

**Evaluation  
von Wohn- und Unterstützungsarrangements  
für älter werdende Menschen mit geistiger  
Behinderung**

**Heinrich Greving  
Friedrich Dieckmann  
Sabine Schäper  
Susanne Graumann**

Dritter Zwischenbericht zum Forschungsprojekt  
„Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten  
Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“  
(LEQUI)

**Katholische Hochschule NRW, Abteilung Münster**  
in Kooperation mit der LWL-Behindertenhilfe Westfalen  
gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung



## **IMPRESSUM**

### **Forschungsprojekt:**

„Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“

### **Autorinnen und Autoren:**

Prof. Dr. Heinrich Greving

Melanie Dahl

Prof. Dr. Friedrich Dieckmann

Linda Heele-Bökenkötter

Prof. Dr. Sabine Schäper

Kathrin Isken

Dipl. Päd. Susanne Graumann

Sara Remke

Izabela Rychter-Suleja

Maria Thönnnes

Stefanie Wenzel

### **Herausgeber:**

Katholische Hochschule NRW

Abteilung Münster

Piusallee 89

48147 Münster

[www.katho-nrw.de/lequi/](http://www.katho-nrw.de/lequi/)

### **in Kooperation mit dem**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)

LWL-Behindertenhilfe Westfalen

Warendorfer Str. 26-28

48133 Münster

[www.lwl.org](http://www.lwl.org)

© 2012 KatHO NRW, Abteilung Münster

ISBN 978-3-00-036304-7

Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 17S01X09 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

## Vorwort

Menschen mit Behinderung werden älter. Auch Menschen mit einer wesentlichen Behinderung. Ihre Lebenserwartung gleicht sich der allgemeinen Lebenserwartung an. Darauf kann unsere Gesellschaft stolz sein.

Nachdem die Nationalsozialisten nahezu eine ganze Generation von Menschen mit Behinderungen ermordet haben, erreichen nunmehr die nach dem Krieg geborenen Personen das Rentenalter. Gleichzeitig hat sich die medizinische und soziale Versorgung der Menschen in Deutschland auf ein bislang unbekannt hohes Niveau entwickelt. Eine historisch neue Situation.

Eine historisch neue Situation, in der längst noch nicht alle Fragen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen Behinderungen geklärt sind.

Gleichzeitig befinden sich die Leitbilder für diese Hilfen im gesellschaftlichen Wandel. Standen bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts eher der Schutz der Gemeinschaft und das „fürsorgliche“ Absondern der Menschen mit Behinderungen im Vordergrund, so ist es heute selbstverständlich, dass Menschen mit wesentlichen Behinderungen Teil der Gemeinschaft sein sollen. Spätestens das am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getretene Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat dieses Leitbild gesetzlich festgeschrieben: Die inklusive Gesellschaft, in der alle Bürgerinnen und Bürger mit oder ohne Behinderung selbstbestimmt leben können.

Der LWL beteiligt sich als Partner an einem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Projektes der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Münster, mit dem Titel „LEQUI – Lebensqualität inklusiv(e) – Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“. Die Erkenntnisse aus diesem Projekt werden in vier Berichten veröffentlicht.

In diesem dritten Zwischenbericht werden nun anhand von fünf unterschiedlichen Themenfeldern (die sich mit quartiersbezogenen Konzepten, ambulant unterstützten Wohnformen, mit Betreutem Wohnen in Gastfamilien, mit tagesstrukturierenden Maßnahmen, sowie mit gesundheitsbezogenen Herausforderungen und Unterstützungsbausteinen bei lebensbegleitender Behinderung im Alter beschäftigen) Wohn- und Unterstützungsarrangements dokumentiert und evaluiert.

Unser Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Katholischen Hochschule NRW. Ermöglicht wurde ihre Forschung durch die Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung.

Die Veröffentlichungen aller Berichte bilden eine gute Basis den Diskussionsprozess über Hilfebedarfe von Menschen mit Behinderung im Alter und die angemessenen Unterstützungsangebote fortzuführen.



Matthias Munning  
LWL-Sozialdezernent



# Inhaltsverzeichnis

<b>1 EINFÜHRUNG.....</b>	<b>6</b>
FRIEDRICH DIECKMANN / HEINRICH GREVING / SABINE SCHÄPER / SUSANNE GRAUMANN	
<b>2 TEILHABE, INKLUSION, SELBSTBESTIMMUNG – LEITIDEEN DES FORSCHUNGSPROJEKTS.....</b>	<b>13</b>
FRIEDRICH DIECKMANN / SABINE SCHÄPER / HEINRICH GREVING / SUSANNE GRAUMANN	
<b>3 DAS FORSCHUNGSDESIGN.....</b>	<b>300</b>
HEINRICH GREVING / SUSANNE GRAUMANN	
<b>4 QUARTIERSBEZOGENE KONZEPTE .....</b>	<b>33</b>
SUSANNE GRAUMANN / MELANIE DAHL / KATHRIN ISKEN / IZABELA RYCHTER-SULEJA	
<b>5 AMBULANT UNTERSTÜTZTES WOHNEN MIT HOHEM HILFEBEDARF .....</b>	<b>81</b>
FRIEDRICH DIECKMANN / LINDA HEELE-BÖKENKÖTTER / STEFANIE WENZEL	
<b>6 DIE „ZWEITE FAMILIE“ ALS LEBENSRAUM IM ALTER – BETREUTES WOHNEN IN FAMILIEN (BWF) ALS WOHNFORM FÜR ÄLTER WERDENDE MENSCHEN MIT LEBENSBEGLEITENDER BEHINDERUNG.....</b>	<b>159</b>
MARIA THÖNNES	
<b>7 TAGESSTRUKTUR UND GESTALTUNG FREIER ZEIT IM ALTER: POTENTIALE ZUR TEILHABE.....</b>	<b>198</b>
HEINRICH GREVING / SARA REMKE	
<b>8 GESUNDHEITSBEZOGENE HERAUSFORDERUNGEN UND UNTERSTÜTZUNGSBAUSTEINE BEI LEBENSBEGLEITENDER BEHINDERUNG IM ALTER. MODELLPROJEKTE IM BEREICH GESUNDHEIT UND PFLEGE.....</b>	<b>227</b>
SABINE SCHÄPER	
<b>9 LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>286</b>

## Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Abb. 1:	Die Wechselwirkungen im Behinderungsmodell der ICF (Quelle: DIMDI 2005).....	16
Abb. 2:	Handlungsebenen der Sozialraumorientierung (Quelle: Früchtel et al. 2007, 13).....	23
Abb. 3:	Exemplarische Einsatzabsprache der Assistent_innen für die 4-er WG des Integrativen Wohnhauses, Münster-Kinderhaus der Lebenshilfe Münster .....	96
Abb. 4:	Modale Einsatzabsprache der Assistent_innen für die 3-er WG des Wohnhauses Prinzregentenstraße, Berlin-Wilmersdorf der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH Berlin (Pflegeassistent wird als persönliche Assistenz bezeichnet) .....	102
Abb. 5:	Soziogramm: 4-er WG im integrativen Wohnhaus (Stand 08/2010).....	122
Abb. 6:	Mittlere Anzahl der häufigen Kontakte als Kontaktempfänger .....	123
Abb. 7:	Mittlere Anzahl der häufigen Kontakte als Kontaktgeber .....	123
Abb. 8:	Verteilung der Nutzer_innen im BWF in Westfalen-Lippe nach Behinderungsarten (Quelle: Angaben des LWL, Abt. 65 zum Stichtag 31.12.2009) .....	163
Abb. 9:	Altersstruktur der Nutzer_innen mit Behinderung beim Anbieter AWO OWL Bielefeld.....	165
Abb. 10:	Altersstruktur der Nutzer_innen mit Behinderung LWL Wohnverbund Marsberg.....	166
Abb. 11:	Altersstruktur der Nutzer_innen mit Behinderung LWL Wohnverbund Lipstadt .....	167
Abb. 12:	Altersstruktur der Nutzer_innen in allen drei untersuchten BWF-Angeboten .....	168
Abb. 13:	Altersverteilung der Betreuten in den stationären Wohnbereichen der Lebenshilfe Berlin (2010) .....	235
Abb. 14:	Übersicht über die Themen der Anfragen an den Gesundheitsbezogenen Fachdienst (Quelle: eigene Statistik des GbD) .....	238
Abb. 15:	Tätigkeitsschwerpunkte des Gesundheitsbezogenen Fachdienstes im Verlauf eines Jahres (Quelle: eigene Statistik des GbD) .....	239
Abb. 16:	Altersstruktur der Bewohner_innen im stationären Bereich der Westfalenfleiß GmbH .....	242
Tab. 1:	Erhebungsmethoden für die Evaluation der ambulant unterstützten Wohngemeinschaften für geistig behinderte Erwachsene mit hohem Hilfebedarf .....	86
Tab. 2:	Kosten und Finanzierung des individuellen Wohnens in der 4-er WG des Integrativen Wohnhauses, Münster-Kinderhaus der Lebenshilfe Münster .....	98
Tab. 3:	Kosten und Finanzierung des individuellen Wohnens in der 3-er WG des Apartmenthauses Prinzregentenstraße, Berlin-Wilmersdorf der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH Berlin.....	104
Tab. 4:	Bewohner der Wohngemeinschaft als Kontaktempfänger.....	124
Tab. 5:	Bewohner der Wohngemeinschaft als Kontaktgeber.....	125
Tab. 6:	Arbeitsschritte und Teilschritte der dokumentarischen Methode .....	233
Tab. 7:	Anerkannter Pflegebedarf der Bewohner_innen von Wohnstätten der Lebenshilfe Berlin (2008).....	236
Tab. 8:	Verteilung der (stationären) Plätze der Westfalenfleiß GmbH auf unterschiedliche Wohnangebote .....	241
Tab. 9:	Handlungsbedarfe aus Anbietersicht: Ergebnisse eines Workshops .....	259
Tab. 10:	Matrix der Unterstützungsbausteine im Handlungsfeld pflegerische und gesundheitliche Versorgung.....	272

# 1 Einführung

*Friedrich Dieckmann / Heinrich Greving / Sabine Schäper / Susanne Graumann*

1.1	ARBEITSABSCHNITTE IM PROJEKT LEQUI.....	6
1.2	THEMATISCHE SCHWERPUNKTE DER EVALUATION VON WOHN- UND UNTERSTÜTZUNGSARRANGEMENTS FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG IM ALTER.....	7
1.3	AUFBAU DES VORLIEGENDEN ZWISCHENBERICHTS .....	11

Dieser Bericht dokumentiert den dritten Projektabschnitt des Forschungsprojektes „Lebensqualität inklusiv(e) – Innovative Konzepte unterstützen Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“, das die Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Münster in Zusammenarbeit mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe, gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung, im Projektzeitraum Juli 2009 bis Juni 2012 durchführt.

## 1.1 Arbeitsabschnitte im Projekt LEQUI

Wie wird sich der demographische Wandel beim Personenkreis „Erwachsene mit geistiger Behinderung“ manifestieren? Diese Frage stellt das verbindende Element dieses Forschungsprojektes und aller Teilprojekte hierzu dar. Der erste Bericht im Forschungsprojekt LEQUI dokumentiert eine Vorausschätzung der Anzahl und Altersstruktur Erwachsener mit geistiger Behinderung in Westfalen Lippe für den Zeitraum 2010 bis 2040 (vgl. Dieckmann et. al. 2010). Auf der Basis eines Status-quo-Szenarios wurden Altersstrukturen in unterschiedlichen Wohnformen (stationäre und ambulant betreute Wohnformen, Wohnen bei Angehörigen), die Anzahl der Unterstützungsbedürftigen während des Tages im Alter und die Anzahl zusätzlicher, altersbedingt Pflegebedürftiger vorausgeschätzt.

Der zweite Bericht dieses Forschungsprojektes (vgl. Schäper et. al. 2010) analysierte, welche Anforderungen an die Lebensgestaltung mit dem Älterwerden bei Menschen mit geistiger Behinderung einhergehen. Hierzu wurden sowohl Aufgaben und kritische (Lebens-)Ereignisse identifiziert, die mit dem Älterwerden üblicherweise verbunden sind, als auch solche, die das Älterwerden dieser Personengruppe in besonderer Weise prägen. Eine umfangreiche Literaturanalyse erfasste empirischer Studien sowie theoretische und konzeptionelle Fachliteratur. Daneben gaben Interviews mit Expert\_innen Auskunft über deren bisherige Erfahrungen und ihre Einschätzungen zu den künftigen Herausforderungen, denen sich Einrichtungen und Dienste sowie deren Träger stellen müssen. Aufbauend auf diesen beiden Arbeitsschritten wurde ein Modell abgeleitet, das die Anforderungen in der alltäglichen Lebensführung im Alter systematisch beschreibt und konzeptionell-methodische Anforderungen und schon

einmal mögliche Bausteine benennt, die Menschen mit geistiger Behinderung bei der Bewältigung der mit dem Alter einhergehenden Veränderungen unterstützen können.

Diese ersten beiden Projektabschnitte bilden die Basis für den in diesem Bericht dargestellten dritten Abschnitt: die Dokumentation und Evaluation von Praxisprojekten, welche sich den Anforderungen an die Lebensgestaltung im Alter stellen und hierzu bereits Konzepte entwickelt und Praxiserfahrungen gesammelt haben. Das im zweiten Zwischenbericht dargestellte Modell der (Entwicklungs-)Aufgaben und (Lebens-)Ereignisse im Prozess des Älterwerdens sowie die daraus ableitbaren Anforderungen an Unterstützungsarrangements für Menschen mit lebenslanger Behinderung (vgl. Schäper et. al. 2010, 96-108) dienen als Folie, die in diesem Bericht dargestellten Praxisprojekte einzuordnen und zu analysieren.

Schlussfolgerungen aus der Evaluation der Praxisprojekte sollen dann im vierten Bericht in konzeptionelle Empfehlungen für die Gestaltung von Wohn- und Unterstützungsarrangements für ein Leben im Alter münden.

## **1.2 Thematische Schwerpunkte der Evaluation von Wohn- und Unterstützungsarrangements für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter**

Die Auswahl der Projekte erfolgte auf der Basis einer offenen Anfrage an alle Träger wohnbezogener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe, inwieweit sie entsprechende Handlungskonzepte für die benannte Zielgruppe bereits erproben und Interesse an einer wissenschaftlich fundierten Analyse und Reflexion ihres Angebotes haben. Zusätzlich wurden Träger gezielt angefragt, die spezifische Angebote bereits realisiert haben. Ziel der Auswahl war es, Projekte ausfindig zu machen, die einen Verbleib in bisherigen, vor allem unterstützten Wohnformen auch bei einem altersbedingt steigenden Hilfebedarf ermöglichen und an den Leitideen der Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion ausgerichtet sind.

21 Projekte wurden in die Evaluation aufgenommen. Es handelt sich hierbei um Projekte, die sich überwiegend schon „am Markt“ etabliert haben und somit auf erste Erfahrungen zurückgreifen können, oder deren konzeptionelle Ausgestaltung im Sinne des Forschungsprojektes vielversprechend ist. Die Projekte wurden in einem weiteren Arbeitsschritt Themenfeldern zugeordnet, um die Analyse unter einer bestimmten Fragestellung fokussieren zu können. Folgende Fragestellungen waren dabei leitend:

- Welche Hinweise geben bestehende oder in Planung befindliche **quartiersbezogene Konzepte** aus der Alten- und Behindertenhilfe auf die Frage, wie Wohn- und Unterstützungsarrangements für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter unter der Maßgabe größtmöglicher Teilhabe realisiert werden können? (Themenfeld 1)
- Wie wird es für Menschen mit geistiger Behinderung möglich, auch **bei hohem Hilfebedarf ambulant unterstützt** in der eigenen Wohnung zu leben? (Themenfeld 2)
- Wie gestaltet sich das Älterwerden von Menschen mit geistiger Behinderung im **Betreuten Wohnen in (Gast-)Familien**? Welche altersbezogenen Chancen und Schwierigkeiten sind mit dieser Wohnformen verbunden? (Themenfeld 3)

- Inwieweit stellen sich Angebote von Trägern im Bereich der **Gestaltung freier Zeit bzw. tagesstrukturierender Maßnahmen** den Anforderungen, die mit dem Älterwerden verbunden sind? (Themenfeld 4)
- Wie kann die Unterstützung altersspezifischer **gesundheits- und pflegebezogener Anforderungen** in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe realisiert werden? (Themenfeld 5)

Mit Ausnahme des Themenfeldes 4 (Gestaltung freier Zeit bzw. Tagesstrukturierung) handelte es sich um Projekte, die primär im Wohnen angesiedelt sind.

In ausführlichen Fallstudien werden die den Themenfeldern zugeordneten Wohn- und Unterstützungsarrangements auf der Basis einheitlicher und somit Vergleiche ermöglichender Dimensionen beschrieben, kategorisiert und evaluiert. Hierbei werden vor allem folgende Gesichtspunkte berücksichtigt und jeweils aus unterschiedlichen Perspektiven (Nutzer\_innen, Angehörige, professionelle Unterstützer\_innen, Anbieter) betrachtet:

- Die **Lebensqualität** der Nutzer\_innen wurde anhand subjektiver und objektiver Indikatoren im Hinblick auf die Lebensführung im Alltag und die Bewältigung spezifischer alterskorrelierter Anforderungen untersucht, um eine wirkungsorientierte Bewertung der Bausteine zu ermöglichen.
- Die jeweils realisierten Unterstützungsbausteine und Konzepte wurden mit Blick auf die Leitideen Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe analysiert.
- Ein weiteres Kriterium stellte die Verlässlichkeit der Angebote für die Nutzer\_innen bei gleichzeitiger Eröffnung individueller Wahlmöglichkeiten dar.
- Die finanzielle Tragfähigkeit im Hinblick auf die geltenden sozialrechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Erbringung von Leistungen wurde beurteilt, um die in diesem Bereich bestehenden Risiken und Hindernisse identifizieren zu können.
- Schließlich wurden die Bedingungen für die Entstehung, die Aufrechterhaltung und den Erfolg der uns relevant erscheinenden Elemente analysiert, um die Übertragbarkeit/Generalisierbarkeit der Praxisprojekte einschätzen zu können.

Die Themenfelder werden im Folgenden kurz im Blick auf die zentralen Forschungsfragen in diesen Bereichen dargestellt.

### ***Themenfeld 1: Quartiersbezogene Konzepte***

Grundlegend können quartiersbezogene Ansätze als eine konzeptionelle und methodische Neuorientierung für die bedarfsgerechte Gestaltung von Sozialräumen betrachtet werden. In diesem Themenfeld wird der Frage nachgegangen, ob diese Ansätze auch im Hinblick auf die Zielgruppe der älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung stringent realisiert werden können. Hierzu wurden drei Projekte, die eine gemeindenahere Unterstützung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Alter realisieren, dokumentiert und untersucht. In einem ersten Schritt werden im vorliegenden Bericht diejenigen Merkmale quartiersbezogener Ansätze beschrieben, die bisher vor allem in der Altenhilfe und in Angeboten für Menschen mit dauerhaften körperlichen Beeinträchtigungen umgesetzt werden. In einem weiteren Schritt wird



untersucht, inwieweit quartiersbezogene Ansätze auf die identifizierten Anforderungen an die Lebensgestaltung älterer Menschen mit geistiger Behinderung eine Antwort geben können. Im empirischen Teil dieses Themenfeldes werden die drei ausgewählten Modellprojekte vorgestellt und im Hinblick auf die Passgenauigkeit zu diesen Anforderungen untersucht. Auf der Basis von Interviews wird die Bewertung der jeweiligen Angebote aus der Sicht der Nutzer\_innen, der Mitarbeitenden und der Anbieter\_innen analysiert. Mit Schlussfolgerungen für die Entwicklung von quartiersbezogenen Praxiskonzepten in der Behindertenhilfe schließt dieser Teilbericht.

## ***Themenfeld 2: Ambulant unterstütztes Wohnen für Menschen mit hohem Hilfebedarf***

In den nächsten Jahren wird eine wachsende Anzahl von Menschen mit geistiger Behinderung, die ambulant betreut wohnt, älter (vgl. Dieckmann et al. 2010). Wie können Wohnsettings und ambulante Unterstützungsstrukturen so gestaltet werden, dass diese Menschen die Aufgaben, die mit dem Älterwerden einhergehen, auch bei erhöhten und sich verändernden Hilfebedarfen in ihrer Wohnumwelt bewältigen können? Es geht um die Schaffung alterstauglicher und wirtschaftlich vertretbarer ambulanter Wohn- und Unterstützungsstrukturen, die die Teilhabe an den kulturell üblichen Lebensbereichen und Aktivitäten sowie die Selbstbestimmung im Alter ermöglichen oder sogar vermehren.

Zurzeit gibt es nur wenige alte Menschen mit geistiger Behinderung, die ambulant betreut in ihrer eigenen Wohnung leben. Aber es gibt erste Träger in Deutschland, die begonnen haben ambulant unterstützte Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf – das heißt gegebenenfalls mit einer Rund-um-die-Uhr-Unterstützung – zu verwirklichen. Untersucht werden zwei ambulant unterstützte Wohngemeinschaften in Berlin und Münster, die Teil einer Hausgemeinschaft sind. Die beiden Träger des Wohndienstes treten auch als Entwickler der Wohnkonzepte auf. Leistungen der Eingliederungshilfe werden u. a. mit ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung kombiniert. Ausführlich dokumentiert werden das Konzept und die Struktur dieser Wohngemeinschaften. Mithilfe von qualitativen Interviews mit einem Nutzer, Angehörigen, pädagogischen Bezugshelfer\_innen und Leitungskräften wird evaluiert, ob sich das Konzept bewährt hat und weiterentwickelt wurde, wie die Unterstützung durch pädagogische und pflegerische Assistent\_innen und Nichtprofessionelle sich im Alltag gestaltet, und welche Möglichkeiten der Selbstbestimmung, welche Teilhabechancen und -schwierigkeiten sich für die Bewohner\_innen mit hohem Hilfebedarf ergeben haben. Ein besonderes Gewicht wird in der Evaluation auf die Entwicklung nachbarschaftlicher Beziehungen gelegt (u. a. mit soziografischen Verfahren). Im dritten Projektbeispiel, das hier nur kurz angerissen werden kann, arbeitet der Träger eines ambulanten Wohndienstes mit einer Wohngenossenschaft zusammen, die Menschen mit geistiger Behinderung als Mitglieder und Mieter aufgenommen hat.

### ***Themenfeld 3: Betreutes Wohnen in Familien***

Das Themenfeld 3 beschäftigt sich mit der Unterstützungsform des Betreuten Wohnens in Familien (Gastfamilien bzw. „Zweite Familien“). Diese Wohnform stellt die Möglichkeit bereit, in einer Familie zu leben, die nicht die Herkunftsfamilie ist, aber dennoch typische Merkmale familiären Zusammenlebens ermöglicht. Vor allem die emotionale Nähe zwischen Familie und Nutzer\_in, die in diesem Setting gewünscht wird, macht sie zu einer besonderen Wohnform. Das Zusammenleben erfolgt in den Räumlichkeiten einer („Zweiten“) Familie und ist in den Richtlinien der jeweiligen Leistungsträger an spezielle strukturelle, konzeptionelle und methodische Bedingungen gebunden. In diesem Teilbericht werden Angebote beschrieben, die Menschen mit Behinderungen bis weit über den Ruhestand hinaus, möglicherweise sogar bis zum Lebensende, begleiten. Hierbei steht die Frage nach der Sicherstellung von Lebensqualität für älter werdende Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen unter der Perspektive der Leitideen Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung innerhalb dieser Wohnform im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses. Nach einer Vorstellung der drei Projekte und der Skizzierung des forschungsmethodischen Vorgehens werden die zentralen Forschungsergebnisse im Hinblick auf die Leitideen beschrieben und diskutiert. Dieser Bericht schließt ab mit einem Fazit und einem Ausblick auf mögliche Zukunftsperspektiven dieses Angebotes.

### ***Themenfeld 4: Gestaltung freier Zeit/tagesstrukturierende Angebote***

Im Themenfeld 4 wurden neun tagesgestaltende Angebote von sieben Trägern untersucht<sup>1</sup>. Im Mittelpunkt dieses Teilberichtes steht hierbei die Frage, welche Bedingungen und Faktoren in den Konzepten und in der Praxis tagesstrukturierender Angebote nachhaltig zur Lebensqualität von älteren und alten Menschen mit lebenslanger Behinderung beitragen können. Hierzu wurden die verschiedenen Wohnformen von Menschen mit Behinderung, die aktuellen Leitideen der Behindertenhilfe und die Richtlinien für die Finanzierung (hier vor allem bezogen auf Westfalen-Lippe) einbezogen. Nach einer kurzen Vorstellung der untersuchten Organisationen und deren Angebote erfolgt die Analyse in zwei Schritten: In einem ersten Schritt wurde im Herbst 2010 eine quantitativ angelegte Befragung von Mitarbeitenden durchgeführt. Im Frühjahr des Jahres 2011 wurden leitende Mitarbeitende sowie jeweils ein bis drei Nutzer\_innen der beteiligten Einrichtungen interviewt. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung und der qualitativen Untersuchung wurden in der Analyse miteinander verknüpft, um auf der Basis von Aussagen aus den unterschiedlichen Perspektiven eine Einschätzung zu den relevanten Fragestellungen zu erhalten. In dem Teilbericht werden die Ergebnisse der beiden Erhebungsphasen dargestellt und miteinander in Bezug gesetzt. Der Bericht endet mit der Skizzierung möglicher Konsequenzen im Hinblick auf die Unterstützung älterer Menschen mit lebenslanger Behinderung im Bereich der Gestaltung freier Zeit bzw. der Tagesstrukturierung.

---

<sup>1</sup> Bei einem Träger sind drei ähnliche Angebote untersucht worden, die zusammengefasst dargestellt werden.

