

Universität Hamburg
Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft

**Community Care: Professionell unterstützte
Gemeinweseneinbindung erwachsener
geistig behinderter Menschen**

Analyse, Definition und theoretische Verortung struktureller und
handlungsbezogener Determinanten

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades:
Doktor der Philosophie
Universität Hamburg

Vorgelegt von

Kai-Uwe Schablon

Hamburg, im Januar 2008

Inhalt

Einleitung	9
Kapitel 1	<i>Community Care</i> – ein neues Paradigma der Behindertenhilfe?	15
1.1	Ursprung der <i>Community-Care</i>-Bewegung	15
1.1.1	USA und Großbritannien	16
1.1.2	Zur Situation in Deutschland	20
1.2	Personenkreis und Lebenslagen	22
1.2.1	Zur Lebenslage erwachsener behinderter Menschen in der BRD	22
1.2.2	Zur Wahrnehmung von erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung	24
1.3	Resümee Kapitel 1	27
Kapitel 2	Bedingungen für eine gelingende Gemeinweseneinbindung, abgeleitet aus einer Analyse praktizierter <i>Community-Care</i>-Ansätze	29
2.1	Der <i>Community-Care</i>-Ansatz der Ev. Stiftung Alsterdorf	33
2.1.1	Geschichte und „Ist-Situation“	33
2.1.1.1	Theoretisches Verständnis von <i>Community Care</i>	35
2.1.1.2	Derzeitige Umsetzung und weitere Planung in Bezug auf <i>Community Care</i>	36
2.1.1.3	Das Alsterdorfer „ <i>Community-Care</i> “-Modell	37
2.1.1.4	Resümee	39
2.1.2	Inhaltlich-reduktive Auswertung des Expertengesprächs mit dem Vorstandsvorsitzenden der Ev. Stiftung Alsterdorf	40
2.2	Der <i>Community-Care</i>-Ansatz des Rauhen Hauses	45
2.2.1	Geschichte und „Ist-Situation“	45
2.2.1.1	Theoretisches Verständnis von <i>Community Care</i>	47
2.2.1.2	Derzeitige Umsetzung und weitere Planung in Bezug auf <i>Community Care</i>	49
2.2.1.3	Resümee	50
2.2.2	Inhaltlich-reduktive Auswertung des Expertengesprächs mit der Bereichsleitung des Rauhen Hauses	51
2.3	Der <i>Community-Care</i>-Ansatz im Konzept der „Aktion Menschenstadt“	59
2.3.1	Geschichte und „Ist-Situation“	59
2.3.1.1	Theoretisches Verständnis von <i>Community Care</i>	60
2.3.1.2	Derzeitige Umsetzung und weitere Planung in Bezug auf <i>Community Care</i>	66
2.3.1.3	Resümee	67
2.3.2	Inhaltlich-reduktive Auswertung des Expertengesprächs mit dem Beauftragten des Behindertenreferats der Stadt Essen	68

