oder teilweise transkribiert.

***Gespräche/Interviews/Gruppendiskussionen mit den koordinierenden Bezugspersonen***

In (auch telefonischen) Gesprächen mit koordinierenden Bezugspersonen und Dienststellenleitern wurden laufend Rückfragen zur Dokumentation geklärt. Dabei wurden auch Themen wie der Verlauf des Projekts, die Situation und die Entwicklung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie mögliche Kritik am Projekt(verlauf) eruiert. Es kam im Projektverlauf insgesamt zu drei Gruppendiskussionen an den Dienststellenstandorten, an denen die jeweiligen koordinierenden Bezugspersonen sowie die Dienststellenleitungen teilnahmen. Gegenstand dieser Gruppendiskussionen war die Reflexion des Gesamtverlaufs des Projekts und der Verläufe bei den einzelnen Klienten. Der Fokus lag des Weiteren auf den Besonderheiten und Veränderungen der Arbeitsweise und Arbeitsorganisation (wo dies zutraf), insbesondere auch im Spannungsfeld zwischen ambulanter und stationärer Arbeit sowie auf den Veränderungen im professionellen Selbstverständnis und der Interaktion mit den Klienten.

***Erhebung der Ausgaben***

Die Bezugsmitarbeiter dokumentierten auf eigens dafür geschaffenen Formularen laufend und fallweise den zeitlichen Betreuungsaufwand, ggf. auch für Leistungen von Dritten. Auf dieser Grundlage wurden von der Verwaltung der Bruderhausdiakonie die monatlichen Ausgaben pro Fall dokumentiert und der Begleitforschung zur Auswertung zur Verfügung gestellt.

***Erhebung der eingesetzten Arbeitsmethoden***

Zusätzlich zu der laufenden Quartalsdokumentation wurden für zwei Phasen (1.1.2008-30.9.2009 und vom 30.10.2009 bis 30.6.2010) mit einem separaten Formular die eingesetzten Methoden der Sozialraumerschließung abgefragt.

***Methoden der Datenauswertung***

Die Datenauswertung bediente sich bei den standardisierten Daten der üblichen univariaten, bivariaten und multivariaten Analyseverfahren (Häufigkeitsauszählungen, Bildung von Indices, Kreuztabellen, Mittelwert(svergleiche), Faktoren-, Cluster-Analysen). Diese werden dann bei der Ergebnispräsentation jeweils erläutert. Zu berücksichtigen ist, dass nicht immer

die Personen als Fälle behandelt wurden, sondern teilweise auch Quartale (nach Personen) bzw. – im Falle der Auswertung der Kostenrechnungen – auch Kosten pro Fall/Monat, so dass es in diesen Fällen zu einer erheblichen Erhöhung der Fallzahlen kommt.

Die Auswertung der Ausgabenbilanzen wird im entsprechenden Kapitel im Detail beschrieben. Die Zeitreihen der Fallkosten wurden mit Hilfe der Methode gleitender Durchschnitte sowie mit einer linearen Trendfunktion (Regressionsgerade) typisiert.

Es versteht sich, dass auch die statistischen Verfahren fallrekonstruktiv eingesetzt werden, d.h. es geht um die Deskription und Analyse der Merkmale der Gruppe der ProSele-Klienten und nicht etwa darum repräsentative Aussagen über Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen schlechthin zu machen.

Die Auswertung der qualitativen Daten (Interviews, Gruppendiskussionen) bedient sich einer heute fachlich etablierten Kombination der sequenzanalytischen Erschließung von Schlüsselstellen (dazu Deppermann 2008: 53 ff., Wernet 2006) mit einem kategorisierenden Vorgehen (Bildung von Kodes/Kategorien, dazu Corbin/Strauss 1996). Ein kategorisierendes Vorgehen wurde gleichfalls bei der Erschließung der Antworten auf offene Fragen in der Quartalsdokumentation angewendet. Zum Teil wurde dabei die Software Maxqda benutzt (Kuckartz 2005).

Die Auswertung der biografischen Daten folgt einem bereits in Kastl (2009: 74 ff.) vorgestellten, an der Fakultät für Sonderpädagogik in Anknüpfung an Martin Schmeiser entwickelten Verfahren der Erstellung von biografischen Anamnesen. Dabei wird zunächst das ganze für einen Fall vorliegende Material gewissenhaft auf zeitlich datierbare Informationen bzw. Daten mit biografischem Bezug hin untersucht (ggf. unter Verwendung von lebensphasenbezogenen Kategorien). Damit wird in einem ersten Schritt eine sogenannte biografische Agenda angefertigt, in der alle chronologisierbaren Daten sequentiell geordnet verzeichnet werden. In einem zweiten Schritt wird unter Verwendung von Originalzitaten aus den Interviews eine biografische Anamnese verfasst, in der nach bestimmten Darstellungsregeln (Sprache des Falls, Verwendung des kontinuierlichen Präsens, Trennung von Deskription und Analyse) eine Einbeziehung der subjektiven Perspektivik erfolgt. Aus dieser Analyse entstand in verschiedenen Arbeitsschritten für jeden Fall eine kondensierte und nach systematischen Gesichtspunkten geordnete Kurzvignette, wie sie sich in Teil III finden. Zum Teil wurden sogenannte Verlaufskurven erstellt. In einem vierten Schritt wurde mit der Methode der Fallkontrastierung eine einfache Typologie von biografischen Verläufen gebildet (dazu Strauss/Corbin 1996; Kelle/Kluge 1999).

Insgesamt soll mit den verschiedenen eingesetzten Methoden eine Perspektivenvielfalt (Methodentriangulation, vgl. dazu Flick 2008) erzeugt werden, die sozialräumliche und biografische Sichtweisen mit rehabilitationswissenschaftlichen Fragestellungen verbindet.

## 3.6 Methoden, Handlungsfelder und ihre Relevanz bei der Begleitung und Unterstützung der Teilnehmer von ProSeLe

Von zentraler Bedeutung für das Projekt „Selbstständig Leben“ ist die Erschließung lebensweltlicher Ressourcen und Teilhabebereiche für die Klienten und damit die Anknüpfung an das Konzept der Sozialraumorientierung. Es wurde bereits gesagt, dass die Kategorie der Sozialraumorientierung auch in der Deinstitutionalisierungsdiskussion eine erhebliche Rolle spielt, aber vieldeutig verwendet wird. Im Zusammenhang von „ProSeLe“ liegt der Schwerpunkt auf einem lebensweltlichen und weniger administrativ-planerischen Verständnis von Sozialräumlichkeit.

Die Bedeutung eines sozialräumlich orientierten Zugangs liegt in der Sozialarbeit und Sozi-

alarbeitswissenschaft insbesondere in der Bedeutung von zwei Prinzipien, die jeweils eine diagnostische wie eine handlungsleitende Seite haben:

- die Beachtung und Einbeziehung vorliegender sozialräumlich verankerter Handlungsressourcen (Ressourcenorientierung und Ressourcenaktivierung)
- deren Verankerung in spezifischen sozialen Netzwerken (Netzwerkorientierung bzw. Netzwerkaktivierung).

Eine sozialräumlich orientierte Betrachtungsweise stellt sich also immer die Frage: Welche Handlungsmöglichkeiten sind einem Menschen im Alltag „zugänglich"? Und wie könnte man das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten, die ihm „zugänglich" sind, möglichst ausweiten? Diese „Zugänglichkeit" ist zugleich eine räumliche Kategorie (Wo „steht" der Mensch? Von wo aus agiert er? Wie kommt er zu etwas? Was ist für ihn erreichbar?) wie auch eine soziale Kategorie (Welche sozialen Kontexte, Beziehungen stehen ihm „offen", „zur Verfügung", wer ist für ihn „erreichbar"? Zu wem hat er „Kontakt"?).

Von vorne herein spielte und spielt deshalb im Projekt „ProSeLe" die Einbeziehung und Aneignung sozialraumbezogener Formen sozialer Arbeit eine wichtige Rolle. Dies war und ist Gegenstand einer Reihe von Fortbildungen und Veranstaltungen der Bruderhausdiakonie, sowie angeregter Diskussionen in den verschiedenen Gremien, die sich mit dem Projekt beschäftigen. Als hilfreich stellte sich in diesem Zusammenhang der Rückgriff auf einige Kategorien und methodische Anregungen von Frank Früchtel, Wolfgang Budde und Gudrun Cyprian in ihrem zweibändigen Lehrbuch „Sozialer Raum und Soziale Arbeit" (Wiesbaden 2007) heraus.

Sozialraumarbeit wird dabei in vier Handlungsfelder unterteilt, die sich unterscheiden durch ihren Grad der Institutionalisierung bzw. des Organisations- und Anonymitätsgrads bezogen auf die persönliche Lebenssphäre des betreffenden Individuums. Alle vier Bereiche sind aber von Bedeutung für die Frage der gesellschaftlichen Partizipationsmöglichkeiten und der Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Individuen in einem gegebenen sozialräumlichen Kontext. Sie sind damit Bezugspunkte von Sozialarbeit.

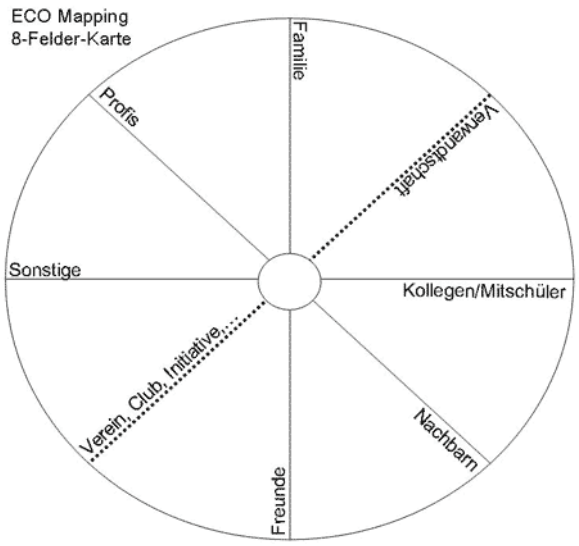



Abbildung 2: Eco-Mapping – ein Ausfüllschema[24]

[24] siehe Wolfgang Budde, Frank Früchtel: Eco-Maps und Genogramme als Netzwerkperspektive. URL: http://www.sozialraum.de/eco-maps-und-genogramme-als-netzwerkperspektive.php, Datum des Zugriffs: 05.05.2010

Im Einzelnen handelt es sich dabei um die Bereiche

- **S**ozialstruktur (z.B. im Rahmen kommunaler Sozialpolitik),
- **O**rganisationen (z.B. als Weiterentwicklung derselben),
- **N**etzwerke (z.B. als Stadtteilarbeit oder auch in der Erschließung und Nutzung der Angebote im Stadtteil)
- das **I**ndividuum selbst (als fallspezifische Sozialarbeit).

Es geht dabei – immer bezogen auf einen konkreten Fall – darum, sich über bereichsspezifische Strukturen und Ressourcen klar zu werden, diese bewusst zu machen und notfalls zu erschließen, um Handlungsspielräume und Teilhabekontexte für die betreffenden Individuen auszuweiten. Die Autoren sprechen dabei auch vom sogenannten „SONI"-Schema (S für Sozialstruktur, O für Organisationen, N für Netzwerke und I für Individuen).

Frank Früchtel u.a. haben in einem instruktiven Materialienband eine Vielzahl von alltagstauglichen Methoden für die praktische Sozialarbeit entwickelt, die in das Projekt „ProSeLe" einbezogen und darin angewendet wurden.

Ein Beispiel stellt das in der praktischen Jugendhilfe entwickelte, sogenannte „Eco-Mapping" dar. Hierbei handelt es sich um eine Kartierungsmethode von sozialen Netzwerken, die gemeinsam mit Klienten und Klientinnen nutzbar ist. Ein Kreis mit dem Individuum (bzw. seinem Namen) im Mittelpunkt symbolisiert den „Kosmos" der sozialen Beziehungen eines Individuums. Verschiedene Segmente stehen für verschiedene Kategorien solcher Beziehungen („Familie", „Freunde", „Kollegen", „Profis"). Zudem kann über die Entfernung vom Mittelpunkt abnehmende oder zunehmende Distanz/Vertrautheit zum Ausdruck gebracht werden (Vgl. Abbildung 2).

Beide Methoden wurden von den koordinierenden Bezugspersonen der Klienten von „ProSeLe" in verschiedenen Abwandlungen bezüglich der graphischen Gestaltung und des jeweiligen Settings verwendet. Die Ergebnisse gingen zugleich immer wieder in die Quartalsberichterstattung der Begleitforschung mit ein, in der ebenfalls nach den sozialen Beziehungen der Klienten gefragt wurde. Methoden der Sozialraumerschließung wurden außerdem für die verschiedenen Ebenen des SONI-Schemas von den Mitarbeitern dokumentiert und bewertet.

| Bezugspersonen Name: | Funktion/Rolle z.B. Nachbar, Onkel, Vereinskollege, Freund, Mitschüler…) | Bereiche der Unterstützung, z.B. Haushalt, Kinder, Schule, Behörden… | Art der Unterstützung | | | | Nähe der Beziehung + ++ +++ | Kontaktfrequenz + ++ +++ | Alter der Beziehung (Jahre) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Mitarbeit + ++ +++ | emotional + ++ +++ | Information, Connections, Vitamin B + ++ +++ | (kritisches) Feedback + ++ +++ | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | … |

Abbildung 3: Netzwerkkarte – Schema (nach Budde/Früchtel, siehe FN 24)

Die Netzwerkkarte ist eine Tabelle, in deren Zeilen Personen eingetragen werden können, die für die Klienten wichtig sind. Diese Personen können nach verschiedenen Kategorien und Dimensionen (Spalten) typisiert werden, wie zum Beispiel Art und Ausmaß möglicher Unterstützung, Nähe der Beziehung, Häufigkeit des Kontakts usw. (Vgl. Abbildung 3).

Die wissenschaftliche Begleitforschung hat während des Projektverlaufs zweimalig mit Hilfe eines Formulars die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Relevanz der in dem SONI-Modell von Budde/Früchtel abgefragten Ebenen der Sozialraumarbeit für den jeweiligen Klienten und ihre persönliche Arbeit mit ihm befragt und anhand einer Skala von 0 (=ohne Relevanz) bis 3 (=sehr relevant) bewerten lassen. Das Ergebnis zeigt Abbildung 4.

Die Bedeutung der einzelnen Handlungsfelder („SONI“) für die jeweiligen Klienten ist einer der zentralen Punkte bei der Betrachtung der Sozialraumarbeit. Bei „ProSeLe“ war erwartungsgemäß die Ebene des Individuums (Herausfinden und Fördern individueller Ressourcen) besonders bedeutsam. Sie wurde von den Mitarbeitern durchweg für relevant und sehr relevant gehalten (0= nicht 3=sehr relevant für Klienten; vgl. Abbildung 4).

Auf der Ebene der Netzwerke stechen besonders die Erschließung sozialer Ressourcen (1,7) und sonstige (potenzielle) Netzwerke (1,9) hervor. Sonstige Netzwerke sind nach Angaben der Mitarbeiter vor allem die Familie, Freunde und Kollegen bei der Arbeit.

Im Bereich der Organisation und Infrastruktur erreicht der Mittelwert im Handlungsfeld Erschließung von Selbstversorgung (Einkaufsmöglichkeiten), den höchsten Wert (2,6). Dies kann man darauf zurückführen, dass für das spezifische Klientel von „ProSeLe“ die Selbstversorgung ein zentraler Punkt hinzugewonnener Autonomie ist. Dass dann hierin einer der Schwerpunkte der Arbeit der koordinierenden Bezugspersonen liegt, ist also nicht verwunderlich. Ebenso lassen sich die hohen Mittelwerte in den Handlungsfeldern Verkehr und Mobilität (1,9) sowie öffentliche Dienstleistungen (1,7) und die Kooperation und Vernetzung mit Ärzten, Therapeuten usw. (1,8) erklären.

Eine relativ geringe Bedeutung haben dagegen die Erschließung institutionalisierter Kontexte wie Vereine, Kirchengemeinde, Öffentlichkeitsarbeit sowie die Wahrnehmung von politischen Beteiligungsrechten.

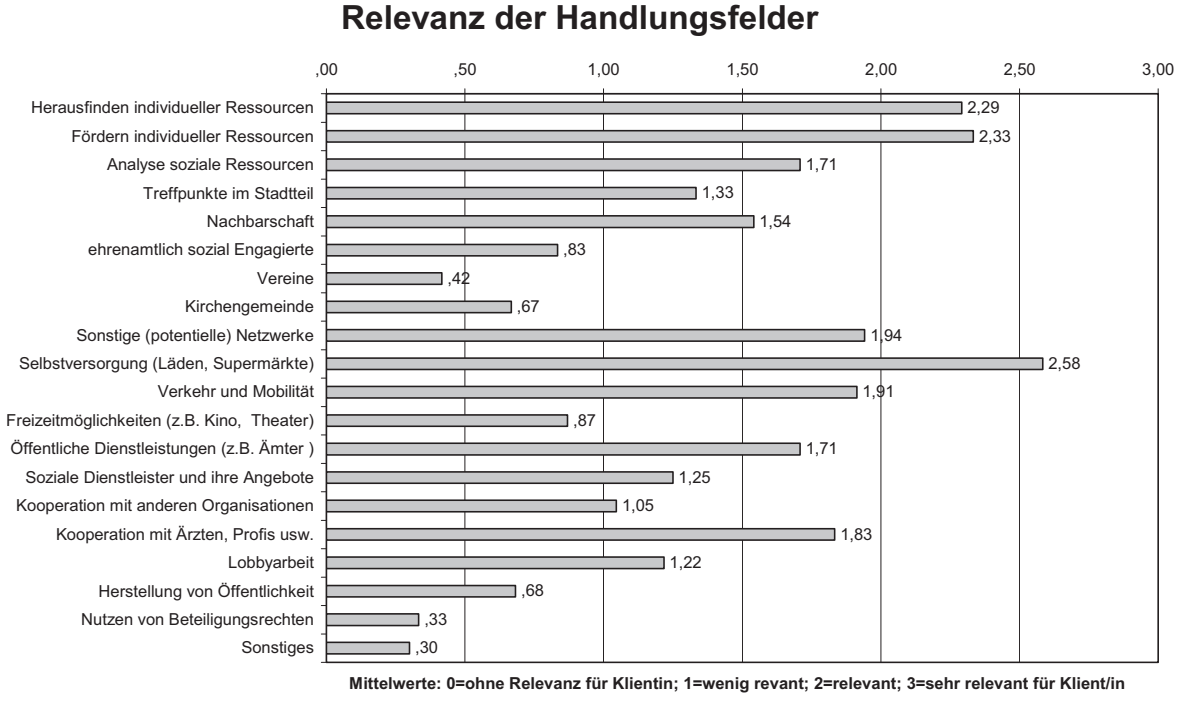



Abbildung 4: Relevanz der Erschließung von Handlungsfeldern

Darüber hinaus wurden die Mitarbeiter zum Einsatz von Arbeitsmethoden und Handlungsformen in den einzelnen Bereichen des Soni-Schemas befragt. Sie sind erwartungsgemäß je nach Mitarbeiter sehr unterschiedlich und spezifisch auf den jeweiligen Klienten abgestimmt. Bei allen Klienten wurde die Methode des Eco-Mappings eingesetzt. Der Einsatz der übrigen Methoden variiert einzelfallspezifisch sehr stark.

Auf der Ebene des Individuums (Herausfinden und Fördern individueller Ressourcen und Motivationen) steht als Methode das Einzelgespräch im Vordergrund (dies trifft erwartungsgemäß auf alle Klienten zu). Häufig genannt werden hier natürlich neben dem Eco-Mapping Zielvereinbarungen mit dem Klienten (10 von 24 Klienten), Training von Kompetenzen (9), Ressourcencheck (7) und Biografiearbeit (3).

Im Bereich Netzwerke (Analyse sozialer Ressourcen, Treffpunkte im Stadtteil, Nachbarschaft, ehrenamtlich sozial Engagierte, Vereine, Kirchengemeinde und sonstige Netzwerke) wurde naheliegenderweise überwiegend auf das Eco-Mapping zurückgegriffen, aber auch auf Methoden der (gemeinsamen) Stadtteilerkundung (13), des Ressourcenchecks (8) und der Netzwerkkarten (5). Häufig genannt wurde außerdem die Methode des Einzelgesprächs, dies besonders oft im Zusammenhang mit den Nachbarn. Des Weiteren wurde durch den Besuch von verschiedenen Veranstaltungen (z.B. Sommerfeste) und Freizeitangeboten (Kaffeehäuser, Kinos u. Ä.) versucht, die Klienten mit ihrer jeweiligen, zum Teil neuen, Umgebung vertraut zu machen und im Stadtteil einzubinden.

Beim Bereich Organisation und Infrastruktur (Selbstversorgung, Verkehr und Mobilität, Freizeitmöglichkeiten, öffentliche Dienstleistungen, soziale Dienstleistungen, Kooperation, Vernetzung mit anderen Organisationen und Kooperation und Vernetzung mit Ärzten, Therapeuten usw.) ist wie oben schon erwähnt der Bereich der Selbstversorgung von besonderer Relevanz für die Klienten. Hierbei ging es vor allem um die Beratung und Begleitung der Klienten (12 von 24). Zum einen wurde vor Ort recherchiert, wo sich bestimmte Angebote befinden, zum anderen wurden die Klienten beim Einkauf begleitet und unterstützt. Bei den meisten Klienten standen Einzelgespräche diesbezüglich im Vordergrund. Das Handlungsfeld Verkehr und Mobilität hängt stark mit der Selbstversorgung zusammen. Da die meisten Klienten über kein eigenes Fahrzeug verfügen, sind sie auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen. Fahrdienste, Begleitung zum Einkauf und das Trainieren von Kompetenzen sind hier angewendete Methoden. Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld ist das der öffentlichen Dienstleistungen (z.B. Ämter, Bücherei). Auch hier steht die Beratung und Begleitung im Vordergrund. Bedenkt man die Komplexität des Handlungsfeldes (Umgang mit Behörden, Ausfüllen von Formularen und Anträgen u. Ä.) ist es nicht erstaunlich, dass in einigen Fällen administrative Angelegenheiten stellvertretend für die Klienten ausgeführt wurden. Bei der Kooperation und Vernetzung mit Ärzten, Therapeuten usw. wurden die Schwerpunkte auf Konsultationen, Einzelgespräche, Terminabsprachen u. Ä. gesetzt.

Die Ebene der Sozialstruktur (Lobbyarbeit, Herstellung von Öffentlichkeit, Nutzen von Beteiligungsrechten) wurde unter anderem durch folgende Methoden abgedeckt: Organisation von Veranstaltungen, Pressearbeit (auch Leserbriefe, Flyer), Teilnahme an Ortschaftsratsitzungen durch Funktionsträger der Einrichtung.

# Teil II:

# ProSeLe – fallübergreifende Analysen

# 4 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von ProSeLe

Zunächst sollen die Gruppe der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Projekts mit einigen grundlegenden, für das Vorhaben bedeutsamen Merkmalen vorgestellt werden (Abschnitt 4.1). In einem zweiten Schritt haben wir auf der Basis der von uns im Projektverlauf erstellten biografischen Anamnesen (Teil III) versucht, eine einfache Typologie der Vorgeschichten der Klienten zu entwerfen (Abschnitt 4.2). Sie wird anhand exemplarischer Falldarstellungen vertieft.

## 4.1 Rahmendaten und soziodemographische Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Am Projekt „Selbstständig Leben“ nahmen 25 Personen teil[25], die von vier Dienststellen der Bruderhausdiakonie, davon zwei in der Stadt und zwei im Umland von Reutlingen, unterstützt wurden. Die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Dienststellen:

| Dienststelle | Anzahl der Teilnehmer | davon: | |
|---|---|---|---|
| | | männlich | weiblich |
| Sozialpsychiatrische Dienststelle 1 | 9 | 4 | 5 |
| Sozialpsychiatrische Dienststelle 2 | 6 | 4 | 2 |
| Behindertenhilfe 1 | 6 | 5 | 1 |
| Behindertenhilfe 2 | 4 | 2 | 2 |
| Gesamt | 25 | 15 | 10 |

Tabelle 4 Verteilung der Teilnehmer auf die jeweiligen Dienststellen (nach Geschlecht)

In die Datenanalyse gehen 25 Personen ein. Eine Teilnehmerin hat einer Beteiligung an der standardisierten Quartals-Datenerhebung nicht zugestimmt, sie ist ausschließlich in den Statistiken zu den demographischen Daten berücksichtigt, nicht aber bei den Analysen der Verlaufsdaten.

Die sozialpsychiatrischen Dienststellen unterstützen mehr als die Hälfte (15) der Teilnehmer, die übrigen Teilnehmer (10) werden von Einrichtungen der (Geistig-)Behindertenhilfe unterstützt.

Zunächst ein kurzer Überblick zu einigen soziodemographischen Merkmalen der Teilnehmer und ihrer Wohnsituation. Die Geschlechteraufteilung ist leicht asymmetrisch – es handelt sich um 15 Männer und 10 Frauen.

Das durchschnittliche Alter aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer beträgt 39 Jahre (38,6 bei den männlichen Teilnehmern, 39,6 bei den weiblichen Teilnehmerinnen). Die Altersverteilung ist dabei nicht homogen (Vgl. Abbildung 5): Rund ein Viertel aller Teilnehmenden (7) ist

[25] Ein weiterer Teilnehmer wird von der Sozialpsychiatrie Reutlingen unterstützt. Dieser ist erst zum 1.1.2009 in das Projekt eingestiegen und wird vom Landkreis Konstanz gefördert. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde er in die Datenerhebung nicht mit einbezogen.

jünger als 30 Jahre, fünf Personen sind zwischen 30 und 39 Jahre alt, neun sind zwischen 40 und 49 und vier Teilnehmende sind älter als 50 Jahre. Die beiden jüngsten Teilnehmer sind zu Beginn des Projekts 23, der Älteste ist 59 Jahre alt.

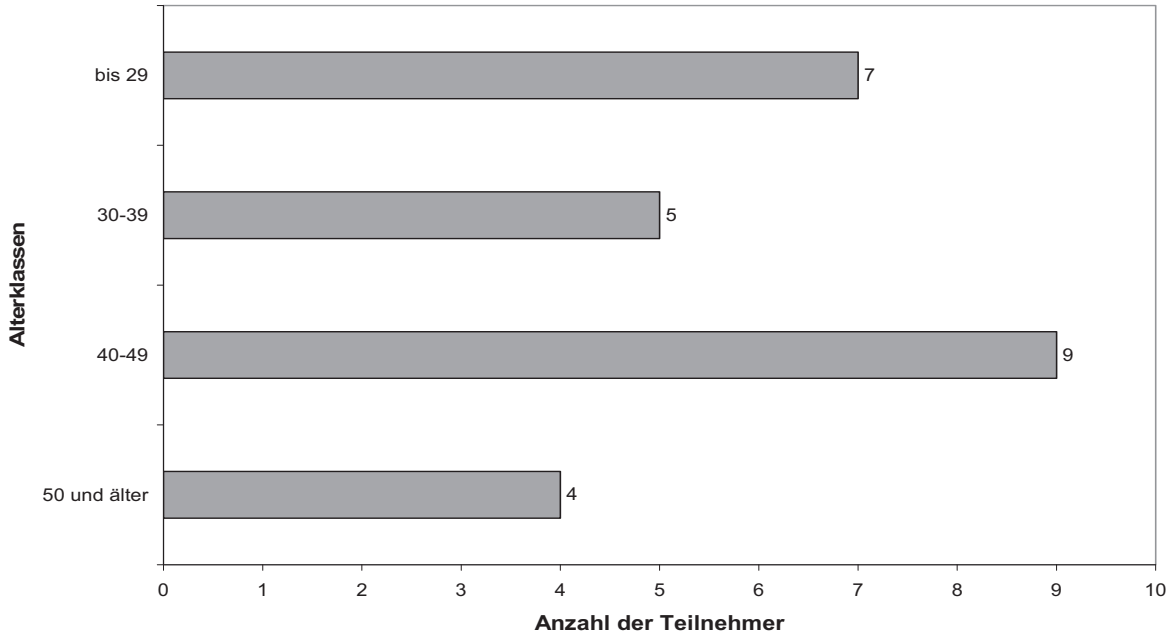



Abbildung 5: Alter der Klienten im Jahr 2008

Neun von 25 Teilnehmern (Vgl. Abbildung 6) haben einen Hauptschulabschluss, weitere neun haben eine Förder- bzw. Sonderschule besucht und verfügen über keinen Schulabschluss, ebenso wie ein weiterer Teilnehmer, der die Schule abgebrochen hat. Drei der Teilnehmer haben einen Realschulabschluss, in einem Fall wurde das Abitur erreicht. Die Prekarität der Bildungsressourcen und der sozialen Positionierung der Mehrheit der Teilnehmer lässt sich an dem Umstand ablesen, dass 18 von 25 Personen über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügen. Vier von ihnen, darunter drei Frauen, haben eine zweijährige (Helfer-)Ausbildung (Beikoch, Hauswirtschaftshelferin, Verkäuferin). Weitere drei Männer besitzen eine abgeschlossene dreijährige Berufsausbildung (Bäcker, Bürokaufmann, Maurer), allerdings mit teilweise sehr wechselvollen, von wiederholten Abbrüchen gekennzeichneten Ausbildungskarrieren.

Von 15 Klienten sind die Berufe der Eltern bekannt. Abgesehen von einer Mutter (Grundschullehrerin) und einem Vater (Maschinenbauingenieur) mit einer akademischen Ausbildung liegen dabei durchweg manuelle, handwerkliche Berufe bzw. Tätigkeiten vor (Putzfrau, Bauarbeiter, Färber, Fleischer, Kunststoffarbeiter, Möbelpacker, Packer, Schreiner, Großküchenmitarbeiter, Zimmermann, Werkzeugmechaniker u. a.). Es steht zu vermuten, dass der soziale Herkunftshintergrund sich überwiegend zwischen (mittleren und unteren) traditionellen bzw. kleinbürgerlichen Arbeitnehmer- oder Selbstständigenmilieus und eher traditionslosen unteren Arbeitnehmermilieus bewegt.[26]

[26] Vester M., u.a.: Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung. Frankfurt 2001, S. 49 ff.

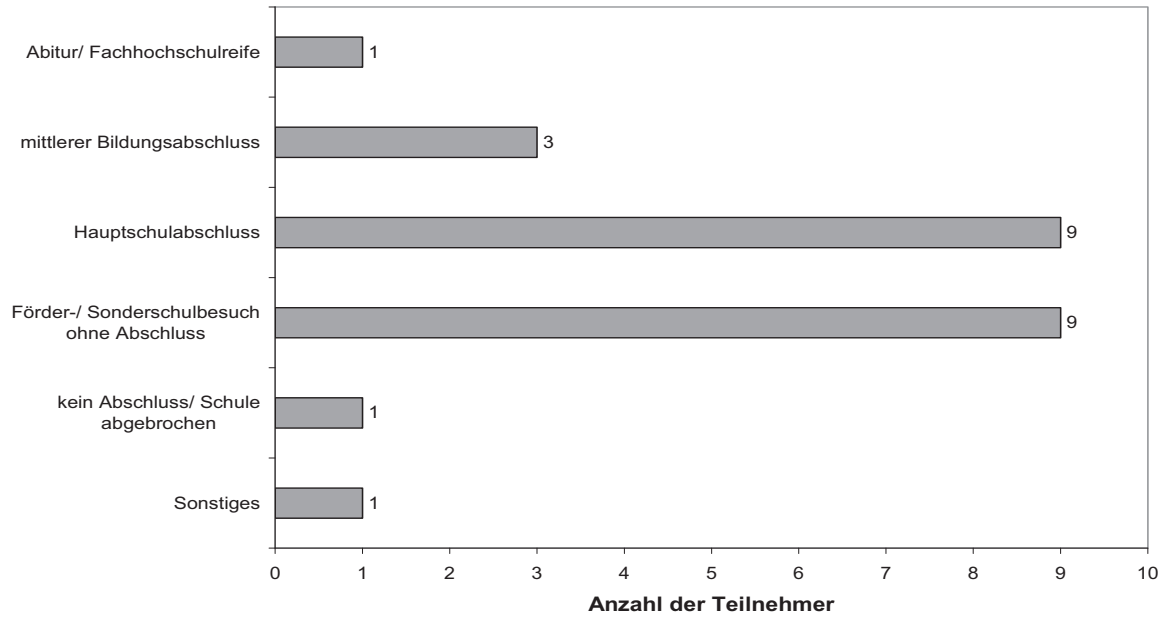



Abbildung 6: Höchster erreichter Schulabschluss

Die übergroße Mehrheit (21) der Teilnehmer ist ledig, zwei Teilnehmer sind geschieden, in einem Fall besteht eine Ehe noch, in einem weiteren Fall ist der Ehepartner verstorben. Sechs der Teilnehmer haben ein (in zwei Fällen) oder zwei Kinder (in vier Fällen).

In zwei Fällen liegt eine andere Staatsangehörigkeit als die deutsche vor (die griechische und die italienische).

Elf Teilnehmer unterliegen einer gesetzlichen Betreuung. Über die Hälfte der Teilnehmer sind, wie oben bereits erwähnt, Klienten der sozialpsychiatrischen Dienststellen, zehn Teilnehmer sind Klienten der Behindertenhilfe. Allerdings entspricht die institutionelle Zuordnung nicht exakt der im Vordergrund stehenden Beeinträchtigung. Betrachtet man die Einteilung nach Leistungstypen der Eingliederungshilfe wird ein Klient mit einer geistigen Behinderung im Rahmen der Sozialpsychiatrie, zwei Klienten mit einer psychischen Erkrankung im Rahmen der Behindertenhilfe unterstützt. Bei neun Klienten steht also eine geistige Behinderung im Vordergrund, bei insgesamt 16 Klienten eine seelische Behinderung (Vgl. Abbildung 7).

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten neben den Antwortvorgaben geistige und seelische Behinderung außerdem spezifischere Diagnosen mitteilen. Die hier eingetragenen offenen Nennungen beinhalten diagnostische Kategorien auf sehr unterschiedlichen Ebenen. So werden bei den geistigen Behinderungen etwa Differenzierungen nach „leichten Beeinträchtigungen“ vorgenommen (Oligophrenie, Lernbehinderung) und in einem Fall eine „mittelgradige geistige Behinderung“ genannt. Im Bereich der Sozialpsychiatrie fallen Stichworte wie „paranoide Schizophrenie“ (und andere Formen von Schizophrenie), posttraumatische Belastungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, amnestisches Syndrom (»Korsakow-Syndrom«), Angststörungen. Dabei kommt es in fünf Fällen zu Kombinationen dieser Erkrankungsbilder. Eine Unterscheidung zwischen „Haupt“- und „Nebendiagnosen“ ist aufgrund der Nennungen nicht möglich. Zusätzlich fällt auf, dass die genannten diagnostischen Kategorien, die offenbar den Klientenakten entnommen wurden, nicht unbedingt der ICD-Systematik entsprechen.

Hinzu kommt bei insgesamt 13 Klienten die Nennung einer zweiten Behinderung bzw. chronische Erkrankung. Dabei handelt es sich überwiegend um körperliche Behinderungen bzw. chronische Erkrankungen oder Beeinträchtigungen (multiple Sklerose, Adipositas, Diabetes mellitus, Seh- und Hörbehinderung, rheumatische Beschwerden) in drei Fällen um eine

Suchtproblematik und in zwei Fällen um eine zusätzliche (leichtere) geistige Behinderung bei einer im Vordergrund stehenden psychischen Erkrankung.

Eine Einstufung in eine Pflegestufe liegt nur in einem Fall vor. Dieser Pflegebedarf ergibt sich aus den Folgen einer Erkrankung an multipler Sklerose sowie einer chronischen Infektionserkrankung.

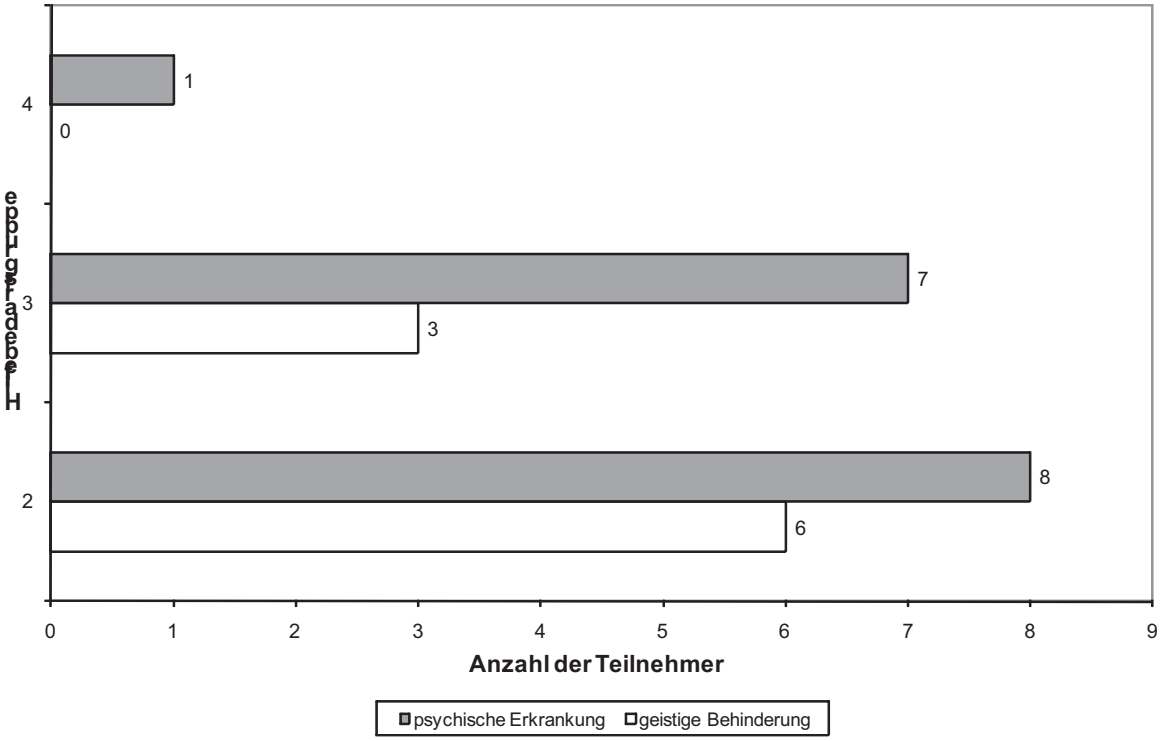



Abbildung 7: Hilfebedarfsgruppen nach seelischer/geistiger Behinderung

Abbildung 7 zeigt die Aufteilung nach (erster) Behinderung und Hilfebedarfsgruppe (HMBW-Verfahren) zu Beginn der Projektphase. Demnach ist bei sechs Teilnehmern mit geistiger Behinderung und acht mit seelischer Behinderung die Hilfebedarfsgruppe 2 eingestuft, drei Teilnehmer mit geistiger und sieben Teilnehmer einer seelischen Behinderung sind in der Hilfebedarfsgruppe 3 eingeteilt. Eine Teilnehmerin mit einer seelischen Behinderung wurde in Hilfebedarfsgruppe 4 und in Pflegestufe 1 eingestuft.

Eine wichtige Zielstellung des Projekts war es, dass auch Teilnehmern mit einem höheren Hilfebedarf der Übergang in eine ambulant betreute Wohnform ermöglicht werden sollte. Im Vergleich zu den Modalitäten des ambulant betreuten Wohnens zum Zeitpunkt des Projektbeginns oder etwa zu den Erfahrungen im Modellprojekt Persönliches Budget haben Klienten mit einer HBG > 2 in der Tat ein höheres Gewicht.[27]

Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer von ProSeLe haben vor dem Beginn des Projekts in einer stationären Einrichtung gewohnt. Die Dauer des Aufenthalts in einer solchen Einrichtung variiert beträchtlich (Vgl. Abbildung 8). 15 Klienten haben weniger als fünf Jahre in einer stationären Einrichtung gewohnt, sieben Klienten nur zwei Jahre oder weniger. Im Gegenzug gibt es zwei Klienten, die jeweils 19 Jahre lang in einer Einrichtung gewohnt haben. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in einer stationären Einrichtung vor dem Eintritt in „ProSeLe“ beträgt sechs Jahre. Dabei ist zu berücksichtigen, dass hier – aus Gründen der Ver-

[27] Im baden-württembergischen Modellprojekt Persönliches Budget waren mehr als doppelt so viel Leistungsempfänger mit HBG 2 wie 3 beteiligt (Kastl/Metzler 2005: 75).

gleichbarkeit – nur die Dauer des unmittelbar vor „ProSeLe“ liegenden stationären Aufenthaltes berücksichtigt werden. Wie zu zeigen sein wird, haben aber eine ganze Reihe von „ProSeLe“-Klienten auch schon vor der, dem Projekt vorangehenden, stationären Phase immer wieder unterbrochene Aufenthalte verschiedenster Dauer in stationären Einrichtungen hinter sich. Manche von ihnen hatten bereits als Kinder und/oder Jugendliche eine oder mehrere Zeiten im Heim verbracht.

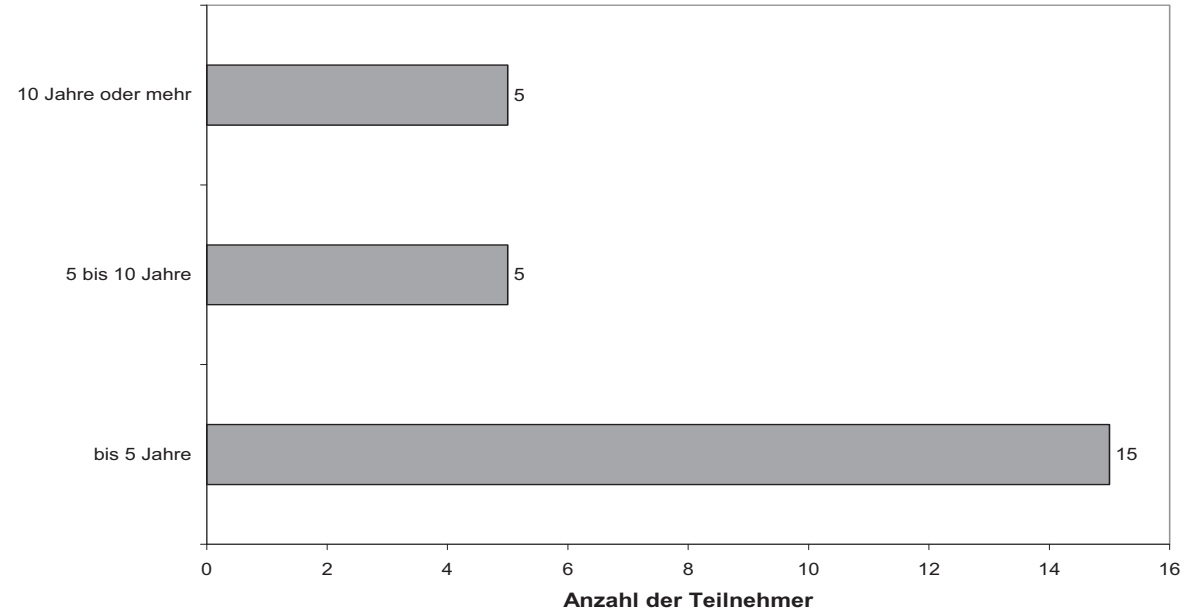



Abbildung 8: Dauer des Aufenthalts in einer stationären Einrichtung vor dem Eintritt in ProSeLe

Hinter der statistischen Größe „Dauer des Aufenthalts in einer stationären Einrichtung“ stehen natürlich in jedem Einzelfall sehr komplexe persönliche Geschichten und Lebensverläufe. Die Angaben als solche belegen am Beispiel der „ProSeLe“-Klienten nochmals eindringlich die fachliche und sozialpolitische Relevanz der im ersten Teil vorgestellten Deinstitutionalisierungsdiskussion.

Für die Begleitforschung waren diese Angaben insbesondere Anlass, den in der Einleitung skizzierten Zusammenhang von Wohnen und Leben ernst zu nehmen und sich der biografischen Bedeutung dieser Erfahrungen zu vergewissern. Dabei geht es auch, aber nicht nur, um eine „Vorgeschichte“ zur Begründung einer „Maßnahme“. Zudem soll die Frage gestellt werden, welche biografischen Perspektiven und Potentiale mit einer bestimmten Lebensgeschichte verknüpft sind und wie diese mit den Aufgaben von „ProSeLe“ zusammen hängen. Diese Geschichten sind in reduzierter Form im 3. Teil versammelt. Aus Darstellungs- und Komplexitätsgründen müssen wir hier zu Vereinfachungen greifen. Wir haben uns methodisch dafür entschieden, dies auf dem Weg der Erstellung einer einfachen Typologie zu machen, die im folgenden Abschnitt vorgestellt wird.

## 4.2 Typologie der Lebensläufe

Typologien versuchen, komplexe Sachverhalte auf wenige Grundmuster (=Typus) zu reduzieren. Dazu muss man im Material nach (relevanten) Merkmalen suchen, verschiedene Fälle immer wieder vergleichen und miteinander kontrastieren, um dann am Ende zu wenigen, aber für den Gegenstand prägenden Kategorien, Dimensionen und Merkmalen zu kommen, auf die dann zur Konstruktion der Typologie zurückgegriffen wird (Kelle/Kluge 2010: 91 ff.).
Es ist wichtig, sich vor Augen zu halten, dass Typen zwar aus der Wirklichkeit (Daten) gewonnen werden, aber Idealisierungen und Abstraktionen sind. Typen gibt es nicht in der Wirklichkeit, sondern sie sind ein Erkenntnisinstrument, eine Art Metermaß, mit dessen Hilfe

man die Distanz bestimmen kann, die ein beobachtbares Phänomen zu konstruierten Merkmalsmustern hat. Menschen kann mal also nicht in Typen *einteilen*, man kann allenfalls sagen, ob, wo und in welchem Ausmaß sie in bestimmten Hinsichten (u.a.) für den Typus relevante Merkmalskombinationen aufweisen und wo und in welchem Ausmaß sie davon abweichen.

Im Folgenden stellen wir die Bausteine einer einfachen Typologie und diese selbst vor, wie wir sie aus den im Teil III dokumentierten Fallgeschichten entwickelt haben. Sie ist für uns ein Verbindungsglied zwischen der subjektiven Lebenserfahrung der Klienten mit der eher fachlichen Perspektive des Deinstitutionalisierungsdiskurses.

### 4.2.1 Instrumentelle und psychodynamische Alltagsorganisationskompetenz – der Kompetenzaspekt

Bei der Auseinandersetzung mit den Lebensläufen und Vorgeschichten der Klienten von „ProSeLe“ liegt natürlich die Frage auf der Hand, welche Bedeutung diese „*Vor*geschichten“ für die „*eigentliche*“ Geschichte des Projekts „Selbstständig Leben“ haben. Es geht um „Selbstständigkeit“. Von der Wortbedeutung ausgehend, heißt „Selbstständig“ zunächst einfach nur, dass man selbst (aus eigener Kraft) stehen kann, mithin keine Hilfe, sozusagen Stütze (Unterstützung!) benötigt.[28] Von dieser Grundbedeutung leiten sich auch alle übertragenen und generalisierten Bedeutungen des Abstraktums Selbstständigkeit ab, sie deuten „stehen“ sozusagen als Inbegriff von eigener Handlungsfähigkeit. Jemand kann selbstständig bei der Arbeit sein, jemand kann sich selbstständig in seiner Freizeit beschäftigen usw. – das bedeutet, er benötigt keine Vorgaben, keine Hilfe, keine Anregungen von außen, er organisiert das selbst.

Wenn im Lebensbereich des Wohnens von Selbstständigkeit die Rede ist, geht es im Wesentlichen darum, dass Menschen einen typischen Erwachsenenalltag selbst organisieren können. Mit Alltag sind dabei typische routinisierte Lebensbereiche, Lebensabläufe und damit verknüpfte Rollenanforderungen gemeint, deren Bewältigung man erwachsenen Menschen durchschnittlich zumutet. Dazu gehört z.B. sich selbst (und ggf. Angehörige) zu versorgen, einen eigenen Haushalt unterhalten und damit verbundene Tätigkeiten zu beherrschen. Ferner gehört dazu, verschiedene Qualitäten von Beziehungen zu anderen Menschen eingehen zu können (je nachdem: Partnerschaft, informelle Beziehungen, aber auch formalisierte Beziehungen), ein Mindestmaß an psychophysischer Integrität aufrechtzuerhalten, die insgesamt dazu nötigen Ressourcen zu verwalten bzw. zu beschaffen und dieses alles zeitlich zu organisieren. Selbstständigkeit soll also verstanden werden als die Gesamtheit der genannten Kompetenzen, die im folgenden ***Alltagsorganisationskompetenz*** genannt wird.

Für den Erwerb dieser Kompetenz gilt in besonderem Maße das Prinzip ***„learning by doing“.*** Man erwirbt diese Kompetenz im Wesentlichen dadurch, dass man sie lebenspraktisch ausbildet, d.h. mit Anforderungen konfrontiert wird und lernt, mit ihnen zurechtzukommen. Mit Aristoteles könnte man sagen, Alltagsorganisationskompetenz gehört in weitem Umfang zu den Fähigkeiten, die man nicht durch Belehrung erlernt, sondern dadurch, dass man sie (sozusagen unter Echtbedingungen) praktiziert. Sie wird durch ihren Gebrauch erworben.[29]
Zwar hat auch Alltagsorganisationskompetenz (AOK) erhebliche Anteile von vermittelbarem Wissen bzw. eng umrissenen Fertigkeiten, wie etwa die Frage, wie man eine Waschmaschine bedient, ein Konto verwaltet, Reisbrei kocht oder einen Telefonanschluss beantragt. Aber alle diese Einzelfähigkeiten müssen über die bloße Kenntnis hinaus routinisiert werden, sie

[28] Das Wort "ständig" bedeutet ursprünglich "den Stand behaltend" (vgl. dazu Kluge 1995) und ist wie das Nomen "Stand" eine Ableitung von "stehen".
[29] "Die Tugenden(=Fähigkeiten)", schreibt Aristoteles, "erwerben wir dadurch, dass wir sie *zuvor* betätigen, wie das auch bei den Fertigkeiten (techne) der Fall ist. Was wir erst lernen müssen, um es zu machen, lernen wir, indem wir es machen." (Nikomachische Ethik 1103a, 30)

müssen in einen Tagesablauf integriert und miteinander koordiniert werden. Ihre jeweilige situative Relevanz muss wahrgenommen werden, sie müssen in eine Hierarchie von Wichtigkeit eingepasst und miteinander ausbalanciert werden. Zur Alltagsorganisation gehört eine Komponente improvisierter Ordnung ebenso wie die Fähigkeit zu strukturierter Schlamperei. Man kann nicht alles zugleich tun und muss auch mal etwas liegen lassen können oder eben vorläufig nur das Nötigste tun, also eine handhabbare Tagesaufteilung praktizieren. Man muss wissen, wann die richtige Zeit für eine Aufgabe gekommen ist und man muss die Bedürfnisse des Haushaltes mit den Bedürfnissen anderer Menschen abwägen, mit denen man diesen unter Umständen teilt. Man muss einen eigenen Stil subjektiv erträglicher Ordnung/Unordnung entwickeln und vieles mehr. Alltagsorganisationskompetenz ist also sehr individuell, kontextbezogen und komplex. Sie benötigt vor allem Erfahrung, d.h. auch genügend Zeit und Gelegenheit, um sie zu erwerben. Man kann sie auch nicht auf allgemeine Verhaltensstandards reduzieren. Ein Mensch, der in Obdachlosigkeit lebt, kann in diesem für die bürgerliche Umwelt ungewöhnlichen Rahmen durchaus eine erhebliche Alltagsorganisationskompetenz ausbilden.

Hinzu kommt ein zweiter Aspekt. Alltagsorganisationskompetenz (=Selbstständigkeit) beinhaltet offensichtlich eine ***instrumentelle*** Seite und eine ***psychodynamische*** Seite.

Mit ***„instrumentell“*** ist die Ebene der Fertigkeiten selbst gemeint und das damit verbundene Können und Wissen, den angemessenen Einsatz richtiger Mittel für bestimmte Ziele unter bestimmten Bedingungen handhaben zu können. Man kann etwa mit der Waschmaschine umgehen, die Wäsche trocknen und bügeln, um wieder saubere Kleidung zu haben. Das setzt ein Urteilsvermögen über das voraus, was im jeweiligen Kontext als verschmutzt oder sauber gilt und anderes mehr. Über solche Einzelfähigkeiten hinaus geht es aber auch darum, die verschiedenen Anforderungen im Laufe eines Tages abzuwägen und miteinander vereinbaren zu können, also Kompromisse bei der Wohnungsreinigung einzugehen. In der ICF (und damit in unserer Dokumentation des Unterstützungsbedarfs) würden unter instrumentelle Alltagsorganisationskompetenz einerseits Bereiche fallen wie etwa „Selbstversorgung“, „Häusliches Leben“, allgemeine interpersonelle Interaktionen, andererseits aber auch allgemeine Fähigkeiten wie „elementares Lernen“ bzw. Wissensanwendung (Schreiben, Rechnen, Fertigkeiten, Probleme lösen).

Mit ***„psychodynamisch“*** sind alle Funktionen der psychischen Selbststeuerung angesprochen, die grundlegende Voraussetzungen von Handlungsfähigkeit überhaupt darstellen: Affektsteuerung, Motivation/Antrieb, die Fähigkeit zu realitätsangemessener Wahrnehmung und dazu, Anforderungen und Belastungen standzuhalten. Beispielsweise kann ich auf der instrumentellen Ebene durchaus in der Lage sein, meine Kleidung zu waschen und wieder tragfähig zu machen. Auf der psychodynamischen Ebene kann es die unterschiedlichsten Hemmnisse geben. Ich kann schlichtweg keine Lust haben, mich nicht aufraffen können, überhaupt etwas zu tun, weil ich keinen Antrieb dazu habe. Meine Aufmerksamkeit kann derart auf anderes fixiert sein (meine Sorgen, meine Trauer, meine Ängste, meine imaginären Stimmen), dass keinerlei psychische Energie mehr für das Erledigen der Wäsche zur Verfügung steht. Ich kann durch Drogenmissbrauch daran gehindert sein, mich Alltagsgeschäften zu widmen. Ich kann panische Angst davor haben, in die Waschküche zu gehen, weil ich da anderen Menschen begegne. Die verschiedenen Anforderungen des Tages können mich in eine Art Panikzustand versetzen, der mich lähmt und dazu führt, dass ich gar nichts auf „die Reihe bekomme“. Im Rahmen der ICF sind damit zum einen grundlegende „mentale Funktionen“ angesprochen, wie etwa „Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (Motivation, Drang nach Suchtmitteln, Impulskontrolle) oder emotionale Funktionen (Affektkontrolle); aber auch Aktivitätsbezogene Bereiche wie „Tägliche Routinen durchführen“, „mit Stress und anderen psychischen Anforderungen“ umgehen.

Vielleicht sollte man hinzufügen, dass Alltagsorganisation in psychodynamischer Hinsicht insbesondere eine Art von gemäßigt positiv gestimmtem Gleichmut erfordert, eine Art mittlere austarierte Stimmungslage, die weder in Euphorie noch in Resignation umkippt, dazu eine

Art freischwebende Konzentration und Offenheit für die jeweiligen Anforderungen. Das sind alles Haltungen, die gerade dann erschwert sind, wenn man mit Symptomen psychischer Erkrankungen zu tun hat.

Es ist, wie man sieht, kein Zufall, dass wir auf diese beiden Aspekte gestoßen sind. Sie stehen in gewissem Zusammenhang zu den Formen von Behinderung, mit denen die Klienten von „ProSeLe“ zu tun haben. Der Begriff der geistigen Behinderung bezieht sich in der Regel eher auf instrumentelle Aspekte, der der seelischen Behinderung (bzw. Krankheit) eher auf psychodynamische. Aber das ist im Einzelfall keinesfalls ausschließlich und zwangsläufig. Es gibt zwischen beiden Aspekten Wechselwirkungen und es gibt, völlig unabhängig von der Behinderung, Fähigkeiten und Defizite in beiden Bereichen bei jedem Menschen. Damit haben wir den ersten Baustein für die zu erstellende Typologie.

### 4.2.2 Lebenswelt und Institution im Lebenslauf – der biografische Aspekt

Dass das Thema Alltagsorganisationskompetenz in engem Zusammenhang zum Thema Betreuung beim Wohnen steht, liegt auf der Hand. Ob und in welchem Grad man Menschen diese Kompetenz zu- oder abspricht, ist entscheidend dafür, ob sie überhaupt – sozialrechtlich gesehen – einen Anspruch auf solche Hilfe haben oder nicht. Die Verfahren der Hilfebedarfserhebung verfolgen ja eben den Zweck, dies auf bestimmte standardisierte Weise festzustellen. Die Quartalsdokumentation der Begleitforschung erhebt quartalsweise sowohl instrumentelle wie psychodynamische Aspekte dieses Bedarfs bzw. im Umkehrschluss dieser Kompetenz.

In welchem Zusammenhang steht aber Alltagsorganisationskompetenz mit der Biografie, der Vorgeschichte und insbesondere der Rolle stationärer Aufenthalte? Da AOK, wie wir gesehen haben, vor allem durch gelebte Praxis erworben wird, ist es naheliegend, diesen Zusammenhang primär an der Frage festzumachen, inwieweit der Lebensverlauf bis zum Eintritt in „ProSeLe“ diese Möglichkeit geboten hat. Dafür ist entscheidend, welche Rolle stationäre Aufenthalte bis dahin gespielt haben oder umgekehrt, welche Rolle die Einbindung in einen lebensweltlichen Alltagszusammenhang bisher eingenommen hat. Wohlgemerkt: es geht nicht um den Alltag eines Kindes oder Jugendlichen, sondern eines Menschen, der im eigenen Verständnis und dem Anderer mit denjenigen Anforderungen an Selbstständigkeit zurecht kommt, die wir durchschnittlich an Erwachsene richten. Auch Einrichtungen haben natürlich einen Alltag und erfordern auch von denen, die dieser institutionell gewährleisteten Organisation unterworfen sind, eine Art von (beschränkter) AOK (in dem Rahmen, den die institutionelle Organisation eben lässt). Aber wir erwarten sie in höherem Maße bei denen, die in einer gewissen Kontinuität Lebensphasen aufzuweisen haben, in denen sie diese Kompetenz ausbilden mussten.

Biografisch geht es dabei einerseits um eine Altersfrage und andererseits um die nötige Dauer/Kontinuität einer Lebensphase, um eine so komplexe Kompetenz auszubilden. Es ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig, zu welchem Zeitpunkt im Lebenslauf es zu einer stationär betreuten Wohnform kam. Ein Teil der Klienten von „ProSeLe“ machte bereits sehr früh, oft unmittelbar nach Beendigung der Schulzeit, Erfahrungen mit stationär betreuten Wohnformen, sehr oft gleichzeitig mit dem Eintritt in eine WfbM oder auch ein bis mehrere Jahre danach.

Diese Teilnehmer haben damit nur in Ansätzen oder Teilaspekten Erfahrungen mit Handlungsanforderungen der durchschnittlichen Erwachsenenrolle gemacht: eigenständig einer Berufstätigkeit nachzugehen, eine Partnerschaft einzugehen, einen eigenen Haushalt, das eigene Alltagsleben ohne fremde Hilfe zu führen. Das heißt aber zugleich: sie hatten keine längere Phase, in der sich diese Fähigkeit zur Alltagsorganisation innerhalb einer gelebten Praxis hätte herausbilden können. Dabei geht es also in erster Linie um den instrumentellen Aspekt der Alltagsorganisationskompetenz.

In Kontrast dazu stehen Teilnehmer, bei denen der Eintritt in die (z.T. wegen des fortgeschritteneren Alters oft ebenso lange) stationäre Phase später im eigenen Lebenslauf erfolgte, zu einem Zeitpunkt, zu dem sie schon alle als „normal“ geltenden Aspekte eines Erwachsenenlebens realisiert hatten. Manche dieser Klienten haben lange in einer Partnerschaft gelebt, zum Teil Kinder gezeugt, manche sind über Jahre (oder sogar Jahrzehnte) einer Arbeit nachgegangen und alle haben Erfahrungen mit der Organisation eines eigenen Haushalts.

Ganz anders als bei der ersten Gruppe sind hierbei für den Übergang in stationär betreute Wohnformen primär Ereignisse ausschlaggebend, die diskontinuierlich eintreten, als dramatisch, einschneidend und krisenhaft erfahren werden oder auch sich kumulativ zuspitzend entwickeln. Dabei kann es sich um (zunehmende) gesundheitliche Belastungen handeln (auch psychische oder somatische Erkrankung), um Lebensereignisse wie Scheidung oder der Tod von nahen Angehörigen oder Partnern, eine sich zuspitzende Suchtproblematik oder auch ein Verkehrsunfall. Die stationäre Betreuung ist insofern die Antwort auf eine tiefgreifende Desorganisation der psychodynamischen Seite der Alltagsorganisationskompetenz. Im Ergebnis sind die davon betroffenen Menschen (zeitweise) nicht imstande, die mit einer eigenständigen Haushaltsführung verbundenen Rollenanforderungen wahrzunehmen. Aber das ist eher ein Sekundäreffekt einer grundlegenden Beeinträchtigung der psychischen Selbststeuerungsfunktionen, also der psychodynamischen Seite der AOK, und nicht etwa Ausdruck einer Nicht-Beherrschung der instrumentellen Fertigkeiten (z.B. Lesen, Rechnen bei der Kontoführung; Waschmaschine bedienen).

Bei einer dritten Gruppe von Klienten zeigt sich nochmals ein anderes Bild. Hier kommt zur Frage des biografischen Zeitpunkts des Eintritts in eine stationär betreute Wohnform deren Verlaufscharakteristik hinzu. Auch diese Klienten kommen sehr früh in ihrem Leben (oft kurz nach der Schule, während der Ausbildung) mit stationärer Betreuung in Kontakt. Das haben sie mit der erstgenannten Gruppe gemeinsam. Im Unterschied zu diesen sind aber die lebensgeschichtlichen Umstände der „Einweisung“ sehr oft ähnlich dramatisch und krisenhaft wie bei der zweiten Gruppe. Ein weiterer Unterschied besteht in der Diskontinuität der dann anschließenden Phase. Diese besteht in einem kurzphasigen Wechsel zwischen stationärer Betreuung und Ansätzen, wieder in einem Leben außerhalb von Einrichtungen/Institutionen Fuß zu fassen (z.T. also eine „Drehtürkarriere“) oder auch in einem permanenten Wechsel der Einrichtungen selbst, verbunden mit erheblichen Veränderungen des räumlichen und organisatorischen Settings. Weder kommt es zu einer Phase relativer Kontinuität der lebensweltlichen Verankerung und der Realisierung von Aspekten einer Erwachsenenrolle und relativ autonomen Lebensform, noch kommt es zu einer Kontinuität der institutionellen Versorgung.

Gruppe 1 unterscheidet sich also von den Gruppen 2 und 3 durch eine ausgeprägtere (hier: institutionell hergestellte) ***biografische Kontinuität***. Für 2 und 3 ist die Rolle von schwerwiegenden biografischen Brüchen charakteristisch, entweder sehr früh und permanent (3) oder aber später und sehr in das bisherige Leben einschneidend.

Die Gruppe 2 unterscheidet sich von den Gruppen 1 und 3 durch ausgeprägtere Phasen ***lebensweltlicher Integration***, also nicht von Institutionen geprägte Lebensformen und damit der Möglichkeit, zentrale Aspekte und Formen von Alltagsorganisationskompetenz zu erwerben.
So gesehen ergeben sich zwei biografische und zwei dispositionale Dimensionen, die miteinander in Zusammenhang stehen. Die *biografischen* Dimensionen sind:

- institutionell vs. lebensweltlich bestimmte Lebensphasen im Erwachsenenalter
- biografische Diskontinuität vs. biografische Kontinuität.

Die *dispositionalen* Dimensionen sind:

- der Grad an instrumenteller Alltagsorganisationskompetenz (die – zumindest in der idealtypischen Konstruktion – in Zusammenhang steht mit dem Ausmaß, in dem der Lebensverlauf Phasen lebensweltlich geprägter Alltagserfahrung aufweist )
- der Grad an psychodynamischer Alltagsorganisationskompetenz (Damit sind grundlegende Funktionen der psychischen (Selbst-)Steuerung gemeint: Affektsteuerung, Handlungsantriebe (Motivation), Wahrnehmung, Belastungsbewältigung. Biografische Diskontinuität und psycho-sozio-emotionale (In-)Stabilität stehen in einem Zusammenhang.

Die Richtung dieser Zusammenhänge kann jeweils offen bleiben. Es ist denkbar, dass Probleme bei der Bewältigung von instrumentellen Alltagsanforderungen die Ursache eines Ausschlusses aus lebensweltlichen Zusammenhängen bzw. einer stationären Betreuung ist. Es ist aber auch denkbar, dass sich erst aus dem Ausschluss eine solche Einschränkung von Alltagskompetenzen ergibt. Sehr oft ist beides zugleich der Fall. Dabei ist ebenso vorstellbar, dass biografische Diskontinuitäten/Brüche der Auslöser für psycho-sozio-emotionale Instabilität ist, wie der umgekehrte Effekt denkbar ist: etwa wenn eine psychische Erkrankung eher einen biografischen Bruch auslöst. Empirisch ist auch hier (etwa im Sinne des Behinderungsmodells der ICF) meistens von einer Wechselwirkungsdynamik auszugehen. Außerdem müssen die beiden biografischen und die beiden dispositionalen Dimensionen nicht immer parallel verlaufen.[30]

Auf der Basis der beiden biografischen Dimensionen lassen sich nun drei Grundtypen von Lebensverläufen konstruieren, die jeweils in Verbindung mit bestimmten Dispositionen/Kompetenzen und damit Unterstützungsbedarfen stehen und die zugleich Auswirkungen auf soziale Netzwerke haben können.

- ein Typus A: kontinuierlich früh institutionsgeprägter Lebenslauf (mit einer geringeren Bedeutung lebensweltlich geprägter Phasen im Erwachsenenalter)
- ein Typus B: diskontinuierlich früh institutionengeprägter Lebenslauf (mit einer geringeren Bedeutung lebensweltlich geprägter Phasen im Erwachsenenalter)
- ein Typus C: lebensweltgeprägter Lebenslauf mit einer der späten Aufnahme in die Einrichtung voran gegangenen Krisenphase.

Abbildung 9 zeigt die drei Typen in einer graphischen Schematisierung. Pfeile bedeuten jeweils institutionell geprägte Lebensphasen (vor allem stationär betreute Wohneinrichtungen). Die durchgezogenen oder gestrichelten Linien beziehen sich auf Lebensphasen außerhalb von Einrichtungen, die je nachdem einen bewegteren („Auf und Ab“, Krisen) oder einen stabileren Verlauf (flachere gestrichelte Linie) nehmen können.

[30] So ist es keinesfalls zwangsläufig, dass ein langer Verbleib in ein und derselben Einrichtung (also insofern ein hohes Maß an biografischer Kontinuität) zwangsläufig verbunden ist mit einer Stabilisierung der psychodynamischen Seite der Alltagsorganisationskompetenz.

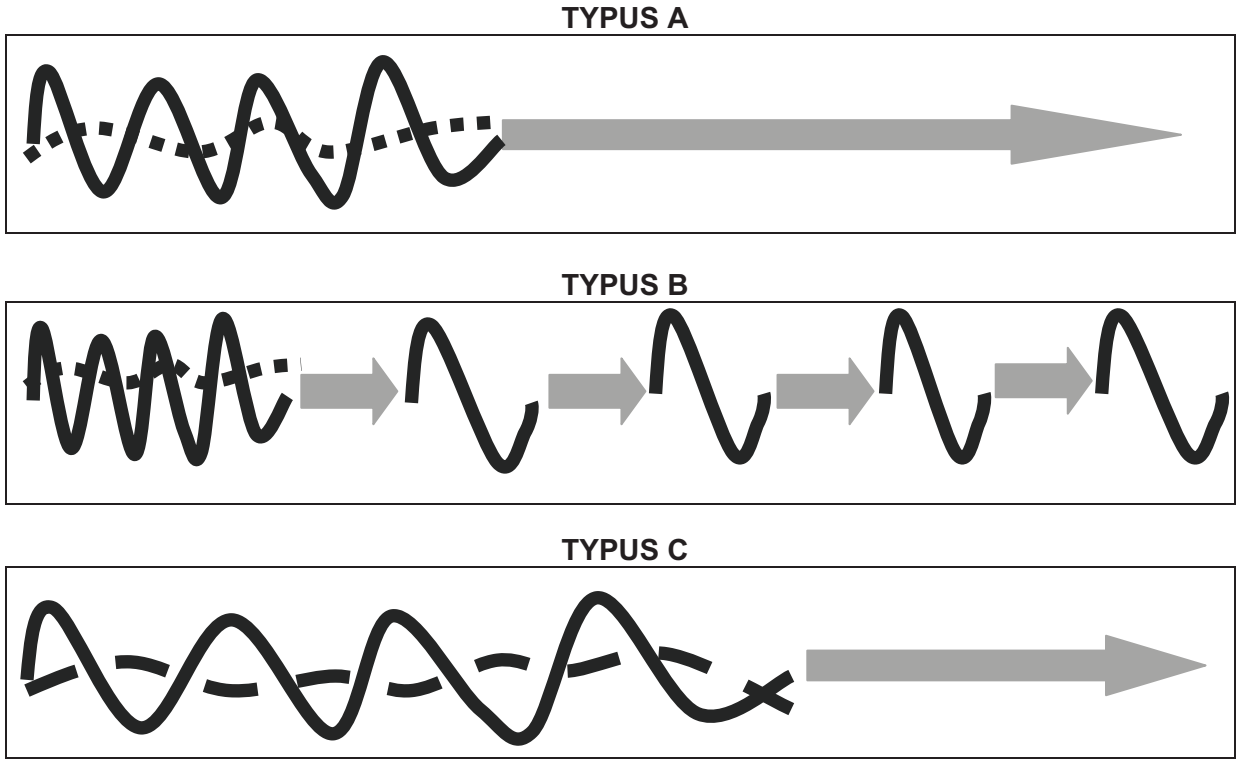



Abbildung 9: Die drei Verlaufstypen des Lebenslaufs.

Das sind idealtypische Beschreibungen, denen die faktischen Lebensverläufe der konkreten Personen immer nur graduell entsprechen. Abbildung 10 zeigt einen Versuch der Zuordnung der Personen zu den biografischen Typen. Wie bei einer Korrespondenzanalyse, einer Methode zur grafischen Abbildung statistischer Zusammenhänge, bedeuten dabei die Distanzen der Personennamen untereinander und zu den Typus-Punkten relative Ähnlichkeiten (kleinere Entfernung) bzw. Unähnlichkeiten (größere Entfernung). Die Achsen geben die jeweiligen Ähnlichkeitsdimensionen wieder.

Die x-Achse bezeichnet dabei den relativen Grad der Bedeutung lebensweltlich geprägter Lebensphasen im Erwachsenenalter: je weiter rechts, desto größer ist die Bedeutung lebensweltlich geprägter Phasen, je mehr links, desto höher ist die Bedeutung institutionell geprägter Lebensphasen. Die y-Achse bezeichnet den relativen Grad biografischer Kontinuität (weiter unten: eher geringere Kontinuität, diskontinuierlicher; weiter oben: eher größere biografische Kontinuität).

Die Zuordnung erfolgte qualitativ unter Berücksichtigung der biografischen Anamnesen (siehe Teil III). Relativ nahe am Typus A sind demnach insgesamt neun Klienten (Ast, Anter, Bebel, Klein, Knoll, O. und F. Kipp, Bart). Zwischen A und B liegt Bart. Relativ nahe am Typus B stehen insgesamt sechs Klienten (Ulik, Groß, Krall, Zapp, Haar, Blau). Letztere sowie – ausgeprägter – Gast mit einer Tendenz Richtung C. Relativ nah am Typus C stehen sechs weitere Klienten (Matt, Loop, Voit, West, Biber, Muck). Kruck, Kunz und Nipp haben wir zwischen Typus A und B verortet.

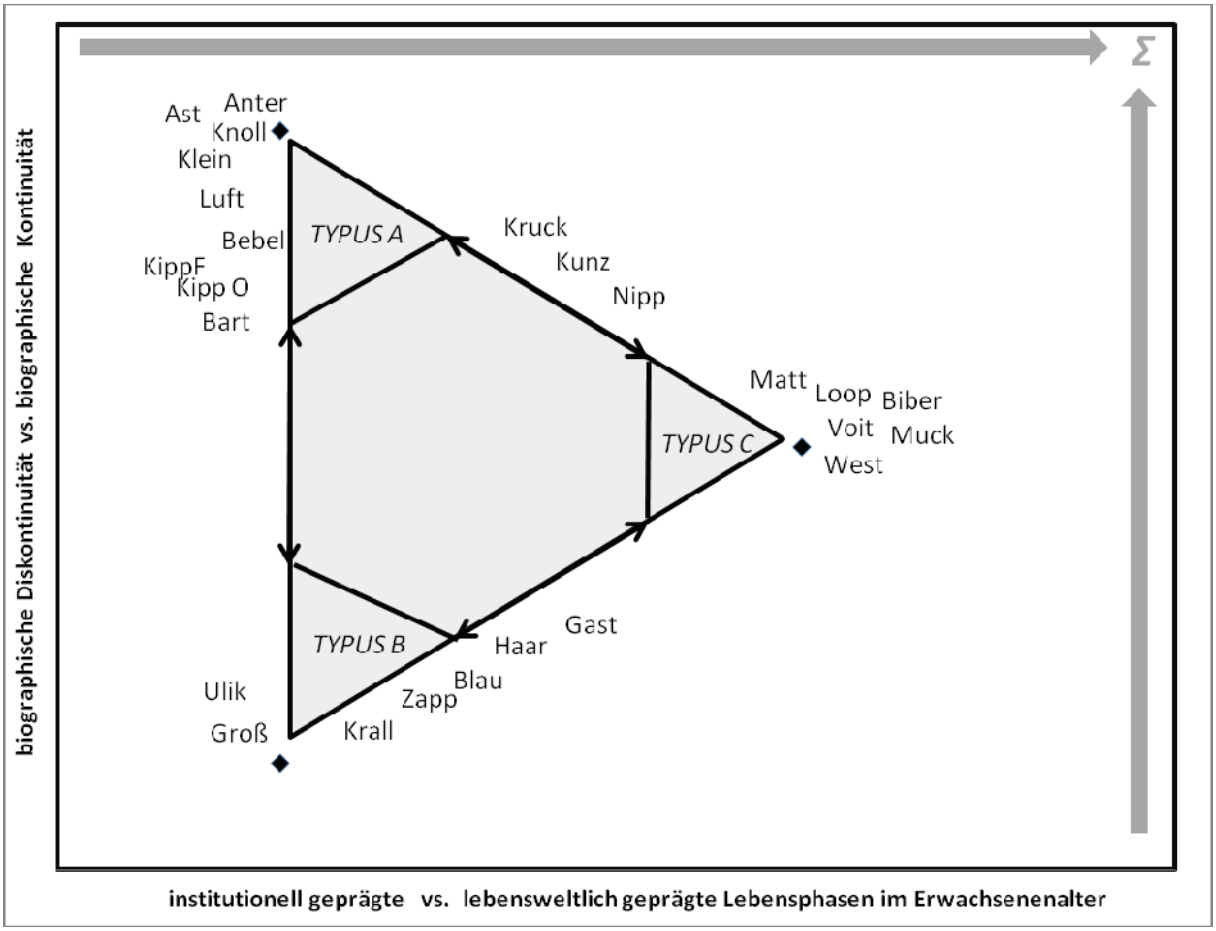



Abbildung 10: Typologische Verortung der ProSeLe-Klienten

### 4.2.3 Detaillierte Beschreibung der Typen

Im Folgenden werden die drei Typen nochmals im Einzelnen, in ihren möglichen Zusammenhängen mit weiteren Merkmalen und Erfahrungsbereichen sowie im Rückgriff auf Beispiele beschrieben.

**TYPUS A**
Kennzeichnend für den Lebensverlauf ist eine Phase der familialen und schulischen Sozialisation (Primärsozialisation) und der Adoleszenz, die nicht oder nur wenig zu einer Positionierung der Individuen in lebensweltlich fundierten Erwachsenenrollen (insbesondere im Feld der Arbeit und Erwerbstätigkeit, des privaten Wohnens, der intimen Partnerschaft) führt.

Vielmehr mündet die Person sowohl im Bereich der Ausbildung/Arbeit als auch im Bereich des Wohnens (Wohnheim) – ggf. nach einer gewissen Zeit der Orientierung – in eine institutionelle Struktur ein. Dabei handelt es sich fast immer um eine Werkstatt für behinderte Menschen oder eine sonstige rehabilitative Institution im Bereich Arbeit und eine stationäre Wohnmaßnahme. Die Einmündung in eine stationär betreute Wohnform findet in der Regel ihre Begründung in von anderen oder von der Person selbst wahrgenommenen Einschränkungen alltäglicher Selbstorganisationskompetenzen. Hinzu können äußere Lebensereignisse oder -Umstände kommen. Ebenso wie der altersspezifische Wunsch nach Ablösung von den Eltern oder der Umstand, dass sich keine außerinstitutionellen Alternativen bieten o-der/und ein Mangel an Bereitschaft bzw. Vermögen der Herkunftsfamilie vorliegt, die weitere Unterbringung zu organisieren. Dabei ist nicht primär eine durchgreifende psychosoziale Desintegration für die stationäre Einweisung ausschlaggebend, selbst wenn die äußeren Ereignisse aus der Außensicht eine gewisse Dramatik aufweisen.

> Letzteres war beispielsweise bei den beiden geistig behinderten Brüdern Franz und Otto Kipp der Fall. Sie lebten zunächst unter bedrückenden Umständen und sozial isoliert mit ihrer Mutter und der ebenfalls geistig behinderten Schwester bis ins junge Erwachsenenalter zusammen. Die Mutter wurde eines Tages von einem der Brüder tot in der Küche liegend aufgefunden. In der Folge wurde – da keine weiteren Angehörigen bereit waren, die Geschwister aufzunehmen – eine stationär betreute Wohnform erschlossen, in der die Brüder über ein Jahrzehnt hinweg wohnten.
>
> Thea Knoll mit einer geistigen Behinderung wächst ebenfalls mit Mutter und Geschwistern auf. Nach der Sonderschule wechselt sie in den Berufsbildungsbereich einer WfbM. Dort absolviert sie zusammen mit ihrem Partner eine Wohntrainingsmaßnahme und zieht mit ihm in eine gemeinsame, stationär betreute Wohnung.
>
> So zieht Theo Ast (mit einer Lernbehinderung sowie verschiedenen Sinnesbehinderungen) in eine stationäre Wohngruppe, nachdem seine verwitwete Mutter eine kleinere Wohnung bezieht und er selbst und andere davon ausgehen, dass er nicht selbstständig wohnen kann.
>
> Heinz Anter gelingt es nach Absolvieren der Förderschule nicht, im Arbeitsleben Fuß zu fassen. Darüber kommt es mit dem Vater zu Unstimmigkeiten. Im weiteren Verlauf zieht Heinz Anter – vermittelt von der WfbM, in der er mittlerweile tätig ist – in eine stationär betreute Trainingswohnung, die er bis zum Beginn von „ProSeLe“ über Jahre hinweg bewohnt.

Je nach Dauer der Phase des institutionellen Lebens ergeben sich relativ konstante Handlungsorientierungen, Alltagsmuster und Lebensformen, die durch langjährige Habitualisierung von den institutionellen Strukturen geprägt sind. Die Personen bilden dabei in unterschiedlichem Ausmaß allenfalls segmentäre Alltagsorganisationskompetenzen aus.

Sowohl die biografischen Perspektiven der Person als auch die sozialen Beziehungen sind überwiegend auf eine einrichtungsnahe Lebensform bezogen, es bestehen enge institutionelle Bindungen. Perspektiven auf ein Leben außerhalb der Einrichtung ergeben sich entweder durch äußere Anstöße oder durch meist soziale Konstellationen (Partnerschaft), die innerhalb der Einrichtungsstrukturen nur begrenzt lebbar sind. Subjektive biografische Motive für die Teilnahme an „ProSeLe“ liegen sehr oft in dem Wunsch nach dem Zusammenleben mit einem Partner und dem Ziel, bestimmte Zumutungen des stationären Wohnens hinter sich zu lassen (zum Beispiel die „stressigen Mitarbeiter“, Einschränkung von Handlungsspielräumen, die Störungen durch andere Mitbewohner).

> Für den letzteren Punkt stehen beispielsweise Äußerungen wie „Ich bin mit den Leuten nicht zurecht gekommen“ (Luft), „Dann habe ich gedacht, ich zieh ich gerne aus, dass ich eigentlich meine Ruhe braucht und so weiter“ (Ast), „Da musst man sich immer abmelden, zurückmelden, wenn ma kommt. Naja, ich weiss net, des war immer nervig ein bisschen, aber man muss ja sich abmelden. Und jetzt ists einfach besser. Man hat niemand, was heißt niemand, der was auf dich aufpasst oder so, zu gucken, wann du nach Hause kommst, oder wann du aus dem Haus gehst. Einfach alles, des isch viel besser.“ (Klein)

Im Vordergrund der Unterstützung steht die Erzeugung von *Selbstständigkeit* im Sinne einer Gewinnung (selten: Rückgewinnung) von instrumentellen Alltagskompetenzen und Übernahme von Verrichtungen, die zuvor stellvertretend wahrgenommen wurden. Allerdings kann es durchaus auch (zeitweise) notwendig sein, psychodynamische Aspekte der Alltagsorganisationskompetenz zu bearbeiten, insbesondere dann, wenn es um Problemlagen geht, die das Alltags(zusammen)leben tangieren (insbesondere Partnerschaftsprobleme und damit einhergehende Verstimmungen oder auch das Auffangen von Stresserfahrungen infolge von Anforderungsdruck, auch im Bereich Arbeit).

Damit verbunden ist die Gewinnung von sozialen Netzwerken, die bei dieser Alltagsbewältigung hilfreich sein können. Bei fast allen Teilnehmern, die dem Typus A nahe kommen, ist eine Folge des einrichtungsgeprägten Lebenslaufs, dass außerhalb der durch die institutionellen Strukturen geschaffenen Netzwerke vorrangig die Herkunftsfamilie den Kern der lebensweltlichen sozialen Ressourcen ausmacht. Ansonsten bestehen soziale Beziehungen fast durchweg zu Menschen, die selbst in der stationären Wohneinrichtung leben, die in derselben WfbM arbeiten oder zu professionellen Bezugspersonen. Diese haben die entschei-

dende Bedeutung auch in dem Übergang ins ambulant betreute Wohnen. Insgesamt besteht so das Problem, dass die Personen keine im Lebenslauf autonom erworbene sozialräumliche Verwurzelung aufweisen. Es müssen also neue Sozialbezüge erschlossen werden. Ob dies gelingt, hängt auch ab von der Frage des Bestehens kommunikativer und sozialer Kompetenzen der Person sowie ihrer Passung zu der neuen sozialen Umgebung. Bezugspersonen aus der Einrichtung bzw. Strukturen der Einrichtung haben dabei sehr häufig eine Art „Mutterschifffunktion".

Von Bedeutung ist dabei insbesondere die Frage des Verlaufs der Primärsozialisation. Je krisenhafter, je deprivierender, je weiter unterhalb der Grenzen sozialer Respektabilität diese verlaufen ist, desto schwieriger wird der Prozess der sozialen (Re-)Integration. Je weniger das der Fall ist, desto größere kommunikative Ressourcen (gemessen an einer Umgebung durchschnittlicher „Respektabilität") hat die Person.

> Ein gutes Beispiel hierfür ergibt sich aus dem Fallvergleich von Thea Knoll einerseits und den Brüdern Kipp auf der anderen Seite. Es gibt einige Gemeinsamkeiten: die ländliche Umgebung, in der sie aufwachsen, der Tod des Vaters, die Erziehung durch die Mutter, die geistige Behinderung und die frühe institutionelle Aufnahme in Wohnheim und WfbM.
>
> Allerdings ist Thea Knoll in einem gut in ihr soziales Umfeld integrierten sowie kommunikativ und kognitiv anregendem Milieu aufgewachsen (die Mutter ist Kirchenpflegerin). Sie unterhält auch nach dem Auszug ein sehr gutes und zugleich abgegrenztes Verhältnis zu ihrer Familie, insbesondere der Mutter, aber auch zur Schwester und zur weiteren Verwandtschaft. Innerhalb dieser Beziehungen erfolgen wechselseitige Solidarleistungen. Ihr kommunikativer Habitus ist aufgeschlossen, extrovertiert und zugänglich. Sie hat einen stabilen Kontakt zu ihrer sozialen Umwelt, es können ehrenamtliche Personen als Ansprechpartner gewonnen werden, sie zieht mit einem Partner in eine gemeinsame Wohnung.
>
> Demgegenüber wachsen die Brüder Kipp unter sehr deprivierenden Umständen auf. Der Vater ist alkoholabhängig, er misshandelt seine Kinder und stirbt sehr früh. Ein Teil der Geschwister wird vom Jugendamt aus der Familie genommen. Die Familie ist sozial isoliert. Die Mutter stirbt unter dramatischen Umständen, es besteht kein Kontakt zur weiteren Familie. Der kommunikative Habitus der Brüder Kipp ist äußerst zurück genommen und scheu, sie haben wenig Außenkontakte, leben miteinander in einer Art schweigender Symbiose. Entsprechend schwierig gestaltet sich die Einbeziehung dauerhafter ehrenamtlicher Beziehungen bzw. überhaupt die Ausweitung sozialer Kontakte.

Durch die lange einrichtungsbezogene Sozialisation ergeben sich in der Regel keine allzu offensiven Konflikte mit der Einrichtung, die Personen wirken vergleichsweise „angepasst" an Verhaltensstandards von Einrichtungen, das ist zugleich aber auch eine Problemanzeige bezüglich der Emanzipationsspielräume. Es bleibt – vor allem in der Anfangszeit – bei starken (auch emotionalen) Bindungen an Einrichtungsstrukturen und Personen, die mit der Einrichtung verknüpft sind.

**Typus B**

Kennzeichnend für den biografischen Verlauf ist ein über Jahre, teilweise Jahrzehnte, manchmal bereits in der Phase der Primärsozialisation einsetzender, diskontinuierlicher Wechsel von institutionellen und außerinstitutionellen Lebenskontexten oder/und ein Wechsel von verschiedenen institutionellen Lebenskontexten. Diese Wechsel sind jeweils motiviert durch krisenhafte, in der Regel konfliktbeladene Zuspitzungen der Lebenssituation, die einen Wechsel des Wohn-, Arbeits- und sozialen Settings (zu) erzwingen (scheinen). Die Krisenhaftigkeit des Lebensverlaufs sowie das diskontinuierliche Muster von Leben in der Einrichtung und lebensweltlichen Sozialbezügen kann manchmal bereits in der Jugend, meist aber in der Adoleszenz einsetzen. Im Ergebnis kann das – besonders bei älteren Klienten – zu einer kontinuierlichen Phase des Verbleibs in einer Einrichtung wie bei Typus A führen. Der Unterschied liegt aber darin, dass insbesondere in der Zeit der Adoleszenz, bzw. des jungen Erwachsenenalters, immer eine Phase biografischer Diskontinuität von erheblicher Dauer voraus geht, in der es zu grundlegenden Veränderungen des gesamten Lebenszusammenhangs kommt.

> Bei Hans Ulik setzen seit dem ersten Lehrjahr als Kunstschmied wiederholte und längere Aufenthalte in mindestens fünf verschiedenen psychiatrischen Kliniken ein, gefolgt von mehreren Rehabilitationsmaßnahmen. Dazwischen verbringt er kurze Phasen in mindestens drei verschiedenen Wohngruppen und bei seiner Herkunftsfamilie.
>
> Bernd Groß bricht mehrere Ausbildungen und Gelegenheitsarbeiten ab; Mitte 20 wird er wegen Brandstiftung verurteilt. Er wird in verschiedene geschlossene psychiatrische Einrichtungen eingewiesen, in der Folge in den Maßregelvollzug. Eine Zeitlang wohnt er in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, eine berufliche Wiedereingliederungsmaßnahme bricht er nach einem Vierteljahr ab. Es schließt sich eine Zeit der Obdachlosigkeit an. In der Folge kommt es über sechs Jahre hinweg zu einem dichten Wechsel des Wohnens in Einrichtungen und außerhalb von Einrichtungen, in großer geographischer Distanz zueinander.
>
> Timo Krall bekommt um die Zeit seines Schulabschlusses (Abitur) schwere Angstzustände. Er zieht spät, mit 23 Jahren, von zu Hause aus, nimmt nach Absolvieren der Schule viele Arbeitsgelegenheiten an, meist nur für kurze Zeit. In der Folge wechselt er über einen Zeitraum von mindestens 15 Jahren sowohl Wohn- wie Arbeitseinrichtungen. „Ich bin jetzt schon, in meiner psychiatrischen Karriere schon überall rum gekommen“, sagt er.

Mit Typ A hat dieser Verlauf gemeinsam, dass es nie zu einer nachhaltigen Stabilisierung einer lebensweltlich verankerten Erwachsenenrolle kommt. Weder wird eine Ausbildung abgeschlossen, eine Arbeits- oder Berufsrolle nachhaltig eingenommen, noch kommt es zu einer stabilen und länger andauernden Partnerschaftsbeziehung. Sowohl die Phasen in Einrichtungen als auch vor allem außerhalb von Einrichtungen können jeweils ausgesprochen krisenhaft verlaufen. Am Ende der Phasen außerhalb der Einrichtung stehen in der Regel konstante Verlaufsmuster der Eskalation, des aus der Bahn-geworfen-werdens, diskontinuierliche Lebensereignisse, die den Eindruck aufkommen lassen, es gehe nicht mehr anders, es sei wieder so weit, es gäbe keine andere Möglichkeit.

Der Unterstützungsbedarf ist demgemäß in aller Regel sowohl im instrumentellen wie im psychodynamischen Bereich hoch. Einerseits wurden wenig oder keine nachhaltigen Erfahrungen mit Alltagsorganisation gemacht, die mit der Ausübung „normaler“ Erwachsenenrollen bzw. Positionen verknüpft sind (eigene Wohnung, Partnerschaft, Berufstätigkeit, Selbstverwaltung, Selbstversorgung usw.). Hinzu kommen die mit der biografischen Diskontinuität einhergehenden psychosozialen Bedarfslagen: Motivation, Krisenintervention, Mediation, psychosoziale Unterstützung, quasi-therapeutische Formen der Beratung, Beziehungsarbeit usw. Zentrales Problem ist immer wieder der Umgang mit Belastungen und wirklichem oder vermeintlichem Stress außerhalb von Einrichtungen. Hier besteht immer wieder die Gefahr des Einrastens einer durch Erfahrung (scheinbar) bestätigten Logik: ich schaffe es nicht, es geht (doch) nicht, das kann ich nicht durchhalten, es ist unerträglich. Sehr oft ist für diese Klienten deshalb die reine Möglichkeit der Abstützung durch eine intensive Betreuung eine wichtige Bedingung dafür, sich überhaupt auf eine Wohnform außerhalb der stationären Einrichtung einzulassen. Beispielsweise erwähnt Timo Krall ausdrücklich einen „höheren Betreuungsschlüssel“, die Möglichkeit einer „intensiven Betreuung“ als Motiv, sich auf „ProSe-Le“ eingelassen zu haben.

Soziale Netzwerke können auch hier (je nach Alter) einerseits von den Beziehungen zur Herkunftsfamilie dominiert sein, in zwei Fällen spielen Geschwister eine sehr wichtige Rolle. Manchmal sind insbesondere die Beziehungen zu den Eltern aber sehr konfliktbeladen, von (Bindungs-)Ambivalenzen und damit zusammenhängenden, zum Teil in der Vergangenheit liegenden Auseinandersetzungen und Versuchen der Ablösung bestimmt. Sehr oft setzen sich biografische Themen aus der primären Sozialisation fort.

> In Fall eines jüngeren Klienten ist das Verhältnis zu den Eltern, die Verarbeitung einer äußerst instabilen Familiensituation in der Kindheit und die Sehnsucht nach intakten Familienverhältnissen zentrales Gesprächsthema mit dem betreuenden Mitarbeiter. Die Auseinandersetzung mit dem Vater, der die Familie früh verlassen hatte, ist ein tragendes biografisches Thema für ihn. Er hat sehr oft die Phantasie, in die Heimat seines Vaters zu fahren, um ihn dort wieder zu finden und bei ihm zu leben. Es bestehen Kontakte zur Mutter und vor allem zu den Großeltern, bei denen er einen Teil der Kindheit verbracht hat.

> Bernd Groß hat sehr früh alle Kontakte zu Angehörigen abgebrochen und möchte nach eigenem Bekunden auch keine Kontakte mehr aufnehmen. Andererseits bekundet er ein sehr deutliches Interesse an seinem früheren Leben. Er reist einmal sogar auf eigene Faust zu seinem Herkunftsort und wünscht sich, dort wieder zu wohnen.

Bei einem Teil der Klienten kommt es zu einem völligen Verlust von sozialen Ressourcen, weil insbesondere fortbestehende Konfliktlagen der Primärbeziehungen zu ausdrücklichen und provozierten Beziehungsabbrüchen geführt haben. Durch den ständigen Wechsel der Lebensumwelten konnte niemals nachhaltig neues soziales Kapital gebildet werden, weder in der Einrichtung noch außerhalb der Einrichtung. (Sonderfall: wenn die letzte Phase des Lebens in einer Einrichtung sehr lange dauert, können innerhalb der Einrichtung relativ stabile Beziehungsnetzwerke weiter stabilisiert werden.) Beziehungen zu anderen Menschen werden teilweise als bedrohlich und belastend erfahren. Das kann zu einem Vermeidungs-, Abwehrmuster oder auch einem eher offensiv-konfrontativen Muster führen.

Die Personen haben eine erhebliche Erfahrung im Umgang mit (auch verschiedenen) Einrichtungskulturen und entwickeln möglicherweise zeitlich begrenzte kurzfristige Anpassungsstrategien (in der Anfangszeit), später auch langfristig wirksame Anpassungsstrategien. Dagegen werden Belastungen in Lebensphasen außerhalb von Einrichtungen sehr schnell als entmutigend und demotivierend, zum Teil als Kristallisationspunkt von Eskalationen erfahren bzw. genutzt. Nicht selten kann aber genau das ein wichtiges Motiv sein, einen stationären Wohnkontext hinter sich zu lassen, weil man damit der als belastend empfundenen Nähe der Mitbewohner entkommt. Auch der Wunsch nach einem ganz normalen Leben, der mit einer Art Erschöpfung über die Aufs und Abs der biografischen Verlaufskurve gepaart ist, kann ein starkes Motiv sein.

> „Ich würd gern an `nem Sommermorgen, morgens, zum Bäcker gehen, dort `n Kaffee trinken und `ne Brezel essen, an `nem runden Tisch. Des is so `n Bild, wo ich, so entspannt möcht ich gern sein (…), ohne was einwerfen zu müssen. Mich da hinstellen und die Leute beobachten, die da hinkommen und `ne Tasse Kaffee trinken und `ne Brezel dazu essen. Das ist `n Wunsch von mir.“ (Timo Krall)

Dem stehen allerdings auch massive Ängste gegenüber, es nicht zu schaffen sowie das Bedürfnis nach Absicherungsmechanismen, etwa durch die Möglichkeit, jederzeit professionelle Hilfe in Anspruch nehmen zu können.

**Typus C**

Der kennzeichnende Unterschied der Lebensläufe dieses Typus zu denen von A und B besteht darin, dass die Personen im Erwachsenenalter vergleichsweise lange ohne jede professionelle Unterstützung gelebt haben und in der Regel erst nach dieser Phase mit dem Unterstützungssystem der (Sozial-)Psychiatrie oder Behindertenhilfe in Kontakt gekommen sind. Es wurde in der Regel eine Ausbildung abgeschlossen oder/und einer Erwerbstätigkeit nachgegangen. Die Klienten haben in einem eigenen Haushalt, mit eigener Familie oder zumindest Partnerschaft gewohnt. Diese, der Einrichtungsaufnahme vorangegangene Lebensphase kann mehr oder weniger durch Krisenerfahrungen, Schwankungen und Belastungen geprägt sein. Sie führt aber vor der letzten Einweisung in der Regel nicht zum Leben in einer Institution.

Im günstigsten Fall haben die Teilnehmer über Jahre oder länger ein in ihren Augen und den Augen der sozialen Umwelt „normales Leben“ geführt. Im schlechtesten Fall haben sich die Klienten auf teilweise beeindruckende Weise durchs Leben geschlagen, sind trotz sehr widriger Erfahrungen irgendwie „durchgekommen“. In der Regel wurden die Personen dann durch ein Lebensereignis (z.B. Erkrankung, Zusammenbruch, Scheidung) oder durch die immanente kumulative Zuspitzung einer vorher impliziten Lebensproblematik(z.B. Sucht) gleichsam (endgültig) „aus der Bahn geworfen“.

> So führt Helga Muck, obwohl sie unter sehr widrigen familiären Verhältnissen aufwächst (und als Kind sogar zeitweise im Heim untergebracht ist), über mehrere Jahrzehnte ein Leben außerhalb von Institutionen. Dabei kommt es zu Phasen mit teilweise dramatischen Ereignisfolgen (Gewalterfahrungen,

Schwangerschaft, Obdachlosigkeit), aber immer wieder auch zu längeren Phasen der Konsolidierung, während der sie einer Arbeit nachgeht und mit einem Partner zusammen lebt. Während die erste Ehe nach etwa drei Jahren geschieden wird, lebt sie mit ihrem zweiten Mann für sechs Jahre in einer offenbar stabilen Beziehung zusammen. Mit dem unerwarteten Tod des Mannes erleidet sie einen physischen und psychischen Zusammenbruch, der eine Folge von längeren Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation einleitet, in deren Gefolge sie dann, Anfang 40, in eine stationäre Wohneinrichtung einzieht.

Auch Fritz Biber berichtet von einer schwierigen, von körperlichen Erkrankungen und familiären Zerwürfnissen geprägten Kindheit. Er wächst bei den Großeltern auf und absolviert eine Bäckerlehre. Er zieht in eine eigene Wohnung, zieht aber – etwa 30 jährig – wieder in den Haushalt seiner erkrankten Mutter, um diese zu pflegen. Wegen eigener Gesundheitsprobleme muss er seinen Beruf als Bäcker aufgeben und arbeitet in verschiedenen anderen Berufen. Nach einem Umzug lebt er in der Nähe der Mutter, bezieht aber zusammen mit einer Partnerin eine eigene Wohnung. In seiner Darstellung führt deren Alkoholproblem dazu, dass er selbst alkoholabhängig wird, sich aber von ihr trennt. Es kommt in der Folge zu einer sukzessiven Verschlechterung seiner Situation. Er wird arbeitslos (auch weil der Betrieb, in dem er arbeitet, verkauft wird), die Alkoholproblematik und die prekäre sozioökonomische Situation spitzen sich zu. Im Alter von 48 Jahren wird er zunächst in eine Klinik, in der Folge in eine stationäre Wohneinrichtung aufgenommen.

Harry Loop führt bis zu seiner Ausreise aus der ehemaligen DDR im Jahr der deutschen Einigung (er ist Mitte 30) ein wechselhaftes Leben. Er macht eine Ausbildung als Maurer, absolviert den Wehrdienst, bekommt aber nach seiner Darstellung zunehmend massive Schwierigkeiten mit dem Regime der DDR (u.a. Haft wegen „Asozialität“), weil er mehrere Versuche zur „Republikflucht“ unternimmt. Er ist für eine wohl kurze Zeit verheiratet und hat eine Tochter. Später kommt es zur Scheidung. Nachdem er im Westen eine Arbeitsstelle verliert, wird er obdachlos und verbringt etwa ein Jahrzehnt auf der Straße bzw. in einer von ihm selbst initiierten Behelfsunterkunft (Wohncontainer). Wegen seines schlechten Gesundheitszustandes (auch infolge einer Suchterkrankung) wird er schließlich in einer stationären Einrichtung untergebracht.

Was alle Personen, die diesem Typ nahe kommen, auszeichnet, ist eine erhebliche Widerstandsfähigkeit auch angesichts von sehr widrigen Lebensbedingungen (Resilienz). Alle schlagen sich auf eine gewisse Weise durch ihr Leben, ohne aber für sehr lange Zeit irgendwelche Unterstützungsstrukturen in Anspruch zu nehmen. Sie nehmen diese Widerstandsfähigkeit auch in ihr Selbstbild auf und erzählen in der Mehrheit sehr bereitwillig ihre Lebensgeschichte. So schreibt sich Fritz Biber im Interview eine Kämpfernatur zu, beschreibt sich als Stehaufmännchen. Harry Loop präsentiert sein Leben als ein Folge von ausweglosen Situationen (’Wat mack ick denn nu?“, „Wat nu?“, „Dat haut nich hin“ „Det war zu dolle“), aus denen er aber gleichwohl immer noch das Beste und Zweitbeste („so gehts auch“) macht.

Daraus wird deutlich, dass die Klienten, die diesem Typus nahe stehen, subjektiv und objektiv über erhebliche Handlungskompetenzen verfügen und in der Tat über lange Jahre eigenständig einen eigenen Alltag organisiert haben, auch wenn dieser – wie etwa am deutlichsten im Fall von Harry Loop – nicht immer bürgerlichen Standards an ein „normales“ Erwachsenenleben gehorchte. Im Unterschied zu den Klienten des Typs A/B verfügen sie über ein größeres Maß an instrumenteller Alltagsorganisationskompetenz. Der Unterstützungsbedarf ist zurückzuführen auf gesundheitliche Instabilität und/oder psychodynamische Faktoren, beispielsweise Folgen einer Alkoholabhängigkeit, Stimmungsschwankungen, Problemen im Umgang mit (krankheitsbedingten) Belastungen u.a.. Zum Teil entspricht der (von außen wahrgenommene) Unterstützungsbedarf auch der Distanz zu bestimmten Standards (beispielsweise wenn Harry Loop – wie in seiner Obdachlosenzeit – Konservennahrung auf einem Campingkocher zubereitet).

Damit hängt auch ein weiteres Charakteristikum zusammen. Die Personen, die diesem Typ nahe kommen, sind eigenständig, und in der Folge auch selbstbestimmter. Hauptbezugsproblem der Unterstützung sind nicht fehlende Alltagskompetenzen. Diese sind vielmehr sicher habitualisiert da. Im Einrichtungsalltag sind die Personen eher unangepasst, da sie im Gegensatz zu Personen, die nah an den Typen A und B stehen, sehr wohl eigene Vorstellungen über die Art und Weise ihrer Alltagsorganisation haben. Bei den Personen, die diesem Typ nahestehen, findet sich dann auch auffällig oft ein Dissens zu durch den Einrichtungsträger bzw. durch die professionellen Mitarbeiter geschaffene Rahmenbedingungen.

> So führt Sonja Matt eine Dauerauseinandersetzung mit den Mitarbeitern, weil sie der Überzeugung ist, dass sie eigentlich gar keine professionelle Unterstützung benötigt. Harry Loop kritisiert in jedem der mit ihm geführten Interviews den Umstand, dass er beim Einzug in die stationäre Wohneinrichtung die Möbel und den Kühlschrank, die er sich für sein Wohncontainerleben organisiert hatte, nicht mitnehmen konnte. Außerdem kommentiert er gelegentlich ironisch die ihm abverlangte Selbstständigkeit. Andere kritisieren ihre koordinierenden Bezugspersonen (fühlen sich z.B. nicht ernst genommen oder überbetreut) oder monieren Teilaspekte ihrer Wohnsituation.

Daraus wird deutlich, dass die Personen z.T. deutlich einen eigenen Lebensentwurf haben und über ein erhebliches Maß an instrumenteller Alltagsorganisationskompetenz verfügen (und dies auch wissen), die sie aber auch in Gegensatz zu den professionellen Unterstützern bringen kann. Insgesamt haben sie eher losere Bindungen, ein geringeres Maß an Loyalität gegenüber der Einrichtung und explizite Motive der Emanzipation von ihr. Das ist auch dann der Fall, wenn sie – wie etwa Harry Loop – keine Alternativen sehen.

Soziale Netzwerke bestehen hier vor allem in Abhängigkeit zu der sozialräumlichen Verortung vor Eintritt in die stationäre Struktur. Prinzipiell zeichnen sich die Klienten, die diesem Typus nahe kommen, dadurch aus, dass sie – das gehört zu der erhöhten instrumentellen Alltagskompetenz – über auffällig erhöhte kommunikative (und in der Folge soziale) Ressourcen verfügen, die auch im Freizeitbereich zu Kontakten führen (z.B. wie im Fall von Martha Voit zur Kirchengemeinde, Kirchenchor, Frauenkreis; zu Freund und Freundin im Fall von Helga Muck). Allerdings hängt dies sehr von äußeren Gegebenheiten ab. Während beispielsweise Sonja Matt in der Nähe von Familie und Bezugspersonen lebt, zu denen freilich ein teilweise hochambivalentes Verhältnis zu bestehen scheint, hat z.B. Harry Loop zunehmend weniger Möglichkeiten zu Kontakten zu seiner, wie er sagt, „Familie“. Damit scheint er die alten Kumpels aus der Obdachlosenszene zu meinen. Allein schon der Umstand, dass er räumlich entfernt in einem kleinen Dorf untergebracht ist, führt dazu, dass sich diese Kontakte zunehmend verlieren. Zudem sind diese Kontakte von den Nachbarn und dem professionellen Umfeld nicht gerne gesehen, zum Teil gab es Klagen über laute, mit Alkoholkonsum verbundene Zusammenkünfte.

**Zwischen den Typen**

Generell ist nochmals zu betonen, dass keine Person „deckungsgleich“ mit einem Typus ist. Wir haben das dadurch markiert, dass sich in Abbildung 10 keine Personennamen auf dem Punkt des jeweiligen Typus (der Spitze des jeweiligen Dreiecks) befindet. Immer gibt es Merkmale, die nicht ganz passen, oder Merkmale, die eigentlich einem anderen Typus angehören. Dennoch erfüllt eine Typologie gerade dann die Funktion, individuelle Spielarten und Unterschiede sichtbar zu machen.

Eine Reihe von Personen, die dem Typus B nahe liegen, wurden mit einer gewissen Tendenz zu Typus C verortet (Haar, Blau, Gast, Zapp). Das hat vor allem mit dem Umstand zu tun, dass sie noch vergleichsweise jung sind, sodass schwer zu beurteilen ist, ob ein B-Verlauf vorliegt oder nicht. Einerseits findet sich bei allen – allerdings in einer sehr engen Zeitspanne – ein Wechsel zwischen stationärer Betreuung und Phasen außerhalb von Einrichtungen. Zugleich trifft zu, dass sich alle in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis für eine kürzere oder längere Zeit befunden haben.

> So hat etwa Jörg Haar eine außerbetriebliche Ausbildung zum Bürokaufmann abgeschlossen und auch einen Arbeitsplatz gefunden. Nach einer Zeit, in der es zu mehreren, teils monatelangen Klinikaufenthalten, einem Auszug von seinem Elternhaus und Einzug bei Verwandten, weiteren stationären Aufenthalten kam, wird er schließlich in eine stationär betreute Wohngruppe aufgenommen.

Drei Personen – Paul Kunz, Lise Nipp und Bernd Kruck – wurden von uns definitiv zwischen Typ A und C verortet. Bei Paul Kunz ist dafür ebenfalls das Alter ausschlaggebend und der Umstand, dass sich bei ihm zunehmend eine gewisse Kontinuität der Einnahme einer Partner- und Elternrolle zeigt und er auch schon in einer eigenen Wohnung gewohnt und eine Ausbildung immerhin für zweieinhalb Jahre durchgehalten hat. Luise Nipp nimmt deswegen

einen Zwischenstatus ein, weil auch für sie zutrifft, dass sie über einen längeren Zeitraum eine durchaus verantwortliche Rolle im Haushalt des kranken Vaters übernommen hat. Zugleich war sie – wegen ihrer geistigen Behinderung – bereits früh in einer WfbM. In eine stationäre Wohnmaßnahme kam sie erst im Alter von 46 Jahren. Eine ähnlich späte Einmündung in eine betreute Wohnform liegt bei Bernd Kruck vor.

# 5 Prozesse und Verläufe

Das folgende Kapitel befasst sich anhand ausgewählter Daten der standardisierten Dokumentationen ausführlich mit dem Verlauf des Projekts „Selbstständig leben“. Zunächst ein kurzer Überblick über den zeitlichen Rahmen: Das Projekt „Selbstständig Leben“ startete offiziell am 1. Juli 2007 und endete nach drei Jahren am 30. Juni 2010. Im Vorfeld gab es im Sommer 2006 Konzeptionstreffen zwischen Bruderhausdiakonie und Sozialleistungsträger. Im Zuge dessen kam es auch zu einem Arbeitsbesuch bei dem Träger des Wieslocher Klientenbudget-Projekts (vgl. Abschnitt 3.3).

Im weiteren Verlauf wurde eine Liste in Frage kommender Teilnehmer in einer „Findungskommission“ zwischen Leistungsträger und den beteiligten Dienststellen der Bruderhausdiakonie erstellt. Im nächsten Schritt wurde durch Gespräche mit den Klienten, gesetzlichen Betreuern und den Angehörigen deren Interesse an dem Projekt eruiert. Daraus ergab sich eine Teilnehmerzahl im Umfang von 25 Personen.

Die Projektintention, Auszug aus dem stationären Wohnumfeld und selbstständig Leben in der eigenen Wohnung, wurde für den Großteil der Projektgruppe in den ersten Monaten des Projektverlaufes realisiert. Zum ersten Umzug aus dem stationär betreuten Wohnen kam es bereits im Vorfeld (Mai 2007), zum letzten Umzug im November 2009, wobei eine Person bereits vor Projektbeginn in ihrer Wohnung lebte. Insgesamt zogen in den ersten sechs Monaten des Projektbeginns 20 der Teilnehmer in die eigene Wohnung. Der Erstbezug konnte zum Teil mit einmaligen finanziellen Hilfen unterstützt werden, zum Teil konnten Möbel von den Vormietern übernommen werden oder wurden sogar von der Bruderhausdiakonie gestellt. Beim Umzug selbst konnten die Teilnehmer/innen auf Hilfe der Einrichtung zählen. Nur bei wenigen Teilnehmern (n=6) kam es innerhalb der dreijährigen Projektlaufzeit zu einem zweiten oder dritten Umzug.

Die von den Teilnehmern genannten Anfangsmotive für den Eintritt in „ProSeLe“ und somit für den Auszug aus der stationären Wohnform sind vielschichtig. Aus fast allen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern geführten Interviews geht in der Tat vor allem der Wunsch nach einer selbstständigen – und auch vor allem: ungestörteren – Wohnform hervor. Hier spielen vor allem Motive eine Rolle, die mit Nachteilen der stationär betreuten Wohnform zu tun haben. Besonders häufig wird das Zusammenleben mit anderen Mitbewohnern in der stationären Wohnform als belastend empfunden und im Gegenzug entsteht ein Bedürfnis nach „Normalität“, das heißt nach einer Wohnform, in der man alleine lebt oder doch zumindest bestimmen kann, mit wem man zusammen wohnt. Einige Auszüge aus den Interviews, die das nachträglich reflektieren, können das illustrieren:

> „Da hab ich halt gesagt, wenn ich noch weiter hier <im Haus der Wohngruppe> wohnen muss <> da bin ich durchgedreht, hab ich gesagt - ... wegen die Streits und die Lautstärke.“
>
> „Gibt's immer Streit und so solche Schimpfwörter, tun die einen <> na reden.“
>
> „Wenn Se mit vier Jungs, wenn se mit vier Jungs auf einem Stock, äh mit drei Jungs auf einem Stock wohnen <> ja und äh, der eine schlägt die Türen zu oder <> ja ich hat nen Mitbewohner, der hat seine Windeln überall, verschissene Windeln überall rumfliegen lassen und äh <> ja, dann sieht die Küche aus wie Sau und keiner is es gewesen und [atmet tief ein] ne ich, ich mag nit mehr.“
>
> „Dort hab ich auch viel erlebt. Ständige Bewohnerwechsel und dann gab's innerhalb <Name des Wohnheims> immer Zoff und Stress und [atmet erleichtert aus] bin froh das ich weg bin dort, ich geb's ehrlich gesagt zu.“„
>
> „Und irgendwann hat's mir dann echt gereicht, ich hab gesagt 'ne, ich möcht meine Ruhe, ich brauch das ich mm.' Ich kann des net haben, wenn irgendjemand ständig um mich herumschwirrt, da werd ich wahnsinnig. Es is okay, wenn ich hin und wieder jemanden seh, aber net ständig, also des is nich mein Ding, bin mehr so n Einzelgänger.“
>
> „I hab mich immer dort aufg'regt, wege jedem Ding. Wenn ich Küche sauber g'macht hab, war's wieder

> nach fünf Minute dreckig, und ich kann des einfach net sehe, wenn irgendwas rumsteht <> na sagt die immer, hänt se immer g'sagt 'Lass stehn, du hast doch keine Küche', dann hab ich g'sagt, 'Aber ich kann des net sehen'. Des muss ma glei spüle und aufräume. Konnt's halt net sehn'
>
> „es ist eben nicht immer so gelaufen wie es sollte. also ich kam irgendwie mit den ganzen anderen nicht so richtig klar. <leise> ich kann halt manchmal meinen mund nicht halten
>
> „Äh Nervensäge. Zuviel reden“
>
> „Hab ich gemeint, des hat mich und Martha total genervt irgendwie, die Leute. Unordnung, dreckig und und und und eben dauernd verrücktes Zeug anhören müssen und so“. „In so ner WG, in so ner therapeutischen, in ner betreuten WG wohnen - das färbt irgendwie so ab, das Verhalten. Und so Nachlässigkeit und ja des des färbt irgendwie so ab und des irgendwie <.>... Wir hatten beide das Bedürfnis nach nach Normalität, wieder Normalität wieder zu ham.“

Einige Teilnehmer nennen auch Motive, die mit einer in ihren Augen zu engen Kontrolle im stationären Bereich zu tun haben. „Man hat keine so Freiheiten g'hett, wie, wie jetzt. Da musst man sich immer abmelden, zurückmelden wenn ma' kommt“, formuliert ein Teilnehmer mit einer geistigen Behinderung. Ein anderer bemerkt, die stationäre Einrichtung, in der er zuvor gelebt habe, hätten die Mitarbeiter „immer so stressig gemacht.“

Es gibt allerdings auch eine Reihe von Teilnehmern, die mit dem Eintritt in „ProSeLe“ und dem damit verbundenen Umzug von vorne herein eine weitergehende biografische Perspektive verbunden haben. Dazu gehören der bereits zitierte Teilnehmer, für den mit der eigenen Wohnung sich die Vorstellung einer grundsätzlichen „Normalität“ verband, wozu dann der Wunsch gehörte, von einer Medikamentenabhängigkeit loszukommen. In fünf Fällen ging es um das direkte oder mittelfristig anvisierte Ziel, mit einem Partner zusammen zu ziehen. „Erstmal alleine mein Leben auf die Reihe kriegen und danach mit ihr [der Freundin] den Anfang machen“, formuliert ein Teilnehmer eine ausgesprochene Zielhierarchie.

Nicht immer ist aber auch der Auszug aus eigener Initiative bzw. überhaupt aus eigenen Anfangsmotiven entstanden. Manche Teilnehmerinnen und Teilnehmer mussten in ihrer Selbstwahrnehmung von der Einrichtung motiviert werden, mitzumachen: „Ich wurde eigentlich dazu mehr oder weniger aufgefordert (..), weil ich für die zu fit war.“ Ein weiterer Teilnehmer bemerkt: „Ich hab’s nich’ gewusst, dass ich hierher ziehen tu.“ Nicht immer wurde der Eintritt in „ProSeLe“ überhaupt als bemerkenswerter Einschnitt erfahren. Beispielsweise setzte sich für einen Teilnehmer das zuvor begonnene Trainingswohnen im Projekt zunächst fort, erst später kam es zu einem Umzug. In einer der beteiligten Heimeinrichtungen kam es im Zuge von Umbaumaßnahmen zu vorübergehenden Umzügen, in deren Folge dann auch ProSeLe eingeordnet wurde: „Da war halt a Um, Umquartierung“, bemerkt ein Teilnehmer lakonisch. Ein anderer Teilnehmer aus demselben Kontext nimmt den Umzug ebenfalls als die Zuweisung einer anderen Räumlichkeit in derselben Einrichtung wahr, registriert aber das damit verbundene Ziel größerer Selbstständigkeit, allerdings mit gewisser Distanz: „Und hier soll jetzt Selbständigkeit sein und das Teilham wieder am Leben“. Allerdings nehmen beide Teilnehmer den Umzug als deutliche Verbesserung ihrer Unterbringung wahr.

In der Mitte der Laufzeit (2008) von ProSeLe ergab sich insgesamt folgendes Bild der Wohnsituation: 15 Teilnehmer wohnten alleine in ihrer Wohnung, sieben lebten in Wohngemeinschaften mit anderen Projektteilnehmern und drei in Wohngemeinschaften mit anderen Personen. Bei zehn Personen kam es zu einem Mietverhältnis mit Dritten, bei 15 Teilnehmern fungierte die Bruderhausdiakonie als Vermieter der Wohnung. Immerhin 23 der 25 Teilnehmer sind auch die direkten Mieter der Wohnung (und nicht etwa die gesetzliche Betreuer). Die Wohnungen befinden sich überwiegend in Laufnähe zur bisherigen stationären Einrichtung (in 18 von 25 Fällen). Nur zwei Teilnehmer haben nicht die Möglichkeit auch Angebote und Strukturen einer stationären Einrichtung zu nutzen. Wie sehr sich die Nutzung der Wohnungen und das persönliche Wohngefühl unterscheiden, wird in Kapitel 5.3. ausführlicher dargestellt.

Während des Projektverlaufs kam es für einige Teilnehmer/innen (n= 5) zu Rückschlägen, die kurzfristige Aufenthalte in psychiatrischen Klinken, Umzüge oder temporäre Wiederaufnahmen in die Wohngruppe zur Folge hatten. In drei weiteren Fällen kam es zu angestrebten und als deutliche Verbesserung empfundenen Umzügen (bessere Wohnung, Zusammenzug mit Partner). Nur für einen Fall kann von einem (vorläufigen) Abbruch des Ambulantisierungsprozesses gesprochen werden[31].

Im Folgenden stellen wir wichtige Prozesse und Entwicklungen während des Projektverlaufs vor. Zunächst geht es um die Entwicklung wichtiger, von den Mitarbeitern dokumentierter Indikatoren für die zentralen Projektziele Selbstständigkeit, Teilhabe und Wohlbefinden (Abschnitt 5.1). Als zweites soll die Entwicklung von Hilfebedarf und Hilfeerbringung betrachtet werden (Abschnitt 5.2). Drittens geht es um die Veränderungen im Verhältnis von Mitarbeitern und ihren Klienten im Verlauf von „ProSeLe“ (Abschnitt 5.3). Der vierte Abschnitt schließlich befasst sich ausführlich mit einem weiteren konzeptuellen Kernelement, nämlich dem Gruppenbudget. Hier wird die Entwicklung der Ausgaben analysiert (Abschnitt 5.4).

[31] Timo Krall setzte im März 2009, fast zwei Jahre nach seinen Auszug, sein angsthemmendes Medikament ab, um das Hochgefühl des selbstständigen Lebens ohne Medikation erleben zu können. In der Folge musste er mehrmals in die Klinik, erlitt massive psychische Rückschläge und zog schlussendlich im Sommer 2009 von der Wohnung wieder in die Wohngruppe und anschließend in eine stationäre Klinik. Mittlerweile (Januar 2011) geht es ihm in der medizinischen Reha besser und er denkt an eine Wiederaufnahme der Wohnfrage.

# 5.1 Wohlbefinden - Selbstständigkeit - Teilhabe in der zeitlichen Entwicklung

Eine zentrale, mehr oder weniger implizite, Annahme des sozialpolitischen und fachlichen Diskurses ist die Unterstellung eines eindimensionalen Zusammenhangs von Selbstständigkeit, Teilhabe und Lebensqualität. Größere Selbstständigkeit und Selbstbestimmung geht mit größerer Teilhabe einher, im selben Maße steigert sich auch die subjektiv empfundene Lebensqualität. Insofern müsste mit dem Verlassen des stationären Wohnkontextes, mit dem Einzug in eine eigene Wohnung und mit der zu erwartenden Steigerung der eigenen Fähigkeiten im Bereich der Selbstständigkeit und der Teilhabemöglichkeiten auch die Lebensqualität steigen. Um diese Annahme zu überprüfen und um eine Entwicklung der Teilnehmer bezüglich dieser drei zentralen Dimensionen darzustellen, wurde im Quartalsfragebogen erhoben, inwiefern diese Ausprägungen steigen, gleichbleiben oder abnehmen. Als Indikator für die Lebensqualität wurde hier das subjektive Wohlbefinden abgefragt. Es sei an dieser Stelle vorweggenommen, dass diese Annahme nicht auf alle Klienten zutrifft und es einer differenzierten Betrachtung dieser drei Dimensionen und ihrer Zusammenhänge untereinander bedarf. Im Folgenden werden die Ergebnisse dieses Teils der Untersuchung zunächst für alle Klienten zusammen betrachtet, im Anschluss wird die Entwicklung einiger Klienten exemplarisch dargestellt.

## 5.1.1 Methodische Vorbemerkungen

Für eine Darstellung der Entwicklung der Klienten während der Projektphase im Einzelnen aber auch im Allgemeinen können die im Quartalsfragebogen (B) erhobenen Einschätzungen zum Verlauf bezüglich der Dimensionen „subjektives Wohlbefinden“, „Selbstständigkeit“ und „Teilhabe“ herangezogen werden. Verantwortlich für diese Einschätzungen sind die koordinierenden Bezugspersonen, zum Teil unter direkter Mitwirkung der Klienten. Die entsprechende Passage aus dem Fragebogen ist folgende:

| | Gesamttendenz des letzten Vierteljahrs | Verlaufsform im letzten Vierteljahr |
|---|---|---|
| [1]Subjektives Wohlbefinden | ☐ ↗ ☐ ↗ ☐ → ☐ ↘ ☐ ↘ | ☐ große ☐ kleine ☐ keine Schwankungen ☐ Sonstiges: _____ |
| [2]Selbstständigkeit/ Alltagskompetenzen | ☐ ↗ ☐ ↗ ☐ → ☐ ↘ ☐ ↘ | ☐ große ☐ kleine ☐ keine Schwankungen ☐ Sonstiges: _____ |
| [3]Nutzung von Teilhabemöglichkeiten | ☐ ↗ ☐ ↗ ☐ → ☐ ↘ ☐ ↘ | ☐ große ☐ kleine ☐ keine Schwankungen ☐ Sonstiges: _____ |

Abbildung 11: Auszug aus Quartalsfragebogen (B)

Dabei bedeuten die fetten Pfeile nach oben und unten jeweils starke Zu- bzw. Abnahmen, die normal gedruckten Pfeile schwache Zu- bzw. Abnahmen, horizontale Pfeile bedeuten „keine Veränderungen“. Zusätzlich sollten die Schwankungen beurteilt werden.

Aus den Angaben in den beiden linken Spalten lassen sich sehr einfache Verlaufskurven konstruieren, indem den fetten Pfeilen jeweils der Wert +2 oder -2, den einfach gedruckten Pfeilen der Wert +1 oder -1 und dem horizontalen Pfeil der Wert 0 zugeordnet wird. Beispielsweise ergeben die Ankreuzungen für den Klienten Tim Zapp dann für elf aufeinander

folgende Quartale (1. Quartal 2008 = Q1 – 3. Quartal 2010 = Q11) die Werte »+2 +2 0 +1 -1 0 0 0 0 0 0« für subjektives Wohlbefinden. Da jeweils rückwirkend berichtet wird, gehen wir von einem willkürlich gesetzten mittleren Ausgangswert 0 aus und da eine zeitliche Folge vorliegt, summieren wir für jedes Quartal den angekreuzten Wert mit dem vom Vorquartal auf. Daraus ergibt sich dann die Wertereihe »2 4 4 5 4 4 4 4 4 4 4«. Dasselbe geschieht mit den beiden anderen Verlaufsdimensionen (Teilhabe und Selbstständigkeit).

Es lässt sich dann ein, wie in Abbildung 12 gezeigtes, Tripel von Verlaufskurven zeichnen. Auffällig ist, dass in diesem Fall die Teilhabe zunimmt, das subjektive Wohlbefinden zunächst zunimmt und dann stagniert und die Entwicklung in der Dimension Selbstständigkeit konstant bleibt.

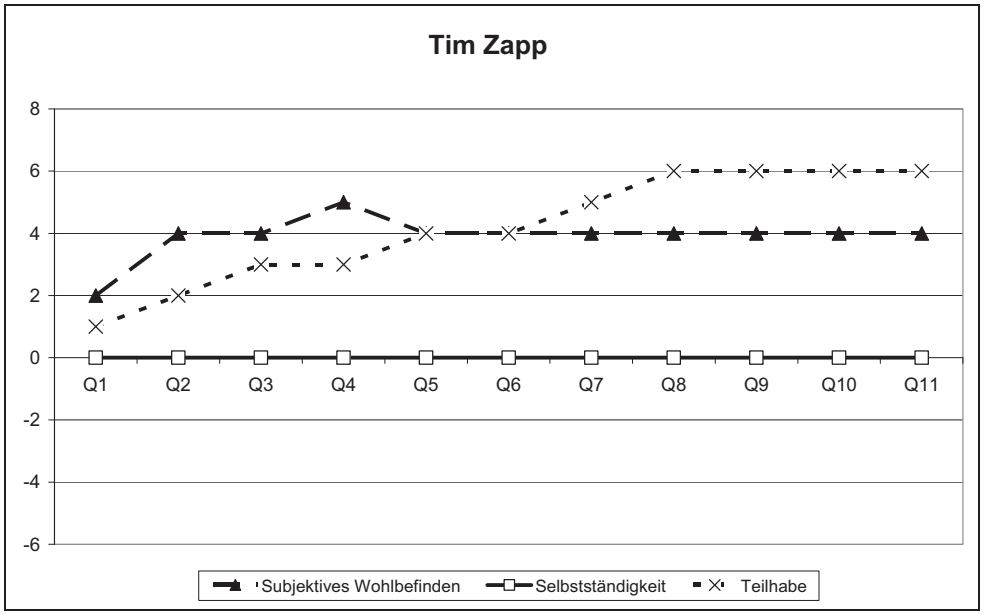



Abbildung 12: Verlaufskurven Einschätzungen Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Tim Zapp) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010)

Die Vorteile dieses Verfahrens liegen in seiner Anschaulichkeit und in der kompakten Darstellung eines Überblicks über die Einschätzungen bezüglich aller dreier Verlaufsdimensionen. Auf der Hand liegt natürlich, dass bei der Interpretation folgende Punkte beachtet werden müssen:

Es handelt sich, wie bei allen Ratingskalen in standardisierten Befragungen, um zusammenfassende, immer professionell begründete oder begründbare, aber subjektive Einschätzungen der Mitarbeiter (z. T. der Klienten selbst).
Interpretierbar ist alleine die Verlaufsgestalt (also: geht die Kurve nach oben oder nach unten, wie steil ist sie). Insofern können Verläufe natürlich auch verglichen werden (bei wem ergeben sich – bezogen auf die Ausgangslage und Situation der jeweiligen Person – Zuwächse, bei welchen Personen eher Abnahmen usw.).

Aber: Der Nullpunkt ist als solcher nicht interpretierbar, sondern ein willkürlich gesetzter Ausgangspunkt (eine Person kann z.B. Zuwächse von einem bereits sehr hohen Niveau aus erfahren).

Dasselbe gilt infolgedessen auch für das Niveau der Kurve: Weder sind die absoluten Werte als solche exakt interpretierbar, noch sind sie in irgendeinem Sinne zwischen den Klienten vergleichbar. Der Maßstab liegt vielmehr im jeweiligen Verlauf selbst.

Über die Frage der Validität der Einschätzungen können auf der Basis der von uns erhobenen Daten nur Vergleichs- und Konsistenztests mit anderen Variablen bzw. Daten heran gezogen werden, zum Beispiel auch in Form von qualitativen Interviews mit den Klienten. Wir haben bisher keinen Anlass, die Konsistenz der Antworten grundsätzlich in Frage zu stellen.

**Ergebnisse der Verläufe nach den einzelnen Dimensionen**

Zunächst möchten wir die einzelnen Verlaufsdimensionen für sich und in ihrem Ergebnis betrachten. Dazu kann der im letzten Quartal erreichte (aufsummierte) Wert als Maßzahl für den Gesamtprozess betrachtet werden. Er gibt Aufschluss darüber, ob es – für die zurück gelegten Quartale – insgesamt zu einem Zuwachs (bei einem Wert >0), zu einer Abnahme (bei einem Wert <0) oder zu einem Gleichstand (=0) gekommen ist. Die erreichten Werte am Ende des Projekts geben aber zunächst keinen Aufschluss darüber, ob und inwiefern es zu Zu- oder Abnahmen innerhalb der Projektphase kam.

**a) Subjektives Wohlbefinden**

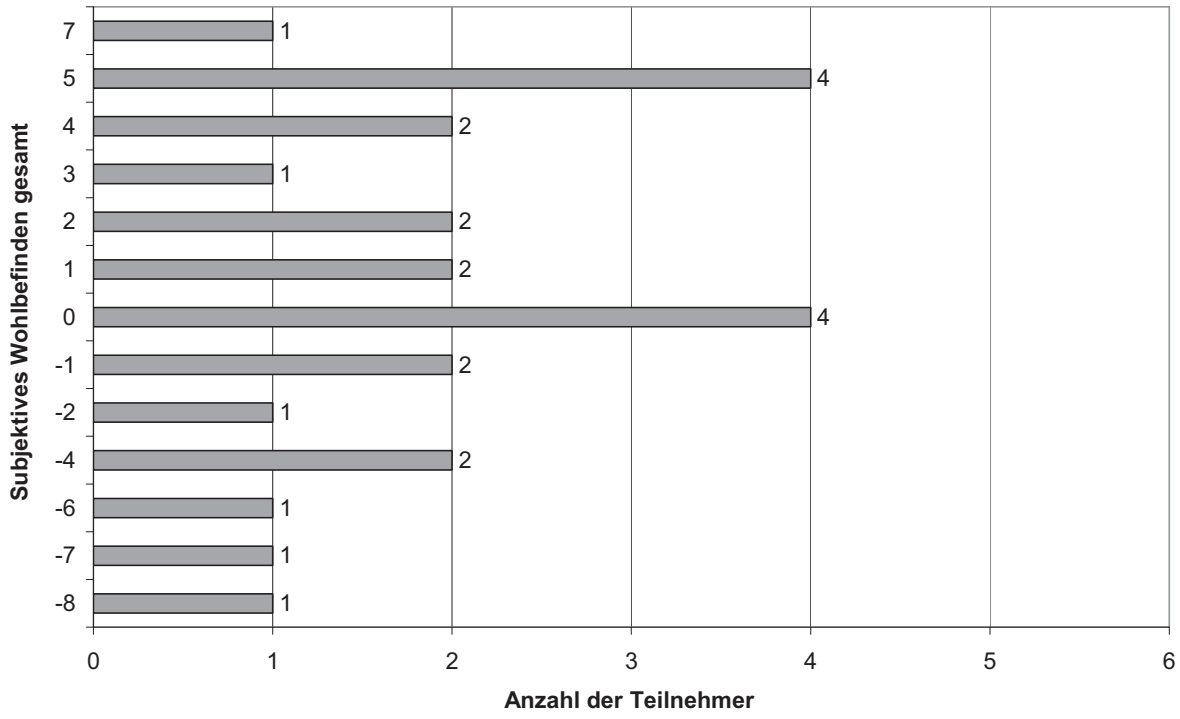



Abbildung 13: Erreichte Verlaufswerte Ende drittes Quartal 2010 (Q11) für die Dimension Wohlbefinden

In der Dimension „subjektives Wohlbefinden“ erreichen zwölf Teilnehmer in der Einschätzung der Mitarbeiter einen insgesamt positiven Wert. Vier Klienten erreichen zum Projektende den Wert 0. Verglichen mit dem Anfang des Projekts haben diese Klienten also weder eine Steigerung noch eine Abnahme des subjektiven Wohlbefindens zu vermerken. Für acht Teilnehmer ergeben sich negative Einschätzungen der Entwicklung. Hier spielt offenbar die Art der Behinderung eine gewisse Rolle, denn unter den acht Teilnehmern mit einer eher abnehmenden Entwicklung des Wohlbefindens sind allein sieben Klienten mit seelischen Behinderungen. Dies lässt sich auch anhand der Mittelwerte aufzeigen: insgesamt zeigen diejenigen Teilnehmer mit einer psychischen Erkrankung einen leichten Rückgang (im Mittelwert -0,4) des subjektiven Wohlbefindens, während die mit einer geistigen Behinderung im Mittel einen Zuwachs aufzeigen (im Mittelwert +1,9).

Auch zu den gebildeten Typen (Abschnitt 4.2.3) gibt es einen schwachen Zusammenhang. Den Teilnehmern, die dem Typ A nahe stehen (also mit einem kontinuierlich früh institutionsgeprägten Lebenslauf), werden von den Mitarbeitern in der Gesamtbilanz ein unveränderter Wert (vier Teilnehmer mit dem Wert 0) oder ein positiver Wert (vier Teilnehmer: 5,5,7,2) zugeschrieben. Bei allen anderen Typen ist das Bild gemischt. Beim Typ C überwiegen die negativen Werte (drei von fünf Teilnehmern weisen die Werte -4,-4,-6) auf. Bezüglich der Typen könnte zum einen also die Behinderungsform eine Rolle bei der Zuschreibung von Wohlbefinden spielen. Zum anderen spielt auch die Frage eine Rolle, ob die Teilnehmer langjährig in den betreffenden stationären Bereich integriert sind (wie die Teilnehmer des Typus A) oder ob sie das nicht sind (wie die Teilnehmer des Typs C und teilweise auch des Typs B). Interessanterweise sind die hier mit einem negativen Wert versehenen Teilnehmer auch diejenigen, die in den Interviews zum Teil Kritik bzw. eigene, ggf. von den professionellen Mitarbeitern abweichende Vorstellungen äußerten, in dieser Hinsicht also autonomer sind.

### b) Selbstständigkeit

Der Zuwachs an Selbstständigkeit ist ein zentrales Erfolgskriterium für das Projekt. Abbildung 14 zeigt die bezogen auf das Quartal 3/2010 erreichten „Endwerte“ für die Einschätzung Selbstständigkeit in einer Übersicht.

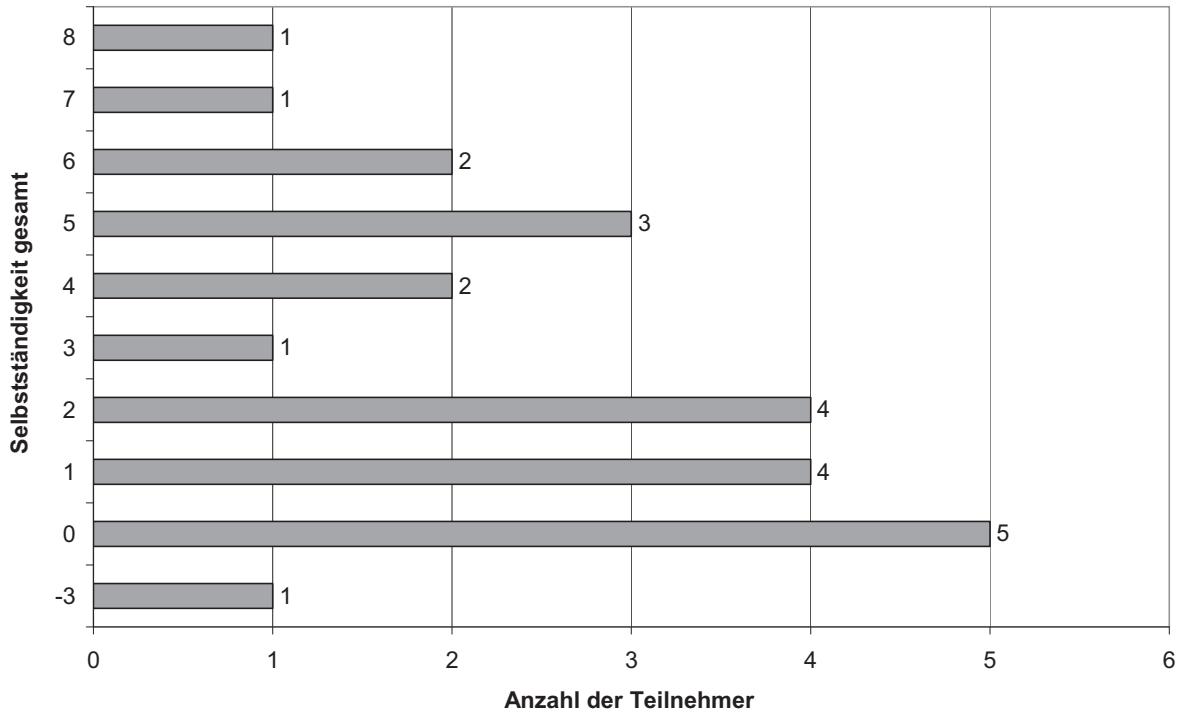



Abbildung 14: Erreichte Verlaufswerte Ende drittes Quartal 2010 (Q11) für die Dimension Selbstständigkeit

Demnach wird in der Einschätzung der Bezugspersonen

- für insgesamt 19 Teilnehmer ein Zuwachs an Selbstständigkeit, bei zehn davon sogar ein *sehr hoher* Zuwachs verzeichnet;
- bei fünf Teilnehmer ergibt sich ein im Ergebnis gleich bleibendes Niveau von Selbstständigkeit;

- nur bei einer Teilnehmerin wird eine Einbuße an Selbstständigkeit vermerkt.

Zu beachten ist, wie bereits schon erwähnt, dass das „Gleichbleiben“ auch ein Gleichbleiben auf verhältnismäßig hohem Niveau bedeuten kann. Es besteht aber hier kein erkennbarer Zusammenhang mit der Behinderungsform. Zuwächse sind bei Klienten mit geistiger Behinderung in gleicher Weise zu verzeichnen wie bei Klienten mit psychischer Erkrankung. Genauso wenig ergeben sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. Allerdings fällt auf, dass bei Klienten, die nahe beim A-Typ verortet wurden, besonders durchgängig hohe positive Werte erreicht werden. Möglicherweise werden bei diesen Klienten vor dem Hintergrund des Ausgangszustandes am meisten Fortschritte registriert, insbesondere in den (gut sichtbaren) instrumentellen Alltagskompetenzen.

**c) Teilhabe**

In der Dimension der Teilhabe ergibt sich folgendes Bild: Drei von 24 Klienten verzeichnen zum Projektende weder eine Steigerung noch eine Abnahme der Teilhabe. Bei 15 Klienten kommt es zu einem Zugewinn an Teilhabe und nur sechs Klienten erreichen einen negativen Wert.

Möglicherweise ist die glockenförmige Verteilung ein Indiz dafür, dass die Entwicklung der Teilhabe einer etwas geringeren Dynamik unterliegt, als es bei den anderen beiden Dimensionen der Fall ist. Auch wenn es bei einer großen Anzahl von Klienten zu einem Zuwachs im Bereich der Teilhabe kommt, weisen die Mitarbeiter immer wieder auf Grenzen und Hürden hin, die soziale Teilhabe zu erhöhen. Solche Grenzen liegen zum einen bei den Klienten selbst, die aus unterschiedlichen Gründen (derzeit) keine Ausweitung von Kontakten wünschen. Mehr als die Hälfte der Klienten (14 von 24) wünscht keine Ausweitung oder Intensivierung von sozialen Kontakten.

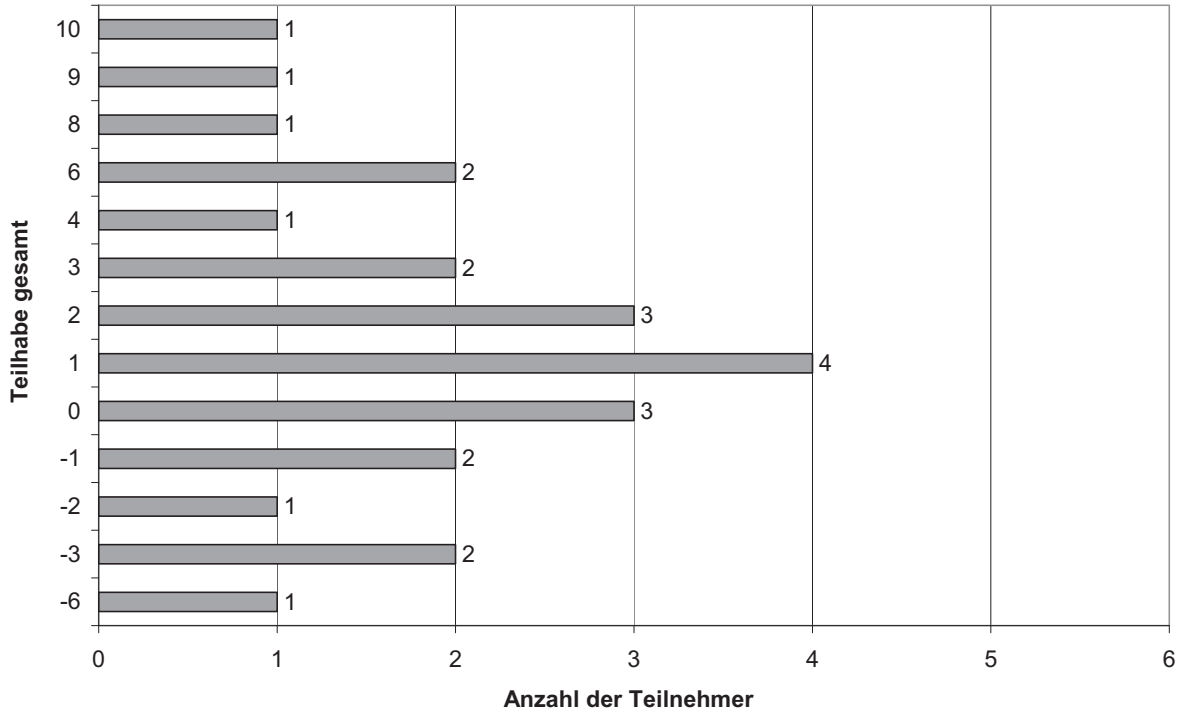



Abbildung 15: Erreichte Verlaufswerte Ende drittes Quartal 2010 (Q11) für die Dimension Teilhabe

Bei der Verteilung der Dimension „Teilhabe“ besteht ein deutlicher Zusammenhang mit der Art der Behinderung, bzw. Erkrankung. Bei den Teilnehmern mit einer geistigen Behinderung ist nur einer von neun dabei, der einen (leichten) Rückgang im Bereich der Teilhabe auf-

weist, während bei den Teilnehmern mit einer psychischen Erkrankung ein Drittel (fünf von 15) einen solchen Rückgang aufweist. Auch die drei Teilnehmer, bei denen die Dimension der Teilhabe stagniert, sind psychisch erkrankt.

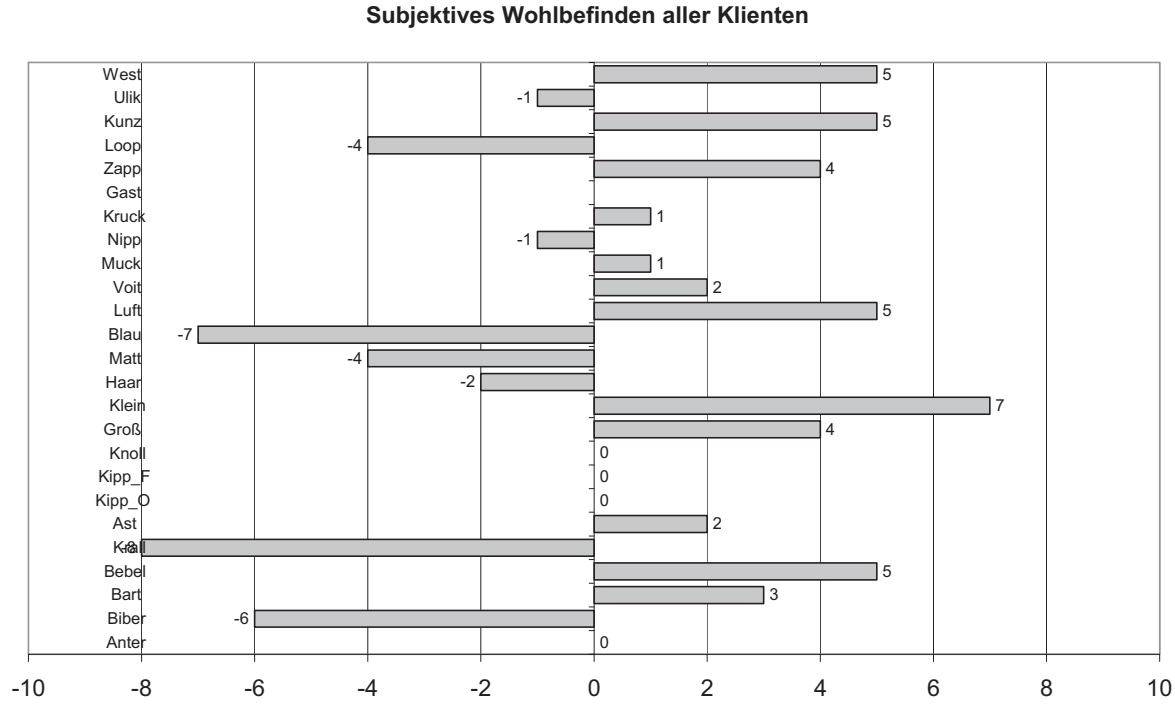



Abbildung 16: Klientenbezogene erreichte Werte am Ende des dritten Quartals 2010 (Q11) für die Dimension subjektives Wohlbefinden

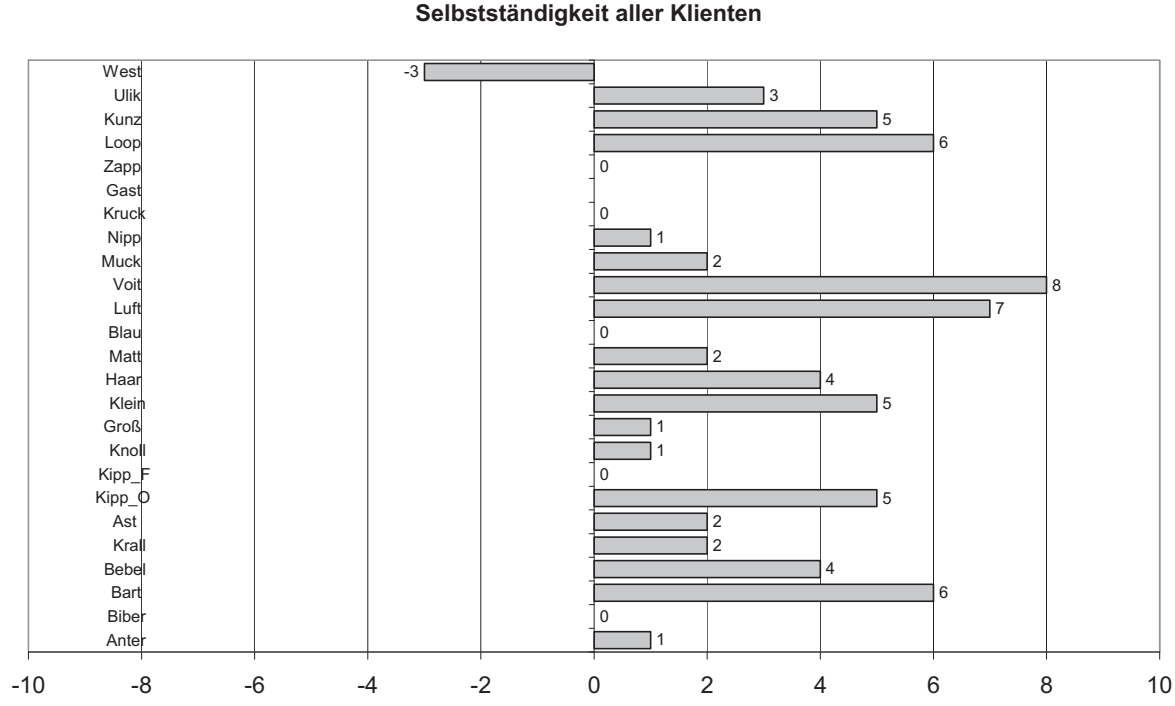



Abbildung 17: Klientenbezogene erreichte Werte am Ende des dritten Quartals 2010 (Q11) für die Dimension Selbstständigkeit

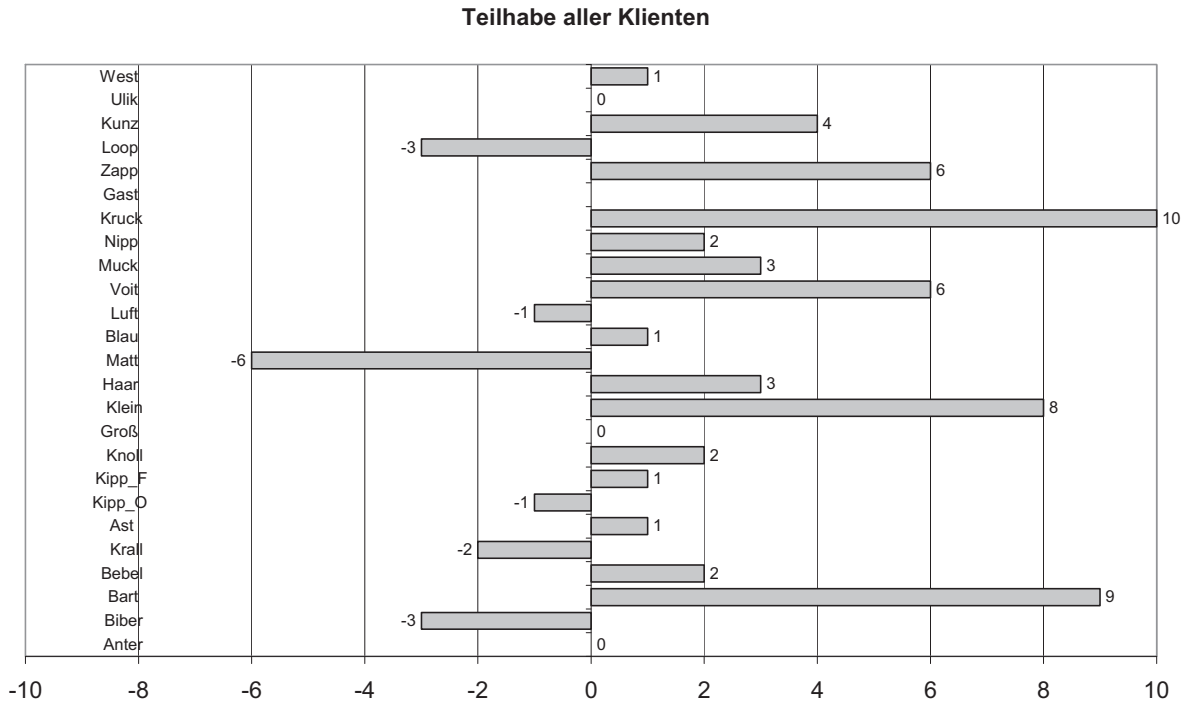



Abbildung 18: Klientenbezogene erreichte Werte am Ende des dritten Quartals 2010 (Q11) für die Dimension Teilhabe

Die Mittelwerte geben weiteren Aufschluss darüber, wie sehr sich die beiden Gruppen im Bereich der Teilhabe unterscheiden. Während Teilnehmer mit einer psychischen Erkrankung insgesamt einen geringen Zuwachs aufzeigen (0,6), ist der Zuwachs an Teilhabe bei Teilnehmern mit einer geistigen Behinderung in der Relation deutlich höher (3,8). Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich auch hier, sowie im Bereich des subjektiven Wohlbefindens nicht erkennen.

In den Abbildungen 16 bis 18 lassen sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezüglich aller Verlaufsdimensionen miteinander vergleichen.

### Netzwerke der Klienten

Von zentraler Bedeutung für die Dimension der Teilhabe ist das Vorhandensein, bzw. das Entwickeln neuer Netzwerke. Die sozialen Netzwerke der Klienten werden nun auf der Basis der 1. Quartalserhebung 2008 und des dritten Quartals 2010 verglichen. Abbildung 19 zeigt die Anzahl der Teilnehmer, die zu den jeweiligen Netzwerken Kontakt haben. Die Kontaktintensität wird in Abbildung 20 aufgezeigt, sie bezieht sich in diesem Fall jedoch lediglich auf diejenigen Klienten, die einen entsprechenden Kontakt auch aufweisen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass im Einzelfall bestimmte Netzwerke von zentraler Bedeutung für einzelne Teilnehmer sein können, auch wenn sich dies nicht in der Kontaktintensität widerspiegelt, z.B. kann der Kontakt zur Kirchengemeinde oder zu einem bestimmten Verein nur wöchentlich oder gar monatlich stattfinden, diese jedoch für den Klienten sehr bedeutend sein.

**Kirchengemeinde**: Im jeweils ersten erhobenen Quartal 2008 hatten fünf Klienten wöchentlich Kontakt zur Kirchengemeinde, circa zweieinhalb Jahre später nimmt die Anzahl etwas ab (drei), wobei nur noch zwei Klienten wöchentlich Kontakt haben.

**Vereine**: Bei den Kontakten zu Vereinen erhöht sich die Anzahl derjenigen Teilnehmer, die Kontakte zu Vereinen haben, von fünf auf sechs. Jedoch reduziert sich die Anzahl derjenigen, die wöchentlichen Kontakt haben, auf vier Teilnehmer.

**Nachbarschaft**: Anders sieht es bei den Kontakten zur Nachbarschaft aus. Während im jeweiligen ersten Quartal 16 Teilnehmer Kontakt zur Nachbarschaft hatten, sind es im letzten erhobenen Quartal immerhin 21. Das bedeutet, dass gerade mal drei Klienten keinen Kontakt zur Nachbarschaft haben, darunter befindet sich einer jedoch zurzeit in einer Klinik. Auch die Kontaktintensität nimmt im Mittel zu.

**Freunde**: Leichte Änderungen gibt es auch in Bezug auf die Kontakte zu Freunden. Dabei haben im jeweils ersten Quartal 19 Teilnehmer regelmäßigen Kontakt, im letzten Quartal sind es 20 von 24 Teilnehmern. Die Kontaktintensität hat sich nicht geändert.

**Engster und erweiterter Familienkreis**: Wie zu erwarten war, sind die Kontakte zum engsten Familienkreis (Eltern, Geschwister, Kinder) häufiger als die zum erweiterten Familienkreis (Tante, Onkel usw.). 19 Teilnehmer hatten zu Beginn Kontakt zu ihrem engsten Familienkreis, circa zwei Jahre später waren es 21. Bei den Kontakten zum erweiterten Familienkreis gibt es einen leichten Rückgang der Kontakte (zunächst elf, circa zwei Jahre später neun). Verständlicherweise sind die Kontakte zum engsten Familienkreis auch häufiger, nämlich eher wöchentlich. Im Vergleich dazu sind die Kontakte zum erweiterten Familienkreis eher monatlich.

**Partner/in:** Elf Klienten haben einen täglichen oder wöchentlichen Kontakt zu einer Partnerin oder einem Partner sowohl zu Beginn als auch am Ende der Erhebung. 13 Teilnehmer haben somit keinen Partner. Zugleich ist dies die Personenkategorie, die bei der Frage nach einem gewünschten Sozialkontakt am häufigsten angegeben wird (in weiteren drei Fällen).

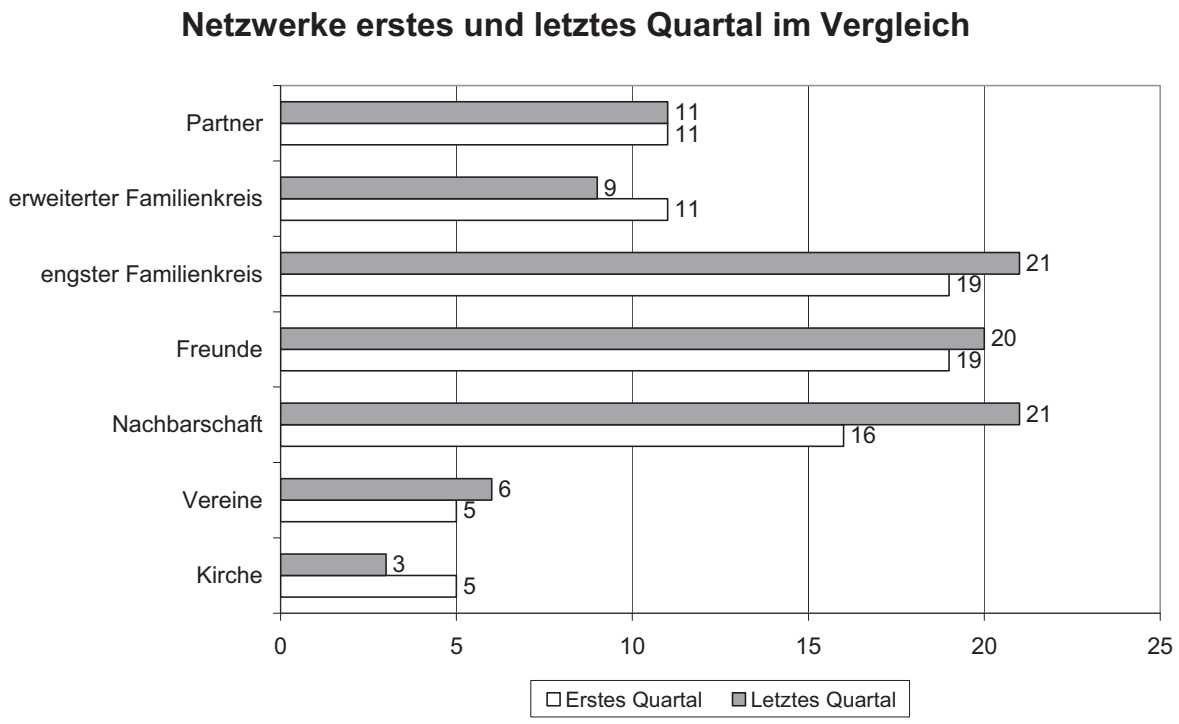



Abbildung 19: Netzwerke jeweils erstes und letztes Quartal im Vergleich: Anzahl der Teilnehmer

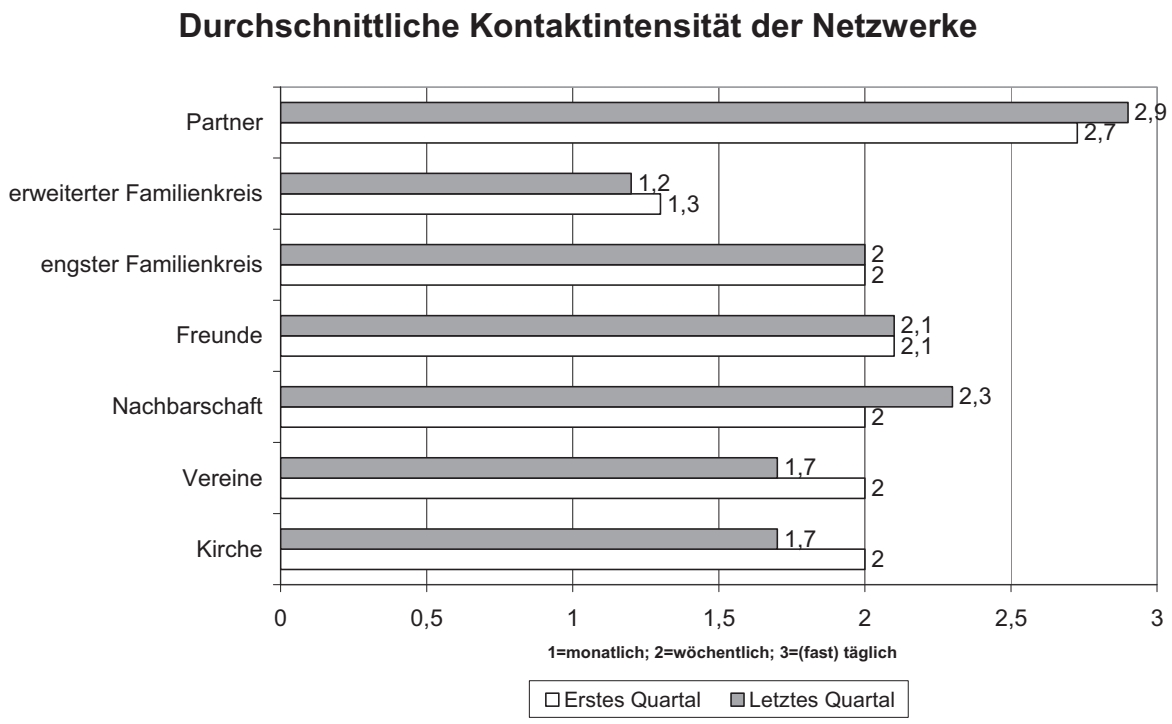



Abbildung 20: Netzwerke jeweils erstes und letztes Quartal im Vergleich: Durchschnittliche Kontaktintensität

Insgesamt zeigt sich eine erhebliche Stabilität der sozialen Netzwerke sowohl was Umfang und Art der Interaktionspartner als auch was die Kontaktintensität anbelangt. Entgegen den Erwartungen scheinen sich – trotz registrierter Teilhabeausweitung – die Netzwerke im Laufe des Ambulantisierungsprozesses nicht grundsätzlich zu verändern, sieht man einmal von den Zuwächsen im Bereich Nachbarschaft ab. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, dass die standardisierte Erfassung von Kontaktpartnern und Kontaktintensitäten nur ein sehr einseitiges Bild der realen sozialen Einbettung abgibt. Ebenso entscheidend ist, das zeigen etwa die qualitativen Befunde im Rahmen der biographischen Analysen, die Qualität der Kontakte (z.B. Zusammenleben mit Partner). Zudem stellt sich die Frage, ob sich für die Personen Teilhabe überhaupt am Spektrum und der Intensität von Kontakten bemisst. Die folgende Betrachtung der Veränderungen im Freizeitverhalten, bei der sich eine Zunahme und Diversifizierung einzelner Aktivitäten zeigt, legt nahe, dass Kontakte als solche allein nicht die entscheidenden Teilhabedimensionen abbilden.

