

# Vom Betreuten Wohnen zur mobilen Unterstützung

## Das Assistenz-Konzept verlangt von den Profis ein neues Berufsverständnis

MICHAEL KONRAD UND

MATTHIAS ROSEMANN

Michael Konrad, Dr. biol. hum., Dipl. Psychologe, ist Leiter des Geschäftsbereichs Wohnen Ravensburg-Bodensee am ZFP Südwestfalen. Er ist Sprecher des gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Ravensburg.

Matthias Rosemann, Psychologe und Soziologe M. A., ist Geschäftsführer der Träger gGmbH in Berlin und Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.

**Entscheidendes Merkmal der mobilen Unterstützung im Vergleich zum Betreuten Wohnen ist, dass die professionelle Betreuung unabhängig von der Wohnform in aufsuchender Weise organisiert ist. Unter »aufsuchend« ist dabei jede sinnvolle Form der Begegnung zu verstehen: sie kann sich in der Häuslichkeit des Klienten vollziehen, aber auch an jedem anderen Ort, an dem die Begegnung erforderlich wird.**

Betreutes Wohnen ist einer der schillerndsten Begriffe im Sozialsystem der Bundesrepublik. Er wird sowohl im System der Altenhilfe als auch in den Systemen der Eingliederungshilfe (mancherorts einschließlich der Suchtkrankenhilfe) gebraucht, allerdings mit völliger unterschiedlicher Konnotation. Im Folgenden thematisieren wir ausschließlich das System der Eingliederungshilfe – bezogen auf die gemeindepsychiatrische Versorgung. Er ist weder fachlich genau konturiert noch sozialrechtlich definiert. Letztlich ist er in der Gemeindepsychiatrie entstanden aus der Entwicklung von Alternativen zu den Heil- und Pflegeanstalten oder den Heimen (detailliert in Rosemann & Konrad 2011).

Standen am Anfang der Entwicklung die Heime (das »Stationär Betreute Wohnen«), so folgten diesen die Angebote des Ambulant Betreuten Wohnens einschließlich der therapeutischen Wohngemeinschaften und des Betreuten Wohnens in Familien. Die Finanzierungsstrukturen von Heimen sind bundesweit ziemlich gleich; beim Ambulant Betreuten Wohnen und den Wohngemeinschaften zeigen sich aber erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern, manchmal selbst zwischen den Kommunen innerhalb eines Landes.

Der Begriff »Betreutes Wohnen« suggeriert, dass die Hilfe sich allein auf das Wohnen von Menschen bezieht und demzufolge die Beratung eher durch Innenarchitekten oder Hauswirtschaftskräfte als durch Sozialarbeiter erfolgen sollte. Wenn es personenzentriert praktiziert wird, ist Betreutes Wohnen jedoch vielmehr eine umfassende Hilfe in all den Lebensbereichen, in denen Unterstützung benötigt wird.

Betreutes Wohnen ist Alltagsbegleitung, die bei den primären Grundbedürfnissen beginnt und sich gegebenenfalls auch vollständig außerhalb der Wohnung vollziehen kann. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich mit ihren Klienten an deren Arbeitsort treffen, unterstützen ihren Klienten auf dem Weg zu mehr Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Der Paradigmenwechsel, der sich im Bereich der Langzeitversorgung psychisch kranker Menschen seit einigen Jahren vollzieht, muss daher als Übergang vom institutionszentrierten Betreuten Wohnen zur mobilen Unterstützung beschrieben werden.

Entscheidendes Merkmal der mobilen Unterstützung ist, dass die professionelle Betreuung unabhängig von der Wohnform in aufsuchender Weise organisiert ist. Unter »aufsuchend« ist dabei jede sinnvolle Form der Begegnung

nung zu verstehen: sie kann sich in der Häuslichkeit des Klienten vollziehen, aber auch an jedem anderen Ort, an dem die Begegnung erforderlich wird.

Betrachtet man die flexiblen Möglichkeiten der sozialpsychiatrischen Heimversorgung, dann lösen sich auf der Ebene der Hilfeerbringung die Unterschiede zwischen ambulant und stationär betreutem Wohnen weitgehend auf; ein Prozess, der sich in den Absichten der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister hinsichtlich der Forderungen zur Veränderung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen abbildet.