## **Themenfeld 5: Gesundheitsbezogene Dienste**

Im fünften und letzten Themenfeld werden Konzepte dreier Träger untersucht, die Angebote zur Sicherstellung gesundheitsbezogener Anforderungen vorhalten. Bisher haben vor allem stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe im Rahmen ihrer bestehenden Konzepte und Versorgungstraditionen Antworten auf gesundheits- und pflegebezogene Anforderungen gefunden, die die ganzheitliche Leistungserbringung im Kontext der Eingliederungshilfe ermöglichen. Tätigkeiten im Bereich der Grund- wie auch der Behandlungspflege gehören hierbei in vielen Einrichtungen zu den selbstverständlich wahrgenommenen Aufgaben in der stationären Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung, wenn die Selbsthilfekompetenzen in diesen Bereichen durch unterschiedliche Ausprägungen von Behinderungen eingeschränkt sind. Die Erbringung pflegerischer Leistungen erforderte nach der Gesundheitsreform 2007 entsprechende Vereinbarungen, die bundesweit sehr unterschiedlich umgesetzt wurden. Einige Träger haben darauf mit der Installierung spezifischer Dienste in ihren Einrichtungen reagiert, die eine hohe fachliche Qualität der erbrachten pflegerischen Leistungen sicherstellen sollen. Diese gesundheitsbezogenen Dienste können auch in Bezug auf den quantitativen und qualitativen Zuwachs fachlicher Anforderungen an das Personal durch die alterskorrelierte Zunahme gesundheitsbezogener Anforderungen (vgl. Schäper et al. 2010, 84) sinnvolle Konzeptbausteine bieten. Die drei Anbieter, die in diesem Teilprojekt untersucht worden sind, verfolgen dabei das Ziel, eine hohe Qualität pflegerischer Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Eingliederungshilfe sicherzustellen und das primär pädagogisch qualifizierte Personal in der Wahrnehmung von gesundheitsbezogenen Bedarfen und einem Handeln zu unterstützen, das fachlichen Standards entspricht. Alle drei Konzepte richten sich dabei an die Mitarbeitenden in den stationären Wohnbereichen. Nach der Darstellung der Erhebungs- und Auswertungsmethoden werden die beteiligten Dienste in ihren Entstehungs- und Strukturbedingungen beschrieben. Die Leistungen werden auf der Basis von Interviews mit Vertreterinnen der Anbieter auf die Passgenauigkeit zu den Anforderungen hin untersucht. Interviews mit Nutzer\_innen gaben in diesem Themenbereich Aufschluss darüber, wie sie die Zunahme von gesundheits- und pflegebezogenen Anforderungen in der Lebensgestaltung erleben und welche Unterstützung sie sich wünschen. Aus diesen beiden Perspektiven wurde eine Matrix idealtypischer Unterstützungsbausteine im Handlungsfeld pflegerischer und gesundheitlicher Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter entwickelt. Der Bericht schließt mit einem Ausblick zu zentralen Herausforderungen und Chancen aus Sicht von Anbietern und Nutzer\_innen.

### **1.3 Aufbau des vorliegenden Zwischenberichts**

In dem vorliegenden dritten Bericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e)“ werden die Ergebnisse der Analyse unterschiedlicher Wohn- und Unterstützungsarrangements mit potentiell innovativen Elementen zur Realisierung inklusiver Angebote im Hinblick auf die Lebensgestaltung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Alter dokumentiert.

In einem ersten Schritt werden die grundlegenden Annahmen der Evaluation unter der Perspektive der zentralen Leitideen Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung diskutiert. Nach einer kurzen Einführung in den fachlichen und thematischen Diskurs zu diesen Leitideen werden diese jeweils in einer Arbeitsdefinition für das Forschungsprojekt „LEQUI“ präzisiert. Schließlich werden Handlungskonzepte gesichtet, die konkrete Strategien zur Umsetzung der Leitideen bieten.

Im Kapitel 2 werden die Gemeinsamkeiten des methodischen Vorgehens in allen fünf Themenfeldern erläutert. Differenzierungen der forschungsmethodischen Strategien werden in den Teilberichten zu den jeweiligen Themenfeldern beschrieben und begründet.

Den Hauptteil dieses Berichtes bildet die ausführliche Darstellung der Ergebnisse in den fünf Themenfeldern. Die Teilberichte sind ähnlich aufgebaut: Sie beinhalten jeweils eine kurze Vorstellung der zentralen Themenfelder und relevanten Fragestellungen, eine Spezifizierung der Erhebungs- und Auswertungsmethoden und die Darstellung und Diskussion zentraler Ergebnisse. In einem Ausblick werden in den einzelnen Handlungsfeldern jeweils zentrale Herausforderungen benannt, an denen im weiteren Verlauf des Forschungsprojektes anzuknüpfen sein wird.

Am Schluss dieser Einleitung gilt es Dank zu sagen: dieser Dank geht zuerst an die Kooperationspartner\_innen in den untersuchten Einrichtungen, ferner an die Kolleg\_innen beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Besonders bedanken möchten wir uns aber bei unseren studentischen Hilfskräften Niklas Thönnißen, Daniel Fey und Christian Wiesmann, welche die Erstellung dieses Berichtes in maßgeblicher Art und Weise unterstützt haben.

## 2 Teilhabe, Inklusion, Selbstbestimmung – Leitideen des Forschungsprojekts

*Friedrich Dieckmann / Sabine Schäper / Heinrich Greving / Susanne Graumann*

2.1 TEILHABE.....	14
2.2 INKLUSION .....	19
2.3 SELBSTBESTIMMUNG.....	24

In diesem Kapitel werden die drei Leitideen, an denen sich die Evaluation von Modellprojekten innerhalb des BMBF-Forschungsprojekts „Lebensqualität inklusiv(e)“ (LEQUI) orientiert, erläutert und präzisiert. Leitideen geben den Kompass vor, die Richtung von Veränderungen, Wertorientierungen für gestalterisches und pädagogisches Handeln. Leitideen stellen Korrektive dar. Sie betonen das, an dem es mangelt, was sich nicht ohne Eingreifen, quasi von selbst in der Gesellschaft regelt. In ihrer Funktion als Korrektiv dürfen Leitideen nicht verabsolutiert werden, sondern müssen bezogen auf einen Sachverhalt immer im Zusammenspiel mit anderen Leitideen und Bewertungskriterien angewandt werden.

Der Darstellung der drei Leitideen „Teilhabe“, „Inklusion“ und „Selbstbestimmung“ liegt jeweils die gleiche Gliederungslogik zu Grunde: Nach einer Einführung in den Fachdiskurs über die jeweilige Begrifflichkeit wird eine Arbeitsdefinition für das Forschungsprojekt LEQUI gegeben. Exemplarisch werden dann Konkretisierungen bzw. Operationalisierungen der jeweiligen Leitidee vorgestellt und am Schluss aktuelle Handlungskonzepte, mithilfe derer eine Leitidee umgesetzt werden kann.

In welchem Verhältnis stehen die drei Leitideen zueinander? Im Kontext dieses Forschungsprojekts begreifen wir die gleichberechtigte Teilhabe als Ziel aller gesellschaftlichen und professionellen Bemühungen mit und für Menschen mit Behinderung. Inklusion zeigt den Weg an, orientiert darüber, auf welche Art und Weise, durch welche Mittel Teilhabe (am besten) erreicht werden kann und soll. Selbstbestimmung betont die Wahlfreiheit jedes Individuums in Bezug auf die Wahrnehmung von Teilhabemöglichkeiten (keine gesellschaftliche Zwangsbeglückung) und das Recht der Bürger\_innen mit Behinderung über ihre politischen Belange mitzubestimmen.

Auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BMAS 2010) stellt die Zusammenhänge zwischen den Leitideen heraus, indem sie die Vertragsstaaten auf das Recht aller Menschen mit Behinderungen verpflichtet, *„mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben“* und *„wirksame und geeignete Maßnahmen [zu treffen], um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern“* (Art. 19).

## 2.1 Teilhabe

Teilhabe wird als ein zentraler Begriff verwendet, sowohl um die gesellschaftliche Dimension von Behinderung zu fassen als auch im Sozialrecht die Ziele von Leistungen zu definieren. Als behindert gelten Menschen nach SGB IX §2 Abs. 1, *„wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“*. Sie erhalten Leistungen, *„um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligung zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“* (SGB IX §1).

Das Verhältnis von Gesellschaft, Person und Teilhabe soll anhand einiger grundlegender Überlegungen von Day & Dieckmann (1995, 202ff.) näher skizziert werden: Das Zusammenleben von Menschen ist gesellschaftlich organisiert. Jede\_r wird durch Sozialisation Mensch. Sozialisation ist ein lebenslanger Prozess, durch den ein Individuum am sozialen Leben teilhaben und an dessen Entwicklung mitwirken kann. Das geschieht durch die Teilhabe an Gütern unterschiedlicher Art. Güter sind bewertete Sachverhalte, zu denen eine Person in wertenden, nutzenden oder Nutzung vorbereitenden Relationen steht. Sachverhalte, die unterschiedlich bewertet werden, können materiell (z.B. die Wohnung) oder immateriell (z.B. die Einstellung der Nachbar\_innen), permanent oder transient sein (z.B. ein Kartenspiel besitzen oder Karten spielen). Güter können auch nach ihren Zwecken benannt werden (zum Wohnen, zum Fahren, zum Essen, für die Gesundheit). Güter können in unterschiedliche Präferenzordnung gebracht werden.

Alles, was in einer Gesellschaft Bewertung erfährt, hat Güterqualität. In welcher Hinsicht etwas ein Gut ist, hängt von der jeweiligen ein Gut konstituierenden Bewertung ab. Dabei lässt sich nach Day & Dieckmann (1995, 203) eine Reihe verschiedener Bewertungsklassen unterscheiden. Für unseren Zusammenhang ist vor allem der Grad der gesellschaftlichen Erwünschtheit, die Bewertung nach der kognitiv-emotionalen Zuständigkeit einer an Gütern teilhabenden Person (freudvoll – leidvoll, erwünscht – unerwünscht, jeweils aus der Perspektive des Subjektes beurteilt), die ethische Bewertung (gut – böse), die Erreichbarkeit (machbar – nicht machbar, zur Hand – nicht greifbar), die Bewertung nach der Menge (Mangel, Knappheit, freizugänglich) und nach ökonomischen Kriterien (effizient – nicht effizient) relevant.

Bei Gestaltungsentscheidungen ist die Verschiedenartigkeit der Bewertungsklassen zu berücksichtigen, die Reduktion auf eine Bewertungsklasse ist *„unmenschlich“* (Day & Dieckmann 1995, 204) und wird der Komplexität der menschlichen Lebenswelt nicht gerecht. In Evaluationen sind die Bewertungsmaßstäbe offen zu legen.

Bewertungen von Sachverhalten, Gegebenheiten können sich historisch ändern und die Beschaffenheit von Sachverhalten kann sich historisch ändern (z.B. Wohnverhältnisse und deren Bewertung; vgl. ebd., 207ff.). Eine vermehrte Teilhabe an gesellschaftlichen Gütern beeinflusst nachweislich objektive Indikatoren der Lebensqualität, z.B. die durchschnittliche Lebenserwartung. Die subjektive Zufriedenheit mit gesellschaftlicher

Teilhabe hängt demgegenüber stark vom individuell realisierten Vergleich ab. Solche Vergleiche speisen sich aus der Erinnerung an frühere Erfahrungen und orientieren sich an tatsächlich erlebten oder bloß vermittelten Alternativen. Das individuelle Anspruchsniveau resultiert aus diesen Bezugssystemen (Kohorteneffekte).

Wie die Teilhabe von Gütern reguliert wird, hängt auch von der Art des Gutes ab. Day & Dieckmann (1995, 204) unterscheiden drei Regulationsebenen:

1. Personen stehen in Güter bezogenen Austauschrelationen, ohne *„unmittelbar in sensorischen Kontakt miteinander zu treten“* (z.B. beim Verbrauch von Luft zum Atmen).
2. Personen *„beachten ihre wechselseitigen Partizipationsvorhaben, entweder indem sie einen anderen an der Güterteilhabe hindern wollen, oder indem sie seine Teilhabe ermöglichen wollen oder indem sie gemeinsam, kooperativ ein Gut herstellen, transportieren oder genießen“*.
3. *„Personen können aber auch ideell einen überindividuellen Standpunkt einnehmen, indem sie sich [...] einer Teilhaberrelation zwischen zwei oder mehreren Personen zuwenden. [...] Aus dieser Perspektive kann erkannt werden, dass in Bezug auf die Teilhabe an Gütern Personen zunächst formal gleichartig sind“* („gleichberechtigt“). Daraus ergibt sich die Umsetzungsfrage, wie man der formalen Gleichheit lebensweltlich ausreichend gerecht werden kann.

In den bisherigen Ausführungen wird „Teilhabe“ als analytische Kategorie verwandt. Normativ wird der Begriff Teilhabe benutzt, wenn die Optimierung von Teilhabechancen, die im Leben der Gesellschaft realisiert werden können, gefordert wird. Oder wenn auf die gleichberechtigte Teilhabe als ein Menschenrecht verwiesen wird, das allen Menschen unabhängig von ihrer Unterschiedlichkeit und Behinderung zusteht, wie es in der Präambel der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen betont wird. Zu der gleichberechtigten Teilhabe gehört die unbedingte Achtung vor dem Wertsein und der Würde des anderen, die Zugehörigkeit eines jeden Menschen zur Gesellschaft und zur Welt, die gerechte Verteilung der sozialen Güter und eine a priori dialogische Verständigung (vgl. Greving & Ondracek 2009, 120ff.). Die direkte Beteiligung von Menschen mit Behinderung an politischen Willensbildungsprozessen auf allen Ebenen ist voranzutreiben. Das gilt auch für Forschungsprozesse, die sich dem Ziel der gleichberechtigten Teilhabe verpflichtet fühlen.

In Bezug auf die gleichberechtigte Teilhabe warnen Day & Dieckmann (1995, 209) vor zu hohen Erwartungen: *„Es erscheint so, als ob behinderte Personen nur zeitversetzt begrenzt auf den Stand der Güterteilhabe von Nichtbehinderten kommen können. Sie sind nicht die Trendsetter in der Produktion und im Güterverbrauch. Aus diesem Sachverhalt folgt nicht, dass keine Umverteilung nötig ist, sondern eher dass das time lag zwischen Teilhabemöglichkeiten verschiedener Gesellschaftsmitglieder nicht zu groß werden sollte. Die ständig sich ergebenden Scherenöffnungen müssen möglichst rechtfertigbar klein gehalten werden. [...] Aufheben kann man die Unterschiede nicht, denn das hieße Abschaffung von Behinderungen und Benachteiligungen bzw. komplementär von Bevorzugungen, Aufheben von Unterschieden beseitigt Wahlfreiheit“*.

Die folgende **Arbeitsdefinition** fasst das Grundverständnis zusammen, das dem Teilhabebegriff in den in diesem Bericht dargestellten Evaluationsstudien zugrunde liegt:

Menschen mit Behinderung die gleichberechtigte Teilhabe an den in einer Gesellschaft üblichen und bedeutsamen Aktivitäten und Lebensbereichen zu ermöglichen ist das Ziel adressatenorientierter Unterstützungs- und Gestaltungsmaßnahmen. Dabei sind sowohl die Einschränkungen bei der Ausführung von Aktivitäten aufgrund der Schädigung körperlicher Strukturen und Funktionen zu beachten als auch weitere personenbezogene Faktoren und insbesondere Umweltfaktoren, die Barrieren oder förderliche Bedingungen für die Teilhabe darstellen.

Im Hinblick auf die **Operationalisierung** von Teilhabe und ihrer Bedingungen bietet sich das Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Gesundheit und Behinderung (ICF) der WHO an, das bereits in die Arbeitsdefinition eingeflossen ist (vgl. Schuntermann 2011, 251ff.):

Dieses Modell bezieht sich auf die funktionale Gesundheit einer Person. Eine Person gilt nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation dann als gesund, wenn ihre körperlichen Funktionen und Strukturen den Normen und Werten entsprechen, welche auch sonst in einer Gesellschaft realisiert werden, sie zudem all das leben kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem in der Gesellschaft erwartet werden kann.

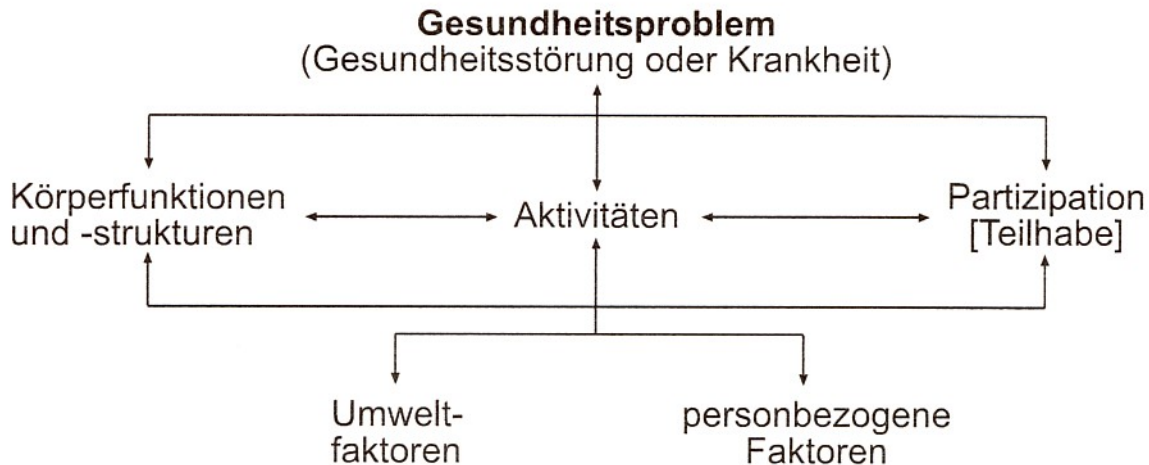


Abb. 1: Die Wechselwirkungen im Behinderungsmodell der ICF (Quelle: DIMDI 2005)

Behinderung wird als Abweichung von einem normativ erwarteten Zustand der funktionalen Gesundheit aufgefasst. Ein Gesundheitsproblem (eine Krankheit oder gesundheitliche Störung) kann in Wechselwirkung mit Umweltbedingungen und personenbezogenen Faktoren auf der *organismischen* Ebene zu Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen, auf der *individuellen* Ebene zu Beeinträchtigungen bei der eigenständigen Ausführung von Aktivitäten und auf der *gesellschaftlichen* Ebene zu Einschränkungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, an materiellen und



immateriellen Gütern führen. Das Modell verdeutlicht die kulturelle Relativität von Behinderung: Was für Aktivitäten kulturell üblich und altersangemessen sind, variiert zwischen und innerhalb von Gesellschaften. Phänomene auf der organismischen, der individuellen und der gesellschaftlichen Ebene beeinflussen sich wechselseitig.

Ob Personen, die Aktivitäten nicht selbständig ausführen können, an ihnen nicht beteiligt und sozial benachteiligt werden, hängt entscheidend von sozialen, physischen und gesellschaftlichen Umweltbedingungen ab, die beeinträchtigend oder förderlich wirken können. Auf der obersten größten Klassifikationsebene werden 5 Kategorien von Umweltfaktoren unterschieden: Produkte und Technologien; natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt; soziale Unterstützung und Beziehungen (u. a. persönliche Helfer\_innen und Pflegepersonen, Fachleute des Sozial- und Gesundheitswesens); individuelle und gesellschaftliche Einstellungen; Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z.B. der allgemeinen sozialen Unterstützung, des Gesundheitswesens, der Stadtplanung).

Teilhabe bezieht sich gemäß der WHO auf alle gesellschaftlich bedeutenden Aktivitäten und Lebensbereiche. Die Klassifikation der Teilhabebereiche stellt ein „pragmatisches“ Gemisch von Lebensbereichen und von grundlegenden Aktivitäten (Aufgaben und Handlungen) dar, die in jedem Lebensbereich eine Rolle spielen (z.B. die Kommunikation, die Mobilität, die Selbstversorgung).

Folgende Teilhabebereiche werden unterschieden (vgl. Seifert et al. 2008):

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (den Alltag selbstbestimmt gestalten zu können, – tägliche Routinen durchzuführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umzugehen)
- Kommunikation
- Mobilität (kleinräumliche Bewegung, z.B. in der Wohnung, und großräumliche Fortbewegung)
- Selbstversorgung (u.a. Körperhygiene, Ernährung, Gesundheitsvorsorge)
- häusliches Leben (haushaltsbezogene Aufgaben und Aktivitäten)
- interpersonale Interaktionen und soziale Beziehungen
- bedeutende Lebensbereiche:
  - Erziehung / Bildung
  - Arbeit und Beschäftigung
  - Teilhabe am wirtschaftlichen Leben (z.B. als Konsument)
  - Gemeinschaftliches und soziales Leben (z.B. in der Gemeinde)
  - Erholung und Freizeit
  - Religion und Spiritualität
  - politisches und staatsbürgerliches Leben

Im Rahmen des Teilhabekonzeptes wird der Mensch als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt verstanden: *„Teilhabe [...] ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich. Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die eine Person beim Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich hat. Das Konzept der Teilhabe ist mit Fragen nach dem Zugang zu Lebensbereichen sowie der Daseinsentfaltung und dem selbst bestimmenden und gleichberechtigten Leben verknüpft [...] sowie mit Fragen der Zufriedenheit, der erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und erlebten Anerkennung [...] und Wertschätzung in den Lebensbereichen, die für die betrachtete Person wichtig sind [...] Das Teilhabekonzept ist insbesondere geeignet, die Interventionsziele der betroffenen Person herauszuarbeiten (z.B. an welchen Lebensbereichen die betroffene Person zukünftig als gleichberechtigtes und selbst bestimmtes Subjekt teilhaben möchte.“* (Schuntermann 2011, 254).

Jedoch bleibt auch festzuhalten, dass – während in der ICF die Aktivitätsdimension operationalisiert wurde – eine echte Operationalisierung der Teilhabedimension noch aussteht. Pragmatisch wurde einfach zunächst die Klassifikation der Aktivitäten und Lebensbereiche übernommen. Den Zielen der ICF, eine gemeinsame Sprache zur Beschreibung der funktionalen Gesundheit zu finden und die Kommunikation im Gesundheits- und Sozialwesen weltweit zu erleichtern, kann beigeplant werden. Die ICF ist kein Assessment- und Diagnostikverfahren, stellt jedoch eine sehr gute heuristische Grundlage zur Verfügung, ein solches zu entwickeln. Gerade vor dem Hintergrund der Lebenssituationen älterer Erwachsener mit lebensgeleitender Behinderung (vgl. Schäper et al. 2010) stellt sich eine weitere Differenzierung dieses Modells als extrem notwendig und zielführend dar.

**Handlungskonzepte**, welche teilhabeorientiert beschrieben werden können, beziehen sich auf eine person- und sozialraumorientierte Hilfeplanung im Einzelfall (**individuelle Teilhabeplanung**) und **lebenslauforientierte Dienstleistungen**, welche Menschen mit Behinderungen aushandeln und mitgestalten können (vgl. Beck & Greving 2011). In unserem Zusammenhang sind vor allem Dienstleistungen für das Wohnen und für die soziale Teilhabe, für das gesundheitliche und psychosoziale Wohlbefinden, sowie für eine autonome und teilhabende Lebensführung im Alter zu nennen. Skiba (2011, 161ff.) hat eine Reihe relevanter Dienstleistungen für eine autonome Lebensführung im Alter aufgelistet.

Über die Unterstützung im Einzelfall hinaus bietet das Handlungskonzept der **kommunalen bzw. regionalen Teilhabeplanung** wichtige Hinweise für die sozialplanerische Ebene (vgl. Rohrman 2009; Rohrman 2010). Die kommunale Perspektive ist für die Realisierung inkludierender Verhältnisse auf der Ebene der sozialen Strukturen ebenso bedeutsam wie auf der Ebene praktischer Barrieren in der physisch-materiellen Umwelt und des Systems von Organisationen, die vor Ort Hilfen bereitstellen. Auch wenn die Kommune *„Teilhabe nicht herstellen“* (Rohrman 2010, 69) kann, bietet die kommunale Teilhabeplanung wichtige Ansatzpunkte: Wenn es gelingt, die in vielen Regionen verbreitete träger- oder verbandszentrierte Fachplanung durch integrierte Planungsstrategien zu ergänzen, die die Perspektiven der verschiedenen Akteur\_innen in einer Region berücksichtigt, ohne Unterschiede zu nivellieren, und

wenn Teilhabeplanung weiter reicht als bloße Angebotsplanung, rückt anstelle des Angebotsarrangements die Überwindung von Teilhabeschranken in den Mittelpunkt, zu der alle Akteure in einem sozialen Raum ihren Beitrag leisten können – unter Einbezug der Menschen mit Behinderungen als wichtige Akteur\_innen im Planungsprozess.

Teilhabe kann – so Niediek (2010) – nur gelingen, wenn individuelle, organisationale und sozialräumliche Perspektiven zusammengedacht werden. Einrichtungen und Dienste müssen sich in Richtung beider Perspektiven deutlicher öffnen, besitzen aber gerade dazu auch ein besonderes Potential. Soziale Organisationen wie Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe beantworten individuelle Bedarfe und transformieren damit den Sozialraum, und umgekehrt binden sie Individuen in soziale Räume und Gemeinwesen ein.

## 2.2 Inklusion

Etymologisch meint der Begriff Inklusion im eigentlichen Wortsinne „includere“, d.h. „einschließen“. Dieses „Eingeschlossensein“ kann im Hinblick auf die Inklusion Unterschiedliches bedeuten: Historisch bezog sich dieser Begriff auf das Eingeschlossen- und Abgeschlossenensein bestimmter Menschen von der Welt (so zum Beispiel Eremiten), Personen also, welche nicht an einer Kommunikation mit der sie umgebenden Wirklichkeit interessiert waren bzw. diese von vornherein ausschlossen. Aktuell wird der Begriff Inklusion in einem gegenteiligen Sinn genutzt: Unter Inklusion wird im Sinne eines sozialen Dabei- und Eingeschlossenseins, *„ein Zugehörigsein einer Gemeinschaft oder ein Einbezogensein in lebensrelevante Kommunikationszusammenhänge verstanden“* (Speck 2010, 61).

Im aktuellen deutschsprachigen Fachdiskurs wird der Begriff unterschiedlich hergeleitet und gefüllt. Einige knüpfen primär an die US-amerikanische Diskussion an und verwenden Inklusion als Leitidee für gestalterisches und pädagogisches Handeln, mitunter auch als Beschreibung des Zielzustands einer anzustrebenden Gesellschaft (im Sinne des Kommunitarismus). Von anderen Autor\_innen wiederum wird Inklusion als soziologischer Begriff aufgefasst, der vornehmlich dazu dient, gesellschaftliche Dynamiken zu analysieren. Je nach theoretischer Einbettung bezieht der Begriff Inklusion sich in der Soziologie dabei auf unterschiedliche Analyseeinheiten (z.B. gesellschaftliche Gruppen oder Funktionssysteme) und hat unterschiedliche Bedeutungen.

Georg Theunissen verweist darauf, dass der Begriff Inklusion, wie er im Hinblick auf die Arbeit mit Menschen mit Behinderung diskutiert wird, aus dem angloamerikanischen Sprachraum stamme und vor allem die Nichtaussonderung bzw. unmittelbare Zugehörigkeit dieser Menschen meine. Theunissen stellt dabei eine enge Verknüpfung mit dem Begriff des Empowerment her (vgl. Theunissen 2006, 13f.). In einigen US-Bundesstaaten forderten und setzten schon Anfang und Mitte der 1970er Jahre Elterninitiativen eine kostenlose Beschulung aller Kinder mit Behinderung, sowie ein ausgeprägtes Mitspracherecht der Eltern in Bezug auf die Begleitung und pädagogische Förderung ihrer Kinder durch. In dem Jahr 1997 wurde mit dem „Individuals with

„Disabilities Education Act“ für die Beschulung die „least restrictive environment“ gefordert und die rechtliche Grundlage für die Einbeziehung behinderter Schüler\_innen in das „allgemeine Curriculum“ (inclusive education) geschaffen (ebd., 14f.).