**Freizeitverhalten der Klienten**

Im Folgenden wird auf das Freizeitverhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eingegangen, ein weiteres Indiz für die Dimension der Teilhabe. Dabei wird der Übersicht halber wie im vorangegangen Abschnitt das erste mit dem letzten Quartal verglichen (siehe Abbildungen 21 und 22). Die Abbildungen zeigen die Anzahl der Teilnehmer, die einer bestimmten Freizeittätigkeit nachgehen. Auffallend ist dabei, dass alle Tätigkeiten am Ende der Projektphase von mehr Klienten durchgeführt werden als am Anfang des Projekts. Vermutlich kann man an dieser Stelle von einer Diversifizierung des Freizeitverhaltens sprechen.

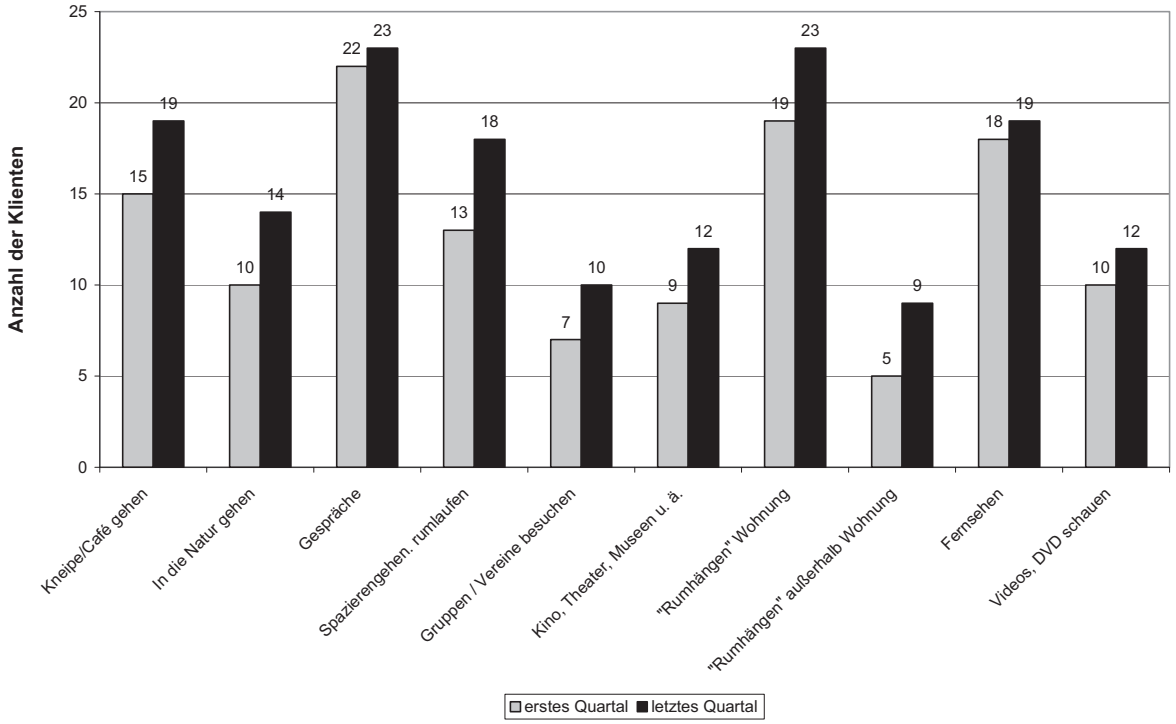



Abbildung 21: Freizeitverhalten aller Klienten, erstes und letztes Quartal im Vergleich

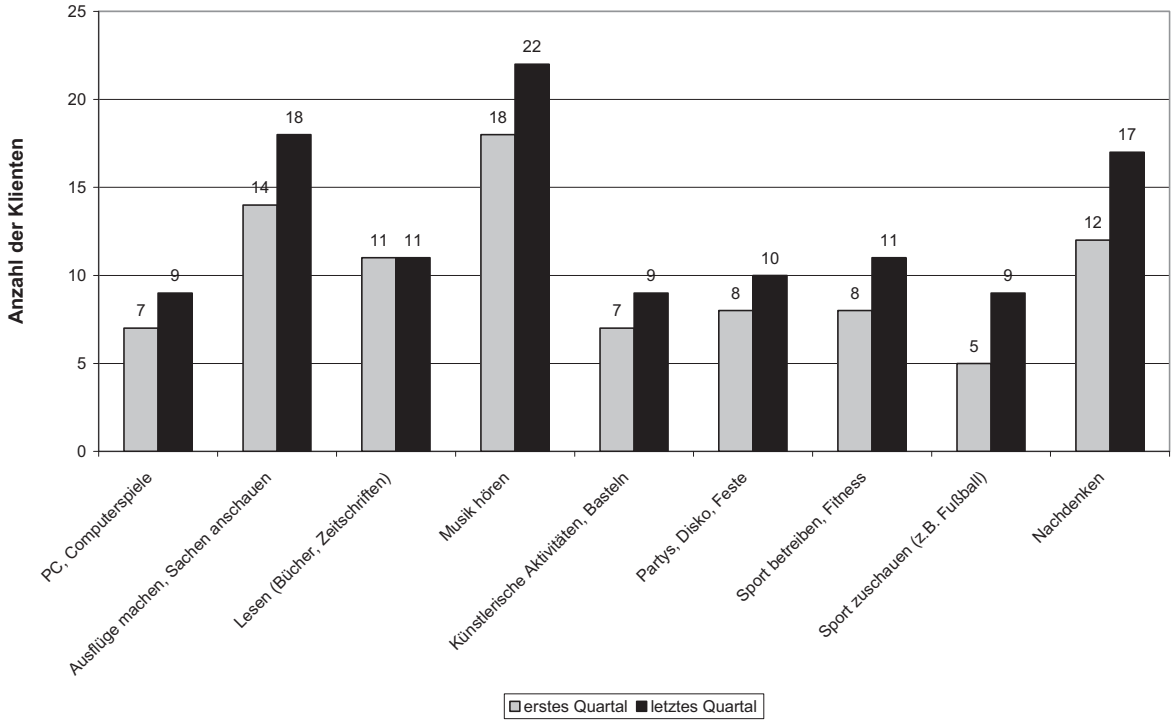



Abbildung 22: Freizeitverhalten aller Klienten, erstes und letztes Quartal im Vergleich

Weder über die Intensität noch über die Relevanz der unterschiedlichen Freizeittätigkeiten lassen sich mit den quantitativ erhobenen Daten Aussagen treffen. An dieser Stelle müssen erneut die qualitativen Aussagen aus den Gesprächen mit den Klienten herangezogen werden. Jedoch sind auch hier die Aussagen über das Freizeitverhalten erwartungsgemäß heterogen. So reichen diese beispielsweise von LAN-Partys mit Freunden über den Frauenkirchenchor bis hin zum Anfeuern einer Fußballmannschaft. Betrachtet man allein die Häufig-

keit der Nennungen im letzten Quartal, so kann man erkennen, dass besonders häufig folgende Möglichkeiten angegeben wurden: Gespräche führen (23), in der Wohnung „rumhängen“ (23) und Musik hören (22). Das könnte darauf hindeuten, dass Freizeittätigkeiten, die im häuslichen Kontext stattfinden, sich für die meisten Teilnehmer gleichen, jedoch diejenigen Aktivitäten, die außerhalb des Wohnkontextes stattfinden, sich dann voneinander unterscheiden.

### 5.1.2 Zusammenhänge und Unterschiede zwischen den Verlaufsdimensionen

Dass die Anfangs erwähnte Annahme eines Zusammenhangs zwischen den drei Dimensionen subjektives Wohlbefinden, Selbstständigkeit und Teilhabe (im Idealfall steigen alle Dimensionen gleichzeitig) durchaus zutreffen kann, zeigt etwa das Beispiel der Verlaufskurve von Manfred Klein (Abbildung 23). Bei dieser Verlaufskurve zeigt sich (in der Einschätzung der Mitarbeiter) ein kontinuierlicher Anstieg der Selbstständigkeit, begleitet von einem gleichzeitigen Anstieg von Teilhabe und Wohlbefinden. Ein ähnlicher Verlauf aller drei Dimensionen lässt sich auch bei Paul Kunz feststellen. Bei den Teilnehmern Karl Bebel (Abbildung 28), Silke Bart, Theo Ast, Martha Voit und Helga Muck ist das Endergebnis aller drei Verlaufskurven positiv, jedoch steigen diese längst nicht so gleichmäßig und eindeutig wie bei Manfred Klein.

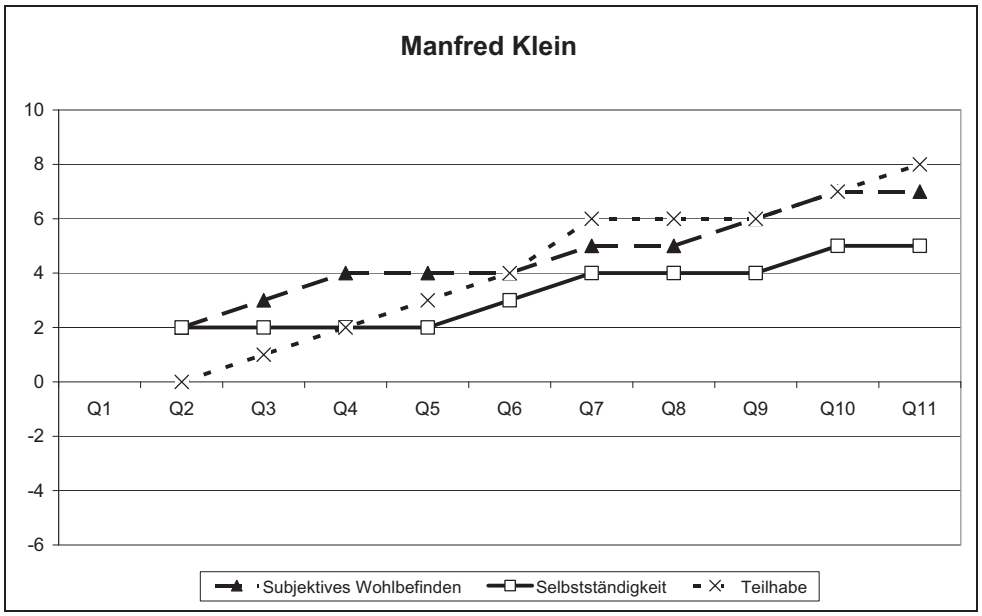



Abbildung 23: Verlaufskurven der Einschätzungen von Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Manfred Klein) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): parallele positive Verlaufsdynamik

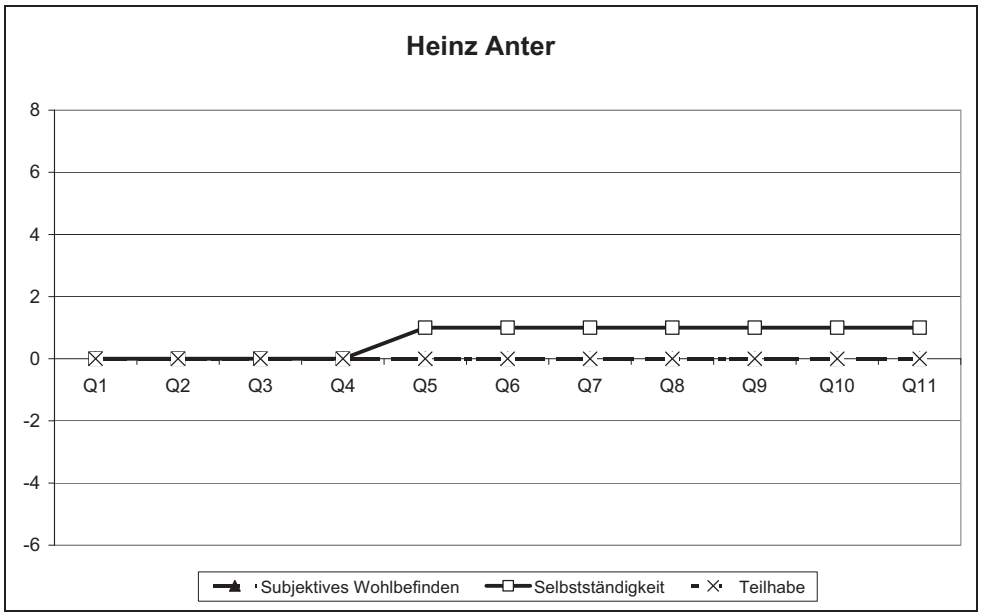



Abbildung 24: Verlaufskurven der Einschätzungen von Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Heinz Anter) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): parallel stagnierende Verlaufsdynamik

Häufiger ist eine solche Entsprechung aber bei insgesamt gleich bleibenden Verläufen, wie etwa der (in dieser Hinsicht extreme) Verlauf bei Heinz Anter (Abbildung 24). Weitere Beispiele für eine ähnliche Entwicklung wie bei Heinz Anter sind etwa die Verlaufskurven bei Franz Kipp und Hans Ulik.

Als Beispiel für ein Auseinanderlaufen der jeweiligen Verläufe möchten wir zwei besonders prägnante und kontrastierende Fälle heraus greifen. Ein erstes Beispiel für einen solchen Verlauf ergibt sich im Fall von Tim Zapp (Abbildung25).

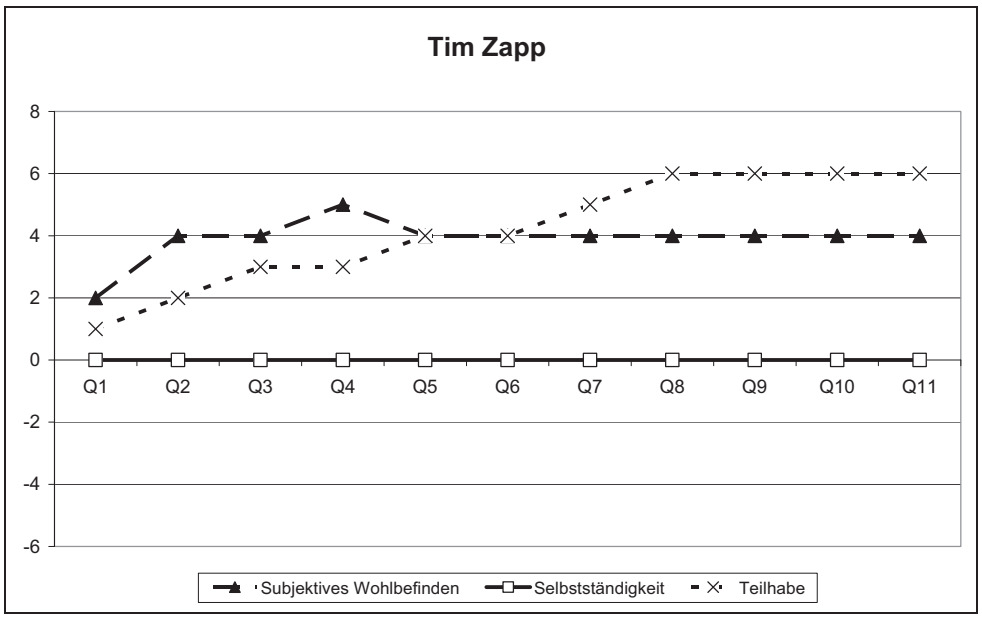



Abbildung 25: Verlaufskurven der Einschätzungen von Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Tim Zapp) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): sozialintegrativ betonte Verlaufsdynamik

Hier stagniert die Entwicklung der Selbstständigkeit über elf Quartale, aber die Verlaufskurvendynamik ist in der Projektlaufzeit von einer entschiedenen Zunahme sozialer Teilhabe

bestimmt. Die Dimension Wohlbefinden stagniert zwar ab dem fünften Quartal, bleibt aber auf einem hohem Niveau. Der Abgleich mit den qualitativen Daten, wie z. B. die Auswertung der in der Projektphase vorgenommenen Interviews und Gesprächen mit den jeweiligen Mitarbeitern ergibt jedoch, dass Tim Zapps Selbstständigkeit sich von vornherein auf einem hohen Niveau befindet.

Eine Steigerung der Selbstständigkeit im Sinne von instrumentellen Alltagskompetenzen stand nicht im Mittelpunkt. Vielmehr ging es darum, insbesondere den psychodynamischen Bereich zu bearbeiten (Phobien, Stressanfälligkeit usw. zu überwinden, bzw. zu kompensieren), der sich vor allem auch im Bereich sozialer Beziehungen ausdrückt. Besonders prägnant ist in diesem Zusammenhang das Verlaufsdiagramm von Bernd Kruck (Abbildung26). Ähnlich wie bei Tim Zapp stagnieren das subjektive Wohlbefinden und die Selbstständigkeit, während die Teilhabekurve steil ansteigt. In beiden Fällen könnte man von einer **sozialintegrativ akzentuierten Verlaufsdynamik** sprechen.

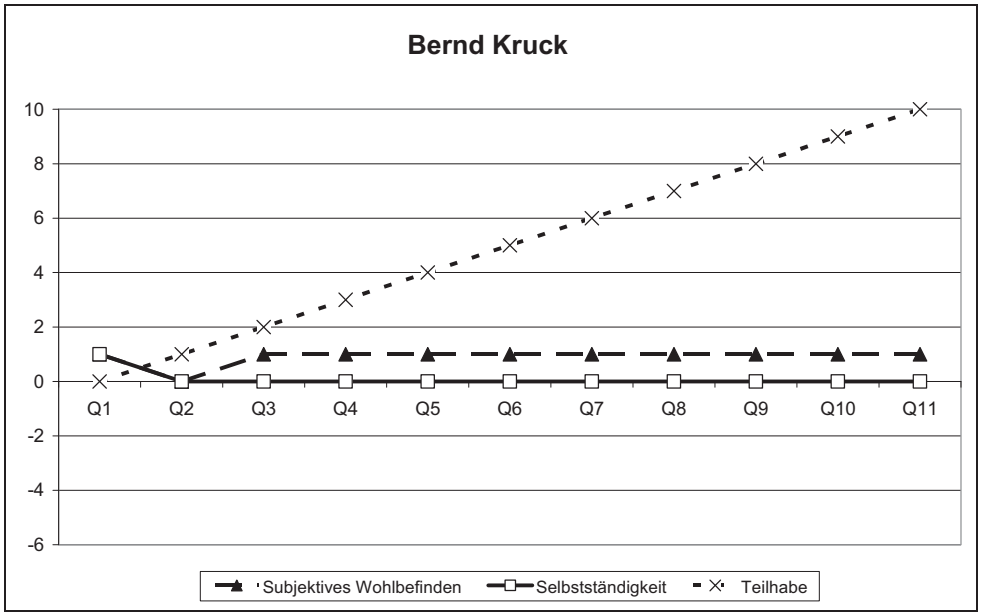



Abbildung 26: Verlaufskurven der Einschätzungen von Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Bernd Kruck) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): sozialintegrativ betonte Verlaufsdynamik

Kontrastierend dazu kann der Verlauf Leila Luft (Abbildung 27) betrachtet werden. Hier ergeben sich im Verlauf zeitweise Einbußen an sozialer Teilhabe bzw. Kontakten, aber erhebliche Zuwächse in den Dimensionen Selbstständigkeit und Wohlbefinden. Der Fall von Frau Luft ist ein Beispiel dafür, dass die ambulante Wohnsituation als eine Art Befreiung von den im stationären Bereich aufgezwungenen Sozialbeziehungen erfahren wird. Leila Luft legt großen Wert auf die Entwicklung ihrer Alltagskompetenzen, die sukzessive Autonomisierung auch von den professionellen Bezugspersonen und nimmt das objektive Abnehmen sozialpartizipativer Aspekte in ihrem Leben gerade als Gewinn im Sinne größerer Selbstbestimmung über ihren Alltag wahr. Daraus ließe sich im Kontrast zu Tim Zapp von einer ***autonomiebetonten Verlaufsdynamik*** sprechen. Aus dem 8. Quartalsbericht erfährt man zum Beispiel, dass sie die „Freundlichkeit und Offenheit der Nachbarschaft“ als „bedrängend“ erfahre.

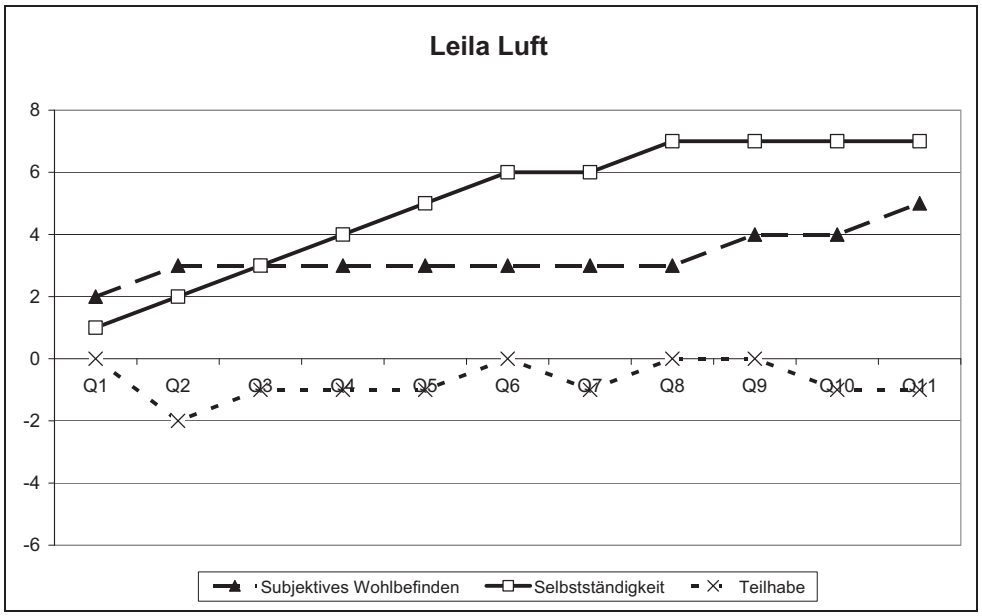



Abbildung 27: Verlaufskurven der Einschätzungen von Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klientin Leila Luft) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): autonomiebetonte Verlaufsdynamik

Auch in weiteren Fällen kann man eine autonomiebetonte Verlaufsdynamik in dem Sinne feststellen, dass bei gleichbleibender oder absinkender Teilhabeentwicklung die Verlaufskurve der Selbstständigkeit oder/und des Wohlbefindens ansteigt.

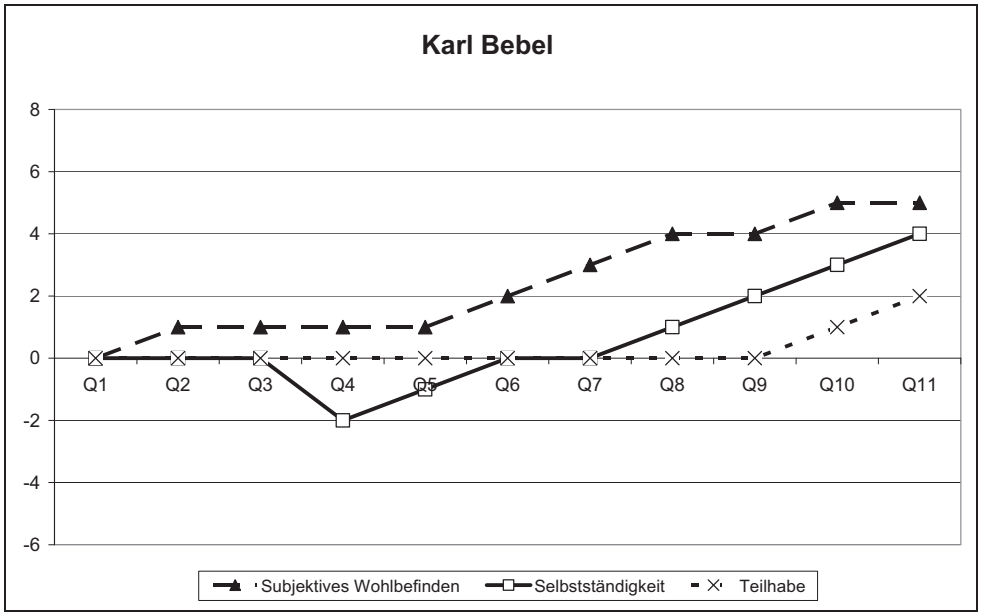



Abbildung 28: Verlaufskurven der Einschätzungen von Wohlbefinden/Selbstständigkeit/Teilhabe (Klient Karl Bebel) für die zurück liegenden elf Quartale (2008-2010): autonomiebetonte Verlaufsdynamik

Ein weiterer aufschlussreicher Fall ist der von Karl Bebel (Abbildung 28). Er zeigt, dass die Entwicklungsakzente sich auch phasenweise verschieben können. Bei der Betrachtung der Verlaufskurven stellt man fest, dass die Verlaufsdimension „subjektives Wohlbefinden“ in einem erheblichen Maße ansteigt, während die Dimension „Teilhabe“ eher stagniert und die Dimension „Selbstständigkeit“ erst in den letzten vier Quartalen einen erheblichen Anstieg verzeichnet. Augenfällig ist also die erhebliche Steigerung der Lebensqualität von Herrn Be-

bel. Auch diesen Klienten kann man zwischen Q 6 und Q 9 unter der Kategorie einer **autonomiebetonte Verlaufsdynamik** einordnen. Die Betonung der Steigerung der Selbstständigkeit fällt in diesem Zeitraum mit seinem Umzug in eine neue Wohnung zusammen. In diesem neuen Wohnsetting fühlt sich Herr Bebel nun herausgefordert, möglichst viel selbst zu erledigen und wird dabei von seiner koordinierenden Bezugsperson unterstützt.

## 5.2 Unterstützungsbedarf und Hilfeformen

Im vorangegangenen Kapitel ist die Entwicklung von subjektivem Wohlbefinden, Selbstständigkeit und Teilhabe der Teilnehmer besprochen worden. Hier soll nun auf einige Aspekte der von den Mitarbeitern dokumentierten Entwicklung des Unterstützungsbedarfs eingegangen werden. Hält man sich an die im Kapitel 3.5 vorgestellte, idealisierte Generalhypothese des Projektkonzepts, könnte man zunächst einmal vermuten, dass Selbstständigkeit und Teilhabe auf der einen Seite und Unterstützungsbedarf auf der anderen Seite einander bedingen: je selbstständiger jemand ist und je mehr Teilhabemöglichkeiten jemand hat, desto geringer ist der Unterstützungsbedarf.

Wir haben im Prozess der Auseinandersetzung mit der Situation der Teilnehmer von „ProSeLe“ gewisse Anhaltspunkte dafür gefunden, dass sich auch beim Zusammenhang von Selbstständigkeit und Unterstützung ein komplexeres Bild zeigt, als zunächst vermutet.

### 5.2.1 Dokumentation des Unterstützungsbedarfs, methodische Vorbemerkungen

In der standardisierten Quartalsdokumentation wird die Entwicklung des Unterstützungsbedarfs in einem eigenen Teil (C) vierteljährlich erhoben.

Abgefragt werden Unterstützungsbedarfe aus den folgenden (Ober-)Bereichen:

- **Selbstversorgung** (insgesamt sieben Items; z.B. Waschen/Körperpflege, Sich Kleiden, Essen/Trinken, Gesundheitsfürsorge)
- **Häusliches Leben** (insgesamt vier Items; z.B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten/ Kochen, Hausarbeiten)
- **Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (insgesamt fünf Items; z.B. Behörden aufsuchen/mit ihnen interagieren, informelle Beziehungen, Intimbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten)
- **Bedeutende Lebensbereiche** (insgesamt sechs Items; z.B. Arbeit/Beruf, Umgang mit Geld, eigene Ressourcen sichern)
- **Gemeinschafts-, sozial- und staatsbürgerliches Leben** (insgesamt fünf Items; z.B. Erholung/Freizeit, politische Beteiligung)
- **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** (insgesamt drei Items; Alltagsroutinen sowie Stress/psychische Anforderungen bewältigen, Umgang mit Krisen und außergewöhnlichen Belastungen).

Die Ober- und Unterkategorien sind dabei eng an die entsprechenden Kategorien der ICF (International classification of functioning, disability and health) der Weltgesundheitsorganisation angelehnt (Kap. 2, 5-6 sowie 8-9). Darüber hinaus können zusätzliche Bedarfsbereiche offen angegeben werden. Erhoben wird – in jedem Quartal – das Ausmaß des jeweiligen Unterstützungsbedarfes auf einer sechsstufigen Skala (0=kein Unterstützungsbedarf bis 5=intensiver Unterstützungsbedarf) sowie ob, durch wen, bzw. wie dieser Bedarf im Berichtszeitraum gedeckt werden konnte.

Im Folgenden geht es um einen Überblick über die Entwicklung des Unterstützungsbedarfes in den zurückliegenden elf Quartalen[32]. Dazu haben wir eine einfache Darstellungsform entwickelt, mit deren Hilfe sich auf einen Blick die Entwicklung in allen Unterstützungsbereichen überschauen lässt. Dabei handelt es sich um eine Tabelle, deren Spalte – bezogen auf eine Person – die Quartale und deren Zeilen die einzelnen Unterstützungsbereiche bilden. Je nach vergebenem Wert werden nun die Zellen unterschiedlich schattiert. Dabei steht der dunkelste Wert für den höchsten Unterstützungsbedarf und der hellste (weiß) für keinen Unterstützungsbedarf. Die Abstufungen ergeben sich aus unterschiedlichen Graustufen nach folgendem Schema:

| | |
|---|---|
| | 0=kein UB |
| | 1=UB niedrig |
| | 2 |
| | 3 |
| | 4 |
| | 5=UB intensiv |

Die Abbildungen 29 und 30 zeigen zwei solcher Diagramme für die Fälle von Silke Bart und Harry Loop. Daraus gehen einige deutliche Unterschiede hervor:

| **Silke Bart** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Intime Beziehungen | | | | | | | | | | | |

Abbildung 29: Silke Bart - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal

[32] Das elfte Quartal (1.7. bis 1.10.2010) gehört zwar zeitlich nicht mehr in der Projektphase, diese endete am 1.7.2010, man kann jedoch davon ausgehen, dass dies keinen Einfluss auf den Unterstützungsbedarf hat.

| **Harry Loop** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Intime Beziehungen | | | | | | | | | | | |

Abbildung 30: Harry Loop - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal

Silke Barts Diagramm weist insbesondere in den ersten fünf Quartalen in allen Bereichen sehr hohe Unterstützungsbedarfe aus. Harry Loops Diagramm dagegen enthält mehr Bereiche, in denen sich kein oder ein niedrigerer Unterstützungsbedarf zeigt (heller), beispielsweise in den Bereichen der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens. Silke Barts Diagramm ist aber erheblich dynamischer – insbesondere in den Quartalen 5-11 wird das Bild zunehmend von „sich aufhellenden" Zellen bestimmt, die auf einen gesunkenen Unterstützungsbedarf hindeuten. Dabei kommt es sowohl zu dauerhaften wie auch zu vorübergehenden Aufhellungen. Demgegenüber verändert sich in dem Diagramm von Harry Loop sehr wenig, bis auf den neuen Unterstützungsbedarf im Bereich „ein Bankkonto unterhalten". Der Unterstützungsbedarf bleibt bis auf Ausnahmen dauerhaft auf demselben wenngleich „niedrigeren" Niveau.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurde aus allen erhobenen und ICF-basierten Hilfebedarfsbereichen eine Auswahl getroffen. Es wurde nur auf diejenigen Bereiche zurückgegriffen, die unabhängig von persönlichen und lebensweltbezogenen Unterschieden zwangsläufige Anforderungen darstellen, wenn Personen selbstständig wohnen wollen. Jeder Mensch, der selbstständig wohnt, muss seine Selbstversorgung gewährleisten, bestimmte elementare Haushaltsarbeiten erledigen, mit Behörden und Dienstleistern in Kontakt treten, mit Geld umgehen, seine Freizeit gestalten (alleine oder mit anderen), sich fortbewegen und mit anderen Menschen in Beziehung treten. Dies gilt relativ unabhängig von individuellen Vorlieben, Lebensgewohnheiten und Lebensstilen.

## 5.2.2 Entwicklung der Unterstützungsbedarfe

Im Folgenden sollen nun einige beispielhafte Entwicklungsverläufe des zugeschriebenen Unterstützungsbedarfs erörtert werden. Die Schattierungsdiagramme eignen sich besonders für die Betrachtung von Einzelfällen.

### Absinkende Unterstützungsbedarfe

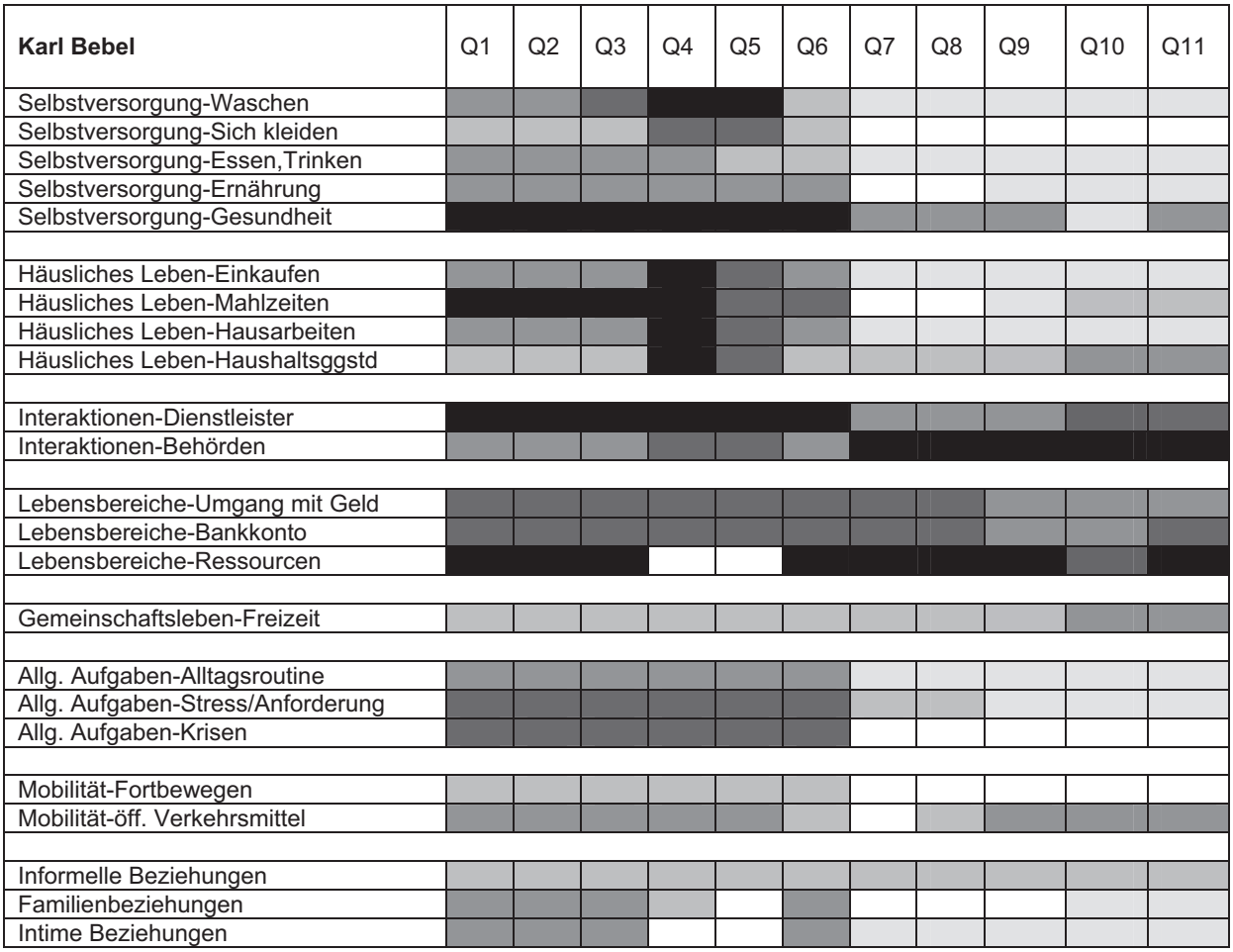



Abbildung 31: Karl Bebel - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal

Karl Bebel ist 43 Jahre alt und lebt in einer 2-Zimmerwohnung innerhalb eines Wohnkomplexes der Einrichtung. Er geht täglich zur Arbeit in die WfbM, nimmt viel an Freizeitangeboten der Behindertenhilfe teil oder geht am Wochenende zum Fußball. Seine koordinierende Bezugsperson (KBP) beschreibt im Gespräch seine Entwicklung als sehr positiv.

Diese Entwicklung lässt sich in Abbildung 31 erkennen. Bei Karl Bebel ist ab dem 7. Quartal ein deutliches Absinken der Unterstützungsbedarfe zu beobachten. Während zu Projektbeginn die Intensität als konstant bewertet wurde, steigt der Bedarf in Quartal 4 und 5 aufgrund eines Unfalls kurzfristig an, nimmt danach jedoch wieder deutlich ab und erreicht dann fast durchgehend ein niedrigeres Niveau als in den Quartalen zuvor. Seine Selbstständigkeit in der Selbstversorgung und im häuslichen Bereich nimmt stark zu – lediglich mit Behörden, Dienstleistern und beim Umgang mit Finanzen benötigt er eine kontinuierlich hohe Assistenz. Der Zuwachs an Selbstständigkeit im häuslichen Bereich wurde von der KBP als Ziel-Schwerpunkt ihres Handelns genannt, der sich offensichtlich nun verwirklicht. Das Verlaufsdiagramm in der entsprechenden Vignette spiegelt diesen Trend wieder: Er fühlt sich nach seinem Umzug in eine neue Wohnung wohl und wird selbstständiger.

Ein solches, partielles Absinken des Unterstützungsbedarfs ist bei 16 anderen Teilnehmern feststellbar – bei weiteren vier Teilnehmern ist es eine Mischung aus sinkendem und stagnierendem Unterstützungsbedarf. Die Reduzierung des Unterstützungsbedarfs weist jedoch nicht automatisch auf den Umstand hin, dass die Dimensionen Selbstständigkeit, Teilhabe und Wohlergehen sich erhöhen. Bei Sofia West, Lea Blau und Fritz Biber beispielsweise geht die Selbständigkeit zurück bzw. bleibt gleich. Lediglich bei Martha Voit, Leila Luft und Paul Kunz ist eine ähnliche Entwicklung wie bei Karl Bebel zu erkennen.

**Stabile Unterstützungsbedarfe**

| **Otto Kipp** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Intime Beziehungen | | | | | | | | | | | |

Abbildung 32: Otto Kipp - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal

Otto Kipp ist 40 Jahre alt und wohnt zusammen mit seinem Bruder in einer 3-Zimmerwohnung. Er geht täglich in die WfbM, unternimmt aber in seiner Freizeit relativ wenig und ist viel zuhause. Angebote der Einrichtung nimmt er nur mit Unterstützung der KBP in Anspruch.

Die Unterstützungsbedarfe von Herrn Kipp scheinen im Projektverlauf stabil zu bleiben. Sie variieren nicht – es gibt keine Schwankungen, weder nach oben noch nach unten. Der Bedarf wird demnach nicht geringer, die Verselbstständigungsprozesse scheinen zu stagnieren oder zumindest nur langsam voranzuschreiten. In den letzten beiden Quartalen sind leichte Zunahmen zu verzeichnen, bei denen auffallend ist, dass nun auch neue Bereiche unterstützt werden (müssen), z.B. Essen und Trinken, Alltagsroutinen und Lebensressourcen. Vergleicht man das Schattierungsdiagramm mit der Grafik über das Wohlbefinden, der Selbstständigkeit und der Teilhabe (Vergleiche Abbildung in der entsprechenden Vignette), ist eine Diskrepanz im Bereich der Selbstständigkeit festzustellen. Dort nimmt die Kurve zu

Projektbeginn eine eindeutig aufsteigende Form an. Daraus lässt sich schließen, dass sich der Anstieg der Selbstständigkeit nicht im Umfang der Unterstützungsbedarfe widerspiegeln muss. Die Unterstützungsbedarfe sind somit keine zuverlässige Indikatoren für die Dimension Selbstständigkeit – sie können (lange) stabil bleiben, oder sich, wie wir im nächsten Beispiel sehen werden, sogar erhöhen, obwohl die Selbstständigkeit zunimmt.

Ein relativ gleich bleibender Verlauf lässt sich bei weiteren vier Teilnehmern feststellen: Franz Kipp, Heinz Anter, Bernd Groß, Bernd Kruck und Harry Loop.
.

**Partiell zunehmenden Unterstützungsbedarf bei gleichzeitig vergrößerter Teilhabe/ Verselbstständigung**

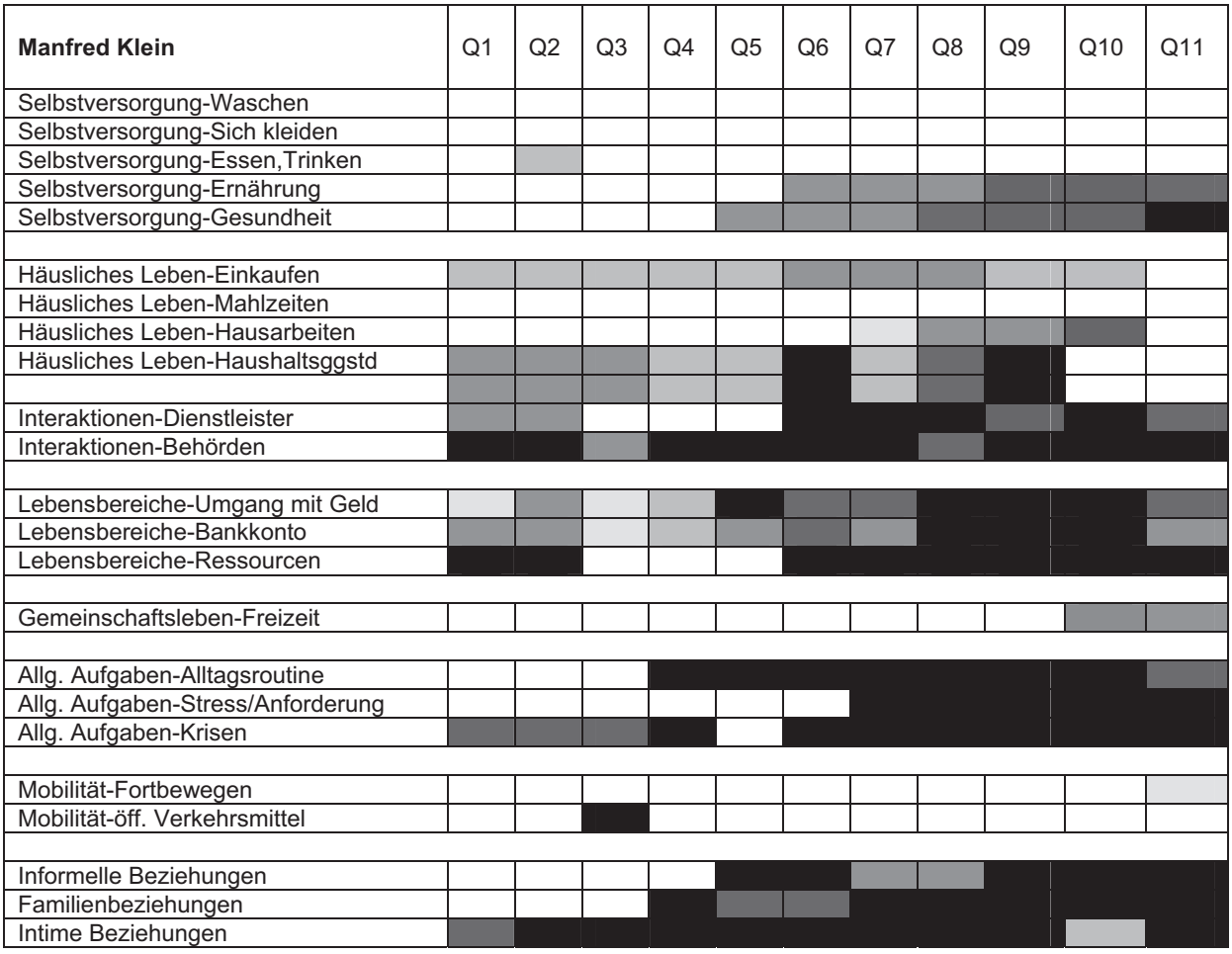



Abbildung 33: Manfred Klein - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal

Manfred Klein, 23 Jahre alt, wohnt alleine in einem Mehrfamilienhaus und wünschte sich schon seit längerem, selbstständig zu wohnen. Neben der WfbM-Tätigkeit geht er viel aus, trifft sich mit seiner Freundin oder mit seinen Freunden um bspw. Videospiele zu spielen.

Auf den ersten Blick erkennt man den Unterschied zu den beiden vorangegangen Beispielen. Die Schattierungen sind fleckiger, d.h. der Unterstützungsbedarf variiert sehr und umfasst sowohl zwischen den Bereichen als auch innerhalb eines Bereiches (bspw. Umgang mit Geld) mehrere Intensitätsniveaus. Auffallend ist, dass ab Quartal 4 und 5, also etwas mehr als ein Jahr nach dem Auszug aus der Wohngruppe, in mehreren Bereichen die Unterstützungsintensität ansteigt, und dieser Effekt bis heute anhält: z.B. bei der Gesundheit, Interaktion mit Dienstleistern und Behörden, dem Umgang mit Geld und Alltagsroutinen, sowie

Familien- und informelle Beziehungen. Abnahmen sind hingegen kaum festzustellen. Dieser partiell ansteigende Unterstützungsbedarf Herrn Kleins könnte als ein Ausdruck abnehmender Selbstständigkeit, einer eintretenden Krise und eventuell eines negativen Projektverlaufs gedeutet werden. Bei genauerer Betrachtung stellt man aber fest, dass der Anstieg nicht Ausdruck einer Abnahme, sondern einer Zunahme von Verselbstständigung bzw. Teilhabe ist. Bei Herrn Klein entstehen gerade durch die Erweiterung und Intensivierung sozialer Netzwerke und den Zugewinn an Selbstständigkeitspotentialen auch erhöhte Unterstützungsbedarfe. Diese sind z.B.:

- Der Bedarf an Unterstützung in Partnerschaftskonflikten und Gestaltung der Paarbeziehung (die gesucht wird): Bei der Auflösung und Neubegründung einer Intimbeziehung sucht Herr Klein den Rat der koordinierenden Bezugsperson über „das komplizierte Wesen der Frau".
- Der Bedarf an Unterstützung in Familienbeziehungen und der Umgang mit Krisensituationen: Beispielsweise kümmert sich Herr Klein um seine Mutter (Stiefvater hat Speiseröhrenkrebs). Er bleibt nach Weihnachten noch etwas länger bei ihr, was sie sehr schätzt. Die Bezugsperson bekommt von ihr eine SMS: „Es ist schön, dass Manfred hier ist. Er ist mir sehr hilfreich – er bleibt noch ein paar Tage länger." Laut der Bezugsperson sei das eine wichtige Art von Wertschätzung, die er noch selten erfuhr.
- Hilfe im Bereich Lernen und im Punkt Mobilität. Herr Klein macht während der Projektphase einen Mofa-Führerschein. Dieser soll Herr Klein ermöglichen, mobiler und somit selbstständiger zu sein. Auch könnte er damit leichter eine Arbeitsstelle oder einen Praktikumsplatz bei einem handwerklichen Betrieb erreichen, den er zu Ende des Projekts anstrebt.
- Hilfe im Bereich Umgang mit Geld und die eigenen Ressourcen sichern. Herr Klein veranstaltet oder besucht Privatpartys. Hierbei will er vor seinen Freunden „großzügig erscheinen".

**Weitere Beispiele für eine Verselbstständigung mit gleichzeitiger partieller Vergrößerung des Hilfebedarfs:**

**a) Thea Knoll**
Frau Knoll, 32 Jahre alt, wohnte bis zum Herbst 2009 alleine und zog in Quartal 8 mit ihrem Partner zusammen. Nun entstehen Mehrbedarfe, die sie zuvor nicht hatte. Zum Beispiel erfordert die neue Wohnsituation viel Disziplin und Geduld bei beiden Partnern. Die anfängliche Mehrbelastung durch den eigenen Haushalt führt zu der Haltung, den Partner für alles verantwortlich zu machen. Innerhalb weniger Wochen folgen Krisenphasen (Resignation und Androhung, die Beziehung zu beenden), die intensive Beziehungsberatungen nötig machten. Die Partnerschaft stabilisiert sich jedoch gegen Ende der Projektphase, der Hilfebedarf sinkt im Bereich des Umgangs mit Krisen wieder.

**b) Paul Kunz**
Herr Kunz, 24 Jahre alt, bekommt mit seiner neuen Partnerin ein Kind und zieht mit ihr in Quartal 5 in eine eigene Wohnung. Daraus entsteht in verschiedener Hinsicht ein neuer Unterstützungsbedarf: Er braucht Hilfe beim Umzug und bei den damit zusammenhängenden komplexen organisatorischen Angelegenheiten: bspw. die alte Wohnung aufzugeben, Wohnungsanmietung, Möblierung, Organisation von Babyzubehör, Räumung und Renovierung, Rückgabe, Entsorgung von Sperrmüll.

Ein weiteres Feld ist die neue Familiensituation: Herr Kunz will mehr Verantwortung übernehmen, z.B. Rücklagen bilden, durchläuft aber gleichzeitig auch Krisen: Das Gefühl der Zurücksetzung wegen des Babys, die Flucht hin zum Alkohol, zu seinen Kumpels im „Bahnhofsmilieu", zu seiner vorherigen Freundin.

Herr Kunz zeigt in Quartal 6 und Quartal 7 eine Entwicklung hin zu zunehmender Häuslichkeit und identifiziert sich mit der Vaterrolle, d.h. er geht regelmäßig zur Arbeit und hat kaum

Probleme mit Alkohol, er übernimmt seine Familienaufgaben usw.. Sein Unterstützungsbedarf verringert sich nun sukzessive.

Die letzten drei Fälle sind Beispiele dafür, dass im Kontext eines Ambulantisierungsprozesses teilweise nicht planbare und unerwartete Lebensereignisse geschehen und damit eine biografische Dynamik eintritt, die unmittelbare Auswirkungen auf den Unterstützungsbedarf hat. In den hier skizzierten Fällen führte das zu einer zeitweisen Erhöhung des Unterstützungsbedarfes, der wieder abnehmen kann, aber nicht muss.

Festzuhalten ist, dass die Annahme, dass mit einer Verselbstständigung der Unterstützungsbedarf sinken wird, bereits hier in Frage gestellt werden kann.

**Wechselhafte Unterstützungsbedarfe**

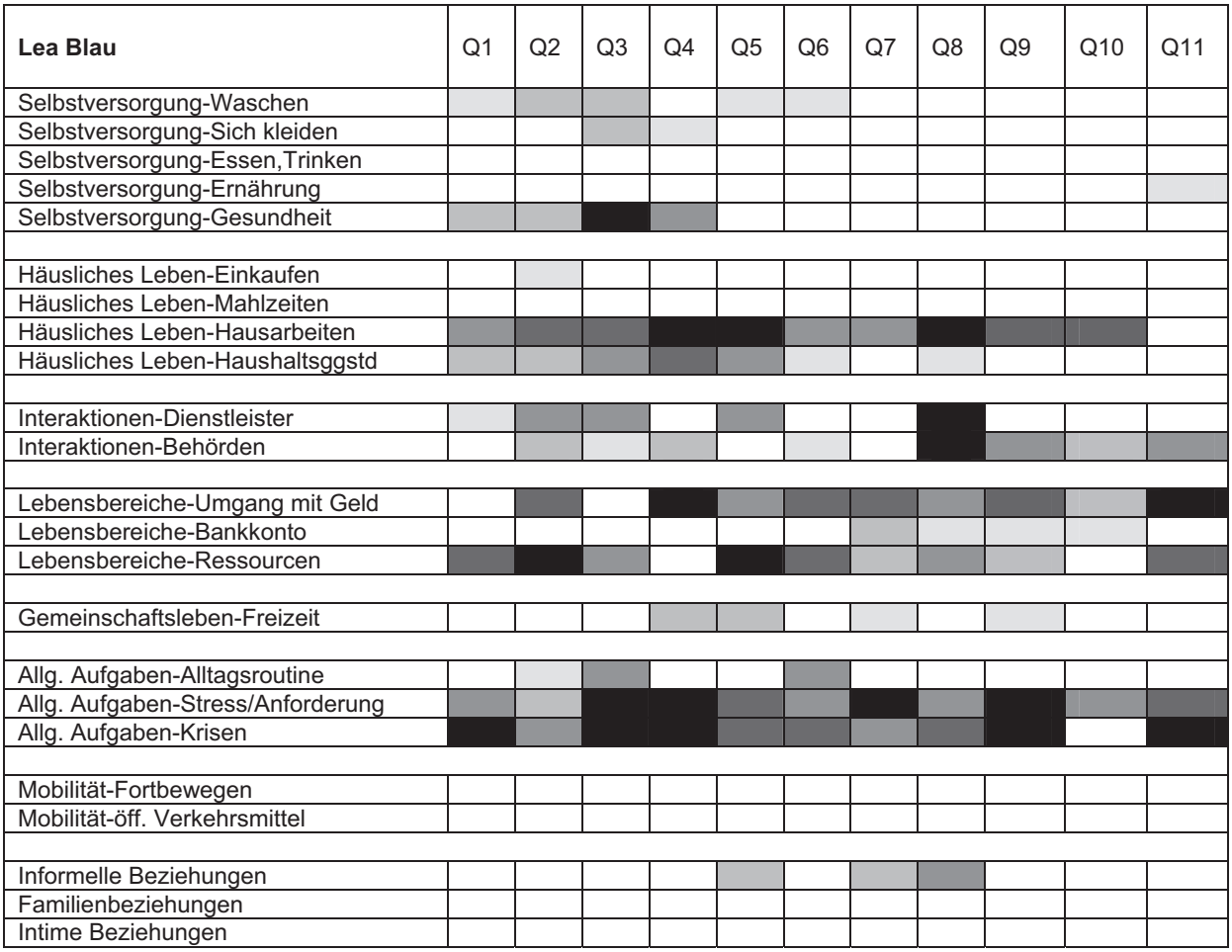



Abbildung 34: Lea Blau - Unterstützungsbedarf in den Kernbereichen 1.-11. Quartal

Am Beispiel von Lea Blau lässt sich zeigen, dass nicht bei allen Klienten eindeutige Aussagen über die Entwicklung von Unterstützungsbedarfen möglich sind. Ähnliche Beispiele hierfür sind die von Theo Ast, Sonja Matt, Lise Nipp und Sofia West. Bei Lea Blau geht es nicht hauptsächlich um eine Reduzierung des Unterstützungsbedarfs, sondern um eine psychische Stabilisierung und um die Überwindung von psychischen Einbrüchen. Unterstützungsbedarfe treten bei Frau Blau unregelmäßig auf, diese können dann aber hoch sein. Sie stehen häufig im Zusammenhang mit einer psychischen Belastung und Krisensituation. Hier nicht abgebildet ist z. B. Lea Blaus zentrales Anliegen, eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden.

Wie sich auch noch bei der Gesamtbilanz des Projekts zeigen wird, ergibt die Entwicklung der Hilfebedarfe vom Anfang des Projekts bis zu seinem Ende weder in der Gesamtheit, noch bei den einzelnen Klienten ein eindeutiges Bild im Sinne einer durchgreifenden Zu- oder Abnahme. Es kann – aber von Klient zu Klient sehr verschieden – in einzelnen Bereichen und z.T. auch für bestimmte Phasen zu Veränderungen kommen, die aber in der Regel nicht einem Trend gehorchen. Sie sind offenbar ebenso sehr von intrinsischen Veränderungen bei den Klienten abhängig, wie von extrinsischen Veränderungen etwa der Umweltanforderungen. Die Mehrheit der Hilfebedarfe ändert sich im Verlauf nicht.

### 5.2.3 Unterstützungsbedarfe für alle Klienten/Quartale im Vergleich

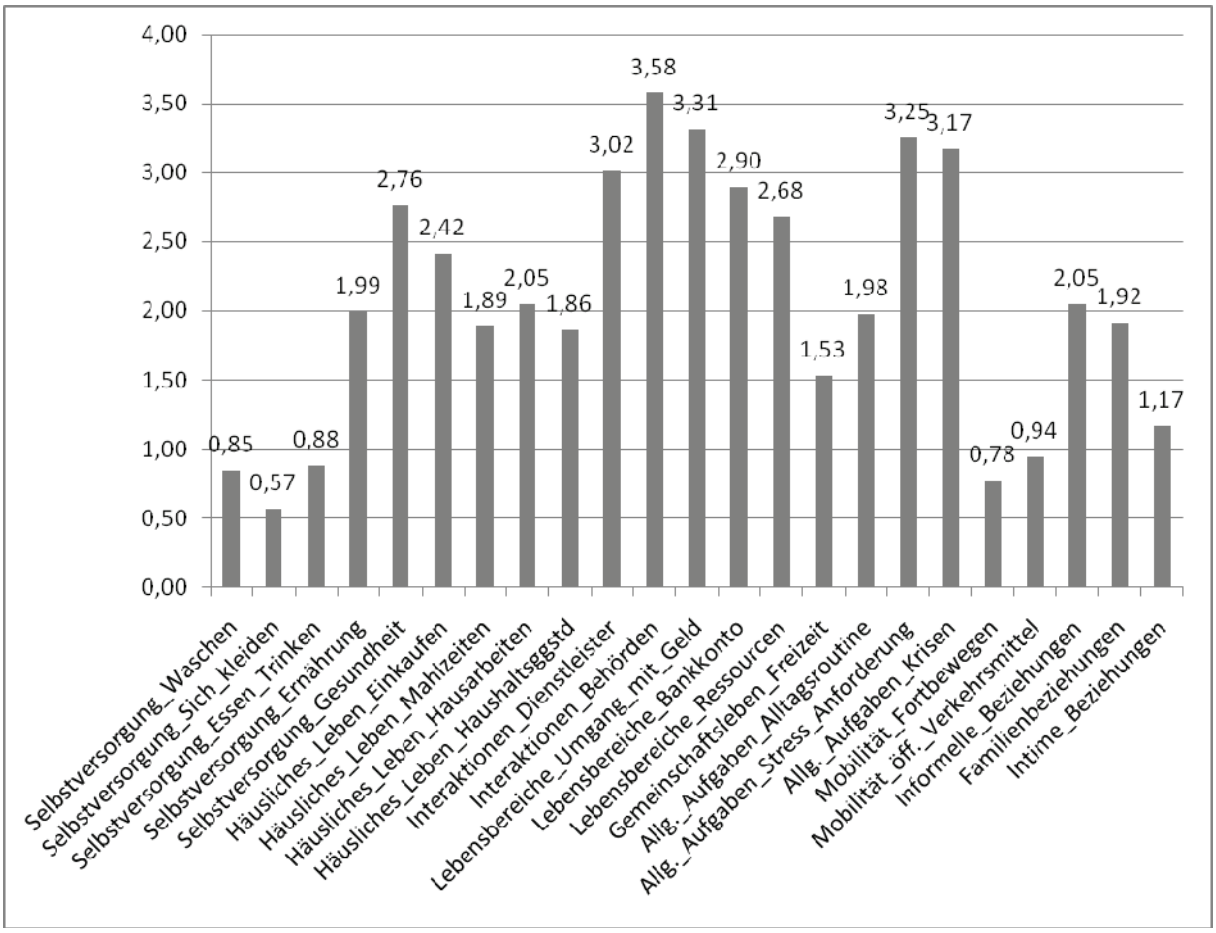



Abbildung 35: Mittelwerte der Unterstützungsbedarfe aller Klienten über alle Quartale

In Abbildung 35 wurden die Unterstützungsbedarfe aller Teilnehmer und Quartale (also über den gesamten Projektzeitraum gemessen) in Form von Mittelwerten abgetragen.[33] Daraus lassen sich Informationen über die unterschiedlich hohe Bedeutung von Bedarfslagen für den Projektverlauf insgesamt und über alle Klienten hinweg entnehmen. Im Bereich der instrumentellen Alltagsorganisation sind dabei die Bereiche Interaktion mit Behörden (3,58) und mit Dienstleistern (3,02), sowie der Umgang mit Geld (3,31) besonders ausgeprägt. Hier scheint es sich um die vorrangigen instrumentellen Bereiche der Alltagsorganisation zu handeln, bei denen ein Unterstützungsbedarf besteht. Auch die Gesundheitssorge wird relativ hoch gewichtet. Auffallend hoch sind gleichfalls alle diejenigen Bereiche, die in den Bereich

[33] Zähleinheit war hier, wie bei allen folgenden Analysen zum Unterstützungsbedarf, die Person im Quartal, es ergab sich also eine erhebliche Erhöhung der Fallzahlen (Anzahl der Personen x Anzahl der Quartale)

der psychiatrischen Unterstützung bzw. der psychodynamischen Aspekte der Alltagsorganisation fallen, wie mit Stress und Anforderungen umgehen (3,25) und der Umgang mit oder die Bewältigung von Krisen (3,17). Im Mittelfeld dagegen bewegen sich Bedarfslagen im Bereich der Gestaltung informeller Beziehungen (Freundschaft, Familie, Partner), der Freizeitgestaltung sowie eine Reihe weiterer haushaltsbezogener Tätigkeiten.

Besonders niedrig ist der Hilfebedarf in dem Bereich der Selbstversorgung, der sich pflegerischen Bedarfen annähert, wie „sich –waschen“ (0,85), „sich –kleiden“ (0,57), „Essen und Trinken“ (0,88). Auch die Bedarfsbereiche der Mobilität scheinen nicht besonders bedeutsam zu sein. Dieser Umstand hängt sicher mit der Form der Behinderung zusammen und wäre etwa bei der Einbeziehung von Menschen mit körperlichen Behinderungen höher.

Betrachtet man die Mittelwerte der Unterstützungsbedarfe nach der Art der Behinderung (Abbildung 36), lässt sich feststellen, dass für Menschen mit geistiger Behinderung der Bedarf in fast allen Kategorien, die sich auf instrumentelle Alltagskompetenzen beziehen, statistisch signifikant höher eingeschätzt wird als bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Das trifft insbesondere zu für Behördeninteraktion, Umgang mit Geld und Bankkonto, aber auch für manch haushaltsbezogene Bereiche. Sehr signifikant sind auch alle Unterschiede im Bereich der Beziehungsgestaltung (Freundschaft, Familien, Partnerschaft).

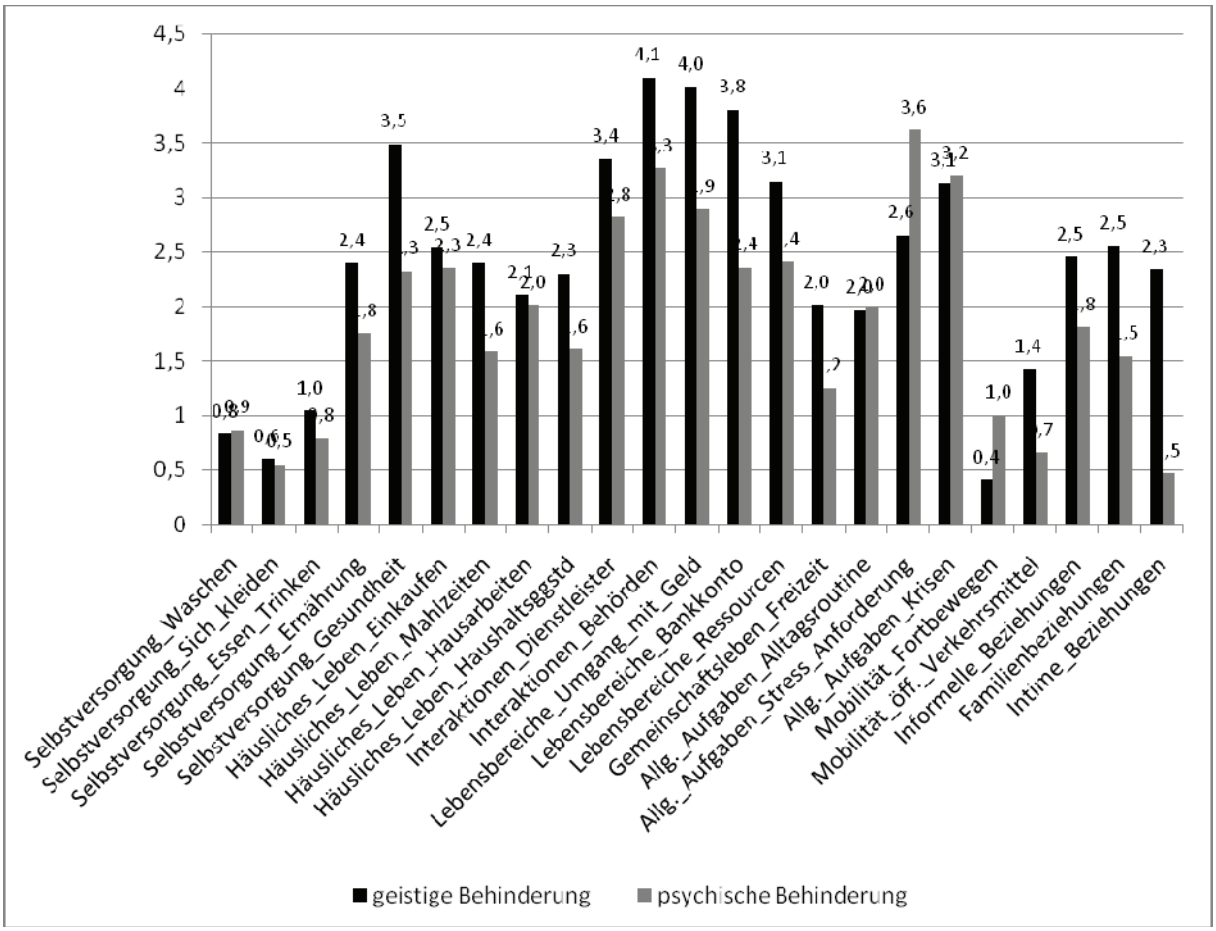



Abbildung 36: Mittelwerte der Unterstützungsbedarfe aller Klienten über alle Quartale nach Art der Behinderung

Insbesondere bei Partnerschaft (Intimbeziehungen) weisen Menschen mit seelischen Behinderungen hier einen sehr geringen Mittelwert auf.

Anders sieht es bei psychodynamischen Alltagskompetenzen aus. Hier liegen erwartungsgemäß die Werte der Menschen mit einer psychischen Erkrankung im Schnitt höher. Betroffen sind die Bereiche „Alltagsroutine bewältigen“, „Umgang mit Stress und Anforderungen“

und „Umgang mit bzw. Bewältigung von Krisen“.[34] Allerdings ist nur der Unterschied bezüglich „Stress/Anforderungen“ statistisch signifikant. Es zeigt sich allerdings insgesamt ein Problem, das aus der Praxis bekannt ist. Die gängigen Kategorien, die den Hilfebedarf charakterisieren (wie auch diese, der ICF entnommenen) bekommen die Spezifizität des Bedarf psychisch kranker Menschen nicht recht zu fassen.

Interessant ist auch eine Betrachtung der nicht statistisch signifikanten Unterschiede. Waschen/Sich-Kleiden/Essen-Trinken ist ohnehin kein typischer Bedarf für beide Zielgruppen. Beim „Einkaufen“ geht es vermutlich um jeweils andere Aspekte. Bei vielen Menschen mit geistiger Behinderung stehen hier instrumentelle Aspekte im Vordergrund (Auswahl der Waren, Lesen, Rechnen, Umgang mit Geld), bei vielen Menschen mit seelischen Behinderungen eher auch psychodynamische Aspekte, wie beispielsweise Angst/Scheu vor Menschen und mit der Organisation des Einkaufens bzw. den Auswahlentscheidungen verbundene Belastung/Stresserfahrungen.

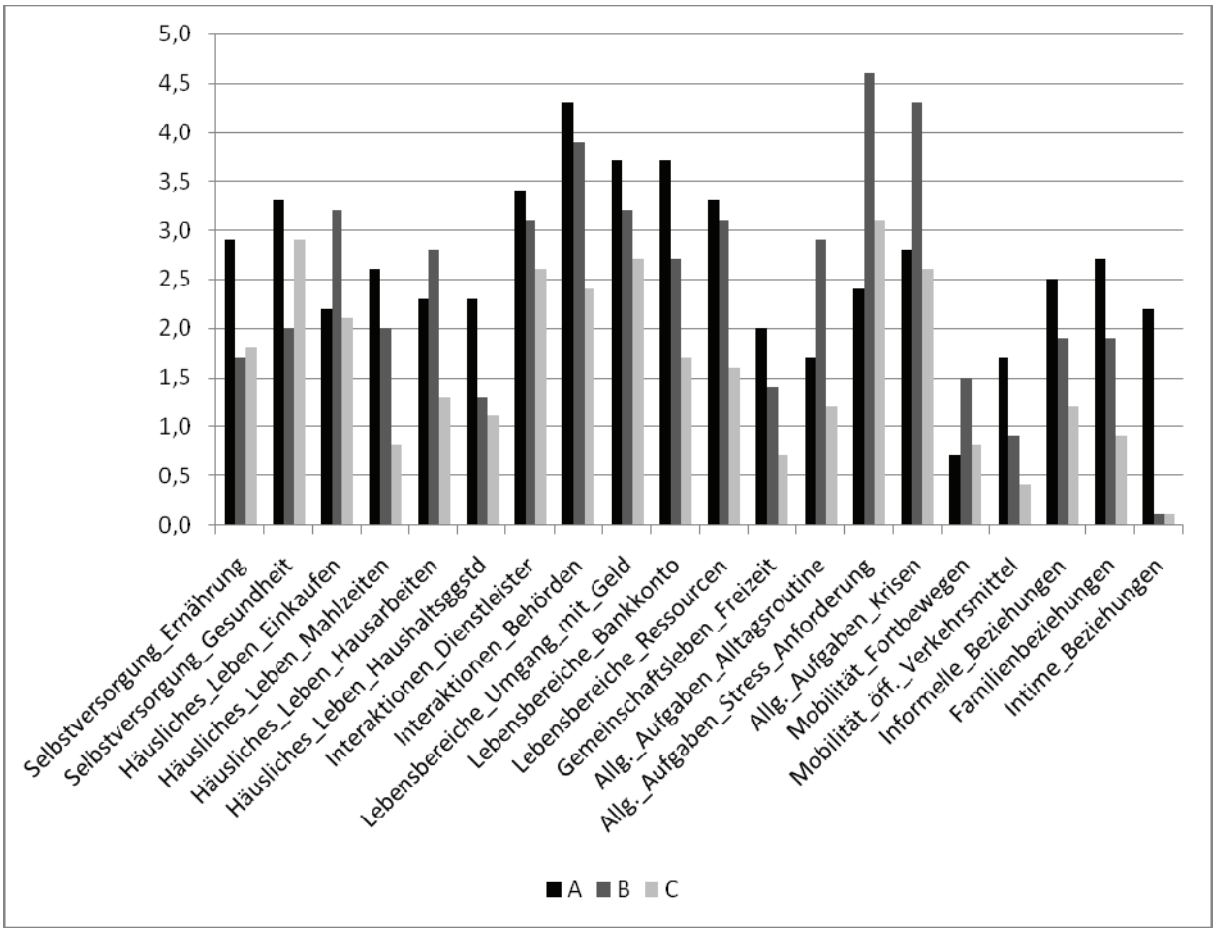



Abbildung 37: Mittelwerte nach Typen A/B/C (A=früh kontinuierlich institutionengeprägte Biografie, B=diskontinuierlich institutionengeprägte Biografie; C=lebensweltlich geprägte Biografie)

Auch wenn man die Mittelwerte der Unterstützungsbedarfe nach den biografischen Typen abbildet, ergeben sich (abgesehen von den Variablen Waschen/Sich-Kleiden/Essen-Trinken, die hier ausgeschlossen wurden) durchweg signifikante Unterschiede.[35] Auffällig ist dabei, dass den Teilnehmern, die bei Typ C verortet wurden und also eine eher lebensweltlich ge-

[34] Höher ist auch der Bedarf im Bereich der Mobilität für Menschen mit einer psychischen Erkrankung (sich Fortbewegen). Die Anzahl derjenigen Teilnehmer, bei denen dieser Bedarf überhaupt vorkommt, ist allerdings gering. Hinzu kommt, dass dieser Bedarf möglicherweise nur dann eintritt, wenn es keine oder nur ungünstige Anbindungen an den öffentlichen Nahverkehr gibt.

[35] In die Analyse gingen hier nicht die Quartale derjenigen Teilnehmer ein, die in Abbildung 10 zwischen den Typen verortet wurden.

prägte Vorgeschichte aufweisen, fast durchweg geringere Unterstützungsbedarfe zugerechnet werden als den Teilnehmern, die den Typen A/B (eher kontinuierlich/diskontinuierlich geprägte Biografie) näher stehen. Das gilt insbesondere für die meisten instrumentellen Alltagskompetenzen, nicht aber für die psychodynamische Alltagskompetenz der Bewältigung von Stress und Anforderungen. Hier liegen sie über dem zugeschriebenen Bedarf von A, aber unter dem der Klienten des Typs B.

Diejenigen Teilnehmer, die dem Typ A zugeordnet wurden, weisen insbesondere bei instrumentellen Bereichen der Alltagsorganisation sehr hohe Werte auf. Die Teilnehmer des Typs B liegen hier in der Regel nur knapp darunter, aber durchweg höher als die Teilnehmer, die dem C-Typ zugeordnet wurden. Es bestätigt sich, dass sie insgesamt den komplexesten, weil diversifiziertesten Bedarf aufweisen. Bei allen Variablen, die sich auf die Kompetenzbereiche psychodynamischer Alltagsorganisation beziehen (Stress, Krisen, Alltagsroutinen) haben sie die höchsten Werte von allen drei Typen.

### 5.2.4 Zusammenhänge zwischen den Unterstützungsbedarfen

Mittels einer Faktorenanalyse lassen sich Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen aufzeigen und vereinfachen. Mit ausgewählten ICF-Kategorien wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt, um zu testen, ob es stabil miteinander korrelierende Hilfebedarfsbereiche gibt. Das könnte beispielsweise auch bei einer Modularisierung der Hilfeerbringung potentiell relevant sein. Es wurde dabei mit verschiedenen Variablenzahlen experimentiert. Das beste Ergebnis ist in der folgenden Tabelle dargestellt.[36]

| Ursprungsvariable | | Faktor |
|---|---|---|
| Lebensbereiche – Bankkonto (.843)<br>Lebensbereiche – Umgang mit Geld (.813)<br>Lebensbereiche – Ressourcen (.632)<br>Häusliches Leben – Mahlzeiten (.551)<br>Interaktionen – Behörden (.540)<br>Häusliches Leben – Hausarbeiten (.472) | → | **1 Haushaltsführung (Instrumentelle Alltagsorganisation)** |
| Informelle – Beziehungen (.758)<br>Familienbeziehungen (.710)<br>Gemeinschaftsleben – Freizeit (.685) | → | **2 Privatleben** |
| Allg. Aufgaben – Stress, Anforderung (.837)<br>Allg. Aufgaben – Krisen (.835)<br>Allg. Aufgaben – Alltagsroutine (.701) | → | **3 psychodynamische Aspekte der Alltagsorganisation** |
| Selbstversorgung – Ernährung (.819)<br>Selbstversorgung – Gesundheit (.684) | → | **4 Ernährung und Gesundheit** |

Tabelle 5: Faktoren „Unterstützungsbedarfe für alle Klienten/Quartale“

Diese Faktoren sind nichts weiter als jeweils untereinander zusammenhängende Unterstützungsbedarfe, die sich insofern in Bedarfsbereiche (Module) einteilen lassen, die auch bei der Hilfeerbringung relevant sein dürften. Es lassen sich folgende Faktoren (Bereiche) unterscheiden

[36] Es erfolgte eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation. Generell bleiben die Faktoren unabhängig von der Variablenzahl sehr stabil. Die Auswahl der Variablen wurde auch nach dem Kriterium getroffen, wie gut mit den Faktorwerten typen- bzw. behinderungsspezifische Unterschiede abgebildet werden. Es gingen die gezeigten 14 Variablen ein, vier Faktoren erklären eine Varianz von 62 %; Eigenwert >1, der erste Faktor alleine 29% (5 Faktoren 69%).

- **Haushaltsführung:** Hier geht es durchweg um Aspekte der instrumentellen Alltagsorganisation, die mit der eigenen Haushaltsführung verknüpft sind. Dabei spielen Aspekte der Selbstversorgung und Haushaltsarbeit ebenso eine Rolle, wie die mit der Führung eines Haushalts verbundenen Ressourcen(sicherungs)aspekte, insbesondere der Umgang mit Geld. Mit diesem Faktor ist das klassische Kernfeld der Unterstützung im ambulant betreuten Wohnen bezeichnet. Offenbar korrelieren i.e.S. haushaltsbezogene mit ökonomischen und administrativen Bereichen.

- **Privatleben:** Als eigener Bereich lässt sich das klassische Feld des „Privatlebens" ausweisen. Hier geht es einerseits um die Unterstützung bei der Beziehungspflege, Beziehungsaufnahme oder auch Konfliktbewältigung mit Menschen, denen man in privaten Kontexten begegnet (Familie, Freundschaft, Partnerschaft). Dieser Bereich korreliert offenbar mit Bedarf im Bereich Freizeitgestaltung. Diese Entsprechung verdankt sich möglicherweise (auch) einer Wahrnehmungsperspektive der Hilfeerbringung. Unterstützungsbedarf bei informellen Netzwerken wird am besten aktivitätsbezogen (Freizeitgestaltung) wahrgenommen.

- **Psychodynamische Aspekte der Alltagsorganisation:** Hier geht es im Unterschied zu den vorgenannten Bereichen vor allem um übergreifende Aspekte des Umgangs mit Stress, Belastungen, Anforderungen, Krisen.

- **Ernährung und Gesundheit**

Auch bezogen auf diese vier Faktoren haben Klienten mit einer geistigen Behinderung wiederum mit Ausnahme des Faktors „psychodynamische Aspekte der Alltagsorganisation" einen signifikant höheren (wahrgenommenen) Unterstützungsbedarf.

Bezüglich der Lebenslauftypen kommt es ebenfalls zu durchweg signifikanten Unterschieden, die eine Reihe der qualitativen Befunde bestätigen (Tabelle 6). Im Gesamtbild haben diejenigen Teilnehmer, die der Gruppe C am nächsten zugeordnet wurden, die geringsten Werte (hellere Schattierung) für die Faktoren, mit Ausnahme des vierten Faktors „Ernährung und Gesundheit". Hier liegen sie über dem Wert von Typ B. Eine Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass bei den Klienten, die längere lebensweltgeprägte Phasen als Erwachsene in ihrer Biografie haben, in diesen Phasen ausgebildete lebensstilspezifische Eigenheiten zu Dissens mit den professionellen Unterstützern führen, dazu gehört sicher insbesondere das Suchtverhalten (Alkohol), aber auch bestimmte Ernährungsgewohnheiten.

| | 1 Haushaltsführung | 2 Privatleben | 3 psychodynamische Aspekte der AO | 4 Ernährung und Gesundheit |
|---|---|---|---|---|
| Typ A | 0,4 | 0,3 | -0,4 | 0,4 |
| Typ B | 0,04 | 0,03 | 0,9 | -0,4 |
| Typ C | -0,6 | -0,6 | -0,3 | 0,1 |

Tabelle 6: Hilfebedarfsfaktoren nach Typen (dunklere Farbe = größerer zugeschriebener Bedarf, hellere = geringerer zugeschriebener Bedarf), kodiert wurden die Mittelwerte der Faktorwerte der jeweils den Typen zugeordneten Klienten/Quartale.

Die Erwartung wäre, dass der Bedarf der Gruppe C beim 3. Bedarfsfaktor „Psychodynamische Aspekte der Alltagsorganisation" in der Mitte zwischen A und B liegt. Das ist deswegen nicht der Fall, weil sie nur bei der Ausgangsvariable Bewältigung von Stress/Anforderungen über der Gruppe A liegt, das wird allerdings ausgeglichen durch die wiederum niedrigen Bedarfswerte bei der Handhabung (Planung usw.) von Alltagsroutinen, also etwas, dass sie vermutbar in ihrem Erwachsenenleben gelernt haben.

Vergleichsweise herausstechend ist dagegen der Wert des 3. Faktors bei den Klienten des Typs B, er liegt mehr als doppelt so hoch wie der höchste Wert der anderen Zellen der Tabelle. Klienten also mit einer früh diskontinuierlich institutionengeprägten Biografie haben hier im Schnitt den höchsten Unterstützungsbedarf. Zusätzlich liegt auch der Bedarf bei Haushaltsführung und Privatleben durchaus im mittleren Bereich. Bei diesen Faktoren wiederum und beim Faktor Ernährung/Gesundheit liegen aber wiederum die Teilnehmer, die am ehesten Typ A entsprechen, am höchsten. Dabei dürfte sich der hohe Wert beim Faktor 4 eher auf instrumentelle und kognitive Aspekte bei Ernährung und Gesundheit beziehen.

### 5.2.5 Zur Entwicklung der Hilfeerbringung

Eines der angestrebten Ziele des Ambulantisierungsprojekts „Selbstständig Leben“ war die Differenzierung der personellen Unterstützung, einschließlich der Einbeziehung nichtprofessioneller Hilfen (Hilfemix). Dieser Hilfemix gestaltet sich je nach Klient unterschiedlich. Es folgt eine Übersicht der unterschiedlichen Formen der möglichen Hilfeerbringung. Hierbei wurden die Angaben aus dem ICF-basierten Teil der Quartalsdokumentation (C) ausgewertet. Verglichen werden das jeweils erste mit dem letztem Quartal innerhalb des Projekts (Q10) und dem darauf folgenden Quartal (Q11).

Es wurde abgefragt von wem und in welchem Umfang ein bestimmter Hilfebedarf gedeckt worden ist. Dies können sein:

- die koordinierende Bezugsperson
- andere Profis (der Bruderhausdiakonie)
- externe professionelle Kräfte
- das soziale Umfeld des Teilnehmers
- sonstige Personen / Hilfeerbringung

Nach der Auswertung der Daten ergibt sich folgendes Bild:

- bei etwas über einem Viertel der Klienten (sieben von 24) bestätigt sich, dass im Verlauf des Projekts die wöchentlichen Kontaktzeiten der professionellen Hilfeerbringer sinken und die der Ehrenamtlichen oder Hilfeerbringer aus dem sozialen Umfeld des Klienten steigen. Dies allerdings nur im Verhältnis zueinander, die dominante Hilfeerbringer bleiben immer die professionellen Bezugspersonen;
- bei genau einem Viertel der Klienten steigen die wöchentlichen Kontaktzeiten sowohl der Professionellen als auch der Ehrenamtlichen und Hilfeerbringer aus dem sozialen Umfeld des Klienten;
- bei drei Teilnehmern bleiben die wöchentlichen Kontaktzeiten der professionellen Kontakte gleich oder annähernd gleich, wobei die wöchentlichen Kontaktzeiten von Ehrenamtlichen oder dem sozialen Umfeld des Klienten steigen. Hier ist die Hilfeerbringung durch Ehrenamtliche also als eine zusätzliche Ressource zu der der Professionellen zu sehen;
- bei drei Teilnehmern bleiben die wöchentlichen Kontaktzeiten auf Seiten der Professionellen und Ehrenamtlichen gleich;
- bei drei Klienten spielen Ehrenamtliche bei der Hilfeerbringung überhaupt keine Rolle;
- bei einer Klientin steigen die Kontaktzeiten der Professionellen, die der Ehrenamtlichen bleibt gleich;
- bei einer Person bleiben die Kontaktzeiten der professionellen Hilfeerbringer gleich, die der Ehrenamtlichen sinkt.

Zur Anzahl derjenigen Personen, die in der Hilfeerbringung einbezogen sind (einschließlich weitere professionelle Hilfeerbringer) lassen sich folgende Aussagen treffen:

- über die Quartale nimmt bei elf von 24 Klienten die Anzahl der Hilfeerbringer zu;
- bei fünf von 24 nimmt sie ab;
- bei vier von 24 bleibt sie gleich;
- ebenfalls bei vier von 24 schwankt die Zahl der Hilfeerbringer.

Bis auf drei Klienten sind bei allen Teilnehmern sowohl am Anfang wie auch am Ende des Projekts andere Mitarbeiter der Bruderhausdiakonie bei der Hilfeerbringung einbezogen. Nur bei einer Teilnehmerin sind andere Mitarbeiter nicht einbezogen. Ein Klient wird nur am Anfang des Projekts auch von anderen Mitarbeitern unterstützt, nicht aber am Ende. Bei einer Klientin verhält es sich genau umgekehrt. Diese wird am Ende des Projekts auch von anderen Mitarbeitern unterstützt, nicht jedoch am Anfang.

Zwei Drittel der Klienten werden im Laufe der Projektphase – zumindest zeitweise – von ihrem sozialen Umfeld unterstützt. Dies wird von den Teilnehmern in den Interviews oft als positiv bewertet. Die Einbindung des sozialen Umfelds ist auch eine Erweiterung der Teilhabemöglichkeiten. Hier sei auf die Grenzen der Eingriffsmöglichkeiten des sozialen Umfelds hingewiesen: bestimmte Bedarfe können nur (oder zumindest effektiver) von professionellen Kräften gedeckt werden (z.B. die Nachtbereitschaft oder das Auffangen von Krisensituationen).

Auch externe professionelle Kräfte spielen bei der Abdeckung des Unterstützungsbedarfes eine Rolle. Bei 13 von 24 Klienten sind Ärzte, Therapeuten, Psychiater oder sonstiges Fachpersonal in die Hilfeerbringung zumindest zeitweise eingebunden.

Hinzukommen Einzelnennungen „sonstiger Personen“, beispielsweise Mitarbeiter des Sozialdienstes der Werkstatt für behinderte Menschen, Praktikanten, Nachbarschaftshilfe.

Insgesamt ist es gelungen, eine beachtliche Differenzierung der Hilfeerbringung voran zu bringen. Allerdings zeigt der Verlauf auch die Grenzen dieser Differenzierung. Die dominante Form der Hilfeerbringung bleibt in allen Fällen professionell geprägte Hilfe. Wenn sich verlässliche Bezugspersonen in der sozialen Umwelt der Klienten finden (meist Eltern, Verwandte, Geschwister, Freunde, Partner), können diese eine wichtige flankierende Rolle spielen (in einem Fall trat allerdings auch das umgekehrte ein, ein Klient übernahm eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Mutter). Eine Neuerschließung nicht-professioneller zentraler Bezugspersonen kommt praktisch nicht vor. Ehrenamtliche Hilfe besteht in vielen Fällen, bleibt aber insgesamt in ihrer Bedeutung eher marginal bzw. episodisch.

Insbesondere zeigt sich im Fallvergleich auch eine erhebliche Ungleichverteilung von konstant ansprechbaren ehrenamtlichen Personen. Sichtet man die biografischen Anamnesen, kann man zu dem Schluss kommen, dass konstante ehrenamtliche Unterstützung zum Einen gebunden ist an Kooperationsstrukturen des professionellen und institutionellen Umfelds. Sehr häufig sind Studierende, Schüler oder Auszubildende, oder auch Angehörige spezifischer Vereine unter den ehrenamtlichen Kräften. Eine weitere Bedingung für eine tragfähige längerfristige Beziehung hat möglicherweise auch etwas zu tun mit einer sozialen Passung zwischen Ehrenamtlichen und den Klienten.

Es ist lehrreich, in dieser Hinsicht den Fall von Thea Knoll mit dem der Brüder Kipp zu vergleichen. Thea Knoll lebt heute zusammen mit ihrem Partner in einer eigenen Wohnung, bei ihr ließ sich durchgehend mustergültig ein Hilfemix realisieren, bestehend aus Profis, Verwandten (darunter Mutter und Schwester) und ehrenamtlichen Dritten, die sich nicht aus Ausbildungsgründen engagieren. Bei den Brüdern Kipp finden sich dagegen in diesem Sinne keine dauerhaften ehrenamtlichen Kräfte. Auch das soziale Umfeld ist nicht beteiligt, weil es solch ein Umfeld in ihrem Fall nicht gibt. Bei oberflächlicher Betrachtung haben die Vorgeschichten sehr viel gemeinsam. Sie stammen fast aus derselben, extrem ländlichen Region, aus kleinen, sogar benachbarten Dörfern. Alle erfahren sie in der Kindheit einen Verlust des Vaters durch Tod und werden alleine durch die Mütter aufgezogen. Alle besuchen die gleiche Sonderschule. Alle machen die klassische „Laufbahn“ geistig behinderter Menschen durch: Schule – WfbM - Wohnheim. Aber während Thea Knoll in einem insgesamt stabilen, sozial anerkannten und gut integrierten Milieu aufwächst und eingebettet ist in ein solidarisches Verwandtschaftssystem, erfahren die Brüder Kipp extreme Formen sozialer Marginali-

sierung und äußerst deprivierende sozialisatorische Bedingungen (bis hin zur Misshandlung). Dies drückt sich auch in dem unterschiedlichen kommunikativen Habitus auf. Thea Knoll ist aufgeschlossen, kommunikativ begabt, offen für Anregungen. Die Brüder Kipp sind extrem verschlossen, auf sich bezogen und meiden jede Form des externen Kontaktes. Zum Einen verfügen sie nicht über soziale Ressourcen, die aktivierbar wären, zum Anderen drückt sich eben dieser Umstand auch noch dispositional (in ihrem Habitus) so aus, dass die Aktivierung von sozialen Ressourcen eher erschwert wird. Dieser Habitus steht in Gegensatz zu dem typischen Habitus aufgeschlossener, motivierter und auf Konversation angelegter (meist weiblicher) ehrenamtlicher Unterstützer(innen), die erfahrungsgemäß eher einen bildungsbürgerlichen oder zumindest bildungsbezogenen sozialen Hintergrund haben. Auch bei anderen Klienten könnte eine gewisse habituelle Distanz zur Sphäre der sozialen Respektabilität eine solche Hürde und damit Erklärung dafür darstellen, wieso die Einbeziehung sozusagen lebensweltnaher Hilfe so schwer fällt. Diese Distanz kann dabei auch durch die Symptome psychischer Erkrankung entstehen bzw. verstärkt werden:

- Im Fall von Harry Loop liegt aufgrund der Obdachlosenkarriere und seines Umgangs mit Alkohol eine erhebliche Distanz zur Sphäre sozialer Respektabilität vor. Er gehört zu den Klienten, bei der keinerlei Einbindung anderer Kräfte gelang.
- Im Fall von Hans Ulik tragen dazu – trotz mancher Anknüpfungspunkte (wie das Schreiben von Gedichten, das Interesse an Musik) – massive Ängste und Symptome der psychischen Erkrankung bei.
- Auch bei Bernd Groß, gleichfalls ohne jeden lebensweltbezogenen Sozialkontakt, liegt eine Obdachlosenkarriere vor.
- Auch bei Sofia West gelingt – über die Begleitung durch Schüler/Auszubildende – keine weitere Erschließung von lebensweltnaher Unterstützung, auch sie kommt aus extrem marginalisierten Verhältnissen unterhalb der Grenze der respektablen Sozialmilieus und hat eine Suchtkarriere hinter sich.

Festzuhalten ist also, dass die sozialraumorientierte Erschließung von (ehrenamtlichen) Hilfen im hohen Maße zur Herausforderung gerade des professionellen Handelns wird, wenn wenig soziales Kapital da ist und die Biografie der Menschen gekennzeichnet ist durch eine gebrochene Zugehörigkeit zu sozialräumlichen Bindungen und Kontexten. Dies gilt zudem, wenn eine hohe Distanz zum Zentrum sozialer Respektabilität besteht. So gesehen ist bürgerschaftliches Engagement und in der Folge seine sozialraumorientierte Erschließung immer anfällig dem biblischen Grundsatz zu unterliegen: „Wer da hat, dem wird gegeben.“[37]

### 5.2.6 Funktion und Einbindung der ehemaligen stationären Einrichtung in die Hilfestruktur

Die Projektteilnehmer nutzen zum Teil auch nach dem Umzug in ihre neue Wohnung Angebote der stationären Wohngruppen. 13 von 25 Personen besuchen in den Wohngruppen Freunde oder nehmen an Gruppenangeboten (Spieleabend o. ä.) teil, gehen mit der Gruppe in den Urlaub oder beteiligen sich an Tagesausflügen. Durch die Nähe der eigenen Wohnung zur alten Wohngruppe oder durch die dort angesiedelte koordinierende Bezugsperson werden Kontakte spontan möglich. Der überwiegende Teil der Klienten, die diese Angebote in Anspruch nehmen, nutzen diese nur unregelmäßig und nicht täglich oder wöchentlich. Eine Klientin, die in einem sehr von der stationären Einrichtung geprägten, dörflichen Umfeld wohnt, besucht täglich ihre alte Wohngruppe, isst dort und nimmt an den entsprechenden Angeboten teil. Auffallend ist, dass diejenigen, die keine Angebote der Wohngruppe nutzen, überwiegend Teilnehmer mit seelischer Behinderung sind.

Diese Trägerleistungen sind im Rahmen des Projektes aufgrund der dafür konzipierten Mischfinanzierung möglich, jedoch nur schwer bezifferbar und wurden deshalb nicht in die Kostendokumentation aufgenommen.

[37] Ein schwierig zu interpretierender Ausspruch Jesu, den die Evangelisten in bemerkenswerter Einmütigkeit überliefern: Matthäus 13,12; Matthäus 25, 29; Markus 4,25 (hier zitiert); Lukas 8, 18; Lukas 19, 26.

### 5.2.7 Nicht gedeckte Unterstützungsbedarfe

Bestimmte Unterstützungsbedarfe konnten im Verlauf des Projekts nicht – oder nur bedingt – gedeckt werden. Dieser Umstand kann unterschiedliche Gründe haben. Zum einem können diese beim Klienten selbst liegen (der Klient verweigert z.B. die ihm angebotenen Hilfen, er zeigt kein Interesse usw.), zum anderem könnten Mitarbeiter z.B. aus Zeitmangel, begrenzte finanzielle Ressourcen usw. nicht in der Lage sein, Hilfebedarfe abzudecken. Auch äußere Gründe sind vorstellbar: Ein Klient ist z.B. in einer Klinik untergebracht, bestimmte Bedarfe können unter solchen Umständen einfach nicht gedeckt werden.

Eine Gegenüberstellung gedeckter und nicht gedeckter Unterstützungsbedarfe auf der Basis einer Stichprobe von drei Quartalen (erstes, vorletztes und letztes Quartal) ergibt einen stabilen Anteil von 86 % voll gedeckten, 11% bedingt gedeckten und 3 % nicht gedeckten Unterstützungsbedarfen (von den insgesamt bestehenden). Dabei ist zu beachten, dass pro Klient und Quartal 35 mögliche Unterstützungsbedarfe abgefragt werden. Im Mittel weisen Klienten über den gesamten Zeitraum des Projekts rund 17 Bereiche auf, in denen sich ein Bedarf überhaupt stellt.

Auf der Basis dieser Stichprobe ergab sich folgendes Bild über die Gründe von nicht- oder nur bedingt gedeckten Bedarfen.

- In rund 80 % der Fälle konnten Bedarfe aus *klientenabhängigen Gründen* nicht oder nur bedingt gedeckt werden. Als Begründung wird hier am häufigsten in rund der Hälfte dieser Fälle mangelndes Interesse von Seiten des Klienten genannt. Andere Gründe liegen im Befinden des Klienten oder in dessen mangelnder Kooperation. Weitere Gründe sind Verschwiegenheit/ Verschlossenheit des Klienten (bei einem von der Bezugsperson unterstellten UB im Bereich intime Beziehungen), der Zeitmangel oder die mangelnde Belastbarkeit des Klienten.

- In ca. 15 % der Nennungen konnten Unterstützungsbedarfe aus *mitarbeiterabhängigen Gründen* nicht oder nur bedingt gedeckt werden. Der am häufigsten genannte Grund ist hierbei Zeitmangel.

- In rund 5 % waren sonstige Gründe ausschlaggebend. Darunter fallen auch äußere Gründe, wie etwa ein Klinikaufenthalt des Teilnehmers.

Anzumerken ist, dass der Hilfebedarf jedoch nur aus der Sicht der koordinierenden Bezugsperson (oder aus der Sicht des Leistungserbringers im Allgemeinen) bestehen kann. Wenn der Klient diese Auffassung nicht teilt und dementsprechend keinen Hilfebedarf sieht, ist ein Dissens zwischen Klient und koordinierender Bezugsperson wahrscheinlich. Eine wichtige weitere Beobachtung ist in diesem Zusammenhang, dass es gerade bei den Klienten, die wir in der Nähe des C-Typus lokalisieren, zu kritischen Äußerungen bis hin zu Verweigerungen kommt, vorgesehene Tagesstrukturmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Dahinter könnten sich ebenso latente nicht-gedeckte Bedarfe bzw. mangelnde Alternativen wie Fehlwahrnehmungen von Bedarfen durch die Einrichtung verbergen. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass sich in den erhobenen Daten gerade bei dieser Personengruppe Angaben zur mangelnden Kooperation der Klienten finden.

Betrachtet man in diesem Zusammenhang die meist genannten Gründe für eine Nichtdeckung des Bedarfs nach Items, fallen bestimmte Tendenzen auf. So scheiterte beispielsweise in neun Fällen die Bedienung eines wahrgenommenen Bedarfs in Sachen Ernährung am fehlenden Interesse des Klienten, ebenso in fünf Fällen bei einem wahrgenommenen Bedarf „auf Fitness achten“. Hier spielen ohne Zweifel auch lebensstilbedingte Präferenzen der professionellen Bezugspersonen schon bei der Wahrnehmung eines Bedarfs eine Rolle. Zu einer Art Dissens über einen wahrgenommenen Unterstützungsbedarf kommt es auch sehr häufig bei einem Item wie „Familienbeziehungen aufbauen“ (in 11 Fällen).

## 5.3 Entwicklungen der Klient – Profi – Beziehung und der professionellen Handlungslogik

### 5.3.1 Handlungs- und Kommunikationsformen

In der Quartalsdokumentation wurden verschiedene, die Beziehung von Klient und professioneller Bezugsperson potentiell charakterisierende, Interaktionsformen vorgelegt, mit denen eingeschätzt werden soll, welche Rolle sie jeweils spielen. Dabei sollte die koordinierende Bezugsperson sich zwischen „keiner", „geringer", „mittlerer" und „großer Bedeutung" entscheiden. Interessant war nun die Frage, ob sich im Laufe der Projektlaufzeit Veränderungen ergeben würden. Abbildung 38 zeigt die Mittelwerte für die jeweiligen Items für das erste und das letzte Quartal im Vergleich.

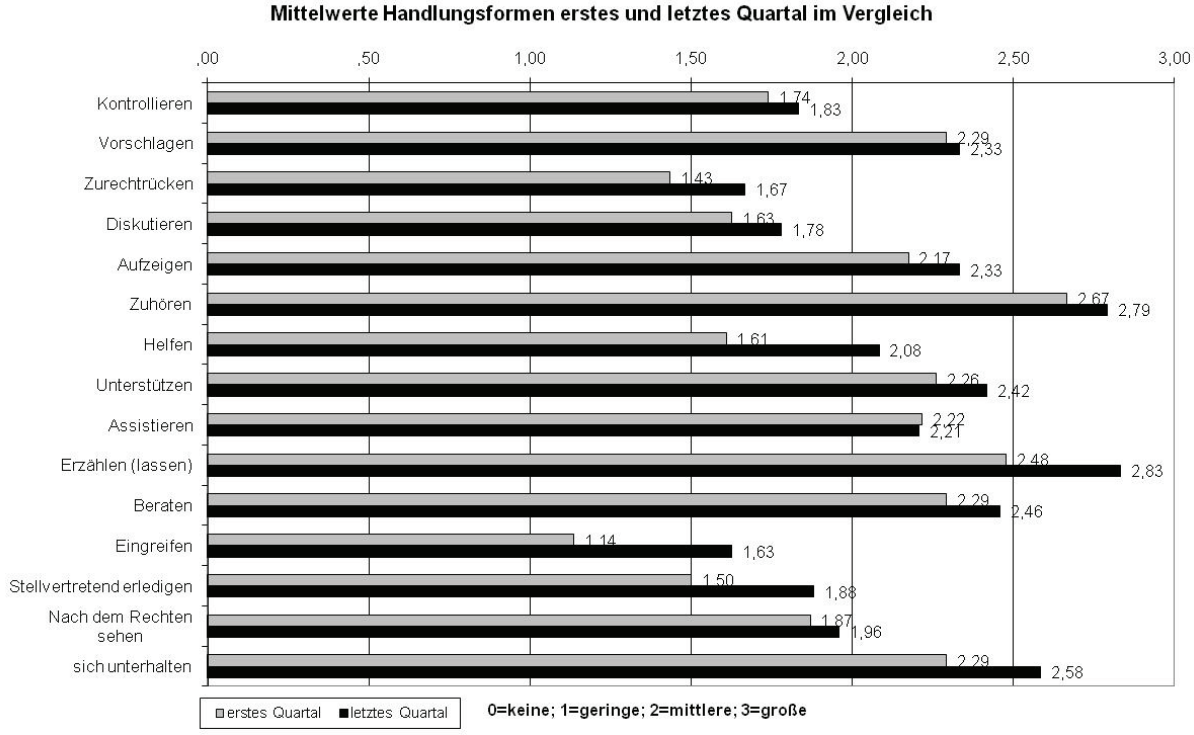



Abbildung 38: Mittelwerte der Handlungsformen erstes und letztes Quartal im Vergleich

Es ergibt sich eine leichte Zunahme des Mittelwerts in fast allen Bereichen. Das ist überraschend angesichts der Annahme, dass die Selbstständigkeit im Schnitt steigen würde und dadurch die Werte der direktiven Interaktionsformen, wie beispielsweise „Kontrollieren", „nach dem Rechten sehen", fallen und gleichzeitig weniger direktive Formen eine größere Rolle spielen würden. Im Gegenteil zeigt sich eher eine leichte Zunahme direktiver Interaktionsformen wie „Zurechtrücken", „Aufzeigen", „Eingreifen". Auch „Helfen" nimmt zu. Zugleich nehmen aber auch konversationsorientierte Formen der Interaktion zu (Sich-Unterhalten, Zuhören, Beraten). Von der Tendenz her ist das bei Menschen mit geistigen Behinderungen und seelischen Behinderungen ähnlich, nur kommt es bei den Menschen mit geistigen Behinderungen nochmals zu ausgeprägteren Unterschieden. Hier steigt beispielsweise der Wert für „Eingreifen" von 1,22 im ersten Quartal auf 2,22 im letzten Quartal. Auch alle anderen Unterschiede sind ausgeprägter.

Entgegen der Erwartung, dass sich am Ende des Projekts sozusagen ein zunehmend autonomiebetonterer Stil in der Klient/Profi-Beziehung durchsetzt, ist festzuhalten, dass die Kommunikation sich gleichsam in allen ihren Möglichkeiten intensiviert und sowohl die An-

lässe zu direktiven wie auch zu autonomiebetonten Kommunikationsformen zunehmen. Auch der Vergleich nach Typen ergibt hier kein grundlegend anderes Bild.

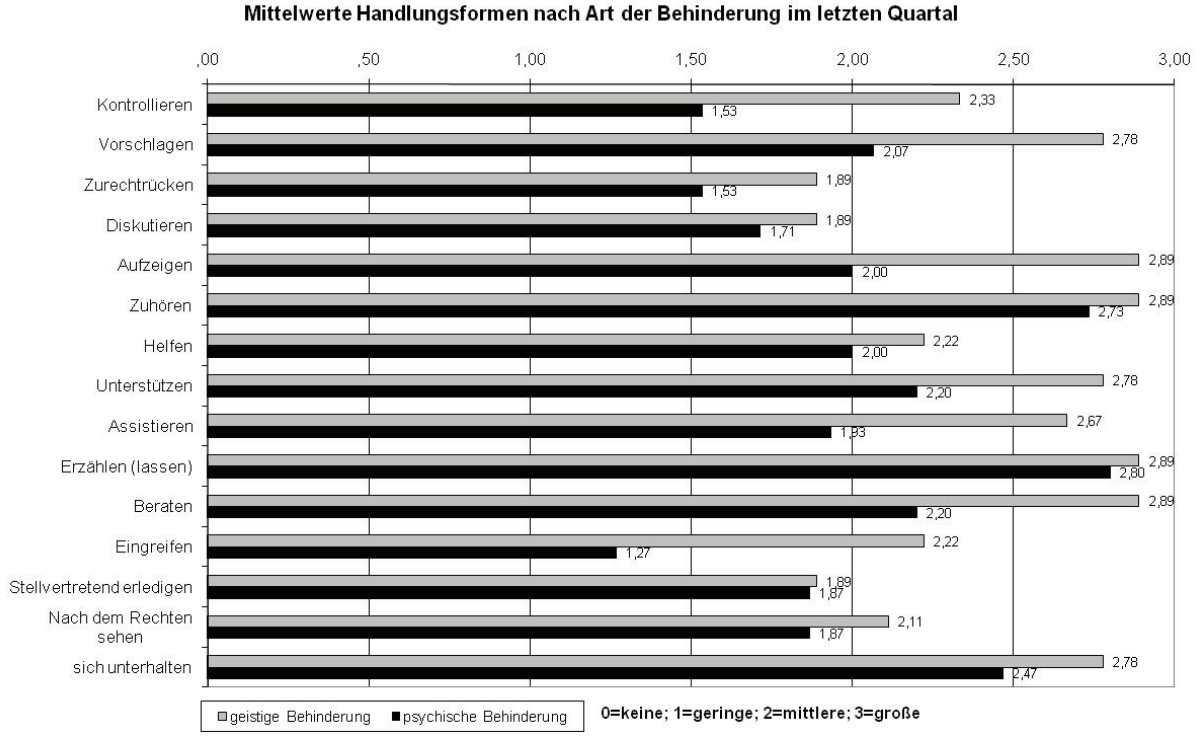



Abbildung 39: Mittelwerte der Handlungsformen nach Art der Behinderung im letzten Quartal

Die Betrachtung nur für das letzte Quartal zeigt durchaus auffällige Unterschiede bezüglich der Behinderungsform und bestärkt die Schlussfolgerung, dass die Interaktionsformen speziell bei der Unterstützung von Menschen mit geistigen Behinderungen diversifizierter und gegensätzlicher sind. Fast bei allen Interaktionsformen liegen hier höhere Werte vor. Besonders groß sind die Unterschiede bei direktiven, auf Vorgaben abzielenden Interaktionsformen (Kontrollieren, Eingreifen), aber auch beispielsweise bei „Beraten“ ist der Wert bei geistiger Behinderung höher. Einzig bei gesprächsbetonten Interaktionsformen (Zuhören, Erzählen lassen, sich unterhalten) nähern sich die Werte an.

| | Typ A | Typ B | Typ C |
|---|---|---|---|
| Kontrollieren | 2,44 | 1,40 | 1,50 |
| Vorschlagen | 2,67 | 1,80 | 2,00 |
| Zurechtrücken | 1,89 | 1,00 | 1,50 |
| Diskutieren | 1,88 | 1,80 | 1,67 |
| Aufzeigen | 2,78 | 2,20 | 1,83 |
| Zuhören | 2,89 | 2,80 | 2,83 |
| Helfen | 2,00 | 2,40 | 1,50 |
| Unterstützen | 2,78 | 2,20 | 1,83 |
| Assistieren | 2,44 | 2,00 | 1,67 |
| Erzählen (lassen) | 2,89 | 2,80 | 2,83 |
| Beraten | 2,78 | 2,00 | 2,17 |
| Eingreifen | 1,89 | 1,00 | 1,50 |
| Stellvertretend erledigen | 2,22 | 2,00 | 1,33 |
| Nach dem Rechten sehen | 2,11 | 1,40 | 2,33 |
| sich unterhalten | 2,78 | 2,60 | 2,33 |

Tabelle 6a: Interaktionsformen (letztes Quartal) nach biografischen Typen

Das spiegelt sich auch nochmals wieder, wenn man einen Vergleich (wieder für das letzte Quartal) nach den biografischen Typen anstellt. Wie Tabelle 6a zeigt, setzt sich diese Tendenz fort. Relativ geringe Unterschiede finden sich bei Diskutieren/Erzählen lassen/sich unterhalten. Bei direktiven, auf Unterstützung, Vorgaben abzielende Interaktionsformen weisen meist die Teilnehmer des A-Typs die höchsten Werte auf. Mit bestimmten Ausnahmen liegen die Teilnehmer, die nahe am Typ B stehen, tendenziell in der Mitte und die Teilnehmer, die dem Typ C zugeordnet wurden, eher am unteren Ende der Skala. Für sie trifft in der Gesamtheit noch am ehesten die These eines autonomiebetonten Interaktionsstils zu. Pädagogisch-stützende, auf Hilfe angelegte Interaktionsformen sind durchweg schwächer ausgeprägt. Allerdings gibt es gerade hier zugleich Indizien auf ggf. bestehenden Dissens, der sich möglicherweise aus größeren Spielräumen bzw. unterschiedlichen Auffassungen ergibt („nach dem Rechten sehen“).

### 5.3.2 Wahrnehmung von qualitativen Veränderungen der Beziehung zu den Klienten (offene Antworten)

In der Quartalsdokumentation konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen einer offenen Frage Stellung dazu beziehen, ob sich ihre Einstellung zu ihrem Klienten/ihrer Klientin geändert habe. Im Folgenden werden die Antworten einer kurzen Kategorisierung unterzogen. Sie werden dabei thematisch sortiert und gezählt, Mehrfachnennungen sind möglich. Die Zahlen in den Klammern stehen also nicht für die die Klientenanzahl, sondern für die Anzahl der Nennungen. Sehr häufig kommt es dabei zu bilanzierenden Äußerungen im Sinne eines Mehr/Weniger.

***Zuwächse („Mehr“)***

Tendenzen und Veränderungen in der Beziehung zwischen Klient und Mitarbeiter (MA) sowie im Verhalten des MA werden als Zuwachs formuliert. Es ist dabei wesentlich häufiger von einem „Mehr“ an bestimmten Phänomenen (z.B. mehr Kontrolle, mehr Begleitung) die Rede, als von „Weniger“. Gruppieren lassen sich diese „Zuwächse“ in die Bereiche *Kompetenzen* und *Beziehung*

KOMPETENZEN

- Mehr Selbständigkeit (13)
- Mehr Mitteilungsfähigkeit (3)
- Mehr Beratung (2)
- Mehr Kontrolle (6)
- Mehr Hilfe (3)
- Mehr Betreuung (2)

BEZIEHUNG

- Mehr Verständnis (1)
- Mehr Kooperation (3)
- Mehr Offenheit (11)
- Mehr Kommunikation (14)
- Mehr Vertrauen (11)
- Mehr Kontakt (4)

Insgesamt ist auffällig häufig von einem Zuwachs an **Kommunikation** die Rede. Allerdings wird dieser oft als allgemeine Gesprächsbereitschaft oder Gesprächsbedarf des Klienten beschrieben. Wenn Gesprächsinhalte genannt werden, sind dies meist alltagspraktische Dinge (z.B. Umgang mit Geld) sowie emotionale Angelegenheiten (Aufbau einer Paarbeziehung, Probleme mit Familie oder Mitbewohner, etc.).

Auch ein Zuwachs an **Vertrauen** wird häufig beschrieben. In diesem Zusammenhang werden Ereignisse im Leben der Klienten erwähnt (z.B. Krebserkrankung des Vaters, körperlicher Angriff durch Freund, etc.), die Klient und Mitarbeiter enger aneinander binden. Die ebenfalls häufig beschriebene, wachsende **Offenheit** der Klienten bleibt oft etwas unbestimmt. Konkrete Beispiele und Situationen werden kaum genannt. Alle drei Kategorien (An-

stieg an Kommunikation, Vertrauen, Offenheit) treten an mehreren Stellen in einem Zusammenhang auf, der vermuten lässt, dass sich Mitarbeiter und Klient noch nicht allzu lange kennen. Eine Erklärung für die häufige Nennung könnte also in diesen Fällen ein geringes Ausgangsniveau an Kommunikation/Vertrauen/Offenheit sein. In anderen Fällen scheint die Beziehung zwischen Mitarbeiter und Klient in neue Bereiche vorzustoßen (z.B. Beratung in sexuellen Dingen).

Fallübergreifend wird häufig von wachsender Selbständigkeit und gleichzeitig von einem größeren Bedarf an Kontrolle, Hilfe und Betreuung berichtet. Dieser Befund bestätigt die quantitativen Befunde im vorhergehenden Abschnitt.

***Rückgänge („Weniger“)***
Wenn die Mitarbeiter im Verlauf der Quartale von einem Rückgang berichten, handelt es sich meist um Aspekte der Beziehung zum Klienten. Folgende Kategorien ließen sich hier bilden.

WENIGER
- Weniger Vertrauen (3)
- Weniger Selbstständigkeit (4)
- Weniger Zufriedenheit (2)
- Weniger Aktivität (3)
- Weniger Kontakt (5)
- Weniger Mitteilungsfähigkeit (1)

Hierbei kommt ein großer Teil der Nennungen ausschließlich in einzelnen Fällen vor (z.B. weniger Aktivität, weniger Zufriedenheit).

***Nähe/Distanz***
Thematisiert wird in zwei Fällen eine zu große Nähe, bzw. mangelnde Distanz zwischen Mitarbeiter und Klient. Dabei ist im einen Fall nicht ersichtlich, von wem dieses Problem ausgeht, die Mitarbeiterin spricht lediglich davon, auf das Verhältnis von Nähe und Distanz „achten“ zu müssen. In einem anderen Fall ist hingegen klar davon die Rede, dass der Klient mehr fordert, als die Mitarbeiterin akzeptieren kann (z.B. private Anrufe).

***Konflikte/Aggressionen/Gewalt***
In drei Fällen wird von Konflikten berichtet, die die Beziehung zwischen Mitarbeiter und Klient *beeinflussen.* In einem Fall geht es ganz allgemein um (verbale) „Auseinandersetzungen“, die den Mitarbeiter „persönlich beschäftigen“. Im anderen Fall geht es um einen Gewaltausbruch, der die Mitarbeiterin nachhaltig überrascht und ihr „Bild von ihm verändert“ habe. In einem weiteren Fall wird das Konfliktverhalten allgemein thematisiert, die Rede ist von fremd- und autoaggressivem Verhalten.

***Rückschritte***
In Einzelfällen und phasenweise berichten Mitarbeiter hier von Rückschritten in „längst überwunden geglaubte“ Verhaltensweisen (Unehrlichkeit, kindliches Gebrüll), auch eine unerwünschte Wiederaufnahme von Kontakten ins „Bahnhofsmilieu“ wird genannt. Enttäuschungen/Ärger werden über bestimmte umrissene Ereignisse artikuliert, so wenn etwa ein Klient einen Entzug abbricht bzw. seinen Wohnort ohne weitere Benachrichtigung verlässt, um biografische Recherchen in seiner Herkunftsregion anzustellen.

***Zwei Fallbeispiele***
Zwei Fallbeispiele der Einträge von Quartal zu Quartal können dokumentieren, auf wie verschiedene Weise Mitarbeiter in die durch die ambulante Wohnsituation angestoßene soziobiografische und sozialräumliche Dynamik involviert werden können.

Das erste Fallbeispiel (Kasten) bezieht sich auf einen der Klienten mit einer kognitiven Beeinträchtigung, dessen Fall ein sehr prägnantes Beispiel für eine mit der Wohnsituation verknüpfte biografische Dynamik ist.

**Verlauf der Einträge an einem Fallbeispiel (1)**

Q1: Neue Lebenssituation, es macht den Eindruck, dass er einen Neuanfang machen will und aus seinen bisherigen Problemen gelernt hat. Er war offener, freundlicher und auch zuverlässiger.

Q2: Im Vergleich zum letzten Quartal ist er wieder zum Teil in alte Verhaltensweisen zurückgefallen (wieder erste Probleme mit Nachbarn wg. Lärm, wieder vermehrt Kontakte zu alten Kumpels (Bahnhofsmilieu). Negative Auswirkungen auf Zuverlässigkeit und Umgangsform.

Q3: Die Gesamtsituation hat sich wieder ins Positive geändert: Kontakt zu den Bahnhofs-Kumpels hat wieder abgenommen, keine neuen Konflikte im Umfeld. Zur Zeit sehr regelmäßiger Arbeitsbesuch in der WfbM, dort gute Arbeitsleistung. Nur noch wenige Fehlzeiten. Klient sucht Gespräch und Beratung beim Assistenten, nimmt etwas an.

Q4: Klient hat sich stark verändert, er ist ruhiger, häuslicher, zuverlässiger geworden. Die neue Beziehung tut ihm offensichtlich gut. Er geht gerne und regelmäßig zur Arbeit. Kontakt zu Kumpels aus dem Bahnhofsmilieu ist mir kaum noch bekannt geworden. Kommt öfters aktiv zum Assistenten, sucht das Gespräch und fordert Hilfe ein.

Q5: Klient leidet unter der Zurücksetzung durch seine Freundin (muss ihre Zuwendung aufteilen Baby/Freund). Flucht zu Kumpels und anderer Frau gefährdet die Beziehung. Dieses Verhalten hat mich als Assistent persönlich sehr beschäftigt und zu Auseinandersetzungen zwischen Assistent und Klient geführt. (Renovierung alte Whg. hat auch belastet.)

Q6: Im Vergleich zum letzten Quartal hat sich die Stabilisierung der Beziehung, die Übernahme der Vaterrolle und die rel. Zuverlässigkeit am Arbeitsplatz auch auf meine Einstellung/Beziehung zum Klient positiv ausgewirkt. Wir versuchen zur Zeit recht kooperativ die finanzielle Lage in den Griff zu bekommen.

Q7: Wie im Quartal 6 hat sich die Stabilisierung der Beziehung, die Übernahme der Vaterrolle und die rel. Zuverlässigkeit am Arbeitsplatz auch auf meine Einstellung/Beziehung zum Klient weiter positiv ausgewirkt. Vertrauen wächst. Die finanzielle Lage scheint jetzt im Griff zu sein.

Q8: <wie Q7>

Q9: Wie im Quartal 6 hat sich die Stabilisierung der Beziehung, die Übernahme der Vaterrolle und die rel. Zuverlässigkeit am Arbeitsplatz auch auf meine Einstellung/Beziehung zum Klient weiter positiv ausgewirkt. Vertrauen wächst. Die finanzielle Lage scheint jetzt im Griff zu sein. Im Q 9 hat der persönl. Assistent gewechselt.

Q10: Nach dem Wechsel des pers. Assistenten: Aufbau persönlicher Beziehung Klient-Mitarbeiter, Positiver Verlauf, gegenseitiger Respekt. Vertrauensvolle Zusammenarbeit. Guter Kontakt auch zu Frau und Kind.

Q11: <wie Q 10>.

In diesem Fall ist eine regelrecht sozialarbeiterische Qualität der Arbeit mit einem (leicht) geistig behinderten jungen Mann zu registrieren. Die Interventionen (und zugleich die Entwicklung der Profi/Klient-Beziehung) sind bezogen und eingebunden in ein lebensweltliches Spannungsverhältnis, in dem der Klient steht – nämlich der gleichsam eher jugend- bzw. subkulturell geprägten Sphäre seiner „Kumpels“ im Bahnhofsmilieu und der familialen Sphäre. Es gelingt offenbar die „Familialisierung“ des Klienten, seine Identifikation mit den Erwachsenenrollen eines Vaters und Gatten, die wiederum an die Sphäre des Wohnens gebunden ist, zu unterstützen und zu stärken und damit zusammenhängende typische soziobiografische Konfliktlagen (Übergang von Gattendyade zu Eltern/Kind-Dyade) zu bearbeiten. Dies gelingt auch durch den Aufbau einer positiven Beziehung zu der Familie („Guter Kontakt zu Frau und Kind“).

Einen maximalen Kontrast bildet die folgende Sequenz fallbezogener Notizen.

**Verlauf der Einträge an einem Fallbeispiel (2)**

Q3: Es musste vermehrt auf Taschengeldeinteilung, sowie auf Alkoholkonsum hingewiesen werden.

Q4: Es musste vermehrt auf Taschengeldeinteilung, sowie auf Alkoholkonsum hingewiesen werden.

Q5: Es musste vermehrt auf Taschengeldeinteilung, sowie auf Alkoholkonsum hingewiesen werden. Klappte die letzen drei Monate besser mit Taschengeldeinteilung.

Q6: Taschengeldeinteilung klappt inzwischen sehr gut, jedoch wird weiterhin sehr viel Alkohol konsumiert, dadurch öfters Stimmungsschwankungen. Es wurden vermehrt Gespräche mit Klient geführt.

Q7: Taschengeldeinteilung klappt weiterhin gut, jedoch wird immer noch sehr viel Alkohol konsumiert, dadurch öfters Stimmungsschwankungen. Es wurden vermehrt Gespräche mit Klient geführt.

Q8: Taschengeldeinteilung klappt weiterhin gut, jedoch wird immer noch sehr viel Alkohol konsumiert, jedoch in letzter Zeit weniger Stimmungsschwankungen. Weiterhin werden vermehrt Gespräche mit Klient geführt.

Q9: Taschengeldeinteilung klappt weiterhin gut, jedoch wird immer noch sehr viel Alkohol konsumiert, allerdings weniger Stimmungsschwankungen. Weiterhin regelmäßig Gespräche mit KB.

Q10: Taschengeldeinteilung klappt weiterhin gut, jedoch wird immer noch sehr viel Alkohol konsumiert, in letzter Zeit öfter Stimmungsschwankungen, hat Bedenken nach dem Projekt nicht in der Wohnung bleiben zu können. Regelmäßig Gespräche mit KB.

Hier fällt im Gegensatz zum vorstehenden Fall die thematische Fixierung auf die im Wesentlichen unverändert bleibenden Problemlagen auf. Der Alkoholkonsum führt zu einer relativ restriktiven Praxis der Geldzuteilung. Dass es hier zu einer so unterschiedlichen Logik der Einträge kommt, hat mit dem Umstand zu tun, dass sich im Fall dieses Klienten im Unterschied zum vorhergehenden Fall keinerlei biografische Dynamik ergibt. Dazu trägt zum einen Teil sicher die äußere Situation des Klienten selbst bei: er ist viel älter, völlig abgeschnitten von früheren sozialen Netzwerken und gesundheitlich beeinträchtigt. Zum anderen werden diese eher ungünstigen Ausgangsbedingungen noch verstärkt durch die Wohnsituation, die ebenfalls keinen weiteren soziobiografischen Impuls ins Spiel bringt. Die Wohnung ist sehr nahe am vorangegangenen stationären Setting, eröffnet wenig Gelegenheiten der Erschließung weiterer sozialer Beziehungen. Dies wird in diesem Fall sogar eher bewusst vermieden, da zu befürchten steht, dass diese Beziehungen (ähnlich wie das Bahnhofsmilieu im vorstehenden Fall) eher zu einer Verstärkung der Suchtproblematik führen könnten. Eine Art soziales Gegengewicht (in Gestalt einer Familie oder Partnerbeziehung) fehlt hier. Insofern tritt in diesem Fall ein Dilemma auf, das in der Statik der Einträge deutlich zum Ausdruck kommt. Zu dieser Dilemmasituation gehört, dass die Suchterkrankung die fehlende biografische Dynamik ebenso mit bedingt wie andererseits dadurch auch reproduziert wird.

### 5.3.3 Der Projektverlauf aus Sicht der Mitarbeiter/innen

Die Sicht der Mitarbeiter/innen kommt auch in anderen Bereichen der Datenerhebung zum Tragen. Über die Möglichkeiten zur Stellungnahme in der Quartalsdokumentation hinaus, kam es im Projektverlauf mit den Bezugsmitarbeiter/innen der Projektteilnehmer/innen innerhalb der Projektzeit zu mehreren Gesprächen/Gruppendiskussionen. Zum einen sollten dadurch, flankierend zu den Interviews mit den Teilnehmern und der Quartaldokumentation, weitere Informationen zu den Klienten eingeholt werden. Zum anderen bestand von unserer Seite aus das Interesse, ihre Sicht auf das Projekt zu erfahren. Wir nahmen an, dass der Projektcharakter mit dem Gruppenbudget als Grundlage auf verschiedene Weise Auswirkungen auf die tägliche Arbeit der Bezugsmitarbeiter hat. Wir fragten uns, welche Faktoren für ihre Arbeit fruchtbar, welche belastend sind und welche Vorteile das Projekt für den Übergang der Klienten in das ambulant betreute Wohnen mit sich bringt. Die retrospektive Betrachtung ermöglicht den Mitarbeitern sowohl die Reflexion ihrer eigenen Arbeit als auch die Reflexion der in der Projektanlage formulierten Ziele. Die folgenden Formulierungen geben zusammenfassend einige qualitative Hauptlinien der geführten Gespräche und der Kommentierungen in den Dokumentationen wieder.

**Tätigkeitsfelder**
Die Arbeit mit Klienten im ambulant betreuten Wohnen unterscheidet sich von jener in der

stationäre betreuten Wohngruppe in verschiedener Weise. Während in der Wohngruppe der Fokus tendenziell auf lebenspraktische Dinge wie Trinken, Essen, Pflege usw. gelegt wird, also die Anleitung und Übernahme von Aufgaben dominieren, wird bei den ambulant betreuten Klienten vermehrt die Zukunftsperspektive berücksichtigt: Was wünscht sich der Klient, wo soll es hingehen? Hierbei werden Selbstaktivierungsprozesse gefördert und die Selbstständigkeit („Begleiten und Loslassen“) in den Mittelpunkt gerückt. Hinzu kommen aber auch neue Tätigkeitsfelder, die aufgrund des rechtlichen Status des Klienten nun auftreten: die Klärung sozialrechtlicher Fragen, Befreiung von Medikamentenzuzahlungen, Bankkontoverwaltung, Mietverträge, Kooperation mit Ämtern, Übersetzung der „Amtssprache“, usw.

Vor allem Mitarbeiter/innen, die durch „ProSeLe“ zum ersten Mal im ambulant betreuten Wohnen begannen zu arbeiten, wiesen auf diese neuen Arbeitsbereiche hin und betonen anfängliche Umstellungsprobleme. Beispielsweise müssen sie als eine Art Anwalt für ihre Klienten auftreten, um sie bei Problemen mit Nachbarn, bei Ablehnung eines Antrages o.ä. zu unterstützen. Was vorher die Heimverwaltung übernahm, musste nun von den Bezugsmitarbeiter/innen übernommen werden. Hierfür wurden für die Mitarbeiter teilweise Fortbildungen im Bereich des Sozialrechts angeboten. Insbesondere die Beantragung und Sicherstellung der regelmäßigen Auszahlung der Grundsicherung war eine Angelegenheit, die viele Bezugsmitarbeiter/innen sehr beschäftigte. In den Quartalsberichten werden Probleme mit der Grundsicherung auffällig häufig angesprochen.

Innerhalb der Teamstruktur gab es außerdem die Möglichkeit für Rückfragen und Austausch, sowohl zwischen den Kollegen untereinander als auch mit der jeweiligen Dienststellenleitung. Auffällig war, dass die Mitarbeiter/innen je nach Dienststelle verschiedene Teamstrukturen hatten:

- Patenmodelle zwischen Mitarbeiter/innen aus dem stationär betreuten Wohnen mit Kollegen aus dem abW,
- 2er Teamstrukturen innerhalb des abW,
- Monatliche Projektteambesprechungen,
- Teambesprechungen im Quartal,
- Wöchentliche Fallbesprechungen und „Übergabe“ der Klienten an Kollegen (unabhängig von „ProSeLe“).

Zusätzlich nahmen die Projektverantwortlichen der jeweiligen Dienststellen an der in der Einleitung erwähnten internen Projektgruppe teil, die sich im 6-Wochenturnus bzw. ein Mal im Quartal traf und am Anfang des Projekts auch die endgültige Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorgenommen hatte.

Die Bezugsmitarbeiter/innen waren unterschiedlich im ambulant betreuten Bereich verankert. Manche arbeiteten zuvor ausschließlich in stationär betreuten Wohngruppen, manche waren in beiden Feldern beschäftigt und andere wiederum kamen bereits aus dem ambulant betreuten Bereich. In den Gesprächen wurde deutlich, dass „ProSeLe“ für die Mitarbeiter ganz unterschiedliche Veränderungen für ihre Arbeit zur Folge hatte.

Ein Teil empfand das neue Aufgabenspektrum und die Art der Unterstützung im abW für sich selbst als gewinnbringend. Insbesondere die Erfahrung, dass es bei der Begleitung und Unterstützung von behinderten Menschen auch um Prozesse der Ablösung aus immer auch emotional geprägten Betreuungsbeziehungen gehen kann, war gerade für Mitarbeiter wichtig, deren Arbeitsschwerpunkt bislang im stationären Bereich lag: „Ich arbeite ansonsten im Schwer- und Mehrfachbehindertenbereich und da geht es ganz viel um Übernahme und Anleitung und bei den zwei Klienten draußen ging‘s jetzt dann ganz viel um Begleiten, Loslassen und trotzdem Loslassen. Das ist mir am Anfang furchtbar schwer gefallen. Und also, ich für meine Person hab gewonnen“ (Mitarbeiterin).

In den Quartalsdokumentationen berichten einige Mitarbeiter/innen davon, wie sie ihre Beziehung zu den Klienten neu definieren mussten. Ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz sowie ein neues Abstecken von Grenzen der Verantwortlichkeit spielte für sie dabei eine große Rolle. Viele Mitarbeiter/innen haben im Verlauf des Projektes einen deutlichen Zuwachs an gegenseitigem Vertrauen beobachtet, sie erleben sich mehr und mehr als Ansprechpartner ihrer Klienten – diese Aussagen bestätigen die oben genannten Angaben zu einer Intensivierung der Kommunikation. Vor allem in schwierigen Lebenssituationen, wie etwa dem Tod von nahen Verwandten oder bei Konflikten mit Lebenspartnern, übernahmen sie in zunehmendem Maße eine beratende Funktion.

Gleichzeitig wird in einigen Fällen auch ein wachsendes Vertrauen in die Fähigkeiten der Klienten, etwa im Umgang mit Geld, beschrieben. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass mehrere Bezugsmitarbeiter/innen vor allem in der Anfangsphase des Projektes auch von einer größer werdende Offenheit ihrer Klienten berichten. Diese Offenheit wird jedoch nur in eine Richtung thematisiert, eine größere Offenheit ihrerseits (etwa gegenüber Vorschlägen der Klienten) sprechen die Mitarbeiter/innen nicht an.

Das Projekt wird nicht immer ohne Ambivalenzen bewertet. Einige Mitarbeiter wiesen beispielsweise auf Schwierigkeiten der Organisation der Dienstpläne hin – z.B. die Tätigkeit im ambulant betreuten Wohnen und in der Wohngruppe unter einen Hut zu bekommen. In diesem Spannungsfeld muss die Teamstruktur besonders tragfähig sein, um (in Krisensituationen) dem Bedarf der betroffenen Person im ambulanten betreuten Wohnen und dem der Bewohner/innen in der Wohngruppe gerecht zu werden: „Die Mischform ist eine logistische Herausforderung für das Team“ (Mitarbeiterin).

In den Quartalsberichten wurde von einzelnen Mitarbeiter/innen der Wunsch geäußert, Tätigkeiten im ambulant betreuten Wohnen und in der Wohngruppe personell stärker zu trennen. Trotz dem Spagat zwischen der Notwendigkeit von flexiblen Handlungsspielräumen mit gleichzeitiger Garantie von Basiszeiten und Kontinuität, scheint es nur selten zu Engpässen gekommen zu sein. Diese stehen nach Angaben der Quartalsberichte oft in Zusammenhang mit Ausfällen von Mitarbeiter/innen wegen Krankheit oder Urlaub.

Neben organisatorischen Fragen wurden die für das Projekt notwendigen Zusatzaufgaben (Dokumentation, Teambesprechungen) und Kooperationen zwar als hilfreich für die Arbeit angesehen, aber gleichzeitig als belastend, da zeitaufwändig. Der implizite Erwartungsdruck durch den besonderen Projektstatus scheint dabei einerseits eine Rolle gespielt zu haben. Andererseits verlangte das Projekt eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialleistungsträger und der Bruderhausdiakonie, was als ein weiterer, besonderer, gewinnbringender Faktor charakterisiert wurde, der sich mittlerweile auch auf andere Bereiche der Kooperation ausgeweitet hat. Besonders gegen Ende des Projekts kam es in den Abschlussbesprechungen aber durchweg zu insgesamt positiven bis sehr positiven Bewertungen des Projekts. Eine Mitarbeiterin formulierte geradezu euphorisch:

> „Ich fands toll. Ich hab 20 Jahr auf so `n Projekt gewartet, weil früher alles so starr war. Endlich mal ein Projekt, in dem man was ausprobieren kann.“ (Mitarbeiterin)

**Gruppenbudget und Hilfemix**

Finanzierungsgrundlage von ProSeLe war, wie bereits dargestellt, ein Gruppenbudget, durch das Mehrbedarfe einzelner Klienten von „Überschüssen“ anderer Klienten gedeckelt werden sollten. Wie in Kapitel 5.4 ausgeführt wird, hat es genügend finanziellen Spielraum gegeben, um mit den Klienten teilhabebezogene Aktivitäten (z.B. besuch kultureller Veranstaltungen, Freizeitaktivitäten, Biographiearbeit) in Angriff zu nehmen, die im Rahmen der ambualnten Regelvergütung nicht möglich gewesen wären. Laut den Mitarbeiter/innen wurde das zum Teil auch gemacht, z.B. durch Reaktivierung familiärer Kontakte, VHS-Kurse, Freizeitaktivitäten, zusätzliche Hilfen.

In einigen wenigen Fällen nehmen das Mitarbeiter aber auch als Problem wahr. Mit dem Wechsel vom Projektstatus in den Status des regulären ambulant betreuten Wohnens nach beendigung von ProSeLe scheint das nun für jene (wenigen) Klienten, die im Rahmen von „ProSeLe“ diese Spielräume genutzt haben, ein „ganz klares Manko“ (so die Formulierung einer Mitarbeiterin) zu sein, da diese Spielräume nun entfallen. Beispielsweise wurde innerhalb der Wohngruppe Weihnachtsgeld bezahlt oder mehrere Fahrten zu den Eltern finanziert. Die Bezugsmitarbeiter hatten teilweise Mühe diese Änderungen ihren Klienten verständlich zu machen.

Mittels des Gruppenbudgets sollte während des Projektes auch die Hilfeerbringung im sozialen Umfeld verankert und mit weiteren Hilfemöglichkeiten ergänzt werden. Die Implementierung von Ehrenamtlichen hat zwar nicht in dem erwarteten Ausmaß stattfinden können, wie sich das die Mitarbeiter und die Projektkonzeption vorgestellt hatten (siehe dazu 5.2.5). Allerdings werden die Erfahrungen mit dem begrenzten Einsatz insgesamt als bereichernd erfahren. Obwohl an einigen Dienststellen auch in der Vergangenheit durchaus praktiziert, war die Kooperation mit hauswirtschaftlichen Kräften für einige Bezugsmitarbeiter eine neue Erfahrung. Das wurde einerseits als fruchtbare Arbeitsteilung und uneingeschränkt als gewinn für die Klienten wahrgenommen, andererseits bedeutet die notwendige Koordination der Hilfen wiederum einen Arbeitsaufwand für die Bezugsmitarbeiter– bis hin zur Klärung arbeits- und steuerrechtlicher Fragen.

Auch die Beteiligung ehrenamtlicher Kräfte wird von den Mitarbeitern überwiegend sehr positiv wahrgenommen. Ein diesbezügliches, persönliches Fazit einer Mitarbeiterin, das aber generalisierbar ist, lautet:

> „Das Ehrenamt ersetzt natürlich nicht die sozialpsychiatrische Arbeit, die man mit den Menschen macht, sondern das ist was zusätzliches, wo natürlich, weil es eine andere Form der Beziehung ist, für die psychische Befindlichkeit eine Aufwertung ist und Bereichung.“ (Mitarbeiterin)

**Zwischenformen der Wohnunterstützung**

Die Wohnungen der Projektteilnehmer/innen sind zum Teil nahe an Strukturen der Einrichtung verortet. Bei den einen ist das ausdrücklich gewünscht, bei manchen einfach den örtlichen Gegebenheiten geschuldet (in einem kleinen Ort hat der Projektträger ein dichtes Netz an Gebäuden). Wir fragten uns, ob man in diesen Fällen überhaupt von einem ambulant betreuten Wohnen sprechen kann.

Den Mitarbeitern ist dieser Status bewusst, sie sehen darin aber eine neue Form der Unterstützungsmöglichkeit. So wird als ein Erfolg des Projektes genau der Umstand benannt, dass man Mischformen des Wohnens etabliert habe, die sich am Bedarf der Klienten und nicht an Sozialleistungskriterien (ambulant versus stationär) orientiert. Das Projekt habe in diesen Fällen erst zu entsprechenden individuellen Lösungen motiviert, da es selbst eine Zwischenform darstellte – es öffnete offenbar Möglichkeiten in diese Richtung.

In diesem Zusammenhang wurde die Frage aufgeworfen, wie im ambulant betreuten Wohnen Strukturen des stationär betreuten Wohnens finanziert werden können, auf die nach wie vor zurückgegriffen wird (Freizeitangebote der ehemaligen Wohngruppe, Wohngruppe als Anlaufstelle, Rufbereitschaft, usw.). Dem stationären Setting wird dabei eine „Mutterschifffunktion“ zugeschrieben, die den Klienten Sicherheit gebe. In Anbetracht des Projektverlaufs (überschüssige Finanzierung und neue Zwischenformen der Unterstützung) ist für die Mitarbeiter/innen interessant, inwiefern es nicht möglich gewesen wäre, mehr Klienten mit einem hohen Hilfebedarf (HBG IV) in ambulant betreute Wohnformen zu begleiten. Durch diese Zwischenformen, so nun die Hoffnung, könnten auch Betroffene und ihre Angehörige gewonnen werden, die bisher Ambulantisierungen bzw. Teilnahme an solchen Projekten skeptisch gegenüberstanden: in der Wohngruppe gibt es eine sichergestellte Vollversorgung, das ambulant betreute Wohnen erscheint als Risiko.

**Dokumentation**
Neben den bereits oben beschrieben Belastungseffekten durch die regelmäßige Dokumentation, berichten die Mitarbeiter/innen von Schwierigkeiten, ihre Arbeit akkurat festzuhalten. Ihre Zeitabrechnung der direkten Kontakte und vor allem der indirekten Kontakte kann ihrer Ansicht nach trotz mehrmaliger Problematisierung innerhalb der Projektzeit nicht exakt den tatsächlichen Aufwand abbilden. Alle Aktivitäten zu dokumentieren, gestaltete sich als schwierig, z.B. paralleles Arbeiten, kurze Kontakte, Übergabesituationen, Recherchen. Indirekte klientenbezogene Tätigkeiten scheinen für die Mitarbeiter nur schätzbar zu sein. Das spiegelt sich vor allem auch in der Kritik an einer nachträglichen Erhebung der Aktivitäten in Sachen Sozialraumarbeit durch die Begleitforschung (3x). Die Erhebung sei zu aufwändig, „nicht nachvollziehbar“ und „fragwürdig“. Auch wurde in diesen Fällen die Dokumentation des Projektes als zu „rasterhaft“ empfunden, und angemerkt, das Projekt sei in Bezug auf die Zielvorstellungen „zu linear gedacht“. Dabei scheint die eigene Verankerung im ambulant betreuten Wohnen und/oder im stationären Wohnen eine Rolle zu spielen, da im ersteren Bereich die Dokumentation von Arbeitszeiten bereits länger etabliert ist und somit routinierter verläuft. Als positiv wurden die Interviews mit den Projektteilnehmer/innen beschrieben. Die Interviewer hätten sich Zeit genommen, was den Klienten Rechnung getragen und ihnen den Projektcharakter nochmals vor Augen geführt habe. Einige Interviewpartner nahmen die Interviews sogar als Anlass zur Reflexion ihrer eigenen Biographie mit dem betreffenden Mitarbeiter zusammen. Vereinzelt wurde aber auch Kritik laut, etwa wenn Interviewer den Klienten ein Transkript des Interviews versprachen, sich dann aber die Einlösung dieses Versprechens sehr verzögerte oder auch wenn sich Interviewtermine verzögerten.

**Problemwahrnehmungen von Mitarbeitern**
In der Quartalsdokumentation konnten die Mitarbeiter in offener Form im Verlauf wahrgenommene Problemstellungen sowohl der Klienten wie auch des Projektablaufes angeben.

Auch hier kommt es zur Nennung klientenspezifischer Probleme. So kam es insgesamt 15 Mal zur Nennung von **Konfliktthemen** wie „Mangelnde Kooperation“ (11), „Geld“ (2), „Alkohol“ (2). Allerdings treten diese Konflikte insgesamt bei vier Klienten auf und konzentrieren sich dabei hauptsächlich auf zwei Personen. Die jeweils zwei Nennungen zu Konflikten über Alkohol und Geld beziehen sich jeweils auf eine Person.

**Finanzen/Geld** spielen auch in einem anderen Zusammenhang eine Rolle. Ein häufiges Thema in den offenen Fragen ist der Lebensunterhalt der Klienten, insbesondere die Beantragung und Zahlung der Grundsicherung. Dieses Thema wird jedoch nicht als Konflikt zwischen Mitarbeiter und Klient geschildert. Hier werden Mitarbeiter und Klient als Verbündete beschrieben, die gemeinsam versuchen, ihre Interessen (meist gleichbedeutend mit den Interessen des Klienten) gegen Ämter und Versicherungen durchzusetzen.

Probleme
- Geld (Allgemein: 10)
  - + Kontoverwaltung (6)
  - + Rente (1)
  - + Grundsicherung (9)
  - = Gesamt Geld (26)
- Zusammenarbeit Ämter (7)

Insgesamt zehn Mal ist allgemein von der finanziellen Situation die Rede, ohne das konkret erwähnt wird, woher das Geld stammt – etwa in der Form, dass „wenig finanzieller Spielraum“ oder eine „unklare Finanzierung vom Kostenträger/Familienangehörige“ beklagt wird. Auch fallspezifische Einzelaspekte, wie etwa die Frage nach Heimfahrten zur weiter entfernt wohnenden Familie oder ausfallende Zahlungen wegen gegenseitiger Aufrechnungen verschiedener Ansprüche – etwa Kindergeld und Grundsicherung – werden angesprochen.

Direkt angesprochen wird ein zeitweiliger Ausfall der Grundsicherung (die mit dem Übergang

in den ambulanten Status ja eigens beantragt werden musste) insgesamt neun Mal. In diesem Zusammenhang ist immer auch die Rede von schwieriger Zusammenarbeit mit dem entsprechenden Amt: als Problem sehen die Mitarbeiter vor allem lange Bearbeitungszeiten, in Einzelfällen auch mangelnde Erreichbarkeit der Sachbearbeiter sowie „unfreundliche Aussagen“. Dazu ist zu vermerken, dass die für die Grundsicherung zuständige Stelle nicht mit den am Projekt beteiligten Abteilungen der Sozialhilfe identisch war.

Neben den Themen Geld und Zusammenarbeit mit den Ämtern, werden folgende Themen in den offenen Fragen als Probleme geschildert:

Probleme

| | |
|---|---|
| Unsicherheit wg. Projektende | (1) |
| Überforderung | (2) |
| Einsamkeit | (2) |
| Partner | (2) |
| Nachbarn | (1) |
| Mitbewohner | (3) |
| Alkohol | (9) |
| Struktur | (2) |
| Gesprächsdefizit | (3) |
| Ablehnung v. Selbständigkeit | (1) |

Die meisten dieser Probleme werden ausschließlich in jeweils einem Fall genannt. Etwa die Unsicherheit über die Zeit nach dem Projektende, das Problem der Einsamkeit des Klienten oder Probleme mit dem Lebenspartner. Auch der Kontakt mit Nachbarn oder Mitbewohnern wird nur bei einzelnen Personen von den Mitarbeitern als Problem beschrieben. In einem Fall wird vom Mitarbeiter mehrfach von Schwierigkeiten des Klienten berichtet, eine „Struktur einzuhalten“, dies stünde im Zusammenhang mit einem allgemeinen „Gesprächsdefizit“. Die Ablehnung zunehmender Selbständigkeit durch den Klienten wird nur ein einziges Mal genannt. Probleme, die bei jeweils zwei Klienten angesprochen werden, sind exzessiver Alkoholkonsum sowie die Aussagen am Projektanfang, die Klienten seien mit der neuen (Wohn-)Situation überfordert. Dies erübrigte sich dann aber im weiteren Verlauf.

## 5.4 Entwicklung der Ausgaben für die Betreuung der Klienten

Mit Ambulantisierungs- und Deinstitutionalisierungsprozessen sind sowohl fachliche als auch finanzielle Erwartungen verknüpft. Im Idealfall erhofft man sich eine Steigerung der Lebensqualität der Menschen bei gleichzeitiger Senkung der Ausgaben für ihre Unterstützung. Angesichts der unleugbaren Finanzierungskrise der Eingliederungshilfe wäre das natürlich eine Art Königsweg zur Bewältigung dieser Problematik. Die Hoffnung auf Kosteneinsparungen für die öffentliche Hand spielt durchaus auch bei „ProSeLe“ eine Rolle. Die Senkung der durchschnittlichen Fallkosten in der Eingliederungshilfe ist ein in der Projektvereinbarung ausdrücklich festgehaltenes Ziel.

Dies ist zum Einen dann erreicht, wenn die Teilnehmer und Teilnehmerinnen nach Beendigung des Projekts überwiegend in eine ambulante Regelbetreuung einmünden, die weniger kostenintensiv ist als der Ausgangszustand. Integrale konzeptuelle Bausteine von „ProSeLe“ beziehen sich des Weiteren aber auch auf das *Verhalten* von Kosten- und Bedarfsparametern im *Verlauf* des Projekts:

So beinhaltet das konzeptuelle Element der Degression, dass sich die faktischen Fallkosten auch während des Projektverlaufs sukzessive reduzieren lassen – jedenfalls bezogen auf die Gesamtgruppe.

Die konzeptuellen Elemente „Hilfemix und Sozialraumorientierung“ müssten sich in einer Zunahme von (Kosten-)Anteilen externer Hilfeerbringung bzw. einer Diversifizierung der Hilfeerbringung niederschlagen.

Hierbei geht es also um die absolute und relative Entwicklung von Kosten(anteilen) im Projektverlauf, ob sie steigen, fallen oder gleich bleiben. Davon zu unterscheiden sind zwei weitergehende Fragen: zum einen ob das Projektbudget als Ganzes im Projektverlauf auch den Bedarf der Menschen decken kann, zum anderen ob – prospektiv – die Pauschalen im Zielzustand der ambulanten Regelförderung die Bedarfe decken können. Im Vorfeld des Projekts gab es durchaus auch Befürchtungen, es könne noch während des Projektverlaufs zu einer unzureichenden Versorgung der Klienten kommen.

Im Folgenden wird deshalb eine Analyse der wirtschaftlichen Aspekte von „ProSeLe“ vorgestellt. Die Grundlage dafür sind die Ausgabendokumentationen und Bilanzen der Projektträger. Insbesondere auf der Seite des Leistungserbringers, bei dem es sich ja um einen komplexen und sehr großen Betrieb handelt, liegt eine komplexe, für die Evaluation des Konzepts nicht immer leicht auszuwertende Dokumentation vor. Ein Teil der Ausgaben – wie zum Beispiel Overheadkosten, die Kosten der Inanspruchnahme von internen Dienstleistungseinrichtungen, ggf. Mietkosten u. ä. – wird zentral verbucht. Die Kosten (bzw. Zeiteinheiten) für die direkte personelle Betreuung werden dagegen überwiegend manuell und monatlich durch die Bezugsmitarbeiter der Klienten bzw. die beteiligten Dienststellen dokumentiert und anschließend verbucht. Urlaubszeiten der Mitarbeiter, Mitarbeiterwechsel, Verschiebungen der Dokumentation oder auch nur des Buchungszeitpunkts der Beträge können dazu führen, dass die Beträge nicht exakt in dem Monat verbucht werden, in dem sie anfallen, sondern im Folgemonat. Deswegen kommt es manchmal zu sehr großen Unterschieden von einem Monat zum anderen, ohne dass das etwas mit dem Bedarf der Klienten zu tun hätte. Hinzu kommen Probleme bei der Verbuchung von kleinen Zeiträumen, in denen klientenspezifische Leistungen erbracht werden, ohne als solche quasi ins Bewusstsein zu treten (wie etwa: kurze Telefonate, Organisationsarbeiten, Zeiten in Mitarbeiterbesprechungen, Verknüpfung der Anliegen mehrerer Klienten usw.). Es wird zum Teil bei der Analyse methodisch auf solche Unschärfen reagiert, darauf wird jeweils eigens im Text hingewiesen.

### 5.4.1 Gesamtentwicklung und Vergleich der Ausgaben 2007-2010

Grundlage für den folgenden Gesamtüberblick für die Jahre 2007 bis 2010 sind die Auflistungen der gewährten Betreuungspauschalen durch die beiden Leistungsträger sowie die

durch die Bruderhausdiakonie erstellte Aufstellung von Einnahmen und Ausgaben im Rahmen des Projekts. Gegenüber der betriebswirtschaftlichen Kostenrechnung der Bruderhausdiakonie wurden in die folgenden Aufstellungen nur die für die Betreuungspauschalen maßgeblichen Posten einbezogen. Bilanzierungen von Mietkosten und -erträgen, Mietnebenkosten, Lebensmittelkostenerstattungen, gebäudebezogene Posten u. ä. bleiben ausgeblendet, da sie leistungsrechtlich in den Bereich der Grundsicherungsleistungen gehören. Wir haben nur auf diejenigen Bilanzposten zurückgegriffen, von denen wir unterstellen, dass sie für diejenigen Eingliederungshilfeleistungen relevant sind, die in die Betreuungspauschalen einfließen.

Tabelle 7 zeigt auf dieser Basis in Zeile (1) die jahresbezogenen Summen der Betreuungspauschalen (Projektbudget) und nachfolgend die Aufteilung der daraus getätigten Ausgaben. Es geht dabei ein weiterer Fall eines Teilnehmers aus einem anderen Landkreis ein, der seit dem Jahr 2010 an „ProSeLe“ teilnahm, aber in den sonstigen Analysen der Begleitforschung nicht berücksichtigt wurde.

| | 2. HJ/2007 | 2008 | 2009 | 1. HJ/2010 | gesamt |
|---|---|---|---|---|---|
| (1) Betreuungspauschalen | 187.520 | 514.322 | 521.738 | 254.180 | 1.477.760 |
| (2) Personalausgaben ges. | 151.838 | 324.326 | 360.527 | 165.833 | 1.002.524 |
| *darunter:* | | | | | |
| *a) Ext. Honorarkräfte Haushalt/Küche* | *3.307* | *4.803* | *3.309* | *1.862* | *13.281* |
| *b) Sonst. Honorare Tagesstruktur* | *3.687* | *9.755* | *16.789* | *9.708* | *39.939* |
| *c) Sonstiges Personal* | *2.718* | *3.783* | *4.614* | *1.604* | *12.719* |
| *d) sonstiger Personalaufwand* | *27* | *0* | *4.278* | *0* | *4.305* |
| (3) Fremdleistungen Betreuung | 0 | 1.938 | 4.054 | 1.236 | 7.228 |
| (4) Sachausgaben | 4.940 | 14.452 | 16.064 | 6.619 | 42.075 |
| *2)darunter:* | | | | | |
| *a) Sachkosten Betreuung* | *489* | *1.046* | *3.356* | *1.737* | *6.628* |
| *b)Gebrauchsgüter Wohnen* | *0* | *200* | *0* | *0* | *200* |
| *c) Kultur/Veranstaltungen* | *52* | *313* | *582* | *197* | *1.144* |
| *d) Fahrtkosten* | *4.284* | *12.893* | *12.126* | *4.685* | *33.988* |
| (5) Zentrale Dienste - Overhead | 19.590 | 50.175 | 50.169 | 22.929 | 142.863 |
| (6) Gesamtausgaben, Σ Zeilen 2-5 | 176.368 | 390.891 | 430.814 | 196.617 | 1.194.690 |
| (7) Differenz Zeile (1) - Zeile (6) | 11.152 | 123.431 | 90.924 | 57.563 | 283.070 |

Tabelle 7: Ausgabenstruktur für die Betreuungspauschalen (n=26) von 2007-2010[38]

[38] Die Werte in der Tabelle kommen wie folgt zustande:
- Die Erträge wurden nach den Angaben der Leistungsträger über die Betreuungspauschalen errechnet. Dabei wurden 26 Fälle berücksichtigt (ein Fall mit einer Zuständigkeit außerhalb des Landkreis RT, der ab 2009 in das Projekt eingetreten ist).
- Alle Ausgaben wurden den jeweiligen Jahresbilanzen der Bruderhausdiakonie entnommen. Dabei wurden nur diejenigen Posten berücksichtigt, die relevant sind für Eingliederungshilfeleistungen, m.a.W. Ausgabenposten, die mit Grundsicherungsleistungen in Verbindung stehen (Ernährung, Mieten, Gebäudeinstandhaltung u.a.) wurden ebenso wenig berücksichtigt wie Leistungen der Tagesstruktur.
- Alle Honorare (2a+b) sowie Fremdleistungen Betreuung (3) werden im folgenden Text als "Personalkosten ex-

Auf den ersten Blick ergeben sich zwei Auffälligkeiten. Die Gesamtbilanz des Projektes, die sich aus der Differenz von Betreuungspauschalen und der Summe der Ausgaben ergibt (Zeile 7), ist positiv. Am Ende des Projekts bleibt ein *theoretisches Plus von 283 070 Euro*. Das entspricht einem Anteil von 19 % des Gesamtvolumens der Betreuungspauschalen. Darauf wird in Abschnitt 5.4.2 eingegangen.

Zunächst zu einer anderen Auffälligkeit: Der ersten Zeile der Tabelle ist zu entnehmen, dass die Betreuungspauschalen von 2008 zu 2009 ansteigen und auch im 1. Halbjahr 2010 über denen im 2. Halbjahr 2007 liegen. Das ist deswegen überraschend, weil ja im Jahr 2009 eine zweimalige Degression in Höhe von 5 % eintrat (zum 1.1. und zum 1.7.). Hier muss beachtet werden, dass drei Klienten erst im Laufe des Jahres 2008 und nicht schon zum Jahresanfang in das Projekt eingestiegen sind und ein weiterer Klient ab dem 1.1.2009. Wäre das der Fall, müsste der für 2008 angegebene Betrag um rund 31 400 € erhöht werden. Wenn man die dadurch entstehende Differenz heraus rechnet, ergibt sich die zu erwartende Absenkung der Pauschalen 2009 ggü. 2008 um insgesamt 7,4 %.

Aber auch bei den Ausgaben kommt es 2009 zu einer Steigerung um rund 10 %. Diese Ausgabensteigerung ist zu einem Teil auf eine Erhöhung der tariflichen Löhne zurückzuführen, die im Ergebnis zu einer Erhöhung der Stundensätze um 8 % führen. In der Tat liegen die *internen Personalkosten* (=Gesamtpersonalkosten minus Kosten für externes Personal) im Jahr 2009 um rund 30 000 € über dem Betrag von 2008. Insgesamt ist auch bei dem Vergleich der Ausgaben zu berücksichtigen, dass 2008 insgesamt elf Betreuungsmonate (von drei Personen) weniger erbracht wurden als 2009.

Für die Projektevaluation ist nicht nur die Höhe und Entwicklung der Ausgaben relevant, sondern auch die Höhe und Entwicklung der einzelnen Posten. Wenn die Annahme zutrifft, dass sich im Verlauf von „ProSeLe“ zunehmend eine Einbeziehung Dritter und damit eine sukzessive Rücknahme von professionellen Unterstützungsleistungen herstellen lässt, müsste sich das im Verhältnis der Vergütung externer Dienstleistungen in Form von Honoraren und internen Unterstützungsleistungen niederschlagen.

Es wurde, um beide Aspekte beurteilen zu können, in einem ersten Schritt die Bilanz in Tabelle 7 wie folgt verändert:

Um das Verhältnis von Dienstleistungen der Bruderhausdiakonie („intern“) zu externen Dienstleistungen beurteilen zu können, wurden die Honorare (Zeile 2a und 2b) von den Personalkosten (gesamt) abgezogen. Den daraus resultierenden Wert betrachten wir als Personalausgaben für von der Bruderhausdiakonie erbrachte Leistungen („interne Personalausgaben“). Darin enthalten sind immer stellenbezogene Sachkosten. Die Honorare werden anschließend mit dem Posten Fremdleistungen (Zeile 3) addiert. Diesen Wert betrachten wir als die Summe der bezahlten externen Dienstleistungen.

Um beurteilen zu können, ob es wirklich zu einer Veränderung der Fallkosten und ihrer relativen Anteile gegenüber 2007 kommt, wurden die internen Personalausgaben ab 2009 um die Tarifsteigerung von 8% bereinigt.

Tabelle 8a zeigt das Ergebnis in absoluten Zahlen, Tabelle 8b in prozentualen Anteilen des jeweiligen Jahres.