Es wurden während der Jahrtausendwende viele zusätzliche Plätze des Ambulant Betreuten Wohnens geschaffen, diese bleiben jedoch solange den »marktgängigen Klienten« (Dörner 2004) vorbehalten, solange nicht im ambulanten Setting eine dem Heim oder der Klinik vergleichbare Betreuungsdichte ermöglicht wird.

Bei dem Umbau der Heimversorgung nützt das Leitbild »first place than train« (Drake et al. 1999). Danach können psychisch kranke Menschen in einer Institution nur bedingt für das Leben außerhalb dieser Institution trainiert werden. Die Konsequenz lautet: Die Hilfen bei der Bewältigung des Alltags müssen in Wohnformen geleistet werden, in der die Bewohner auch mit weniger oder gar ohne Hilfe bleiben können.

Großgruppen werden in Wohnungen in der Gemeinde ausgelagert, in denen die Bewohner weiter wohnen können, wenn sie die Intensität des stationären Hilfeangebots nicht mehr benötigten (vgl. Konrad et al. 2006). Besonders effektiv ist die Wohnform der Einzelapartments in Verbindung mit Orten, an denen professionelle Helfer anzutreffen sind. Die professionellen Helfer reagieren nicht mehr restriktiv, sondern kreativ auf das herausfordernde Verhalten. »Systemsprenger« finden kein Feld mehr vor, das sie sprengen können.

Was im Rahmen von ambulant finanzierten Hilfen möglich ist, zeigen Entwicklungen in Stadtstaaten, in denen die Trennung von örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger keine Bedeutung hatte: In Berlin entstand in jedem Bezirk ein gemeindepsychiatrisches Hilfesystem, das sowohl ehemaligen Langzeitpatienten der Kliniken wie auch allen anderen Personengruppen geeignete Angebote machen konnte

– nahezu ohne Aufbau von Plätzen in Wohnheimen.

Möglich war dies, da in einer politischen Entscheidung beim Abbau von über 1.200 Krankenhausbetten von Langzeitpatienten ab Mitte der 1990er Jahren auch ambulante Betreuungsformen so personalintensiv ausgestattet wurden, dass sie für die Betreuung von sehr schwer beeinträchtigten Klienten geeignet waren. Gleichzeitig mit dem Enthospitalisierungsprozess wurde mit dem landesweiten Aufbau eines konsequent auf den individuellen Bedarf der Klienten ausgerichteten Systems der Eingliederungshilfe begonnen – mit Hilfeplankonferenzen und regionaler Pflichtversorgung (Beuscher 2009, Fogs 2011).

Die Lösung der Hilfe von der Form des Wohnens legt daher nahe, das Verständnis des »Betreuten Wohnens« durch das der »mobilen Unterstützung« abzulösen.

### **Inklusion und Personenzentrierte Hilfeleistung**

Die Enthospitalisierungs-Studien haben gezeigt, dass der Wechsel in eine ambulant betreute Wohnung bei vielen chronisch psychisch kranken Menschen nicht automatisch zu einer besseren Integration in die Gemeinde führt. Aufgrund dieser Tatsache konnte Dörner (2010) provokativ formulieren: »Statt Gemeindepsychiatrie kommt nur ›Psychiatrie-Gemeinde‹ heraus, wo bis in den ambulanten Bereich psychisch Kranke von Profis umzingelt und genau so lange nicht integriert sind.«

Um den Boden für echte Integration zu bereiten, ist die vollständige Ablösung des institutionszentrierten durch ein personenzentriertes Denken und Handeln erforderlich. Grundlage dafür ist wiederum, dass ein psychisch kranker Mensch seinen Wohnort nicht verlassen muss, um die notwendige Unterstützung in der erforderlichen Intensität zu erhalten.