Vor allem deutschsprachige Vertreter\_innen der Sonderschulpädagogik, die bereits seit längerem integrative Unterrichtsmodelle entwickelt und erforscht haben, sind der Auffassung, dass die Begrifflichkeiten der Inklusion und der Integration deckungsgleich seien und somit der Begriff der Inklusion letztlich verzichtbar sei (ebd., 21f.). Theunissen (2006, 21ff.) spricht sich auf dem Hintergrund folgender Punkte dennoch dafür aus, Inklusion als Leitbegriff in der Behindertenhilfe beizubehalten:

- Inklusion wird als ein international bekannter Begriff wahrgenommen, um bisher als integrativ beschriebene Maßnahmen in Richtung inklusiver Maßnahmen zu verändern.
- Inklusion konkretisiert zunächst eine gemeinsame Erziehung von behinderten und nicht behinderten Kindern in Kindertageseinrichtungen und Schulen.
- Bei der Konkretisierung von Inklusion in der Förderschulpädagogik werden Aspekte thematisiert, welche in der vorangegangenen integrationspädagogischen Debatte eher aus dem Blickfeld gerieten, insbesondere die Überwindung der Kategorisierung nach Behinderungsarten (wie z.B. lernbehindert, geistig behindert, etc.).
- Inklusion als Gestaltungsprinzip führt zu Modifikationen auf institutioneller, organisatorischer und umweltgestalterischer Ebene. Inklusiv angelegte Planungs- und Gestaltungsvarianten werden generiert und können evaluiert werden, z.B. mithilfe des Instrumentes des so genannten Index of Inclusion (vgl. Booth & Ainscow 2003; Boban & Hinz 2003).

In den vergangenen 25 Jahren wurde die Leitidee der Inklusion auch auf weitere Lebensbereiche von Menschen mit Behinderung übertragen, etwa ihre Arbeits- oder Wohn(um)welt im Erwachsenenalter. Inklusion als Leitidee für die Gestaltung von Lebensräumen und Unterstützung im Alter gilt derzeit eher noch als „Zukunftsmusik“ (Wacker 2011, 235).

Für Otto Speck dagegen ist der Begriff „Inklusion“ in der soziologischen Literatur grundgelegt und verwurzelt (vgl. Speck 2010, 63ff.). In den Geburtsjahren der Begrifflichkeiten „Integration“ und „Inklusion“ (also in den 1970er Jahren) sei primär und zuerst die „Exklusion“ thematisiert worden. In soziologischer Hinsicht entwickelte sich ein Verständnis vom Ausgeschlossensein bestimmter Gruppen bzw. Schichten. Um ein soziologisches Gegenstück zu diesen Exklusionstendenzen zu beschreiben, wurde der Begriff der Inklusion benutzt – und dieser konkretisierte sich parallel zur Entwicklung und Ausdifferenzierung eines Integrationsbegriffes.

Bilanzierend bleibt folgendes festzuhalten:

- Der Begriff der Inklusion wurde zunächst im schulischen Bereich verwendet. Von der Schulpädagogik her kommend wurde er relativ nahtlos auf die allgemeine Bildung und die pädagogische und agogische Arbeit mit Menschen übertragen.
- Der Begriff prägt nicht nur die Förderschulpädagogik (Bloemers 2009, 148ff.), sondern ist ausgehend von politischen Aktionen von Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen gesellschaftspolitisch verfasst.

- Die UN Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BMAS 2010) ist bestimmt von Inklusionsgedanken<sup>2</sup>. Bezogen auf das Wohnen heißt es zum Beispiel im Art. 19, dass die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Maßnahmen treffen, *„um ihre volle Einbeziehung [englischsprachige Version: inclusion] in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie u. a. gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“*. Sie haben ein Recht auf *„persönliche 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. Dienste und Einrichtungen in der Gemeinde für die Allgemeinheit [müssen] Menschen mit Behinderung auf der Grundlage der Gleichberechtigung zu Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen“*. Inklusion erweist sich somit als Messlatte für sozialpolitische, bildungspolitische und gesetzgeberische Reformprogramme, welche nicht nur den Schulbereich, sondern darüber hinaus den Erwachsenenbildungsbereich und Felder der Sozialpolitik betreffen. Im Rahmen einer politisch verstandenen Inklusionsdebatte geht es somit immer mehr um die Entwicklung der Bürgerrechte von Menschen mit Behinderungen (Schädler 2011, 15ff.).
- Inklusion fungiert als Leitidee für die Gestaltung von allgemeinen und spezifischen Infrastrukturen, Angeboten und Maßnahmen für Menschen mit Behinderung – sowohl auf der Einzelfallebene wie auch im Rahmen der Sozialplanung. Im Regelfall sollen Menschen mit Behinderung in ihren Lebenszusammenhängen, dort wo sie mit ihren Bezugspersonen wohnen, arbeiten, sich bilden und ihre Freizeit verbringen, die notwendige Unterstützung erhalten. Die Einrichtung besonderer Settings wird begründungspflichtig. Mit dem Recht auf Erhalt der eigenen Lebenszusammenhänge (z.B. Verbleib in der eigenen Wohnung) korrespondiert die fachliche Perspektive, dass so (*„inklusiv“*) allgemeine Ressourcen in einem Gemeinwesen und die je spezifischen einer Person besser nutzbar gemacht werden können.
- Inklusion wird in der Tradition des angloamerikanischen Kommunitarismus auch als Wertbegriff gebraucht, um einen gesellschaftlichen Zielzustand zu beschreiben, der durch die Zugehörigkeit jedes Mitglieds zu einer als Gemeinschaft gedachten Gesellschaft gekennzeichnet ist, z.B. in der Kommune, im Gemeinwesen. Der Begriff Inklusion steht hier für eine sozialphilosophische bzw. sozialpolitische Utopie (vgl. Gröschke 2011).
- In soziologischer Perspektive wird der Inklusionsbegriff analytisch verstanden, ist eng mit demjenigen der Exklusion „verdrachtet“ und wird in verschiedenen Ansätzen bezogen auf unterschiedliche Analyseeinheiten verwendet (z.B. im Rahmen der Luhmannschen Theorie sozialer Systeme; vgl. Speck 2010, 63ff.; Kulig 2006, 49ff.; Dederich 2006, 11ff.).

---

<sup>2</sup> In der oben zitierten, amtlichen deutschen Übersetzung mit Rechtscharakter wird „inclusion“ häufig auch mit Integration übersetzt, vermutlich um die Brisanz der Konvention und damit ggf. verbundenener Rechtsansprüche abzuschwächen.

Im Rahmen der Evaluation der Modellprojekte im Forschungsprojekt LEQUI wird unter Inklusion primär ein Gestaltungsprinzip verstanden, das in der folgenden **Arbeitsdefinition** umrissen wird:

Inklusion meint die Einbeziehung von Menschen mit Behinderung in allen gesellschaftlichen Lebensbereichen, welche auch allen anderen Menschen zur Verfügung stehen. Unter Inklusion wird hier ein Gestaltungsprinzip verstanden, eine Leitidee für die Gestaltung sämtlicher Lebensbereiche und Unterstützungssysteme von Menschen mit Behinderung in allen Lebensphasen (Infrastrukturen, Angebote, Dienste). Das Faktum der Behinderung wird hierbei als ein gegebener und nicht weiter zu stigmatisierender Teil der Verschiedenheit aller Menschen verstanden, auf welche sich alle Bürger\_innen einer Gesellschaft sowie auch die Dienste und Angebote einzustellen haben. Menschen mit und ohne Behinderung bestimmen hierbei die gesellschaftlichen Prozesse. Das Ziel besteht darin, Personen und Individuen durch die Teilhabe an der Gemeinschaft eine Lebensgestaltung und die Ausbildung einer Identität zu ermöglichen, die nicht von vorgefassten, gesellschaftlich institutionalisierten Lebensläufen für behinderte Menschen bestimmt wird. Anstelle separierender und ausgrenzender Sonderwelten sollen Menschen mit Behinderung die notwendige, auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestellte Unterstützung durch primäre Bezugspersonen, professionelle Assistenten und freiwillig Engagierte dort erhalten, wo sie wohnen, arbeiten, beschäftigt sind und ihre Freizeit verbringen (Individualisierung der Hilfen).

Dies beinhaltet eine grundlegende Wahlfreiheit (zum Beispiel in Bezug auf Wohnformen), wie sie allen anderen Gesellschaftsmitgliedern ebenfalls zukommt (vgl. Dieckmann 2009, 49f.).

Im Hinblick auf die **Operationalisierung** des Begriffs der Inklusion gerät vor allem die Barrierefreiheit bzw. die Wahrnehmung ausgrenzender Mechanismen, in den Fokus. Hierauf gehen z.B. so genannte Indizes der Inklusion ein, z.B. der „**Index of Inclusion**“ für Schulen, welcher für den deutschsprachigen Bereich von Boban und Hinz (2003) adaptiert wurde, oder der Kommunale Index für Inklusion der Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft (2011) mit umfangreichen Checklisten. Auf diesem Hintergrund können Gemeinwesen und Organisationen feststellen, ob und wie weit sie den Grundgedanken der Inklusion realisieren.

Zu den **Handlungskonzepten**, welche die Leitidee der Inklusion konkretisieren, gehört das Konzept **Community Care**, wie es von der Evangelischen Stiftung Alsterdorf seit Anfang der 2000er Jahre realisiert wird (vgl. Maas 2006, 141ff.; Schablon 2009). Gerade die Trennung zwischen Wohnung und Unterstützung und die Ausdifferenzierung von Wohnformen im Rahmen eines gesellschaftlichen Dabeiseins stellt eine wichtige Maxime des Inklusionsgedankens dar. Es ist hierbei Monika Seifert zu folgen, wenn diese fordert, dass Inklusion mehr sei, als „*Wohnen in der Gemeinde*“ (Seifert 2006, 98). Auf diesem Hintergrund geht es in allen Feldern der Inklusion handlungsbezogen darum, die individuellen Ressourcen aller Menschen in einem Gemeinwesen – ob mit oder ohne Behinderung – zu stärken, soziale Netzwerke anzubahnen und zu knüpfen, um hieraus Ressourcen im konkreten Umfeld zu erschließen und weiter zu

differenzieren (ebd., 101ff.). Wesentliche Impulse bezieht sie einerseits aus dem Handlungskonzept Sozialraumorientierung und andererseits aus dem sozialarbeiterischen Konzept der Gemeinwesenarbeit. Seifert stellt die Notwendigkeit heraus, Menschen zu befähigen, selbst aktiv zu werden, um sich den sozialen Raum zu erobern und dessen Ressourcen nutzbar zu machen. Außerdem benennt sie wichtige Entwicklungsprozesse auf der Ebene der Organisation von Einrichtungen und Diensten. Die Sensibilität für segregierende Prozesse und Tendenzen in einem Sozialraum müsse in neue Formen partizipativer Sozialplanung münden, damit ein „*Leben in Nachbarschaften*“, wie es bereits Walter Thimm (1994) als Leitidee formuliert hatte, nicht Illusion bleibt (vgl. Seifert 2010).

Hierbei ist dann auch der Lebensbereich Arbeit & Beschäftigung mit einzubeziehen. Vermehrt gilt es, Arbeitsplätze und Beschäftigungsangebote außerhalb und unter dem Dach der Werkstatt für Menschen mit Behinderung inklusiv zu gestalten (vgl. Vieweg 2006, 114ff.).

Ein zentrales Handlungskonzept, das die Leitidee der Inklusion in handhabbare Prozesse übersetzt, ist das der Sozialraumorientierung, das Hilfearrangements entlang der vier Handlungsebenen der Sozialstruktur („S“), der Organisation („O“), des sozialen Netzwerkes („N“) und des Individuums („I“) als analytisches Modell beschreibt und zugleich Hinweise für die Gestaltung der Praxis liefert (vgl. Früchtel & Budde 2010, 59). Früchtel, Cyprian und Budde stellen diese Ebenen in folgendem Schaubild dar:

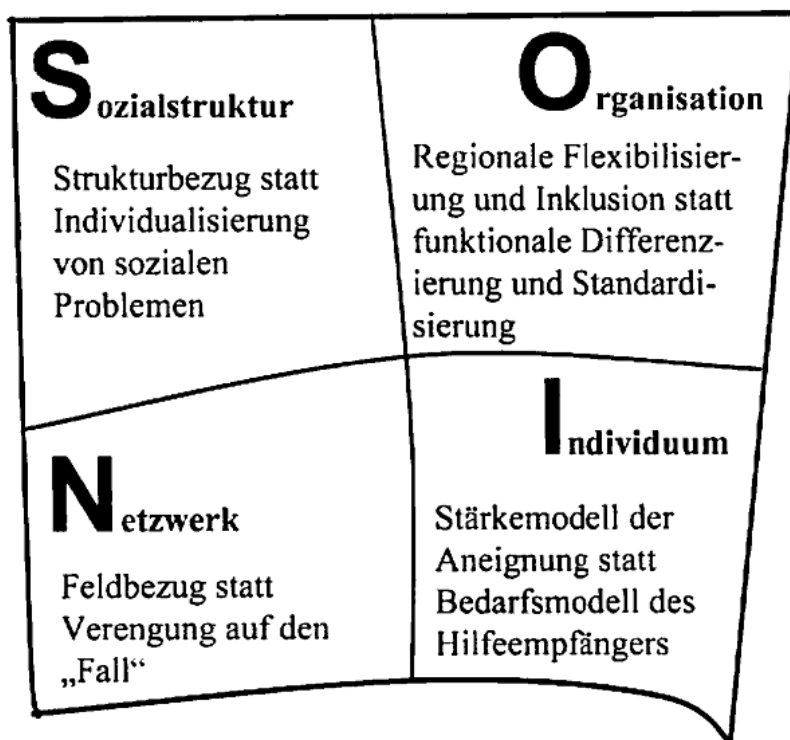


Abb. 2: Handlungsebenen der Sozialraumorientierung (Quelle: Früchtel et al. 2007, 13)

Das **Handlungsfeld „Individuum“** nimmt schwerpunktmäßig den Menschen mit Behinderungen in seiner unmittelbaren Lebenswelt in den Blick. Dieses Handlungsfeld umfasst die Unterstützung des Individuums und seiner Unterstützer\_innen und

Angehörigen. Unerlässlich sind individuelle Hilfeplanverfahren, welche die Komplexität der Lebenssituation und die Einbindung in soziale Räume berücksichtigen. Methodisch ist hier an Konzepte des Case Managements, der Persönlichen Zukunftsplanung (vgl. Doose 2004; Emrich et al. 2006) und des Aufbaus von Unterstützernetzen („*Circles of Support*“; vgl. Kirschniok 2010) zu denken. Bildungs- und Beratungsangebote sind auszubauen im Blick auf spezifische Anforderungen, die Menschen mit Behinderungen und ihre Unterstützer\_innen eigenständig bewältigen könnten, wenn sie sich hinreichend informieren können (Wohnberatung, Beratung in psychosozialen Krisen, Konsulentenarbeit, Gesundheits- und Ernährungsberatung, Suchtberatung). Kontaktbörsen, Kontaktstellen und Treffpunkte sind ebenso wichtig wie barrierefreie Freizeitangebote und Angebote der Tagesgestaltung. Auf der **Netzwerkebene** gilt es, einerseits diejenigen Potenziale sozialen Kapitals zu verdeutlichen und nutzbar zu machen, die soziale Netzwerke und Gemeinwesen bereithalten. Zum anderen werden hier die Barrieren und Hindernisse einer umfassenden Teilhabe an sozialen Netzwerken beschrieben und bearbeitet. Auf der **Handlungsebene der Organisation** fokussiert der Handlungsansatz der Sozialraumorientierung die Frage nach einem verlässlichen institutionellen Rahmen, der flexibel und regional orientiert primär die Interessen und Belange der Menschen mit Behinderungen berücksichtigt, nie bloß der Bestandssicherung sozialer Organisationen dient. Schließlich sind auf der Ebene der **Sozialstruktur** die rechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen auf die Bedarfslagen von Menschen mit Behinderungen im Alter auszurichten. Die quartiersbezogene Arbeit im Sozialraum kann dazu beitragen, Menschen mit Behinderungen als Bürgerinnen und Bürger wahrzunehmen, die nicht nur Hilfe benötigen, sondern selbst als Akteur\_innen der Entwicklung sozialer Räume aktiv werden können, wie dies in der Idee der „*enabling community*“ angedacht ist (vgl. Haas 2009).

Einen konkreten methodischen Ansatz zur Gestaltung eines inklusiven Gemeinwesens stellen Loeken und Windisch (2010) mit dem Konzept des **gemeinwesenorientierten Unterstützungsmanagements** dar, das personorientierte, familien- und gruppenbezogene sowie gemeinwesenorientierte Perspektiven integriert, um die möglichen Beiträge der unterschiedlichen Akteur\_innen verfügbar zu machen. Die notwendige Basis hierzu bilden neben dem Unterstützungsbündnis zwischen Leistungserbringenden und Hilfesuchenden auch ein Arbeitsbündnis mit Personen aus deren sozialem Umfeld sowie die Qualifizierung der professionell Begleitenden in Bezug auf Handlungskompetenzen und Schlüsselkompetenzen.

Aus der Leitidee Inklusion sind – trotz ihrer Vieldeutigkeit und manchmal vagen Begründung – praktische, ja sogar sozialpolitische Konsequenzen abgeleitet worden. Im Rahmen der Projektevaluationen wurde überprüft, in welcher Hinsicht und inwieweit Inklusion realisiert wird und nicht nur „*ein pädagogischer Mythos*“ bleibt (Kobi 2006, 28).

## 2.3 Selbstbestimmung

Seit Mitte der 1990er Jahre sind Selbstbestimmung und Autonomie zentrale Leitprinzipien der Behindertenhilfe, wobei keine klare Differenzierung zwischen den Begrifflichkeiten erfolgt (vgl. Fornefeld 2009, 183ff.). Der Begriff Selbstbestimmung setzt



sich aus „**selbst**“ und dem Verb „**bestimmen**“ im Sinne von „über etwas oder jemanden entscheiden“ bzw. „etwas oder jemanden benennen“ zusammen (vgl. Waldschmidt 2003). Mit „selbst“ kann dabei sowohl der/die Akteur\_in (das „I“) wie der Sachverhalt, über den bestimmt wird (das „Me“), im Sinne von „sich erkennen, sich auf sich beziehen“, also ein Akt der Selbstreferentialität, gemeint sein. Waldschmidt (2003) betont diesen zweiten Bedeutungsakzent, wenn für sie „**Selbstbestimmung**“ meint „sich selbst erkennen, sich definieren, Macht über sich selbst ausüben“. Und ähnlich Fornefeld (2009, 187): „Selbstbestimmung ist mehr als nur Artikulation und Durchsetzung eigener Bedürfnisse, und Bildung ist mehr als nur die Befähigung zur Selbstartikulation. Selbstbestimmung gehört zum Wesen der Bildung eines Menschen [...] Selbstbestimmung und Bildung bestimmen sich also wechselseitig. Darum ist Selbstbestimmung ein Leben lang Arbeit an sich selbst“. Psychologisch betrachtet erleben Menschen ihr Handeln nicht nur dann als selbstbestimmt, wenn sie dazu intrinsisch motiviert sind, sondern auch wenn die Handlung vom Selbst als persönlich wichtig oder wertvoll anerkannt wird, ja sogar wenn nicht-lustbetonte Handlungen instrumentell sind für Ziele, die in einem kohärenten Selbstkonzept verankert sind (vgl. Deci & Ryan 1987, zitiert nach Lindmeier & Lindmeier 2003). Das Bemühen um Selbstbestimmung hat somit auch die Entwicklung der Identität und eines individuellen Lebensstils in den Blick zu nehmen.

Im Kontext der Heil-, Sonder- und Behindertenpädagogik wird Selbstbestimmung häufig als Gegenpol zur Fremdbestimmung von Menschen mit Behinderung und in Relation zu ihrer sozialen Abhängigkeit definiert. Schon vor der Konkretisierung des Sozialgesetzbuches IX im Jahr 2001 waren die Begriffe Selbstbestimmung und Autonomie zu Leitlinien der Behindertenpädagogik geworden, vor allem durch das Empowermentkonzept der Independent-Living-Bewegung in den USA der 1960er und 1970er Jahre.

Das Begriffspaar „Selbstbestimmung – Fremdbestimmung“ ist in der europäischen Geistesgeschichte mit dem Autonomie-Ideal der Aufklärung verbunden. Immanuel Kant verstand den Menschen als autonomes Subjekt der Vernunft, das vernunftgeleitet und unabhängig von Bedürfnissen, Emotionen und Motivationen (den Phänomenen der „Sinnenwelt“) agiert. Die Schattenseite eines einseitig verstandenen Autonomie-Ideals führte jedoch im Verlauf der Geschichte der Moderne in neue Formen der Barbarei: Menschen, die in großer Abhängigkeit von ihrer menschlichen Natur leben (durch Krankheit, Behinderung, Bedürftigkeit, eingeschränkte kognitive Möglichkeiten), wurden als zur „Sinnenwelt“ gehörig und in ihrer Autonomie unabänderlich eingeschränkt wahrgenommen. Eine solche Sichtweise fand in Bezug auf Menschen mit Behinderung ihren Ausdruck in den „Euthanasie“-Verbrechen. Das Menschenbild der Aufklärung hat bis heute Bestand, einschließlich des Missverständnisses, es ginge dabei um die Idealisierung der Verfolgung individueller Interessen, notfalls auch gegen die anderer. Erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts kommt „Selbstbestimmung“ auch als legitimer Anspruch von Menschen in den Blick, die in Abhängigkeitsverhältnissen leben, weil ihnen Selbstbestimmung nicht zugetraut und zugesprochen wird. Selbstbestimmung wird zum Gegenbegriff zur jahrhundertelangen Realität der Fremdbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Waldschmidt (2003, 19) bezeichnet diese Entwicklung als „nachholende Befreiung“ von Menschen mit Behinderungen: „Als Nachzügler unter

*den traditionell aus der Gesellschaft Ausgegrenzten [...] können nun endlich auch sie elementare Bürgerrechte für sich beanspruchen*“. Selbstbestimmung in dieser bürgerrechtlichen Dimension wurde schließlich auch als Leitidee in die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung aufgenommen (BMAS 2010): Zu deren Grundsätzen zählt *„die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit“* (Art. 3). Dennoch bleiben oftmals bis heute auch im pädagogischen Alltag der Bildung und Begleitung von Menschen mit Behinderung diejenigen mit schweren und mehrfachen Behinderungen als *„nicht autonomiefähig“* ausgegrenzt (vgl. Fornefeld 2009, 184f.). Auch Bröckling (2005) hat auf die Gefahr neuer Spaltungen hingewiesen: Spaltungen zwischen denjenigen, die bereits selbstbestimmt agieren, denjenigen, die *„gefordert und gefördert“* werden können, und denjenigen, die auf dauerhafte Hilfe angewiesen bleiben. *„Während die Noch-nicht-zur-Freiheit-Fähigen jedoch der fürsorglichen Belagerung immerhin mit der Zeit entwachsen können, wird das Elend jener, von denen man ein solches Mündigwerden nicht oder nicht mehr erwartet, oft genug nur verwaltet und / oder unsichtbar gemacht“* (Bröckling 2005, 11 zit. nach Schäper 2006, 314).

Die praktische Arbeit mit Menschen mit schwerer geistiger, häufig auch körperlicher Behinderung führt zu anderen Akzentsetzungen bei der Füllung des Begriffs Selbstbestimmung. Weingärtner (2006) betont die pragmatische Dimension von Selbstbestimmung im Sinne des Philosophen Frankfurter: Selbstbestimmung erweist sich als Handlungsfreiheit. Sie setzt Wahlfreiheit in einem Möglichkeitsraum voraus. Das Ausmaß der Selbstbestimmung hängt also vom ökologischen Kontext, von Rollenerwartungen und Angemessenheitsstandards ab. Weingärtner unterscheidet drei Elemente der personalen Selbstbestimmung: die Selbstentscheidung (kognitive Dimension), die Selbstwirksamkeit als die verinnerlichte Gewohnheit etwas bewirken zu können (Kopplung von Handlung und Erfahrung) und die Selbsttätigkeit im Sinne der Eigenaktivität, eigener Impulse und eines eigenen Rhythmus. Die so verstandene *„basale Selbstbestimmung“* setzt im Alltag Möglichkeitsräume voraus, die auf die kognitiven und handlungsregulativen Kompetenzen des Individuums abgestimmt sind. Die Ethikerin Kittay (2004) betont das in der Beziehung zu einem schwer mehrfach behinderten Menschen beide Interaktionspartner zwischen Macht und Ohnmacht changieren, weshalb eine verantwortliche und fürsorgliche Haltung in solchen Abhängigkeitsbeziehungen notwendig ist. Miller (1998) verdeutlicht aus der Perspektive pädagogischer Praxis in der Behindertenhilfe sehr plastisch das Dilemma zwischen dem Respekt gegenüber den selbstbestimmten Entscheidungen und der pädagogischen Verantwortung für Menschen, deren kognitive Möglichkeiten zur Einschätzung der Entscheidungsfolgen begrenzt sind.

Selbstbestimmung ist also auf Wahlmöglichkeiten angewiesen. Wahlmöglichkeiten zu haben setzt voraus, dass eine Person in soziale Beziehungen und sozial-ökologische Systeme eingebunden ist. Das Eingebundensein bietet dem Individuum neben Wahlmöglichkeiten Sinnstiftung, andererseits übt es soziale Kontrolle auf die Beteiligten aus. Soziale Kontrolle beschränkt Selbstbestimmung, verhindert jedoch zugleich hochgefährliche Verhaltensauswüchse.

Für die Evaluation der Modellprojekte wählen wir eine **Arbeitsdefinition**, die Selbstbestimmung auf individueller und auf gesellschaftlicher Ebene als Prozessmerkmal von Mensch-Umwelt Interaktionen auffasst (vgl. Kulig & Theunissen 2006, 237ff.; Speck 2003, 244):

Auf der **individuellen Ebene** bedeutet Selbstbestimmung, eine Wahlfreiheit zwischen unterschiedlichen Handlungsalternativen nach Maßgabe eigener Wünsche und Vorstellungen zu nutzen, Selbstbestimmung ist dabei nicht an die Fähigkeit gebunden, diese Handlung auch selbst regulieren und ausführen zu können. Auch wenn die Ausführungskompetenz durch die Schwere einer Beeinträchtigung in extremem Maße eingeschränkt ist, ist Selbstbestimmung möglich und zu respektieren.

Auf einer **gesellschaftspolitischen Ebene** zielt Selbstbestimmung auf die direkte Beteiligung von Menschen mit Behinderung an Entscheidungen über die Gestaltung ihrer Lebensbedingungen. Ihnen ist in den verschiedenen Lebensbereichen ein Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrecht einzuräumen. Die Gründung und Arbeit eigener Interessen-, Selbstvertretungs- und Selbsthilfegruppen soll unterstützt werden. Das Ausmaß an Selbst- und Fremdbestimmung ist abhängig von den in einem konkreten situativen Kontext bestehenden Verhaltensspielräumen für Rolleninhaber und den für alle geltenden Angemessenheitsstandards, die beide wiederum gesellschaftlich veränderbar sind (vgl. Dieckmann 2009, 49).