---

tern" gezählt. Damit sind bezahlte Leistungen Dritter gemeint.
- „Interne Personalkosten" sind Personalkosten ges. (2) abzüglich der Honorare (2a+b). In den Personalkostensätzen sind nicht-klientenbezogene, stellenbezogene Sachkosten enthalten.

| a) absolute Werte | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|---|---|---|---|
| bereinigte Personalausgaben intern | 144.844,00 | 309.768,00 | 313.194,68 | 141.921,96 |
| Personalausgaben extern | 6.994,00 | 16.496,00 | 24.152,00 | 12.806,00 |
| klientenbezogene Sachausgaben | 4.940,00 | 14.452,00 | 16.064,00 | 6.619,00 |
| Zentrale Dienste - Overhead | 19.590,00 | 50.175,00 | 50.169,00 | 22.929,00 |
| Summe | 176.368,00 | 390.891,00 | 403.579,68 | 184.275,96 |

| b) prozentuale Anteile | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|---|---|---|---|
| bereinigte Personalausgaben intern | 82,1 | 79,2 | 77,6 | 77,0 |
| Personalausgaben extern | 4,0 | 4,2 | 6,0 | 6,9 |
| Klientenbezogene Sachausgaben | 2,8 | 3,7 | 4,0 | 3,6 |
| Zentrale Dienste - Overhead | 11,1 | 12,8 | 12,4 | 12,4 |
| Summe | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |

Tabelle 8: Ausgabestruktur ProSeLe nach Jahren mit bereinigten internen Personalkosten (Absenkung ab 2009 um 8% ggü. Tabelle 7)

Insgesamt zeigt sich, wie zu erwarten war, dass die internen Personalkosten in allen Jahren den mit Abstand höchsten Anteil aufweisen. Allerdings sinkt dieser Anteil in der Tat kontinuierlich von 82 % im Jahr 2007 auf 77 % im Jahr 2010. Umgekehrt steigt der Anteil externer Personalausgaben von 4% auf rund 7%. Dies ist tatsächlich ein Indiz für eine konzeptgemäße, leichte Absenkung des professionellen Anteils und eine entsprechende Ausweitung der Heranziehung (bezahlter) Dritter. Über den Anteil von unbezahlten Leistungen Dritter ist damit natürlich noch nichts ausgesagt. Der Umfang der Unterstützung durch externe Personen ist in Wirklichkeit also größer. Auch Sachkosten können funktionale Äquivalente für personelle Hilfen beinhalten, möglicherweise lässt sich auch deren Anstieg im Sinne einer Reduktion des Anteils personeller professioneller Unterstützung interpretieren. Relativ konstant, bzw. leicht abnehmend ab 2008, bleibt der Anteil der Overhead-Kosten.

Für ein Urteil darüber, ob es wirklich zu einer Senkung der durchschnittlichen Fallkosten im Projektverlauf kommt, müssen die unterschiedlichen Anzahlen von Betreuungsmonaten (=Monate, in denen ein Klient unterstützt wurde) in den jeweiligen Jahren berücksichtigt werden (104,5 im Jahr 2007; 289,5 im Jahr 2008; 312 im Jahr 2009; 156 im Jahr 2010). Tabelle 9 zeigt die aus der Gesamtbilanz berechneten durchschnittlichen Monatsausgaben pro Fall nach Projektjahren.

| **Ausgaben/Betreuungsmonat** | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|---|---|---|---|
| bereinigte Personalausgaben intern | 1.386,07 | 1.070,01 | 1.003,83 | 909,76 |
| Personalausgaben extern | 66,93 | 56,98 | 77,41 | 82,09 |
| Klientenbezogene Sachausgaben | 47,27 | 49,92 | 51,49 | 42,43 |
| Zentrale Dienste - Overhead | 187,46 | 173,32 | 160,80 | 146,98 |
| Summe | 1.687,73 | 1.350,23 | 1.293,52 | 1.181,26 |

Tabelle 9: Durchschnittliche Monatsausgaben pro Fall nach Ausgabeposten und Projektjahren (bereinigte Personalausgaben intern)

Demnach sinken die durchschnittlichen Ausgaben pro Fall und Monat in der Tat kontinuierlich von 1687,73 Euro im Jahr 2007 auf 1181,26 Euro im Jahr 2010. Das entspricht einem Rückgang um 506,47 Euro, also um rund 30 % (!). Dieser hohe Wert relativiert sich allerdings aus zwei Gründen. Zu beachten ist zum Einen, dass hier nach wie vor die um die Tarifsteigerung (8%) ab 2009 bereinigten Personalkosten eingegangen sind, um einen Ver-

gleich zu ermöglichen. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass 2007 die Fallkosten durchschnittlich sehr hoch lagen, da die meisten Teilnehmer hier ins Projekt eingestiegen waren und im Zusammenhang mit Umzug und dem neuen Wohnumfeld ein relativ hoher Betreuungsaufwand entstand. Vergleicht man die durchschnittlichen monatlichen Fallkosten von 2008 und 2010, ergibt sich lediglich eine Reduktion um rund 13 %.

Festzuhalten ist damit zunächst einmal zweierlei: auf der Ebene der faktischen Ausgaben wurden zwei Projektziele in der Tat realisiert. Zum Einen ergab sich eine freilich nur sehr leichte Verschiebung von den Ausgaben für internes Personal zu externer Unterstützung. Zum anderen sanken die faktischen durchschnittlichen Ausgaben pro Fall und Monat im Verlauf des Projekts. In der Zusammenschau mit der noch zu treffenden Feststellung, dass eine Deckung des Hilfebedarfs durch die Höhe der Pauschalen stets gewährleistet war, wird bereits daraus deutlich, dass sich das Konzeptelement eines degressiven Gesamtbudgets durchaus bewährt hat.

### 5.4.2 Individuelle Verläufe der aufgewendeten Personalkosten

Die Frage, die sich als nächstes stellt, ist die nach dem Einzelfall. Bisher sind wir von einer Gesamtbilanz der Einnahmen und Ausgaben ausgegangen. Eingliederungshilfe beruht aber auf einem individuellen Rechtsanspruch. Prinzipiell wurde bei „ProSeLe“ ein Gruppenbudget erprobt. Dies lag insofern nahe, als ja die Betreuungspauschalen auf der Basis stationärer Sätze berechnet wurden und dort davon ausgegangen werden muss, dass Quersubventionen zwischen den Fallpauschalen erfolgen (faktisch also eine Art Leistungserbringerbudget vorliegt). Die Pauschalen stehen, da sie sich ja aus den stationären Maßnahmepauschalen ableiten (vgl. zu deren Bildung Abschnitt 3.2) nur in einem sehr grob typisierten (ordinalen) Zusammenhang zum Hilfebedarf der Leistungsempfängerinnen und -Empfänger. Dennoch ist es für die Evaluation des Konzepts von Belang, ob die individuellen Ausgaben durch die jeweiligen Pauschalen eigentlich gedeckt werden oder nicht, also annähernd bedarfsangemessen waren. In einem weiteren Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, wie realistisch die Vorstellung einer linearen Kostenabsenkung als solche ist .

***Wie kostendeckend sind die Betreuungspauschalen im Einzelfall?***

Wir behandeln zunächst die Betreuungspauschalen wie Persönliche Budgets und stellen – diesmal fallbezogen – erneut die Frage nach der Bilanz und nach der Kostenentwicklung. Das ist allerdings deshalb nicht ohne weiteres möglich, weil auf Fallebene die monatliche Ausgabenentwicklung nur für die durch die Dienststellen dokumentierten Personalausgaben vorliegt. Die fallbezogenen Daten unterschätzen also die realen Ausgaben. Zur fallbezogenen Bilanzierung verwenden wir daher geschätzte fallbezogene Ausgaben. Dazu wird der prozentuale Anteil der sonstigen Ausgaben, wie er aus der Tabelle 8 für das jeweilige Jahr hervor geht, verwendet: für das Jahr 2008 ist das ein Wert von 21%, für das Jahr 2009 von 22% und für das Jahr 2010 von rund 23%.

Auf dieser Basis haben wir folgende drei Halbjahre bezüglich der Bilanz von Einnahmen und (geschätzten) Ausgaben fallweise verglichen:

- das 2. Halbjahr 2008 (voller Satz der Betreuungspauschale)
- das 1. Halbjahr 2009 (Satz der 1. Degression der Betreuungspauschale)
- das 1. Halbjahr 2010 (Satz der 2. Degression der Betreuungspauschale).

Tabelle 9 zeigt die errechneten fallbezogenen Differenzen. Diese Differenzen zwischen Vergütungen und geschätzten Ausgaben sind in Abbildung 40 graphisch dargestellt.

| | 2. HJ 2008 | 1. HJ 2009 | 1. HJ 2010 |
|---|---|---|---|
| Anter | 1.746,56 | 1.274,89 | -1.537,98 |
| Biber | **-2.225,98** | **-5.549,93** | **-2.508,59** |
| Bart | 1.692,83 | **-1.780,55** | 164,05 |
| Bebel | **-1.091,39** | **-4.588,41** | **-5.645,33** |
| Krall | 878,82 | 789,80 | 3.900,29 |
| Ast | 484,26 | 384,60 | 305,55 |
| Kipp, O | 4.293,74 | 2.625,95 | 1.309,16 |
| Kipp, F | 2.485,26 | **-1.182,42** | **-1.657,33** |
| Knoll | **-679,00** | **-1.977,56** | **-1.279,32** |
| Groß | 11.358,05 | 11.349,96 | 7.354,16 |
| Klein | 2.463,72 | 1.485,55 | 1.794,47 |
| Haar | 9.823,18 | 8.841,95 | 6.504,71 |
| Matt | **-3.457,15** | 2.062,54 | 4.295,32 |
| Blau | **-1.985,06** | **-142,54** | **-4.239,70** |
| Luft | 6.022,39 | 7.897,37 | 8.766,75 |
| Voit | 2.592,26 | 1.651,54 | 1.425,28 |
| Muck | 6.360,22 | 5.102,61 | 4.973,91 |
| Nipp | 5.173,69 | 4.989,03 | 4.462,72 |
| Kruck | 3.408,98 | 136,64 | 1.186,73 |
| Gast | 4.281,90 | 4.033,27 | 5.657,25 |
| Zapp | **-1.048,20** | **-4.957,01** | **-2.930,66** |
| Loop | 3.217,72 | 1.693,99 | 1.274,86 |
| Kunz | 7.015,68 | 1.092,84 | 3.128,44 |
| Ulik | 6.113,36 | 4.027,19 | 3.645,87 |
| West | 5.258,38 | 5.625,31 | 3.666,49 |

Tabelle 10: Fallbezogene Differenzen zwischen den Betreuungspauschalen (Vergütungen) und der geschätzten fallbezogenen Gesamtausgaben in den Halbjahren 2/2008, 1/2009 (1. Degression), 1/2010 (2. Degression)

In sechs Fällen kommt es bereits im 2. Halbjahr 2008 zu einem Defizit (Biber, Bebel, Knoll, Matt, Blau, Zapp). Mit Eintreten der 1. Degression kommen zwei weitere Fälle hinzu (Bart, Kipp F.), allerdings setzt sich das Defizit bei Matt nicht fort, sondern weicht sogar einem Plus. Im 1. Halbjahr 2010 kommt eine weitere Person hinzu. Die Höhe des Defizits ist sehr uneinheitlich, sie steht nicht in einem eindeutigen Zusammenhang zur Höhe der Degression. Dass es grundsätzlich zu Defiziten und damit zur Notwendigkeit von Quersubventionen kommt, war vom Projektdesign her erwartet worden. Das zeigt nochmals, dass das Konzeptelement eines *Gruppen*budgets (und eben nicht eines persönlichen Budgets) grundsätzlich sinnvoll war.

Mindestens eben so signifikant wie die entstandenen Negativbilanzen in insgesamt neun Fällen ist aber die geringe Anzahl der Fälle, bei denen sich eine wenigstens annähernd ausgeglichene Bilanz ergibt. Die Mehrheit der Fälle zeigt für die ausgewählten Halbjahre (und auch für die Gesamtlaufzeit des Projektes) sogar eine positive Bilanz. Bereits aus der Gesamtbilanz des Projekts war ja ein Überschuss deutlich geworden (vgl. dazu den folgenden Abschnitt).

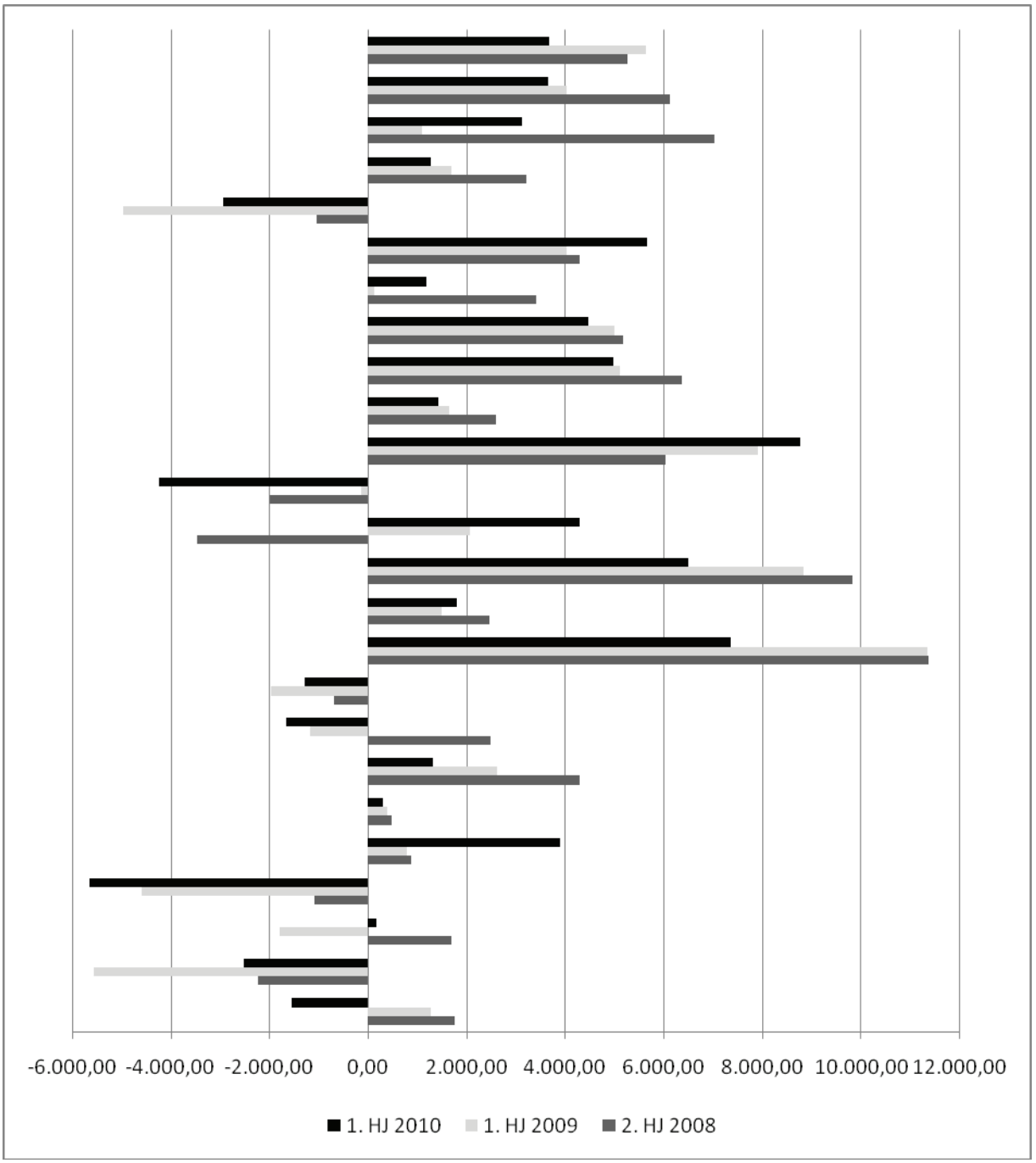



Abbildung 40: Graphische Darstellung der Differenzen zwischen den Betreuungspauschalen (Vergütungen) und der geschätzten fallbezogenen Gesamtausgaben in den Halbjahren 2/2008, 1/2009 (1. Degression), 1/2010 (2. Degression) – nach den einzelnen Klienten

In dem besonders extremen Fall des Klienten Groß ist der Überschuss aus dem Umstand erklärbar, dass der betreffende Klient immer wieder sehr lange Klinikphasen aufwies, in denen er nur reduziert begleitet und unterstützt werden konnte. Zugleich lehnte der Klient immer wieder die Betreuung durch die koordinierende Bezugsperson ab und nutzt auch die Angebote der Tagesstruktur eehr sporadisch. Die Mitarbeiter sehen diese Schwierigkeiten gerade im Zusammenhang mit seiner in ihren Augen erheblichen psychischen Problematik, die auch zur Bemessung einer hohen Hilfebedarfsgruppe und dementsprechend einer hohen Pauschale geführt hat. In deren Bemessung gingen Leistungen sowohl des stationären Wohnens (LT I.2.3) als auch der Tagesstrukturierung (LT I.4.5b) ein, die dann entsprechend in der Höhe der Betreuungspauschale zu Buche schlagen. Dagegen ergibt sich im Fall von Herrn Biber ein gegenläufiges Bild. Die Betreuungspauschalen sind – bei einem faktisch ho-

hen Bedarf – vergleichsweise niedrig, weil die WfbM-Leistungen nicht in die Berechnung der Pauschale einfließen. Insgesamt ergibt sich auf der Ebene der individuellen Pauschale im konkreten Fall ein erhebliches Minus.

Wie einleuchtend auch immer im Einzelfall die Erklärungen sind, das Gesamtbild legt zwingend den Schluss nahe, dass die Höhe der Betreuungspauschalen und der Kosten der faktisch erbrachten und dokumentierten Unterstützungsleistung in keinem erkennbaren Zusammenhang stehen. Es spricht bereits jetzt manches dafür, dass dies auch und vor allem ein Problem der Bedarfserhebung und der Bemessung der Beträge ist. Eine systematische Unterdokumentation von (z.B. indirekten, fallunabhängigen und investiven) Kosten ist zwar nicht auszuschließen. Sie erklärt aber sicher nicht die Uneinheitlichkeit der Bilanzen auf der fallbezogenen Ebene.

Dieser Eindruck bestätigt sich auch, wenn man der Projektlogik der Degression im Jahr 2009 folgend, die Kostenverläufe nochmals auf andere Weise bündelt. Die implizite Annahme des Projektdesigns wäre eine durch Verselbstständigungszuwächse ermöglichte Absenkung des Hilfebedarfs und der faktischen Kosten dafür von im Schnitt 7,4 % im Jahr 2009 gegenüber dem Jahr 2008.[39]

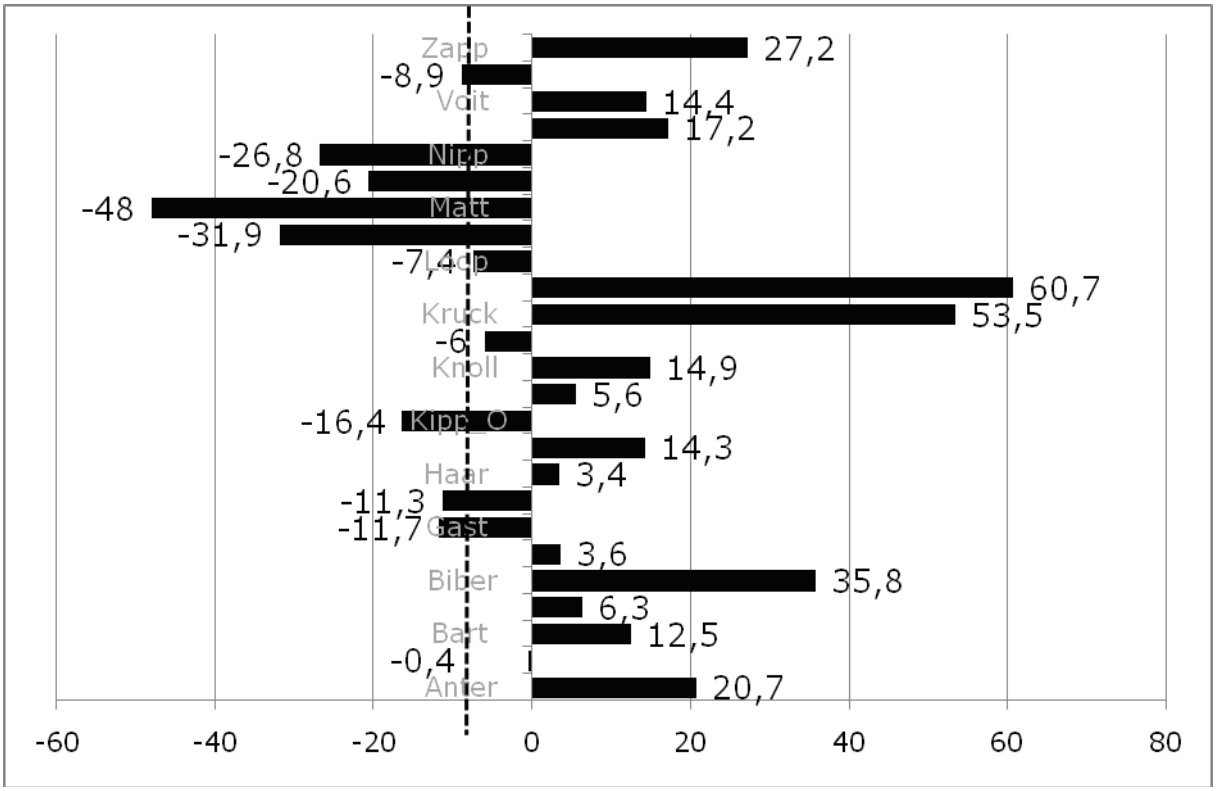



Abbildung 41: Prozentuale Senkung bzw. Steigerung der monatlichen fallbezogenen Durchschnittskosten des Jahres 2009 gegenüber 2008. Referenzlinie -7,4 % (=Prozentsatz der Degression im Jahresmittel)

Eine Absenkung der durchschnittlichen Ausgaben um 7,4 % entspräche also exakt den Annahmen des Projektdesigns. Es ist klar, dass das nur ein theoretischer Anhaltspunkt ist. Dennoch ist ein Blick in die faktisch eingetretene Ausgabenreduktion lehrreich. Für diesen Abgleich wurden – wegen der unterschiedlichen Anzahl der Betreuungsmonate – zunächst für jeden Klienten die durchschnittlichen Monatsausgaben für das Jahr 2008 und das Jahr 2009 berechnet. Diese wurden verglichen. Dazu wurde die prozentuale Senkung bzw. Stei-

[39] Dieser Wert ergibt sich daraus, dass in der ersten Jahreshälfte 2009 eine Absenkung um 5 % des Vorjahreswerts erfolgt und sich diese in der zweiten Jahreshälfte für den dann bereits um 5 % gesenkten Betrag (also 95 % des Betrags 2008) wiederholt.

gerung der monatlichen Durchschnittsausgaben des Jahres 2009 gegenüber 2008 berechnet. Abbildung 41 zeigt für die einzelnen Fälle auf der linken Seite die Senkungen der durchschnittlichen Monatsausgaben gegenüber 2008, auf der rechten Seite die Steigerungen gegenüber 2008. Es wird deutlich, dass der zu erwartende Wert von 7,4 % auf der *Fall*ebene ohne jede prognostische Relevanz ist:

- nur sechs, also etwa ein Viertel der Teilnehmer realisieren diese Reduktion zumindest annähernd,
- bei weiteren vier, also ca. einem Sechstel, stellt sich sogar noch eine höhere faktische Reduktion heraus,
- bei 14 Teilnehmern, also bei mehr als der Hälfte, ergibt sich eine Steigerung der Ausgaben,
- in einem Fall werden die Ausgaben des Vorjahres annähernd reproduziert.

Würde man der 8%igen Kostensteigerung durch die Tariferhöhungen Rechnung tragen, käme es allerdings zu einer Verschiebung des Bildes. Da der davon betroffene Anteil der Ausgaben im Einzelfall unterschiedlich sein kann, lässt sich dieser Effekt nicht präzise bestimmen. Allerdings steht zu vermuten, dass es ohne diese Tarifveränderungen bei vier weiteren Klienten zu einer Reduktion der Kosten gegenüber 2008 gekommen wäre. Dann wäre es bei mehr als der Hälfte (14 von 24) zu Absenkungen gekommen, bei zehn zu Steigerungen. Auf Fallebene drängt sich insgesamt der Eindruck auf, dass die vom Anspruch her grundsätzlich bedarfsbezogenen Betreuungspauschalen und die Kosten der faktisch erbrachten Unterstützungsleistungen in vielen Fällen nicht einmal in der Größenordnung übereinstimmen. Ganz offensichtlich bildet die Bemessung dieser Pauschalen den realen Bedarf nur sehr schlecht ab.

***Wie realistisch ist die Annahme einer linearen Ausgabensenkung?***
Die vereinfachte Modellannahme, die aus dem Konzept von „ProSeLe“ abgeleitet wurde, ging von einer sukzessiven Senkung der Kosten im Maße eines kontinuierlichen Aufbaus von Selbstständigkeit bzw. einer kontinuierlichen sozialräumlichen Einbettung aus. Es wurde sowohl aus der Analyse der Entwicklung der Hilfebedarfe wie auch aus den vorstehenden Analysen der Ausgaben deutlich, dass diese Annahme nicht ohne weiteres zutrifft. Wir haben darauf hingewiesen, dass sogar Verselbstständigungsprozesse paradoxerweise zu höheren Bedarfen führen können. Der Ambulantisierungsprozess kann zudem mit einer biografischen Dynamik einhergehen, so dass nicht erwartbare Lebensereignisse auf den Unterstützungsbedarf einwirken.

Dass die Ausgaben – unabhängig von der im vorherigen Abschnitt behandelten Frage ihrer Höhe – nicht einfach linear sinken, lässt sich nochmals deutlich belegen, wenn man die einzelfallspezifischen Kostenverläufe über den gesamten Projektverlauf betrachtet. Dazu greifen wir auf die monatlich von den Dienststellen dokumentierten Aufwendungen für die Personalkosten zurück. Die einzelnen Kostenverläufe erinnern, wenn man sie grafisch 1:1 in ein Diagramm überträgt, entfernt an Aktienkurse. Das liegt unter anderem auch an dem bereits oben dargelegten Problem, dass nicht exakt die jeweiligen monatlichen Ausgaben auch für den jeweiligen Monat gebucht werden. Diese und weitere, auf den Kurvenverlauf einwirkende Kontingenzen erschweren eine Beurteilung der Gesamttendenz des Verlaufs. Eine in diesem Zusammenhang übliche Methode der Typisierung von Zeitreihen ist die Anwendung sogenannter gleitender Durchschnitte (z.B. Stier 2001: 12 f.). Dabei wird jeweils einem empirischen Wert einer Zeitreihe $Wt_n$ der Mittelwert aus $Wt_n$ und einer zu definierenden Spanne der umgebenden Werte (z.B. für die Spanne 3: $Wt_{n-1}$, $Wt_n$, $Wt_{n+1}$) zugeordnet. Der Effekt besteht in einer Ausfilterung von kurzfristigen Schwankungen und einer Glättung der Kurve. Das ermöglicht eine Typisierung der Gesamttendenz der Kurve, sowohl ihres Trends (also der Grundrichtung), als auch ggf. einer zyklischen Komponente („Wellenbewegung“). Eine Spanne von 4 hat sich dabei als sinnvoll heraus gestellt.

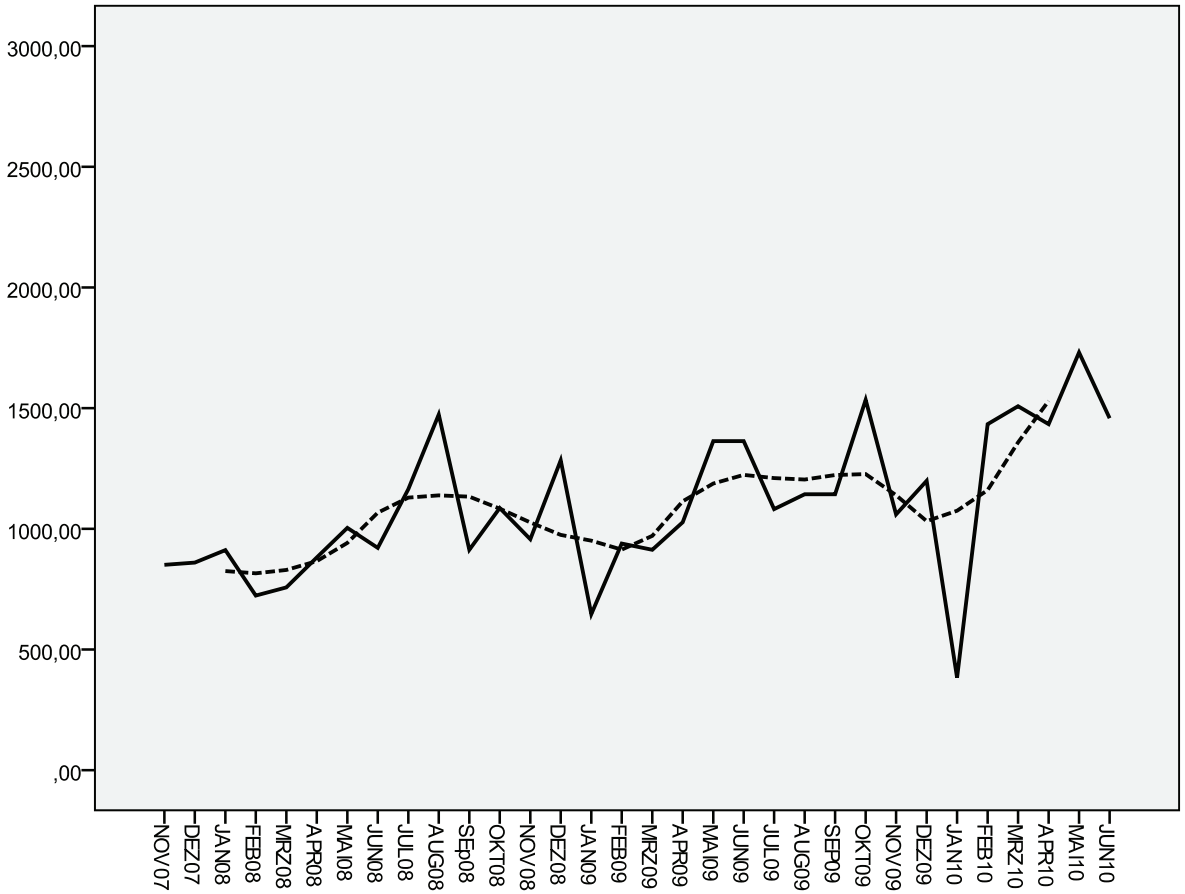



Abbildung 42: Verlauf der Personalausgaben für Heinz Anter – wie dokumentiert (durchgezogene Linie) und mit gleitenden Durchschnitten (Spanne=4; gestrichelte Linie)

Diese gleitenden Durchschnitte wurden für alle Kostenverläufe ab November 2007 berechnet. Damit sollten die sehr ungleichen Anfangsausgaben aus der Analyse ausgeschlossen werden. Zugrunde gelegt wurden die ab 2009 um die Tarifsteigerung der Personalkosten bereinigten Kostenverläufe (um 8 % vermindert). Es wurde jeweils eine Regressionsgerade (Trendlinie) eingezeichnet, um zu beurteilen, ob es insgesamt eher zu einem Anstieg oder Abfall der Kosten kommt.

Auf der Basis dieser Graphen wurde dann eine Typisierung der Ausgabenverläufe vorgenommen. Es lassen sich drei Grundtypen unterscheiden, die nun kurz vorgestellt werden sollen.

**(1) Ausgabenverläufe mit überwiegend stetig fallender Tendenz (n=10)**
In acht Fällen kam es zu einer überwiegend stetig fallenden Tendenz der Ausgaben (<500). Dabei finden sich Fälle mit einer sehr steilen Tendenz nach unten. Ein Beispiel hierfür ist der Kostenverlauf von Sonja Matt (Abbildung 43). Einen flacheren, aber ebenfalls stetig fallenden Verlauf zeigt beispielsweise das Diagramm von Helga Muck (Abbildung 44)

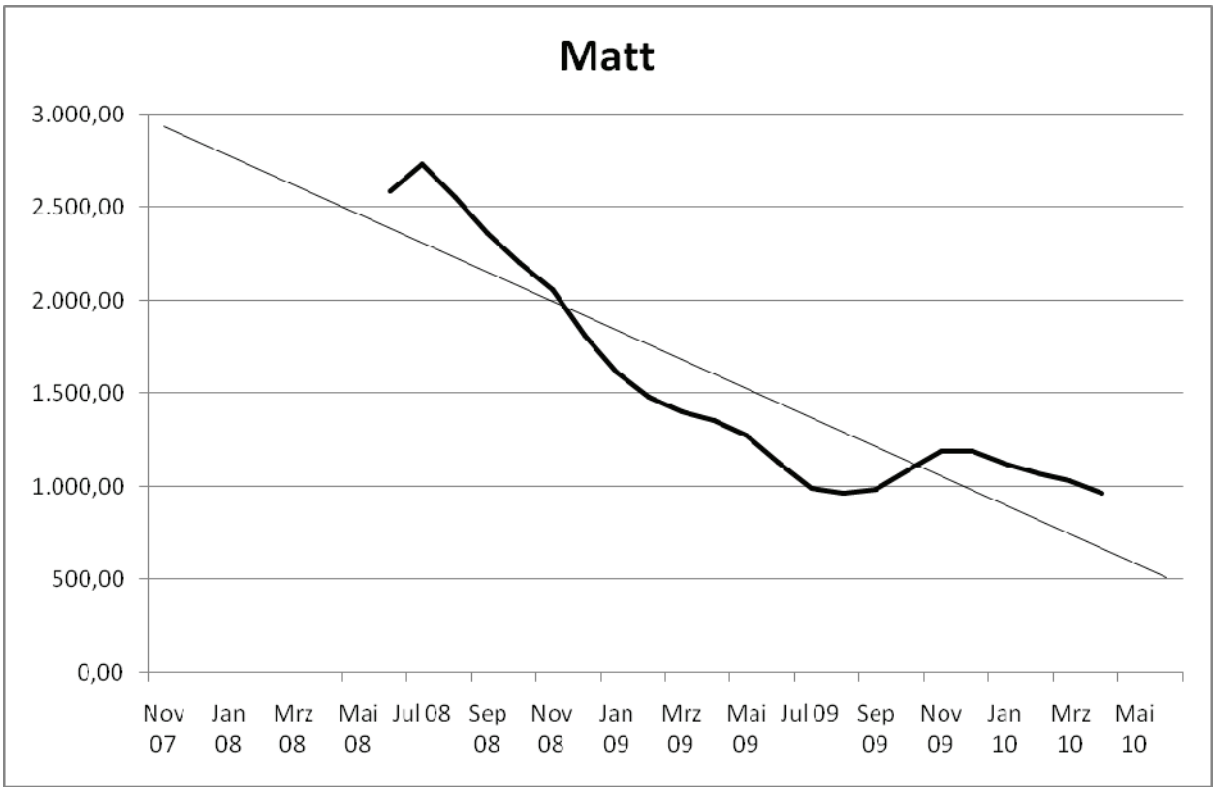



Abbildung 43: Ausgabenverlauf mit stetig fallender (steiler) Tendenz, geringe Schwankungen

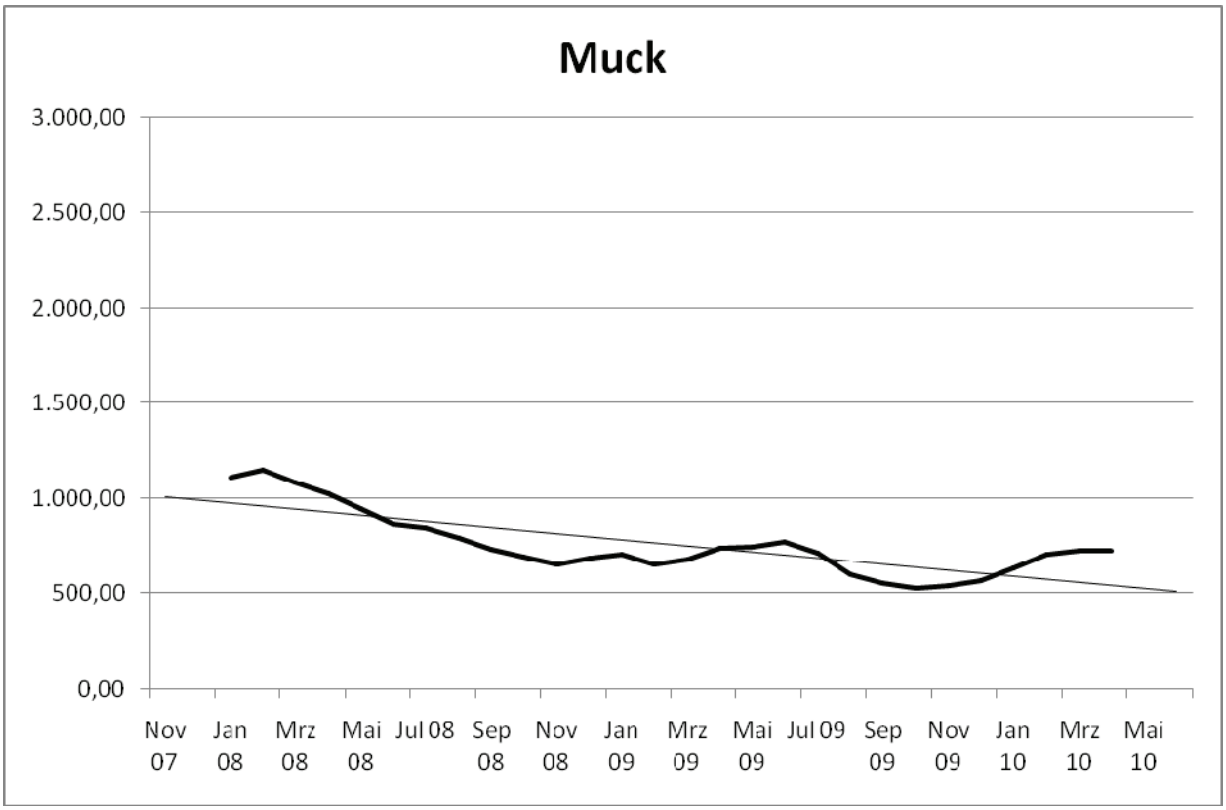



Abbildung 44: Ausgabenverlauf mit stetig fallender (flacher) Tendenz, geringe Schwankungen

**(2) Ausgabenverläufe mit wiederkehrenden Schwankungen (n=11)**
Die insgesamt größte Gruppe bilden Kostenverläufe mit relativ starken Schwankungen (>/= 500 Euro), die stark schematisierend eine Sinus- bzw. Cosinusform aufweisen. In neun Fällen kommt es dabei insgesamt zu einer (leicht) steigenden Tendenz. Ein Beispiel hierfür ist die Verlaufskurve von Lea Blau (Abbildung 45). In zwei Fällen kommt es insgesamt zu einer leicht fallenden Tendenz, Abbildung 46 zeigt das Beispiel von Karl Bebel.

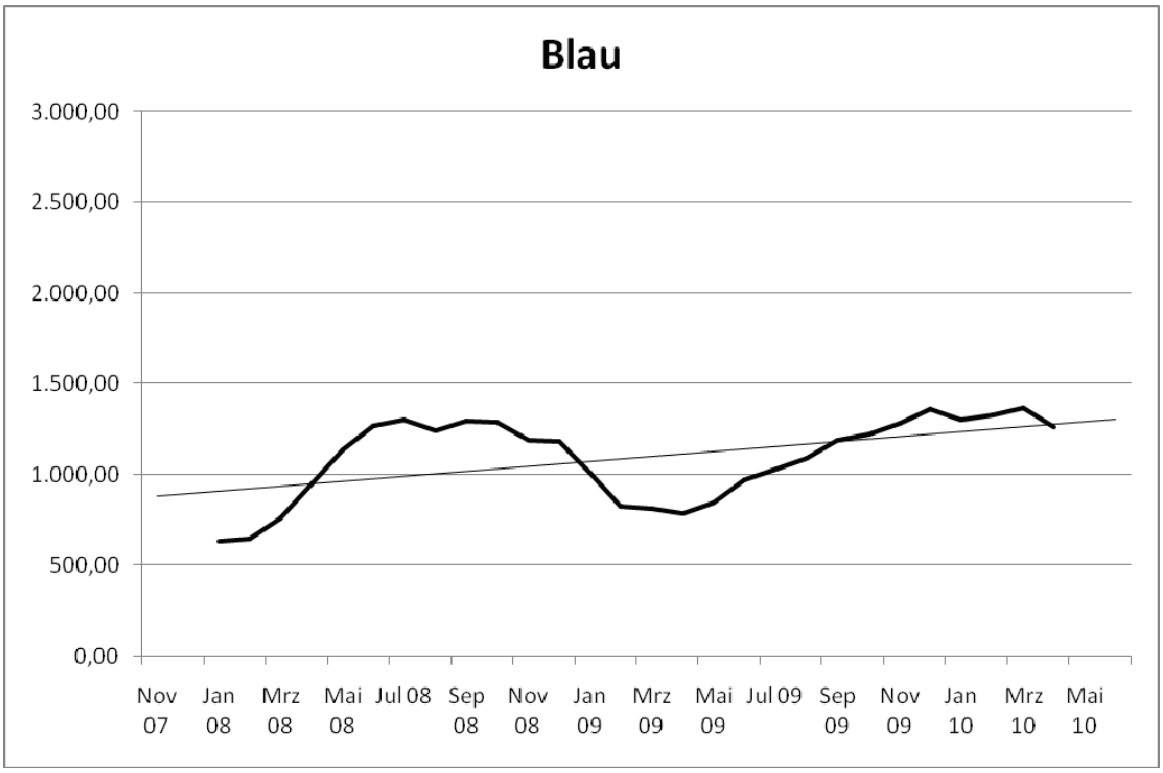



Abbildung 45: Ausgabenverlauf mit wiederkehrenden Schwankungen – leicht ansteigend

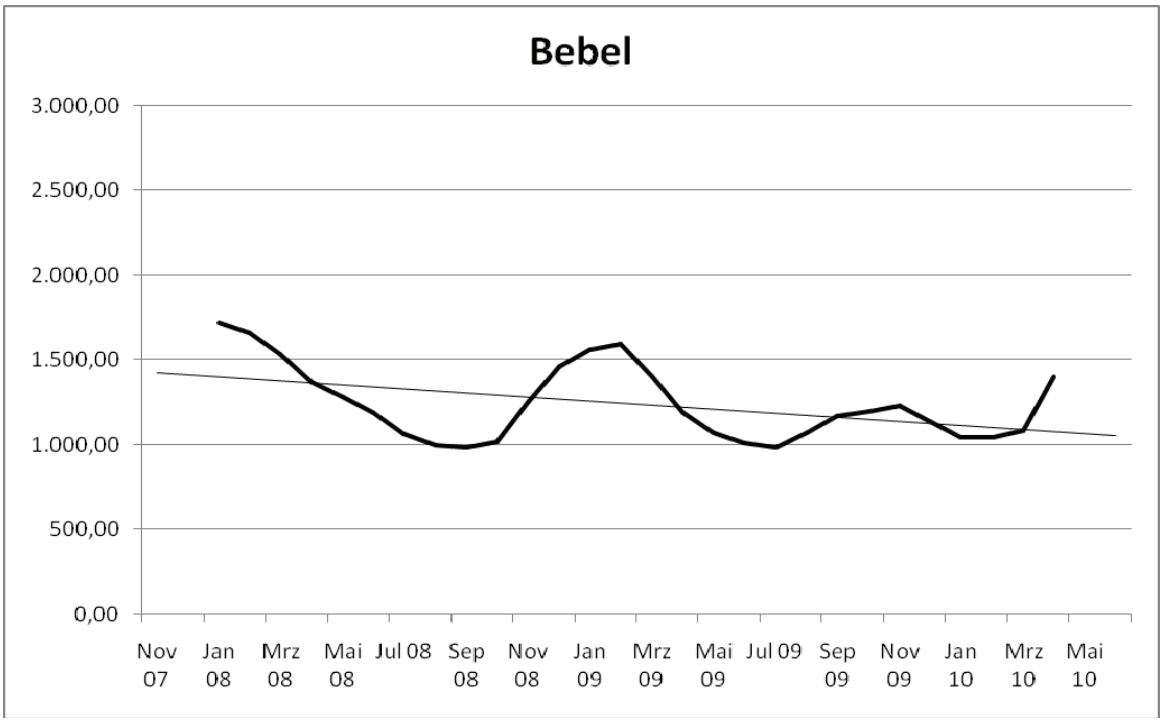



Abbildung 46: Ausgabenverlauf mit wiederkehrenden Schwankungen – leicht abfallend

**(3) Stetig gleichbleibender Ausgabenverlauf – ohne eindeutigen Trend, ohne große Schwankungen (n=4)**

Bei insgesamt vier Teilnehmern kommt es zu einem Ausgabenverlauf, der keinen klaren Trend zeigt und insgesamt nur kleine Schwankungen (< 500) aufweist. Hierfür stehen die Beispiele von Manfred Klein und Martha Voit (Abbildungen 47 und 48).

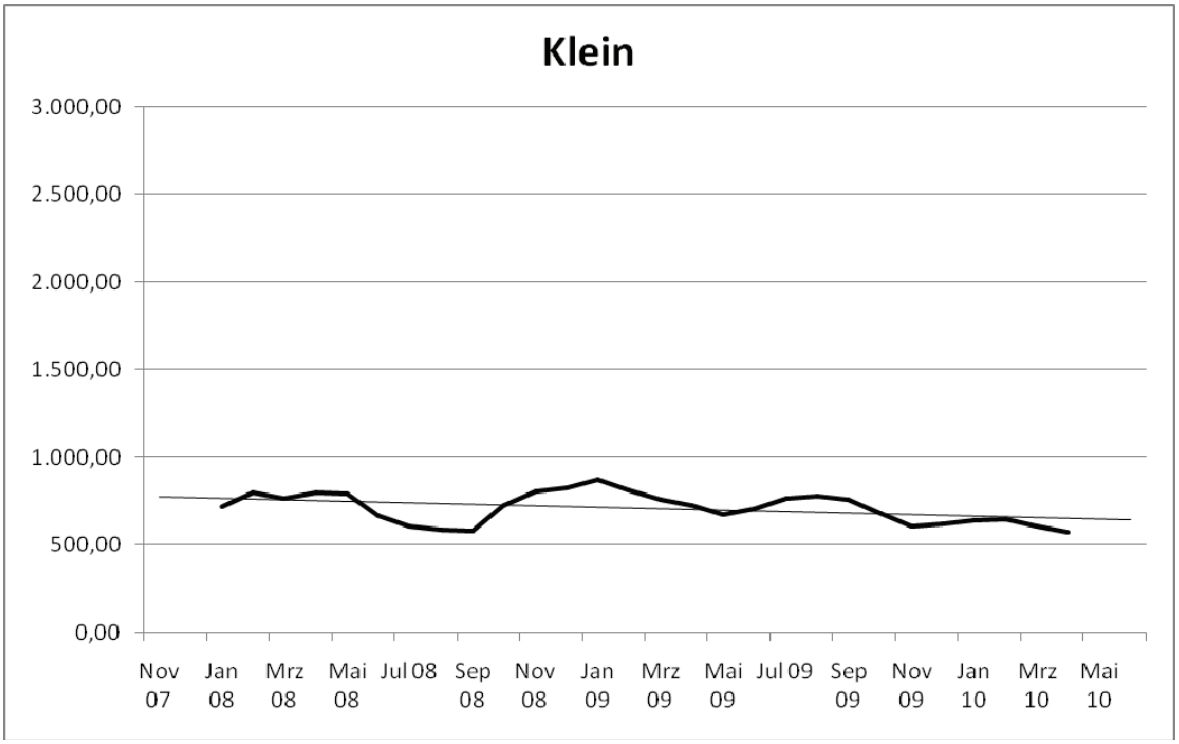



Abbildung 47: Stetig gleichbleibender Ausgabenverlauf

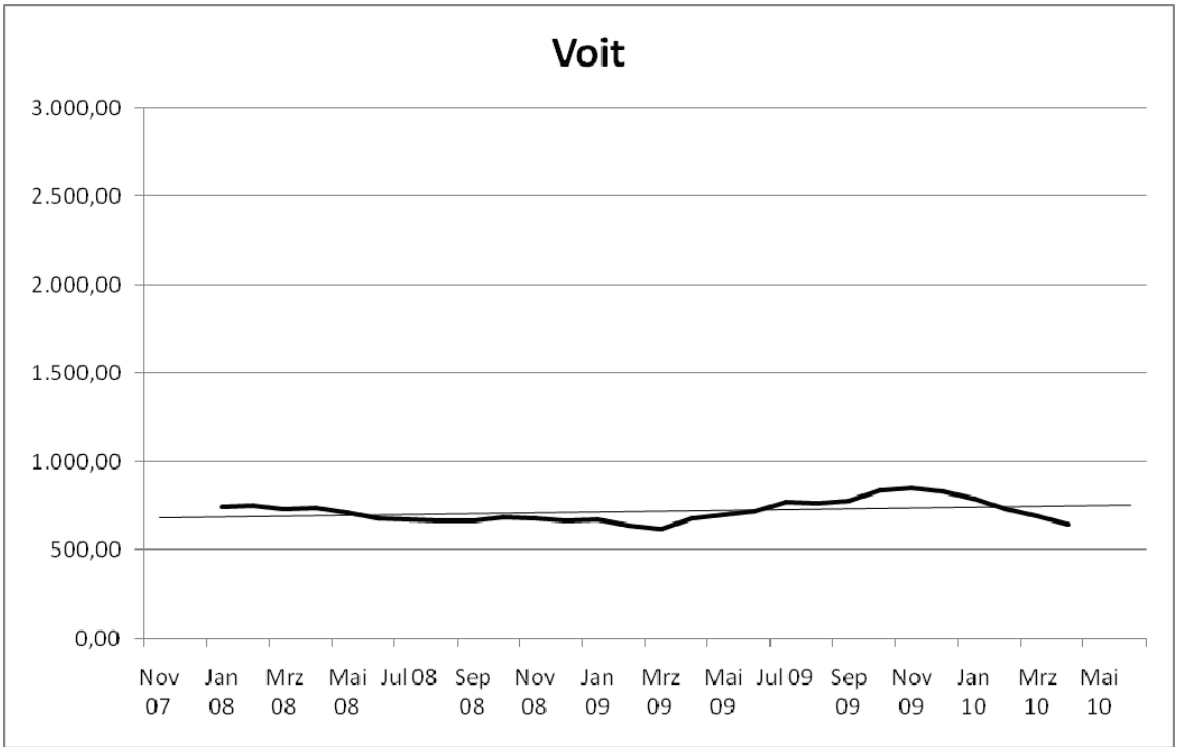



Abbildung 48: Beispiel für einen stetig gleichbleibender Ausgabenverlauf (gleitende Durchschnitte/Spanne=4; Regressionsgerade)

Insgesamt ergibt sich also folgendes Bild:

<table>
<tr><td>Gruppe 1</td><td>n=10</td><td colspan="2">Stetig fallender Ausgabenverlauf</td><td>10</td><td rowspan="2">12</td><td rowspan="2">insgesamt fallend</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Gruppe 2</td><td rowspan="2">n=11</td><td rowspan="2">Sinusförmiger Ausgabenverlauf</td><td>Trend fallend</td><td>2</td></tr>
<tr><td>Trend steigend</td><td>9</td><td rowspan="2">13</td><td rowspan="2">Steigend/gleichbleibend</td></tr>
<tr><td>Gruppe 3</td><td>n=4</td><td colspan="2">Stetig gleichbleibender Ausgabenverlauf</td><td>4</td></tr>
</table>

Tabelle 11: Gesamttypisierung der Kostenverläufe

Die Annahme eines linearen Ausgabenrückgangs kann also – und selbst da nur in idealisierter Weise – allenfalls auf die Kostenverläufe der Klienten in der Gruppe 1 angewendet werden (10). Bei den meisten Klienten kommt es dagegen zu erheblichen Schwankungen im Ausgabeverlauf (11) oder zu einem stetig gleichbleibenden Ausgabenverlauf (4). Insgesamt lässt sich für nicht ganz die Hälfte der Klienten ein insgesamt fallender Trend der Ausgaben beobachten, für etwas mehr als die Hälfte dagegen ein eher steigender bzw. gleichbleibender Ausgabenverlauf.

Es lassen sich dabei keinerlei Zusammenhänge zur Form der Behinderung belegen, etwa in dem Sinne, dass Menschen mit seelischen Behinderungen wegen der Möglichkeit von Schwankungen des Gesundheitszustands eher einen sinusförmigen Verlauf zeigen würden. Dies ist nicht der Fall, unter den Klienten mit sinusförmigen Verläufen finden sich sowohl Personen mit geistigen Behinderungen als auch mit seelischen Behinderungen in vergleichbarem Ausmaß. Kostenverlaufstyp und Grad der zugeschriebenen erreichten Selbstständigkeit hängen dagegen möglicherweise zusammen. So erreichen die zwölf Klienten mit einem insgesamt fallenden Ausgabenverlauf einen mittleren Selbstständigkeitsindex von 3,45; die dreizehn Klienten mit einem insgesamt steigend-gleichbleibenden Ausgabenverlauf dagegen nur 1,85 (allerdings sind – wegen der geringen Fallzahlen – Mittelwerte hier nur ein sehr unsicheres Maß).

Auch zu den biografischen Typen besteht ein Zusammenhang. Nur bei einem von sieben Klienten, die dem biografischen Typus C (spät einsetzende Institutionenkarriere) zugeordnet worden sind, zeigt sich ein Kostenverlauf mit einem steigenden Trend. In diesem Fall gehen die höheren Kosten mit Sicherheit auf einen höheren Bedarf wegen eines Rückfalls (Suchtverhalten) zurück. Vier von sieben Klienten des Typs C haben einen eindeutig fallenden Kostenverlauf, zwei weitere einen stetig gleichbleibenden bzw. sehr schwach fallenden.

### 5.4.3 Finanzielle Gesamtbilanz des Projekts

Es soll nun nochmals eine abschließende Gesamtbilanz der finanziellen Seite des Projekts vorgenommen werden. Dabei wird zunächst die Ebene der Pauschalen des Sozialhilfeträgers betrachtet, die Frage der Bilanz der Ausgaben wieder aufgegriffen und abschließend eine Gesamtbetrachtung vorgenommen.

***Ebene der Vergütungen***

Die Entwicklung der Fallkosten wurde bislang auf der Ebene der fallbezogenen und in der Gesamtbilanz dokumentierten Ausgaben des Leistungserbringers betrachtet. Sie muss jetzt auch nochmals auf der Ebene derjenigen Kosten betrachtet werden, die im Projektverlauf für den Sozialhilfeträger entstanden sind. Diese sind aus Sicht des Leistungserbringers mit den Vergütungen und aus Sicht des Leistungsberechtigten mit der Höhe der Eingliederungshilfeleistungen identisch. Tabelle 12 zeigt die Betreuungspauschalen im Laufe des Projekts (100% - 1. Degression – 2. Degression) und stellt sie den, nach Beendigung des Projekts auf

der Basis der Hilfebedarfseinstufung des Medizinisch-Pädagogischen Dienst errechneten Pauschalen für das ambulant betreute Wohnen gegenüber.[40]

| | (1) BP – 100% | (2) BP - 1. Degr. | (3) BP - 2. Degr. | (4) ABW-Sätze | Differenz (1)-(4) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1.678,05 | 1.594,15 | 1.514,44 | 1.293,00 | 385,05 |
| 2 | 961,83 | 913,74 | 868,05 | 1.293,00 | -331,17 |
| 3 | 1.864,21 | 1.771,00 | 1.682,45 | 1.293,00 | 571,21 |
| 4 | 1.091,49 | 1.036,92 | 985,07 | 738,00 | 353,49 |
| 5 | 1.303,02 | 1.237,87 | 1.175,98 | 738,00 | 565,02 |
| 6 | 1.292,31 | 1.227,69 | 1.166,31 | 1.293,00 | -0,69 |
| 7 | 1.649,13 | 1.566,67 | 1.488,34 | 1.293,00 | 356,13 |
| 8 | 1.649,13 | 1.566,67 | 1.488,34 | 1.293,00 | 356,13 |
| 9 | 1.211,71 | 1.151,12 | 1.093,57 | 1.293,00 | -81,29 |
| 10 | 3.037,90 | 2.886,01 | 2.741,70 | 1.293,00 | 1.744,90 |
| 11 | 1.246,79 | 1.184,45 | 1.125,23 | 738,00 | 508,79 |
| 12 | 3.548,37 | 3.370,95 | 3.202,40 | 738,00 | 2.810,37 |
| 13 | 2.236,54 | 2.124,71 | 2.018,48 | 1.722,00 | 514,54 |
| 14 | 1.178,68 | 1.119,75 | 1.063,76 | 1.293,00 | -114,32 |
| 15 | 3.452,89 | 3.280,25 | 3.116,23 | 738,00 | 2.714,89 |
| 16 | 1.245,71 | 1.183,42 | 1.124,25 | 738,00 | 507,71 |
| 17 | 1.941,74 | 1.844,65 | 1.752,42 | 1.293,00 | 648,74 |
| 18 | 1.461,81 | 1.388,72 | 1.319,28 | 738,00 | 723,81 |
| 19 | 1.320,66 | 1.254,63 | 1.191,90 | 1.293,00 | 27,66 |
| 20 | 1.780,08 | 1.691,08 | 1.606,52 | 640,00 | 1.140,08 |
| 21 | 1.249,66 | 1.187,18 | 1.127,82 | 1.293,00 | -43,34 |
| 22 | 2.008,26 | 1.907,85 | 1.812,45 | 738,00 | 1.270,26 |
| 23 | 1.724,65 | 1.638,42 | 1.556,50 | 738,00 | 986,65 |
| 24 | 3.537,76 | 3.360,87 | 3.192,83 | 1.722,00 | 1.815,76 |
| 25 | 1.862,95 | 1.769,80 | 1.681,31 | 1.293,00 | 569,95 |
| Σ | 45.535,33 | 43.258,56 | 41.095,64 | 27.535,00 | 18.000,33 |
| **Jahr (*12)** | 546.423,96 | 519.102,76 | 493.147,62 | 330.420,00 | 216.003,96 |
| **Mittlere monatl. Fallkosten** | 1.821,41 | 1.730,34 | 1.643,83 | 1.101,40 | 720,01 |

Tabelle 12: Betreuungspauschalen ProSeLe (Einstieg-1. Degression-2. Degression) und Sätze im ABW

Aus der Tabelle geht insgesamt ein Einsparvolumen von rund 18 000 Euro im Monat und rund 216 000 Euro im Jahr hervor. Die mittleren Fallkosten/Monat sinken von 1821 Euro auf 1101 Euro.

Bemerkenswert ist die Spanne der Differenzen der Pauschalen im konkreten Fall, wie sie Abbildung 49 nach Höhe geordnet zeigt. So kommt es in fünf Fällen zu einer Negativbilanz, da die ABW-Sätze über den ursprünglichen aus dem stationären Satz abgeleiteten Betreuungspauschalen liegen. In weiteren fünf Fällen liegt die Ersparnis unter 500 Euro/Monat, bei allen anderen Fällen liegt sie z. T. beträchtlich darüber.

[40] Der Klient, der zum Zeitpunkt der Bedingung des Projekts in einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme war, wurde hier mit der HBG während des Verlaufs von „ProSeLe“ mit einbezogen. Selbst wenn er langfristig nicht in den ambulanten Status wechseln würde, würde sich die Gesamtrechnung nur unwesentlich verschieben.

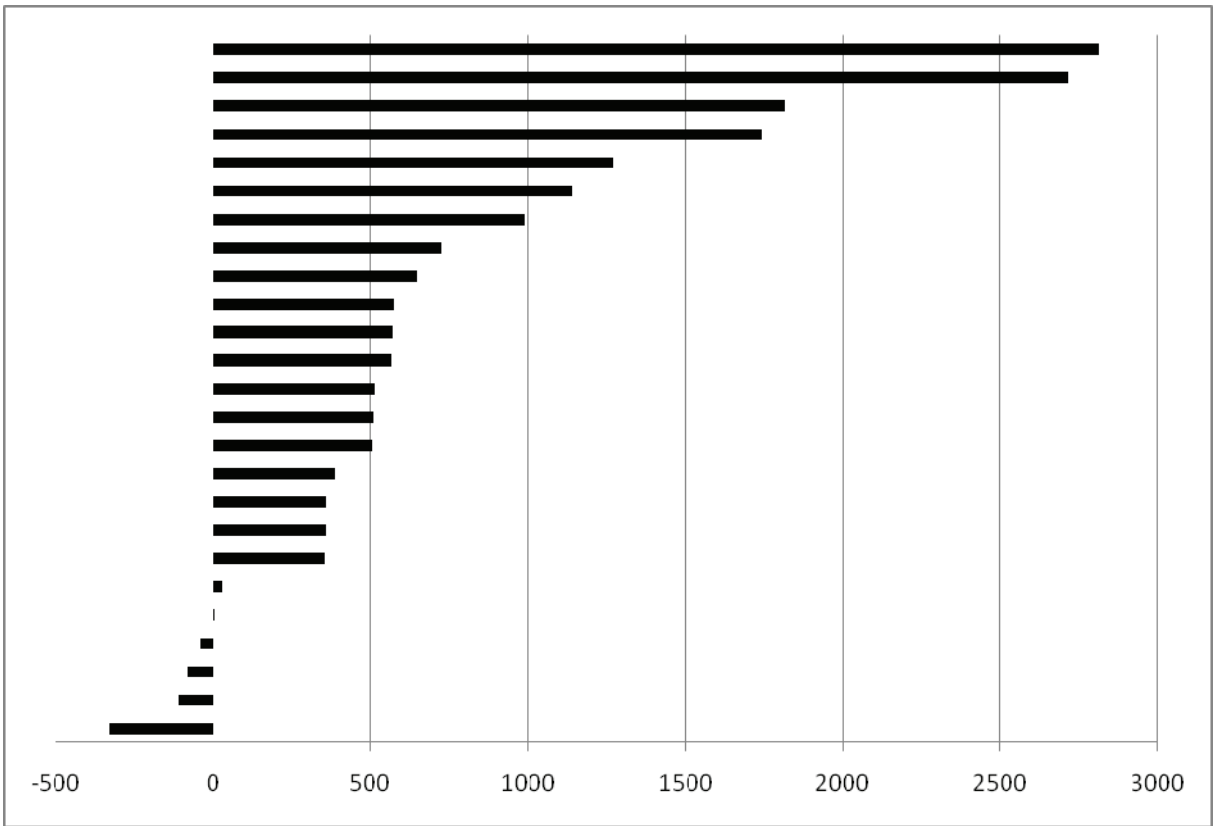



Abbildung 49: Monatliche Einsparungen für den Sozialhilfeträger (Differenz Betreuungspauschale 100% - Pauschalen im ABW)

***Ebene der dokumentierten Ausgaben***

Es wurde sowohl aus der Analyse der Gesamtkostenaufstellung sowie auf der Ebene der Entwicklung der fallspezifischen Kostenverläufe deutlich, dass die aus der stationären Vergütung abgeleiteten Betreuungspauschalen die realen Ausgaben nur sehr schlecht abbilden. In insgesamt neun Fällen kommt es, bezogen auf mindestens eine Vergütungsphase, zu Defiziten, in sechs Fällen liegt dieses Defizit schon von Anfang an (also mit der 100%-Pauschale) vor. Bei allen anderen Fällen kommt es zu teilweise überraschend hohen positiven Bilanzen. Eine Entsprechung von Ausgaben und Pauschalen kommt praktisch nicht vor.

Selbst wenn man Unschärfen der Dokumentation einrechnet, sind derartige Spannen von Unterschieden sicher nicht erklärbar. Wir haben auch keinerlei Anlass zur Vermutung, bei den faktischen Ausgaben wären in einer signifikanten Größenordnung Bedarfslagen der Klientinnen und Klienten vernachlässigt worden. Dagegen sprechen alleine schon die qualitativen Rückmeldungen der Klienten selbst. Auch für eine signifikante Überversorgung spricht nichts. Wenn wir also davon ausgehen, dass die Teilnehmer im Großen und Ganzen bedarfsgerechte Leistungen erhalten haben, sind die Differenzen in diesem Ausmaß nur mit strukturellen Problemen sowohl der Erfassung als auch der Bemessung des Hilfebedarfs zu erklären. Wie wenig Hilfebedarfsgruppen und Ausgaben insgesamt korrelieren, zeigt sich, wenn man beide Größen miteinander in Beziehung setzt.

Abbildung 50 zeigt sogenannte Box Plots für die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben der einzelnen Klienten im 1. Halbjahr 2010 nach Hilfebedarfsgruppen (2 und 3). Die Box entspricht dem Bereich, in dem die mittleren 50 % der Daten liegen. Des Weiteren wird als mittlerer Wert der Median als durchgehender Strich in der Box eingezeichnet. Dieser Strich teilt das gesamte Diagramm in zwei Hälften, in denen jeweils 50 % der Daten liegen. Durch die Ausleger werden die außerhalb der Box liegenden Werte dargestellt. Die Ausleger zeigen die

Lage derjenigen Fälle an, die außerhalb der mittleren 50 % liegen bis maximal zum 1,5fachen der Boxlänge.

Die Mediane der HBG 3 liegen zwar höher als die der HBG 2. Aber sowohl die Boxen als auch die Ausleger haben einen sehr hohen Überlappungsbereich. Die Spreizung der Ausleger differiert nicht wesentlich.

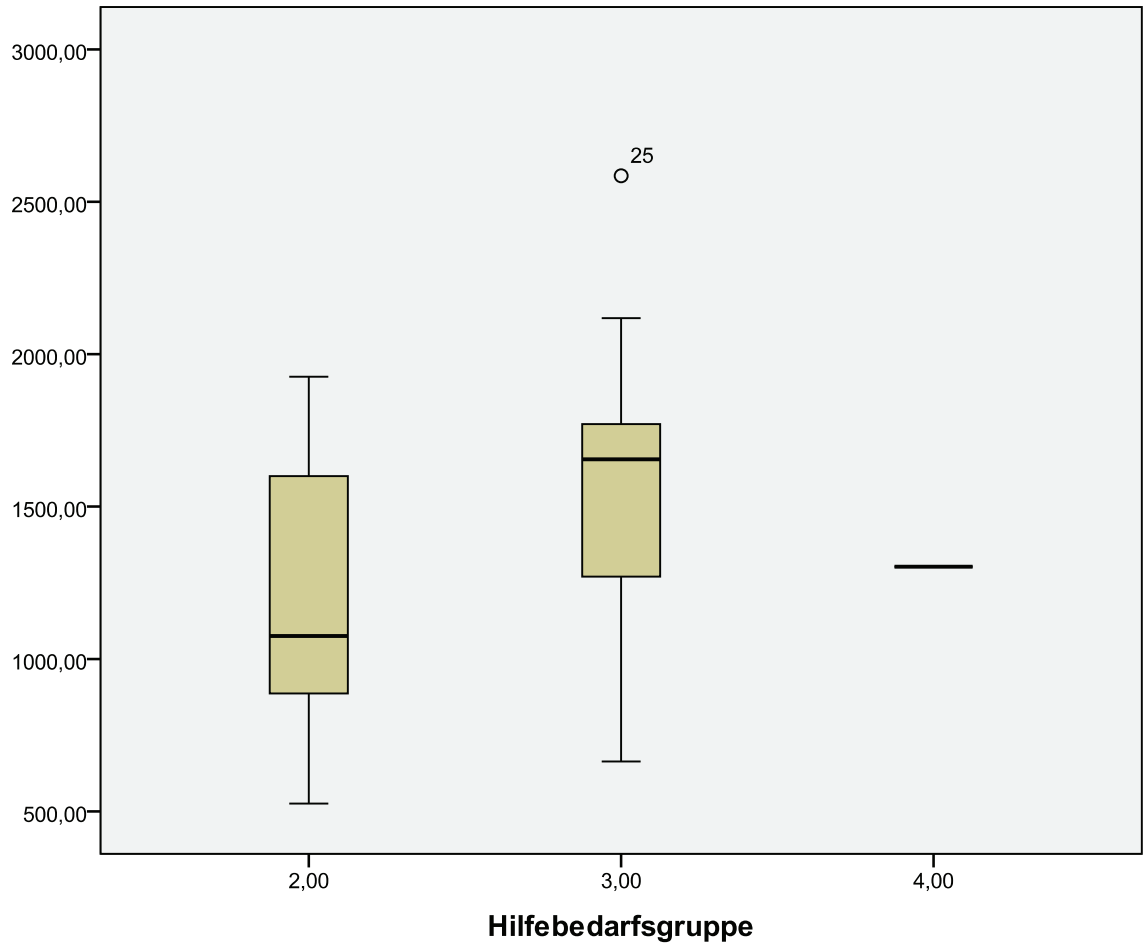



Abbildung 50: Box Plots für die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben der einzelnen Klienten im 1. Halbjahr 2010 nach Hilfebedarfsgruppen (2 und 3)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **HBG2** | 525,93 | 575,50 | | 826,15 | 886,71 | 923,43 | 994,11 | 1035,09 | | 1115,38 | | 1286,15 | | 1306,79 | | 1599,98 | 1616,26 | | | | 1770,38 | | 1925,96 | | |
| **HBG3 (4)** | | | 663,65 | | | | | | 1070,23 | | 1270,15 | | 1302,59 | | 1516,01 | | | 1655,11 | 1655,11 | 1764,56 | | 1770,77 | | 2118,29 | 2585,18 |

Tabelle 13: Durchschnittsausgaben im ersten Halbjahr 2010 nach Größe und Hilfebedarfsgruppen (2 und 3)

In Tabelle 13 sind die jeweiligen Durchschnittsausgaben im ersten Halbjahr 2010 nach der Größe geordnet und nach den beiden vorkommenden Hilfebedarfsgruppen getrennt aufgeführt (dabei wurde der einzige Fall mit 4 bei HBG 3 mit eingetragen). Die Tabelle zeigt dasselbe Bild wie die Box Plots – nämlich eine sehr erhebliche Überlappung der beiden Hilfebedarfsgruppen. Allenfalls auf der Ebene der arithmetischen Mittelwerte lässt sich ein deutli-

cher Unterschied feststellen. Bei der HBG 2 liegt er bei 1171 Euro, bei HBG 3 (bzw. 4) bei 1607 Euro. Dieser Mittelwertsunterschied und damit die nach oben verschobene Spanne geht aber wesentlich mit zurück auf den auch im Box Plot verzeichneten Ausreißer-Fall. An dem grundsätzlichen Bild einer weitgehenden Überschneidung der Ausgaben für die verschiedenen Hilfebedarfsgruppen ändert sich auch nichts, wenn man den gesamten Projektzeitraum berücksichtigt.[41]

| Hilfebedarfsgruppe | | Statistik |
|---|---|---|
| 2,00 | Mittelwert | 1170,5578 |
| | Median | 1075,2373 |
| | Minimum | 525,93 |
| | Maximum | 1925,96 |
| | Spannweite | 1400,03 |
| 3,00 | Mittelwert | 1606,9054 |
| | Median | 1655,1085 |
| | Minimum | 663,65 |
| | Maximum | 2585,18 |
| | Spannweite | 1921,54 |

Tabelle 14: arithmetisches Mittel, Median, Spannweite der Ausgaben innerhalb der Hilfebedarfsgruppen

Die Unschärfe des Zusammenhangs von Ausgaben und Hilfebedarfsgruppen einerseits, die Unschärfe des Zusammenhangs von Vergütungen und faktischen Ausgaben andererseits hängen mit einem weiteren zu diskutierenden Aspekt der Gesamtbilanz zusammen, nämlich der bereits in Abschnitt 5.4.1 registrierten positiven Bilanz des Leistungserbringers. Für diese positive Bilanz gibt es eine sichere Erklärung und eine Reihe von hypothetischen Erklärungen.

Aufgrund der Logik der Berechnung der Maßnahmepauschalen bei der Umstellung auf Hilfebedarfsgruppen im Jahr 1998 konnte von vorne herein mit einer annähernd ausgeglichenen Gesamtbilanz von „ProSeLe“ nur unter einer Bedingung gerechnet werden. Die Verteilung der Hilfebedarfsgruppen im stationären Bereich müsste 1:1 in der Gruppe der „ProSeLe“-Teilnehmer abgebildet werden. Dies ist nicht der Fall. Vielmehr sind die Hilfebedarfsgruppen der Klienten gegenüber den Verhältnissen im stationären Bereich nach unten verschoben.

[41] Hier die Werte, wenn man die gesamte Laufzeit zugrunde legt.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **HBG2** | 650,15 | 906,13 | 913,06 | | | 999,11 | 1002,8 | 1012,4 | 1030,7 | 1255 | 1276,7 | | | 1356,7 | | 1495,7 | | | 1710,9 | | 1777,1 | 1787,9 | | | |
| **HBG3 (4)** | | | | 921,72 | 997,2 | | | | | | | 1325,69 | 1354,36 | | 1412,53 | | 1571,39 | 1666,74 | | 1771,84 | | | 1908,51 | 2407,19 | 2620,15 |

Abbildung 51 stellt die faktische Verteilung der Hilfebedarfsgruppen der „ProSeLe“-Klienten der Verteilung gegenüber, wie sie zu erwarten wären, wenn die Verteilung im stationären Bereich abgebildet würde.[42] Statt 14 Teilnehmern in HBG 2 wären sechs zugrunde zu legen, statt zehn in HBG 3 müssten es 14 Teilnehmer sein und in HBG 4 und 5 müssten noch 4 + 1 Teilnehmer hinzukommen.

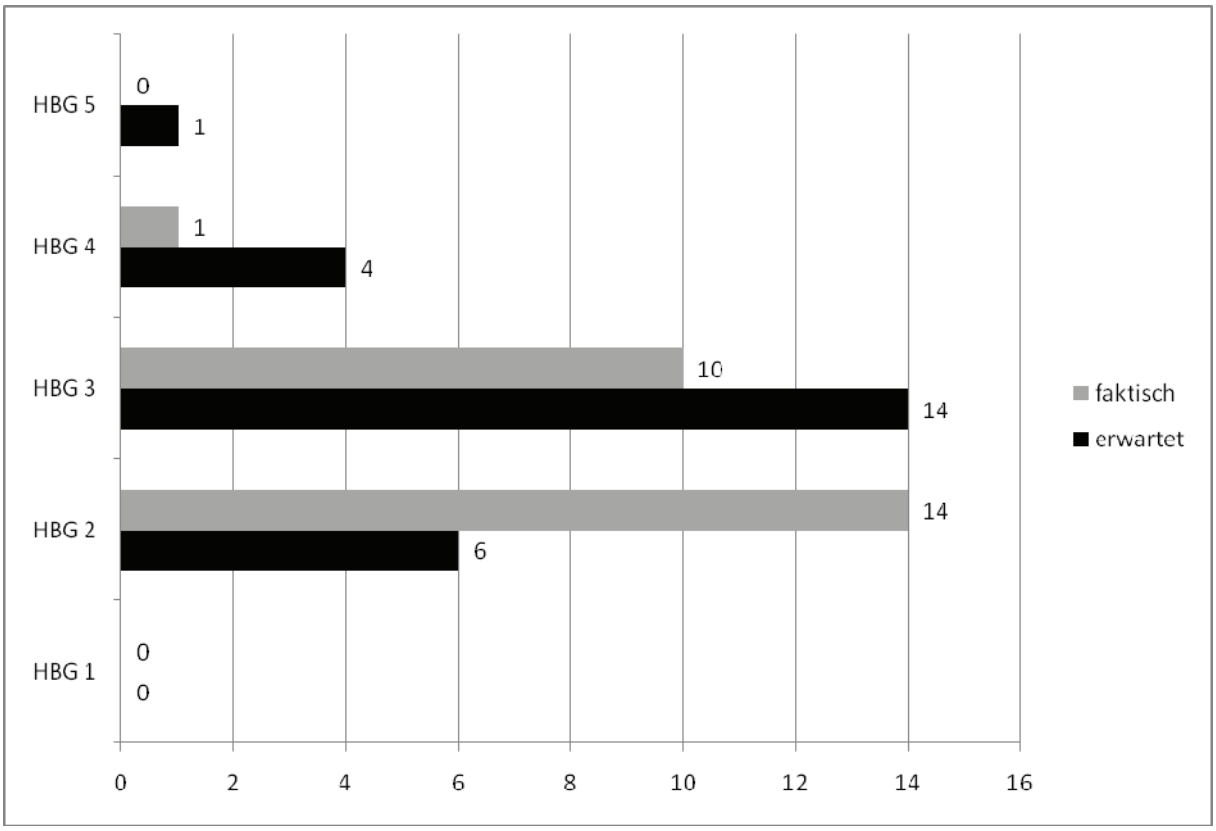



Abbildung 51: Aufteilung der ProSeLe Klienten auf Hilfebedarfsgruppen faktische Werte vs. zu erwartende Werte unter der Annahme, dass die Anteile im stationären Bereich abgebildet werden.

Insofern war im Grunde genommen von vorne herein zu erwarten, dass aufgrund dieser Verschiebung ein Plus im Projektbudget eintreten müsste, wenn sich nicht eine unerwartete Erhöhung von Bedarfslagen einstellen würde. Das aber war nicht der Fall. Ein Teil der positiven Bilanz ist also mit Sicherheit auf diesen Faktor zurückzuführen. Die Höhe dieses erklärten Anteils ist natürlich nicht exakt bezifferbar, da von nicht a priori bestimmbaren Faktoren, wie dem hypothetischen Verlauf einer modifizierten „ProSeLe-Gruppe, abhängig.

Sicher wird damit aber nicht der gesamte Anteil der positiven Bilanz erklärt. Grundsätzlich kommen für einen unbekannten Umfang X folgende weitere Erklärungen in Frage:

Es ist denkbar, dass das Ausmaß des positiven Ertrags auf Probleme bei der Dokumentation der entstehenden klientenbezogenen Personalkosten und eine daraus entstehende Unterschätzung der realen Kosten zurückgeht. Das wäre insofern verständlich, als gerade für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem stationären Bereich die laufende klientenbezogene Dokumentation von Arbeitszeit sehr ungewohnt ist und insbesondere fallübergreifende und fallunabhängige Arbeiten, die gleichwohl fallrelevant sind, nicht hinreichende Berücksichtigung fanden.

Eine weitere denkbare Möglichkeit der Unterschätzung der realen Kosten könnte in der Fra-

[42] Zugrunde gelegt wurde das arithmetische Mittel der prozentualen Verteilung in den beteiligten Dienststellen 2009/2010.

ge der Berücksichtigung investiver Kosten begründet liegen. Da in die Bildung der Betreuungspauschalen auch der Investitionsbetrag i.S. von § 76 SGB XII eingeflossen ist, müssten die Betreuungspauschalen auch mit einem Kostenanteil für die Gewährleistung der „betriebsnotwendigen Anlagen“ und ihrer Ausstattung belastet werden. Das ist bislang nicht der Fall, aber grundsätzlich sehr schwer zu monetarisieren. Vermutlich ist ein solcher Betrag überhaupt nur über eine konsensuelle „politische“ Einigung auf einen angemessenen Prozentsatz festlegbar als betriebswirtschaftlich präzise zu bestimmen.[43] Ähnliches gilt für ebenfalls nicht in die Kostenrechnung eingeflossene Folgekosten des Projekts, die mit dem Abbau der stationären Plätze in Zusammenhang stehen (Leerstandskosten bzw. Kosten für Umwidmung).

Denkbar ist natürlich auch, dass schon die stationären Pauschalen, aus denen die „ProSeLe“-Pauschalen abgeleitet sind, Spielräume bieten, die unabhängig von der Frage der Hilfebedarfsgruppen zu einer Überfinanzierung der Gruppe der „ProSeLe“-Klienten oder eines Teils der Gruppe der ProSele-Klienten beigetragen haben.

Ob und in welchen Anteilen diese drei Aspekte die erzielte Positivbilanz mit erklären können, kann mit empirischen Mitteln, zumindest auf der Grundlage der vorliegenden Daten, nicht entschieden werden. Deutlich geworden ist aber, dass sich auch im Zusammenhang mit „ProSeLe“ eine Reihe von dringlichen Strukturfragen stellen. Das betrifft – leider nach wie vor – die Einigung über transparente Kriterien der Hilfebedarfserhebung, der Typisierung des Hilfebedarfs und insbesondere der Bemessung von Vergütungen. Möglicherweise sollte man hier in Zukunft ganz neue Wege gehen.

***Fazit***

Für die Frage der Evaluation der konzeptuellen Kernelemente von „ProSeLe“ ergibt sich in der Gesamtbetrachtung aber ein grundsätzlich positives Bild.

(1) Das Projektziel einer Senkung der durchschnittlichen Fallkosten der Eingliederungshilfe für den Sozialhilfeträger konnte erreicht werden. Das Einsparvolumen liegt für die 25 Teilnehmer bei rund 216 000 Euro im Jahr.

(2) Dass auch nach Abzug der Degression ein finanzieller Spielraum besteht, ist konzeptuell gesehen ein wichtiges Ergebnis, weil damit Befürchtungen, die Degression könne zu einer Verknappung von notwendigen Unterstützungsressourcen führen, ganz offensichtlich gegenstandslos sind. Unterstellt man, die Mitarbeiter hätten einigermaßen bedarfsgerecht unterstützt und die faktischen Kosten seien auch adäquat abgebildet worden, so wäre mit dem gegebenen Gesamtbudget zumindest für den untersuchten Zeitraum und mit demselben Personenkreis (bzw. Unterstützungsbedarf) sogar eine höhere Degression realisierbar gewesen. Oder, als von der Vorgehensweise der Budgetbildung nahe gelegte Alternativoption: man hätte durchaus auch Menschen mit höherem faktischen Unterstützungsbedarf einbeziehen können, im Grenzfall ein 1:1-Abbild des stationären Bereichs. Auch das Konzeptelement einer Degression als solcher hat sich damit auf der Ebene der Gesamtbilanz (nicht in jedem Einzelfall) bewährt. Die Höhe der Degression ist auf der Ebene der Gesamtbilanz nicht zu begründen.

(3) Auch auf der Ebene der faktischen Gesamtausgaben lässt sich eine vom Konzept unterstellte sukzessive Reduktion dann registrieren, wenn man die Daten um die tarifbedingte Erhöhung von Personalkosten bereinigt. Es ergeben sich dann von Jahr zu Jahr stetig absinkende durchschnittliche monatliche Fallkosten (von 1688 Euro im Jahr 2007 auf 1350 Euro (2008), 1294 Euro (2009) und 1181 Euro (2010). Zwischen 2008 und 2010 ergab sich also eine Absenkung der durchschnittlichen Fallausgaben/Monat um rund 13 %. Auch auf

[43] In der internen Verbuchung wird gegenwärtig ein kleiner Anteil der Betreuungspauschalen offenbar für Betriebskosten der Wohnungen der Klienten belastet. Dieser bleibt hier zunächst ausgeblendet, da er evtl. eher auf die Grundsicherungsäquivalente angerechnet werden müsste.

der Ebene der Gesamtausgaben ist also das konzeptuelle Element der Degression realisiert worden.

(4) Möglicherweise etwas weniger ausgeprägt als erwartet konnte eine konzeptgemäße gewünschte Reduktion der (internen) Personalkosten zugunsten einer stärkeren Einbeziehung externen Personals erreicht werden. Immerhin kam es zu einer schrittweisen Absenkung des internen Personalanteils an den Gesamtkosten von 82 % im Jahr 2007 auf 77% im Jahr 2010. Zugleich stieg der Anteil der Ausgaben für externe Dienstleistungen von 4 auf 7 %.

(5) Auf der Ebene der Ausgabenverläufe der Einzelfälle ist das Gesamtbild insbesondere in Bezug auf die Degression als solche und auch auf die Höhe der Degression uneinheitlicher. Nur bei zwölf von 25 Klienten kommt es auch in der Gesamttendenz zu rückläufigen Ausgaben (bei zehn relativ stetig). Bei 13 Klienten kommt es entweder zu einer (leicht) ansteigenden Gesamttendenz der faktischen Ausgaben oder zu einem im Projektverlauf unveränderten Kostentrend. Diese Aussage gilt für die um die Tarifsteigerung bereinigten Kostenverläufe. Bei insgesamt neun Teilnehmern kommt es im Abgleich von Ausgaben und individueller Betreuungspauschale für eine oder (meist) mehrere Vergütungsphasen zu einem Defizit, bei allen anderen aber zu teils erheblichen Überschüssen. Allerdings war es auch nicht der Anspruch des Projekts, dass sich eine Degression bzw. Kostendeckung in jedem Einzelfall realisieren lässt. Es war von vorne herein nicht an Persönliche Budgets, sondern eben an ein Gruppenbudget gedacht, mit dessen Hilfe individuelle Unterschiede aufgefangen werden können. Das genau ist geschehen, insofern hat sich auch das konzeptuelle Element eines G*ruppen*budgets bewährt.

(6) Dennoch sollte festgehalten werden, dass auf der Fallebene sowohl der Betrag der Vergütungen wie der Betrag der Degression den Charakter einer relativ willkürlichen Setzung hat. Dies gilt auch für den Übergang in den Regelsatz des ambulant betreuten Wohnens. Es ist aus den zur Verfügung stehenden Daten schwierig zu beurteilen, wie sich der Wechsel zu den regulären Kostensätzen des ambulant betreuten Wohnens auf die Bedarfsdeckung auswirkt. Für das 2. Halbjahr 2010 (also dem Halbjahr, in dem die Klienten bereits im regulären abW-Status betreut wurden) liegen nur lückenhafte Daten über die faktischen Ausgaben im 3. Quartal vor. Benützte man die faktischen Ausgaben im 2. Halbjahr als Grundlage für eine Schätzung, wären die vorgesehenen Pauschalen kostendeckend oder würden sogar zu einem leichten Überschuss führen. Legt man der Schätzung die Ausgaben im letzten Halbjahr im ProSele-Status zugrunde, so würde man zum Ergebnis einer nicht unbeträchtlichen Unterfinanzierung gelangen (vgl. dazu die Angaben in Tabelle 6 und 12). In der standardisierten Dokumentation des 3. Quartals 2010 und in den im 2. Halbjahr 2010 geführten Interviews finden sich jedoch keine Hinweise auf Probleme in der Bedarfsdeckung. Allerdings dürfte in der Tat der Unterstützungsbedarf eines Teils der Klienten (nämlich denjenigen, die bereits im Laufe des Projekts in ein „Defizit“ gekommen waren) nicht aus der individuellen Regel-Pauschale für das ambulant betreute Wohnen zu decken sein. Diese bleiben auch im (regulären) ambulant betreuten Wohnen auf Quersubventionierungen angewiesen. Anders ausgedrückt: ein Persönliches Budget müsste in diesen Fällen ggf. höher ausfallen als der pauschale Kostensatz des ambulant betreuten Wohnens.

# 6 Wohn- und Lebenssituation der Teilnehmer am Ende des Projekts

Nachdem am Ende des vorhergehenden Kapitels bereits im wörtlichen Sinne eine (überaus positive) Bilanz des Projekts Selbstständig Leben in finanzieller Sicht vollzogen wurde, soll nun eine Bilanz der Lebens- und Wohnsituation der Teilnehmer versucht werden, wie sie sich am Ende des Projekts darbietet. Wir werden dabei nicht nochmals die sich schon aus den Entwicklungsverläufen ergebenden Veränderungen (Kapitel 4.1. ff.) thematisieren, sondern abschließend drei zentrale Fragen in den Mittelpunkt stellen:

- Haben die Teilnehmer das Projektziel erreicht, in die Regelform des ambulant betreuten Wohnens zu wechseln?
- Können im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens in der Regelform die Unterstützungsbedarfe gedeckt werden?
- Welche sozialräumliche und soziobiografische Einbettung ergibt sich für die Klienten am Ende des Projekts?

## 6.1 Wohnsituation und Unterstützungsbedarf

### 6.1.1 Wohnsituation

Die zentrale Frage bei einem Projekt, in dem es um den Wohnstatus geht, lautet natürlich: wo und wie wohnen die Teilnehmer nach der Projektphase?

Mehr als die Hälfte, nämlich 13 von 25 Teilnehmern wohnen alleine in ihrer eigenen Wohnung. Zehn leben in Wohngemeinschaften, davon sechs mit anderen Projektteilnehmern. Drei dieser zehn wohnen mit ihren Partnern zusammen. Zehn Personen wohnen in einem vom Leistungserbringer unabhängigen Mietverhältnis. Bei insgesamt 15 Teilnehmern fungiert die Bruderhausdiakonie als Vermieter der Wohnung, aber unter strenger Trennung der Betreuungs- und der Vermieterrolle. Die Wohnungen befinden sich überwiegend in Laufnähe zur bisherigen stationären Einrichtung bzw. Strukturen dieser Einrichtungen (nämlich in 17 von 25 Fällen).

Im Laufe der Projektphase gab es wie schon erwähnt mehrere Umzüge. Eine Wohngemeinschaft von Projektteilnehmern hatte sich aufgelöst, eine andere ist neu zustande gekommen. Eine Projektteilnehmerin ist von einer Wohnung, die sich auf dem Gelände der Bruderhausdiakonie befand, umgezogen und mit ihrem neuen Lebensgefährten zusammengezogen. Mehrere Teilnehmer verbrachten einige Zeit in einer psychiatrischen Klinik, zwei Teilnehmer sind aus ihren Wohnungen ausgezogen und zunächst in andere Wohn-Settings eingezogen. Davon war ein Teilnehmer vorübergehend in eine stationäre Wohngruppe gezogen, der andere befand sich auch nach Projektende noch in einer medizinischen Reha-Klinik.

Bei diesem zuletzt genannten Teilnehmer ist ein Umzug in ambulant betreutes Wohnen zumindest kurzfristig nicht angestrebt. Somit sind zum Ende der Projektphase 24 von 25 Klienten nach der offiziellen Beendigung von ProSeLe in den Status einer Unterstützung im ambulant betreuten Wohnen in der im Landkreis Reutlingen verankerten Regelform (gestufter Satz) übergegangen.

### 6.1.2 Hilfebedarf im und nach dem Projekt

Am Ende der Projektphase erfolgte mit diesem Übergang der Klienten ins ambulant betreute Wohnen durch den Medizinisch-Pädagogischen Dienst (MPD) eine erneute Einteilung der Klienten in Hilfebedarfsgruppen. Abbildung 52 zeigt die entsprechenden Änderungen bezogen auf alle Klienten. Bei dem Klienten in der medizinischen Rehabilitation gibt es zum Zeitpunkt der Berichtslegung noch keine erneute Zuordnung in eine Hilfebedarfsgruppe.

Das Ergebnis dieser Einteilung bestätigt die Ergebnisse der Erhebung der Entwicklung der Unterstützungsbedarfe in der Dokumentation der Begleitforschung (siehe Abschnitt 5). Es kann definitiv – zumindest bezogen auf die Gesamtgruppe – keine durchgehend signifikante Abnahme des Unterstützungsbedarfs registriert werden, paradoxerweise trotz eines Anstiegs der wahrgenommenen Selbstständigkeit.

Durch die Begutachtung des Medizinisch-Pädagogischen Dienstes veränderte sich der HBG-Status der Teilnehmer gegenüber dem HBG-Status vor und im Projekt wie folgt:

- In 13 von 24 Fällen ergab sich eine **unveränderte Hilfebedarfsgruppe**.
- In sieben von 24 Fällen ergab sich eine **Anhebung der Einstufung** von HBG 2 auf HBG 3 und in einem weiteren Fall eine Anhebung von HBG 3 auf HBG 4.
- In drei Fällen kam es zu einer **Absenkung der Hilfebedarfsgruppe** von 3 auf 2.

Interessanterweise ergibt sich daraus eine Annäherung an die im Abschnitt 5.4.3 errechnete theoretische Verteilung von Hilfebedarfsgruppen, wie sie entstanden wäre, wenn man die Verhältnisse im stationären Bereich abgebildet hätte.

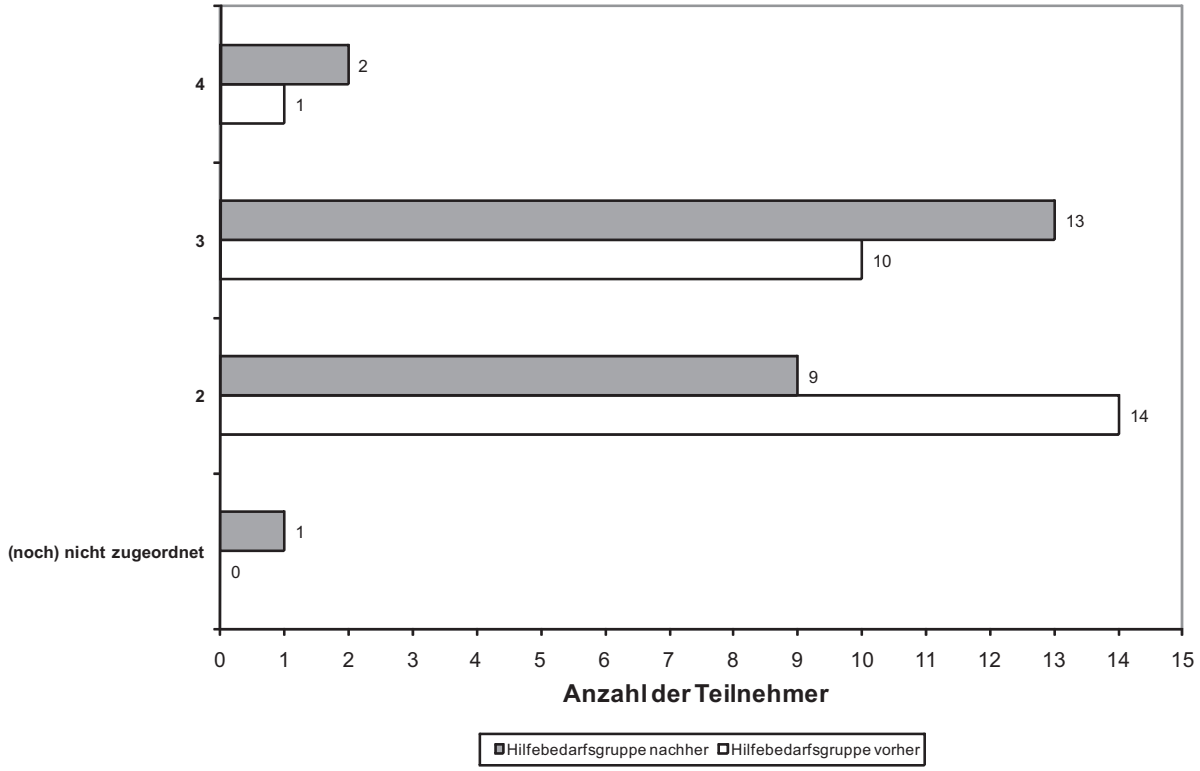



Abbildung 52: Einteilung in Hilfebedarfsgruppen vor und nach dem Projekt im Vergleich

Die Einteilung der Klienten in Hilfebedarfsgruppen durch den MPD entspricht bis auf vier Ausnahmen den Vorstellungen und Vorschlägen der Mitarbeiter des Leistungserbringers. In beiden Fällen schätzte der MPD die Hilfebedarfsgruppe niedriger ein.

Auch auf Basis der Bedarfsdokumentation kann eine Bilanzierung der Entwicklung des Hilfebedarfes im Einzelnen vorgenommen werden – durch einen Vergleich der erhobenen Bedarfsdimensionen im ersten Quartal mit dem letzten erhobenen Quartal (in dem die Teilnehmer bereits in den Status des regulären ambulant betreuten Wohnens übergegangen waren). Der Bedarf kann Werte von 1 (niedriger Unterstützungsbedarf) bis 5 (intensiver Unter-

stützungsbedarf) annehmen. Es wurden nun für die zentralen Bedarfsdimensionen die Differenzen zwischen dem letzten und dem ersten Quartal (Q11-QA) gebildet. Damit bedeutet ein positiver Wert ein Ansteigen des Unterstützungsbedarfs, ein negativer Wert bedeutet dementsprechend einen Rückgang des Unterstützungsbedarfs.

Abbildung 53 zeigt nun die entsprechenden Werte für die Teilnehmer und veranschaulicht die Uneinheitlichkeit der Entwicklung der Bedarfe für die Gesamtgruppe, aber auch jeweils bei den einzelnen Teilnehmern.

| | Anter | Biber | Bart | Bebel | Krall | Ast | Kipp, O. | Kipp, F. | Knoll | Groß | Klein | Haar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung_Waschen | - | 0 | 0 | -2 | - | - | 2 | 1 | 1 | 0 | - | - |
| Selbstversorgung_Sich_kleiden | - | -1 | 4 | -2 | - | - | - | 1 | 0 | 0 | - | - |
| Selbstversorgung_Essen_Trinken | - | -1 | 0 | -2 | - | - | - | 2 | 2 | 0 | - | - |
| Selbstversorgung_Ernährung | 0 | -1 | 5 | -2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | - | 4 | - |
| Selbstversorgung_Gesundheit | 0 | 1 | 1 | -2 | 2 | 0 | 0 | 0 | -1 | 0 | 5 | 2 |
| Häusliches_Leben_Einkaufen | 2 | 2 | -1 | -2 | 3 | -3 | 0 | 0 | 3 | 0 | -2 | -1 |
| Häusliches_Leben_Mahlzeiten | 0 | 1 | -3 | -3 | 1 | -2 | 0 | 0 | 3 | 0 | - | - |
| Häusliches_Leben_Hausarbeiten | -1 | 3 | 0 | -2 | 2 | -1 | 4 | 1 | 2 | 0 | - | - |
| Häusliches_Leben_Haushaltsggstd | 0 | 4 | 0 | 1 | -1 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | -3 | -4 |
| Interaktionen_Dienstleister | 1 | 0 | -1 | -1 | 4 | 1 | 0 | 0 | -3 | 0 | 1 | 4 |
| Interaktionen_Behörden | 0 | 0 | -3 | 2 | 5 | -2 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 | 1 |
| Lebensbereiche_Umgang_mit_Geld | 0 | 1 | -1 | -1 | - | -1 | 0 | -1 | 0 | 0 | 3 | 2 |
| Lebensbereiche_Bankkonto | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | -1 | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| Lebensbereiche_Ressourcen | 0 | -1 | -5 | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Gemeinschaftsleben_Freizeit | 0 | -3 | 1 | 1 | 2 | -2 | 0 | 0 | 0 | - | 3 | 3 |
| Allg._Aufgaben_Alltagsroutine | -2 | 0 | -2 | -2 | 0 | -2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Allg._Aufgaben_Stress_Anforderung | 0 | 2 | 0 | -3 | 1 | 1 | - | - | -1 | 0 | 5 | 0 |
| Allg._Aufgaben_Krisen | 0 | 2 | 0 | -4 | 1 | 0 | -3 | - | -2 | 0 | 1 | 0 |
| Mobilität_Fortbewegen | -1 | -1 | 0 | -2 | 3 | - | - | 0 | - | 2 | 1 | - |
| Mobilität_öff._Verkehrsmittel | -1 | -2 | - | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | - | - |
| Informelle_Beziehungen | 0 | -1 | - | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 5 | -2 |
| Familienbeziehungen | 0 | -1 | -2 | -2 | 2 | -2 | 0 | 0 | 3 | 0 | 5 | -1 |
| Intime_Beziehungen | 0 | -1 | 0 | -2 | | 1 | - | - | -1 | - | 2 | - |
| **Zusammenfassung** | **2 + 4 - 14 =** | **9 + 10 – 4=** | **4 + 8 – 9=** | **3 + 16 – 0=** | **15 + 1 – 2=** | **3 + 9 – 6=** | **3+ 1– 14=** | **7+ 1 – 12=** | **9+ 6 – 7=** | **2 + 17- 17=** | **12 + 2 – 3=** | **7 + 4 – 3=** |

| | Matt | Blau | Luft | Voit | Muck | Nipp | Kruck | Zapp | Loop | Kunz | Ulik | West |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung_Waschen | 1 | -1 | 3 | - | - | 1 | - | - | 3 | - | 0 | 1 |
| Selbstversorgung_Sich_kleiden | 0 | - | - | -1 | - | - | -2 | - | 2 | - | - | - |
| Selbstversorgung_Essen_Trinken | 4 | - | -3 | 3 | - | - | - | - | 0 | - | -1 | 1 |
| Selbstversorgung_Ernährung | 3 | 1 | 0 | 2 | 3 | - | 1 | 0 | 4 | - | 1 | 2 |
| Selbstversorgung_Gesundheit | -3 | -2 | 1 | 2 | 0 | 4 | -1 | 1 | 1 | - | 1 | -5 |
| Häusliches_Leben_Einkaufen | -1 | - | 1 | 1 | -1 | 4 | 1 | -1 | 0 | 3 | 0 | -3 |
| Häusliches_Leben_Mahlzeiten | -3 | - | 0 | 3 | - | 1 | 0 | - | 2 | 1 | 1 | - |
| Häusliches_Leben_Hausarbeiten | 1 | -3 | -3 | 2 | 3 | 5 | -1 | - | 1 | -2 | 0 | 2 |
| Häusliches_Leben_Haushaltsggstd | 2 | -2 | -2 | - | 3 | -1 | 1 | 0 | 2 | 2 | -3 | - |
| Interaktionen_Dienstleister | 0 | -1 | 1 | -1 | -2 | -1 | 0 | -4 | 0 | 3 | -3 | 0 |
| Interaktionen_Behörden | 3 | 3 | 1 | 3 | -2 | 1 | -1 | 0 | 0 | -1 | 0 | 0 |
| Lebensbereiche_Umgang_mit_Geld | -5 | 5 | 0 | 2 | -2 | 2 | 0 | -3 | -2 | -2 | 0 | 2 |
| Lebensbereiche_Bankkonto | -4 | 0 | 3 | 3 | -2 | 0 | 0 | -2 | 5 | 3 | 0 | - |
| Lebensbereiche_Ressourcen | -5 | 0 | -5 | 3 | 3 | 1 | 0 | -5 | - | 0 | 0 | - |
| Gemeinschaftsleben_Freizeit | 3 | - | 0 | -1 | - | 2 | 0 | - | - | 1 | -3 | -3 |
| Allg._Aufgaben_Alltagsroutine | -2 | 0 | - | -2 | 0 | 0 | -2 | 1 | 0 | 0 | -4 | - |
| Allg._Aufgaben_Stress_Anforderung | 0 | 1 | 2 | 3 | -2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| Allg._Aufgaben_Krisen | 0 | 0 | - | 4 | -3 | - | 0 | 0 | -1 | 2 | -3 | -4 |
| Mobilität_Fortbewegen | 1 | - | -3 | - | - | - | 1 | - | - | - | -4 | - |
| Mobilität_öff._Verkehrsmittel | - | - | 0 | - | - | - | 2 | 2 | - | - | -3 | 4 |
| Informelle_Beziehungen | - | - | -3 | - | -4 | 3 | -1 | 1 | 1 | 0 | -3 | - |
| Familienbeziehungen | - | 0 | 1 | 3 | 1 | 5 | - | -3 | - | 3 | - | 3 |
| Intime_Beziehungen | - | 0 | -3 | 0 | - | 1 | -1 | - | - | 2 | - | - |
| **Zusammenfassung** | **8 + 6 – 4=** | **4 + 5 – 6=** | **8 + 7 – 5 =** | **13 + 4 – 1=** | **5 + 8 – 2=** | **13 + 2 – 2=** | **5 + 7 – 8=** | **5 + 6 – 4=** | **9 + 2- 6=** | **10 + 3 – 3=** | **4 + 9 – 7=** | **8 + 4 – 2=** |

Abbildung 53: Differenzen zwischen Unterstützungsbedarfen (1=niedrig, 5=intensiv) zwischen dem letzten und dem ersten Erhebungsquartal (Q11 minus Q1)

In der untersten Zeile ist jeweils die Gesamtzahl der Hilfebedarfe gebildet worden, die zunehmen (+), abnehmen (-) oder gleich bleiben (=). Um diese Werte vergleichen zu können, müssen sie wegen der unterschiedlichen Anzahl der bestehenden Bedarfe im Einzelfall je-

weils auf die Gesamtzahl prozentuiert werden. Das Ergebnis zeigt Abbildung 54 und verstärkt nochmals das uneinheitliche Bild.

- Bei acht von 24 Teilnehmern kommt es zu Zunahmen von 50 % der Hilfebedarfe und darüber.
- Bei vier von 24 Teilnehmern nehmen 50 % und mehr der Hilfebedarfe ab.
- Bei allen anderen Teilnehmern halten sich halten sich Zunahmen und Abnahmen (unterhalb der 50 % der jeweiligen Gesamtbedarfe) in etwa die Waage.

Bildet man Mittelwerte für die prozentualen Veränderungen über alle Fälle, so ergibt sich im Mittel in der Tat ein Übergewicht der Zunahmen. Im Mittel nehmen 39,6 % der jeweiligen Bedarfe zu, 31,9 % der Bedarfe nehmen ab und rund 28,5 % der jeweiligen Bedarfe bleiben gleich.

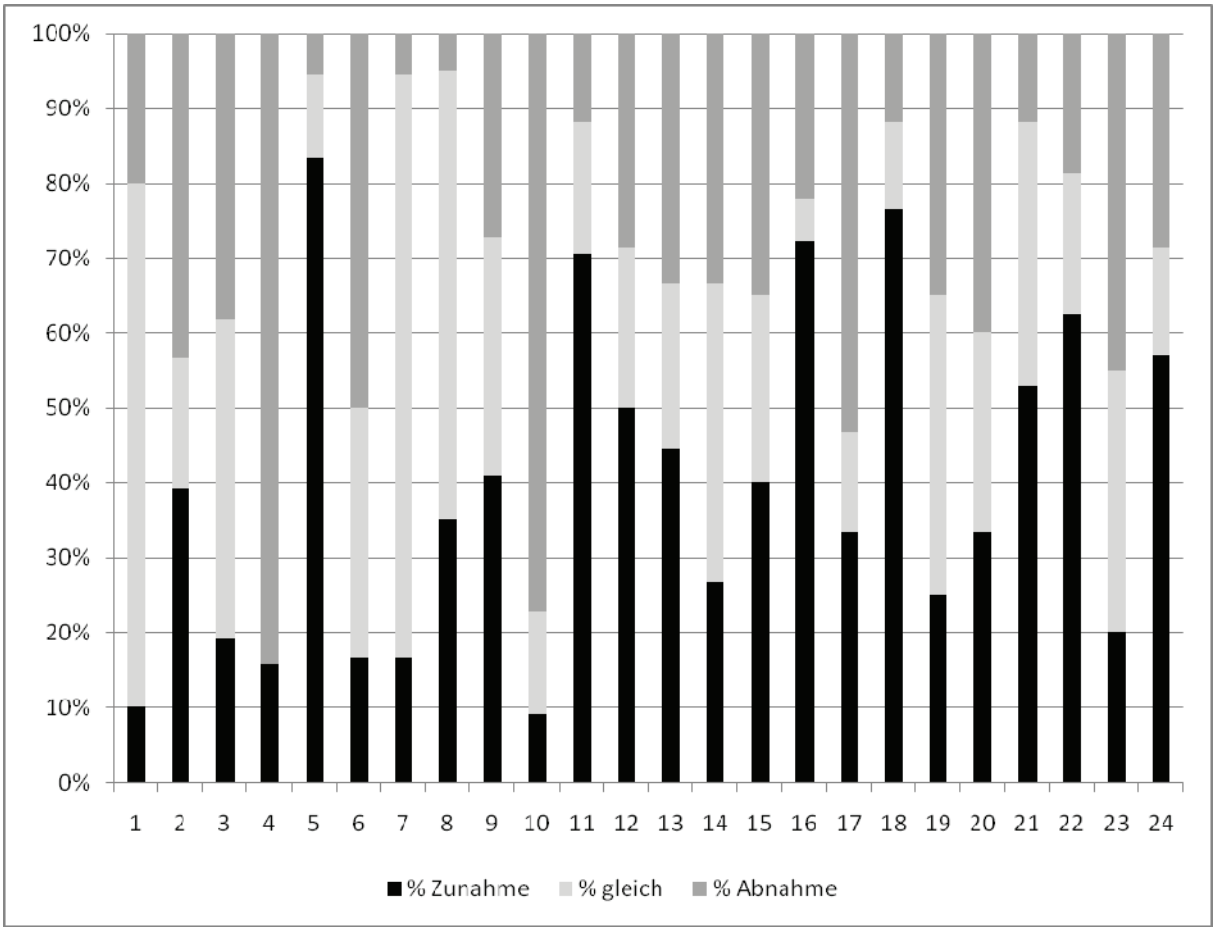



Abbildung 54: Prozentuale Verteilungen von zunehmenden, gleichen und abnehmenden Hilfebedarfen in % der Anzahl der Bedarfe für die einzelnen Klienten (letztes Quartal gegenüber erstem Quartal)

Diese Zunahmen sind insbesondere angesichts des Umstandes, dass sich gleichzeitig eine sukzessive Kostenreduktion vollzieht, schwierig zu erklären.

Es wurde schon wiederholt auf den Umstand hingewiesen, dass eine Ausweitung von Teilhabespielräumen und eine Ausweitung der Bereiche, in denen Selbstständigkeit angestrebt wird, dazu führen kann, dass der Unterstützungsbedarf gleichsam wegen der ansteigenden, jedenfalls veränderten Anforderungen und Bedarfskontexte wächst. Allerdings ergibt sich daraus die, insbesondere vor dem Behinderungsverständnis der ICF, nicht weiter erstaunliche Schlussfolgerung, dass auch der sogenannte Hilfebedarf in hohem Maße kontextbezogen und relational ist. Im Grunde lässt das aber erhebliche Zweifel an den bestehenden Ver-

fahren der Hilfebedarfseinstufung aufkommen. Diese müssen bei genauer Betrachtung immer in einem bestimmten Umfang von der Fiktion ausgehen, es gäbe so etwas wie einen weitgehend unabhängigen Maßstab für eine relativ zeit- und kontextübergreifende „Feststellung“ eines Hilfebedarfs.

Über das Argument der Relationalität der Anforderungen hinaus lassen sich natürlich weitere hypothetische Erklärungen mobilisieren, die aber alle diese Relativierung eher verstärken. Dazu gehört sicher der ebenfalls bereits erwähnte Punkt, dass – egal wer sie vollzieht – die Einschätzung eines Hilfebedarfs immer auch den Charakter eines subjektiven Werturteils hat. Die Bereiche Ernährung und Umgang mit Geld können beispielhaft zur Erklärung dieses Problems herangezogen werden. Bei einem Unterstützungsbedarf im Bereich Ernährung liegt es nahe, anzunehmen, dass hier der Fokus auf einer „gesunden“ Ernährung liegt. Es gibt jedoch äußerst unterschiedliche Vorstellungen, was gesundes Essen überhaupt ist. Ein Vegetarier wird darauf eine andere Antwort finden, als ein Fleischesser (und möglicherweise bei dem Fleischesser einen Unterstützungsbedarf unterstellen, zur Einsicht über richtiges Essen gebracht zu werden). Grundlegende und allgemeingültige, objektive Standards sind hier schwer auszumachen. Aus einem normativen Blickwinkel ist es wahrscheinlich die „falsche“ Entscheidung, einen hohen Anteil des spärlichen Taschengelds für Alkohol und Zigaretten zu investieren. Man könnte daraus einen „Hilfebedarf“ konstruieren. Zur Nutzung von Teilhabemöglichkeiten ist ein Theaterbesuch akzeptiert und erwünscht, der Besuch einer Gaststätte, bei dem Alkohol konsumiert wird, jedoch nicht. Gerade deshalb ist es schwierig einzuschätzen, ob ein Hilfebedarf besteht oder nicht. Dahinter steht in Wirklichkeit ein Dissens über Lebensstile. Natürlich hat diese Argumentation Grenzen, wenn es etwa zu einer Mangelernährung (nach medizinischen Kriterien) oder zu einer Überschuldung käme. Dennoch zeigen diese Überlegungen: Es gibt ein erhebliches, normatives Dunkelfeld bei der Bestimmung von Hilfebedarfen. Dessen Bedeutung dürfte gerade dann zunehmen, wenn sich bei Klienten im Gefolge von Ambulantisierungsprozessen eigene Vorstellungen über Lebensstile heraus bilden.

Auffällig ist auch, dass die Anzahl der Bedarfsbereiche im Vergleich des letzten zum ersten Quartal fast durchgehend bei allen Klienten zunimmt. Im Durchschnitt steigt die Anzahl der Bereiche pro Klient, in denen ein Bedarf gesehen wird, von 15 im ersten Quartal auf 19 im letzten Quartal an, bei diesem Wert bleibt es auch im abW-Status. Hier könnte zum einen der Faktor eine Rolle spielen, dass sich mit zunehmender Vertrautheit mit Lebensweise und Bedürfnissen von Klienten auch eine zunehmend differenzierte Einsicht in Unterstützungsbedarfe ergibt. Nicht auszuschließen ist dann aber auch eine strategische Komponente – etwa im Hinblick auf das Verlangen, im ambulant betreuten Wohnen möglichst hohe Bedarfslagen zu signalisieren, um dem Klienten eine möglichst optimale Versorgung zu gewährleisten.

Man könnte nun erwarten, dass von denselben Mitarbeitern bei steigenden Unterstützungsbedarfen und zugleich sinkenden Finanzmitteln (Degressionen im Projekt, Übergang ins abW) konsistent in diesem Sinne auch eine zunehmende Nicht-Deckung der Bedarfe zum Ausdruck gebracht wird. Gerade wenn Mitarbeiter strategisch ankreuzen würden, wäre das der einzige Weg, um mehr Mittel zu begründen. Aber genau dies ist nicht der Fall.

Die Mitarbeiter, die – ggf. zusammen mit den Klienten – in jedem Quartal und für 35 Bedarfsbereiche die Angaben zum Hilfebedarf machten, sollten dabei auch ankreuzen, ob dieser Bedarf im laufenden Quartal gedeckt, nicht gedeckt oder nur bedingt gedeckt werden konnte. Über die Gründe von nur bedingten oder Nicht-Deckungen von Bedarfen wurde bereits in Abschnitt 5.2.7 einiges berichtet.

Abbildung 55 zeigt nun die prozentuale Verteilung gedeckter, nicht gedeckter und nur bedingt gedeckter Hilfebedarfe der ProSeLe-Klienten, jeweils für das erste und letzte Quartal in ProSeLe sowie für das erste Quartal im regulären Status des ambulant betreuten Woh-

nens nach Auslaufen von ProSeLe.[44] Überraschenderweise bleiben die prozentualen Anteile nahezu unverändert. Es werden 86 % der wahrgenommenen Bedarfe gedeckt. Nur etwa 3 % der Bedarfe werden nicht und – je nachdem – zwischen 10 und 12 % der Bedarfe bedingt gedeckt. Die beiden letzten Anteile verschieben sich jeweils geringfügig im Quartalsvergleich, bilden aber zusammen konstant jeweils einen Anteil von 14 % der bestehenden Bedarfe insgesamt.

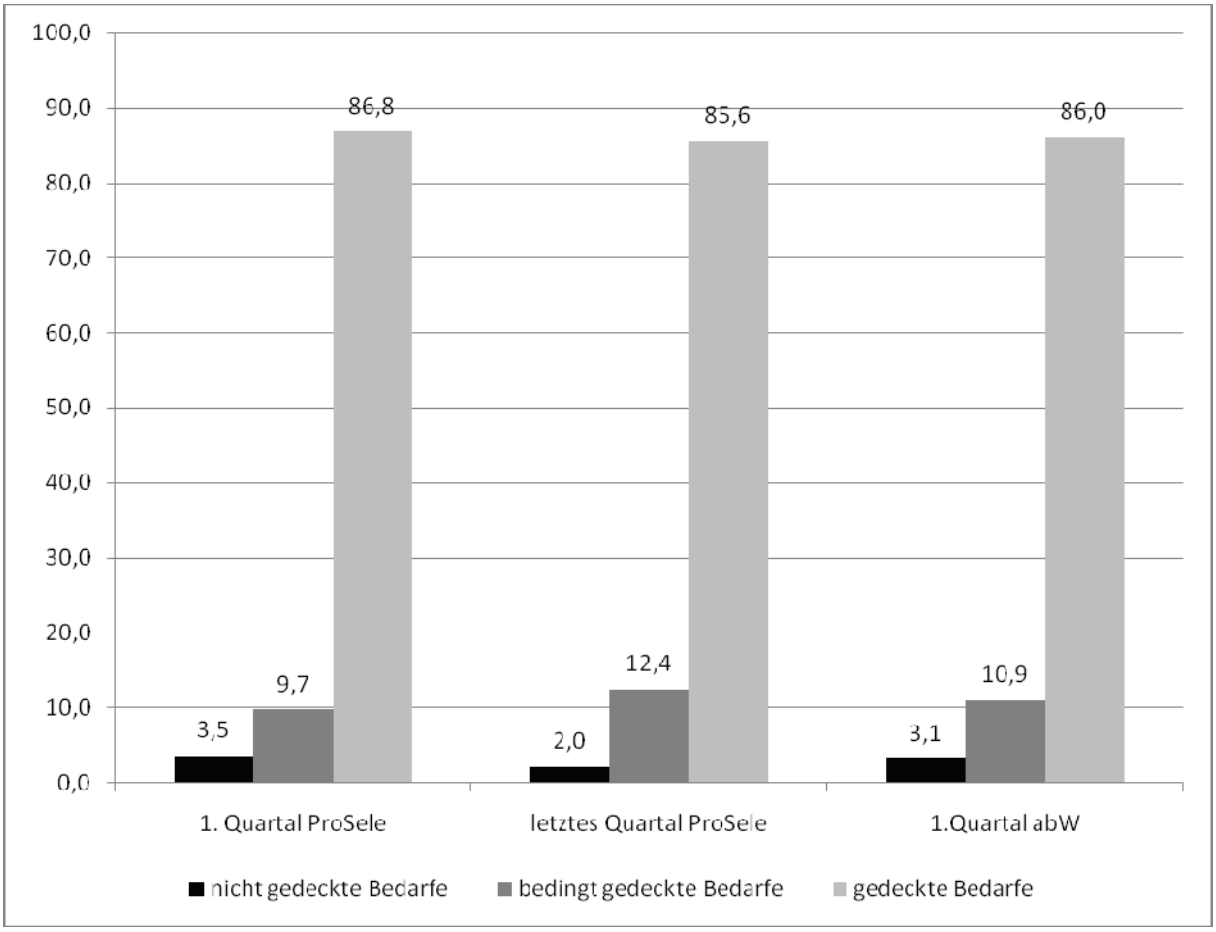



Abbildung 55: Vergleich der Bedarfsdeckung 1. Quartal ProSeLe/letztes Quartal ProSeLe/1. Quartal abW

Daraus lässt sich nur der Schluss ziehen: Der Grad der wahrgenommenen Bedarfsdeckung steht im Verlauf von und im Anschluss an ProSeLe in keinerlei Zusammenhang zu Form und Umfang der Finanzierung. Denn im ersten Quartal gab es einen Kostensatz, der an den stationären Kostensatz angelehnt war. Im letzten Quartal galt ein zweimal einer Degression unterworfener Satz. Im ersten abW-Quartal galten die regulären Sätze des ambulant betreuten Wohnens im Landkreis Reutlingen (vgl. oben Abschnitt 3.2). Bei diesem Bild bleibt es auch, wenn man die Einzelfälle betrachtet: Es gibt durch die Quartale hinweg eine relativ konstante Zahl von elf bis 13 Klienten, bei denen eine volle Bedarfsdeckung registriert wird. Sechs Klienten liegen *unter* dem Durchschnittswert von 86 % gedeckten Bedarfen, aber dieser Wert bleibt exakt der gleiche, über alle Quartale. Dabei handelt es sich in der Regel um dieselben Klienten. Beispielsweise lag der Anteil von nur bedingt gedeckten Bedarfen bei Bernd Groß über alle Quartale sehr hoch, weil er eine geringe Bereitschaft zur Kooperation mit dem Mitarbeiter zeigte, bestimmte ihm angesonnene Aktivitäten dezidiert ablehnte. Die qualitative Betrachtung ergibt darüber hinaus, dass er sich am falschen Ort fühlt. Der andere Fall mit einem sehr hohen Anteil nur bedingt gedeckter Bedarfe ist Sonja Matt, auch hier

[44] Dabei geht es nur um faktisch bestehende Bedarfe der Klienten. Das sind insgesamt 371 im 1. Quartal, 451 im letzten Quartal und 458 im ersten abW-Quartal.

bestehen Differenzen zu Ort, Notwendigkeit und Umfang professioneller Betreuung. In beiden Fällen liegt also kein Zusammenhang zur Finanzierung vor.

*

Es bleibt insofern bei dem Fazit: was für Behinderung gilt, dass sie ein durch und durch relationales Phänomen ist (Kastl 2010: 44 f., 116), das gilt logischerweise auch für den Unterstützungsbedarf. Er besteht der Art und dem Umfang nach immer in Relation zu einer konkreten Lebenssituation. Es macht also einen erheblichen Unterschied, ob jemand in einem stationären Setting Unterstützung benötigt oder in einer eigenen Wohnung in einem veränderten Umfeld. Neue Lebenslagen schaffen neue Bedarfe, aber sie verändern ganz offensichtlich auch die individuellen und sozialen Mittel und Wege sie zu decken oder auch irgendwie mit ihnen zu leben. Zur Erklärung der Frage, wie die Klienten trotz wahrgenommener Zunahme von Bedarfen doch bei geringerem Mitteleinsatz eine nahezu unveränderte Bedarfsdeckung erzielen, hat die Inanspruchnahme von ehrenamtlicher Tätigkeit oder eine Aufgabenteilung im Rahmen eines professionellen Hilfemix' zwar beigetragen, aber im Umfang bleiben sie insgesamt doch eher begrenzt und flankierend.

Gewichtiger scheint das Argument, dass Klienten aufgrund der anderen sozialräumlichen und soziobiografischen Lebenssituation insgesamt besser zurechtkommen, auch mit neu entstandenen und neu entstehenden Unterstützungsbedarfen. Dabei können implizite Kompetenzzuwächse, sozialräumliche Ressourcen und neu entstandene Beziehungen (Freundschaften, Familie) eine Rolle spielen, ohne überhaupt als solche bzw. als „Unterstützungsleistungen“ thematisch zu werden. Eine weitere Folge des ambulanten Settings kann eine durch die zunehmende Erfahrung und Individualisierung der Hilfeerbringung geschärfte und effektivere Ausrichtung professioneller Hilfe die Folge sein. Möglicherweise verändern sich nämlich auch Formen professioneller Intervention mit dem Umstand, dass man zum Zeugen einer autonomeren Lebensführung der Klienten wird. Aus zeitintensivem Betreuen muss (fast notgedrungen) ein gut platzierter Impuls, Anstoß, eine richtige Äußerung zur richtigen Zeit werden. Auch dafür gab es immer wieder kleine Beispiele in den abschließenden Gruppendiskussionen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Eine Veränderung der Wohnsituation heißt aber auf Seiten der Klienten auch eine Veränderung des Lebenszusammenhangs als Ganzem und das wiederum kann die Blickrichtung auf das eigene Leben, das Entstehen oder Neuentstehen einer biografischen Perspektive mit sich bringen. Eine solche Veränderung hat Auswirkungen auf die eigene Handlungsfähigkeit, („Selbstständigkeit“). Sie beinhaltet auch mit den Grenzen eigener Handlungsfähigkeit besser zurecht zu kommen und zu einem veränderten Umgang mit eigenen Bedürfnissen und Bedarfen zu gelangen. Uns liegt daher daran, abschließend nochmals wenigstens andeutungsweise den individuellen Zusammenhang von Wohnen und Leben ins Spiel zu bringen, von dem diese Arbeit ausgegangen ist.

## 6.2. Wohnsituation und biografische Passung

Wenn es nur darum ginge, eine Erfolgsbilanz auf der Ebene objektivierbarer Projektziele vorzulegen, könnte dieser Bericht mit den bereits vorgestellten Zielerreichungskriterien enden: Projektziel abW erreicht, Selbstständigkeit/Teilhabe bei der Mehrheit der Teilnehmer erhöht, hoher Deckungsgrad der Unterstützungsbedarfe, Senkung der durchschnittlichen Fallkosten. Wir möchten in Fortsetzung der eben aufgeworfenen Fragen aber noch ein anspruchsvolleres Kriterium ins Spiel bringen. Man könnte dieses Kriterium mit dem Begriff einer soziobiografischen Passung umschreiben. Damit ist gemeint, ob die Teilnehmer den Übergang in eine neue Wohnform nicht nur als eine weitere „Rehabilitationsmaßnahme" betrachten, sondern ob dieser Übergang vor dem Hintergrund ihrer Vorgeschichte und des bisherigen Lebensverlaufes auch eine individuelle Bedeutung hat, ob sie mit ihrer neuen Lebenssituation (auch subjektiv) „etwas anfangen können". Hierbei geht es in einem doppelten Sinn um eine biografische Dimension: „etwas anfangen" bedeutet im Deutschen „etwas beginnen" und „etwas verstehen". Es geht darum, aus einem bestimmten Verständnis seines Lebens heraus etwas zu beginnen oder neu zu beginnen.

Für die Tragfähigkeit des Übergangsgeschehens scheint uns besonders die Vorgeschichte der Klienten eine Rolle zu spielen sowie die Frage, inwiefern es gelungen ist, an vorhandene Ressourcen aber auch an „biografische Problemstellungen" anzuknüpfen. Für einen Menschen, der in einem Ablöseprozess von der Herkunftsfamilie in die eigene Wohnung zieht, stellen sich sicherlich andere Passungsfragen als für jemanden, der bereits mehrere Jahre selbstständig gewohnt hat und nun nach einer Phase der stationären Unterbringung wieder alleine oder mit Partner wohnen möchte.

Man kommt nicht umhin, in diesem Zusammenhang den hochgradig wertbeladenen Begriff „Glück" ins Spiel zu bringen. Menschen wollen in der Regel so leben, dass dadurch bescheidene oder weitergehende, große und kleine, alltägliche und außeralltägliche Erfahrungen von Glück zumindest nicht völlig außer Reichweite sind. „Glück" hat aber etwas mit Passungserfahrungen zu tun. Eine mögliche Ableitung des Worts Glück hebt auf die gemeinsame Herkunft mit dem Wort „Lücke" ab. Das dazugehörige Verb „lukan" bedeutet (sich) schließen, zusammen laufen.[45] Wenn uns „etwas glückt", wir „Glück haben", oder auch „glücklich sind", dann passt etwas zusammen: Umstände und Wünsche, äußere Situation und innere Bedürfnisse, Identitätsentwurf und Milieu, Disposition und Position verbinden sich, ähnlich wie bei einem LEGO-Spiel oder einem Puzzle, auch wenn dieser Vergleich eigentlich zu mechanistisch ist. Passen Teile nicht zusammen, funktioniert Dinge nicht oder stehen zumindest auf wackeligen Beinen. Im schlechtesten Fall setzt man sich darüber hinweg, wendet möglicherweise Gewalt an, um eine Passung herzustellen und zerstört dadurch die Teile. Im Idealfall passt sofort der erste Versuch. Oftmals muss man sich die Sache genau anschauen, abwägen und vielleicht ausprobieren, was zusammenpasst. Wenn nicht, kann man korrigieren und einen neuen Versuch starten – mit dem misslungenen oder nicht zu Ende geführten Versuch als Lernhintergrund. Auch Glück spielt dabei eine Rolle.

Wir gehen davon aus, dass eine professionelle Begleitung solche Passungsverhältnisse im Blick haben muss. Voraussetzung ist die Auseinandersetzung mit der betroffenen Person und ihren Eigenschaften, dazu gehören neben vorhandenen Kompetenzen für die Alltagsbewältigung logischerweise auch ihre biografischen Besonderheiten. Ein Übergang ist unser Erachtens besonders dann gelungen, wenn die betroffene Person mit der neuen Situation etwas verbindet – sie an etwas anknüpfen kann. Ob das so ist, kann letztlich nur die Person selbst entscheiden. Die folgenden Überlegungen sollen eine solche Entscheidung nicht stellvertretend vollziehen, sondern auf der Grundlage der uns zugänglichen Hintergründe, Erzählungen, Aussagen und Selbstdeutungen der Teilnehmer von ProSeLe Argumente für die eine oder andere Variante ins Spiel bringen.

[45] Beispielsweise, wenn ein Zimmermann eine Balkenkonstruktion zusammenfügt und die Teile gut ineinander greifen, die Zapfenverbindungen einklinken, „passen": Glück gehabt!

Wir erinnern zunächst in einigen kurzen Sätzen die Situation und schließen dann jeweils einige typenbezogene Überlegungen an.

### 6.2.1 Teilnehmer mit einem früh und kontinuierlich institutionsgeprägten Lebenslauf (Tendenz zu Typ A)

> „Ja zum Beispiel n Kumpel von mir, der wo in der Werkstatt arbeitet mit mir und kommt mal n Abend zu mir und gucken Fernsehn und Musik hören. Also ja die von der Werkstatt halt."

***Heinz Anter (28 J.)*:** Nach langer vergeblicher Jobsuche (sie endet in der WfbM), parallel zu (deswegen) auftretenden familiären Konflikten wird Heinz Anter, vermittelt von der WfbM, ins Trainingswohnen aufgenommen. Er will wegen des Drucks der in Sachen Arbeit auf ihn ausgeübt wird, nicht mehr zu Hause bleiben, sieht sich aber auch nicht in der Lage, seine Wohnsituation selbst in die Hand zu nehmen. Ein Übergang ins abW ist lange Zeit für ihn selbst nicht denkbar. Sein depressiver Zustand hält an, er hat keinerlei Antrieb, um eine selbstständigere Wohnsituation zu gestalten. Das Moratorium des Trainingswohnens verlängert sich immer weiter bis hinein in die Zeit von ProSeLe. Er zieht erst zwei Jahre später in eine ambulant betreute WG. Sein psychischer Zustand ist immer noch labil, aber er findet neue Freunde und kann die familiäre Situation selbstständig entschärfen. Am Ende des Projekts gibt es erste Anzeichen für längerfristige Lebenspläne, er äußert den Wunsch, irgendwann mit seiner Freundin zusammen zu ziehen. Das Moratorium des Trainingswohnens hat er aber nun hinter sich gelassen, eine Zukunft jenseits der Depression wird sichtbar.

*

> „Ja, also ich sehe meine Schwester jetzt grad öfter, weil sie ist umgezogen und hat bis jetzt noch keine Waschmaschine und hat auch noch kein Geld um sich des zu leisten und ja dann kommt sie ab und zu mir und bringt mir die Wäsche oder ich hol' sie ab. Ja, und dann wasch' ich sie hier, sie hat keine andere Möglichkeit, doch sie hätt' schon noch eine, aber die andere Möglichkeit, wo sie waschen könnte, wohnen soviel Frauen und da hat se halt ein bisschen Angst, dass es da wegkommt, dass die anderen es da auch klauen. So is' es. Jetzt hat se halt mich gefragt und die wohnt Straße auf'm Kreisverkehr (?), 'n Stück weiter unten wohnt se und dann hat se's ja nicht weit eigentlich hier. Die is' auch schnell bei mir."

***Silke Bart (23 J.)*:** Sie erlebt eine Kindheit unter sehr schwierigen Umständen (Gewalt, die vom Vater ausgeht, Krebserkrankung der Mutter), wächst im Kinder- und Jugendheim und bei Pflegefamilien auf, zieht mit Beendigung der Schulzeit in eine stationäre Wohngruppe und arbeitet in der WfbM. Während der Zeit in der Wohngruppe kommt es teilweise zu gewalttätigen Auseinandersetzungen mit ihrem Partner. Sie kann sich zunächst nicht, später immer besser distanzieren. Im Projekt erfährt Frau Bart sehr hohe Selbstständigkeitsgewinne im Bereich instrumenteller Kompetenzen. Das gleichermaßen sehr enge Verhältnis zu ihrer Betreuerin lockert sich auf eine organische Weise. Die Betreuerin selbst nimmt eine deutliche emotionale Ablösung wahr. Die Partnerschaft zu ihrem Freund wird beendet. In ihrer Freizeit ist Silke Bart sehr aktiv. Sie ist eingebunden in ein dichtes Netz von Bezugspersonen, Unterstützern und Freizeitaktivitäten. Das Übergangsgeschehen hat deutliche Züge eines Ablösungsgeschehens, in dem sie sich sukzessive aus emotionalen Verstrickungen und Überengagements löst und weiter löst.

*

> „Da unten steht au a Terrasse, da, da, da tun mer au immer s Laub weg. Und den, den, den, den Schacht vor de Türe weg und dann tun ma immer ausputze. Und ähm, na tun ma no, kriege ma no stühle. Wie heißt ma des, die Stühl, Tische, alles drum und dra. So a Pergola oder so, was nennt ma des. Und na kann ma grille, na kann ma esse, na kann ma frühstücke, alles drum und dran. Und wenn was zum Kehre gibt, dann kehre ma zsammen. Da gibts n ältere Mann,

> der tut au no mit uns kehre und na tun ma immer kehre, schö. Und und und Erlebnis grad no gnug. Normalerweise wäre heute, wär morgen um sechse, na han i gsagt, i bin so müde und bin krank und dann, äh, dann kann i halt bald ins Bett. 'Ja des machsch.' Jetzt könnet se alloi. Weil am samstag waret ma walke und dann gange ma Wilhelma. Da warema in der Donau am Samstag, wo's arschkalt war."

***Karl Bebel (43 J.)*:** Nach langem Verbleib in der Herkunftsfamilie (Vater), zieht Herr Bebel mit Mitte 30 in eine stationär betreute Wohngruppe der Behindertenhilfe. Er ist in der Freizeit sehr aktiv und arbeitet in der WfbM. Sein Umzug in eine Wohnung, die ihm mehr Spielräume gibt, ist ihm sehr wichtig. So kümmert er sich freiwillig um die Pflege des Gartens. Mit dem Umzug und dem Wechsel der Zuständigkeit zur Sozialpsychiatrie macht er deutliche Fortschritte in der selbstständigen Erledigung von Haushaltsarbeiten und will soweit nichts an seiner Wohnsituation ändern. Er hat Freunde, unterhält eine Beziehung zu einer Partnerin, lebt nach wie vor in Reichweite von stationären Strukturen, für ihn eine Bedingung für die erreichte Verselbstständigung. Die Stabilität dieser Bedingungen ist ihm wichtig. Er möchte so leben.

*

> „Zwischen dieses Jahr und letztes Jahr in Zukunft möchte ich, dass ich endlich irgendwann neue Freundin findet, <...> und ich hoffe, dass ein Punkt n bisschen einsetzet, dass net nach zu nach woran ersetzen kann. Erstmal n eignen Seite und andre Seite möchte ich gerne sagen möchte, dass ich endlich jetzt soweit jemand anders zu mir kommt. Des isch also sehr gut so weit. Dass i ne eigene Freundin irgendwann äh einhändt (?). Dass ich danach zu nach sehr gut geht, aber ohne Freundin finde ich für mich nicht sehr gut, weil, warum - weil ich Nacht für Nacht immer alleine ist."

***Theo Ast (34 J.):*** Der Zeit in der Wohngruppe geht eine lange, aber positiv erinnerte Phase in einem Internat für Sinnesbehinderte voraus. Er tritt nach der Schule in eine WfbM ein und zieht nach dem Tod des Vaters in einen stationären Wohnkontext. Seine neue Wohnung gefällt ihm gut. Er richtet sich gerne ein, räumt immer wieder die Wohnung um, braucht in instrumentellen Bereichen im Haushalt immer weniger Hilfe. Aber es bleibt ein Wunsch nach mehr Sozialkontakten (Freundin) und einer anderen Arbeit. Dort kommt es, auch wegen der schwierigen Verständigung, immer wieder zu Konflikten. Theo Ast wohnt sehr autonom und selbstständig, er hat Kontakte zu seiner Familie, grenzt sich aber auch bewusst ab. Er hat klar artikulierte Perspektiven vor Augen: Sie bestehen darin, eine Partnerin zu finden, seine Arbeitssituation zu verbessern und besser sprechen zu können.

*

> „ Hm für mich is des n bissle n Unterschied so, dass i jetzt dahanne wohn. Mir hänt's au g'schafft, dass i dahanne g'schafft hab, dass i dahanne wohne. Des hat gut auf den Weg gebracht, dass i dahanne jetzt wohne. <...> Ach ja, halt, i bin auf gutem Weg daher. Auf dem besten Weg. I han's g'schafft, dass i dahanne wohn. ... I han des scho welle, dass i alloi wohne dät.... i wollt alloi dahanne alloi wohne. Irgendwie selbstständig machen, jetzt mit dem Bruder."

***Franz und Otto Kipp (31 J., 42 J.)*:** Beide wohnen schon ihr Leben lang zusammen, auch in der Wohngruppe und im Wohntraining. Ihre Kindheit und Jugend ist bestimmt von deprivierenden Erfahrungen, der Gewaltausübung durch den alkoholabhängigen Vater und der sozialen Marginalisierung. Sie bilden im stationären Bereich und auch während ProSeLe eine verschworene Schicksalsgemeinschaft. Sie kommen zurecht, aber sie bleiben nach außen verschlossen wie zuvor. Die Wohnung ist ohne jegliche persönliche Note. Die Öffnung gegenüber einer wie immer gearteten sozialen Umwelt, etwa zum noch lebenden Bruder, ist schwierig. Es ist, scheinen die Brüder sagen zu wollen, die entscheidende biografische Leistung gewesen, das „geschafft" zu haben. Die Wohnsituation lebt – nach wie vor im Gravitationszentrum der institutionellen Behindertenhilfe – von diesem Perfekt. Es scheint den Brüdern genau um Stabilität und Sicherung dieses Erreichten zu gehen.

*

„Und sei Mama war au dagege, die isch au dagege aber des pfff im Prinzip müsset mir des wisse, du. Im Prinzip müsset mir des wisse, egal ob sei Mama da dagege isch oder itte. <...> Ja also, da han i de Eidruck, dass d Mama, dass die Mama mi it mag. Aber isch mir egal, ob sie mi leide ka oder it. Des wär natürlich scho schö. Aber i ka's ja au it zwinge. Und wenn i doch de Berthold lieb, na goht des, na goht doch des die wohl nix a."
„I find des Ganze so gut, wie's isch. Da braucht sich meines Wissens nemme viel ändra."

***Thea Knoll (32 J.):*** Thea Knoll wächst nach dem Tod des Vaters allein mit der Mutter und den Geschwistern in stabilen und anregenden familiären Verhältnissen in dörflicher Umgebung auf. Nach der Schule arbeitet sie in einer WfbM und absolviert mit 28 Jahren eine Wohntrainingsmaßnahme, bewusst, um sich von zu Hause abzunabeln und mit einem Freund zusammen zu ziehen. Die Trennung vom Freund führt sie in einen Suizidversuch. Im Projekt wohnt Thea Knoll zuerst institutionsnah alleine und dann mit ihrem neuen Partner zusammen. Sie ist sehr aktiv, pflegt gute Kontakte zur Nachbarschaft, zur Mutter, Schwester und Verwandtschaft, ist selbstsicher und reflektiert und weiß ihren Willen durchzusetzen. Sie wird zunehmend selbstständiger, unternimmt mit ihrem Freund regelmäßig Ausflüge und fühlt sich wohl. Sie hat ProSeLe mit einem eigenen biografischen Projekt verknüpft und dieses Projekt mit großer Energie noch in der Laufzeit realisiert. Auch für sie bleiben die sozialen Beziehungsnetze der Behindertenhilfe präsent, aber ihr gelingt eine scheinbar tragfähige Verknüpfung mit lebensweltlichen Bezügen. Sie denkt an Heirat.

*

„Man hat keine so Freiheiten g'hett, wie, wie jetzt. Da musst man sich immer abmelden, zurückmelden wenn ma' kommt. Na ja, ich weiß net, des war immer nervig ein bisschen, aber man muss ja sich abmelden. Und jetzt ist's einfach besser. Man hat niemand, was heißt niemand, der was auf dich aufpasst oder so, zu gucken, wann Du nach Hause kommst, oder wann Du aus dem Haus gehst. Einfach alles, des isch viel besser."
„Erstmal alleine mein Leben auf die Reihe kriegen und danach mit ihr [der Freundin] den Anfang machen."

***Manfred Klein (23 J.)*:** Mit 17 Jahren zieht er vom Elternhaus auf Anraten seiner Mutter in eine Wohngruppe der Behindertenhilfe. Zuvor wechselt er von der Hauptschule auf die Sonderschule. Er arbeitet dann in der WfbM, ist dort aber unterfordert, weshalb immer wieder Fehlzeiten auftreten. Im Projekt zieht er in seine eigene Wohnung. Der Umzug sei laut Bezugspersonen längst überfällig gewesen, da er sehr selbstständig sei, sich aber bisher zu unsicher war. Er trifft sich oft mit seinen (nichtbehinderten) Freunden. Er übernimmt in der Laufzeit des Projekts Verantwortung für Mutter und seinen Stiefvater (dieser ist an Krebs erkrankt) sowie für die Eltern der Partnerin. Allerdings benötigt er selbst immer wieder emotionalen Rückhalt. Manfred Klein ist gut in soziale Netzwerke außerhalb institutioneller Hilfestrukturen integriert und benötigt allenfalls selektiv Unterstützung. Er lebt schon in der Laufzeit von ProSeLe „sein" Leben und scheint das – auch im Vergleich zur vorherigen Situation – sehr zu genießen und als Emanzipationsprozess aufzufassen. Mit der Freundin zusammen zu ziehen ist sein Plan, aber es hat keine Eile damit.

*

„I schreib immer oba in Kalender alles auf, wenn da gelbe Sack raus kommt. Raus, fuffzehnter obends und sechzehnter holet se ab, gelber Sack raus. Am Montag. Da bring i den naus. Ja naus, bring i naus. Und de lass i no do. I han gelbe Säck gnug. Im Rathaus kriegt mr di da umasonscht. I hab die Frau gsagt, dr' Frau Bauer „Oh, do isch jo no - koi -, wo isch dr, der gelbe Sack? Wo kriegt ma des?" „Da in de Eck stohts, dr gelbe Sack, do könn mr rausnemma," hat se gsagt, die Frau. „Muss mr des zahla?" „Noi, des krieget se umasonsch." Prima so. Zwoi Rolla mitgnomma. Gelbe Säck. Hab alles do no. D'sch prima. Und no du i immer eifülla, gelbe Sack immer no. Wenn der ganz voll isch, zsamma binda so und bring'n naus in Schuppa. Do vorn' in

> dn Schuppa naus, naus dua. Alles stellet se da no, d'Nochbarschaft. Alles wunderbar. Des klappt alles wonderbar no hier. Do wirsch net beläschdigt von niemand, des isch gut. Auf dr Stroß lasset se mi naus. I sag alle guta Morga un schena Dag und Tschüss, sag i. Und no gang i eikaufa. Saget se: „Gesch scho wieder eikaufa?“ „Jo, i geh wieder eikaufa,“ sag i. <lacht laut> Die sin, die Leut sin alle nett un freundlich zu mir. Die hen mi sogar scho mitnemma wolla mit'm Auto. Die saget zu mir, die saget zu mir „Kann i se mitnemma, Frau Luft, wo wellet se na?“ Noi, i gang zu Fuß, immer glaufa. Weil i Bewegung brauch, gell, jeden Dag Bewegung hab. Naus an'd frisch Luft. Da wird ma gsond, von dr' frisch Luft draußa. Isch prima so, ge, isch guad so. I du v, äh, viel naus an'd frisch Luft, bewega du i mi viel.“

***Leila Luft (46 J.)*:** Sie zieht nach einer Phase der psychischen Destabilisierung mit Mitte 20in einen sozialpsychiatrischen Wohnverbund, arbeitet in der WfbM und ist fast zwei Jahrzehnte mit ihrem Partner liiert. Das Ende der Partnerschaft führt in eine weitere Phase der psychischen Destabilisierung und eine intensivere stationäre Betreuung. Im Projekt wohnt sie zum ersten Mal alleine und will das unbedingt beibehalten. Sie geht nicht arbeiten, hat aufgrund ihres hohen Bedarfs auch viele verschiedene Helferinnen, wird aber zunehmend selbstständiger und emotional autonomer. Sie sieht die Wohnsituation alleine auch als Lösung eines biografischen Problems, des problematischen Zusammenlebens mit ihrem Partner an. Sie ist stolz auf die eigene Selbstständigkeit, die Wohnung und die Einbettung in eine normale Nachbarschaft. Sie will allerdings keine intensiveren sozialen Kontakte, hält auf Distanz. Das Wohnen selbst und als solches scheint ihr (biografisches) Projekt zu sein.

*

### *Im Übergang zum Typus C*

> Nipp: Dann ham wir uns den Generaler kommen lassen und hen Wohnungen angeschaut und jedes Mal ham se uns gsagt, sie rufen an, aber dann war ne Absage wieder und keiner hat Bescheid gegeben und dann hemm mas angekuckt, aber des Sozialamt hats net übernommen die Kosten. Dann musst ma wieder weitersuchen. Bis hier. Ja gut. Ein Zimmer, Schlafzimmer alles in einem, aber <.> was kann ma heutzutage aussuchen noch.
> Interviewer: Wärs Ihnen lieber, wenn mehrere Zimmer da wären, oder?
> N: Ja, zwei so. Schlafzimmer extra und Küche. Isch halt da Gschmack, wenn ma kocht, muss ma halt d Fenschter aufmachen und Türen. <...> Jetzt störts halt, weil ich so leb. Meine Freundin hat au gsagt, sie hats au bloß so wie ich. Sie wie au a andrer. No sagt se: 'Man muss nemma was ma kriegt'. Vielleicht tut sich a mal was und such mir a andere Wohnung. <.> Aber wer halt näh isch, hab den Aldi und hab den Edeka. Weil ich auch schwer zu Fuß bin.

***Lise Nipp (49 J.)*:** Lise Nipp tritt nach Abschluss der Sonderschule für geistig behinderte Menschen in eine WfbM ein. Sie lebt aber bis zu einem Unfall im Elternhaus. Sie kümmerte sich um das Haus und die Pflege der alten Eltern. Nach dem Tod des Vaters stellt sich eine zunehmende Überforderung mit der Haushaltsführung und der Pflege der Mutter ein. Im Gefolge einer sich verstärkenden Alkoholabhängigkeit kommt es zu einem Verkehrsunfall. Ihr Bruder sorgt – gegen ihren Willen – für eine stationäre Betreuung. Im Projekt bewohnt Frau Nipp eine kleine Einzimmerwohnung, die sehr voll gestellt wirkt (sie bewohnte zuvor ein Haus). Sie ist an sich in der Lage, ihren Haushalt selbstständig zu führen. Ihre Wohnsituation ist allerdings von Problemen geprägt, die mit Geld und dem ambivalenten Verhältnis zu ihrem Neffen und ihrem Bruder zu tun haben. Ihre Wohnsituation ist für sie mittelfristig offen, weil eine Reihe biografischer Themen (Partnerschaft, Verhältnis zu Bruder und Familie) offen und ungeklärt sind. Möglicherweise fühlt sie sich ausgeschlossen von dem Leben ihrer Familie am Herkunftsort und deplatziert am Ort ihrer jetzigen Wohnung. Eine Verbesserung ihrer Situation würde eine Bearbeitung dieser biografischen Thematik erfordern.

*

> Interviewer:Vielleicht eine Frage noch <> wie is <> wie würden sie sich denn ihr Leben in zehn Jahren vorstellen, was denken sie wie ihr Leben da aussieht?
> Kruck: Ganz andersch. <...> Und zwar, und zwar <> hm, mit Swimmingpool. Und un n großes

> Haus und <> schöne große Garage, aber koi Au <> oder mit Auto stell ich mir des immer vor, aber des geht ja nich für mi. Des stell ich mir einfach so vor <> im Tr <> im Traum kommt des alles vor, aber in der Wirklichkeit geht des nie.
> I: Und was denken Se, wie's in Wirklichkeit aussieht in zehn Jahren?
> K: Ganz andersch.
> I: Wie?
> K: Ha <> da bi da bin i wahrscheinlich ganz schön alt.
> I: Und wie, was denken Se, wie sie da leben werden oder werden se dann noch hier wohnen oder wo anders wahrscheinlich?
> K: Ha. Des is noch die Frage der Sterne ey echt. Weiß ma halt nich, was alles kommt. Wissn ma nich, was was was alles auf uns, was noch auf uns zukommt noch."

***Bernd Kruck (46 J.):*** Ähnlich wie Luise Nipp tritt Bernd Kruck nach der Schule in eine WfbM ein, aber er zieht erst später – auf Veranlassung der Schwester – in eine Wohneinrichtung der Behindertenhilfe. Der lange Verbleib im Elternhaus war von Konflikten geprägt. Dennoch verbringt er auch nach dem Einzug in seine ambulant betreute Wohnung jedes Wochenende dort und sieht sein Zuhause nach wie vor bei ihnen. Er ist bezogen auf die Haushaltsführung. sehr selbstständig, benötigt aber immer wieder Unterstützung in Sachen Geld und wegen leichter psychischer Probleme. Im Zentrum seines sozialen Netzwerk steht nach wie vor die Herkunftsfamilie, er schließt Freundschaft mit einem anderen Teilnehmer von ProSeLe. Er hat nach wie vor eher vage Vorstellungen von einer größeren Wohnung und eigener Familie. Seine Wohnungseinrichtung erinnert an das Zimmer eines Jugendlichen. Seine biografische Situation erscheint als eine in gewissem Sinne steckengebliebene adoleszente Ablösung. Er bleibt nach wie vor im sozialen Gravitationsfeld zwischen seiner Herkunftsfamilie und den Strukturen der Behindertenhilfe.

*

> „Was ich mir wünsche, ist auf jeden Fall n guter Job, wo mer auch gut Geld verdient, dass ich auch die Familie versorgen kann. Ne schöne Wohnung – in der Stadt in der Stadt drin – wo alles schön in der Nähe is, das is halt ganz wichtig. Des größte Ziel is halt Mona <Tochter>. Mona zu zu aufwachsen sehen und erziehen und alles. <zur Tochter> Gell du. Sag 'ja', dann passts."

***Paul Kunz (24 J.)*:** Nach dem Besuch der Förderschule kommt es bei ihm zu einer Dynamik aus Geldnot, Drogenproblemen und Arbeitslosigkeit. Nach einer abgebrochenen Werkerausbildung tritt Paul Kunz in eine WfbM ein. Er zieht von zu Hause aus, in eine eigene Wohnung, hat mit einer ersten Freundin (ungefähr 18-jährig) eine Tochter. Später zieht er in eine betreute Wohnung, danach in eine stationär betreute Wohngemeinschaft. Dort bekommt er mit einer zweiten Freundin eine weitere Tochter. Im Verlauf von ProSeLe gelingt ihm, zusammen mit seiner Partnerin und dem zweiten Kind, eine Lebensform als Familie zu stabilisieren. Im Zuge dessen nimmt die Distanz zu früheren subkulturellen Milieus (Bahnhofsmilieu) zu. Die Familie steht nun im Mittelpunkt seiner biografischen Perspektive.

| ***Fazit Typ A*** |
|---|
| Für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die wir in der Nähe des Typs A verortet haben, lässt sich am Ende eine positive Bilanz des Projektes ziehen. Keine/r ist an dem Vorhaben des selbstständigen Wohnens gescheitert. Es gibt niemanden, der dem Projekt in seiner subjektiven Perspektive nicht etwas Positives abgewonnen hätte. Niemand will in das stationäre Wohnen zurück, in allen Fällen wird mindestens die eigene Wohnung selbst als eine biografische Errungenschaft aufgefasst.<br><br>Für fast alle Teilnehmer gilt in jeweils unterschiedlichem Ausmaß, dass am Ende des Pro- |

jekts die institutionellen Unterstützungsstrukturen der Eingliederungshilfe zwar mehr in den Hintergrund treten können, sie aber dennoch als ein stabilisierender Faktor gelten müssen,insbesondere auch als Anknüpfungspunkte für soziale Netzwerke. Eine wirkliche Öffnung gegenüber einer nicht in irgendeiner Weise auf Hilfestrukturen bezogenen sozialen Lebenswelt gelingt nur in wenigen Fällen. Auch Partner und Partnerinnen finden in der Regel zusammen, weil sie sich in der WfbM oder in früheren Wohnmaßnahmen kennen gelernt haben. Den anderen Pol sozialer Netzwerke stellt in der Regel die Herkunftsfamilien dar.

Eine gegenwärtige oder/und zukünftige Durchbrechung dieses Schemas scheint aus der Außenperspektive am wahrscheinlichsten bei den eher jüngeren Teilnehmern. Dies gilt insbesondere für Paul Kunz. Er war von vorne herein in sozialen Netzwerken außerhalb der institutionellen und professionellen Strukturen der Eingliederungshilfe platziert, allerdings mit zugleich destruktiven Auswirkungen. Seine in ProSeLe erreichte soziobiografische Platzierung lässt aber am ehesten die Realisierung einer relativ institutionsfernen Lebensführung als möglich erscheinen. Sie wird wesentlich davon abhängen, ob es ihm gelingt im Erwerbsleben Fuß zu fassen. Das wäre sicher ein dringliches Thema der weiteren Unterstützung.

Entwicklungsoffen für eine weitergehende lebensweltliche Verankerung erscheinen insbesondere die Situationen anderer jüngerer Teilnehmer (Anter, Ast, Klein, Bart). Zum Teil wirken die persönlichen Lebensperspektiven – notgedrungen – noch vage. Aber auch hier gibt es auf der Hand liegende und von den Teilnehmern selbst vorgebrachte Anliegen. So beispielsweise die Arbeitssituation von Theo Ast.

Bei manchen älteren Teilnehmern sind die Anknüpfungsmöglichkeiten an vorhandene soziobiografische und sozialräumliche Potentiale eventuell nicht ausgeschöpft. Dies trifft insbesondere für Lise Nipp zu, die auch am Ende des Projekts die in ProSeLe erreichte Wohnform offenbar als Übergangslösung sieht. Hier steht im Hintergrund die ungeklärte, aber klärungsbedürftige Frage des Verhältnisses zur Familie und zum Herkunftsort. Ähnliches könnte man sich bei den Brüdern Kipp vorstellen, bei denen – mit aller Vorsicht und entsprechendem Taktgefühl – weiterhin geduldig an einer Bestärkung der Wiederaufnahme einer Beziehung zu dem wenig weit entfernt lebenden Bruder immerhin denkbar wäre.

### 6.2.2 Teilnehmer mit einem diskontinuierlich institutionsgeprägten Lebenslauf (Tendenz zu Typ B)

> „I woas net, was da gut is an denne Psychiatrie, also vielleicht Unterschiede. Da hat man sich natürlich net so Gedanke drüber g'macht, ob's besser dort oder do g'wese wär. Mir wurde halt au rumgschickt wahrscheinlich. Drehtürpsychiatrie. Und des Zeugs da. Gell, stimmt doch. Moansch net? Ha des isch scheinbar Drehtürpsychiatrie, wenn de von derre Klinik in die kommsch und wieder in die und die. Des isch doch Drehtürpsychiatrie."
>
> Interviewer: Ham Sie manchmal zuviel zu tun, oder?
> Ulik: Noi, des isch scho recht zum Tua <nuschelt>, aber im Tun isch scho recht, aber <unverständlich> bloß die Gedanka da, die purzeln manchmal durcheinander abends immer. Wenn am Tag so viel gwesa isch. I kann mi manchmal überwinda. Ha, i muss halt arbeita, mei beschte Überwindung grad seit Jahren. So arbeiten ganga und so - mei Pflicht. Des isch mir scho wichtig, sehr wichtig.
> I: Und abends, wenn Sie dann nach Hause kommen, gehen Ihnen dann nochmal viele Gedanken durch n Kopf und des belastet Sie?
> U: Ich hab halt manchmal so a Leere in mir, die aufgefüllt werden soll und i kann nix macha. Die Leere soll ausgfüllt werda. Wois edda, wie i des machen soll.
> I: Was meinen Sie mit Leere? Können Sie des beschreiben?
> U: Einfach so a Leere <betont>. Nach Gedanken kommt plötzlich a Leere und no kann i nix machen. I wois es edda.

***Hans Ulik (59 J.)*:** Herr Ulik ist seit seiner Ausbildungszeit immer wieder in wechselnden psychiatrischen Einrichtungen untergebracht. Er hat nach dem Verlassen des Elternhauses nie eigenständig gewohnt, sondern war sein Leben lang in verschiedenen stationären Wohngruppen. Es kommt immer wieder zu Phasen akuter psychischer Erkrankung, die jedoch in den letzten neun Jahren vor ProSeLe ohne Aufenthalte in Kliniken überwunden werden. Ausdruck dieser relativen Stabilisierung ist sein Eintritt in ProSeLe. Hier zog er in eine eigene Wohnung, die aber auf dem Gelände der Bruderhausdiakonie liegt. Diese Konstruktion war nötig, um ihm Sicherheit zu geben und dennoch eine gewisse Ausweitung seiner Spielräume zu erreichen. Es ändert sich auch im Projektverlauf nichts an dem Umstand, dass für Hans Ulik die Einrichtung der Lebensmittelpunkt geworden ist. Das betrifft seine sozialen Kontakte, seinen eng strukturierten und durchgeplanten Alltagsablauf, sowie den Austausch über seine vielfältigen kulturellen Interessen und Fähigkeiten (Gedichte, Musik). Mit Hilfe eines Fahrrades gelingt es, seinen (sozial)räumlichen Radius auf eine für ihn erträgliche Weise zu erweitern. Seine Wohnform ist aber insgesamt eine Fortsetzung seines bisherigen, stationär betreuten Lebens mit anderen Mitteln. Er selbst scheint damit keinen biografischen Umbruch zu verbinden.

*

> „Ich würd gern an `nem Sommermorgen, morgens, zum Bäcker gehen, dort `n Kaffee trinken und `ne Brezel essen, an `nem runden Tisch. Des is` so `n Bild, wo ich, so entspannt möcht ich gern sein (…), ohne was einwerfen zu müssen. Mich da hinstellen und die Leute beobachten, die da hinkommen und `ne Tasse Kaffee trinken und `ne Brezel dazu essen. Das ist `n Wunsch von mir."

***Timo Krall (44 J.)*:** Er hat nach dem Abitur für eine kurze Zeit Jobs angenommen, zieht mit 23 Jahren von zu Hause aus, wird aber wenig später in immer wieder wechselnde psychiatrische Einrichtungen aufgenommen. Seit mehr als 15 Jahren wohnt er in sozialpsychiatrischen Wohngruppen. Er leidet unter massiven Ängsten und ist medikamentenabhängig. Nach einem ersten erfolgreichen Umzug im Zeichen von ProSeLe mit einer ehemaligen Mitbewohnerin und einer (wie er sagt) „euphorischen" Phase folgt nach zwei Jahren ein starker Einbruch aufgrund seines freiwilligen Medikamenten-Entzugs. Er bricht daran völlig zusammen, versucht sich das Leben zu nehmen und muss in eine medizinisch-psychiatrische Rehabilitation. Am Ende der Projektlaufzeit stabilisiert sich sein Zustand wieder, ohne dass es für ihn zu einer Rückkehr ins Projekt kommt. Timo Krall zeigt sich selbst aber optimistisch, schließlich hat er den Entzug geschafft und konnte mittlerweile zu seiner Schwester eine

tragfähige Beziehung aufbauen. Für ihn behält die Lebensphase, die er mit ProSeLe verbracht hat, eine wichtige Bedeutung auf einem Weg in ein „normales“ Leben, den er weiterhin gehen will.

*

> „Insgesamt würd ich halt so ziemlich alles abschaffen, was 'so gibt. Also ich glaub mal zumindest, dass überhaupt nichts allgemein schon mal nichts ist. Das ganze Leben und die ganze Erde und ja was damit zu tun hat. Und sonst wär ich kaum so dabei gewesen, ich denk des war schon typisch irgendwie, dass des so war. <..> ich glaub manchen geht's noch zu gut und vielen geht's halt nicht so gut und manche merken's und manche merken's nicht, irgendwie, denk ich.“

***Bernd Groß (46 J.)*:** Er fängt nach Absolvieren der Schule zwei Lehren an, bricht aber beide ab und schlägt sich zunächst mit Gelegenheitsarbeiten durch. Das Verhältnis zur Familie ist gespannt. Mit Mitte 20 kommt es zu einer Straftat, er zündet eine Scheune an. Von da an ist sein Leben durch eine dichte Folge von psychiatrischen Aufenthalten, Maßregelvollzug, anschließenden Wohn- und Arbeitsmaßnahmen und Phasen der Obdachlosigkeit bestimmt. Die Bruderhausdiakonie unterstützt ihn seit 16 Jahren. ProSeLe setzt für ihn nur seine vorherige stationäre Unterbringung fort. Er spricht von „Umquartierung“. Er wohnt immer noch im gleichen Ort, wenn auch in einer anderen Wohnung. Nach wie vor lebt er in einem in seinen Augen fremdbestimmten Wohnsetting, auf das er sich nur bedingt einlässt. Während des Projekts zeigt er auffällige, ausagierende Tendenzen zur Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte, die aber eher sanktioniert als aufgegriffen werden. Er zeigt keine Eigeninitiative, seine Wohnung zu gestalten und wird mehrmals in psychiatrische Maßnahmen eingewiesen, weil er „Verhaltensauffälligkeiten“ zeigt. Seine Wohnungs(nicht)einrichtung reflektiert seine soziale und existentielle Ortlosigkeit, die er auch im Interview anspricht.