2.4	Der <i>Community-Care</i>-Ansatz innerhalb der <i>Community-Living-Bewegung</i>	72
2.4.1	Geschichte und „Ist-Situation“	72
2.4.1.1	Theoretisches Verständnis von <i>Community Care</i>	72
2.4.1.2	Exkurs: Das Normalisierungsprinzip als Fundament des <i>Community-Living-Modells</i>	73
2.4.1.3	Derzeitige Umsetzung und weitere Planung in Bezug auf <i>Community Care</i>	81
2.4.1.4	Resümee	82
2.4.2	Inhaltlich-reduktive Auswertung des Expertengesprächs mit Prof. Dr. KNUST-POTTER, FH Dortmund	83
2.5	Der <i>Community-Care</i>-Ansatz und das Normalisierungsprinzip	88
2.5.1	Geschichte und „Ist- Situation“	88
2.5.1.1	Theoretisches Verständnis im Kontext von <i>Community Care</i>	89
2.5.1.2	Derzeitige Umsetzung und weitere Planung in Bezug auf <i>Community Care</i>	91
2.5.1.3	Das Normalisierungsprinzip und dessen Relevanz für den behinderten Menschen	91
2.5.1.4	Das Normalisierungsprinzip und dessen Relevanz für die professionelle Behindertenhilfe	94
2.5.1.5	Das Normalisierungsprinzip und dessen Relevanz für den Bürger mit und ohne Unterstützungsbedarf	97
2.5.1.6	Das Normalisierungsprinzip und dessen Relevanz bezüglich der Sozialpolitik..	99
2.5.1.7	Resümee	100
2.5.1.8	Abbildung 8: Theorien, Ansätze und Handlungskonzepte im Kontext des Normalisierungsprinzips	101
2.5.2	Inhaltlich-reduktive Auswertung des Expertengesprächs mit Prof. Dr. THIMM	102
2.6	Der <i>Community-Care</i>-Ansatz in der Sozialpsychiatrie	110
2.6.1	Geschichte und „Ist-Situation“	110
2.6.1.1	Die Relevanz der Gemeinweseneinbindung im Kontext notwendiger Veränderungsvorschläge	118
2.6.1.2	Die Relevanz der Gemeinweseneinbindung mit Blick auf die Mitarbeiter, die Angehörigen und die professionellen Fachkräfte	118
2.6.1.3	Die Relevanz der Gemeinweseneinbindung mit Blick auf die Gemeinde und den Bürger als primären Unterstützungspartner	119
2.6.1.4	Bedingungen für eine gelingende De-Institutionalisierung	120
2.6.1.5	Exkurs: De-Institutionalisierung in Gütersloh	121
2.6.1.6	Resümee	123
2.6.1.7	Abbildung 9: Entwicklungsetappen der Gemeindepsychiatrie und erste Bezüge zur Behindertenhilfe.....	125
2.6.2	Inhaltlich-reduktive Auswertung des Expertengesprächs mit Prof. Dr. Dr. DÖRNER	126

2.7	Vergleich und Auswertung der vorgestellten <i>Community-Care</i>-Konzeptionen	133
2.7.1	Synopse der analysierten <i>Community-Care</i> -Modelle	134
2.7.2	Themenmatrix zur Synopse: <i>Community Care</i>	140
2.7.3	Gemeinsamkeiten in den vorgestellten <i>Community-Care</i> -Konzeptionen	142
2.7.4	Definition von <i>Community Care</i>	143
2.7.5	Erläuterung der Definition <i>Community Care</i>	144
2.8	Abschließende Auswertung der <i>Community-Care</i>-Ansätze	146
2.8.1	Tabellarische Analyse der Bedingungen im Kontext der aufgezeigten Realisierungschancen und -grenzen	147
2.8.1.1	Auflistung der Bedingungen im Überblick	154
2.8.2	Auswertung und Zusammenfassung der Bedingungen in Arbeitsthesen	156
2.8.2.1	Bedingungen aus der Praxisanalyse in elf Thesen	165
2.9	Resümee Kapitel 2	166
Kapitel 3	Bedingungen für eine gelingende Gemeinweseneinbindung, abgeleitet aus einer Analyse zentraler Bezugstheorien	170
3.0	Auswahl der Bezugstheorien und Aufbau der Analyse	171
3.1	Kommunitarismus	172
3.1.1	Definition und Erläuterung zum Kommunitarismus	172
3.1.1.1	Desintegrationstendenzen, Mobilitätsveränderungen und Krisenphänomene als Wegbereiter des Kommunitarismus	174
3.1.2	Historie und gesellschaftliche Bedeutung der Bezugstheorie	175
3.1.2.1	Der Kommunitarismus als soziale Bewegung	175
3.1.2.2	Wissenschaftstheoretische Entstehung: Der Diskurs zwischen RAWLS und SANDEL.....	177
3.1.3	Unterschiedliche Ansätze innerhalb der Bezugstheorien	180
3.1.3.1	Persönlichkeiten und Strömungen im Kommunitarismus	180
	– <i>Philosophen und Pragmatiker</i> (MICHEL 1999)	180
	– <i>Kästchenkonstruktionen</i> (HAULER u.a. 2001)	181
3.1.4	Zentrale Aussagen des Kommunitarismus	181
3.1.4.1	Gesellschaftsvision und Ordnungsvorstellungen im Kommunitarismus, dargestellt anhand der Bereiche Familie, Schule, bürgerliches Engagement und Bürgergesellschaft	183
3.1.4.2	Kommunitaristische Politik: Anforderungen an den Staat und an gesellschaftliche Strukturen	185
3.1.5	Grenzen und Kritik am Kommunitarismus	187
3.1.5.1	Kritik an zentralen Leitgedanken des Kommunitarismus: (1) <i>Moralischer Dialog</i> ; (2) <i>Dritter Weg</i> ; (3) <i>Die gute Gesellschaft</i> ; (4) Kritik an der Position zum Liberalismus; (5) Kritik aus emanzipatorischer Sicht	187