Der Paradigmenwechsel von institutionszentrierten zu personenzentrierten Hilfen stellt die Anbieter der mobilen Unterstützung vor zwei zentrale Herausforderungen: die eigentliche Betreuungsleistung individuell auszurichten und die Wohn- und Lebensverhältnisse an den Wünschen des Klienten zu orientieren. Dabei sind beide Aspekte zwar für die Hilfeplanung von wesentlicher

Bedeutung, aber nur durch die Verknüpfung der Überlassung von Wohnraum mit der Betreuung miteinander verbunden (vgl. Gromann 2011).

In den 1970er und 1980er Jahren galten vielerorts noch die Prinzipien der »therapeutischen Kette«: Am Anfang stand das Heim, dann das Ambulant Betreute Wohnen und als Krönung die eigene Wohnung. Darin steckten verschiedene Probleme: Heim, Außenwohngruppe und Wohngemeinschaften waren regelhaft in Gruppen organisiert und erforderten bzw. erzwangen soziale Kontakte innerhalb des Wohnumfelds. Und jede Veränderung war in der Regel mit Veränderungen der Bezugspersonen im therapeutischen Team verbunden. Beides, das Leben in einer Gruppe und die immer wieder wechselnden Bezugspersonen, sind für sich wieder neue Belastungen und Risiken, die zur Auslösung von Krisen führen können. Das Scheitern des Modells der therapeutischen Kette führte zur Entwicklung des personenzentrierten Ansatzes (vgl. Kauder 1997).

Im Modell des personenzentrierten Ansatzes hat die Betreuung in der Lebenswelt der betreuungsbedürftigen Person anzusetzen. Der Begriff Lebenswelt meint aber nicht künstlich gebildete Institutionen, die speziell für die Betreuung behinderter Menschen geschaffen wurden, sondern spricht den Sozialraum des Menschen mit und ohne Behinderung an. Hilfen für behinderte und psychisch kranke Menschen können in der Lebenswelt immer nur begleitenden und unterstützenden Charakter haben. Standardisierungen sind ausgeschlossen.

Die Hilfe suchende Person wird vom Objekt der Versorgung zum handelnden Subjekt, das entsprechend des individuellen Bedarfs Hilfen erhält. Zentrale Stellung hat der Begriff »Empowerment«, der beinhaltet, dass der Klient dabei unterstützt wird, sich schrittweise zu einem selbstbestimmten Leben zu befähigen (Knuf u. a. 2007). In der Perspektive des Klienten als Subjekt kann der Professionelle ihm nicht mehr seine Interpretation der Realität vorgeben, sondern ist darauf angewiesen das Verständnis von Realität auszuhandeln.

Voraussetzung für eine volle Integration in das gesellschaftliche Leben ist ein soziales Netzwerk in der Gemeinde. Aufgabe professioneller Hilfen ist daher die Einbeziehung des sozialen

Netzwerks im Sinne einer Sozialraumorientierung. Die einfache Formel »Nur Bürger integrieren Bürger« (Dörner 2010) bringt die komplexe Problematik professionellen Handelns auf den Punkt.

Das Vertrauen auf die integrativen Kräfte des zunehmend sich partikularisierenden Sozialraums wird die Integration jedoch ebenso wenig fördern wie das Vertrauen auf ehrenamtliche Helfer. Die Umsetzung von Sozialraumorientierung und inklusivem Gemeinwesen gemäß der UN-Behindertenkonvention bedarf vielmehr eines komplexen professionellen Handelns, bei dem die integrativen Kräfte des Sozialraums aktiv in die Hilfepläne für psychisch erkrankte Klienten eingearbeitet werden (vgl. Konrad et al. 2012).

### Wohnen, Wohnung und Versorgungsverpflichtung

Stellen sich die Anbieter gemeinsam der regionalen Versorgungsverpflichtung, wie das in vielen Gemeindepsychiatrischen Verbänden angestrebt wird, und gewährleisten damit, jedem Menschen unabhängig von Art oder Schwere seiner Erkrankung die notwendige Hilfe zugänglich zu machen, dann müssen aber auch die verschiedenen Wohnformen zur Verfügung stehen, die gebraucht werden.