*

> „Da reicht vielleicht schon die eigene Familie zuhause. Also meine Tante oder so. Des reicht, des reicht mir schon zu sehen und dass se dann au komische Dinge anspricht und so <...> da hab ich se au vor zwei oder vor drei Monaten aus meiner Wohnung rausgeekelt, rausgeschmissen, weil ich gerne mal allein sein wollte, und na hat se gsagt, des isch ja ne tolle Begrüßung. 'Na', hab ich gsagt, 'mir scheißegal.' Und na hab ich Laptop in meiner Wohnung stehen, Fernsehen, X-Box und alles Mögliche und Anlagen und Telefon und dann hat ses ihrer Mutter gesagt und na hab ich meiner Oma angerufen <..> und dann sie dann gemeint: „Ich weiß, dass du lauter <..> Computer, Computerelektrosachen drinne hasch, drinne stehen hasch und es gibt n Elektrosmog und alles mögliche und na wirsch du gar nich mehr gsund.“ „Na und, isch mir doch scheißegal,“ hab ich gesagt, „isch meine Gesundheit. „ Also die mischt sich halt in mein Leben ein.“

**Tim Zapp (25 J.):** Die Beziehung zu seinen Eltern ist schon in der Kindheit belastend. Der Vater verlässt die Familie früh, die Mutter ist überfordert, er wird vernachlässigt und deshalb von den Großeltern aufgezogen. Es kommt bereits in Kindheit/Jugend zu psychiatrischen Maßnahmen. Er macht eine außerbetriebliche Ausbildung beim Projektträger, ist zeitweise in prekären Arbeitsverhältnissen. Von seinen Großeltern zieht er zunächst in eine im selben Ort gelegene, stationär betreute Wohngruppe. Dadurch bleibt seine sozialräumliche Einbettung, die ihm sehr wichtig ist, erhalten. Mit ProSeLe zieht er aus eigenem Antrieb in eine eigene kleine Einzimmerwohnung am selben Ort. Er meistert die Haushaltsführung gut, er ist sozial und kulturell engagiert und setzt sich aktiv mit seiner Herkunft und seiner Identität auseinander. Eine besondere Rolle spielt dabei – vermittelt über seine dunklere Hautfarbe – die Auseinandersetzung mit seinem in Lateinamerika lebenden Vater, seiner in Deutschland lebenden Familie und sich selbst. Seine Wohnung und seine Lebensführung in einer eigenen Wohnung und die damit verbundene Autonomie ist ein wichtiges Medium dieser Auseinandersetzung (siehe Abschnitt 6.3), für die er auch extreme Ausdrucksformen wählt. Er hat eine ganze Reihe von biografischen Vorhaben, die er konsequent verfolgt: Kontakt zu seinen Eltern zu knüpfen und die Kindheitsgeschichte aufzuarbeiten (dafür lernt er auch Spanisch),

eine etwas größere Wohnung zu finden, die berufliche Situation zu stabilisieren.

***Im Übergang zum Typus C:***

> „Ich glaub, ich hab jetzt in der Zeit noch mehr gelernt, gewisse Hilfe anzunehmen oder jetzt auch mal das dann zu machen, worauf ich Lust habe und was mir gut tut. Hab so einige Freundinnen auf die Reservebank geschickt. Ähm und hab auch dies mal nicht so großartig das Gefühl, ich hätte was Schlechtes gemacht, sondern dass das jetzt passt. Und hab die Freunde, die mir gut tun, den Kontakt ja intensiviert. Da mach ich grad auch Fortschritte. Aber ich bin halt wie hier [in der Klinik] wieder dabei, man merkt halt dass ich hier oben so Helfersyndrom auf der Stirn stehen hab. Und krieg halt die Schlimmsten der Schlimmsten ab. Und wenn ich mich dann zur Wehr setze, werden sie halt aggressiv.(...) Das ist ein gutes Übungsfeld." „Für mich bin ich jetzt noch n Schritt weiter wieder zu dem ganz alleine Wohnen, ohne Betreuung. Irgendwann."

***Lea Blau (31 J.)*:** Während ihrer Ausbildung, sie wohnt mindestens ein Jahr in einer eigenen Wohnung, kommt es zu ersten Anzeichen einer psychischen Erkrankung. Sie unternimmt mehrere Versuche, eine Ausbildung abzuschließen und muss wiederholt in psychiatrische Kliniken. Es folgt ein dichter Wechsel von Umzügen, stationären Aufenthalten und kurzzeitiger Rückkehr in die eigene Wohnung. An ihrer psychischen Labilität ändert sich auch nichts, als sie in eine stationäre Wohngruppe zieht. Im Vorfeld von ProSeLe beginnt sie eine berufliche Rehabilitation. Auch im Verlauf von ProSeLe ist ihr Zustand labil. Zwar genießt sie die neue Ruhe und ist laut Bezugspersonen stabiler geworden, sie haben (fast) täglichen Kontakt, muss aber dennoch mehrmals in die Tagesklinik. Sie hat einen differenzierten Freundeskreis (zumeist psychiatrieerfahrene Menschen), Kontakt zu den Eltern, versteht sich mit den Nachbarn aber eher nicht. Am Projektende hat sie eine neue Ausbildung im Rahmen von „Ex-In" begonnen.[46] In ihrer Wohnung hat sie eine nach eigenem Bekunden stabile Lebensform gefunden, deren dauerhafter Bestandteil jedoch die psychische Instabilität bleibt, ohne dass diese allerdings – wie sie selbst sagt – wie früher (z.B. in Selbstverletzung) eskaliert. Sie hat einen weiteren Schritt gemacht, glaubt zunehmend alleine und ohne Hilfe leben zu können. Eine weitere Perspektive verbindet sich mit ihrer beruflichen Weiterbildung.

*

***Jörg Haar (28 J.)*:** Er durchläuft bereits in der Kindheit mehrere Heime und Internate. Nach der Schule schließt er eine Berufsausbildung ab. Sein erster Versuch alleine zu Wohnen misslingt und auch seine Berufstätigkeit in einer Verwaltung muss er nach mehreren psychischen Rückfällen aufgeben. Sein Eintritt in ProSeLe beruht auf seinem Wunsch alleine zu wohnen und einem starken Ruhebedürfnis, da Jörg Haar sehr stark geräuschempfindlich ist. Der Verlauf von ProSeLe ist von dieser Geräuschempfindlichkeit geprägt. Mehrmals muss Jörg Haar zeitweise in klinische Behandlung. Im Projekt gibt es viele Umzüge und mehrere Versuche, eine geeignete Wohnung für ihn zu finden. Die Unterstützung ist sehr hoch. Sein psychischer Zustand ist labil und es kommt zu mehreren „Ausbrüchen". Nach der Projektzeit zieht er auf eigene Initiative wiederum in eine neue Wohnung. Die Wohnsituation selbst scheint Teil seiner psychischen Symptomatik, die als solche die Ausbildung einer tragfähigen biografischen Perspektive derzeit eher behindert. Wünschenswert wäre sicher eine nachhaltige therapeutische Bearbeitung der Geräuschempfindlichkeit.

*

> „Ich will auch raus, ich will irgendwann mal in, keine Ahnung, zwei Jahren, wirklich so weit sein, dass ich wirklich kein Betreuer mehr brauche, <seufzt laut> und auch kein Arbeitsamt mehr."

[46] Dabei handelt es sich um eine ursprünglich im Rahmen eines EU-Projektes kreierte Ausbildung, in der ehemalige Psychiatrieerfahrene für eine Tätigkeit als Dozenten oder Mitarbeiter in psychosozialen Diensten qualifiziert werden.

> „Meine Pläne sind nach wie vor so, dass ich halt, äh, das was ich jetzt das ganze Jahr über angestrebt hab, mein Gewicht zu reduzieren, endlich nen Job zu finden. Das ist im Moment grad das allerwichtigste für mich. (...) Wirklich auf eigenen Füßen zu stehen, das is das allerwichtigste für mich."

***Beate Gast (29 J.):*** In ihrer Kindheit und Jugend ist Beate Gast – eine Folge der wechselnden Partnerschaften der Mutter – sehr oft umgezogen. Entsprechend oft wechselt ihr soziales Umfeld. Nach der Schule bricht sie mehrere Ausbildungen ab und bleibt arbeitslos. Sie wohnt sieben Jahre in einer sozialpsychiatrischen Wohngruppe. Im Projekt verselbständigt sie sich auch in ihrer eigenen Wahrnehmung zunehmend. Ein wichtiger Schritt ist für sie, dass sie am Ende des Projekts auch die Verwaltung ihres Geldes wieder in die eigene Hand nimmt. Dies drückt sich auch in dem Umstand aus, dass sie die einzige Teilnehmerin ist, die nach dem Projektende nicht in den Sachleistungsbezug abW übergeht, sondern ein Persönliches Budget nutzt. Die Beziehung zur Bezugsperson beschreibt sie als optimal und in ihrer Wohnung fühlt sie sich wohl. Sie ist nach wie vor arbeitslos, bemüht sich aktiv um eine Arbeit und arbeitet zugleich aktiv an einer Gewichtsabnahme.

**Fazit Typ B**

Die biografischen Perspektiven am Ende des Projekts Selbstständig Leben sind bei einer Mehrheit der Teilnehmer des Typus B eng verknüpft mit der Auseinandersetzung mit den klinischen Symptomen der Erkrankung. Das legt gerade bei dieser Gruppe eine enge(re) Beziehung und Verzahnung von eingliederungs(hilfe)bezogenen Interventionen mit der therapeutischen Versorgung nahe (integrierte Versorgung). Bei Hans Ulik ist es eine extreme Form der Verunsicherung durch andere Menschen, bei Timo Krall die Medikamentenabhängigkeit, bei Jörg Haar die Geräuschempfindlichkeit und bei Beate Gast (auch) ihre Neigung zu Adipositas. Die Klienten selbst versuchen dabei in unterschiedlicher Intensität die biografische Bedeutung dieser Symptome mit in den Blick zu bekommen.

Für die Beantwortung der Frage, wo sich die Klienten am Ende des Projekts positionieren, ist neben den besonderen Lebensumständen auch das Alter und damit die Frage der Dauer der Psychiatrisierung wichtig. Auf der einen Seite stehen die Extremfälle von Hans Ulik und Bernd Groß, die untereinander jedoch stark kontrastieren. Ersterer mobilisiert in den Gesprächen keinerlei Vorstellung über ein Leben außerhalb des stationären Settings. Im Interview macht er sich diesbezüglich vollständig abhängig vom Urteil der Anderen. Die (sozial)psychiatrischen Unterstützungsstrukturen um ihn herum *sind* einschließlich der damit verbunden sozialen Kontakte seine Lebenswelt. Hier hat er seine Routine und er erfährt eine für ihn erkennbare Form sozialer Wertschätzung. Er hat eine Rolle in dieser Welt, die er als sich gemäß erfährt, gerade auch in seinen kulturellen Aktivitäten.

Ganz gegensätzlich verhält es sich bei Bernd Groß, dem anderen älteren Teilnehmer in dieser Gruppe. Dieser hat eine relativ klare, aber zu seiner Umgebung in der Einrichtung völlig konträre Vorstellung, nämlich in einer Stadt, vielleicht wieder in seiner Herkunftsregion, zu wohnen. Er verfügt weder hier noch dort über irgendeine Form von sozialem Kapital. Er hat in diesem Plan keinerlei Verbündete oder Rückhalt. Er lebt deshalb in einer inneren Haltung des Nihilismus und der Verweigerung in einer Umgebung, die er als fremdbestimmt ansieht und die ihm zudem – wegen der geographischen Abgeschnittenheit – wenig Möglichkeit gibt, andere Handlungs- und Existenzmöglichkeiten zu erproben. Man könnte den äußeren Verlauf des Projektes bei ihm mit dem Prädikat „befriedigend" belegen – immerhin gelingt es leidlich die Wohnsituation zu halten, auch er geht in das abW über, auch er sieht Vorteile in der äußeren Wohnsituation. Aus einer sozialräumlich-Biografiebezogenen Sichtweise (und auch aus seiner eigenen Wahrnehmung heraus) wäre zu sagen, dass bei ihm das Projekt auf eine gewisse Weise gescheitert ist.

Umgekehrtes wäre von Timo Krall zu sagen. Hier ist das Projekt, wenn man von *äußeren* Erfolgskriterien ausgeht, gescheitert. Er ist der einzige Teilnehmer, der am Ende des Projekts nicht ins ambulant betreute Wohnen übergeht. Von der biografischen Positionierung – und der subjektiven Wahrnehmung her – müsste man sagen, gelingt ihm eine progressive Deutung der Lebensphase von ProSeLe. Sie hat ihn letztlich zwar in eine Selbstüberforderung geführt (Medikamentenentzug). Aber er sieht sich, so der letzte Gesprächsstand, auch hier als letztlich erfolgreich an. Er hat genau die oben eingeforderte Auseinandersetzung mit einer zentralen Symptomatik seiner Erkrankung auf sich genommen, bis hin an eine existentielle Grenze (Suizid). Aber am Ende sieht es so aus, als ob er es geschafft haben könnte. Pro Sele hat deswegen für ihn eine außerordentlich wichtige biografische Bedeutung, obwohl nach äußerlichen Kriterien das Projektziel (abW) nicht erreicht wurde, wenigstens vorläufig. Für die Zukunft und sein biografisches Selbstverständnis hat er aber sicher profitiert, selbst wenn es wieder zu Rückfällen kommen sollte.

Alle anderen *jüngeren* Teilnehmer verfolgen am Ende des Projekts ganz offensichtlich sehr konkrete und unterschiedlich weit fortgeschrittene biografische Planungen. Dass sie das tun und wie sie es tun, nämlich mit großer Leidenschaft, einem hohen Maß an Identifikation mit „ihrem“ Leben und einem erheblichen Maß an Selbstreflexivität (Tim Zapp) spricht für sich und für einen auch in dieser Hinsicht „erfolgreichen“ Projektverlauf.

### 6.2.3 Teilnehmer mit einem lebensweltgeprägten Lebenslauf und relativ spätem Eintritt in eine Wohneinrichtung (Tendenz zu Typ C)

Partnerin: Schatz, hast du ne lustige Geschichte noch vom Tricksen?
Fritz Biber: I hab jetzt koine me, i hab koi koi luschtige Gschichte uf uf <Lager?>. Die luschtige Geschichte isch halt bloß, dass i des Weib do hanne gfunde hau.
Partnerin: <lacht>
Fritz Biber: Und des hat se net gwisst, des hat se net gwisst. Des Weib war net do.
Partnerin: <lacht> Ich kam von daheim.
Fritz Biber: Und z'mol kommt die do hanne rei <..> muss mer sage, so so so aus Jux han i gsait „Und die ischs!“. Und na secht mein Nachbar do, mein Tischnachbar secht zu mir „Was hasch grad gsait?“ Han i gsait: „Nix.“ <.> „Ha doch, i hab doch was gheert.“ Han i gsait: „Noi.“ „I hab was gheert, dass du gsait hasch, 'Die isch's.“ No han i gsait: „Wer?“
Partnerin: <lacht>
Fritz Biber: I hab a bissl dumm rumguckt <...> und jetzt hab i se!
Partnerin: Zehn Jahre <..> des find ich schön.
Fritz Biber: I han gsait „Und die isch's.“ Jetzt hab i se 10 Johr.

***Fritz Biber (56 J.):*** Fritz Biber lebt bis ins Alter von fast 50 Jahren ohne Berührung mit der Psychiatrie. Er hat eine Kindheit, die vor allem von gesundheitlichen Problemen geprägt ist. Nach Ausbildung und Wehrdienst arbeitet er zunächst in seinem Beruf als Bäcker und führt ein „normales Leben“. Nach dem Tod seines Stiefvaters muss er sich um seine gesundheitlich angeschlagene Mutter kümmern. Er selbst erkrankt, kann seinen Beruf nicht mehr ausüben. Danach kommt es zu einer Reihe von wechselnden Arbeitsstellen, die Belastungen durch die Pflege der Mutter und Probleme mit der Partnerin nehmen zu, parallel kommt es zunehmend zu einer Alkoholabhängigkeit. Diese führt letztlich in eine durchgreifende Lebenskrise, in deren Verlauf er in einer psychiatrischen Einrichtung stationär untergebracht wird. Dort lernt er seine neue Partnerin kennen. Nach sechs Jahren Wohngruppe zieht Fritz Biber mit seiner Partnerin im Rahmen von ProSeLe in eine eigene Wohnung zurück. Mit seiner Partnerin wieder ein „normales Leben“ zu führen, bedeutet ihm sehr viel. Allerdings bleibt der Verlauf auch von der Auseinandersetzung mit neuen alten Problemen geprägt: dem Trinken und Geldproblemen. Diesen Problemen stellt er sich aber, weil ihm sehr viel an der wieder gewonnenen Normalität und dem glücklichen Zusammenleben mit der Partnerin liegt.

*

> „Problemlage des nicht einlösbaren Lebensweges ist in sehr dramatischer Ausformung an die professionellen Hilfen gestellt worden. Dennoch konnte verstanden werden, vermittelt werden." [Notiz Mitarbeiter]

***Sonja Matt (39 J.):*** Eine MS-Erkrankung führt bei Sonja Matt in einen Zustand der Pflegebedürftigkeit. In Verbindung mit einer sich ausbildenden psychischen Problematik führt dies offenbar zunehmend zu einer Überforderung ihres Ehemanns und der beiden Söhne. Im vollstationären Pflegeheim fühlt sie sich fehlplatziert, mit ProSeLe gelingt die Wiederverankerung in einer eigenen Wohnung. Von dort aus ist sowohl die Familie als auch eine Reihe von Bezugspersonen aus ihrem persönlichen Bekanntenkreis zu erreichen. Trotz komplexer (auch pflegerischer) Bedarfslagen lehnt sie eine professionelle Betreuung ab. Der Projektverlauf ist deshalb gekennzeichnet von Konflikten mit den Mitarbeitern und anderen nichtprofessionellen Bezugspersonen. Sie fordert einen hohen Selbstbestimmungsgrad ein, organisiert eigenständig Hilfe und aktiviert das Umfeld nach ihren Wünschen – das damit scheinbar nicht zurecht kommt. Der Kontakt zur Familie bricht zeitweise ab. Die Situation fordert den Mitarbeitern das Geschick ab, professionelle Unterstützung nicht als solche erscheinen zu lassen. Möglicherweise kämpft Sonja Matt um eine Lebensform, die sich nicht (mehr) mit ihrer Erkrankung vereinbaren lässt. Dennoch oder gerade deswegen scheint die durch ProSeLe geschaffene Wohnsituation die beste Möglichkeit, weil sie wenigstens einen Ansatzpunkt für eine Kompromissbildung bietet.

*

> „Hab ne sehr schöne Kindheit und Jugend ghabt. Und mein Vadder hat sich <betont> sehr um mich gekümmert und sich mit mir beschäftigt und wir hams <.> meischte mitnander unternommen und also, er hat mich <betont> wirklich verwöhnt. Und des is, im nachhinein muss ich des au sehn, dass es vielleicht nicht ganz <zögerlich> so gut war, dass ich so verwöhnt wurde. Obwohl ich sehr froh bin und äh des, da gerne dran zurückdenke. Ja, ich sag ja auch immer, die Erinnerung isch des, was noch, was noch lebt. In mir sozusagen. Manchmal träum ich noch von meine Eltern. Da sind sie beide abgebildet." (zeigt auf Bild an der Wand).

***Martha Voit (51 J.):*** Bis zu ihrem 46. Lebensjahr wohnt sie bei ihren Eltern. Sie arbeitet lang in einem Kaufhaus als Verkäuferin, muss dann aber wegen einer depressiven Erkrankung in eine WfbM. Im zeitlichen Umfeld des Todes des Vaters erleidet sie einen psychischen Zusammenbruch und zieht in eine stationär betreute Wohngruppe. Im Projekt zieht sie zum ersten Mal in eine eigene Wohnung (2er WG) und stattet diese nach dem Tod der Mutter mit geerbten Möbeln des elterlichen Hauses aus. Sie findet schnell Anschluss an eine Kirchengemeinde, geht in einen Chor und wird sehr selbstständig, wenn auch nicht ganz ohne Rückfälle (vgl. Abschnitt 6.3). Die Wohnsituation in ProSeLe ermöglicht ihr biografisch und psychisch eine tragfähige Ablösung von ihren Eltern und ihrem Elternhaus.

*

> „Sag ma mal so, ich bin auch nich gerade einfach, ich bin auch keine gewöhnliche."

***Helga Muck (49 J.):*** Sie hat als sechstes von zwölf Kindern eine schwierige, von Heimaufenthalten geprägte Kindheit. Die Mutter stirbt früh. Nach der Schule beginnt sie direkt zu arbeiten. Danach beginnt eine sehr schwierige Lebensphase, die geprägt ist durch Gewalterfahrungen (Vater, Partner), zeitweise Obdachlosigkeit, harte Arbeit, wechselnde Beziehungen, aus einer geht eine Tochter hervor. Eine erste Ehe scheitert, der Mann ist alkoholabhängig und gewalttätig. Ihre zweite Ehe dagegen hält sechs Jahre, sie wohnen auf dem Land, der Mann verstirbt unerwartet. In der Folge kommt es zu einem psychischen Zusammenbruch. Nach verschiedenen stationären Aufenthalten und Versuchen, wieder Fuß zu

fassen, schließt sich eine Phase in einer stationären Wohngruppe an. Helga Muck fühlt sich dort nicht wohl, sie ist „zu fit“. ProSeLe bietet ihr die Möglichkeit einer Rückkehr in ein normales und autonomes Leben. Eine Arbeit in der WfbM lehnt sie ab, will eher wieder privat in der Altenpflege arbeiten. Sie hat wieder einen Partner, zu dem sie aber nicht ziehen möchte. Sie ist eingebunden in ein vielfältiges auch lebensweltlich abgestütztes Netzwerk und kann vielleicht zum ersten Mal ein autonomes, unbeschwerteres Leben führen. Mit gelegentlichen Stimmungsschwankungen kommt sie bislang zurecht.

*

> L: Man hat mir hier n Zimmer versprochen gehabt, so wie das Wohnzimmer is <> [betont:] leer, weil ich ja Möbel hatte. Und das war nich der Fall. Hat man mich beschwindelt. <> Und da wollt ich wieder abhauen. <> Aber es ging mit n Bein nich. Ja, Friedhelm (Betreuer) hat des selbst nich gewusst, der hat das gar nich gewusst. „Friedhelm“ sag ich „ich war hier noch nich“ <> „Doch“. „Nein“ sag ich, „hier im Hauptgebäude“ sag ich „war ich drinne und da hat man mirs Zimmer gezeigt“. <..>:
> I: Und was is dann mit ihren eigenen Sachen passiert und mit dem Container, wissen se des?
> L: <> [schlägt sich auf die Schenkel] Vernichtet <.> andere Leute. Ich nehm an, andere Leute wieder. Wieder weiter vergeben ne und die wieder n guten Mann draus gemacht. Ich hab n <> n Container zwei mal Möbel verlorn <> einmal bei Überschwemmung <> und einmal jetzt <> beim Umzug.“

***Harry Loop (52 J.):*** Er kommt kurz vor dem Mauerfall aus der DDR in die Bundesrepublik, findet eine Arbeit auf dem Bau und verliert sie nach kurzer Zeit wieder betriebsbedingt. Er schlägt sich von da an für fast 15 Jahre als Obdachloser durch. Es gelingt ihm in einer Kleinstadt in einem Wohncontainer unterzukommen und eine bescheidene Form von Besitz zu erwerben (Möbel, Waschmaschine, Kühlschrank). Diesen Container nutzt er jahrelang als eine Art von Basislager und etabliert darin eine Lebensform der Halbsesshaftigkeit. Seine gesundheitliche Situation spitzt sich, auch wegen starkem Alkoholmissbrauch zu, so dass er gezwungen ist, in eine stationär betreute Einrichtung zu ziehen. Dieser Einzug ist für ihn vorbelastet, weil er die Einrichtung seines Containers nicht mitbringen darf und weil er nun in einer ländlichen Umgebung lebt und dort relativ isoliert ist von Bekannten aus seiner Zeit als Obdachloser. ProSeLe sieht Harry Loop als die Fortsetzung dieses Aufenthaltes in einer stationär betreuten Einrichtung an. Weder seinen Mitbewohner noch den Wohnort konnte er selbst bestimmen. Er weiß zwar die etwas größere Autonomie beim Wohnen zu schätzen und kommt damit klar, sieht aber die Wohnsituation als durch die Umstände erzwungen an. Er arrangiert sich damit, nicht mehr.

*

> „ Die Zukunft is halt, dass ma meine Eltern möcht gern sehe, weil ich ja schon 20 Jahre nit gesehen hab meine Eltern. Der Kontakt is ja abgebrochen mit meine Eltern, soweit ich weiß. Durch de Alkoholkrankheit. Mei Mutter, mei Mutti frägt immer, ob ich noch Alkohol trink. <> Dann sage „ich trink keen Alkohol mehr.“ „

***Sofia West (47 J.):*** Sie macht nach der Schule eine Berufsausbildung zur Köchin, arbeitet in einer Kantine und einem Pflegeheim. Anfang 20 heiratet sie, hat zwei Kinder. Sie schildert sich und ihren Mann als alkoholabhängig; es kommt zu Heimeinweisungen der Kinder und später zur Scheidung. Mit ihren beiden Kindern zieht sie aus einem der neuen Bundesländer in den Südwesten. Sie heiratet ein zweites Mal. Ihr Mann ist gläubiger Moslem. Es kommt, als er ihre weiterhin bestehende Alkoholabhängigkeit bemerkt, zur Scheidung. Unter unklaren Umständen, nach mehreren Umzügen und Geldproblemen bricht Sofia West auf offener Straße zusammen. Daraufhin kommt sie in eine stationär betreute Einrichtung in einem sehr ländlichen Umfeld. Nach acht Jahren zieht Sofia West aus der Wohngruppe im Rahmen von

ProSeLe in eine eigene Wohnung. Sie hat dort kein eigenes Bad und fühlt sich durch Hausmitbewohner gestört. Es bleibt auch deshalb bei einer engen Anbindung an die Wohngruppe. Sie isst, duscht und verbringt ihre Freizeit dort und hilft bei den Hausarbeiten. Insgesamt gelingt es innerhalb von ProSeLe nicht, eine weitergehende biografische Dynamik in Gang zu bringen. Die Selbstständigkeit in Haushaltsdingen als solche ist bei ihr kein Problem. Ein Versuch der Wiederaufnahme einer Beziehung zu den Eltern in der Herkunftsregion von Sofia West scheiterte. Es müssten neue Ansatzpunkte gefunden werden.

**Fazit Typ C**

Zentrales Bezugsproblem ist bei den Teilnehmern, die sich um den Typus C verorten lassen, die Frage, ob und wie sie an ihr früheres autonomes Erwachsenenleben wieder anknüpfen können. Im Unterschied zu den meisten Teilnehmern der Gruppen A und B haben sie auch als Erwachsene selbstbestimmt gelebt und ihr Leben auf ihre Weise über Jahrzehnte mit eigenen Ressourcen bewältigt. Das zeigt sich auffallend in einer ungleich höheren Autonomie. Fast durchweg und im Gegensatz zu den meisten anderen Klienten äußern die Personen, die diesem Typus nahe stehen, auch offen Kritik gegenüber der professionellen Unterstützung, sei es, dass sie z.T. eine Art Service einklagen, sei es, dass sie angebliche Bevormundung bzw. Einmischung (Partnerschaften, Alkoholkonsum, Geldangelegenheiten u.a.) wahrnehmen. Umgekehrt artikulieren die Mitarbeiter gerade bei diesen Klienten auffällig oft Konfliktthemen, unterstellen Illusionierungen über die Notwendigkeiten von Therapie oder fehlende Kooperationsbereitschaft.

In den meisten Fällen existieren nach wie vor zumindest rudimentäre soziale Bezüge, die über die Herkunftsfamilie hinaus gehen. Diese werden allerdings von den professionellen Bezugspersonen durchweg und von den Klienten selbst in einigen Fällen als problematisch und ambivalent erfahren. Das gilt auch für die eigenen Kinder (bei immerhin vier der sechs Personen).

Eine biografische Anknüpfung bzw. Reintegration des alten Lebens in einen neuen Lebensentwurf scheint bei Fritz Biber, Martha Voit und Helga Muck durch die Zeit in ProSeLe definitiv in Gang gekommen zu sein. Immerhin gelingt auch Sonja Matt bei allen Auseinandersetzungen und Problemen, die die Mitarbeiter sehen, die Gestaltung eines Alltags außerhalb der stationären Einrichtung. Bei ihr scheint diese Anknüpfung den Charakter eines täglichen Kampfes zu haben.

Bei Harry Loop und Sofia West dagegen deutet sich, mit ziemlicher Sicherheit auch der ländlichen Abgeschiedenheit des Wohnortes geschuldet, ähnlich wie bei Bernd Groß, keine derartige Dynamik an. Weder kristallisiert sich bei ihnen ein biografischer Entwurf des „Zur-Ruhe-Kommens“ heraus, was in ihrer aktuellen Wohnumgebung durchaus ein nahe liegendes Deutungsmuster wäre, noch vollzieht sich eine Form der Reintegration ihrer Lebensgeschichte, etwa eine Ausweitung von sozialen Netzwerken odereine für sie subjektiv bedeutungsvolle Ausweitung von Handlungsmöglichkeiten, die über haushaltspraktische Aktivitäten hinausgehen. Auch bei ihnen ist – ähnlich wie Bernd Groß – nach formalen Gesichtspunkten der Projektverlauf erfolgreich. Es gelingt eine ambulant betreute Wohnmöglichkeit umzusetzen. Vom täglichen Alltag her, von der sozialen Einbettung und biografisch ist aber der Unterschied zu ihrer stationären Wohnform minimal.

## 6.3 Sich-Einrichten – Wohnungsgestaltung und Biografie

Am Beginn dieser Arbeit standen einige kurze Überlegungen zum Zusammenhang von Leben und Wohnen. Die Wohnlichkeit einer Wohnung, so wurde mit Otto von Bollnow festgehalten, ist an eine Tätigkeit des „Sich-Einrichtens" gebunden. Dadurch entsteht eine individuelle Ordnungsstruktur von persönlichen Dingen, die nicht zuletzt auch die biografische Situation eines Menschen zum Ausdruck bringen kann. Das soll abschließend an den Beispielen der Wohnungen von Martha Voit, Harry Loop, Tim Zapp und Helga Muck gezeigt werden.

***Martha Voit***

Martha Voit wohnt am Stadtrand in einem Wohnblock mit mehreren Wohnparteien. Ihre Wohnung hat vier Zimmer, wovon zum Zeitpunkt des letzten Interviews zwei ungenutzt sind (ein Mitbewohner befand sich für längere Zeit in einer Klinik). Die Wohnung ist geprägt durch alte, rustikale Möbel – den ehemaligen Möbeln ihrer verstorbenen Eltern. Das Esszimmer ist holzgetäfelt und es steht dort ein alter Tisch mit Eckbank und Stühlen sowie eine Kommode. An der Wand hängen selbst gestickte Bilder, ansonsten wirkt der Raum sehr leer. Der Flur ist ebenfalls holzgetäfelt. Das (Schlaf-)Zimmer von Frau Voit ist ca. 25-30 m² groß und hat einen eigenen Zugang zum Balkon mit schönem Ausblick. Links neben der Zimmertür steht ein robuster und rustikaler Kleiderschrank aus dunklem Holz und ein schlichter halbhoher Schrank aus Buche. Am Bettende befindet sich ein kleiner Schuhschrank und zwei große Polstersessel. Ein älterer Sofatisch ist mit einer großen Kerze und einer Vase mit Blumen darauf dekoriert. Quer dazu schließt eine Wand mit mehreren Fenstern an, vor denen weiße Gardinen hängen. Auf dem Fensterbrett stehen innen verschiedene Pflanzen, die Rollläden sind heruntergelassen. Im Zimmer an der Wand, gegenüber den Sesseln, steht eine ca. zwei Meter lange Kommode, ebenfalls robust und aus dunklem Holz, darauf ein Fernseher und ein Radiogerät. Relativ mittig an dieser Wand sind gerahmte Fotos von Frau Voits Eltern aufgehängt. Rechts daneben steht ein Bücherregal mit einigen Romanen und christlicher Literatur. Ein Nachttisch und ein Bett, passend zum dunklen Holz des Bücherregals, ebenfalls schlicht und robust, stehen in der Ecke des Zimmers gegenüber der Tür. Die Bettdecke ist zusammengelegt und weiß bezogen. Vor dem Bett steht ein Tisch mit drei Stühlen, an dem Frau Voit seit kurzem auch die Gespräche mit der Bezugsperson führt. Insgesamt wirkt das Zimmer auffallend aufgeräumt, beinahe zu ordentlich. Nichts liegt herum.

Der Lebensverlauf von Martha Voit ist geprägt durch einen lange andauernden Lösungsprozess von den Eltern. Sie wächst als jüngstes Familienmitglied auf und wird als „Nachzüglerin" und „Nesthäkchen" angesehen – zumindest stellt sie das retrospektiv so dar. Sie war jedenfalls jenes Kind, das als letztes das Haus verließ und bis heute keine eigene Familie gründete. Das sich dieser Ausnahmestatus nicht änderte, tritt in der Sprache von Frau Voit auf. Sie bezeichnet sich heute noch so: „Ich *bin* ein Neschthäkchen, ein Nachzügler."

Dem Abschluss einer Lehre, der Einstellung und dem ersten selbst verdienten Geld folgt kein Verselbstständigungsprozess, obwohl die Eltern Auszugspläne für sie im Kopf hatten: „Und die wollten immer, dass ich, äh, damals schon alleine ne Wohnung irgendwo (soll)." Sie bleibt bei den Eltern. Durch die Arbeit, die sie sehr unter Druck setzte und den täglichen Pendelweg, durch den sie früh aus dem Haus musste und spät zurückkam, hatte sie kaum Freizeit, kaum Zeit sich ein eigenes Privatleben zu schaffen. Sie wurde nach wie vor zu Hause „verwöhnt", sagt sie. Die Mutter bekochte sie, wusch ihre Wäsche. Neben der belastenden Arbeit scheint es für Martha Voit wenig gegeben zu haben: weder regelmäßige Vereinsaktivitäten noch soziale Beziehungen. „Und vorne weg war ich ja, ähm, in der freien Wirtschaft, ich hab ja gearbeitet bis ich krank wurde. Bis es dann nicht mehr ging. Ich hab trotz der Arbeit, äh, trotz der Krankheit noch gearbeitet, aber dann, dann auf einmal gings halt nimmer."

Eine Mischung aus Überforderung, Stress und wenig Alternativen kumulieren 1985 in einem Nervenzusammenbruch und einer ersten Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Sie kann zwar in der Folgezeit immer wieder zu ihrer Arbeit zurückkehren, muss diese jedoch durch erneute Klinikaufenthalte unterbrechen. Der zweite Tiefpunkt tritt einige Jahre später mit dem Tod ihrer engsten Bezugsperson, des Vaters, ein und endet in einer erneuten stationären Aufnahme. Dieser Maßnahme folgte ein vom Fachdienst empfohlener Auszug aus dem Elternhaus. Sie zieht in eine stationär betreute Wohngruppe. Im selben Jahr, als sie in ProSe-Le eintritt, stirbt ihre Mutter.

Martha Voit stellt ihr Leben als geprägt von einer Bindungsproblematik dar, die durch ihre psychische Erkrankung verschärft wurde und bis zum Tod des Vaters und ihres anschließenden, von außen initiierten Auszugs aus dem Elternhaus andauerte. Fraglich ist, ob die enge Bindung Ursache oder Folge ihrer depressiven Erkrankung ist. Für beides gibt es Anhaltspunkte. Sie kann sich die Gründe dieser Ablöseproblematik selbst nicht erklären, weiß nur, dass sowohl sie als auch ihre Eltern sich aneinander klammerten. Dieses Erklärungsmuster soll eine prägnante Interviewpassage aus dem ersten Interview verdeutlichen:

> Martha Voit: „[D]er Schritt hätt äh schon früher sein solln, aber ich hab des einfach nicht gepackt. [Ich] wollt halt von zu Hause auch nit weg unbedingt, gell [...] und, wie g'sagt, ich bin halt de Nachzügler, und dann wollten mich die Eltern auch irgendwie nicht hergeben. Und weil i na krank war, dann erscht nicht. (...)“

Der Tod der Eltern stellt gleich zweimal einen äußeren Ablöseimpuls dar und hängt zeitlich immer mit einem Wechsel des Wohnens zusammen: 2004 zieht sie in die Wohngruppe, 2007 in die eigene Wohnung (mit den Möbeln der Eltern). Ihre soziobiografischen Ressourcen erreichen seither ein konstant hohes Niveau. Sie selbst kommentiert das so: „Weil mei Mutter ist letztes Jahr im April verstorben und wir sind ja Ende Mai hier eingezogen, na hat des also wunderbar gepasst, in dieser Situation gesehen, ne.“

Martha Voit hat nun die (räumliche) Trennung hinter sich und sieht in ihrer aktuellen Wohnform eine logische Sequenz zur Unabhängigkeit: Klinik – Wohngruppe – 2er WG – Einzelwohnung: „Und jetzt mach ma halt noch n Schritt weiter.“ Bei allem zeigt sich in ihren Äußerungen nach wie vor eine gewisse Unsicherheit, die ihre biografische Situation bzw. Positionierung widerspiegelt. In Momenten des Alleinseins, also wenn keine Arbeit, keine Putzdienst, kein Besuch usw. den Tag strukturiert, stellt sich bei ihr das Gefühl von Einsamkeit und Langeweile ein: „Ich bin au manchmal hier alleine, aber sonntags da bin ich nicht so gern alleine. Ich weiß nicht warum. Da isch's mir's dann au irgendwie etwas, etwas immer langweilig.“ Sie fühlt sich in der Wohnung, wenn sie allein ist, „verloren“. Ihre sukzessive Ablösung – zuerst aus dem Elternhaus, danach von den Heimbewohnern und dann vom Mitbewohner – macht es ihr zwar möglich, allein zu wohnen, also den normativen Ansprüchen zu entsprechen, bedingt aber, dass sie in der neuen Wohnung in der Gefahr steht „verloren“ zu gehen.

Sie löst also ihren gegenwärtigen Unabhängigkeitsstatus, dessen Umsetzung sie biografisch lange begleitete, durch einen Kompromiss: Sie wohnt zwar jetzt nicht mehr im Elternhaus, wohnt aber mit den alten Möbeln in ihrer neuen Wohnung, sie nimmt also die Erinnerung(s-stücke) mit in ihr neues Leben. Das dokumentiert sich in einer Wohnungseinrichtung, die in einem gewissen Kontrast zu ihrem Alter steht. Es ist im Grunde die Einrichtung der Großelterngeneration (faktisch sind es die Möbel der Eltern): Möbel der 50er/60er Jahre, auch der Sofatisch aus einer anderen Zeit, die Standards einer wohleingerichteten, christlich geprägten, intimen Bürgerlichkeit, nach außen hinreichend abgeschirmt durch weiße Gardinen. Die Eltern selbst sind als Bilder an der Wand präsent.

Frau Voit muss die Ablösung der Eltern äußerlich und innerlich realisieren. Dieser Prozess, ihre derzeitige biografische Situation, kommt in ihrer Wohnung zum Ausdruck: sowohl in der Art der Einrichtung, der Nutzung als auch in ihrem Wohngefühl. Der Tod der Eltern hinterlässt bei Martha Voit auf der einen Seite eine Leere, die sie in Situationen der Einsamkeit

bedrückt. Auf der anderen Seite hat sie nun die Chance, sich mehr zu verselbstständigen. Der Kompromiss stellt eine positive Lösungsstrategie eines biografischen Problems dar, was auch in den Interviews zum Ausdruck kommt. Während sie im ersten Interview, das „alleine sein“ per se als negativ assoziiert: „Es war halt jetzt die beschte Lösung, weil jetzt wär, wär ich ganz alleine“, steht dem in einem späteren Interview eine Perspektivenänderung gegenüber: „Ich möchte auf niemand mehr Rücksicht nehmen. Ich möcht einfach nur für mich hier alleine sein.“ Dies kann als sukzessiver Prozess der Autonomisierung verstanden werden, der durch ihre eigene Kompromisslösung, der Unterstützung der Professionellen, der Eingebundenheit in Vereinsstrukturen und dem Engagement der Geschwister, eine Lösung der Bindungsproblematik ermöglicht.

### *Harry Loop*

Die Wohnung von Harry Loop befindet sich in einem älteren Mehrparteienwohnhaus, in dem ausschließlich betreute Menschen leben. Das Haus liegt relativ zentral in einer kleinen Landgemeinde in landschaftlich sehr reizvoller Umgebung, die jedoch keine Einkaufsmöglichkeiten besitzt. Die stationäre Institution, die ihn auch ambulant betreut, ist vor Ort stark präsent und entsprechende Anlaufstellen sind in wenigen Gehminuten erreichbar.

Herr Loop bewohnt zusammen mit einem anderen Projektteilnehmer im ersten Stock eine etwa 80-90 m² große Drei-Zimmer Wohnung. In dem Zimmer von Herrn Loop, das ca. 20 m² groß ist, befinden sich nur wenige Einrichtungsgegenstände. Zum Zeitpunkt des zweiten Interviews (Nov. 2009) stehen leere Bierflaschen direkt am Fußende des Bettes. Die Bettdecke ist etwas an die Wand geschoben, so dass an der Bettkante zum Raum hin eine Sitzmulde zu erkennen ist. Neben dem Kopfende des Bettes steht ein kleiner Nachttisch auf dem ein Aschenbecher, eine Packung Tabak und Zigarettenpapier liegen. Neben dem Nachttisch steht ein Stuhl, auf dem sich mehrere Kleidungsstücke befinden. Auf der gegenüberliegenden Seite der Tür sind zwei Fenster, mit jeweils dunklen einfarbigen Vorhängen. Das eine Fenster ist trotz der kalten Temperaturen komplett geöffnet. Rechts neben der Tür steht ein Kleiderschrank. Sowohl der Schrank, wie auch Bett, Nachttisch und Stuhl sind bereits älter, aus Holz und haben den gleichen, eher hellen Farbton. Bis auf diese vier Einrichtungsgegenstände und die leeren Bierflaschen ist das Zimmer leer, aber sehr sauber. Im Wohnzimmer steht links neben der Tür eine ältere Schrankwand aus dunklem Holz mit Glasvitrine, die zum Zeitpunkt des Interviews so gut wie leer ist. An der anschließenden Wand auf der linken Seite des Zimmers steht eine große Zimmerpflanze (Ficus benjamini), daneben eine Ledersofagruppe mit Sofatisch. Vor allen Fenstern hängen weiße Gardinen und auf einem Fensterbrett steht ein großer Kaktus. Zwei Wäscheständer mit mehreren Kleidungsstücken sind im Raum aufgestellt. Nach Harry Loops Auskunft wird das gemeinsame Wohnzimmer praktisch nicht genutzt („des Zimmer wird ja so gut wie nischt benutzt“), er und sein Mitbewohner ziehen sich überwiegend in ihre eigenen Zimmer zurück. Herr Loop hat von Anfang an mit durchgesetzt, dass in dem Wohnzimmer nicht geraucht wird, obwohl er selbst Raucher ist: „Wenn Besuch kommt und so, dass ma` dann `nen vernünftigen Platz anbieten kann.“

Seine Wohnung macht einen sehr unpersönlichen Eindruck.

> Interviewer: Des is jetzt Ihr Zimmer. Mhm. <.> habn Sie nur `n Bett `n Schrank und `n Stuhl. Ja.
> Loop: Des reicht doch.

Er deutet an, dass die Bedeutung der Wohnungseinrichtung anders für ihn wäre, wenn er seine eigenen Möbel hätte und die Umstände des Einzugs anders gewesen wären.

> Interviewer: Und möchten Sie auch mehr, nicht mehr Möbel oder?
> Loop: Ne, möcht nich. Jetzt nich mehr, früher hab ichs immer voll gerne gehabt, wo ich meine eigenen Möbel hatte.
> Interviewer: Is des auch so was, weil des nich Ihre sin, dann is Ihnen auch nich so wichtig oder

wie?
Loop: Ne.
Interviewer: Und wenn Sie eigene Möbel hätten, dann wär des anders?
Loop: Ja.

In dieser kleinen Sequenz spielt auf unauffällige Weise eine biografische Geschehensabfolge hinein, die bereits in zwei vorangegangenen Gesprächen (die von einem anderen Interviewer geführt wurden) von Harry Loop zweimal in sehr ähnlichen Worten erzählt wurde.

Sie hängen mit der Geschichte seiner Obdachlosigkeit zusammen. Nachdem er in den letzten Tagen des DDR-Regimes in den Westen kam, dort nach einigen Monaten arbeits- und wohnungslos wurde, steht merkwürdig schnell für ihn die Möglichkeit im Raum, auf der Straße zu leben. „Da hab ick mir gedacht, auf der Straße - so geht's auch. Naja kommst auch durchs Leben“, sagt er im Interview. In diesem „So geht's auch“ drückt sich seine Kompetenz, zu improvisieren aus, unterhalb der Schwelle einer bürgerlichen Lebensform immer wieder Antworten auf die Frage zu finden, die in seinen Erzählungendann auftaucht, wenn er von einem Wendepunkt seines Lebens berichtet: „So sag ick: 'Wat nu?',; „Sag ick: 'Wat mack ich denn nu?'„

Dieser Improvisationskunst war es auch zu verdanken, dass er nach jahrelanger Obdachlosigkeit in einer Art „biografischem Coup“ in den Besitz eines Schlüssels für einen Wohncontainer kommt sowie die amtliche Erlaubnis erhält, diesen vorübergehend zu bewohnen. Er vollzieht damit einen wichtigen biografischen Schritt in eine Art von Halbsesshaftigkeit. Er hat nun immerhin einen Ort, an den er zurück kommen kann (und will). Aus dem Provisorium wird eine Lösung über Jahre. Dafür spricht, dass er kontinuierliche, soziale, ortsgebundene Beziehungen unterhält, Möbel erwirbt, einen Kühlschrank, eine Waschmaschine, einen bescheidenen Besitz. Vielleicht hätte sich daraus irgendwann ein Ausstieg aus der Obdachlosigkeit entwickelt, wäre nicht die Krankheit dazwischen gekommen. Er muss aus gesundheitlichen Gründen den Container räumen. „Naja, sag ich, gut, ich möchte aber gerne in der Nähe bleiben, erstma wegen der Familie schon, und so, ne?“

Man schlägt ihm die stationär betreute Einrichtung vor, sehr ländlich, ca. 15 km entfernt, aber ohne tragfähige Verkehrsanbindung. Er geht hin. „Ich hab mir gedacht: So, dat is `n Rentnerheim oder so was.“ Man habe ihm ein leeres Zimmer gezeigt: „Ich konnt es gebrauchen. Ich hatte in der Zwischenzeit schon Möbel im Container, ne. Hab ich gesagt: Jo, das nimm ich.“ Einige Zeit später wird er von einem Mitarbeiter des Heims abgeholt, wird aber nicht in das (leere) Zimmer geführt, das ihm ursprünglich gezeigt worden war, sondern in ein bereits möbliertes Zimmer: „Zeigt mir `n Zimmer, steht `n Bett drinne und `n Nachttisch und `n Tisch und `n Stuhl. Ich sag: Die Zimmer hat man mir nich gezeicht. Ich hat `n Kühlschrank dabei, ne? Ick hab `ne Waschmaschine. Sag ick: Wat mach ick denn nu, ne? Dat war mir alles n bisschen komisch. Sag ick: Das haut alles nich hin, sag ick.“

Er darf seine eigenen Möbel („alles neue Ware“) nicht im Bereich der Einrichtung lagern. Man stellt sich in seiner Erinnerung auf den Standpunkt: „'Unterstellen? Sie ham hier alles. Ihre Wäsche wird gewaschen, ihr Essen wird gekocht und nischt, ne. Fernsehraum habn se und das und das und das.' Das ging alles ganz Hals über Kopf, dat konnt man alles gar nich richtig verarbeiten […]. Hab ick gesagt: 'Ick muss nochmal zurück, muss jetzt sehn. Nich dat die Stadt sich dat [seine Einrichtungsgegenstände] einfach untern Nagel reißt? Da gib ich lieber jemand das, den ick kenn so, der `s gebrauchen kann'. Und so verlief dat och, ne.“

Die fürsorgliche Rundumversorgung in der stationären Wohneinrichtung beinhaltet in seinen Augen eine vollständige Abwertung seines bescheidenen Kapitals. Die selbst organisierten Möbel für seinen Container waren Ausdruck einer für ihn sehr bedeutsamen biografischen Kompromissbildung. Sie waren alles, was er hatte. Er musste sie hergeben und landet nun in einer Situation der Leere. Es fehlen seine eigenen Möbel. Er wirkt in die Wohnung wie „hineingesetzt“. Er *wird* eingerichtet.

Es stellt sich eine Art resignativer Ruhezustand her, in einer Existenzform, für die gilt: Es hätte schlimmer kommen können. „Das hat nich jeder“, sagt er, mehr aber auch nicht. Er ist von der „Familie“, wie er seine Kumpels nennt, getrennt. Die Familie war immerhin Motiv in der nahe gelegenen Kleinstadt bleiben zu wollen. Gelegentliche Besuche – laut und mit Alkoholkonsum verknüpft – sind in der Einrichtungsumgebung nicht gerne gesehen.

Als Kommentar zu seinem mit dem Einstieg ins Projekt ProSeLe verbundenen Wohnungswechsel formuliert er fast etwas ironisch: „Und hier soll jetzt Selbstständigkeit sein“. Er nimmt das eher als eine Art Veranstaltung der Einrichtung wahr, eine Weise der leicht veränderten wöchentlichen Routine, die ihn selbst nur wenig tangiert, weil sich für ihn im Grunde nicht viel ändert. Er will keine weiteren Möbel, weil es nicht seine eigenen seien, gibt er zu verstehen. Er nutzt sein Zimmer eher wie ein Provisorium, ein „Fremdenzimmer“. Das Bett dient ihm tagsüber auch als Sitzgelegenheit, das Zimmer hat keinen Tisch und kein Sofa: Nichts, was es etwas „gemütlich“ machen, auf ein wirkliches „Sich-Einrichten“ hindeuten würde. Den Ort, an dem er wohnt, assoziiert er nach wie vor mit dem Träger der stationären Einrichtung, der seine Wünsche beim unfreiwilligen Umzug missachtete und sich damit offensichtlich bis heute bei ihm diskreditierte. Die Freizeitangebote der Einrichtung nimmt er nicht in Anspruch. Es gibt zur Zeit keine sichtbaren Alternativen, so arrangiert er sich mit der Situation und findet sich damit ab, aus eigener Kraft nicht weggehen zu können bzw. sein Straßenleben wieder aufnehmen zu können. Aber er richtet sich auch nicht ein.

### *Tim Zapp*

Tim Zapp wohnt im Zentrum eines großen Dorfes in einer Ein-Zimmerwohnung. Die unmittelbare Umgebung ist geprägt durch Gassen und vorwiegend gepflegte, ältere Gebäude. Da der Eingang des großen Wohnhauses, in dessen Erdgeschoß sich Herr Zapps Zimmer befindet, direkt auf eine schmale Straße führt, ist eine kleine Nische in die Hauswand eingelassen, von der aus zwei Haustüren ins Innere des Gebäudes führen. Betritt man eine dieser Türen, so steht man direkt in seinem Zimmer. Tim Zapp zieht die Schuhe außen vor der Haustüre aus, bevor er seine kleine Wohnung betritt. Vermutlich um diesen unmittelbaren Effekt beim Eintritt zu reduzieren, ist zur rechten ein kleiner Schrank aufgestellt, der als Raumteiler einen Eingangsbereich bildet. Gleichzeitig erzeugt er eine Abtrennung zum direkt dahinter befindlichen Bett. Beim Betreten des Zimmers steht zur Linken ein niedriges Ablageschränkchen, auf dem zwei ordentlich aufgetürmte Stapel mit Fernsehzeitschriften und Boulevardmagazinen liegen, deren Zielgruppe man eher einem älteren Publikum zuschreiben würde.

Gegenüber dem Eingang steht ein etwas heruntergekommener großer Wandschrank, der wohl aufgrund des einstigen Schimmelbefalls zu Lüftungszwecken immer noch von der Wand abgerückt ist. Im Grunde handelt es sich bei Tim Zapps Wohnung um ein einziges Zimmer mit ca. 3,5 x 8 m Grundfläche, das sich schlauchartig nach rechts erstreckt. An der Wand neben dem großen Wandschrank stehen zwei weitere gebrauchte Schränkchen, rechts neben dem Bett ein kleiner Tisch. Diese drei Einrichtungsgegenstände bieten Platz für drei neue Unterhaltunggeräte, die alle in schwarzem Hochglanzdesign gehalten sind: eine Spielkonsole, ein Flachbildfernseher und ein Notebook. In der hintersten Ecke des Zimmers wurden Wände für ein winziges Badezimmer mit Dusche, WC und Waschbecken eingezogen. In einer sich daneben ergebenden Nische des Wohnraums wurden ein Herd und Küchenschränke angebracht. Diese Küchennische bietet gerade ausreichend Platz für eine Person. Der Kühlschrank wirkt fast hineingezwängt. An der Wand über dem Bett hängen zwei Fußballtrikots, ein Fanschal, daneben ein Filmplakat von „Men in Black II“, ein weiteres Plakat mit einer Szene seines Lieblingsfilmes, ein selbstgemachtes Logo des Rappers 2Pac, ein Poster des Rappers 50cent und Fotos, die Tim Zapp in lässiger „Hip-Hop-Pose“ zeigen. Des Weiteren hängen an mehr oder minder zentralen Stellen des Zimmers zwei Fotografien einer Theatergruppe, in der er früher mitspielte, sowie Fotos einer Reise. Insgesamt wirkt alles recht eng. Die meisten Einrichtungsgegenstände hatten vermutlich schon Vorbesitzer. Dabei ist der Raum dennoch persönlich eingerichtet, wirkt schlicht und verhältnismäßig auf-

geräumt, ohne dabei aber zwanghaft ordentlich zu wirken.

Herr Zapp wohnt bereits sein ganzes Leben in dem Dorf. Seine Großeltern leben ebenfalls dort, er ist als Kind zu ihnen gezogen. Der Vater, lateinamerikanischer Herkunft und von schwarzer Hautfarbe, hatte ihn und seine Mutter verlassen, als Tim Zapp drei Jahre alt war. Wegen der Drogenabhängigkeit der Mutter kam es zu einer Vernachlässigung in der Herkunftsfamilie und zu dem Aufwachsen in der großelterlichen Familie. In der Pubertät erlebt Herr Zapp einen zweijährigen Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In dem Dorf hat er auch eine Zeitlang im örtlichen Verein Fußball gespielt und hat noch heute dort seine Freunde, die ihm wichtig sind.

Trotz dieser Verankerung stellt er sich (und seine Freunde) in den Interviews als Außenseiter dar: „Weil ich dort aufgewachsen bin und viele Kumpels kenn und so. Und die meisten Kumpels, wo ich da kenn sind Ausländer." Ein zentrales Thema ist dabei, neben den Konflikten mit seinen Verwandten, die Auseinandersetzung mit seiner Herkunft, sichtbar an seiner Hautfarbe – die Suche nach Identität. Er macht in seiner Wahrnehmung sehr viel negative Erfahrungen, wird oft diskriminiert und muss seine dadurch aufkommenden Aggressionen bändigen. Diese Doppelfigur von empfundener Benachteiligung (sozial, familiär, aber auch wegen der Hautfarbe) einerseits und offensivem Auftreten andererseits ist ein Grundmuster der Hip-Hop-Kultur und insbesondere des Gangsta-Raps, dessen legendärste Protagonisten Tim Zapp in seiner Wohnung versammelt. Sowohl das 2Pac-Logo als auch das Plakat seines Lieblingsfilms vermittteln dabei das Bild eines trotz seiner zugeschriebenen Lernbehinderung hochreflektierten und nachdenklichen jungen Mannes. Der Lieblingsfilm handelt von Themen einer ungeklärten Herkunft und sozialer Wurzellosigkeit, 2Pac gilt als einer der Urväter des Gangsta-Rap und fällt bei aller zur Schau getragenen Aggressivität, mit durchaus anspruchsvollen, lyrischen und sensiblen Texten auf.

Diese Herkunftsfrage verbindet sich (auch im Interview) mit der Frage nach seinem Vater, deren Symbol die dunklere Hautfarbe zu sein scheint, die er mit ihm teilt. In seiner Wohnungseinrichtung lässt sich dieses Thema in verschiedener Weise ablesen: Plakate von schwarzen Hip Hop-Künstlern und dem Film „Men in Black", eigene Fotos in ähnlicher Pose – unter Umständen auch die komplett in schwarz gehaltene Technikausstattung.

> Interviewer: Was sind da so Ihre Vorlieben bei Musik und Fernsehen?
> Zapp: Alles was mit <.> black, also mit Schwarzen zu tun hat. Dann gefolgt von Michael Jackson bis <...> Stevie Wonder und so. Bob Marley

Die Wohnungsgestaltung erinnert auf der einen Seite an ein Jugendzimmer (Poster, Schals), aber vergleichsweise abgestimmt und technisch gut ausgestattet. Auf der anderen Seite lässt sich auch eine Sorgfalt erkennen (Schuhe ausziehen, Sauberkeit, ordentlich gestapelte Zeitschriften), die zeigt, dass ihm die Wohnung wichtig ist. Die Wohnung dient in Herrn Zapps Schilderung als Rückzugsort (auch vor Anfeindungen). Sie ist für ihn Ausdruck von Intimität, persönlicher Sphäre und soll alles enthalten, was er braucht. Das drückt sich in dem Bestreben aus, trotz der beengten Raumverhältnisse über Nischenbildung allen Funktionen einer Wohnung einen eigenen Ort zu geben. Das Bett, der intimste Bereich, wird durch ein Schränkchen geschützt. Das ganze Appartement erhält durch das Schränkchen so etwas wie eine Eingangszone. Alles zusammen bringt zum Ausdruck, was er im Interview auf andere Weise betont, wenn er der Tante und der Familie vorwirft, sich in sein Leben einzumischen: dass er für sich selbst, autark, leben kann, sein eigenes Leben, und alles hat, was er zum Leben braucht.
Er scheut sich auch nicht, offensiv zu zeigen, dass er in seiner Wohnung selbst bestimmen kann, mit wem er sich auseinandersetzen muss: Seine Tante wirft er beispielsweise kurzerhand hinaus, als sie ihn wiederholt in seinen Augen unangemessen kritisiert, sich „in sein Leben einmischt". Zudem finden die Interviews nicht in der Wohnung statt und den Interviewer lässt er erst beim zweiten Interview im Jahr 2010 einen Blick reinwerfen, nachdem dieser ihm in einem vorangegangenen Interview wohl sympathisch war. Den Auszug aus der Wohngruppe wünschte er selbst und war eigenständig auf Wohnsuche. Dennoch scheint ihm

die Wohnung mittlerweile nicht mehr ausreichend groß zu sein. In den Interviews äußert er sich nicht positiv über sie, sondern betont die geringe Raumgröße und ein temporäres Schimmelproblem. Seit Mitte 2009 ist er auf der Suche nach etwas größerem, muss jedoch mit seinen knappen finanziellen Mitteln kalkulieren.

Seine Wohnung ist unabhängig von diesem Problem ein Raum für eine Objektivierung identitätsstiftender Elemente und Ausdruck einer intensiven expliziten und impliziten Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte. Zugleich bringt die Art und Weise der Einrichtung seinen Anspruch auf ein autonomes Leben offensiv und intim zugleich zum Ausdruck. Unabhängig davon, ob es von anderen gesehen werden kann: sich selbst sichtbar machen, klären, was zu einem gehört/passt und was nicht.

### *Helga Muck*

Frau Muck wohnt in einem großen Reihenhaus zentral an einem Busbahnhof. Ihre Wohnung befindet sich im zweiten Stock und ist ca. 50 m² groß. Direkt neben dem Eingang steht eine Garderobe, darunter sind Schuhe abgestellt, auch Hausschuhe (Schuhe müssen ausgezogen werden). Weiterhin stehen hier noch eine Kommode mit Parfümproben darauf, ein Schuhschrank und ein gezeichnetes Portrait ihres Sohnes. Im Wohnzimmer befindet sich links neben der Tür ein modernes einfarbiges Ecksofa (Polstersofa), auf dem eine helle, weiche Tagesdecke liegt. Vor dem Sofa steht ein Sofatisch und auf der Fensterseite mit dem Balkon ein Holztisch mit vier Stühlen. Im Raum gibt es eine Glasvitrine mit Bildern und kleinen Accessoires, vielen Fotos von Tochter, Sohn, Enkelkinder, Partner, Stammtisch-Bekannten und der Mutter. Außerdem gibt es noch einen kleinen Christbaum im Blumentopf, einen großen Flachbildfernseher und eine Kommode. Alle Möbel sind aus heller Buche und sind aufeinander abgestimmt. Die Wohnung hat eine Einbauküche, die relativ neu wirkt und eine Waschmaschine. Das Bad mit Toilette ist mittelgroß. An dessen Decke hängt ein Fischernetz, verziert mit dekorativen Seesternen. Im Regal stehen verschiedene Kosmetikartikel. In ihrem Schlafzimmer befindet sich in der Raummitte ein großes Bett. Das Kopfende liegt unter dem Fenster. An der Wand hängen asiatische Fächer und eine große Marionette. Neben dem Kleiderschrank gibt es noch einen frei stehenden Kühlschrank (zusätzlich zu dem in der Küche). Insgesamt ist die Wohnung auffällig sauber und aufgeräumt, modern und dekorativ eingerichtet.

Helga Muck beschreibt ihren Lebenslauf als eine Abfolge von widrigen Umständen und schlechten Entscheidungen, ein stetiges Auf und Ab. Für die meiste Zeit scheint es fast so, als ob sie keine andere Wahl hatte, ihr die Entscheidungen durch äußere Ereignisse vorweggenommen werden, sie hineinrutscht. Wenn sie die Wahl hatte, traf sie die falschen oder zumindest sehr ambivalente (schlussendlich negativ endende) Entscheidungen. Sie wuchs mit elf Geschwistern in schwierigen Verhältnissen auf, ihre Kindheit war geprägt von einem hin und her zwischen Heim und Elternhaus. Dadurch fiel es Helga Muck sicherlich schwer, in ihrer Familie Fuß zu fassen, sie hatte kein Zuhause im eigentlichen Sinn. Sie gehörte zwar zu ihrer Familie, aber irgendwie auch nicht - war eine von vielen und dazu selten anwesend.

Sehr wahrscheinlich wurde Helga Muck vom Jugendamt mit drei Jahren aus der Familie geholt, das legt die übliche Aufnahmepraxis in dieser Zeit nahe (laut Angabe eines Jugendamtsmitarbeiters). Damals wurden die Eltern in der Regel nicht so stark in diese Entscheidung einbezogen, wie das heute der Fall ist.
Ihre Entlassung aus dem Kinder- bzw. Jugendheim mit 16 Jahren musste auf ihr eigenes Engagement zurückgehen. Damals waren Aufnahmen in Kinder- oder Jugendheimen in der Regel bis zum Alter von 18 oder 21 Jahren üblich. Ohne ihr Engagement wäre sie mindestens bis zu ihrem 18. Lebensjahr im Heim geblieben. Es ist also sie, die sich dafür entscheidet, bei Vater und Bruder zu leben. Allerdings stellte sich diese Entscheidung als sehr ambivalent heraus. Zum einen entkam sie dem Heim, was für sie in den 1970er Jahren mit Sicherheit keine angenehme Zeit war, lebte aber dafür bei ihrem Vater, mit dem es zu

teilweise gewalttätigen Konflikten kam.

Dieser Phase folgen starke Schwankungen ihres Lebensverlaufs. Mehreren Tiefpunkten (Koma, Obdachlosigkeit) folgen Höhepunkte (Wohnung der Freundin, eigene Wohnung mit Sohn), die wiederum in Tiefpunkten enden (Obdachlosigkeit). Ihre Zeit in der Obdachlosigkeit ist eine der wenigen, die sie im Interview direkt bewertet: „Des war fei hart." Sie möchte auch über die Erlebnisse dieser Zeit nicht sprechen: „Ohwe <.> möcht ich lieber nicht sagen."

Die Höhepunkte scheinen in ihrer Erzählung eher zufällig oder von außen initiiert worden zu sein. In das Mutter-Kind-Heim wird sie (vermutlich) geschickt, von dort kann sie zu einer Freundin ziehen. Aus dieser fast stabilen Phase wird Helga Muck erneut beim Aufbau eines geregelten Leben geschleudert – ihr wird gekündigt und sie wird wieder obdachlos. Interessanterweise beginnt Frau Muck ihre Erzählung über ihre Wohnbiografie mit der Stadt Bunzheim, und das obwohl sie dort nur ungefähr ein Jahr lebte. Diese Zeit bedeutet für Frau Muck offenbar eine der seltenen Phase, in der sie günstige Umstände vorfand, an die sie sich gern erinnert.

Im Gegensatz zur ersten Obdachlosigkeit, bemühte sie sich dieses Mal um den Aufbau einer „bürgerlichen Existenz": Sie sucht eine Wohnung und holt ihren Sohn aus dem Heim zu sich. Sie kämpft in dieser Zeit gegen widrigste Umstände an. Sie schafft es letztlich und lebt mit ihm für zwei Jahre zusammen – ihr längste stabile Phase bis dato. Die Konstellation wirde jedoch für Helga Muck zur Belastung und sie gibt den Sohn zur Schwägerin. Obwohl sie diesen Schritt retrospektiv als den schlimmsten Fehler ihres Lebens bezeichnet, scheint er ihren Verlauf vor einem weiteren Abdriften geschützt zu haben.

Sie unternimmt einen weiteren Versuch zur Stabilisierung und heiratet. Diese Ehe stellt sich aber als Fehler heraus: „Da hab ich mein damaligen Mann kennen gelernt […] den hab ich auch geheiratet. War auch ein Fehler. Weil der hat getrunken, der hat mich misshandelt, bis es mir zu blöd war. Da hab ich nach drei Jahren die Scheidung eingereicht." Ihre Formulierung „war *auch* ein Fehler", deutet darauf, dass sie Verläufe ihres Lebens als Fehlentscheidungen interpretiert. Die Scheidung jedenfalls ist ihre erste Entscheidung, die keine negative Dynamik in Gang setzt, sie stürzte nicht tiefer. Ganz im Gegenteil: Danach scheint es sukzessive aufwärts zu gehen. Sie heiratet erneut, dieses Mal den richtigen Mann und bleibt mit ihm insgesamt sechs Jahre zusammen – holt aber nicht den Sohn zu sich. Diese erste lange stabile Phase wird erneut von schlechten Umständen beendet. Ihr Mann stirbt, und Frau Muck bricht zusammen. Die Folge sind mehrere Klinikaufenthalte, es scheint fast so, als ob sich eine Maßnahme an die andere anschließt und es eigentlich dazu keine Alternative gibt. Auch eine kurzzeitige Genesung, in der sie betreut wohnt und wieder arbeitet, ändert das nicht. Frau Muck bricht nach einer weiteren REHA-Maßnahme wenige Tage nach ihrer Rückkehr zusammen und kommt schließlich in ein psychiatrisches Krankenhaus.

Helga Muck charakterisiert ihre Biografie als eine Mischung aus schlechten Entscheidungen und widrigen Umständen. Man könnte ihre Biografie aber auch als ein ständiges Scheitern bescheiben: ihre Familienjahre, ihre ersten Berufserfahrungen, ein Auszug aus dem Elternhaus (Obdachlosigkeit), Erziehung des Sohnes bzw. Aufbau einer Familie, Gründung einer Ehe , Rehabilitation (Kur).

Dem gegenüber stehen nur zwei kurze Phasen der Stabilität oder des Gelingens, die aber beide ebenfalls scheitern: Die ersten drei Jahre der Kindererziehung enden mit der Abgabe des Sohnes an die Schwägerin; die sechs Jahre andauernde, zweite Ehe endet mit dem Tod des Mannes und einem folgenreichen Einschnitt ihrer Biografie. Sie versucht nicht, ihr Leben neu auszurichten, sondern sie bricht vollkommen zusammen, keine Reha-Maßnahme scheint zu wirken. Endpunkt bildet hier die einjährige Einweisung in die Psychiatrie. Danach durchläuft Frau Muck stationär betreute Wohnformen. Trotz der Konflikte scheinen diese

Maßnahmen eine stabilisierende Wirkung zu entfalten. Man könnte daher sagen, dass sich ihre momentane Lebensausrichtung an einem kontrollierten Weg zur „Normalität“ orientiert.

Interessant ist daher vor allem das, was sie als positiv bewertet. Hier gibt es nur wenige Stellen und nur zwei, wo sie das von sich aus unternimmt. Diese Stellen betreffen interessanterweise ihre jetzige Wohnung, die Leute vom Stammtisch an dem sie teilnimmt und ihr Verhältnis zu Besuchern:

> Helga Muck: Nee, nicht immer. Ja, wir ham da n Stammtisch.
> Interviewer: Ah ja.
> Helga Muck: Also die Leute sind etwas älter als ich, aber komm mit denen *gut* aus.
> Interviewer: Des ist hier in [Name des Ortes] dann? Hm und sonst so, gehen sie spazieren auch oder dann schon die meiste Zeit zu hause einfach.
> Helga Muck: Ja, meistens bin ich zuhause. Weil *mir gefällts hier.*

Wie der letzte Satz andeutet, fühlt sich Frau Muck in ihrer Wohnung wohl. Dieses Wohlbefinden lässt sich aus ihrer eingangs beschriebenen Wohnungseinrichtung ablesen. Die Wohnung ist sehr schön eingerichtet, sehr sauber und sehr aufgeräumt. Dem wissenschaftlichen Mitarbeiter, der das Interview führte und der auch in den meisten anderen Wohnungen von Teilnehmern des Projekts „Selbstständig Leben“ war, fiel das besonders auf. So hat sich Frau Muck wohl viele Gedanken über die Einrichtung und Ausgestaltung ihrer Wohnung gemacht. Die Möbel und die Wanddekoration sind aufeinander abgestimmt und die Wohnung hat sehr viele dekorative Details.

Die Mühe, die sich Frau Muck mit ihrer Wohnung macht, steht in einem Gegensatz zu ihrer sonst so negativen Beurteilung ihres Lebens. Als sie vom Interviewer auf das Einrichten der Wohnung angesprochen wird, sagt sie: „Des liegt bei mir in der Natur.“ Der Satz könnte so interpretiert werden, dass sie das einfach macht, ohne groß darüber nachzudenken bzw. sie das schon immer so gemacht hat – eine Art habituelle Prädisposition. Das steht in offensichtlichem Gegensatz zu der Art und Weise, wie sie ihren Lebenslauf beschreibt. Sie hatte nur kurzzeitige Phasen der Stabilität, lebte ansonsten unterhalb der Grenzen sozialer Respektabilität, auch in ihren eigenen Augen. Mit Sicherheit hat sie in den Zeiten, in denen sie obdachlos war, diese Möglichkeit nicht gehabt.

Die Art der Wohnungseinrichtung und ihrer Nutzung reflektieren Helga Mucks derzeitige biografische Position: Sie hat mit ihrer Vergangenheit abgeschlossen, will nun neu beginnen, möchte nicht mehr prekär leben, möchte ein schönes Leben haben, in einer schönen Wohnung. Die Vergangenheit ist negativ, die Gegenwart positiv, die Zukunft ungewiss. Fotos von ihren Kindern und ihrer Mutter (der Vater ist nicht dabei) stehen neben Fotos von ihrem Partner und Bekannten ihres Stammtisches. Die Wohnungseinrichtung stellt gleichzeitig eine Überbetonung, wenn nicht sogar eine Übertreibung dieses Neuanfangs dar: asiatische Fächer, Fischernetz, zweiter Kühlschrank im Schlafzimmer. Fischernetz und Fächer wirken dabei wie Souvenirs von einer unbeschwerten Ferienreise mit Strandurlaub und Sonne, die sie vermutlich im wirklichen Leben nie erlebt hat.

Frau Muck hat sich bei der Beschaffung der Möbel finanziell übernommen und ihr Partner musste sie deswegen unterstützen. Sie hat sich sozusagen etwas über ihre Verhältnisse eingerichtet. Zu dem Neuanfang gehört auch das Verhindern eines erneuten Absturzes: Frau Muck zieht nicht zu ihrem Partner, der das wünschte. Enge (räumliche) Bindungen zu anderen Personen waren in ihrer Biografie negative Einflussfaktoren, entweder geprägt durch anhaltende Konflikte oder durch einen anschließenden Absturz. Ihre skeptische, zurückhaltende Sprechweise könnte man demzufolge als ein Ausdruck dessen interpretieren: Sie traut dieser Situation noch nicht, sie kennt sich mit Abstürzen zu gut aus und weiß, wie plötzlich diese auftreten können. Aus diesem Grund lässt sich ihre Wohnsituation als neuen Versuch deuten, eine bürgerliche Existenz aufzubauen, mit der Vergangenheit abzuschließen und endlich eine längere Phase des Gelingens zu etablieren.

*

Vier unterschiedliche Lebensgeschichten – vier unterschiedliche Wohnungen. Die Dimension der Zeit spielt in diese Wohnungen in ganz unterschiedlicher Weise ihre Rolle. Die Vergangenheit wird in allen vier Formen des Sich-Einrichtens wirksam. Am auffälligsten vielleicht bei Martha Voit. Sie nimmt die Vergangenheit buchstäblich in ihre Wohnung auf – in Gestalt der Möbel und der Einrichtung ihrer Eltern, denen sie dadurch zugleich nahe ist, nahe aber in einer Lebensform, in denen sie zum ersten Mal unabhängig von ihnen ist. Sie ist als Ambivalenz präsent. Bei Helga Muck klingt die Vergangenheit als Auswahl in Gestalt der Fotos an, aber sie lässt nur einen kleinen Teil dieser Vergangenheit in der Wohnung zu. Die Wohnung als solche ist so gestaltet, als ob sie einer Person mit einer anderen Vergangenheit gehören würde, einer hellen unbeschwerten Vergangenheit mit Urlauben im Süden. Auch Tim Zapp inszeniert Elemente der eigenen Vergangenheit, Erinnerungen, die ihm wichtig waren (Filme, Theaterspielen). Aber es überwiegen die Dinge, die ihm in der Gegenwart wichtig sind und von denen her und über die er sich definiert. Bei Harry Loop konzentriert sich die biografische Vergangenheitsbedeutung darin, dass er gleichsam mit der Wohnungseinrichtung vorführt, dass er sich als jemanden ansieht, der seiner Ressourcen beraubt wurde.

Wichtiger noch: Die Wohnungseinrichtung unterhält zugleich Verweisungen auf die jeweilige biografische Zukunftsdimension. Bei Martha Voit und Tim Zapp ist es die Bereitschaft, eine zukünftige Autonomie mit der Aufarbeitung der Geschichte der eigenen Herkunft in Übereinstimmung zu bringen – und damit ist vor allem die Auseinandersetzung mit den Eltern gemeint. Bei Helga Muck nimmt die Wohnung einen Zustand vorweg, in dem sie sich endgültig von dieser Vergangenheit losmacht, ein besseres Leben führt, in dem Erfahrungen von Unbeschwertheit möglich sind. Bei Harry Loop vermittelt die Wohnung letztlich eine auch nach seinem eigenen Verständnis mögliche Zukunft. Dass nämlich auch diese Bleibe sich noch einmal als Durchgangsstation erweisen könnte.

# 7. Zusammenfassung und Ausblick

Abschließend sollen nochmals die wichtigsten Befunde und Ergebnisse zusammengefasst werden. Einige grundsätzliche Überlegungen zum Verhätnis von Institutionengeschichte und individueller geschichte schließen diesen Bericht ab.

## 7.1 Wichtigste Ergebnisse im Überblick

***1. Projektziel ambulant betreutes Wohnen***
Zentrales Projektziel war es, zu erproben, ob mit Hilfe eines degressiv angelegten Gruppenbudgets sich bei insgesamt 25 Teilnehmern, die über eine sehr lange Zeit (teils Jahrzehnte) im stationären Wohnbereich betreut wurden, eine regelhaft ambulant betreute Wohnform erreichen lässt.

Dieses Projektziel wurde bei 24 von 25 Teilnehmern definitiv erreicht. Im einzigen Fall, bei dem am Ende nicht ein ambulanter Status stand, hat der Projektverlauf eine hohe subjektive Relevanz gehabt und eine sehr wichtige klinisch-therapeutische Maßnahme angeregt, die biografisch von hoher Bedeutung ist. Im Ergebnis kann das heißen, dass sich auf dieser Grundlage in Zukunft noch eine ambulant betreute Wohnform bei dem Teilnehmer erreichen lässt.

***2. Projektziel Senkung der durchschnittlichen Fallkosten***
Ein weiteres – damit verbundenes Projektziel – bestand in der Reduktion der durchschnittlichen Fallkosten der Eingliederungshilfe. Auch dieses Projektziel wurde in der Gesamtheit der Klienten erreicht. Im Durchschnitt sinken, bezogen auf die Gesamtgruppe, die mittleren Fallkosten/Monat für die Eingliederungshilfe von 1821 Euro (dem Wert bei den von den stationären Vergütungen abgeleiteten Eingangspauschalen von ProSeLe) auf rund 1101 Euro (im Status des ambulant betreuten Wohnens). Daraus ergibt sich insgesamt ein Einsparvolumen von rund 18 000 Euro im Monat und rund 216 000 Euro im Jahr. Einsparungen ergeben sich allerdings nicht in jedem Einzelfall. In fünf Fällen entstehen sehr geringe oder geringe Mehrkosten. Diese werden allerdings durch die hohe positive Bilanz in anderen Fällen mehr als aufgewogen.

***3. Deckungsgrad der Hilfebedarfe***
Über den gesamten Projektverlauf hinweg und im anschließenden regelfinanzierten abW-Status ergab sich eine nahezu konstante Quote von 86 % gedeckten Hilfebedarfen. Von den 14 % nicht gedeckten Hilfebedarfen geht dabei ein Großteil auf klientenabhängige Ursachen und situative Bedingungen zurück. Der Grad der wahrgenommenen Bedarfsdeckung steht im Verlauf von ProSeLe und im Anschluss an ProSeLe in keinerlei Zusammenhang zu Form und Umfang der Finanzierung. Das bestätigen auch die qualitativen Befunde (Gespräche mit den Klienten).

***4. Degressives Gruppenbudget***
Kernstück des Konzepts bildete ein degressiv angelegtes Gruppenbudget (und nicht beispielsweise ein sozialraumbezogenes Budget oder ein persönliches Budget). Auch dieses Konstrukt war Gegenstand der Evaluation. Sowohl die Degression als solche (nicht unbedingt ihre Höhe), wie auch die Konstruktion eines *Gruppen*budgets hat sich u.E. bewährt und kann als hilfreiches Instrument bei Ambulantisierungsprozessen angesehen werden, bei denen eine *Gruppe* von Teilnehmern in einer bestimmten Phase eine Veränderung der Wohnform vollzieht.

*a) Degression:* Kriterium für die Bewährung der Degressionsregelung ist die Frage, ob bei sinkenden Vergütungen dennoch angemessene Bedarfsdeckung aufrecht erhalten werden kann. Die Frage der Bedarfsdeckung kann (siehe Punkt 3 sowie die nachfolgenden Punkte) positiv beantwortet werden. Darüber hinaus ist aber in diesem Zusammenhang zu

klären, ob es auch zu einer Degression der faktischen Ausgaben kommt. Auch diese Frage kann auf der Ebene der Gesamtgruppe positiv beantwortet werden. Auch die durchschnittlichen monatlichen Ausgaben pro Fall sinken von 2008 auf 2010 um rund 13 %. Dabei wurde von konstanten Personalkosten ausgegangen, d.h. es handelt sich um die Tarifsteigerung von 8 % im Jahr 2009 (bereinigte Angabe). Zusammen mit dem Befund, dass durchschnittlich eine angemessene Bedarfsdeckung erfolgte, kann das als Bewährungskriterium für die Degression gelten. In diesem Punkt kommen wir auf ein anderes Ergebnis als das Projekt des Wieslocher Klientenbudgets. Dies gilt nicht für die Höhe der Degression. Aus den Befunden folgt, dass – jedenfalls bezogen auf genau *diese Gruppe* von Klienten – auch ein höherer Degressionssatz vertretbar gewesen wäre (vgl. aber den folgenden Punkt b) .

*b) Gruppenbudget:* Das eben Gesagte gilt allerdings nicht im Einzelfall, sondern nur bezogen auf die Gesamtgruppe. Weder ließen sich im Projektverlauf in allen Einzelfällen durchweg die Ausgaben durch die individuellen Betreuungspauschalen decken, noch zeigten sich in allen Einzelfällen eindeutig sinkende Verläufe der faktischen Ausgaben. Auf der Ebene der Ausgabenverläufe der Einzelfälle kommt es bei zwölf von 25 Klienten in der Gesamttendenz zu rückläufigen Ausgaben (bei zehn relativ stetig). Bei 13 Klienten kommt es entweder zu einer (leicht) ansteigenden Gesamttendenz der faktischen Ausgaben oder zu einem im Projektverlauf unveränderten Trend. Diese Aussage gilt für die um die Tarifsteigerung bereinigten Kostenverläufe. Bei insgesamt neun Teilnehmern kommt es im Abgleich von Ausgaben und individueller Betreuungspauschale für eine oder (meist) mehrere Vergütungsphasen zu einem Defizit. Diese können aber durch teils erhebliche Überschüsse bei anderen Klienten ohne weiteres gedeckt werden. Daraus wird aber auch deutlich, dass die Degression nur in Bezug auf eine Gruppe Sinn hat. Die Höhe der Degression ist zudem auch bei nahezu keinem der Klienten abgebildet, bei denen es zu sinkenden Ausgabenverläufen kam. Bezogen auf den Einzelverlauf ist sie völlig willkürlich.

Insgesamt lässt sich ableiten, dass im Falle der Klienten von ProSeLe weder ein Persönliches Budget noch ein Regionalbudget ein angemessenes Instrument gewesen wäre. Persönliche Budgets hätten bei einem Teil der Klienten zu unvertretbaren Risiken einer Unter-Deckung der Bedarfe geführt, bei einem anderen Teil der Klienten dagegen zu absurden Überschüssen. Regionalbudgets hätten deswegen nicht greifen können, weil die Klientengruppe weder subjektiv noch objektiv einen gemeinsamen Sozialraum aufweist und andererseits – bei bestehender relativer Trägervielfalt – eine Fülle von infrastrukturellen Angeboten bereits bestehen und nur erschlossen werden mussten.

***5. Klientenbezogene Hilfeerbringung***

In engerem Sinne klientenbezogene Ziele von ProSeLe lassen sich nochmals in der „Generalhypothese“ des Projekts zusammen fassen:

> (1) Durch eine zunehmende Verselbstständigung,
> Differenzierung der professionellen Hilfen,
> aktive Erschließung des kommunalen Sozialraums,
> Einbeziehung eines lebensweltlichen sozialen Umfeldes
> kann die Abhängigkeit der Klienten von institutionalisierter Hilfeerbringung zunehmend minimiert werden.
>
> (2) Individuelle Kompetenzzuwächse und/oder steigende Inklusion und Sozialintegration treten (partiell) an die Stelle institutioneller und professioneller Hilfeerbringung.
>
> (3) Dadurch und durch die gleichzeitig erfolgende Differenzierung der professionellen Hilfen (Hilfemix) lässt sich – auf die Gesamtgruppe oder auch die Individuen bezogen – eine sukzessive Kostenreduktion (Degression und Übergang in den ambulanten Status) ermöglichen.
>
> (4) Zugleich ist damit eine Erhöhung der Lebensqualität für die Klienten im Sinne größerer Selbstbestimmung, Teilhabe und größeren Wohlbefindens verbunden.

Diese komplexe Generalhypothese konnte nur in Teilen belegt werden, in Teilen müssen damit verbundene Annahmen korrigiert werden:

(1) trifft zu, für die Klienten in unterschiedlicher Weise (d.h. Zusammensetzung der genannten Mittel) und unterschiedlicher Ausprägung.
(2) trifft nur bedingt zu, da die professionelle Hilfeerbringung dominant bleibt. Allerdings trifft es zu, dass Klienten und ihr Umfeld Teilfunktionen übernehmen, die vorher professionell gesichert waren.
(3) trifft nur bedingt zu, da sich zwar eine sukzessive Kostenreduktion ergibt, sich ein direkter Zusammenhang des Gesamtumfangs der Kostenreduktion zum Hilfemix oder/und Einbeziehung ehrenamtlicher Tätigkeit nicht belegen lässt. Dafür sind diese Formen der Hilfeerbringung zu marginal.
(4) trifft auf die Mehrheit der Klienten zu, insbesondere wenn man das Kriterium der Lebensqualität durch qualitative biografiebezogene Aspekte ergänzt.

Zu den hier relevanten konzeptuellen Elementen im Einzelnen:

- „***Hilfemix“:*** Bei allen Klienten kommt es zumindest phasenweise zu einer Differenzierung der Unterstützungspersonen, allerdings gibt es dabei nicht, wie die Generalthese unterstellt, eine lineare Zunahme: Über die Quartale hinweg nimmt bei elf von 24 Klienten die Anzahl der Hilfeerbringer zu, bei fünf von 24 nimmt sie ab; bei vier von 24 bleibt sie gleich; ebenfalls bei vier von 24 schwankt die Zahl der Hilfeerbringer. Bei fast allen Klienten (22) spielt unentgeltliche Unterstützung aus dem Lebensumfeld oder/und dem Umfeld der Einrichtung zumindest phasenweise eine Rolle. Allerdings sind diese Formen von Unterstützung wenig kontinuierlich, sie folgen sehr oft zufälligen sozialen Passungskriterien. Hilfemix und ehrenamtliches Engagement tragen u.E. nur zu einem kleinen Teil zu der erfolgten Kostenreduktion bei. Die internen Personalkosten als Teil der Gesamtausgaben sinken zwar kontinuierlich von 82 % im ersten Projektjahr auf 77 % im letzten Projektjahr 2010. Und umgekehrt steigt der Anteil externer Personalausgaben von 4% auf rund 7% der Gesamtausgaben. Dies kann aber mit Sicherheit nicht die Haupterklärung für die Senkung der Ausgaben sein. Diese muss vielmehr dominant in der größeren Selbständigkeit der Klienten und möglicherweise in einer zielsicheren professionellen Unterstützung gesucht werden.

- ***Selbstständigkeit:*** Eindeutigstes Ergebnis ist für die übergroße Mehrheit der Klienten ein teils erheblicher Selbstständigkeitszuwachs (19 von 24). Bei weiteren fünf registrieren die Bezugsmitarbeiter ein unverändertes Niveau an Selbstständigkeit (in der Regel ein bereits „mitgebrachtes“ *hohes* Niveau), nur in einem Fall eine Einbuße an Selbstständigkeit. Ein wichtiges Ergebnis ist zudem, dass vergrößerte Selbstständigkeit nicht mit einem Zuwachs an subjektivem Wohlbefinden oder/und größerer Teilhabe einher geht. Dies ist nur bei einem Viertel der Teilnehmer der Fall. Bei den anderen ergeben sich phasenweise und personenbezogen sehr differenzierte Kombinationen. Zum Teil wird Wohlbefinden mehr an Teilhabe (sozialbezogener Typus), zum Teil mehr an Selbstständigkeit geknüpft (autonomiebetonter Typus). Am heterogensten ist dabei die Frage des subjektiven Wohlbefindens. Hier registrieren Bezugsmitarbeiter nur bei zwölf Klienten eine für sie eindeutig sichtbare Zunahme, bei acht Klienten wird in der Gesamtbilanz eine Abnahme unterstellt und bei vier Klienten eine gleichbleibende Befindlichkeit.

- ***Teilhabe und soziale Netzwerke:*** Ein differenzierteres Bild zeigt die Frage der sozialen Teilhabe bzw. der Netzwerke sozialer Beziehungen. Hier ergibt sich in der Gesamtbilanz eine registrierte Teilhabezunahme bei 15 Klienten, bei sechs Klienten eher ein Rückgang, bei drei Klienten bleibt die wahrgenommene Teilhabe unverändert. Dazu korrespondieren einerseits die erhobenen standardisierten Kontaktdaten sowie die qualitativ erhobenen Daten. Eine quantitativ greifbare Zunahme an sozialen Beziehungen (Art bzw. Intensität des Kontaktes) lässt sich nicht belegen, ausgenommen sind Nachbarschaftsbeziehungen. Allerdings ist festzuhalten, dass über die Hälfte der Klienten (14 von 24) gar keine Ausweitung von Kontakten wünscht. Die Interviews zeigen jedoch, dass die eigentliche Ausweitung sozialer Netzwerke eher qualitativen Kriterien folgt und sich nicht über die Anzahl unterschiedlicher Personenkategorien bzw. zeitlicher Intensität messen lässt. Sie liegt darin, dass die Beziehung

zu vielfach zuvor schon vorhandene Personen (Angehörige, Partner, Freunde, Bekannte) eine neue Bedeutung bekommt und sich in ihrer subjektiven (und biografischen) Qualität verändert. Zum Teil liegen biografische Gewinne auch gerade in der Distanzierung von bestimmten Personen oder Personengruppen. Eindeutig lässt sich jedoch eine erhebliche Zunahme und Diversifikation von Freizeitaktivitäten belegen.

- **Hilfebedarf:** Eines der überraschendsten Ergebnisse der Begleitforschung bezieht sich auf die Entwicklung des (wahrgenommenen) Unterstützungsbedarfes. Sowohl die nach dem Projekt erfolgende Begutachtung durch den Medizinisch-Pädagogischen Dienst als auch die quartalsweise erfolgende Dokumentation durch die Bezugsmitarbeiter belegt im Gesamtbild eher eine Zunahme der Unterstützungsbedarfe als eine Abnahme. Dies bezieht sich zum einen auf die Zahl der wahrgenommenen und abgefragten ICF-basierten Bedarfe. Diese steigen von durchschnittlich 15 am Anfang des Projekts auf durchschnittlich 19 nach seiner Beendigung an. Es geht aber auch um Intensitätszuwächse. Bei acht von 24 Teilnehmern kommt es zu Zunahmen von 50 % der Hilfebedarfe und darüber. Nur bei vier von 24 Teilnehmern nehmen 50 % und mehr der Hilfebedarfe ab. Bei allen anderen Teilnehmern halten sich Zunahmen und Abnahmen (unterhalb der 50 % der jeweiligen Gesamtbedarfe) in etwa die Waage. Dieses Ergebnis steht zwar grundsätzlich im Einklang mit ähnlichen Befunden des Wieslocher Projekt. Es erstaunt aber vor dem Hintergrund einer ebenso registrierten, wachsenden Selbstständigkeit, definitiv sinkenden Aufwendungen für die Hilfe und einem zugleich konstatierten, völlig gleichbleibenden hohen Deckungsgrad der Bedarfe von 86 %. Die Erklärung ist vermutlich in der Relationalität und Kontextualität von Unterstützungsbedarfen und ihrer Wahrnehmung zu suchen. In Einzelfällen wird deutlich, dass gerade eine Ausweitung und Neuerschließung von Teilhabekontexten, die Übernahme von zuvor stellvertretend erledigten Aktivitäten, neue Unterstützungsbedarfe schaffen kann. Allerdings werden diese Bedarfe auch auf andere Weise bedient. Wir vermuten, dass dabei eine Veränderung der professionellen Interventions- bzw. Kommunikationsformen ebenso eine Rolle spielt, wie unauffällige Übernahme von Unterstützung durch das lebensweltliche Umfeld, aber auch eine grundsätzlich gestiegene Kompetenz der Klienten im Umgang mit Bedarfen und Bedürfnissen.

- **Hilfebedarfseinstufung und faktische Ausgaben:** Die Analysen zu den Kostenverläufen in ProSeLe bestätigen den fachlich vielfach geäußerten Eindruck einer erheblichen Unschärfe standardisierter Hilfebedarfsfeststellung und einer Verknüpfung dieser Einstufungen mit einer Bemessung in Geldbeträgen, die nahe an der Grenze der Beliebigkeit liegen. Das gilt für die Einstufung des MPD mit dem HMBW-Verfahren ebenso wie für unseren eigenen Versuch einer standardisierten quartalsmäßigen Erfassung des Hilfebedarfs mit ICF-basierten Kategorien, und einer Erfassung zeitbasierter Indikatoren der Hilfeerbringung. Insbesondere die teilweise sehr dynamischen Verläufe der faktischen finanziellen Monatsausgaben machen deutlich, dass sich diese Unschärfeproblematik einer standardisierten Bedarfserfassung und Bemessung bei schlechterdings jedem Verfahren der Hilfebedarfserhebung und ihrer pekuniären Bemessung stellen würde. Sowohl der Hilfebedarf als auch die notwendigen Mittel für seine Deckung sind – je für sich – einer erheblichen Dynamik und Kontextrelativität unterworfen, die die Vorstellung einer objektiven und relativ zeitbeständigen Bemessung ihrerseits relativieren. Wie immer neue Wege der Hilfbedarfserhebung und –Bemessung in Zukunft aussehen – es wäre so gesehen in jedem Fall wichtig, dem relationalen Charakter des konkreten Unterstützungsbedarfs, seiner Bemessung in Geldwerten und damit auch der (legitimen) Interessengebundenheit und dem Aushandlungscharakter beider Ebenen Rechnung zu tragen. Möglicherweise wäre es sinnvoll auch über der Ausgestaltung eines konkreten Unterstützungssettings und der Leistungserbringung *nachgehende* Formen der Leistungsbemessung nachzudenken - unter expliziter und transparenter Einbeziehung der legitimen Interessen von Leistungsberechtigten, Leistungserbringern wie auch Leistungsträgern.

**6. Biografische Einflüsse und Kriterien des Projektverlaufs**
Eine ausführliche Anamnese der Lebensgeschichte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen konnte einen erheblichen Einfluss biografischer Faktoren auf den Verlauf und das Ergebnis des Projekts belegen. Im Einzelnen lassen sich die Lebensläufe und damit zusammenhängende Faktoren in drei idealtypische Muster einteilen:

- ein Typus A: kontinuierlich früh institutionsgeprägter Lebenslauf (mit einer geringeren Bedeutung lebensweltlich geprägter Phasen im Erwachsenenalter)
- ein Typus B: diskontinuierlich früh institutionengeprägter Lebenslauf (mit einer geringeren Bedeutung lebensweltlich geprägter Phasen im Erwachsenenalter)
- ein Typus C: lebensweltgeprägter Lebenslauf mit einer, der späten Aufnahme in die Einrichtung voran gegangenen Krisenphase.

Diese Lebenslaufmuster hängen insbesondere mit sehr unterschiedlichen instrumentellen und psychodynamischen Kompetenzen der Alltagsorganisation zusammen und variieren auch in der Typik sozialer Netzwerke.

Daraus ergeben sich unterschiedlich gelagerte Unterstützungsbedarfe und teilweise ein anderer Stil der Unterstützung. Bei Typ A stehen insgesamt instrumentelle Aspekte der Alltagsorganisation im Vordergrund, bei Typ B eher psychodynamische Aspekte. Typ C erfordert insgesamt eine Unterstützungstypik, die auf einen wesentlich deutlicher artikulierten Autonomieanspruch Rücksicht nimmt.

Im Ergebnis zeigen sich nach Abschluss des Projekts jeweils typenspezifische positive biografische Neupositionierungen, aber auch Problemlagen. Aus der Außenperspektive gelingt dem Großteil der Klienten eine zumindest partielle, sehr oft durchgreifende biografische Neupositionierung. Dies gilt selbst für den Fall des Klienten, dem ein Übergang ins regulär ambulant betreute Wohnen zunächst nicht gelingt. In drei Fällen lässt sich – auch und gerade unter Berücksichtigung der Selbstdeutungen der Klienten – eine Veränderung oder Neujustierung biografischer Perspektiven nicht erkennen.

***Fazit***
Das Projekt Selbstständig Leben hat bezüglich der Brauchbarkeit eines degressiven Klientengruppenbudgets zur Ambulantisierung ein wesentlich positiveres Ergebnis erbracht als das Projekt des Wieslocher Klientenbudgets. Anhand der Ergebnisse von ProSeLe wäre zu sagen: Auch und gerade der degressive Ansatz hat sich bewährt und wäre sogar bei ähnlichen Projekten durchaus offensiver handhabbar. Das heißt insbesondere: Entweder könnte man auch Klienten mit höheren Hilfebedarfen einbeziehen oder auch höhere Degressionssätze erwägen. Selbstverständlich ist es dabei unabdingbar, wie das bei ProSeLe auch der Fall war, aus ethischen und sozialrechtlichen Gründen Sicherungen einzubauen. Ein unbedingtes Rückkehrrecht in eine stationäre Versorgung bzw. ein Projektausstieg muss jederzeit gewährleistet sein. Ein solches Klientenbudget wäre sicher nicht zu verstehen als Instrument einer Regelfinanzierung im Bereich der Eingliederungshilfe. Es könnte aber sozusagen als unregelmäßig einzusetzendes Regelinstrument der flexiblen Finanzierung von besonderen Übergangsphasen verstanden werden, in denen es – wie man am Beispiel von ProSeLe sehen kann – einen besonderen Bedarf an flexiblen Unterstützungsformen, -Intensitäten und in der Folge auch ökonomischen Ressourcen geben kann.

## 7.2 Deinstitutionalisierung und Rebiographisierung - ein Ausblick

„Als ich wiederkehrte
War mein Haar noch nicht grau
Da war ich froh.

Die Mühen der Gebirge liegen hinter uns
Vor uns liegen die Mühen der Ebenen."

Bertold Brecht (Wahrnehmung, 1949)

Am Anfang dieser Arbeit stand u.a. ein skizzenhafter Rückblick auf die Institutionengeschichte von Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen (Kapitel 2) und der Versuch das Konzept des hier vorgestellten Deinstitutionalisierungsprojekts im Kontext dieser Geschichte zu situieren (Kapitel 3). Das war uns deswegen wichtig, weil die tägliche Verhaftetheit in die vielen Detailprobleme solcher Projekte mitunter den Blick darauf verstellen, dass es bei den aktuellen Deinstitutionalisierungsprozessen im Bereich von Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie in der Tat um historische Veränderungen geht. Kein Zweifel: In der modernen Gesellschaft entwickeln sich historisch neue Definitionen und Formen des Zusammenlebens *mit* Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen. Die bisherigen Institutionen, deren Anfangsimpulse in Westeuropa bis auf die frühe Neuzeit, zumindest aber das 19. Jahrhundert zurück gehen, führten bislang eher zu Lebensformen behinderter Menschen in Rand- und Nebenbereichen der Gesellschaft – bei allen unbestreitbaren Errungenschaften und trotz teilweise gegenteiliger Intentionen.

Die derzeit vieldiskutierte UN-Behindertenrechtskonvention fordert aber, dass behinderte Menschen dieselben Lebensmöglichkeiten haben sollen wie nicht behinderte Menschen. Das heißt aber unter anderem: nicht in besonderen und gesonderten Wohnformen leben zu müssen. Die Sozial- und Behindertenpolitik hat damit eine historisch neue Qualität(sstufe) erreicht (Wocken 2009: 13). Sie besteht in einer „bürgerrechtstheoretischen Fundierung" der sozialstaatlichen Leistungen für behinderte und psychisch erkrankte Menschen:

> „Inklusion ist nicht mehr – wie vordem Integration – in sozialen, humanen oder karitativen Motiven begründet, sondern ist ein Recht. Das gleiche Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe wird nun ohne jegliche Einschränkung auch für behinderte Menschen eingefordert." (Wocken 2009: 13)

Man könnte sagen, das reflektiert für sich genommen bereits einen historischen Wandel, Hans Wocken scheut sich nicht zu sagen: eine „epochemachende Wende" (ebd.). Dabei gilt es allerdings zwei Aspekte zu beachten.

(1) Zum einen weist auch Wocken darauf hin, dass diese „neue Qualitätsstufe" auf den historischen und systematischen Errungenschaften voran gegangener bzw. zugrunde liegender „Stufen" und damit auch auf den Leistungen der Systeme und Strukturen aufruht, die jetzt einer Deinstitutionalisierung unterzogen werden. Exklusion, Separation, Integration, Inklusion verweisen historisch und systematisch auf eine Hierarchie der fortschreitenden Anerkennung der Rechte behinderter Menschen.[47] Dazu haben die großen Einrichtungen – wie wir gesehen haben – wesentlich beigetragen. Sie haben die gesellschaftlichen Räume und Freiräume, in denen diese Fortschritte möglich waren, immer auch mit geschaffen und bereitgestellt, so unbefriedigend die Lebensbedingungen in ihnen auch sein konnten. Die Einrichtungen sind nach wie vor mit beteiligt an diesem gesellschaftlichen Unternehmen, wenn sie nun

[47] Bereits in Exklusionsprozessen zeigt sich eine fundamentale Anerkennung des Lebensrechts behinderter Menschen, wie ein historischer Vergleich, aber auch ein Vergleich zu heutigen Verhältnissen beispielsweise in vielen Entwicklungsländern zeigt. In separierenden bzw. segregierenden Strukturen dokumentieren sich systematisch und historisch ebenfalls ebenso *Ausweitungen* wie Einschränkungen von Rechten behinderter Menschen (z.B. Recht auf Bildung, Recht auf (geschützte) Arbeit, Wohnstätten, Recht auf Gewährleistung von Lebenssicherheit u.a.). Integrative Paradigmen markieren wiederum nicht aufgebbare Fortschritte (Recht auf Gemeinsamkeit/begrenzte Teilhabe) wiewohl sie hinter der bürgerrechtlichen Fundierung von Inklusion sozusagen noch nicht völlig konsequent erscheinen mögen.

auch den Schritt zur „Inklusion“ mit vollziehen. Allerdings erfordert dieser weitere Schritt gegenwärtig die Bereitschaft zur Reduktion der Reichweite der eigenen Strukturen und Kontrollmöglichkeiten (Deinstitutionalisierung) und damit auch einen Verzicht auf bislang bestehende Sicherheiten.

(2) Richtig bleibt also auch, dass die sich in der UN-Konvention dokumentierende veränderte normative und rechtstheoretische Verankerung des Umgangs der Gesellschaft mit Behinderung und psychischer Erkrankung die von Bertold Brecht apostrophierten „Mühen der Ebene“ nicht erspart und auch in Zukunft nicht ersparen wird. Von diesen Mühen war im vorstehenden Bericht in verschiedener Hinsicht immer wieder die Rede.

Es schadet dabei nichts, sich klar zu machen, dass der von Brecht verwendete Plural (er spricht nicht, wie manchmal fälschlich zitiert, von „Ebene“, sondern von „Ebenen“) durchaus seine wörtliche Berechtigung hat. Es geht in der Tat um verschiedene Eben*en*. Die bürgerrechtliche Verankerung der Rechte behinderter Menschen ist in der Bundesrepublik weder auf der sozialrechtlichen Ebene (1), noch auf der Ebene der Institutionalisierung der Unterstützungssysteme und ihrer Verfahren (2), noch auf der Ebene der selbstverständlichen sozialräumlich verankerten (alltäglichen) Anerkennung und der Teilhabe von behinderten und psychisch kranken Menschen am Leben in der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX) wirklich konsequent realisiert (3). Auf allen diesen Ebenen besteht – das zeigen auch die Erfahrungen von ProSele – Handlungsbedarf. Aber es bestehen eben auch Handlungsmöglichkeiten.

Die Probleme auf der ersten Ebene sind bekannt und dokumentieren sich in den vielen Problemen der Intransparenz, der Unschärfen, der Zuständigkeitsproblematiken und der Abhängigkeiten im sogenannten „gegliederten System“ und in dem Umstand, dass die Unterstützungssysteme für behinderte und psychisch erkrankte Menschen so ausschließlich durch ein subsidiäres System (und damit letztlich auf Fürsorge angelegtes System) wie eben der Sozialhilfe finanziert wird.

Deutlich wurden im Rahmen des Projekts ProSele viele Fragen, die sich auf der zweiten Ebene stellen. Zugleich konnten aber auch einige Antworten gegeben werden. Wenn man den Anspruch ernst nimmt, dass Menschen mit Behinderungen wie von der UN-Konvention gefordert, entscheiden, wo und mit wem (und wie) sie leben und sich an diesen frei gewählten Lebensbedingungen das Unterstützungssetting orientiert und nicht umgekehrt – dann muss die inhaltliche, zeitliche, sozialräumliche und ökonomische Ausgestaltung der Unterstützung sowie der Prozess ihrer Planung und Ressourcenbemessung in Zukunft erheblich flexibler und offener gestaltet werden. Für die Ausgestaltung eines Teilaspektes dessen, nämlich die Ermöglichung von Übergängen von stationärer in ambulante Betreuung hat ProSeLe einige überzeugende Antworten gefunden. Dies betrifft die Flexibilisierung der Ressourcenzuweisung und des Ressourceneinsatzes im Rahmen des Budgetkonzepts, die an den Prinzipien der Sozialraumorientierung und -Erschließung sowie der Personenzentrierung ausgerichtete Hilfeplanung (und professionelle Begleitung) und den Verzicht auf eine von vorne herein feststehende Leistungserbringungssystematik. Gerade in diesem Zusammenhang wurde aber auch zukünftiger Handlungsbedarf deutlich, der jedoch nicht mehr in den Gegenstandsbereich dieser Studie fällt. Er dokumentiert sich in dem Desiderat einer Ersetzung der bisherigen starren Leistungstypensystematik durch ein flexibles, möglicherweise modularisiertes System der Leistungsbeschreibung und -Erbringung ebenso wie in der Einsicht in die deutlichen Grenzen der bisherigen Systeme der standardisierten Hilfebedarfsfeststellung und vor allem der Ressourcenbemessung.

Für den eng umrissenen Bereich des Übergangs von einer stationär betreuten in eine ambulant betreute Wohnform hat das Projekt „Selbstständig Leben“ exemplarisch solche Flexibilisierungsmöglichkeiten realisiert. Die strukturellen Konsequenzen, die sich darüber hinaus (und nicht nur im Kontext von ProSeLe) aufdrängen, müssen auf anderen politischen Foren diskutiert und in Gang gesetzt werden.

Den bürgerrechtlichen Status behinderter Menschen anzuerkennen, heißt, soviel ist aber klar, auch einzugestehen, dass die Frage des adäquaten Unterstützungssettings immer ein labiles Produkt von gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen ist, in dem diese Interessen transparent und offen benannt werden müssen. So gesehen geht es auch um eine Repolitisierung von Fürsorgestrukturen.

Mit dieser bürgerrechtlichen Konstruktion vereinbar und zwingend verbunden ist die Anerkennung des Umstandes, dass die gefundenen Lösungen auf individueller wie institutioneller den Interessen der Leistungsberechtigten, der Leistungserbringer und der Leistungsträger gleichermaßen Rechnung tragen müssen. Erst in dieser labilen politischen Balance zwischen den Prämissen der Gewährleistung individueller Rechtsansprüche der betroffenen Menschen (Leistungsberechtigte), der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Infrastruktur von Einrichtungen und Diensten (Leistungserbringer) und der Gemeinwohlorientierung und Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit (also auch dessen Finanzierbarkeit) des Gesamtsystems (Leistungserbringer) können die historisch neuen Anforderungen, wie sie in der UN-Konvention zum Ausdruck kommen, überhaupt realisiert werden.

Das führt mit sich, dass Leistungserbringer in diesem Feld nicht normale Unternehmen sind wie beispielsweise eine Schuhfabrik oder eine Großbäckerei. Eine unabdingbare Bestandsvoraussetzung für sie ist vielmehr eine besondere öffentliche und professionelle Legitimation, die von einer Gemeinwohlorientierung nicht lösbar ist. Im Zeichen der fachlich wie sozialpolitisch zwingenden Entwicklung der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie zu zunehmender Deinstitutionalisierung und größerer Sozialraumorientierung stellt sich das grundlegende und nicht vermeidbare Paradoxon professioneller Organisationen und Berufe mit größerer Deutlichkeit. Diese sind dazu verpflichtet, sich im Einzelfall, soweit möglich, sukzessive überflüssig zu machen. Das beinhaltet im Einzelfall auch gegen eigene ökonomische Interessen zu handeln. Allerdings ist das eine Zumutung, die die Gesellschaft allen professionellen Dienstleistern (Lehrern, Sozialarbeitern, Therapeuten, Ärzten, Rechtsanwälten usw.) abverlangt. Dies zu tun, ist gerade ein wichtiges Erfolgskriterium ihres Handelns, eine Voraussetzung ihrer gesellschaftlichen Legitimation und damit letztlich auch ihres wirtschaftlichen Erfolges.

Sich diesem Paradox so offensiv wie möglich zu stellen, ist derzeit eine wichtige und unvermeidbare Herausforderung an alle Erbringer stationärer Leistungen in der Behindertenhilfe und der Sozialpsychiatrie. Das muss nicht heißen, gegen die eigenen institutionellen Interessen zu handeln. Dies ist zum einen nicht der Fall, weil das Schwinden gesellschaftlicher Legitimation für Institutionen, die das Vertrauensgut „Sozialleistung“ erbringen, sehr schnell auch bestandsgefährdend sein kann. Zum anderen zeichnet sich ab, dass die ambulante Versorgung ein – betriebswirtschaftlich ausgedrückt – expandierendes Geschäftsfeld ist, das allerdings hohe Anforderungen an Flexibilität, individualisierte Hilfeerbringung und dementsprechend organisatorische und professionelle Innovationsfähigkeit stellt. Drittens werden aus demographischen und fachlichen Gründen auch in Zukunft stationäre Leistungen, wenn auch flexibilisiert, eine wichtige Rolle spielen. Auch im Zeichen einer zunehmenden Deinstitutionalisierung der Hilfeerbringung wird es in Zukunft Institutionen geben müssen, die das gewährleisten, was stationäre Leistungen juristisch und fachlich definiert, nämlich dass sie Menschen in schwierigen Lebenssituationen „aufnehmen“ und dabei eine, im Vergleich zum ambulanten Bereich ungleich größere Verantwortung übernehmen.

Die Erfahrungen in ProSeLe zeigen jedenfalls, dass sich die Beteiligten aus den unterschiedlichen Kontexten der Leistungserbringung und der Leistungsträgerschaft diesen Fragen mit großer Offenheit, hohem Engagement und Innovationsbereitschaft gestellt haben. Insbesondere die Einrichtung, die ProSeLe ermöglicht hat, befindet sich längst auf dem Weg einer „Konversion“, in deren Verlauf sowohl neue und vielfältige Formen institutioneller Versorgung entstehen werden, wie auch eine neue Verhältnisbestimmung von institutioneller und professioneller Unterstützung und Lebenswelt. Das geschieht aber nicht nur in den großen Konzeptionsgesprächen, sondern auf viel unauffälligere, aber ungleich wirksamere Weise in den

Krisen, Euphorien, Resignationen und ganz normalen Routinen des Alltags von Klienten und Profis.

Der dritte Teil dieser Studie, der sich an diesen Bericht anschließt, zeigt unseres Erachtens aber den Ertrag des Projekts am deutlichsten. Er besteht darin, dass im Einzelfall überzeugende Antworten auf jener dritten Ebene gefunden wurden, nämlich wie sich die vom Gesetz (SGB IX) apostrophierte „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ konkretisieren kann. Hier wurde im Rahmen von ProSeLe eine Erfahrung vollzogen, die auch in anderen Deinstitutionalisierungsprozessen und deren fachlicher Rekonstruktion im Zentrum stand: der Verknüpfung dieser Prozesse mit der Gewinnung oder Wiedergewinnung von biographischen Spielräumen und Perspektiven der betroffenen Menschen. Wolfgang Jantzen spricht in diesem Zusammenhang von Rehistorisierung (Jantzen 1999, 2003) und auch Klaus Dörner und seine Kollegen betonen in ihrem Bericht über den Ambulantisierungsprozess des Landeskrankenhauses Gütersloh diese Verknüpfung von Deinstitutionalisierung und Rebiographisierung. Dabei geht es um eine (Wieder-) Auseinandersetzung der betroffenen Menschen mit der eigenen Biographie, den unterschiedlichen Möglichkeiten sie zu deuten und damit mit Lebensmöglichkeiten und Entwürfen für ein Leben außerhalb des Gravitationsfeldes der institutionellen Strukturen.

Das betrifft aber auch die Ausrichtung der Arbeit der professionellen Bezugspersonen, die diesen Prozess begleiten. So stellt sich Michael Schiebel in dem von Klaus Dörner herausgegebenen Band „Ende der Veranstaltung“ die Frage „Warum lohnt es sich, eine Lebensgeschichte zu schreiben“. Die Antworten, die er sich selbst wie auch seinen Klienten gibt, haben sich auch im Kontext des Projekts „Selbstständig Leben“ als triftig und zentral heraus gestellt:

> „- weil (in uns) ein anderes Bild über einen Klienten entstehen muß, um uns selbst für die anstehenden Veränderungen (Entlassungen) innerlich vorzubereiten und dementsprechend äußerlich den Rollenwechsel zu ermöglichen und ihm neu zu begegnen (Beziehungsaspekt);
>
> - weil durch Rehistorisierung aus einem relativ anonymen ‚Fall’ ein individuelles Schicksal, eine Persönlichkeit entsteht (Individualisierungs- und Identitätsaspekt);
>
> - weil durch das Einbeziehen der vergangenen Geschichte eines Menschen Zukunftsperspektiven entwickelt werden können (prospektiver Aspekt);
>
> - weil die Integration in der Nachbarschaft insbesondere auch in Krisen erleichtert werden kann (integrativer Aspekt) und
>
> - weil jede Lebensgeschichte auch ein historisches Zeugnis ist und damit Klienten zu kostbaren Zeitzeugen werden (historischer Aspekt).“ (Dörner 2001: 158)

Daher sollen in diesem Bericht auch die Geschichten der beteiligten Menschen, so wie wir sie – unvollkommen und fehlerhaft und wiederum aus unserer Perspektive – aufzuzeichnen in der Lage waren, das letzte Wort behalten. Sie finden sich im anschließenden dritten Teil und belegen, worum es eigentlich geht.

# Teil III: Fallvignetten

**HEINZ ANTER** ..... **201**
**THEO AST** ..... **207**
**SILKE BART** ..... **213**
**KARL BEBEL** ..... **218**
**FRITZ BIBER** ..... **223**
**LEA BLAU** ..... **230**
**BEATE GAST** ..... **235**
**BERND GROß** ..... **240**
**JÖRG HAAR** ..... **248**
**FRANZ KIPP** ..... **254**
**OTTO KIPP** ..... **261**
**MANFRED KLEIN** ..... **267**
**THEA KNOLL** ..... **273**
**TIMO KRALL** ..... **280**
**BERND KRUCK** ..... **286**
**PAUL KUNZ** ..... **292**
**HARRY LOOP** ..... **299**
**LEILA LUFT** ..... **305**
**SONJA MATT** ..... **311**
**HELGA MUCK** ..... **315**
**LISE NIPP** ..... **321**
**HANS ULIK** ..... **326**
**MARTHA VOIT** ..... **332**
**SOFIA WEST** ..... **337**
**TIM ZAPP** ..... **343**

## Vorbemerkung:

Im Zentrum dieses Berichts stehen 25 Menschen, die den Schritt von der stationären in die ambulante Betreuung gegangen sind: die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Projekts „Selbstständig Leben“. 25 Menschen mit völlig unterschiedlichen Biografien, Bedürfnissen und Projektverläufen. Für sie alle war die Teilnahme an ProSeLe mit einigen grundlegenden Änderungen ihrer Lebenswelt verbunden – jeder erlebte das Projekt auf eine eigene, ganz individuelle Weise und mit von Person zu Person sehr verschiedenen Erfolgserlebnissen und Enttäuschungen.

Die Projektteilnehmer und ihre Geschichten bilden den Kern und die eigentliche Substanz dieses Berichtes. Wir haben ihnen im Folgenden einen eigenen Teil gewidmet. Zum einen, weil wir sie für zu wichtig halten, um sie im Anhang zu verstecken und zum anderen, weil wir davon ausgehen, dass die Frage des Wohnens nicht zu trennen ist von den individuellen Lebenserwartungen und Ansprüchen an das direkte Umfeld, die sich ihrerseits aus persönlichen Erfahrungen und Erlebnissen speisen.

Um diese festzuhalten, haben wir versucht, aus den geführten Gesprächen für jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer einen Lebenslauf zu rekonstruieren, ihn mit dem Projektverlauf in Beziehung zu setzen und das Ergebnis in einer biografischen Vignette darzulegen. Diese Vignetten sind nach einem durchgängigen Schema aufgebaut.

Dabei ist der erste Abschnitt jeder Vignette zunächst allgemeinen Informationen vorbehalten. So wird in Abschnitt 1.1 auf biographische Details, wie Geburtsjahr, Ausbildung, Beruf und Familienstand eingegangen, bevor der Unterpunkt 1.2 Auskunft über Wohnformen und stationäre Hilfen gibt, die ProSeLe vorangegangen sind. Auf Diagnosen und Gründe für die stationäre Versorgung, die jeweilige Hilfebedarfsgruppe sowie einen eventuell vorhandenen Betreuungsstatus weist Punkt 1.3 hin.

Der zweite Abschnitt enthält Angaben zum Lebensverlauf und der Wohnbiographie vor dem Beginn von ProSeLe. Unter 2.1 werden die Datenlage und die den Interviews enthaltenen biographischen Aspekte geschildert, unter 2.2 folgen Angaben zur sozialen und regionalen Herkunft sowie zu Kindheit und Jugend. Punkt 2.3 enthält den Lebensverlauf im Erwachsenenalter.

Der Verlauf von ProSeLe wird im dritten Abschnitt beschrieben. Zunächst erläutert Punkt 3.1, welcher innere und äußere Kontext der Klienten eine Rolle beim Eintritt ins Projekt gespielt hat und welche Motivation zur Teilnahme führte. Sodann wird in Abschnitt 3.2 die Wohnsituation charakterisiert und auf Änderungen während der Projektlaufzeit eingegangen. Unter Punkt 3.3 wird der Verlauf von ProSeLe beschrieben. Dabei stehen mehrere Fragen im Zentrum: Welchen Hilfebedarf hatte der Klient und wie wurde die Hilfe erbracht? Wie haben sich Selbstständigkeit, Wohlbefinden und Teilhabe im Projektverlauf entwickelt? Welche sozialen Kontakte pflegte der Klient? Wie gestaltete er seine Freizeit und welche soziobiografischen Impulse gab es?

Der vierte Abschnitt dient einer Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende bzw. nach Ende des Projekts, im fünften und letzten Abschnitt wird schließlich der Kostenverlauf grafisch dargestellt.

# Heinz Anter

*Geboren 1980, lebte vor Projektbeginn drei Jahre in einer Wohngruppe der Behindertenhilfe.*

## 1. Allgemeines

1.1 Heinz Anter wurde 1980 geboren und ist bei Projektbeginn 27 Jahre alt. Er besitzt eine nicht-deutsche Staatsbürgerschaft. Er besuchte die Förderschule, machte danach einige Praktika und arbeitet seit 2003 in einer WfbM. Er ist ledig und lebt in einer Partnerschaft.

1.2 Zum Zeitpunkt der Projektteilnahme wohnt er seit drei Jahren in einer Trainingswohnung der Behindertenhilfe, mit der er auch in ProSeLe einsteigt. Nach zwei Jahren (Ende 2009) erfolgt der Umzug in eine eigene Wohnung.

1.3 Als Diagnose wird in den Unterlagen eine depressive Erkrankung angegeben. Eine sog. Lernbehinderung wird zwar nicht aufgeführt, sei aber, laut Bezugsperson, vorhanden. Als Dienststelle ist die Behindertenhilfe zuständig. Seine Behinderung beschreibt Heinz Anter als Motivationsproblematik, die aufgrund seiner „psychische(n) Krankheit“ ihn ständig lustlos mache. Dem Übergang in die Trainingswohnung scheinen familiäre Konflikte vorangegangen zu sein: „Ich hab Probleme gehabt zu Hause und so und da wollt ich nicht mehr bleiben.“ Er ist in die Hilfebedarfsgruppe 3 eingestuft, hat aber keine gesetzliche Betreuung.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Die beiden Interviews (2008, 2009) mit Heinz Anter folgen einem Frage-Antwort Schema. Er antwortet eher kurz und knapp auf die an ihn gestellten (offenen) Frageimpulse. Er bezieht sich nur an wenigen Stellen auf seine Biografie bzw. gibt ihr kaum eine narrative Chronologie – Ausnahmen sind mehrere Bezüge zur Familie oder dem schwierigen Übergang von der Schule ins Arbeitsleben. Für ein drittes Interview stand er nicht mehr zur Verfügung – flankiert von einem in der Quartalsdokumentation notierten Desinteresse am Projektstatus.

2.2 Heinz Anter wächst in geregelten Verhältnissen auf. Als er noch ein kleines Kind ist, emigrieren seine Eltern aus Süditalien in eine mittelgroße Stadt nahe der Schwäbischen Alb. Dort arbeitet sein Vater in einem traditionsreichen Bauunternehmen als Betonbauer, seine Mutter kümmert sich um den Haushalt. Er hat eine Schwester und einen 18 Jahre jüngeren Bruder. Er berichtet von vielen Praktika, die er nach der Schule absolviert hat, auch in der Firma des Vaters. Keines scheint ihm zuzusagen – was den Vater, nach Angaben von Heinz Anter – „sauer“ werden lässt. In dieser Zeit scheint es, wie oben bereits angesprochen, zu familiären Konflikten zu kommen. Seine Bezugsperson weiß zu berichten, dass sowohl er als auch seine Mutter depressive Phasen haben.

2.3 Nach mehreren Jahren auf Arbeitssuche und verschiedenen (erfolglosen) Praktika beginnt Heinz Anter mit 22 Jahren (2002) auf Anraten der Arbeitsagentur in einer WfbM zu arbeiten. Die familiären Konflikte scheinen in dieser Zeit nicht abzunehmen und es kommt schließlich 2005 zum bewussten Auszug in die Trainingswohnung, die über die WfbM vermittelt wird. Er wird als „junger agiler Mann“ (Bezugsperson) aufgenommen. In der Wohnung kommt es dann wiederholt zu Schwankungen: in psychischen Tiefphasen verbringt er viel Zeit in seinem verdunkelten Zimmer und benötigt viel Motivation, um an Angeboten teilzunehmen. In Hochphasen halte er die ganze WG „auf Trab“. Gegen Ende des Trainingswohnens (2007) kann er sich nicht vorstellen, ambulant betreut zu werden. Seiner Bezugsperson zufolge steht er einer stationären Unterbringung zwar offen gegenüber (er hat sich mehrere Heime angeschaut), ist sich jedoch unsicher, ob das das Richtige für ihn sei (enge Betreuung, Kantinenessen). Mit den Eintritt in das Projekt „Selbstständig Leben“ sollte eine Übergangsform gefunden werden.

## 3. Verlauf von ProSeLe

3.1 Die Trainingswohnung, in der Heinz Anter bei Projektbeginn zusammen mit drei Mitbewohner/innen lebt, befindet sich auf dem Einrichtungsgelände des Projektträgers. Im Erdgeschoss ist ein Büro des Sozialdienstes, im zweiten Stock die Wohnung mit vier Zimmern und Gemeinschaftsraum. In dieser Wohnung verbleibt er bis Ende 2009, also über zwei Jahre der Projektlaufzeit. Insgesamt wohnt er fünfeinhalb Jahre an diesem Ort, der, wie er im Interview berichtet, von vielen Ein- und Auszügen anderer Mitbewohner geprägt ist.

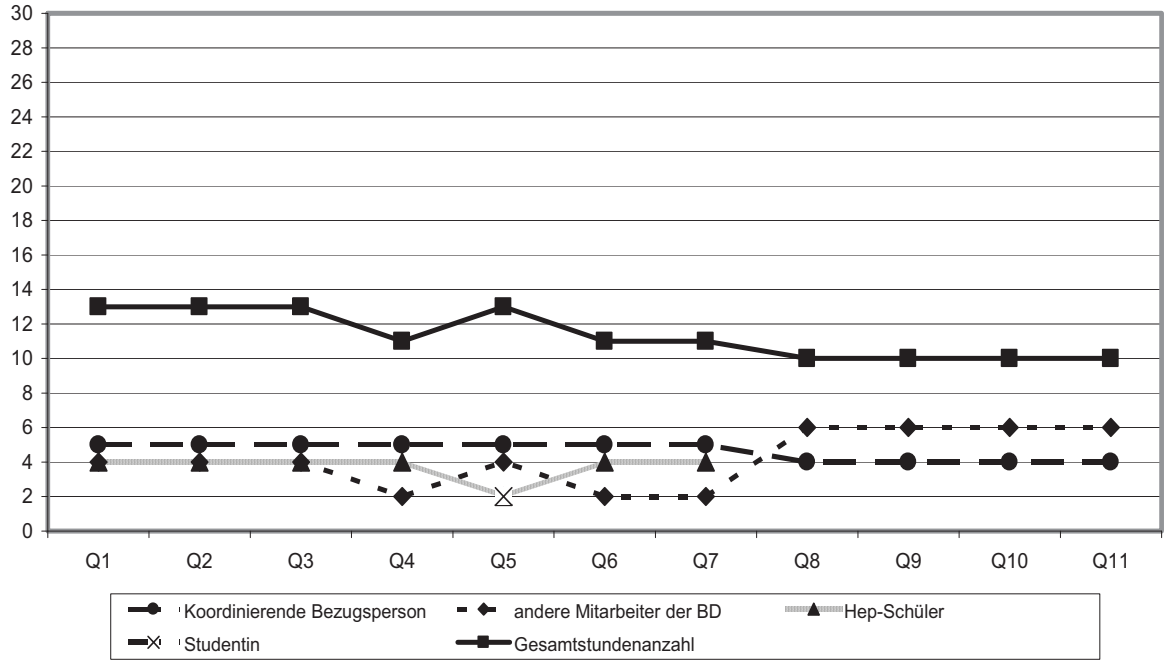
Heinz Anter äußert sich selbst wenig zu seinen Motiven, am Projekt teilzunehmen. Seine Bezugsperson spricht von Ängsten und Unsicherheiten gegenüber dem ambulant betreuten Wohnen. Veränderungen gibt es in der Zeit bis zum Umzug 2009 seiner Meinung nach keine: alles sei „ganz normal“. Nachdem er sich die Wohnung eines Projekthauses angeschaut hatte, kommt es im November 2009 schließlich auf seinen Wunsch hin zum Umzug.

3.2 Die neue Wohnung liegt in einem kleinen Teilort seines Herkunftsortes und befindet sich in einem Integrationshaus. Im Vergleich zur Trainingswohnung ist der Weg zum Arbeitsplatz nun um einiges weiter und Heinz Anter muss mit dem Zug fahren, um zur Arbeit zu gelangen. In der Wohngemeinschaft mit vier Mitbewohner/innen scheint er sich, den Unterlagen zufolge, sehr wohl zu fühlen. Er kann nun sowohl über seine Freizeit selbst bestimmen, als auch beim Einzug neuer Mitbewohner mitentscheiden. Zusätzlich hat er schnell eine gute Freundschaft mit einem Mitbewohner schließen können. Dennoch kommt es, den Unterlagen zufolge, immer noch vor, dass Herr Anter viel Zeit in seinem Zimmer verbringt. Er sei aber seit seiner neuen Partnerschaft im Sommer 2010 viel ausgeglichener. In beiden Interviews äußert er, dass er sich nur Wohnen mit anderen vorstellen kann – er begründet dies mit seiner Behinderung, die eine Motivation von außen notwendig mache, um ihn aus seinem Zimmer „raus" zu holen.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Heinz Anter ist, über den Projektverlauf hinweg betrachtet, konstant auf einem mittleren Niveau. Er benötigt Unterstützung vor allem bei administrativen Angelegenheiten, im Umgang mit Geld, bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und teilweise auch bei der Selbstversorgung. Diese ruft er selbstständig ab und weiß um seinen Bedarf: „Wenn ich zum Beispiel was dringend brauch, zum Beispiel wenn ich Briefe bekomm von der Bank oder von Post“. Der Unterstützungsbedarf bei Stresssituationen bleibt ebenfalls konstant auf mittlerem Niveau. Laut seiner Bezugsperson besteht sein Unterstützungsbedarf primär in einem hohen Redebedarf, um Unsicherheiten zu klären oder Abläufe transparent zu machen. Ein abnehmender Bedarf ist hingegen sowohl in der Alltagsroutine als auch in der Mobilität feststellbar. Der Hilfebedarf bei informellen und familiären Beziehungen ist über den Gesamtverlauf hinweg auf gleichbleibend niedrigem Niveau. Der Hilfebedarf in Sachen Partnerschaft ist auf zunächst gleichbleibendem mittlerem Niveau, um dann kurzfristig in Quartal 8-10 auf einen hohen Hilfebedarf zu steigen. In Quartal 11 ist der Hilfebedarf wieder gleich wie zu Anfang.

Die **Hilfeerbringung** ist, ähnlich wie der Unterstützungsbedarf, fast durchgängig auf gleichem Niveau (zwölf Std./Woche). Sie wird über einen Zeitraum von zwei Jahren von der koordinierenden Bezugsperson (sechs Std.) und einem Praktikanten (HEP-Schüler, vier Std.), sowie weiteren Mitarbeitern (zwei Std.) erbracht. Mit dem Umzug verringert sich die Hilfeerbringung. Sie wird von zwei hauptamtlichen Bezugspersonen geteilt (sechs Std. + vier Std.).

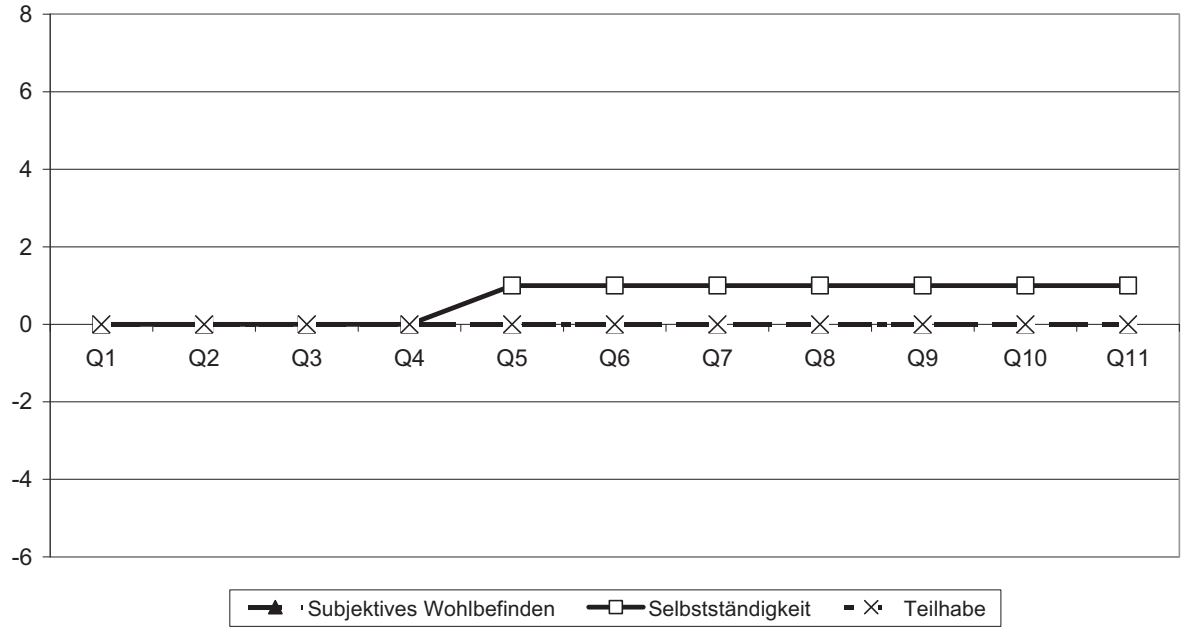
## Wöchentliche Kontaktzeiten in Stunden Heinz Anter




| **Heinz Anter** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

Seine **sozialen Kontakte** umfassen ausschließlich Personen (WfbM, Hausbewohner/innen, Teilnehmer ambulanter Freizeitangebote), mit denen er über Unterstützungsstrukturen zu tun hat, aber seit kurzem auch wieder seine Familie. Im ersten Interview gibt er an, dass mit seinem Auszug aus dem Elternhaus die Kontakte zu seinen Freunden aus dem Heimatort aufgrund langer Anfahrtswege abgeschnitten wurden („die hab ich alle verloren"). Zwar wohnt er nun wieder näher am alten Wohnort, doch hat er nach fünfeinhalb Jahren scheinbar kein Interesse, diese Kontakte zu reaktivieren. Mit dem Umzug in die neue Wohngemeinschaft und der guten Freundschaft mit einem Mitbewohner hat sich sein Umfeld stark geändert: Er schließt eine Freundschaft mit einem anderen ProSeLe-Teilnehmer und knüpft Kontakte zu anderen Hausbewohner/innen – u.a. entstehen daraus zwei Liebesbeziehungen, wovon eine bis heute anhält und wie oben beschrieben positive Auswirkungen auf seine psychische Konstitution hat. Der Kontakt zur Familie beschränkte sich lange Zeit auf unregelmäßige Wochenendbesuche und fand nur statt, wenn auch seine Schwester die Eltern besuchen kam. Dieser Kontakt hat sich laut Bezugsperson normalisiert und Herr Anter besucht seine Familie nun auch alleine.

**Verlaufsdiagramm Heinz Anter**




Insgesamt ist sein Verlauf in der Wahrnehmung der Bezugsperson über einen langen, wenn nicht sogar über den gesamten, Zeitraum gleichbleibend: Weder seine Selbständigkeit, sein Wohlbefinden noch seine Teilhabe steigen signifikant. Auch der Umzug in die neue Wohngemeinschaft in Quartal 8 scheint dafür keine positiven Effekte nach sich zu ziehen. Diese Einschätzungen stehen in gewissem Widerspruch zu den o. g. positiven Veränderungen während des Projektes.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

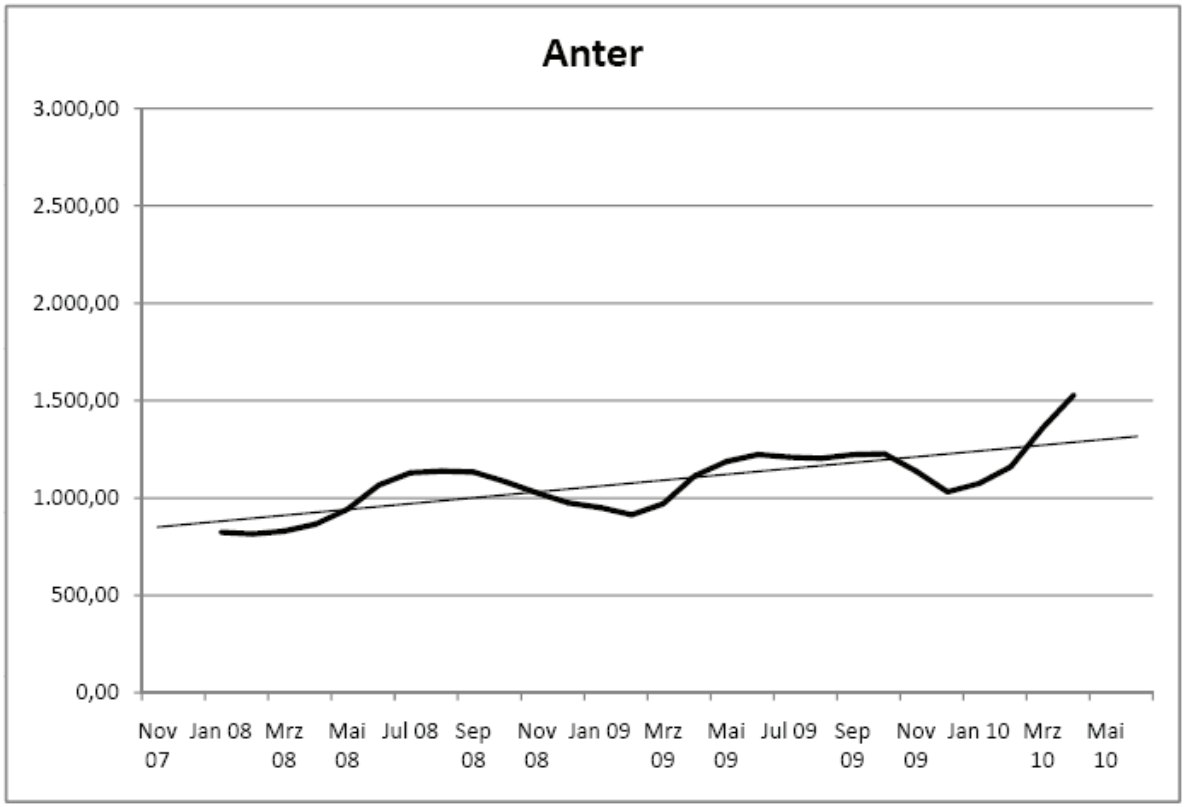
Heinz Anter stand zu Projektbeginn vor dem Übergang zum selbstständigen Wohnen, ohne sich selbst dafür genügend kompetent zu fühlen. Die Projektteilnahme sollte ihm in erster Linie die Möglichkeit eines langsameren Überganges garantieren. Dementsprechend hat ProSeLe für Heinz Anter über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren keine wesentlichen Veränderungen bewirkt. Es wurde mehr Zeit geschaffen und somit eine Art Moratorium erreicht: kein ambulant betreutes Wohnen, aber auch keine stationäre Wohngruppe. Innerhalb dieses "Schwebezustandes" hat er nun mit der neuen Wohnung und dem Einzug

in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft einen weiteren Schritt in Richtung selbstständiges Leben getan. Er hat seine Überlegung, ins Heim zu gehen, revidiert und mit mehr Zeit und Unterstützung im Rücken den (überfälligen?) Schritt gewagt.

Auch das Verhältnis zur Herkunftsfamilie spielt dabei eine Rolle. Die Datenlage lässt eine gewisse Ablösungsproblematik erkennen, die beim Übergang ins Berufsleben zuzunehmen scheint und schließlich mit dem Auszug ins Trainingswohnen verschoben wird. Ein Besuch des Vaters in der neuen Wohnung zieht offensichtlich eine Entschärfung nach sich, durch die sich das Verhältnis normalisiert und evtl. eine Problematik überwindet. Inwiefern das als eine Art Versöhnung zu interpretieren ist und welchen Anteil daran die neue Wohnsituation hat, muss spekulativ bleiben.

Betrachtet man den Verlauf von Heinz Anter, muss man festhalten, dass sich sein Unterstützungsbedarf während des Projekts nur punktuell verändert und seine Neigung zu Krisen eigentlich konstant bleibt (vgl. Schattierungsdiagramm). In der neuen Wohnform kann er jedoch neue soziale Kontakte erschließen, eine Partnerschaft eingehen, teilweise seine Freizeit neu gestalten und dadurch eine stabilere psychische Verfassung erlangen. Das ist allerdings daran gebunden, dass die WG harmoniert. Es scheint sich also um einen Verlauf zu handeln, der einige positive Veränderungen mit sich gebracht hat. Die Bezugsperson sieht insgesamt eher eine Kontinuität in den Dimensionen Selbstständigkeit, Wohlbefinden und Teilhabe. Aus der Außensicht wünschbar wäre langfristig sicher eine sukzessive Öffnung zu sozialen Kontexten, die nicht an Unterstützungsstrukturen gebunden sind.

**5. Kostenverlauf**



# Theo Ast

*Geboren 1974, vor Projektteilnahme vier Jahre in einem Wohnheim der Behindertenhilfe.*

## 1. Allgemeines

1.1 Theo Ast wurde 1974 geboren und ist mit Projektbeginn 33 Jahre alt. Er besuchte eine Sehbehindertenschule und arbeitet seit seinem Abschluss in einer WfbM. Zum aktuellen Zeitpunkt ist er ledig.

1.2 Nach dem Tod des Vaters 2003 zog Theo Ast vom Elternhaus in eine stationäre Wohngruppe. Nach vier Jahren folgt der Umzug in seine erste eigene Wohnung.

1.3 In den Unterlagen wird Theo Asts Behinderung als Lernbehinderung bezeichnet. Zusätzlich habe er eine starke Sehbehinderung, starke Hörbehinderung und eine mittelstarke Sprachbehinderung. Im Interview bezeichnet er seine Sinnesbehinderung als Problem bei der Stellensuche: „Manchen verstehen au net so, bei den die Sprache muss ein bisschen mehr geübt wurde, dass einmal besser auskommt“. Um seine Aussprache zu verbessern, geht er zweimal wöchentlich zu Logopäden. Er ist seit 2003 der Hilfebedarfsgruppe 2 zugeordnet, nach Ende des Projekts wird er in die Hilfebedarfsgruppe 3 eingestuft.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Mit Theo Ast werden zwei Interviews durchgeführt, das erste Ende 2009, das zweite findet ein Jahr später statt. Bei beiden Interviews ist die koordinierende Bezugsperson anwesend. Herr Ast erzählt nur wenig über seine Biografie, z.B. lässt er seine Kindheit und Jugend größtenteils unangesprochen, und wenn, dann ist die Chronologie der Ereignisse nur schwer rekonstruierbar. Seine Antworten sind ausführlich, aber teilweise verwirrend. Es gibt mehrere Situationen, in denen die Bezugsperson seine Darstellungen ergänzt, korrigiert oder sogar widerspricht. Beispielsweise stellt er seine sozialen Kontakte intensiver dar als seine Bezugsperson.

2.2 Theo Ast wird 1974 geboren und wächst die ersten Jahre zusammen mit seinem Bruder in einer Kleinstadt auf. Seine Mutter arbeitet in einer Großküche, der Beruf des Vaters ist unbekannt. Aufgrund seiner mehrfachen Sinnesbehinderungen lernt er erst spät zu sprechen. Mit sieben Jahren kommt er auf eine Internatsschule im Schwarzwald, die auf Menschen mit Sehbehinderung spezialisiert ist. Dort bekommt er auch Sprachunterricht. Er besucht das Internat ca. elf bis zwölf Jahre lang bis kurz vor seinem Schulabschluss im Jahre 1993. Die Wochenenden verbringt er zu Hause bei den Eltern. Herr Ast beschreibt die Zeit im Internat sehr positiv. Er kann sich an viele Lehrer und an den Rektor erinnern, von denen er ausnahmslos positiv berichtet. Von Freunden in dieser Zeit redet er allerdings nicht. Die Zeit zu Hause bei den Eltern empfindet er als schön, aber auch als „ein bisschen langweilig“.

2.3 1993 zieht er zurück ins Elternhaus und beginnt im Berufsbildungsbereich der WfbM zu arbeiten. Über die nachfolgende Zeit gibt es ebenfalls nur wenige Informationen. Sein Bruder zieht aus, bleibt aber im Ort. 2003, Theo Ast ist 29 Jahre alt, verstirbt sein Vater. In der Folge sucht sich die Mutter eine kleinere Wohnung und Herr Ast zieht in die Wohngruppe. Zu diesem Zeitpunkt war der Wunsch auszuziehen schon seit einem Jahr vorhanden – Herr Ast wollte da schon „ein bisschen weg“. Ein zweiwöchiges Probewohnen geht dem Umzug in die Wohngruppe voraus. Dort fühlt er sich anfangs wohl, beginnt sich aber nach und nach von den MitbewohnerInnen gestört zu fühlen und zieht schließlich im August 2007 im Rahmen von ProSeLe in eine eigene Wohnung.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 In der Wohngruppe hat Theo Ast nach eigenem Bekunden eine erhebliche Entwicklung in Richtung Selbstständigkeit durchlaufen. Er lernt die Grundkenntnisse der Haushaltsführung und Selbstversorgung. Mit der Zeit fühlt er sich von anderen MitbewohnerInnen gestört und will ausziehen: „Dann habe ich (unverständlich) gedacht ich zieh ich gerne aus, dass ich eigentlich meine Ruhe braucht und so weiter."

3.2 Die Wohnung befindet sich in einem relativ neuen Mehrfamilienwohnblock in Zentrumsnähe einer großen Kreisstadt. Die Wohnungssuche gestaltete sich äußerst schwierig und nur durch Beziehungen der Bezugsperson konnte die neue Wohnung gemietet werden. Die koordinierende Bezugsperson wohnt in der Wohnung gegenüber. Die Wohnung selbst ist eine Einzimmerwohnung. Direkt gegenüber der Eingangstür liegen Bad und WC, rechts geht es ins eigentliche Zimmer. Auf der rechten Seite steht das Bett mit dem Kopfende an der Wand. Links steht ein großer Schrank. Über dem Bett hängen an der Wand verschiedene Stofftiere an Schnüren, wie man sie z. B. auf dem Jahrmarkt kaufen oder gewinnen kann. Rechts an der Wand steht eine Collage verschiedener Klassenfotos aus seiner Schulzeit. Eine weitere Collage zeigt seine ehemalige Wohngruppe. Links vom Eingang ist der Fernseher, dem gegenüber steht ein oranges modernes Sofa. Über dem Sofa hängen an einem Klemmbrett zwei Plakate, die er bei einer Zukunftskonferenz erstellt hat. Darauf hat er seine Hobbys und seine Interessen notiert, wie Tischtennis oder Reisen nach Tunesien , aber auch Wünsche, wie "besser Sprechen lernen" oder "Schreiben und Lesen". Auch sind dort Namen von Mitarbeitern vermerkt. Neben dem Fernseher steht ein Arbeitstisch. Darauf befinden sich ein Computer und Unterlagen. Seitlich im Raum ist eine Kommode. Ein runder Esstisch steht am Fenster. Links davon ist eine Küchennische, daneben geht es auf den Balkon. Die Küche ist relativ neu und gut ausgestattet (auch mit einer Mikrowelle). Beim zweiten Interview ist die Wohnung unordentlicher als beim Mal zuvor, trotzdem ist sie nicht chaotisch, sondern wirkt bewohnt. An den Wänden hängen mehrere Urkunden von seinen Tischtennisturnieren, auch hängt dort eine Medaille. Neben dem Esstisch an der Wand sind drei Blumenbilder, ein gemaltes und zwei Fotos, die er von seiner Mutter geschenkt bekommen hat. Des Weiteren befinden sich dort eine Kohlezeichnung, die er zur Konfirmation gekommen hat und ein Keramikteller – ebenfalls ein Geschenk seiner Mutter.

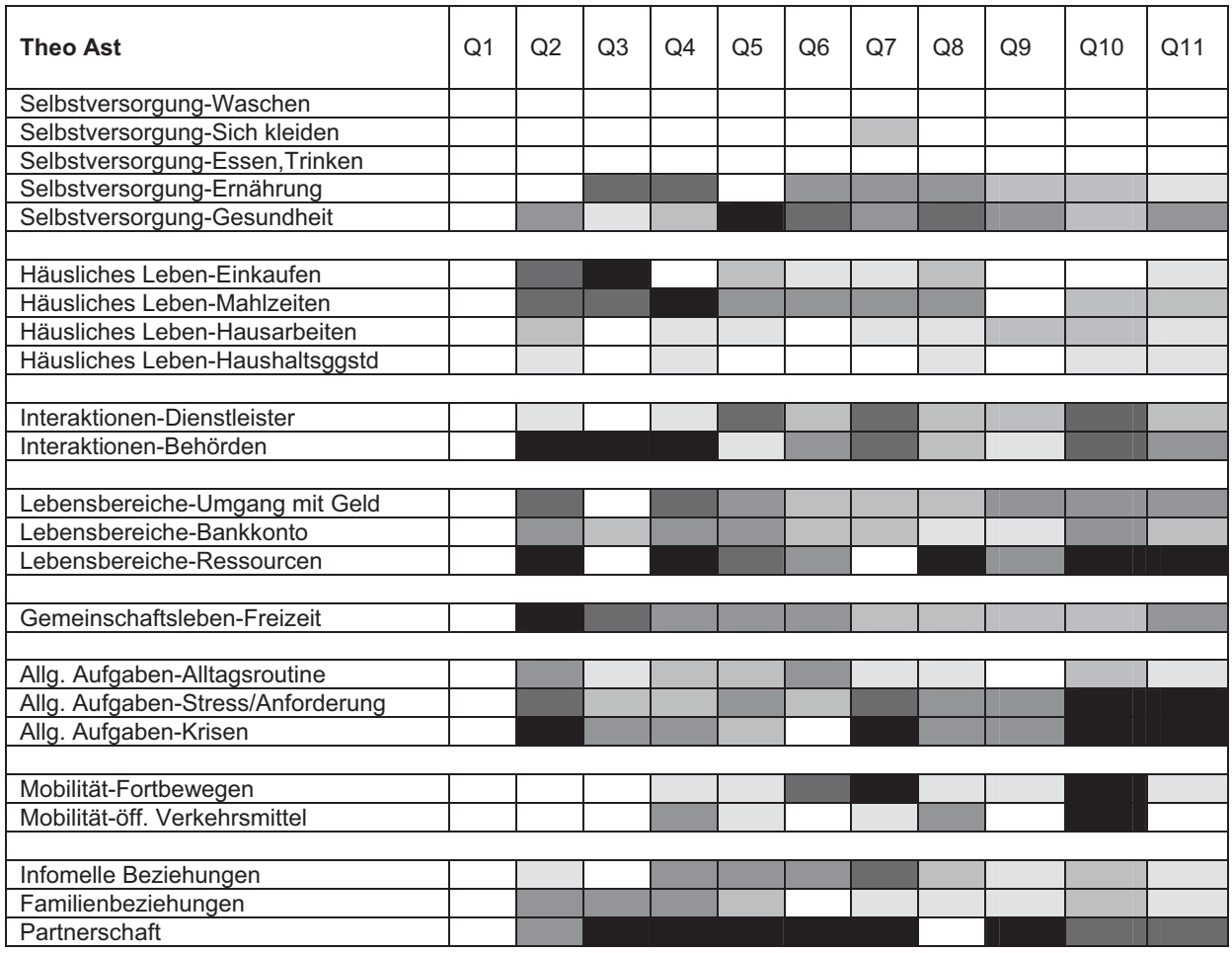
In seiner Wohnung fühlt sich Herr Ast sehr wohl. Er hat sie sowohl mit den Möbeln aus der Wohngruppe, als auch mit neu besorgten Möbeln ausgestattet. Eine besondere Freude bereitet ihm das Umstellen und Arrangieren der Möbelstücke: „Manchmal muss ich mit le, etwas ob umstellen, weil des bleibt, manchmal umräumen, irgendwie, weil des n bisschen is." Die Stadtnähe ist für ihn von besonderem Wert, um schnellen Zugang zu Geschäften zu bekommen oder die stationäre Einrichtung zu Fuß oder mit dem Bus zu erreichen. Besuch bekommt er selten, ab und zu kommen ehemalige Mitbewohner oder seine Familie vorbei. Er versorgt sich selbst, isst aber größtenteils in der WfbM. Nach Feierabend schaut er gerne fern oder beschäftigt sich am Computer.

Die Arbeit in der WfbM entwickelt sich während des Projektzeitraums zum Problemfeld. Wie in dem Interview mehrmals erwähnt, würde er lieber in einem Café arbeiten, kann das aber aufgrund von Sprachbarrieren und Sinnesbehinderungen (noch) nicht. Im Frühjahr 2010 kommt es zu einem „Ausraster", bei dem Herr Ast eine WfbM-Mitarbeiterin verletzt. Es wird ein gerichtliches Verfahren eingeleitet. Herr Ast bezeichnet die Situation im Interview Ende 2010 als „viel ärgerlich" und beschreibt sie folgendermaßen: „So ein bisschen geärgert wegen Putze, putzen musste und wollte es noch, was (unverständlich) auch noch putzen wollte, die die Kollegen, die da mit putzen kann, Beispiel Toiletten putzen oder Fluren putzen. Weiß ich auch selber und mit dene hab ich überhaupt keine eigene Kontakte zu übernehme. Und darum war für mich nicht so wichtig." Im Zuge dessen kommt es zu einem

Arbeitsplatzwechsel und mehreren Krisengesprächen. Dabei kommen nach und nach die Gründe für den „Ausraster“ heraus. Die koordinierende Bezugsperson spricht in diesem Zusammenhang von einer Mobbing-Situation. Jugendliche hatten sich über Herrn Asts Sinnesbehinderung lustig gemacht. Der jetzige Arbeitsplatz hat den Status eines WfbM-Außenarbeitsplatzes. Herr Ast hilft in einer Kantine aus. Der ursprüngliche Wunsch, in einem Café zu arbeiten, hat sich somit noch nicht erfüllt.

Einen weiteren Rückschlag für Herrn Ast in der Projektphase nennt die koordinierende Bezugsperson im weiteren Verlauf des Interviews - Herr Ast wirkt dabei aufgewühlt. Es handelt sich hierbei um eine Anhörung vor dem Sozialgericht: Herr Ast hat drei Jahre zuvor über den Zeitraum eines halben Jahres von seinem Bruder 50 € pro Monat überwiesen bekommen, damit er sich einen Wintermantel und Schuhe kaufen kann. Der Bruder hatte das als Dauerauftrag eingerichtet, damit Herr Ast lernt, zu sparen. Der Bruder vergisst den Dauerauftrag zu stornieren und es sammeln sich 300 € an. Herr Ast bezieht Grundsicherung. Daher fällt der große Betrag im Rahmen einer Überprüfung der Kontoauszüge auf. Dieser Betrag wird ihm auf einen Schlag von der Grundsicherung abgezogen. Mit Hilfe der koordinierenden Bezugsperson legt er Widerspruch ein. Herr Ast verliert jedoch das Verfahren.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Herrn Ast ist im Bereich der Alltagsfertigkeiten nicht sehr hoch und verbessert sich teilweise immer wieder. Im letzten halben Jahr (2010) liegt der höchste Unterstützungsbedarf bei der Bewältigung von Stress und Krisen, sowie im Bereich der Mobilität – vermutlich ausgelöst durch o.g. veränderte Arbeitssituation.

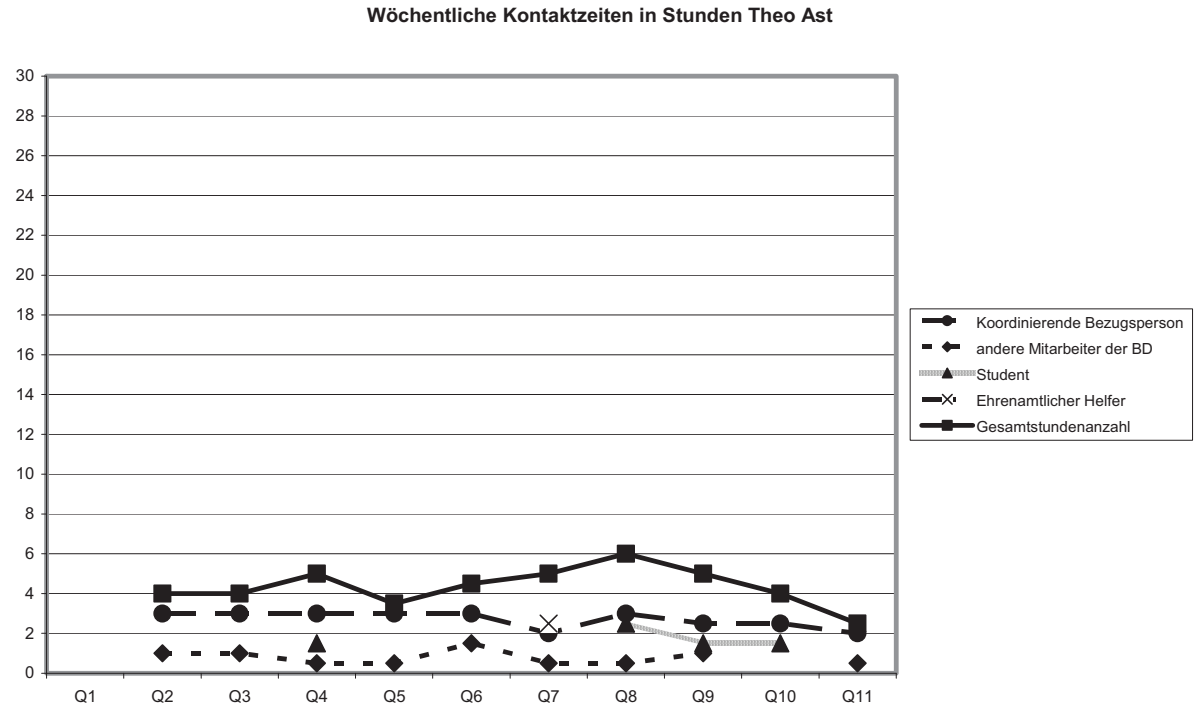



Über den gesamten Verlauf hinweg ist der Hilfebedarf in Sachen Partnerschaft auf relativ hohem Niveau, der in Familienbeziehungen abnehmend von mittlerem auf niedriges Niveau.

Die Rufbereitschaft ist Herrn Ast wichtig. Er informiert sich regelmäßig, wer Nachtdienst hat und nimmt somit die Bereitschaft während der gesamten Projektlaufphase in Anspruch. Angerufen hat er in den letzten dreieinhalb Jahren jedoch nur zwei Mal. In diesen Zusammenhang passt auch, dass die Bezugsperson Herrn Ast ihren Dienstplan aushändigt, damit er informiert ist, wann sie erreichbar ist. Nach eigenen Angaben erledigt Herr Ast das Einkaufen und den Haushalt selbst und ohne Hilfe.

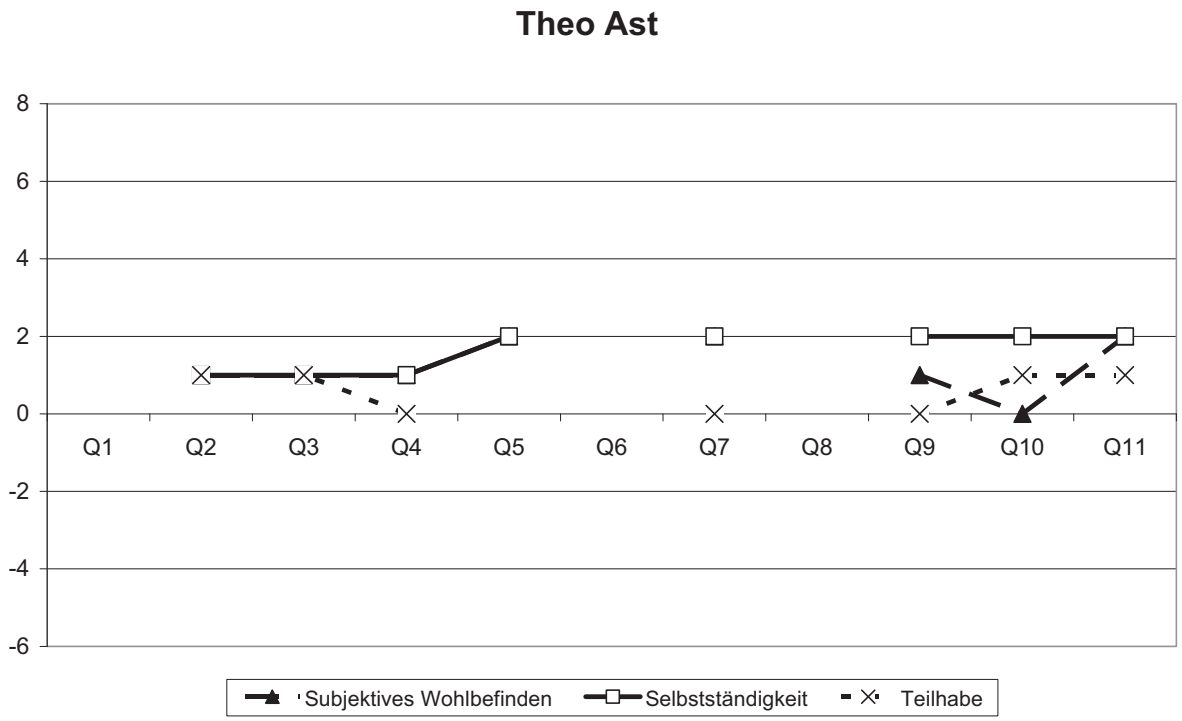
Die **Hilfeerbringung** liegt mit insgesamt vier Stunden/Woche am Projektanfang und -ende auf niedrigem Niveau. Zwar erhöht sie sich zwischenzeitlich auf sechs Stunden, senkt sich aber dann wieder kontinuierlich auf den ursprünglichen Stand ab. Neben der koordinierenden Bezugsperson (zweieinhalb Std./Woche) war bis Anfang 2010 noch ein weiterer Mitarbeiter tätig und kurzzeitig auch eine ehrenamtliche Kraft. Im Jahr 2010 wird Herr Ast neben der koordinieren Bezugsperson noch von einer studentischen Hilfskraft beim Kochen und der PC-Arbeit unterstützt (eineinhalb Std./Woche). Zeitgleich mit dem Projekt endet auch die Unterstützung der studentischen Hilfskraft. Herr Ast wünscht sich für die Zukunft erneut Hilfe im Bereich Kochen, da er dies gerne tut. Die koordinierende Bezugsperson ist auch im Bereich der informellen Beziehung tätig. Sie unterstützt Herrn Ast bei Kontaktaufnahmen oder bei der Klärung von Konflikten.