3.1.6	Bedingungen für eine gelingende Gemeinweseneinbindung (1) Gesellschaft u. Mitbürger, (2) Nutzer und (3) professionelle Fachkraft	191
3.1.7	Realisierungschancen und -grenzen der Bezugstheorie im Kontext von <i>Community Care</i> : „Wie könnte eine Bürgergesellschaft aussehen?“	197
3.1.8	Zusammenfassung der Bedingungen für eine Bürgergesellschaft, in der die Teilhabe geistig behinderter Menschen Normalität ist	198
3.2	Lebensqualität	199
3.2.1	Definition und Erläuterungen zum Lebensqualitätsbegriff	199
3.2.2	Historie und gesellschaftliche Bedeutung der Bezugstheorie	200
3.2.3.	Unterschiedliche Ansätze innerhalb der Bezugstheorie	201
3.2.3.1	Das objektive und subjektive Verständnis von Lebensqualität	201
3.2.3.2	Lebensqualitätsmodelle: Der Ansatz von GLATZER u. ZAPF und das Lebensqualitätsmodell von FELCE u. PERRY	202
3.2.3.3	Zielperspektive Lebensqualität: SEIFERT u.a.	203
3.2.3.4	Die Lebensqualitätskonzeption von BECK	207
3.2.4	Zentrale Aussagen der Lebensqualitätsforschung	213
3.2.5	Grenzen und Kritikpunkte am Lebensqualitätsansatz	214
3.2.6	Bedingungen für eine gelingende Gemeinweseneinbindung auf den Ebenen: (1) Gesellschaft und Mitbürger, (2) Nutzer und (3) professionelle Fachkraft	215
3.2.7	Realisierungschancen und -grenzen der Bezugstheorie im Kontext von <i>Community Care</i> : „Was macht ein gutes Leben aus?“	217
3.2.8	Zusammenfassung der Bedingungen, die für geistig behinderte Menschen zu einer Steigerung der Lebensqualität führen könnten	219
3.3.	Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung	221
3.3.1.	Definition und Erläuterungen zu den Begriffen: <i>Soziales Netzwerk</i> und <i>soziale Unterstützung</i>	221
3.3.2	Historische und gesellschaftliche Bedeutung der Bezugstheorie	223
3.3.3	Unterschiedliche Ansätze innerhalb der Bezugstheorie	223
3.3.3.1	Unterscheidungen zwischen (1) mikro-, makrostrukturellen und ökologischen Netzwerkansätzen und (2) zwischen der ethno- und sozialepidemiologischen Forschungsrichtung	223
3.3.3.2	Differenzierungen innerhalb der Netzwerkforschung: Typologie und Charakteristika	224
3.3.3.3	Die Kategorie der <i>sozialen Unterstützung</i>	226
3.3.4	Zentrale Aussagen der sozialen Netzwerkforschung	229
3.3.4.1	Ergebnisse der sozialen Netzwerkforschung und der sozialen Unterstützung und deren Bedeutung für erwachsene geistig behinderte Menschen	230
3.3.4.2	Praktische Umsetzung der sozialen Netzwerkarbeit: Professionalisierungsverständnis und Vorgehensweisen	234
3.3.4.3	Abbildung 18: Zusammenfassendes Schaubild: Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung.....	240