Unterschiedliche Wohnformen führen zu unterschiedlichen Wirkungen:

- Die Selbstständigkeit des Wohnens in einer eigenen Wohnung (allein) führt zu mehr Einsamkeit in den persönlichen »vier Wänden«. Diese Lebensform bedingt die verabredete Kontaktaufnahme mit den professionellen Helfern oder das Vorhandensein offener Treffpunkte, die zu möglichst vielen Zeiten aufgesucht werden können.
- Wohngruppen oder Wohngemeinschaften verhindern vollständige soziale Isolation. Es besteht aber der Grundkonflikt zwischen der »normalen« Lebensform, in der man sich seine Mitbewohner aussuchen kann, dem psychiatrischen Anspruch, dass das Zusammenleben therapeutisch sinnvoll sein soll und der Verantwortung, jedem Bürger ein ihm passendes Angebot zu machen. Die Versorgungsverpflichtung der Anbieter und der Wunsch, sich seine Wohnpartner

aussuchen zu können, stehen dann in einem naturgemäßen Widerspruch zueinander. Diesen Widerspruch bewusst zu machen und ihn im Hilfesystem einer Region zu bearbeiten, bedarf der grundsätzlichen Bereitschaft zum Aushandeln von Interessen. Das kann beispielsweise in einer Hilfeplankonferenz stattfinden.

Dabei muss allerdings stets berücksichtigt werden, dass über die Fragen des Wohnens letztlich der regional sehr unterschiedliche Wohnungsmarkt entscheidet. Daher ist es unabdingbar, dass sich Träger von Hilfeangeboten für psychisch kranke Menschen in den Immobilienmarkt einschalten. Das kann in verschiedenen Formen geschehen: Durch enge Kooperation mit dem Gebäudemanagement der Stadtverwaltung und städtischen Wohnbaugesellschaften, durch Kooperation mit einem kommerziellen Immobilienmakler oder Bauträger, durch Gründung einer gemeinnützigen Wohnbaugesellschaft in Trägerschaft eines Trägers oder eines Verbundsystems wie dies in Hamburg praktiziert wird durch (kommunal-) politisches Engagement.

Wirkungsvolle mobile Unterstützung ist nicht nur auf fachliche Konzeptionen angewiesen, sondern auch auf einen Wohnungsmarkt, der psychisch kranken Menschen zugänglich ist.

Das Paradigma der mobilen Unterstützung stellt die Mitarbeitenden der Einrichtungen und Dienste vor neue Herausforderungen. Begegnungen müssen in der Regel verabredet und geplant werden, zufällige Begegnungen im gemeinsamen Raum entfallen. Von Mitarbeitenden wird erwartet, beides zu können: bei dem einen Klienten die Fähigkeiten zu einem selbstbestimmten Leben zu fördern, obwohl er gern viel Hilfe hätte, und bei einem anderen Klienten durch reglementierendes Handeln in das Recht auf Selbstbestimmung zugunsten des Sicherns des Überlebens einzugreifen.

Es muss also ein neues Berufsverständnis entwickelt werden, das erst in Ansätzen vorliegt und für das kein spezifischer Ausbildungsgang qualifiziert.

*Die umfangreiche Literaturliste kann direkt bei Dr. Michael Konrad amgefördert werden (E-Mail Michael.Konrad@ZfP-Zentrum.de).*

## IRRE verständlich

»Zu diesem Handbuch über Betreutes Wohnen im sozialpsychiatrischen Kontext gibt es keine Alternative. Es sollte als Standardwerk in jeder Bibliothek der Sozialen Arbeit stehen.«  
Prof. Dr. Rudolf Schmitt, [socialnet.de](http://socialnet.de)



352 Seiten, 39,95 €  
ISBN 978-3-88414-595-1

»Es ist wirklich irre verständlich, gut gegliedert und sehr praxisnah! Ich arbeite nun über 30 Jahre in der ambulanten Psychiatrischen Versorgung und fand für mich sogleich viele neue Blickwinkel und nützliche Hinweise. Das beste zum Thema Praxis, was ich kenne.« Manfred Becker, [amazon.de](http://amazon.de)



272 Seiten, 29,95 €  
ISBN 978-3-88414-533-3

Psychiatrie  
Verlag

[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)