Die räumliche Nähe zwischen seiner und der Wohnung der Bezugsperson wird von dieser als problematisch wahrgenommen, da er mehrmals versucht, seine Bezugsperson privat für seine Anliegen zu erreichen. Die Befürchtung der KBP, dass es mit dem Ende des Projekts zu einer Unterversorgung des Hilfebedarfs kommen könnte, hat sich nicht bestätigt. Herr Ast wurde in die HBG 3 eingestuft, dadurch mussten sich die Kontaktzeiten nicht zwangsläufig verringern.




Theo Ast telefoniert wöchentlich mit seiner Mutter. An Wochenenden besucht er sie regelmäßig. Seiner gehbehinderten Tante, die in der Nähe der Mutter wohnt, hilft er dann bei Alltagsaufgaben wie Müll leeren oder Einkäufe tragen. Der Kontakt zu seiner Mutter ist im Laufe des Projekts zurückgegangen, da Herr Ast sein eigenes Leben leben möchte und Abstand wünscht. Er bekommt selten Besuch von seiner Mutter und seinem Bruder. Auf Einladung kommen ehemalige Mitbewohner vorbei, zu denen er immer noch regelmäßigen Kontakt hat und mit denen er auch in den Urlaub fährt oder Freizeitangebote wahrnimmt. Mit

einer Freundin geht er ab und zu aus. Er geht zudem wöchentlich zum Tischtennis und nimmt regelmäßig an Turnieren teil, die er teilweise mit großem Erfolg absolviert. Ein großer Wunsch von ihm ist es, eine Partnerin zu finden. Dabei benötigt er nach Aussage der KBP Unterstützung. Diese erkennt diesbezüglich immer wieder einen hohen Gesprächsbedarf. Herr Ast besucht einige Zeit eine vom Träger organisierte „Single"-Gruppe. Im Sommer 2010 lernt Herr Ast dort jemanden kennen. Es ist der Beginn einer Partnerschaft, die jedoch nach zwei Monaten wieder endet. Zur Trennung kommt es aufgrund von Streitigkeiten und unterschiedlichen Vorstellungen. Herr Ast wünscht sich weiterhin eine Partnerin und möchte mit dieser auch zusammen wohnen. Im Allgemeinen wünscht sich Herr Ast in Zukunft mehr Kontakt zu seinem Bruder (er erwähnt dies mehrfach) und mehr Freizeitaktivitäten.




Die Angabenl über sein Wohlbefinden, seine Teilhabe als auch über seine Selbstständigkeitsentwicklung sind sehr lückenhaft und lassen keine gesicherten Aussagen über den Verlauf zu.

Im Herbst 2010 geht für Herrn Ast sein lang gehegter Wunsch nach einer Partnerschaft in Erfüllung. Diese dauert zwar nur wenige Wochen an, in dieser Zeit erhöht sich sein subjektives Wohlbefinden jedoch erheblich. Herr Ast ist nun wieder auf der Suche nach einer neuen Partnerschaft. Im gleichen Quartal ist in der Dokumentation vermerkt, dass es zu dem erwähnten kurzen Gewaltausbruch von Herrn Ast gegenüber einer Beschäftigten der WfbM kommt. Es ist also nicht verwunderlich, dass in diesem Zeitraum das Wohlbefinden zwar erheblich steigt, zugleich aber auch großen Schwankungen unterliegt.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

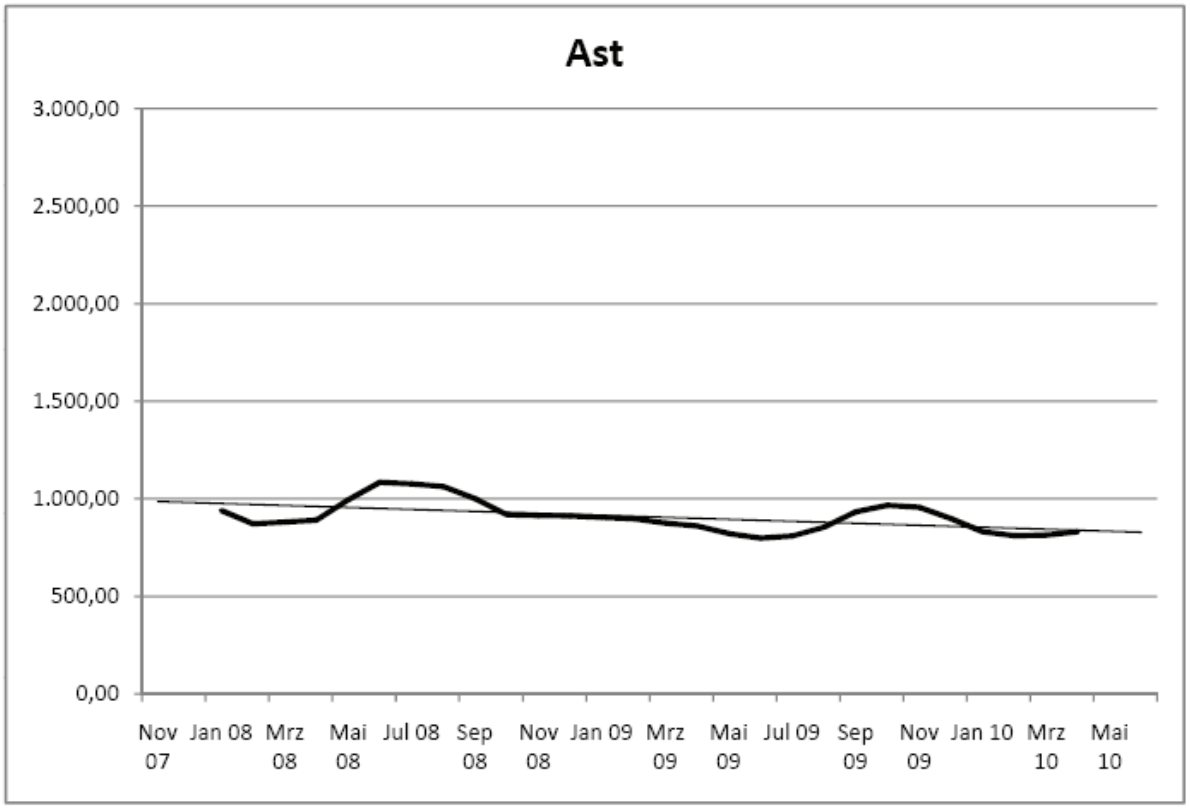
Theo Ast wohnt relativ selbstständig in seiner Wohnung und kann sich durch die WfbM-Strukturen (Essensversorgung) problemlos selbst versorgen – die Grundlagen wurden in der Wohngruppe gelegt. Sein Hilfebedarf ist zwar teilweise hoch, scheint jedoch mit geringem Aufwand abdeckbar zu sein. Deutlich wird sein Wunsch nach weiteren sozialen Kontakten. Sowohl im Interview als auch in den Unterlagen kommt dieser zum Ausdruck und bezieht sich nicht nur auf familiäre Strukturen, sondern auch auf sein weiteres soziales Umfeld. Dabei scheint er eine ambivalente Position zu beziehen – auf der einen Seite braucht er seine Ruhe, auf der anderen Seite möchte er nicht alleine sein. In den Interviews erwecken

Selbstständigkeitsformulierungen wie „muss abgrenzen“ den Eindruck, sie würden teilweise von außen an ihn herangetragen. Es ist nicht auszuschließen, dass er diese Ansprüche an seine Person nur partiell umsetzen kann und dadurch seine Frustrationstoleranz verringert wird.

Das Konfliktpotential seiner Arbeitsplatzsituation war scheinbar allen Beteiligen nicht bewusst. Das hat sicher auch mit der von ihm selbst wahrgenommenen Verständigungsproblematik zu tun. Trotz eingeleiteter Alternativen (zwei Praktika in einem Café) war die Situation für Herrn Ast offensichtlich nicht mehr hinnehmbar. Es bleibt abzuwarten, ob der neue Arbeitsplatz für ihn neue Möglichkeiten bieten kann. Trotz mehrerer Rückschläge im Verlauf des Projekts sieht Herr Ast seine Zukunft in einem positiven Licht. Hierzu sagt er im letztem Interview: „Und jetzt ändert mich grade so langsam und es geht mir halt sehr gut, weil ich ne gute Sprache hab.“

Deutlich ist, dass auch seine sozialen Netzwerke noch sehr eng an die ihn umgebenden Unterstützungsstrukturen gebunden sind.

**5. Kostenverlauf:**



# Silke Bart

*Geboren 1985, vor Projektteilnahme nur kurz in stationärer Einrichtung.*

## 1. Allgemeines

1.1 Silke Bart ist 1985 geboren und zu Projektbeginn 22 Jahre alt. Sie hat bis zwei Jahre vor Projektbeginn eine Sonderschule besucht und keine berufliche Ausbildung. Seit 2005 ist Frau Bart in einer WfbM beschäftigt. Eine gesetzliche Betreuung besteht in den Aufgabenbereichen Aufenthalt, Gesundheit und Finanzen. Frau Bart ist ledig und lebt in einer festen Beziehung.

1.2 Frau Bart wohnte vor Projektbeginn nur kurze Zeit in einer stationären Wohngruppe. Davor lebte sie in einem Kinderheim und ab 2004 bei einer Pflegefamilie.

1.3 Als Diagnose wurde eine "mittelgradige geistige Behinderung" festgehalten. Sie ist in die Hilfebedarfsgruppe 3 eingeteilt. Unterstützt wird Frau Bart von der Behindertenhilfe.

## 2. Lebensverlauf/ WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Mit Frau Bart werden drei Interviews geführt (2008, 2009, 2010). An dem ersten Interview im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung nimmt sie ungern teil. Sie wird von ihrer koordinierenden Bezugsperson animiert. Die koordinierende Bezugsperson ist während des gesamten Gesprächs anwesend. Das Interview findet in der Küche statt. Erst nach mehrmaliger Aufforderung durch die koordinierende Bezugsperson gewährt sie einen kurzen Blick ins Wohnzimmer. Frau Bart hyperventiliert häufig im Interview, vor allem dann, wenn ihr die gestellten Fragen unangenehm sind. Das zweite Interview (2009) findet aus Termingründen im Gebäude der ehemaligen stationären Einrichtung von Frau Bart statt. Frau Bart macht einen selbstsichereren Eindruck als ein Jahr zuvor. Sie hat zwar, wie beim letzten Mal, keine Lust auf das Interview, wirkt jedoch nicht so ablehnend und ist eher bereit, zu sprechen. Sie hyperventiliert nicht in dem Maße wie beim vorherigen Interview. Während des Interviews kratzt sich Frau Bart nur einmal (und auch nur kurz) ihre Beine. Diese waren beim letzten Mal völlig zerkratzt, was den Schluss nahe gelegt hatte, dass sie sich selbst verletzt. Diese Schlussfolgerung bestätigte sich später in Gesprächen mit der koordinierenden Bezugsperson. Frau Bart ist am Anfang des dritten Interviews (2010) zurückhaltend, so dass es zunächst nicht angebracht scheint, persönliche Fragen zu stellen. Über den thematischen Umweg von Geschichten über ihre Meerschweinchen und ihren im Ausland verbrachten Urlaub, kommt es dann doch zu (biografischen) Erzählimpulsen. Frau Bart erzählt von sich aus über ihre Kindheit und der Beziehung zu ihrer Mutter.

2.2 Die ersten fünf Jahre ihrer Kindheit wächst Frau Bart mit ihrer zwei Jahre jüngeren Schwester bei ihrer Mutter auf. Die Mutter erkrankt an Krebs und ist nach der Ansicht des Jugendamtes nicht mehr in der Lage, für die beiden Töchter zu sorgen. Frau Bart kommt mit ihrer Schwester in ein Kinderheim. Die beiden Geschwister dürfen mit Erlaubnis des Jugendamtes an manchen Wochenenden bei der Mutter übernachten. Vom Vater ist wenig bekannt – lediglich, dass Frau Bart mit ihm keinen Kontakt haben möchte. Ihren Angaben zufolge hat dieser die Mutter vor vielen Jahren verletzt, was indirekt zu deren späteren Tod geführt habe. Im Interview äußert Frau Bart dazu: „Und sie war im Krankenhaus bis zum Schluss, wo ich erfahren hab, dass meine Mama gestorben is, ja und bewusstlos war sie ja auch schon, weil mein Papa ja früher mit'm Hammer auf'n Kopf gehauen hat. Von daher is des klar, dass ich von dem nich mehr wissen will. Meine Schwester genauso wenig. Und ja so isses dann geloffen." Die Mutter verstirbt 2004. Im gleichen Jahr, Silke Bart ist jetzt 19 Jahre alt, wird sie in eine Pflegefamilie aufgenommen. Frau Bart besucht eine Sonderschule. Dort lernt sie auch ihren damaligen Freund kennen.

2.3. Nach dem Abschluss der Sonderschule im Jahr 2005 fängt Frau Bart an, in einer WfbM

zu arbeiten. Danach (das genaue Jahr ist nicht bekannt) wohnt sie in einer stationären Wohngruppe. Im Juli 2007 zieht sie im Rahmen von ProSeLe in eine eigene Wohnung.

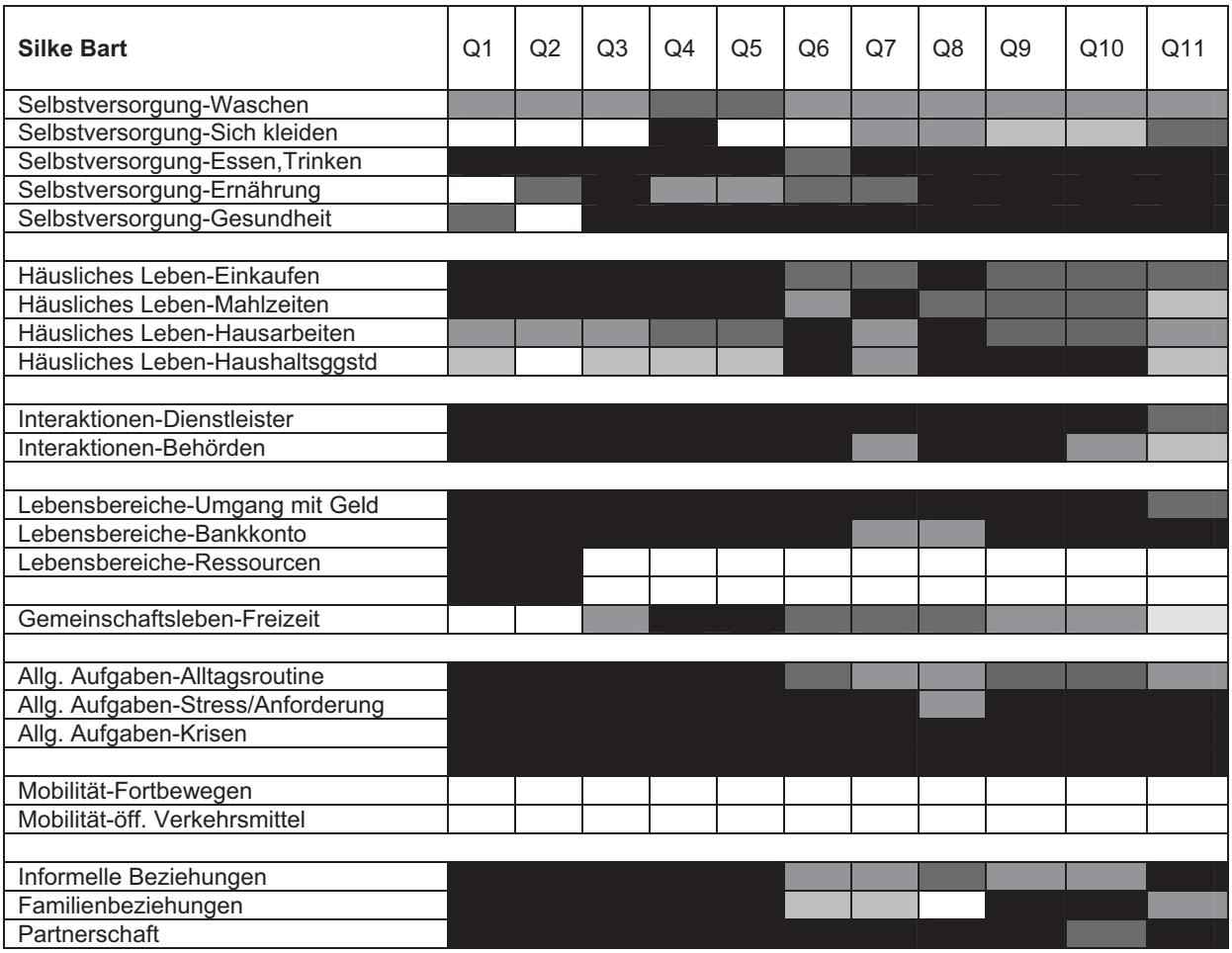
**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Prägend für die Motivation von Frau Bart bei ProSeLe teilzunehmen, ist ihre langjährige Erfahrung im Kinderheim. Auf die Frage, wie der Aufenthalt im Heim war, meint Frau Bart: „Darum. Weil's im Heim scheiße war. Weil ich ewig lang Heim wohnen musste und dann hab ich gedacht ich will alleine wohnen."

3.2 Frau Bart wohnt alleine in einer Mehrzimmer-Dachgeschosswohnung im Zentrum einer mittelgroßen Stadt. Ein Teil der Wohnung, der jedoch z. Zt. nicht bewohnt ist, ist für einen weiteren Mieter gedacht. Im Wohnzimmer steht ein großes Bild, welches von Frau Bart selbst angefertigt wurde. Ansonsten ist die Wohnung gemütlich, aber auch funktional eingerichtet. Frau Bart kümmert sich um zwei Meerschweinchen. Außergewöhnlich intensiv ist das Verhältnis zu den Nachbarn. An sie kann sich Frau Bart bei Problemen des alltäglichen Lebens, aber auch in emotionalen Krisenzeiten wenden.

Ende 2008 macht Frau Bart ein Praktikum bei einem Tierheim mit der Idee, einen Außenarbeitsplatz anzunehmen. Das Praktikum macht ihr viel Spaß. Sie kann es jedoch nicht beenden, da ihre Leseschwäche die nötige Medikamentengabe an die Tiere erschwert und somit einer weiteren Beschäftigung im Wege steht.
Besonders schwierig ist die Beziehung zwischen Frau Bart und ihrem damaligen Partner. 2009 gibt es einen Übergriff des Partners auf Frau Bart, daraufhin entschließt sie sich, Anzeige zu erstatten. Der Partner verbringt sieben Wochen in einer psychiatrischen Klinik. Das Paar bleibt jedoch auch danach zusammen. Das Wohlbefinden von Frau Bart hängt stark von der Beziehung zum Freund ab; er könne keine „Dauernähe" ertragen, was sie eher verunsichert.
Anfang 2009 gibt es einen Versuch der Kontaktaufnahme zu den Großeltern. Diese reagieren distanziert und ablehnend. Im gleichen Zeitraum reagieren auch die Eltern des Partners ablehnend gegenüber Frau Bart. Ende 2009 gibt es einen Wechsel der gesetzlichen Betreuerin, an die Frau Bart emotional sehr gebunden war. Sie entwickelt daraufhin (vermehrt) selbstverletzendes Verhalten, welches in Wunden an ihren Beinen Ausdruck findet.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Frau Bart ist in fast allen Bereichen der Alltags- und Krisenbewältigung hoch, obwohl sich im Verlauf des Projekts, nach Angaben der koordinierenden Bezugsperson, signifikante Verselbstständigungsprozesse ergeben. In Krisensituationen, die oft im Zusammenhang mit der schwierigen Beziehung zum Partner stehen, erhöht sich der Hilfebedarf erneut. Ihre alltäglichen Aufgaben im Haushalt vernachlässigt Frau Bart in psychisch belastenden Situationen, was unter anderem auch dazu führt, dass sie nur sehr wenig Nahrung zu sich nimmt und die Weiterführung des Projektes „Selbstständig Leben" vorübergehend in Frage stellt. Erschwerend kommt hinzu, dass Frau Bart weder lesen noch schreiben kann. Dies hat zur Folge, dass sämtliche behördlichen und schriftlichen Angelegenheiten besonders intensiv besprochen werden müssen. Besonders hoch ist der Hilfebedarf beim Umgang mit Geld. Finanzielle Angelegenheiten (z.B. Rechnungen begleichen) werden für sie von einem Betreuer geregelt. Jedoch verbessert sich der Umgang mit Geld im Laufe des Projekts. Frau Bart lernt zu sparen: „… mein neues Handy des hab' ich ja auch erspart bis ich's hatte". Problematisch bleibt in den Augen der Bezugsperson das Thema (gesunde) Ernährung, hier brauche Frau Bart viel Unterstützung.




Der Hilfebedarf bei Partnerschaft, familiären und informellen Beziehungen wird über den gesamten Verlauf hinweg als beinahe gleichbleibend auf hohem Niveau eingeschätzt. Einzig der Hilfebedarf bei informellen und familiären Beziehungen verringert sich in Q6 bis Q8 etwas, um danach wieder auf das alte, hohe Niveau zu steigen. Zum Ende des Projekts verringert sich der wahrgenommene Hilfebedarf in den Bereichen Häusliches Leben, Interaktionen und Gemeinschaftsleben, das Diagramm zeigt zunehmend hellere Bereiche.

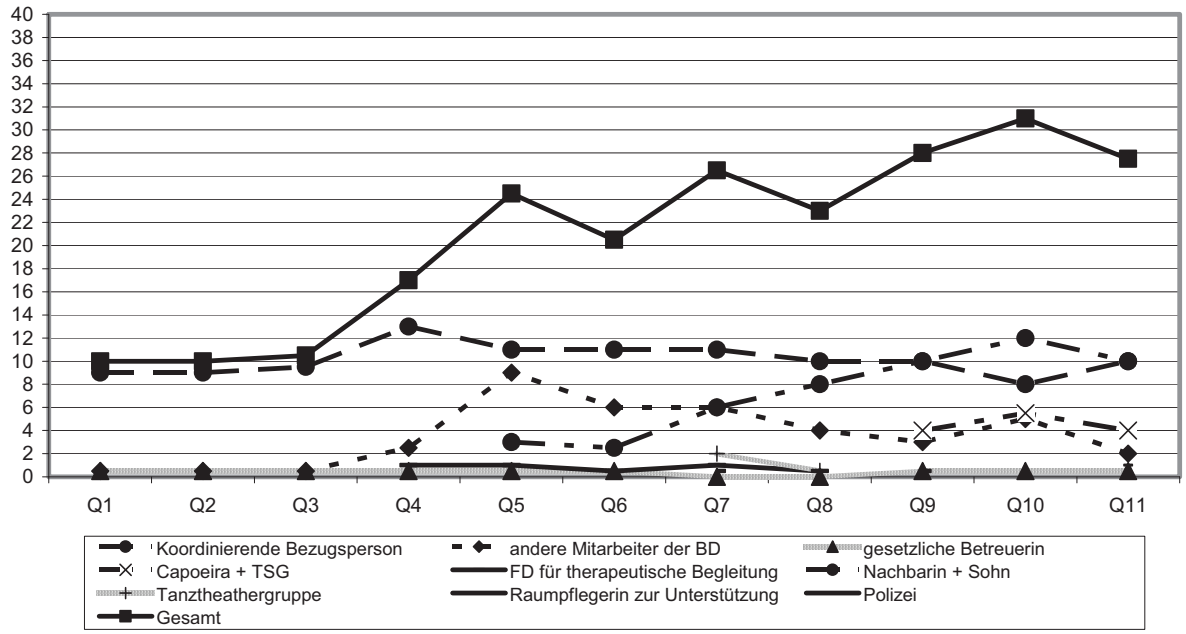
Die **Hilfeerbringung** wird größtenteils von der koordinierenden Bezugsperson gewährleistet. Hauptsächlich findet diese an einem Vormittag in der Woche statt. Hierzu ist Frau Bart von der WfbM freigestellt. Der Umfang beträgt acht Wochenstunden zum Projektende. Andere Mitarbeiter unterstützen Frau Bart mit fünf Stunden wöchentlich. Man kann im Fall von Frau Bart von einem gelungenen *Hilfemix* sprechen. Die Nachbarn sind aktiv in die Hilfeerbringung eingebunden und unterstützen Frau Bart am Ende des Projekts mit zwölf Stunden pro Woche in alltäglichen Angelegenheiten. Frau Bart wird außerdem im Haushalt von einer Raumpflegerin unterstützt. Diese zeigt Frau Bart einmal monatlich, wie man die Wohnung reinigt. Frau Bart reagiert jedoch zunächst ablehnend auf das Angebot, da sie - nach Aussage der koordinierenden Bezugsperson - nicht gerne fremde Leute in der Wohnung hat. Bei Problemen, die oft mit ihren Ängsten verbunden sind, ruft Frau Bart ihren Partner oder ihre Schwester an. Auch hier spielen die Nachbarn eine Rolle, an die sie sich jederzeit wenden kann, wenn bedrohliche Situationen in der eigenen Wohnung vorkommen: „Mh ich mag keine Spinnen. Macht A. immer Spinne weg“. Dies gilt aber auch in ganz anderen Kontexten. Hierzu sagt die koordinierende Bezugsperson im gemeinsamen Interview mit Frau Bart: „Und auch sonst, ne? Selbst morgens um Fünf darf man da anturnen oder auf dem Sofa sich ausheulen, wenn der Liebeskummer gar so groß ist, ne?“ Eine Nachbarin kommt aus einem Haushalt, in dem eine Gastronomie betrieben wurde und hat

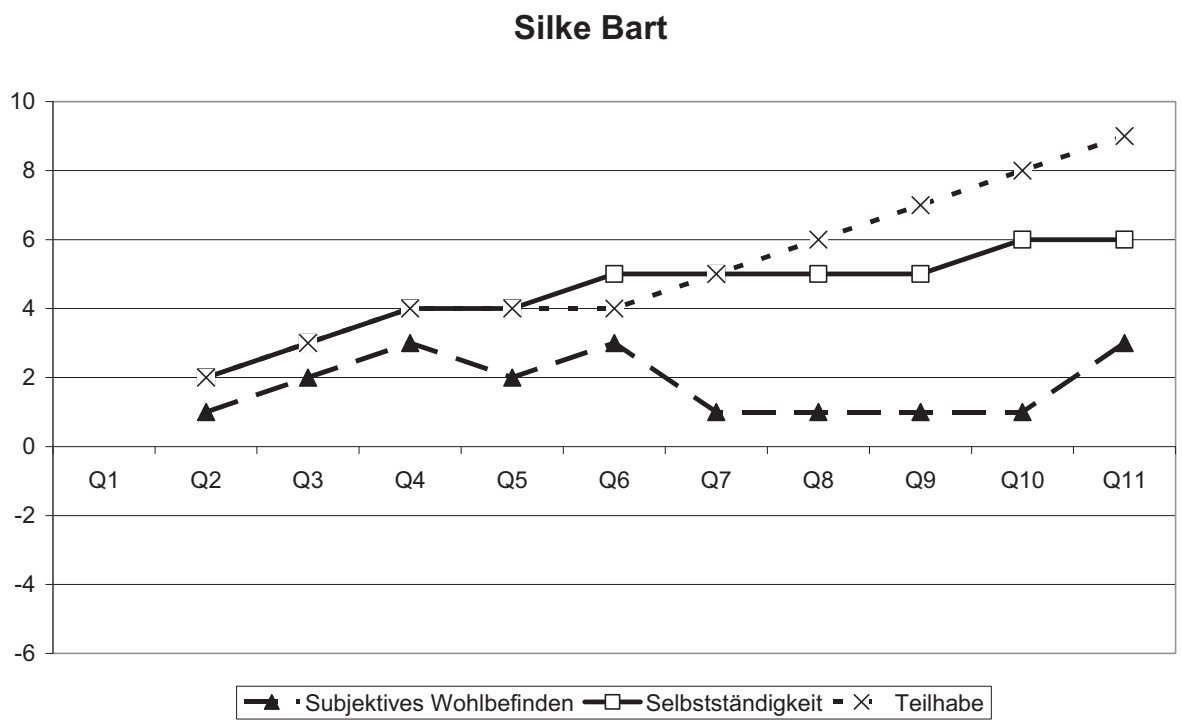
sich dem Problem angenommen, dass Frau Bart Schwierigkeiten mit dem Essen hat. Sie kocht mit ihr. Eine Vergütung ist nicht zustande gekommen, da sich die gesetzliche Betreuerin aus persönlichen Gründen geweigert hat, dies zu unterstützen. In diesem Zusammenhang gibt es aber auch eine Abgrenzungsproblematik. Die Nachbarin sah sich nicht in der Lage, Frau Bart klarzumachen, dass sie nach einer gewissen Zeit ihre Ruhe haben möchte. Die koordinierende Bezugsperson muss die Nachbarin in solchen Fällen beraten. In extremen Situationen stehen, neben der koordinierenden Bezugsperson, auch weitere professionelle Kräfte sowie die Nachtbereitschaft zur Verfügung.

Die Teilhabe und die Selbstständigkeit von Frau Bart steigern sich, nach Angaben der koordinierenden Bezugsperson, fast kontinuierlich seit Beginn des Projekts. Das subjektive Wohlbefinden ist im Verlauf des Projekts schwankend, nach Ende des Projekts ergibt sich ein wesentlicher Anstieg.

Durch den Hilfemix hat Frau Bart viele **Sozialkontakte**. Zusätzlich ist sie in ihrer Freizeit sehr aktiv. Sie besucht im Rahmen der offenen Hilfen Konzerte, treibt Sport (Capoeira, Reiten, Schlittschuhlaufen) und besucht eine Tanztheatergruppe. Außerdem geht sie gern Einkaufen, trifft sich mit Freundinnen, ihrer Schwester und mit ihrem Partner. Fast alle ihre Bekannten kennt sie aus der WfbM oder ihrer alten Wohngruppe. Frau Bart nutzt intensiv Angebote verschiedener Einrichtungen.

**Wöchentliche Kontaktzeiten in Stunden Silke Bart**






Der Verlauf von ProSeLe ist immer wieder auch vom Thema Gewalt geprägt, die sowohl von ihrem ehemaligen Partner, als auch von einem ihrer Bekannten ausgeht. Sie spielt auch eine wichtige Rolle bei den Gesprächen mit der koordinierenden Bezugsperson. Dies geht sogar soweit, dass sich die KBP überlegt, ob eine andere Wohnform geeigneter wäre, die einen geschützteren Rahmen bieten würde. Die Polizei wird auf Anraten der KBP eingeschaltet, sieht sich jedoch zunächst nicht in der Lage, aktiv zu werden. Nach mehreren Gesprächen erklärt sich eine Polizeibeamtin bereit, sich der Sache anzunehmen. Frau Bart hat jetzt zumindest die Sicherheit zu wissen, dass es eine Ansprechperson bei der örtlichen Polizeiwache gibt. Am Ende des Projekts besteht eine neue Partnerschaft, diese ist nicht von Gewalt geprägt. Zum Thema Partnerschaft und Gewalt macht die KBP in der Quartalsdokumentation folgende Aussage: „Das Interesse an Männern wächst bei Silke, jedoch sind adäquate Ausdrucksformen ebenso wenig geläufig, wie das Anerkennen der Grenzen anderer Menschen. Es wird deutlich sichtbar, dass Silke in ihrer Kindheit gewohnt war sich Zuwendung zu erkämpfen und bereit ist dafür auch Schläge und Abwertungen in Kauf zu nehmen.“ (2. Quartalsdokumentation 2010).

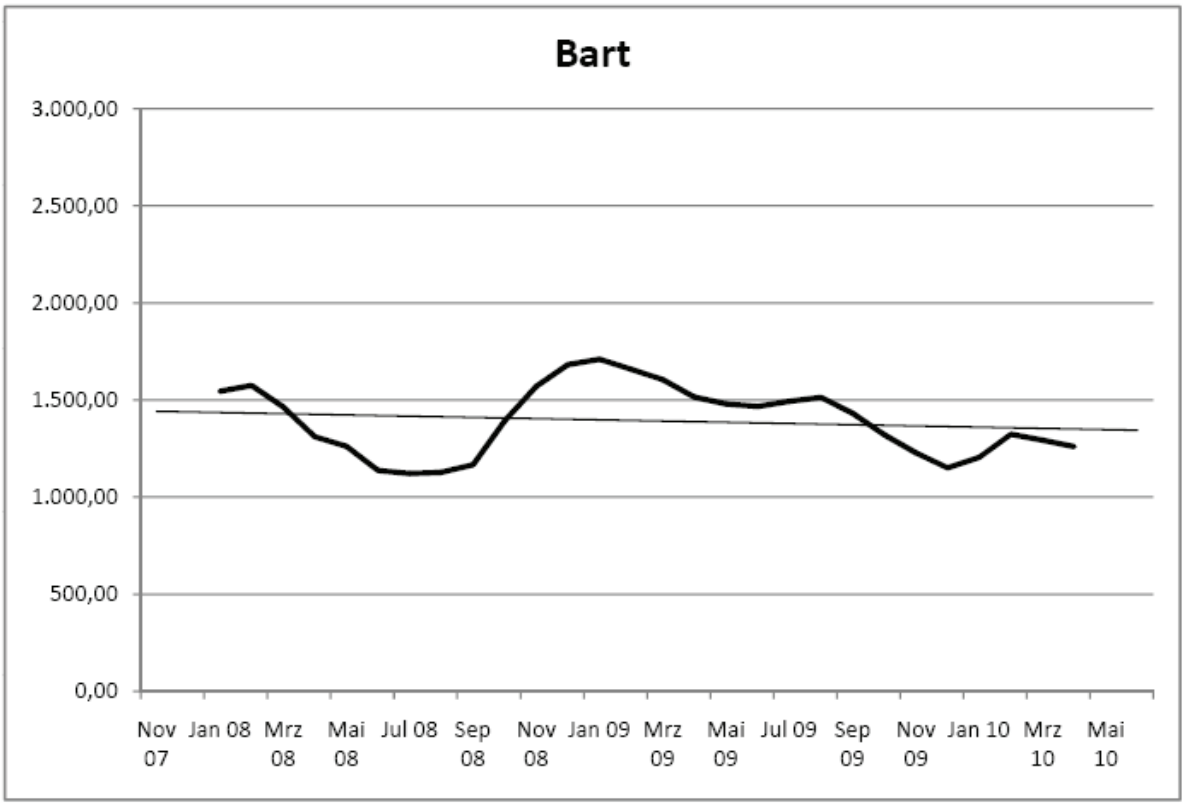
Im weiteren Verlauf treten zunehmend die Themen Verselbstständigung, Ablösung und Lockerung des engen Betreuungsverhältnisses auf.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

ProSeLe hat bei Frau Bart Verselbstständigungsprozesse ausgelöst. Sie ist froh, nicht mehr im Kontext eines Wohnheims zu leben, auch wenn alle ihre Bekannten weiterhin aus diesem Umfeld stammen. Tragend für den Prozess war die sehr enge Beziehung zwischen ihr und ihrer koordinierenden Bezugsperson. Ohne diese enge Bindung, die Frau Bart den nötigen Halt bietet, wäre der Auszug nach Ansicht der Beteiligten nicht möglich gewesen. Erste Anzeichen einer sukzessiven Lösung sind gegen Ende des Projekts vorhanden. Die koordinierende Bezugsperson nimmt eine Art nachgeholte Adoleszenzphase wahr. Frau Bart kann sich mittlerweile auch einem anderen Mitarbeiter anvertrauen, wenn auch noch in eingeschränkter Form. Frau Bart unternimmt des Weiteren erste Schritte in Richtung einer Entziehung aus der Betreuung. Sie ist z.B. zeitweilig für die Bezugsperson telefonisch nicht

erreichbar, was so vorher nie passiert war. Der Übergang ins ambulant betreute Wohnen, einhergehend mit einer wahrscheinlichen Verringerung der zur Verfügung stehenden Mittel zur Hilfeerbringung, bietet hier eventuell weitere Möglichkeiten der Autonomisierung.

**5. Kostenverlauf:**




## Karl Bebel

*Geboren 1965, vor Projektteilnahme neun Jahre in stationärer Einrichtung.*

**1. Allgemeines**

1.1 Karl Bebel wurde 1965 geboren und ist zu Projektbeginn 42 Jahre alt. Er ist ledig und hat keine Kinder. Er hat eine Sonderschule besucht und keine abgeschlossene Berufsausbildung. Karl Bebel arbeitet in einer Gärtnerei bei einer WfbM und wird von einer sozialpsychiatrischen Einrichtung unterstützt.

1.2 Karl Bebel wohnte seit 1998 bis zum Projektbeginn in einer stationären Einrichtung. Davon verbrachte Herr Bebel zwei Jahre in einem Wohntraining.

1.3 Als Diagnose wird in der Akte eine „leichte Oligophrenie“ (eine geistige Behinderung) genannt. Er ist in die Hilfebedarfsgruppe 2 eingeteilt. Eine gesetzliche Betreuung gibt es in den Bereichen Gesundheitsfürsorge, Aufenthalt, Vermögensangelegenheiten, Unterhalt, Abschluss von Lehr- und Ausbildungsverträgen.

**2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe**

2.1 Im Interview erzählt Herr Bebel sehr detailliert über seinen Alltag. Auf Fragen gibt er ausführliche Antworten und berichtet ausschweifend von Erlebnissen. Jedoch gibt er wenig biografische Hinweise. Herr Bebel lacht viel und macht einen aufgeschlossenen Eindruck.

2.2 Herr Bebel wächst in einer kleinen Gemeinde (ca. 3000 Einwohner) bei seinen Eltern

(Mutter und Stiefvater) auf. Er hat eine Schwester, der Beruf der Eltern ist nicht bekannt. Bis 1986 (Herr Bebel ist 21 Jahre alt) besucht er eine Sonderschule. Es folgt ein Praktikum in der Holzschreinerei einer WfbM in einer Kleinstadt.

2.3 Im Alter von ca. 20 Jahren wohnt Herr Bebel einen Sommer lang mit seinem Stiefvater in einem Wohnwagen auf einem Campingplatz. In dieser Zeit erlebt er, nach eigener Aussage, viel und geht selbst einkaufen. Er sagt dazu im Interview: „da war i au scho selbstständig." Mit 23 fängt Herr Bebel an, unweit seines Heimatortes in einer WfbM zu arbeiten. Diese befindet sich ebenfalls in einer kleinen Gemeinde. Zehn Jahre später zieht er im gleichen Ort in die dortige stationäre Einrichtung. 2003 zieht er in eine andere Wohngruppe in einer Nachbargemeinde. Dort bleibt er für weniger als ein Jahr wohnen. Im Jahr 2004, Herr Bebel ist jetzt 39 Jahre alt, wechselt er für zwei Jahre ins Wohntraining. Zu einem Wechsel ins abW scheint er noch nicht in der Lage zu sein. Danach erfolgen zwei weitere Umzüge innerhalb von Wohngruppen, bis Herr Bebel im Juli 2007 in eine eigene Wohnung (3er-WG) im Rahmen des Projekts umzieht.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 In dieser Wohnung wohnt Herr Bebel bis 2009. In dem Haus, das der Einrichtung gehört gibt es mehrere stationäre Wohngruppen. Während des ersten Interviews (2008) kommt ständig ein Mitbewohner in Herr Bebels Zimmer, ohne anzuklopfen. Herr Bebel kann es nach eigener Aussage kaum erwarten, in die neue Wohnung umzuziehen. Noch bevor er überhaupt dort eingezogen ist, ist er der Meinung: „Ja da fühl ich mich wie zu Hause". Herr Bebel fühlt sich durch die anderen Mitbewohner und den ständigen Autolärm in seiner alten Wohnung gestört. Auch die Mitarbeiter setzen Herrn Bebel unter Stress: „Und jetzt fühl ich mich wohl, weil da sind die Mitarbeiter viel ruhiger und unten händ se immer so stressig gemacht." Mit dem Umzug im August 2009 wechselt seine koordinierende Bezugsperson und die zuständige Dienststelle. Herr Bebel wird nicht mehr von der Behindertenhilfe unterstützt, für ihn ist jetzt ein sozialpsychiatrischer Dienst zuständig.

3.2. Herr Bebel wohnt mittlerweile in einer hellen Wohnung mit Blick ins Grüne. Er hat eine eigene Küche, teilt sich jedoch Bad, Toilette und Telefon mit einer Nachbarin. Das Mobiliar hat sich Herr Bebel selbst besorgt, die Wohnung ist in einem sehr aufgeräumten Zustand. Die ca. 20 Quadratmeter große Wohnung hat eine Fensterwand, in der Mitte des Raumes steht das Bett. Am Fußende ist ein Sofa von dem aus man auf den Balkon schauen kann. In der Ecke steht ein kleiner Tisch, darüber hängen zwei Pinnwände mit wichtigen Telefonnummern und ein Wochenplan, auf dem Aufgaben eingetragen sind, wie Putzen, Wäsche waschen und Ähnliches. Weitere Gegenstände im Raum sind ein Heimtrainer und ein neuer Flachbildfernseher, welchen Herr Bebel im Interview mit Stolz zeigt. Über dem Bett hängen eingerahmte Fotos. Das eine ist ein Foto der Partnerin, das andere zeigt Herr Bebel mit einer Mahlzeit. Diese hat er, wie sich heraus stellt, selbst gekocht und dann fotografiert. Das Haus, in dem Herr Bebel wohnt, wird teilweise zum stationär, teilweise zum ambulant betreuten Wohnen genutzt. Herr Bebel hat die Möglichkeit, mit anderen in einer gemeinsamen Küche zu kochen oder seine eigene Küche zu benutzen. Die koordinierende Bezugsperson arbeitet im Haus.

2008, also noch in der ersten Wohnung, hat Herr Bebel sein 20-jähriges Jubiläum bei der WfbM. Im gleichen Jahr erfährt Herr Bebel von seiner Schwester vom sechzigsten Geburtstag seines leiblichen Vaters. Die Mutter lebt zu diesem Zeitpunkt nicht mehr, wann sie verstorben ist, ist unklar. Herr Bebel ist nach eigener Aussage sehr überrascht, er wusste bis dahin nichts von seinem leiblichen Vater. Es ist unklar, ob Herr Bebel gedacht hat, der leibliche Vater sei verstorben. Herr Bebel besucht daraufhin seinen Vater und lernt ihn und seine Ehefrau kennen. Er bleibt misstrauisch und fragt den Vater, warum er in seiner Kindheit nicht da war: „Dass i mit deinem Stiefvater net zsamme han komme könne", antwortet der Vater wohl.

Die neu entstandene Beziehung zum leiblichen Vater wird schon bald abgebrochen. Der Grund hierfür ist, dass der Vater, Herrn Bebels Aussage nach, mit seiner Schwester einen „Schlussstrich“ zieht[48].

3.3 Mit dem Wechsel seiner Wohnsituation und der koordinierenden Bezugsperson im Jahr 2009 sinkt der **Hilfebedarf** schlagartig und es treten bedeutende Verselbstständigungsprozesse ein. Dies gilt für fast alle Bereiche des Hilfebedarfs von Herrn Bebel mit Ausnahme des Bereichs Gesundheit und den Interaktionen mit Behörden. In informellen Beziehungen bleibt der Hilfebedarf über den gesamten Verlauf auf gleichbleibend niedrigem Niveau, während er in Familien- und Partnerschaftsbeziehungen zunächst auf mittlerem Nivea ist und mit dem Umzug auf ein niedriges Niveau sinkt. Im ersten Jahr von ProSeLe wird in der Quartalsdokumentation berichtet, dass Herr Bebel zwar Grundfertigkeiten für ein selbstständiges Leben besitze, aber keine Strukturen einhalten könne, sehr vergesslich sei und seine Freizeitgestaltung teilweise zu viel Zeit in Anspruch nehme. Daraus entstehe ein erhöhter Unterstützungsbedarf bei allen alltagsstrukturierenden und grundlegenden Belangen. Anhand des Schattierungsdiagramms kann man die schlagartige Veränderung des Hilfebedarfs im Jahr 2009 erkennen. Sowohl das subjektive Wohlbefinden, als auch die Selbstständigkeit steigen im gleichen Zeitraum.

| **Karl Bebel** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

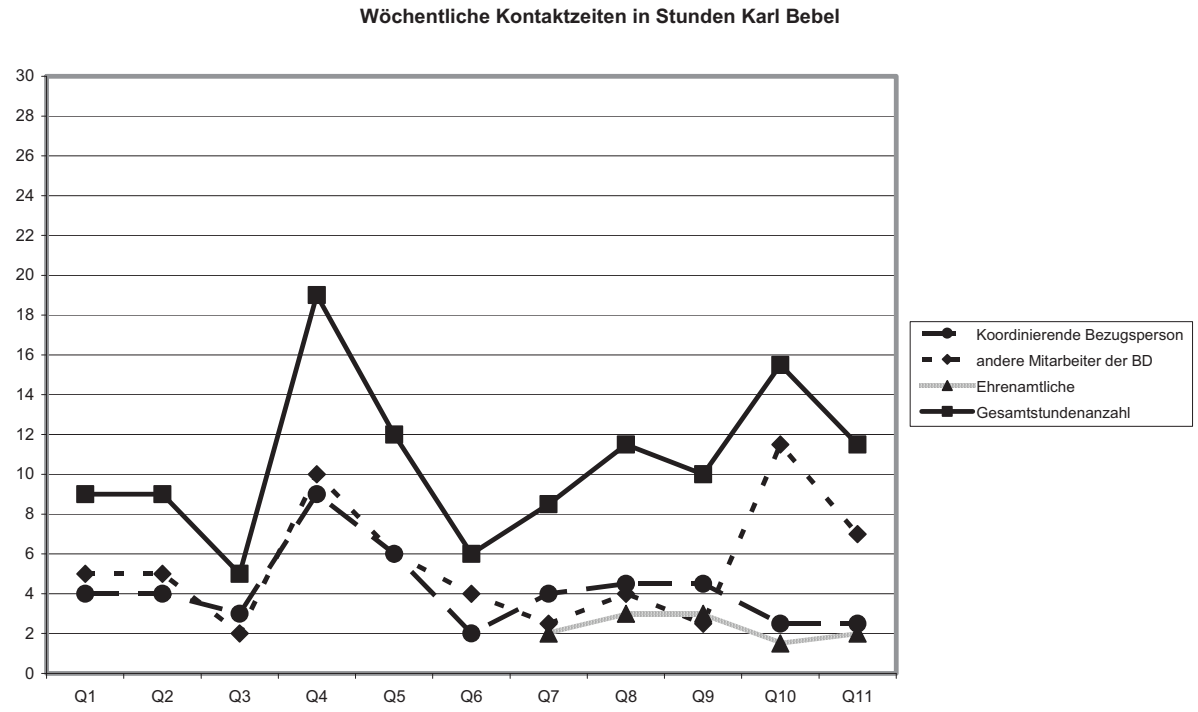
Auch die **Hilfeerbringung** für Herrn Bebel ändert sich mit dem Umzug im Jahr 2009. Die Anzahl der erbrachten Wochenstunden durch die koordinierende Bezugsperson und andere Mitarbeiter sinkt auf zuletzt sieben Wochenstunden. Größere Anschaffungen bespricht er mit seiner Schwester, die die Betreuung für den Bereich Vermögen hat. Um die Veränderung der Beziehung zwischen KBP und Herrn Bebel im Rahmen der Hilfeerbringung zu verdeutlichen, macht die KBP in einem Gespräch folgende Aussage: Herr Bebel zeige sich öfter mal

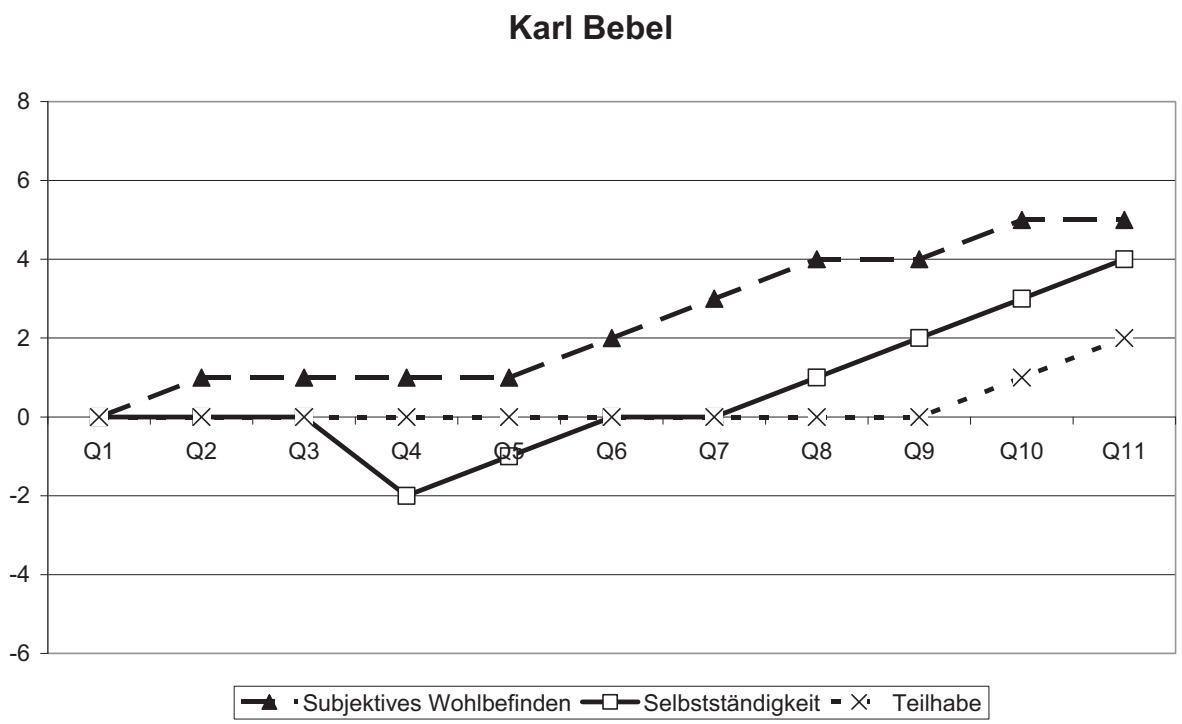
[48] Diese Angaben finden sich im ersten Interview, welches im Herbst 2008 stattgefunden hat.

überrascht, als sie ihm sagte, dass er sich um bestimmte Angelegenheiten selbst kümmern müsste, oder dass sie das zunächst zusammen machen, in Zukunft müsse er das aber alleine bewerkstelligen.

Die professionelle Hilfeerbringung erfolgt bei Herrn Bebel sehr differenziert. In der unteren Grafik nicht erkennbar ist der Umstand, dass sich an den wöchentlichen Kontaktzeiten anderer Mitarbeiter (außer der KBP) zum Teil bis zu sieben verschiedene professionelle Kräfte beteiligen. Eine wichtige Rolle im Bereich der Hilfeerbringung spielt eine Studentin der Pädagogischen Hochschule, die im Rahmen ihres Studiums ein diagnostisches Gutachten erstellen soll. Diese unterstützt Herrn Bebel über einen längeren Zeitraum mit einem Umfang von drei Wochenstunden. Mit der Studentin übt und lernt Herr Bebel zu kochen. Er berichtet in den Interviews sehr positiv über sie und betont seine Fortschritte in diesem Bereich. Im Interview vom Oktober 2010 sagt Herr Bebel hierzu: „Und na hat se mir die Posch, die Kochret, Rezepte gebe und na hat se mir des Koche beibracht. Wie ma kochet. Gestern hat ma so ä Seele warm und des isch au gutgange. Des isch super. Und kein, keiner muss mir helfen."

Herr Bebel ist in seiner Freizeitgestaltung sehr aktiv. Auch hier hat er viele **Sozialkontakte**. Er nutzt in seiner Freizeit verschiedene Angebote der stationären Einrichtung, wie Tischtennis, Walken, Ausflüge oder Freizeiten. Zudem nimmt er an einer Theatergruppe teil und besucht regelmäßig den lokalen Fußballverein. Dort schaut er sich das Training oder Spiele der Kreisliga an. Er ist auch Fördermitglied in dem Verein. Mit seinem Fahrrad ist er mobil und nutzt dieses, um die Freizeitangebote wahrzunehmen. Am Wochenende hilft Herr Bebel bei einem Bauunternehmen aus. Er nimmt des Weiteren im Laufe des Projekts an einem Schnuppertag beim lokalen freien Radio teil. Herr Bebel verbringt viel Zeit damit, seine sozialen Netzwerke zu stabilisieren. Er hat regelmäßige (tägliche) Kontakte zu seinen Freunden, den Nachbarn und seiner Partnerin. Vereine besucht er wöchentlich, zu seiner Schwester und seinem Neffen hat er monatlich Kontakt.



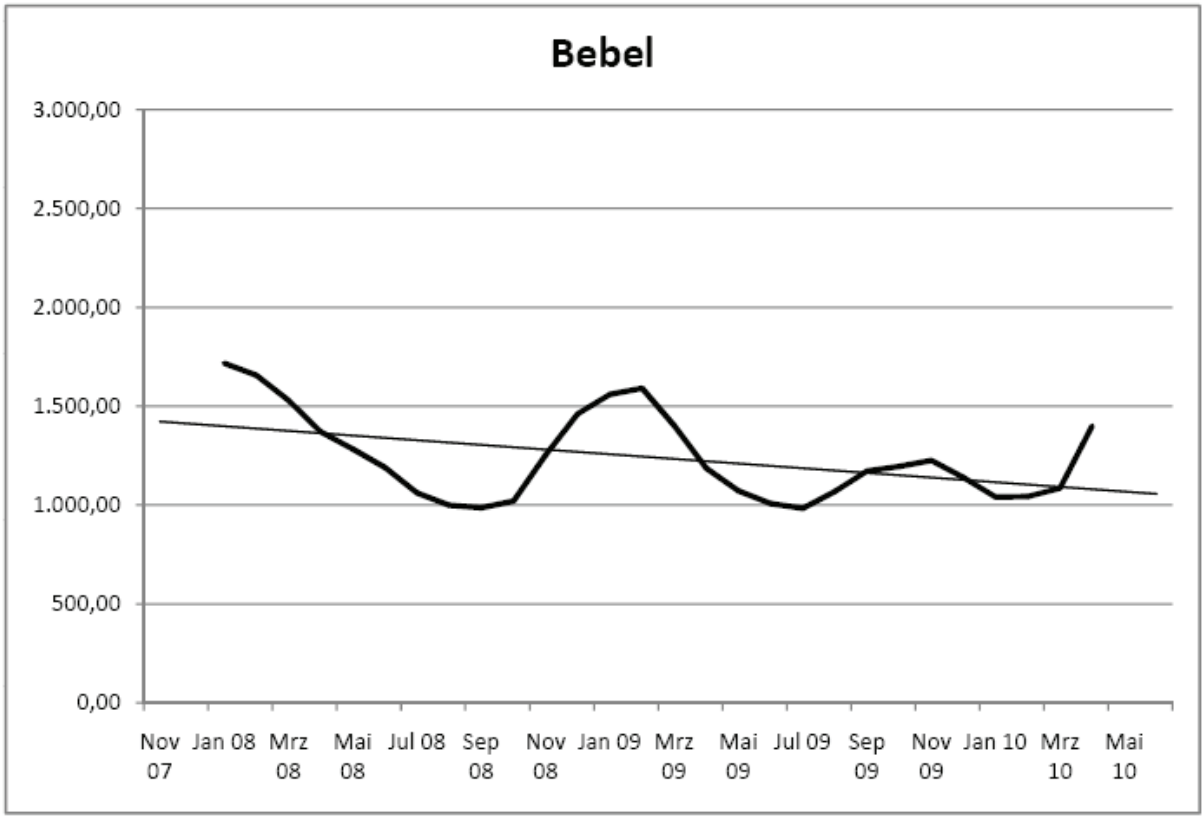



Am Ende des Projekts hat Herr Bebel kaum Kontakt mehr zu seinem ehemaligen stationären Setting, er sucht sich seine Kontakte selbst. Die Idee eines gelungenen Verselbstständigungsprozesses seit seinem Umzug bestätigt sich somit. Ein Mitarbeiter äußert hierzu, dass er davor „der Kalle“ gewesen sei, und jetzt sei er „der Karl“. Außerdem begegnet er im Gegensatz zum früheren stationären Setting Mitarbeitern auf Augenhöhe.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Der zweite Umzug im August 2009, einhergehend mit dem Wechsel der koordinierenden Bezugsperson und der zuständigen Dienstelle, scheint wesentliche Impulse für die Entwicklung seiner Selbstständigkeit gegeben zu haben. Auch sieht sich die koordinierende Bezugsperson, nach eigener Aussage, mehr als eine Art Assistenz und versucht, ihm keine Aufgaben vorwegzunehmen, sondern vielmehr Herrn Bebel zu unterstützen. Trotzdem kann man anmerken, dass die Wohnkonstellation immer noch an ein stationäres Setting erinnert. Die koordinierende Bezugsperson und auch andere Mitarbeiter sind direkt vor Ort. Von einer Loslösung von stationären Strukturen kann also noch keine Rede sein, auch wenn alles daraufhin deutet, dass die jetzige Wohnform eine erhebliche Steigerung gegenüber der vorangegangen zu sein scheint. Herr Bebel äußert auch nicht den Wunsch nach einer Veränderung seiner jetzigen Wohnsituation. Auf die Frage, ob er sich vorstellen könnte, in Zukunft wo anders zu wohnen, antwortet Herr Bebel: „Ne, äh da will i immer (...) selber wohne (…). Weil, weil ich alleine wohn, da krieg i scho a bißle die Krise. Weil wenn bei wer da isch, dann äh, dann fühl ich mich nich so alleine.“

**5. Kostenverlauf**




## Fritz Biber

*Geboren 1952, vor Projektteilnahme sechs Jahre in stationärer Wohngruppe der Sozialpsychiatrie.*

**1. Allgemeines**

1.1 Fritz Biber wurde 1952 geboren, ist also bei Projektbeginn 54 Jahre alt. Als gelernter Bäcker und Konditor arbeitete er zunächst circa zehn Jahre in seinem Berufsfeld, welches er dann aus gesundheitlichen Gründen wechseln musste. Es folgten verschiedene Beschäftigungen in der Möbel- und Holzindustrie sowie Gelegenheitsarbeiten. Zeitgleich mit dem Heimeintritt begann er, in der WfbM zu arbeiten. Seit 2007 bezieht er eine Rente. Mit seiner langjährigen Partnerin wohnt Herr Biber seit Ende 2008 zusammen.

1.2 2001 wurde Fritz Biber mit 49 Jahren in eine sozialpsychiatrische Wohngruppe aufgenommen, aus der er sechs Jahre später wieder in eine eigene Wohnung umzieht. Bis zur Heimaufnahme wohnte Fritz Bauer alleine – zuletzt über 15 Jahre in einem kleinen Ort ganz in der Nähe seiner heutigen Wohnung.

1.3 Fritz Biber ist seit vielen Jahren alkoholkrank – er hat mehrere Entziehungskuren hinter sich. Er hat weder eine gesetzliche Betreuung, noch ist er in eine Hilfebedarfsgruppe eingeteilt. Vor dem Heimeintritt musste er in ein psychiatrisches Landeskrankenhaus aufgenommen werden. Hinweise auf die genauen Ursachen liegen uns nicht vor, die Daten deuten aber auf eine biografische Dynamik hin, bestehend aus einer finanziellen Notlage mit Zahlungsunfähigkeit und alkoholbedingter Überforderung. Fritz Biber spricht selbst nur selten von einer Alkoholerkrankung. In den Interviews (2009 und 2010) gebraucht er gelegentlich Formulierungen wie: „I trink au mal, i trink a Fläschle Bier“. Seine Einweisung kommentiert er einmal: „Ja ich hab da Urlaub gmacht – im Krankenhaus.“ Allerdings erwähnt er durchaus

Entziehungskuren und spricht davon zeitweise "dem Alkohol verfallen zu sein". In den Unterlagen werden der Alkoholkonsum und die unterschiedlichen Sichtweisen als zentrales Problemfeld aufgeführt. Im Februar und Juni 2010 unternimmt er auf eigene Initiative hin zwei Alkoholentzugsversuche, die vermutlich scheitern.

**2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zur ProSeLe**

2.1 Fritz Biber erzählt in schwäbischem Dialekt in den drei Interviews anekdotenhaft von seiner Biografie, seinen vergangenen Urlauben, aber auch dem Verhältnis zu seiner Partnerin. Im Interview 2009 stellt Herr Biber seine Biografie positiver dar als noch im Jahr zuvor. Innerhalb seiner Erzählungen scheint er bestimmte Phasen sehr exakt zu datieren, lässt aber wiederum einige Lebensabschnitte weg oder macht widersprüchliche Angaben. In der Dokumentation finden sich wiederum widersprechende Notizen zu Umzugsdaten und Beschäftigungszeiten[49]. Herr Biber stellt sich im Interview durchgehend als bewusster Akteur seiner Biografie dar, als "Kämpfernatur" und „Stehaufmännchen“. Passend dazu ist sein Kommunikationsstil von Aufstiegsmetaphern geprägt. Auf die Interviewer wirkt er sympathisch und sehr gesprächig.

2.2 Fritz Biber wohnt in seinen ersten zwei Lebensjahren in einem Kinderheim. Seine Mutter ist als Arbeiterin in einer Brauerei beschäftigt, sein Vater wird nicht erwähnt. Eine neue Partnerschaft der Mutter mit einem Arbeitskollegen, einem gelernten Wagner, ermöglicht seine Rückkehr ins neue Elternhaus – ins Haus der „Schwiegereltern“. Fritz Biber erkrankt in jungen Jahren an Kinderlähmung und einer Hirnhautentzündung. Die Folge sind mehrere schwere Operationen mit langen Krankenhausaufenthalten und mühsame Gehversuche, die mit Hilfe des Stiefvaters gemacht werden: „Wenn er vom Gschäfft komma isch, hat er obends mit mir Gymnaschtik getrieba.“ Nach der Heirat ziehen die Eltern in die Kreisstadt – Fritz Biber bleibt vorerst bei den Großeltern und zieht nach ein paar Jahren zu seinen Eltern. Die Mutter erleidet in dieser Phase (mindestens) eine Fehlgeburt. Zwei weitere Kinder sterben früh und ein weiteres Kind kommt durch einen Unfall ums Leben. Fritz Biber bleibt somit das einzige Kind: „Und vier, vier sind gestorbe. Und ich bin der Einzige noch wo da steht.“ Die Berufstätigkeit der Eltern lässt ihn nach eigenen Angaben als „Schlüsselkind“ aufwachsen, das sich größtenteils selbst versorgen muss. Nach dem Hauptschulabschluss absolviert er trotz ärztlicher Warnung (langes Stehen sei aufgrund der Kinderlähmung ungünstig) erfolgreich eine Bäckerausbildung.

2.3 Nach dem Wehrdienst (ca. 1972/73) arbeitet er mehrere Jahre als Bäcker weiter. Im Interview berichtet er, dass zu diesem Zeitpunkt seine Mutter bereits an den Atemwegen erkrankt sei und er sie unterstützen musste, da sein Stiefvater aus Berufsgründen wenig Zeit hatte: „I war, wissen Sie, mei Mutter war, mei Mutter war krank, i, der Vater war der ganze Tag im Gschäft. Na hann i gsagt, na bleib i halt daheim und komm abends und na kauf ei und na tut ma koche und und des ganze Zeug.“ Er lernt in dieser Zeit auch seine erste Freundin kennen und unternimmt eine Weiterqualifikation zum Konditor. In den Interviews gibt er an, in dieser Phase auch in eine eigene Wohnung gezogen zu sein und sein erstes Auto erworben zu haben.

Ende der 1970er Jahre treten mehrere Ereignisse ein. Nach Aussagen von Herrn Biber verstirbt sein Stiefvater mit Mitte 40 an einem Hitzeschlag, wodurch seine kranke Mutter, die mittlerweile ihre Arbeit als Putzkraft aufgeben musste, von ihm vermehrte Unterstützung benötigt. Ungefähr zur selben Zeit erkrankt Fritz Biber an „offener TB“ und muss ebenfalls seinen Beruf beenden. Er zieht schließlich in die Wohnung der Mutter und arbeitet als Wohnwagenbauer, Möbelbauer und in einem Sägewerk. Seinen Angaben zufolge kann er sich dort eine leitende Positionen erarbeiten. Mit seiner Mutter verbringt er retrospektiv eine „schöne Zeit“. Zusammen mit ihr zieht er dann 1983, Fritz Biber ist 31 Jahre alt, in ihre 100

[49] Beispielsweise wird sein Umzug vom Herkunftsort in den Akten auf 1993 datiert, während Herr Biber ihn in allen Interviews im Jahr 1983 verortet – was unserer Meinung nach stimmig ist.

km entfernte Heimatstadt in eine gemeinsame Wohnung um, weil dort die Landluft besser für ihre Gesundheit sei. Er findet dort in einem anderen Sägewerk eine Beschäftigung. Nach drei Jahren ziehen beide einen Ort weiter. Dort wohnen sie wieder in getrennten Wohnungen, schräg gegenüber. Auf Grund ihrer schwerer werdenden Erkrankung muss Herr Biber die Pflege seiner Mutter organisieren. In seiner Wohnung lebt er mit einer neuen Partnerin zusammen, die ihm bei der Pflege der Mutter unterstützt, aber nach einiger Zeit Probleme mit Alkohol bekommt: „Des Mädle ist 'm Alkohol verfalla". Der problematische Gesundheitszustand seiner Mutter, die Organisation ihrer Betreuung und Pflege sowie die Trinksucht seiner Freundin ergeben ein Bündel an Stressfaktoren, die Herrn Biber seiner Darstellung nach überfordern („a bissle viel worra"). In der Folge kommt es zur Trennung von seiner Partnerin, nach der er selbst zur Flasche greift: „Des isch schlimm gwesa (…) weil ich nachher selber dem Alkohol verfalla bin." Er erwähnt eine erste Entziehungskur 1989.

Für die unmittelbare Folgezeit gibt es keine genauen Informationen. Herr Biber berichtet, dass seine Mutter Mitte der 1990er Jahre verstirbt und er mittlerweile beim Vermessungsamt arbeitet. Das Sägewerk wurde verkauft und ein Supermarkt auf dem Gelände errichtet. Es kommt (spätestens Ende der 1990er) dann zu Alkoholrückfällen und einer damit zusammenhängenden Verschlechterung seiner Lebensressourcen, die schlussendlich im Jahr 2000 wegen finanzieller Notlage (Zahlungsunfähigkeit) und vermutlich drohender gesundheitlicher Gefährdung (Verwahrlosung) zur Aufnahme in eine psychiatrische Landesklinik führt. Im Anschluss daran (2001) wird er in eine stationäre Wohngruppe aufgenommen. Im Einrichtungskontext lernt er seine heutige Partnerin kennen.

Nach sechs Jahren in der Wohngruppe zieht Herr Biber im September 2007 in eine eigene Wohnung.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Herr Biber wohnt anfangs alleine in einer Einzimmerwohnung zentrumsnah. Grund für seinen Auszug ist der Akte zufolge der Wunsch nach mehr Selbstständigkeit und ein Leben außerhalb des stationären Kontextes. Seine Motivation zum Auszug bzw. zur Projektteilnahme gibt er im Interview wie folgt an: „Ja, i muss selber auf meine Füß steha nochher." Mit seinen ehemaligen Mitbewohnern in der Wohngruppe verstand er sich zwar, konnte mit ihnen aber auch nicht viel anfangen. Die Wohnung muss nach ungefähr einem Jahr saniert werden, weshalb Herr Biber im August 2008 für kurze Zeit in die Wohngruppe zurück zieht. Seit Dezember 2008 wohnt er, wie er sich das anfangs wünschte, mit seiner langjährigen Partnerin in einer Zwei-Zimmmer-Wohnung zusammen.

3.2 Die Wohnung befindet sich im Zentrum einer Kleinstadt, in der Herr Biber seit Mitte der Achtziger lebte. Herr Biber hat Bekannte im Ort und kennt die Umgebung gut, was er vor allem seiner Tätigkeit beim Vermessungsamt zu verdanken habe. Er fühlt sich wohl in seiner Wohnung und genießt die Möglichkeit der Selbstbestimmung und der Zweisamkeit mit seiner Freundin: „Mein Gott i bin froh, dass i die Wohnung hab und dass i mi hier drinne mit dir [seiner Partnerin, DN] wohl fühl. Des isch für uns s Wichtigschte."; „Wir lassen praktisch, äh, äh, kaum jemand rein". Die Wohnung liegt im ersten Stock eines alten, frisch renovierten Fachwerkgebäudes, mitten in einer Fußgängerzone. Im Erdgeschoss des Mehrfamilienhauses befindet sich eine neue Gaststätte. Die Wohnung macht einen sauberen und bewohnten Eindruck. Die Möbel wirken auf Außenstehende etwas zusammengewürfelt (Schrankwand ist aus heller Buche, die zwei Sofas sind sehr bunt). Persönliche Gegenstände (Fotos, Selbstgemachtes) sind nur von seiner Freundin zu sehen.

Während der Projektlaufzeit kommt es wiederholt zur Auseinandersetzung mit seinem Alkoholkonsum und seinen geringen finanziellen Möglichkeiten. In der Dokumentation und den Interviews sind hierbei unterschiedliche Einschätzungen von Bezugsmitarbeiter und Herrn Biber selbst zu finden. Es häufen sich Krankheitstage in der WfbM. Ein möglicher Grund, weshalb er im Sommer 2010 eine Entziehungskur absolviert. Dieser Versuch scheint

aber bereits kurze Zeit später zu scheitern, da er im Interview im Herbst 2010 angibt, im September im Urlaub wieder Bier und Wein getrunken zu haben. Ähnliches vermerkt der Bezugsmitarbeiter in der Akte. Gemeinsam mit seiner Freundin nimmt er innerhalb der Projektzeit mehrmals an Angeboten eines lokalen Busreiseunternehmens teil. So gehen sie 2009 nach Österreich und 2010 an den Gardasee. Herr Biber hofft im Herbst 2010, dass seine Rente wegen „100% erwerbsunfähig“ vorzeitig aufgestockt wird.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Herr Biber bewegt sich in der Selbstversorgung auf niedrigem Level. Herr Biber lebt weitgehend selbstständig bzw. delegiert Tätigkeiten an seine Freundin – möglicherweise um sie selbst nicht erledigen zu müssen, er stellt es in den Interviews als für sie wichtige Übungen dar. Im Bereich Häusliches Leben steigt sein Unterstützungsbedarf im ersten Halbjahr 2010. Vor allem bei verschiedenen Behördengängen und einigen organisatorischen Anforderungen benötigt er Unterstützung, wobei er angibt, auch ab und zu etwas selbst zu übernehmen. Der Hilfebedarf in informellen Beziehungen ist beinahe gleichbleibend auf mittlerem Niveau, in Familien- und Partnerschaftsbeziehungen besteht anfangs niedriger Hilfebedarf, ab Quartal 7 keiner mehr. Aufgrund seiner schwierigen finanziellen Situation wurde zwischenzeitlich ein Verfahren zur Privatinsolvenz eingeleitet. Nach Aussagen der Bezugsperson würde die zukünftige Entwicklung vorwiegend vom Umgang mit der Alkoholproblematik und der Klärung seiner finanziellen Situation abhängen. Der anhaltende Alkoholkonsum in den Jahren 2009 und 2010 stand bei der Unterstützung durch die Bezugsperson im Zentrum der Beratung.

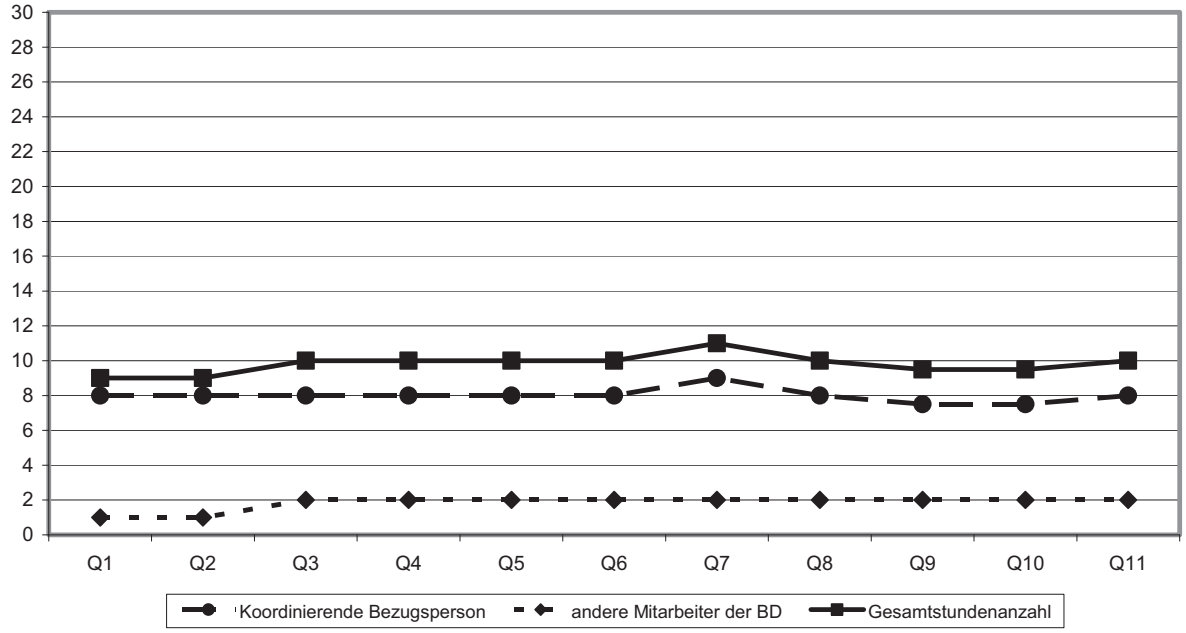
| **Fritz Biber** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

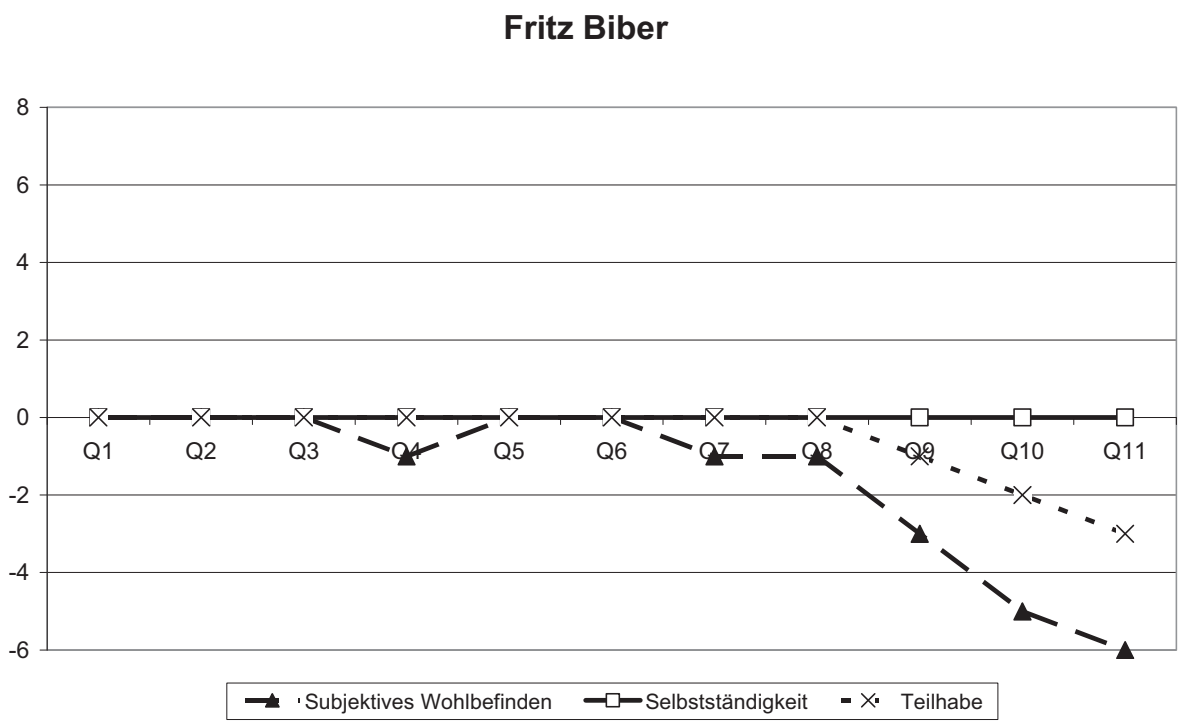
Die **Hilfeerbringung** bleibt über den Projektverlauf hinweg unverändert. Herr Biber wird insgesamt zehn Std./Woche unterstützt, davon sieben bis acht Stunden von seiner Bezugsperson und die restliche Zeit von anderen Mitarbeitern. Wie oben bereits erwähnt, umfasst sie maßgeblich administrative Aufgaben, da Herr Biber seinen Alltag selbst strukturieren kann. Außerdem hat er laut Bezugsperson großen Bedarf an Gesprächen. Im

letzten Interview war auffällig, dass Fritz Biber mehrmals auf Konflikte mit seiner Bezugsperson verweist und sich von ihr nur bedingt unterstützt fühlt.

Herr Biber hat keine Verwandtschaft mehr. In den Unterlagen und im Interview werden lose Bekanntschaften im Ort erwähnt. Im Grunde genommen bestehen seine **Sozialkontakte** aus seiner Partnerin, den Werkstattkollegen, den Einrichtungsmitarbeitern sowie aus Bekannten eines unregelmäßigen Kiosk-Treffs und eines Freizeittreffs. Sein kommunikativer Stil ermöglicht aber eine schnelle ungezwungene Kontaktaufnahme mit anderen. An die letzte Urlaubsfahrt erinnert sich beispielsweise seine Freundin, sie hätten sich dort mit den anderen „unterhalte und habe gsunge abends, des war scho schön." Den Rückhalt durch seine Partnerin ordnet Herr Biber in den Interviews als äußerst wichtig ein: „I brauch` einen Partner, wo mich mit unterstützt."

**Wöchentliche Kontaktzeiten in Stunden Fritz Biber**






Der Projektverlauf ist für Herrn Biber über lange Zeit als konstant zu beschreiben. Über zwei Jahre hinweg bleibt sein Zustand auf vergleichsweise hohem Niveau stabil, da er sich ja über weite Phasen seines Lebens selbst versorgte, er macht insofern in der Wahrnehmung der Mitarbeiter auch keine nennenswerten Selbstständigkeitsprozesse durch. Sein Wohlbefinden und seine Teilhabebestrebungen haben sich, den Angaben in den Unterlagen zufolge, wenig verändert. Er geht gemeinsam mit seiner Freundin zu offenen Angeboten und fühlt sich laut den Interviews recht wohl. Ab dem 9. Quartal (Anfang 2010) bricht dann sein Wohlbefinden schlagartig ein, was mit einem dokumentierten Rückzug und einer intensivierten Auseinandersetzung mit seinem Alkoholkonsum korrespondiert. Auch die Teilhabe nimmt in diesem Zeitraum ab, wenn auch nicht in dem gleichem Maße wie sein subjektives Wohlbefinden. Die Angaben werden in den Interviews aber von Herrn Biber selbst nicht bestätigt. Im Herbst 2010 (nach Q11) gibt er im Interview nach wie vor an, sich in der Wohnung sehr wohl zu fühlen.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende des Projekts**

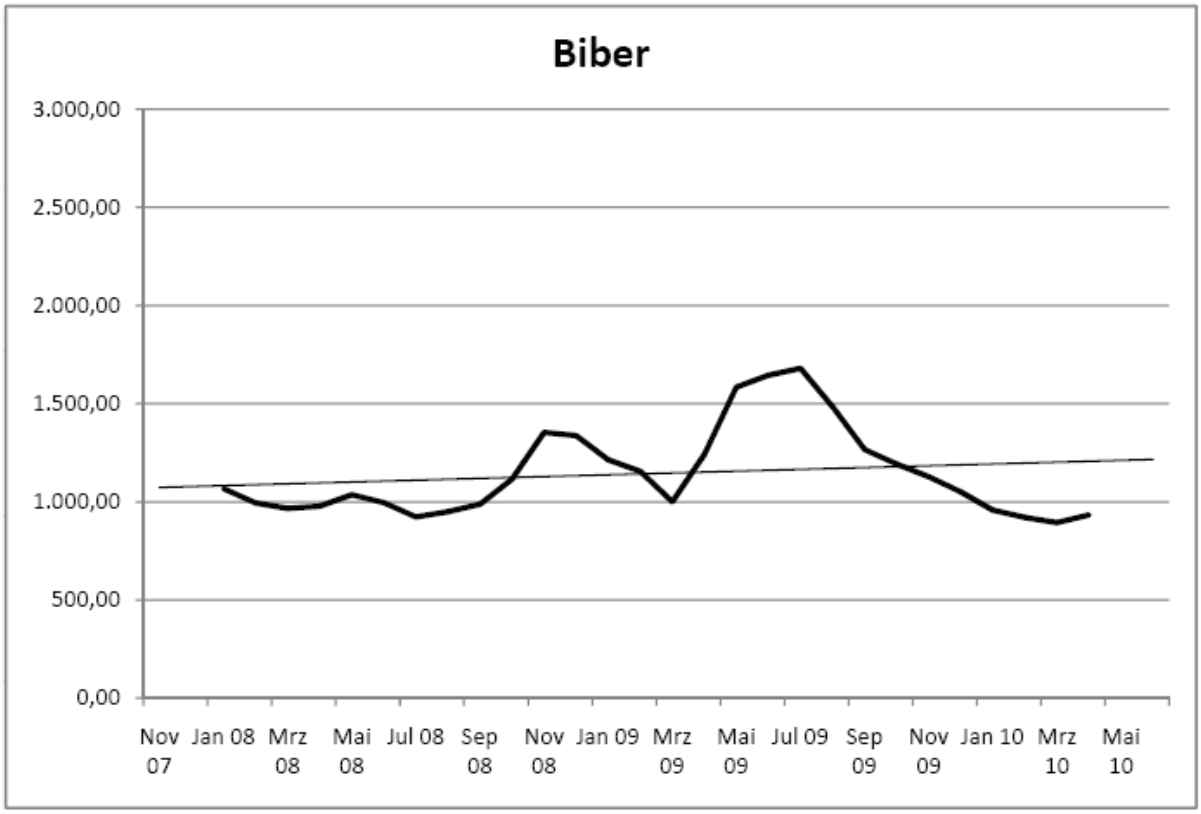
Herr Biber steht am Ende des Projekts vor einem ähnlichen Problem wie im Jahr 2000, als er in die Heimeinrichtung kam. Allerdings scheint sich dieses Mal die Situation nicht so zuzuspitzen, Fritz Biber stabilisiert sich wieder, hat Unterstützung und auch – über das gemeinsame Wohnen mit der Partnerin – ein Motiv zur Stabilisierung. Nach wie vor ist der Alltag dennoch immer wieder von seinem Trinkverhalten beeinflusst, das auch finanzielle Konsequenzen hat. Er bekommt zwar seit 2007 eine Rente, doch diese scheint nicht auszureichen. Deshalb hofft er wegen seines Status' als „erwerbsunfähig“ auf eine vorzeitige Aufstockung. Die Beschäftigung in der WfbM stellt er selbst in Frage. Die Auseinandersetzung mit seinen Finanzen und seinem Alkoholkonsum stehen im Zentrum der Unterstützung. Biografisch betrachtet, reiht sich diese Entwicklung in sein Profil ein: Es kommt kein Ruhepunkt in sein Leben, sondern Herr Biber muss sich mit neuen (alten) Problemen auseinandersetzen. Er greift dabei – wie er sagt – auch zu „Trickserei". In welcher Form sich das konkret äußert, bleibt offen.

Die neue Wohnsituation ermöglicht es ihm, zwei wichtige Momente zu realisieren: Wohnen in bekannter Umgebung außerhalb eines stationären Settings und das Zusammenleben in

Partnerschaft. Bis Mitte 2009 sprechen die Daten eigentlich für eine Konsolidierung. Der erst langsame und dann schlagartige Einbruch in Bezug auf das Wohlbefinden und die Teilhabe weist aber auf Schwierigkeiten hin, die nachhaltig bleiben: vermutlich handelt es sich um alte Schwierigkeiten, die er nicht hinter sich gelassen hat und aus Sicht der Bezugsperson seine Situation verschlechtern: Alkoholsucht, Kioskbekanntschaften, Geldnot. Möglicherweise spielen aber auch die verschiedene Positionen Herrn Bibers und der Bezugsperson zu diesen Themen, und die permanente Konfrontation damit, eine Rolle.

Seine Partnerin als einzige enge Bezugsperson gibt ihm persönlich den Rückhalt, den er als elementar für sich herausstellt: „Wenn ich nemme kann, na muss der Partner mir helfe. Des isch ganz klar. Oder wenn, wenn er nemme kann, na muss i ihn, na muss i ihn unterstütze. Ich unterstütz sie au manchmol." Ihm scheint seine labile Situation bewusst zu sein und er weiß, dass er ohne Unterstützung (erneut?) abstürzen kann. Sein biografisch geprägter Habitus der Kämpfernatur wird dadurch relativiert. Für ihn bleibt aber unter dem Strich die Einschätzung: „I sags dir mol ganz ehrlich, also mir zwei, fühlet uns do hanne wohl." Sicher wird die Frage zu beantworten sein, ob und wie die derzeitige Lebensform mit seinem Alkoholkonsum vereinbar ist. Im letzten Interview (nach einem gescheiterten Entzugsversuch) gibt er zumindest an, dass er und seine Partnerin gern fortgehen und er dann ab und zu was trinke, „allerdings äh suchet mir koine Wirtschafta auf."

**5. Kostenverlauf**



# Lea Blau

*Geboren 1977, vor Projektbeginn vier Jahre in einer stationären Einrichtung der Sozialpsychiatrie.*

## 1. Allgemeines

1.1 Lea Blau wurde 1977 geboren und ist bei Eintritt in ProSeLe 30 Jahre alt. Sie ist ledig und hat keine Kinder. Frau Blau hat die mittlere Reife und keine abgeschlossene Berufsausbildung.

1.2 Als Kleinkind wurde Frau Blau in eine (oder mehrere) Pflegefamilie(n) aufgenommen. Sie wird später von dieser adoptiert. Mit 24 Jahren zieht sie aus und kommt nach einem Zusammenbruch und mehreren klinischen Aufenthalten in eine sozialpsychiatrische Einrichtung. Dort bleibt sie vier Jahre lang, bis zum Projektbeginn.

1.3 Bei Frau Blau wurden eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die PTBS geht offensichtlich auf Erfahrungen zurück, die Frau Blau nach eigener Aussage in ihrer frühesten Kindheit gemacht hat. Eine gesetzliche Betreuung besteht im Bereich der vermögensrechtlichen Angelegenheiten. Frau Blau wurde in die Hilfebedarfsgruppe 2 eingeteilt.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung gibt es drei Interviews mit Frau Blau. Das erste findet im Frühjahr 2008 statt, das zweite im Herbst 2009, das letzte im Februar 2011. Bei allen drei Interviews ist die koordinierende Bezugsperson anwesend, beim zweiten und dritten Interview jedoch nur in der ersten Hälfte. In den beiden ersten Interviews wirkt Frau Blau sehr reflektiert und macht mehrfach biografische Rückgriffe. Auffällig ist, dass sie die ersten beiden Gespräche mit dem Thema ihrer Erkrankung beginnt. Beim ersten Interview als Begründung für ihren Umzug[50], beim zweiten, dass sich ihre Situation hinsichtlich ihrer Erkrankung gebessert habe[51].

2.2 Lea Blau wird 1977 im Rheinland geboren und kommt 1980 zu einer oder mehreren Pflegefamilien. Im Alter von acht Jahren wird sie adoptiert. Der Adoptivvater ist von Beruf Werkzeugmacher, die Adoptivmutter ist Krankenschwester. Nach dem Erlangen der mittleren Reife beginnt sie mehrmals eine Ausbildung, die sie jedoch – nach eigenen Angaben – immer wieder aufgrund ihrer posttraumatischen Belastungsstörung abbricht.

2.3 1999 beginnt sie erneut eine Ausbildung als Erzieherin. Während dieser zieht sie mit 24 Jahren (2001) aus ihrem Elternhaus aus und lebt ein Jahr lang in einer mittelgroßen Stadt in der Nähe ihres Heimatortes. In diesem Zeitraum beginnt vermutlich die erste akute Krankheitsphase. Lea Blau ist verschuldet und kann ihre Rechnungen nicht begleichen. Es kommt zum Abbruch der Ausbildung. Sie macht eine Bekanntschaft im Internet, die ihr Hilfe anbietet und ihr empfiehlt, in eine süddeutsche Kleinstadt zu ziehen (Näheres ist hierzu nicht bekannt). Sie zieht um (Mai 2002) und wird ein halbes Jahr später in eine psychiatrische Klinik aufgenommen. Dort bleibt sie zunächst ein Dreivierteljahr. Sie macht dort, nach eigener Aussage, viele positive Erfahrungen und findet Freunde, die sie „zum ersten Mal“ verstehen. Frau Blau absolviert eine „Lebenspraktische Trainingseinheit“ und den ersten Versuch einer Traumatherapie. Im Herbst 2003 zieht sie in ein betreutes Wohnen. Sie ist jedoch schnell überfordert und kehrt nach wenigen Wochen in die psychiatrische Klinik zurück, wo sie weitere zwei Monate verbringt. Sie kehrt erneut für kurze Zeit (ca. drei Monate) in die Wohnung zurück und muss dann wieder für vier Monate in die psychiatrische

[50] „Durch Krankheit und so bin ich dann hierhin gekommen.“

[51] „Vorher bin ich schon in regelmäßigen Abständen immer rein und dann braucht ich Erholung und jetzt ist halt schon weniger geworden und ähm, meine Krankheit bricht hier nicht so aus.“

Klinik. Im Alter von 27 Jahren (Juni 2004) wechselt sie in eine Kombination aus Tagesklinik und betreutem Wohnen, was für mehrere Monate eine gewisse Stabilität bringt. Frau Blau beginnt 2005 eine berufliche Rehabilitation, welche nach kurzer Zeit geprägt ist von Unterbrechungen, Fehlzeiten, Abmeldungen und Wiederaufnahmen. Es kommt zu mehrmaligen Kriseninterventionen in einer Tagesklinik. Im September 2007 zieht Frau Blau im Rahmen von ProSeLe in eine eigene Wohnung.

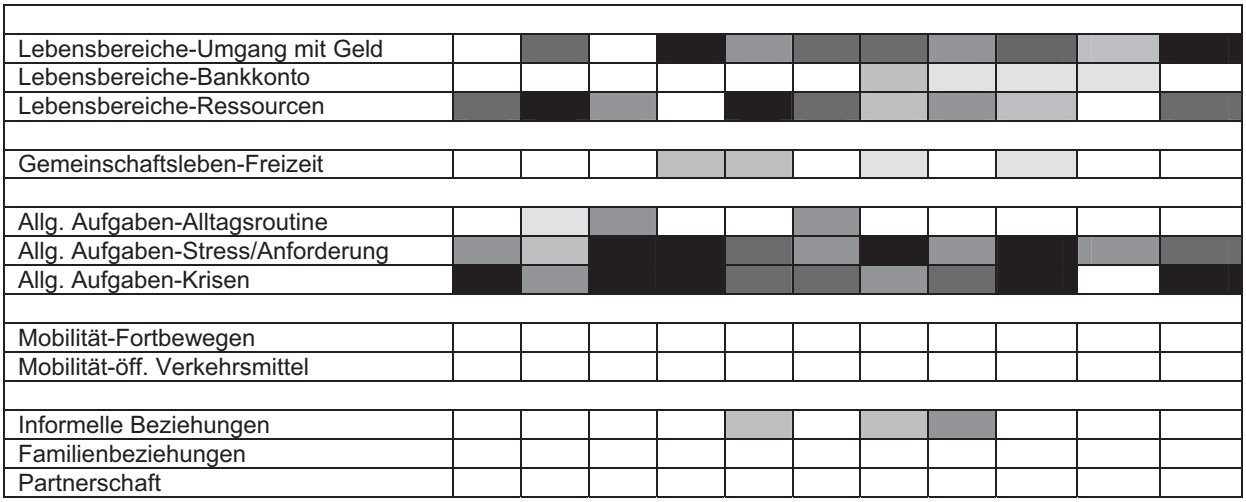
**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Die Motivation für Frau Blau am Projekt teilzunehmen, ist der Wunsch alleine zu wohnen. Sie sieht die Notwendigkeit der Betreuung und weiß, dass der Umfang der Unterstützung im ambulant betreuten Wohnen zu niedrig für sie wäre. Im ersten Interview sagt sie hierzu: „Und dann kam halt das ProSeLe-Projekt zur Sprache und dort wurde mir dann halt gesagt, dass da mehr Betreuung wär. Also das das halt so'n Zwischending sein würde und meine Betreuerin hat gesagt also gut, wenn ich mich dazu entscheiden würde da mitzumachen, dann hätte sie auch nix dagegen, wenn ich ausziehen würde, jetzt in dem Sinne und hat dann gesagt <> Ja und dann hab ich mich halt dazu entschieden, weil ich gesagt hab ich versuch's einfach. Weil's für mich wichtig war wieder alleine zu wohnen.“ Ohne diese Zwischenform hätten die Mitarbeiter „Bauchweh“ bekommen. Als langfristige Zielvorstellung von Frau Blau ist in der ersten Quartalsdokumentation vermerkt, sie wolle mit wenig Betreuung alleine leben.

3.2 Die Wohnung von Frau Blau ist zentral gelegen und zehn Minuten zu Fuß von der Stadtmitte entfernt. Es ist eine Einzimmerwohnung mit 36 Quadratmetern Fläche und einem Balkon. Die Wohnung macht einen gepflegten Eindruck, die Möbel sind aufeinander abgestimmt.

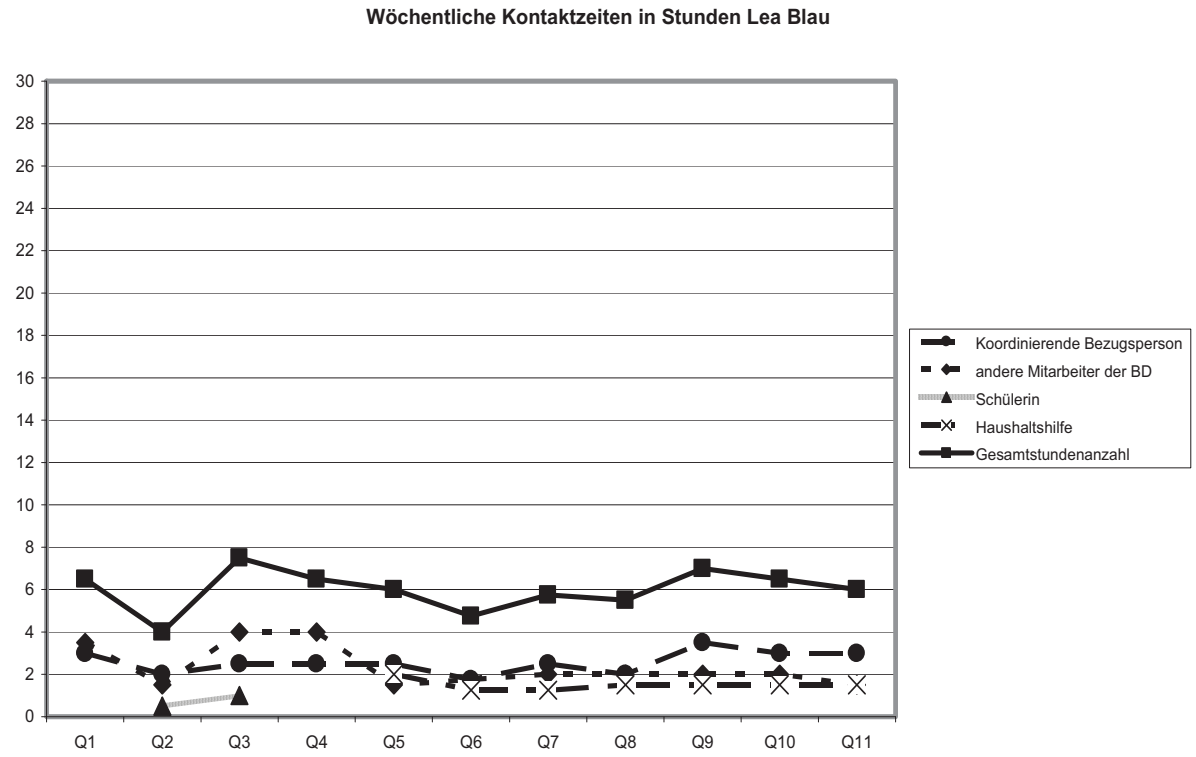
Während des Jahres 2010 kristallisiert sich heraus, dass die berufliche Rehabilitation, die sie seit 2005 durchläuft, keinen Sinn macht. Eine in Süddeutschland neu angebotene Qualifizierung als „Ex-In“ (Experienced Involvement - Psychiatrie-Erfahrene werden zu Beratungsexperten) beginnt sie im Oktober 2010. Zum gleichen Zeitpunkt wechselt die koordinierende Bezugsperson. Dies ist mit Schwierigkeiten für Frau Blau verbunden, da ihr Wechsel zu schaffen machen: „Mit der neuen Betreuerin sind wir noch in der Findungsphase“. Die Ausbildung ist in Module unterteilt (drei Tage/Monat) und ist kostenpflichtig, was sie mit Hilfe ihrer Eltern selbst finanziert. Der Projektträger unterstützt sie bei der Finanzierung der Fahrkarten, das Jobcenter übernimmt keinerlei Finanzierung. Die Ausbildung ist intensiv und zum Teil belastend, was mit ein Grund ist, dass sie sich im Februar 2011 in einer psychiatrischen Klinik aufhält. Außerdem soll sie in der Klinik lernen, sich besser abzugrenzen. Sie verpasst währenddessen jedoch keine Module ihrer Ausbildung. Zusätzlich zu ihrer Ausbildung arbeitet sie halbtags in der Holzwerkstatt einer WfbM.

| **Lea Blau** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |



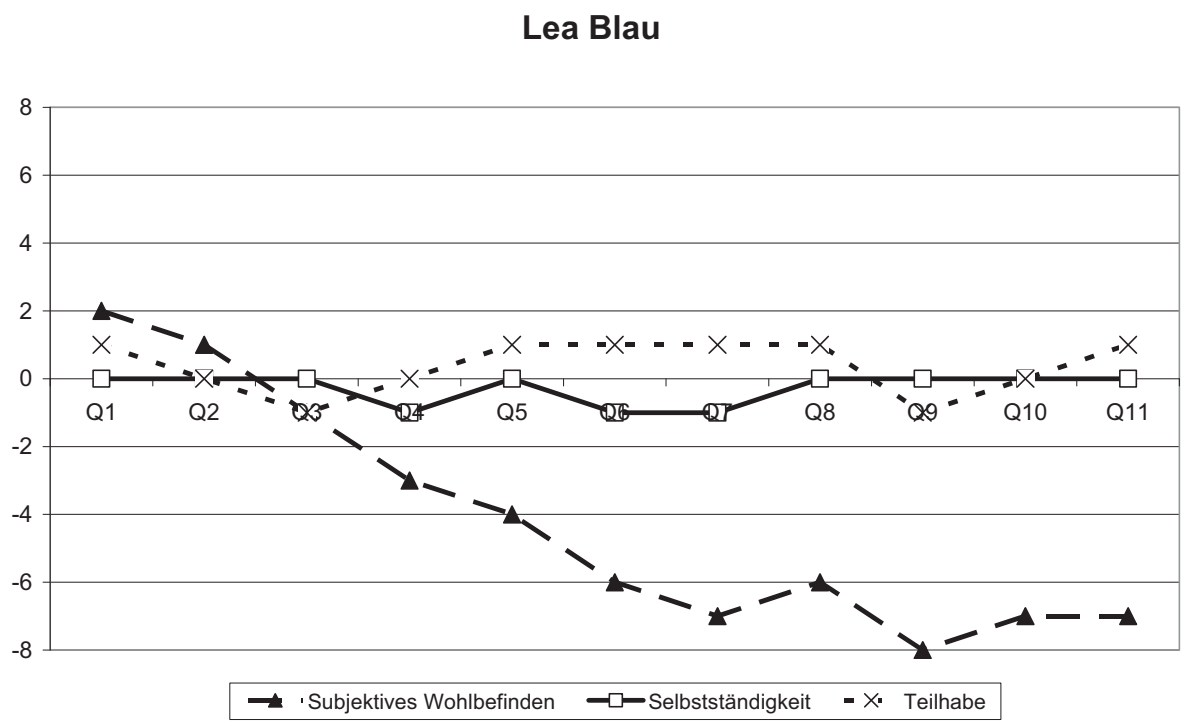

3.3 Der durchschnittliche **Hilfebedarf** von Frau Blau hat im Laufe des Projekts abgenommen, ist im Ganzen aber sehr diskontinuierlich und offenbar an psychische Krisenphasen gebunden. Er besteht weiterhin in den Bereichen Hausarbeit, Interaktion mit Behörden, Umgang mit Geld und Sicherung der eigenen Ressourcen. Weiter besteht ein hoher Bedarf im Umgang mit Stress und Anforderung sowie im Umgang mit Krisen. Kein Bedarf besteht bei Familien- und Partnerschaftsbeziehungen. Die Mitarbeiter betonen eine sehr wechselhafte Bedarfsintensität. Auch während des Projektverlaufs kam es immer wieder zu Kriseninterventionen in einer psychiatrischen Tagesklinik. Bis zum Interview im Februar 2011 schien sich ihre psychische Situation zu stabilisieren – was sich dann relativierte. Eine wichtige Entwicklung besteht darin, dass die MitarbeiterInnen mittlerweile Probleme offener mit ihr besprechen können, ohne Angst zu haben, sie damit zu überfordern.

Die **Hilfeerbringung** erfolgt während des Projekts ungefähr im gleichen Umfang und beträgt durchschnittlich ca. sechs Wochenstunden. Neben der koordinierende Bezugsperson (drei Std./Woche) und anderen professionelle Kräften (zwei Std./Woche), wird Frau Blau von einer Haushaltshilfe mit durchschnittlich eineinhalb Wochenstunden unterstützt. Nach Ende des Projekts bestehen Kontakte zur koordinierenden Bezugsperson zweimal pro Woche, diese erfolgen manchmal jedoch nur telefonisch.




Ihre **Sozialkontakte** lassen sich wie folgt darstellen: In ihrer Freizeit trifft sich Frau Blau regelmäßig mit Freunden, die sie aus dem Kontext der ehemaligen stationären Einrichtung und der psychiatrischen Klinik kennt, in der sie im Laufe der letzten Jahre immer wieder untergebracht war. Frau Blau hat außerdem regelmäßigen Kontakt zu ihren Eltern. Entweder kommen sie zu Besuch oder Frau Blau reist zu ihnen. Mindestens einmal pro Woche telefonieren sie miteinander. Das Verhältnis zur weiteren Verwandtschaft, zur ehemaligen Nachbarschaft und zu ihren Freunden in ihrer früheren Heimat ist, nach ihren eigenen Angaben, zwar nicht schlecht, jedoch geprägt davon, dass diese nichts von ihrer psychischen Erkrankung und ihrem selbstverletzenden Verhalten erfahren sollen.

Problematisch ist das Verhältnis zu den Nachbarn. Frau Blau erlebt am Anfang des Projekts im Jahr 2007 einen schlechten Start in ihre neue Wohnung. Während des Umzuges bemerkt eine Nachbarin das Auto der Einrichtung, die Frau Blau beim Transport unterstützt: „Weil als ich da eingezogen oder als ich da angekommen bin und da war halt auch der Hausmeister dabei und der hatte auf seinem Auto die Aufschrift Bruderhausdiakonie und ja, die hat das halt gesehen. Und was sie jetzt gesagt hat, weiß ich nicht mehr, aber sie war halt nicht begeistert davon, als sie das gesehen hat.“ Das Verhältnis hat sich zum Ende des Projekts noch nicht gebessert. Mehrere Vermittlungsversuche des Projektträgers scheitern, da die Nachbarin zu vereinbarten Terminen nicht erscheint. Die restlichen Nachbarn grüßt Frau Blau. Gelegentliche Gespräche beschränken sich ihren Angaben zufolge auf den Austausch von Höflichkeiten: „Sie sind ja schon früh unterwegs“, oder „Ich hoffe Ihnen geht’s gut“.




Die Verlaufskurve zeigt ein eher gleichbleibendes Verhalten der Selbstständigkeit und der Teilhabe mit geringen Zu- oder Abnahmen. Das subjektive Wohlbefinden sinkt dagegen deutlich und stabilisiert sich gegen Ende des Projektes (vermutlich korrespondierend mit ihren mehrmaligen Aufenthalten in der psychiatrischen Tagesklinik).

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

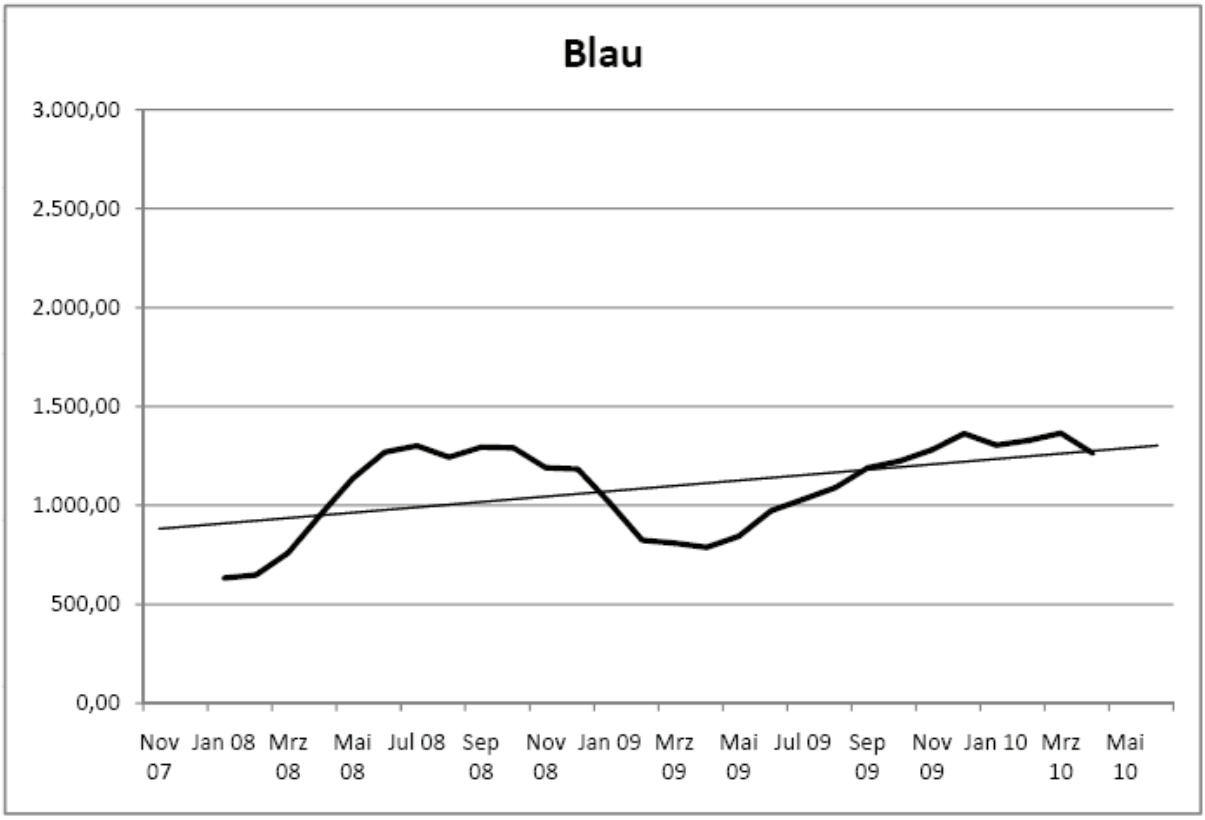
Frau Blau betrachtet das Projekt als etwas sehr Sinnvolles, das ihr die Möglichkeit gibt, alleine zu wohnen. Sie sagt dazu gleich am Anfang des zweiten Interviews: „Nein, ich denk halt, durch das Projekt, Projekt kriegt man halt so viel Betreuung, wie man grad brauch und, ähm, manchmal hat es auch variiert, da braucht ich etwas mehr und aber es ist schon deutlich weniger geworden als am Anfang. Und es ist halt schön so eigene Wohnung zu haben und des hätt ich ohne des Projekt erst mal, ähm, sehr viel später machen können."

Ihre WohnBiografie ist von vielen Rückschlägen geprägt. Bereits als Kleinkind erfährt sie Gewalt und kommt in eine (oder mehrere) Pflegefamilie(n). Es folgt eine relativ stabile Phase, doch ihre traumatischen Erfahrungen scheinen lediglich verdrängt zu werden. Ihr erster Versuch selbstständig zu wohnen scheitert mit einer Verschuldung, dem Abbruch der Ausbildung und einer wenig später folgenden Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Ihre Krisenhaftigkeit begleitet sie über einen sehr langen Zeitraum von acht Jahren. Auch während des Projekts kommt es mehrfach zu Kriseninterventionen.

Das zukünftige Wohlbefinden von Frau Blau hängt sicherlich auch mit ihrer beruflichen Situation zusammen. In beiden Interviews erwähnt sie den Wunsch, wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig zu sein. Im Sommer 2010 hat Frau Blau ihre berufliche Rehabilitation abgebrochen und eine kostenpflichtige Ausbildung zur Ex-In begonnen, die sie innerhalb eines Jahres zur Dozentin bzw. Mitarbeiterin in psychosozialen Diensten qualifiziert. Frau Blau braucht wenig bis keine Unterstützung in den Bereichen Selbstständigkeit und Teilhabe. Vielmehr geht es um eine Stabilisierung ihrer psychischen Situation, also darum, das Auftreten von Krisenzeiten zu minimieren, um ein dauerhaftes Wohnen alleine zu ermöglichen. Gerade der flexible Mitarbeitereinsatz, gedeckt durch das Gruppenbudget, und die Sicherheit der täglichen Kontaktmöglichkeit – auch am Wochenende – scheinen ihren günstigen Wohnverlauf bewirkt zu haben. Nicht nur die Mitarbeiter/innen, sondern auch sie

selbst erkennt das: „Ähm, ich bin jemand, der sich auch selbst verletzt und das ist hier in der Wohnung noch nicht ein einziges Mal passiert, dass ich mich hier verletzt habe. In der Wohngruppe auch noch nicht so oft passiert, aber, ähm, trotzdem ist es hier noch gar nicht passiert und des, ähm, is halt, ich will's hier auch nicht machen, weil's halt, ähm, zeigt dass ich hier alleine wohnen kann.“ Als Zwischenstand ihres Projekts muss man festhalten: Lea Blau kann mit ihren Krisen leben – und wohnen! Das eigenständige Wohnen ist für sie als solches von hoher (biografischer) Bedeutung.

**5. Ausgabenverlauf**




## Beate Gast

*Geboren 1979, vor Projektbeginn sechsjährige Wohnphase in einer stationär betreuten sozialpsychiatrischen Einrichtung.*

**1. Allgemeines**

1.1 Beate Gast wurde 1979 geboren, ist zum Zeitpunkt des Eintritts in ProSeLe (2007) also 28 Jahre alt. Sie ist ledig und derzeit ohne festen Partner. Sie begann nach ihrem Hauptschulabschluss eine hauswirtschaftliche Ausbildung (Hauswirtschafterin), ohne diese abzuschließen. Später absolvierte sie eine zweijährige Ausbildung zur Hauswirtschaftshelferin. Sie hat in dem Beruf nie für längere Zeit gearbeitet. Sie unterhält regelmäßigen Kontakt zu ihrer Mutter (zu der das Verhältnis aber eher gespannt ist), zur Schwester und bis zu seinem Tode im Jahr 2008 auch sporadisch zum Vater.

1.2 Der Beteiligung am Projekt ProSeLe ging eine sechsjährige Wohnphase in einer stationär betreuten sozialpsychiatrischen Einrichtung des Projektträgers voraus.

1.3 Beate Gast hatte, so erzählt sie, im Vorfeld der Einweisung in eine stationäre psychiatrische Maßnahme eine schwierige Lebensphase, in deren Verlauf sie sich von inneren Stimmen herabgesetzt und gequält fühlte. Sie schilder massive Essstörungen, für

drei Monate konnte sie "nichts" mehr essen, musste das wenige, das sie zu sich nahm, immer wieder erbrechen. Diagnostiziert wurde von den Ärzten eine sogenannte „multiple Persönlichkeitsstörung“ (ICD 10 - F 61.0). Im stationären Bereich wurde sie in die Hilfebedarfsgruppe 3 eingestuft.

**2. Lebenslauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe**

2.1 Beate Gast nimmt an den Interviews der wissenschaftlichen Begleitforschung teil, nicht aber an der Quartalsdokumentation, so dass die einzige Quelle über den Verlauf von ProSeLe die Informationen sind, die sie im Interview mitteilt. Sie erzählt sehr ausführlich, sehr offen und sehr detailliert über ihr Leben. Dabei ist sie detailgenau in der Wiedergabe und Datierung der Ereignisse und Stationen und zugleich sehr reflektiert in der Schilderung ihrer subjektiven Befindlichkeiten und Deutungen.

2.2 Beate Gast wächst zunächst in kleinbürgerlichen Verhältnissen in einer mittelgroßen ländlichen Stadt in Hessen auf. Ihre Mutter ist Krankenschwester, ihr leiblicher Vater von Beruf Möbelpacker. Die Eltern trennen sich, als Beate Gast vier Jahre alt ist, möglicherweise ist ein Grund dafür die Alkoholabhängigkeit bzw. der Alkoholmissbrauch des Vaters. Beate Gast wohnt eine Zeitlang mit ihrer Mutter bei der Großmutter mütterlicherseits, bevor Mutter und Kind in die südwestdeutsche Region ziehen, in der auch der Projektträger seinen Standort hat. Dort kommt es innerhalb von vier Jahren (Beate Gast ist zwischen fünf und neun Jahre alt) zu insgesamt acht (!) weiteren Umzügen in einem Umkreis von etwa zehn Kilometern. Die Mutter hat in dieser Zeit mehrfach wechselnde Partnerschaften. Einer dieser Partner ist der Vater der Halbschwester von Beate Gast, die geboren wird, als sie neun Jahr alt ist. Nach eigenem Bekunden wird Beate Gast im Kindergarten und in der Schule „oft enttäuscht“ und „viel ausgenutzt“. Sie besucht nach ihrer Grundschulzeit, die durch mehrfache Schulwechsel infolge der Umzüge gekennzeichnet ist, zunächst drei Jahre lang ein Gymnasium in einem etwa 80 km entfernten Internat auf dem Land. Dort wird sie, so sagt sie "gemobbt und gehänselt", hat allerdings auch "gute Phasen". Sie kehrt 1993 wieder zurück in die Familie und besucht zunächst eine Realschule. Diese bricht sie ab und macht in ihrer früheren Schule (Grund- und Hauptschule) ihren Hauptschulabschluss.

2.3 Sie besucht – wohl im Rahmen der üblichen Ausbildungsstruktur zum/zur Hauswirtschafter/in – eine einjährige Berufsfachschule. Sie wechselt dann für die betriebliche Ausbildungsphase in einen Betrieb im Schwarzwald, etwa 80 km entfernt, kommt aber über die Probezeit von drei Monaten nicht hinaus. 1997 bezieht sie ein Zimmer in einem Schwesternwohnheim am früheren Wohnort. Es schließt sich eine Überbrückungszeit von einem halben Jahr bei einem beruflichen Bildungsträger an, bei dem sie eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme absolviert (1998). Im Herbst versucht sie einen zweiten Anlauf mit einer betrieblichen Ausbildungsstelle und scheitert wiederum innerhalb der Probezeit. Es schließen sich verschiedene Maßnahmen der Agentur für Arbeit an. Mitte 2000 spitzt sich ihre äußere und innere psychische Situation zu. Sie hat Schulden. Sie hört Stimmen, die sie „unter Druck setzen“ und „beleidigen“. Sie isst drei Monate lang „nichts“ und muss das, was sie zu sich nimmt, wieder erbrechen.

Beate Gast wird vom Hausarzt in eine psychiatrische Klinik eingewiesen und bleibt dort zunächst dreieinhalb Monate. In der Folge wird sie in einer sozialpsychiatrischen Wohneinrichtung des Projektträgers untergebracht. Von dort aus betreibt sie ihre berufliche Bildung weiter. Sie besucht einen erneuten Berufsvorbereitungslehrgang und absolviert eine zweijährige Ausbildung zur Hauswirtschaftshelferin bei einer Einrichtung der beruflichen Bildung des Projektträgers. Daran schließt sich eine weitere Maßnahme der Agentur für Arbeit an.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 2007 zieht sie im Kontext der Teilnahme an ProSeLe aus dem Wohnheim des Projektträgers in eine eigene Wohnung. Dies ist ihre eigene Idee. Ausschlaggebend sei dafür, dass sie nach sechseinhalb Jahren des Lebens mit anderen Mitbewohnerinnen und -bewohnern ein großes Bedürfnis nach „Ruhe“ habe. Belastend findet sie insbesondere den „ständigen Bewohnerwechsel“ und den im Wohnheim herrschenden „Zoff und Stress“. Sie ist „froh, dass ich weg bin dort, ich geb's ehrlich gesagt zu“. Am Ende der Projektzeit äußert sie unmittelbar nach einem Rückblick auf einen Zwischenfall in der alten Wohngruppe: „Mir geht’s gut, mir geht’s richtig gut“.

3.2 Im Rahmen von ProSeLe wohnt Beate Gast in einer Zweizimmerwohnung mit einer kleinen Küche, die sie selbst unter Beteiligung einer Betreuerin über eine Zeitungsannonce gefunden und angemietet hat. Sie wohnt weit entfernt vom ehemaligen stationären Kontext in einer Halbhöhenlage. Sie hat ein gutes und persönliches Verhältnis zu ihrer Vermieterin. Die Wohnung ist persönlich und selbstständig eingerichtet. An den Wänden hängen einige Bilder von Rosen („ich liebe Rosen“), außerdem zwei Bilder von Tigern („ich bin sowieso ein Katzenfan. Nach wie vor (…) Irgendwann gibt’s wieder ne Katze“). Zwischen den zusammengewürfelt wirkenden Möbeln, die sie größtenteils von einer Freundin der Mutter sowie der Mutter selbst und anderen Bekannten bekommen hat, steht ein neuer Schrank. Auch einen Computer und einen Drucker habe sie geschenkt bekommen.

3.3 Beate Gast erlebt den Auszug aus dem stationären Kontext in erster Linie als eine Befreiung aus einer nicht gewünschten Präsenz anderer Menschen.

Ihr **Hilfebedarf** bezieht sich in ihrer eigenen Wahrnehmung insbesondere auf die Unterstützung bei der Erledigung von „Bürokratie“, wie sie sagt. Als Beispiel nennt sie Kontakte mit dem Jobcenter. Sie sieht den Sinn der Unterstützung überwiegend darin, dass sie von jemandem motiviert und aktiviert wird („tritt mir hin und wieder mal in den Arsch, damit ich in die Gänge komm“). Darüber hinaus nimmt sie die Hilfe der Bezugsperson bei der Erledigung größerer Einkäufe an, insbesondere wenn sie Getränke kauft („wegen der Schlepperei“). Keine Hilfe benötigt sie bei allen „hauswirtschaftlichen Sachen“ oder bei der Selbstversorgung.

Beate Gast sagt im Interview am Ende der Projektlaufzeit von sich selbst, sie sei im Projekt „viel selbständiger“ und „selbstbewusster“ geworden und könne immer mehr alleine machen. „Ich werd immer selbständiger. Auch was Behördengänge anbelangt, das mach ich nach wie vor. Also ich besprech des zwar hin und wieder mal mit Hr. (KBP), sach Hmm, so und so siehts aus, können sie mir mal kurz sagen, un da drüber gucken, oder wenn ich mal ne Frage hab. Aber ansonsten mach ich alles selber.“ Am Ende des Projekts bekundet Beate Gast auch, dass sie ihr Geld jetzt selbst verwalten könne, was bisher durch die KBP geschah. Das Problem im Umgang mit den Finanzen seien früher die hohen Ausgaben gewesen. Sie begründet die Entwicklung mit dem Vorzug, dass durch die Wohnlage außerhalb der Stadt nicht mehr so viele spontane Ausgaben in der Stadt möglich seien. Das selbständige Verfassen von Bewerbungen nennt sie als einziges Thema, das ihr schwer falle. Dabei helfe ihr niemand. Zum einen hätte die KBP keine Zeit, zum anderen möchte sie es im Grunde aber auch lieber alleine machen.

**Hilfeerbringung**: Frau Gast trifft ihre Bezugsperson, die sie im Herbst 2010 seit zehn Jahren kennt und sehr schätzt („also wir zwei wir passen wirklich wie die Faust aufs Auge zusammen“), im Schnitt zwei bis drei Mal in der Woche. Gegen Ende nehmen die Kontaktzeiten, ihren Aussagen nach, mehr und mehr ab.

Auch zu einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin besteht regelmäßiger Kontakt. Frau Gast erfährt das als positiv und konstatiert: „Wir verstehn uns so gut.“ Darüber hinaus sind im Kontext des Hilfemix auch die Mutter, die Schwester, eine Nachbarin und die Vermieterin zu

erwähnen, die insgesamt durchaus eine Art Netzwerk bilden, auf das Frau Gast zurückgreifen kann. Sie versteht alle diese Personen (mit Ausnahme der KBP) als Partner für informelle Themen wie Gespräche, Treffen oder Ausflüge. So fragt Frau Gast beispielsweise nicht nach deren Unterstützung beim ihr schwer fallenden Schreiben von Bewerbungen. Sie bemerkt zu diesen Beziehungen: „Das tut mir ganz gut. Das brauch ich."

Darüber hinaus hat sie die Möglichkeit, eine Rufbereitschaft in Anspruch zu nehmen. Das scheint ihr als Möglichkeit wichtig zu sein, ohne dass sie es in der Projektlaufzeit in Anspruch genommen hätte.

Beate Gast unterhält regelmäßige **soziale Kontakte** zu ihrer Mutter und Schwester, sowie, von Anfang an und über den ganzen Projektverlauf hinweg, gute Kontakte zu Nachbarn und zur Vermieterin, zu der sie ein persönliches Verhältnis hat (sie schenken sich beispielsweise etwas zu Weihnachten und unterhalten sich insbesondere gerne über Tiere). Frau Gast sagt diesbezüglich im letzten Interview: „Das passt nach wie vor wie die Faust aufs Auge. Das ist so ne Liebe". Ab und zu besucht sie alte MitbewohnerInnen oder KollegInnen. Sie beklagt jedoch die fehlende Wechselseitigkeit der Beziehungspflege: Die Bekannten suchten den Kontakt nicht von sich aus. Entsprechend suche sie den Kontakt auch nicht mehr so häufig.

Sie bleibt zwiespältig gegenüber einer möglichen Ausweitung ihrer sozialen Kontakte. Einerseits fühlt sie sich manchmal etwas isoliert und wünscht sich mehr Kontakte – etwa dass sich ehemalige Mitbewohnerinnen öfter bei ihr „melden". Andererseits schätzt sie die Rückzugsmöglichkeit, Ruhe und größere Autonomie, die ihre eigene Wohnung gewährleistet. Versuche ihrer Bezugsperson, sie bei der Ausweitung von Sozialbezügen zu unterstützen, blockt sie ab, da sie das, wenn überhaupt, selbst machen möchte.

In die Projektlaufzeit fällt der Tod ihres Vaters.

In der Anfangszeit von ProSeLe nimmt Frau Gast eine Berufstätigkeit als Hauswirtschaftshelferin auf, wird aber nach der Probezeit nicht übernommen. Sie absolviert eine berufliche Fortbildung zur Demenzbetreuerin und erwägt eine Berufstätigkeit im Altenhilfebereich. Gegen Ende der Projektlaufzeit nimmt sie die Hilfe eines Integrationsfachdienstes in Anspruch, dazu muss sie allerdings den Schwerbehindertenausweis beantragen. Darauf im letzten Interview nach Projektende angesprochen, ist der Integrationsfachdienst für sie allerdings kein Thema mehr. Sie sagt, die Idee sei ihr wieder „entfallen". Überhaupt sei wenig passiert im letzten Jahr. Sie suche regelmäßig in Zeitschriftenanzeigen nach Stellen als Haushaltshilfe und Reinigungskraft in Privathaushalten, habe aber diesbezüglich noch nichts gefunden, da es zu viele Bewerber gäbe.

Nachdem Beate Gast ihre Freizeit über den Projektverlauf hinweg tendenziell wenig aktiv gestaltet und sich eher als eine Person beschreibt, der eine Couch und der Fernseher wichtig sei, bekundet sie im letzten Interview eine zunehmende Beschäftigung mit anderen Freizeitangeboten. Sie nimmt regelmäßig am Aquajogging in einem Rehazentrum teil und will sich dort nach Projektende mit den Mitteln aus dem Persönlichen Budget als Mitglied anmelden („bin nach wie vor ne Wasserratte"). Auch lerne sie beim Aquajogging neue Leute kennen, was ja auch „der Sinn der Sache" sei. Darüber hinaus hat sie verschiedene weitere Pläne. So möchte sie wieder an einem „Walkingtreff" teilnehmen, den ihre Mutter veranstaltet. Auf einen Vorschlag der Dienststellenleitung hin, hat sie vor, sich bei „Weight Watchers" anzumelden. Sie merkt aber an, dass dies „nicht unbedingt so (ihr) Fall" sei. Darüber hinaus möchte sie im nächsten Jahr mit Reitsport beginnen. Noch stehe dem allerdings ihr hohes Körpergewicht im Weg. Daneben ist ihre freie Zeit auch geprägt durch ihre, größtenteils übers Internet stattfindende, Teilnahme an einer interaktiven Adipositasgruppe. Es handelt sich dabei um einen „multidisziplinären Ansatz zur Therapie komplexer Adipositaspatienten" im klinischen Kontext. Sie sagt, das „tue ihr gut".

Auch nach Abschluss des Projekts bewertet sie ProSeLe positiv. Obwohl sie ursprünglich Bedenken und negative Erfahrungen mit dem alleinewohnen gemacht habe, zieht sie eine positive Bilanz nach dem Schritt in die eigene Wohnung. Dennoch erlebt sie dabei eine gewisse Ambivalenz zwischen der Ruhe und Rückzugsmöglichkeit einerseits und geringeren sozialen Kontakten bzw. dem Alleinesein andererseits. Das Ende des Projekts und den Übergang in den Umgang mit dem Persönlichen Budget erlebt sie als unauffällig. In Ihrer Wahrnehmung hat sich wenig verändert. Es sei lediglich ungewohnt, dass sie die KBP jetzt „einkaufen müsse“, aber das sei „net schlecht“, konstatiert sie.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

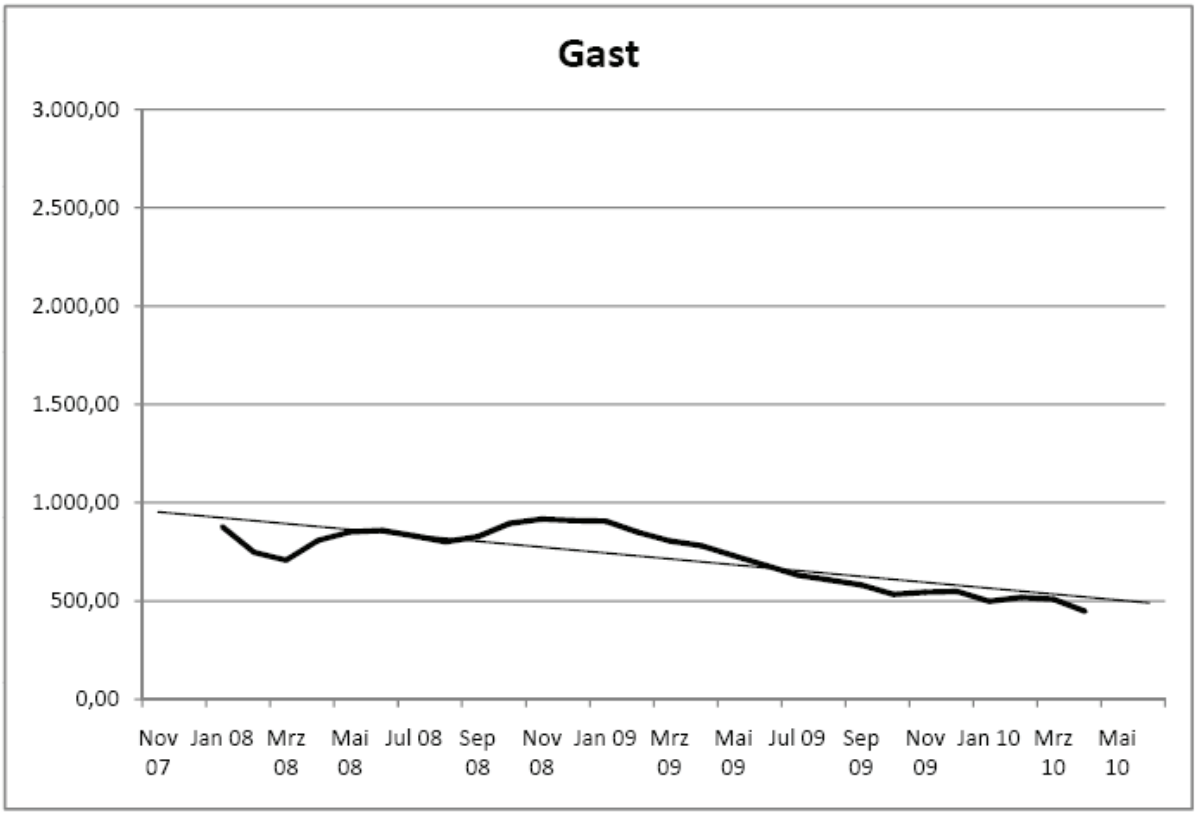
Beate Gast wirkt in beiden Interviews zielgerichtet und souverän. Ihre Ausführungen sind von einer sehr ausgeprägten und reflektierten biografischen Selbstverortung durchzogen. Sie typisiert die frühere Zeit (einschließlich den stationären Aufenthalten) als „Chaos“, die derzeitige Phase eher als ein „Zur-Ruhe-kommen" und als eine Neusortierung ihres Lebens. Allerdings leidet sie derzeit unter ihrer Arbeitslosigkeit und dem damit verbundenen Dasein als „Couch-Potatoe"[52] , wie sie es selbst formuliert.
Ihr Hauptproblem beim Versuch, wieder Arbeit zu finden, sieht sie selbst in ihrer Unstetigkeit, insbesondere was ihre berufliche Situation betrifft. Sie zitiert Wahrnehmungen, dass sie eine „große Klappe“ habe und „mangelnde Leistungen“ zeige. „Ich kann halt irgendwie nix durchhalten, das is des Problem“, sagt sie und führt das auf ihre Lebenserfahrungen zurück, die von einem ständigen Wechsel von Wohnorten und sozialen Bezügen geprägt sind.

Ihre Zukunftspläne beziehen sich vor allem auf eine Lösung der beruflichen Situation und auf eine selbständige Lebensführung. Daneben auch auf eine Gewichtsreduktion: „Meine Pläne sind nach wie vor so, dass ich halt, äh, das was ich jetzt das ganze Jahr über angestrebt hab, mein Gewicht zu reduzieren, endlich nen Job zu finden. Das ist im Moment grad das allerwichtigste für mich. (...) Wirklich auf eigenen Füßen zu stehen, das is das allerwichtigste für mich.“ An anderer Stelle: „Ich will au raus, ich will irgendwann mal in, keine Ahnung, zwei Jahren, wirklich so weit sein, dass ich wirklich kein Betreuer mehr brauche, <seufzt laut> un auch kein Arbeitsamt mehr.“ Außerdem möchte sie den Führerschein machen (was eine gewisse Unabhängigkeit ermöglichen würde, bisher aber am Geld gescheitert sei). Daneben hat sie Pläne zur Veränderung ihrer Wohnungseinrichtung.

Auch der Fall von Beate Gast ist ein beeindruckendes Beispiel dafür, wie sich mit der Veränderung der Wohnsituation eine grundsätzliche Haltung verbindet, das Leben wieder in die eigene Hand zu nehmen. In ihrem Fall bezieht sich das auch auf den Aspekt der finanziellen Selbstorganisation. Als einzige Teilnehmerin von ProSeLe wechselt sie vom (Mit-) Bezug eines Gruppenbudgets in den Bezug eines Persönlichen Budgets.

[52] "Äh, sag mal so, ich bin mittlerweile ein halber couch-potato geworden und <> wenn wenn mir das zu viel wird, dann dann muss ich was machen und es gibt meistens immer was zu machen hier, egal was es is." Laut Wikipedia: "Mitte der 1970er Jahre kam ein Freund des amerikanischen Cartoonisten Robert D. Armstrong auf die Idee, einen Verein für faule Leute zu gründen, als Antwort auf die, wie er fand, übermäßigen Gesundheits- und Fitness-Fanatiker seiner Zeit. Aus Spaß beschlossen sie, ihre Gruppe *Couch Potatoes* zu nennen und kreierten ein Bild einer Kartoffel, die auf dem Sofa liegt und ständig „Fernsehen glotzt“. Armstrong ließ diesen Begriff schützen und begann, die Kartoffel zu vermarkten, mit T-Shirts mit Bildern der „couch potato“ und dem Motto „Sic Semper Potatum Reclinus“. Auch war er Co-Autor und Illustrator des Buches *The Official Couch Potato Handbook*. Allmählich schlich sich das Wort in die englische Sprache ein und wurde 1993 ins Oxford English Dictionary aufgenommen. Im übertragenen Sinne werden mit dem Begriff auch Personen gekennzeichnet, denen es an Eigeninitiative mangelt und die nur schwer für eine Anstrengung bzw. Herausforderung zu begeistern sind, insbesondere nicht für körperliche Aktivitäten." *http://de.wikipedia.org/wiki/Couch-Potato, abgerufen 7.9.2010*

**5. Kostenverlauf**




## Bernd Groß

*Geboren 1962, vor Projektteilnahme ca. 20 Jahre in verschiedenen (sozial-) psychiatrischen Einrichtungen.*

**1. Allgemeines**

1.1 Bernd Groß ist bei Projekteintritt 45 Jahre alt (Jahrgang 1962). Er ist ledig, seine Eltern sind beide gestorben, er hat keine Kontakte zu seiner Herkunftsfamilie (Geschwister). Bernd Groß hat nach dem Realschulabschluss zwei Lehren (Fliesenleger, Drucker) abgebrochen. Vermutlich hat er für einige Zeit als ungelernter Arbeiter gearbeitet, seit 1987 hat er durchgehend verschiedene (sozial)psychiatrische Stationen sowie Phasen der Obdachlosigkeit hinter sich gebracht und war nicht mehr berufstätig.

1.2 Zu ProSeLe kommt Bernd Groß durch die letzte seiner Stationen. Nach einer Behandlung in einer psychiatrischen Klinik wird er 2004 in eine vollstationäre Einrichtung des Projektträgers in einer kleinen ländlichen Gemeinde A. aufgenommen.

1.3 Die in der Dokumentation beschriebene Diagnose lautet paranoide Schizophrenie (mit ausgeprägter Minussymptomatik). Bernd Groß hält sich selbst nicht für behindert bzw. psychisch erkrankt, zumindest äußert er sich darüber nicht explizit. Er entwickelt allerdings ein erhebliches Interesse an der Aufarbeitung seiner Lebensgeschichte. Er hält sich für fähig, selbstständig zu leben und lehnt Betreuung im Grundsatz ab. Vom MPD wurde er in die Hilfebedarfsgruppe 3 eingestuft, er unterliegt einer gesetzlichen Betreuung (Aufenthalt, Gesundheit).

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Bernd Groß fasst im Interview 2009 und 2010 einen Teil seiner Lebensstationen auf summarische Weise zusammen. Auch eher prekäre Stationen, zum Beispiel eine von ihm begangene Brandstiftung, nennt er, ohne sie aber in irgendeiner Weise zu interpretieren. Dabei bleibt er ohne jede sichtbare affektive Beteiligung. Über bestimmte Lebensphasen, beispielsweise die Kindheit und Jugend, scheint er nichts sagen zu wollen. Er erzählt ohne erkennbare subjektive Beteiligung, was sicher auch an der Interviewsituation und dem fehlenden Vertrauen zum Interviewer liegt. Seine kurzen Antworten sind sehr zögernd und von Wiederholungen der Formulierungen des Interviewers geprägt. Deutlich wird dennoch ein ausgeprägtes (auto)biografisches Interesse. Dafür gibt es drei Anhaltspunkte. Zum Einen lässt er sich auf ein vergleichsweise ausführliches Gespräch über seine Lebensgeschichte nur mit einem Interviewer ein, der aus der Gegend kommt, aus der selbst stammt. Zum anderen sucht er während der Projektlaufzeit seine alte Heimat auf und versucht dort in einer Einrichtung unterzukommen. Drittens benennt er in allen mit ihm geführten Interviews seinen Wunsch, in der Gegend zu wohnen, aus der er stammt.

Dieses bringt er im Interview nicht zum Ausdruck. Die Daten und Stationen, die er nennt, stimmen fast durchgängig mit den Angaben der Dokumentation (Akte) überein.

2.2 Bernd Groß wird 1962 geboren, er ist ein mittleres von insgesamt vier Geschwistern (Brüder und Schwestern)[53]. Der Vater, der ursprünglich aus der DDR stammt, arbeitet in der nahe gelegenen Großstadt O. als Kunststoffarbeiter, die Mutter ist Hausfrau.

An die Grundschulzeit erinnert sich Bernd Groß nur noch vage. Im Interview fällt ihm ein: „Die Grundschul ja, da gings einigermaßen, unauffällig eigentlich." Er charakterisiert sich selbst als eher „mittelmäßigen" Schüler. Bis in die Jugendzeit spielt er im örtlichen Fußballverein mit, wechselt nach der Grundschule auf die Realschule und macht dann Ende der Siebziger Jahre die Mittlere Reife.

Im Anschluss beginnt er eine Ausbildung zum Fliesenleger. Diese bricht er nach eigenen Angaben nach einem Jahr ab, weil es „halt net so des Richtige" für ihn ist. Die Akte führt eine zweite angefangene und ebenfalls abgebrochene Ausbildung als Drucker auf. Er bemerkt zudem, dass er in dieser Zeit („früher") gerne liest, er ist oft in der Bücherei. Nach dem Abbruch schlägt sich Bernd Groß mit Gelegenheitsarbeiten durch, „auf dem Bau" oder „Lagerarbeit". In dieser Zeit wohnt er nach wie vor im Elternhaus. Um das Verhältnis zu seiner Mutter zu charakterisieren, verwendet er das Wort „durchwachsen", sein Verhältnis zum Vater ist „mittelmäßig", seine Jugendzeit ist „nicht so besonders".

2.3 Der Lebenslauf von Bernd Groß ist durch eine Reihe von Stationen des Maßregelvollzugs, der akuten psychiatrischen Behandlung und der sozialpsychiatrischen Unterbringung gekennzeichnet. 1983 stirbt seine Mutter – Bernd Groß ist zu diesem Zeitpunkt 21 Jahre alt. Die Umstände ihres Todes sind unklar. Vier Jahre später, für die Zeit dazwischen liegen keine Informationen vor, zündet Bernd Groß die Scheune eines ihm nicht näher bekannten Bauers an: „Ja, da war halt ein Vorfall und dann kam ich in die Psychiatrie", „des des war dann so Brandstiftung." Als Grund gibt er im Interview an: „Mh naja weil ich da weg wollte, wo ich war. Und des Verhältnis war nicht mehr so gut zu den Geschwistern." Im Juni 1987 wird er deswegen in ein Psychiatrisches Landeskrankenhaus eingewiesen. Später kommt er in ein zweites Landeskrankenhaus. Im Januar 1992, nach fünf Jahren, wird er erneut verlegt. Er kommt der Akte zu Folge in den „Maßregelvollzug" einer weiteren, etwas entfernt liegenden, Klinik.

Im März 1993 zieht Bernd Groß nach insgesamt fünfeinhalb Jahren in der Psychiatrie im

[53] Es ist unklar, ob er zwei Schwester und einen Bruder oder umgekehrt hat, da er von Geschwistern spricht und in der Folge von Brüdern und Schwestern (im Plural) spricht.

Alter von 31 Jahren in eine „therapeutische Wohngemeinschaft“ nach Süddeutschland, in der er auch eine Arbeit aufnimmt. Wie lange er dort bleibt, ist unklar. Für Herbst 1994 ist in der Akte eine Ausbildung im Rahmen einer „Wiedereingliederung“ notiert, die er in einer weit von seinem bisherigen Lebensraum gelegenen Großstadt P. absolviert, aber nach drei Monaten abbricht. Im Interview wird diese Station nicht erwähnt. In der Folgezeit, für etwa drei Jahre, liegen weder in den Akten noch im Interview Informationen vor. Möglicherweise wird er hier zum ersten Mal obdachlos. Der Akte ist zu entnehmen, dass Bernd Groß (zu diesem Zeitpunkt ist er 35 Jahre alt) ab Oktober 1997 für ca. eineinhalb Jahre in einem Heim bzw. einer Wohngruppe wohnt. Die genannte Einrichtung bietet Hilfen im Bereich der Obdachlosenhilfe und der Wiedereingliederung an.

Danach (ab 1999) wohnt er an mehreren Orten in großer geographischer Distanz – offenbar selbstständig in eigenen Wohnungen. In seiner Zeit in Ostdeutschland (etwa 2000-2002) ist er erwerbslos und bezieht sein Essen von einer Tafel („Suppenküche“). Offensichtlich streckt ihm das Sozialamt hier die Wohnungsmiete vor, da er später dorthin zurück will, um Mietschulden zu begleichen. Auf die Frage, warum er nach Q. gegangen sei, sagt er, das sei ganz spontan so gekommen. Er habe etwas darüber gelesen. Später ergänzt er, sein Vater stamme aus der Gegend.

Noch in Q. wird er, als er bereits eine Wohnungskündigung hat, wegen „Auffälligkeiten“ (Dokumentation) in das dortige städtische Krankenhaus eingewiesen. Dort bleibt er für über ein Jahr (bis Spätsommer 2003) und geht dann wieder nach Süddeutschland zurück. Er lebt dort, mittlerweile 41 Jahre alt, auf der Straße. Er gibt im Interview mehrere Ortschaften an, die er in den folgenden Wochen aufsucht. Er wohnt z.B. in einem „Abbruchhaus“, einem „Schuppen“, sowie einem „Wohncontainer“. In Letzterem kommt es auch zu einer (z.T. konfliktreichen) Begegnung mit seinem gegenwärtigen Mitbewohner im Rahmen von ProSeLe, Harry Loop.

Im Herbst 2003 ereignet sich ein weiterer „Vorfall“. In den Räumen des Sozialamts kommt es zwischen Herrn Groß und einer Angestellten zu einem Konflikt. In dessen Verlauf greift er sie an und schließt sie in ihr Büro ein. Er wird daraufhin im November in eine „stationäre Behandlung“ eingewiesen und geht 2004 in eine stationär betreute Wohneinrichtung des Projektträgers in einer kleinen ländlichen Gemeinde. Etwa zur gleichen Zeit bekommt er eine gesetzliche Betreuung („Vormund“), woran er sich im Interview als störend erinnert. 2004 verstirbt sein Vater. Er erfährt das erst im Nachhinein, denn er hat seit 1987 keinen Kontakt mehr zu ihm.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Drei Jahre später, 2007, tritt Bernd Groß ins Projekt „Selbstständig Leben“ ein. Laut Akte sei es sein Wunsch, wieder selbstständiger zu werden. Er selbst sieht die Teilnahme als Ergebnis äußerer Zwänge und Gegebenheiten (Umzug infolge einer Sanierung des vorherigen Wohngebäudes) und einer Initiative, die von der Einrichtung ausging, ohne dass er selbst dazu bereit war. Insgesamt sieht Bernd Groß seine Anwesenheit im jetzigen Wohnort als Ergebnis einer Zwangssituation, die teils durch die Umstände, teils durch seine gesetzlichen Betreuer und die Einrichtung ausgeübt wird. Wohnmöglichkeiten in einem vom ihm bevorzugten städtischen Umfeld sind nicht in Erwägung gezogen worden.

3.2 Bernd Groß zieht in eine Zweizimmerwohnung ein, die er zusammen mit Harry Loop bewohnt, mit dem er bereits in der gemeinsamen Containerzeit in einer nahe gelegenen Kleinstadt in Konflikt geraten war. Wie dieser lebt er in einem separaten Zimmer, sie haben ein gemeinsames Wohnzimmer, Küche und Bad. Allerdings bevorzugt Bernd Groß, sein Essen nach wie vor in der stationären Einrichtung einzunehmen, zum Kochen hat er „koi Luscht“. Auch das kahl eingerichtete Wohnzimmer wird allenfalls genutzt, wenn Besuch da ist oder um die Wäsche aufzuhängen. Im selben Haus wohnt außerdem eine weitere ProSeLe-Teilnehmerin, Sofia West.

Ganz im Sinne dieser – aus seiner Sicht – Zwangssituation wirkt sein Zimmer kahl und unpersönlich. Er hat ein Bett, einen Schrank, einen Tisch mit Stuhl – alles war schon beim Einzug vorhanden. Bernd Groß richtet sich darin in keinster Weise ein („des isch mir eigentlich egal"). Das Zimmer enthält zum Teil Möbel und Dekorationsgegenstände (Leopardenposter), die wie vom Vorgänger hinterlassen wirken. Keinerlei persönliche Gegenstände sind zu sehen, die Vorhänge sind zugezogen.
Faktisch ist der Normalisierungsgewinn durch den Umstand, dass das Wohnumfeld durch die Strukturen und sozialen Netzwerke der Einrichtung geprägt ist, sehr gering. Im Grunde liegt, von der Handlungslogik her, noch immer eine stationäre Maßnahme vor. Dies erkennt Bernd Groß selbst sehr scharfsinnig. Beispielsweise sieht er keinen Sinn darin, in der Wohnung selbstständig zu kochen, da er, um an Lebensmittel zu kommen, wiederum auf den Busfahrdienst der Einrichtung angewiesen wäre. Im Ort selbst gibt es keinerlei Einkaufsmöglichkeiten. Die Angebote zur Tagesstrukturierung, die er zum Teil widerstrebend nutzt, bekommt er ebenfalls von der Einrichtung.

Der Verlauf von ProSeLe ist wesentlich durch den auf die ungünstige Ausgangssituation zurück gehenden Dauerkonflikt bestimmt. Bernd Groß lehnt immer wieder Unterstützung ab. Die Tagesstruktur sieht er als Zeitverschwendung an, die dort an ihn heran getragenen Aktivitäten bleiben ihm fremd. Nach einem Jahr kommt es bezüglich des Unterstützungsbedarfs immer wieder zu Konflikten mit den Betreuer/innen. Er empfindet sich selbstständiger als die Mitarbeiter das sehen – er lehnt Angebote und das Einnehmen von Medikamenten ab.

Es kommt in der Logik seiner früheren Provokationen psychiatrischer Aufenthalte immer wieder zu Unterbrechungen von ProSeLe durch kürzere oder längere Aufenthalte im nahe gelegenen Zentrum für Psychiatrie (Frühjahr 2008). Er kehrt dann in der Regel eine Zeit lang mit angepassterem Verhalten (zum Teil medikamentenbedingt) zurück, ohne dass dies eine nachhaltige Wirkung auf seine grundsätzliche Haltung hätte. Seine Motivation sinkt im Sommer erneut und er lässt sich, laut Akte, nur schwer zu Aufgaben und der selbstständigen Versorgung bewegen. Er besucht auch nicht mehr die Tagesförderung.

Im Herbst desselben Jahres verlässt Herr Groß die WG für mehrere Wochen und geht laut Akte „in seine alte Heimat und (hält) sich dort ohne Abmeldung längere Zeit auf. Er (geht) in eine psychiatrische Klinik nahe seiner Heimat, wo er auf einen Betreuungsplatz hofft und selbstständig leben (kann)". Dieser Versuch misslingt, da man ihm, seinen Angaben nach, sagt, dass das nicht ginge. Er kehrt wieder zurück. Offenbar um seine alten Zeugnisse abzuholen, taucht er zum Erschrecken derer, die ihn noch kennen, in seiner alten Schule auf. Ein Einrichtungsmitarbeiter betrachtet solche und ähnliche Initiativen als Hinweis auf eine „schizophrene Phase".

Im Anschluss an diesen „Ausflug" ist in der Dokumentation vermerkt, dass sich Herr Groß vermehrt mit seiner Biografie beschäftigt. Er beantragt Akteneinsichten und erkundigt sich nach alten Mietschulden. Dabei folge er „teilweise wahnhaften Gedanken", die er aber im direkten Gespräch „sehr gut überspiele". Man bekäme sie nur indirekt durch seine „wahnhaften Aktivitäten" mit. Dazu gehören beispielsweise auch provozierende und geradezu happeningartig aufgezogene Anrufe bei der Polizei (beispielsweise wenn er dort meldet, er könne Angaben zum Phantom von Heilbronn machen).

Seit Anfang des Jahres 2009 geht Bernd Groß wieder unregelmäßig in die Tagesförderung. Im Frühjahr 2009 kommt es in einem örtlichen Café zu einem weiteren „Vorfall", den die Mitarbeiter wiederum als Indiz für eine „schizophrene Phase" sehen: Laut Akte bespuckt und beschimpft Herr Groß eine Angestellte und tritt nach einem Mitarbeiter. Er selbst sieht dies weniger dramatisch: „Da hab ich beleidigt die, die im Cafè. So schlimm wars net."

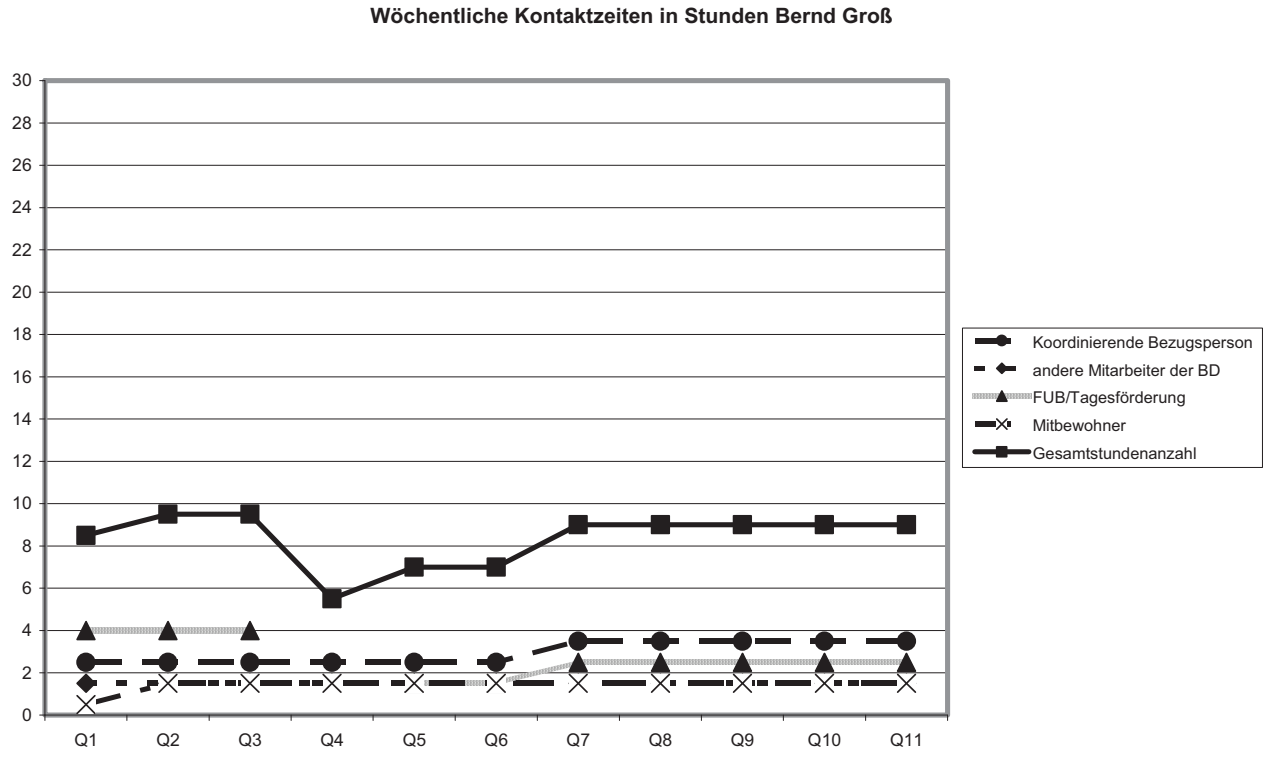
Die Folge ist eine Einweisung in die geschlossene Abteilung der Psychiatrie für einen Zeitraum von zwei Mal sechs Wochen. Nach der Entlassung zeigt sich Bernd Groß laut Akte wiederum in gedrückter, durch die Medikamente „gedämmter" Stimmung, aber dafür „ausge-

glichener“. Er geht regelmäßig zur Tagesförderung, erledigt seine Aufgaben und reinigt gemeinsam mit dem Mitbewohner die Wohnung. Im Herbst notiert seine Betreuungsperson, dass er eher noch „gedrückter“ wirkt und mit „seiner Lebenssituation nicht ganz zufrieden“ sei. Er wäre „lieber allein für sich ohne Betreuung“. Die Medikamente würde er lieber absetzen, wobei er sich mit der Situation „arrangiere“ und sich „gut anpasse“. Im Interview bewertet er seine WohnBiografie wie folgt: „Hm ja halt da wo ich alleine gelebt hab, war's halt besser und wo ich halt in den Anstalten war oder obdachlos war, da war's halt schlechter eigentlich.“

Seit Anfang 2010 ist laut Dokumentation der Dissens „etwas abgemildert“, seine Akzeptanz habe sich „deutlich verbessert“. Er sei nun „offener, kommunikativer, wenn auch noch etwas zurückhaltend, aber von der Tendenz offen für Neues und nicht nur ablehnend eingestellt.“ Seine Wohnsituation gefalle ihm – so die Wahrnehmung der koordinierenden Bezugsperson – und er könne sich vorstellen, auch nach dem Ende von ProSeLe seine derzeitige Wohnform beizubehalten.

3.3 Der **Unterstützungsbedarf** von Bernd Groß wird von seiner Bezugsperson als in allen Bereichen hoch bis sehr hoch wahrgenommen. Ausnahmen stellen lediglich die Mobilität und Partnerschaft dar sowie Bereiche, in denen deswegen keine Hilfe nötig ist, weil Bernd Groß stationäre Strukturen in Anspruch nimmt (Essen). Das Übersichtsdiagramm zeigt ausnahmslos keinerlei Entwicklung. Der Unterstützungsbedarf wird über die gesamte Projektlaufzeit als absolut gleich bleibend beschrieben. Demgegenüber steht die explizite Ablehnung jeder Form der Unterstützung durch Bernd Groß selbst. Er hält sie nicht für nötig. Der Interviewer nimmt an Bernd Groß während des Interviews deutliche parkinsonartige Symptome wahr, die an Nebenwirkungen von starken Psychopharmaka erinnern: Händezittern sowie Trippelschritte.

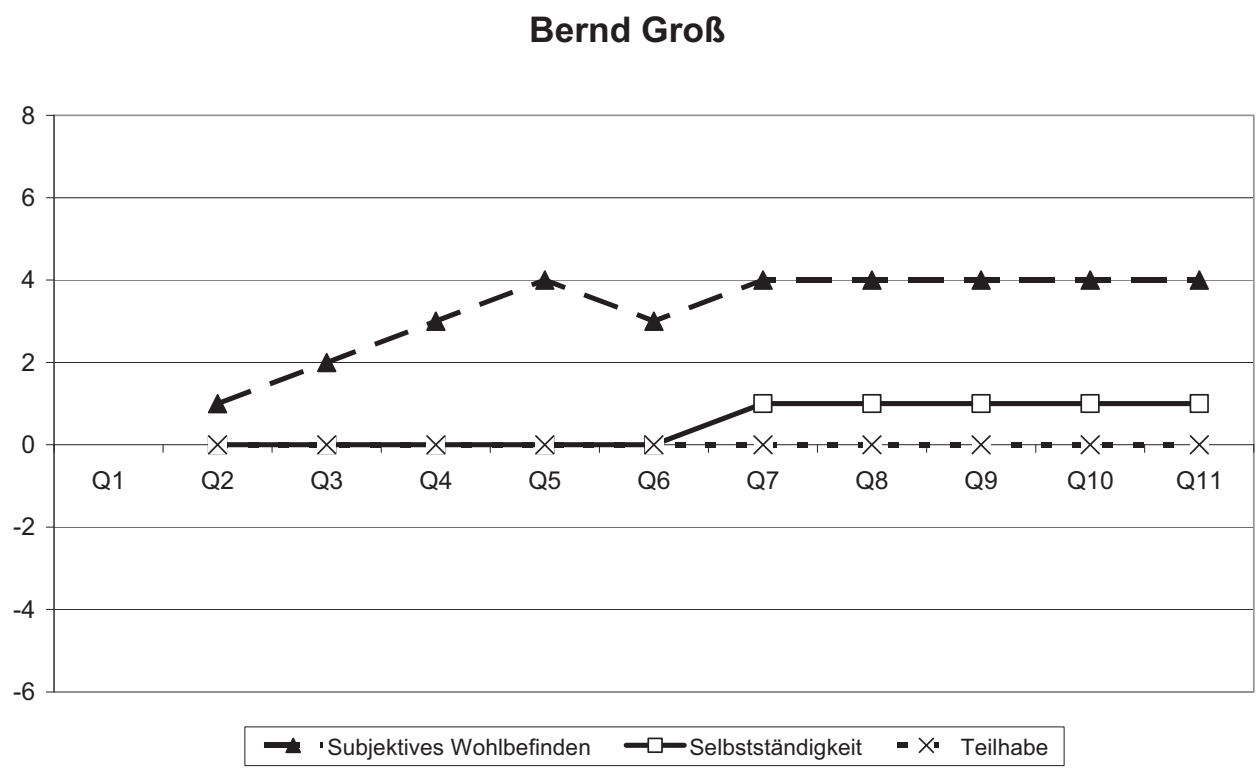
| **Bernd Groß** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |




Die **Hilfeerbringung** bleibt weitestgehend konstant mit einer kurzzeitigen Schwankung in Quartal 4 bis 6 (Verringerung von neuneinhalb auf fünfeinhalb Stunden) um dann ab Quartal 7 bis Quartal 11 wieder auf das alte Niveau von neun Stunden pro Woche zu steigen. Die Hilfe wird hauptsächlich von der koordinierenden Bezugsperson (zweieinhalb bis dreieinhalb Stunden pro Woche) und von Mitarbeitern der FUB/Tagesförderung (zweieinhalb bis vier Stunden pro Woche) erbracht. Eine untergeordnete Rolle von eineinhalb Stunden pro Woche spielt der Mitbewohner.