3.3.5	Grenzen und Kritikpunkte am Konzept der sozialen Netzwerkarbeit	241
3.3.6	Bedingungen für eine gelingende Netzwerkarbeit	242
	(1) Gesellschaft u. Mitbürger, (2) Nutzer und (3) professionelle Fachkraft	242
3.3.7	Realisierungschancen und -grenzen der Bezugstheorie im Kontext von <i>Community Care</i> : „Was kann die professionelle Fachkraft konkret tun?“	246
3.3.8	Zusammenfassung der Bedingungen für eine netzwerkgestützte Gemeinweseneinbindung	248
3.4	Netzwerknähe Konzepte und Prinzipien	249
3.4.1	Bezug der ausgewählten Konzepte und Prinzipien zur Netzwerktheorie	249
3.4.1.1	– Netzwerkorientierte Gemeinwesenarbeit/Gemeinwesenarbeit (GWA)	253
3.4.1.2	– Gemeindepsychologie	256
3.4.1.3	– Selbsthilfeunterstützung	258
3.4.1.4	– Empowerment	260
3.4.1.5	– Case Management	261
3.4.1.6	– Individuelle Hilfeplanung	262
3.4.1.7	– Umfeld- und Sozialraumorientierung	264
3.4.2	Analyse der netzwerknähen Konzepte und Prinzipien	267
3.4.2.1	Netzwerknähe Konzepte und Prinzipien im Kontext von <i>Community Care</i> ..	267
3.4.2.2	Zusammenfassung der Bedingungen zur Nutzung netzwerknäher Konzepte und Prinzipien	269
3.5	Abschließende Auswertung der Bezugstheorien	271
	Bedingungen zur Gemeinweseneinbindung im Kontext der in der theoretischen Analyse aufgezeigten Realisierungschancen und -grenzen.	271
3.5.1	Auswertung der Bezugstheorien auf den Ebenen: (1) Professionelle Fachkraft; (2) Gemeinwesen und Mitbürger und (3) Nutzer als Bürger	271
3.5.1.1	Bedingungen aus den Bezugstheorien in acht Thesen (Überblick)	282
3.6	Resümee Kapitel 3	283
Kapitel 4	Professionell unterstützte Gemeinweseneinbindung	287
4.1	Synthese der untersuchten Praxismodelle und Bezugstheorien	288
	(Zusammenfassung der in Kapitel 3 und Kapitel 4 erarbeiteten Thesen)	
4.2	Strukturelle und handlungsbezogene Determinanten zur Gemeinweseneinbindung erwachsener, geistig behinderter Menschen	291
4.3	Veränderungsbedarf im Bereich der professionellen Aus- und Weiterbildung, dargestellt am Beispiel der Fachschulen für Heilerziehungspflege	296
4.3.1	Zur derzeitigen Ausbildungssituation an Fachschulen für Heilerziehungspflege.....	296

4.3.2	Konstruktive Veränderungen dargestellt am Curriculum und an einem Weiterbildungsangebot der Fachschule für Heilerziehung in Hamburg	303
4.4	Anforderungen und Empfehlungen an die Aus- und Weiterbildung professioneller Fachkräfte	308
5.	Fazit und Ausblick	315
Literatur	318
Anhang (externe Bindung): Transkribierte Expertengespräche (96 Seiten)		

Vorwort

Die hier vorliegende Publikation entspricht meiner Dissertation, die unter gleichem Titel im Januar 2008 an der Fakultät für Erziehungswissenschaften, Psychologie und Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg eingereicht worden ist. Das Promotionsverfahren wurde am 16. Juli 2008 erfolgreich abgeschlossen.

Die Erstellung der vorliegenden Arbeit wurde von vielen Menschen begleitet, die zum Gelingen dieses Vorhabens beigetragen haben. Ohne mein persönliches Netzwerk und die erfahrene soziale Unterstützung wäre die Arbeit in dieser Form nicht zum Abschluss gekommen. Daher möchte ich mich zum Beginn bei all denen bedanken, die mich auf diesem langen Weg begleitet und unterstützt haben.

