

14. Internationales GBM/POB&A Anwendertreffen 2010

in der Stiftung Eben-Ezer, Lemgo
vom 28. - 30. April 2010

Thema:

**UN-Behindertenrechtskonvention
Möglichkeiten der Gestaltung**



„Teilhabe, Integration,
Inklusion im Kontext
vorfindlicher
Einrichtungsstrukturen“

Hans-Christoph Maurer

Lemgo, 29.04.2010

Was Sie erwartet:

1. Wo ich herkomme: die Nieder-Ramstädter Diakonie
2. Der Rahmen, in dem sich die Einrichtungen bewegen (müssen)
3. Was ich von GBM verstanden habe
4. Komplexeinrichtung
5. Zusammenfassung / Resumee



1. Die NRD

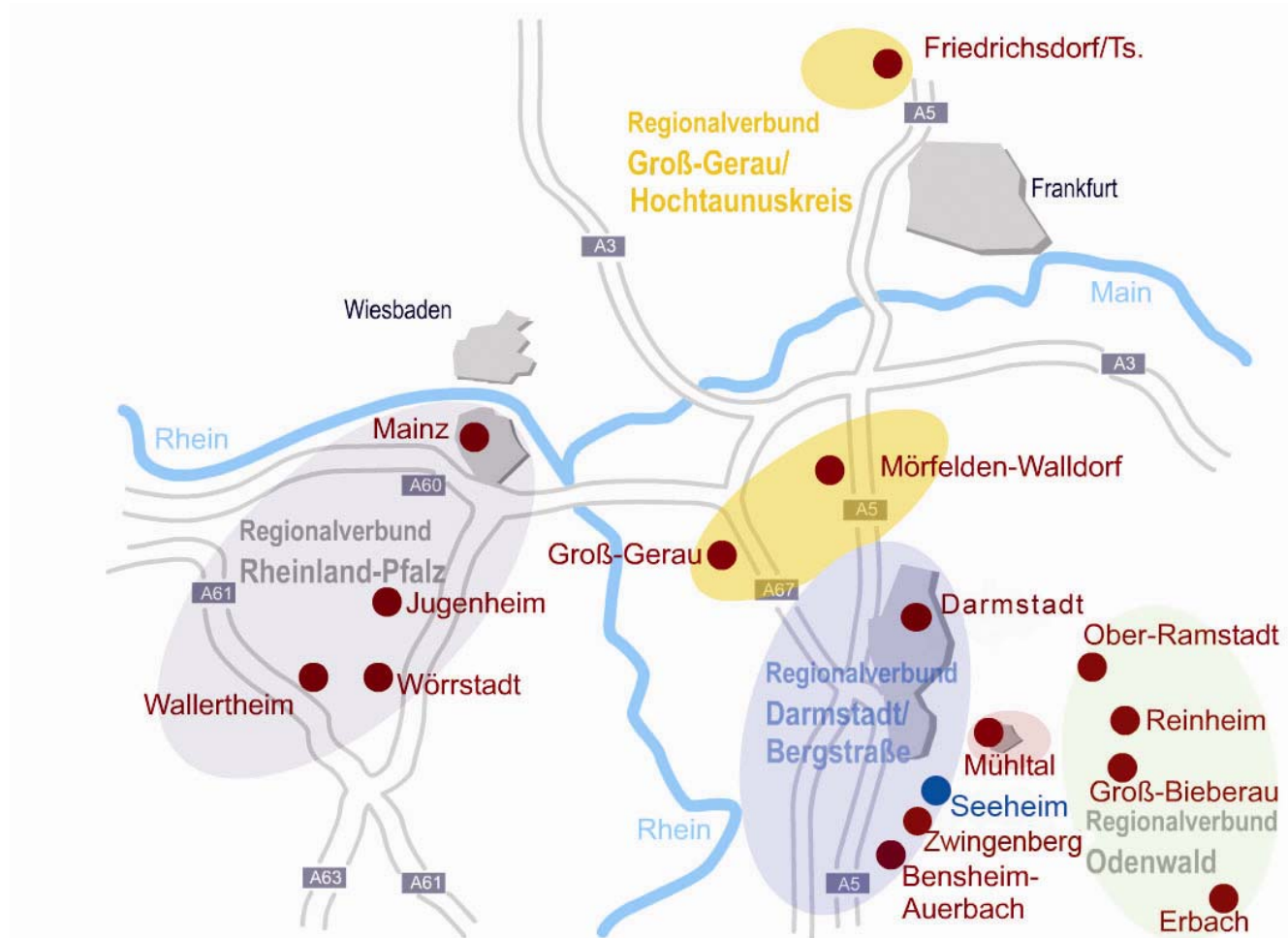
- 830 stationäre Wohnplätze in 2 Bundesländern
- ca. 120 anerkannte ambulante Wohnplätze
- über 600 Arbeitsplätze in 4 WfbMs
- 350 Beschäftigtenplätze in Tagesstätten
- Angebote für ca. 250 Klienten in FuD
- Frühförder- und Beratungsstelle
- Schule für Praktisch Bildbare
- Jugendhilfe: 120 Klienten, vorwiegend ambulant
- ca. 1`650 Mitarbeitende