**Soziale Kontakte** nimmt Bernd Groß allenfalls während Aktivitäten im Rahmen der Tagesstruktur wahr. Er macht keinen Hehl daraus, dass er diese Kontakte als aufgezwungen ansieht. Er selbst wünscht keine Kontakte. Beziehungen zu Familienmitgliedern bestehen nicht mehr. Sie wurden – in der Darstellung von Bernd Groß beiderseitig – abgebrochen. Er wünscht hier ebenfalls keine Kontakte. Auch die Kontakte mit dem Mitbewohner beschränken sich auf ein Minimum. An seiner Zimmertür steht mit schwarzem Filzstift geschrieben: Betreten verboten.

Selbstbestimmte Tätigkeiten beschränken sich auf Spaziergänge, sowie auf Lesen (Zeitung, Hefte, Bücher). Tagsüber liegt er oft bei zugezogenen Vorhängen im Bett und schläft. Er kauft sich ab und zu Süßigkeiten.




Aufgrund der einrichtungsnahen „Selbstversorgung“ gibt es keine Entwicklungen im Bereich der Selbstständigkeit und Teilhabe. Sein Wohlbefinden nimmt hingegen aus Sicht der Bezugsperson deutlich zu.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Es ist offensichtlich, dass Bernd Groß nicht freiwillig dort lebt, wo er lebt und dass er dezidiert andere Vorstellungen hat. Die große Frage ist, ob man ihm die Realisierung anderer Lebensmöglichkeiten zutraut oder ob man sie mit Hinweis auf die Gefährdungen, die von Bernd Groß ausgehen (für sich und andere) verweigert. Festzuhalten ist in jedem Fall: Im Selbstverständnis von Bernd Groß befindet er sich in einer biografischen Falle. Offensichtlich ist, dass er die Art von psychiatrischer „Therapie“, die ihm immer dann angetan wird, wenn er wegen einer Provokation in die nahe gelegene Klinik muss, ausschließlich als Sanktion für ungebührliches Verhalten auffassen muss. Es ist durchaus zu fragen, ob seine Wutausbrüche sowie seine Ausflüge wirklich (nur) Ausdruck von psychotischen Schüben sind. Vielmehr (oder zugleich) könnte es sich dabei auch um eine (Über-)Reaktion handeln, die einer biografischen Situation entspringt, die als auswegslose und nicht beeinflussbare Zwangslage erlebt wird. Dafür spricht, dass die geschilderten Verhaltensweisen, trotz ihrer von außen betrachtet unangemessenen Wertigkeit, offensichtlich anlassbezogen sind und einer verstehbaren Intention folgen.

Ebenfalls offensichtlich ist, dass die medikamentöse Behandlung zu einer oberflächlichen und rein physisch wirksamen Disziplinierung und Anpassung des Verhaltens von Bernd Groß führt. Im Kern bleibt er bei seinen Auffassungen, selbst bei einem durch die Medikamente bewirkten Zustand physio-psycho-motivationaler Schwächung bzw. Dämmung. Es bestehen bei Bernd Groß parkinsonähnliche Nebenwirkungen, die auf starke und anhaltende Gaben von hochwirksamen Neuroleptika (Haloperidol?) schließen lassen.

Zu hinterfragen wäre der Umgang des professionellen Umfelds mit seinen, auch von den professionellen Bezugspersonen als solchen wahrgenommenen, biografischen Impulsen und

diesbezüglichen Aktivitäten. Er selbst nimmt offensichtlich biografische Fährten auf und vollzieht eigeninitiativ eine Art biografische Selbstaufklärung, wenn nicht Selbsttherapie, die aber von seinem sozialpsychiatrischen Umfeld ausschließlich unter einem symptomatologischen Gesichtspunkt wahrgenommen wird. Selbst wenn die von Bernd Groß eingeleiteten Aktivitäten Ausdruck psychotischer Schübe wären, hätte man die damit verbundenen, offensichtlich sinnhaften und intentionalen Deutungen ernst zu nehmen, auch wenn sie teilweise wahnhaft wären (wofür es wenig ausgesprochene Anhaltspunkte gibt). Sie könnten durchaus den Ansatzpunkt bilden für eine, mindestens flankierende, psychotherapeutische, Biografiebezogene Unterstützung. Möglicherweise könnte man versuchen, eine Wohnform in seiner Herkunftsregion zu finden und sei es nur, um ihm zu signalisieren, dass man seine Wünsche ernst nimmt. Es muss in diesem Zusammenhang auch darauf hingewiesen werden, dass die berichteten Übergriffe niemals grundlos waren, sondern immer aus der jeweiligen Situation heraus verständlich und lediglich in ihrer affektiven Intensität beunruhigend für die Umwelt sind.

Mit Angeboten im Rahmen der Tagesstruktur kann Bernd Groß offenbar nichts anfangen. Er lässt keinen Zweifel daran, dass er diese im Grunde für läppisch und infantilisierend hält. Es wäre vielleicht auch die Frage zu stellen, ob er irgendeinen Ansprechpartner hat, der beispielsweise auch seiner zum Ausdruck gebrachten nihilistischen Grundorientierung gewachsen wäre. Vermutlich werden Äußerungen von Bernd Groß, wie die unten aufgeführte (Kasten), vom professionellen Umfeld ausschließlich unter dem Gesichtspunkt ihres symptomatischen Charakters betrachtet. Das kann zutreffen oder nicht – in *jedem* Fall wäre es sicher sinnvoll, sie mindestens zugleich oder sogar überwiegend als Ausdruck einer Lebenseinstellung anzusehen und sich ernsthaft mit ihm darüber auszutauschen. Ohne eine solche Haltung ist ein tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis sicher nicht zu begründen. Selbst wenn die Passage ausschließlich Ausdruck psychotischer Prozesse wäre (was durchaus nicht sicher ist), so ist sie in jedem Fall doch Ausdruck einer tiefen Unzufriedenheit, einer extremen existentiellen und sozialen Entfremdung, Unbehaustheit, Ungeborgenheit und Wurzellosigkeit. Sie ist somit auch das genaue Gegenteil dessen, was Otto von Bollnow als anthropologische Struktur des Wohnens ausweist.

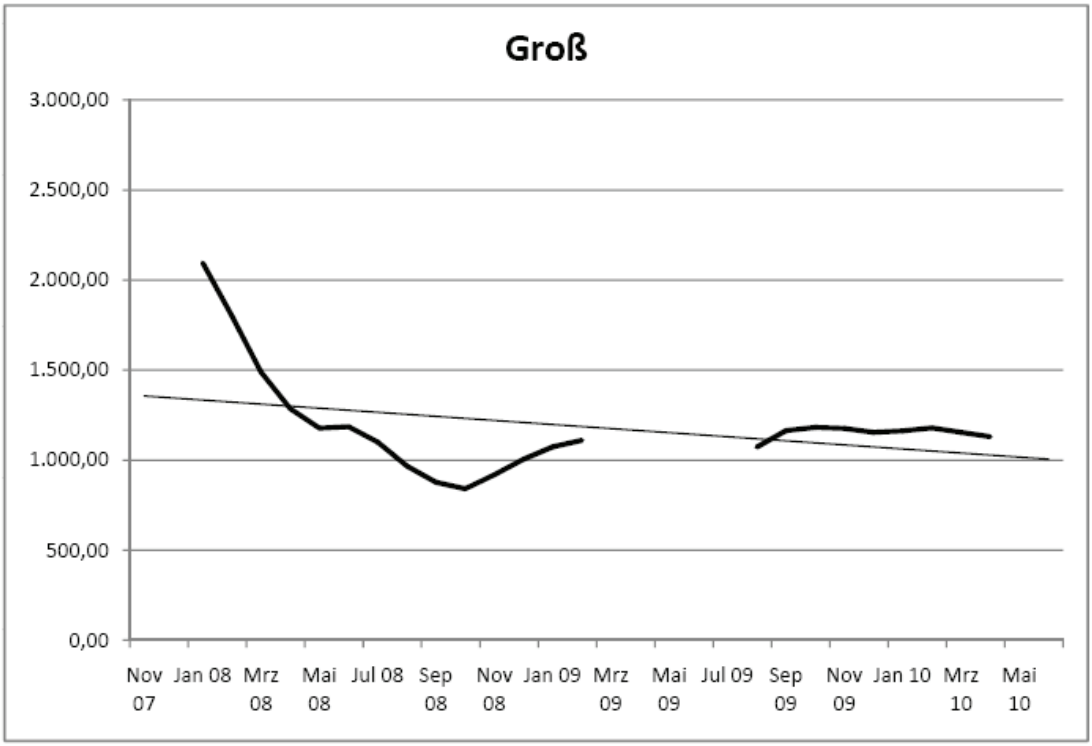
**Veränderungen**

H: Hm <..> haja verändern würd ich schon viel, es gibt schon viele Sachen was mir nicht gefällt so.
I: Ja dann erzählen sie 's [lacht]
H: Die Autos und Motorrad und so Sachen.
I: Also sie hätten gern ein Auto oder <>
H: Nee, ich würd's abschaffen <> so Sachen [lacht]
I: Also sie möchten keine Autos //1/und keine Motorräder /
H: /// hm ja zum Beispiel ja/
I: Also allgemein oder nur hier im Ort nicht?
H: Allgemein.
<..>
I: Ja sind sie ein Umweltaktivist?
H: Mh nee eigentlich nicht.
I: Warum möchten sie des dann abschaffen?
H: Hm <..> ja ich denk halt des isch halt unter anderem halt, es is noch vieles mehr denk ich halt. Insgesamt würd ich halt so ziemlich alles abschaffen, was 'so gibt. Also ich glaub mal zumindest, dass überhaupt nichts allgemein schon mal nichts ist. Das ganze Leben und die ganze Erde und ja was damit zu tun hat. Und sonst wär ich kaum so dabei gewesen, ich denk des war schon typisch irgendwie, dass des so war. <..> ich glaub manchen geht's noch zu gut und vielen geht's halt nicht so gut und manche merken's und manche merken's nicht irgendwie denk ich.

Es könnte sein, dass die Einrichtung mit den Anforderungen, die der Fall von Bernd Groß stellt, möglicherweise überfordert ist. Bernd Groß durchschaut offenbar die dortigen therapeutischen Angebote als eine – so sieht er das wohl – „Pseudotherapie“, die in seiner Wahrnehmung nur dazu diene „Zeit zu füllen“. Er durchschaut auch, dass die im Zusammenhang seiner angeblichen Verselbständigung erbrachten, ihm aus seiner Sicht

aufgezwungenen Hilfen, ebenso wie die zeitweise offenbar überwiegend medikamentöse psychiatrische Behandlung eher seiner Anpassung und Einpassung an im Kern stationäre Routinen dienen.

**5. Kostenverlauf**




## Jörg Haar

*Geboren 1980, vor ProSeLe zwei Jahre im Wohnheim der Sozialpsychiatrie.*

**1. Allgemeines**

1.1 Jörg Haar ist bei Eintritt in das Projekt 28 Jahre alt. Er besitzt den Hauptschulabschluss und hat eine dreijährige Ausbildung als Bürokaufmann absolviert – er arbeitete vier Jahre lang regulär auf dem ersten Arbeitsmarkt. Zurzeit arbeitet er vier Tage in einem Tagwerk und einen halben Tag als Bürokraft in einem Pfarramt.

1.2 Nach mehreren Kinder- und Jugendheimaufenthalten, einer Zeit in einem Berufsinternat und einem Versuch, selbstständig zu wohnen, zieht Jörg Haar 2006 in eine Wohngruppe. Nach zweieinhalb Jahren zieht er mit Hilfe des Projekts in eine 2er WG.

1.3 Es liegen folgende Mehrfachdiagnosen vor: Schizophrenia simplex (F 20.6.), Zwangsstörungen, die nicht näher bestimmt sind (F 42.9) und frühkindlicher Autismus (F 84.0). Von seiner Bezugsperson ist bekannt, dass Jörg Haar sehr empfindlich auf Geräusche reagiert. Er ist zu Projektbeginn in die Hilfebedarfsgruppe 3 eingestuft.

**2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe**

2.1 Die Datenlage basiert auf der Quartalsdokumentation und Gesprächen mit der koordinierenden Bezugsperson.

2.2 Jörg Haar wird 1980 geboren und wächst mit einem Bruder im Elternhaus auf. Seine Mutter ist Grundschullehrerin und sein Vater Schriftsetzer. Wie seine Kindheit verläuft, bleibt unklar. Vermutlich wird hier bereits eine psychiatrische Diagnose gestellt. Mit zwölf Jahren (1992) wird er in eine Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Schwarzwald aufgenommen. Dort bleibt er zwei Jahre lang und zieht danach in eine Wohngruppe in der Nähe seines Elternhauses. Nach einem Jahr wechselt er erneut den Wohnort und zieht in ein Jugendheim am Rande des Schwarzwaldes. Wahrscheinlich macht er in dieser Zeit seinen Hauptschulabschluss, denn ab 1996, also mit 16 Jahren, nimmt er an einer Berufsvorbereitenden Maßnahme einer dort ansässigen Kaufmännischen Schule teil.

2.3 Diese Maßnahme schließt er 1998 ab, zieht im Anschluss zurück ins Elternhaus und beginnt eine Ausbildung zum Bürokaufmann beim Internationalen Bund. Nach drei Jahren schließt er sie erfolgreich ab und findet einen Arbeitsplatz in seinem Berufsfeld. Sein Zustand scheint in dieser Zeit labil zu sein. Während seiner Arbeit in einer Verwaltung wird er mehrmals in eine psychiatrische Landesklinik – teilweise für mehrere Monate – eingewiesen. In dieser Zeit zieht er vom Elternhaus aus und wohnt in einer Dachgeschosswohnung von Verwandten. Die Krisenhaftigkeit nimmt nicht ab und es kommt Anfang 2005, mit zwei aufeinander folgenden Aufnahmen in die psychiatrische Klinik von ein bzw. neun Monaten, zum Abbruch seines Arbeitsverhältnisses. Nach seiner Klinikentlassung im Februar 2006 wird er in eine Wohngruppe aufgenommen, aus der er zwei Jahre später, im Juli 2008 mit Beginn von ProSeLe in eine Zweier-WG umzieht.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Grund für seinen Beitritt in das Projekt ist nach Angaben der Bezugsperson sein starker Wunsch nach einem selbstständigen Leben, ohne auf Betreuung verzichten zu müssen. Außerdem wünscht er sich eine ruhige Umgebung in einer kleineren Wohngemeinschaft.

3.2 Jörg Haar zieht im Juli 2008 in eine Zweier-WG ein. Bereits wenige Wochen später kommt es zu ersten Konflikten mit dem Mitbewohner – Jörg Haar fühlt sich von zu lauten Geräuschen gestört. In den Unterlagen ist vermerkt, dass Wochenendbesuche bei den Eltern die Wohnsituation entschärfen, weil er dort zur Ruhe komme. Dennoch ereignet sich ein Vorfall, bei dem er in der eigenen Wohnung mutwillig Gegenstände zerstört. Er wird daraufhin für einen Monat in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Im März 2009 zieht er in eine eigene Wohnung. Aber auch hier gibt es Konflikte mit der Lautstärke und Jörg Haar muss wieder in eine psychiatrische Klinik. Nach seiner Rückkehr im Mai zieht er wieder zurück in die Zweier-WG, weil er scheinbar in der anderen Wohnung nicht mehr bleiben möchte. Es kommt wieder zu Konflikten und einem weiteren Klinikaufenthalt. Im Winter 2009 eskaliert die Situation und die Wohnung wird nach einem erneuten Vorfall, bei dem Herr Haar ein Fenster einwirft, gekündigt.

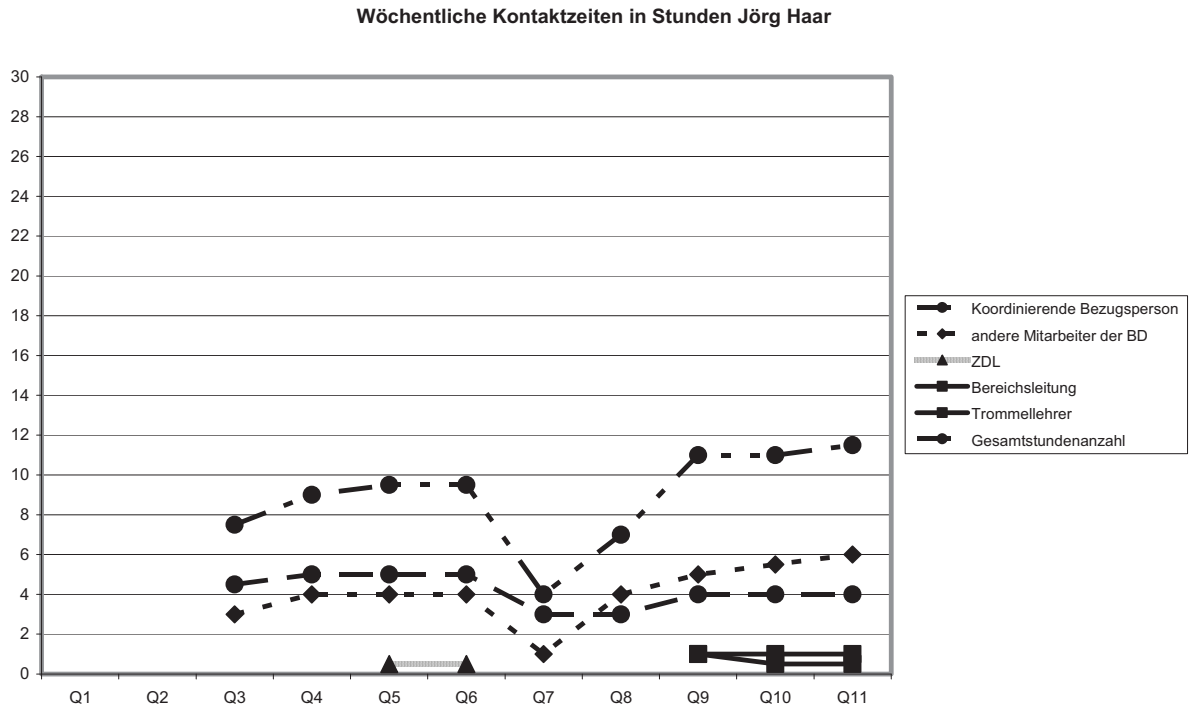
Anschließend wohnt er wieder in einer Wohngruppe. Auch hier scheint sich die Situation nicht zu beruhigen. Es kommt zu Zwischenfällen, bei dem er unter anderem einen Mitbewohner verletzt. Im Sommer 2010 gibt es einen (vorübergehenden) Zuständigkeitswechsel: Er wird stationär versorgt. Die Wohnungssituation ist in diesem Zeitraum derart angespannt, dass Herr Haar kurzfristig in einem Notquartier innerhalb der Einrichtung untergebracht werden muss.

Herr Haars Wille, selbstständig zu wohnen, scheint nach wie vor hoch. Er nimmt die Wohnungssuche selbst in die Hand, mit dem Ziel wieder ins ambulant betreute Wohnen überzugehen und wieder in einer eigenen Wohnung zu leben. Im Zusammenhang mit der zunächst erfolglosen Wohnungssuche kommt es in diesem Zeitraum zu größeren Schwankungen seines Wohlbefindens. Herr Haar verbringt einige Zeit bei den Eltern, was wohl als Rückzug in eine sichere Umgebung in einer für ihn mit vielen Unsicherheiten behafteten Zeit zu betrachten ist. Im November 2010 erhält Herr Haar eine Zusage für eine eigene Wohnung und zieht um. In dieser Wohnung, in der er alleine wohnt und keine

Nachbarn über und unter sich hat, fühlt er sich zwar erneut durch Geräusche gestört, scheint sie aber eine gewisse Zeit tolerieren zu können.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Herrn Haar konzentriert sich lange Zeit auf die Bewältigung von Stress und Krisen. Hier scheint ein durchgehend hoher Bedarf vorzuliegen. In anderen Bereichen braucht er nur punktuell Unterstützung, kann die Aufgaben alleine oder mit geringer Hilfe erledigen. So kann er sich größtenteils selbst versorgen, braucht aber im Haushalt im Bereich „Umgang mit Haushaltsgegenständen“ mehr Unterstützung. Bei der Betrachtung des Verlaufs ist erkennbar, dass einige Bereiche seit der Eskalation in der Zweier-WG und in der Wohngruppe (Q8) eine deutliche Bedarfssteigerung aufweisen, etwa die Bereiche der Interaktion mit Behörden und anderen Dienstleistern, Freizeitgestaltung, Selbstversorgung/Gesundheit und Mahlzeiten sowie Alltagsroutine. Im Bereich der intimen und familiären Beziehungen besteht ein geringer und zum Ende hin schließlich kein Hilfebedarf, bei informellen Beziehungen ein mittlerer Bedarf.

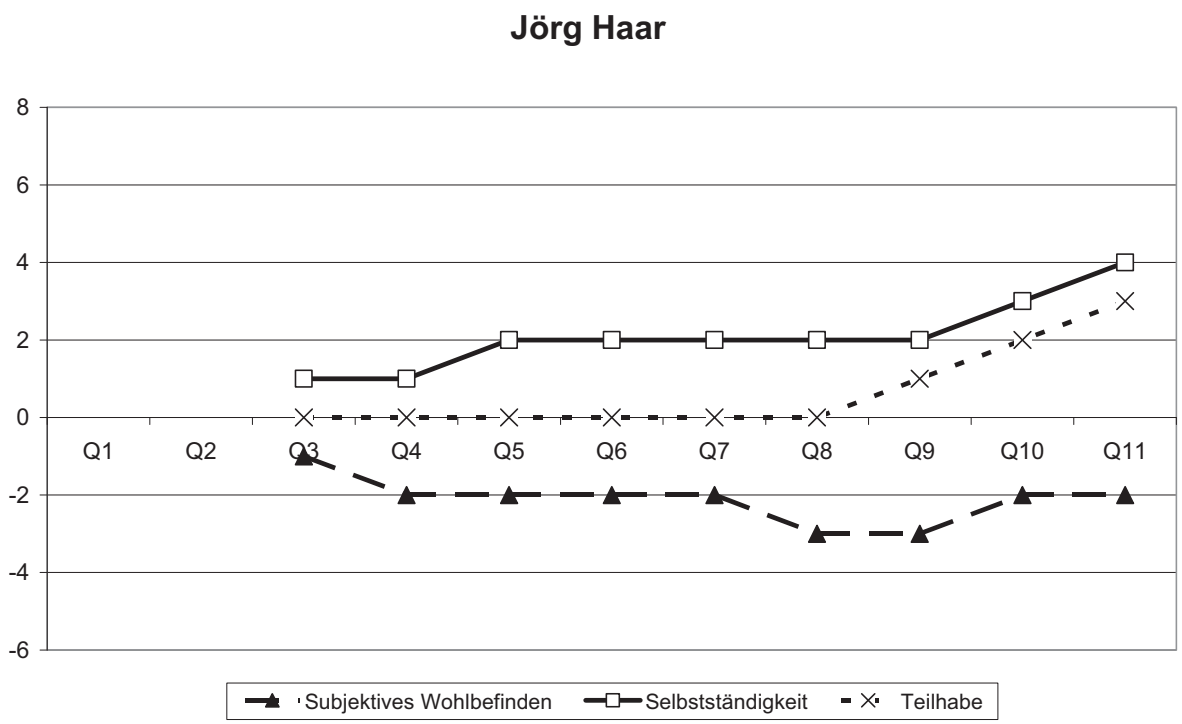
| **Jörg Haar** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |




Die **Hilfeerbringung** steigert sich im Projektverlauf von siebeneinhalb Stunden auf elf Stunden pro Woche. Am Projektende wird er von seiner Bezugsperson (vier Std./Woche), einer anderen Mitarbeiterin (fünfeinhalb Stunden/Woche), einem Trommellehrer (eine Std./Woche) und der Bereichsleitung (eine halbe Std./Woche) unterstützt. Es gibt seinen sehr engen Wochenplan mit täglichen Kontakten.

Herr Haars **soziale Kontakte** beschränken sich auf die Mitarbeiter der Einrichtung, Kollegen des Tagwerks und seine Eltern. Laut seiner Bezugsperson befindet sich Herr Haar in einer Art sozialen Isolation, aus der er wegen seinen autistischen Verhaltensweisen auch nur schwer herauskomme. Die Aktivierung weiterer Kontakte konnte innerhalb des Projektes nicht erreicht werden. Sein Sozialverhalten sei nur schwer vermittelbar[54]. In den Unterlagen ist durchgängig sein Wunsch notiert, eine Partnerin zu finden.

[54] Laut seiner Bezugsperson grüßt Herr Haar nicht und läuft mit gesenktem Kopf.




Betrachtet man sein Wohlbefinden, seine Teilhabe und seinen Selbstständigkeitsverlauf ist eine geringe Entwicklung feststellbar. Bis Ende 2009 laufen die Dimensionen parallel zueinander auf konstantem Niveau und steigen dann alle leicht an. 2010 nehmen Selbstständigkeit und Teilhabe zu. Diese von der Bezugsperson angegebenen Entwicklungen spiegeln nur am Rande die häufigen „Eskalationen“ wieder. Er fühlt sich aufgrund der unbefriedigend gelösten Wohnsituation nicht besonders wohl. Warum die Teilhabe ab Q9 steigt und bis zum Projektende anhält, lässt sich nicht rekonstruieren.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Jörg Haars WohnBiografie ist durch wiederholte Krisen geprägt, die oftmals die Aufnahme in eine Klinik zur Folge hatten. Nach unserem Kenntnisstand beginnt diese Krisenhaftigkeit spätestens mit der Pubertät – sein mehrmaliger Wohnortswechsel während der Schulzeit könnte auch auf einen frühen Zeitpunkt hindeuten. Er sucht sowohl auf beruflicher, als auch auf familiärer Ebene die Selbstständigkeit und scheint sich dabei zu überfordern.

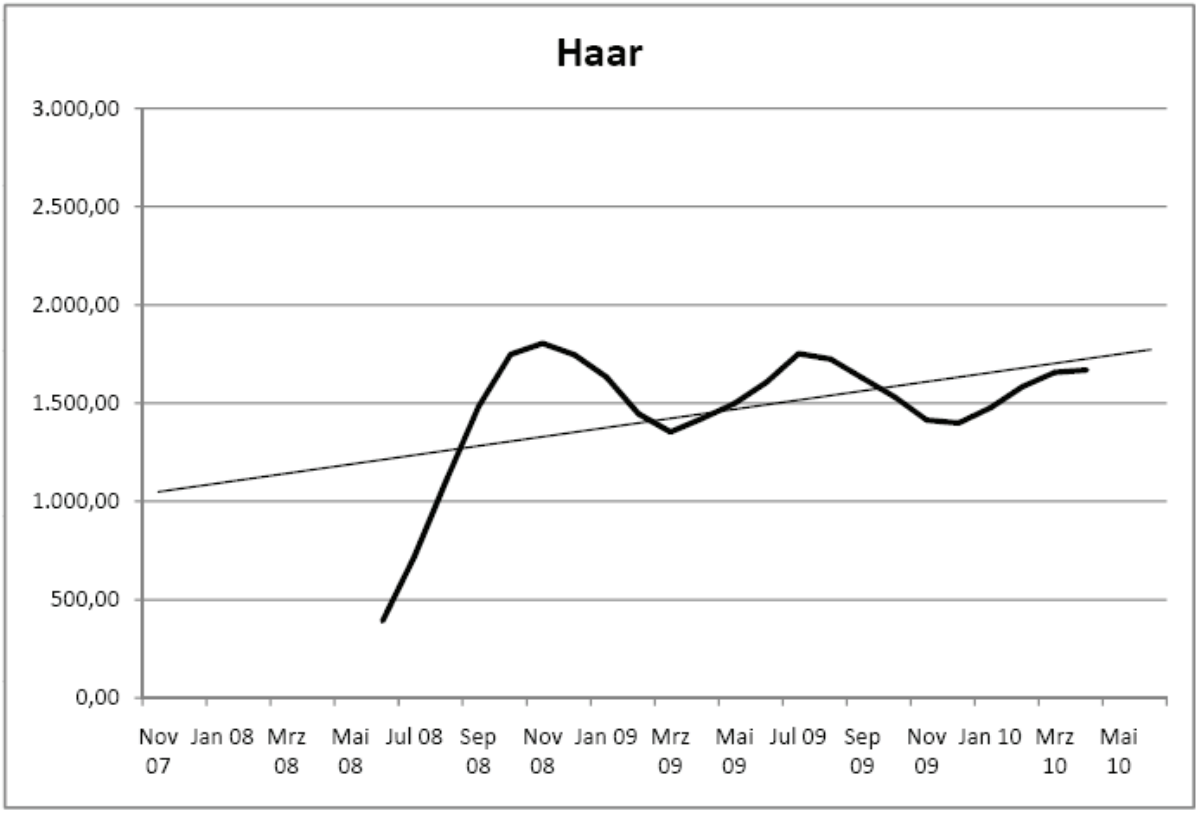
Jörg Haar möchte, so die Bezugsperson, sich und besonders auch seinen Eltern beweisen, dass er alleine wohnen kann. Vorbild sei sein Bruder. Damit setze er sich selbst unter Druck und überfordere sich teilweise. Nachdem er schon einmal alleine im Haus seiner Tante gelebt hatte, musste er wieder in eine psychiatrische Klinik. Jetzt habe er Angst erneut zu scheitern. Seine vielen Klinikaufenthalte zeugen von einer labilen psychischen Konstitution. Das Projekt kam für ihn zu einem richtigen Zeitpunkt, da er nun mit mehr Unterstützungsmöglichkeiten seinen Wunsch nach einer eigenen Wohnung umsetzen konnte. Die Mitarbeiter betonen, dass sein Wille alleine zu wohnen ohne das Projekt nur schwer umsetzbar gewesen wäre, weil sein Unterstützungsbedarf die Sicherheit flexibler Hilfen und deren Finanzierung voraussetzt. Ohne diese beiden Faktoren (Wille und Projektbeginn) wäre ein Umzug in die eigene Wohnung nicht in Frage gekommen.

Die Krisenhaftigkeit nahm jedoch nicht ab, sondern gewann während des Projekts fast schon eine neue Dynamik mit mehreren Eskalationen. Seine Geräuschsensibilität scheint sehr massiv. Unklar bleiben die Ursache und die Frage, ob sich dahinter möglicherweise ein unbekanntes Problem verbirgt. Hier wäre es lohnend herauszufinden, welche therapeutischen Möglichkeiten bestehen, da die Symptomatik die Integrationsmöglichkeiten

im Bereich des Wohnens massiv beeinflusst.

Trotz zweier erfolgloser Auszugsversuche gibt seine Bezugsperson an, dass Herr Haar wesentliche Fortschritte gemacht habe. Während es ihm bspw. in der ehemaligen Wohngruppe morgens nicht gelungen sei, selbstständig aufzustehen und seine Medikamente zu nehmen, könne er seinen Tag zwischenzeitlich ohne Unterstützung strukturieren – wohlgemerkt in einem eng geplanten Setting mit Wochenplan und täglichen Kontaktzeiten. In seiner letzten Wohnung habe er selbst eingekauft und brauchte etwas Unterstützung beim Kochen. Zurzeit versucht er seine emotionalen Anspannungen mit therapeutischer Hilfe zu kanalisieren und kann jederzeit spontan in der Klinik vorbeikommen, um „Druck“ abzulassen. Inwiefern seine neue Wohnung (seit November 2010) seinen Wunsch selbstständig zu leben erfüllen kann, muss offen bleiben.

**5. Ausgabenverlauf**



# Franz Kipp

*Geboren 1977, vor Projektteilnahme 13 Jahre in stationärer Wohngruppe.*

Anmerkung:
Die Vignetten der beiden Brüder Otto Kipp und Franz Kipp beinhalten teilweise identische Formulierungen. Trotz ihres Altersunterschieds bilden sie offenbar zeitlebens eine enge Symbiose. Auch in ProSeLe leben sie zusammen in einer Wohnung. Über beide Brüder ist nur sehr wenig bekannt, sie sind sowohl den MitarbeiterInnen als auch den Interviewern gegenüber sehr einsilbig. Das zweite Interview wird zusammen geführt. Der gesamte bisherige Lebenslauf lief weitgehend parallel bzw. Unterschiede sind aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen nicht erkennbar.

## 1. Allgemeines

1.1 Franz Kipp wurde 1977 geboren. Er hat eine Sonderschule besucht, ohne einen Hauptschulabschluss zu erreichen. Nach der Schule absolvierte Franz Kipp den Arbeitstrainingsbereich (heute: Berufsbildungsbereich) einer WfbM und arbeitet seitdem in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Er ist ledig, ohne Partnerbeziehung und lebt im Rahmen von ProSeLe mit seinem Bruder in einer Wohnung zusammen. Die Eltern der beiden Brüder sind verstorben, es gibt noch drei weitere Geschwister, zu denen gelegentlich Kontakte bestehen.

1.2 Franz Kipp und sein Bruder haben vor Eintritt in ProSeLe insgesamt 13 Jahre in einer stationären Wohngruppe des Projektträgers gewohnt.

1.3 Franz Kipp gilt als geistig behindert, er hat einen Schwerbehindertenausweis (100%), bezieht eine EU-Rente und ist in die Hilfebedarfsgruppe 3 eingestuft worden (HMBW). Er unterliegt einer gesetzlichen Betreuung für alle Aufgabenkreise.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Über den Lebenslauf von Franz Kipp ist, wie auch zu dem seines Bruders, über biografische Eckdaten hinaus wenig bekannt. Die Interviews verlaufen schleppend, beide Brüder sind extrem einsilbig, sie geben sich unsicher, können sich an wenig erinnern bzw. geben das vor. Vielfach werden keine eigenen Worte verwendet, sondern lediglich die Frageformulierungen des Interviewers aufgegriffen und im Indikativ wiederholt oder es wird mit „Ja“ und „Nein“ oder sehr pauschalen Bewertungen („war gut“, „war okay“) geantwortet. Es kommt mit wenigen Ausnahmen nicht zu narrativen Passagen. Selbst bei der Erwähnung/Nennung von erwartbar emotional besetzten Themen, wie etwa dem Tod der Mutter/Eltern, bleibt insbesondere Otto Kipp distanziert und neutral. Beide Brüder – Otto Kipp noch etwas ausgeprägter als sein jüngerer Bruder – zeigen im Interview einen Habitus extremer Verschlossenheit kombiniert mit einer (demonstrativen?) Unwissenheit. Diesen Habitus der Vermeidung von kommunikativer Festlegung nehmen auch die MitarbeiterInnen (als erhebliche Erschwernis ihrer Arbeit) wahr. Bei sehr vielen Antworten, die ins Ungefähre zielen, fügt Otto Kipp z.B. ein „i glaub“, „glaub <i>“ o.ä. an. Sogar auf die Frage, ob seine Schwester/sein Bruder jünger/älter sind, antwortet er mit einem „älter/jünger glaub“. Auf die Frage nach seinem Alter sagt er, wie auch auf eine Reihe anderer Fragen nach scheinbar trivialen Details, „weiß i nit auswendig“. Franz Kipp verwendet durchgängig die Formulierungen „bissle“, „schon e bissle“, wie zum Beispiel „die Leut hen scho e bissle genervt“; „Des is für mich n bissle wichtig bissle andere andere Umgebung reinbringen ins Leben.“, „Da hanne is schon bissle andere Umgebung“. „Dahanne war bissle anders“. [55]

Immerhin finden sich in den Gesprächen mit Franz Kipp einige Passagen, in denen dieser auch nicht direkt durch die Fragestellung nahe gelegte Stellungnahmen produziert. An einer

[55] Die Frage wäre zu stellen, welche(s) sozialisatorische(n) Milieu(s) mit einem derartigen Habitus komplementär sein könnten. Diese Art der Formulierung verzichtet nahezu völlig auf eigene Worte, sie vermeidet, wie gesagt, Eigen- und Fremdfestlegungen und sie verringert die (direkten) Zumutungen an den anderen scheinbar auf ein Minimum. Sie reduziert den Neuheitswert von Mitteilungen: Alles ist nur „ein bissle“.

Stelle sagt er, dass ihm die Mutter fehle. Dabei handelt es sich um die einzige Interviewpassage, in der eine affektive Reaktion (in lautem Ausatmen), bzw. eine subjektive Befindlichkeit zum Ausdruck gebracht wird, die in der Formulierung nicht direkt durch eine Frage des Interviewers nahe gelegt wird.

I: Ja und dann was mich noch interessieren würd, ihre Mutter, an was erinnern se sich denn da noch? Die is ja relativ früh gestorben, also wenn sie da an ihre Mutter denken fällt ihnen da noch was ein, an was können se sich da noch erinnern?

K: [atmet laut aus] Des wär mein Wunsch, dass die jetzt noch leben dät. Aber des geht leider nicht mehr.

I: Also ihre Mutter fehlt ihnen immer noch.

K: Ja.

2.2 Franz Kipp und sein Bruder stammen aus einer kinderreichen, vermutlich sozial marginalisierten, Familie mit insgesamt sechs Kindern. Franz Kipp ist das jüngste Kind, er hat insgesamt vier ältere Brüder. Von dem ältesten Bruder ist nur bekannt, dass er heute in einer stationär betreuten, sozialpsychiatrischen Wohngruppe lebt. Nach ihm wurde Otto Kipp geboren, mit dem Franz Kipp heute zusammen wohnt, zwei weitere Brüder wachsen in einer Pflegefamilie auf, haben heute Familie und arbeiten in handwerklichen Berufen, eine Schwester lebt im ambulant betreuten Wohnen des Projektträgers.

Alle wachsen in einem relativ abgelegenen, sehr kleinen Dorf in ländlicher Umgebung (Hochfläche eines Mittelgebirges) auf, der ein Teilort der Kleinstadt ist, in der die Brüder heute wohnen. Der genaue Beruf des Vaters ist unklar, er war wohl im handwerklichen Bereich tätig. Der Vater verstirbt vermutlich um 1980 herum, Otto Kipp dürfte damals in der Pubertät gewesen sein (ca. zwölf bis 14 Jahre alt). Auf die Ursache seines Todes angesprochen, sagt Otto Kipp, dass sein Vater ein „Alkoholiker war“, „der hät viel dudlet“. Der Vater ist sehr aggressiv gegenüber den Kindern. Es scheint dabei zu Misshandlungen zu kommen, etwa in er Form, dass der Vater Zigaretten auf der Hand von Otto Kipp ausdrückt.[56] Dafür spricht auch der Umstand, dass die beiden anderen Brüder in Pflegefamilien kommen. Allerdings ist unklar, aus welchem Grund die drei anderen Kinder in der Familie verbleiben.

Die Mutter sei, laut einer Äußerung eines nicht in der Familie aufgewachsenen Bruders, „nicht so helle“. Otto Kipp weist im Interview darauf hin, die Mutter habe einen hohen Blutdruck gehabt („dass se jetzt dran g'storbe isch, des weiß i jetzt it.“).

Diese Informationen zusammen genommen, legen das Bild einer hoch problematischen und mit ziemlicher Sicherheit sozial marginalisierten und isolierten Familie nahe. Auf die Frage, ob sie Freundschaften gehabt hätten, antwortet Franz Kipp lapidar „noi net so, eher weniger“. An einer Stelle sagt er, sie hätten keine Freunde gehabt.

Der Vater verstirbt vermutlich um 1980 herum, Franz Kipp sagt, dass er keine Erinnerung an ihn habe („Da hab i den leider nimmer so gekennt <> i war no klei da ham ich keinen, nich gekannt. - I: Also der is auch gestorben oder? K: No der isch au g'storben. Aber da hab i <> i war no <> da war i no klein“). Weder seinen Beruf, noch sonst ein Detail kann oder will er nennen.

1994 kommt es zum Tod der Mutter. Sie wird von Franz Kipp (damals 17 Jahre alt) tot in der Küche liegend aufgefunden, als er von der Schule nach Hause kommt („Da ist sie schon gelegen“). Zumindest die beiden Brüder Franz und Otto, sowie die Schwester kommen wegen des Todes der Mutter zusammen und gleichzeitig in ein Heim des Projektträgers. Offenbar gibt es keine weiteren Bezugspersonen. Seit 1994 wohnt Franz Kipp zusammen

[56] Laut einer Äußerung Otto Kipps der Mitarbeiterin gegenüber.

mit seinem Bruder in einer stationär betreuten Wohngruppe in einem Heim des Projektträgers. Dabei hat jeder der beiden Brüder sein eigenes Zimmer.

2.3 Franz Kipp absolviert – in völliger Parallelität zum Lebenslauf seines Bruders – 1997 den Arbeitstrainingsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen, zunächst im Metallbereich, später im Bereich Holzbearbeitung. Zwei Jahre später wird er in den Arbeitsbereich aufgenommen, in dem er bis heute beschäftigt ist.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Mitte 2007 kommt es dann zum Umzug in die derzeitige Wohnung, zunächst im Rahmen einer Maßnahme zum Wohntraining, dann innerhalb von ProSeLe. Sie liegt zentral in der Kleinstadt, Einkaufsmöglichkeiten, Freizeitangebote sowie Fachdienste sind zu Fuß erreichbar, ebenso die bisherige stationäre Einrichtung.

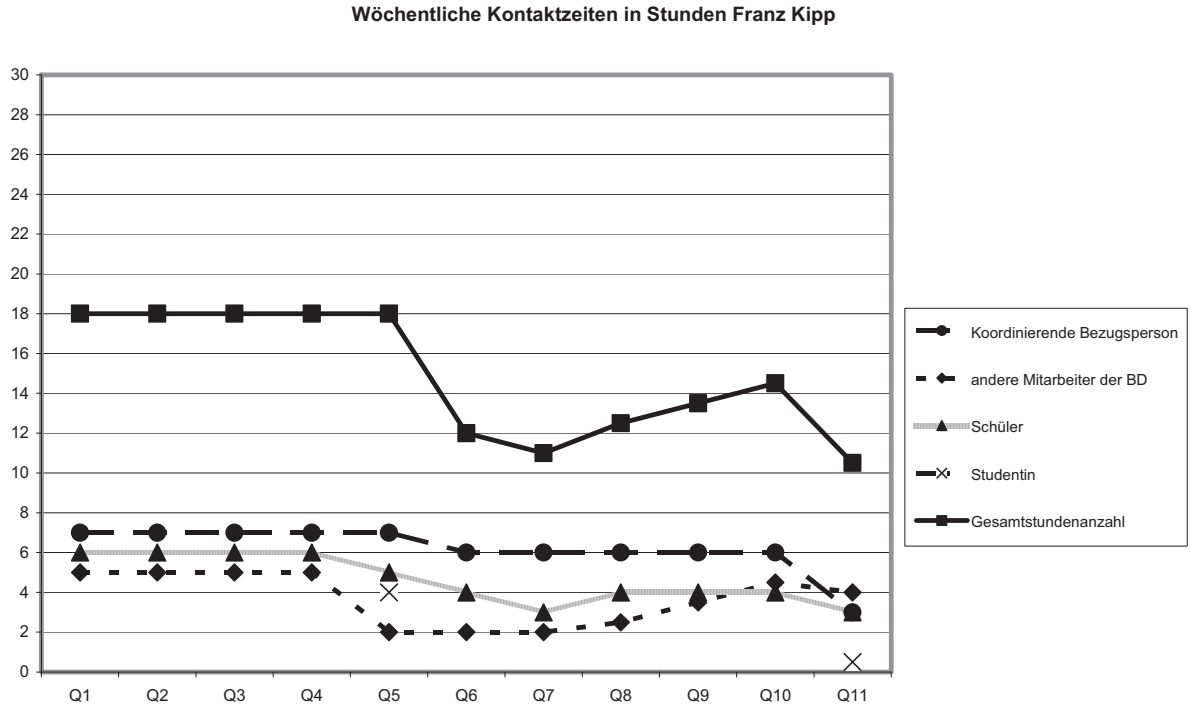
3.2 Die Wohnung befindet sich einem Mehrfamilienhaus und verfügt über zwei Stockwerke. Im unteren Stockwerk liegen Wohnzimmer und Küche, im oberen Stockwerk, mit einer Wendeltreppe zugänglich, sind die beiden Schlafzimmer. In den Interviews gibt Otto Kipp an, dass die Mehrzahl der Möbel vom Vormieter übernommen werden konnten („Äh, die waret scho drin“). Die Pflanzen stammen scheinbar von der KBP. Lediglich die beiden Fernseher wurden dazu gekauft.

3.3 Der **Unterstützungsbedarf** von Franz Kipp wird, wie auch der seines Bruders Otto, als sehr umfassend angesehen: Er kann nur rudimentär lesen und schreiben, daher müssen alle diesbezüglichen Anforderungen stellvertretend übernommen werden. Im Vordergrund stehen insofern alle Interaktionen mit externen Personen (Behörden, Dienstleistern) und die Erledigung von Geldgeschäften, wobei Franz Kipp mittlerweile mit der Geldkarte selbst abheben kann. Bei der unmittelbaren Selbstversorgung (Waschen, Kleiden, Essen/Trinken, Zubereiten von Mahlzeiten, Einkaufen) besteht kein oder nur leichter Unterstützungsbedarf. Ein von den MitarbeiterInnen wahrgenommenes Problem besteht in der Tendenz zur ungesunden Ernährung.

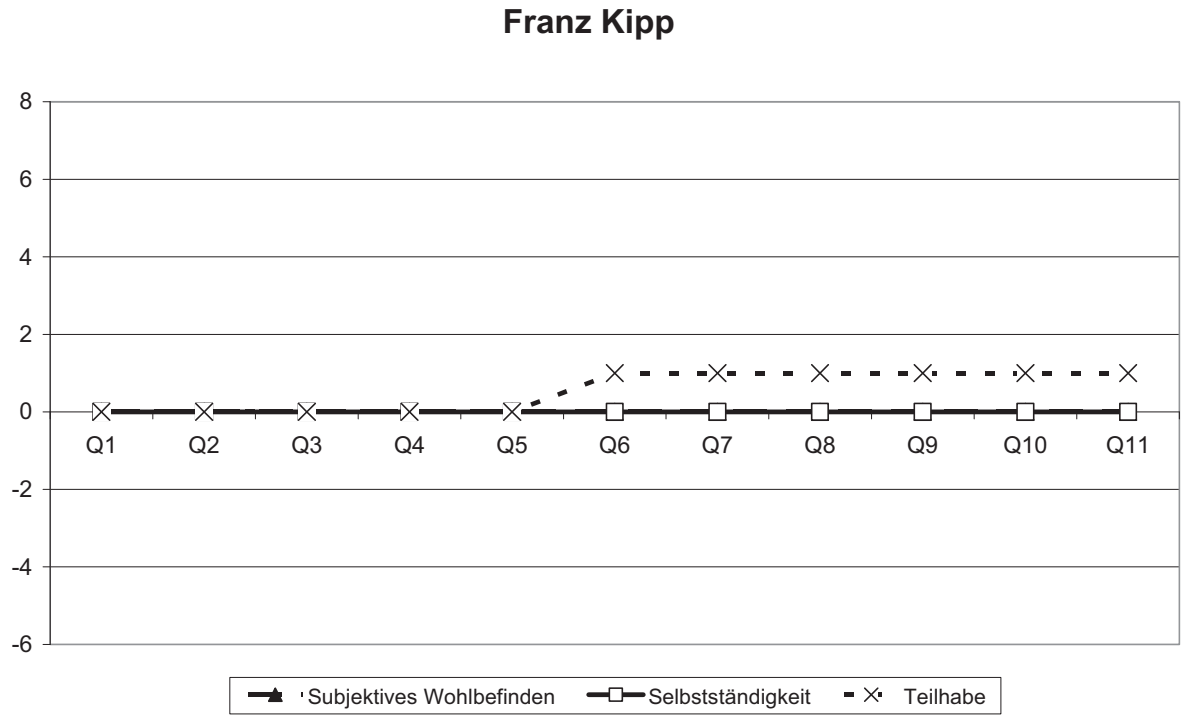
Dagegen sehen die MitarbeiterInnen bei komplexeren haushaltsbezogenen Tätigkeiten erhöhten Unterstützungsbedarf (der in den letzten drei Quartalen eher noch zugenommen hat) bzw. mangelnde Motivation bei der Erledigung. Hier verlässt sich Franz Kipp zum Teil darauf, dass diese durch den Bruder erledigt werden. Hoher Hilfebedarf besteht auch in informellen und familiären Beziehungen. Kein Hilfebedarf zeigt sich beim Thema Partnerschaft.

| **Franz Kipp** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

Durch die Routinisierung von Alltagstätigkeiten ergibt sich für die **Hilfeerbringung** ein Rückgang des Stundenaufwands von 17 Std./Woche auf 14,5 Std./Woche. Während die KBP kontinuierlich sechs Std./Woche übernimmt, verringert sich zeitweise die Unterstützung durch andere Mitarbeiter, welche sich jedoch wieder gegen Ende des Projektes annähernd auf das Ausgangsniveau erhöht. Herr Kipp wird fast über die komplette Projektlaufzeit zusätzlich von einem Schüler bzw. einem Studenten unterstützt (drei bis fünf Std./Woche). Nach Projektende verringert sich die Anzahl der wöchentlichen Kontakte mit der koordinierenden Bezugsperson auf die Hälfte.




Wie beim Bruder bleibt der **Hilfebedarf,** insbesondere im Bereich der Interaktion mit Behörden und Dienstleistern – schon wegen der nicht vorhandenen Lesekompetenz - gleichbleibend (hoch). Nach dem Projektende verringern sich auch bei ihm die Anzahl der wöchentlichen Kontakte mit der koordinierenden Bezugsperson auf die Hälfte.




Bezüglich der Entwicklung von Selbstständigkeit und Teilhabe ergibt sich andeutungsweise eine Art Arbeitsteilung zwischen Otto Kipp und seinem Bruder Franz. Während bei Otto Kipp eher Selbstständigkeitszugewinne zu verzeichnen sind, dagegen eine stagnierende bis zurück gehende Entwicklung der Teilhabe, ist es bei seinem jüngeren Bruder in der Tendenz eher umgekehrt. Er wird – zumindest im Vergleich mit dem Bruder – als etwas kommunikativ

kompetenter wahrgenommen, bei ihm ergibt sich ein deutlicherer Teilhabezuwachs als beim Bruder. Allerdings stagniert die Entwicklung von Selbstständigkeit, teilweise kommt es sogar zu einem Anstieg des Unterstützungsbedarfs im Haushalt.

Franz Kipp hat ein äußerst eingeschränktes Spektrum an **sozialen Kontakten**. Dominierend ist die Beziehung zum Bruder, sie unternehmen nach ihren eigenen Angaben auch in der Freizeit viel miteinander. Beide geben übereinstimmend zu verstehen, dass sie wenig Interesse an (einer Ausweitung von) sozialen Kontakten haben, weder im Rahmen der Freizeitgestaltung noch mit Nachbarn. Auch Franz Kipp nimmt nach Angaben der Bezugsperson von sich aus wenig Kontakt/Kommunikation zu anderen Menschen auf, wenngleich er etwas offener ist als sein Bruder. Im Rahmen der von der Institution gesicherten Freizeitaktivitäten kommt es zu Kontakten mit der ehemaligen Wohngruppe. Etwa einmal im Monat gibt es Kontakt der beiden Brüder mit ihrer Schwester, die ebenfalls in einer (ambulant betreuten) Wohnmaßnahme lebt. Sehr selten (jährlich) sehen sie ihre beiden anderen Brüder, anlässlich von Geburtstagen. Diese Treffen gehen auf Initiative einer Mitarbeiterin zurück. Diese berichtet, dass die Treffen dann immer sehr nett gewesen seien, allerdings habe sich daraus nichts Weitergehendes ergeben. Es würde von sich aus weder von der einen noch der anderen Seite etwas unternommen, um darüber hinaus einen Kontakt zu halten oder herzustellen, sondern nach dem Motto verfahren „Aus den Augen, aus dem Sinn“.

Einer dieser beiden Brüder, der in einer Pflegefamilie aufgewachsen ist, lebt mit seiner Familie in einem ebenfalls sehr kleinen Nachbarort des Heimatdorfs auf der Hochfläche des Mittelgebirges etwa 13 Autominuten (12 km) sowohl vom jetzigen als auch vom früheren Wohnort der Brüder entfernt. Er ist wohl, wie auch der andere in einer Pflegefamilie aufgewachsene Bruder, als Handwerker (Fliesenleger/Bauarbeiter) tätig.[57] Das Missverhältnis von sozialer und geographischer Distanz kommt in der Aussage von Franz Kipp zum Ausdruck, der Bruder wohne „ewig weg“.

Die Freizeitaktivitäten sind teilweise institutionell organisiert: Franz Kipp beteiligt sich zusammen mit seinem Bruder an Ausflügen und Urlaubsfahrten der ehemaligen Wohngruppe. Teilweise finden sie (z. T. mit dem Bruder) in der häuslichen Umgebung statt: Fernsehen, DVD/Videos schauen. Auch bei Franz Kipp wird, wie bei seinem Bruder, ein Bewegungsdefizit registriert, was am Ende des Projekts zu einer Gewichtszunahme führt. Allerdings fährt Franz Kipp häufiger Fahrrad und spielt auch in einer Fußballmannschaft der Einrichtung mit. Gelegentlich begleitet ihn der Bruder beim Radfahren. Im letzten Quartal von ProSeLe kommt es zu einem Fahrradunfall, dessen Umstände sich nicht genau aufklären lassen, weil die Brüder sich (wie bei anderen Gelegenheiten) „bedeckt halten“.

### 4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts

Insgesamt ergibt sich am Projektende ein stabilisierte Wohn- und Lebenssituation der beiden Brüder, die aber nach wie vor von den mit dem Unterstützungssystem verbundenen sozialen Netzwerken bestimmt ist. Es gibt, außer den beiden nicht betreut lebenden Brüdern, wenig sichtbare Anknüpfungspunkte für sozialraumorientierte Arbeit. Wenn es sich als zutreffend heraus stellt, dass der ältere Bruder stabil im Herkunftsmilieu verwurzelt ist, wäre durchaus die Frage zu stellen, ob eine weitere Reaktivierung und Nutzung dieser Bindungen möglich erscheint. Allerdings scheint die Entfremdung, die sich ja auch in der Äußerung von Franz Kipp dokumentiert, der Bruder wohne "ewig weg", beträchtlich. Vielleicht könnte man mit dem Verweis auf die Wichtigkeit von gewachsenen Sozialbeziehungen in einer durch die ambulant betreute Wohnform entstandenen neuen Lebensphase von Otto und Franz Kipp versuchen, bei dem, nahe dem Heimatort der Familie lebenden, Bruder etwas mehr

[57] Dieser ist nach wie vor Mitglied im Schützenverein des Herkunftsdorfes und wurde 2008 für 25-jährige treue Mitgliedschaft geehrt. Demnach wäre er 1983 in den Verein eingetreten, im 10. Jahr der Einweihung der vereinseigenen Schießanlage.

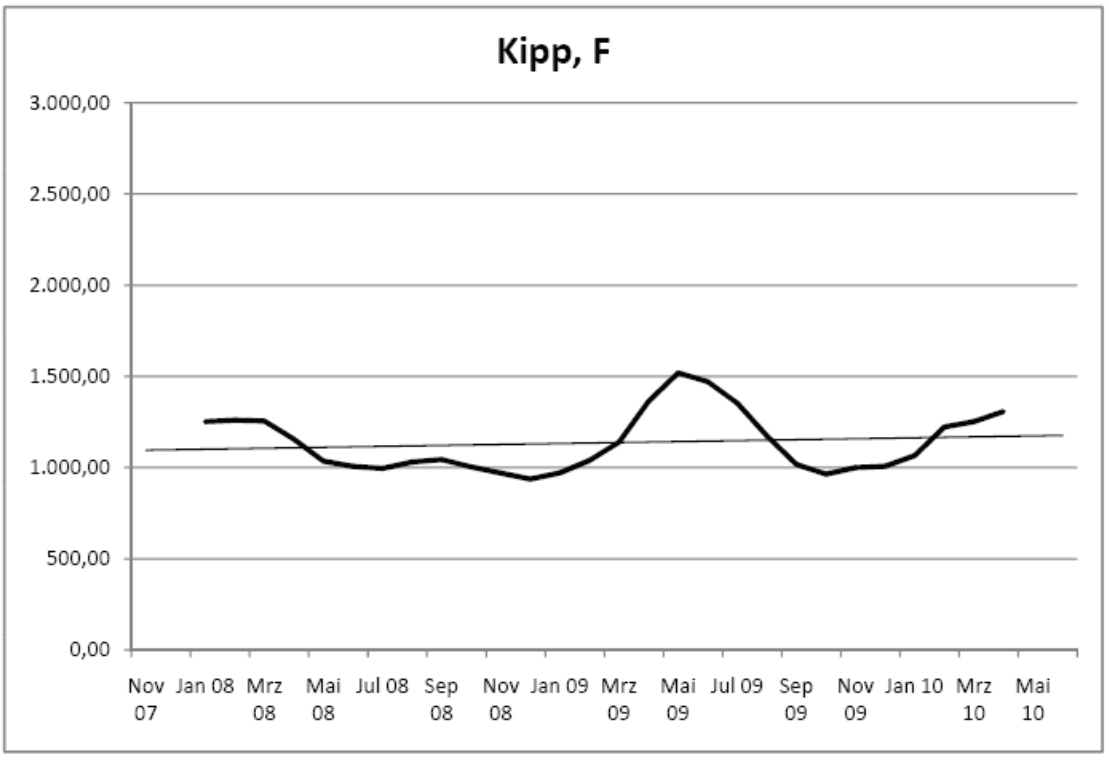
Verantwortung und Kontaktbereitschaft zu aktivieren.

Biografisch (und in gewisser Hinsicht „therapeutisch“) bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Frage der Rolle des Herkunftmilieus für die psychosoziale Entwicklung der beiden Brüder. Welche Rolle spielt etwa das Herkunftsmilieu bei der Genese des extrem verschlossenen und reduzierten kommunikativen Habitus der beiden Brüder (gewiss noch durch die Interviewsituation verstärkt, aber er wird auch von den MitarbeiterInnen in der täglichen Arbeit erfahren)? Hier fallen nicht (nur) bzw. nicht in erster Linie die kognitiven Defizite auf, sondern auch eine extreme Einsilbigkeit, die Abwesenheit expressiver Ausdrucksregister (die MitarbeiterInnen beklagen, dass Otto Kipp weder zustimmt noch ablehnt, ähnliches zeigt sich im Interview). Das könnte wie auch das Ausweichen vor jeder Art von kommunikativer Festlegung möglicherweise auch eine Hospitalisierungsfolge oder durch die institutionelle Lebensweise zumindest verstärkt sein.

Hier könnten zudem habituelle bzw. relativ dauerhafte Strukturen des sozialisatorischen Milieus eine Rolle spielen (Bildungsgrad, bäuerliche „Verschlossenheit“, familiärer und sozioökonomischer Dauerstress/Dauerbelastung durch die sicher prekäre Situation und isolierte Stellung im Dorf). Zudem berichten die Brüder von traumatisierenden Erfahrungen, beispielsweise von Übergriffen und Alkoholismus des Vaters. Auch die sehr geringen Handlungsressourcen der Mutter dürften dabei ins Gewicht fallen.

Eine entscheidende Frage der Unterstützung ist sicherlich, wie man mit der symbiotischen Geschwisterbeziehung umgehen soll/kann. Einerseits ist sie das soziale Hauptkapital von jedem der beiden Brüder, auf der anderen Seite kann diese enge Beziehung auch die soziale Isolierung der beiden Brüder noch mehr zuspitzen. Denkbar wäre aber genauso, dass Otto Kipp von dem etwas aufgeschlosseneren kommunikativen Habitus des jüngeren Bruders profitieren kann. Selbstverständlich sind hier keinerlei gezwungenen Interventionen angebracht.

**5. Ausgabenverlauf**



# Otto Kipp

*Geboren 1968, lebte vor Projektteilnahme 13 Jahre in einer stationär betreuten Wohngruppe.*

Anmerkung:
Die Vignetten der beiden Brüder Otto Kipp und Franz Kipp beinhalten teilweise identische Formulierungen. Trotz ihres Altersunterschieds bilden sie offenbar zeitlebens eine enge Symbiose. Auch in ProSeLe leben sie zusammen in einer Wohnung. Über beide Brüder ist nur sehr wenig bekannt, sie sind sowohl den MitarbeiterInnen als auch den Interviewern gegenüber sehr einsilbig. Das zweite Interview wird zusammen geführt. Der gesamte bisherige Lebenslauf lief weitgehend parallel bzw. Unterschiede sind aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen nicht erkennbar.

## 1. Allgemeines

1.1 Otto Kipp wurde 1968 geboren. Er hat eine Sonderschule besucht, ohne einen Hauptschulabschluss zu erreichen. Nach der Schule absolvierte Otto Kipp den Arbeitstrainingsbereich einer WfbM und arbeitet seitdem in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Er ist ledig, ohne Partnerbeziehung und lebt im Rahmen von ProSeLe mit seinem Bruder in einer Wohnung zusammen. Die Eltern der beiden Brüder sind verstorben, es gibt noch vier weitere Geschwister, zu denen gelegentlich Kontakte bestehen.

1.2 Otto Kipp und sein Bruder haben vor dem Eintritt in ProSeLe insgesamt 13 Jahre in einer stationären Wohngruppe des Projektträgers gewohnt.

1.3 Otto Kipp gilt als geistig behindert, er hat einen Schwerbehindertenausweis (100%), bezieht eine EU-Rente und ist in die Hilfebedarfsgruppe 3 eingestuft worden (HMBW). Er unterliegt einer gesetzlichen Betreuung für die Aufgabenkreise Gesundheit, Aufenthaltsbestimmung und Vermögen.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Über den Lebenslauf von Otto Kipp ist, wie auch zu dem seines Bruders, über biografische Eckdaten hinaus, wenig bekannt. Die Interviews verlaufen schleppend, beide Brüder sind extrem einsilbig, sie geben sich unsicher, können sich an wenig erinnern bzw. geben das vor. Vielfach werden keine eigenen Worte verwendet, sondern lediglich die Frageformulierungen des Interviewers aufgegriffen und im Indikativ wiederholt oder es wird mit „Ja“ und „Nein“ oder sehr pauschalen Bewertungen („war gut“, „war okay“) geantwortet. Es kommt mit wenigen Ausnahmen nicht zu narrativen Passagen. Selbst bei der Erwähnung/Nennung von erwartbar emotional besetzten Themen, wie etwa dem Tod der Mutter/Eltern, bleibt insbesondere Otto Kipp distanziert und neutral. Beide Brüder – Otto Kipp noch etwas ausgeprägter als sein jüngerer Bruder – zeigen im Interview einen Habitus extremer Verschlossenheit kombiniert mit (demonstrativer?) Unwissenheit. Bei vielen Antworten, die sehr ins Ungefähre zielen, fügt Otto Kipp ein „i glaub“, „glaub <i>“ o.ä. an. Sogar auf die Frage, ob seine Schwester/sein Bruder jünger/älter ist, antwortet er mit einem „älter/jünger *glaub*“. Auf die Frage nach seinem Alter sagt er, wie auch auf eine Reihe anderer Fragen nach scheinbar trivialen Details, „weiß i nit auswendig“. Diesen Habitus der Vermeidung von kommunikativer Festlegung nehmen auch die MitarbeiterInnen (als erhebliche Erschwernis ihrer Arbeit) wahr.

Die Interviewäußerungen beider Geschwister sind nahezu frei von persönlichen Stellungnahmen. Der jüngere Bruder sagt an einer Stelle, dass ihm die Mutter fehle. Dabei handelt es sich um die einzige Interviewpassage, in der eine affektive Reaktion in Form von lautem Ausatmen, bzw. eine subjektive Befindlichkeit zum Ausdruck gebracht wird, die in der Formulierung nicht direkt durch eine Frage des Interviewers nahe gelegt wird.

I: Ja und dann was mich noch interessieren würd, ihre Mutter, an was erinnern se sich denn da noch? Die is ja relativ früh gestorben, also wenn sie da an ihre Mutter denken fällt ihnen da noch was ein, an was können se sich da noch erinnern?

K: [atmet laut aus] Des wär mein Wunsch, dass die jetzt noch leben dät. Aber des geht leider nicht mehr.

I: Also ihre Mutter fehlt ihnen immer noch.

K: Ja.

2.2 Otto Kipp und sein Bruder stammen aus einer kinderreichen, vermutlich sozial marginalisierten, Familie mit insgesamt sechs Kindern. Otto Kipp ist der zweitgeborene Sohn. Er hat einen älteren Bruder (von dem nur bekannt ist, dass er heute in einer stationären sozialpsychiatrischen Wohngruppe wohnt), zwei weitere jüngere Brüder (sie wachsen in einer Pflegefamilie auf, haben Familie und arbeiten in handwerklichen Berufen), eine Schwester (heute im ambulant betreuten Wohnen des Projektträgers) sowie – als Jüngster der Geschwisterriege – seinen Bruder Franz Kipp (geboren 1977).

Alle Kinder wachsen in einem relativ abgelegenen, sehr kleinen Dorf in ländlicher Umgebung (Hochfläche eines Mittelgebirges) auf, einem Teilort der Kleinstadt, in der die Brüder heute wohnen. Der genaue Beruf des Vaters ist unklar, er ist wohl im handwerklichen Bereich tätig. Der Vater verstirbt vermutlich um 1980 herum, Otto Kipp dürfte in der Pubertät gewesen sein (ca.zwölf bis 14 Jahre alt). Auf die Ursache seines Todes angesprochen, sagt Otto Kipp, dass sein Vater ein „Alkoholiker war", „der hät viel dudlet". Der Vater ist sehr aggressiv gegenüber den Kindern. Es scheint dabei zu Misshandlungen zu kommen, etwa in der Form, dass der Vater Zigaretten auf der Hand von Otto Kipp ausdrückt.[58] Dafür spricht auch der Umstand, dass die beiden anderen Brüder in Pflegefamilien kommen. Allerdings ist unklar, aus welchem Grund die drei anderen Kinder in der Familie verbleiben. Die Mutter sei, laut Äußerung eines der beiden nicht in der Familie aufgewachsenen Brüder, „nicht so helle". Otto Kipp weist im Interview darauf hin, die Mutter habe einen hohen Blutdruck gehabt („dass se jetzt dran g'storbe isch, des weiß i jetzt it."). Diese Informationen zusammen genommen legen die Vermutung einer hoch problematischen und mit ziemlicher Sicherheit sozial marginalisierten und isolierten Familie nahe. Auf die Frage, ob sie Freundschaften gehabt hätten, antwortet der Bruder Franz Kipp lapidar: „Noi net so, eher weniger".

2.3 Im September 1986 ist für Otto Kipp im Alter von 18 Jahren der Eintritt in den Arbeitstrainingsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen am derzeitigen Wohnort dokumentiert, zwei Jahre später wechselt er in den Arbeitsbereich der WfbM.

1994 kommt es zum Tod der Mutter. Sie wird vom damals 17-jährigen Bruder von Otto Kipp, Franz, tot in der Küche liegend aufgefunden, als dieser von der Schule nach Hause kommt („Da ist sie schon gelegen"). Sehr wahrscheinlich wohnt auch Otto Kipp bis zum Tod der Mutter 1994 (damals 25 oder 26 Jahre alt) noch im elterlichen bzw. mütterlichen Haushalt. Offenbar ist die Familie auch niemals umgezogen, sondern bewohnte dauerhaft ein Haus.

Zumindest die beiden Brüder Franz und Otto, sowie die Schwester, kommen auf Grund des Todes der Mutter zusammen und gleichzeitig in ein Heim des Projektträgers. Offenbar gibt es keine weiteren Bezugspersonen. Seit 1994 wohnt Otto Kipp zusammen mit seinem Bruder in einer stationären Wohngruppe in einem Heim des Projektträgers. Jeder der Brüder bewohnt ein eigenes Zimmer.

[58] Laut einer Äußerung Otto Kipps der Mitarbeiterin gegenüber.

### 3. Verlauf von ProSeLe

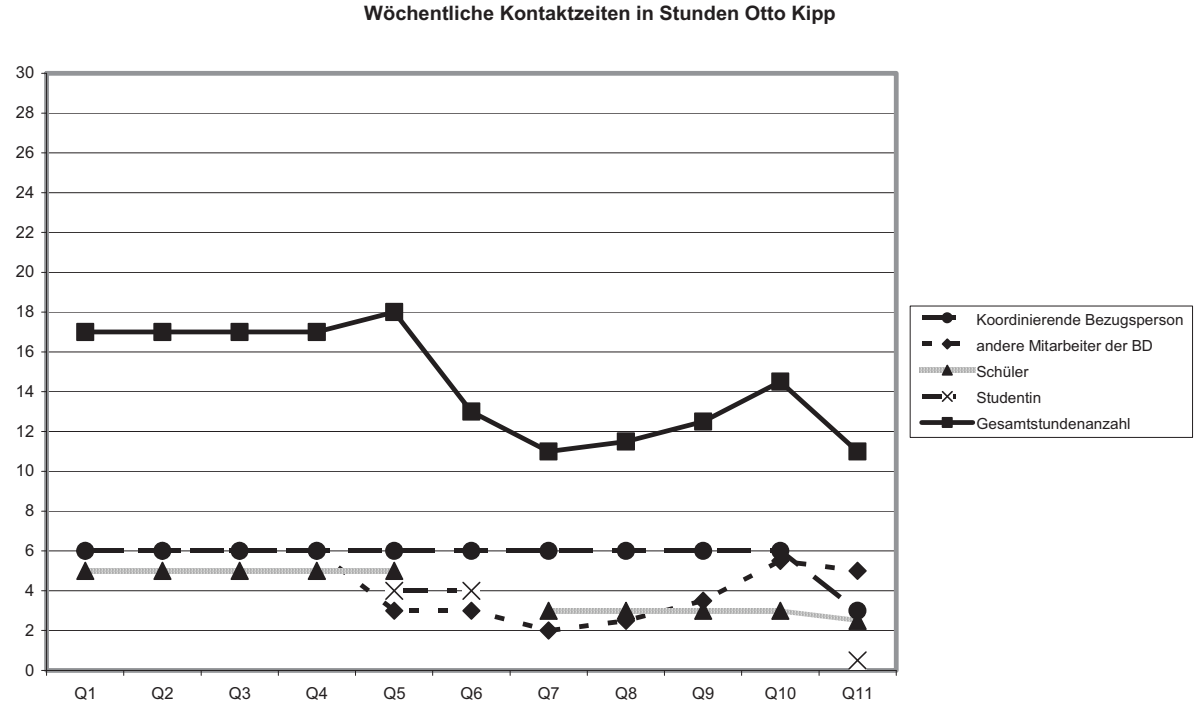
3.1 Mitte 2007 kommt es zum Umzug in die derzeitige, ambulant betreute Wohnung, zunächst im Rahmen einer Maßnahme zum Wohntraining, dann im Juli innerhalb von ProSeLe. Sie liegt zentral in der Kleinstadt. Einkaufsmöglichkeiten, Freizeitangebote sowie Fachdienste sind zu Fuß erreichbar, ebenso die bisherige stationäre Einrichtung.

3.2 Die Wohnung befindet sich einem Mehrfamilienhaus und verfügt über zwei Stockwerke. Im unteren Stockwerk liegt das Wohnzimmer und die Küche, im oberen Stockwerk, mit einer Wendeltreppe zugänglich, sind die beiden Schlafzimmer. In den Interviews gibt Otto Kipp an, dass die Mehrzahl der Möbel vom Vormieter übernommen werden konnten („Äh, die waret scho drin"). Die Pflanzen stammen scheinbar von der Bezugsperson. Lediglich die beiden Fernseher wurden dazu gekauft.

3.3 Der **Unterstützungsbedarf** von Otto Kipp wird als sehr umfassend angesehen: Otto Kipp kann nicht lesen und schreiben, daher müssen alle diesbezüglichen Anforderungen stellvertretend übernommen werden. Im Vordergrund stehen insofern alle Interaktionen mit externen Personen (Behörden, Dienstleistern) und die Erledigung von Geldgeschäften, wobei Otto Kipp im Verlauf des Projekts beginnt, sich zunehmend dafür zu interessieren. Bei der unmittelbaren Selbstversorgung (Waschen, Kleiden, Essen/Trinken, Zubereiten von Mahlzeiten, Einkaufen) besteht kein oder nur leichter Unterstützungsbedarf, dagegen sehen die MitarbeiterInnen bei komplexeren, haushaltsbezogenen Tätigkeiten einen erhöhten Unterstützungsbedarf (der in den letzten drei Quartalen eher noch zugenommen hat). Bei der Ausweitung der Mobilität hat Otto Kipp einen mittleren Bedarf, der durch Schüler erbracht werden kann. Hoher Hilfebedarf besteht auch in informellen und Familienbeziehungen. Kein Hilfebedarf zeigt sich bei Partnerschaftsbeziehungen.

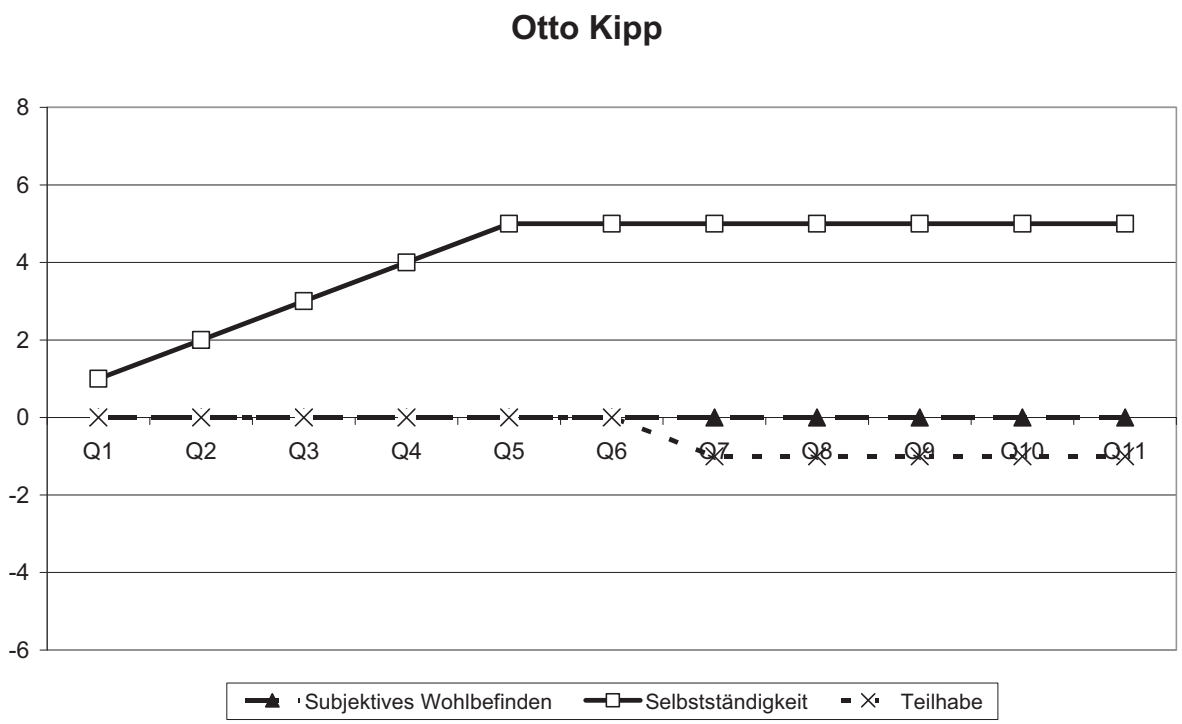
| **Otto Kipp** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

Durch die Routinisierung von Alltagstätigkeiten ergibt sich für die **Hilfeerbringung** ein Rückgang des Stundenaufwands von 17 Std./Woche auf 14,5 Std./Woche. Während die KBP kontinuierlich sechs Std./Woche übernimmt, verringert sich zeitweise die Unterstützung durch andere Mitarbeiter, welche sich jedoch wieder gegen Ende des Projektes annähernd auf das Ausgangsniveau erhöht. Herr Kipp wird fast über die komplette Projektlaufzeit zusätzlich von einem Schüler bzw. einem Studenten unterstützt ( drei bis fünf Std./Woche). Nach Projektende verringert sich die Anzahl der wöchentlichen Kontakte mit der koordinierenden Bezugsperson auf die Hälfte.




Die MitarbeiterInnen nehmen als Problem bei ihrer Arbeit mit Otto Kipp ein hohes Antriebs- und Ausdrucksdefizit wahr. Otto Kipp lasse sich nicht zu Aktivitäten bewegen, er äußere noch nicht einmal eine Meinung, auch keine Bedürfnisse und Wünsche, er sage nicht ab oder zu. Die Kommunikation mit ihm sei sehr schwierig.

Bezüglich der Entwicklung von Selbstständigkeit und Teilhabe ergibt sich zwischen Otto Kipp und seinem Bruder Franz andeutungsweise eine Art Arbeitsteilung. Während bei Otto Kipp eher Selbstständigkeitszugewinne zu verzeichnen sind und dagegen eine stagnierende bis zurück gehende Entwicklung der Teilhabe, ist es bei seinem jüngeren Bruder in der Tendenz eher umgekehrt. Bei Otto Kipp registriert die Bezugsperson, im Gegensatz zu seinem jüngeren Bruder, einen sukzessiven Anstieg der Selbstständigkeit in den ersten fünf Quartalen, der dann für den Rest der Laufzeit gleich bleibt. Dies bezieht sich hauptsächlich auf Hausarbeiten, auf Einkaufen: die Selbstversorgung. Auch für Geldangelegenheiten beginnt sich Otto Kipp sukzessive zu interessieren. Hier, wie insbesondere auch im Bereich der Interaktion mit Behörden und Dienstleistern, bleibt aber – schon wegen der nicht vorhandenen Lesekompetenz – der Hilfebedarf gleichbleibend (hoch). Keinerlei Dynamik ergibt sich dagegen bezüglich der sozialen Teilhabe. Hier zeigt sich im Verlauf des Projekts sogar ein leichter Rückgang.




Otto Kipp hat ein äußerst eingeschränktes Spektrum an **sozialen Kontakten**. Dominierend ist die Beziehung zum Bruder. Sie unternehmen nach ihren eigenen Angaben auch in der Freizeit viel miteinander. Beide geben übereinstimmend zu verstehen, dass sie wenig Interesse an (einer Ausweitung von) sozialen Kontakten haben, weder im Rahmen der Freizeitgestaltung, noch zu Nachbarn. Otto Kipp nimmt von sich aus auch, nach Angaben der Bezugsperson, keinerlei Kontakt/Kommunikation zu anderen Menschen auf. Dies trifft auch auf den Kontakt mit den drei weiteren Geschwistern zu, diese werden aber zu Geburtstagen eingeladen. Vorschläge und Anregungen gehen fast nie von Otto Kipp aus, sondern immer von der Bezugsperson bzw. den MitarbeiterInnen. Im Rahmen der von der Institution aus gesicherten Freizeitaktivitäten kommt es zu Kontakten mit der ehemaligen Wohngruppe. Etwa einmal im Monat haben die Brüder Kontakt mit ihrer Schwester, die ebenfalls in einer (ambulant betreuten) Wohnmaßnahme lebt. Sehr selten (jährlich) sehen sie anlässlich von Geburtstagen ihre beiden anderen Brüder. Diese Treffen gehen auf eine Initiative der Mitarbeiterin zurück. Diese berichtet, dass die Treffen dann immer sehr nett gewesen seien, allerdings habe sich daraus nichts Weitergehendes ergeben. Von sich aus würde weder von der einen noch der anderen Seite etwas unternommen, um darüber hinaus einen Kontakt zu halten oder herzustellen, sondern nach dem Motto verfahren „Aus den Augen, aus dem Sinn“.

Einer der beiden Brüder, der in einer Pflegefamilie aufgewachsen ist, lebt mit seiner Familie in einem ebenfalls sehr kleinen Nachbarort des Heimatdorfs etwa 13 Autominuten (12 km) sowohl vom jetzigen, als auch vom früheren Wohnort der Brüder entfernt, auf der Hochfläche des Mittelgebirges. Er ist wohl, wie auch der andere, in einer Pflegefamilie aufgewachsene Bruder, als Handwerker (Fliesenleger/Bauarbeiter) tätig.[59] Das Missverhältnis von sozialer und geographischer Distanz kommt in der Aussage von Franz Kipp zum Ausdruck, der Bruder wohne „ewig weg“.

Die Freizeitaktivitäten sind teilweise institutionell organisiert: Otto Kipp beteiligt sich zusammen mit seinem Bruder an Ausflügen und Urlaubsfahrten der ehemaligen

[59] Dieser ist nach wie vor Mitglied im Schützenverein des Herkunftsdorfes und wurde 2008 für 25-jährige treue Mitgliedschaft geehrt. Demnach wäre er 1983 in den Verein eingetreten, im 10. Jahr der Einweihung der vereinseigenen Schießanlage.

Wohngruppe. Teilweise finden sie (z. T. mit dem Bruder) aber auch in der häuslichen Umgebung statt: Fernsehen, DVD/Videos schauen. Bei Otto Kipp sehen die professionellen Bezugspersonen im Gegensatz zu dem, diesbezüglich aktiveren Bruder, ein Bewegungsdefizit. Gelegentlich lässt er sich vom Bruder zum Radfahren mitnehmen. Allerdings kam es im letzten Quartal von ProSeLe zu einem Fahrradunfall, dessen Umstände sich nicht genau aufklären ließen, weil die Brüder sich (wie bei anderen Gelegenheiten) „bedeckt halten".

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

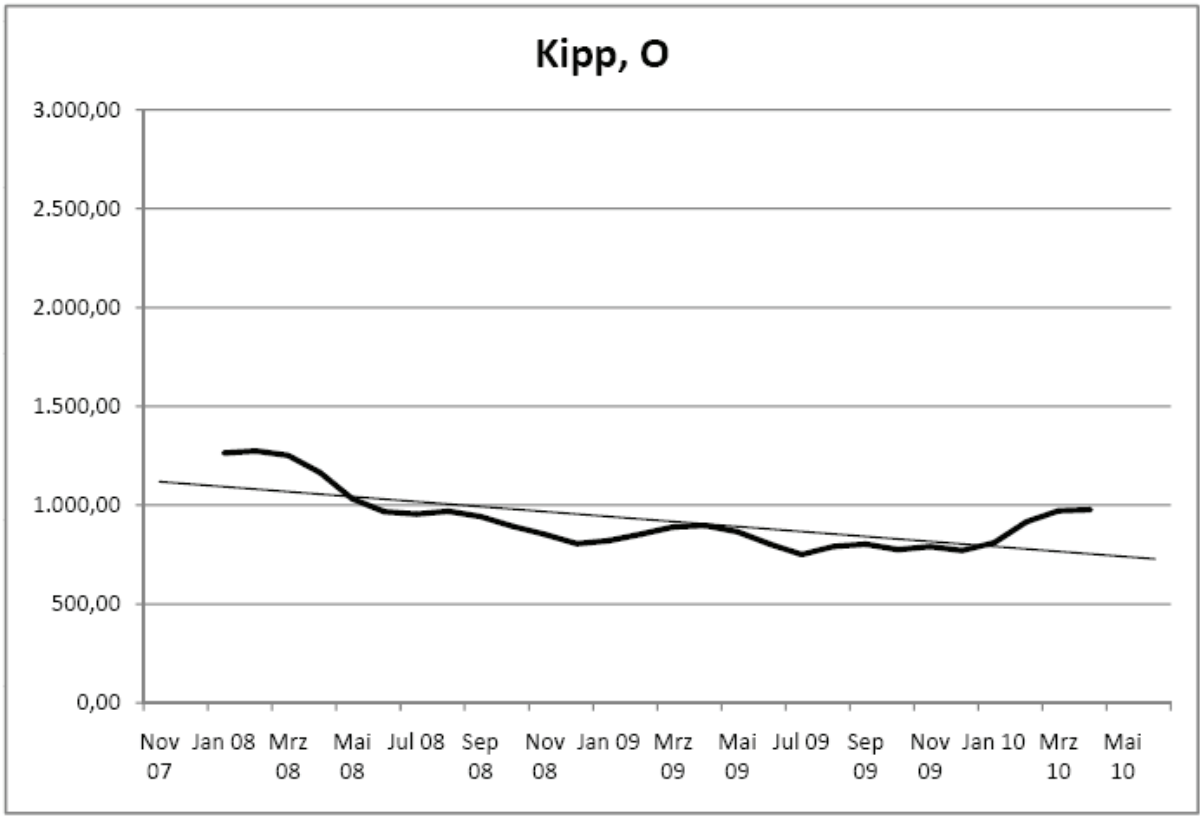
Es gibt außer den beiden nicht stationär oder ambulant betreut lebenden Brüdern wenig sichtbare Anknüpfungspunkte für sozialraumorientierte Arbeit. Wenn es sich als zutreffend heraus stellt, dass der ältere Bruder stabil im Herkunftsmilieu verwurzelt ist, wäre durchaus die Frage zu stellen, ob eine weitere Reaktivierung und Nutzung dieser Bindungen möglich erscheint. Allerdings scheint die Entfremdung, die sich ja auch in der Äußerung von Franz Kipp dokumentiert, der Bruder wohne „ewig weg", beträchtlich. Vielleicht könnte man mit dem Verweis auf die Wichtigkeit von gewachsenen Sozialbeziehungen in einer durch die ambulant betreute Wohnform entstandenen neuen Lebensphase von Otto und Franz Kipp versuchen, bei dem nahe dem Heimatort der Familie lebenden Bruder etwas mehr Verantwortung und Kontaktbereitschaft zu aktivieren.

Bedeutsam, möglicherweise auch in einer Art therapeutischem Sinn, ist in diesem Zusammenhang die Frage der Rolle des Herkunftsmilieus für die psychosoziale Entwicklung der beiden Brüder. Welche Rolle spielt etwa das Herkunftsmilieu bei der Genese des extrem verschlossenen und reduzierten kommunikativen Habitus der beiden Brüder (gewiss noch durch die Interviewsituation verstärkt, aber er wird auch von den MitarbeiterInnen in der täglichen Arbeit erfahren)? Hier fallen nicht (nur) bzw. nicht in erster Linie die kognitiven Defizite auf, sondern auch eine extreme Einsilbigkeit, die Abwesenheit expressiver Ausdrucksregister (die MitarbeiterInnen beklagen, dass Otto Kipp weder zustimmt noch ablehnt – was sich auch in den Interviews zeigt), sowie das Ausweichen vor jeder Art von kommunikativer Festlegung. Dies könnte allerdings auch eine Hospitalisierungsfolge oder durch die institutionelle Lebensweise zumindest verstärkt sein.

Sehr wahrscheinlich spielen hier zum einen grundlegende Strukturen des sozialisatorischen Milieus eine Rolle (Bildungsgrad, habituelle „Verschlossenheit", familiärer Dauerstress/Dauerbelastung durch die prekäre äußere Situation und isolierte Stellung im Dorf). Zum anderen können aber auch direkte traumatisierende Erfahrungen oder deren Häufung die Entstehung dieses Habitus der kommunikativen Stummheit begünstigen. Hier sind zum Beispiel die Übergriffe und den Alkoholismus des Vaters (vgl. die von Otto Kipp überlieferte Erzählung, der Vater habe Zigaretten auf seiner Hand ausgedrückt) zu nennen sowie die wohl sehr geringen Handlungsressourcen der Mutter.

Eine entscheidende Frage der Unterstützung ist sicherlich, wie man mit der symbiotischen Geschwisterbeziehung umgehen soll/kann. Einerseits ist sie das soziale Hauptkapital von jedem der beiden Brüder, auf der anderen Seite kann diese enge Beziehung auch die soziale Isolation der Brüder noch mehr zuspitzen. Denkbar wäre aber genauso, dass Otto Kipp von dem etwas aufgeschlosseneren kommunikativen Habitus des jüngeren Bruders profitieren kann. Selbstverständlich sind hier keinerlei gezwungenen Interventionen angebracht.

**5. Kostenverlauf**




## Manfred Klein

*Geboren 1985, lebte vor Projektbeginn fünf Jahre in einer stationär betreuten Einrichtung.*

**1. Allgemeines**

1.1 Manfred Klein wurde 1985 geboren und ist zu Projektbeginn 22 Jahre alt. Er hat eine Sonderschule besucht und keine abgeschlossene Berufsausbildung. Manfred Klein ist ledig und hat keine Kinder. Herr Klein arbeitet in einer WfbM.

1.2 Vor dem Eintritt in ProSeLe wohnte Herr Klein fünf Jahre lang in einer stationär betreuten Wohngruppe.

1.3 Als Diagnose wird bei Manfred Klein eine Lernbehinderung angegeben. Er ist in Hilfebedarfsgruppe 2 eingeteilt. Eine gesetzliche Betreuung besteht nicht. Unterstützt wird Herr Klein von der Behindertenhilfe.

**2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe**

2.1 Das erste Interview mit Herrn Klein findet im November 2009 in seiner Wohnung statt. Die koordinierende Bezugsperson ist bei diesem Gespräch anwesend. Herr Klein berichtet hauptsächlich über seine aktuellen Lebensumstände und wenig über seine Vergangenheit. Das zweite Interview im November 2010 findet aus Termingründen im Gebäude der ehemaligen stationären Einrichtung von Herrn Klein statt. Anwesend sind die koordinierende Bezugsperson sowie fünf weitere Bewohner der Wohngruppe, in der die Bezugsperson tätig ist. Da das Interview kurz vor dem Abendessen stattfindet, sitzen alle Anwesenden gemeinsam am Tisch, was das Interview äußerst schwierig gestaltet. Wegen der Zuhörer, die mit am Tisch sitzen und der daraus resultierenden Lautstärke kann keine wirkliche

Gesprächssituation entstehen. Persönliche Fragen, etwa nach der familiären Situation von Herrn Klein, sind in diesem Rahmen nicht möglich. Die Quartalsdokumentation ist hinsichtlich seiner Biografie lückenhaft.

2.2 Manfred Klein wächst bei seinen Eltern in einer kleinen Gemeinde mit weniger als 5000 Einwohnern in Süddeutschland auf. Der Beruf der Eltern ist nicht bekannt. Er besucht zunächst eine Hauptschule, um dann zu einer Sonderschule zu wechseln. Das Verhältnis zu seiner Mutter beschreibt er folgendermaßen: „Das vorige Leben war nicht so toll, also ich muss sagen, mit meiner Mutter habe ich mich jetzt zu Hause nicht so gut verstanden. Und des hat sich dann halt immer rausgezögert, dass des besser läuft".

2.3 Mit etwa 17 Jahren (genaueres ist hier nicht bekannt) zieht Herr Klein in eine stationär betreute Wohngruppe der Behindertenhilfe. Die Entscheidung für eine solche Unterbringung ging nach Aussage der Bezugsperson von der Mutter aus. Die Mutter hatte Bedenken, ihn alleine wohnen zu lassen. Sie war der Meinung, dass er, so wie er sich zu Hause verhält, eine sehr enge Betreuung braucht. In der Wohnrguppe bleibt er bis zu seinem Auszug in eine eigene Wohnung im Jahr 2007. Nachdem Herr Klein die Sonderschule beendet hat, absolviert er ein Berufsbildungsjahr. Im Anschluss daran fängt er an, in einer WfbM zu arbeiten. Hier treten häufig Fehlzeiten auf.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Prägend für die Motivation an ProSeLe teilzunehmen und in einer eigenen Wohnung zu leben, ist für Herr Klein das Gefühl der Unfreiheit, die er mit dem stationär betreuten Wohnen verbindet. Im Interview sagt er, vergleichend zwischen der früheren und der jetzigen Wohnform: „Auch schön, aber hat man keine so Freiheiten g'hätt, wie, wie jetzt. Da musst man sich immer abmelden, zurückmelden wenn ma' kommt. Na ja, ich weiß net, des war immer nervig ein bisschen, aber man muss ja sich abmelden. Und jetzt ist's einfach besser. Man hat niemand, was heißt niemand, der was auf dich aufpasst oder so, zu gucken, wann Du nach Hause kommst, oder wann Du aus dem Haus gehst. Einfach alles, des isch viel besser." Dieser Einschätzung widersprechen allerdings Aussagen der koordinierenden Bezugsperson. Diese ist der Meinung, dass Herr Klein einen zu langen Zeitraum in der stationär betreuten Einrichtung verbracht hat. Sie erwähnt zudem, dass man ihn aus der Einrichtung regelrecht „raustragen" musste. Mitarbeiter führten ihm das Beispiel von Frau Bart vor Augen: „Wenn es die Silke [Bart] schafft, dann du doch grad". Für Herrn Klein ist es dabei von großer Bedeutung, die Sicherheit zu haben, dass er zurück in den stationär betreuten Wohnbereich kann, wenn es mit dem Wohnen in einer eigenen Wohnung nicht klappt. Man musste ihm die Zusage machen, dass sein ehemaliges Zimmer drei Monate für ihn reserviert bleibt, also leer steht. Zusätzlich versicherte man ihm, dass die ehemalige Bezugsmitarbeiterin bei einem Umzug zurück in den stationär betreuten Wohnbereich wieder für ihn zuständig sein werde.

Als Zielvorstellung nennt Herr Klein im ersten Interview das Vorhaben, selbstständiger zu werden und später vielleicht mit seiner Freundin zusammenzuziehen. Zuvor möchte er allerdings: „[…] erstmal alleine mein Leben auf die Reihe kriegen und danach mit ihr [der Freundin] den Anfang machen."

3.2 Die Wohnung befindet sich in einem Mehrfamilienhaus am Stadtrand einer mittelgroßen, süddeutschen Stadt. Da sich die Wohnung direkt an einer viel befahrenen Straße befindet, ist der Verkehr deutlich zu hören. Die Wohnung ist ca. 30 Quadratmeter groß mit einer Fensterwand und einem Balkon Richtung Straße. Sie besteht aus eineinhalb Zimmern. Das Bett befindet sich in einer Nische, die Küche und das Esszimmer in einem Nebenraum. Die Wohnung wirkt aufgeräumt und ist mit mehreren neuen technischen Geräten eingerichtet, wie etwa einem Computer, einer Playstation 3, einem Flachbildfernseher und einer Hifi-Anlage. In der Wohnung befindet sich zudem eine Sitzecke, bestehend aus einem Sofa und einem großen Sessel, der zum Fernseher gerichtet ist.

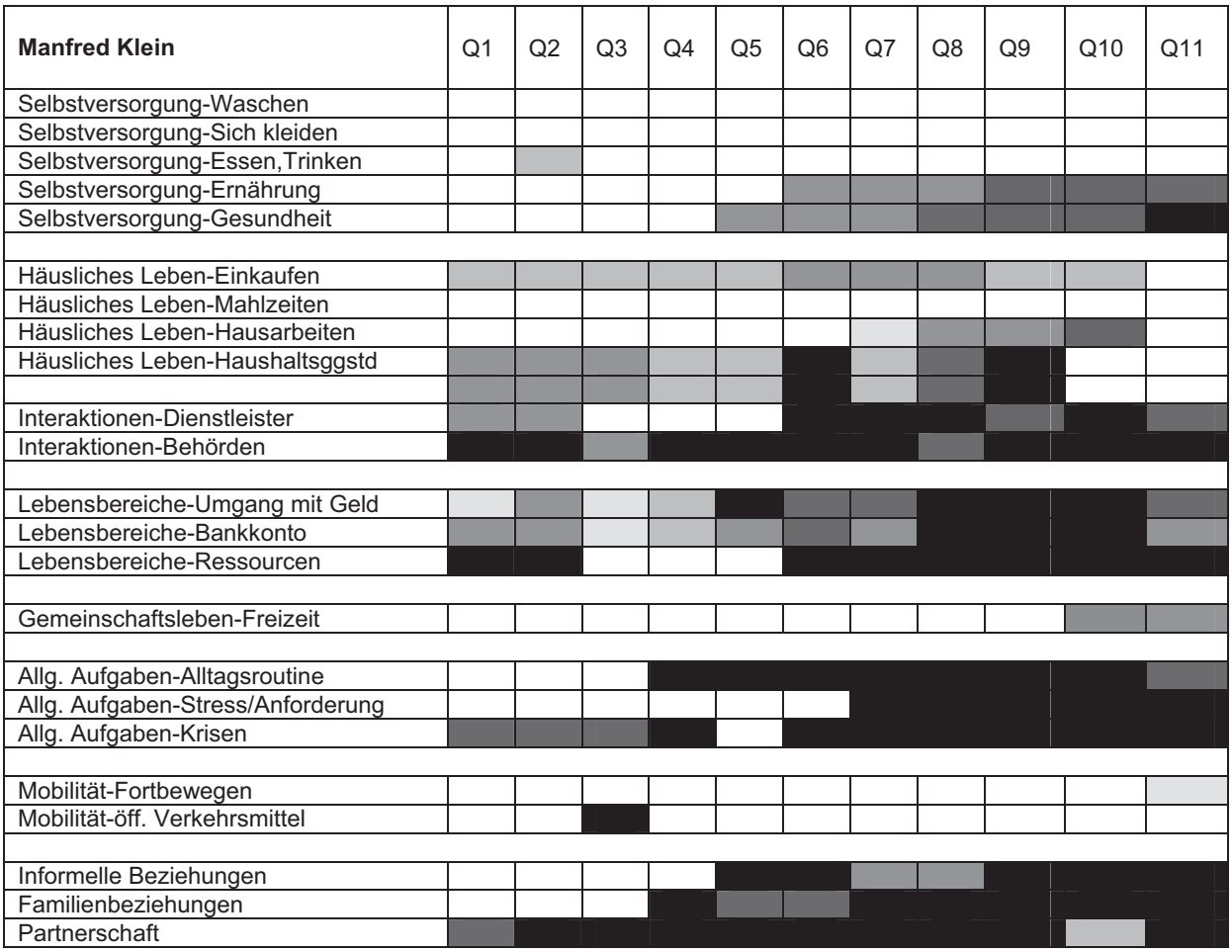
Herr Klein macht im Herbst 2009 einen Moped-Führerschein, was für ihn eine große Herausforderung darstellt und mit der Hoffnung verbunden ist, mobiler und dadurch selbstständiger zu werden. Darüber hinaus übernimmt er Verantwortung innerhalb seiner Familie. Sein Stiefvater erkrankt im gleichen Zeitraum an Krebs und Herr Klein unterstützt seine Mutter in dieser schwierigen Zeit. Er übernimmt dabei auch Aufgaben, wie zum Beispiel auf die jüngeren Schwestern (eine ist 16 Jahre alt) aufzupassen, die nach Meinung der Mutter zurzeit viel Aufmerksamkeit benötigen. Die Mutter kann ihm also Aufgaben übertragen und er wird seiner Rolle als größerer Bruder gerecht. Die Mutter ist dankbar für die Unterstützung. Die Verselbstständigung von Herrn Klein drückt sich auch in seinem Freizeitverhalten aus. Er trifft sich immer öfter am Wochenende mit Freunden zu sogenannten Lan-Partys[60]. Allerdings will er diese, nach Aussage der koordinierenden Bezugsperson, beeindrucken und gibt dabei übermäßig viel Geld aus.

Anzumerken ist noch, dass das Verhältnis zur koordinierenden Bezugsperson teilweise von Unehrlichkeit geprägt ist. Nach Angaben der Bezugsperson verschweigt Herr Klein immer wieder seine Fehlzeiten bei der WfbM. Nach mehreren klärenden Gesprächen bessert sich jedoch das Verhältnis zwischen ihm und der Bezugsperson im Laufe des Projekts.

Der Gesamteindruck ist weiterhin der eines jungen Mannes, der in den Strukturen der WfbM eindeutig unterfordert ist. Die häufigen Fehlzeiten könnten sich also auch dadurch erklären. Herr Klein hat eine ganz klare Zielvorstellung davon, wie er sich beruflich weiterentwickeln möchte: Er will als Maler in einem Betrieb auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sein. Herr Klein ist handwerklich versiert. Er kann etwa, so sagt er, Möbel auseinander- und wieder zusammenbauen. Dabei geht er systematisch vor, indem er die Stellen, an denen die Schrauben später wieder eingeschraubt werden müssen, markiert. Des Weiteren hat er in der Fahrradwerkstatt Fahrräder repariert und zusammengeschweißt. Ein anvisiertes Praktikum in einem Malerbetrieb scheitert jedoch im Jahr 2010. Der Malermeister wird arbeitsunfähig und kann Herrn Klein deshalb nicht einstellen.

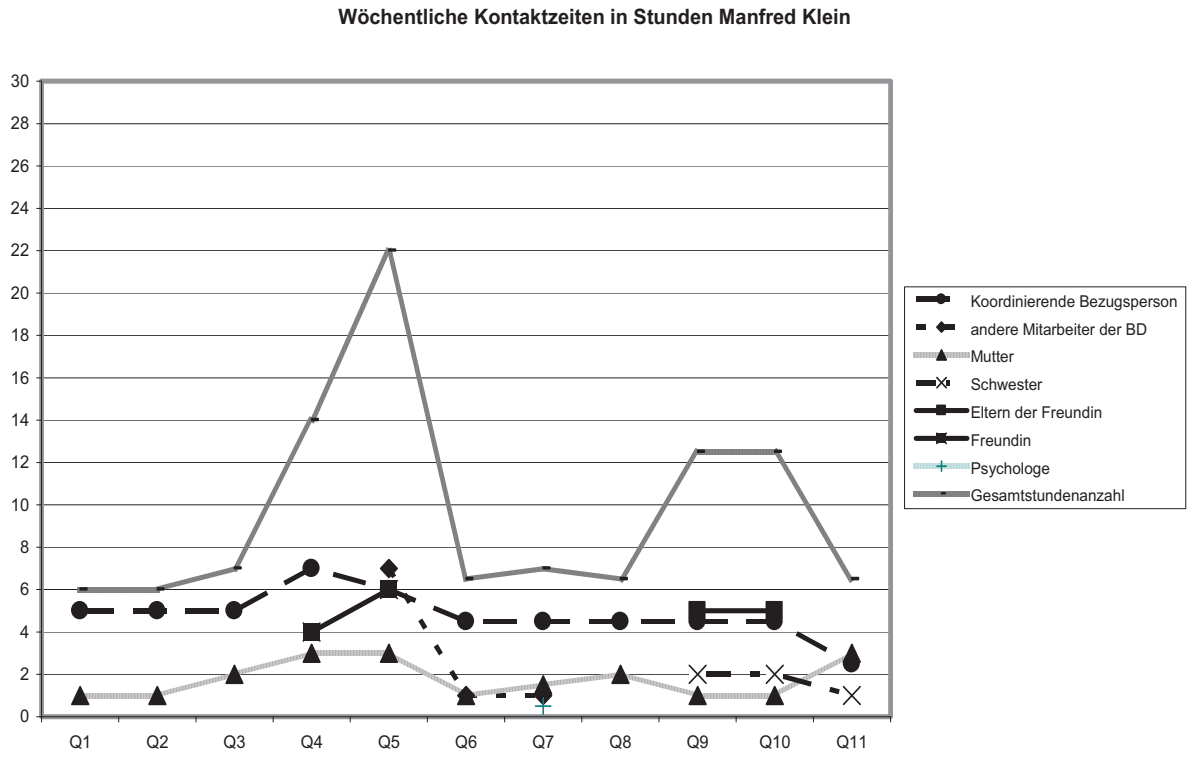
3.3 Der **Hilfebedarf** von Herrn Klein erhöht sich im Laufe des Projekts in folgenden Bereichen: Umgang mit Geld, ein Bankkonto unterhalten, Ressourcen sichern, Umgang mit Behörden und Dienstleistern, Alltagsroutine, Stress- und Krisenbewältigung, Ernährung, Gesundheit sowie informelle und familiäre Beziehungen. Dieser erhöhte Hilfebedarf ist unter anderem auf eintretende Verselbstständigungsprozesse zurückzuführen. Auf gleichbleibend hohem Niveau ist der Hilfebedarf in Sachen Partnerschaft. Der Hilfebedarf von Herrn Klein nimmt in psychisch belastenden Situationen zu. Ein Beispiel hierfür ist der Tod des Vaters seiner Partnerin im Jahr 2010. Diese verbringt daraufhin einige Zeit in einer psychiatrischen Klinik. Herr Klein unterstützt sie nach Kräften und weicht nach Aussage der Bezugsperson nicht von ihrer Seite. Nach tagelanger Fürsorge ist Herr Klein dann selbst emotional derart belastet, dass er wiederum Hilfe durch sie braucht.

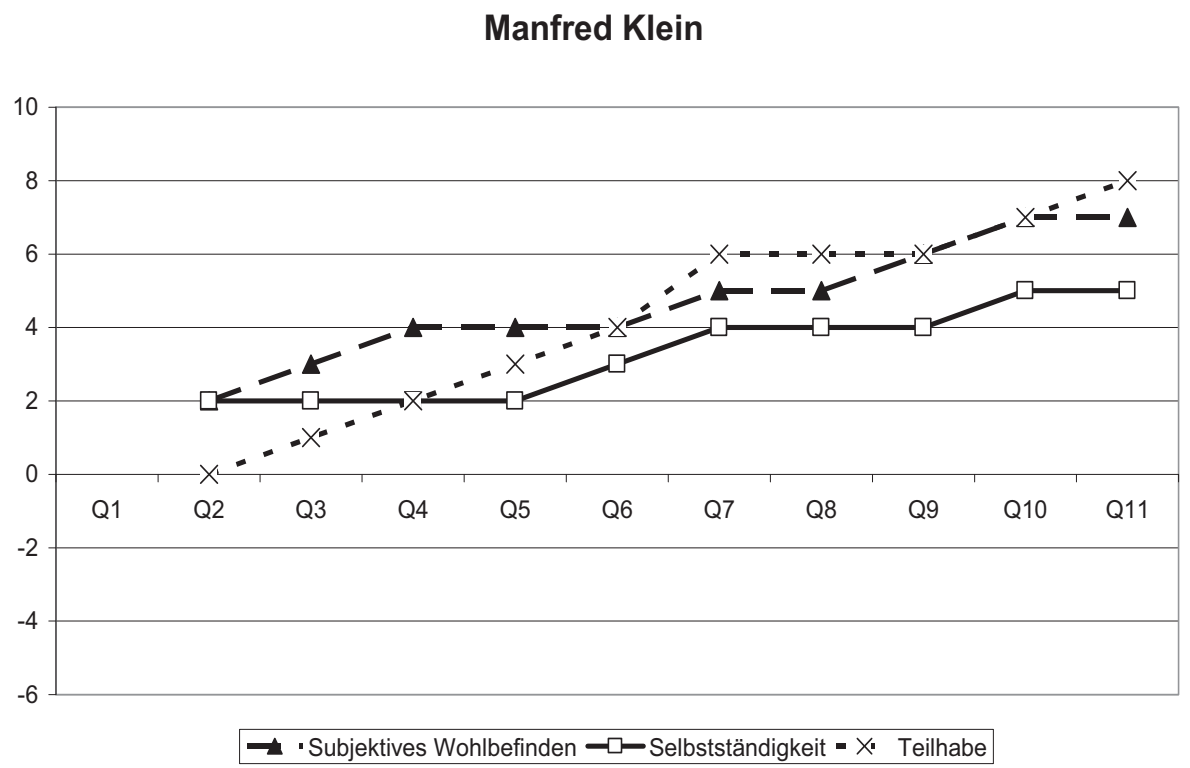
[60] Bei Lan-Partys sind mehrere Teilnehmer über ein Netzwerk miteinander verbunden. Es werden über ein PC oder einer Spielkonsole Spiele gespielt.




Die **Hilfeerbringung** erfolgt hauptsächlich durch die koordinierende Bezugsperson mit einem durchschnittlichen Umfang von fünf Stunden pro Woche. Hierzu ist Herr Klein an einem Nachmittag der Woche von der WfbM freigestellt. Andere professionelle Kräfte sind, bis auf eine Ausnahme im Frühjahr 2009, nicht miteinbezogen. Ein Hilfemix besteht insofern, dass Herr Klein sowohl von seiner Mutter, als auch von seiner Schwester unterstützt wird. Eine wichtige Rolle spielt im Jahr 2009 auch die damalige Partnerin von Herrn Klein. Diese nimmt ihm immer wieder Aufgaben ab, wie z.B. das Kochen oderSpülen des Geschirrs. Herr Klein sagt im Interview hierzu: „Aber ich hab ja meine bessere Hälfte, die macht's." Sie unterstützt ihn auch in finanzieller Hinsicht: Er isst bei ihr, wenn er kein Geld mehr zur Verfügung hat.

Die Hilfeerbringung erfolgt zum Teil auch in indirekter Form. Die Bezugsperson berichtet, dass es z. B. beim Einkaufen schon länger nicht mehr um das Einkaufen selbst geht (er hat hier kaum Hilfebedarf mehr), sondern aktuelle Probleme von Herr Klein (Partnerschaft, Konflikte am Arbeitsplatzoder mit den Eltern) in diesem Rahmen besprochen werden. Nach Ende des Projekts reduzieren sich die wöchentlichen Kontaktzeiten der KBP auf zweieinhalb Stunden pro Woche.



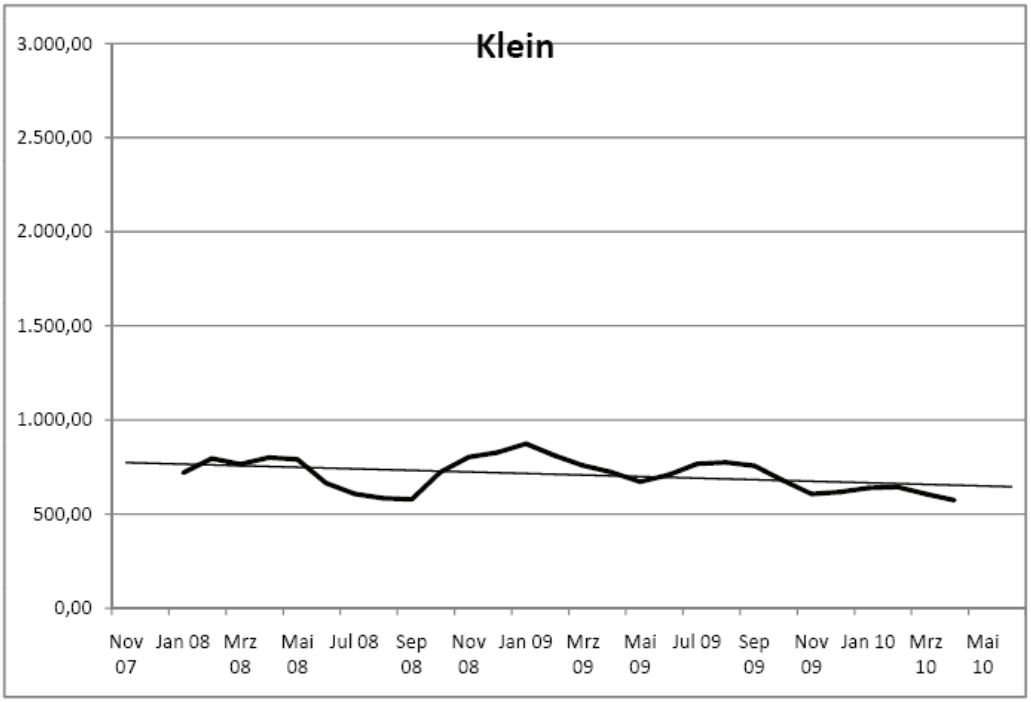

**Soziale Kontakte** haben für Herrn Klein eine wichtige Bedeutung. Er trifft sich regelmäßig mit Freunden (z.B. zu Lan-Partys) oder mit seiner Partnerin. Bei neuen Freunden ist es ihm wichtig, dass sie zunächst nicht erfahren, dass er in einer WfbM arbeitet, damit sie ihm unvoreingenommen gegenübertreten. Die häufigen Treffen mit seinen Freunden münden aber immer wieder in Diskussionen mit der Partnerin, die sich vernachlässigt fühlt. Herr Klein trifft sich wöchentlich mit seiner Familie. Außerdem spielt Herr Klein in seiner Freizeit gerne Fußball.

Das Diagramm zeigt einen fast parallelen Verlauf aller drei Dimensionen: Das subjektive Wohlbefinden, die Selbstständigkeit und die Teilhabe nehmen im Verlauf des Projektes kontinuierlich zu. Insgesamt ergibt sich eine auffallende Diskrepanz zwischen diesen Einschätzungen sowie dem Eindruck in den Interviews einerseits und den z.T. hohen Werten in dem Schattierungsdiagramm der Hilfebedarfe andererseits.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Manfred Klein hat am Ende von ProSeLe den längst überfälligen Auszug aus der Wohngruppe erfolgreich gemeistert. Nach seinen Zielvorstellungen gefragt, antwortet er: „Na ja, ich hab zwei Ziele jetzt erreicht. Mal gucken wie die anderen kommen. Einen schönen Wohnsitz und ne gute Freundin, also und gute Freunde halt und des isch gut.“ Auch sonst macht Herr Klein im gesamten Interview einen zufriedenen Eindruck, was seine Lebenssituation angeht (auch wenn er sich durch seine Freundin unter Druck gesetzt fühlt): „Ja, ich weiß net, ich krieg ja von meiner Freundin ein bisschen Druck, dass, dass wir zusammenziehen und was weiß ich […]. Keine Ahnung, des geht mir einfach ein bisschen zu schnell.“ Er löst jedoch die Situation, indem er antwortet: „Ja. Erst mal langsam anfangen. Ich hab g'sagt ich bin noch selber noch nicht ganz klar was ich will, dann können ma' vielleicht nach so zwei, drei Jahren mal wieder da drüber das Thema rausholen und drüber schwätzen wie's aussieht.“ Herr Klein benötigt sicher auch in Zukunft aufgrund seiner Leseschwäche vor allem Unterstützung in behördlichen Angelegenheiten und muss immer wieder motiviert werden, zur Arbeit zu erscheinen. Letztgenanntes möglicherweise wegen einer Unterforderung. In erster Linie benötigt er die psycho-emotionale Sicherheit (Rückhalt) der Bezugsperson, mit deren Hilfe er dann Alltagsschwierigkeiten selbständig erledigen kann. Es ist durchaus vorstellbar, dass sich diese Unterstützung in Zukunft weiter verringert.

**5. Ausgabenverlauf**



# Thea Knoll

*Geboren 1976, lebte vor Projektteilnahme drei Jahre in einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe.*

## 1. Allgemeines

1.1 Thea Knoll wurde 1976 geboren und ist zum Zeitpunkt des Eintritts in ProSeLe 31Jahre alt. Sie arbeitet seit Absolvieren der Sonderschule und des Arbeitstrainings- bzw. Berufsbildungsbereichs der WfbM in einer Behindertenwerkstatt des Projektträgers. Zum Ende von ProSeLe lebt sie gemeinsam mit ihrem Lebenspartner in einer Wohnung. Sie unterhält enge und tragfähige Kontakte zu ihrer Herkunftsfamilie.

1.2 Bis zu ihrem 28. Lebensjahr wohnte Thea Knoll bei ihrer Mutter. Ab 2004 nahm sie zunächst für zwei Jahre an einer Maßnahme des Trainingswohnens teil, und lebte dann für etwas über ein Jahr in einer stationären Wohngruppe des Projektträgers.

1.3 Thea Knoll gilt als geistig behindert. Hinzu kommen psychische Probleme. Diese sind anlassbezogen (meist Konflikte in der Partnerschaft) und äußern sich in aggressivem und autoaggressivem Verhalten bis hin zur Suizidalität (in einem Fall). Sie ist phasenweise in psychiatrischer Behandlung. Thea Knoll hat außerdem Epilepsie und gelegentlich Krampfanfälle. Sie muss daher Medikamente nehmen. Hinzu kommt eine Sehbehinderung, wegen der sie eine starke Brille tragen muss, für die sie als Kind von Mitschülern gehänselt wurde („Brillenschlange“). Sie selbst thematisiert ihre Behinderung nicht, außer durch die Nennung von Institutionen, die sie durchlaufen hat (sie war in einer „Behindertaschul“, „Behindertawerkstatt“). Ihren Hilfebedarf sieht sie – allerdings nicht ohne sich gleichzeitig gegen Bevormundung auszusprechen – im Bereich des Umgangs mit Geld sowie darin generell Ansprechpartner/innen zu haben, auch wegen ihrer psychischen Konflikte.

## 2. Lebensverlauf/ WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Thea Knoll ist – dialektsprechend – rhetorisch außerordentlich versiert. Sie erzählt in den Interviews offen, aber selektiv, aus ihrem Leben, gelegentlich sprunghaft und impulsiv. Es entsteht zwar keine zusammenhängende Lebensgeschichte, aber Thea Knoll vermittelt dem Gegenüber ein dezidiertes Selbstbild und verdeutlicht ihre gegenwärtigen soziobiografischen Relevanzstrukturen sehr explizit. Dazu gehören das selbstständige Wohnen, eine Partnerschaft und die bewusst gepflegte Beziehung zur Mutter.

2.2 Thea Knoll wächst zusammen mit Bruder und Schwester in einem sehr ländlichen Kontext eines 300-Einwohner-Dorfes auf. Über ihren Vater kann sie nicht viel sagen. Er verstirbt, als sie zwei oder drei Jahre alt ist. Thea Knoll erinnert sich dazu lediglich an eine von der Mutter überlieferte Episode: der Vater habe sie auf den Schultern getragen, sie habe ihm den Hut herunter gestoßen und er habe sie dafür „verhaua“, sie habe dann geweint. Thea Knoll hat eine ältere Schwester (heute verheiratet und Mutter dreier Kinder), die heute in einer etwa 150 km entfernten Kreisstadt wohnt. Der Bruder wohnt in unmittelbarer Nähe (verheiratet und Kinder), allerdings ist der Kontakt derzeit abgebrochen – wohl infolge eines Zerwürfnisses mit der Mutter.

Offenbar wachsen die Kinder allein mit der Mutter auf. Die Mutter nimmt in dem kleinen Dorf seit unbestimmter Zeit bis in die Gegenwart die Funktion einer Mesnerin und Kirchenpflegerin wahr. Thea Knoll besucht (wegen der Gruppenaufteilung in verschiedenen Nachbarorten) die Sonderschule für geistig behinderte Menschen. Sie hat wenig oder keine Freunde und die Wahrnehmung ausgegrenzt zu werden, allerdings nicht wegen ihrer geistigen Behinderung, sondern wegen ihrer Sehbehinderung: „K: Och i han früher han i mal, han i immer denkt wer will mi au scho, wa. Mi mag niemand, mi will doch niemand und pff da han se alle „iii“ gsagt „iiiii“. - I: Echt? Wieso denn des? - K: Hm, weil se irgend <> weiß au it.

Meine Mitschüler.- I: Hast dich da dann nit wohl gfühlt... - K: Noi gar itte. Die han mi immer ghänslet <> „Brilleschlang“ und so Sache, weißt also“.
Als Hobby malt sie Ölbilder, das sei ihr im Augenblick aber zu langweilig .

2.3 Im Anschluss an die Schule wechselt sie in den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen, zunächst in den Bereich Metall, der in einem etwa 14 Kilometer entfernten Nachbarort C angesiedelt ist, später in den Bereich Holz in der Kleinstadt A, in dem sie auch heute noch arbeitet. Diese Stadt liegt auf halbem Weg etwa siebeneinhalb Kilometer vom Heimatort und heutigem Wohnort der Mutter entfernt. Dort absolviert sie ab Ende 2004 auch (im Alter von 28 Jahren) eine insgesamt eineinhalbjährige Wohntrainingsmaßnahme. Sie möchte selbstständig wohnen, sieht das Zusammenleben mit der Mutter zwar nicht als übermäßig belastet, aber als nicht mehr altersgemäß an. „Nach `nem gewissem Alter will ma scho ausziehe“, sagt sie. Dabei spielt auch das Vorbild der Schwester eine Rolle: „Mei Schwester, die wo, die wo zwei Jahr älter isch wie i, die isch scho, die isch au scho auszoge un mein Bruder <.> ja und, i han des halt au welle, i han halt au nit dahoim bleibe welle. Na han i halt, na han i des mit meine Mama gschwätzt <> na hat mei, na hat mei Mama gsagt [leise:] Naja gut“. Im Rahmen des Trainingswohnens zieht sie mit ihrem Freund zusammen. Sie hat, wie sie sagt: „`S gwisse Alter“.

Allerdings stellt sich die Beziehung im Lauf der Maßnahme als konfliktbehaftet heraus. Es kommt nach etwa einem Jahr zu einer Auseinandersetzung, in deren Verlauf dem Freund, wie sie sagt, „die Hand ausrutscht“, er schlägt sie ins Gesicht, sodass er ihr die Brille herunter reißt. Als er – wohl in der Folge – ankündigt, dass er sich von ihr trennen will, nimmt sie im Badezimmer eine Überdosis Tabletten[61]. Ihr Freund alarmiert den Betreuer. Dieser holt den Notarzt. Im Krankenhaus wird ihr der Magen ausgepumpt und sie kommt für einige Zeit in eine psychiatrische Klinik. Im Anschluss daran wohnt sie in einem Zwischenquartier in einem Wohnheim.

Dem folgt ein Umzug in eine stationär betreute Wohnform in einem nochmals neun Kilometer entfernten Ort B. Es handelt sich dabei um ein gemeindeintegriertes Wohnheim des Projektträgers, welches von einem bürgerschaftlichen Verein mitgetragen wird. Dieser Umzug geht wohl einerseits auf die Vorgabe des Betreuers zurück, sie vorerst nicht in eine selbstständige Wohnform entlassen zu wollen, zugleich aber auch auf ihre Initiative. Denn ihre Freundin Monika, die sie noch aus der Schule und in der Folge wohl der Werkstatt kennt, wohnt ebenfalls dort. Monika, sagt sie, sei ihre beste und einzige Freundin. Sie unternehmen nichts, sehen sich aber täglich beim Essen, besuchen sich „ab und zu“ auch auf ihren Zimmern und „mir schwätzet viel“. Die anderen Mitbewohner/innen mag sie erklärtermaßen nicht. In diesem Wohnheim lebt sie für etwa ein Jahr.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Ausschlaggebend für ihren Eintritt in ProSeLe ist wiederum ihr Wunsch nach einer selbstständigeren Wohnform und mehr Platz, da sie recht beengt unter dem Dach untergebracht ist. Möglicherweise spielt auch das schlechte Verhältnis zu den anderen Mitbewohner/innen eine Rolle. Es ergibt sich im Jahr 2007 die Möglichkeit, dass sie im Rahmen von ProSeLe im selben Haus in eine recht große Anliegerwohnung einziehen kann, die nicht Bestandteil des Wohnheims selbst ist, aber jederzeit den Zugang zum stationär betreuten Bereich und zur betreuenden Bezugsperson zulässt.

3.2 Der Verlauf von ProSeLe ist vor allem geprägt durch einschneidende biografische Veränderungen im Zusammenhang mit dem Thema Partnerschaft (und in der Folge mit den

[61] „Darauf hin han i scheiße baut mit de Tablette und han mi, na han i gsagt, han i für mi denkt "so mir reicht s i will nimme lebe, wenn der sagt er verlässt mi" han Tablette gnomm, han Tablette gfresse ohne Ende, han gheulet vor mi na. Bis dann de Martin (Mitarbeiter) komme, han i nimme aufghört bis de bis dann mein <> bis dann mein Ex de Martin agrufe hat und hat gsagt "Martin i dreh, i lieg im Bad" hat gsagt i lieg im Bad und <> und heule, un na isch de Martin komme nach ner halbe Stund und hat mi im Bad gfunde <> mit de Tablette.“

Themen Geld und Wohnen). Thea Knoll geht eine weitere Partnerbeziehung ein, mit einem Mann, den sie ebenfalls von der Arbeit kennt und der ihr bei der früheren Beziehungsproblematik sehr geholfen hat. Allerdings bleibt auch diese neuerliche Beziehung von Spannungen und Konflikten nicht verschont. Die Bezugspersonen rechnen diese auch der fordernden und den Partner unter Druck setzenden Handlungsweise von Thea Knoll zu.
In den Jahren 2008 und 2009 kommt es immer wieder zu Spannungen und Konflikten im Umfeld der Partnerschaft, die z. T. auch in die Arbeitsstelle getragen und in die auch Dritte einbezogen werden. Dabei, und auch zur Durchsetzung ihres Ziels einer gemeinsamen Wohnung, setzt Thea Knoll immer wieder die Selbstbedrohung ihrer körperlichen Integrität, aber auch Aggressivität nach außen, als Mittel der Konfliktaustragung ein. Dies kulminiert im Verlauf des Jahres 2008/2009 in mehreren Versuchen der Selbstverletzung, die z. T. auch die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe nötig machen. Thea Knoll spricht hierüber auch offen im Interview und stellt die Selbstverletzungen als Reaktion auf ihre Umgebung dar („Wenn ma mi halt reizt, na werd i halt so, wa kann i dafür."), reflektiert aber auch selbstkritisch ihr Verhalten. Sie lässt bezüglich des Wunsches eines Zusammenziehens mit dem Partner nicht locker. Insbesondere der Umstand, dass der Partner selbst in der ersten Jahreshälfte 2009 in eine eigene Wohnung zieht, führt zu einer Verstärkung der inneren und äußeren Konflikte. Ab der zweiten Jahreshälfte 2009 kommt es dann zu einer sukzessiven Stabilisierung der Situation. Ein dreiwöchiges gemeinsames Probewohnen verläuft positiv, allerdings können sich Thea Knoll und ihr Partner noch nicht über Ort und Zeitpunkt des gemeinsamen Wohnens einigen. Frau Knoll möchte, dass ihr Partner zu ihr zieht, der Partner zieht es vor, woanders das gemeinsame Wohnen zu versuchen. Insbesondere die Eltern beider Partner sind aufgrund der vergangenen Erfahrungen sehr skeptisch; laut Thea Knoll behaupten die Eltern ihres Partners, dieser habe etwas Besseres verdient als sie.

Im Dezember 2009 schließlich ziehen die beiden in eine gemeinsam Wohnung am Ort A ein. Während der ersten Zeit kommt es zunächst ebenfalls zu Konflikten und Schwierigkeiten bei der Rollenverteilung innerhalb des gemeinsamen Haushalts. Im Laufe des Jahres 2010 kommt es dagegen zu einer deutlichen Entkrampfung der Situation, sowohl zwischen Thea Knoll und ihrem Partner – die Beziehung erweist sich als zunehmend tragfähiger und konfliktfreier – als auch in den Beziehungen zu den jeweiligen Angehörigen. Im Vordergrund stehen zunehmend die Bewältigung kleinerer alltagspraktischer Probleme, etwa der Umgang mit Geld, der Haushaltsarbeiten u.ä., ohne dass dies im ersten Halbjahr zu tiefergehenden Auseinandersetzungen führen würde.

Die gemeinsame 2-Zimmer-Wohnung ist geräumig, sehr sauber und die Möbel, alle aus heller Buche, wirken aufeinander abgestimmt und sehr neu. An den Wänden hängen verschiedene Bilder und Fotos von Verwandten, Mitarbeitern und Landschaften. Ein großer Fernseher mit DVD-Player steht im Wohnzimmer. Die Wohnung befindet sich in einem Haus der Einrichtung, in dem noch andere betreute Klienten wohnen. Sie liegt zentrumsnah, wodurch Frau Knoll und ihr Partner sowohl Einkaufsmöglichkeiten als auch die Werkstatt zu Fuß erreichen können.

3.3 Im Zentrum der Unterstützung bzw. des **Unterstützungsbedarfes** von Thea Knoll steht der Umgang mit ihrer psychischen (und kommunikativen) Impulsivität und damit zusammen hängenden problematischen Rückwirkungen auf ihr eigenes Befinden sowie die damit verbundenen Irritationen ihres sozialen Umfeldes. Thea Knoll ist selbst sehr aktiv, hat genaue Vorstellungen von ihrer Lebensgestaltung und tangiert damit sowohl ihre soziale Umgebung wie auch ihre Unterstützer. Einerseits geht es dabei um einen hohen Bedarf an Kommunikation, „Ansprache", Aushandlung, teilweise Mediation und Beratung mit durchaus (beziehungs-) therapeutischen Anteilen. Andererseits sind erhebliche organisatorische Leistungen (Wohnungssuche und -einrichtung) erforderlich. Die psychischen und psychosozialen Konflikte entzünden sich bei Thea Knoll durchweg im Zusammenhang mit dem Thema Partnerschaft und der Frage: Wie will und mit wem will ich leben und wohnen? Dabei geht es letztlich um Liebe. Der andere große Unterstützungsbereich, der jedoch damit zusammen hängt, ist das Thema Geld. Dieser ergibt sich nicht so sehr daraus, dass Thea

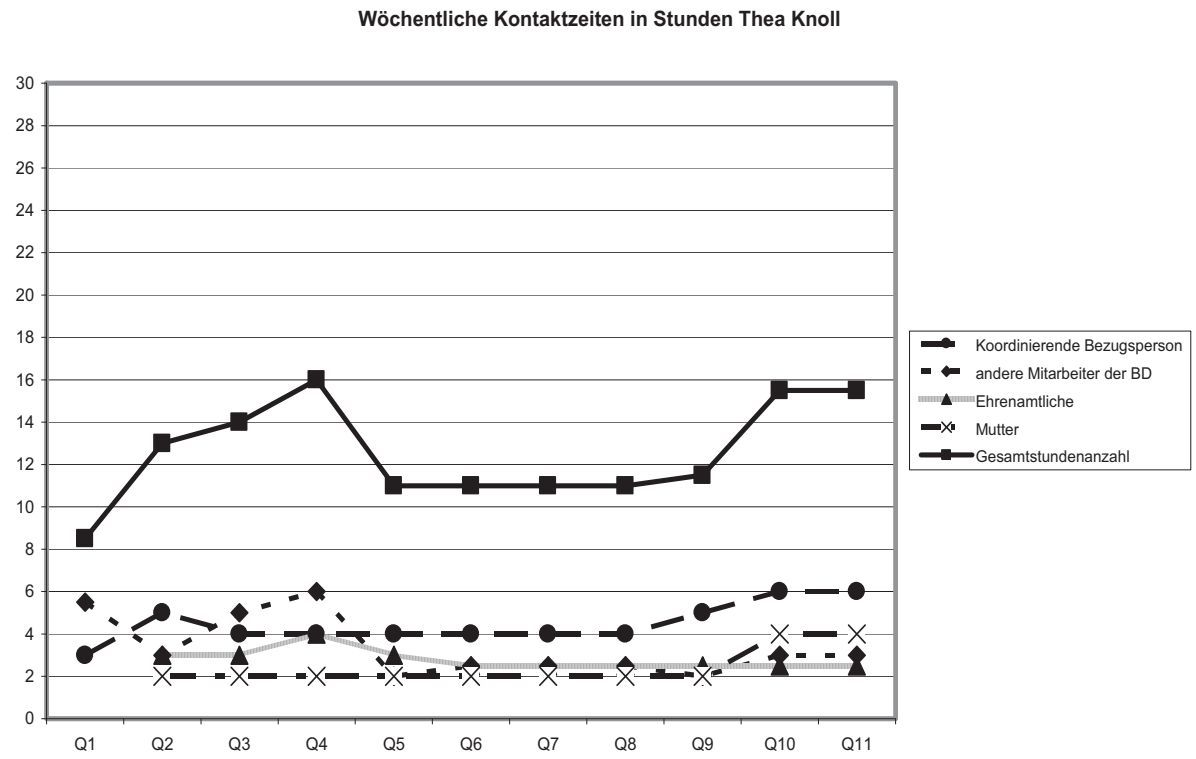
Knoll jegliche Kompetenzen fehlen (etwa weil sie nicht lesen könnte), sondern gerade aus dem Umstand, dass sie vergleichsweise selbstständig und kompetent ist, mit Geldkarte und Girokonto umgehen kann. Das Problem ist aber, dass sie exzessiv Geld ausgibt, oft mehr als ihr zur Verfügung steht. Diese Ausgaben stehen vielfach in engem Zusammenhang mit der Beziehung zum Partner, etwa weil sie gemeinsam zum Frühlingsfest auf den Rummelplatz, auf Weihnachtsmärkte oder in einen gemeinsamen Urlaub gehen. Später kommen dann auch Ausgaben für das gemeinsame Wohnen hinzu. Hier müssen praktische Modelle der Geldeinteilung ausgehandelt, der Zugang zum Konto begrenzt und die Gründe für das Geldausgeben zum Thema gemacht werden. Seit Sommer 2010 hat Frau Knoll ihre Bankkarte im Büro eines Mitarbeiters der ambulanten Dienste hinterlegt. Sie holt das Geld in Raten von je zwei Tagen ab.

Darüber hinaus fallen weitere, aber insofern nachgeordnete Unterstützungsfelder an, weil die beiden anderen derart dominierend sind. Dazu gehört etwa die Vermittlung von Techniken der gesunden Ernährung, Thea Knoll ernährt sich zum Teil ungesund, ist stark übergewichtig (sie sagt, sie wiege über 100 Kilo). Sie hat auch hier ein partnerbezogenes Motiv, den Vorschlägen der Betreuerin für eine bewusstere Ernährung zu folgen. Hinzu kommen – zusammenhängend mit dem Geldproblem – Hilfen beim Einkaufen, sowie bei der Erledigung mancher Hausarbeiten, denen es nach Ansicht der Mitarbeiter/innen gelegentlich an Konsequenz und Gründlichkeit mangelt. Für die Bereiche informelle Beziehung und Familienbeziehungen besteht zunächst kein Hilfebedarf, was sich jedoch ab Quartal 8 hin zu einem niedrigen bzw. mittleren Bedarf verändert. Ein gleichbleibend hoher Hilfebedarf ergibt sich für den Bereich Partnerschaft.

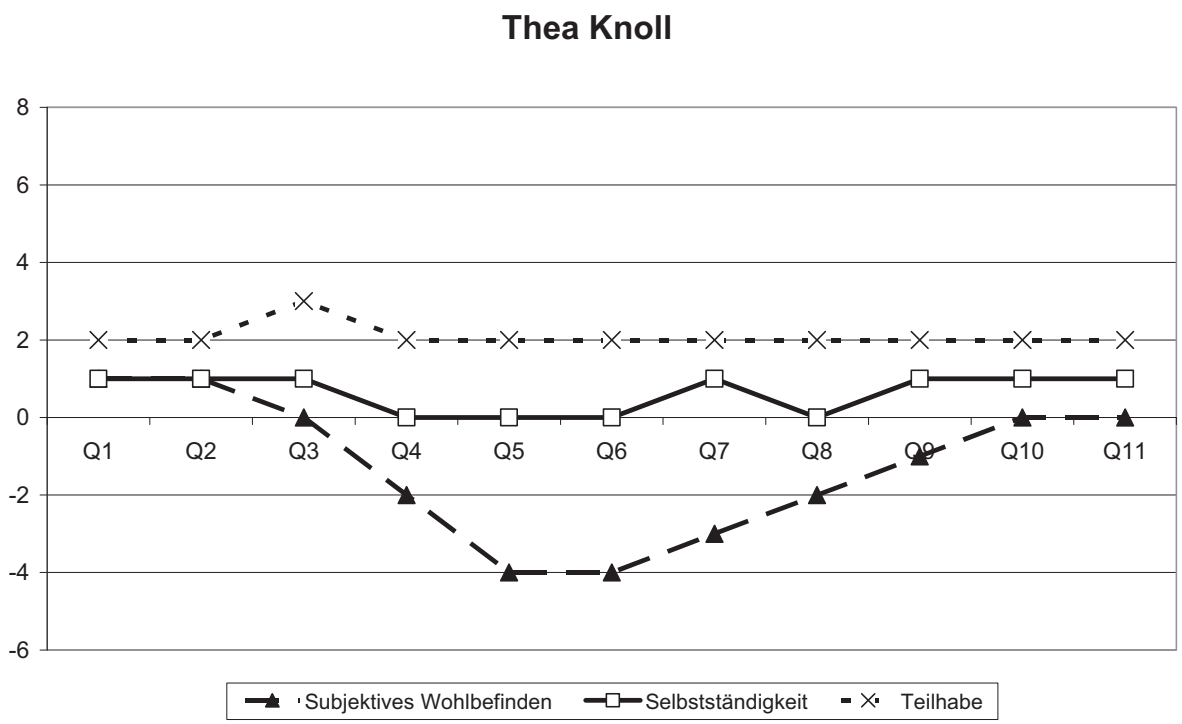
Insgesamt sind aber im Projektverlauf erhebliche Verselbstständigungsprozesse zu verzeichnen. Das berührt insbesondere den Bereich der Interaktionen mit Behörden und Dienstleistern sowie selektive Bereiche der Selbstversorgung und Haushaltstätigkeit.

Der zeitliche Umfang ihrer Unterstützung schwankt während des Projekts zwischen achteinhalb und 16 Std./Woche. Die **Hilfeerbringung** wird zuletzt von der Bezugsperson (sechs Std./Woche) und anderen Einrichtungsmitarbeitern (drei Std./Woche), der Mutter (vier Std./Woche) und einer Ehrenamtlichen (zweieinhalb Std./Woche) geleistet. Thea Knoll ist eine der Personen, bei denen ein so genannter *„Hilfemix“* im Lauf des Projektes auf stimmige und nicht gezwungene Weise eingerichtet werden konnte. Insbesondere in der Wohnphase im Ort B. gelang dies in Anknüpfung an die dortigen institutionellen Möglichkeiten. Über den Verein, der das Wohnheim unterstützt, konnte eine ehrenamtliche Kraft rekrutiert werden, mit der sich Thea Knoll gut verstand und die sie beispielsweise zum Einkaufen begleitete, beriet und generell als Ansprechpartnerin zur Verfügung stand. Auch in der neuen Wohnung telefonieren und treffen sie sich regelmäßig. Die Mutter von Thea Knoll kommt wöchentlich und schaut nach dem Rechten. Thea Knoll gibt ihr (dafür) eine besonders gute Schwarzwurst von einem guten Metzger in der Umgebung. Auch Verwandte, so ihr Dede (=Pate), stehen sowohl als (durchaus auch kritische) Ansprechpartner, wie auch für alltagspraktische Hilfen (beispielsweise beim Umziehen) zur Verfügung.

| **Thea Knoll** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |




Thea Knoll hat ein kleines, stabiles **soziales Netzwerk**. Sie ist sehr gut integriert in ihre Familie, allerdings besteht – bei aller Konflikthaftigkeit der Partnerbeziehung – der deutliche Eindruck einer altersgerechten Ablösung von der Herkunftsfamilie unter gleichzeitiger Wahrung stabiler Solidarstrukturen. Sie sagt zum Beispiel, dass sie nur ein zwei Tage mit ihrer Mutter zusammen sein kann, nicht eine ganze Woche. Dennoch sind ihre Kontakte zur Mutter und zu anderen Verwandten (Schwester, „Dede“) verlässlich und stetig. Über die wöchentlichen Besuche hinaus feiern sie gemeinsam Geburtstag und Weihnachten. Dazu kommen auch weitere Verwandte, die Schwester, der „Dede“ und die „Dode“. Obwohl die Schwester weit weg wohnt, telefonieren sie ein- bis zweimal in der Woche. Frau Knoll ist selbst dreifache „Dode“ (hat also drei Patenkinder). Auch zu den Nachbarn unterhält sie gelegentliche Kontakte. Im Zentrum steht für sie aber die Partnerbeziehung: „Des isch a guts Gfühl, wenn ma da Freind an seiner Seite hat.“




Während die Selbstständigkeit und die Teilhabe in der Projektphase wenig Schwankungen unterliegen, spiegelt die Kurve des subjektiven Wohlbefindens die oben genannten Ereignisse wieder. Das Wohlbefinden von Frau Knoll sinkt zunächst konstant, um sich dann ab Herbst 2009 bis zum Sommer 2010, dem Zeitpunkt der Stabilisierung der Beziehung zum Partner und dem darauf folgenden gemeinsamen Umzug, fortwährend zu steigern.

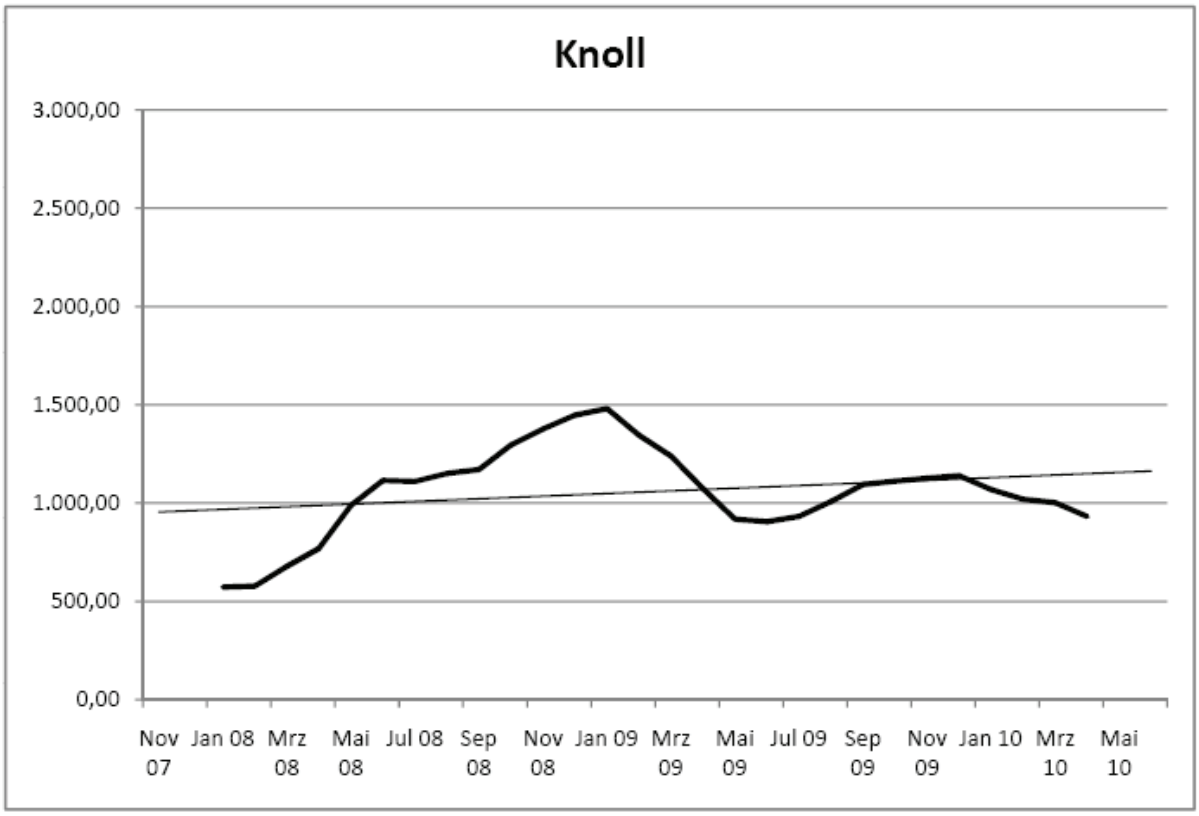
Ihre Freizeit gestaltet Thea Knoll mit deutlich kommunikativer Ausrichtung: sie unterhält sich gerne, geht mit anderen spazieren, benutzt mediale Kommunikationsformen (Video/DVD, Fernsehen, z. T. lesen) als Katalysator für direkte Kommunikation. Sie geht – meist mit Partner – gerne aus, fährt dazu auch mit dem Zug in benachbarte größere Städte, geht auf Festveranstaltungen und Weihnachtsmärkte und benutzt auch Einkaufen als gemeinsame Aktivität (die Schattenseite besteht darin, dass sie dabei auch viel Geld ausgibt).

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Thea Knoll hat die Projektlaufzeit dazu benutzt, ein eigenes biografisches Projekt, nämlich das gemeinsame Leben mit einem Partner, gegen nicht unerhebliche Widerstände aus ihrer unmittelbaren sozialen Umgebung „durchzusetzen“. Sie stellt sich darin – auch im Interview – als aktiv, fordernd, selbstständig, konsequent, bis zum Teil auch durchaus widerständig und unbequem dar. Sie setzt dabei viel aufs Spiel, auch ihre körperliche Integrität, wenn sie es für nötig hält. Ihre psychische Impulsivität, zugleich aber auch Verletzbarkeit, führt sie durchaus in Gefährdungssituationen. Zugleich bleibt sie aber permanent im Gespräch mit ihren sozialen Bezugspersonen und lässt sich auch – kommunikativ sehr kompetent – auf schärfere Kritik ihrer Umgebung ein. Sie ist zu kritischer Selbstreflexion durchaus in der Lage, ohne zugleich eine gewisse „Halsstarrigkeit“ zu verleugnen. (So wenn sie zum Beispiel, wie folgt, in einer Mischung von selbstironischer Einsicht und Beharren formuliert: „K: I brauch halt Geduld, aber die Geduld han i itte, bei mir muss alles hoppla hopp gange, <> weißt so nach dem Motto reicht ma mir de kleine Finger will se glei d` ganze Hand. [I. und K. lachen] Ha isch doch so"). Wie sich das nun umgesetzte „Projekt“ auf lange Sicht im Alltag bewährt, muss die Zukunft zeigen. Das Jahr 2010 scheint gut verlaufen zu sein: „I find des Ganze so gut wie's isch. Da braucht sich meines Wissens nemme viel ändra.“

In Thea Knolls Verlauf ist eine beeindruckende Verknüpfung von Verselbstständigung und sozialräumlicher Integration mit einem biografischen Projekt der Teilnehmerin gelungen. Dazu beigetragen haben sicher auch die Anknüpfung an vorhandene stabile soziale Netzwerke und die insgesamt sehr aktive Lebensausrichtung der Klientin. Wichtige biografische Desiderate liegen vor allem in einer Kultivierung ihrer psychischen Situation und der (selbst)schädigenden Formen der Konfliktaustragung sowie einer Entwicklung ihrer Fähigkeiten zur verantwortungsvollen Lebensgestaltung, insbesondere auch was ihre ökonomischen Ressourcen betrifft.

**5. Kostenverlauf**




## Timo Krall

*Geboren 1964, lebte vor ProSeLe elf Jahre in Einrichtungen der Sozialpsychiatrie (davor bereits in anderen Wohneinrichtungen anderer Träger).*

**1. Allgemeines**

1.1 Timo Krall wurde 1964 geboren und ist bei Projekteinstieg 42 Jahre alt. Nach dem Abitur arbeitete er für einige Jahre als Gelegenheitsarbeiter, bis er mit 27 Jahren in die WfbM aufgenommen wird. Er ist zwischendurch arbeitslos und kommt über eine therapeutische Arbeitsmaßnahme wieder in die WfbM. Er ist ledig.

1.2 Nach seinem Auszug aus dem Elternhaus mit 23 Jahren (1987), wohnte er vermutlich zunächst alleine und kommt dann nach mehreren Maßnahmen (Rehazentrum, abW) 1996 in eine Wohngruppe der sozialpsychiatrischen Trägers.

1.3 Timo Krall erzählt, dass seine Erkrankung bereits während der Schulzeit auftritt. In den Unterlagen werden zu seiner Behinderung folgende Diagnosen aufgeführt: Borderline Symptomatik, parahalluzinatorische Psychose, posttraumatische Belastungsstörung. Er

selbst verortet die Ursache sehr genau in traumatischen Kindheitserfahrungen, die sich bis heute in seinem Befinden niederschlagen: „Also ich hab halt vor allem Angstzustände“. Seine Diagnosen kennt er gut: „Ja ich bin eigentlich, ich bin eigentlich schon durch alle Diagnosen gegangen, erst war's Angstneurose bis hin dann Borderline, dann Paranoidheit [unverständlich] Psychose, <> da häng ich grad noch 'n bissel rum irgendwie. Also ich krieg jedes Mal, wenn ich in `ne Klinik komm `ne neue Diagnose [lacht]“. Zu Projektbeginn ist er auf eine tägliche Einnahme eines starken angsthemmenden und beruhigenden Medikaments angewiesen. Zusätzlich konsumierte er phasenweise überdurchschnittlich viel Alkohol. Er ist in die Hilfebedarfsgruppe 2 eingestuft.

**2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe**

2.1 Mit Herrn Krall gibt es ein Interview aus der ersten Interviewphase 2008 und ein Interview aus der dritten Phase (2010/2011) – während der zweiten Phase (2009) war er in einer klinischen Unterbringung und nicht ansprechbar. In den Interviews spricht Herr Krall offen über seine Biografie, vor allem über seine verschiedenen Wohnstationen und den Umgang mit seinen Angstzuständen. Er macht in beiden Interviews einen reflektierten und optimistischen Eindruck.

2.2 1964 geboren, wächst Timo Krall mit einer Schwester im Vorstadtgebiet einer großen Kreisstadt auf. Seine Mutter ist im Haushalt tätig, sein Vater ist Mechaniker. Es gibt wenig Informationen über seine Kindheit. Im ersten Interview erwähnt er, dass er missbraucht wurde. Timo Krall besucht das Gymnasium in der Kreisstadt und macht das Abitur. Während der Prüfungen, so schildert er, bekommt er seine ersten Angstzustände: „Weil ich schwere Angstzustände gekriegt hab nachm schriftlichen Abitur.“ Was er unmittelbar nach dem Abitur macht, ist unklar. 1987, mit 23 Jahren, zieht er von zu Hause aus und arbeitet als Gelegenheitsarbeiter: „Ich hab ja dann also nur unregelmäßig gejobbt, wenn ich halt Geld braucht hab. Für mei’ Auto oder so.“

2.3 Nach vier Jahren (1991) wird er in einem 30 km von seiner Heimatstadt entfernten Rehazentrum mit WfbM aufgenommen. Wie es dazu kam, ob sich seine Erkrankung verschärfte o.ä., ist den Daten nicht zu entnehmen. Dort bleibt er für zwei Jahre. Er zieht dann wieder in seine Heimatstadt und wohnt dort in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft. Ob er arbeiten geht, bleibt ebenfalls unklar. Doch auch dort bleibt er nicht lange und zieht 1996, mit 32 Jahren, in ein Wohnheim der Sozialpsychiatrie. Ab 1999 beginnt er zunächst in einer therapeutischen Arbeitsmaßnahme zu arbeiten und ab 2003 in einer WfbM. Retrospektiv resümiert er über seinen verschiedenen Stationen: „Ha ich bin jetzt schon, in meiner psychiatrischen Karriere schon überall rum gekommen [lacht]“. Im Mai 2007 zieht er gemeinsam mit einer Mitbewohnerin in eine eigene Wohnung.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Herr Krall wohnt in der Wohngruppe mehrere Jahre[62] und macht dort einige gute Erfahrungen: „Die Marxstraße war am Anfang au okay, weil ich, ich war am Anfang ziemlich krank noch. Und also ich hab au viel profitiert von dort, ganz klar.“ Dies ändert sich mit der Zeit und Konflikte mit anderen Mitbewohnern führen zu dem Wunsch umzuziehen. Er denkt zusammen mit einer Mitbewohnerin über Alternativen nach: „Die, die Situation war nich mehr okay bei uns, also in der stationären WG. Und wir hab'n da au, und aber wir traue nit so richtig den Schritt raus zu machen, und da kam uns des sehr gelegen da die die Idee, dass ma praktisch wie so ein Zwischenschritt äh doch zum ambulant betreuten Wohnen kommen können <> und ja und, da war i glei begeistert“. Die koordinierende Bezugsperson gibt u.a. als Ziele die Verbesserung der Lebensqualität und ein selbstständiges Leben an.

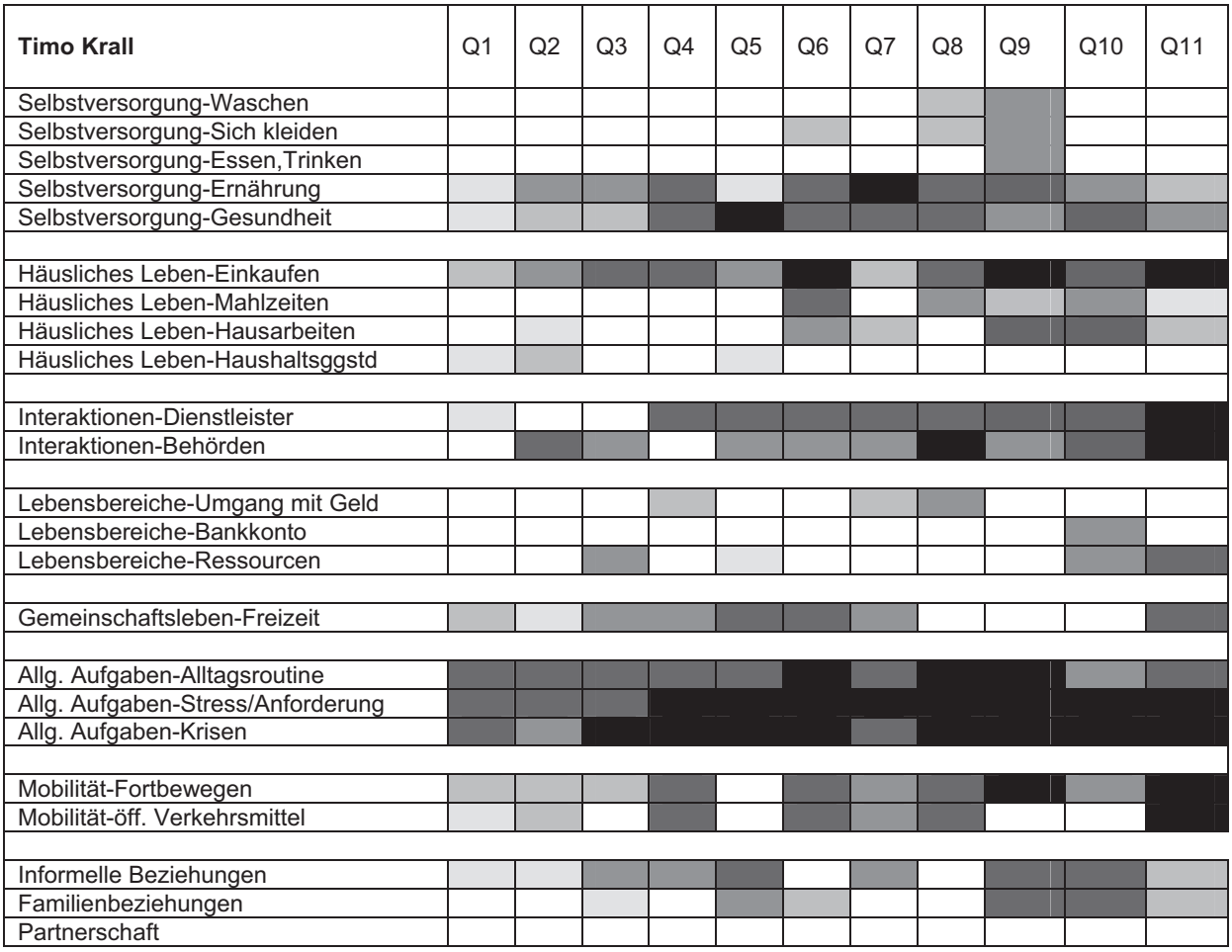
[62] Die Angaben schwanken zwischen sechs und elf Jahren. Er spricht im Interview von sechs bis sieben Jahren, die Akte hat 1996-2007 vermerkt.

3.2 Herr Krall zieht zusammen mit der WG-Mitbewohnerin in eine Vierzimmerwohnung eines großen Wohnblocks um, die sich im fünften Stock befindet. Die ursprünglich vorgesehene dritte Person springt kurz vor dem Umzug ab, weshalb ein Zimmer leer steht. Die Wohnung ist holzvertäfelt und hat einen großen Balkon mit Aussicht auf die Stadt. Seine Mitbewohnerin stattet die Wohnung mit geerbten Möbeln aus. Herr Krall geht zu Projektbeginn täglich in die WfbM und sonntags ab und zu in die Kirche. Ansonsten hat er wenige Freizeitaktivitäten. In Krisenphasen geht er nicht aus dem Haus. Trotzdem gefällt es ihm in der neuen Wohnung und findet das Projekt sinnvoll: „Hier kann ma richtig reden".

Im Laufe des Projekts entstehen laut Akte zwischen ihm und seiner Mitbewohnerin vermehrt Konflikte – er selbst berichtet nichts davon. Parallel dazu führt er auf eigenen Wunsch ab März 2009 einen stationären Medikamenten- und Alkoholentzug durch – mit fatalen Folgen. Er ist nur noch selten in der Wohnung und fühlt sich, den Unterlagen zufolge, immer unwohler. Gegen Mitte 2009 verschlechtert sich sein psychischer Zustand (massive Angstzustände): Er kann nicht mehr arbeiten und zieht schließlich in eine stationäre Wohngruppe zurück. Die Situation entspannt sich nicht und er kommt wieder in die psychiatrische Klinik. Im Winter 2009/2010 unternimmt er dort einen Suizidversuch und verletzt sich dabei einen Wirbel. Nach einer zweiwöchigen Reha und mehreren Operationen wird er wieder in der psychiatrischen Klinik untergebracht. Im Sommer 2010 wechselt er nach langer Antragsdauer inklusive Widerspruchsverfahren in eine medizinische Rehabilitation.[63] Die Akte dokumentiert ab diesem Zeitpunkt eine Besserung seines Wohlbefindens. Er selbst gibt im Januar 2011 an, sich gut zu fühlen und stolz auf seinen Medikamentenentzug zu sein. Ein Umzug in eine stationäre Wohngruppe ist für die kommenden Monate geplant.

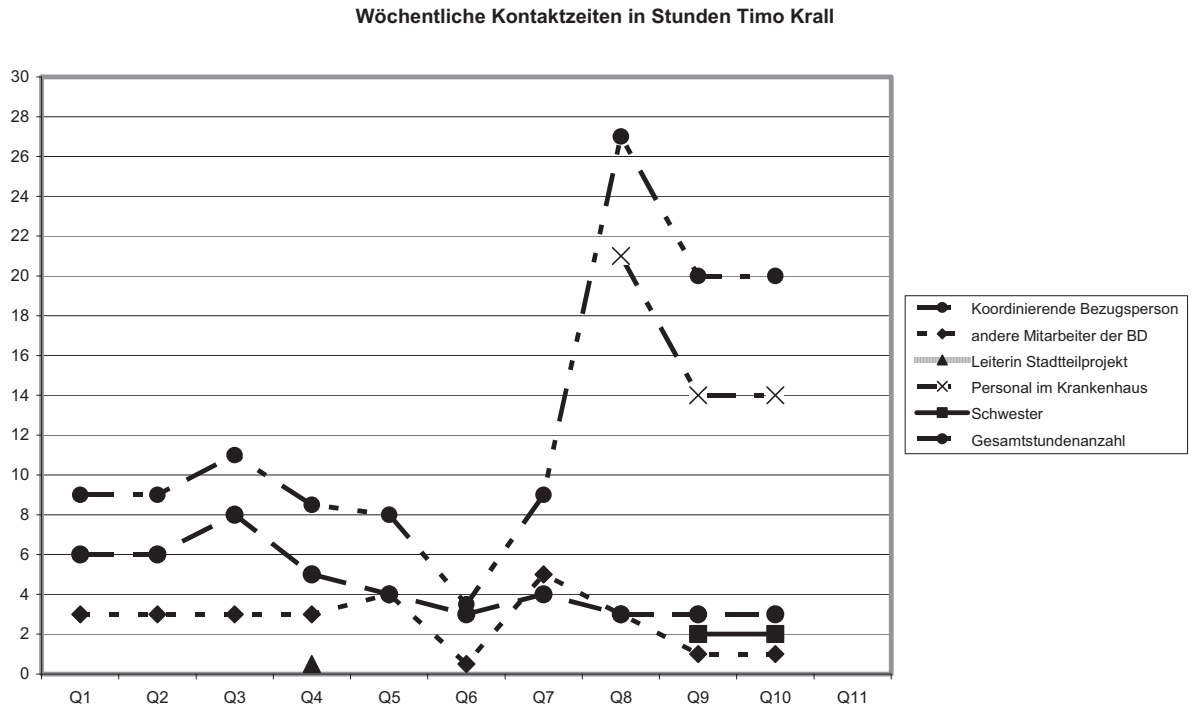
3.3 Der **Hilfebedarf** wird unterschiedlich eingeschätzt. In allen Bereichen hat Herr Krall einen mittleren bis hohen Unterstützungsbedarf, der wiederum partiell sehr schwankend ist (z.B. Ernährung und Gesundheit 1-5). Der einzige Bereich, der auf mittlerem Niveau verbleibt, ist der Umgang mit Geld, ansonsten scheint er phasenweise einen sehr hohen Bedarf zu haben. Vor allem in den Bereichen „Stress", „Anforderungen" und „Krisen" ist durchgehend intensive Unterstützung vonnöten. Aufgrund seiner Angstzustände ist er nach dem Medikamentenentzug nicht mehr in der Lage, alltägliche Erledigungen auszuführen als Beispiel gibt er im Interview 2011 an, dass er ohne Medikament nicht zu Abendveranstaltungen wie Konzerten oder ins Kino gehen konnte und nun nicht mal mehr Bus fahren könne.