Die **Selbstwahrnehmung**, das **Selbsttätigsein** und die **Selbstwirksamkeit** stellen wichtige Faktoren für Selbstbestimmung dar. Sie werden gefördert, wenn Nutzer\_innen Einfluss auf ihre Lebensgeschichte und Lebenspositionen haben, wenn sie ihre Kompetenzen in unterschiedliche Lebenssituationen einbringen sowie ihre Lebensbindungen und Lebensbedingtheiten selbst bewerten können (vgl. Beck & Greving 2011).

Das Persönliche Budget für Menschen mit Behinderung existiert in einer Testphase seit dem 1.7.2004. Seit dem 1.1.2008 besteht ein Rechtsanspruch gemäß § 17 SGB IX (vgl. Lachwitz 2011, 192ff.). Menschen mit Behinderungen haben das Recht, ihre Dienstleistungen autonom einzukaufen und im Rahmen einer persönlichen Regiekompetenz diese Leistungen auch zu gestalten. Die vielfältigen, bei der Evaluation der diesbezüglichen Modellprojekte deutlich gewordenen Umsetzungsprobleme – im Hinblick auf die Bemessung des persönlichen Budgets, auf den Kreis der Leistungsberechtigten, das trägerübergreifende Budget sowie auf die Alternative, das persönliche Budget als Sachleistung zu betrachten<sup>3</sup> – bedürfen sozialpolitischer und institutioneller Antworten, wenn die mit dem Instrument des persönlichen Budgets gegebenen Chancen zur Wahrung und Förderung von Selbstbestimmung nutzbar gemacht werden sollen.

Wie bereits erwähnt, stellt das Konzept des Empowerment ein zentrales Handlungskonzept dar, um Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu realisieren (vgl. Kulig et al. 2011,

---

<sup>3</sup> Vgl. u.a. Kastl & Metzler 2005.

7). Zu unterscheiden ist zur begrifflichen Klarheit zwischen einem deskriptiven Gebrauch des Empowerment-Begriffs: Er beschreibt Ziele, Methoden und Prozesse individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Veränderungen, die Menschen mit Behinderungen die Macht über ihre Lebens- und Alltagsgestaltung (zurück)geben. Der normative Gebrauch hingegen versteht Empowerment als ethisches Prinzip für die Gestaltung von Hilfe- und Unterstützungsprozessen (vgl. Bröckling 2003, 323). Auch Herriger (2002, 12ff.) versucht, den Empowermentbegriff systematisch in seinen Bedeutungsanteilen zu erfassen:

- Ein **politisches Verständnis** des Empowermentbegriffs stand in seinem ursprünglichen Entstehungskontext, der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung im Vordergrund.
- Empowerment dient als Begriff zur Beschreibung der Maßnahmen zur Stärkung eigenständiger Lebensformen auf der **individuellen Ebene**.
- Das **reflexive** Verständnis von Empowerment „*Selbst-Bemächtigung*“ und „*Selbst-Aneignung von Lebenskräften*“ ist zu unterscheiden von der
- **transitiven** Verwendung des Begriffs als eine Form psychosozialer Praxis, die Selbsthilfekompetenzen Betroffener stärkt. Die Unterscheidung zwischen der reflexiven Bedeutung des Begriffs im Sinne der „*Selbstbemächtigung*“, der Selbstaneignung von Kompetenzen, von Macht und Einfluss, und dem transitiven Gebrauch als Beschreibung der Tätigkeit professioneller Assistent\_innen, die den Prozess der „*Selbstbemächtigung*“ unterstützen, macht zugleich die innere Paradoxie des Begriffs deutlich: Die Selbstermächtigung kann nur sehr begrenzt von außen induziert werden, ohne wiederum Anteile von Fremdbestimmung zu enthalten. Diese Paradoxie ist letztlich nicht auflösbar, sondern in pädagogischen Prozessen immer kritisch mitzudenken. Geschieht dies nicht, kommt es zur vielfach anzutreffenden undifferenzierten Nutzung des Empowerment-Begriffs, die ihn zu einem „Catch-Word“ macht, „*unter dem sich höchst Disparates subsumieren lässt*“, zu einem „*Konstrukt von hoher Attraktivität, das als Patentrezept gegen gesellschaftliche Übel aller Art firmiert und über politische Fraktionierungen und soziale Milieus, über Disziplinargrenzen und fachliche Zuständigkeiten hinweg fraglose Plausibilität beanspruchen kann*“ (Bröckling 2003, 324).
- Im Rahmen von pädagogischen Prozessen, die sich an der Leitidee des Empowerment orientieren, ist immer zu fragen, welche und wessen „Macht“ (*power*) jeweils gemeint ist, wie Machtverhältnisse von den Beteiligten wahrgenommen und interpretiert werden, welche Wege der Bemächtigung sich daraus ergeben können, welche Machtverhältnisse sich konkret verändern müssen und wo Grenzen der Veränderung sind (vgl. Bröckling 2003, 330f.).

Im Bewusstsein dieser Ambivalenz des Empowerment-Begriffs kann Schlummer zugestimmt werden, wenn er Empowerment als die Grundlage für eine erfolgreiche Mitwirkung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung versteht (Schlummer 2011, 31ff.). Der emanzipatorische Charakter des Empowermentbegriffs der US-amerikanischen Bürgerrechtsbewegung wird auch in der europäischen und deutschen Behindertenhilfe aufgegriffen.

Neben dem Handlungskonzept Empowerment kann im Blick auf die Veränderung institutioneller Bedingungen in bestehenden Organisationen das Konzept der **Deinstitutionalisierung** hilfreich sein (vgl. Weber 2008; Glasenapp 2010). Danach sind

auch innerhalb stationärer Versorgungsformen Reformen denkbar, die ein Mehr an Selbstbestimmung ermöglichen (vgl. Glasenapp 2010, 58ff.). Zugleich verweist er auf die Gefahr der Überforderung und die Möglichkeit, dass Selbstbestimmung auch zu Formen der Selbstgefährdung führen könnte, die wiederum zum Schutz des Menschen mit Behinderung „zur Fremdbestimmung zwingt“, was aber nicht zu einer „prophylaktischen Fremdbestimmung“ führen dürfe, denn „Selbstbestimmung bedeutet, Risiken einzugehen“ (ebd., 117). Weber (2008) beschreibt konzeptionelle, strukturelle, personelle, sozialpolitische und sozialrechtliche Transformations- und Innovationsprozesse, die in Institutionen lebenden Menschen auch bei schwerer Behinderung ein hohes Maß an selbstbestimmter Lebensführung ermöglichen. De-Institutionalisieren als Weg muss das Ziel im Auge behalten, die in der Institution, gleich welcher Art, begonnenen Prozesse des De-Institutionalisierens ständig neu zu reflektieren und neue Wege zu finden, die ein Miteinander-Leben jenseits von kultureller, sprachlicher und dialogischer Isolation ermöglichen. (ebd., 231).

In den folgenden Kapiteln zu den fünf Themenfeldern des Projektes wird beschrieben, in welcher Weise die einzelnen Modellprojekte dazu beitragen, die Aufgaben und Anforderungen, die mit der Lebensgestaltung im Alter einhergehen (Schäper et al. 2010), zu erfüllen und inwieweit dabei die Leitideen „Teilhabe“, „Inklusion“, „Selbstbestimmung“ Berücksichtigung finden.

### 3 Das Forschungsdesign

*Heinrich Greving / Susanne Graumann*

In diesem Kapitel werden die Forschungsmethoden dargestellt, die in allen Projekten der vorliegenden Evaluationsstudien angewandt wurden. In einzelnen Themenfeldern ist es aus forschungstechnischen Gründen zu Abweichungen gekommen, diese werden dann in den jeweiligen Beiträgen dargestellt. In einem ersten Schritt wird das Forschungsdesign dargestellt, bevor der Zugang zum Forschungsfeld beschrieben wird. Dem folgt eine Darstellung der quantitativen und qualitativen Erhebungsinstrumente. Insgesamt erstreckte sich der Forschungszeitraum von April 2010 bis November 2011.

Das in diesem Band angewandte Forschungsdesign umfasst eine Triangulation aus standardisierten und offeneren qualitativen Methoden<sup>4</sup>. Standardisierte Methoden wurden eingesetzt, um strukturelle Daten der einzelnen Projektpartner zu erfassen, während die qualitative Datenerhebung mittels Leitfadeninterviews der Vertiefung der Sichtweisen der Nutzer\_innen, Anbieter und Mitarbeiter\_innen der jeweiligen Angebote diente. Zusätzlich sind in der Evaluation Konzepte und Leitbilder der Einrichtungen berücksichtigt worden.

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte auf zwei Wegen: Zum einen wurde das Forschungsvorhaben in der AG Wohnen des Landschaftsverbandes Westfalen- Lippe den Trägern der freien Wohlfahrtspflege vorgestellt, verbunden mit der Bitte die Ausschreibung an interessierte Einrichtungen und Dienste weiterzugeben. Interessierte Einrichtungen und Dienste mit innovativem Potential in Bezug auf Angebote für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung konnten sich mit einer *Projektbeschreibung* ihres Angebotes bewerben. Darin enthalten waren Angaben zu inhaltlichen Schwerpunkten, zu Ziel- und Nutzergruppen, zur Einbindung in die regionale Angebots- und Versorgungsstruktur, zu konzeptionellen Leitideen und zur Finanzierung und Nachhaltigkeit. Die Auswahl der beforschten Projekte erfolgte durch das Evaluationsteam. Zum anderen wurden Angebote mit bekanntem innovativem Potential direkt vom Evaluationsteam angesprochen. Insgesamt haben 21 Projekte an der Evaluation teilgenommen. Diese wurden durch das Projektteam in fünf unterschiedliche Themenfelder eingeordnet:

- Im Themenfeld 1 sind drei Angebote gemeindenaher Unterstützung unter der inhaltlichen Klammer von Quartiersansätzen zusammengefasst.
- Im Themenfeld 2 werden drei Angebote evaluiert, die ein ambulant unterstütztes Wohnen bei hohem Hilfebedarf ermöglichen.

---

<sup>4</sup> Nähere Informationen zu den einzelnen Forschungsinstrumenten sind auf der Projekthomepage: <http://www.katho-nrw.de/lequi/> einsehbar.

- Im Themenfeld 3 werden drei Angebote des betreuten Wohnens in der Zweit- bzw. Gastfamilie<sup>5</sup> analysiert.
- Im Themenfeld 4 werden neun Angebote zur Gestaltung freier Zeit bzw. zur Tagesstrukturierung zusammenfassend evaluiert.
- Im Themenfeld 5 steht die Arbeit von drei gesundheitsbezogenen Diensten im Fokus der Analyse.

In der zuerst durchgeführten quantitativen Analyse wurden drei standardisierte Erhebungsinstrumente für alle 21 Projekte entwickelt und auf diese angewandt, um wichtige Basisdaten zu den jeweiligen Angeboten zu erfassen. Im Folgenden werden wesentliche Inhalte der jeweiligen Erhebungsinstrumente dargestellt, bevor eine Darstellung der qualitativen Datenerhebung und -auswertung erfolgt.

### ***Der Dokumentationsbogen (DOKU)***

Der Dokumentationsbogen umfasst standardisierte Daten zu den einzelnen Projekten und gibt Auskunft über die Stammdaten der Träger, über das vorgehaltene Angebotsspektrum, die personelle Ausstattung, die Nutzer\_innen des Angebotes und enthält darüber hinaus erste Angaben zur Finanzierung des Angebots.

### ***Infrastrukturkarte (INFRA-A bzw. INFRA-N)***

Mit den Infrastrukturkarten wurden infrastrukturelle Gegebenheiten in der Umgebung der Projektanbieter (INFRA-A) bzw. der Nutzerwohnung oder -einrichtung (INFRA-N) erfasst. Sie enthalten eine Beschreibung der Gebäudeart und Gebäudeausstattung, Angaben zu der Bebauung in der Nachbarschaft, eine Auflistung der im Umkreis von 500m vorhandenen Dienstleistungen / Einrichtungen sowie Angaben über die für die Nutzer\_innen zugänglichen öffentlichen Verkehrsmittel, ebenfalls wurde das Vorhandensein eines Fahrdienstes erfasst. Die INFRA-N Bögen wurden bei einigen dezentralen Angeboten eingesetzt, um die Versorgungsstrukturen der Nutzer\_innen in ihrer Umgebung zu erfassen. Dies war bspw. bei der Analyse von quartiersbezogenen Ansätzen der Fall.

### ***Netzwerkkarte (NETZ-A)***

Um die Vernetzung bzw. die Einbindung des jeweiligen Angebotes in den Sozialraum zu konkretisieren wurde mittels einer Netzwerkkarte erfasst, welche Kooperationspartner in unterschiedlichen Bereichen vorhanden sind. Dabei sollte u.a. in den Blick genommen werden, ob es sich dabei um eine Vernetzung innerhalb eines Trägers oder um trägerübergreifende Kooperationen handelt. Zu den folgenden Themenbereichen konnten Angaben gemacht werden: Kirchengemeinde, Sportvereine und Sportanbieter, andere Vereine, Bildungseinrichtungen, Gremien welche sich in der Gemeinde befinden, Gastronomie, medizinische sowie pflegerische und therapeutische Dienste,

---

<sup>5</sup> Eine nähere begriffliche Herleitung und Einordnung der unterschiedlichen Termini, die für dieses Unterstützungsarrangement benutzt werden, erfolgt in dem Beitrag zur Zweit- bzw. Gastfamilie.

Beschäftigungs- und Tagesstrukturierungsmöglichkeiten, sowie weitere mögliche Kooperationspartner.

Auf der Basis der so gewonnenen Daten wurden in einem nächsten Schritt in allen 21 Projekten leitfadengestützte Interviews mit den Anbietern (auf Leitungsebene), den Nutzer\_innen der Angebote und den dort tätigen Mitarbeiter\_innen geführt, um so weitere Informationen zu Zusammenhängen, Deutungen und Bewertungen der Personen zu erheben. Die Themenblöcke der einzelnen Leitfäden waren entsprechend der forschungsleitenden Fragestellung in den jeweiligen inhaltlichen Themenfeldern unterschiedlich und werden daher in den einzelnen Beiträgen dargestellt. In alle forschungsleitenden Fragestellungen sind die von Schäper et al. (2010) formulierten Anforderungen sowie die Frage nach der Umsetzung der Leitideen, wie sie im dritten Kapitel in diesem Band diskutiert werden, eingeflossen. Die Anzahl der geführten Interviews variiert themenfeldspezifisch, so dass diese Angaben in den jeweiligen themenfeldbezogenen Beiträgen zu finden sind.

Die Interviews wurden überwiegend mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring 2010) ausgewertet. In einzelnen Themenfeldern schienen andere Auswertungsmethoden vielversprechender, so dass dort auf andere Verfahren zurückgegriffen wurde. War das der Fall, wird dies in den einzelnen Themenfeldern beschrieben. Alle Auswertungen wurden softwaregestützt mittels MAXQDA durchgeführt. Abschließend wurden die Perspektiven der Anbieter, der Nutzer\_innen und Mitarbeiter\_innen kontrastiert, um so mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausarbeiten zu können. Alle Interviews wurden – mit Einverständnis der Interviewpartner\_innen – mit einem Diktiergerät aufgezeichnet, anschließend transkribiert und aus datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert.



## 4 Quartiersbezogene Konzepte

*Susanne Graumann / Melanie Dahl / Kathrin Isken / Izabela Rychter-Suleja*

4.1	THEORETISCHE EINFÜHRUNG: QUARTIERSBEZOGENE ANSÄTZE – EIN INTERESSANTES KONZEPT FÜR DIE BEHINDERTENHILFE? .....	35
4.1.1	<i>Quartiersansätze als (Teil)Antwort auf Anforderungen an das Älterwerden mit geistiger Behinderung? .....</i>	<i>38</i>
4.1.2	<i>Quartiersansätze als (Teil)Antwort auf Anforderungen an das Älterwerden mit geistiger Behinderung – Tabellarische Darstellung .....</i>	<i>39</i>
4.2	ERHEBUNGSMETHODEN UND -INSTRUMENTE .....	43
4.2.1	<i>Die Erhebungsmethode .....</i>	<i>43</i>
4.2.2	<i>Interviewkonstellationen .....</i>	<i>43</i>
4.2.3	<i>Auswertungsmethode .....</i>	<i>44</i>
4.3	ERGEBNISSE .....	45
4.3.1	<i>Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen der Modellprojekte .....</i>	<i>45</i>
4.3.1.1	<i>Quartiersstützpunkt Gievenbeck „Auenviertel“ (Anbieter A) .....</i>	<i>45</i>
4.3.1.2	<i>Der Caritasverband für das Dekanat Bocholt e. V. (Anbieter B) .....</i>	<i>47</i>
4.3.1.3	<i>Das Sozialwerk St. Georg Westfalen Süd gGmbH (Anbieter C) .....</i>	<i>48</i>
4.3.2	<i>Passgenauigkeit der Angebote mit Blick auf die Anforderungen .....</i>	<i>50</i>
4.3.3	<i>Die Anbieterperspektive .....</i>	<i>56</i>
4.3.3.1	<i>Fürsorgeparadigma vs. Selbstbestimmungsparadigma .....</i>	<i>56</i>
4.3.3.2	<i>Angebote des Quartiersstützpunktes .....</i>	<i>59</i>
4.3.3.3	<i>Strukturelle und organisationale Implikationen .....</i>	<i>62</i>
4.3.4	<i>Die Nutzer- und Mitarbeitendenperspektive .....</i>	<i>65</i>
4.3.4.1	<i>Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung .....</i>	<i>65</i>
4.3.4.2	<i>Hilfestellung im Alltag .....</i>	<i>68</i>
4.3.4.3	<i>Passgenauigkeit des Angebots .....</i>	<i>70</i>
4.3.4.4	<i>Einbindung in das Gemeinwesen .....</i>	<i>71</i>
4.4	SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR DIE ENTWICKLUNG VON QUARTIERSKONZEPTEN IN DER BEHINDERTENHILFE .....	73
4.4.1	<i>Implementierung in Sozialraum .....</i>	<i>74</i>
4.4.2	<i>Angebotsstruktur .....</i>	<i>77</i>
4.4.3	<i>Selbstbestimmung .....</i>	<i>79</i>

*Hinweis:* Die Namen der interviewten Personen wurden geändert.

In der Behindertenhilfe vollzieht sich ein Systemwandel, der mit veränderten Leitpostulaten wie Teilhabe, Selbstbestimmung und Inklusion einhergeht (vgl. Kapitel 2 in diesem Bericht). Mit der Leitidee der Inklusion verbindet sich u.a. die Zielvorstellung, dass Menschen mit und ohne Behinderung in einer Gemeinschaft leben. Diesem Leitpostulat folgend werden Menschen mit Behinderung als Bürger\_innen angesehen, die eine an ihren individuellen Bedarfen ausgerichtete Unterstützung in ihrem jeweiligen Sozialraum erhalten sollen. Nach Theunissen (2006) stellt die Umsetzung dieser Zielsetzungen die Behindertenhilfe vor erhebliche Herausforderungen, bedeutet sie doch eine Abkehr von spezialisierten Institutionen und eine Hinwendung zu gemeinwesenorientierter Arbeit. Ambulante Unterstützungsarrangements treten seit den 1990er Jahren in zunehmendem Maße neben stationäre Wohnangebote. An vielen Stellen fehlt es aber noch an entsprechenden Konzepten gemeindenaher Unterstützung für die Zielgruppe der geistig behinderten Menschen im Alter. Betrachtet man die Ergebnisse der Vorausberechnung von Dieckmann et al. (2010), so zeichnet sich für den Personenkreis der 50-69-Jährigen eine Steigerung im ambulant betreuten Wohnen in Westfalen-Lippe von 877 Personen im Jahr 2010 auf 3026 im Jahr 2030 ab. Diese Zahlen verdeutlichen, dass in der Behindertenhilfe in den nächsten Jahren Konzepte erarbeitet werden müssen, wie Sozialräume für ein möglichst selbstbestimmtes Leben für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter gestaltet werden können.

Quartiersansätze – wie sie in der Altenhilfe und in der Arbeit mit körperbehinderten Menschen bereits umgesetzt werden<sup>6</sup> – können dabei als konzeptionelle Orientierung für die Um- und Ausgestaltung von Sozialräumen dienen. Dieser Beitrag versucht die Frage zu beantworten, ob und wenn ja, unter welchen Bedingungen Quartiersansätze für die Gestaltung von Sozialräumen mit Blick auf die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung im Alter hilfreich sein können. Dazu wurden drei Projekte dokumentiert und evaluiert, die eine gemeindenahere Unterstützung von Menschen mit (geistiger) Behinderung im Alter umsetzen. Anbieter A und C folgen dabei einem Quartierskonzept und Anbieter B dem Konzept des ambulant betreuten Wohnens, das methodisch um Elemente des Case Managements erweitert wird.

Im ersten Teil dieses Berichtes werden Merkmale der Quartiersansätze, wie sie in der Altenhilfe und in der Arbeit mit körperbehinderten Menschen umgesetzt werden, vorgestellt. Darauf aufbauend wird dargelegt, inwieweit sie eine Antwort auf die von Schäper et al. (2010) formulierten Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung geben können.

Der empirische Teil beginnt mit einer kurzen Darstellung des methodischen Vorgehens, insoweit es Unterschiede zu den anderen Themenfeldern im dritten Zwischenbericht gibt, bevor die Modellprojekte im Einzelnen vorgestellt und ihr Angebot auf die Passgenauigkeit in Bezug auf die Anforderungen (vgl. Schäper et al. 2010) analysiert werden. Abschließend werden die aus der Analyse der Interviews gewonnenen

---

<sup>6</sup> Da die Konzeption und Umsetzung der verschiedenen Quartiersansätze immer auch von den vorhandenen Gegebenheiten des jeweiligen Sozialraums abhängt, wird in diesem Beitrag von Quartiersansätzen im Plural gesprochen. Eine gute Übersicht über unterschiedliche Quartiersansätze findet der / die interessierte Leser\_in beispielsweise bei Netzwerk: Soziales neu gestalten (2008).

Kernkategorien dargelegt und eine Bewertung des Angebotes aus Sicht der Nutzer\_innen, Mitarbeitenden und Anbieter\_innen vorgenommen. Der Bericht schließt mit einigen Schlussfolgerungen für die Entwicklung von Quartierskonzepten in der Behindertenhilfe.

#### **4.1 Theoretische Einführung: Quartiersbezogene Ansätze – ein interessantes Konzept für die Behindertenhilfe?**

Aus der Altenhilfe stammende Quartiersansätze bieten u.a. die Möglichkeit, eine Versorgungssicherheit bei steigender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter zu gewährleisten. Für die älteren Menschen trägt der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zur Wahrung der eigenen Identität bei, begeben sie sich erfahrungsgemäß doch selten freiwillig in ein Heim (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008). Für Steffen et al. (2007) ist das besondere an Quartiersansätzen, dass sowohl bauliche Entwicklungen wie auch soziale und kulturelle Aspekte in ein gemeinsames Konzept integriert werden. Voraussetzung dafür ist die Beteiligung unterschiedlicher Akteure im Sozialraum.

*„Der umfassende Quartiersansatz bedeutet, dass das ganze Quartier – seine städtebauliche Struktur, die sozialen Angebote und die Organisationsformen für Zusammenarbeit und Mitwirkung darauf ausgerichtet ist, ein selbstständiges Leben auch bei Unterstützungsbedarf zu ermöglichen. Das betrifft neben barrierefreien Gebäuden auch ein barrierefreies Wohnumfeld und ausreichend Einrichtungen bspw. Anlaufstellen und Stützpunkte für Menschen mit Assistenzbedarf, Nahversorgung, Bildung und Kultur, die eine stufenlose Versorgung sicherstellen“* (Steffen & Fritz 2006, 173).

Dabei zeichnet sich ein Quartier nach Auffassung der Autorinnen durch bestimmte räumliche, bauliche, historische oder soziokulturelle Eigenschaften aus und lässt sich so vom übrigen Sozialraum abgrenzen. Kennzeichnend für den Begriff ist jedoch, dass er im Gegensatz zu administrativen Abgrenzungen offen, *„handlungs- und subjektorientiert“* (Steffen et al. 2007, 41) bleibt.

Für die Bürger\_innen ist das Quartier ihr Handlungsraum für den Alltag. Es zeichnet sich für sie durch Vertrautheit der dortigen Gegebenheiten, bekannte Menschen und Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs aus (vgl. Steffen et al. 2007). Ein charakteristisches Merkmal von Quartierskonzepten in der Altenhilfe ist die Vernetzung von Hilfeangeboten mit vorhandenen Strukturen der Wohngegend. *„Sie zielen im Wesentlichen auf den Erhalt des selbstständigen Wohnens in der vertrauten Häuslichkeit auch bei Hilfe- und Pflegebedarf und die Stärkung von Eigeninitiative, gegenseitiger Hilfe und sozialen Netzen“* ab (Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008, 22). Die Größe eines Quartiers kann dabei zwischen einem Wohnviertel, einem Stadtteil oder – besonders bei kleinen Gemeinden – einer ganzen Gemeinde variieren. Das Spektrum an benötigten Dienstleistungen reicht dabei – je nach Quartiersansatz – von niedrighwelligen Beratungsstellen bis zu 24-Stunden Unterstützung am Tag. Entsprechend ist ein vielfältiges und stufenloses Netz an Unterstützungsdiensten notwendig. Zu den weniger intensiven Hilfeformen gehören insbesondere technische

Hilfen wie Hausnotrufsysteme und Sensortechnik, Fahrdienste und hauswirtschaftliche Hilfen. Nach Steffen et al. (2007) stärkt bereits das Vorhandensein dieser Angebote im Quartier das Sicherheitsgefühl der Bürger\_innen. Bei steigendem Unterstützungsbedarf kommt dem Angebot an Pflegediensten und Pflegestützpunkten im Quartier ein höherer Stellenwert zu. Pflegestützpunkte mit Rufbereitschaft bieten die Möglichkeit, Pflege bei Bedarf abrufen zu können. Unterschiedlich ausgeprägt ist der Anteil an Nachbarschaftshilfe. Das Spektrum reicht hier von informeller Unterstützung bis zu Formen organisierter Nachbarschaftshilfe (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008).

Die Gestaltung der Unterstützung auch bei hohem Unterstützungsbedarf ist in der Praxis der Altenhilfe unterschiedlich weit fortgeschritten. Einige Quartiersansätze wollen durch eine Ergänzung von professionellen Anbietern, Selbst- und Nachbarschaftshilfe einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen. Andere Ansätze wollen dies durch ein umfassendes Angebot an professioneller Hilfe bspw. in Pflegestützpunkten mit der Möglichkeit einer 24-Stunden Unterstützung erreichen (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008). Schwieriger gestaltet sich besonders in Gegenden mit geringer Bevölkerungsdichte die häufig konzeptionell verankerte Wahlfreiheit der Nutzer\_innen bei bestimmten Dienstleistungen, da dort in der Regel nicht mehrere Träger nebeneinander existieren (können) (vgl. Steffen et al. 2007).