Bis 1997 hatte die NRD zwei Standorte



Heute 16 Standorte



Maßnahmen der NRD

- Aus-/Aufbau differenzierter Angebote; u.a. vielfältige Formen dezentralisierten Wohnens und Arbeitens; bedarfsgerechte Angebote im gewohnten Umfeld (=„Regionalisierung“)
 - ambulante und gemeinwesenintegrierte Unterstützungsangebote
 - Alle Heime in der Kerneinrichtung werden „leergewohnt“
 - Anstalt wird aufgelöst
 - Unternehmensstrukturen werden der Regionalisierung angepasst (Abschaffung der zentralen Dienste: das, was gebraucht wird, ist vor Ort vorhanden)
- Neustrukturierung der Aufbauorganisation: alles, was die Kernprozesse unterstützt, gehört nicht in die Zentrale, sondern vor Ort.
- Flexible Angebotsstrukturen
- Entwicklung: „von der Betreuung zur Assistenz“

Warum machen wir das ?

- Wohnplätze in unseren Großeinrichtungen werden von den Anfragern nicht (mehr) angenommen.
- Die Klienten wollen das nicht (mehr):
„Warum muss ich in einer Anstalt (gemeint ist die Großeinrichtung) wohnen, nur weil ich behindert bin?“
- *Ohne Wahlmöglichkeit gibt es keine Selbstbestimmung.*



Noch was

- Infolge der Regionalisierung von Wohnplätzen gibt es kein Jahresfest mehr. Gefeiert wird vor Ort.
- Die Lazarusgemeinde (Anstaltskirchengemeinde) wird es bald nicht mehr geben.
- Zentrale Dienste gibt es nicht mehr. So wird auch der Ärztliche Dienst bis 2012 geschlossen. Die medizinische Versorgung geschieht vor Ort (dort gehört sie hin: siehe UN-Behindertenrechtskonvention).





„Den Menschen wird langsam bewusst, dass Architektur zu tun hat mit Freiheit oder Gefangensein. – Architektur spielt keine unschuldige Rolle.“