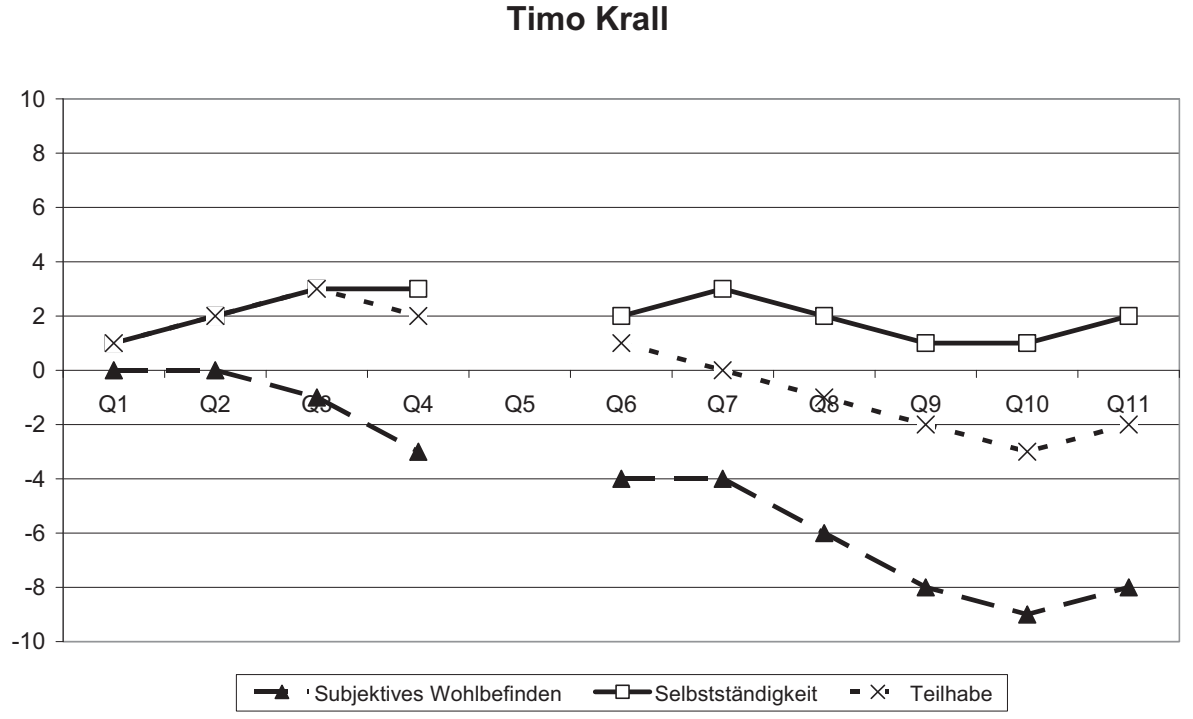
[63] Strittig war die Zuständigkeit des Kostenträgers. Der Sozialleistungsträger schoss schließlich die Kosten vor, wodurch die Maßnahme beginnen konnte. Seit Dezember 2010 bezahlt die Krankenkasse rückwirkend die Leistung.




Die **Hilfeerbringung** wird bis zur Klinikaufnahme von der Bezugsperson und einem anderen Mitarbeiter erbracht (je nach Quartal zwischen acht und elf Std./Woche). Seit seiner Klinikaufnahme im Winter 2009/2010 ist neben den beiden Mitarbeitern (eine und drei Std/Woche) auch die Schwester (zwei Std./Woche) dabei. Über die Hilfeerbringung nach Beendigung des Projekts lassen sich keine genauen Angaben machen. Herr Krall wird nach Aussage der Bezugsperson in der Quartalsdokumentation bei der medizinischen Reha rund um die Uhr betreut. Mit Beginn 2009 gehen seine Teilhabe und sein Wohlbefinden deutlich nach unten (Klinikaufenthalte und Angstzustände). Erst durch die medizinische Rehabilitation (Q 11) nimmt diese Entwicklung ein (vorläufiges) Ende.

Die **sozialen Kontakte** von Herrn Krall belaufen sich im Projektzeitraum auf seine Mitbewohnerin, die Einrichtungsmitarbeiter und Kontakte zu seiner Kirchengemeinde. Die Familie sieht er wenig (Schwester, Schwager, Nichte). „Man ruft sich an am Geburtstag, kommt ma mal vorbei oder so, aber sonst“. Das ändert sich schlagartig nach seinem Suizidversuch: Der Kontakt zur Schwester intensiviert sich und sie sehen sich nun wöchentlich. „Sie war total geschockt, dass ich n Suizidversuch gmacht hab und so. War total fertig, irgendwie. Und dann hat sich irgendwie ergeben, dass, dass wir ne ganz schöne Beziehung entwickelt haben. Wir sehen uns einmal in der Woche und telefonieren einmal in der Woche und so. Und eigentlich ne ganz tolle Beziehung geworden. Ich hab entdeckt, dass ich mit meiner Schwester über alles reden kann, selbst über meine ganz privaten Probleme. Des is ganz klasse geworden.“




### 4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts

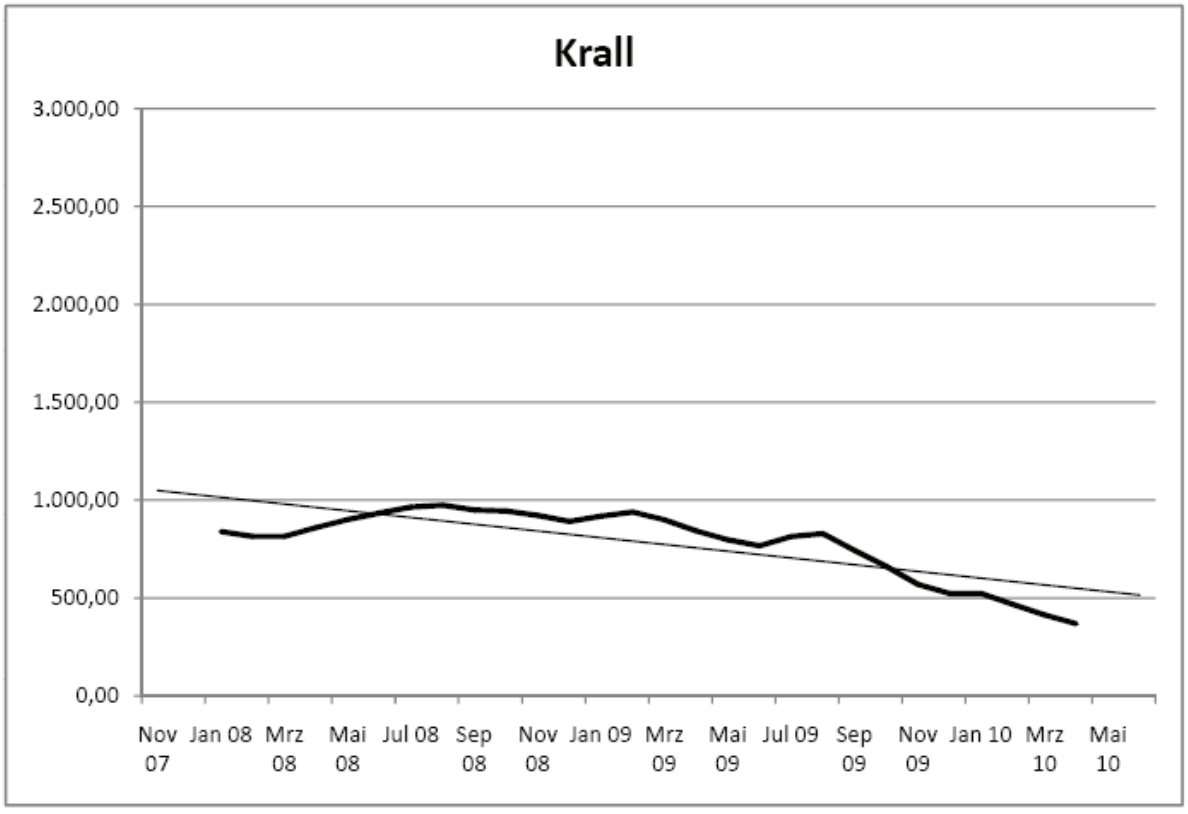
Herr Krall durchläuft seit fast 20 Jahren verschiedene (Reha-)Maßnahmen der Sozialpsychiatrie. Er selbst ironisiert das im Interview als „überall rum gekommen“. Vor dem Projekteintritt wohnt er allerdings ziemlich lange in einer Wohngruppe. Den Schritt ins abW kann er bis dato nicht wagen, zu groß scheint die Angst des Scheiterns. Die Freundschaft zu einer Mitbewohnerin und der gemeinsame Wunsch nach einer anderen Wohnform fallen zusammen mit dem Projektbeginn und scheinen somit nun die Möglichkeit zu bieten, das Leben selbstständiger zu gestalten. Während der Zeit in der Wohngruppe, die er zwar als hilfreich betrachtet, aber zuletzt als die falsche Form deutet, konnte er alleine nicht auf

ambulant betreutes Wohnen hinarbeiten. Erst mit dem Wissen, eine intensivere Begleitung zu haben und gemeinsam mit seiner Mitbewohnerin umzuziehen, gelang dieser Schritt.

Herr Krall beschreibt die ersten Monate im ambulant betreuten Wohnen wie folgt: „Wir waren eigentlich in einer totalen Euphorie. Des war eigentlich ne gute Zeit." Dass er sich nach eineinhalb Jahren für einen Entzug seines Beruhigungsmittels entscheidet, kann als Teil dieses Entwicklungsprozesses gedeutet werden: „Da hab ich dann irgendwann im ProSeLe Projekt entschieden, ich möchte den Standard, den ich jetzt erreicht hab, möchte ich ohne Medikament schaffen." Er unterschätzt jedoch die Folgen des Entzugs und bricht daran völlig zusammen. Sein Verlauf ist dramatisch rückläufig – er zieht mehrmals um, muss klinisch untergebracht werden – und eskaliert schließlich in einem Suizidversuch. Seine Angstzustände dominieren zu dieser Zeit seinen Alltag und an einen Rückzug ins abW ist nicht zu denken. Erst eineinhalb Jahre nach dem Entzugsbeginn und mehrere Monate nach dem Suizidversuch stabilisiert sich sein Zustand. Mitverantwortlich ist sicherlich der intensivierte Kontakt zu seiner Schwester, der für ihn heute eine wichtige Rolle spielt.

Dem dramatischen Verlauf steht eine optimistische Haltung gegenüber. Timo Krall deutet am Ende der aus seiner Sicht sehr gut verlaufenden medizinische Rehabilitation an, dass er sich auf dem Weg in das befindet, was er unter einem „normalen Leben" versteht: „Ich würd gern an `nem Sommermorgen, morgens, zum Bäcker gehen, dort n Kaffee trinken und ne Brezel essen, an `nem runden Tisch. Des is so n Bild, wo ich, so entspannt möcht ich gern sein (…), ohne was einwerfen zu müssen. Mich da hinstellen und die Leute beobachten, die da hinkommen und ne Tasse Kaffee trinken und ne Brezel dazu essen. Das ist n Wunsch von mir."

**5. Kostenverlauf**



# Bernd Kruck

*Geboren 1962, lebte vor Projektbeginn (mindestens) drei Jahre in einer stationär betreuten Wohngruppe der Behindertenhilfe.*

## 1. Allgemeines

1.1 Bernd Kruck wurde 1962 geboren und ist zu Beginn von ProSeLe 45 Jahre alt. Er hat bis Mitte 2010 eine Partnerin, mit der er allerdings eine sehr lose Beziehung unterhält. Unklar ist, wie sich die Arbeitssituation im Anschluss an die Schulzeit (Sonderschule für geistig behinderte Menschen) darstellt. In der Gegenwart arbeitet Bernd Kruck halbtags in einer Werkstatt für behinderte Menschen im landwirtschaftlichen Bereich.

1.2 Der Beteiligung an ProSeLe ging eine (mindestens) dreijährige stationäre Wohnheimphase beim Projektträger voraus. Davor wohnte er sehr wahrscheinlich über lange Zeit im Elternhaus und möglicherweise in anderen betreuten Wohnmaßnahmen.

1.3 Bernd Kruck gilt als geistig behindert. Vom MPD wird er in die Hilfebedarfsgruppe 2 eingestuft (HMBW). Für Bernd Kruck selbst steht in den Interviews eine psychische Problematik im Vordergrund, wegen der er auch in Behandlung ist. Er berichtet gleich im ersten Interview davon, dass er in der Vergangenheit Selbstmordgedanken gehabt habe. Er denkt viel über sein Leben nach, er hat Schlafprobleme und Angstzustände, insbesondere auch Platzangst an öffentlichen Orten. Hinzu kommen (möglicherweise psychosomatische) Beschwerden wie morgendliche Übelkeit und Rückenschmerzen. Er ist in psychiatrischer Behandlung und bekommt Medikamente.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Bernd Kruck erzählt in den beiden Interviews 2009 und 2010 einzelne, für ihn prägnante Ereignisse (Fahrradunfall), „Stimmungen“ und Schlaglichter aus seinem Leben, insbesondere seiner Kindheit und Jugend. Dabei stellt er sich mehrmals als Opfer von Streichen, Mobbingsituationen und Bestrafungen dar. Zu einer zusammenhängenden biografischen Erzählung kommt es nicht. Er macht keine genauen Zeitangaben, auch nicht auf Nachfrage, weshalb der Verlauf seines Erwachsenenlebens, insbesondere zwischen dem 20. und 37. Lebensjahr, auch in der Datierung des für ihn wesentlichen Auszugs aus dem Elternhaus, unklar bleiben muss.

2.2 Bernd Kruck wächst in einem kleinbürgerlichen, von der Mitarbeiterin als „harmonisch“ geschilderten, Herkunftsmilieu auf. Die Eltern wohnen in einem Viertel, das unmittelbar in den Nachkriegsjahren insbesondere für „Flüchtlinge, Ausgebombte oder in Deutschland verbliebene Zwangsarbeiter“ erbaut wurde. Bernd Kruck weist auf die Herkunft seiner Eltern aus Sachsen bzw. Oberschlesien hin, möglicherweise sind sie vor dem Mauerbau umgesiedelt oder „Kriegsflüchtlinge“ bzw. Kinder von Kriegsflüchtlingen. Er selbst sei, so sagt er, wegen der Herkunft seiner Eltern kein „richtiger", sondern ein „neigeschmeckter“ Schwabe.[64] Sein Vater, gelernter Elektriker, arbeitet zunächst als solcher bei den Straßenbahnbetrieben, dann als Straßenbahnfahrer auf einer 1974 still gelegten Strecke in der nahe liegenden Großstadt und in der Folge (möglicherweise wieder als Elektriker) bei den Stadtwerken der Großstadt. Heute ist er Rentner. Die Mutter arbeitet eine Zeitlang in der Behindertenhilfe als Pflegerin. Bernd Kruck hat zwei ältere Geschwister: einen Bruder, der ebenfalls Elektriker ist und eine Schwester, die in einer Gärtnerei arbeitet.

[64] "Aber ich hab' zwei Seiten, du, ich hab' zwei Seiten drinne, in der Sprache drinne. <.> Von meinem Vater hab' ich des Sächsisch drinne und von meiner Mutter han i des Oberschlesien drinne oder Niederschlesien drinne. Aber des hört man bei mir ja gar net." "... koin richtiger Schwabe, sondern das isch so'n Zwischending. Des isch a Zwischending von meinen Eltern, von meinem Vater und von meiner Mutter. Aber mei Schwester, die kann richtig schwäbisch reden.<.> Bin da bloß so'n Zwischending drin <lacht>. Haja, was sagt man da, Zwischending, aber Sprachen sind halt Sprachen."

Als Kind macht er, so Bernd Kruck, „viel Blödsinn“, charakterisiert aber insgesamt die Zeit, in der er bei seinen Eltern lebt, mit den Worten: „Des war noch 'ne super Zeit früher.“

Aus seiner Jugendzeit (zwischen dem 16. und dem 18. Lebensjahr) berichtet er aber auch von Auseinandersetzungen mit den Eltern. Er ist aggressiv, auch gegenüber seiner Mutter, die er in einem Fall mit einem Messer bedroht. Er zerstört vorsätzlich Sachen (zum Beispiel Fensterscheiben) und ist wohl auch in kleinere Straftaten verwickelt (Diebstahl von Bierkästen?). Zu einer Verurteilung kommt es nicht, weil er „unfähig“ (vermutlich strafunfähig) ist. Vom Vater bekommt er ab und zu einen „Genickschlag“, sagt er.

Bernd Kruck erzählt, dass, als er noch im Teilort der benachbarten Großstadt (ca. 20 km entfernt) bei seinen Eltern wohnte, er immer gerne in die Disco bzw. einen Jugendclub ging („früher als ich jung war“) und dort wohl immer wieder auch viel Alkohol getrunken hat. Er wohnte auch als Erwachsener zunächst noch für unbestimmte Zeit bei den Eltern.

2.3 Aus einer Stelle im Interview geht hervor, dass er möglicherweise zunächst am und vom Wohnort der Eltern aus (einer Kreisstadt) eine WfbM besucht hatte, wo ihm dann wegen der Folgen eines Fahrradunfalls (vermutlich wegen Alkohol) gekündigt wurde. Er berichtet über eine Zeit der Arbeitslosigkeit und von damaligen Bekanntschaften, die Probleme vorwiegend mit Alkohol „runterspülen“.

Sein späterer Auszug geht offenbar auf eine Initiative der Schwester zurück. Den Eltern „ist es zu viel“, weil sie „jetzt auch älter“ seien. Im Zusammenhang mit seinem Auszug steht möglicherweise ein längerer Kuraufenthalt der Mutter. Die Datierung des Auszugs aus dem Elternhaus ist unklar. Bernd Kruck sprichtt im Interview davon, dass er bereits seit 20 Jahren am derzeitigen Wohnort sei, allerdings ist unklar, ob er damit eventuell nur die Werkstatttätigkeit meint. Laut Dokumentation lebt er erst ab 1999, also seit knapp zehn Jahren, in einer Wohnmaßnahme. Völlig im Dunkeln bleibt die Zeit davor, also die Phase zwischen seinem 20. und 37. Lebensjahr.

Denkbar ist, dass diese Zeit ausgespart bleibt, weil in dieser Lebensphase möglicherweise Delinquenz und Alkoholmissbrauch eine Rolle spielen. Das sind Vermutungen, die auf Anspielungen Bernd Krucks zurückgehen. Er betont etwa sehr auffällig, dass er in der Gegenwart den Konsum von Alkohol strikt vermeidet, außerdem erzählt er von einem Bekannten, der „auch“ Probleme mit Alkohol gehabt habe und sich einer Entzugstherapie in einer psychiatrischen Klinik unterzogen habe.

Von seiner Arbeit in der WfbM berichtet er, dass er im landwirtschaftlichen Bereich arbeitet, auch mit Tieren (er zieht zum Beispiel Kälber mit der Flasche groß).

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Bernd Kruck berichtet, dass der Auszug aus der Wohngruppe auf seine Initiative zurückgehe – im zweiten Interview gibt er an, seine Bezugsperson habe das vorgeschlagen. Er fühlt sich ausgenutzt, weil er in seiner Wahrnehmung alle Hausarbeiten macht, zugleich aber von den anderen Mitbewohnern beschimpft wird („Ha, du kannsch ja gar nichts recht machen, du bisch dumm oder blöd“), ihm werden Streiche gespielt, beispielsweise vermischen Mitbewohner morgens seinen Kaffee mit Spülmittel und ihm wird übel. Er spricht aus all diesen Gründen mit seiner Bezugsperson über einen Auszug in eine eigene Wohnung. Sein Hauptmotiv umschreibt er so: „Dass ich mein eigener Herr bin.“

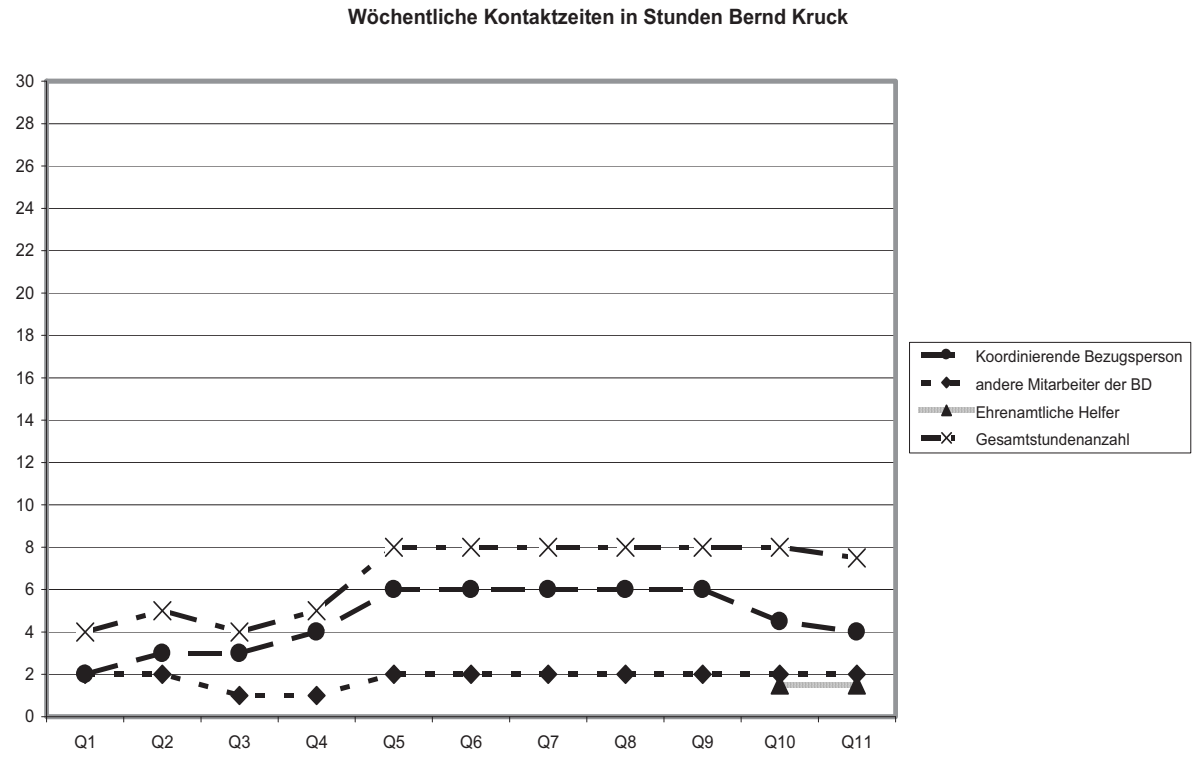
3.2 Er bezieht ein schon früher vom Projektträger als ambulante Wohnmöglichkeit genutztes Einzimmerappartement in der Ortsmitte des 10.000-Einwohnerdorfes, wenige Straßen entfernt von der ehemaligen Wohngruppe. Einkaufsmöglichkeiten und Ämter sind in unmittelbarer Nähe. Da er viele Gegenstände besitzt, wirkt seine Wohnung leicht überfüllt. An den Wänden hängen viele Bilder (Fotos von seinen Eltern und von Mitarbeitern,

gefundene Landschaftsfotos, Poster). Er besitzt eine große Videosammlung und sammelt zusätzlich Fundsachen.

3.3 Seinen **Unterstützungsbedarf** sieht Bernd Kruck, wie auch seine Bezugsbetreuerin, in dem durch seine geistige Behinderung bedingten Umstand einer sehr partiellen Beherrschung der Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen. Deshalb muss jemand für ihn alle damit zusammen hängenden Geschäfte (Kommunikation mit Behörden, Geldgeschäfte, Telefonrechnungen u. ä.) erledigen. Wenig Bedarf zeigt sich dagegen bei allen mit der Selbstversorgung zusammen hängenden Aktivitäten, sowie bei informellen und partnerschaftlichen Beziehungen. Waschen, Kleidung, Ernährung und Haushalt erledigt er nach anfänglichen kleineren Schwierigkeiten mittlerweile vollkommen selbstständig. Kein Hilfebedarf besteht bei Familienbeziehungen. Hinzu kommen allerdings Unterstützungsbedarfe, die eher mit seinen psychischen (und vermutlich in der Folge auch physischen) Problemen zu tun haben. Dazu gehört vor allem auch, dass er in seiner koordinierenden Bezugsperson jemanden sieht, der für nahezu alle Themen und Problemlagen zentraler Ansprechpartner ist. Mit ihr versteht er sich „super“. Hinzu kommen alltagspraktische Behinderungen, die insbesondere von seinen psychischen Problemen ausgehen. Beispielsweise kann er infolge seiner Angstzustände nicht alleine einkaufen gehen. Er benötigt in Belastungs- und Stresszuständen immer wieder Motivationshilfen. Insbesondere morgens braucht er eine Aktivierung. Dazu wird in der Anfangsphase des Projekts eine Nachbarin gewonnen, die für eine Zeitlang mit ihm jeden Morgen frühstückt, ihn „aktiviert“ und dafür Sorge trägt, dass er auch zur Arbeit geht. Im späteren Verlauf des Projekts geht diese Nachbarin auch gelegentlich mit ihm einkaufen.

Insgesamt bleiben die geschilderten Unterstützungsbedarfe während der Projektlaufzeit gleich. Dennoch wird insbesondere der Umstand, dass Bernd Kruck mit den Anforderungen des Haushalts und seiner Selbstversorgung gut zurecht kommt, von ihm selbst und auch von seinen Angehörigen als deutliche (und überraschende) Verbesserung seiner Handlungskompetenzen wahrgenommen. Verselbständigungsprozesse gibt es auch im Bereich des Umgangs mit Geld. Hier hat Herr Kruck klare Vorstellungen. Er handelt eigenständig einen „Deal“ mit der Bank aus: Er hebt, sobald das Geld da ist, alles ab – bis auf einen bestimmten Betrag, der für Nebenkosten wie Pay-TV vorgesehen ist. Der Betrag, den er dann in der Hand hat, ist genau der Betrag, der ihm zur Verfügung steht. Das Risiko, den Überblick zu verlieren, wird somit minimiert, Absprachen mit der koordinierenden Bezugsperson müssen nicht mehr so ausführlich sein.

Bernd Kruck ist einer der ProSeLe-Klienten, bei denen es in der **Hilfeerbringung** zeitweise zu einem fruchtbaren Einsatz von ehrenamtlichen Helfern kommt. Das ehrenamtliche Engagement ist jedoch auf Dauer nicht zu halten. Am Ende des Projekts ist es die koordinierende Bezugsperson im Wechsel mit einer anderen Mitarbeiterin, die beispielsweise die Aufgabe übernehmen, Herrn Kruck jeden Morgen anzurufen und ihn dazu zu motivieren aufzustehen und zur Arbeit zu gehen. Die Nachbarin geht mit ihm aber immer noch ab und zu einkaufen. Insgesamt betrachtet erhöhen sich die Wochenstunden von anfänglich vier auf acht Stunden pro Woche, bleiben aber, auf die Gesamtgruppe bezogen, immer noch im unteren Bereich.

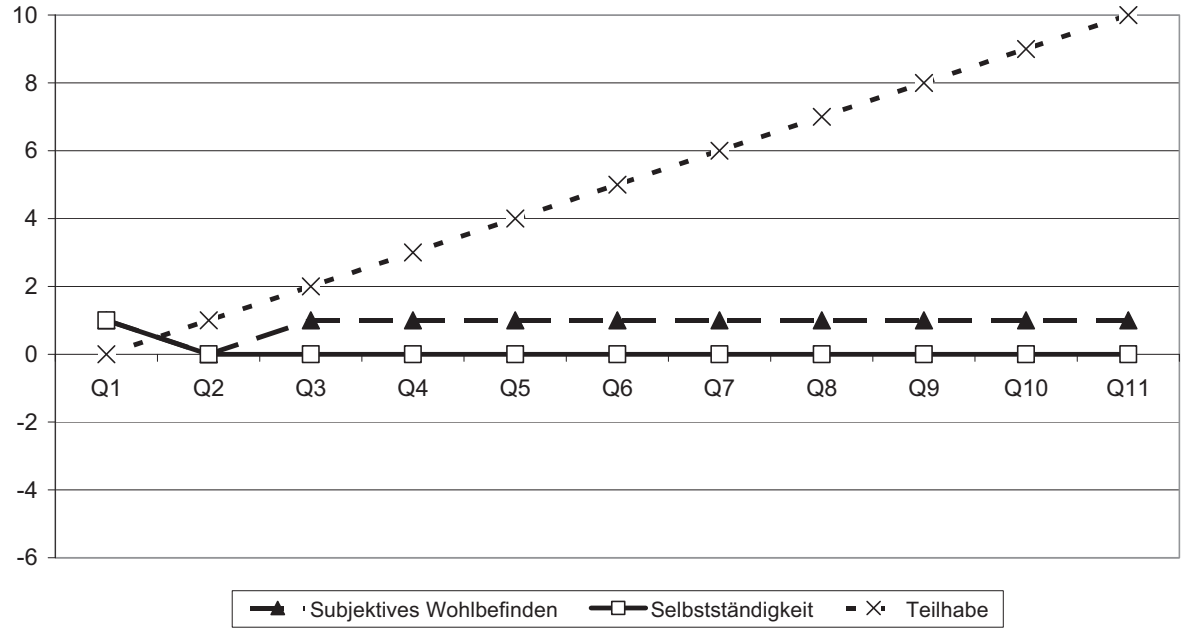



| **Bernd Kruck** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| IntimeBeziehungen | | | | | | | | | | | |

Wie bei anderen Teilnehmern besteht auch bei Bernd Kruck eine gewisse Ambivalenz bezüglich der **sozialen Vernetzung**. Einerseits wünscht er sich eine Ausweitung sozialer Kontakte, andererseits betont er auch, wie wichtig es ihm ist, seine „Ruhe“ haben zu können. Er wünscht sich Kontakt zu „normalen, gesunden Menschen“, fügt dann aber hinzu, dass er vor fremden Situationen eigentlich Angst habe. Von Anfang an als problematisch stellt er die Beziehung zu seiner „Partnerin“ bzw. Freundin dar. Diese Beziehung wird eine Zeitlang als nicht mehr bestehend geschildert, dann wieder lebt sie auf, beschränkt sich aber ausschließlich auf einen Kontakt während der Arbeit. Offenbar geht die Distanz von der Freundin aus, die sich auch nicht vorstellen kann, mit Herrn Kruck zusammen zu leben. Bernd Kruck kann das durchaus. Im Dezember 2010 ist die Beziehung endgültig beendet. Herr Kruck hat wenig oder keinen Kontakt mehr mit der alten Wohngruppe, obwohl sie nur ein paar Straßen weiter ist. Er wünscht auch keinen solchen Kontakt. Dagegen bildet sich gegen Ende des Projekts eine Freundschaft mit einem anderen Teilnehmer an ProSeLe heraus, der ebenfalls in einer eigenen Wohnung im selben Ort wohnt. In einem Griechenlandurlaub lernen sie sich kennen und telefonieren seither regelmäßig miteinander. Nach wie vor stehen im Zentrum seiner nicht-professionell hergestellten sozialen Netzwerke aber Eltern und Geschwister. Sie bilden sozusagen seinen verlässlichen Rückhalt. Ein Bruder hilft ihm beim Renovieren. Bernd Kruck verbringt in der Regel die Wochenenden bei seinen Eltern und damit im Teilort der benachbarten Kreisstadt. Allerdings will er nicht in diesen zurückziehen, als Grund dafür nennt er den Umstand, dass er nicht mehr zu seinen Eltern ziehen könne und wolle – diese und er selbst seien dafür zu alt. Der lose Kontakt zum Nachbarsehepaar, die ihm auch beim Einkauf helfen, scheint stabil zu bleiben – im zweiten Interview zeigt er dem Interviewer eine Urlaubskarte, die er von ihnen aus der Türkei bekommen hat.

Bernd Kruck nimmt in der Anfangszeit von ProSeLe Kontakt zu den Zeugen Jehovas auf, da seine Schwester Mitglied dieser Glaubensgemeinschaft ist. Er lässt sich besuchen und betreibt mit jemandem „Studien“. Dies wird aber von den Mitarbeitern des Projektträgers ganz offen sehr negativ bewertet, aus seiner Sicht sogar „unterbunden“. In seiner Freizeit (während der Woche) fährt Bernd Kruck Fahrrad, ist viel zu Hause und schaut Fernsehen und DVDs. Am Wochenende geht er in die Nachbarstadt zu seinen Eltern.

**Bernd Kruck**




Der Gesamtverlauf von ProSeLe ist insgesamt geprägt von einem Auf und Ab der

Stimmungen, seines gesundheitlichen (psycho-physischen) Zustandes (depressive „Einbrüche“, sowie Somatisierung in Form von morgendlicher Übelkeit und Rückenschmerzen), sowie seines psychosozialen Status (Konflikte am Arbeitsplatz, Verhältnis zur Freundin), ohne dass es allerdings zu dramatischen Zuspitzungen käme. In diesem Sinne ist es nicht verwunderlich, dass das subjektive Wohlbefinden von Herrn Kruck seit Beginn des Projekts konstant bleibt, jedoch innerhalb der oben dargestellten Zeiträume erheblichen Schwankungen unterliegt. Konstant bleibt auch die Selbstständigkeit im Gegensatz zur Teilhabe, die seit Beginn des Projekts nach Aussage der koordinierenden Bezugsperson ohne Ausnahme zunimmt. Fraglich bleibt, welche Ausweitung damit gemeint ist, da die uns vorliegenden Daten diesen Trend nicht in diesem Umfang widerspiegeln.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Herr Kruck hat vor Projektbeginn eine sehr ambivalente WohnBiografie. Er erinnert sich an eine zwar ingesamt schöne Kindheit/Jugend, die aber dennoch viele negative Erlebnisse beinhaltet (z.B. Aggressionen, Mobbing). Er fasst in der WfbM nicht Fuß, bleibt über eine unbestimmte Zeit ohne Beschäftigung und beginnt zu trinken. Die Wohnsituation eskaliert vermutlich und er muss in eine Wohngruppe ziehen. Eine wirkliche (psycho-emotionale) Ablösung vom Elternhaus findet nicht statt.

Von dem Projekt hat Herr Kruck in mehrerlei Hinsicht profitiert: Er hat nun einen Raum gefunden, den er so gestalten kann, wie er will – auch zum Missfallen der Eltern, die ihn nicht besuchen kommen. Die Distanz zu ihnen begrüßt er ausdrücklich und kann sich ein Wohnen in ihrer Nähe nicht mehr vorstellen. Gleichzeitig will er jedes Wochenende zu ihnen, auch wenn er dort nicht viel unternimmt. Man kann das in zweierlei Hinsicht interpretieren: als sukzessiven Ablöseprozess oder als Kompromisslösung einer ambivalenten Beziehung. Seine Wohnform gefällt ihm, trotz kleiner Mängel, immer noch sehr: „Bis jetzt klappt des hier, bis jetzt klappt des.“

Die Wunschvorstellungen von Herrn Kruck sind ambivalent: Im zweiten Interview äußert er den Wunsch in eine größere Wohnung mit Balkon zu ziehen, die sich in ruhiger Lage befindet, vielleicht sogar im Grünen mit eigener Familie. Dieses Vorhaben und die Realität driften sehr auseinander. Sein finanzieller Rahmen würde zwar einen Umzug in eine andere Wohnung zulassen, wenn auch nur knapp. Sobald es jedoch konkret wird und die koordinierende Bezugsperson ihm Vorschläge unterbreitet, wird er unsicher und möchte doch nicht umziehen. Er hinterlässt den Eindruck, sich selbst unter Druck zu setzen oder von anderen die Vorstellung zu übernehmen, er müsse auf eigenen Beinen stehen und außerhalb des Elternhauses wohnen, obwohl er sich eigentlich vor allem dort wohl fühlt[65]. Da er sich von ihnen im Interview aber klar distanziert, wenn auch im Sprachduktus von Selbstständigkeitsmetaphern, muss dieser Eindruck spekulativ bleiben.

Ebenfalls ambivalent schildert er seine Arbeitssituation, die immer wieder von Konflikten begleitet wird. Generell scheint er Schwierigkeiten zu haben, Kontakte zu knüpfen, zu gestalten und aufrecht zu erhalten, weshalb seine Eltern bei allen Konflikten nach wie vor als zuverlässiger Rückhalt dienen.

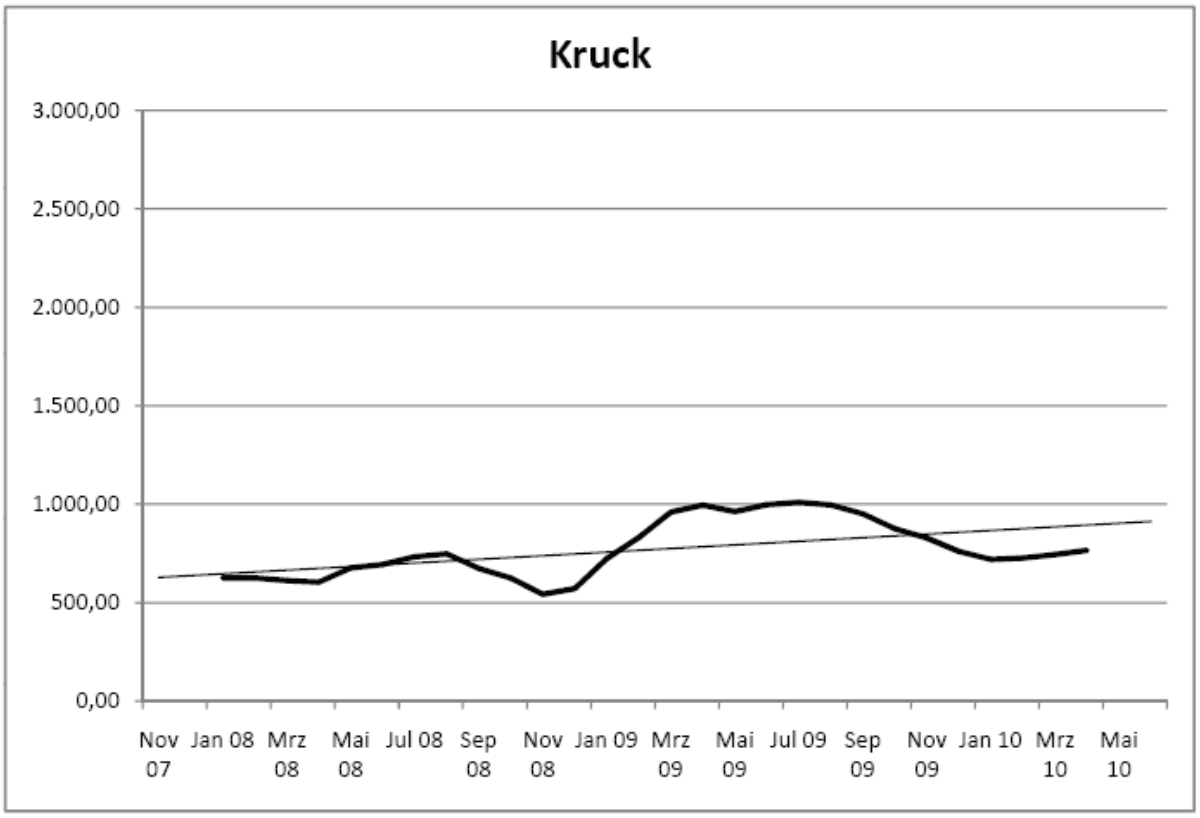
Während des Projektes konnte Herr Kruck seine Teilhabe dennoch ausweiten. Inwiefern er hierbei selbst aktiv war, muss offen bleiben. Seine Freundschaft mit einem anderen ProSeLe-Teilnehmer scheint ihm zu gefallen, auch wenn diese sich größtenteils auf

[65] Der Wunsch von einem Haus im Grünen mit Balkon, erinnert an seine Beschreibung der Elternwohnung. Er gibt in den Interviews mehrere Hinweise auf seine ambivalente Wohnsituation. Kruck: „Bei meine Eltern des isch mein richtiges zu Hause. Ja da fühl i mich noch besser. Da fühl ich mich immer wohler“ I: „Hm. Ja und habn Sie schon mal überlegt bei ihren Eltern wieder einzuziehen oder?“ Kruck: „Des geht nich“ I: „Ne? Wieso nich?“ Kruck: „Weil des nimmer geht. Weil weil weil i weil i <> weil i auf meine zwei Bein, auf meine zwei Füß stehen soll.“ I: „Wer sagt des?“ Kruck: „Ich sag des.“ Wohlgemerkt: Wr sagt nicht, dass er selbstständig sein *will*, sondern *soll*.

Telefonate beschränkt. Der Kontakt zu den Nachbarn ist nach wie vor stabil.

Möglicherweise könnte eine Stabilisierung seines psychischen Zustandes in Wechselwirkung mit seiner soziobiografischen Situation stehen. Therapeutische Bemühungen hätten sich dann vor allem auf diesen Zusammenhang zu richten. Klärungsbedürftig bleibt die Vorgeschichte seines Umzugs in den jetzigen Wohnort. Möglicherweise war damit ein Einbruch seiner sozialräumlichen Verortung verbunden. Denkbar ist, dass damals bewusst versucht wurde, eine Distanz zu seinen Eltern und zu seinem früheren (möglicherweise als „schädlich" wahrgenommenen) Sozialmilieu zu schaffen. Seine wiederholten Aussagen, dass er sich im Elternhaus wohl fühle, er dort aber nicht mehr wohnen könne, weil er selbstständig wohnen soll/will, unterstreichen dieses Spannungsverhältnis, ohne dessen Klärung er sicherlich Schwierigkeiten haben wird, in der eigenen Wohnung tatsächlich „Fuß zu fassen".

**5. Kostenverlauf**




## Paul Kunz

*Geboren 1984, lebte vor Projektbeginn eineinhalb  Jahre in Betreutem Jugendwohnen, ein Jahr in einer stationär betreuten Wohngemeinschaft und zwei Jahre im Wohntraining.*

**1. Allgemeines**

1.1 Paul Kunz wurde 1984 geboren und tritt im Alter von 23 Jahren in das Projekt ProSeLe ein. Er besuchte die Förderschule bevor er eine Werkerausbildung zum Maler und Lackierer beginnt. Nach Abbruch der Lehre, einer kurzen Zeit der Arbeitslosigkeit und einer darauf folgenden 15-monatigen Tätigkeit im Berufsbildungsbereich, ist er seit 2007 bei einer WfbM beschäftigt. Er lebt zusammen mit seiner Partnerin und der gemeinsamen Tochter. Außer diesem Kind hat er noch zwei weitere Töchter aus früheren Beziehungen.

1.2 Vom Jahr 2003 an lebt Paul Kunz für die Dauer von knapp eineinhalb Jahren im betreuten Jugendwohnen. Es folgt ein Jahr in einer stationär betreuten Wohngemeinschaft, anschließend knapp zwei Jahre Wohntraining bevor er in das Projekt eintritt.

1.3 Als Diagnose wird in der Dokumentation eine psychische Erkrankung angeführt. Paul Kunz erwähnt „eine leichte Behinderung, ein bisschen psychisch“. Näheres ist aus der bestehenden Datenlage nicht zu entnehmen. Er selbst begründet die Notwendigkeit einer

professionellen Unterstützung und Versorgung mit einer Überforderung in Folge von Geldnöten und Drogenproblemen im jungen Erwachsenenalter. In der Situation, in der er „nix mehr auf die Reihe bekommen“ habe, verwies ihn seine damalige Freundin auf die mögliche Hilfe bei der Bruderhausdiakonie. Zu Beginn des Projekts wird Paul Kunz durch den MPD in Hilfebedarfsgruppe 2 eingestuft. Er hat keine gesetzliche Betreuung.

**2. Lebenslauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe**

2.1 Paul Kunz berichtet verhältnismäßig reflektiert von seinem Leben. Er organisiert seine Biografie ausgehend von einer Situation des „drunter und drüber“ in seiner späten Jugend nach seinem Auszug von zu Hause (Schulden, Drogen, falsche Freunde). Die Zeit davor während Kindheit, Jugend, Schulzeit und Ausbildung schildert er in eher knappen und ungefähren Äußerungen. Ausgehend von dem einsetzenden Abwärtstrend („Und dann ging's halt bergab“) nach seinem Auszug von zu Hause, präsentiert er sich auf einem Weg nach oben, auf dem schon manches erreicht ist. Die biografischen Erzählungen drehen sich überwiegend um die sich im Kontext der Unterstützungssysteme entwickelnde Wohn- und Arbeitssituation und die erlangte Selbständigkeit in den Jahren seit dem „Tiefpunkt“. Daneben thematisiert er die Beziehungen zu seiner damaligen und zu seiner jetzigen Freundin. Über Freizeitgestaltung, Freunde und Familie erfährt man eher weniger. Im zweiten und im dritten Interview liegt der Schwerpunkt der Erzählungen auf der Gegenwart. Im Wesentlichen handeln die Schilderungen von der familiären und häuslichen Situation bzw. den damit verbundenen Anforderungen. Auch die Arbeits- und Wohnsituation, bzw. die diesbezüglichen Zukunftswünsche werden thematisiert.

2.2 Paul Kunz wird 1984 in einer mittelgroßen süddeutschen Stadt geboren, in der er bis zum Schuleintritt als einziges Kind seiner Eltern lebt. Der Vater, zu dem kein Kontakt mehr besteht, ist damals Alkoholiker. Offensichtlich gibt es in dieser Zeit zahlreiche Konflikte in der Familie. Die Mutter, zu der er bis heute eine gute Beziehung pflegt, ist als Haushaltshilfe tätig. Im Alter von sieben oder acht Jahren zieht er mit ihr in eine süddeutsche Kleinstadt. Den Besuch der dortigen Förderschule beschreibt er als eine Zeit, in der er stellenweise nur wenig „Bock auf Schule“ hatte. Er bezeichnet sich als durchschnittlich guten Schüler. Während der Schulzeit kommt es mit 16 Jahren zu ersten Kontakten mit Marihuana und „Pillen“.

2.3 Nach Abschluss der Förderschule besucht Paul Kunz evtl. Förderlehrgänge. Die diesbezügliche Datenlage ist jedoch unklar. Er zieht im Jahr 2002 in eine eigene Wohnung in einer nahe gelegenen Kleinstadt. In dieser Zeit beginnt er auch eine Werkerausbildung zum Maler und Lackierer beim Internationalen Bund. Die Drogenprobleme verschärfen sich und er macht Schulden, in Folge derer er die Miete nicht mehr bezahlen kann. Einen Grund sieht er in der geringen Entlohnung. Drogenprobleme und Misswirtschaft (Handykosten und Essensbestellungen) sollen laut Dokumentation ihr Übriges getan haben. Ungefähr in dieser Zeit geht aus seiner „ersten Beziehung“ die erste Tochter hervor. Der Kontakt zur Tochter bricht später ab. Die finanziellen Schwierigkeiten bewegen ihn zum Umzug zurück zur Mutter. Nach einem kurzen Aufenthalt bei ihr erhält er eine Bleibe in einer Notwohnung der Bruderhausdiakonie, bevor er einen Platz im Betreuten Jugendwohnen der Einrichtung bekommt, wo er von Oktober 2003 bis Januar 2005 wohnt.

Zweieinhalb Jahre nach Beginn der Lehre kündigt er diese im Jahr 2004. Es folgt eine kurze Zeit der Arbeitslosigkeit. Seine damalige Freundin macht ihn dann auf die mögliche Unterstützung durch die Bruderhausdiakonie aufmerksam. Dort macht er ein Praktikum, bevor er Ende des Jahres 2005 eine Tätigkeit im Berufsbildungsbereich der Einrichtung in

einer nahe gelegenen Kleinstadt beginnt.

Bereits etwas früher, im Februar 2005, zieht er im Alter von 20 Jahren in eine Wohngemeinschaft der Einrichtung, in der er ein Jahr lebt. In diesem Jahr bekommt er zusammen mit der Freundin aus der „zweiten Beziehung“ eine zweite Tochter. Im Frühjahr 2006 beginnt ein Trainingswohnen, das bis Ende 2007 andauert. Teilweise wohnt seine Freundin bei ihm. Während dieser Zeit kommt es immer wieder zu Ruhestörungen und damit zu Konflikten mit den Nachbarn und der Polizei. Auch häufen sich im selben Jahr Konflikte mit der Partnerin, woraufhin sich das Paar trennt und der Kontakt zur Tochter vorläufig abbricht. Ebenfalls in dieser Zeit, im Februar 2007, beginnt Paul Kunz eine Tätigkeit in der Holzabteilung und Lackiererei einer WfbM, in der er bis zum aktuellen Zeitpunkt tätig ist.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Paul Kunz bezieht Anfang 2008 im Rahmen von ProSeLe zunächst eine 1-Zimmerwohnung in einem, durch die Einrichtung angemieteten, Mehrfamilienhaus. Die Wohnung befindet sich in einer größeren Wohnanlage im Zentrum einer ländlich geprägten Kleinstadt, in der Herr Kunz auch in der WfbM tätig ist. Er schildert den Kontext des Eintritts in das Projekt als eine Situation, in der es mit seiner damaligen Freundin nicht mehr richtig „gefunzt“ habe. Er habe deshalb den Wunsch nach einer eigenen Wohnung geäußert. Seitens der Einrichtung wird angeführt, dass in der Zeit vor Eintritt in das Projekt das Wohntraining gescheitert sei und eine Aufnahme ins stationär betreute Wohnen gedroht habe. Unklar ist, ob dieses Scheitern auf die Beziehungsprobleme mit der Freundin, auf die Konflikte mit den Nachbarn oder auf andere Umstände zurückzuführen ist. Der Bezug der neuen Wohnung ist für Paul Kunz neben dem Beziehungsproblem zu seiner damaligen Freundin in jedem Fall eng verbunden mit dem Umstand, dass er mittlerweile keine Alkohol- oder Drogenprobleme mehr habe und dass er sein Leben in der Zwischenzeit (mit etwas Unterstützung) selbstständig führen könne[66]. Aufgrund der Möglichkeit, sein Leben im Kontext des Projekts selbstständiger und losgelöst von seiner damaligen Freundin führen zu können, beschreibt er dieses als willkommene Möglichkeit.

Im Frühjahr/Sommer 2008 lernt Paul Kunz seine neue (dritte) Freundin kennen, die bald schwanger wird. Bevor die gemeinsame Tochter im Januar 2009 geboren wird, ziehen beide vorerst vorübergehend in eine 3-Zimmerwohnung am Rande der Stadt, die der Einrichtung gehört und ansonsten für Zivildienstleistende vorgesehen ist. Trotz einer, in den Interviews wiederholt artikulierten Unzufriedenheit mit der sich außerhalb der Stadt befindlichen Wohnlage, bleibt diese Situation bis zum Ende des Projekts bestehen.

3.2 Die gemeinsam bezogene 3-Zimmer-Wohnung liegt außerhalb der Stadt. Paul Kunz schildert dies als ein Problem, da die nächste Einkaufsmöglichkeit 2 km entfernt liege. Das sei in manchen Situationen zu anstrengend und in Notfällen mit dem Kind zu weit. Deshalb suchen beide nach einer neuen Wohnung in einem städtischen Zentrum. Gegen Ende des Projekts haben sie eine zentrumsnah gelegene Wohnung fest im Blick. Langfristig möchten beide Partner aber in eine größere Stadt ziehen. Möglicherweise in die Nähe der Eltern seiner Partnerin in einem ostdeutschen Bundesland.

Beide beziehen die angesprochene 3-Zimmer-Wohnung am Rande der Stadt, ohne sie vorher zu besichtigen, da die Entscheidung offenbar sehr schnell getroffen werden musste. Das Baby besitzt in der Wohnung ein eigenes Zimmer. Teile des Inventars waren schon vorhanden, andere (Kommode, Regal und Tisch) konnte Herr Kunz aus seiner alten Wohnung mitnehmen. Der Rest der Möbel kam größtenteils in Form von gebrauchten Geschenken dazu. Paul Kunz sagt, dass er mit den Möbeln zufrieden sei, allerdings hätte er gerne einen Computer um „ein bisschen mit der Zeit zu gehen“. Am Ende des Projekts kann

[66] „Na hab ich halt zu Toni (Bezugsperson) gesagt "Toni, ich will jetzt einfach eine eigene Wohnung haben, für mich selber sorgen aber trotzdem noch Hilfe im Rücken haben“. Ja und deswegen hat er gemeint Projekt Sele, des wär ein gutes Programm für mich. Und des war's bisher auch, bis jetzt.“

er sich diesen Wunsch erfüllen. In seiner Wohnung bezeichnet er den Flachbildfernseher und die dazugehörige Anbauwand als „Kronjuwel“ bzw. „Herzstück“ der Wohnung. Beides hätten sie sich „über Jahre erspart“.

Paul Kunz spricht davon, dass er froh sei, aus seiner alten Wohnung weg zu sein und dass er kein gutes Verhältnis zu seinen Nachbarn gehabt habe. Von seinen neuen Nachbarn sagt er, dass sie nett seien und dass er „super mit ihnen klar komme“. Er spricht von einer Nachbarin, die auch schon mal kurz zu Besuch war. Für eine weitere Nachbarin erledigen sie die Kehrwoche.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Paul Kunz beschränkt sich auf bestimmte Bedarfsbereiche. Im Bereich der Selbstversorgung und der Mobilität benötigt er keine Hilfe und ist den alltäglichen Anforderungen gewachsen. Der zentrale Unterstützungsbedarf liegt im Bereich der administrativen Aufgaben. Vor allem im Umgang mit den Finanzen hat Paul Kunz einen sehr hohen Unterstützungsbedarf. Im Lauf des Projekts erhöht sich allerdings die Fähigkeit zum selbstständigen Umgang mit Geld und Konto zusehends. Dies muss vermutlich im Kontext seiner Aussage betrachtet werden, dass seine Freundin sich um die finanziellen Angelegenheiten kümmere. Dennoch bedarf, nach Aussage der KBP, auch die Partnerin einer gewissen Unterstützung. Es bestehe die Gefahr der Überschuldung. Der Unterstützungsbedarf bei der Sicherung eigener Ressourcen bleibt unverändert hoch. In der Interaktion mit Behörden braucht er vor allem im ersten Jahr sehr hohe Unterstützung, was vermutlich mit den Konflikten in der Nachbarschaft und mit dem versuchten Diebstahl einer Waschmaschine zu tun hat. Die Notwendigkeit dieser Hilfen reduziert sich jedoch im Lauf der Zeit. Von einem höherem auf ein mittleres Niveau sinkt der Hilfebedarf bei informellen und familiären Beziehungen. Ein gleich bleibend niedriger Bedarf besteht für Partnerschaft.

Nach den ersten drei Quartalen wird der Unterstützungsbedarf in einigen Bereichen (Interaktionen und finanzielle Lebensbereiche) geringer. In der Dokumentation wird diese Entwicklung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft seiner Freundin betrachtet. Paul Kunz werde zunehmend „häuslicher“ und habe den Wunsch geäußert, gemeinsam mit seiner Familie leben und Verantwortung übernehmen zu wollen.

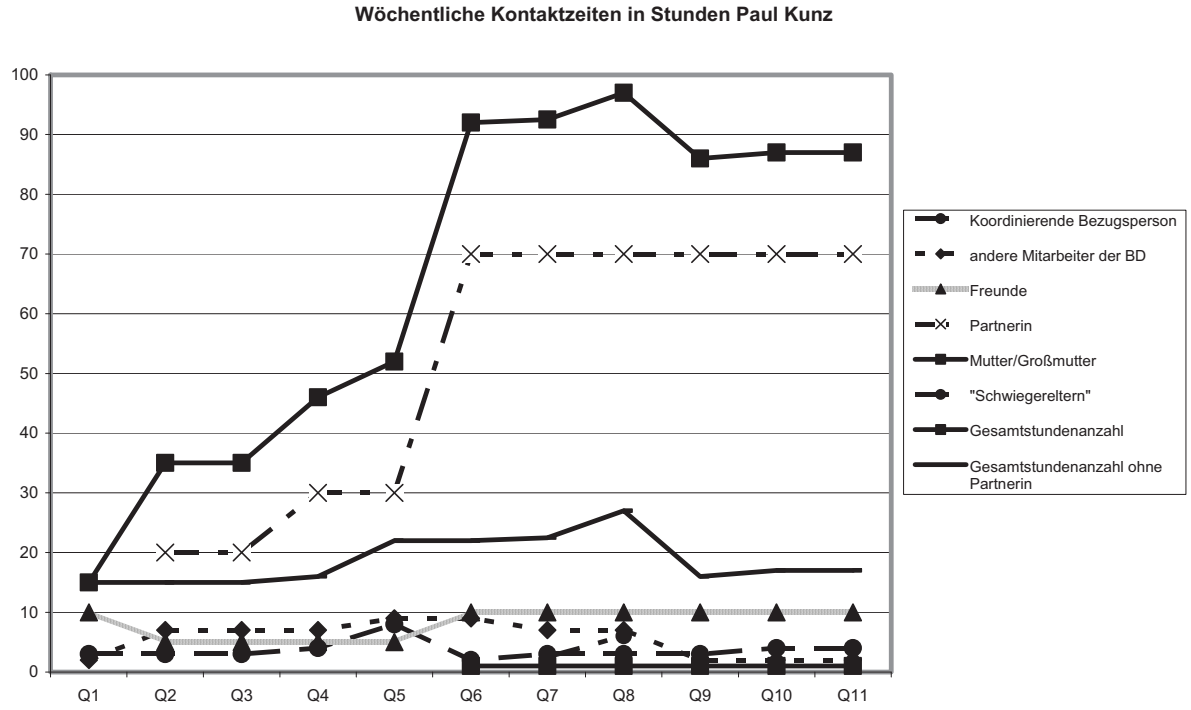
Auch im Bereich allgemeiner Aufgaben reduziert sich der Bedarf von einem mittleren Niveau auf ein niedriges. Insgesamt ist im Laufe der Zeit ein Selbstständigkeitsgewinn zu verzeichnen, der sich in den letzten Monaten auf einem Niveau stabilisiert. Das deckt sich mit den Selbsteinschätzungen von Paul Kunz und hängt vermutlich mit der Übernahme einer neuen familiären Rolle zusammen.

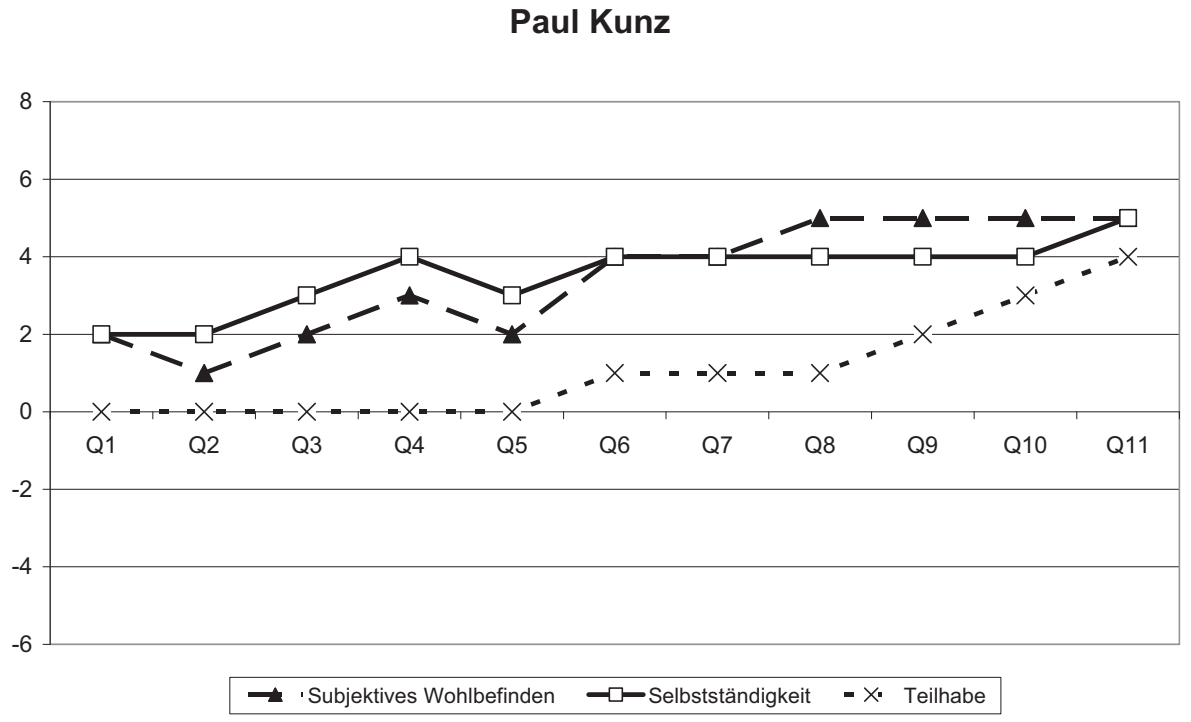
Im Bereich des häuslichen Lebens hingegen, insbesondere bei der Instandhaltung von Haushaltsgegenständen, zeichnet sich eine zunehmende Inanspruchnahme von Hilfe ab.

Die **Hilfeerbringung** ist auf den ersten Blick von einer starken Zunahme geprägt. Ob man die Unterstützung durch die Freundin innerhalb dieses Hilfemix betrachten sollte, bleibt allerdings fraglich. Sieht man entsprechend von der als Unterstützung angeführten Gegenwart seiner Freundin ab, so stellt sich die Hilfeerbringung wesentlich konstanter dar. Die Hilfeerbringung durch die koordinierende Bezugsperson steigt während der Krise im Winter 2009 etwas an, geht dann aber unter das vorherige Niveau zurück. Im Kontakt zu anderen Mitarbeitern zeichnet sich in der Tendenz eine ähnliche Entwicklung ab. Der Kontakt zu Freunden häuft sich dafür ab dem Zeitpunkt der Geburt des Kindes etwas. Von einem ähnlichen Zeitpunkt an kommt auch die Unterstützung durch seine Mutter, die Großmutter und durch die Eltern der Freundin zur Hilfe durch professionelle Kräfte hinzu. Betrachtet man die Unterstützung unter dem Vorzeichen eines Hilfemix, so steigt die Unterstützung durch nichtprofessionelle Personen im Projektverlauf an.

| **Paul Kunz** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

Das subjektive Wohlbefinden von Paul Kunz steigt im Verlauf des Projekts im Jahr 2008 verhältnismäßig konstant an. Lediglich im ersten Quartal 2009 fallen sowohl der Grad der Selbstständigkeit als auch der des subjektiven Wohlbefindens kurzzeitig ab. Es handelt sich dabei um eine Zeit, die durch den Umzug und die Geburt des Kindes von erheblichen Veränderungen geprägt ist. Dieser Umstand und eine damit zusammenhängende Beziehungskrise wirken sich laut Dokumentation auf seine Gemütsverfassung aus und führen zu „Fluchtreaktionen“ (Alkoholkonsum, Fehlzeiten bei der Arbeit, Fernbleiben von zu Hause über mehrere Tage). Nach dieser Phase geht die Entwicklung in allen drei Dimensionen nach oben, um dann den Rest des Jahres 2009 konstant zu bleiben. Im Jahr 2010 ist vor allem eine konstante Erhöhung der Teilhabe zu beobachten.



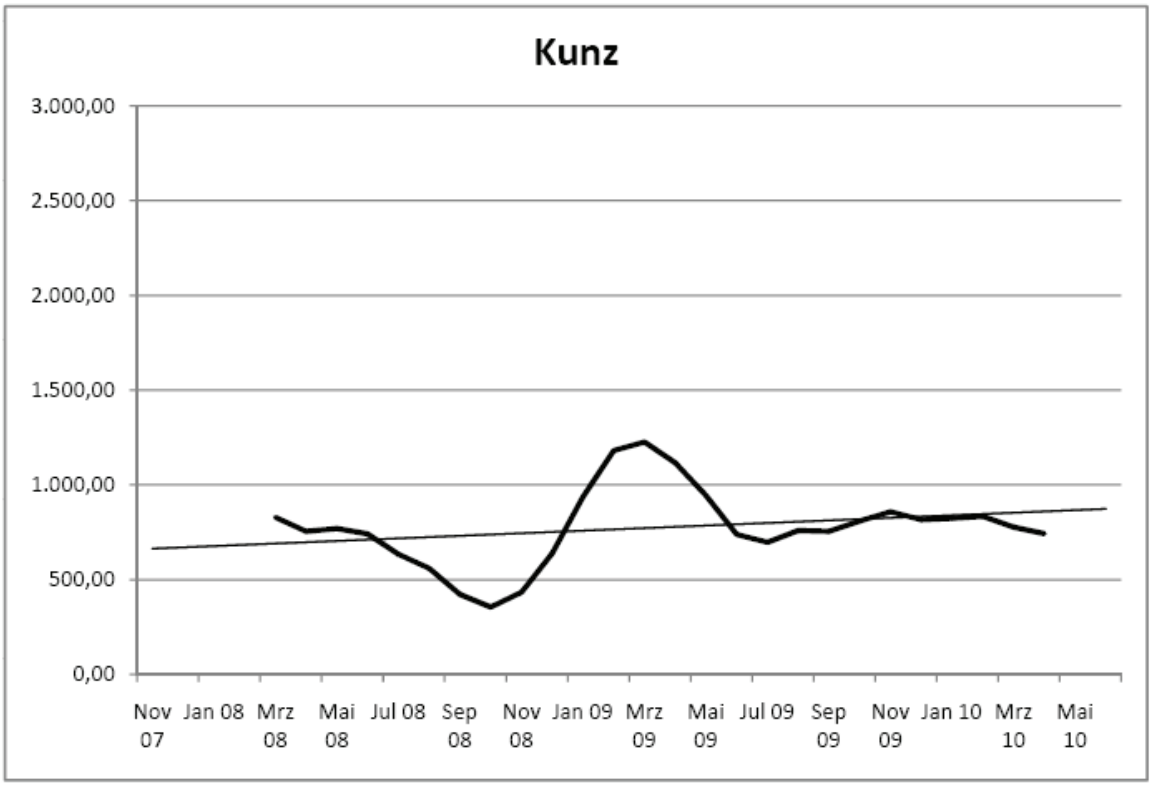

Paul Kunz pflegt gute **soziale Kontakte** zu seiner Mutter und besucht diese vier bis fünf Mal im Monat. Nach Ende des Projekts scheint der Kontakt nicht mehr so intensiv zu sein. Außerdem geht er in einen Dart-Verein und trainiert wöchentlich mit Freunden. Mit einem „Kumpel“ geht er immer wieder einmal wandern. Zu Beginn des Projekts trifft er sich mit seinen „alten Kumpels“ aus dem „Bahnhofsmilieu“. Aufgrund dieser Kontakte kommt es zu erhöhtem Alkoholkonsum, mehr Fehlzeiten bei der Arbeit, Konflikten mit den Nachbarn und im Sommer zu einem gemeinsamen, versuchten Diebstahl. Ab Herbst 2008 gehen diese Kontakte stark zurück. Seit dem Frühjahr 2008 verbringt er viel Zeit mit seiner neuen Partnerin, die im Herbst schwanger wird. Nach dem Umzug tritt Paul Kunz aus der Dart-

Mannschaft aus und gestaltet seine Freizeit überwiegend im Kontext der Familie. In der Dokumentation ist die Rede von einer Übernahme der „Vaterrolle“. Er trifft sich regelmäßig mit einem Freund zum „abhängen“. Dieser nimmt eine zunehmend wichtige Rolle für Herrn Kunz ein und wird zum Freund der ganzen Familie. Darüber hinaus unterstützt er Herrn Kunz durch gemeinsame Fahrten mit seinem Fahrzeug in die Stadt. Ab und zu macht Paul Kunz mit seiner Familie Besuche in der alten WG. Am Ende der Projektzeit entscheidet er sich, in der Fußballmannschaft der Einrichtung mitzuspielen.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Eine schrittweise Verselbständigung und Ablösung von den Strukturen der Einrichtung hat bereits stattgefunden und wird weiterhin begleitet. Die Pflege von sozialen Kontakten außerhalb eines institutionellen Rahmens, die über längere Zeit konstant und intakt bleiben sowie das gute Verhältnis zu den Nachbarn, könnte die Entwicklung zu einer selbständigen Lebensführung begünstigen. Was den administrativen Bereich, vor allem den Umgang mit Ressourcen und Entscheidungen über Vermögen sowie Anträge bei Behörden angeht, scheint Paul Kunz weiterhin professionelle Unterstützung zu benötigen. Dies artikuliert er selbst auch so. Besonders in Krisenzeiten wird die Bedeutung des Hilfesystems deutlich. Gegen Ende des Projekts wird der Wunsch nach einem Praktikum auf dem Ersten Arbeitsmarkt laut, den Paul Kunz vor allem mit Geldproblemen begründet. Sowohl ein diesbezügliches Praktikum, als auch ein Umzug in eine zentrumsnah gelegene Wohnung wurde am Ende des Projekts bereits vorbereitet. Seine derzeitige Zukunftsperspektive fokussiert auf ein zweites Kind und eine glückliche Familie, was er ausdrücklich als „Lebensziel“ bezeichnet. Darüber hinaus bekundet er: "Das größte Ziel ist halt Mona. Mona zu, zu aufwachsen sehen und erziehen und alles." In diesen biografischen Entwurf fügt sich auch seine Wohnsituation ein. Auch bei ihm ist so gesehen Wohnen und Leben nicht zu trennen.

**5. Kostenverlauf**



# Harry Loop

*Geboren 1956, lebte vor Projekteintritt drei Jahre in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung.*

## 1. Allgemeines

1.1 Harry Loop wurde 1956 geboren und ist bei seinem Eintritt in Pro Sele 51 Jahre alt. Er hat in der ehemaligen DDR die polytechnische Oberschule besucht, eine Ausbildung als Maurer abgeschlossen und in diesem Beruf für eine unbestimmte Zeit gearbeitet. Er hatte eine Partnerin und eine Tochter, war möglicherweise verheiratet, ist aber seit den späten 80er Jahren getrennt bzw. geschieden. Weder zu seiner Exfrau noch zu seiner Tochter bestehen Kontakte.

1.2 Der Wohnmaßnahme von ProSeLe ging ein Aufenthalt von drei Jahren in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung des Projektträgers voraus.

1.3 Harry Loop lebte lange Jahre als Obdachloser auf der Straße, zuvor war er in einer Art Notunterkunft in einem Container in einer nahe gelegenen Kleinstadt untergebracht. Anlass für die stationäre Maßnahme war sein schlechter gesundheitlicher Zustand. Harry Loop hatte – z.T. als Folge von chronischem Alkoholmissbrauch bzw. Alkoholabhängigkeit – massive gesundheitliche Probleme (Pankreatitis, Herzprobleme). Bei einer ersten ärztlichen Untersuchung Anfang der 80er Jahre wurde eine „chronische Psychose“ diagnostiziert, ohne dass sich hierfür weitere Anhaltspunkte finden lassen. Weder in den Gesprächen mit ihm noch in den Akten finden sich dafür irgendwelche Anhaltspunkte. Harry Loop selbst sieht insbesondere in seiner schlechten körperlichen Verfassung sowie den schlechten Wohnbedingungen vor der Einweisung – und damit in seinem Obdachlosenstatus – den Hauptgrund für seine stationäre Versorgung. Er stellt vor allem die Behinderung seiner Gehfähigkeit durch eine irreversible Arthrose (möglicherweise auch alkoholbedingte Neuropathie) in den Vordergrund und lässt keinen Zweifel daran, dass er, wenn seine Beine nicht geschädigt wären, sein altes Wanderleben wieder aufnehmen würde. Harry Loop hat keine gesetzliche Betreuung.

## 2. Lebenslauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Harry Loop erzählt in seinem Interview 2009 sehr detailliert und passioniert über sein Leben, allerdings gibt es darin Phasen, die er nahezu völlig ausspart bzw. nur summarisch erwähnt. Dazu gehört die Kindheit und Jugend, sowie – abgesehen von der teilweise detailreichen Schilderung seiner Fluchtversuche aus der DDR und die dortigen Schikanen – die Zeit und die Umstände seiner Familiengründung. Harry Loop organisiert seine Biografie um den Dreh- und Angelpunkt seiner Flucht bzw. späteren Ausreise aus der DDR herum. Von da an erzählt er seine Lebensgeschichte als (missglückten) Versuch im Westen Fuß zu fassen, aber auch als eine Geschichte des Sich-durch-Schlagens ("Ich war zwölf Jahre Straße"). Ein wichtiger Aspekt ist für ihn der Umstand, dass durch die Öffnung der Mauer seine Ausreise entwertet wurde und letztlich dazu geführt habe, dass er nie eine richtige Arbeit gefunden habe.

2.2 Harry Loop stammt vermutlich aus einfachen handwerklichen Verhältnissen, möglicherweise auch aus einem in der DDR bereits marginalisierten Sozialmilieu. Er wächst in einer ländlichen Kleinstadt als jüngstes Kind mit vier (Halb-) Geschwistern auf. Er erzählt sehr wenig über seine Kindheit und Jugend, bewertet sie beiläufig als „nicht schlecht“. Nach der Schulzeit (ca. 1962-1970), macht Herr Loop eine Ausbildung zum Maurer. Er arbeitet in der Folge zunächst in seinem erlernten Beruf und absolviert dann 18 Monate lang den Wehrdienst in der nationalen Volksarmee (bis ca. 1975).

2.3 Unklar ist die genaue Datierung eines Fluchtversuchs aus der DDR, der zusammen mit einem Bekannten unternommen wurde. Später beantragt Harry Loop offiziell seine „Ausreise" aus der DDR. In der Folge wird er in seiner Darstellung massiv diskriminiert. Ihm

wird mangelnde Arbeitsdisziplin vorgeworfen, er wird wegen „Asozialität" inhaftiert. Mitte der achtziger Jahre bekommt Harry Loop eine Tochter, unklar bleibt, ob er und die Mutter verheiratet waren. An einer Stelle spricht Loop von Scheidung. Es ist unklar, ob die bereits erwähnten Fluchtversuche bzw. der Ausreiseantrag, vor oder nach der Familiengründung erfolgten und ob die Scheidung/Trennung möglicherweise damit in Zusammenhang steht. Jedenfalls verliert er mit seiner Übersiedlung in den Westen jeglichen Kontakt zu Mutter und Tochter.

1989 wird ihm, im unmittelbaren zeitlichen Kontext des Mauerfalls, die Ausreise gestattet. Seine Darstellung des genauen Zeitpunkts ist widersprüchlich. Eine Version legt nahe, dass er bereits einige Wochen vor der Maueröffnung im Westen war, eine andere Version unterstellt eine annähernde Gleichzeitigkeit. Harry Loop wird, nach einer vorübergehenden Unterbringung in einem Auffanglager in München, eine Wohnmöglichkeit in einer bayrischen Kleinstadt zugewiesen, in der er einige Monate als Maurer in einem kleinen Familienbetrieb im Baugewerbe arbeiten kann. Nach wenigen Monaten werden er und die anderen Arbeiter wegen Auseinandersetzungen zwischen den Betriebsinhabern, Vater und Sohn, entlassen.

Er arbeitet in der Folge immer wieder schwarz und bekommt deshalb Schwierigkeiten mit dem Arbeitsamt. Ende 1990 muss Harry Loop die Wohnung verlassen. Nur mit dem Nötigsten ausgerüstet, beschließt er, auf der Straße zu leben. Von da an ist er ca. 15 Jahre lang ohne Obdach. Er bekommt von anderen Obdachlosen, die er kennen lernt, das nötige Know-How für das (Über-)Leben auf der Straße vermittelt. Er lernt an verschiedenen Orten „Familien“ kennen (dieses Wort verwendet er für seine zahlreichen Bekannten). Er bleibt mal länger, mal kürzer an einem Ort, übernimmt auf dem Lande bei Bauern oder auf dem Bau Gelegenheitsarbeiten.

Im Jahr 1997 kommt er nach Mittelstadt. Dort kommt er wiederum über eine Bekannte, eine Kioskinhaberin, für die er kleinere Malarbeiten erledigt hatte, auf die Idee, sich auf dem Rathaus nach dem Zugang zu einem leerstehenden Wohncontainer zu erkundigen, in dem früher Asylbewerber untergebracht waren. Es gelingt ihm durch hartnäckiges Vorsprechen bei der Gemeinde einen Schlüssel für einen der Container zu bekommen. Die Container seien nicht winterfest, „kalt wie Hund". Was als Provisorium gedacht war, wird für die Dauer von sieben Jahren zu einer Art bleibendem Basislager, immer wieder durchbrochen von längeren und kürzeren Phasen des Umherziehens.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Im Juli 2003 wird er in seiner Unterkunft der Wohncontaineranlage (nachdem es bereits vorher zu gesundheitlichen Problemen und verschiedenen Untersuchungen gekommen ist) amtsärztlich untersucht. Ihm wird gesagt, er müsse woanders untergebracht werden. Es ergibt sich der erste Kontakt zur Einrichtung des Projektträgers in einem etwa 15 km entfernten kleinen Dorf. Nachdem ihm dort ein leerstehendes Zimmer zugesichert wird, in das er die wenigen Möbel, Kühlschrank und Waschmaschine, die er mittlerweile für seinen Container organisiert hatte, mitbringen kann, sagt er zu. Für ihn ist es allerdings ein bedeutsamer Umstand, dass er dann doch ein bereits möbliertes Zimmer zugewiesen bekommt und die ersten Zeugnisse einer wie immer brüchigen Halbsesshaftigkeit nicht mitbringen und noch nicht einmal einlagern kann.[67]
In diesem Zimmer lebt er drei Jahre lang, bevor es – im Vorfeld von ProSeLe – über die

[67] „Zeigt mir `n Zimmer, steht `n Bett drinne und `n Nachttisch und `n Tisch und `n Stuhl. Ich sag: Die Zimmer hat man mir nich gezeicht. Ich hat `n Kühlschrank dabei, ne? Ick hab `ne Waschmaschine. Sag ick: Wat mach ick denn nu, ne? Dat war mir alles n bisschen komisch. Sag ick: Das haut alles nich hin, sag ick." Er darf seine eigenen Möbel („alles neue Ware") nicht im Bereich der Einrichtung lagern. Man erwidert in seiner Darstellung: „Unterstellen? Sie ham hier alles. Ihre Wäsche wird gewaschen, ihr Essen wird gekocht und nischt, ne. Fernsehraum habn se und das und das und das. Das ging alles ganz Hals über Kopf, dat konnt man alles gar nich richtig verarbeiten […]." Seine eigenen Sachen muss er an andere Leute vergeben "vernichtet", sagt er, "andere Leute" auf die Frage, was damit passiert ist: "weiter vergeben, ne, und die wieder n guten Mann draus gemacht".

Zwischenstation eines weiteren Zimmers zu einem Umzug in eine Wohnung kommt, die er sich mit einem ebenfalls ehemals obdachlosen Mann teilt, den er bereits aus seiner Containerzeit kennt und mit dem er früher eine Reihe von Auseinandersetzungen hatte. Harry Loop ist froh darüber, eine Bleibe zu haben. Die mit dem Projekt verbundenen Erwartungen kommentiert er – obwohl er die Wohnsituation grundsätzlich positiv bewertet – neutral bis latent ironisch („Und hier soll jetzt Selbstständigkeit sein“).

Den Einzug in eine Zweierwohngemeinschaft im Rahmen von ProSeLe in unmittelbarer Nähe zur stationären Einrichtung führt Harry Loop auf den Umstand zurück, dass nach einem Umbau für ihn in dem früheren Gebäude kein Platz mehr gewesen sei. "Ich habs nich vorher gewusst", sagt er, "dass ich hier her ziehen tu". In der neuen Wohnung muss er Treppen steigen, was er wegen seiner Erkrankung anfangs sehr kritisch sieht. Mit seinem Wohnungsnachbarn hat er sich in der Mittelstädter Zeit einmal geprügelt.[68]

3. 2. Harry Loop wohnt zusammen mit einem anderen Teilnehmer in einer vom Projektträger in dem kleinen Dorf angemieteten Dreizimmerwohnung. Sie haben jeweils ein Schlafzimmer sowie ein Wohnzimmer, das aber wenig genutzt wird. Sein Zimmer ist sehr spartanisch eingerichtet, wirkt auf den Interviewer fast wie eine Gefängniszelle. Ein großes Zimmer (20m²) mit Bett, einem Stuhl, darauf Tabakutensilien, ein Schrank. Der Projektträger ist in dem Dorf durch Gebäude, Wohneinrichtungen und durch die an eine WfbM angelagerten landwirtschaftlichen Flächen sehr präsent und prägt das Dorfbild sowie das Sozialleben. Insgesamt kann man deshalb am ambulanten Charakter der Wohnung Zweifel haben.

3.3 Der **Unterstützungsbedarf** von Harry Loop wird von seinem Bezugsbetreuer insbesondere in den Bereichen Ernährung, Gesundheit, Umgang mit Geld und Behörden als sehr hoch eingeschätzt. Bei der Ernährung geht es auch um eine Differenz der Angemessenheitsnormen von Harry Loop und seinem Betreuer. Sie rührt daher, dass Harry Loop zum Teil noch den Standards seiner Obdachlosenzeit folgt. So kam es vor, dass Herr Loop auch in der Küche mit einem Campingkocher hantiert bzw. auch die Auswahl der Lebensmittel (Konserven, Fertigkost u.ä.) davon geprägt ist. Hinzu kommt ein andauernder Alkoholkonsum. Dass Harry Loop (nur mäßig) kontrolliert trinkt, ist ein Umstand, der von allen Seiten anerkannt und ausgesprochen wird. Insbesondere die Medikamenteneinnahme (wegen seiner Pankreatitis u.a.) muss kontrolliert und ggf. angemahnt werden. Sein Umgang mit Geld und die Geldeinteilung werden immer wieder zum Thema zwischen ihm und seiner Bezugsperson, insbesondere auch weil Harry Loop sein Geld überwiegend, und anfangs teils unkontrolliert, in Alkohol und Zigaretten umsetzt. Der grundsätzliche Unterstützungsbedarf, bzw. dessen Wahrnehmung durch die Bezugsperson, bleibt während des Projekts annähernd konstant, es werden aber in Einzelbereichen (Waschen, Kochen, Geldeinteilung, Einkaufen) Selbstständigkeitsgewinne erzielt. Im Herbst 2010 gibt es eine deutliche Verbesserung im Hilfebedarf im Bereich Umgang mit Geld. Nach Aussage der koordinierenden Bezugsperson funktioniert es mit der Geldeinteilung wesentlich besser, problematisch bleibt aber weiterhin der Alkoholkonsum. In Familien- und Partnerschaftsbeziehungen besteht keinerlei Hilfebedarf. Auch in informellen Beziehungen benötigt Hr. Loop zunächst keine Hilfe, dies ändert sich ab Quartal 7 zu einem geringen Hilfebedarf.

Die **Hilfeerbringung** wird ausschließlich durch die koordinierende Bezugsperson und eine Reinigungskraft erbracht, in einer Intensität von etwa acht Stunden. An Struktur und Umfang der Hilfeerbringung ändert sich im Projektverlauf nichts, eher ergibt sich eine leichte Zunahme. Das subjektive Wohlbefinden Harry Loops nimmt in der Wahrnehmung der Bezugsperson im Lauf des Projekts eher ab. Dazu tragen insbesondere der gesundheitliche Zustand Harry Loops sowie gelegentliche Auseinandersetzungen im häuslichen Umfeld und Stimmungsschwankungen bei, welche die Bezugsperson mit dem Alkoholkonsum in

[68] Ihn warnt er bereits bei dem Einzug vor: "Wenn <du> mit mir mautschen willst wegen Putzen, ich schlag dir mit de Krücke übern Kopp.“

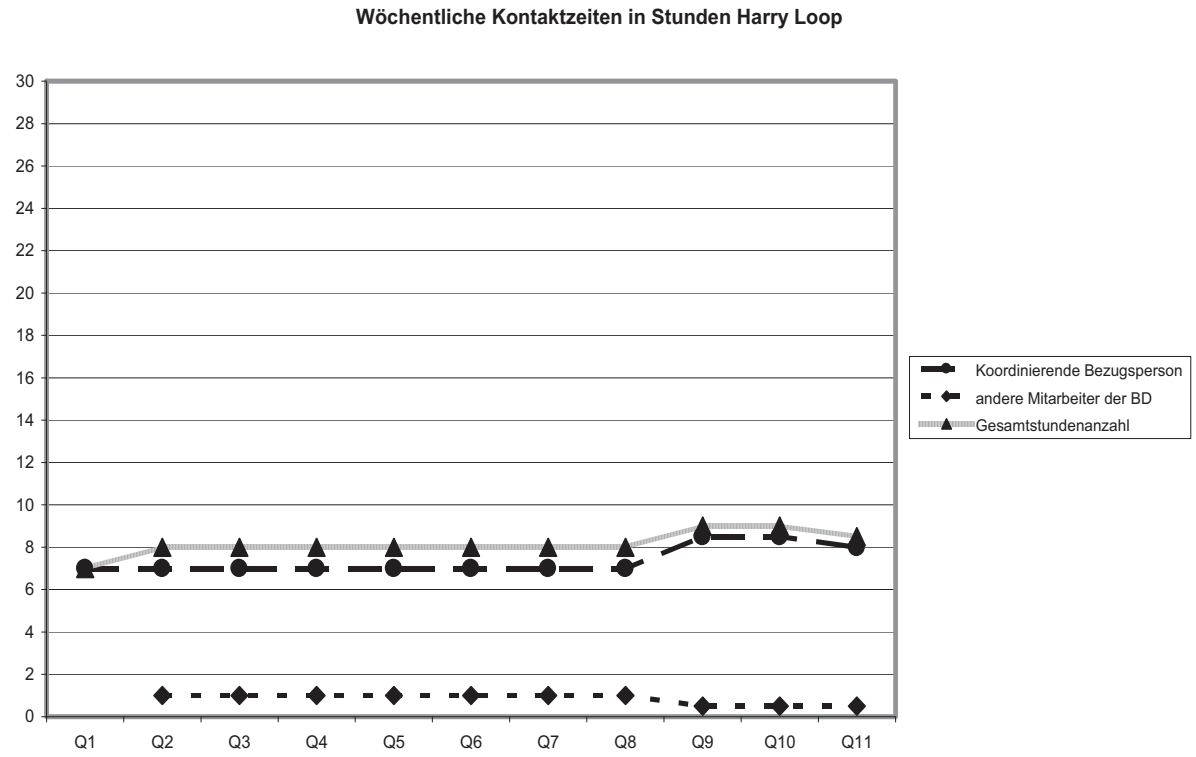
Verbindung bringt.

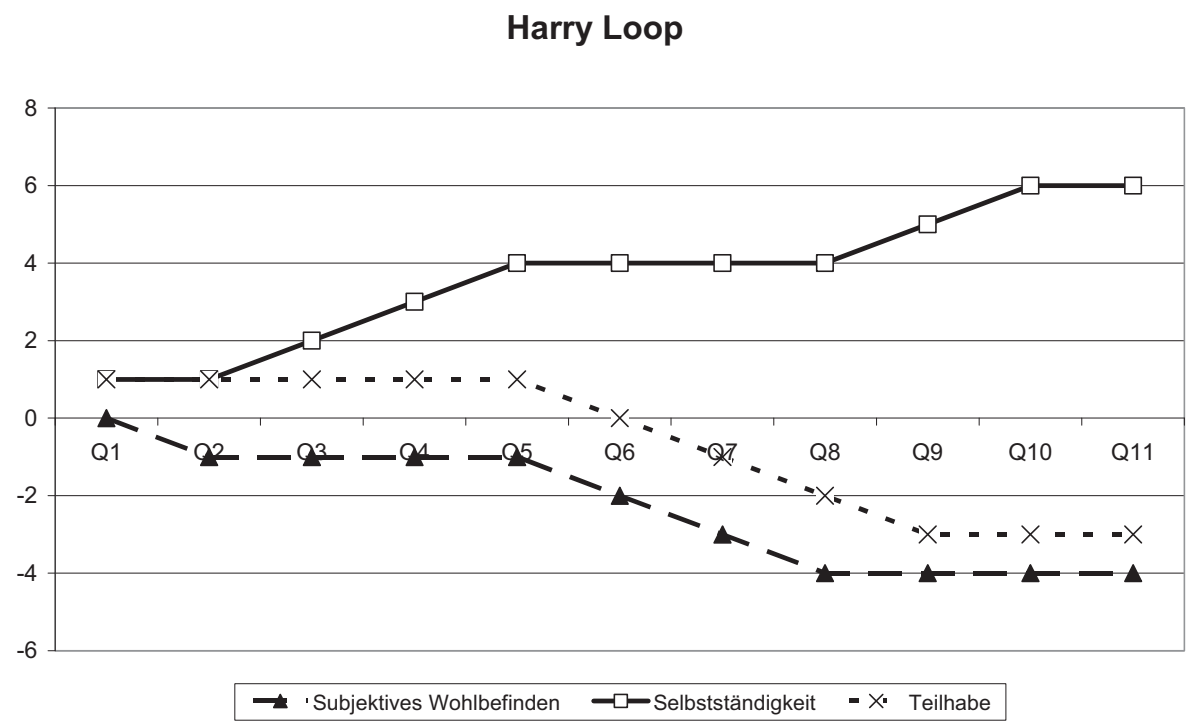
| **Harry Loop** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

Auch die Teilhabe nimmt im gleichen Maße ab wie das subjektive Wohlbefinden, vor allem im Zeitraum zwischen Anfang und Ende 2009. Die Selbstständigkeit von Harry Loop nimmt im Laufe des Projekts eher zu, sie stagniert im gleichen Zeitraum, in dem die Teilhabe und das subjektive Wohlbefinden abnehmen, nämlich im Jahr 2009.

Auch die **sozialen Kontakte** scheinen sich im Projektverlauf eher einzuengen. Anfangs hat Harry Loop noch Kontakte zur "Familie" in der benachbarten Kleinstadt, in der er lange Jahre im Container wohnte.[69] Es kommt auch zu Besuchen, die allerdings von den Hausmitbewohnern und dem professionellen Umfeld eher kritisch wahrgenommen werden, da es zu teilweise lautem "Feiern" kommt. Dies geht aber – möglicherweise auch wegen der Kritik aus dem Umfeld – zunehmend zurück. Es kommt immer wieder zu Problemen mit Mitbewohnern, die gegen Ende des Projekts nachlassen. Die damit eingetretene Beruhigung beinhaltet allerdings auch eine partielle Isolierung Harry Loops nach außen. Sie hängt sicher mit dem Umstand zusammen, dass das soziale Leben im Dorf weitgehend von den Strukturen und Netzwerken der Einrichtung bestimmt ist. Außer regelmäßigen Kontakten zur alten Wohngruppe und den professionellen Bezugspersonen ergeben sich wenig Anknüpfungsmöglichkeiten für Harry Loop. Während er anfangs noch in der WfbM einer Arbeit nachgeht, lehnt er dies mittlerweile, mit Verweis auf die in seinen Augen lächerliche Entlohnung, ab. Auch an den regelmäßigen organisierten Einkaufsfahrten in die nahe gelegene Kleinstadt beteiligt er sich nicht mehr. Seinen Tagesablauf schildert Harry Loop als sehr einförmig, aber ihm sei nicht langweilig. Er hole morgens Tabletten, mache sich etwas zu Essen, gehe etwas Spazieren.

[69] "Gut, ich war nich die erste Zeit noch mit den Dings zusammen, mit Negerle, war so n Äthiopier, n Flugzeugjäger, aber der lässt sich au nich mehr sehn, ob er nu ne Frau hat, weiß ich nich."




## 4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts

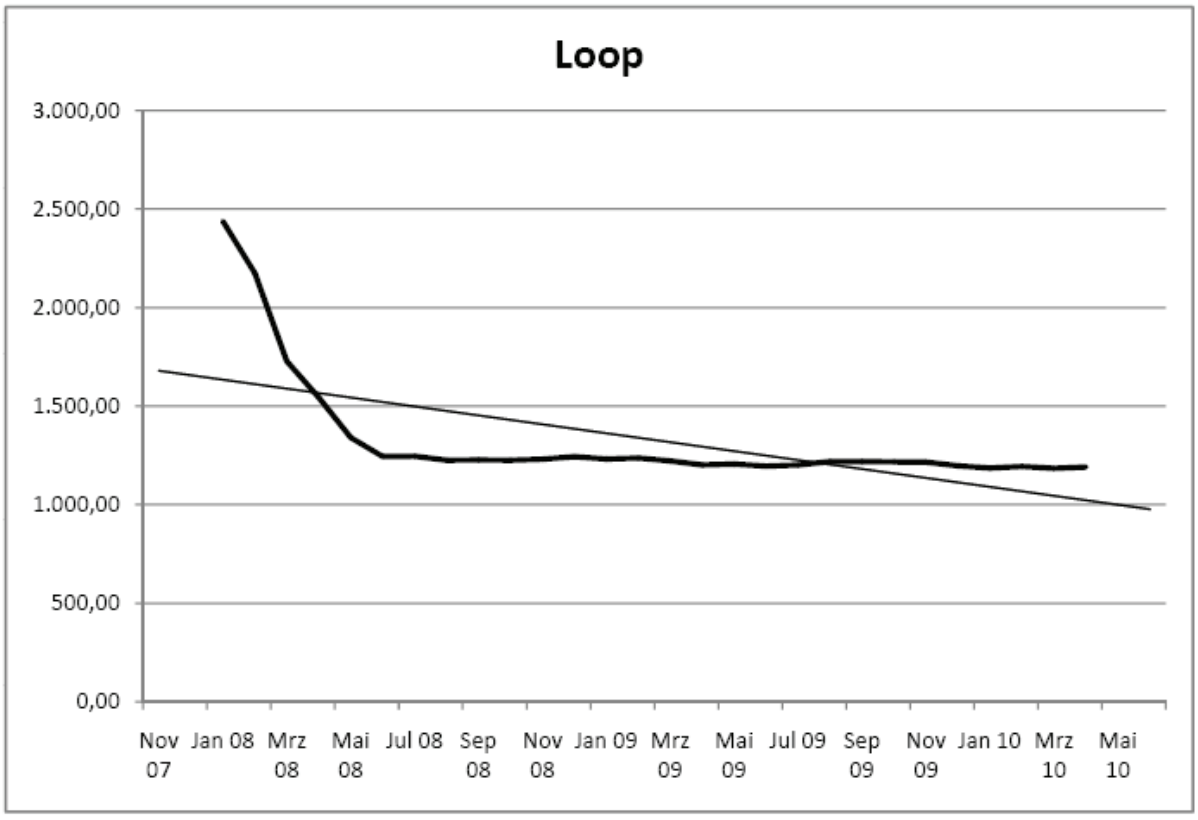
Harry Loop wendet auf die derzeitige Wohnsituation ein Muster des Sich-Arrangierens mit den Umständen an, das für seine Biografie insgesamt prägend ist. Er ist im Rahmen des Gegebenen mit seiner Unterbringung zufrieden und sieht keine unmittelbar realisierbare Alternative zu seiner derzeitigen Wohnsituation. Allerdings sagt er auch, dass er gezwungenermaßen hier ist: "Ich muss", antwortet er auf die Frage, ob er gerne hier wohnen bleiben möchte. "Wenns mit de Füße anders wär, dann wär ich nich hier." Er wäre eigentlich lieber auf der Straße, ist sich aber im Klaren, dass das Vergangenheit ist: "Ja, das ist vorbei.

Da brauch ich nischt mehr drauf tippen." Nach Wünschen und Plänen für die Zukunft befragt, sagt er: "Ne, die hab ich nich mehr. Bloß wenn es mit de Beine n bisschen besser werden würde." Allerdings gibt er etwas später an, dass er durchaus noch einmal umziehen würde, wenn er in eine Wohnung für sich alleine ziehen könnte ("Würd ich machen. Des würd ich noch machen, das Risiko"). Als Beispiel nennt er einen Ort, wo er früher mal "auch ne Familie" hatte.

Die derzeitige Wohnsituation schneidet Harry Loop eher von den wenigen, in seiner Biografie verankerten sozialen und sozialräumlichen Möglichkeiten ab, als dass er diese (gewiss schmalen und in sich ambivalenten) Ressourcen nutzbar machen würde. Hier spielt die abgelegene Lage der Wohnung ebenso eine Rolle wie die Ambivalenz der professionellen Bezugspersonen gegenüber dem Obdachlosen- und Halbobdachlosenmilieu, in dem Harry Loop verkehrte. Hinzu kommt die damit verbundene Befürchtung einer Verstärkung seiner Alkoholabhängigkeit. Versuche einer Wiederbelebung von Kontakten in der Herkunftsregion von Harry Loop wurden weder von ihm noch von seinem professionellen Umfeld systematisch verfolgt. Allerdings gab es wohl auf irgendeine Weise einen vereinzelten Kontakt, da sich Harry Loop in Teilaspekten durchaus informiert über die Situation seiner Tochter zeigte.

Wie in anderen Fällen werden auch in seinem Fall deutliche Grenzen der professionellen Arbeit deutlich. Eine wirklich grundlegende Verbesserung seiner (wohn-)biografischen Situation hätte deutlicher therapeutisch ausgerichtete Interventionsformen zur Voraussetzung. Auch am Ende von ProSeLe haben seine Wohnverhältnisse und seine biografische Situation deutliche Züge des "Sich-Arrangierens mit den Umständen". Das allerdings ist wiederum eine Haltung, die Harry Loop offenbar in seinem Leben gelernt hat.

**5. Kostenverlauf**



# Leila Luft

*Geboren 1962, lebte vor Projektbeginn circa 20 Jahre in verschiedenen stationär betreuten Einrichtungen.*

## 1. Allgemeines

1.1 Leila Luft ist zu Projekteintritt 45 Jahre alt. Sie hat eine Sonderschule besucht und keine Berufsausbildung abgeschlossen. Frau Luft ist ledig und hat keine Kinder. Frau Luft ist zurzeit arbeitslos.

1.2 Frau Luft wohnt bis zum Tod ihres Vaters im Elternhaus (ca. 15. Lebensjahr). In den folgenden zehn Jahren wechselt sie zwischen psychiatrischen Einrichtungen und der Wohnung der Mutter. Mit 25 zieht sie schließlich aus und lebt bis zum Projektbeginn ca. 20 Jahre lang in verschiedenen, stationär betreuten Einrichtungen.

1.3 Als Diagnose wurde ein schizophrenes Residuum festgestellt. Der medizinisch-pädagogische Dienst teilte sie 2004 in die Hilfebedarfsgruppe 3 ein. Es besteht keine gesetzliche Betreuung.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Die beiden Interviews mit Frau Luft finden 2009 und 2010 in ihrer Wohnung statt, die koordinierende Bezugsperson ist dabei anwesend. Frau Luft ist aufgeschlossen und redet viel und schnell („i kann viel schwätza“). Auffallend ist ihre Selbstdarstellung als kompetente Frau, die alles im Griff habe und die Zurschaustellung ihrer Wohnung. Sie ist gerne bereit, ihre Wohnung zu zeigen und erläutert ihren Tagesablauf sehr genau, teilweise wiederholt sie sich dabei mehrfach.

2.2 Leila Luft wächst als jüngstes von zehn Kindern in einem Vorort einer Kleinstadt auf. Ihre Mutter ist zum Zeitpunkt ihrer Geburt 40 Jahre alt und Hausfrau, der Vater ist 50 Jahre alt und Schreinermeister. Sie besucht die Sonderschule und absolviert im Alter von 15 Jahren (1978) in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung einen Lehrgang zur Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten. Der Vater verstirbt mit 66 Jahren als Leila Luft ca. 15/16 Jahre alt ist. In dieser Zeit kommt es wohl zu einer psychischen Destabilisierung, in der Folge lebt sie abwechselnd in unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken und bei ihrer Mutter (bis zum 25. Lebensjahr).

2.3 1988 zieht Frau Luft mit 26 Jahren in eine Wohngruppe für psychisch kranke Männer und Frauen eines sozialpsychiatrischen Wohnverbundes. Frau Luft lernt dort ihren zukünftigen Partner kennen, mit dem sie 19 Jahre lang liiert sein wird. Im gleichen Jahr (1988) fängt sie an, in einer WfbM zu arbeiten, nach Aussage der koordinierenden Bezugsperson jedoch äußerst unregelmäßig. 1992 zieht Frau Luft mit ihrem Partner in eine (möglicherweise ebenfalls betreute) Wohnung direkt neben ihrer Wohngruppe. Etwa zwölf Jahre später (ca. 2004, das genaue Jahr ist unklar) zieht sie erneut in eine stationär betreute Wohngruppe. Die gemeinsame Wohnung ist in einem vernachlässigten Zustand. Die zum Teil schwierige Beziehung zu ihrem Partner, in der es auch zu körperlichen Auseinandersetzungen gekommen war, endet. Es kommt in der Folgezeit zu mehreren Aufenthalten in Krankenhäusern und einer psychiatrischen Klinik. Im Rahmen von ProSeLe zieht sie 2007 in eine eigene Wohnung.

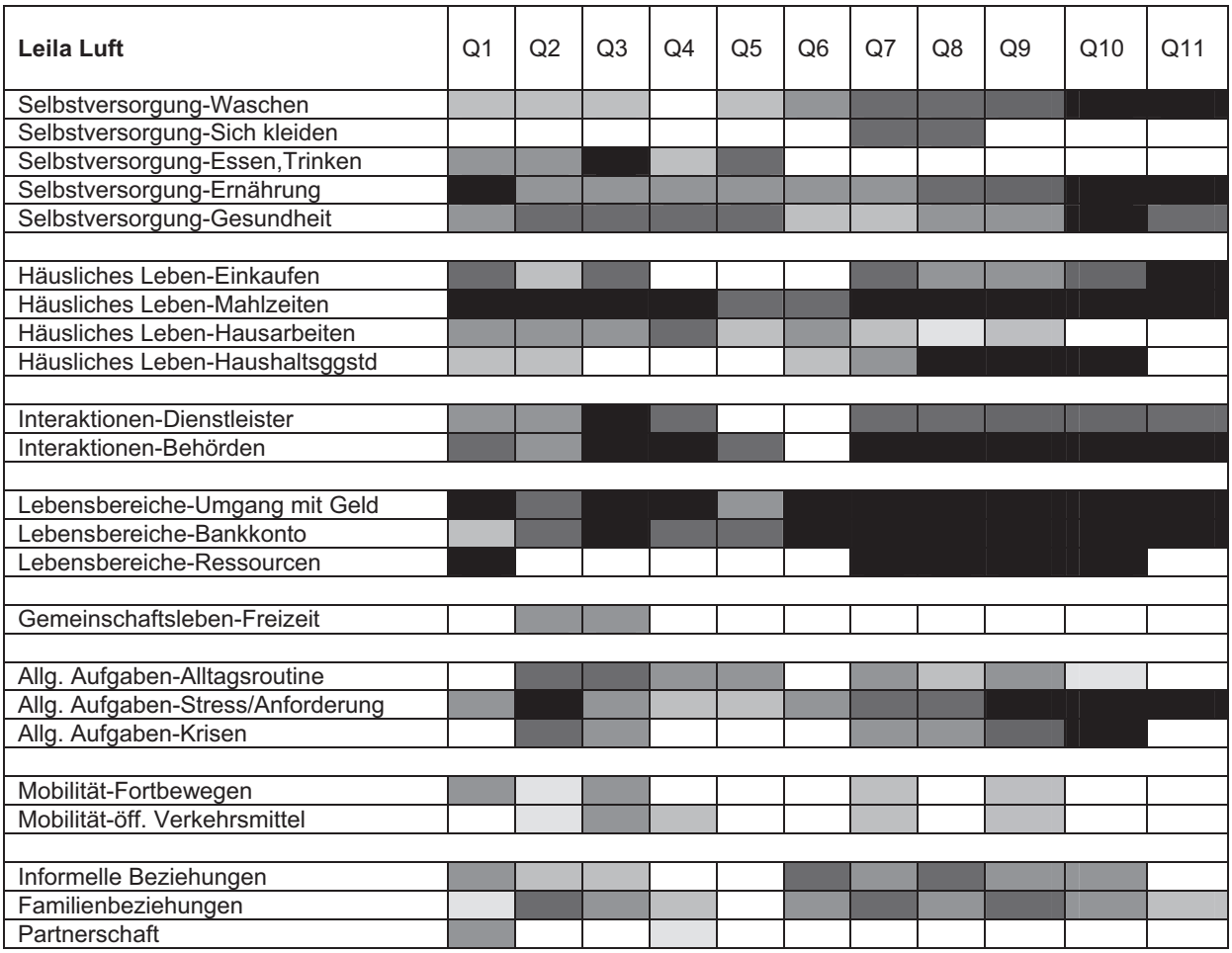
## 3. Verlauf von ProSeLe

3.1 Die Motivation von Frau Luft bei ProSeLe teilzunehmen, besteht in dem Ziel, alleine zu leben und mit Unterstützung den Auszug zu bewältigen. Dabei will sie immer mehr Selbstständigkeit und Selbstbestimmung erlangen. Sie zählt jedoch auf die benötigte Hilfe

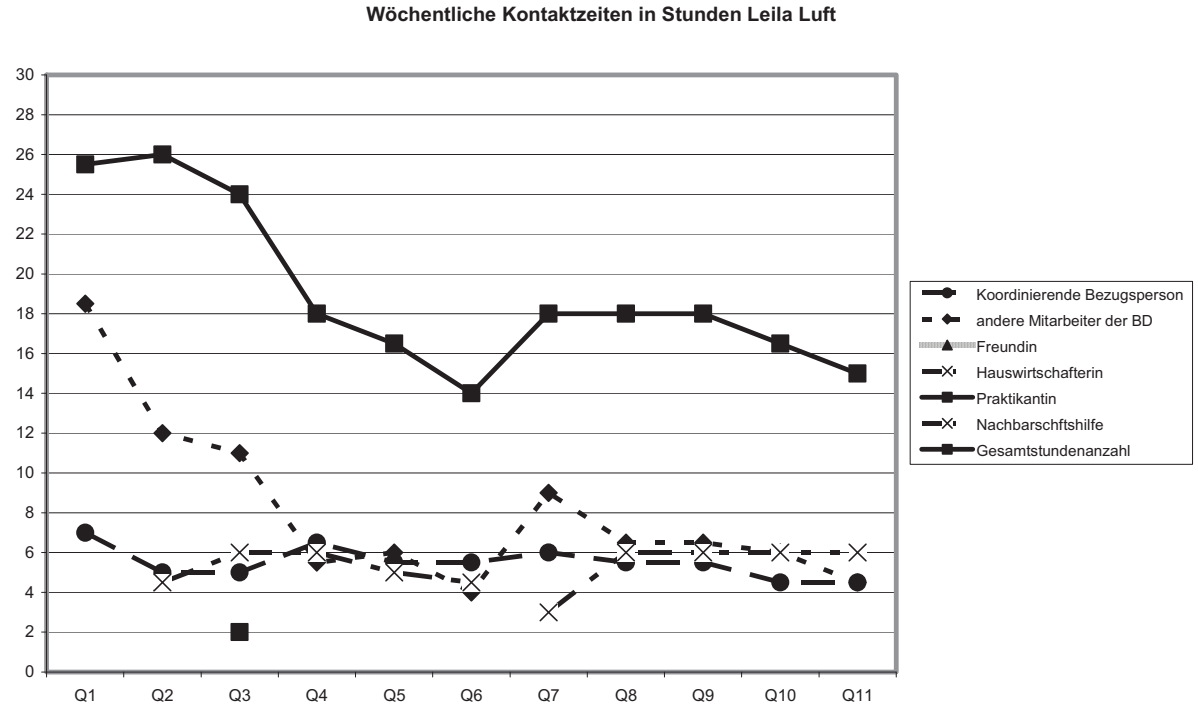
und möchte herausfinden, in welchem Umfang sie diese braucht. Als weiteren Grund für ihren Auszug aus der stationär betreuten Einrichtung sagt Frau Luft: „Ich bin mit den Leuten nicht zurecht gekommen.“ Außerdem möchte sie mehr Distanz zu ihrer Schwester erlangen, die im gleichen Wohnheim gewohnt hat.

3.2 Die Wohnung von Frau Luft befindet sich im Keller eines kleinen Mehrfamilienhauses. Die Umgebung ist geprägt von einer Neubausiedlung und einer sehr ruhigen Atmosphäre. Die Gegend ist, den Autos und Häuserfassaden nach, eher gut situiert. Die Wohnung selbst ist eine Einzimmerwohnung. Im Eingangsbereich ist eine kleine Küche, links davon ein kleines Bad, danach kommt der eigentliche Wohn- und Essbereich, abgetrennt durch eine Tür. Der Wohnraum ist geschätzte 16 bis 18 Quadratmeter groß, die Fläche der gesamten Wohnung liegt jedoch unter 30 Quadratmetern. Die Wohnung ist in einem sehr sauberen und ordentlichen Zustand. Der Bettbezug (die Überdecke) ist gerade und straff gezogen. Fenster hat die Wohnung nur eines und zwar gegenüber des Eingangs. Trotzdem ist die Wohnung nicht dunkel. Durch das Fenster sieht man auf eine Grünfläche. Links vom Eingang im Wohnbereich ist ein großer Kleiderschrank, das Bett steht zum Fenster hin. An weiteren Möbelstücken befindet sich in der Wohnung ein kleiner Tisch mit drei Stühlen rechts vom Eingang, ein Regal mit einem sehr kleinen Fernseher darin und ein kleiner Abstelltisch auf dem ein Telefon steht sowie eine Tiefkühltruhe. Oberhalb des Tisches hängt eine Pinnwand. Auf dieser Pinnwand stehen Wochenpläne für die Zeiten der Unterstützung, jeweils an abwechselnden Tagen die Nachbarschaftshilfe und die koordinierende Bezugsperson. Ansonsten sind wichtige Telefonnummern vermerkt wie die der Nachtbereitschaft, Tagbereitschaft und Telefonnummern von anderen Mitarbeitern des Einrichtungsträgers. In einem Kalender sind verschiedene Termine eingetragen, etwa wann Kehrwoche ist oder wann der gelbe Sack abgeholt wird. An den Wänden hängen Bilder (Fraktalkunst) ausgedruckt auf DIN-A-4-Blättern. Frau Luft weist während des Interviews auf das Bild eines „Italienermanns“ hin, wie sie es nennt, ein ehemaliger Nachbar mit dem sie mehrmals Gespräche geführt hat.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Frau Luft ist hoch. Sie hat in so gut wie allen Bereichen die das Wohnen betreffen einen (hohen) Hilfebedarf. Ausgenommen ist lediglich der Bereich der Freizeitgestaltung, sowie der Bereich der Partnerschaftsbeziehungen. Der von den professionellen Mitarbeitern wahrgenommene Hilfebedarf deckt sich nicht mit der Selbstwahrnehmung von Frau Luft. Sie sieht sich als selbstständig an und beschreibt mehrmals, wie sie ihre Wohnung sauber und in Ordnung hält. In Interview macht sie über sich selbst folgende Aussagen: „Bin a gscheite Frau" und „ich mach alles selber".

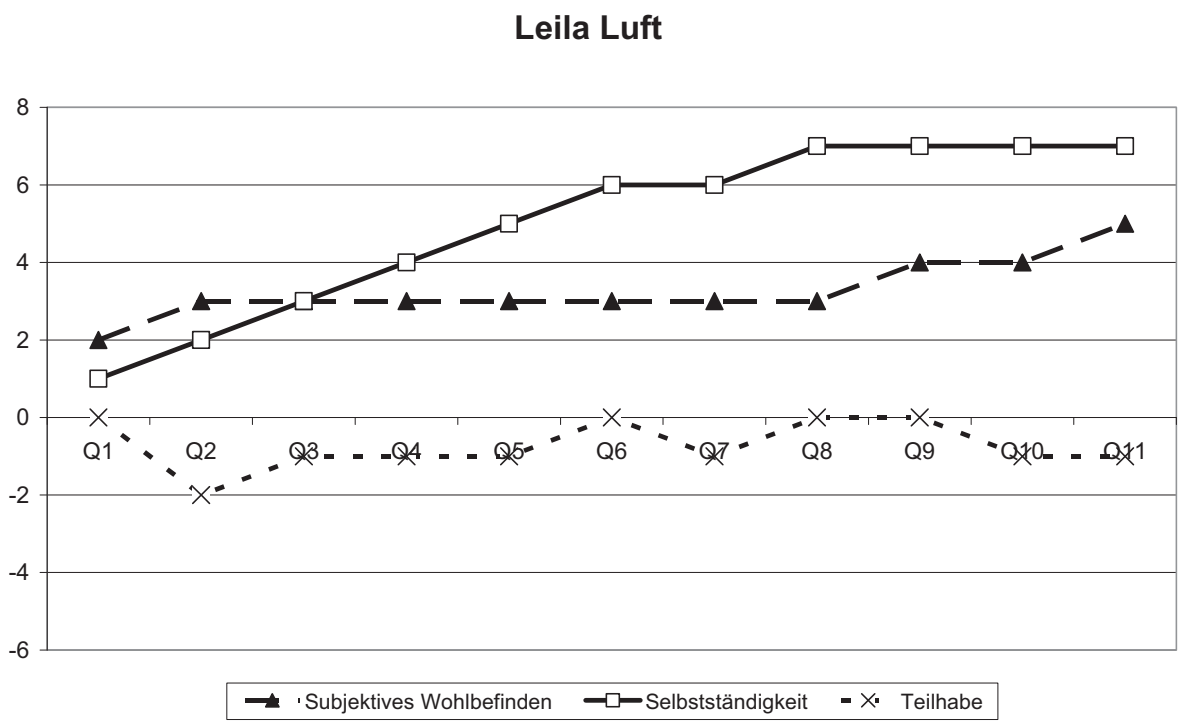



Die **Hilfeerbringung** wird, außer von der koordinierenden Bezugsperson, zu einem großen Teil durch die Mitarbeiter ihrer ehemaligen Wohngruppe erbracht. Sie wird direkt nach ihrem Umzug in die eigene Wohnung von der koordinierenden Bezugsperson mit ca. sieben Wochenstunden unterstützt. Die Wohngruppenmitarbeiter unterstützen sie mit weiteren 14 Stunden wöchentlich. Die gesamte Hilfeerbringung nimmt im Laufe des Projekts ab (von 25,5 auf 16,5 Std./Woche). Gegen Ende wird sie nur noch viereinhalb Stunden pro Woche von ihrer koordinierenden Bezugsperson unterstützt, andere Mitarbeiter unterstützen sie mit sechs Stunden wöchentlich. Neben den Einrichtungsmitarbeitern unterstützen Frau Luft noch andere Personen *(„Hilfemix")*. Bis Mitte 2009 wird sie mit durchschnittlich fünf Wochenstunden von einer Hauswirtschafterin im Haushalt unterstützt, danach ist eine Nachbarschaftshilfe mit sechs Wochenstunden unterstützend tätig. Vor allem soziale Kontakte, die Tagesstruktur und der Umgang mit Geld müssen sehr genau mit der koordinierenden Bezugsperson besprochen werden. Hinzu kommt, dass die koordinierende Bezugsperson die Essensbevorratung und die Körperhygiene regelmäßig kontrolliert.




Frau Luft hat neben ihrem Unterstützernetz wenig **soziale Kontakte**. Sie geht weder arbeiten, noch nimmt sie an Freizeitaktivitäten teil. Auch Freunde hat sie nach ihrer Aussage keine: „Hab keine Freunde, niemand hab i da“. Sämtliche Aktivitäten (z.B. in ein Café gehen) unternimmt sie mit Mitarbeitern der Einrichtung. Sporadischen Kontakt hat Frau Luft lediglich zu ihren Nachbarn und zu einem Imbissbudenbetreiber, bei dem sie regelmäßig essen geht. Ein Nachbarschaftsfest beschreibt sie folgendermaßen: „Und da unten war au a Hoffescht, da unten war au a Fescht. Da war i au mit fremde Leute gsessa, mit der Nachbarschaft gschwätzt, und, und, die kennt mi alle hier, die Leute kennet mi au scho, gell, isch klar, isch gut so. I wohn ja scho seit zwölf Jahr, seit zwölf Jahr wohn i, ähm, zwei Jahr wohn i hier scho. Kenn i alle Nachbarschaft hier scho. Alle nett zu mir.“

Problematisch bleibt das Verhältnis zur Schwester, die in der Umgebung wohnt. Frau Luft verzieht sogar gelegentlich das Gesicht, wenn sie im Interview von ihr spricht. Man merkt, dass sie sich über ihre Schwester ärgert und äußert sich nicht besonders positiv über sie und ihren Verlobten. In Gesprächen ist das Stichwort „Schwester“ impulsgebend für ausufernde Erzählungen von ihr. Von Anrufen fühlt sie sich gestört. Sie hebt gelegentlich ab und legt den Hörer daneben, sodass sie nicht hören muss, was die Schwester sagt, bzw. legt den Hörer schon vorher daneben, damit sie erst gar nicht anrufen kann.




Das subjektive Wohlbefinden von Frau Luft nimmt am Anfang des Projekts zu und bleibt danach so gut wie konstant, steigert sich sogar nochmals gegen Ende des Projekts. Sie fühlt sich nach wie vor wohl in ihrer Wohnung. Während die Teilhabe von einem ständigen Auf und Ab geprägt ist, nimmt die Selbstständigkeit kontinuierlich zu. Sie wünscht sich keine Ausweitung ihrer Sozialkontakte, will gleichzeitig aber nicht auf die verschiedenen Hilfen verzichten, die sie im Alltag unterstützen.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Frau Luft möchte nach eigener Aussage vor allem in Ruhe alleine leben. In der Wohnung gefällt es ihr vor allem deshalb, weil sie dort in Ruhe gelassen wird. In ihrer Wohnung und in ihrem Tagesablauf muss alles seine Ordnung haben. In den Interviews erwähnt sie mehrmals, wo alles in der Küche steht, wie sie bestimmte Mahlzeiten zubereitet, wann sie aufsteht oder was sie danach erledigt.

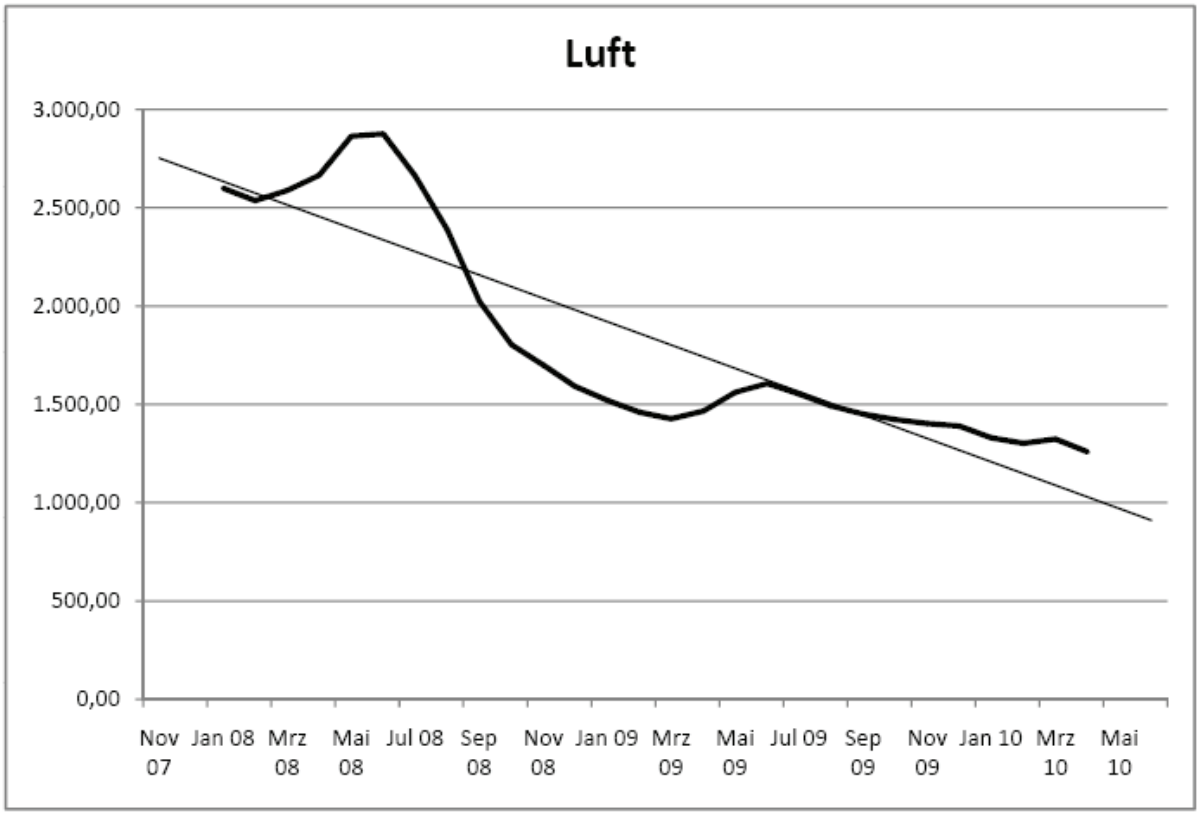
Soziale Kontakte scheinen für sie eher belastend. Frühere Besuche in einem Kontaktcafé, welches Frau Luft noch im Jahr 2008 regelmäßig besucht, bricht sie vollständig ab. Zeitweise fühlt sie sich von der Freundlichkeit und Offenheit der Nachbarschaft bedrängt oder kann diese nicht einschätzen. In der Quartalsdokumentation im Herbst 2009 zitiert die koordinierende Bezugsperson Frau Luft folgendermaßen: „Wieso schenken die mir Selbstgebackenes – ich hab doch alles was ich brauche – denken die, ich hab nicht genug zu essen oder was wollen die von mir?“ In diesen Zusammenhang passt, dass Frau Luft als Zielvorstellung in der Quartalsdokumentation am Ende des Projekts angibt, dass sie nur noch einmal am Tag Besuch haben möchte. Dabei scheint es, als fühle sich Frau Luft keineswegs einsam, sie beschreibt ihre Situation im Interview als: „alles wunderbar“, „isch alles prima“ und vor allem „i hab alles im Griff“. Sie hat für sich die ideale Wohnform gefunden – so ihre Darstellung. Diese Auffassung wird von den Bezugsmitarbeitern geteilt, wenn auch mit der Skepsis, ob Frau Luft nicht doch weitere Sozialkontakte bräuchte, um zum Beispiel nicht ausgenutzt zu werden (während des Projektverlaufs kam es zu entsprechenden Vorfällen). Trotzdem beschreibt Frau Luft im Interview die Beziehung zu ihrer Nachbarschaft als positiv: Die Kinder fragen höflich nach Kaugummi, die Nachbarn grüßen höflich, mit einem Imbissbudenbetreiber unterhält sie sich regelmäßig. Soziale

Beziehungen setzen Frau Luft also immer dann unter Stress, wenn sie zu eng sind (wie etwa zu den Mitbewohnern in ihrer ehemaligen, stationär betreuten Einrichtung). Trotzdem freut sie sich über die regelmäßigen, wenn auch kurzen Kontakte zu ihren Nachbarn.

Bedacht werden muss in ihrem Setting, dass sie nach Einschätzung der Bezugsperson einen sehr hohen Unterstützungsbedarf in vielen Bereichen aufweist, der von vielen verschiedenen Personen erbracht wird (Hilfemix). Sie hat demnach sehr unterschiedliche Sozialkontakte, wodurch ihr Bedarf nach Austausch womöglich gedeckt sein könnte. Ihr Kommunikationsstil – schnelles Reden mit wenig Pausen – zeigt eine generelle Aufgeschlossenheit[70] und benötigt gerade mehrere Ansprechpersonen.

In der Vergangenheit war ihre Biografie immer wieder von Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken geprägt. Wohlgemerkt: Sie lebte sehr lange in einem stationären Kontext. Ihre aktuelle Wohnsituation scheint für Frau Luft ideal zu sein. Sie kann ihren Tag selbstbestimmt strukturieren, kann sich in nach eigenem Maßstab zurückziehen und ist in die Nachbarschaft integriert. Dieser Umstand scheint ihr viel zu bedeuten, weil sie in den Interviews mehrmals ihre Kompetenzen und Selbstständigkeit erwähnt. Inwiefern ihr Wunsch nach weniger Betreuung realistisch ist, muss ernsthaft überprüft werden – auch vor dem Hintergrund, dass sie seit mehr als drei Jahren nun ohne psychiatrische Rückfälle ist. Die eigene Wohnung ist für sie jedenfalls eine deutliche – auch subjektiv so gesehene – biografische Errungenschaft.

**5. Ausgabenverlauf**




[70] Als Kontrast seien die Brüder Kipp genannt, die geradezu überdeutlich zu verstehen geben, kein Interesse an weiterführender Kommunikation zu haben.

# Sonja Matt

*Geboren 1969, vor Projektbeginn zwei Jahre in Pflegeheim.*

## 1. Allgemeines

1.1 Sonja Matt wurde 1969 geboren und ist zu Projektanfang 39 Jahre alt. Sie ist verheiratet und hat zwei Söhne. Frau Matt verfügt über einen Hauptschulabschluss, jedoch nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Sie ist nicht berufstätig. Frau Matt hat eine nicht-deutsche Staatsbürgerschaft.

1.2 Frau Matt wohnte zwischen den Jahren 2006 und dem Projektbeginn im Jahr 2008 in einem Pflegeheim. Davor lebte sie mit ihrer Familie in einer gemeinsamen Wohnung.

1.3 Als Diagnose wird in den Unterlagen eine "Histrionische Persönlichkeitsstörung" (F60.4) genannt. Frau Matt ist an multipler Sklerose erkrankt, was sie soweit beeinträchtigt, dass sie einen Rollstuhl benutzen muss, um sich fortzubewegen. Es bestehen weitere körperliche Erkrankungen, die zum Teil pflegerische Maßnahmen erfordern. Frau Matt ist in der Hilfebedarfsgruppe 4 und darüber hinaus in Pflegestufe 1 eingestuft. Es besteht eine gesetzliche Betreuung in allen drei Aufgabenbereichen. Frau Matt wird von den sozialpsychiatrischen Hilfen unterstützt.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Frau Matt hat der Teilnahme an der schriftlichen Dokumentation zugestimmt, jedoch die Teilnahme an Interviews abgelehnt. Die in diesem Bericht vorliegenden Angaben beziehen sich dementsprechend ausschließlich auf die schriftliche Dokumentation. Die subjektive Sicht von Frau Matt konnte also nicht mit einbezogen werden. Die Angaben, die der wissenschaftlichen Begleitforschung vorliegen, vor allem bezüglich ihrer Biografie und ihrer Wohnsituation, sind lückenhaft.

2.2 Frau Matt wächst bei ihren Eltern in einer kleinen Gemeinde in Baden-Württemberg auf.

2.3 Zu einem späteren Zeitpunkt zieht der Ehemann mit ihr zusammen in ihr Elternhaus. Zwischen 2002 und 2006 lebt sie gemeinsam mit ihrem Ehemann in einer etwas größeren Gemeinde. Seit 2006 lebt sie in einem Pflegeheim, bis sie im April 2008 durch das Projekt „Selbstständig Leben“ in eine eigene Wohnung zieht, wo sie jetzt alleine lebt. Einer ihrer beiden Söhne wird vom Jugendamt betreut.

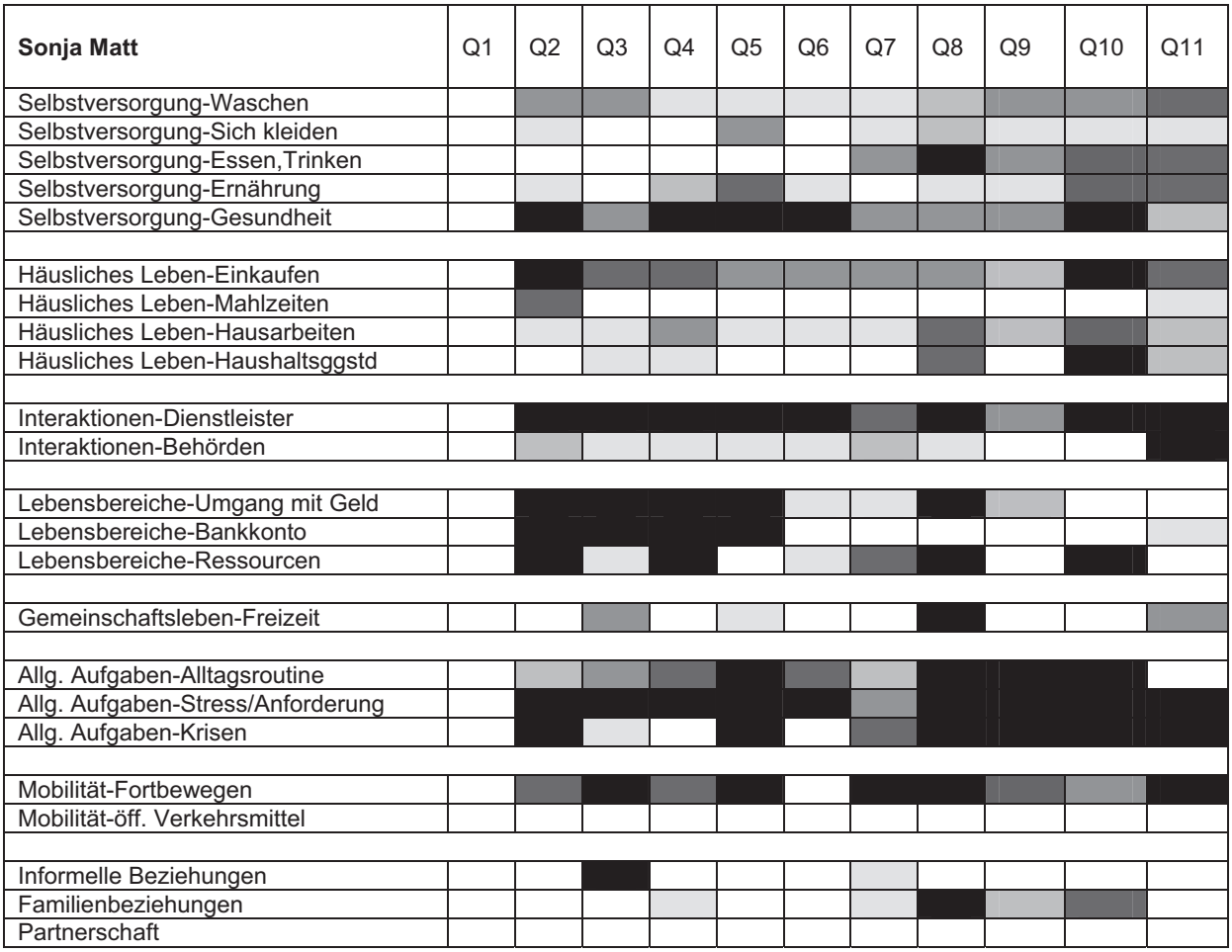
## 3. Verlauf von ProSeLe

3.1 Frau Matt hat auf eine selbstständige Wohnform gedrängt, da sie sich im vollstationären Bereich nach Aussage der koordinierenden Bezugsperson „fehlplatziert“ fühlte.

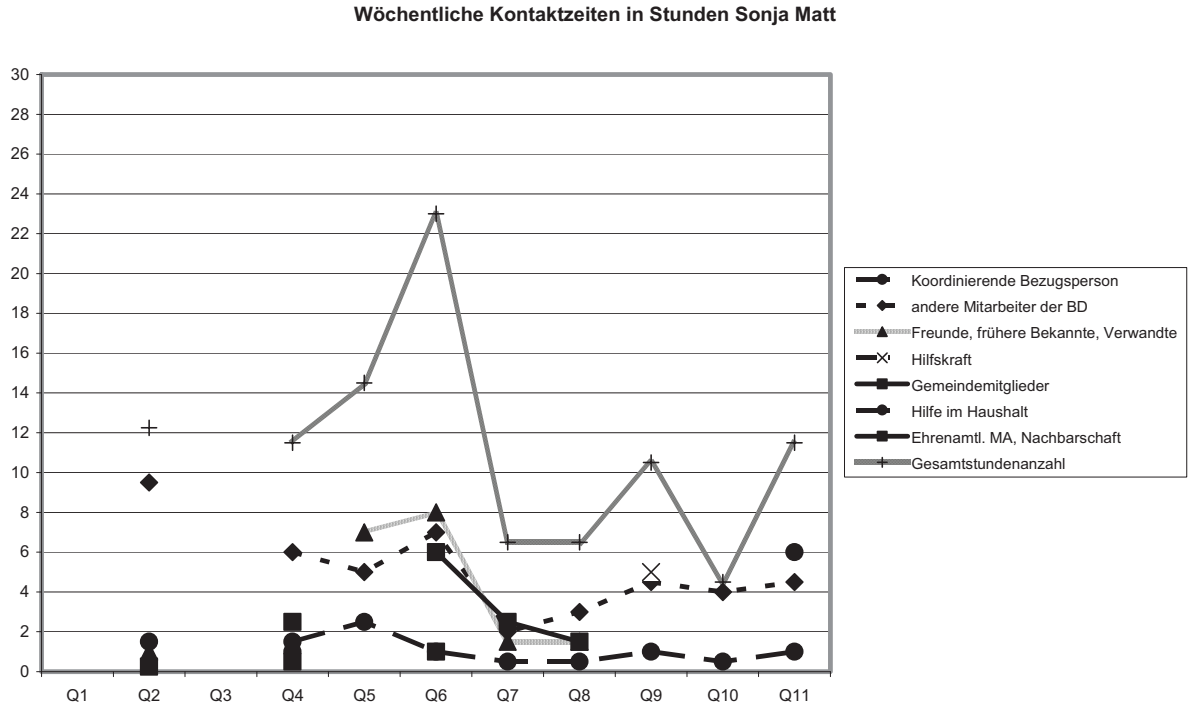
3.2 Frau Matt wohnt in einem behindertengerechten Haus. Von dort aus kann sie Ärzte und auch ihre Kinder und den Ehemann, von dem sie getrennt lebt, gut erreichen.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Frau Matt wird von der koordinierenden Bezugsperson in fast allen Bereichen als mittel bis hoch eingeschätzt, außer im Umgang mit Geld, dem Führen eines Bankkontos und der Sicherung eigener Ressourcen. In den Bereichen der Beziehungsarbeit hat Frau Matt laut der Bezugsperson keinen oder nur einen geringen Bedarf. Es treten zwar Veränderungen in der Intensität des Hilfebedarfs auf, diese weisen aber nicht auf eine Entwicklung hin, es kommt weder zu einer Zu- noch zu einer Abnahme in bestimmten Bereichen. Einzig der Hilfebedarf im letzten Quartal des Projekts scheint besonders hoch zu sein.

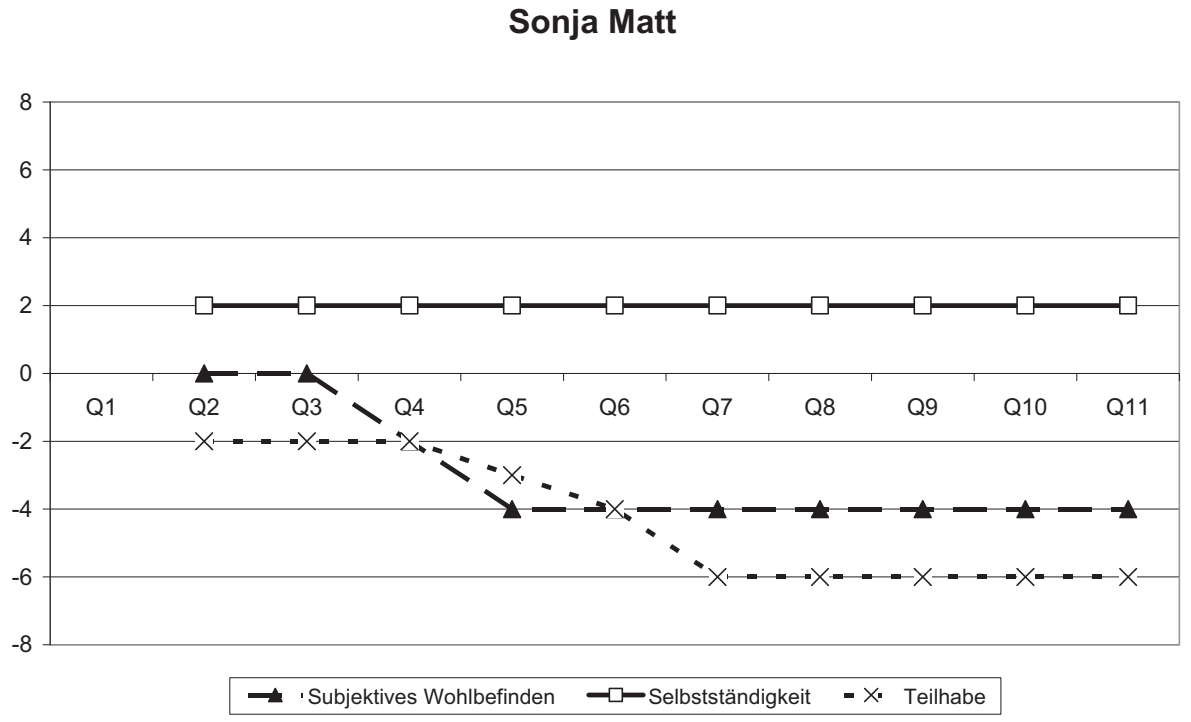
Lebensmittel kann Frau Matt zweimal wöchentlich auf einem Markt direkt vor dem Haus kaufen. Um zu einem Supermarkt zu gelangen, benötigt sie Hilfe. Die ehemalige stationäre Einrichtung ist nicht in der Nähe, sie kann und will deren Angebote und Strukturen (deswegen?) nicht nutzen.




Die **Hilfeerbringung** gestaltet sich folgendermaßen: Frau Matt wird sowohl von Mitarbeitern der Bruderhausdiakonie, als auch von externen professionellen Kräften und Personen aus ihrem sozialen Umfeld unterstützt. Man kann hierbei von einem (temporären) *Hilfemix* sprechen. Sie wird wöchentlich im Projektverlauf zwischen sieben und elf Stunden von Einrichtungsmitarbeitern unterstützt – wobei die Bezugsperson mit ein bis zwei Stunden pro Woche eine untergeordnete Rolle spielt. Personen aus ihrem Umfeld spielen bei der Hilfeerbringung hingegen eine große Rolle. Dies gilt jedoch nicht für den Ehemann. Insgesamt belaufen sich die Kontaktzeiten auf Werte zwischen sechseinhalb und 23 Stunden pro Woche – der zeitliche Umfang schwankt erheblich im Verlauf des Projekts. Sonja Matts dezidierter Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben möglichst ohne professionelle Hilfen wird von der Bezugsperson kritisch bewertet, da diese befürchtet, dass Frau Matt ohne die entsprechenden Hilfen an den alltäglichen Herausforderungen scheitern könnte. Genauso werden Probleme bei der Auseinandersetzung mit dem Wunsch nach Selbstständigkeit und dem Umfang notwendiger Hilfen festgestellt. Die Kooperation zwischen Bezugsperson und Frau Matt scheint schwierig, die Situation wirkt angespannt. Frau Matt kritisiert die Versorgung in der Vergangenheit und sieht darin Gründe für ihre jetzige, schwierige Situation. Die Bezugsperson vermutet in diesem Verhalten den Wunsch nach einer „heilen Welt“, der jedoch nicht der Realität entspreche. Frau Matt verweigere sich der professionellen Unterstützung bzw. halte sich nicht an Absprachen mit Fachkräften. Sie organisiere sich für den Bereich des alltäglichen Lebens teilweise eigenständig Hilfe im Freundes-, Bekannten- und Verwandtenkreis.




Die **Sozialkontakte** von Frau Matt sind schwer zu beurteilen, da wir über keine Interviews verfügen. Vieles spielt sich wohl im Rahmen der Hilfeerbringung ab. Laut ihrer Bezugsperson telefoniert Frau Matt sehr viel mit verschiedenen Protagonisten der Sozialpsychiatrie und Pflegedienste und spannt diese in ihre Tagesstruktur ein. Der Kontakt zur Familie scheint ihr wichtig, was aufgrund ihrer Erkrankung jedoch mit einem Konflikt ihrer Rolle einhergeht. Nach der Quartalsdokumentation ist das Verhältnis zu den Söhnen angespannt. Frau Matt fordert immer wieder den Kontakt zu ihnen ein, was ablehnende Reaktionen von Seiten der Söhne hervorrufe. Näheres bleibt offen. Außerdem hat Frau Matt regelmäßig Kontakt zu einer Kirchengemeinde, zu Nachbarn und Freunden.



Während die Selbstständigkeit von Frau Matt im Projektverlauf auf einem konstanten Niveau bleibt (sie lebte ja schon jahrelang selbstständig und kümmerte sich um ihre Familie), gibt es einen Einbruch der Teilhabe und des subjektiven Wohlbefindens im Jahr 2009. Danach scheint sich eine Stabilisierung einzustellen. Der "Einbruch" im Wohlbefinden korrespondiert zeitlich mit den genannten Konflikten mit den UnterstützerInnen und ihrer Familie.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Der Konflikt zwischen dem Streben nach Selbstständigkeit von Frau Matt und der Furcht vor Unterversorgung mit Hilfeleistungen der koordinierenden Bezugsperson sowie der gesamten Dienststelle kann während der Projektlaufphase nicht völlig gelöst werden. Dabei wird ersichtlich, dass Frau Matt institutionelle Hilfen zeitweise grundsätzlich ablehnt. Frau Matt weigert sich nach Aussage der koordinierenden Bezugsperson ihre psychische Erkrankung als solche anzuerkennen. Die Fortführung der Kooperation wird immer wieder in Frage gestellt. Einige Anmerkungen in der Quartalsdokumentation geben Aufschluss darüber, wie grundlegend der Konflikt ist. Am Anfang des Projekts ist angemerkt:

- „Wunsch nach Selbstständigkeit. Übergeht Therapien und ärztliche Anordnungen, stattdessen versucht Klientin ihre eigenen Formen, scheitert daran und projiziert die Fehler auf die Betreuungssituation."
- „Häufig werden hilfsbereite Personen ausgiebig manipuliert v. d. Klientin instrumentalisiert, diese Form der Hilfen reißt dann immer wieder ab."
- „Problemlage des nicht einlösbaren Lebenswegs ist in sehr dramatischer Ausformung als Schuldzuweisung an die professionellen Hilfen gestellt worden, dennoch konnte verstanden werden, vermittelt werden."
- „In einigen Bereichen kann Hilfe nur bedingt oder gar nicht erbracht werden. Meist aufgrund der Ablehnung oder der Missachtung von Frau Matt."

Nach dem Ende des Projekts hat sich an der Situation zwischen Frau Matt und der koordinierenden Bezugsperson nichts Wesentliches geändert, auch wenn jetzt zumindest der Ton auf ein entspannteres Verhältnis schließen lässt:

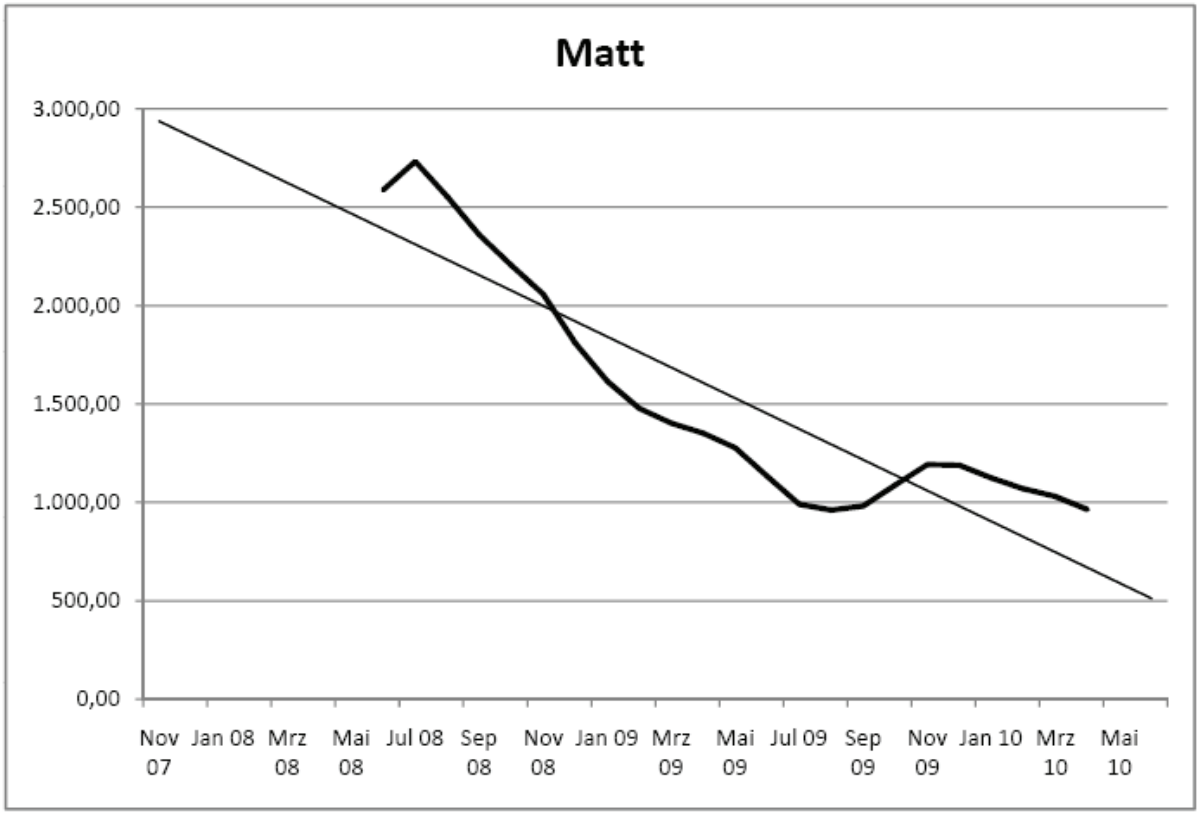
- „Das langfristige Ziel der MA und der Klientin ist eine optimale Wohnform. Die MA meint hierzu «Optimale Wohnform» bezogen auf die Versorgung; dennoch ist der Autonomiewunsch so ausufernd, dass Absprachen umgangen, «Unabhängigkeit» wider besseren Wissens ausagiert wird."
- „Hoher Wechsel an kurzfristigen, aufblühenden, nicht durchhaltbaren Kontakten. Kontaktformen von ihr bevorzugt: jemanden für sich einnehmen, einspannen und wieder einem nächsten zuwenden – sie kann die Beziehungen nicht anders gestalten“."

Im Sommer 2010, also mit dem Ende Projekts, wird weiterhin von der koordinierenden Bezugsperson vermerkt, dass die „Klientin […] Hilfen als Füllhorn [wünscht], aus dem sie sich nach Herzenslust bedienen kann“. Aus dieser und aus weiteren Anmerkungen stellt sich die Frage, ob für Frau Matt eine andere Form der Hilfeerbringung erfolgreicher wäre. Eine, bei der Frau Matt das Gefühl hätte, selbstständig zu sein, ihr Leben so zu gestalten, wie sie es für angemessen hält.

Ihr Verhalten deutet auf einen Wunsch nach selbstbestimmten Hilfeformen hin („nach Herzenslust“). Ihre persönliche biografische Zukunftsperspektive wäre die Wiederherstellung eines Lebens außerhalb institutioneller Versorgung. Inwiefern das möglich ist, ob bspw. die familiären Beziehungen reaktiviert werden können, ist fraglich. Das Ausgangsproblem ihrer stationären und dann ambulanten Versorgung besteht ganz offensichtlich in einer Überforderung der lebensweltlichen (familialen) Solidarstrukturen. Inwiefern ein persönliches Budget in Betracht käme, den vorhandenen Konflikt zu entschärfen und gleichzeitig ihren Hilfebedarf abzudecken, wäre zu diskutieren. Die gegenwärtige Situation erfordert von den

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des betreuten Wohnens ein hohes Maß an Taktgefühl, emotionaler Frustrationstoleranz und dem Geschick, professionell initiierte und organisierte Leistungen nicht als solche erscheinen zu lassen.

**5. Kostenverlauf**




## Helga Muck

*Geboren 1959, lebte vor Projektteilnahme vier Jahre in stationär betreuten Wohngruppen der Sozialpsychiatrie.*

**1. Allgemeines**

1.1 Helga Muck wurde 1959 geboren und ist bei Projektbeginn 48 Jahre alt. Sie hat den Hauptschulabschluss, absolvierte aber keine Ausbildung. Sie wohnte an mehreren Orten und war bis 2001 größtenteils in Gelegenheitsjobs beschäftigt (z.B. als Putzkraft, Altenhilfe). Sie ist verwitwet und hat zwei Kinder.

1.2 2003 wird Frau Muck nach mehreren klinischen Aufenthalten in eine sozialpsychiatrische Wohngruppe aufgenommen, aus der sie vier Jahre später wieder in eine eigene Wohnung umzieht.

1.3 In den Unterlagen werden für Helga Muck mehrere Diagnose angegeben: Angst und depressive Störungen (F41.2) sowie instabile Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline (F60.3). Zusätzlich hat sie Diabetes. Im Interview erwähnt sie die Diabetes-Erkrankung und eine diffuse Angst vorm alleinesein: „Weil wenn ich alleine bin, dann krieg ich immer gleich Panik."

**2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zur ProSeLe**

2.1 Der Erzählstil von Helga Muck ist in beiden Interviews sehr unterschiedlich. 2009 erzählt

sie sehr zurückhaltend und knapp – sie hinterlässt den Eindruck von Skepsis und geringer Motivation. Ein Jahr später wirkt sie sehr aufgeschlossen und sehr daran interessiert, ihren Standpunkt vermitteln zu können. Sie bewertet selten Erlebnisse und wenn, dann nur negativ. In Großteilen ihrer Geschichte stellt sie sich als sehr passiv dar bzw. erwähnt nur selten eigene Entscheidungen. Ersichtlich wird, dass die Zeit der Obdachlosigkeit und die vielen Abstürze tiefe Spuren hinterlassen haben, an die sie sich nur ungern zurück erinnert. Soziale Beziehungen scheinen dabei bis heute einen besonders problematischen Stellenwert zu besitzen.

2.2 Helga Muck wächst in einem ländlichen Dorf als sechstes von insgesamt zwölf Geschwistern auf. Über ihre Eltern und die Umstände, in denen sie leben, ist nichts Näheres bekannt. Sie verbringt einen großen Teil ihrer Kindheit und Jugend im Heim. Sie fasst diesen Umstand im Interview so zusammen: „Ah, ich war eher mehr im Heim wie zu Hause." In dieser Phase stirbt die Mutter mit 42 Jahren. Die Familie scheint danach auseinander zu brechen – der Vater zieht mit (einem oder mehreren?) Kind(ern) weg. Nach dem Hauptschulabschluss zieht Helga Muck vom Heim in die neue Wohnung des Vaters (und Bruders) und beginnt zu arbeiten. Ein schwerer Mofa-Unfall bringt sie kurze Zeit später ins Krankenhaus und setzt sie „erstmal mehrere Monate außer Gefecht". Wieder zu Hause kommt es vermehrt zu Konflikten mit dem Vater und sie rennt mehrmals davon. Als sie durch die Polizei aufgegriffen wird, wird ihr Vater gewalttätig: „Hat er mich abgeholt, na hat er mir erst einmal eine gegeben, dass es gleich geblutet hat." Sie verlässt schließlich die Wohnung und kommt bei einem Mann unter, den sie flüchtig kennt.

2.3 In der Folgezeit wechselt Helga Muck mehrmals ihren Wohnort und wird dabei zum Teil von einer ihrer Schwestern unterstützt. Schließlich wird sie obdachlos und lebt auf der Straße. Sie sagt über diese Zeit: „Es ist des, dass Sie sich jeden Tag überlegen müssen, wo schlafen Sie heute Nacht. Und als Frau ist des sowieso Scheiße." Im Interview beurteilt sie diese Zeit als sehr hart. Ungefähr ein Jahr später wird Frau Muck schwanger. Unter ungeklärten Umständen kommt sie im Laufe der Schwangerschaft in ein Mutter-Kind-Heim einer nahe gelegenen Großstadt und bleibt dort bis ihr Sohn drei Monate alt ist. Frau Muck nimmt dann das Angebot einer Bekannten an, bei ihr einzuziehen. Die Wohnung wird jedoch nach kurzer Zeit durch den Vermieter gekündigt. Erneut wird sie obdachlos und muss ihr Kind in ein Heim geben. Sie findet andernorts eine Wohnung und holt ihren Sohn zu sich. Dieser geht dort in den Kindergarten und Frau Muck beginnt wieder zu arbeiten. Nach ungefähr zwei Jahren entscheidet sie sich, ihr Kind an ihre Schwägerin abzugeben, um mehr arbeiten zu können. Diesen Schritt bezeichnet sie im Interview als den größten Fehler, den sie je gemacht habe.

Sie lernt daraufhin ihren ersten Mann kennen. Sie heiraten und bleiben ungefähr drei Jahre zusammen, bis sich Frau Muck von ihm wegen seiner Trinksucht und Gewalttätigkeiten scheiden lässt. Laut den Unterlagen hat sie aus dieser Zeit, oder bereits aus der Phase davor, eine adoptierte Tochter – über deren Verbleib liegen uns keine Informationen vor. Kurz darauf (1991) lernt sie ihren zweiten Mann kennen. Gemeinsam ziehen sie aufs Land und heiraten. Diese wohl gut funktionierende Ehe endet nach sechs Jahren mit dem plötzlichen Tod ihres Mannes. Helga Muck hat daraufhin einen Zusammenbruch und wird in eine Klinik aufgenommen. Nach der Entlassung verliert sie viel Gewicht und wiegt am Ende nur noch 38 kg. Frau Muck sagt über diese Zeit: „Da ging's schon so bergab."

Sie wird deshalb im Jahr 2000 in eine Kur-Klinik aufgenommen, in der sie vier Wochen bleibt. Sie sagt zum Grund der Aufnahme: „Weil alles zusammengebrochen ist." Daraufhin folgt ein zweimonatiger Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik im Schwarzwald. Im Anschluss wird sie im „betreuten Wohnen" aufgenommen und geht auch wieder arbeiten – vermutlich als Putzkraft oder in der Altenhilfe. Ihr Zustand scheint sich nur kurzfristig zu verbessern, denn im Interview berichtet sie von ständigen Konflikten mit Mitbewohner/innen. Zu dieser Zeit hat sie, vermutlich mit ihrem damaligen Freund, einen Verkehrsunfall. Nach einer weiteren zweimonatigen Kur lässt sie sich, unmittelbar nach ihrer Rückkehr, in eine

psychiatrische Landesklinik einweisen und bleibt dort für ein ganzes Jahr. Nach ihrer Entlassung wohnt sie in einer stationär betreuten Wohngruppe. Sie wechselt innerhalb des Hauses noch einmal die Wohnung, um Konflikte mit Mitbewohnern aus dem Weg gehen zu können.

Frau Muck findet wieder einen Freund, der im Nachbarort wohnt. Zu ihrem Sohn und dessen Familie hat sie regelmäßig Kontakt.

2007 nimmt Frau Muck auf Empfehlung der Einrichtung an ProSeLe teil und zieht in eine eigene Wohnung im Ort. Nach einem Jahr initiiert sie einen Umzug in die tieferliegende und größere Wohnung desselben Hauses.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 In der Wohngruppe habe sie, den Unterlagen zu Folge, bereits sehr selbstständig gewohnt und verfügte über „gute lebenspraktische Fähigkeiten“. Sie wohnte in einer Einzimmerwohnung, die an die Wohngruppe angegliedert war. Ihre Angstzustände würden eine ständige Erreichbarkeit der Mitarbeiter/innen notwendig machen, darum wurde bisher das ambulant betreute Wohnen nicht in Betracht gezogen. Im Interview gibt Frau Muck an, dass von höherer Stelle der Einrichtung ihr Auszug geplant wurde: „Ich wurde eigentlich dazu mehr oder weniger aufgefordert (…) weil ich für die einfach zu fit war.”

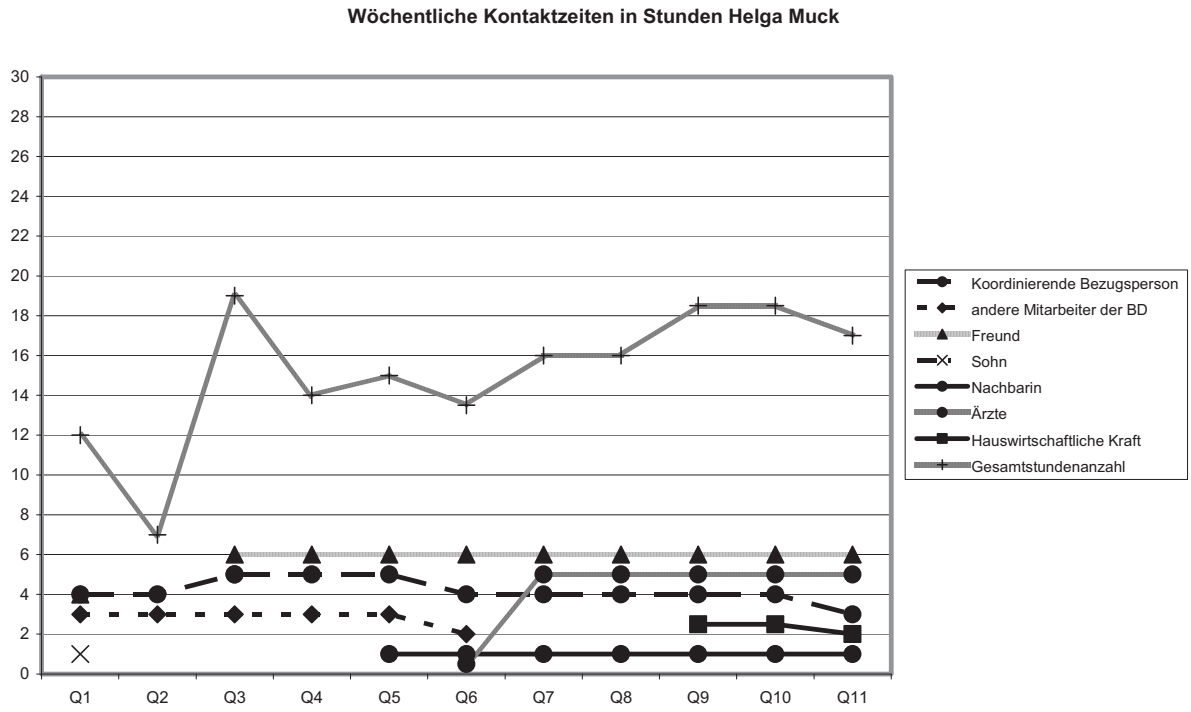
3.2 Helga Muck wohnt seit 2007 in einer zentrumsnahen 2-Zimmerwohnung in einem Mehrfamilienhaus. Der Ort hat 12.000 Einwohner und liegt in einer ländlichen Gegend. Die Einrichtung besitzt dort sowohl einen WfbM-Standort als auch mehrere dezentrale Wohngruppenhäuser. Frau Muck geht aktuell nicht mehr arbeiten, lehnt die WfbM ab und würde bei körperlicher Gesundheit wieder „putzen gehen“ wollen. Ihr Alltag ist strukturiert von einem täglichen Stammtisch und regelmäßigen Treffen mit Mitarbeitern und ihrem Partner. Im Interview gibt sie an, dass ihr Tag einerseits „eigentlich eher langweilig“ sei, aber sie anderseits auch gerne viel Zeit in der Wohnung verbringe: „Meistens bin ich zu Hause, weil mir gefällt’s hier.“ Die Wohnung ist auffallend dekorativ eingerichtet. Die Möbel sind aufeinander abgestimmt und viele Details wie ein Fischernetz im Bad und spanische Fächer im Schlafzimmer runden diesen Eindruck ab. Frau Muck hat mehrere Familienbilder aufgestellt, u.a. von ihrem Sohn, ihren Enkeln und ihrem Partner. Obwohl es ihr in der Wohnung gefällt, erwägt sie einen Umzug – näheres ist uns nicht bekannt.