Wichtig scheint bei der Umsetzung von Quartiersansätzen ein begleitendes Quartiersmanagement, das sich an Personen richtet, die Angebote der Akteure des Quartierskonzeptes nutzen, und das auf die Einwohner\_innen im Stadtteil oder in der Gemeinde ausgedehnt werden sollte. Das Quartiersmanagement soll der Entwicklung sozialer Netze und der Förderung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe dienen. Wichtig ist, dass hierfür ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, so dass ein Quartiersbüro als Anlaufstelle vorhanden ist (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008). Das Quartiersmanagement umfasst die Entwicklungsplanung des Quartiers. Im Sinne eines umfassenden Quartierskonzeptes sollte sich dieses auf das gesamte Quartier beziehen und sowohl den baulichen Bestand als auch die Kooperationen mit Wohnraumanbietern, Behörden, Trägern der Sozialen Arbeit und Bürger\_innen etc. einschließen (vgl. Großhans 2001). Ein Merkmal aller Quartierskonzepte ist die Kooperation von Akteuren verschiedener Handlungsfelder. Dabei gibt es konzeptionelle Unterschiede hinsichtlich der Kooperationspartner und der Kooperationsbeziehungen. Kooperationen sollten jedoch – wenn möglich – durch politische Maßnahmen unterstützt werden und der Benefit für die jeweils beteiligten Akteure klar sein. *„Es ist wichtig, dass die Akteure lernen, nicht gegen-, sondern miteinander zu arbeiten und Berührungsängste zu überwinden“* (Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008, 264f.). Obwohl Kooperationen als wichtig erachtet werden und gefordert sind, zeigen sich in der Umsetzung Schwierigkeiten, die unterschiedliche Ursachen haben können. So stehen die unterschiedlichen Hilfesysteme, die Zusammenarbeit mit Behörden und/oder die verschiedenen Trägerinteressen den notwendigen Kooperationen häufig im Wege.

Von den beteiligten Akteuren fordern Quartiersansätze eine Orientierung am Sozialraum und Subjekt. Dabei können durchaus Interessenkollisionen zu Interessen von Anbietern sozialer Dienstleistungen im Quartier entstehen, wenn diese vornehmlich Trägerinteressen verfolgen. Denn traditionell sind Quartiersansätze subjektorientiert

ausgerichtet, so dass die Nutzer\_innen im Fokus stehen (vgl. Steffen et al. 2007). Entsprechend kommt der Einbindung und Beteiligung von Bürger\_innen ein hoher Stellenwert zu. Oft erfolgt eine Einbeziehung von Mieter\_innen in Form von Mieterbeiräten oder Mitwirkungsgruppen, die bei Planungsprozessen, zum Beispiel zur Verbesserung des Wohnumfeldes, beteiligt werden (vgl. Großhans 2001). So kommen Steffen et al. (2007, 57) zu dem Schluss, dass *„Mitbestimmung und die Einbindung der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Gestaltung und Organisation von Angeboten und Hilfestrukturen [...] eine große Bedeutung [haben].“* In Bezug auf die Zielgruppe des Projektes wird zu diskutieren sein, wie eine Subjektorientierung im Sinne breit angelegter Partizipation für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter aussehen könnte.

Bei eingeschränkter Mobilität – wie sie im Alter häufiger auftritt – kommt den Angeboten in der Nähe eine größere Bedeutung zu. So wird für viele Personen der jeweils eigene Stadtteil der Lebensmittelpunkt. Der städtische Raum bietet oft eine bessere Infrastruktur als ländliche Gegenden. Zentrale Wohngegenden in Städten bieten den Vorteil, Angebote fußläufig erreichen zu können. Angebote des täglichen Bedarfs, wie beispielsweise Einkaufsmöglichkeiten, sollten in einem Umkreis von 500 m erreichbar sein. Dienstleistungen des wöchentlichen Bedarfs wie beispielsweise Arztpraxen sollten in einem Umkreis von 1000 m verfügbar sein (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008). Daher sind Quartierskonzepte in ländlichen Regionen vor besondere Herausforderungen gestellt. Auch dies gilt es in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung, deren Mobilität eingeschränkt ist, besonders zu bedenken. Auch die Tradition der Groß- und Komplexeinrichtungen auf dem Land steht der Umsetzung von Quartierskonzepten eher entgegen. Bereits hier wird erkennbar, dass Quartierskonzepte in der Behindertenhilfe auf ganz spezifische Bedingungen treffen, die bei einem Transfer der Konzepte aus der Altenhilfe zu berücksichtigen sind.

Aktuell fehlen in der Behindertenhilfe flächendeckend realisierte gemeinwesen- und quartiersbezogene Konzepte, um Menschen mit geistiger Behinderung im Alter – auch bei zunehmendem Hilfebedarf – jenseits vom stationären Wohnen, beispielsweise in ambulanten Hilfe- und Unterstützungsarrangements, bedarfsgerecht zu unterstützen. (vgl. Wacker 2010; Schäper et al. 2010). Die Umsetzung solcher Konzepte wie beispielsweise dem Community Care-Ansatz (vgl. Kapitel 1 in diesem Bericht) erfolgt bisher nur vereinzelt und eher in Form von Leuchtturmprojekten.

Dabei kann konstatiert werden, dass sich Alterungsprozesse von Menschen mit Behinderung nicht von denen der restlichen Bevölkerung unterscheiden. Ferner gibt es ebenso bei Menschen mit Behinderung Unterschiede in ihrer Entwicklung im Alter, es kann also nicht von einer homogenen Gruppen ausgegangen werden (vgl. Ding-Greiner & Kruse 2010). Im Folgenden sollen die hier skizzenhaft vorgestellten Merkmale von Quartiersansätzen aus der Altenhilfe auf ihre Möglichkeit zur Bewältigung der Anforderungen an das Älterwerden von Menschen mit geistiger Behinderung analysiert werden.

#### **4.1.1 Quartiersansätze als (Teil)Antwort auf Anforderungen an das Älterwerden mit geistiger Behinderung?**

Die von Schäper et al. (2010)<sup>7</sup> formulierten Anforderungen an das Älterwerden mit geistiger Behinderung sollen in diesem Beitrag als analytische Folie genutzt werden, um die Forschungsfrage zu beantworten, ob Quartiersansätze eine sinnvolle konzeptionelle Erweiterung für die Bewältigung der auf die Behindertenhilfe zukommenden Veränderungen darstellen können. In einer theoretischen Annäherung sollen in einem ersten Schritt einige Anforderungen dargestellt werden, auf die Quartiersansätze eine Antwort bieten können:

Der Beginn des Ruhestands ist mit Anforderungen wie der Umstrukturierung des Tages, Veränderungen von sozialen Kontakten und der täglichen Versorgung verbunden. Quartierskonzepte in der Altenhilfe beinhalten verschiedene (soziale) Angebote wie beispielsweise das Angebot des gemeinsamen Kochens und Mittagessens. Diese Angebote können eine Möglichkeit bieten, im Alter neue Kontakte zu knüpfen und einen Beitrag zur Sicherstellung der täglichen Versorgung leisten. In den handlungsfeldübergreifenden Quartiersansätzen sind Akteure verschiedener Felder miteinander vernetzt, so dass Nutzer\_innen die Möglichkeit haben sowohl Angebote des eigenen Anbieters wie auch Angebote des Gemeinwesens zu nutzen (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008). Die Vernetzung mit Akteuren aus verschiedenen Handlungsfeldern kann für die Menschen mit Behinderung im Alter die Auswahl interessenbezogener Angebote zur Gestaltung freier Zeit ermöglichen.

Bei Menschen mit Behinderung im Alter, die durch Angehörige unterstützt werden, kann der Wegfall dieser Unterstützung (beispielsweise durch das Versterben der Eltern) die Gefahr von unzureichender Versorgung erhöhen. Quartierskonzepte bieten in der Regel Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten an und sind bei der Vermittlung behilflich. Durch die Schaffung individueller, passgenauer Unterstützung kann die häusliche Versorgung sichergestellt werden.

Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit kann eine Vernetzung von Hilfesystemen, insbesondere der Altenhilfe und der Behindertenhilfe dazu beitragen, die Gefahr der Fremdbestimmung durch die Wahrung von Entscheidungsmöglichkeiten zu verringern. Quartiersansätze als zielgruppenübergreifende Ansätze bieten auch hier die Möglichkeit, Systeme zu öffnen und dadurch Wahlmöglichkeiten zu schaffen. Einige Anbieter, die nach Quartierskonzepten arbeiten, bieten eine Versorgungssicherheit bis zu 24 Stunden am Tag (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008). Dies kann auch bei steigendem Unterstützungsbedarf die (pflegerische) Versorgung in der eigenen Häuslichkeit gewährleisten.

---

<sup>7</sup> Die folgenden Aussagen zu den Anforderungen beziehen sich auf die im zweiten Zwischenbericht von Schäper et al. (2010) formulierten Anforderungen an das Älterwerden von Menschen mit (geistiger) Behinderung.

#### 4.1.2 Quartiersansätze als (Teil)Antwort auf Anforderungen an das Älterwerden mit geistiger Behinderung – Tabellarische Darstellung

Im Folgenden erfolgt eine tabellarische Darstellung des Abgleichs zwischen den Anforderungen und Merkmalen von Quartiersansätzen. Die Tabelle erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sie soll vielmehr dazu anregen, Quartierskonzepte einmal für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung im Alter auf einer theoretisch-konzeptionellen Ebene zu durchdenken. Für die Umsetzung in die Praxis ist es notwendig, diese theoretischen Überlegungen für den jeweiligen spezifischen Kontext zu bearbeiten. Dabei geben Merkmale der Quartiersansätze u.U. Antworten auf mehrere Anforderungen, so dass es vereinzelt zu Doppelungen kommen kann.

Anforderungen (Schäper et al. 2010)	Quartiersansätze
<b>1. Alter erleben</b>	
Zurechtkommen mit verändertem Budget. Kompensation wegfallender familiärer Unterstützung; Angewiesensein auf Hilfe-Mix.	Beratung zu Angeboten und Organisation der Unterstützung im Quartier.  Durch Kooperation der Akteure Kompensationsmöglichkeiten der wegfallenden familiären Unterstützung möglich.
Umgang mit Mobilitätseinschränkungen. Mobilität erhalten durch Training. Abbau von Barrieren. Allgemeine und spezifische Verkehrsmittel.	Barrierefreiheit des Wohn- und Sozialraums.  Begegnungsmöglichkeiten im Wohnumfeld, z.B. in Gemeinschaftsräumen und Grünbereichen.  Einrichtungen des täglichen Bedarfs sind i.d.R. in einem Umkreis von 500 m erreichbar und Einrichtungen des wöchentlichen Bedarfs i.d. R. in 1000 m. Auf eine gute ÖPNV-Verbindung wird i.d.R. geachtet.
Aufrechterhalten von Beziehungen. Umstrukturierung des persönlichen Netzwerks. Vertiefung von Beziehungen. Pflege von Kontakten.	Begegnungsmöglichkeiten im Wohnumfeld, z.B. in Gemeinschaftsräumen, Grünbereichen.  Durch Angebote des Quartiersstützpunktes (gemeinsame Aktivitäten, generationsübergreifende Projekte etc.) werden Möglichkeiten geschaffen neue Kontakte zu knüpfen.
Neue Partizipationsfelder erschließen, ausprobieren und nutzen, bisherige erhalten.	Quartiersansätze sind auf die Einbeziehung der Nutzer_innen ausgelegt und orientieren sich als subjektorientierte Ansätze an den Leitpostulaten der Teilhabe und Selbstbestimmung.
Erweiterung der personalen und sozialen Selbstbildes und Integration altersbedingter Veränderungen. Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte.	Der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit kann zur Wahrung der eigenen Identität beitragen. Quartiersansätze leisten dazu einen Beitrag.

<b>2. Wegfall von Arbeit</b>	
<b>a) Soziale Beziehungen</b>	
Mobilität erhalten und erweitern, um Kontakte aufrechterhalten zu können.  Wahlmöglichkeiten in der Ausgestaltung des sozialen Netzwerkes wahren.	Barrierefreier Wohnraum und barrierefreies Wohnumfeld sind Voraussetzung dafür, dass Mobilität im Sozialraum erhalten bleibt und neue soziale Kontakte erschlossen werden können.  Nutzung von Freizeitangeboten und Beratung zur Inanspruchnahme von Angeboten durch Stützpunkte, Beratungsstellen, o.ä.
Neue Formen von Beschäftigung, Lernen, Bildung erschließen / entwickeln.	Treffpunkte, Bildungsangebote durch Vernetzung verschiedener Akteure, im Quartier auch intergeneracionales Lernen möglich.
<b>b) Gestaltung freier Zeit</b>	
Neue Wege erschließen für das selbstständige Aufsuchen von Angeboten.  Unterstütze Mobilität bei Bedarf.  Neue Interessen entdecken.  Neue Formen von Beschäftigung, Lernen, Bildung erschließen / entwickeln.	Nutzung von Angeboten der Quartiersansätze und Angeboten aus dem Gemeinwesen.  Orientierung des Angebots erfolgt an den Interessen und Wünschen der Nutzer_innen.  Erschließen von Feldern zivilgesellschaftlichen Engagements erfolgt durch Quartiersstützpunkte.  Öffnen von Angeboten anderer Hilfesysteme für Zielgruppe (Kinder- und Jugendhilfe, Altenhilfe etc.).  Vernetzung mit unterschiedlichen Akteuren, auch mit Akteuren, die nicht aus den Handlungsfeldern der Altenhilfe und der Behindertenhilfe stammen, ermöglicht die Auswahl interessenbezogener / subjektorientierter Angebote der Freizeitgestaltung = selbstbestimmte Gestaltung des Tages. Vorteil: Quartiersansätze als handlungsfeldübergreifende Ansätze.
<b>c) Umgestaltung der täglichen Versorgung</b>	
Erschließung neuer Lösungen für die tägliche Versorgung.	Sicherstellung der Unterstützung durch eine 24-Stunden Unterstützung möglich.  Rufbereitschaft.  Angebote zur Tagesgestaltung: Mittagstisch, etc.
Mobilität erweitern.  Neue Kompetenzen erlernen (Einkauf, Zubereitung von Mahlzeiten, etc.).	Gemeinsames Zubereiten von Mahlzeiten.  Möglichkeit der Hilfestellung beim Einkaufen durch Assistent_innen.
Koordinierung von Tätigkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen.	Koordination der Unterstützung in verschiedenen Bereichen durch Beratungsangebote, Pflegestützpunkt, Quartiersstützpunkt o.ä.
Umgang mit der Potenzierung von Entscheidungen.	Durch individuelle, an den subjektiven Wünschen orientierte, Assistenzleistungen ist Unterstützung bei Entscheidungsprozessen und bei der Strukturierung des Tagesablaufes gegeben.



<b>3. Verlust von Beziehungen / Versterben von Angehörigen</b>	
Wegfall familiärer / freundschaftlicher Unterstützung.	Sicherstellung der Versorgung durch individuelle Beratung zur Schaffung passgenauer Unterstützungsarrangements.  Durch Einbeziehung von ehrenamtlich und zivilgesellschaftlich Engagierten in das Quartierskonzept ist eine Teilkompensation des Wegfalls möglich.
Wegfall des sozialräumlichen Umfeldes / bei Versterben von Angehörigen oder Freund_innen. Verlust langjähriger enger Beziehungen. Verlust sozialer Kontakte.	Kompensationsmöglichkeit durch Öffnung des Sozialraums und durch Möglichkeiten, neue Beziehungen knüpfen zu können.
<b>4. Gesundheitliche Beeinträchtigung und Kompetenzeinbußen</b>	
<b>a) Prävention und gesundheitsförderlicher Lebensstil</b>	
Selbstständige Fortbewegung.  Erhalt von Beweglichkeit und Kraft im Alltag.	Durch individuelle Assistenzleistungen und an den Bedürfnissen der Nutzer_innen ausgerichtete Angebote im Quartier wird die selbstständige Fortbewegung unterstützt.
Erschließung und Nutzung vielfältiger, kognitiv und motorisch anspruchsvoller Aktivitätsmöglichkeiten.  Erhaltung von Selbsthilfefähigkeiten.	Möglichkeit, verschiedene Angebote als Aktivitätsmöglichkeiten zu nutzen.  Sicherstellung einer angemessenen Versorgung durch individuelle Beratung zur Schaffung passgenauer Unterstützungsarrangements.
<b>b) Management von Erkrankungen und (Multi-)morbidity</b>	
Sicherstellen ärztlicher Behandlung.  Begleitung bei Arztbesuchen und Krankenhausaufenthalten.  Schmerzbehandlung; Sicherstellung von Heilmitteln.	Begleitung und Unterstützung von Antragsverfahren für Heilmittel über den Quartiersstützpunkt.  Assistenz bei Arztbesuchen.  Kooperation mit Hausärzten im Quartier.
Umgang mit Schmerz.  Umsetzung von Behandlungsplänen.  Umgang mit psychischen Erkrankungen und Krisen.	Quartiersansätze als hilfesystemübergreifende Ansätze zeigen Möglichkeiten auf bedarfsge- rechte Hilfen systemübergreifend zu akquirieren.
<b>c) Teilhabe am täglichen Leben bei Pflegebedarf</b>	
Pflegerische Versorgung (Grund- und Behandlungspflege) sicherstellen.  Vermeidung frühzeitiger stationärer Aufnahmen.  Hauswirtschaftliche Hilfen.	Qualifizierung von ambulanten Pflegediensten / Mitarbeitenden der Altenhilfe und Qualifizierung von Mitarbeitenden der Behindertenhilfe.  Beratung und Vermittlung von Unterstützungsangeboten.  Zugang zu vollen Leistungen der Pflegeversicherung durch die Anerkennung der eigenen Häuslichkeit.

Unterstützungsressourcen erschließen im Wohnumfeld / Quartier. Mobilität erhalten und Mobilitätseinbußen kompensieren.	Erschließung von Unterstützungsressourcen ist eine der Leitideen der Quartiersansätze.
Sicherstellung der Versorgung mit Heilmitteln.	Unterstützung von Antragsverfahren für Heilmittel.
Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten in der pflegerischen Versorgung erschließen.	Quartiersansätze als fachübergreifende und zielgruppenübergreifende Ansätze bieten durch die Vernetzung von Akteuren unterschiedlicher Handlungsfelder die Möglichkeit der Öffnung von Systemen. In den Konzepten ist eine Wahlmöglichkeit in Bezug auf die Anbieter verankert.
<b>d) Bewältigung psychischer und psychosozialer Krisen</b>	
Erkennen von und Umgang mit psychosozialen Krisen. Kompetenz, Hilfe anzufordern. Anlaufstellen müssen vorhanden sein.	Erreichbarkeit eines Unterstützungsangebotes im Krisenfall durch Notrufsysteme gewährleistet.
<b>e) Lebensführung bei demenziellen Erkrankungen</b>	
Unterstützungsarrangements neu organisieren. Zunehmende Belastung für betreuende Bezugsperson. Orientierung möglichst langfristig aufrechterhalten. Umgang mit Desorientierung und Kompetenzverlust. Wahrung von Teilhabemöglichkeiten. Erhalt von Selbstbestimmungsräumen. Bewältigung von Verlusterfahrungen mit Blick auf Kompetenzen.	Verbleib in der eigenen Häuslichkeit durch Quartiersansätze möglich (in fremder Umgebung steigt der Grad der Desorientiertheit bei Demenz i.d.R.). 24-Stunden Unterstützung und individuelle Hilfe- und Unterstützungsplanung bieten Möglichkeit der schnellen Anpassung von Leistungen bei Bedarf. Bereitschaftsdienst Angebote der Altenhilfe für Menschen mit Behinderung nutzbar machen, z.B. Tagespflege, durch die Schaffung individueller Hilfe- und Unterstützungsarrangements. Entlastung von Angehörigen gegeben.
<b>5. Grenzen des Lebens / Sterben</b>	
Sicherstellung angemessener Unterstützung und Begleitung, im Bedarfsfall rund um die Uhr.	Unterstützung bis zu 24 Stunden. Bereitschaftsdienst
Entscheidungsspielräume erhalten. Mitwirkung an Entscheidungsprozessen an den Grenzen des Lebens.	Quartiersansätze als subjektorientierte Ansätze stellen die hilfe- und pflegebedürftigen Menschen konzeptionell in den Fokus.

Der erfolgte Abgleich der Anforderungen an das Älterwerden von Menschen mit Behinderung mit Merkmalen von Quartiersansätzen zeigt, dass Quartiersansätze auf einer theoretischen Ebene Potentiale aufweisen, (Teil)Antworten auf diese Anforderungen geben zu können. Daher scheint es vielversprechend, Projekte aus der Praxis unter dieser Perspektive zu analysieren. Dies geschieht in diesem Beitrag mit drei Projektpartnern, die sich für die Teilnahme am Forschungsprojekt beworben haben oder durch das Projekt angesprochen wurden, weil sie ein potentiell innovatives

Angebot für die ambulante Unterstützung älter werdender Menschen mit Behinderung vorhalten.

Im folgenden Absatz werden zunächst die Erhebungsmethoden und -instrumente dargestellt, insofern sie eine Abweichung von dem im vorherigen Kapitel dieses Bandes dargestellten Forschungsdesign bedeuten, bevor im nächsten Schritt die Angebote der Projektpartner vorgestellt werden.

## **4.2 Erhebungsmethoden und -instrumente**

### **4.2.1 Die Erhebungsmethode**

Da Konzepte gemeindenaher Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter, die sich explizit auf Quartiersansätze beziehen und bereits in der Praxis erprobt sind, noch selten sind, wurden in die Analyse unterschiedliche Konzepte aufgenommen. Es wurden leitfadengestützte Interviews mit Anbietervertreter\_innen, Nutzer\_innen und Mitarbeitenden von Diensten geführt, die Elemente von Quartiersansätzen bereits umsetzen oder planen. Das Spektrum reicht von einem Träger, der schwerpunktmäßig im Bereich der Hilfen für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen tätig ist und dort Angebote auch für Menschen mit hohem Hilfebedarf ambulant organisiert, über einen örtlichen Wohlfahrtsverband, der viele Hilfen aus einer Hand für unterschiedliche Personengruppen an einem Ort realisiert, bis hin zu einem Träger, der überregional tätig ist und an einem Standort im ländlichen Raum ein ausgewiesenes quartiersbezogenes Konzept gerade entwickelt. Die inhaltliche Klammer der Quartiersansätze wurde gewählt, um aus den Strukturbedingungen und den Erfahrungen von Anbietervertretern, Nutzer\_innen und Mitarbeitenden Hinweise auf hilfreiche und hinderliche Faktoren in der Umsetzung der wesentlichen Konzeptelemente der Quartiersansätze im Kontext der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter zu generieren.

### **4.2.2 Interviewkonstellationen**

Insgesamt wurden drei Erstgespräche und drei Interviews mit Anbietern von gemeindenahen Unterstützungsangeboten an drei Standorten in NRW geführt. Die Erhebung wurde bei folgenden drei Anbietern durchgeführt:

- Der Ambulante Dienste e.V. Münster betreibt seit September 2009 einen Quartiersstützpunkt im „Auenviertel“ (Anbieter A). Dieses Angebot stellt eines der wenigen bisher in der Behindertenhilfe realisierten Ansätze dar, die sich als Quartiersansatz verstehen.
- Der Caritasverband für das Dekanat Bocholt e.V. bietet in seinem Wohnverbund St. Vinzenz ein differenziertes Wohnangebot für Menschen mit geistiger Behinderung (Anbieter B). Die Angebote im Bereich des ambulant betreuten Wohnens wurden daraufhin analysiert, inwieweit sie eine Antwort auf die Anforderungen an das Älterwerden mit geistiger Behinderung im ambulanten Setting geben können. Das besondere Merkmal dieses Anbieters ist die Arbeit mit Elementen des Case Managements und damit eine Teilrealisierung des Quartierskonzeptes.

- Das Sozialwerk St. Georg Westfalen Süd gGmbH im Hochsauerlandkreis hat ein Wohnkonzept entwickelt, das zwischen stationären, auf komplexe Versorgung angelegten Angeboten und dem ambulant betreuten Wohnen angesiedelt ist und sich konzeptionell auf das Quartiersmanagement bezieht (Anbieter C). Das Angebot befand sich zum Zeitpunkt der Evaluation noch in der Phase der Standortwahl, so dass hier nur eine Konzeptanalyse vorgenommen werden konnte.

Um eine Einschätzung zur Passgenauigkeit der Angebote aus der Perspektive der Bedürfnisse der Nutzer\_innen zu bekommen, wurden je drei Nutzer\_innen der Angebote gemeindenaher Unterstützung befragt. Deren Perspektive wurde um die der sie betreuenden Mitarbeitenden ergänzt. Die Interviews wurden anhand eines vorher entwickelten Interviewleitfadens geführt und es wurde darauf geachtet möglichst offene Fragen zu stellen, um Narrationen zu erzeugen. Die Leitfäden sind nach Themenbereichen (s.u.) geordnet, die mit allgemeinen Fragen beginnen, denen spezifische Fragen folgen. Bewertende Fragen stehen am Ende des Interviews.

Die angewandten Interviewleitfäden wurden vor der Durchführung an Besonderheiten der Projekte sowie bereits vorhandene Informationen aus der quantitativen Analyse angepasst. Alle Interviews wurden mit Einverständnis der Interviewpartner\_innen mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Der Leitfaden für die Anbieterinterviews enthält zum Einstieg Fragen, die schwerpunktmäßig auf die Entwicklung des Angebotes zielen. Die weiteren Themenblöcke sind: Konzeption, Zielgruppe, Teilhabe, Kooperation und Vernetzung, Sozialraum/Gemeinwesen und abschließend ein Themenkomplex mit Fragen zur Bewertung. Des Weiteren enthalten einige Themenbereiche Bewertungsfragen am Ende des jeweiligen Themenblocks.

Qualitative Interviews mit Mitarbeitenden hatten ihren Schwerpunkt in der Evaluation der Fallebene. Der Interviewleitfaden umfasst folgende Themenschwerpunkte: Einstieg (Arbeitsfeld der Mitarbeitenden), Basisdaten zu den jeweiligen Klient\_innen sowie alterskorrelierte Anforderungen, Hilfestellung, Wohn- und Sozialraum und Bewertung.

Die Nutzerbefragung zielte auf die Erfassung der Zufriedenheit der Nutzer\_innen mit dem Angebot. Der Leitfaden umfasst folgende Themen: Fragen zum Einstieg (Wohnen), Unterstützung und Betreuung bzw. Assistenz, Tagesablauf und Freizeit, Veränderungen im Alter, Gemeinwesen. Anschließend wurden Fragen zu sozialen Kontakten gestellt.