An erster Stelle danke ich meiner „Doktormutter“ Frau Prof. Dr. Iris BECK als betreuende Hochschulprofessorin der Universität Hamburg sehr herzlich für die Betreuung dieses Forschungsvorhabens. Ohne ihre intensive fachliche Beratung und das umgehende, kompetente Reagieren auf alle meine Fragen und die prompte Unterstützung in jeglicher Hinsicht wäre die Realisierung der Arbeit nicht möglich gewesen. Ihre kritisch-konstruktiven Fragen und Anregungen haben mir beim Überdenken und Präzisieren der Fragestellungen sehr geholfen.

Herrn Prof. Dr. André ZIMPEL, ebenfalls Universität Hamburg, danke ich für das überaus interessante und mich prägende Studium der Geistigen Entwicklung und der jahrelangen, persönlich freundschaftlichen Beratung und Unterstützung. Nur durch sein Vertrauen in meine Fähigkeiten habe ich mich auf diesen langen Weg begeben.

Dank an Herrn Prof. Dr. Dr. Klaus DÖRNER, Herrn Prof. Dr. Walter THIMM, Herrn Michael TÜLLMANN, Herrn Wolfgang KRAFT und Frau Prof. Dr. Evemarie KNUST-POTTER für die intensiven Gespräche, Schriftwechsel und Telefonate zu einzelnen Teilen der Arbeit.

Dank an den alten und neuen Doktorandenkreis für die vielen Anregungen und Verstärkungen, die Leitung der Fachschule für Heilerziehung, Herrn Thomas HÜLSE, für die eingeräumten Freiheiten, den Kolleginnen und Kollegen, sowie den Fachschülerinnen und Weiterbildungsteilnehmerinnen für das Aushalten meines stetigen Klagens.

Dank an Frau FRIEDERICHSEN für das private und besonders kritische Lektorat und an Herrn Böhm und sein Team vom Lebenshilfe-Verlag für den professionellen Feinschliff der Veröffentlichung.

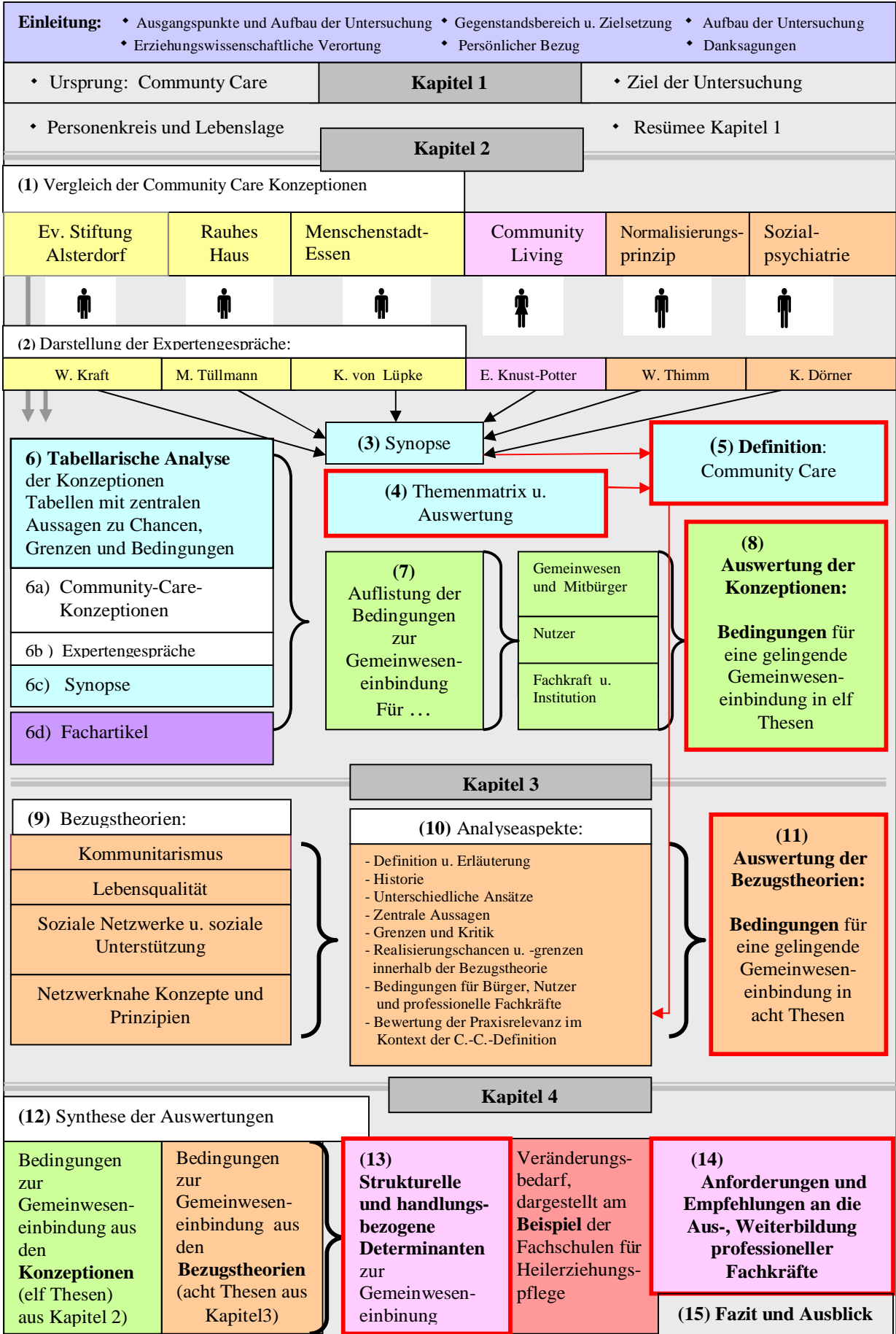
Herzlichen Dank an Silke u. Harald GOLDBECK-LÖWE für die unendliche Korrekturzeit, die inhaltlichen Auseinandersetzungen und die übernommene Kinderbetreuung.