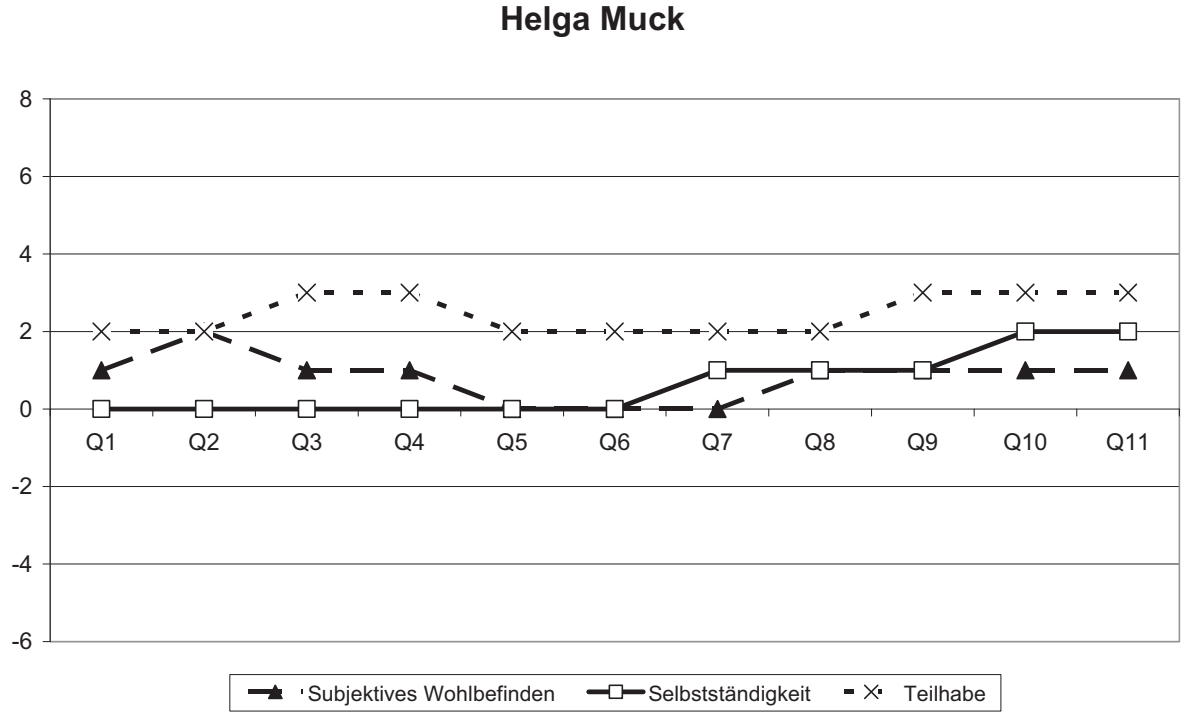
3.3 Der **Hilfebedarf** von Helga Muck ist insgesamt betrachtet eher niedrig. Im Projektzeitraum verringert er sich in den drei Dimensionen Einkauf, Interaktion mit Dienstleistern und Krisen. Er bleibt etwa gleich in den beiden Bereichen Gesundheit und Geld und erhöht sich leicht in den Dimensionen Haushalt und Stressbewältigung. Der Hilfebedarf in informellen und familiären Beziehungen ist auf niedrigem Niveau, kein Hilfebedarf besteht bei Partnerschaftsbeziehungen. Bei Frau Muck wurde im Sommer 2008 die gesetzliche Betreuung aufgehoben. In den Unterlagen werden als Folge seit Mitte 2009 regelmäßige Schwierigkeiten mit ihrer finanziellen Situation beschrieben, die ab Anfang 2010 sogar auf eine Schuldenproblematik hinweisen. Vermutlich wird sie von ihrem Freund auch finanziell unterstützt. Ihr psychischer Zustand ist laut der KBP stabil, im Interview erwähnt Frau Muck, dass die Rufbereitschaft für sie ein großer Rückhalt sei, damit sie bei Redebedarf jederzeit anrufen könne.

| **Helga Muck** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

Die **Hilfeerbringung** erhöht sich in der Gesamtbetrachtung sukzessive von zwölf auf 18,5 Stunden/Woche. Bei genauer Betrachtung erkennt man, dass sich die professionelle Hilfeerbringung verlagert: Frau Muck wird neben der koordinierenden Bezugsperson (vier Std. Woche) nun nicht mehr von anderen Mitarbeitern (bis 2009 drei Std./Woche), sondern vermehrt durch ihren Freund (sechs Std./Woche), einer Nachbarin (eine Std./Woche) und seit Anfang 2010 durch eine Haushaltshilfe (zweieinhalb Std./Woche) unterstützt. Zudem hat sie regelmäßige Arztbesuche von fünf Std./Woche.

Der o.g. Hilfemix entspricht mehr oder weniger ihren **Sozialkontakten**. Frau Muck trifft sich häufig mit ihrem Freund, gestaltet mit ihm ihre Freizeit und erledigt mit ihm ihre Einkäufe. Zu ihrem Sohn hat sie monatlichen Kontakt. Ende 2009 stand die Überlegung im Raum in seine Nähe zu ziehen (40 km Entfernung), was von ihr wohl nach einigen Überlegungen abgelehnt wurde. Sie trifft sich regelmäßig im Ort zu einem Stammtisch und hat zudem telefonischen Kontakt zu einer Freundin.



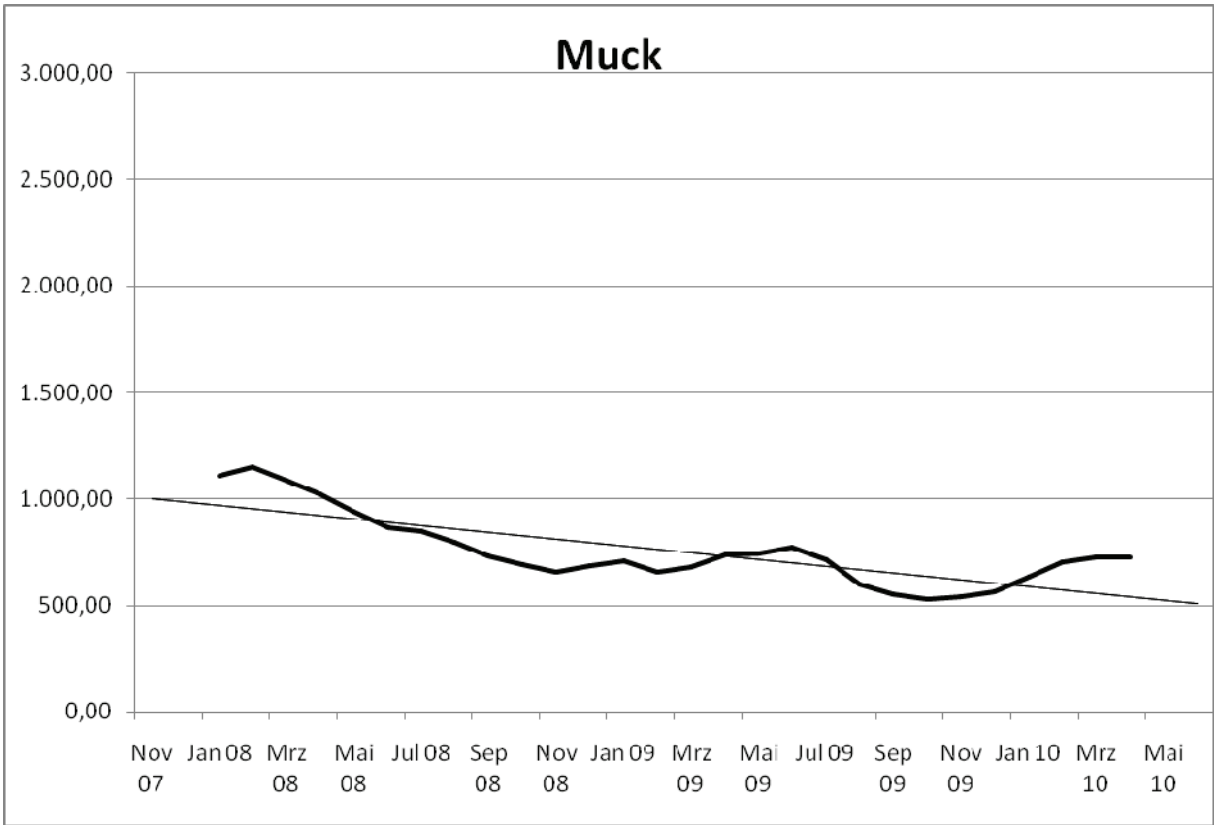

Sowohl ihr Wohlbefinden, ihre Teilhabebestrebungen, als auch ihre Selbstständigkeit bleiben im Schnitt konstant, wenn auch mit leichten Schwankungen. Zu berücksichtigen ist aber, dass sich ihr Selbstständigkeitsniveau zu Projektbeginn bereits auf vergleichsweise hohem Niveau befindet – schließlich wohnte sie bis zur Aufnahme in die Wohngruppe bereits über 15 Jahre lang selbständig. In den Interviews gibt sie mehrmals an, sich gelegentlich zu langweilen, und dass sie gerne mehr unternehmen würde, weshalb sie mit ihrer aktuellen Situation nur teilweise zufrieden ist.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende des Projekts**

Frau Muck befindet sich, auch laut den Einschätzungen der koordinierenden Bezugsperson, in einer stabilen psychischen Konstitution. Sie lebt (wieder) in einer eigenen Wohnung, hat keine Rückfälle und kann somit einen biografisch bedeutsamen Moment realisieren: Ein Leben ohne Abstürze zu führen. Der ambulant-stationäre Charakter des Projektes hilft ihr dabei (u.a. durch die Möglichkeit der Rufbereitschaft). Die Wohnungseinrichtung ist auffallend dekorativ. Sie fühlt sich in ihrer Wohnung wohl, will weder zu ihrem Freund ziehen, noch in die Nähe ihres Sohnes. Letztgenanntes könnte durchaus einen biografischen Anknüpfungspunkt herstellen und die gescheiterten Versuche, eine intakte Familie aufzubauen, revidieren. Ihre Position dazu scheint, wie im Interview 2010, ambivalent zu sein, da sie zum einen den Kontakt zum Sohn intensivieren möchte und zum anderen nach wie vor vergangene Konflikte mit ihm eine Rolle spielen. Möglicherweise sieht sie sowohl die Entfernung zur Einrichtung und zu ihrem Freund, die ihr beide Sicherheit geben, als auch das mögliche Potential eines erneuten Scheiterns und damit eines erneuten Rückfalls, als weitere Hinderungsgründe umzuziehen. Ihr Unterstützungsbedarf ist gering und wird von einem Mix verschiedener Personen erbracht (Mitarbeiter, Nachbarin, Freund, hauswirtschaftliche Kraft).

Die heftigen Rückschläge, die Frau Muck in ihrem Leben einstecken musste und die Art wie sie derzeit ihr Leben meistert, legen es nahe, ihren Verlauf als beispielhaft für das Projekt zu beschreiben. Ähnlich wie Frau Voit kann sie mit ihrer Wohnsituation etwas „anfangen“, jedoch auf eine andere Art und Weise.

**5. Kostenverlauf**



# Lise Nipp

*Geboren 1959, lebte vor Projektbeginn drei Jahre in einer Wohngruppe der Behindertenhilfe.*

## 1. Allgemeines

1.1 Lise Nipp wurde 1959 geboren und tritt mit 47 Jahren in das Projekt ein. Sie besuchte zuerst die Grundschule und dann zwei Schulen für Geistigbehinderte. Seit ihrem Schulabgang arbeitet sie in einer WfbM. Im Interview gibt sie an, eigentlich „Schneiderin“ zu sein, jedoch ohne Ausbildung. Ihre Beziehung zu ihrem aktuellen Partner wird während der Projektlaufzeit mehrmals unterbrochen.

1.2 Frau Nipp lebte bis zu ihrem 44. Lebensjahr im Elternhaus und zieht 2005 nach einem Unfall und Klinikaufenthalt in eine Wohngruppe der Behindertenhilfe. 2007 zieht sie zum Projektbeginn in eine eigene Wohnung.

1.3 In den Unterlagen wird die Diagnose "Geistige Behinderung mit einer Alkoholproblematik" angegeben. Frau Nipp spricht in den Interviews nicht explizit von einer Behinderung, sondern umschreibt ihr Handicap als eine Art Lernbehinderung: „In dr Handarbeit war ich halt gut. (…) im Lesen, ja, des kann i ganz gut und Schreiben. Bloß im Rechnen da isch ein bissle schwierig. Da hapert's bei mir [lacht]. Und au ein bissle mit dem Geld umgeh'n.“ Bedeutsamer scheinen ihre körperliche Schmerzen zu sein, die ihres Erachtens ein Ergebnis mehrerer Operationen sind und bis heute ihr Befinden beeinflussen – in der WfbM fehlt sie häufig wegen Krankheit. Sie wird seit 2010 im Bereich Finanzen gesetzlich betreut. Zu Beginn des Projekts ist sie in Hilfebedarfsgruppe 2 eingestuft.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Lise Nipp erzählt in den drei Interviews (2008, 2009, 2010) in komprimierter und zusammenfassender, fast schon geraffter, Form über ihr Leben in der Herkunftsfamilie. Ihr Leben ist in ihren Erzählungen geprägt von mehreren Schicksalsschlägen und einer fehlenden Unterstützung durch ihren Bruder sowie einer damit zusammenhängenden Verschärfung einer alkohol- und evtl. behinderungsbedingten Überforderung bei der Pflege der Mutter und der Verwaltung des Familienhauses. Sie berichtet mehrmals von Situationen, in denen sie sich nicht ernst genommen gefühlt hat – weder vom Bruder, noch von Arbeitskollegen, Bekannten oder Einrichtungsmitarbeitern.

2.2 Lise Nipp kommt 1959 als zweites von drei Kindern zur Welt – ihre Mutter ist 32 Jahre alt, das Alter des Vaters unbekannt. Zusammen mit ihrem Bruder und ihren Eltern wohnt und lebt sie in einem kleinen Dorf am Rand eines Naturschutzgebietes. Das Wohnhaus liegt an der Hauptstraße, hat einen Garten und einen Stall mit Tieren. Es wurde vom Urgroßvater mütterlicherseits erbaut und erweitert. Im Anbau der Wohnung („nebenan“) wohnt ihre Tante. Der ursprünglich aus Polen stammende Vater absolvierte keine Schulausbildung. Er arbeitet auf dem Bau und betreibt eine eigene kleine Landwirtschaft. Die Mutter ist als Näherin beschäftigt. Lise Nipp hilft sowohl bei der eigenen als auch bei der nachbarschaftlichen Landwirtschaft mit – vor allem die Tiere haben es ihr angetan: „Überall bei de Baure mitgeholfen, Heuernte, Kartoffelernte <> also i war immer unterwegs.“ Sie geht in die örtliche Grundschule und wechselt dann auf die Sonderschule für Geistigbehinderte, von der sie, nach einer Kreisreform, in eine andere Sonderschule kommt. Nach dem Schulabschluss (Ende der 1970er) beginnt sie in einer WfbM zu arbeiten.

2.3 Vermutlich Anfang der 1980er Jahre bekommen ihre Eltern im hohen Alter noch einen Sohn – so die Darstellung von Frau Nipp[71]. Im Kindergartenalter kommt es zu einem

[71] Die Angaben zur Geburt ihres jüngeren Bruders sind in ihrer Erzählung widersprüchlich. Eigentlich datiert sie alle anderen Ereignisse exakt, weshalb es keinen Grund gibt, ihre Angaben anzuzweifeln. Die Datierung zum Alter des Bruders würde aber dann auf ein hohes Alter der Mutter schließen lassen: Sie ist 1980 53 Jahre alt.

dramatischen Unfall, bei dem ihr Bruder ums Leben kommt: Vor dem Haus reißt er sich von Lise Nipps Hand los und rennt über die Straße, um den Vater zu empfangen. Sowohl die Schwester als auch der Vater müssen mit ansehen, wie ein LKW ihn anfährt und ihn tödlich verletzt: „Direkt vorm Haus. <> Und dann so viel Schaulustige <> muss ma heut noch dran denke <holt tief Luft>."

Über die Folgezeit ist die Datenlage lückenhaft. Der ältere Bruder zieht aus, bleibt aber im Ort und gründet eine eigene Familie. Er arbeitet bei einem großen Bauunternehmen und ist Mitglied im lokalen Fußballverein. Lise Nipp bleibt im Elternhaus. 1997, im Alter von 38 Jahren, wird bei ihr Brustkrebs diagnostiziert und sie muss sich in der Folge einer Chemotherapie und einer Operation unterziehen. Beides verläuft erfolgreich: „Mir sind keine Haare ausgefallen, nix aber, aber andere sind schon dran gstorba und ich bin, ich kann froh sein, dass ichs früh festgstellt hab". In den Jahren darauf wird ihre Mutter zum Pflegefall und Lise Nipp muss sich nach und nach mehr um sie kümmern. Als ca. 2002 ihr Vater stirbt, fällt sowohl die Pflege als auch die Hausverwaltung komplett in ihre Hand – ihr Bruder scheint sich aus allen Angelegenheiten herauszuhalten, was für Lise Nipp zu einer zusätzlichen Belastung wird. Er fühle sich ausgenutzt, so ihre Darstellung, und werde immer nur dann gebraucht, wenn man etwas von ihm wolle. Sie freundet sich in dieser Zeit mit einem Mann an und kommt über ihn zum Alkohol – so ihre Darstellung. Die Belastungsmomente eskalieren zunehmend: Die Mutter kann nicht mehr allein gelassen werden, Lise Nipp macht Schulden, trinkt vermehrt und geht unregelmäßig in die WfbM. Als sie 2005, damals 46-jährig, einen Verkehrsunfall hat – sie wird vom Nachbarn angefahren und bricht sich den Oberschenkelknochen – geht sie in Kur. Ihr Bruder initiiert daraufhin ihre Unterbringung in einer Wohngruppe, die Aufnahme der Mutter in ein Seniorenheim und den Verkauf des Hauses. Lise Nipp bewertet dieses Vorgehen als „Abschiebung", auch wenn sie anmerkt „im Alkohol" gewesen zu sein.

In der Wohngruppe findet sie sich schnell zurecht, dennoch treten Konflikte mit Mitbewohner/innen auf. Gemeinsam mit ihrem Neffen besucht sie regelmäßig die Mutter. Sie absolviert eine Alkoholentzugsmaßnahme, die sie erfolgreich abschließt. 2006 lernt sie einen Mann kennen und geht mit ihm eine Beziehung ein. 2007 erfährt Frau Nipp von dem Projekt „Selbstständig Leben" und ist an einer Teilnahme interessiert. Zusammen mit einer Betreuerin sucht sie eine 1-2-Zimmerwohnung. Im Februar 2008 zieht Lise Nipp dann in ihre erste eigene Wohnung, die zwar klein ist, sie aber zufrieden stimmt: „Bei mir ischs gemütlich."

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Die zunehmende Selbstständigkeit in der Wohngruppe und die gleichzeitig gehäuft auftretenden Konflikte mit den Mitbewohner/innen veranlassen die Mitarbeiter/innen und Frau Nipp zur Suche nach alternativen Wohnmöglichkeiten. Sie hat den Wunsch, alleine zu leben, um sich nicht mit Mitbewohnern auseinandersetzen zu müssen. Ziele, die vom Bezugsmitarbeiter angegeben werden, sind der Aufbau neuer Kontakte außerhalb der Kneipenszene und die Abstinenz vom Alkohol. Außerdem solle gewährleistet werden, dass Frau Nipp regelmäßig arbeiten geht. Seit September 2008 wurde sie wieder in die WfbM aufgenommen – ihre Teilnahme ist aber bis heute unregelmäßig.

3.2 Die Einzimmerwohnung von Frau Nipp befindet sich in unmittelbarer Nähe zum Einrichtungsgelände und liegt in einem ruhigen Wohngebiet. Ihre Wohnung umfasst ein ca. 25-30m² großes Zimmer mit Bett, Sofaecke, Schrankwand und Kochnische sowie einem Balkon. Ihre Zimmereinrichtung wirkt leicht überladen, da viele Gegenstände in einem Raum Platz finden müssen. Die Schrankwand aus heller Buche füllt eine komplette Wand aus, auf der anderen Seite befinden sich Bett und Sofa. Vor der Schrankwand sind volle Beutel und

Möglicherweise versteckt sich hinter ihrem Bruder auch ein uneheliches Kind, das in die Familie aufgenommen wurde.

Tüten abgestellt. An den Wänden hängen mehrere Tierposter und eine Luftaufnahme des ehemaligen Familiengrundstücks. Eigene Möbel aus dem Familienhaus konnte Lise Nipp durch den raschen Hausverkauf nicht mitnehmen und bedauert das im Interview – sie hat lediglich zwei Wanduhren als Familienbesitz. Insgesamt sind drei Uhren im Raum angebracht. Sie fühlt sich zwar wohl in ihrer Wohnung, würde aber lieber in einer 2-Zimmer-Wohnung leben, was jedoch aufgrund ihrer finanziellen Situation zur Zeit nicht möglich ist.
Während des Projektes wohnt ihr Neffe, der bei den Großeltern (also den Eltern von Frau Nipp) aufgewachsen ist, immer wieder für mehrere Tage bei ihr. Das löst einen Konflikt aus, da die Mitarbeiter und Frau Nipp diese Sache unterschiedlich einschätzen. Für Frau Nipp ist der Neffe eine Hilfe, die Mitarbeiter vermuten hingegen, dass er Frau Nipp ausbeutet. Mit ihm zusammen besucht sie ab und zu ihre Mutter im Seniorenheim. 2009 stirbt ihre Mutter im Alter von 82 Jahren, was Frau Nipp einige Zeit beschäftigt, aber keine Krise auslöst. Die ungeklärte Erbsache verursacht eine lange Klärungsphase mit dem Sozialleistungsträger bezüglich des Sozialhilfeanspruchs. Im weiteren Projektverlauf kommt es zu mehreren Interessenskonflikten mit der Einrichtung und die koordinierende Bezugsperson muss gewechselt werden. 2010 verstirbt ihre Tante, von der Frau Nipp mehrere Kisten Kleidung erbt.

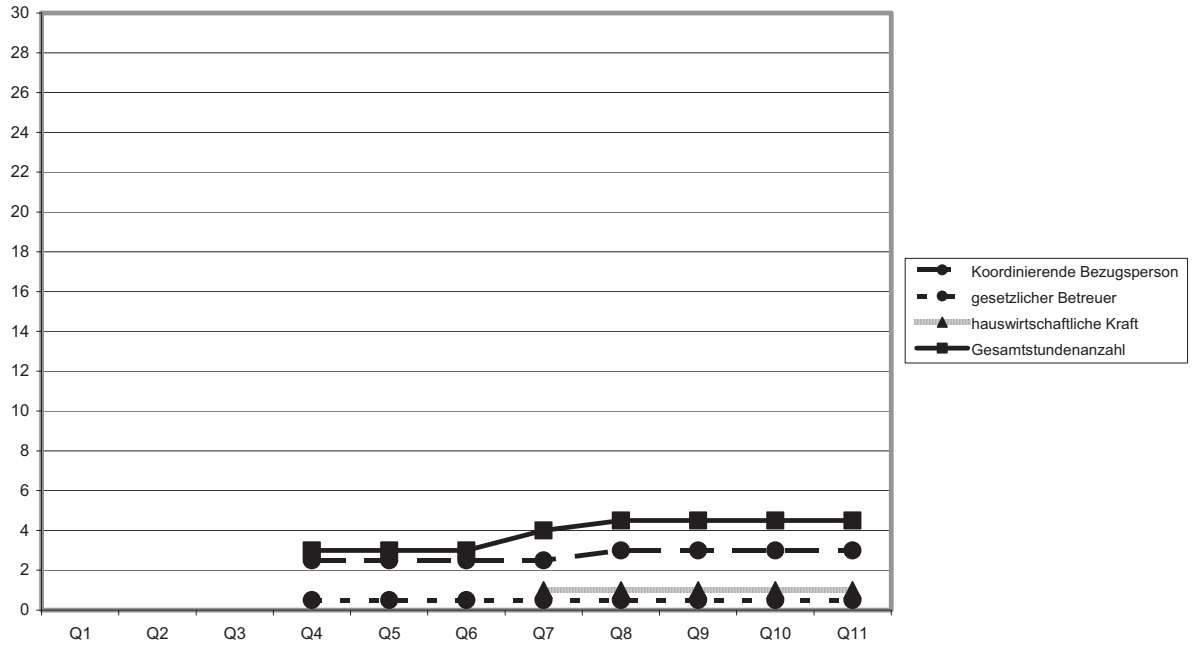
| **Lise Nipp** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

3.3 Der **Hilfebedarf** von Frau Nipp ist besonders im Bereich der Finanzen und der Interaktion mit Behörden intensiv. So versorgt sie sich seit Projektbeginn größtenteils selbst und hat in den Dimensionen Gesundheit, Einkaufen und Mahlzeiten einen unregelmäßigen Bedarf. Dieser variiert quartalsbezogen sehr stark: Zwischen wenig bis viel (0-5), wobei dieser mit geringem Aufwand gedeckt werden kann. In den Bereichen informelle und Familienbeziehungen besteht nur in den letzten beiden Quartalen ein mittlerer bzw. hoher Hilfebedarf. Die Alkoholproblematik spielt keine Rolle mehr. Die finanzielle Situation scheint bei der Unterstützung von Frau Nipp im Vordergrund zu stehen und ist der intensivste

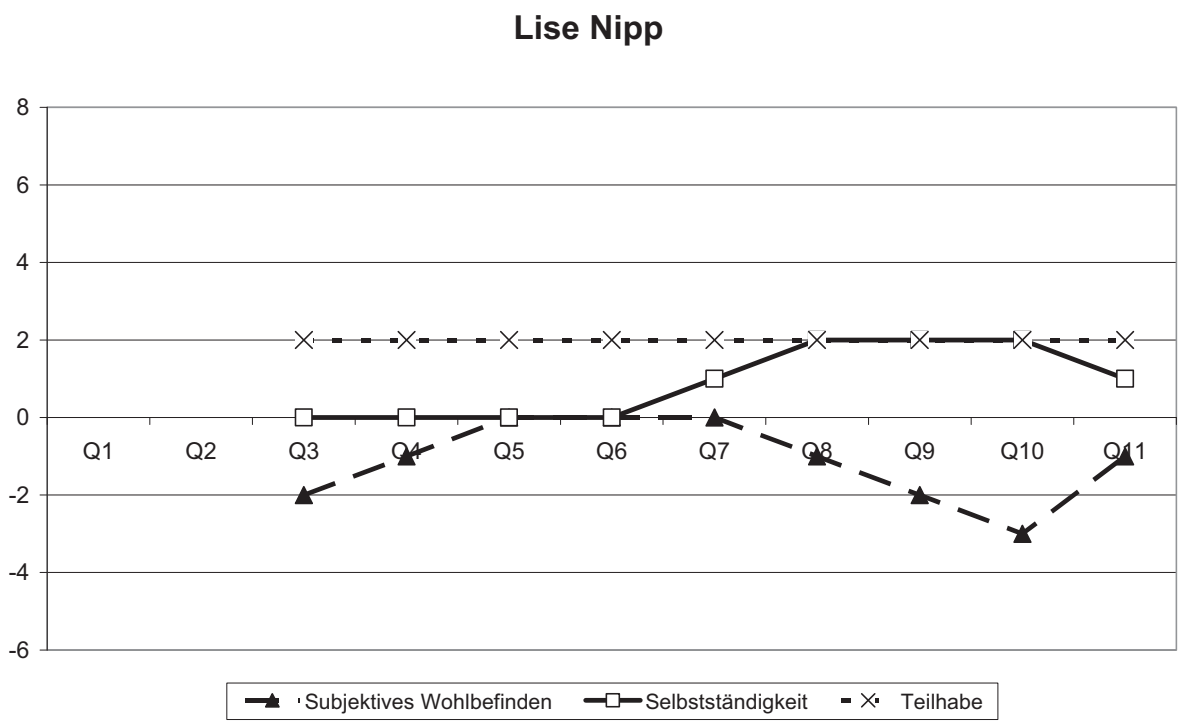
Unterstützungsbereich – vor allem der direkte Umgang mit Geld. Die Mitarbeiter sehen die Kontrolle der Finanzen als unumgänglich (hohe Telefonrechnung, mehrere Handyverträge). Hier kommt es immer wieder zu Konflikten zwischen Frau Nipp und den Mitarbeitern. Im Interview spricht sie Komplikationen bei der Geldausgabe an sowie fehlendes Vertrauen der Mitarbeiter in Frau Nipps Fähigkeiten, ihr Geld selbstständig verwalten zu können: „Mein Geld klappt jetzt, ich brauch niemand." Dennoch bekommt sie 2010 eine gesetzliche Betreuung, die ihr das Geld einteilt und ihr „Taschengeld" ausgibt. Hier scheint ein Bedarf zu liegen, hinter dem sich mehr versteckt als die reine Verwaltung der ihr zur Verfügung stehenden Mittel.

Die wöchentliche **Hilfeerbringung** steigt im Projektzeitraum von drei auf viereinhalb Stunden, und bleibt dabei immer noch vergleichsweise niedrig. Frau Nipp wird von einer Mitarbeiterin (drei Std./Woche), einem gesetzlichen Betreuer (eine halbe Std./Woche) und einer hauswirtschaftlichen Hilfskraft (eine Std./Woche) unterstützt. Ihr Neffe hilft ihr bei sporadischem Bedarf, z.B. beim Einkauf.

**Wöchentliche Kontaktzeiten in Stunden Lise Nipp**




Ihre **sozialen Kontakte** waren zu Projektbeginn vor allem von ihrem Partner geprägt. Nach der Trennung im Sommer 2009 ist der Kontakt zu ihm abgebrochen – inwiefern er sich bei Projektende wieder intensivierte, bleibt aufgrund des unklaren Beziehungsstatus ungewiss. Mittlerweile sind ihre engsten Bezugspersonen ihr großer Neffe und eine Freundin, mit der sie sich häufig trifft und ihre Freizeit gestaltet. Ihr Neffe besucht sie regelmäßig, teilweise übernachtet er auch bei ihr, kocht mit ihr zusammen oder hilft bei Alltagsangelegenheiten. Diese Beziehung wird jedoch von der neuen koordinierenden Bezugsperson (ab Juni 2010, also zum Projektende) als problematisch angesehen. Geld spielt hier eine wichtige Rolle. Das Verhältnis zu ihrem Neffen ist also ambivalent: Zum einem ist er ihr eine Hilfe im Haushalt, zum anderem besteht der Verdacht, dass er sie finanziell ausnutzt. Die koordinierende Bezugsperson spricht in diesem Zusammenhang von einem Abhängigkeitsverhältnis. Der Neffe ist das einzige Mitglied der Familie, mit dem Frau Nipp noch Kontakt hat. Ihren Bruder sieht sie nach wie vor selten, wünscht sich aber, diesen Kontakt zu erweitern. Im September 2010 nimmt sie zum ersten Mal an einer viertägigen Freizeit am Bodensee teil, was ihr sehr gefällt.




Während ihre Selbstständigkeit und ihre Teilhabe mehr oder weniger konstant bleiben, bewegt sich ihr Wohlbefinden tendenziell ins Negative. Vor allem ab dem siebten Quartal ist eine konstante Abnahme zu erkennen, die unter anderem auf die Trennung von ihrem Freund und häufige Konflikte mit den Mitarbeitern zurückführbar ist. Im Frühjahr und Sommer 2010 zeigt Frau Nipp vermehrt Rückzugstendenzen mit damit zusammenhängenden WfbM-Fehlzeiten. Im dritten Interview gibt sie an, lange krank gewesen zu sein und sich mit dem Wechsel der Bezugsperson wieder besser zu fühlen. Außerdem habe ihr der Urlaub am Bodensee besonders gut gefallen. Dementsprechend steigt ihr subjektives Wohlbefinden im Herbst 2010 (Q11). Zum Zeitpunkt des letzten Interviews (November 2010) geht Frau Nipp wieder täglich in die WfbM.

**4. Beurteilung der wohnbiografische Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts.**

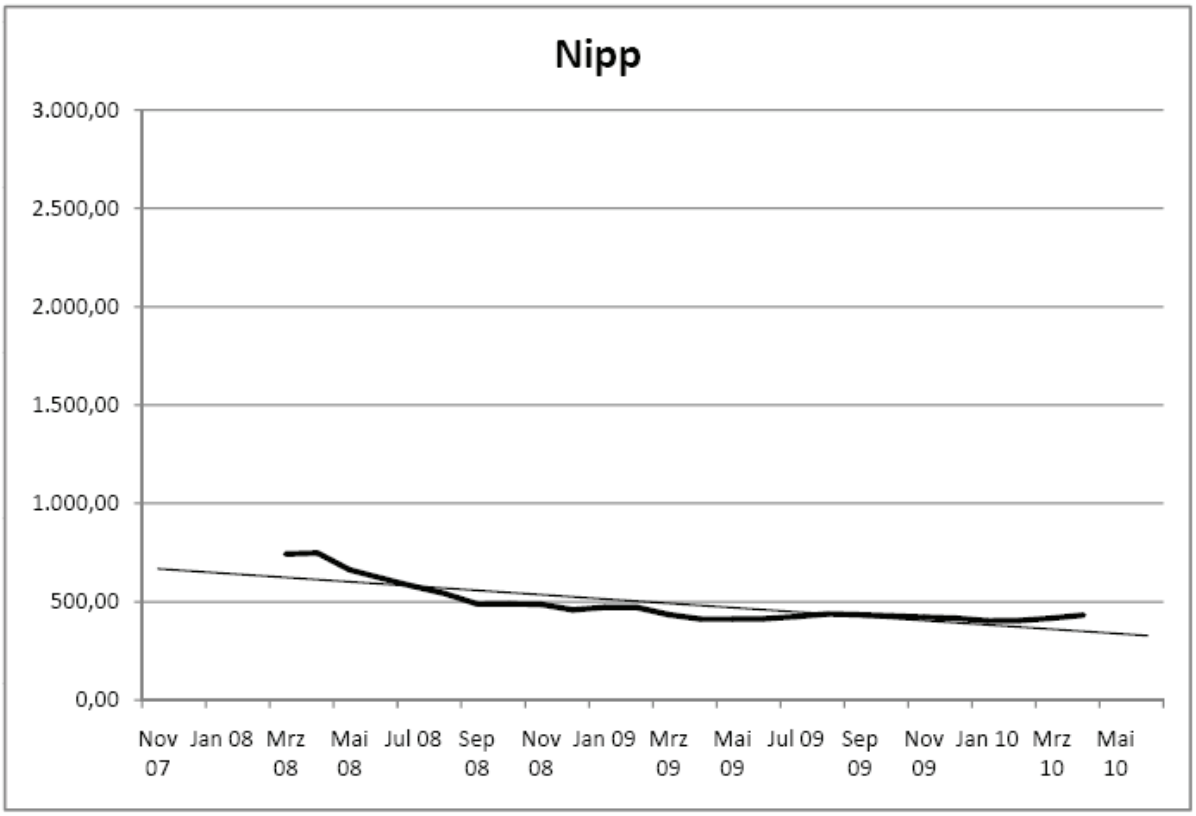
Ihre Wohnsituation erfährt durch den Unfall im Jahr 2005 und die daran anknüpfende Aufnahme in die stationär betreute Wohngruppe eine Zäsur. Der Bruder war nun gezwungen, aktiv zu werden und organisierte die stationäre Betreuung von Schwester und Mutter sowie den Verkauf des Grundstückes – ohne jedoch Frau Nipp hierbei ein Mitspracherecht einzuräumen. Ob dies angebracht war, ist zu bezweifeln.

Ihre Wohnung macht einen überladenen Eindruck. Mehrere Kisten sind zudem im Keller gelagert. Ihre Möbel sind dicht aneinandergestellt, mehrere Uhren und Poster hängen an der Wand. Die Wohnung hinterlässt den Eindruck, dass Frau Nipp in ihr noch nicht ganz angekommen ist und erst einmal provisorisch lebt bzw. sich mit der Situation arrangiert. Ihr Umzug entspricht zwar ihrem Wunsch alleine zu wohnen, hat aber biografisch keine Anknüpfungspunkte, da der ursprüngliche Auszug aus dem Elternhaus von ihr nicht als „Befreiung“, sondern als fremdbestimmte „Abschiebung“ wahrgenommen wurde. Inwiefern das für ihre jetzige Wohnform noch gilt, bleibt unklar: „Isch halt ungwohnt“ gibt sie im zweiten Interview an. Es muss offen bleiben, ob sie damit ihre kleine Wohnung meint (im Vergleich zum großen Familienhaus) oder aber die Situation an sich. Die Frage wäre, ob eine Kontaktintensivierung mit dem Bruder eine Möglichkeit darstellen könnte, ihr die fehlende Anerkennung zu geben, die nötig ist, um mit ihrer jetzigen Situation etwas „anfangen“ zu können. Im letzten Interview kann sie sich zwar eine gemeinsame Wohnung mit ihrem

Freund vorstellen, arrangiert sich aber mit derzeitigen Situation: „I bleib jetzt vorerscht da."

Der Unterstützungsbedarf im Bereich der Finanzen zeigt auf den ersten Blick einen kontinuierlichen Hilfebedarf, ohne dessen Unterstützung eine Schuldenproblematik auftreten könnte. Vor der Heimaufnahme konnte Frau Nipp wohlgemerkt keine Rechnungen mehr begleichen. Auf den zweiten Blick scheint sich hinter diesem Bedarf, der sich im Jahr 2010 zu einem Konflikt zwischen ihr und der Bezugsperson entwickelt, möglicherweise der Wunsch nach weiterer Autonomisierung zu verbergen: „Ja, früher konnt' ich des in E-Dorf nicht, weil ich im Alkohol war. Und des isch jetzt weg." Die Situation ist demnach ambivalent: Man muss ihr die Möglichkeit geben, ihr Leben (wieder) in die eigene Hand zu nehmen, sie dabei aber gleichzeitig unterstützen. Professionelles pädagogisches Geschick und biografisches Hintergrundwissen stellen dabei elementare Voraussetzungen dar, um diesen Balanceakt zu vollziehen. Betrachtet man die Hilfeerbringung und ihre Hilfebedarfsgruppe, ist festzustellen, dass hier noch genügend Spielraum vorhanden ist, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

**5. Kostenverlauf**




## Hans Ulik

*Geboren 1949, lebte vor ProSeLe mehr als 20 Jahre in verschiedenen sozialpsychiatrischen Einrichtungen.*

**1. Allgemeines**

1.1 Hans Ulik wurde 1949 geboren und ist beim Eintritt in ProSeLe 58 Jahre alt. Er ist ledig, hat aber aktuell eine Freundin, mit der er in losem Kontakt steht. Hans Ulik war nie für längere Zeit berufstätig. Er hatte nach seinem Schulabschluss (mittlere Reife) zunächst eine Lehre als Schreiner und dann als Kunstschmied begonnen, beide Lehren allerdings abgebrochen. Er hat danach nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gearbeitet. Hans Ulik hat eine Tochter, es ist unklar, ob zu ihr noch Kontakt besteht.

1.2 In der Familie aufgewachsen, durchläuft Hans Ulik, nach mehreren Klinikaufenthalten in der Pubertät, ab seinem 20. Lebensjahr verschiedene Wohngruppen und Rehamaßnahmen. Seit 1988 (bis zum Eintritt in ProSeLe also 19 Jahre lang) lebt Hans Ulik in einem sozialpsychiatrischen Heim des Projektträgers.

1.3 Hans Ulik ist seit Anfang der 1970er Jahre in psychiatrischer Behandlung und hat eine Kette von stationären Aufenthalten hinter sich. Ihm wurde die Diagnose einer „paranoiden Schizophrenie“ gestellt. Er selbst spricht sehr reflektiert von seiner Krankheit, er kennt die psychiatrischen Diagnosen und Fachwörter („Paranoide Schizophrenie“, „Drehtürpsychiatrie“) und versucht seiner persönlichen Erfahrung mit der Krankheit Ausdruck zu verleihen („So n Druck“, „Scheißgedanken“, „wenn ma an Gedanke hat und da trotzdem was dahinter sieht (zieht?), was gar net sein müsst“, „schattenhaftige Gedanken“, „negative Gedanken“). In den Interviews deutet er verschiedentlich an, Stimmen zu hören und berichtet von Belastungserfahrungen. Hans Ulik hat keine gesetzliche Betreuung.

**2. Lebenslauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe**

2.1 Hans Ulik berichtet in den Interviews (2008, 2009) einerseits routiniert und vergleichsweise präzise von den Stationen seines Lebenslaufs, bei denen es sich – abgesehen von den wenigen Geschehnissen aus seiner Kindheit und Jugend – fast ausnahmslos um verschiedene Stationen und Unterbringungsformen in der Psychiatrie handelt. Zugleich wird an vielen Formulierungen der Erzählungen deutlich, dass sich Hans Ulik nicht zuletzt auch durch das Schreiben von Gedichten sehr intensiv mit seinem Leben und seinen inneren Befindlichkeiten und Gedanken auseinandersetzt. Dabei versucht er, ihnen eine Bedeutung abzuringen, über die er sich zugleich sehr unsicher zu sein scheint.

2.2 Hans Ulik stammt aus einer kinderreichen Familie der (vermutlich oberen) Mittelschicht. Er spricht von mindestens vier Geschwistern, mit denen er aufgewachsen ist und zu denen er noch heute in regelmäßigem Kontakt steht. Sein Vater ist von Beruf Ingenieur, die Mutter ist für den Haushalt zuständig. „Als Kind war i halt, da hat's geheisse, ich sei so lebhaft gewesen“, sagt er. Bereits als Jugendlicher beginnt er mit dem Schreiben (Gedichte, Reflexionen).

Nachdem er die Realschule abgeschlossen hat, fängt er zunächst für ein Vierteljahr eine Schreinerlehre an, die er von sich aus aufgibt, weil ihm „das Klima nicht gefällt“. Im zeitlichen Umfeld dieser beruflichen (Des-)Orientierungsphase kommt es zu Auseinandersetzungen mit dem Vater, der ihm mangelndes Engagement vorwirft. Während der sich anschließenden Lehre als Kunstschmied kommt es offenbar zu ersten Krankheitserscheinungen. In die ersten zwei Lehrjahre fällt der erste psychiatrische Aufenthalt („Nervenklinik“).

Im zweiten Lehrjahr kündigt ihm der Betrieb. Hans Ulik bringt darüber nachträglich sein Bedauern zum Ausdruck. Er hätte gerne in dem Beruf weiter gearbeitet und schätzt seine Leistungen als sehr gut ein.

2.3 Nach der Lehre – ein Zusammenhang mit dem Abbruch ist wahrscheinlich – kommt Hans Ulik für längere Zeit in eine weitere psychiatrische Klinik. Diesen Schritt bezeichnet er im Interview als Auszug aus dem Elternhaus. Von da an – Hans Ulik ist Anfang 20 – ist sein Leben bestimmt von einer Kette stationärer Aufenthalte in insgesamt fünf verschiedenen psychiatrischen Kliniken (Psychiatrische Landeskrankenhäuser), z.T. in Verbindung mit Rehabilitationsmaßnahmen. Zwischen 1978 und 1982 versucht Hans Ulik in mindestens drei verschiedenen Wohngruppen Fuß zu fassen. Danach ist er wieder insgesamt drei Jahre lang zur Behandlung in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus bzw. Zentrum für Psychiatrie, gefolgt von einem nochmals dreijährigen Aufenthalt in einer Klinik des Projektträgers, nachdem er nur wenige Tage bei seiner Herkunftsfamilie verbracht hatte.

Hans Ulik wird gegen Ende der 1970er-Jahre oder zu Beginn der 1980er-Jahre Vater einer Tochter. Wer die Mutter ist und in welcher Beziehung Hans Ulik zu ihr steht sowie die Umstände der Geburt sind nicht bekannt. Herr Ulik meidet dieses Thema in den Interviews und die Informationen stammen ausschließlich von den Bezugspersonen.

1988, mit 39 Jahren, zieht er auf dem gleichen Gelände in eine Wohngruppe. In dieser bleibt er bis 2006. Seine Bezugsperson weist darauf hin, dass Herr Ulik auch dort bis ca. 1998, also zehn Jahre lang, in sehr labiler Lage gewesen sei. Er musste mehrmals in psychiatrische Kliniken, sei aber seit 1998 ohne „Rückfälle".

Ende der 1980er Jahre verstirbt sein Vater. Im Frühjahr 2000 wandert ein Bruder nach Thailand aus und heiratet dort. Außer einer Schwester, die laut der Bezugsperson „ebenfalls krank" sei, wohnen seine anderen Geschwister nach wie vor in der Kleinstadt, in der Hans Ulik auch seine Kindheit und Jugend verbracht hat, oder in der unmittelbaren Umgebung und haben Familie.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Hans Ulik zieht bereits im März 2006, also vor Beginn von ProSeLe, mit 57 Jahren zum ersten Mal in eine eigene Wohnung. Diese befindet sich auf dem Gelände der stationär betreuten Einrichtung. In dieser Konstellation tritt Hans Ulik dann 2007 in das Projekt „Selbstständig Leben" ein. Er selbst ist sich – möglicherweise aus diesem Grund – über die Bedeutung von ProSeLe nach Auffassung seiner Bezugsperson nur in Ansätzen bewusst. Das Motiv für den Einrichtungsträger eine Teilnahme Hans Uliks an ProSeLe anzuregen, lag in dessen langjährigem stationären Aufenthalt.

3.2 Die Wohnung besteht aus einer geräumigen Küche, einem großen Badezimmer und einem Schlafzimmer, in dem sich auch der Fernseher und eine Modelleisenbahn befinden. Der Flur wird gleichzeitig als Wohnzimmer und Fahrradabstellplatz genutzt.

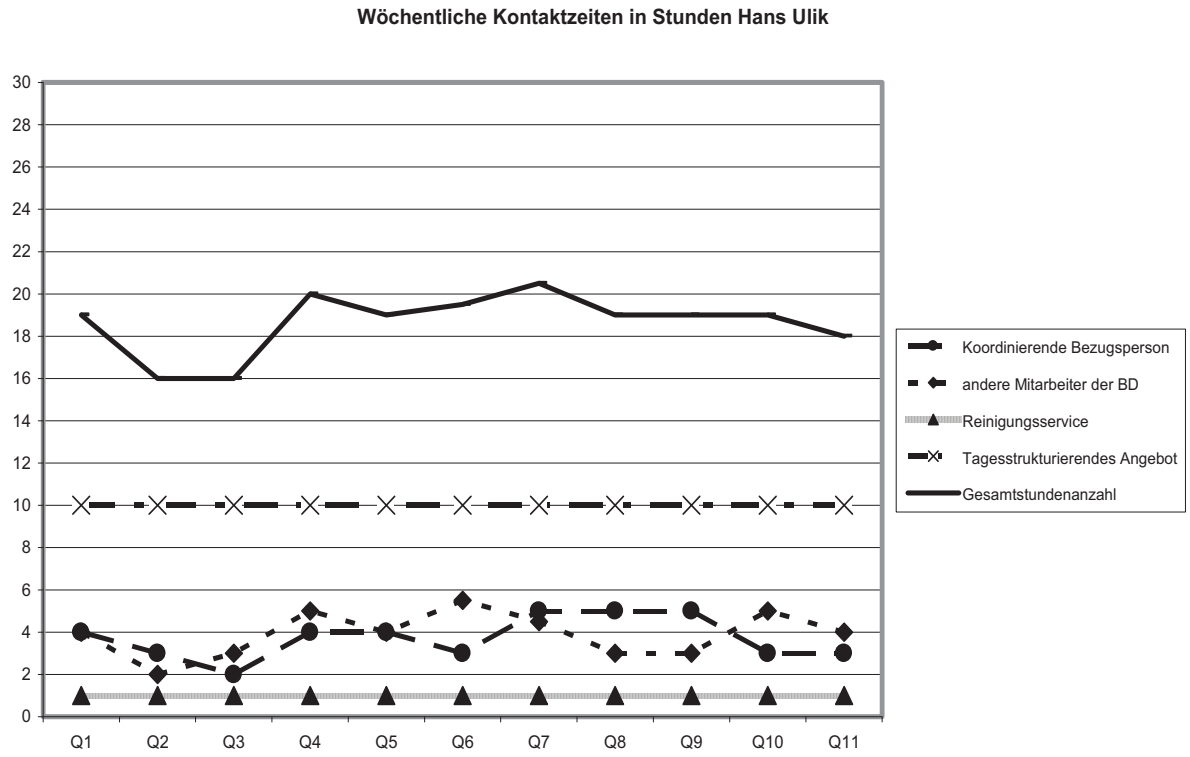
In die Projektzeit fällt der Tod seiner Mutter im Jahr 2008. In der ersten Jahreshälfte 2009 schafft Hans Ulik ein Fahrrad an, er lernt (wieder) Radfahren.

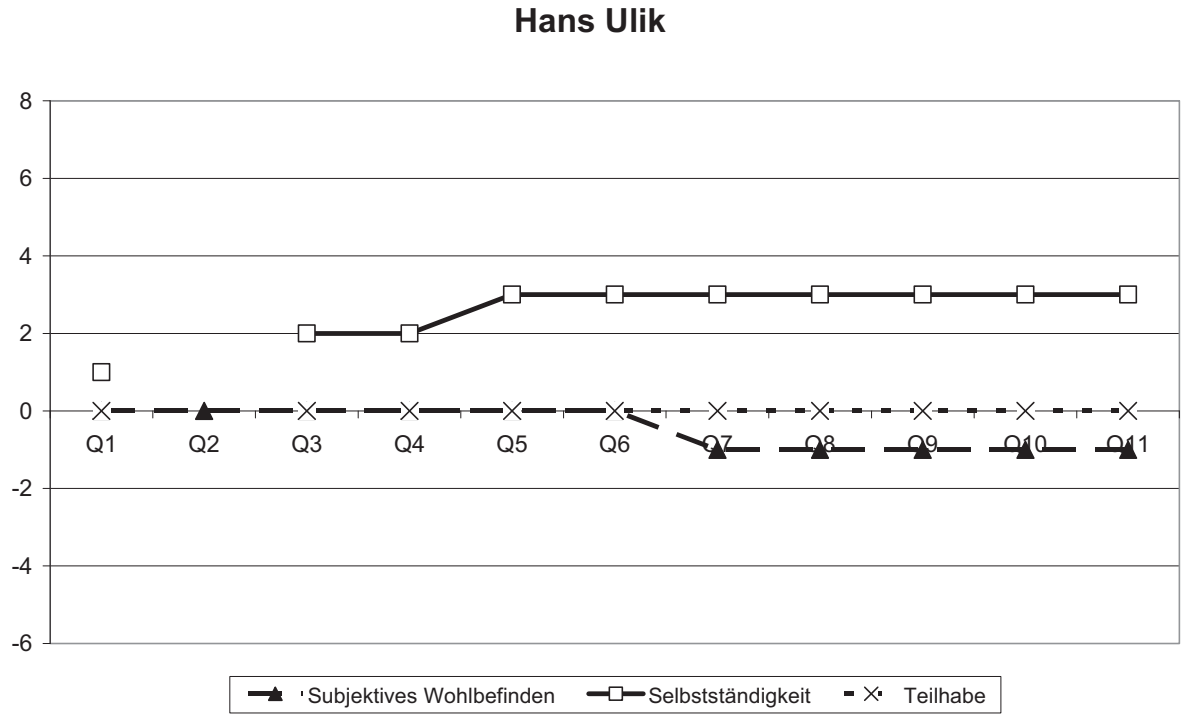
3.3 Hans Ulik hat einen komplexen und zum Teil sehr hohen **Unterstützungsbedarf**. Aktivitäten der Selbstversorgung bewältigt er zwar selbst; in fast allen anderen Bereichen im Zusammenhang mit Wohnen hat er einen hohen bis sehr hohen Unterstützungsbedarf, insbesondere wenn es darum geht, das unmittelbare Wohnumfeld zu verlassen, in die Öffentlichkeit zu gehen oder/und mit Außenstehenden Kontakt aufzunehmen. Das betrifft insbesondere das Einkaufen, die Interaktion mit Behörden, sowie alle Handlungen, die mit Geld und Geldverwaltung zu tun haben. Hans Ulik ist insbesondere bei der Begegnung mit anderen Menschen von einer extremen Unsicherheit und massiven Ängsten geprägt und durch Stress, aber auch sonstige tägliche Anforderungen, sehr schnell überfordert. Der Hilfebedarf in informellen Beziehungen nimmt über die Projektlaufzeit hinweg von einem mittleren zu keinem Hilfebedarf ab. In Familienbeziehungen steigt der Hilfebedarf in der Mitte des Projekts bis auf ein mittleres Niveau, um am Ende wieder kein Bedarf zu haben. In Partnerschaftsbeziehungen besteht überhaupt kein Hilfebedarf.

| **Hans Ulik** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

Herrn Uliks **Hilfeerbringung** bleibt über den gesamten Projektverlauf vergleichsweise konstant (19 Std./Woche). Insbesondere seine koordinierende Bezugsperson ist für ihn eine wichtige Vertrauensperson. Zudem wird die Unterstützung von mehreren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit getragen. Für ihn ist es offenbar sehr wichtig ggf. auch auf eine nächtliche Rufbereitschaft zurückgreifen zu können. Er nimmt konstant an tagesstrukturierenden Maßnahmen mit zehn Wochenstunden teil. Als besonders wichtig wird von der koordinierenden Bezugsperson und ihm selbst eine sehr klare und eng strukturierte Wochenplanung angesehen. Diese hat vor allem auch die Funktion, dass Hans Ulik nicht in die „Schleifen“ eines von ihm selbst als belastend empfundenen Denk- und Grübelzwangs gerät. Ansonsten gibt es noch eine Reinigungskraft, die ihn bei der Haushaltsarbeit unterstützt.

Im Verlauf des Projekts gewinnt er dennoch in einigen Bereichen an Selbstständigkeit, wie etwa bei der Organisation des Haushalts, der Mobilität, der Interaktion mit Dienstleistern und der Freizeitgestaltung sowie der Bewältigung von Alltagsroutinen. Insgesamt bleibt der Unterstützungsbedarf allerdings gerade bei Fragen der Alltagsorganisation relativ hoch. In der Endphase des Projekts gewinnt gerade deshalb das (Wiedererlernen und Üben des) Radfahren(s) eine wichtige Bedeutung. Damit kann er seine Mobilität verbessern, ohne auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen zu sein, die er wohl wegen der für ihn zu „aufdringlichen“ Präsenz anderer Menschen scheut.




Hans Ulik hat intensive künstlerische und literarische Interessen. Er denkt viel nach, dabei besteht aber immer die Gefahr, dass dies in eine Selbstbelastung umkippt. Er schreibt Gedichte, hört klassische Musik und liest viel. Er hat eine, ihm von seinem Bruder geschenkte Modelleisenbahn, an der er speziell in der Winterzeit arbeitet, für die er – zum Teil unter Anspannung – Modelle von Häusern, Siedlungen und Landschaften zusammen baut. Er ist eng eingebunden in vielfältige Freizeitangebote (Kuchenbacken, Schwimmen, Kochen, Ausflüge).

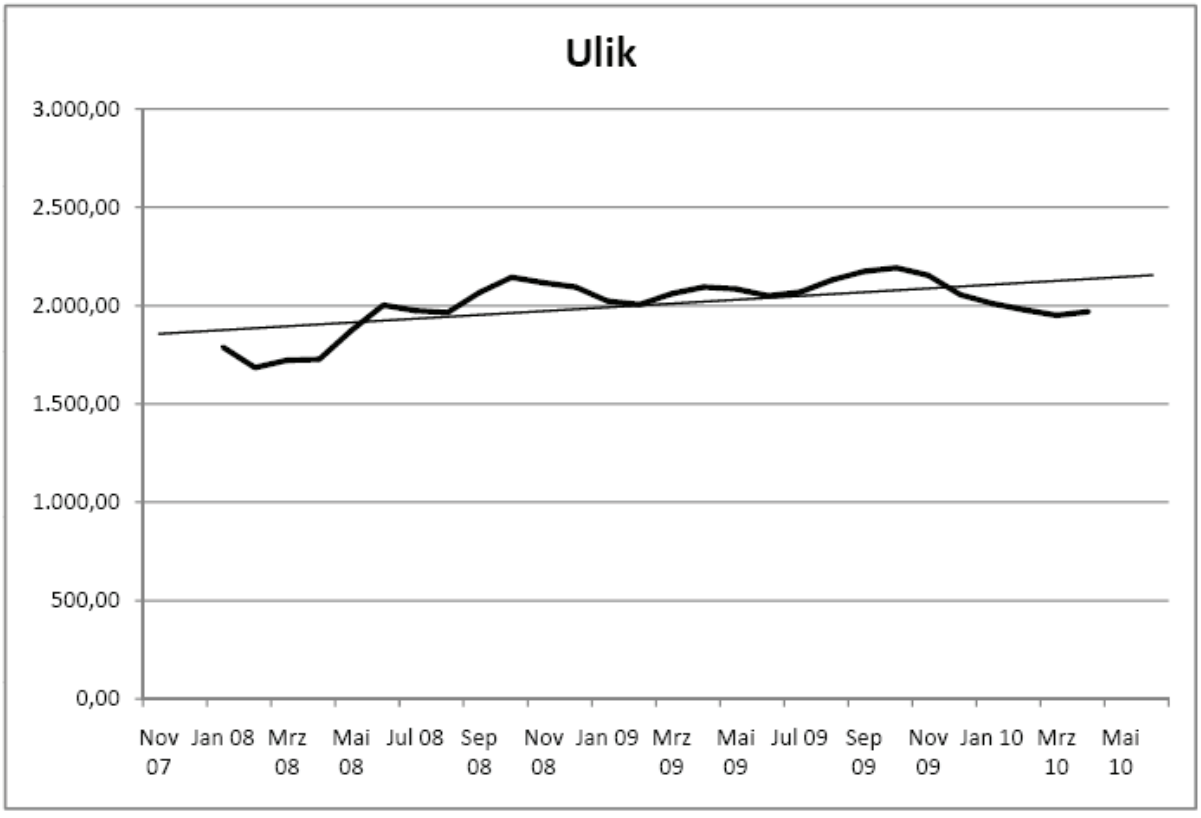
Er pflegt (monatliche bis wöchentliche) Kontakte zu seiner Familie, insbesondere den Geschwistern, die sich um ihn kümmern und zu einer Reihe von engeren Freunden bzw. seiner Freundin, die er aus psychiatrischen Kontexten kennt. Er unterhält enge Gesprächsbeziehungen zu Mitarbeitern. Durch seine Tätigkeit als freiwilliger Cafe-Betreiber in einem Raum der Einrichtung hat er zudem **sozialen Kontakt** zu anderen Einrichtungsbewohner/innen und erfährt dadurch viel Anerkennung. Etwa einmal im Quartal erhält er Besuch von (s)einer Freundin, die er möglicherweise von einer früheren Wohngruppe her kennt, sie haben täglich (kurzen) telefonischen Kontakt. Im ersten Quartal 2010 muss die Freundin in eine Klinik, daher entfallen die täglichen Telefonate.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Hans Ulik äußert am Ende des Projekts keine eindeutige, über die derzeitige Wohnsituation hinaus gehende, Lebens- oder Wohnperspektive. Hans Uliks Sozialraum fällt mit der institutionellen Umwelt der Einrichtung zusammen, innerhalb der er nun durch seine eigene Wohnung offenbar eine Form der Autonomie und Selbstständigkeit gefunden hat, für deren Ausweitung er aber keinerlei Motiv besitzt. Nur an einer Stelle des Interviews erwägt er die Möglichkeit, in die nahe gelegene Stadt zu ziehen, in der er aufgewachsen ist und in der seine Herkunftsfamilie und seine Geschwister leben. Das bleibt aber ambivalent.

Hans Uliks gesamtes Leben und seine Sozialbeziehungen spielen sich in (sozial)psychiatrischen, institutionellen Strukturen ab, er ist darauf gleichsam eingespielt und scheut vor jeder allzu eingreifenden Ausweitung seines Sozialraums nach außen zurück. Für ihn haben die mit ProSeLe (ohne dass er ein klares Bewusstsein über das Projekt als solches hätte) eingetretenen Veränderungen wohl hauptsächlich die Funktion der Schaffung von Spielräumen und mehr Lebensqualität im Rahmen eines faktisch stationären, weil geschützten, verlässlichen und weitgehend vorstrukturierten und veränderungsarmen Settings.

**5. Kostenverlauf**



# Martha Voit

*Geboren 1957, lebte vor ProSeLe zwei Jahre im Wohnheim einer sozialpsychiatrischen Einrichtung.*

## 1. Allgemeines

1.1 Martha Voit wurde 1957 geboren und ist zu Projektbeginn 49 Jahre alt. Sie besuchte die Hauptschule und absolvierte eine Ausbildung zur Verkäuferin. In einem großen Einkaufszentrum arbeitete sie über 20 Jahre lang und tritt nach mehreren Krisen 1996 in die WfbM ein. Sie ist nicht verheiratet und lebt ohne Partner.

1.2 Vor der Aufnahme in die Wohngruppe wohnte Frau Voit bis zu ihrem 46. Lebensjahr (2003) im Elternhaus. Nach zweijähriger Wohnzeit in der stationären Wohngruppe der Sozialpsychiatrie zieht sie zusammen mit einem Mitbewohner in eine 4-Zimmer-Wohnung am Stadtrand – ihre erste eigene Wohnung.

1.3 Martha Voits Diagnose wird in den Unterlagen als depressive Erkrankung beschrieben, die 1985 wohl zur ersten Aufnahme in eine Psychiatrie führte. Ihre Behinderung, die sie nicht genauer umschreibt und als Krankheit definiert, erklärt sich Frau Voit als jahr(zehnt)elange Ablöseproblematik: „[Ich] wollt halt von zu Hause auch nit weg unbedingt“, „Ich bin ein Neschthäkchen, ein Nachzügler.“ Sie ist zu Projektbeginn in die Hilfebedarfsgruppe 2 eingestuft und hat eine gesetzliche Betreuung (Schwester) für die Bereiche Aufenthalt, Gesundheits- und Vermögensangelegenheiten.

## 2. Lebensverlauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 In den drei Interviews erzählt Frau Voit sehr offen über ihre Biografie und entwickelt eine chronologische Geschichte. Im Mittelpunkt ihrer biografischen Erzählung steht die Beziehung zu ihren Eltern und in etwas abgeschwächter Form ihr belastendes Arbeitsverhältnis vor Eintritt in die WfbM. Frau Voit erwähnt wiederholt eine Ablöseproblematik und ihren Status als „Nesthäkchen“. Sie macht in allen Interviews einen selbstsicheren und lockeren Eindruck auf den Interviewer.

2.2 Martha Voit wächst als jüngstes Kind einer sechsköpfigen Familie im ländlichen Raum des Südwestens Deutschlands auf (ihre Geschwister sind elf bis 17 Jahre älter). Ihre Mutter ist Hausfrau und der Vater Färbereimeister – sie sind bei der Geburt 39 bzw. 42 Jahre alt. Frau Voit hat eine „normale“ Kindheit bzw. Jugend mit sehr enger Familienbindung: „Hab `ne sehr schöne Kindheit und Jugend ghabt. Und mein Vadder hat sich <betont> sehr um mich gekümmert und sich <deutliches Einatmen> mit mir beschäftigt und wir hams meischte mitnander unternommen und also er hat mich <betont> wirklich verwöhnt“. Ihre Geschwister ziehen alle aus als Martha Voit noch ein Kind ist und gründen eigene Familien im Ort. Ihre Freizeit verbringt sie deshalb eher mit ihren Neffen und Nichten als mit ihren Geschwistern. Martha Voit besucht die Hauptschule und engagiert sich in der Kirche. Nach dem Hauptschulabschluss absolviert sie eine Ausbildung zur Verkäuferin.

2.3 Martha Voit verbleibt nach Beendigung der Ausbildung insgesamt über 20 Jahre in dem Betrieb – mit einigen Unterbrechungen, denn ihre Lebenssituation beginnt sich nach wenigen Jahren sukzessive zu verschlechtern. Sie gibt an, dass die Arbeit sie sehr belastete: „Ich hab von früh bis spät gearbeitet und dann musste ich immer noch nach X-Dorf raus fahren.“ „Da war der Tag gelaufen. Da war ich au K.O.“ Sie wohnt nach wie vor bei den Eltern, lässt sich dort "verwöhnen" und besitzt wenig außerfamiliäre Sozialkontakte. Vermutlich kumulieren die Stressfaktoren 1985, da sie in diesem Jahr als 28-Jährige zum ersten Mal in eine psychiatrische Maßnahme aufgenommen werden muss. Frau Voit spricht davon, dass ab diesem Jahr ihre „Krankheit“ angefangen habe. Sie gibt an, einen Nervenzusammenbruch gehabt zu haben. Die Dokumentation spricht von einer „Depression“. Es kommt in der Folge immer wieder zu kurzzeitigen Einweisungen und darauf folgender Wiederaufnahme ihrer

Arbeit: „Des war halt, wie gsagt, die viele Arbeit und des und, und naja, und aber und na hab i dann ja äh immer mal wieder en Anfall kriegt und immer d' immer also regelmäßig praktisch".

Im dritten Interview gibt sie an, oft in Urlaub gefahren zu sein, auch mit ArbeitskollegInnen: Nordsee, Bayern, Ungarn, Österreich, Gardasee. Die genaue zeitliche Datierung ist nicht möglich. 1996 muss sie ihre Arbeit im Verkaufshaus schließlich endgültig beenden und beginnt nach einem Klinikaufenthalt in der WfbM zu arbeiten. Für die Folgezeit bleibt ihr Zustand instabil, aber ohne psychische Rückfälle.

2003 stirbt ihr Vater und sie bricht durch dieses Ereignis völlig zusammen. Ihre Krankheit verschärft sich und sie wird im Herbst 2004 (47-jährig) wieder in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Dort wird sie nach eigenen Angaben auf einen Auszug aus dem Elternhaus vorbereitet, der im Frühjahr 2005 mit der Aufnahme in eine Wohngruppe umgesetzt wird. Der Klinikaufenthalt habe ihr dabei „sehr gut geholfen." In der Zeit wird bei ihrer Mutter Blasenkrebs im späten Stadium diagnostiziert. Die mittlere Schwester pflegt sie, da die ältere Schwester an Parkinson erkrankt ist und inzwischen in einem Pflegeheim wohnt.

2007 nimmt Frau Voit an ProSeLe teil, um gemeinsam mit einem Mitbewohner aus dem stationären Wohnbereich ausziehen zu können. Zum gleichen Zeitpunkt verstirbt ihre Mutter (mit 88 Jahren), was Frau Voit aber dieses Mal besser verarbeiten kann und keinen Rückfall zur Folge hat.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 In der Wohngruppe lernt Frau Voit Herrn Krall kennen, der dort schon länger wohnt. Obwohl sie kein Paar sind, ist er die einzige männliche Person, die in den Interviews, neben ihrem Vater, erwähnt wird. Beide stellen nach einiger Zeit fest (der genaue Zeitpunkt bleibt unklar), dass sie eine ruhigere Wohnform bevorzugen würden, wissen aber nicht, mit welchem Unterstützungskonzept ihr Vorhaben verwirklicht werden kann – dass sie mehr Unterstützung brauchen, als im ambulant betreuten Wohnen vorgesehen ist, scheint ihnen klar zu sein. Die Wohngruppe hat sie mit ambivalenten Gefühlen in Erinnerung: „Es waren auch schöne Zeiten, aber es war, es war sehr, wie soll ich sagen, wie, wie Nerven aufreibend". Eine Mitarbeiterin der Einrichtung stellt Frau Voit im Frühjahr 2007 ProSeLe vor, worauf sie und Herr Krall großes Interesse zeigen: „Dann kam uns des Angebot grad richtig". Zusammen suchen sie eine neue Wohnung und finden diese wenige Wochen später. In der Quartalsdokumentation wird ihre Motivation mit mehr Selbstständigkeit und einer guten Wohnatmosphäre angegeben.

3.2 Die 4-Zimmer Wohnung befindet sich in einem Mehrfamilienhochhaus am Stadtrand. Die Wohnung ist holzvertäfelt und größtenteils mit geerbten Möbeln ihres Elternhauses ausgestattet (ein Zimmer steht leer). Das Zimmer von Frau Voit ist mindestens 25 m² groß. Es wirkt bei allen Interviewterminen sehr aufgeräumt, nichts liegt herum. Die Möbel sind alle in dunklem Ton gehalten, aber nicht aus Vollholz, sondern furniert. Neben dem einfachen Bett, steht ein Tisch mit drei Stühlen, an dem auch die Gespräche mit der Bezugsperson stattfinden. An der Wand und auf verschiedenen Kommoden hängen bzw. stehen viele Fotos von Verwandten – vor allem von ihren Eltern. Auf Regalen sind einige christliche Bücher zu sehen. An der Fensterseite steht eine Couchgarnitour und ein großer Fernseher. Die Wohnung besitzt zusätzlich einen großen Balkon mit Blick auf die Stadt sowie eine gute Busanbindung in die Innenstadt.

Das Zusammenleben mit ihrem Mitbewohner ist zu Projektbeginn sehr gut – wohlgemerkt leben beide zum ersten Mal wirklich selbstständig. Nach mehreren Monaten wird das Verhältnis konfliktträchtiger – zusätzlich verschlechtert sich der Gesundheitszustand von Herrn Krall wegen seines Medikamentenentzugs. Nach zwei Jahren (im Sommer 2009) zieht er schließlich aus. Ab diesem Zeitpunkt sucht Frau Voit nach einer kleineren Wohnung, da

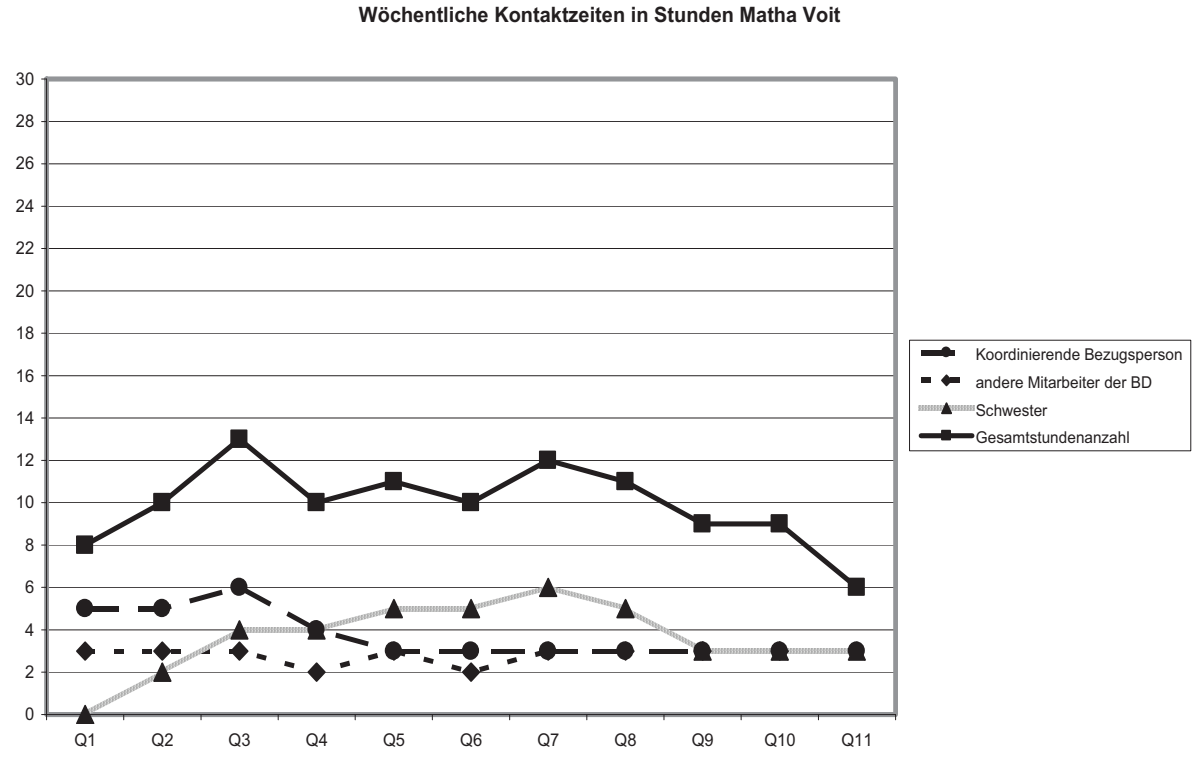
sie zum einen für sich sein will und keine neuen Mitbewohner wünscht, zum anderen ein kleineres Setting bevorzugt. Sie möchte in dem Wohngebiet bleiben, da sie in der Kirchengemeinde engagiert ist. Die Suche gestaltet sich schwierig, zusätzlich scheint ihre Schwester Zweifel an dem Umzug zu haben. Im Januar 2010 bekommt sie eine neue Mitbewohnerin. Schließlich wird das Unternehmen aufgrund einer psychischen Krise von Frau Voit im Sommer 2010 abgebrochen – sie muss für fünf Wochen in eine psychiatrische Klinik: „Da sind so viele Sachen aufgekommen, des möcht ich jetzt net alles aufzählen“. Sie gibt im dritten Interview an, nun vorerst in der Wohnung bleiben zu wollen, da ein Umzug und das Wohnen alleine für sie zu belastend sei: „Ich bleib hier. Auch gerne an für sich“. Das Zusammenleben mit ihrer neuen Mitbewohnerin scheint sich zunehmend zu verbessern.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Frau Voit ist über den Projektverlauf betrachtet äußerst wechselhaft, dafür aber auf geringem bis mittlerem Niveau. Außer im Bereich der Mobilität, für die sie keine Unterstützung benötigt (außer Anfang 2009), schwankt ihr Bedarf stets zwischen nicht vorhandenem und mittlerem Bedarf. In einzelnen Bereichen, wie bei Stressbewältigung, Krisen, Finanzen und Gesundheit, steigt er kurzfristig auf ein hohes Niveau. Gleiches gilt für informelle und familiäre Beziehungen. Sie kann sich zunehmend selbst versorgen, wenn auch mit Unterstützung beim Einkauf oder beim Kochen. Den Haushalt macht sie alleine und hält die Wohnung zusammen mit der Mitbewohnerin in einem ausgesprochen sauberen und ordentlichen Zustand. Unabhängig von den Bedarfsschwankungen benötigt sie während der gesamten Projektzeit eine tägliche Ansprechmöglichkeit – zur Not telefonisch.

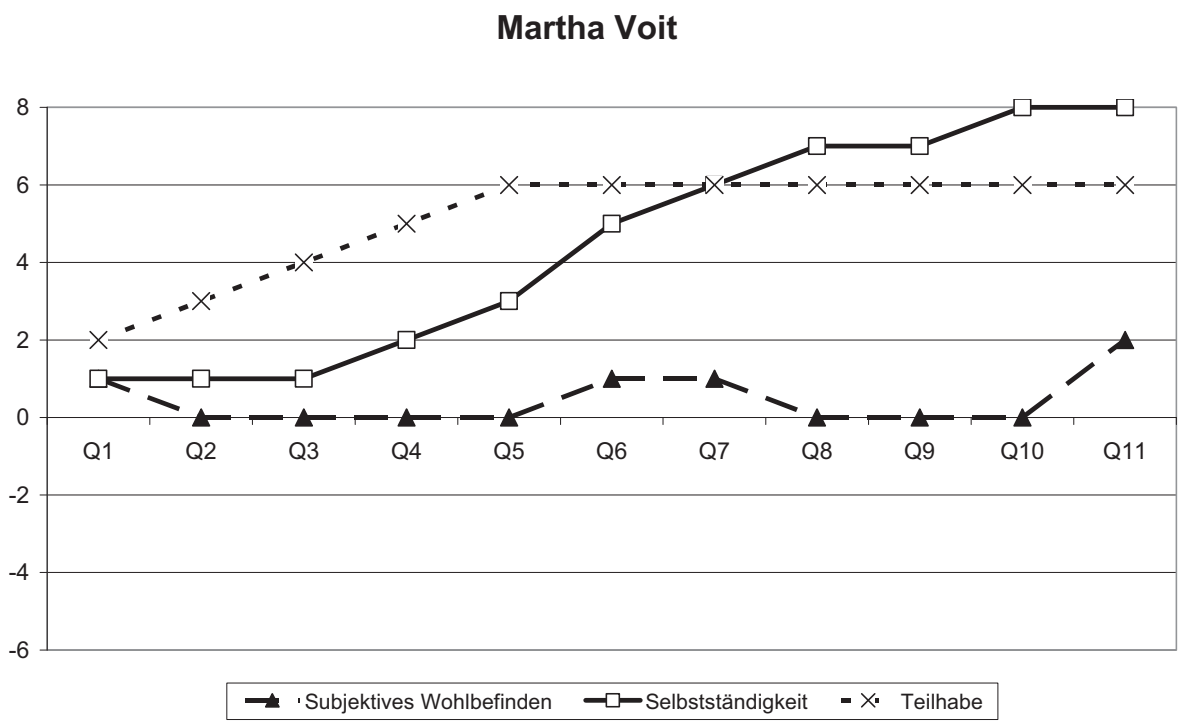
| **Martha Voit** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

Die **Hilfeerbringung** ist, ähnlich wie der Unterstützungsbedarf, schwankend und beläuft sich zwischen acht und 13 Std./Woche. Sie wird erbracht durch die koordinierende Bezugsperson, einer weiteren Mitarbeiterin und der Schwester von Frau Voit. Auffallend ist, dass ihre Schwester in den ersten eineinhalb Jahren zunehmend aktiver wird und gleichzeitig die Bezugsperson ihre Stundenzahl langsam von fünf auf drei Std./Woche

verringert. Die koordinierende Bezugsperson beschreibt ihre Funktion als zunehmend beratend statt anleitend. Die Rolle der Schwester scheint gleichzeitig ambivalent zu sein. Sie hat viel Einfluss auf Frau Voit und steht neuen Vorhaben eher kritisch gegenüber. So muss sie wohl zuerst für die Projektteilnahme an ProSeLe überzeugt werden. Ab 2010 bleibt die Hilfeerbringung konstant und alle Personen unterstützen Frau Voit mit je drei Std./Woche (insgesamt neun Std./Woche). Gleichzeitig wird ihre Arbeitszeit in der WfbM um eine Stunde erhöht.




Ihre **sozialen Kontakte** umfassen die Kollegen ihrer halbtägigen WfbM-Arbeit, regelmäßige Treffen mit ihrer Schwester und Treffen mit Mitgliedern der Kirchengemeinde. Frau Voit nimmt regelmäßig an Proben eines Kirchenchors und an Treffen eines Frauenkreises teil, außerdem geht sie jeden Sonntag zum Gottesdienst. Diese Bekanntschaften laufen ihr auch regelmäßig im Stadtteil über den Weg. Ohne diese Strukturen kann es Frau Voit schnell langweilig werden, wie sie im Interview erzählt: „Ich bin au manchmal hier alleine, aber Sonntags da bin ich nicht so gern alleine. Ich weiß nicht warum. Da ischs mirs dann au irgendwie etwas, etwas immer langweilig.“ Zusammen mit der Schwester besucht sie ab und zu ihre älteste Schwester im Pflegeheim. Zum Bruder besteht kein Kontakt. Mit den Nachbarn pflegt sich eine oberflächliche Kommunikation – ihr wird ab und zu beim Tragen von Einkaufstüten geholfen.




Betrachtet man die Angaben zu ihrem Wohlbefinden, sticht ins Auge, dass sie sich im Vergleich zu ihrer Selbstständigkeit und ihrer Teilhabe, die beide sehr stark ansteigen und bis zum Projektende einen äußerst hohen Wert annehmen, überraschenderweise kaum wohler fühlt als zu Beginn des Projekts. Das verwundert in Anbetracht ihrer Schilderung. Die größte Steigerung des Wohlbefindens tritt nach Ende des Projekts im Herbst 2010 und der Überwindung der Krise ein.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

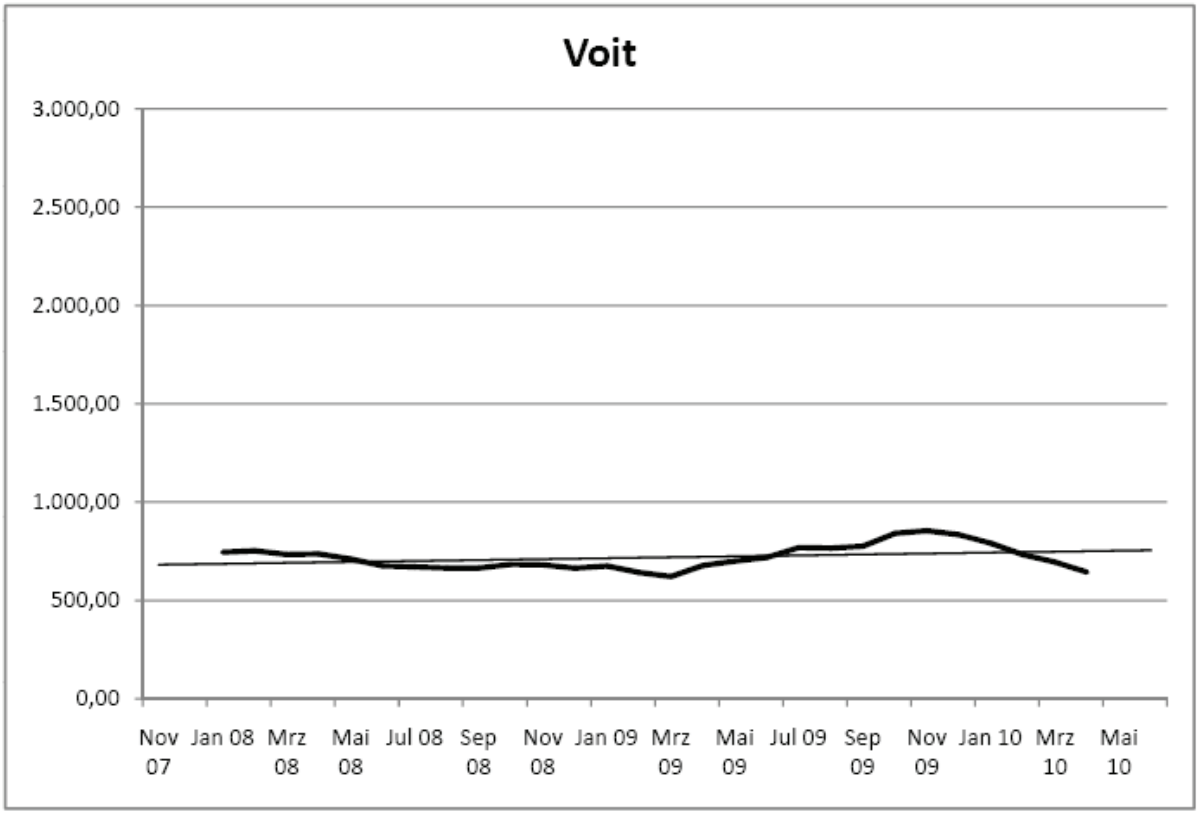
Martha Voit hat im Rahmen von ProSeLe große Verselbständigungsprozesse durchlaufen und ist nach Angaben von Bezugsmitarbeitern wesentlich selbstsicherer geworden. Nach einem langen Verbleib in der Herkunftsfamilie und einer langen krisenhaften Entwicklung wohnt sie nun zum ersten Mal selbstständig in einer eigenen Wohnung. Dennoch braucht sie die Sicherheit eines (täglichen) Kontaktes – zumindest telefonisch. Neben ihrer Verselbstständigung hat sie durch ihre Teilnahme an kirchlichen Strukturen ihr soziales Netz erweitern und in ihren Wohnumfeld Fuß fassen können: „Ich bin ich bin so hier verankert in der Kirchengemeinde." Diese Einbindung kann für die Sozialraumarbeit geradezu als beispielhaft gewertet werden. Sie ist auf dem Weg, langsam ein biografisches Problem zu lösen und mit ihrer Wohnsituation etwas „anfangen" zu können. Trotz dieser Entwicklungen scheint sie sich in ihrer neuen Situation nicht wohler zu fühlen – zumindest nach Ansicht der Bezugsperson. Die genauen Ursachen müssen offen bleiben.

Der intensive Kontakt zur Schwester muss ambivalent bewertet werden. Zum einen hat Frau Voit mit ihr einen familiären Rückhalt und biografische Gemeinsamkeiten, zum anderen scheint ihre Schwester ihr bestimmte Dinge noch nicht zuzutrauen – die Bezugsmitarbeiter weisen auf schwesterlichen Widerstand bei der Wohnungssuche hin. Ihre Rolle als gesetzliche Betreuerin steht dabei im Mittelpunkt.

Insgesamt betrachtet ist der Verlauf von Martha Voit positiv zu bewerten, da der Umzug aus der Wohngruppe an ein biografisches Problem anknüpft und sie dadurch mit der neuen Situation etwas „anfangen" kann: „Ha weil wir ganz freier leben können". Sie meistert die Zeit, in der sie alleine in der Wohnung war (zum ersten Mal in ihren Leben!) ohne Probleme. Die Krise im Sommer 2010 beendete zwar vorerst ihren Traum *alleine* zu wohnen, doch

sowohl ihr biografischer Verlauf, ihre Entwicklung im Projekt, als auch die Einschätzung der Mitarbeiter/innen, sprechen für weitere Entwicklungspotenziale in Richtung selbstständig(er) Wohnen. Die Frage, ob die derzeitige, betreute Wohngemeinschaft oder ein Ein-Personen-Haushalt die beste Wohnform dafür darstellt, wird sicherlich in der kommenden Zeit zu beantworten sein.

**5. Kostenverlauf**




## Sofia West

*Geboren 1961, lebte vor Projektbeginn acht Jahre in sozialpsychiatrischer Einrichtung.*

**1. Allgemeines**

1.1 Sofia West wurde 1961 geboren und ist zum Zeitpunkt ihres Eintretens in ProSeLe 46 Jahre alt. Sofia West hat in der DDR die polytechnische Oberschule besucht und anschließend eine zweijährige Ausbildung zur Köchin absolviert. In der Folge hat sie als Kantinenmitarbeiterin, als Stationshilfe in der Pflege und als Wäschereihelferin gearbeitet. Sie ist Mutter von zwei Kindern und mehrfach geschieden.

1.2 Sofia West ist zu ProSeLe gekommen, nachdem sie acht Jahre lang in einer stationären Wohngruppe einer sozialpsychiatrischen Einrichtung des Projektträgers gelebt hat.

1.3 Unmittelbarer Anlass für die stationäre Einweisung war ein Zusammenbruch von Sofia West auf offener Straße, der möglicherweise mit akutem Alkoholmissbrauch in Zusammenhang stand. Als Diagnosen werden in den Unterlagen eine chronische und langjährige Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch und ein damit in Zusammenhang stehendes amnestisches Syndrom („Korsakowsyndrom“) genannt. Ferner ist von Adipositas die Rede. Auch Sofia West selbst sieht in ihrer Alkoholabhängigkeit den Hauptgrund für die damalige stationäre Unterbringung. Sie ist zu Projektbeginn vom Träger der Sozialhilfe in die Hilfebedarfsgruppe 3 eingestuft und hat eine gesetzliche Betreuung für alle Angelegenheiten.

**2. Lebensverlauf/WohnBiografie**

2.1. Sofia West berichtet im ersten Interview (2008) von ihrem Leben, ohne Details auszuführen oder Anekdoten zu erzählen. Sie hebt vor allem auf Problemlagen ab, die sie offenbar als typisch für ihr Leben ansieht. Sie versucht nicht, einen lückenlosen konsistenten Zusammenhang von Lebensereignissen herzustellen. Vielmehr weist sie explizit darauf hin, dass sie Vieles infolge der krankheitsbedingten Gedächtnislücken nicht (mehr) wisse. Es kommt auch immer wieder zu Inkonsistenzen in den Daten. So bleibt unklar, ob sie zweimal oder dreimal verheiratet war. Über die genauen Umstände der Übersiedlung nach Westdeutschland kann sie nichts sagen. Das zweite Interview wird von Frau West nach kurzer Zeit abgebrochen, ein drittes Interview lehnt sie ab.

2.2 Sofia West stammt aus einfachen Verhältnissen. Sie wird 1961 in einer ländlichen Kleinstadt, in einem Mittelgebirge der damaligen DDR gelegen, als drittes von insgesamt vier Geschwistern geboren. Als sie drei Jahre alt ist, lassen sich ihre Eltern scheiden, der Kontakt zum leiblichen Vater bleibt vorerst erhalten: „Hat mich meine Mutter halt zu meinem Vater geschickt, sollt ich dort übernachten." Die Mutter heiratet wieder. Sie ist berufstätig und arbeitet im „Großhandel". Der Stiefvater arbeitet als Fleischer in einem Schlachthaus. Frau West fühlte sich von ihm „nicht geliebt". Er trinkt viel Alkohol und schlägt sie sehr oft. Das habe sich aber, so Sofia West, „später gegeben". Mit vierzehn vollzieht sie die Jugendweihe. Nach dem Abschluss der Polytechnischen Oberschule macht Sofia West eine zweijährige Berufsausbildung zur Köchin.

2.3 Sofia West arbeitet einige Jahre als Kantinenmitarbeiterin und dann im Pflegeheim. Sie heiratet offenbar mit Anfang 20 zum ersten Mal. Mit 22 Jahren (1983) bekommt Frau West ihr erstes Kind, vier Jahre später (1987) ihr zweites Kind – beides Söhne. Sie arbeitet unmittelbar nach der Geburt wieder als Stationshilfe in einem Pflegeheim. Sie schildert sich als zunehmend alkoholabhängig und vernachlässigt ihre Kinder. Als Auslöser nennt sie den Umstand, dass ihr erster Mann ebenfalls Alkoholiker gewesen sei. Das Jugendamt weist die Kinder in der Folge für etwa drei Jahre in ein Heim ein. Es kommt zur Scheidung von ihrem (ersten) Mann. Sie besucht regelmäßig ihre Kinder im Heim und die Situation stabilisiert sich wieder, sie trinkt nicht mehr. Das Jugendamt prüft ihre Lebenssituation und lässt schließlich die Kinder zu ihr zurück.

Anfang der 1990er Jahre übersiedelt sie zusammen mit ihren Kindern in eine ebenfalls ländliche Kleinstadt in Mittelgebirgslage im Südwesten Deutschlands. Die genauen Umstände in zeitlicher Nähe zur deutschen Wiedervereinigung bleiben unklar. Als ein Motiv benennt sie, ihr bisheriges Milieu, das sie mit ihrem Alkoholproblem verbindet, hinter sich zu lassen.

In den 1990er Jahren heiratet sie ein weiteres (zweites oder möglicherweise drittes) Mal. Der neue Ehemann kommt aus Pakistan, ist praktizierender Moslem und arbeitet in einem Restaurant. Sie lernt ihn durch eine Freundin kennen, deren Mann ebenfalls aus Pakistan stammt. Als dieser ihre (wohl erneute) Alkoholabhängigkeit bemerkt, die er, in der Darstellung von Sofia West, mit seinem Glauben nicht in Übereinstimmung bringen kann, kommt es wiederum zur Scheidung. Was mit den Kindern geschieht, bleibt im Dunkeln.

Ende der 90er Jahre kommt es unter ebenso unklaren Umständen zu einem Umzug in eine etwa 50 km entfernt liegende Kreisstadt. Sofia West spricht von mehreren Umzügen und davon, dass ihr wegen ihres Alkoholkonsums und Geldproblemen die Wohnung gekündigt worden sei. Sie kann zeitweise auch nicht mehr arbeiten. Offenbar kommt es in der Folge zu jenem Ereignis, das schließlich Unterbringung in der stationär betreuten Einrichtung führt. Sie bricht auf offener Straße zusammen. Sofia West gibt an, daran und an diese Zeit generell keine klare Erinnerung mehr zu haben. Ihre lange Alkoholabhängigkeit wird von ihr retrospektiv als „komische Zeit" erinnert: „(Ich) bin ja so abgesunken damals. Hat lang

gedauert eh ich da wieder aufhören konnte mit Trinken. Es erste früh aufgestanden, glei e Bier getrunken und so weiter."

Insgesamt wohnt Sofia West acht Jahre in einer stationär betreuten Wohngruppe. Nach zwei Jahren nimmt sie eine Arbeit in der angegliederten Werkstatt für behinderte Menschen auf.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Die Einrichtung und damit die Wohnung, die Sofia West im Rahmen von ProSeLe bezieht, liegt in einer ländlichen Umgebung in einem kleinen Dorf. Der Ort ist auch äußerlich durch die Werkstätten, Wohnheime und Verwaltungsgebäude der Einrichtung geprägt. Bewohnerinnen und Bewohner sowie die in der Einrichtung Beschäftigten bestimmen maßgeblich das soziale Leben im Dorf. Der Einrichtungsträger hat in dem Ort auch einige Wohnhäuser und Wohnungen angemietet. In eine dieser angemieteten Wohnungen zieht Sofia West im Rahmen von ProSeLe. Ein Motiv von Sofia West für die Projektteilnahme ist ihr Wunsch nach einer eigenen Wohnung, um – wie sie sagt – abends ihre Ruhe zu haben.

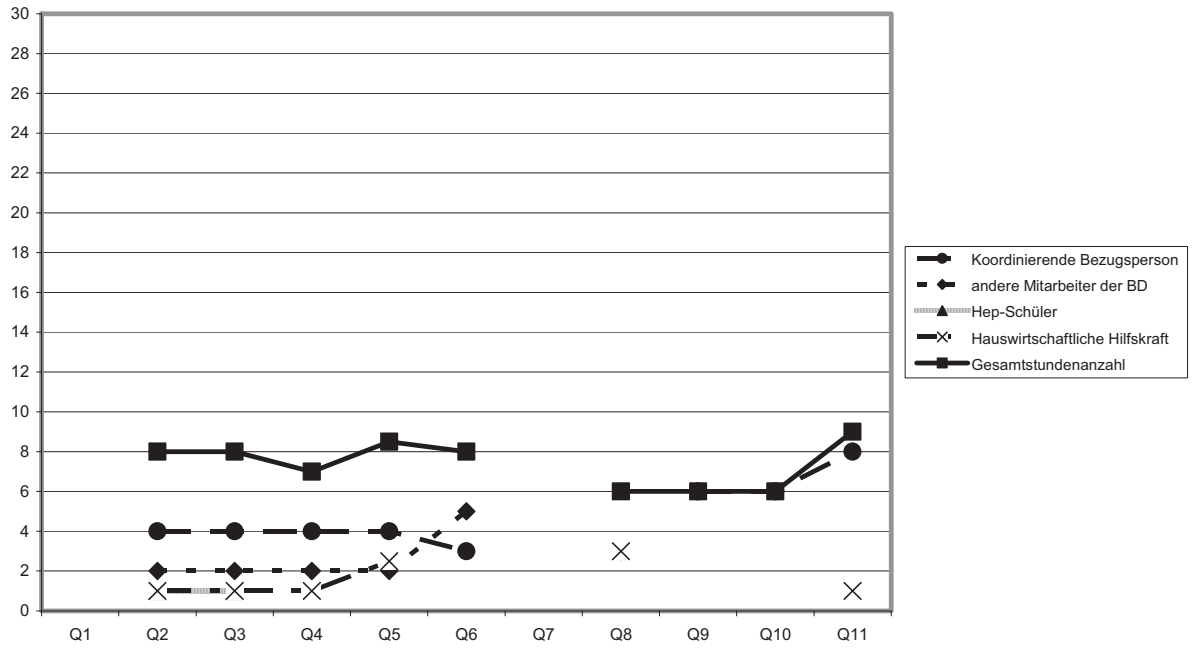
3.2 Die im Rahmen von ProSeLe bezogene Wohnung liegt in unmittelbarer Nähe einer stationären Wohngruppe, zu der Sofia West während des gesamten Projektverlaufs eine sehr enge Bindung unterhält. Sie kennt einzelne Bewohner/innen aus ihrer Zeit in der benachbarten Wohngruppe. Sie nimmt dort vor allem Mahlzeiten ein, muss dort duschen, weil ihre Wohnung nur über eine einfache Waschgelegenheit verfügt und sie hilft später in der Wohngruppe mit (die Bewohner/innen haben einen hohen Unterstützungsbedarf). Teilweise fühle sie sich, so wird in der Dokumentation vermerkt, in der eigenen Wohnung einsam und falle in ein psychisches Tief. Sie sucht dann verstärkt Kontakt zur Wohngruppe. Da es im Ort keine Einkaufsmöglichkeiten gibt, ist sie darauf angewiesen mit der Gruppe zum Einkaufen zu fahren.

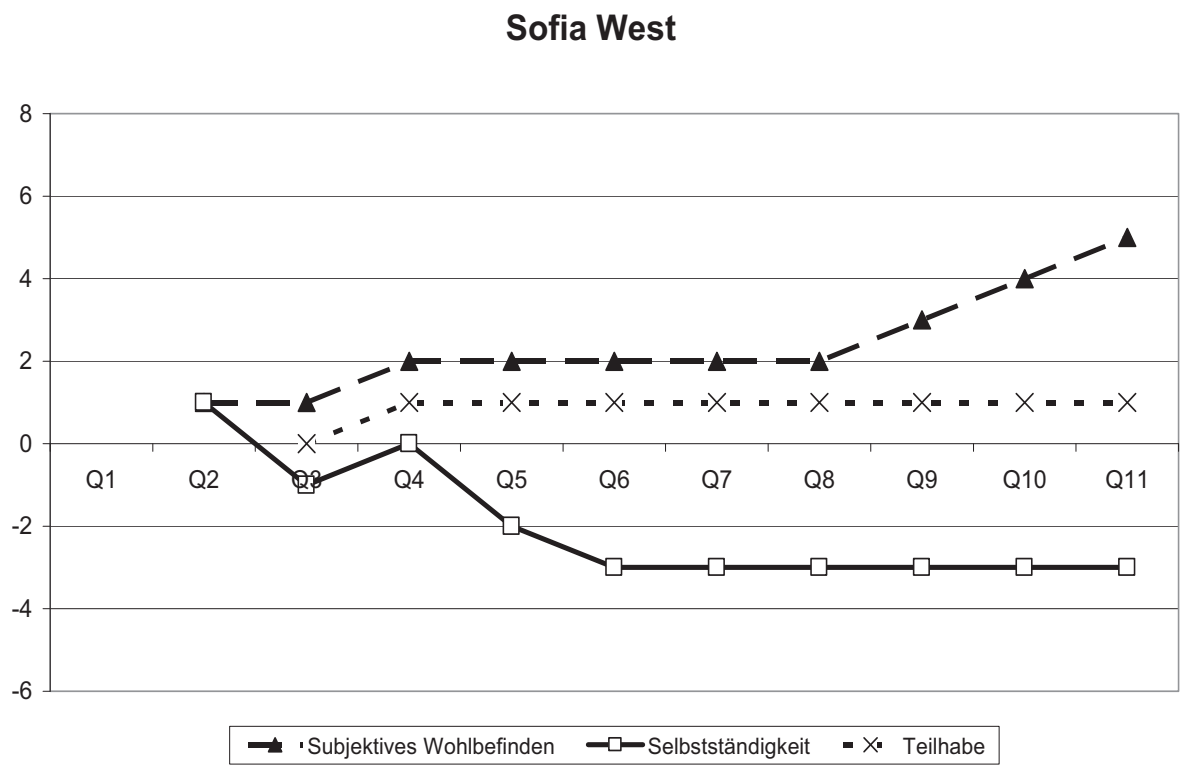
In dem Haus wohnen in einer separaten Wohnung weitere ehemalige Heimbewohner, die laut Frau West in erheblicher Weise Alkohol konsumieren. Sofia West fühlt sich durch gelegentlich lautes Feiern und Auseinandersetzungen zwischen den Männern, bzw. ihren Besuchern, gestört.

3.3 Der **Hilfebedarf** von Sofia West liegt generell eher im unteren Bereich und beschränkt sich auf wenige Bedarfsbereiche. Dabei ist er zum Teil der örtlichen Situation geschuldet, beispielsweise ist Einkaufen wegen der abgelegenen Lage des Wohnortes nicht ganz einfach. Der Hilfebedarf ist in seinem zeitlichen Verlauf auffällig punktuell, deutlich abhängig von ihrer jeweiligen gesundheitlichen bzw. psychischen Verfassung. In fast allen Bedarfsdimensionen hat Sofia West immer wieder lange Phasen, in denen überhaupt keine Unterstützung erfolgt. Sie wird als relativ selbstständig eingeschätzt und ist offenbar allen im Zusammenhang mit ihrer Wohnsituation anfallenden Anforderungen, zumindest im Prinzip, gewachsen. Dies deckt sich mit ihrer Selbsteinschätzung. Sofia West ist der Auffassung, im Haushalt und im häuslichen Umfeld alles selbst machen zu können. Allerdings kommt es immer wieder zu kurzfristig entstehenden Bedarfslagen, deren Auslöser sehr wahrscheinlich Krisen- und Stresserfahrungen sind, die auch mit ihrer familiären und biografischen Situation in Zusammenhang stehen können. Diese wirken sich dann auch auf alltägliche Lebensdimensionen und Bereiche aus, wie zum Beispiel ihrer Bereitschaft und Motivation Haushaltsarbeiten zu erledigen. Insgesamt sind die Selbstständigkeitsgewinne – bei allerdings bereits hohem Ausgangsniveau – nicht erheblich, der Projektverlauf ist diesbezüglich eher von einem Rückschritt geprägt. So verstärken sich im Verlauf des Projekts die Bindungen an die Wohngruppe. Sie übernimmt dort Mitverantwortung, unterstützt beispielsweise die Mitarbeiter bei der Frühstücksvorbereitung für die Bewohner. Zugleich verbringt sie selbst ihren Tag dort, nimmt auch die Mahlzeiten dort ein, anfangs gegen Bezahlung, und beteiligt sich immer wieder an Freizeitaktivitäten. Allerdings reduziert sich damit ihre eigene Haushaltsführung darauf, in ihrer Wohnung Ordnung zu halten. Dafür nimmt sie zeitweise die Dienste einer Haushaltshilfe in Anspruch.

| **Sofia West** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

**Wöchentliche Kontaktzeiten in Stunden Sofia West**






Im Projektverlauf bekommt sie eine EC-Karte, so dass sie teilweise selbstständig Geldgeschäfte (in kleinerem Umfang) tätigen kann. Allerdings sind die Spielräume dafür – wegen der Abhängigkeit von den durch die Einrichtung organisierten Einkaufsfahrten – relativ gering. In informellen und partnerschaftlichen Beziehungen besteht kein Hilfebedarf, in Familienbeziehungen ist der Hilfebedarf ab Q7 auf einem mittleren Niveau.

Die **Hilfeerbringung** bleibt während des gesamten Projektverlaufs relativ konstant und reduziert sich gegen Ende von acht auf sechs Stunden pro Woche. Sie wird vor allem von der koordinierenden Bezugsperson erbracht. Weitere wichtige Personen sind die Mitarbeiter der Wohngruppe sowie die bereits erwähnte hauswirtschaftliche Hilfskraft.

Das subjektive Wohlbefinden von Frau West bleibt zunächst nahezu konstant, um sich dann im Jahr 2010 kontinuierlich zu steigern. Nach anfänglichem Rückgang verhält sich auch die Teilhabe konstant, ebenso konstant bleibt die Selbstständigkeit von Frau West.

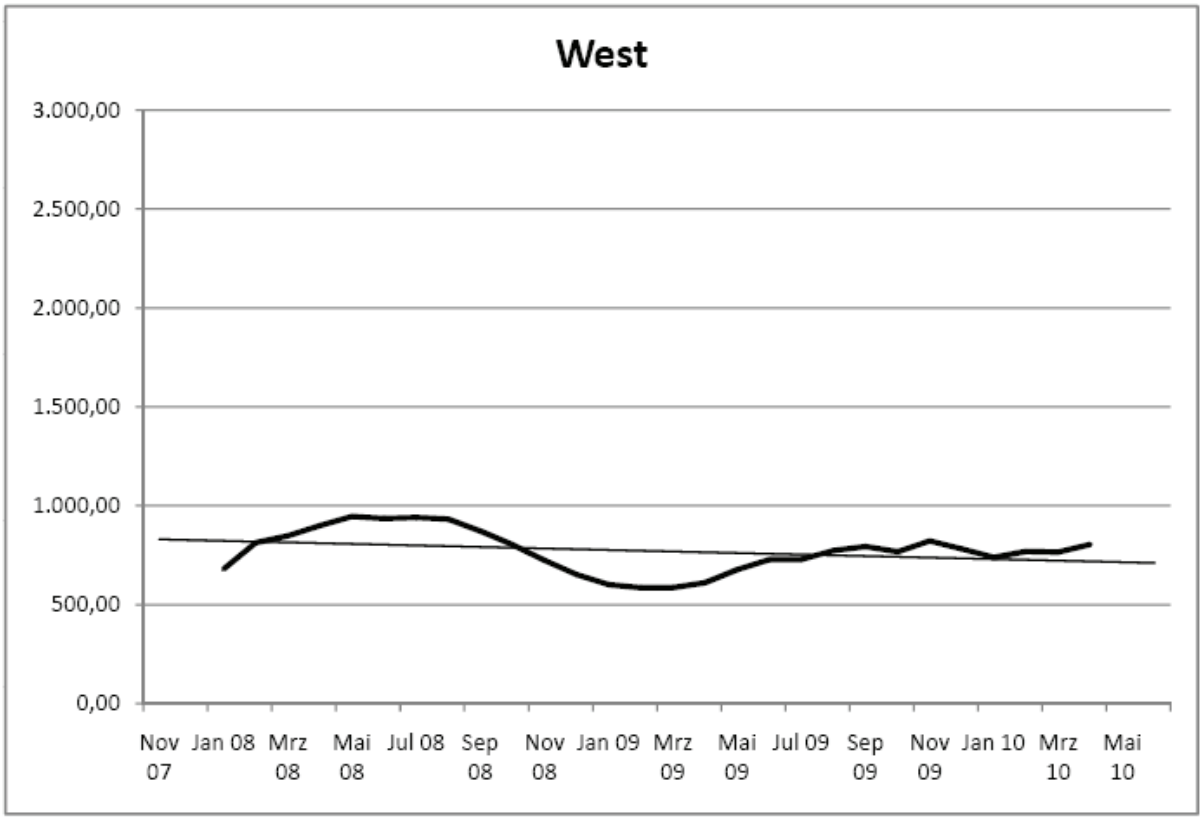
Ihre **sozialen Kontakte** beschränken sich mit wenigen Ausnahmen auf die von der Einrichtungsstruktur vorgegebenen Kontakte, die schon vor der Projektteilnahme bestanden haben. Auch Kontakte zur Kirchengemeinde dürften letztlich auf die Einrichtung zurück gehen. Ihre Freizeitaktivitäten knüpfen an den Alltag und die Angebote im Umfeld der Wohngruppe an, ansonsten verbringt Sofia West ihre Zeit mit Spazierengehen, Fernsehen und anderer Mediennutzung. Ein von ihr ins Spiel gebrachter soziobiografischer Impuls besteht in ihrem erklärten Interesse, zu ihrem früheren Umfeld, insbesondere ihrer Herkunftsfamilie, wieder Kontakt aufzunehmen. Offenbar war aber besonders die Beziehung zur Mutter in der Vergangenheit nicht unproblematisch. Diese wollte (zeitweise) wegen ihrer Alkoholabhängigkeit und wegen der Kontakte „zu vielen Männern“ mit ihr nichts mehr zu tun haben. Der Kontakt zu ihren Söhnen, die in einem benachbarten Landkreis wohnen, beschränkt sich auf monatliche Besuche oder telefonische Kontakte. Es gibt Hinweise darauf, dass auch das Leben der beiden Söhne aktuell unter eher widrigen psychosozialen Bedingungen verläuft. Für Sofia West sind diese Kontakte, wie auch die Wiederanknüpfung an Kontakte zur Herkunftsfamilie, zunächst subjektiv außerordentlich bedeutsam. Im Jahr 2009 besucht Frau West mit ihrer koordinierenden Bezugsperson ihre Eltern. Dieser Besuch

ist sowohl für sie, als auch für die koordinierende Bezugsperson sehr aufschlussreich. Frau West redet jetzt sehr oft mit ihrer KBP darüber und hat akzeptiert, dass ihre Familie keinen Kontakt mehr mit ihr möchte. Die Situation bei den Eltern zu Hause ist sehr problematisch. Besonders prägend war für die KBP, dass es zum Frühstück statt Kaffee ausschließlich Alkohol gab. Beim Familienbesuch übernachten sie und die KBP in dem Hotel, wo Frau West ihre Lehre als Köchin gemacht hat. Ein Angestellter, der schon damals dort gearbeitet hat, fragt sie als erstes, ob sie immer noch trinke. Dies gibt Aufschluss darüber, dass der Alkoholkonsum bereits in ihren Lehrjahren begann. Am ersten Abend des Besuchs in ihrer Heimatstadt verabreden sich Frau West und die KBP mit den Geschwistern in einer Gaststätte (Bruder und Schwester) - die Geschwister erscheinen nicht. Frau West möchte nun, zumindest in absehbarer Zeit, nicht mehr dort hin. Sie ist seit vielen Jahren abstinent vom Alkohol. Der Besuch bei den Eltern bietet sich für sie als Erklärung an, dass sie nichts dafür könne, dass sie Alkoholikerin geworden ist. Sie hat zu Hause nichts anderes gelernt. Sie beruhigt sich damit, dass sie für ihre Situation nichts kann.

**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Die derzeitige Wohnsituation erlaubt keine wirkliche Ablösung von den Strukturen der Einrichtung. Lebenssituation, soziale Netzwerke und Handlungsmöglichkeiten bleiben von dem institutionell hergestellten Sozialraum bestimmt. Die von Sofia West ausgehenden Impulse zur Wiederherstellung einer biografischen Kontinuität und einer Wiederintensivierung des Kontakts zu den Söhnen, konnten im Projektverlauf zwar aufgenommen und verfolgt werden, bleiben aber problematisch. Auch im Fall von Sofia West wäre zu überlegen, ob nicht eine psycho- oder auch familientherapeutische Intervention ihrer sozialen Integration verbessern könnte. Es ist schwer zu entscheiden, ob es sich lohnen würde, sowohl in Sachen Herkunftsfamilie wie auch in Richtung der Söhne, weiterhin initiativ zu bleiben. Die soziale und äußere Konstellation ihrer Wohnumgebung ist einerseits als ungünstig einzuschätzen, könnte aber andererseits einen Raum ein Moratorium darstellen. Möglicherweise hätte sie an einem zentraleren Wohnort mehr Handlungsmöglichkeiten.

**5. Kostenverlauf**



# Tim Zapp

*Geboren 1983, lebte vor Projektbeginn ein Jahr in einer stationär betreuten Wohngruppe.*

## 1. Allgemeines

1.1 Tim Zapp wurde 1983 geboren. Er ist zu Beginn von ProSeLe 24 Jahre alt. Er ist ledig und lebt derzeit alleine in einem größeren Dorf in Süddeutschland. Nach Beendigung der Schulzeit und einer berufsvorbereitenden Maßnahme folgt eine dreijährige Ausbildung zum Beikoch in einer Großküche. Danach schließen sich diverse Praktika an, eine kurze Tätigkeit in einer Gaststätte auf dem Ersten Arbeitsmarkt und eine Zeit der Arbeitssuche, bevor er im Rahmen der sogenannten Unterstützten Beschäftigung eine Arbeitsstelle in einer Großküche findet, in der er bis zum jetzigen Zeitpunkt tätig ist. Der Kontakt zur Mutter ist abgebrochen.

1.2 Herr Zapp lebte von seinem Geburtsjahr 1983 an etwa ein Jahr lang bei seinen Eltern. Danach wuchs er bis im Alter von 23 Jahren bei seinen Großeltern auf. In der Zeit zwischen 1995 und 1996 verbrachte er zwei Jahre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Herbst 2006 zog er in eine stationäre Wohngruppe, bevor im Dezember 2007 für ihn die Teilnahme an ProSeLe begann.

1.3 In der Dokumentation wird eine psychische Erkrankung als Grund für die stationäre Versorgung genannt. Als Diagnose wird eine schwere Störung der Emotionen und des Sozialverhaltens, Angst, eine depressive Störung, eine leichte geistige Behinderung und eine eingeschränkte Affektsteuerung bei Belastungen angeführt. Außerdem kommt eine schwere frühkindliche Deprivation und Mangelversorgung mit massiver Unterernährung hinzu. Die Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Alter von zwölf Jahren begründet Tim Zapp selbst mit einem Vorfall in seiner Schulklasse. Er hätte damals einer Mitschülerin prophezeit, dass deren Eltern, die beide in der Flugbranche tätig waren, in der kommenden Nacht tödlich abstürzen würden. Ein anderes ausschlaggebendes Moment für die Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht bekannt. Im Interview spricht er über aktuelle Selbsttötungsgedanken in Verbindung mit einem Gefühl „hier (in Deutschland) falsch am Platz zu sein“. Er redet von Zeiten „wenn’s mir dann halt mal irgendwie nicht so gut geht“ und spricht über Amokphantasien in der näheren Vergangenheit. Außerdem erwähnt er Aggressionen, die in ihm aufsteigen, wenn er sich ausgestoßen oder wegen seiner Hautfarbe ungerecht behandelt fühlt. Früher sei er dann auch handgreiflich geworden. Im Herbst 2006 wird Tim Zapp durch den MPD in Hilfebedarfsgruppe 2 eingestuft. Er hat keine gesetzliche Betreuung.

## 2. Lebenslauf/WohnBiografie bis zu ProSeLe

2.1 Tim Zapp verhält sich in den beiden Interviews (2009, 2010) zunächst verhältnismäßig zurückhaltend und zumeist wortkarg. Er erzählt eher lückenhaft aus seinem Leben und zeigt zunächst wenig eigene Initiative zur Fortführung des Gesprächs, ohne es aber beenden zu wollen. Bereits sehr früh im ersten Interview thematisiert er Amokphantasien und Suizidgedanken. Auch seine gefühlte Benachteiligung nimmt einen verhältnismäßig großen Raum ein und veranlasst ihn, zu längeren Ausführungen. Daneben geht er vor allem auf die Arbeitssituation ein. Knapper sind die Ausführungen zur Wohnsituation und zu seinen Hobbies. Biografische Erzählungen aus der Kindheit und Jugend tauchen kaum auf. Die Beziehung zu seinen Großeltern wird kurz angesprochen, während die Mutter im ersten Interview gar keine Erwähnung findet. Allerdings spricht er wiederholt von dem Wunsch, zu seinem Vater zu ziehen. Im zweiten Interview spielen die Mutter und die Tante eine größere Rolle. Insbesondere die Themen, die emotional belastend sind, veranlassen ihn hier zu längeren Erzählungen. Herr Zapp wird dabei zunehmend gesprächiger. Auf der gemeinsamen Fahrt zu seiner Wohnung, im Anschluss an das zweite Interview, beinhalten seine Erzählungen vermehrt die Themen Schule, Freunde und Hobbies.

2.2 Herr Zapp stammt aus einer ländlichen, süddeutschen Region, in der er 1983 geboren wird. Er wird als Sohn einer deutschen Mutter und eines lateinamerikanischen Vaters (mit dunkler Hautfarbe) geboren, wächst aber schon seit früher Kindheit in einiger Entfernung bei seinen Großeltern auf. Seine Mutter ist Gärtnerin, der Beruf des Vaters ist unbekannt. Im Interview spricht Herr Zapp von deren Drogenkonsum und von Gewalthandlungen des Vaters gegenüber der Mutter. Dabei ist auch die Rede davon, dass eine nicht näher bestimmte Handlung des Vaters mittlerweile „verjährt“ sei. Laut Akte kommt es im ersten Lebensjahr von Tim Zapp zu dessen unzureichender Versorgung in Form von frühkindlicher Deprivation und Mangelernährung, woraufhin er in einiger Entfernung bei seinen Großeltern untergebracht wird. Mit circa 3 Jahren sieht er den Vater zum letzten Mal. Im Dorf der Großeltern spielt er Fußball im örtlichen Verein, muss dieses Hobby aber im Alter von 15 Jahren verletzungsbedingt aufgeben. Er besucht zunächst die Grund-, später die Förderschule in einer nahe gelegenen Stadt. Der Schulbesuch wird im Alter von ca. zwölf bis 13 Jahren unterbrochen durch einen zweijährigen Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Danach besucht Tim Zapp eine Schule für Menschen mit geistiger Behinderung. Nach Abschluss der Schulzeit absolviert er eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme.

2.3 Nach Beendigung der berufsvorbereitenden Maßnahme beginnt Herr Zapp mit 20 Jahren eine dreijährige Berufsausbildung zum Beikoch in einer Einrichtung des Projektträgers und schließt diese 2006 ab. Während der Ausbildung holt er den Hauptschulabschluss nach. Es folgen verschiedene Praktika bei Einrichtungen der Behindertenhilfe, dem Finanzamt und einem großen Technologie- und Dienstleistungsunternehmen. Die Beschäftigungssituation in den darauf folgenden 1,5 Jahren bleibt unklar. Im Frühjahr 2008 ist er mit einem geringfügigen Arbeitsverhältnis bei einer Gaststätte auf dem Ersten Arbeitsmarkt beschäftigt. Diese Beschäftigung beendet er laut Dokumentation aufgrund zu langer Arbeitszeiten und einer angespannten Atmosphäre nach zwei Monaten wieder. In der Folgezeit befindet sich Tim Zapp auf Arbeitssuche und beginnt dann im Frühjahr 2009 eine ehrenamtliche, tagesstrukturierende Tätigkeit bei einer Tafel, die er im Herbst wieder aufgibt. Etwa zu diesem Zeitpunkt beginnt eine Maßnahme der Unterstützten Beschäftigung durch den Integrationsfachdienst und die Agentur für Arbeit. Im Rahmen dieser Maßnahme folgt etwas später ein Praktikum in einer Großküche, in der er die Zusage bekommt, dass er bis September 2011 dort beschäftigt werden könne.

Im Oktober 2006 zieht er im Alter von 23 Jahren von seinen Großeltern in eine nahe gelegene, stationär betreute Wohngruppe, in der er bis zum Eintritt in das Projekt wohnen bleibt.

**3. Verlauf von ProSeLe**

3.1 Im Dezember 2007 zieht Tim Zapp im Alter von 24 Jahren in eine eigene Einzimmerwohnung. Sie befindet sich zentrumsnah gelegen in demselben Dorf, in dem er bei seinen Großeltern aufwuchs. Es handelt sich dabei um ein großes, ländlich geprägtes Dorf, das sich in unmittelbarer Nähe zu einer mittelgroßen süddeutschen Stadt befindet. Herr Zapp, der seit 2006 in einer stationären Wohngruppe wohnt, äußert seit Juni 2007 explizit den Wunsch nach einer eigenen Wohnung. Sein Psychiater unterstützt diesen Wunsch offenbar. Als eines seiner Motive kann vermutlich seine in der Dokumentation formulierte kurzfristige Zielvorstellung nach selbständiger Lebensführung angesehen werden. Auch seine mittel- und längerfristigen Wünsche nach einer Arbeit und der Gründung einer Familie dürften in diesem Zusammenhang gelesen werden. Tim Zapp äußert sich zunächst zufrieden über den Wechsel der Wohnsituation, da er sich als Nichtraucher durch den Rauch der Mitbewohnerin beeinträchtigt gefühlt habe.

3.2 Herr Zapp wohnt alleine in einer kleinen Wohnung, die ebenerdig an einer Gasse im Zentrum eines großen Dorfes liegt. Die Wohnung ist im Grunde ein einzelnes Zimmer, das mit einer Haustüre, mit einem kleinen Bad, sowie einer Kochnische versehen wurde. Die

aufgeräumt wirkende, enge Wohnung ist mit einfachen gebrauchten Möbeln eingerichtet. Auf verschiedenen kleineren Schränkchen stehen eine schwarze Spielekonsole, ein schwarzer Flachbildschirmfernseher und ein schwarzes Notebook. An der Wand hängen zwei Fußballtrikots, Film-Poster, zwei Fotografien der Theatergruppe und Fotos von ihm in lässiger Pose. Der Verbleib in der Ortschaft, in der auch seine Großeltern wohnhaft sind, begünstigt die Pflege des wöchentlichen, zum Teil täglichen Kontakts mit den Großeltern. Zudem ermöglicht die Nähe zur alten Wohngruppe die Teilnahme an verschiedenen dort stattfindenden Angeboten. Herr Zapp besucht dort diverse formelle und informelle Angebote. Mit den Nachbarn kommt er, abgesehen von kleineren Protesten wegen seiner zu lauten Musik, nach eigenen Angaben, soweit gut zurecht. Er sagt, er passe sich an die Situation an.

Im Frühjahr 2009 zeichnet sich aufgrund von Schimmelbefall eine Unzufriedenheit mit der Wohnung und ein damit verbundener Streit mit dem Vermieter ab. Die Wohnung wird daraufhin renoviert. Infolgedessen arrangiert sich Herr Zapp vorübergehend, formuliert aber den Wunsch nach einer größeren Wohnung. Es wird jedoch deutlich, dass eine Realisierung dieses Wunsches aus finanziellen Gründen von der Übernahme durch den Arbeitgeber nach der Praktikantenzeit abhängt. Dies ist aus Sicht des Arbeitgebers aufgrund guter Leistungen auch denkbar, steht aber auf der Kippe wegen Herrn Zapps aggressiv-bedrohlichen Verhaltens gegenüber Mitarbeitern.

3.3 Was den **Hilfebedarf** angeht, so erledigt Tim Zapp Aufgaben im Bereich der Selbstversorgung weitestgehend alleine. Lediglich bei der Selbstversorgung mit Ernährung ist eine geringe, zum Projektende hin leicht ansteigende, Unterstützung notwendig (er ist laut Akte unzufrieden mit seinem Gewicht). Auch was die Mobilität angeht sowie bei Hausarbeiten und der Zubereitung von Mahlzeiten hat Herr Zapp kaum einen bzw. keinen Unterstützungsbedarf. Beim Einkaufen braucht er ebenfalls hohe Unterstützung, da Begegnungen mit anderen „fremden Menschen“ für ihn mit großen Ängsten verbunden sind. Bei informellen und partnerschaftlichen Beziehungen hat Herr Zapp einen geringen bis keinen Hilfebedarf. Ein anfangs hoher Hilfebedarf in Familienbeziehungen sinkt im Verlauf des Projekts auf mittleren bis keinen Hilfebedarf.

Der Hilfebedarf von Tim Zapp bezieht sich vorwiegend auf den Bereich der Interaktionen mit Behörden und den Umgang mit Stress und Krisen. Hier hat er während des ganzen Zeitraums konstant einen sehr hohen Hilfebedarf. Laut Dokumentation ist er bei Behördengängen überfordert und kann seine Interessen nicht selbst vertreten. Daraus resultiere ein hoher Bedarf an Begleitung vor allem gegenüber dem Job-Center, aber auch bei Arztbesuchen und anderen Behörden. Sobald Stresssituationen auftreten, steige sein Bedarf an Betreuung, Beratung und Vermittlung. Es ergäben sich wiederkehrende, schwerwiegendere Krisen, die oft in Verbindung mit einer Sehnsucht nach intakten Familienverhältnissen stünden. Diese Krisen seien begleitet von Trauer und Suizidankündigungen, sowie von Gewalt- und Amokphantasien. Ein offenes Ohr und Verständnis bewirkten aber, dass er sich meist nach wenigen Stunden wieder beruhigen könne. Vater, Mutter und Großeltern seien regelmäßige Gesprächsthemen. Krisenhafte Situation müssten durch enge Begleitung, zeitnahe und zeitintensive Gespräche stabilisiert werden.

Im Frühjahr/Sommer 2009 steigt der ansonsten sehr niedrige Unterstützungsbedarf bei der Instandhaltung häuslicher Gegenstände kurzzeitig sehr stark an, was im Kontext des Schimmelbefalls der Wohnung und dem drohenden Rechtsstreit zu lesen ist. Nach der Renovierung fällt der Bedarf dann wieder auf das alte, niedrige Niveau zurück.

Im selben Zeitraum steigt auch der Hilfebedarf bei Alltagsroutinen und fällt dann wieder ab. Es ist jedoch fraglich, ob die diesbezüglichen Angaben (Wahrnehmung von Arztterminen und Besuche im Job-Center) nicht vielmehr unter dem Aspekt der ohnehin durch hohen Unterstützungsbedarf charakterisierten, administrativen Aufgabenbereiche aufzufassen wären.

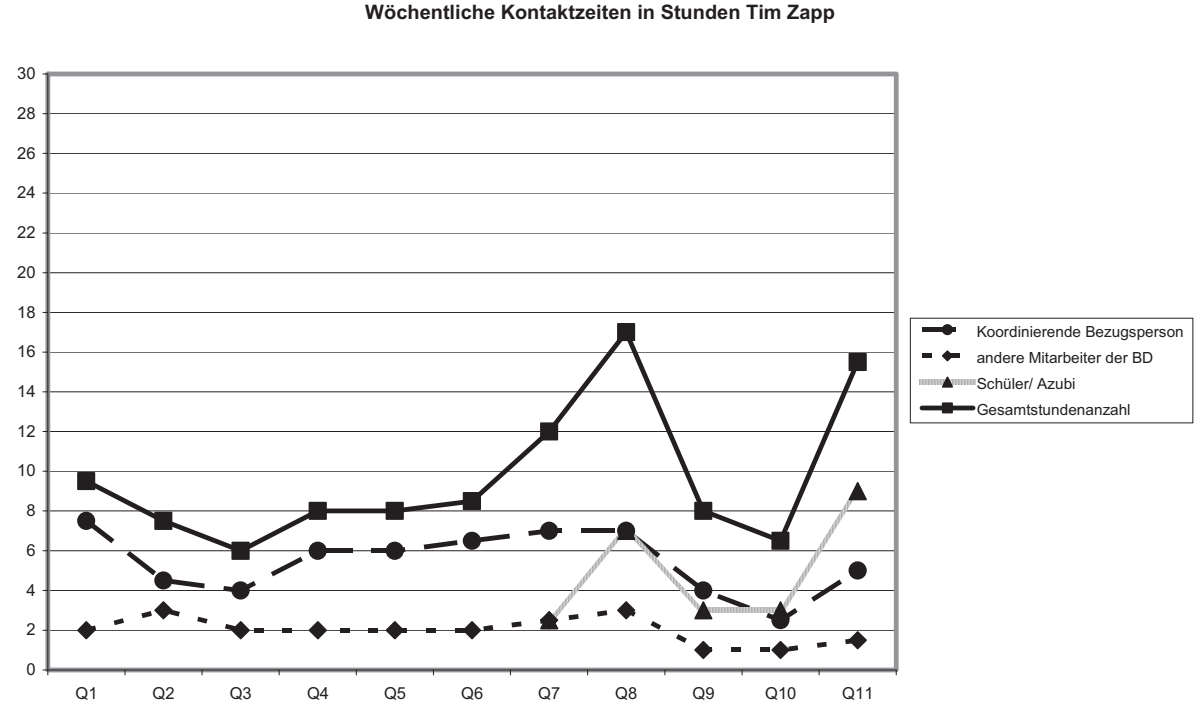
In der Interaktion mit Dienstleistern, beim Umgang mit Geld, einem Bankkonto und Ressourcen war der Hilfebedarf anfänglich sehr hoch. Wenngleich Herr Zapp auch am Ende des Projekts Unterstützung bei Überweisungen und beim der Überprüfen von Kontobewegungen wünscht, setzt sich doch in allen diesen Bereichen ein deutlicher Trend zur Verselbständigung durch.

| **Herr Zapp** | Q1 | Q2 | Q3 | Q4 | Q5 | Q6 | Q7 | Q8 | Q9 | Q10 | Q11 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstversorgung-Waschen | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Sich kleiden | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Essen,Trinken | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Ernährung | | | | | | | | | | | |
| Selbstversorgung-Gesundheit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Einkaufen | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Mahlzeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Hausarbeiten | | | | | | | | | | | |
| Häusliches Leben-Haushaltsggstd | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Dienstleister | | | | | | | | | | | |
| Interaktionen-Behörden | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Umgang mit Geld | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Bankkonto | | | | | | | | | | | |
| Lebensbereiche-Ressourcen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Gemeinschaftsleben-Freizeit | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Alltagsroutine | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Stress/Anforderung | | | | | | | | | | | |
| Allg. Aufgaben-Krisen | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-Fortbewegen | | | | | | | | | | | |
| Mobilität-öff. Verkehrsmittel | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Informelle Beziehungen | | | | | | | | | | | |
| Familienbeziehungen | | | | | | | | | | | |
| Partnerschaft | | | | | | | | | | | |

Die **Hilfeerbringung** erfolgt vorwiegend durch die koordinierende Bezugsperson (Zwischen drei und acht Stunden/Woche). In den ersten Quartalen fällt diese Form der Hilfe von acht auf vier Stunden/Woche, steigt dann wieder ein wenig an, um dann gegen Ende wieder deutlich abzufallen. Darüber hinaus spielen andere Mitarbeiter der Einrichtung eine Rolle (zwischen einer und drei Stunden/Woche). Hier ist die Hilfeerbringung relativ konstant, fällt aber ebenfalls in den letzten beiden Quartalen. Ab Spätherbst/Winter 2009 wird zusätzlich ein Schüler/Azubi eingesetzt und die Gesamtstundenzahl der Hilfeerbringung steigt kurzfristig stark an.

**Soziale Kontakte** bestehen vor allem zu den Großeltern. Auch am Ende des Projekts sind sie noch „regelmäßig“ und „intensiv“. Daneben bestehen Kontakte auch zu einer Tante mütterlicherseits. Tim Zapp nimmt zu Beginn des Projekts Kontakt zu seiner Mutter auf, die er ursprünglich „verteufelt“ habe, weil sie den Vater „weggeschickt habe“, so die zuständige Mitarbeiterin. Die innere Auseinandersetzung mit seinen Eltern tue ihm, laut Dokumentation, explizit gut. Die Beziehung zu seiner Mutter werde im Verlauf etwas intensiver, was sich günstig auf seine Gesamtbefindlichkeit auswirke. Es kommt zu regelmäßigen Telefonaten und einem Besuch bei der Mutter, bei dem ihn ein Azubi der Einrichtung begleitet. Im zweiten Interview solidarisiert Herr Zapp sich mit seiner Mutter (sie habe damals so gehandelt, weil sie nicht anders konnte) und beschreibt im Gegenzug die Beziehung zur Tante als Belastung, da „sie sich in sein Leben einmische“. Das Verlangen nach einem Kontakt zum Vater ist stets präsent.

Die KBP spricht davon, dass Herr Zapp den Vater „idealisiere“ und dass er meine, dieser würde ihn „beschützen“. Dennoch beschreibt Herr Zapp seinen Vater als denjenigen, der ihn und seine Mutter „im Stich gelassen hat damals“.



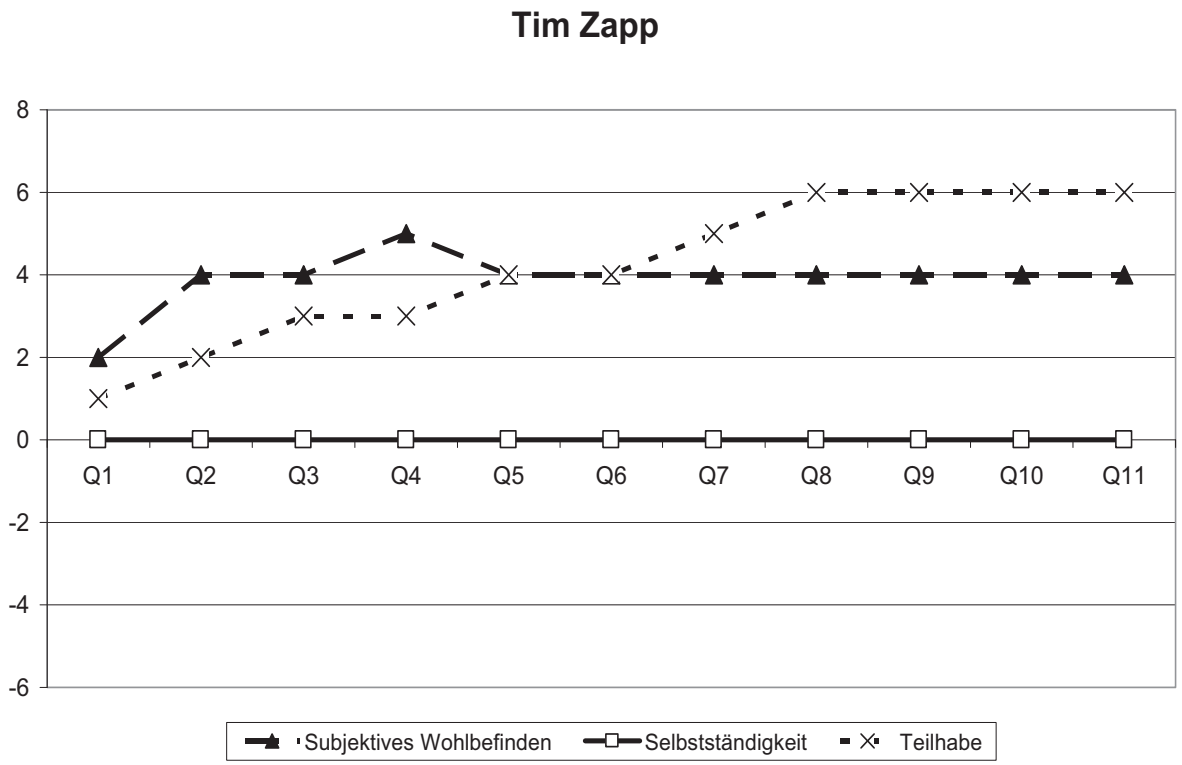

Über diese Kontakte hinaus erwähnt Tim Zapp einen langjährigen guten Freund aus dem Kosovo, der in einem nahe gelegenen Dorf wohnt. Diesen Freund, mit dem er täglich telefoniere und sich monatlich ein bis zwei Mal treffe, beschreibt er als eine Person, mit dem ihn das Gefühl des Fremd- und Ausgestoßenseins verbinde. Seine anderen „Kumpels“ kommen alle aus dem Dorf, in dem er wohnt. Deshalb wolle er dieses auch nicht verlassen. Die Kumpels seien alle Ausländer und selbst der einzige deutsche Freund fühle sich im Grunde auch wie ein Ausländer[72]. Zu den Nachbarn bestehen keine nennenswerten Kontakte.

In seiner Freizeit tanzt Tim Zapp gerne, ist Fan von Michael Jackson und hört gerne Black Music. Einen Teil seiner Freizeitaktivitäten verbringt er im Unterstützungszentrum der alten Wohngruppe. Dorthin kommt er zum Kaffee trinken, nimmt passiv an Gitarren- und Singangeboten teil, geht mit auf Ausflüge oder besucht die Gruppe aus informellen Anlässen. Auch geht er gerne mit seinem Freund ins Kino und begeistert sich für die Schauspielerin Helen Mirren.

Dennoch stagniert die Selbständigkeit laut Erhebung über alle Quartale hinweg auf einem gleich bleibenden Niveau, vermutlich hauptsächlich wegen des ausgesprochen hohen Unterstützungsbedarfs im administrativen Bereich und während der Krisen. Sein subjektives Wohlbefinden steigt vor allem in der ersten Zeit nach Beginn des Projekts und pendelt sich dann auf einem höheren Pegel ein. Es wird jedoch letztlich nicht als konstant beschrieben, sondern als “ambivalente Hoch- und Tiefpunkte mit ausgeglichenen Phasen“. Die dokumentierte Teilhabe seit Projektbeginn steigt stetig an. Im Zeitraum des Projektverlaufs meldet sich Tim Zapp drei Mal zu aufeinander folgenden Englischkursen an der VHS an, die er dann je regelmäßig und mit Begeisterung besucht. Zu Anfang braucht er für die Anmeldungen noch Begleitung. Gegen Ende des Projekts schafft er es, sich selbst anzumelden. Dagegen ist die Zeit der Arbeitslosigkeit mit vielen Absagen und Frustrationen

[72] „Und die meisten Kumpels wo ich da kenn sind Ausländer. Und da ich ganz nett (?) mit Ausländer rede, mit Deutsche isch, der eine ist vielleicht 'n Deutscher, aber der isch, fühlt sich au wie 'n Ausländer.“

verbunden. Im Spätherbst 2009 beginnt er ein Praktikum in einer Großküche im Rahmen einer Maßnahme der Unterstützten Beschäftigung. Die Rückmeldungen sind gut und die Küchenleitung räumt eine Übernahme ein.




**4. Beurteilung der wohnbiografischen Situation am Ende/nach dem Ende des Projekts**

Zu Beginn des Projekts äußert Tim Zapp den Wunsch nach einer selbständigen Lebensform, einer Arbeitsstelle und der langfristigen Gründung einer Familie: „Vielleicht in einem anderem Land. (Pause) Da wo mein Vater lebt." Seinem expliziten Wunsch nach einer eigenen Wohnung als Ausgangspunkt für eine selbständige Lebensführung konnte entsprochen werden, trotz des konstant hohen Hilfebedarfs. Auch konnte er in ein Beschäftigungsverhältnis eintreten, das für ihn mit einer Perspektive verbunden ist: „Die haben mit mir großes vor." Allerdings ist am Ende des Projekts unsicher, ob er – seinem Wunsch entsprechend – vom Arbeitgeber übernommen wird. Seine Leistungen seien zwar gut, aber sein Verhalten im Kontext seiner „emotionalen Aufstauungen" machen viele Telefonate der KBP mit seinem Chef nötig. Diese Situation wird von seiner Bezugsperson jedoch als entwicklungsfördernder Anlass gewertet, bei dem Herr Zapp sich selbst die Frage stelle, wie er derartige Situationen besser unter Kontrolle bekommen könne.

Seine professionelle Bezugsperson bewertet das Projekt im Nachhinein als „total positiv für Herrn Zapp". Die Dokumentation habe ihm Freude gemacht und es wäre „eine Art persönliche Auseinandersetzung" für ihn gewesen. Auch das Interview wird von seiner KBP in der Wirkung auf Herrn Zapp als beruhigend beschrieben. Die KBP geht davon aus, dass das Projekt und der damit verbundene finanzielle Spielraum seinen Entwicklungsprozess beschleunigt haben.

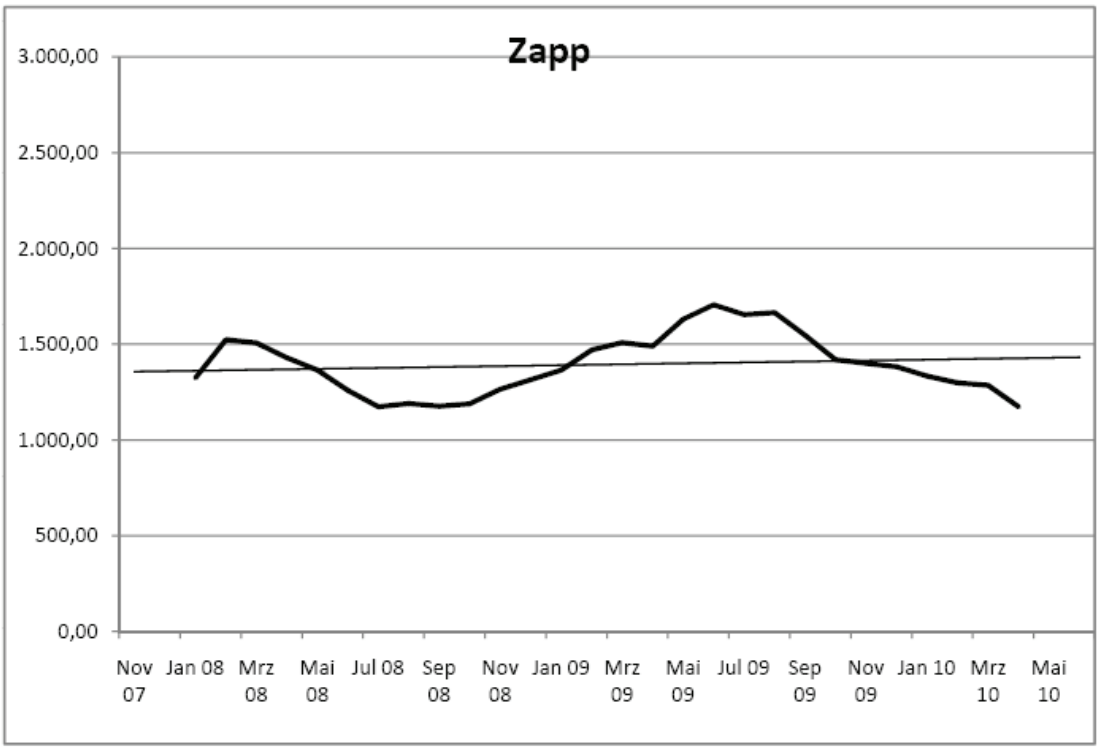
Sein soziales Umfeld, insbesondere der intensive Kontakt zu seinen Großeltern, kann mit Einschränkungen als Ressource betrachtet werden. Allerdings benötigt er nach wie vor große Unterstützung, vor allem bei der Bewältigung von Krisen und Stresssituationen. Diese Krisen stehen zumeist in Verbindung mit seiner Herkunft – sei es in Bezug auf seine familiären Verhältnisse oder seine Hautfarbe. Für den weiteren Prozess der Verselbständigung erscheint es momentan unumgänglich, diese Themen zu bearbeiten. In

der Beziehung zu seiner Mutter hat bereits eine solche Bewegung eingesetzt, die von positiven Signalen begleitet wird. Was nach wie vor im Raum steht, gleichsam einem Kristallisationspunkt der krisenbehafteten Themen und Tim Zapps Hoffnungen, ist sein Wunsch, seinem Vater und damit auch seinen Wurzeln zu begegnen[73].

Die Auseinandersetzung mit seiner Herkunft bzw. Abstammung scheint mit den wesentlichen Lebensthemen (sowohl emotionale Krisen als auch persönliche Vorlieben und Wünsche) in Beziehung zu stehen. So zum Beispiel die genannte Suche nach dem Vater, die Deutung des Verhaltens seiner Mutter, das Gefühl der Fremde und des Ausgestoßenseins, Konflikte (u.a. am Arbeitsplatz) im Kontext seiner Hautfarbe, konfliktträchtige Positionierungen zwischen der leiblichen Mutter und der Großmutter/Tante, evtl. auch seine Hobbies.

Selbst sein Lieblingsfilm, dessen Plakat an zentraler Stelle in seinem Zimmer hängt, hat das Thema Herkunft, Wurzeln und Verlassenwerden zum thematischen Inhalt. Letztlich scheint diese ungelöste biografische Thematik seine zentralen Wünsche nach Familiengründung, einem festen Arbeitsplatz und einer größeren Wohnung zu gefährden. Zumindest wenn man davon ausgeht, dass dieses unzureichend geklärte Lebensthema ihm Zugänge zu sozialen Kontakten, konstanter Beschäftigung und, damit verbunden, auch materiellem Wohlstand wesentlich erschwert. Am Ende des letzten Interviews antwortet er auf die Frage nach seinen Wünschen für die Zukunft: „Und ich hoff, dass ich irgendwann mein Vater find. Desch mein größter Wunsch.“ Kurz darauf: „Auf jeden Fall will ich’s nicht so machen, wie’s mein Vater gemacht hat damals.“

**5. Kostenverlauf**




[73] I: „Waren Sie schon mal in Südamerika?“ – Z: „Ne.“ - I: „Sie würden gerne hin? ja?“ Z: "Ich würde schon gucken, wo ich ursprünglich herkomm, aber ich bin ja hier geboren, aber wo mein Vater her ursprünglich her ist. Ich sag mal, vielleicht würde es mir da besser gehen wie hier." An anderer Stelle: „Und dort würd's mir viel besser gehen, bei meinem Vater und so und ich bin hier falsch am Platz und so und deshalb hab i auch manchmal die Selbstmordgedanken und so, hätte ich mich vorm Zug gesprungen letzte Woche und so.“

# Literatur:

Armbruster, Jürgen; Schulte-Kemna, Georg; Widmaier-Berthold, Christa: Kommunale Steuerung und Vernetzung im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn (Psychiatrie-Verlag) 2006

Armbruster, Jürgen; Schulte-Kemna, Georg; Kluza, Rainer: Personenzentrierte Organisation psychiatrischer Hilfen als Herausforderung für die Träger. In: Armbruster, Jürgen; Schulte-Kemna, Georg; Widmaier-Berthold, Christa: Kommunale Steuerung und Vernetzung im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn (Psychiatrie-Verlag) 2006: 77-86

Aselmeier, Laurenz: Community Care und Menschen mit geistiger Behinderung. Gemeinwesenorientierte Unterstützung in England, Schweden und Deutschland. Wiesbaden (VS) 2008.

Bollnow, Otto von: Mensch und Raum. (Kohlhammer, 10. Aufl.) Stuttgart 2004

Bruderhausdiakonie (BHD): Projekt „Neue Angebote in der Eingliederungshilfe“. Abschlussbericht. Reutlingen 2007

Bruderhausdiakonie (BHD): Die Geschichte der Bruderhausdiakonie. Reutlingen 2009

Bruderhausdiakonie (BDH): 200 Jahre Gustav Werner. Teil haben. Teil sein. Reutlingen 2009a

Bundesgesetzblatt: Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen : UN-Konvention. 2008. Internetressource: http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe: Wohnformen und Teilhabeleistungen für behinderte Menschen. Münster 2006

Cloerkes, Günther; Kastl, Jörg Michael: Einleitung. In dies. (Hrsg.): Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderungen im Netz der Institutionen. Heidelberg (Winter) 2007: 7-14

Consens-gmbH: Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2009. Münster/Hamburg (BAGüS, consens) 2010

Deppermann, Arnulf: Gespräche analysieren. Eine Einführung. Wiesbaden (VS) 2008

Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 7/4200; Bonn 1975.
Internetressource: http://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/enquete.html

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information): ICF- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf 2005

Dörner, Klaus: Community Care als logische Folge der Deinstitutionalisierung. Internetressource 2000: http://www.rauheshaus.de/fach-forum/veroeffentlichungen/behindertenhilfe/community-care/community-care-als-logische-folge-der-deinstitutionalisierung/ abg. 18.3.2011

Dörner, Klaus (Hrsg): Ende der Veranstaltung. Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie. Neumünster (Paranus) 2001

Dörner, Klaus: Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster (Paranus) 2007

Duschek, Klaus Jürgen u.a.: Ergebnisse der Sozialhilfstatistik 2009. In Statistisches Bundesamt (Hrsg): Wirtschaft und Statistik, Wiesbaden Februar 2011

Eder, Karl Rudolf (Hrsg.): 150 Jahre Mariaberger Heime. Beiträge zur Geschichte geistig behinderter Menschen. Gammertingen (Mariaberger Heime) 1997

Flick, Uwe: Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden (VS) 2008

Gaedt, Christian: „Ein Ort zum Leben – ein Reformkonzept für geistig und psychisch Behinderte?, in Klaus Dörner (Hg.): Die Unheilbaren. Was machen Langzeitpatienten mit uns – und was machen wir mit ihnen, Rehburg-Loccum (Psychiatrie-Verlag) 1983, S. 47-56

Gaedt, Christian: Das Leben mit geistig Behinderten. Aus der Isolation in die Gleichheit? In: Achim Thom und Erich Wulff (Hg.): Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West, Bonn (Psychiatrie-Verlag) 1990, S. 273-287

Gaedt, Christian: Die vermeidbare Entwicklung von Schwerbehindertenzentren. Ein Plädoyer für Großeinrichtungen im System der Wohnangebote für geistig Behinderte. In: Geistige Behinderung 31. Jg. 1992, S. 94-106

Gaedt, Christian: „Ort zum Leben“ – eine Wiederannäherung. Internetressource: http://www2.initiative-bs.de/doc/Leitkonf_vers_21-1neu.pdf ; 2007

Goffman, Erving: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1973

Göltz, Brigitte: Weiterentwicklung des Landesrahmenvertrags nach § 79 Abs. 1 SGB XII. Schritte zur Aktualisierung und Präzisierung der aktuellen Leistungstypensystematik – eine unendliche Geschichte. Vortrag bei der „Werkstatt Eingliederungshilfe“ der LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. Nov./Dez. 2010. Internetressource: http://www.liga-bw.de/uploads/media/Vortrag_Goeltz_Landesrahmenvertrag.pdf – abgerufen am 21.3.2011

Hinderhofer, Markus; Rüdenburg, Bodo: 100 Jahre Hilfsverein für 'reconvaleszente geisteskranke' in Württemberg. In Hans Kayser (Hrsg.): Vom Anstaltspflegling zum Psychiatrieerfahrenen. Stationen sozialpsychiatrischer Entwicklung in Südwestdeutschland. Zwiefalten (Verlag Psychiatrie und Geschichte) 1995: 6-38

Hömig, Dieter (Hrsg.): Kommentar Grundgesetz der Bundesrepubblik Deutschland. Baden-Baden (Nomos, 8. Aufl.) 2007

Hörmle, Gabriele; Wieland, Jürgen: Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2009. KVJS Stuttgart 2010

Jantzen, Wolfgang: Rehistorisierung - Zu Theorie und Praxis verstehender Diagnostik bei geistig behinderten Menschen. Internetressource: http://bidok.uibk.ac.at/library/beh6-99-rehistorisierung.html (abgerufen am 120.6.2011). 1999

Jantzen, Wolfgang: „… die da dürstet nach Gerechtigkeit“ Deinstitutionalisierung in einer Großeinrichtung der Behindertenhilfe. Berlin (Marhold) 2003

Kastl, Jörg Michael: Behinderung und Verrechtlichung. Selbstbestimmung und Teilhabe un-

ter den Bedingungen des gegliederten Systems. Eine Fallanalyse. In Günther Cloerkes, Jörg Michael Kastl (Hrsg.) Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderungen im Netz der Institutionen. Heidelberg (Winter) 2007: 15-48

Kastl, Jörg Michael: Hannes K., die Stimmen und das Persönliche Budget. Soziobiografie einer Behinderung. Bonn (Psychiatrieverlag) 2009

Kastl, Jörg Michael: Einführung in die Soziologie der Behinderung. Wiesbaden (VS) 2010

Kastl, Jörg Michael; Meyer, Thomas: Deinstitutionalisierung durch Persönliche Budgets. Am Beispiel der Situation von Menschen mit psychischen Behinderungen. In Günther Cloerkes, Jörg Michael Kastl (Hrsg.) Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderungen im Netz der Institutionen. Heidelberg (Winter) 2007a: 187-210

Kastl, Jörg Michael; Meyer, Thomas: Therapeutischer Nutzen des Persönlichen Budgets. In Michael Konrad, Matthias Rosemann (Hrsg.): Handbuch Betreutes Wohnen. Psychisch Kranke im Alltag begleiten. Bonn (Psychiatrieverlag) 2011 (im Erscheinen).

Kayser, Hans (Hrsg.): Vom Anstaltspflegling zum Psychiatrieerfahrenen. Stationen sozialpsychiatrischer Entwicklung in Südwestdeutschland. Zwiefalten (Verlag Psychiatrie und Geschichte) 1995

Kelle, Uwe; Kluge, Susann: Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen (Leske und Budrich, 2. Aufl.) 2010

Kessl, Fabian; Reutlinger, Christian: Sozialraum. Eine Einführung. Wiesbaden (VS, 2. Aufl.) 2010

Kirschenbauer, Hans-Joachim; Holke, Jörg: Wegweiser durch die Vielfalt der Budgetbegriffe. In Psychosoziale Umschau 2/2006: 25-28

Kluge: Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Bearbeitet von Elmar Seebold. Berlin, New York (de Gruyter, 23. Auflage) 1995

Konrad, Michael, Schock, Sabine; Jager Joachim: „Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie“ Bonn 2006

Kuckartz, Udo: Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden (VS) 2005

LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Baden_Württemberg e.V. – Ligaausschuss Psychiatrie und Behindertenhilfe: Vergleich der Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 75 SGB XII zum Ambulant Betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderung. 25.10.2010. Internetressource http://www.liga-bw.de/Ambulant-Betreutes-Wohnen-75-SGB-XII.292.0.html - abgerufen am 21.3.2011

Mannoni, Maud: Ein Ort zum Leben. Die Kinder von Bonneuil. Frankfurt a.M. (Syndikat) 1978

Mayer-Dölle, Sabine; Köppen, Uwe: Ein Landkreis übernimmt Verantwortung - PLanungsziele und ihre Umsetzung in Reutlingen. In Armbruster, Jürgen; Schulte-Kemna, Georg; Widmaier-Berthold, Christa: Kommunale Steuerung und Vernetzung im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn (Psychiatrie-Verlag) 2006: 50-61

Meyer, Thomas: Wem und was „nutzt“ das Persönliche Budget. In Forum Soziale Arbeit und Gesundheit 3/2010: 38-42

Meyer, Thomas: Potenzial und Praxis des Persönlichen Budgets. Eine Typologie von BudgetnutzerInnen in Deutschland. Wiesbaden (VS) 2011.

Metzger, Nils; Pytlik, Anja; Steinmaier-Berner, Sonja: 200 Jahre Gustav Werner. Teil haben. Teil sein. 1809-2009. Reutlingen (Bruderhausdiakonie, Diakonie-Verlag) 2009

Metzler, Heidrun; Meyer, Thomas; Rauscher, Christine; Schäfers, Markus; Wansing, Gudrun: Begleitung und Auswertung der Erprobung Trägerübergreifender Persönlicher Budgets. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. Berlin (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) 2007

Middelhoff, Hans Dieter: Das psychiatrische Hilfsvereinswesen in Baden. In Hans Kayser (Hrsg.): Vom Anstaltspflegling zum Psychiatrieerfahrenen. Stationen sozialpsychiatrischer Entwicklung in Südwestdeutschland. Zwiefalten (Verlag Psychiatrie und Geschichte) 1995: 39-71

Mrozynski, Peter: SGB IX Teil 1. Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Kommentar. München (Beck) 2002

Müller, Thomas: Das Vorbild Gheel und die psychiatrische Familienpflege im 19. Jahrhundert. In Sozialpsychiatrische Informationen 4/2004: 7-11

Münder Johannes: Sozialraumorientierung – mehr als eine Modebewegung. In SOS-Dialog 2001, München (Sozialpädagogisches Institut der SOS-Kinderdorf e.V.)

Münder, Johannes u.a. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XII. Sozialhilfe. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden (Nomos, 7. Aufl.) 2002

Münder, Johannes: Sozialraumorientierung aus rechtlicher Sicht. http://www.isa-muenster.de/pdf/Sozialraumorientierung.pdf – abgerufen am 21.3.2011

Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII vom 15. Dezember 1998 mit redaktioneller Anpassung zum 1.1.2005 in der aktualisierten Fassung Stand: 20. September 2006 zu den Leistungs-, Vergütungs-, und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII für Baden-Württemberg für stationäre und teilstationäre Einrichtungen und Dienste. Internetressource unter www.bagues.de; abgerufen am 21.3.2010

Rohrmann, Eckhard (2005): Ambulant oder stationär. Unterstützung behinderter Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Vortrag auf der Veranstaltung De-Institutionalisierung von Menschen mit Behinderungen – ein Schlüssel der Disability Studies am 15. April 2005 in Kassel. http://www.forsea.de/aktuelles/Ambulant%20oder%20stationaer.pdf

Roth, Angela: Würdig einer liebevollen Pflege. Die württembergische Anstaltspsychiatie im 19. Jahrhundert. Zwiefalten (Verlag Psychiatrie und Geschichte) 1999.

Schäfers, Markus: Wie man aus einem Persönlichen Budget eine verdeckte Sachleistung macht. Eine provokative Anleitung. In: Teilhabe 4/2009 (48): 176-183

Schäper, Susanne: Von der Anstalt zur 'caring community' – Dezentralisierung und Kommunalisierung in der Behindertenhilfe. In Heinz-Jürgen Dahme(Norbert Wohlfahrt (Hrsg.) Regiert das Lokale das Soziale? Die Kommunalisierung und Dezentralisierung sozialer Dienste als sozialpolitische Reformstrategie. Hohengehren (Schneider) 2010: 84-100

Schneider, Jochen: Das Persönliche Budget gefangen in der Angebotszentrierung. Ein ergänzender Blick auf eingeschränkte Gestaltungsmöglichkeiten für Budgetnehmer(innen). In: Teilhabe 4/2010 (49): 179-180

Seligman, Martin E.P.: Erlernte Hilflosigkeit. Weinheim (Beltz, 4. Aufl.) 2011

Spitz, René A.: Die anaklitische Depression. In: Günther Bittner, Edda Harms (Hrsg.): Erziehung in früher Kindheit. Pädagogische, psychologische und psychoanalytische Texte. München (Piper) 1985a

Spitz, René A.: Hospitalismus I & II. In: Günther Bittner, Edda Harms (Hrsg.): Erziehung in früher Kindheit. Pädagogische, psychologische und psychoanalytische Texte. München (Piper) 1985b

Socialstyrelsen: Swedish disability policy (deutsch). Internetressource:
www.socialstyrelsen.se/disability – abgerufen am 18.3.2011

Steinhart, Ingmar: Psychiatrie ohne Schubladen. In Psychosoziale Umschau 2/2006a

Steinhart, Ingmar: Personenbezogene Finanzierung aus einem Regionalbudget. Erste Erfahrungen in der Hansestadt Rostock. Kerbe 3/2006b: 37-40

Steinhart, Ingmar: Die Finanzierung lebensfeldorientierter und personenzentrierter Hilfen aus einem Regionalbudget. Ein Bericht über den Fortgang in Rostock. Kerbe 2/2010: 16-18

Sveriges Officiella Statistik: Statistik – Socialtjänst - Personer med funktionsnedsättning – insatser enligt LSS år 2009. Stockholm (Socialstyrelsen) 2010.

Stier, Bernhard: Fürsorge und Disziplinierung im Zeitalter des Absolutismus. Das Pforzheimer Zucht- und Waisenhaus und die badische Sozialpolitik im 18. Jahrhundert. Sigmaringen (Thorbecke) 1988.

Stier, Winfried: Methoden der Zeitreihenanalyse. Berlin (Springer) 2001

Strauss, Anselm; Corbin, Janet: Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim (Beltz) 1996

Vanja, Christina: Vom Hospital zum Betreuten Wohnen – Die institutionelle Versorgung behinderter Menschen seit dem späten Mittelalter. In: Günther Cloerkes, Jörg Michael Kastl (Hrsg.): Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderungen im Netz der Institutionen. Heidelberg (Winter) 2007: 79-100

Veltin, Alexander: Bürgerhelferinnen/Bürgerhelfer, Psychosoziale Hilfsvereine und die Gemeindepsychiatrie. In Hans Kayser (Hrsg.): Vom Anstaltspflegling zum Psychiatrieerfahrenen. Stationen sozialpsychiatrischer Entwicklung in Südwestdeutschland. Zwiefalten (Verlag Psychiatrie und Geschichte) 1995: 72-89

Weller, Arnold: Sozialgeschichte Südwestdeutschlands. Stuttgart (Theiss) 1979

Wernet, Andreas: Einführung in die Interpretationstechnik der Objektiven Hermeneutik. Wiesbaden (VS, 2. Aufl.) 2006

Willer, Barry; Intagliata, James: Promises and realities for mentally retarded citizens: Life in the community. Baltimore (University Park Press) 1984

Wocken, Hans (2009): Inklusion & Integration. Ein Versuch, die Integration vor der Abwertung und die Inklusion vor Träumereien zu bewahren. Manuskript, Frankfurt. Ursprünglich im Internet unter: http://www.hans-wocken.de - Abruf am 2.12.2009; mittlerweile erschienen in: Stein, Anne-Dore /Niediek, Imke /Krach, Stefanie (Hrsg.): Integration und Inklusion auf dem

Wege ins Gemeinwesen. Möglichkeitsräume und Perspektiven. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 204-234

Zechert, Christian; Faulbaum-Decke, Wolfgang; Floeth, Thomas; Greul, Marius; Kleinschmidt, Martin; Schädle, Josef: Integrierte Versorgung in der Gemeindepsychiatrie – jetzt! In Soziale Psychiatrie 01/2010: 4-9

LANDKREIS
REUTLINGEN

bruderhaus DIAKONIE
Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg

PH Ludwigsburg
University of Education