Daniel Libeskind

Alternative



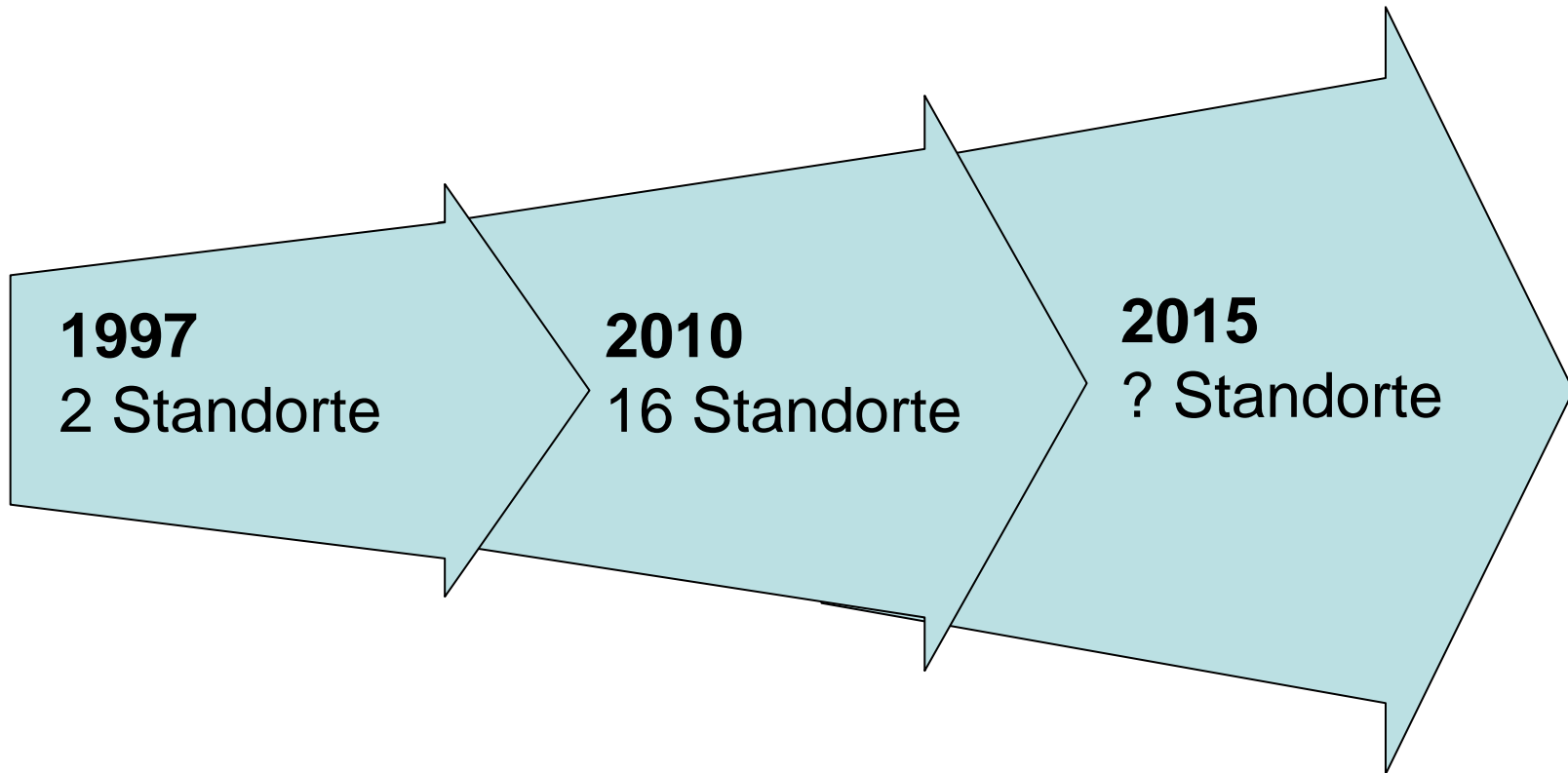
**Zeige mir wie du baust
und ich sage dir,
wer du bist“.**

Christian Morgenstern



Umsetzung

Die Anzahl regionaler Angebote der NRD wird sich erhöhen.



2. Der Rahmen, in dem sich die Einrichtungen bewegen (müssen)

- was ist gewollt?
- wo soll es hingehen?
- Rechtgrundlagen



SGB XII, § 9

- Die Leistungen richten sich nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfes, den örtlichen Verhältnissen, den eigenen Kräften und Mitteln der Person oder des Haushaltes bei der Hilfe zum Lebensunterhalt.
- Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, soll entsprechen werden soweit sie angemessen sind.



Konferenz der Arbeits- und Sozialminister (ASMK 2009)

- Entwicklung zu einer personenzentrierten Teilhabe
- Berücksichtigung individueller Bedarfe
- Beachtung des Selbstbestimmungsrechts
- Schaffung von sozialräumlich orientierten Teilhabestrukturen



UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

- Volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Persönliche Freiheit
- Freie Entscheidung bei Wohnsitzwahl
- Keine Verpflichtung, in besonderen Wohnformen zu leben
- Achtung der Privatsphäre
- Recht auf Zugang zu geschlechtersensiblen und gemeindenahen Gesundheitsdiensten (wie für alle anderen Menschen auch)



Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

- Bedarfsermittlung und Hilfeplanung zugunsten einer teilhabeorientierten und personenzentrierten Eingliederungshilfe

- Für die Eingliederungshilfe
relevante Sozialgesetzbücher:
„Ambulant vor stationär“

BeB-Zielplanung 2007 - 2010

„Die sozialen Dienstleistungen und die Unternehmensstrukturen sind an personenzentrierte Hilfeformen ausgerichtet“.