### **4.2.3 Auswertungsmethode**

Bei den themenfeldübergreifenden Forschungsmethoden handelt es sich um eine Triangulation von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden. In diesem Beitrag werden nur Abweichungen von den im ersten Kapitel beschriebenen Forschungsmethoden dargestellt. So erfolgte die Auswertung der Interviews, die mit Anbieter\_innen, Nutzer\_innen und Mitarbeitenden geführt wurden, in diesem Themenfeld mit der *Grounded Theory* nach Strauss und Corbin (1996). Dabei handelt es sich um einen Forschungsstil, der auf der theoretischen Folie des symbolischen Interaktionismus

(Blumer 1979) fußt. Im Gegensatz zu anderen qualitativen Verfahren, bspw. der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008), wird für das Verfahren von Strauss und Corbin (1996) kein explizites (Vor)Wissen in Bezug auf das zu untersuchende Phänomen benötigt, da im Vorfeld keine deduktiven Kategorien für die Interpretation entwickelt werden müssen. Damit ist das Verfahren offener, da Erkenntnisse ausschließlich aus dem vorliegenden Material gewonnen werden. Als Analyseverfahren scheint die Grounded Theory damit für das vorliegende, durch viele, stellenweise sehr lange, narrative Passagen gekennzeichnete Interviewmaterial das angemessenere Verfahren. Die Verfahrenstechniken des offenen, axialen und selektiven Codierens sollen dazu dienen, eine Theorie zu generieren, die auf den empirisch erhobenen Daten beruht. In diesem Themenfeld wurden die Schritte des offenen und axialen Codierens durchlaufen. In der Darstellung der Ergebnisse werden jeweils die als Schlüsselkategorien identifizierten Phänomene vorgestellt.

## **4.3 Ergebnisse**

### **4.3.1 Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen der Modellprojekte**

#### **4.3.1.1 Quartiersstützpunkt Gievenbeck „Auenviertel“ (Anbieter A)**

Der Träger des Quartiersstützpunktes ist der Ambulante Dienste e.V. Münster. Der Anbieter hat seinen Ursprung in der Selbstbestimmungsbewegung von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und unterstützt bereits seit ca. 30 Jahren Personen mit Unterstützungsbedarf. Die Einrichtung des Quartierstützpunktes im September 2009 ist Ergebnis der Zielsetzung des Vereins, selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung (außerhalb von Sondereinrichtungen) möglich zu machen. Dies soll nach dem Prinzip: *„Kunde ist König. Experte in eigener Sache“* erfolgen (vgl. 4-01-I-AN, 100). Das Angebot richtet sich an Menschen mit Assistenz- und Pflegebedarf, unabhängig von der Art ihrer Behinderung. Bisher nutzen hauptsächlich Menschen mit körperlichen Behinderungen und ältere Menschen dieses Angebot. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Mai 2011 nutzten 18 Personen (zehn Frauen und acht Männer) das Angebot des Quartierstützpunktes „Auenviertel“. Davon haben 14 Personen (acht Frauen und sechs Männer) eine Behinderung. Vier Klient\_innen sind über 50. Dabei sind drei von Ihnen über 60 Jahre alt (vgl. DOKU\_4-01). Zukünftig werden noch mehr ältere Kund\_innen und auch ältere Kund\_innen mit geistiger Behinderung erwartet.

Das Einzugsgebiet umfasst das im Umkreis von ca. 500m um den Quartiersstützpunkt liegende Gebiet in Münster Gievenbeck. Dieses Einzugsgebiet bietet den Klient\_innen verschiedene Dienstleistungen, wie Lebensmittelgeschäfte, eine Bäckerei, eine Apotheke, eine Hausarzt- und eine Zahnarztpraxis. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, den Stadtteiltreff „La Vie“ mit unterschiedlichen Freizeit und Bildungsangeboten und Bücherei zu besuchen. Des Weiteren stehen den Nutzer\_innen öffentliche Verkehrsmittel zur Verfügung.

Damit die Klient\_innen ein selbstbestimmtes Leben führen können, bietet der Quartiersstützpunkt Hilfestellungen sowohl hauswirtschaftlicher als auch pflegerischer Art (nur Grundpflege, keine Behandlungspflege). Das Angebotsspektrum umfasst auch Arbeits- und Studienassistenten, Begleitung in der Freizeitgestaltung, psychosoziale Begleitung, verschiedene gesellschaftliche und kulturelle Angebote (einmal in der Woche – Malen, einmal in der Woche – Essen in der Gesellschaft, Videoabende, Konzerte, Lesungen und Vorträge), sowie Beratung hinsichtlich der Finanzierung der Hilfen etc. Die angebotenen Assistenzleistungen richten sich individuell nach den Wünschen der Kund\_innen.

Die Kund\_innen des Quartiersstützpunktes „Auenviertel“ haben die Möglichkeit, an den gesellschaftlichen und kulturellen Angeboten des vom selben Träger im September 2010 eröffneten Quartiersstützpunktes „An der Aa“ teilzunehmen. Dies beinhaltet insbesondere einen Mittagstisch (dreimal in der Woche) und Spieleabende (ca. zweimal im Monat).

Im Quartiersstützpunkt „Auenviertel“ gibt es von Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 7 und 15 Uhr einen Bereitschaftsdienst. Geplant ist, diesen auf 24 Stunden auszuweiten. Somit soll die Versorgungssicherheit für die Kund\_innen rund um die Uhr gewährleistet werden. In Notfallsituationen wird die Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft des Hauptbüros des Trägers Ambulante Dienste e.V. genutzt.

Zu den Kooperationspartnern des Quartiersstützpunktes zählen die Wohn- und Stadtbau GmbH, der Stadtteiltreff „La Vie“ in Gievenbeck sowie der Verein „Alternatives Wohnen mit Assistenzleistung e.V.“. Die Beratung der Nutzer\_innen im Umgang mit Assistenz und das kulturelle Programm des Stützpunktes erfolgen in enger Zusammenarbeit mit dem Verein „Alternatives Wohnen mit Assistenzleistung e.V.“.

Insgesamt beschäftigt der Quartiersstützpunkt „Auenviertel“ drei hauptamtliche Mitarbeiterinnen, bestehend aus einer Diplom- Sozialpädagogin (Leitung, 50% Stelle), eine Krankenschwester / Heilpädagogin (B.A.) (100% Stelle), die für die Organisation der Assistenz und die psychosoziale Betreuung verantwortlich ist, und einer Krankenschwester / Sozialpädagogin (B.A.) (100% Stelle), die sich sowohl um die Assistenzorganisation als auch um die Betreuung einer Freizeitgruppe kümmert. Im Hauptbüro beschäftigt der Anbieter eine Pflegedienstleitung als Ansprechpartnerin bei pflegerischen Angelegenheiten.

Die Assistenzleistungen bei den Kund\_innen werden von insgesamt 46 Laienmitarbeiter\_innen<sup>8</sup> durchgeführt. Davon sind 28 Mitarbeitende festangestellt. Die anderen Mitarbeitenden arbeiten als studentische Aushilfen oder auf Minijobbasis. Die Assistent\_innen werden jedoch nicht ausschließlich bei Kund\_innen aus dem

---

<sup>8</sup> Der Begriff Laienmitarbeiter bezeichnet Mitarbeitende, die keine ausgebildeten Fachkräfte in dem Bereich sind, indem sie tätig sind und somit eher assistierende Tätigkeiten übernehmen können. Im Fall der Ambulanten Dienste e.V. bezieht sich der Begriff darüber hinaus das Anstellungsverhältnis. Unter den dortigen Laienhelfer\_innen befinden sich auch Fachkräfte wie Altenpfleger\_innen und Heilerziehungspfleger\_innen und/oder Studierende der Heilpädagogik oder Sozialen Arbeit.

Quartierstützpunkt eingesetzt, sondern arbeiten auch zum Teil im Quartiersstützpunkt „An der Aa“ oder im Hauptbüro des Trägers.

Das Projekt wird zu 100% durch die Eigenmittel des Trägers finanziert. Die Refinanzierung erfolgt durch Leistungen der Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege (SGBXII) und der Pflegeversicherung (SGB XI). Ferner wird die Assistenz durch das Einkommen oder das Vermögen der Nutzer\_innen finanziert. Die Eigenmittel des Trägers werden für kulturelle Angebote, Quartiersarbeit und Werbung verwendet.

#### **4.3.1.2 Der Caritasverband für das Dekanat Bocholt e.V. (Anbieter B)**

Der Caritasverband für das Dekanat Bocholt e.V. gehört zu einem konfessionellen Wohlfahrtsverband, der seine Leistungen in der ländlichen Region in und um Bocholt (Westmünsterland) anbietet. Neben Hilfen für Menschen mit Behinderung gibt es insbesondere Angebote im Bereich der Jugendhilfe oder für alte und pflegebedürftige Menschen. Das Gesamtangebot des Trägers umfasst eine Vielzahl von Angeboten für Menschen im Alter mit und ohne Behinderung, u.a. Beratung zu den Themen (palliative) Pflege, gesetzliche Betreuung, Demenz und zur Leistungsbeantragung und -erbringung nach SGB XI und SGB V. Der Caritasverband für das Dekanat Bocholt e.V. unterhält eigene Tagespflegeeinrichtungen, betreibt ein Senioren-Café, bietet verschiedene Freizeitangebote an und berät und begleitet die ehrenamtlich Tätigen mit einem eigenen Beratungsangebot. Darüber hinaus werden ein differenziertes stationäres Wohnangebot und tagesstrukturierende Maßnahmen im St. Vinzenz-Wohnverbund vorgehalten. Das Vernetzungspotential der unterschiedlichen Dienste wird durch die räumliche Unterbringung der ambulanten Angebote in einem Gebäudekomplex gefördert. Seit 2002 bietet der Wohlfahrtsverband ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen an. Um das ambulant betreute Wohnen in Anspruch zu nehmen, müssen die Klient\_innen laut Konzeption über genügend Fähigkeiten im lebenspraktischen Bereich verfügen, bspw. müssen sie im Bedarfsfall in der Lage sein, allgemeingültige Notfalltelefonnummern anwenden zu können.

Das regionale Einzugsgebiet des ambulant betreuten Wohnens umfasst die Städte Bocholt, Rhede und Isselburg. Dieses Angebot richtet sich an Personen, die in selbst angemieteten Wohnungen leben. Der Anbieter ist bei der Suche des Wohnraums behilflich. Die Wohnungen sind häufig nicht alten- bzw. behindertengerecht ausgebaut. Auf Antrag bei der Pflege- oder Krankenkasse können mit Einverständnis der gesetzlichen Betreuer\_innen und Vermieter\_innen Umbaumaßnahmen erfolgen. Einige Klient\_innen nutzen altersgerechten Wohnraum. Beispielsweise wohnt ein Klient in einem an ein Altenheim angegliedertes Betreutes Wohnen.

Zum Erhebungszeitpunkt im September 2010 nutzen 43 (18 Frauen und 25 Männer) Personen mit (primär) geistiger Behinderung das Angebot des ambulant betreuten Wohnens. Neun Klient\_innen sind zum Erhebungszeitpunkt zwischen 50 und 59 Jahre alt und zwei andere sind über 60 Jahre alt.

Das ambulant betreute Wohnen bietet pädagogische Unterstützungsleistungen in den Bereichen Wohnen und Haushalt, Arbeit und Tagesstruktur, Freizeit, Sozialer Bereich und Gesundheit an. Methodisch erfolgt dies durch Beratung, Assistenz und Begleitung oder stellvertretende Ausführung. Es wird mit einem Bezugsbetreuungssystem gearbeitet. Dabei ist die Unterstützung individuell ausgerichtet und wird im Hilfeplanverfahren gemeinsam mit den Klient\_innen und gesetzlichen Betreuer\_innen bestimmt.

Das ambulant betreute Wohnen bietet im Unterschied zum Anbieter Ambulante Dienste e.V. keinen 24-Stunden Bereitschaftsdienst an. Die Bezugsbetreuer\_innen sind während ihrer Arbeitszeit über Diensthandys erreichbar. Ferner gibt es im Falle einer Krisensituation die Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme mit Einrichtungen des Wohnverbunds. Für alle anderen Krisensituationen gibt es die Notfallnummern.

Nach der Gründung des ambulanten betreuten Wohnens wurde zunächst auf die bestehende Vernetzung des Wohnverbundes zurückgegriffen. Inzwischen gibt es weitere Kooperationspartner wie beispielsweise Pflegedienste, Vermieter von Wohnraum und Anbieter von Freizeitangeboten. Vernetzungen gehen von der Fallebene aus. Darüber hinaus wird mit Elementen des Case Managements gearbeitet. Die Leitungskraft hat dafür eine zertifizierte Weiterbildung abgeschlossen. Auf der Fallebene ist der Ansatz sehr subjektorientiert, und auf der Netzwerkebene soll eine Vernetzung der Akteure im Sozialraum vorangetrieben werden. Dadurch scheint der Case Management-Ansatz ein geeignetes Instrument zur Umsetzung gemeindenaher Unterstützungsleistungen.

Wenn ein Bedarf nicht durch das Unterstützungsangebot des Anbieters abgedeckt werden kann, erfolgt eine Weiterleitung zu einem entsprechenden Dienst eines anderen Anbieters. Dies wird durch die Leiterin der Einrichtung als „Überleitungsmanagement“ (vgl. 4-02-I-AN, 227ff.) bezeichnet.

Die Leiterin des Dienstes (100%-Stelle) ist examinierte Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin und zertifizierte Case Managerin. Als stellvertretender Leiter ist ein Heilerziehungspfleger mit dem Umfang einer 100%-Stelle beschäftigt. Als Betreuer\_innen werden Heilerziehungspfleger\_innen sowie Erzieher\_innen eingestellt. Ferner werden auch Kräfte ohne fachspezifische Ausbildung eingesetzt. Diese sollen jedoch über Erfahrungen in der Altenhilfe verfügen.

Die Finanzierung des Angebotes erfolgt bei fast allen Klient\_innen durch Leistungen der Eingliederungshilfe im Finanzierungsmodus von Fachleistungsstunden. Ferner gibt es auch Personen, die die Leistungen aus eigenen Mitteln finanzieren. Für die Angebote im Freizeitbereich werden Eigenmittel des Trägers verwendet.

#### **4.3.1.3 Das Sozialwerk St. Georg Westfalen Süd gGmbH (Anbieter C)**

Das Sozialwerk St. Georg Westfalen Süd gGmbH hat ein Rahmenkonzept zur Unterstützung älter werdender Menschen mit Assistenzbedarf mit Hilfe von Quartierskonzepten entwickelt. Dieses Rahmenkonzept soll bei der Umsetzung an den unterschiedlichen Projektstandorten im Hochsauerland an die örtlichen Gegebenheiten



angepasst werden. Ziel des Projektes ist es ein Wohnangebot zu erschaffen, das zwischen dem ambulant betreuten Wohnen und einem stationären Wohnangebot einzuordnen wäre. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Juli 2010 befand sich dieses Projekt noch in der Planungsphase.

Das Angebot richtet sich laut Rahmenkonzept an älter werdende Menschen mit Assistenzbedarf. Dabei ist es unerheblich, ob dieser durch eine lebensbegleitende Behinderung, eine psychische Erkrankung oder aufgrund des höheren Alters entstanden ist. Zu den Klient\_innen können Personen gehören, die derzeit das Betreute Wohnen des Einrichtungsträgers nutzen, sowie Personen, die nicht in einer stationären Wohnform leben möchten. Als Zielgruppe werden derzeitige Klient\_innen des Anbieters fokussiert, insbesondere Menschen, die bisher in einer stationären Wohneinrichtung leben. Das Angebot soll aber auch für andere Personen aus dem Ort nutzbar sein. Die Anzahl der Nutzer\_innen der Wohngemeinschaft soll auf 12 Personen beschränkt werden. Dabei soll der Umfang des Unterstützungsbedarfs für alle Nutzer\_innen individuell erhoben und das Hilfearrangement dementsprechend zugeschnitten werden. Die inhaltlichen Schwerpunkte des Rahmenkonzepts umfassen folgende sechs Dimensionen: Wohnen, Lebensqualität, Nachbarschaft und Quartier, Partizipation und Teilhabe, „Bürger-Profi-Mix“ sowie Sicherheit und Flexibilität.

Als Wohnraum sind im Rahmenkonzept unterschiedlich große Wohngemeinschaften und Einzelappartements angedacht, die so aufgebaut sind, dass Treffpunkte entstehen können. Im Konzept vorgesehen ist, dass diese Wohnangebote in einem barrierefreien Umfeld im Ortszentrum, in der Nähe eines Seniorenheims und einer Beratungsstelle des Anbieters liegen. Im zunächst favorisierten Standort Winterberg gab es eine Immobilie im Ortszentrum, die für die Umsetzung des Konzeptes sehr geeignet erschien. Im Verlauf der Planungsphase stellte sich jedoch heraus, dass die erforderlichen Umbaumaßnahmen umfangreicher wären als erwartet, da man die Immobilie von einem Bürogebäude zu einem Wohnhaus hätte umbauen müssen. Dies hätte erhöhte Mietpreise zur Folge gehabt, die die Leistungen der Sozialhilfe übersteigen. Aus diesem Grund hat man sich gegen diese Immobilie als Wohngemeinschaft entschieden. An dem zweiten möglichen Standort in Bad Fredeburg soll das Gebäude einer ehemaligen stationären Wohneinrichtung des Anbieters genutzt werden. Dort ist eine Wohngemeinschaft für zehn Personen geplant. Die Mieter\_innen werden eine gemeinsame Küche benutzen. Jeweils zwei Zimmer verfügen über ein gemeinsames Badezimmer. Zum Zeitpunkt des Interviews waren die Bewohner\_innen der Wohneinrichtung bereits umgesiedelt worden, so dass das Evaluationsteam die leerstehende Immobilie besichtigen konnte. Die beim Träger zuständigen Mitarbeitenden haben bereits Vorüberlegungen getroffen, welche Adressat\_innen aus ihren Einrichtungen für die Umsetzung des Quartierskonzeptes infrage kämen.

Die Unterstützung in dem Quartier soll – laut Rahmenkonzeption – auf die Verbesserung der Lebensqualität zielen. Dabei sollen die Nutzer\_innen ihre Verbesserungsziele festlegen. Anhand dieser könnte überprüft werden, inwiefern eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht wurde. Es soll ergebnis- und nicht prozessorientiert gearbeitet werden.

Die Erbringung von Unterstützung soll durch eine Kombination aus einem „Bürger-Profi-Mix“ erfolgen. Das Sozialwerk St. Georg erbringt die Grundleistung. Darin enthalten sind die Begleitung während der Mahlzeiten, eine Nachtbereitschaft in Form einer Schlafbereitschaft und das Quartiersmanagement. Bei der darüber hinausgehenden individuellen Leistung (Teilhabeleistung) können die Nutzer\_innen den Anbieter frei wählen. Es sollen vorrangig freiwillige Helfer\_innen und Bürger\_innen aus dem Quartier in die Unterstützung eingebunden werden.

Auf den im Rahmenkonzept vorgesehenen Einsatz technischer Systeme beispielsweise der Technik zur automatischen Abschaltung elektrischer Geräte oder Sturzsensoren im Fußboden, die den Mieter\_innen mehr Selbstbestimmung ermöglichen und Helfer\_innen entlasten sollte, wurde aus Kostengründen für den Standort Bad Fredeburg vorläufig verzichtet.

Der Träger kann bei der Umsetzung des Quartierskonzeptes auf bereits bestehende Vernetzungen im Ort und in der Region aufbauen. Auch auf der Fallebene gibt es Vernetzungen, da einige potentielle zukünftige Klient\_innen weitere Anbieter in Anspruch nehmen und dort Absprachen getroffen werden. Des Weiteren werden als potentielle Kooperationspartner insbesondere Kommunen, Wohnungsgenossenschaften, Bauunternehmen, Pflegedienste und private Investor\_innen genannt.

Als hauptamtlich Mitarbeitenden soll es einen Projektbeauftragten mit einem Stellenanteil von 50% geben. Dieser ist derzeit schon in der Planung des Projektes aktiv. Bereits vor der Eröffnung des Wohnangebotes soll ein Quartiersmanager mit einem Stellenanteil von 26% seine Tätigkeit beginnen. Neben der formalen Qualifikation soll diese Person weitere Fähigkeiten, wie Sozialkompetenzen und Kenntnisse der örtlichen Gegebenheiten mitbringen. Die Grundversorgung (Anwesenheit während der Mahlzeiten) soll durch Fachkräfte mit einem Stellenanteil von insgesamt 207% erfolgen. Dies werden voraussichtlich Sozialpädagog\_innen, Heilerziehungspfleger\_innen oder Erzieher\_innen sein. Die Qualifikation für das Personal der Nachtbereitschaft war zum Erhebungszeitpunkt noch unklar.

Das Angebot soll über Leistungen der Eingliederungshilfe, Leistungen der Grundsicherung und Leistungen der Pflegeversicherung finanziert werden. Als schwierig gestaltet sich die Finanzierung des Quartiersmanagements. Dieses soll über eine vom Anbieter als „*Wohnsachleistung*“ bezeichnete Finanzierung gedeckt werden.

#### **4.3.2 Passgenauigkeit der Angebote mit Blick auf die Anforderungen**

Im Folgenden werden die Angebote der Anbieter mit denen von Schäper et al. (2010) formulierten Anforderungen (linke Spalte) abgeglichen. Dabei können die Angebote stellenweise eine Antwort auf mehrere Anforderungen sein, so dass es zu Mehrfachnennungen kommen kann. Andere Anforderungen werden nicht durch Quartiersansätze beantwortet, so dass einzelne Zeilen leer bleiben.

	Anbieter A	Anbieter B	Anbieter C
<b>1. Alter erleben</b>			
	<p>Mangel an barrierefreiem Wohnraum, der durch Leistungen der Sozialhilfe refinanzierbar ist.</p> <p>Bauliche Gegebenheiten wie Gemeinschaftsräume fördern die Möglichkeit neue soziale Kontakte zu knüpfen.</p> <p>Individuelle Planung der Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und der Freizeitplanung machen kurzfristiges Reagieren auf (altersbedingte) Veränderungen möglich.</p> <p>Schwierig: Einstellung der Nachbar_innen im Sozialraum kann sich negativ auf Kontaktmöglichkeiten auswirken.</p>	<p>Viele Wohnungen, die von den Kund_innen gemietet werden, sind nicht barrierefrei und werden bei Bedarf durch eine Wohnraumanpassung verändert.</p> <p>Implementierung einer Tagesstruktur bei Rentner_innen.</p>	<p>Durch den WG-Charakter und die Tatsache, dass sich zehn Personen eine Küche teilen, ist die Möglichkeit zur Kommunikation und zum Austausch untereinander gegeben.</p> <p>Der Quartiersmanager ist, laut Konzeption, dafür vorgesehen, „Hilfen aus einer Hand“ zu gewährleisten.</p>
<b>2. Wegfall von Arbeit</b>			
<b>a) Soziale Beziehungen</b>	<p>Soziale und kulturelle Angebote fördern die Kontaktmöglichkeiten mit Menschen, die auch im Quartier leben.</p> <p>Durch gute Erreichbarkeit des ÖPNVs und Hilfestellung bei der Beantragung von Hilfsmitteln zur Mobilitätserhaltung ergeben sich bessere Möglichkeiten, soziale Kontakte pflegen zu können.</p>	<p>Die Umgestaltung des Netzwerks sozialer Beziehungen wird gefördert, indem den Kund_innen Angebote zur sozialen Kontaktaufnahme gemacht werden (gemeinsames Frühstück etc.).</p>	<p>Die barrierefreie Anbindung an das Gemeinwesen (z.B. Stadtzentrum) ist aufgrund der landschaftlichen Gegebenheiten (Hügel mit starker Steigung) nicht gegeben.</p>

<p><b>b) Gestaltung freier Zeit</b></p>	<p>Soziale und kulturelle Angebote.</p> <p>Möglichkeit gemeinsam zu Essen, derzeit 1 x in der Woche.</p> <p>Individuelle Planung der Freizeitangebote.</p>	<p>Freizeitclub vor Ort (jeden zweiten Samstag im Monat).</p> <p>Vermittlung der Freizeitangebote (durch Kontakte zu möglichen Kooperationspartnern) nach Durchführung einer Bedarfsanalyse.</p> <p>Integrative externe Tagesstruktur des Wohlfahrtsverbandes.</p> <p>Wunsch des Anbieters: Ausbau der integrativen Angebote.</p> <p>Kooperationen mit Altenheimen sowie Angeboten der Stadtviertel und Kirchengemeinden werden als Potential zur Teilhabe am Gemeinwesen gesehen.</p>	<p>Es sollen tagesstrukturierende Angebote aus der Gemeinde genutzt werden, bspw. Altentagesstätten oder Tagespflegeeinrichtungen.</p>
<p><b>c) Umgestaltung der täglichen Versorgung</b></p>	<p>Einsatz von Laienhelfern ermöglicht einen höheren Stundenanteil bei den Kund_innen, dadurch ist mehr individuelle Versorgung und Unterstützung entsprechend der Kundenwünsche möglich.</p> <p>Möglichkeit gemeinsam zu essen, derzeit 1 x in der Woche.</p> <p>Ggf. werden Assistent_innen speziell für die Kund_innen gesucht.</p> <p>Darüber hinaus besteht die Möglichkeit das Mittagsangebot des anderen Stützpunktes mit zu nutzen.</p> <p>Barrierefreies Umfeld als Möglichkeit der Selbstversorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs.</p> <p>Zugang zum ÖPNV.</p>	<p>Voraussetzungen für die Nutzung des Angebotes sind: eigenständiges Benutzen der Notrufnummern und Fähigkeiten im lebenspraktischen Bereich.</p> <p>Einige Klient_innen nutzen altersgerechten Wohnraum. Ein Klient lebt in einem an ein Altenheim angegliedertes Betreutes Wohnen.</p> <p>Einsatz von Fachkräften (z.B. HEP) und Nicht-Fachkräften (mit der entsprechenden Einstellung, entsprechenden Fähigkeiten, einem entsprechenden Menschenbild und Erfahrung in der Altenhilfe).</p>	<p>Geplant ist eine Integration von ehrenamtlich und zivilgesellschaftlich Engagierten in die Versorgung.</p> <p>Das Ziel ist ein möglichst selbstbestimmtes Leben. Dabei soll die dafür notwendige Unterstützung gewährleistet werden.</p> <p>Durch Kooperation mit anderen Diensten soll die Versorgungssicherheit gewährleistet werden.</p>

<b>3. Verlust von Beziehungen / Versterben von Angehörigen</b>			
	<p>Quartiersstützpunkt bietet Plattform für Begegnungen und neue Kontakte können geknüpft werden.</p> <p>Etablierung neuer Unterstützungsarrangements.</p> <p>Neue Bewegungsräume im Quartier können (auch mit Unterstützung der Assistent_innen) erschlossen werden.</p> <p>Niedrigschwellige Alltagshilfen werden durch die Assistent_innen gewährleistet.</p> <p>Akteure, die nicht genuin aus der Alten- und/oder Behindertenhilfe kommen, werden für Kooperationen gewonnen.</p>	<p>U.a. durch ein Überleitungsmanagement soll den Klient_innen bedarfsgerecht Unterstützung vermittelt werden, außerdem bietet der Träger tagesstrukturierende Angebote und diverse Freizeitaktivitäten an.</p> <p>Beratung zum Thema „Behindertentestament“.</p>	<p>Ehrenamtliche und Anbieter aus der Altenhilfe sollen in die Versorgung einbezogen werden.</p>
<b>4. Gesundheitliche Beeinträchtigung und Kompetenzeinbußen</b>			
	<p>Unterstützung in der Gesundheitsversorgung im Spannungsverhältnis von Fürsorge und Selbstbestimmung wird gewährleistet.</p> <p>Das Leistungserbringen durch Laienmitarbeitende schafft Zeitressourcen um den individuellen Gesundheitszustand mehr berücksichtigen zu können.</p>	<p>Überleitungsmanagement als Stichwort für die Kooperationen mit Fachärzten, Psychologen, Therapeuten etc.</p> <p>Unterstützung bei Terminorganisation und Begleitung zu den Arztterminen. Die Verantwortung wird jedoch in den Händen der gesetzlichen Betreuer_innen gesehen.</p>	<p>Keine Angaben</p>