Dank an meine Eltern für die immerwährende emotionale und materielle Unterstützung, und ganz besonderen Dank an meine Frau Marie und meiner Tochter Julia, die in den sieben Jahren unzählig viele Stunden (und Ferien) auf mich verzichten mussten, mir den „Rücken frei gehalten haben“ und dafür gesorgt haben, dass mein Leben auch in den arbeitsreichen Phasen nie ganz an Lebensqualität verloren hat.

Großhansdorf, im Juli 2008

Kai-Uwe Schablon

Abb. 1: Aufbau der Arbeit im Gesamtüberblick



Abbildungsverzeichnis:	Seite:
Abb. 1: Aufbau der Arbeit im Gesamtüberblick	7
Abb. 2: Aufbau von Kapitel 1	15
Abb. 3: Aufbau von Kapitel 2: Bedingungen für eine gelingende Gemeinweseneinbindung	29
Abb. 4: Veränderungen beim Träger RAUHEs HAUS	48
Abb. 5: Community-Living-Modell	72
Abb. 6: Modell <i>Community Care</i> [EU-Projekt, 1999]	90
Abb. 7: Interventionsebenen im Normalisierungsprinzip	90
Abb. 8: Theorien, Ansätze und Handlungskonzepte im Kontext des Normalisierungsprinzips	101
Abb. 9: Entwicklungsetappen der Gemeindepsychiatrie und erste Bezüge zur Behindertenhilfe	125
Abb. 10: Aufbau von Kapitel 3	170
Abb. 11: Schema konsistenter und inkonsistenter Wohlfahrtstypen	203
Abb. 12: Quality-of-Live-Modell	203
Abb. 13: Die fünf Lebensqualitätsdomänen	204
Abb. 14: BRONFENBRENNERS Systemebenen	205
Abb. 15: Indikatoren von Lebensqualität	206
Abb. 16: Vertikale und horizontale Ungleichheit	211
Abb. 17: Zusammenspiel lebensqualitätsnaher Begriffe	212
Abb. 18: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung	239
Abb. 19: Aufbau von Kapitel 4	287
Abb. 20: Bisher aufgezeigte Bedingungen zur Gemeinweseneinbindung	291