Zwischenruf:

„Teilhabe konzentriert sich nach wie vor auf Teilhabe am System der Behindertenhilfe“

Dr. Gertrud Hanslmeier-Prockl, 2009



3. Was ich von GBM verstanden habe...



GBM

- GBM hilft Wünsche und Bedürfnisse von Menschen auf- und ernst zunehmen.
- GBM will die Selbstbestimmung des Kunden stärken
- GBM fordert die Mitarbeiter auf, Prioritäten nicht nach eigenem „Gusto“ zu setzen, sondern sich zu orientieren an den Vorgaben und Wünschen der Betreuten Menschen
- GBM zwingt die Organisation, sich immer wieder auf die Einbeziehung der betreuten Menschen zu konzentrieren.



GBM

- GBM ist fachlich fundiert und deckt alle aktuellen Anforderungen (ICF, personen-zentrierter Ansatz usw.) ab.
- GBM zwingt die gesamte Organisation, den Fokus auf die Kundenbedarfe zu lenken.
- GBM bietet Zahlen, Daten und Fakten zu Bedarfen der Kunden.



GBM

- Der Prozess Betreuungs- und Unterstützungsplanung bietet eine gute Grundlage für die individuelle Auseinandersetzung mit den Kunden
- Er bietet Erkenntnisse über biographische Zusammenhänge
- über Bedarfe und Bedürfnisse und Zukunftswünsche.
- Selbstbestimmung, Teilhabe, Integration sind zentrale Forderungen aus dem GBM



GBM ist dreifach wirksam

- **Ebene Organisation:** Vorgabesatz/ Zeitwert und Standardsetzung
- **Ebene Betreuungseinheit:** Jährliche Datenauswertung (incl. Maßnahmeplan) auf Gruppenebene, d.h. Abgleich des Gruppenergebnisses mit dem Einrichtungsstandard
- **Ebene Kunde / Betreuter Mensch:** Bedarfsorientierte Betreuungsplanung anhand der Standards



GBM - Resumee 1

Dialog (über Betreuungsplanung nach GBM) führt zu Erkenntnissen:

- Menschen haben Träume + Wünsche
- Menschen haben Geheimnisse
- Menschen brauchen Menschen, denen sie vertrauen können
- Menschen brauchen Raum + Räume
- Menschen sind eigenartig
- Menschen machen Fehler und dürfen das



GBM - Resumee 2

„Hilf mir, es selbst zu tun“.

(Maria Montessori)



Also:

Mithilfe des Instruments GBM beschäftigen wir uns mit den Bedarfen, den Wünschen, den Biografien, vielleicht auch mit den Träumen von Menschen.

Und dann?



4. Komplexeinrichtung

These:

Die Komplexeinrichtung zeichnet sich durch bestimmte (eigenartige; sind ihr zu eigen) strukturelle Merkmale aus, die tendenziell der Integration, Individualität, Selbstbestimmung und Autonomie entgegen stehen (strikte Arbeitsteilung, Segmentierung von Leistungen).



Die Arbeitsteilung / Leistungssegmentierung führten u.a. zu:

- Versorgungsleistungen, wie Verpflegung, Handwerksleistungen, Wäscherei, zentrale Fachdienste, Ärztlicher Dienst u.a.m.
- Von der Pädagogik erwünschte Abgrenzungen, d.h., Trennung von Lebensvollzügen (Essen, Wäsche, Pflege).
- Trennung von Pädagogik und Betriebswirtschaft



Folge:

Der Wunsch der Menschen mit Unterstützungsbedarf nach Individualität, Selbstbestimmung und Autonomie wirkt vor dem beschriebenen strukturellen Hintergrund als „Störfaktor“, der reibungslose, formalisierte und über Jahrzehnte tradierte Vorgehensweisen in Frage stellt.

Das bedeutet, dass die Realisierung von Autonomie und Selbstbestimmung im tendenziellen Gegensatz zu den Interessen der Einrichtungsorganisation steht!



Wenn man das ändern will

Will man Individualität, Selbstbestimmung und Autonomie der Klienten („im Mittelpunkt der Mensch“) realisieren, kommen alle zentral organisierten Einrichtungsteile in den Veränderungsblickpunkt. Z.B.