<p><b>a) Prävention und gesundheitlicher Lebensstil</b></p>	<p>Organisation von Arztterminen und Begleitung dorthin.</p> <p>Durch individuelle Planung der Assistenz kann auf gesundheitliche Veränderung besser eingegangen werden.</p>	<p>Organisation der Arzttermine und Begleitung dorthin.</p>	<p>Keine Angaben</p>
<p><b>b) Management von Erkrankungen und (Multi-)morbidity</b></p>	<p>Kooperation mit Wohnungsbaun- unternehmen.</p> <p>Barrierefreie Wohnungen und barrierefreier Zugang zum Quartiersstützpunkt.</p> <p>Begleitung bei Arztbesuchen durch Assistent_innen sichergestellt.</p> <p>Flexibles Hilfeplanverfahren Unterstützung und Beratung bei MDK-Begutachtungen</p>	<p>Wohnungen entsprechen oft nicht den Bedürfnissen älterer Menschen, so dass ein Umbau notwendig werden kann.</p> <p>Versorgung mit Hilfsmitteln wie Badeaufsatz, Halterungen, Notrufsystem, Pflegebett werden durch den Anbieter gewährleistet.</p> <p>Begleitung in der Auseinander- setzung mit der eigenen Behinderung.</p> <p>Begleitung zu Arztbesuchen.</p>	<p>Vorgesehene Immobile ist behindertengerecht.</p> <p>Zielgruppe sind u.a. Menschen mit psychischen Erkrankungen.</p> <p>Versorgung mit Hilfsmitteln wie Halterungen, behindertengerechte Badewannen etc. ist gewährleistet.</p>
<p><b>c) Teilhabe am täglichen Leben bei Pflegebedarf</b></p>	<p>Assistenz bis zur 24 Stunden.</p> <p>Rufbereitschaft</p> <p>Grundpflege</p> <p>Anleitung der Laien durch die Fachkräfte</p> <p>Kooperationen mit Pflegediensten wegen Behandlungspflege- leistungen.</p>	<p>Inanspruchnahme von Pflegediensten.</p> <p>Kooperation mit den verschiedenen Pflegediensten vor Ort.</p>	<p>Kund_innen können laut Konzeption die Anbieter der Pflegeleistungen frei wählen. Der Quartiersmanager soll die Kund_innen bei der Wahl beraten und unterstützen.</p>

<p><b>d) Bewältigung psychischer und psychosozialer Krisen</b></p>	<p>Unterstützung in Krisensituationen durch Assisten_innen, Heilpädagogen und Sozialpädagogen möglich.</p> <p>Individuelle Anpassung des Unterstützungsarrangements an Krisenprozesse möglich.</p> <p>Einige Mitarbeiter_innen sind extra geschult für den Umgang mit psychischen Krisen.</p> <p>Kooperation mit Anbietern im Sozialraum bei psychischen und physischen Krisen.</p>	<p>Unklare Finanzierungsgrundlage für das Krisenmanagement.</p> <p>Rufbereitschaft als Probelauf über ein halbes Jahr ergab, dass eine solche Struktur nicht gebraucht wird. Im Falle einer Krisensituation können sich die Klient_innen an die Mitarbeitenden (in deren Arbeitszeit) melden, ansonsten gibt es eine Notfallliste mit Notfalltelefonnummern.</p> <p>Das Vorgehen im Falle eines Notfalls wird mit den Klient_innen regelmäßig geübt.</p>	<p>Keine Angaben</p>
<p><b>e) Lebensführung bei demenziellen Erkrankungen</b></p>	<p>Unterstützung durch Assistent_innen bei Desorientierung und Kompetenzeinbußen.</p>	<p>Bei fortschreitender Demenz wird die Heimeinweisung nötig.</p> <p>Wunsch der Leiterin: Intensiv-Betreutes Wohnen als Übergangsform oder Alternative zur Heimeinweisung.</p>	<p>Keine Angaben</p>
<p><b>5. Grenzen des Lebens / Sterben</b></p>			
	<p>Sterbebegleitung möglich und erfolgt im Bedarfsfall.</p>	<p>Sterbebegleitung.</p> <p>Beratung über eine mögliche Versicherung für den Sterbefall.</p>	<p>Keine Angaben</p>

### 4.3.3 Die Anbieterperspektive

Im Folgenden werden die Ergebnisse der drei Anbieterinterviews dargestellt. Dazu wurden drei zentrale Schlüsselkategorien mit der Auswertungsmethode der *Grounded Theory* gebildet (vgl. Strauss & Corbin 1996), die für die forschungsleitende Fragestellung als relevant identifiziert werden konnten. Diesen folgt eine vergleichende und kontrastierende Darstellung der Mitarbeiter- und Nutzerinterviews (vgl. 3.4).

#### 4.3.3.1 Fürsorgeparadigma vs. Selbstbestimmungsparadigma

Ein vorherrschendes Thema in den Anbieterinterviews ist die Auseinandersetzung mit dem Thema „Fürsorge versus Selbstbestimmung“. Dabei lassen sich teilweise unterschiedliche Leitideen in der Philosophie der Anbieter aufzeigen. Anbieter A, der aus der Selbstbestimmungsbewegung kommt, formuliert im Interview den Leitsatz: *„der Kunde ist König. Experte in eigener Sache“* (4-01-I-AN, 100). Dabei wird das Angebot des Trägers vollständig nach den Wünschen der Adressat\_innen ausgerichtet. Gibt es kein passendes Angebot, werden Kooperationspartner gesucht, um die Wünsche der Adressat\_innen zu erfüllen. So entstand beispielsweise eine Kooperation mit einer Segelschule, die nun auch Angebote für Menschen mit Behinderung macht (4-01-I-AN, 803ff.). Aus dem Verständnis dieses Anbieters heraus muss Selbstverantwortung und das Treffen eigener Entscheidungen von vielen Menschen mit Behinderung erst gelernt werden. Erklärt wird dies u.a. damit, dass die meisten Menschen mit Behinderung im Alter ihr Leben lang in so genannten Komplexeinrichtungen gelebt und dort wenig Wahlmöglichkeiten gehabt hätten. Diese Personengruppe zieht nach Meinung des Anbieters selten im Alter in eine eigene Häuslichkeit, da ein selbstständiges Leben in der eigenen Wohnung häufig eine Überforderung darstellt:

*„Die können sich auch gar nicht vorstellen, also ich kenn Leute, die sind älter, mit denen stehen wir in Kontakt. Mhh, haben denen auch diesen Vorschlag schon gemacht ‚Hey, such dir eine eigene Wohnung, wir unterstützen dich.‘ Das können die sich gar nicht vorstellen. Die haben irgendwie seit 60 Jahren // kriegen die gesagt ‚Du kannst nicht alleine leben.‘ und jetzt kommen wir und sagen: ‚Doch du kannst!‘ Und das wollen und können die gar nicht mehr verpacken.“* (4-01-I-AN, 370ff.).

Dagegen wohne die jetzt noch jüngere Generation der Menschen mit Behinderung bereits häufiger in ambulanten Settings oder in der eigenen Häuslichkeit. Nach Meinung des Anbieters A hat diese Gruppe eher gelernt, von ihren Wahlmöglichkeiten Gebrauch zu machen und eigene Entscheidungen in Bezug auf ihren Alltag zu treffen, so dass ihre Regiekompetenz stärker ausgeprägt ist. Daher wohnen sie eher in der eigenen Häuslichkeit oder können sich vorstellen dort zu wohnen und Angebote gemeindenaher Unterstützung anzunehmen.

In der Unterstützung im Alltag müssen die Assistent\_innen eine Balance zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung finden. Als schwierig wird dieser Balanceakt beschrieben, wenn die Wünsche der Kund\_innen von den eigenen Vorstellungen abweicht, beispielsweise bei der Körperpflege oder die Adressat\_innen ein



gesundheitsbedenkliches Verhalten an den Tag legen, welches dazu führt, dass die notwendige Pflege und Unterstützung nicht mehr vollständig gewährleistet werden kann:

*„Die aber auch natürlich selber diese Gratwanderung machen müssen, so wo darf ich jetzt sagen, nein ich gebe dir jetzt keinen dritten Teller Mittagessen und wo müssen sie ihr ihren Willen einfach lassen, weil sie gerne noch einen dritten Teller haben will. Vor allem, wenn man weiß, ich muss sie morgen früh dann auch noch waschen und lagern“ (4-01-I-E-AN, 912ff.).*

Die Assistenzleistungen sind in diesem Konzept auf die Wünsche der Adressat\_innen ausgerichtet, das bedeutet die Adressat\_innen können sowohl die Assistent\_innen als auch die Inhalte der Assistenz frei wählen. In diesem Sinne gibt es auch kein klassisches Hilfeplanverfahren, da alle Leistungen nach den Wünschen der Adressat\_innen umgesetzt werden. Diese Vorgehensweise erfordert eine hohe Regiekompetenz seitens der Adressat\_innen (4-0-1-I-AN, 412ff.). So sollen sie beispielsweise entscheiden, inwieweit sie sich einen Zugang zum und Austausch im Quartier wünschen und/oder wie sie ihren Tag gestalten wollen. Die Assistent\_innen unterstützen dann bei der Umsetzung. Im Spannungsverhältnis von Selbstbestimmung und Fürsorge in Bezug auf Entscheidungskompetenzen der Unterstützungsleistungen ist Anbieter A sehr selbstbestimmungsorientiert. Offen bleibt wie mit diesem Spannungsverhältnis umgegangen werden soll, wenn die Adressat\_innen eine sehr geringe Regiekompetenz mitbringen oder es sich bspw. um Menschen mit herausforderndem Verhalten handelt.

Auch im Gespräch mit Anbieter B als Anbieter gemeindenaher Unterstützungsleistungen ist das Thema „Selbstbestimmung versus Fürsorge“ immanent. Hier liegt das Augenmerk auf der „Sicherheitsgabe“, also auf der Fürsorgeverantwortung des Trägers:

*„Unsere, meinen Erfahrung, Erfahrungen unseres Dienstes zeigen, dass durch ambulant betreutes Wohnen, natürlich Selbstbestimmung, viele Menschen mit Behinderung, allerdings wir sind natürlich für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zugelassen, verwirklicht worden ist. Wir sehen unseren Auftrag als Fordern und Fördern. Das bedeutet, es immer so ein gewisser Spagat zwischen dem Selbstbestimmungsrecht und, äh, Sicherheitsgabe. Das gibt viele Klienten, die im ambulant betreuten Wohnen, ähm, wechseln möchten, wohnen möchten. Allerdings ist auch äh – ich seh das als Hilfeplanverfahren, als wichtiges Instrument, erst mal diese Bedarfe zu erfassen und insgesamt in so einem Netzwerk die Bedarfe zu prüfen, bevor man wirklich diese Entscheidung trifft, dass jemand für ambulant betreutes Wohnen geeignet oder eben weniger geeignet. Diese Entscheidung treffen wir nicht, sondern unsere Aufgabe erst mal Bedarfsanalyse, Bedarfserfassung, Bedarfsweitergabe. Und jetzt, wir sehen aufgrund der Zahlen, äh, wachsende Zahlen von den Klienten im ambulant betreuten Wohnen, dass die Menschen mit Behinderung, Menschen mit geistiger Behinderung immer öfter diesen Anspruch in Angebot nehmen [...]“ (4-02-I-AN, 52ff.).*

Deutlich wird in diesem Interviewausschnitt, dass offensichtlich aus dieser Anbieterperspektive nicht alle Menschen für das ambulant betreute Wohnen geeignet sind, sondern

die Adressat\_innen ein bestimmtes Maß an Selbstständigkeit mitbringen und im Hilfeplanverfahren aktiv mitarbeiten müssen, um das Angebot nutzen zu können. Offen bleibt, wie die Beteiligung der Nutzer\_innen im Hilfeplanverfahren konkret ermöglicht wird, um der Gefahr entgegenzuwirken, dass Partizipation von einem Mitwirkungsrecht zu einer Mitwirkungspflicht und so letztlich zum Ausschlusskriterium für die Aufnahme in diese Wohnform wird.

*„Unsere Klienten haben Mitwirkungspflicht. Das bedeutet das geschieht von diesem freiwilligen Einverständnis und sie müssen sich auch daran halten. Das ist ganz wichtig“ (4-02-I-AN, 264ff.).*

Als ein Ziel der Arbeit mit den Adressat\_innen wird formuliert, dass sie durch die geleistete Unterstützung befähigt werden sollen, beispielsweise Haushaltstätigkeiten auf Dauer selbstständig auszuführen. Deutlich wird an dem oben genannten Zitat, dass die Grundvoraussetzung eine Mitarbeit der Klient\_innen ist. Dabei ist auch das Hilfeplanverfahren darauf ausgerichtet, die Adressat\_innen zu einem eigenständigen Leben zu „coachen“ bzw. anzuleiten. Dazu wurde in Ergänzung zum Hilfeplanverfahren, das in der Kommunikation mit dem Leistungsträger der Bedarfsfeststellung als Basis für die Berechnung des Umfangs an Fachleistungsstunden dient, vom Anbieter B das Instrument eines „dialogischen Hilfeplanverfahrens“ entwickelt, welches im Dialog mit den Adressat\_innen Unterstützungsbedarfe eruiert und Betreuungsziele generiert. Nach sechs Monaten findet eine Wiederholung der Bedarfsanalyse statt, in der beurteilt wird, welche der vereinbarten Ziele erreicht werden konnten und in welchen Bereichen es weiterhin Förderbedarf gibt. Grundlage der Analyse sind sowohl die Einschätzung der Adressat\_innen als auch die der Mitarbeitenden (vgl. 4-02-I-AN, 598ff.). Die Entscheidung über die Frage, ob das ambulant betreute Wohnen die angemessene Hilfeart darstellt und eine bedarfsgerechte Unterstützung sichert, wird hier eher trägerorientiert getroffen. Hat der Träger selbst kein passendes eigenes Angebot findet ein Überleitungsmanagement zu anderen Diensten statt. Diese Vorgehensweise verdeutlicht die strukturellen Rahmenbedingungen, unter denen das Konzept des ambulant betreuten Wohnens umgesetzt werden muss: Das Clearingverfahren mit dem Fokus auf Fachleistungsstunden erfasst nur quantifizierbare Bedarfe und geht von einem über längere Phasen gleichbleibenden Unterstützungsbedarf aus und bildet Veränderungen nur verzögert ab. Mit der mit zunehmendem Lebensalter tendenziell beschleunigten Veränderungsprozessen ist das System nur begrenzt kompatibel. Im Quartiersansatz gelten dagegen flexible Übergänge zwischen den Hilfeangeboten als Voraussetzung einer bedarfsgerechten und anpassungsfähigen Versorgung.

Auch Anbieter C richtet sein Angebot stark an den eigenen Trägerstrukturen aus, so kommt als neuer Standort für die Umsetzung des Quartiersansatzes eine ehemalige stationäre Einrichtung infrage, und die dort bis dato lebenden Bewohner\_innen „wurden umgesiedelt“, da sie nach Einschätzung des Trägers einen zu hohen Hilfebedarf aufwiesen, um in einem Quartierskonzept zu leben. Intern gab es nach Angaben des Anbieters Überlegungen seitens der Mitarbeitenden, welche Adressat\_innen für einen Umzug in die Räumlichkeiten des Quartiersstützpunktes infrage kämen.

Die Interviews machen die Spannungsverhältnisse, in denen sich die Anbieter befinden, deutlich: Eine konsequente Umsetzung des Selbstbestimmungsparadigmas setzt eine Orientierung des Angebotes an den Wünschen und Bedürfnissen der Adressat\_innen voraus, trotzdem müssen die Anbieter am Markt bestehen. Das bedeutet, dass der Großteil ihrer Leistungen refinanzierbar sein muss. Die refinanzierbaren Leistungen decken aber nicht zwangsläufig die Wünsche und Bedürfnisse der Adressat\_innen in vollem Umfang und die nötigen Flexibilität in der Leistungserbringung ab.

Ein weiteres Spannungsverhältnis wird deutlich, wenn es um die Frage nach Fürsorge und Selbstbestimmung geht. Das in der Behindertenhilfe lange tradierte Fürsorgeparadigma scheint einer Subjektorientierung teilweise nach wie vor entgegenzustehen. Anstelle eines „Sowohl-als-auch“ werden dabei Fürsorge und Selbstbestimmung eher als dichotome Gegensätze verstanden. Stattdessen geht ein differenziertes Verständnis von Selbstbestimmung davon aus, dass es sich um ein Kontinuum handelt, und dass in unterschiedlichen Lebensbereichen unterschiedliche Ausprägungen von Selbstbestimmung möglich sind. Dabei muss im Einzelfall abgewogen werden, wie viel Risiko in Bezug auf die eigene Lebensführung und damit wie viel Entscheidungsbefugnis jedem und jeder einzelnen zugestanden werden kann, ohne sein oder ihr Leben zu gefährden.

Unterschiede zwischen den Anbietern zeigen sich auch bei der Fallverantwortung: Während Anbieter A die Fallverantwortung im Sinne des Modells der Regiekompetenz – falls möglich und erwünscht – bei den Adressat\_innen sieht (zusätzlich stehen verantwortliche Mitarbeitende im Quartiersstützpunkt und die Assistent\_innen vor Ort als Unterstützung zur Verfügung), sieht Anbieter B die Fallverantwortung im Rahmen des Überleitungsmanagements auch bei den Kooperationspartnern:

*„Ja, die Grenze ist dann eben das Hilfeplanverfahren. Das bedeutet, wir bekommen bestimmte Fachleistungsstunden, die wir auch abrufen können, die unseren Klienten zur Verfügung stehen, aber auch unserem Dienst zur Verfügung stehen. [...] Die Grenze ist für mich Überleitungsmanagement. Das ist die Grenze. Das bedeutet, wenn wir als Dienst Überleitungsmanagement zum anderen Kooperationspartner geleistet haben. Das ist die Grenze“ (4-02-I-AN, 1738ff.).*

Auch werden bestimmte Verantwortlichkeiten von Beginn an bei anderen Kooperationspartnern gesehen, so wird beispielsweise die Zuständigkeit für die Gesundheitsvorsorge in Bezug auf Vorsorgeuntersuchungen im ambulant betreuten Wohnen bei den gesetzlichen Betreuer\_innen angesiedelt (vgl. 4-02-I-AN, 1527ff.). Ob es hierzu klare Kooperationsvereinbarungen für die Umsetzung gibt bleibt offen. Deutlich wird jedoch, dass die strukturellen Rahmenbedingungen im ambulant betreuten Wohnen die Umsetzung des Anspruchs „Hilfen aus einer Hand“ wie sie bspw. im Case Management postuliert werden, erschweren.

#### **4.3.3.2 Angebote des Quartiersstützpunktes**

Eng mit der Frage nach der Balance zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung verbunden ist die Frage nach der Ausrichtung der Angebotspalette der Anbieter. Anbieter A orientiert sein Angebot ausschließlich an den Wünschen und Bedürfnissen

der Adressat\_innen. So soll ein über 24 Stunden täglich erreichbarer Bereitschaftsdienst im Quartiersstützpunkt implementiert werden. Aktuell wird die 24-Stunden-Bereitschaft noch über das Hauptbüro des Trägers sichergestellt und ist nur für Notfälle gedacht. Der geplante Bereitschaftsdienst vor Ort gibt den Adressat\_innen eine höhere Flexibilität, beispielsweise was Aufsteh- und Zubettgehzeiten angeht, und so mehr Selbstbestimmung im Alltag – trotz bestehender Hilfsbedürftigkeit. Durch den begrenzten Radius des Quartiersstützpunktes auf 500 m kann eine zeitnahe Unterstützung gewährleistet werden.

Angebote, wie das Essen in Gesellschaft, sind für alle Bürger\_innen im Quartier geöffnet und sollen dazu beitragen, neue soziale Kontaktmöglichkeiten zu schaffen. Der Zugang zum Angebot erfolgt überwiegend über Mundpropaganda oder die Vermittlung von anderen Dienstleistungsanbietern. Viele der Menschen mit Behinderungen kommen aus Heimen oder aus Familien, wenn die Eltern zu alt für die Begleitung und Betreuung werden (vgl. 4-01-I-AN, 339ff.). Das Angebot richtet sich hier sehr stark nach den Bedarfen der Adressat\_innen, in einigen Fällen geht der Anbieter auch in finanzielle Vorleistung ohne dass die Finanzierung abschließend geklärt ist, wenn bspw. die Zusage für eine Kostenübernahme noch nicht erfolgt ist, der Antrag darauf aber erfolgsversprechend ist (vgl. 4-01-I-AN, 284ff.). Damit trägt er das finanzielle Risiko allein. Diese Vorgehensweise kann aufgrund der notwendigen Wirtschaftlichkeit von Einrichtungen eher die Ausnahme als die Regel bzw. eine vorübergehende Strategie in der Implementierungsphase neuer Angebote darstellen.

Ein großes Problem sieht der Anbieter darin, dass es in der Kommune wenig barrierefreien Wohnraum gibt, der dann auch noch für die Zielgruppe bezahlbar ist. Daher hat sich in diesem Konzept die Kooperation mit einem Wohnungsunternehmen als sehr hilfreich erwiesen<sup>9</sup>. Darüber hinaus benennt der Anbieter A ein Angebotspektrum, welches von der Unterstützung bei der Mittelbeantragung, über Freizeitgestaltung, Hilfe bei häuslichen Tätigkeiten, Grundpflege, Arbeits- oder Studienassistenz, Bereitschaftsdienst für pflegerische und/oder psychosoziale Betreuung etc. reicht. Im Sinne einer anwaltschaftlichen Funktion findet auch eine Interessenvertretung statt.

Neben der Angebotsausrichtung an den Wünschen und Bedürfnissen der Adressat\_innen werden bei den Anbietern auch Angebote vorgehalten, die eher an vermuteten Bedürfnissen der Adressat\_innen orientiert oder von bestehenden Strukturen und/oder den Mittelgebern vorgegeben sind (vgl. 4-02-I-AN, 52ff. und 91ff.). Im Modell der Fachleistungsstunden, die für bestimmte Bereiche genehmigt werden, muss die Unterstützung dann auch genau in diesen Bereichen stattfinden. Das schränkt die Angebotspalette des Anbieters B ein und macht ihn unflexibel. Bedarfe in nicht genehmigten Bereichen müssen erst begutachtet und ggf. genehmigt werden. Eine flexible Versorgung in allen Lebensbereichen bei stärker hilfebedürftigen Menschen scheint den Rahmen dieses Modells zu sprengen. Der Anbieter B hält eine so genannte

---

<sup>9</sup> Die Kooperation mit einem Wohnungsraumanbieter hat sich schon im dem aus der Altenarbeit kommenden Modell „Wohnen mit Versorgungssicherheit“ auch „Bielefelder Modell“ genannt als sinnvoll erwiesen, das hier als Vorbild für den Träger fungierte (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008).

Tagesstrukturimplementierung (4-02-I-AN, 153ff.) für die Adressat\_innen vor, die aus der Werkstatt in den Ruhestand gehen. Betrachtet man die Angebotspalette dieses Anbieters, so scheinen sich die Adressat\_innen eher an die bestehenden Angebote anpassen zu müssen, als das die Auswahl des Angebotsspektrums sich nach den Wünschen und Bedürfnissen der Adressat\_innen richtet. Die Entscheidung für oder gegen einzelne Angebote ist hier besonders von der Frage der möglichen Refinanzierung abhängig. So wird kein Bedarf an einem engmaschigen über die Notfallnummern hinausgehenden Krisenmanagement gesehen, den die aktuell eher selbstständige Zielgruppe des ambulant betreuten Wohnens vermutlich auch nicht hat. So gab es einen Testlauf für eine Rufbereitschaft als Modellprojekt über ein halbes Jahr, die mangels Anrufen wieder eingestellt worden ist:

*„Wir haben das mit strikter Dokumentation vor Ort durchgeführt. Mit jedem einzelnen Anruf, Minutenerfassung, alles dokumentiert, alles abgearbeitet und im Nachhinein kam es zum Ergebnis, dass es zu gar keinen Telefonaten kam. Aber das haben wir gemacht. Bei uns gibt es aber die Anbindung, im Falle der Krisenintervention an den Wohnverbund, genau an den stationären Bereich [...]. Rufbereitschaft ist gegeben. Die Finanzierung der Rufbereitschaft ist nicht geklärt. [...]. Wenn die Klienten dann Unterstützung brauchen, melden sie sich an ihrem Betreuer, Betreuerin, in der normalen Arbeitszeit, die mit den Klienten festgelegt ist, wird. [...] Wir haben [eine] Notfallliste. Das ist ganz wichtig zu benennen. Diese Notfallliste habe ich mal gezeigt, ja? In dieser Notfallliste steht genau beschrieben, [...] wer in welchem Fall anzurufen wäre. Das bedeutet, das wir haben das selber erarbeitet, [...] ist alles eingetragen, alles vor Ort“ (4-02-I-AN, 288ff.).*

Aus dieser Interviewpassage wird deutlich, dass die Eingangsschwelle für einen Platz im ambulant betreuten Wohnen bei diesem Anbieter sehr hoch ist: Die Adressat\_innen müssen in der Lage sein, sich in Krisensituationen entsprechend der Notfallliste zu verhalten. Dies setzt eine sehr hohe Regiekompetenz voraus. Eine 24-stündige Bereitschaft und Unterstützung ist nicht gegeben, und die Bezugsbetreuer\_innen leisten in der Regel Unterstützung nach Fachleistungsstunden. In diesem Konzept stehen nicht die „Hilfen aus einer Hand“ im Vordergrund, sondern an bestimmten Stellen wird auf ein „Überleitungsmanagement“ (4-02-I-AN, 1742ff.) gesetzt und an Kooperationspartner weitergeleitet (4-02-I-AN, 1527ff.). Eine Bündelung der Hilfeangebote aus einer Hand, wie sie bspw. das Methodenset des Case Managements vorsieht, ist unter diesen strukturellen Rahmenbedingungen nur in Ansätzen und einzelnen Bausteinen umsetzbar. Insgesamt bietet der Anbieter in den Bereichen Wohnen, Tagesstruktur und im psychosozialen Bereich bspw. bei der Organisation von sozialen Strukturen im Privatleben, im Beruf und in der Nachbarschaft Hilfe und Unterstützung (vgl. 4-02-I-AN, 209ff.), sofern – und das scheint die große Einschränkung – Mittel für die Leistungen bewilligt wurden. In allen anderen Fällen soll das Überleitungsmanagement greifen.