- Verwaltung,
- Handwerksdienste,
- Wäscherei, Metzgerei, Bäckerei
- Zentralküche,
- Fuhrpark,
- Fachdienste (Psychologie, Heilpädagogik, Medizin etc.)
- zentral-betriebswirtschaftliches Controlling,
- einrichtungswelt uniformierte Vorgaben in Bezug auf Personalmanagement nach dem immer noch vorherrschenden Grundsatz: „*one size fits all*“.
- Aus Gewohnheit gewachsene Priorisierung der Rehabilitation zuungunsten der Integration (Besonderung, Systemsicherung)



Macht

Die spezialisierten Fachabteilungen haben ein spezialisiertes Know-how aufgebaut. Dieses Spezialwissen wird zwar für die Einrichtung nutzbar gemacht, jedoch sind damit nicht unerhebliche Macht- und Einflussgrößen entstanden. All diejenigen, die in der unmittelbaren Arbeit „am Klienten“ stehen, verfügen in der Regel nicht oder nicht ausreichend über dieses Wissen und sind mithin davon abhängig.



Unternehmenskultur des Misstrauens

Dies führt tendenziell zu einer „Unternehmenskultur des Mißtrauens“, da man den Assistenzbereichen diesbezügliche Kompetenzen nicht zutraut bzw. aus Gründen des Machterhalts Wissen nicht teilen mag. Dies hat zur Folge, dass die defizitorientierte Betreuungsmentalität perpetuiert wird und eine Kultur den Zutrauens/Vertrauens nicht herausgebildet werden kann.

Diese ist jedoch konstitutiv für eine gelingende Dezentralisierung!



Komplexeinrichtung

- Großeinrichtung und Integration sind unvereinbar
- Sie neigt dazu, sich zur „totalen Organisation“ mit eigenen Gesetzmäßigkeiten zu entwickeln
- Zentrale Dienste (z.B. wie Einkauf, Ärzte; Handwerksdienste usw.) haben die Tendenz „den Bedarf zu bestimmen“. Sie führen ein Eigenleben.



Komplexeinrichtung

Nach Erving Goffman kann man die Komplexeinrichtung als „totale Institutionen“ bezeichnen.

„Totale Institutionen sind... jene Anstalten, die zur Fürsorge von Menschen eingerichtet wurden“.

(Erving Goffman, 1961)



Komplexeinrichtung

„Das zentrale Merkmal totaler Institutionen besteht darin, dass die Schranken, die normalerweise die... Lebensbereiche trennen, aufgehoben sind:

Alle Angelegenheiten finden an ein und derselben Stelle statt“.



Komplexeinrichtung verändert sich

Grundsätzlich gilt:

- Alles, was die Kernprozesse vor Ort stärkt, gehört dort hin!
- Alles, was für die Kernprozesse nicht erforderlich ist und die Arbeit vor Ort eher belastet, kann zentral durch eigene Kräfte oder durch externe Anbieter bearbeitet werden!



Komplexeinrichtung - Lesetipp

Erving Goffman:

„Asyle - Über die soziale Situation
psychiatrischer Patienten und anderen
Insassen“

(Edition Suhrkamp, Frankfurt/Main 1972)



Komplexeinrichtung - Lesetipp

„Konzept zur Konversion von
Komplexeinrichtungen in der
Behindertenhilfe“

Eine Handreichung für Mitgliedseinrichtungen des BeB

(BeB, Berlin 2008)



Zusammenfassung

Das beschriebene Spezialistentum bzw. die in der Komplexeinrichtung vorfindliche Segmentierung von Leistungen (Aufgabentrennung) wird begründet durch die Vorstellung, dass in großen Einheiten gleichartige Leistungen zusammengefasst kostengünstiger erbracht werden können (was nur bedingt richtig ist). Dies führt zu einer Uniformität von Leistungen und Lebensvollzügen. Die „Spezialisten“ müssen sich kontinuierlich beweisen und entwickeln „Überlebensstrategien“, die nicht selten zu Lasten der Klienten gehen.



- GBM erhebt die Bedarfe, Wünsche, vielleicht auch Träume von Menschen - aber die Komplexeinrichtung tendiert zu anderen Prioritäten.

Was also tun? - Mit GBM aufhören?



Nein, sondern:

„Nach bestem Wissen arbeiten, nicht stehen bleiben, Fachwissen aufbauen..., Unabhängigkeit anstreben, nicht nur tun, was gefordert ist, sein Umfeld beeinflussen und verändern, Verantwortung übernehmen, sich für größere Entscheidungsspielräume einsetzen.“

(Sprenger 2001: „Aufstand des Individuums“)



„Wer immer tut,
was er schon kann,
bleibt immer das,
was er schon war.“

(Henry Ford)



Danke für`s Zuhören !