#### **4.3.3.3 Strukturelle und organisationale Implikationen**

Die dritte Schlüsselkategorie beschäftigt sich mit strukturellen und organisationalen Bedingungen für die Implementierung des Quartiersstützpunktes bzw. des ambulant

betreuten Wohnens im Sozialraum. Sollen Angebote gemeindenaher Unterstützung aufgebaut werden, so ist es unbedingt notwendig, den Sozialraum mit seinen spezifischen Gegebenheiten vorher in Augenschein zu nehmen und das Quartierskonzept an die dortigen Spezifika anzupassen. Die in diesem Cluster evaluierten Projekte zeigen deutlich, wie wichtig diese Art der Analyse im Vorhinein sein kann: So sind bei dem Anbieter A strukturelle Merkmale, wie das Vorhandensein behindertengerechten Wohnraums, eine gute Infrastruktur im Sozialraum etc. im Vorhinein betrachtet worden, aber außer Acht gelassen wurden die potentiellen Nachbar\_innen der Adressat\_innen, die massive Berührungsängste hatten. Die Vorurteile gingen so weit, dass die Eigentümer eine Wertminderung ihrer Eigentumswohnungen fürchteten, sollten Menschen mit Behinderung in das gleiche Haus ziehen, was das nachbarschaftliche Miteinander quasi verunmöglicht hat.

*„Also, rein von der Umgebung her ist es super, weil alles Neubaugebiet ist und schon sehr darauf geachtet wurde, dass die /ehm/ Bürgersteige hoch genug sind, dass es überall Absenkungen gibt, dass man einfach barrierefrei in Geschäfte kommt, in, in den öffentlichen Nahverkehr, in // das „La Vie“ ist barrierefrei. -- /Mmh/ Ja, also so, also rein von der Infrastruktur her, ist es hier dadurch wie gesagt total super /ehm/. Von den Menschen her, die hier wohnen (lacht), ist es halt schwierig, weil das hier jetzt gerade so'n, so'n Ort ist, wo viele Familien mit Kindern, aber auch viele ältere Leute, die hier ihren Lebensabend verbringen wollen. Die halt teilweise noch sehr, sehr eingefahren sind in der Vorstellung davon, wie man mit Behinderten umgeht und /ehm/ wie Behinderte zu leben haben. Das heißt, dass es hier sehr viel alte Leute gibt, die sich genauso wenig wie die Behinderten selber vorstellen können, dass es doch möglich sein kann, dass ein Behinderter alleine lebt“ (4-01-I-AN, 842ff.).*

Selbst mit einer breit gestreuten Öffentlichkeitsarbeit war den Vorurteilen in diesem Fall nicht beizukommen, was für die Umsetzung des Quartierskonzeptes eine Herausforderung darstellt. So wurde das Quartierskonzept auf der Eigentümerversammlung vorgestellt und besonders den Eigentümer\_innen, die Sorge um eine Wertminderung ihrer Wohnungen aufgrund der Nähe zu Menschen mit Behinderung hatten, wurden verschiedene Gesprächsangebote unterbreitet. Weitere Überlegungen in puncto Öffentlichkeitsarbeit waren zum Interviewzeitpunkt noch in Planung, u.a. eine Fotowand zur Vorstellung der einzelnen Assistent\_innen. Eine breite Öffentlichkeitsarbeit ist enorm wichtig, um zum einen den Stützpunkt im Sozialraum bekannt zu machen und zum anderen Stigmatisierungstendenzen entgegenzuwirken. Des Weiteren ist zu betrachten, wie unterschiedliche Akteure im Sozialraum bereits vernetzt oder welche Vernetzungsmöglichkeiten vorhanden sind. So sind die Akteure im Sozialraum bei Anbieter A schon vor der Implementierung des Quartiersstützpunktes gut vernetzt gewesen, so dass diese Strukturen von Beginn an genutzt werden konnten. Diese Vernetzung mit Kooperationspartnern ist für die Umsetzung von Quartierskonzepten wichtig u.a. um die Angebotspalette zu erweitern und die Versorgung zu sichern. So gibt es bei Anbieter A z.B. Kooperationen mit unterschiedlichen Pflegediensten, wenn es um Leistungen der Behandlungspflege geht, ohne dass die Verantwortung für das Fallmanagement abgegeben wird, was den Menschen mit Behinderung eine zusätzliche Sicherheit gibt (vgl. 4-01-I-AN, 265ff.).

Die Kund\_innen dieses Anbieters sind Mieter\_innen des Wohnraums, eine Wohnung ist vom Anbieter gekauft worden, dort befindet sich das Stützpunktbüro mit Malatelier und Küche, in der das Essen zubereitet wird. Die Zuordnung der Assisten\_innen zu den Kund\_innen erfolgt ausschließlich nach Kundenwunsch, genauso wie die Bestimmung der Tageszeiten, zu denen unterstützt wird. Ein Problem, mit dem der Anbieter seit Jahren zu kämpfen hat, ist der schlechte Wohnungsmarkt im Sozialraum: Es gibt zu wenige behindertengerechte Mietwohnungen, die für den Personenkreis bezahlbar sind. Dies verdeutlicht noch einmal die in der Literatur geforderte Kooperation mit Behörden und Entscheidungsträgern (vgl. Kapitel 4.1). Ein Vorteil in diesem Konzept der Laienhelfer sind die niedrigeren Kosten für die Hilfe- und Unterstützungsleistungen. Anerkannte Pflegedienste sind häufig um ein Vielfaches teurer. Das Quartier wird hier nicht als starre Grenze verstanden, sondern es werden auch Adressat\_innen außerhalb des Radius betreut, und ein Kontakt zu Menschen in anderen Stadtteilen wird, falls gewünscht, hergestellt. Im Gegensatz dazu umfasst das Einzugsgebiet bei Anbieter B den regionalen Verwaltungsbezirk. Verwaltungsstrukturen werden hier als geschlossene Grenzen angesehen. Insgesamt ist das Einzugsgebiet jedoch größer als bei Anbieter A und umfasst ganze Gemeinden (vgl. 4-02-I-AN, 805ff.).

Die Öffentlichkeitsarbeit dient bei Anbieter B besonders als Mittel zur Kundenakquise. So werden gezielt Informationen an verschiedene potentielle Multiplikatoren gegeben, z.B. gesetzliche Betreuer\_innen, Werkstätten, Beratungsstellen etc. Konzeptionell ist die Zuordnung der Bezugsbetreuer zu den Adressat\_innen nicht ausgearbeitet. Diese erfolgt durch die Leiterin des ambulant betreuten Wohnens:

*„Die Zuordnung erfolgt durch mich. Ganz einfach, ja weil...// Erstmal wird berücksichtigt männliche Betreuung, weibliche Betreuung, eher älterer oder eher jüngerer“ (4-02-I-AN, 1079ff.).*

Der Anbieter sieht sich als ein Teil des Netzwerks, wobei er an einigen Stellen offen lässt, wie das Netzwerk durch ihn verändert wird bzw. werden soll und wie neue Kooperationspartner gewonnen werden (vgl. 4-02-I-AN, 1410ff.). Die gesetzlichen Betreuer\_innen sind – neben Fachärzt\_innen, Psycholog\_innen und Therapeut\_innen, mit denen der Dienst während des Überleitungsmanagements zusammenarbeitet – wichtige Kooperationspartner. Eine Vernetzung auf Systemebene im Sinne des Case Managements wird dabei nicht angestrebt:

*„Das bedeutet, auf Fallebene haben wir guten Kontakt, regelmäßigen Kontakt zu den Fachärzten, auf standardisierter Ebene vermute ich, findet das eher selten statt, ist auch fast nicht möglich, weil das natürlich auch Privatanbieter sind [...]. Ich seh' jetzt auch keinen großen Bedarf, dass wir uns regelmäßig in bestimmten Arbeitskreisen auch mit Fachärzten, auch mit Pflegediensten treffen, weil irgendwann ist auch die Arbeitszeit begrenzt“ (4-02-I-AN, 1597ff.).*

Eingeschränkt sind auch die Bereiche, in denen Leistungen angeboten werden (vgl. Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen der Modellprojekte in diesem Beitrag, 3.1). Die zuständige Clearing-Stelle entscheidet über die Anzahl der Fachleistungsstunden, und nur diese können genutzt werden. Die Umsetzung gemeindenaher Unterstützung in Anlehnung an Quartierskonzepte und/oder die

umfangreiche Nutzung des Methodensets Case Management, setzen jedoch eine stärkere Flexibilität voraus, die im Rahmen des Systems der Fachleistungsstunden für den Anbieter schwierig umzusetzen ist. Darüber hinaus fallen in der Projektanalyse strukturelle Probleme auf, wenn die Leiterin bspw. äußert, dass sie die Menschen ganzheitlich sehen, aber keinen ganzheitlichen Auftrag haben:

*„Und das ist immer auch ganz wichtig, wir sehen unsere Klienten als ganzheitliche Persönlichkeit, aber wir haben keinen ganzheitlichen Auftrag [...]. Das ist im Betreuten Wohnen Grundvoraussetzung. [...] für alle Bereiche, die ich genannt habe, bekommen wir die Fachleistungsstunden. Die bekommen wir durch die Clearing-Stelle [...] aufgrund des Hilfeplanverfahrens. Das bedeutet, wir können nicht irgendwie einfach tätig werden, sondern die Bereiche sind fest gebunden. Die sind zeitlich fest gebunden“ (4-02-I-AN, 256ff.).*

Auch bei der Analyse des Konzeptes von Anbieter C wird deutlich, wie wichtig die Berücksichtigung sozialräumlicher Gegebenheiten bei der Umsetzung von Quartierskonzepten ist: So ist der Standort in Bad Fredeburg zwar innenstadtnah gelegen, bei der Besichtigung der Immobilie durch das Evaluationsteam wurde aber deutlich, dass ein auf dem Weg in die Innenstadt liegender Hügel den Weg für Menschen mit Gehunterstützung erheblich erschwert. Als Zielgruppe benennt der Anbieter Menschen, die bisher stationär wohnen, gleichzeitig wurden die Menschen, die in der Immobilie in Bad Fredeburg gewohnt haben, umgesiedelt, da sie nach Auskunft des Anbieters aufgrund ihres hohen Hilfebedarfes nicht für den Quartiersansatz geeignet seien (vgl. 4-03-I-AN, 133ff.).

An dieser Stelle werden Unterschiede in den Leitbildern der Anbieter augenscheinlich: Für Anbieter A gibt es keinen Hilfebedarf, den man nicht unter entsprechenden Bedingungen in der häuslichen Umgebung unterstützen kann (vgl. 4-01-I-AN). Zum Erhebungszeitpunkt hat er allerdings auch kaum Kund\_innen mit komplexen Behinderungen im Alter und somit kaum Erfahrungen mit dieser Personengruppe, deren Unterstützungsbedarf sich von dem der anderen Kund\_innen unterscheidet, während bei Anbieter B und C bereits die Konzepte ihre Grenzen aufweisen, wenn es beispielsweise um die Versorgung von Menschen mit komplexen Behinderungen geht.

Darüber hinaus scheint im eher ländlich geprägten Raum ein Problem in der Umsetzung von Quartierskonzepten darin zu bestehen, dass es behindertengerechte und bezahlbare Wohnungen geben muss, von denen aus Einrichtungen des täglichen Bedarfes gut erreicht werden können. Anbieter C bezeichnet dieses Spannungsverhältnis als notwendigen „Spagat“ (vgl. 4-03-I-AN, 231ff.) bei der Planung von Quartierskonzepten für den ländlichen Raum. Die Finanzierung soll in seinem Konzept überwiegend über die Eingliederungshilfe erfolgen. Nach Auskunft des Anbieters sei dabei die ungeklärte Kostenübernahme für die Stelle des Quartiersmanagers ein Problem, da der Sozialhilfeträger i.d.R. nur personenbezogene und keine quartiersbezogenen Leistungen bezahle (vgl. 4-03-I-AN, 919ff.). Bei der Besichtigung der vorgesehenen Immobilie war daher auch noch kein Quartiersbüro angedacht, da dafür die Finanzierung nicht geklärt war. Die Umsetzung eines umfassenden Quartierskonzeptes setzt jedoch ein Stützpunktbüro voraus, denn der Quartiersmanager sollte im Quartier



präsent sein und seine Vernetzung vorantreiben. Im ersten Standort sollte es Wohnungen unterschiedlicher Größe für die Menschen mit Behinderung zur Auswahl geben, aufgrund der infrage kommenden Immobilie am neuen Standort geht man jetzt von dem Konzept einer Wohngemeinschaft aus, und immer zwei Adressat\_innen sollen sich ein Badezimmer teilen. Dies scheint weniger in konzeptionell notwendigen Änderungen als vielmehr an baulichen Bedingungen zu liegen (vgl. 4-03-I-AN, 290ff.).

An dieser Stelle wird deutlich, dass bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um ein Quartierskonzept im Sozialraum umzusetzen. Eine reine Top-down-Implementierung scheint wenig sinnvoll. Von den Trägern erwartet die Umsetzung eine gewisse Bereitschaft, kreative Lösungen zu finden, wobei in der Analyse des Konzeptes am neuen Standort der Unterschied zu einer klassischen stationären Einrichtung nicht deutlich geworden ist. Werden die – im ersten Teil dieses Beitrags dargestellten – gemeinsamen Merkmale von Quartierskonzepten nicht berücksichtigt, kann nicht von Quartiersansätzen im engeren Sinne gesprochen werden. Die Umsetzung von Quartiersansätzen fordert aber nicht nur von den Trägern in der Behindertenhilfe ein hohes Maß an Flexibilität, sondern auch von den Kostenträgern, so z.B. in ihrer Bereitschaft quartiersbezogene Leistungen zu finanzieren.

#### **4.3.4 Die Nutzer- und Mitarbeitendenperspektive**

Auf der Analyseebene der Nutzer\_innen und Mitarbeitenden wurden Tandems bestehend aus je einer/einem Nutzer\_in und einem Bezugsmitarbeitenden gebildet. Die Darstellung erfolgt – nach den mit der Methode der Grounded Theory identifizierten Schlüsselkategorien – gegenüberstellend, um so die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Mitarbeiter- und Nutzerperspektiven im direkten Vergleich darstellen zu können. Wie bereits erläutert, war Anbieter C zum Erhebungszeitraum noch in der Planungsphase, sodass dort keine Interviews mit Nutzer\_innen und Mitarbeitenden geführt werden konnten.

##### **4.3.4.1 Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung**

Auch bei den Nutzer- und Mitarbeiter tandems wird das Thema „Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung“ evident. So beschreibt ein Nutzer des Anbieters A, Herr Barg, dass er selbstbestimmt über seine Freizeitgestaltung entscheidet und sich für seine Rechte politisch engagiert. Mit Unterstützung hat er einen Brief an die Stadtverwaltung geschrieben, da das Kopfsteinpflaster auf dem Wochenmarkt seine Teilhabe daran verhindert, denn der Rollstuhl bleibt in den Lücken hängen (4-01-I-NU-1, 618ff.) Trotz seines hohen Maßes an Regiekompetenz beschreibt er sich häufig in der Rolle des Passiven: *„Dann werd ich gebadet, dann müssen die mir die Zähne putzen“* (4-01-I-NU-1, 462f.). So wird auch in der Beschreibung seiner Rolle bei dem Umzug in die Wohnung in Anbindung an den Quartiersstützpunkt deutlich, dass seine Schwester diese Entscheidung für ihn getroffen und die Wohnung im Quartiersstützpunktgebäude ausgesucht und gekauft hat: *„Nein, meine Schwester hat ausgesucht und dann kam ich eines Tages vorheriges Jahr hier hin. [...] Eines Tages stand ich vor der Tür“* (4-01-I-

NU-1, 76ff.). Auch bei Frau Lüttke, der zweiten interviewten Nutzerin des Anbieters A, taucht eine Form paternalistischer Fürsorge durch die Familie respektive den Lebensgefährten und damit eine (ungewollte) Fremdbestimmung auf. Sie bekommt zwei Stunden Assistenz täglich und den Rest des Tages wird sie von ihrem Lebensgefährten Herr Seifert unterstützt. Frau Lüttkes Situation unterscheidet sich insofern, von der von Herrn Barg, als dass sie ihre Behinderung durch einen Unfall erst erworben hat. Im Unterschied zu Herrn Barg, der sein Leben lang auf fremde Hilfe angewiesen und damit an Menschen in seiner Privatsphäre gewöhnt ist, fällt es Frau Lüttke schwer, fremde Hilfe in ihrer Privatsphäre zuzulassen. In der Interviewsituation wird deutlich, dass offenbar Herr Seifert die stellvertretende Regiekompetenz innehat. Er antwortet an vielen Stellen auf an sie gerichtete Fragen in der Interviewsituation und schildert die Situation im Alltag aus ihrer Sicht. Auch die dortige Mitarbeiterin des Anbieters adressiert das Paar gemeinsam als Unterstützungsempfänger. Das Paar äußert gemeinsam seine Wünsche, die dann möglichst realisiert werden. So wollen sie im nächsten Frühjahr nach Auskunft von Herrn Seifert Segeln mit einem Segelboot ausprobieren (vgl. 4-01-NU-2, 331ff.). Für die Mitarbeiterin ist die Selbstbestimmung der Adressat\_innen und auch der Gestaltungsraum und das Mehr an Zeit bei den Adressat\_innen wichtig:

*„Hauptthema ist, dass man nach dem Menschen agiert, sprich der Kunde hat das Sagen und nicht ich und ich kann so machen, wie der das möchte und das ist mir wichtig gewesen und Respekt halt. [...] Genau und die Rahmenbedingungen sind hier einfach total gegeben. Also ich sag auch immer wieder und ich werd auch immer wieder so was sagen: Das ist das Beste was ich machen konnte hier zu wechseln. Das ist einfach so, weil ich wirklich so arbeite, wie ich immer schon arbeiten wollte mit dem Menschen nach seinen Bedürfnissen und Wünschen. Nichts anderes zählt, da ist egal ob ich gerade keine Lust habe oder schlechte Laune, oder sonst irgendwas, das ist Wurst, sobald ich diesen Menschen begegne, geht's mir gut. Das ist einfach so, weil ich genau das geben kann, was derjenige braucht und das ist ganz wichtig. Und man erfährt nirgendwo so viel Dankbarkeit, das ist einfach so. Und das Schöne ist halt auch, dass es nicht nur alte Menschen sind, sondern wirklich unterschiedliche Altersbereiche sind, das find ich ja auch sehr gut, weil es gibt ja nicht nur alte Leute und es gibt nicht nur junge Menschen, die krank sind oder Behinderungen haben oder geistig irgendwas haben. Es gibt alle Schichten, die etwas treffen können“ (4-01-I-MA-2, 60ff. und 457ff.).*

Bei dem Anbieter B wird ein großes Maß an Selbstständigkeit vorausgesetzt, um das Angebot nutzen zu können, denn das Angebot ist konzeptionell so strukturiert, dass die Adressat\_innen stundenanteilig weniger Unterstützung erhalten. Herr Schröder ist einer der beiden Interviewpartner. Er ist 56 Jahre alt und wohnt mit seiner Ehefrau seit sechs Jahren in einer Mietwohnung mit ambulanter Unterstützung durch den Anbieter B. An der Wohnungssuche war das Ehepaar aktiv beteiligt. Vor dem Umzug in die eigene Wohnung haben beide in einer stationären Einrichtung des Trägers gewohnt, bis sie nach einer dreijährigen Trainingswohnmaßnahme in die eigene Häuslichkeit ziehen konnten. Das Ehepaar führt ein relativ selbstbestimmtes Leben. Im Interview berichtet das Paar, dass sie eine zwanzigjährige Tochter haben, die nach der Geburt zur Adoption freigegeben wurde. Besonders für Frau Schröder ist das nach wie vor ein

schwieriges Thema: *„Jedes Mal denk ich an 12. Mai an ihr, also sie ist am 12. Mai geboren“* (4-02-I-NU-1, 323). Beiden ist nicht klar, warum sie nicht mit ihrer Tochter zusammenleben durften. Das Ehepaar geht seinen Hobbies und Interessen nach und besucht bspw. regelmäßig einen Freizeitklub, den ihr Bezugsbetreuer Herr Stein leitet. Herr Schröder ist Mitglied in einem Tischtennisverein. Die Idee in ein ambulant unterstütztes Wohnen zu ziehen, kam von den Mitarbeitenden. Das Ehepaar ist sehr stolz darauf, jetzt im ambulant unterstützten Wohnen zu leben:

*„Ja. Und weil das da auch da bei uns da in AWG, wo wir gelebt haben da in, da hat es mit uns so gut geklappt ne? Und dann haben die Frau Linde, das ist unsere Heimleiterin, und Frau Seidel haben wir uns dann mal zusammen; da haben sie mal mit uns überlegt, mit mir und mit Lisa /ehm/ ob wir nicht mal so 'ne richtige Wohnung kriegen konnten ne? Ja, und jetzt haben wir uns so weit rausgebracht, dass wir jetzt wirklich sagen, dass wir richtig stolz, stolz auf uns sind, dass wir das geschafft haben“* (4-02-I-NU-1, 143ff.).

Während der Interviewsituation war der Bezugsbetreuer Herr Stein anwesend, weil die Leitung befürchtete, das Paar könnte sich sonst vielleicht unwohl fühlen. Dies konnte in der Interviewsituation nicht bestätigt werden, das Paar war für alle Interviewfragen sehr offen und erzählte bereitwillig. Herr Stein scheint ein gutes Verhältnis zu dem Ehepaar zu haben und war ihr Trauzeuge bei der Hochzeit. Nach seiner Meinung ist für die Zukunft eine wichtige Aufgabe die *„Unterstützung und Anleitung“* (4-02-I-MA-1, 167ff.) in allen Lebensbereichen. In dieser Aussage wird die Auffassung des Mitarbeitenden evident: Offensichtlich sieht er seine Funktion darin, die Menschen mit Behinderung zu einem möglichst selbstständigen Leben anzuleiten bzw. zu coachen, wie es im Leitungsinterview des Anbieters B auch schon anklang (vgl. 4-02-I-AN, 102ff.). Mit dieser Sichtweise befindet sich der Anbieter zwangsläufig im Spannungsverhältnis von Fürsorge und Selbstbestimmung, setzt doch das Modell des Coaches bzw. Anleiters voraus, dass es einen Lernenden und einen Lehrenden gibt, was das Wissens-, bzw. Machtgefälle unterstreicht. Diese für die Behindertenhilfe typische Machtasymmetrie kann letztlich nicht aufgelöst werden, vielmehr steht die Frage im Vordergrund, wie mit dem Spannungsverhältnis so umgegangen werden kann, dass Selbstbestimmung möglich bleibt. Auch im Interview mit der Nutzerin Frau Paul wird dieses Spannungsverhältnis deutlich. Frau Paul ist 52 Jahre alt und hat eine geistige Behinderung. Sie lebte nie in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung, sondern mit ihrer Mutter in einer gemeinsamen Wohnung. Nach deren Tod lebt Frau Paul allein in der Wohnung. Sie war auf dem ersten Arbeitsmarkt als ungelernete Kraft in einem Hotel tätig. Sie strukturiert ihren Alltag selbstständig, d.h. sämtliche Lebensbereiche, wie Haushaltsführung und Erledigung von Bankgeschäften verantwortet sie selbstständig. Ihre Bezugsbetreuerin, Frau Mahlstedt, unterstützt sie zwei Stunden an zwei Tagen in der Woche. Ihre Leistungen umfassen den Gesundheitsbereich, die psychosoziale Begleitung und Unterstützung bei der Haushaltsplanung. Auch in dem Interview von Frau Paul wird eine paternalistische Fürsorge durch die Betreuerin und die Familie deutlich. So antwortet Frau Paul auf die Frage, wie sie an die Wohnung gekommen sei: *„meine Mutter hat die damals aufgesucht, die Wohnung. Ich hatte keinen Einfluss. Nicht“* (4-02-I-NU-2, 37ff.). Nach dem Tod der Mutter hat der Bruder der Nutzerin die

Wohnung renoviert und neu eingerichtet. Frau Paul hatte keine Möglichkeit der Mitbestimmung bspw. bei der Möbelauswahl (vgl. 4-02-I-NU-2, 764ff.). Im Interviewverlauf kommt Frau Paul mehrmals darauf zu sprechen, dass es sie stört, dass Frau Mahlstedt die Waschmaschine auf- und abschließt und sie somit nur waschen kann, wenn diese ihr das erlaubt: „Ja. Die kommt immer, schließt meine Waschmaschine ab [...]. Ja, das gefällt mir nicht so“ (4-02-I-NU-2, 224ff.). Da Frau Paul einen großen Teil ihrer Tageszeit darauf verwendet, ihren Haushalt ordentlich zu halten ist für sie die tägliche Wäschepflege wichtig, die jedoch das finanzielle Budget übersteigt. In der Interviewsituation ist Frau Paul nicht in der Lage, den Sachverhalt zu erläutern, vermutlich ist ihr gar nicht bewusst, warum sie nur an drei Tagen in der Woche waschen darf, die Erläuterung im Interview kommt in jedem Fall von Frau Mahlstedt:

„Weil wir eine Verabredung hatten, dass Martina [Vorname der Nutzerin; Anmerkung: S.G.] nur drei Tage in der Woche wäscht. Weil das bisher sonst jeden Tag war und die Wasserkosten einfach zu hoch sind, als dass sie die bezahlen könnte und wir das zum zweiten Mal über einen Zeitraum von einem halben Jahr ausprobiert haben, dass Martina uns gesagt hat: ‚Ich wasche nur an drei Tagen.‘ Und das konnte sie dann aber nicht einhalten. Und deswegen haben wir das mit der gesetzlichen Betreuerin abgesprochen, dass das eben nicht anders möglich ist, es zu regeln, als die Waschmaschine an drei Tagen in der Woche abzuschließen und dann wieder zu öffnen, ne. Und jetzt klappt das dann damit, ne.“ (4-02-I-NU-2, 248ff.)

#### 4.3.4.2 Hilfestellung im Alltag

Die Hilfestellung im Alltag ist von Unterstützungsarrangement zu Unterstützungsarrangement unterschiedlich. Bei Anbieter A werden ausschließlich Unterstützungsleistungen erbracht, die von den Adressat\_innen gewünscht sind. Sehen die Assistent\_innen weitere oder andere Bedarfe, wird in einem dialogischen Verfahren nach einer Lösung gesucht, aber die Entscheidungshoheit bleibt bei den Adressat\_innen. Herr Barg bspw. bekommt in verschiedenen Lebensbereichen Unterstützung durch ein Team von fünf Assistent\_innen. Sie unterstützen ihn bei der Körperpflege und im Haushalt, begleiten ihn zu Arztterminen und zur Physiotherapie sowie bei Freizeitaktivitäten. Alle Tätigkeiten, die er selber aufgrund seiner Tetraspastik nicht mehr ausführen kann, übernehmen die Assistent\_innen für ihn. Auch zu gelegentlichen Besuchen bei seiner Schwester oder seinem Bruder und Vater begleiten sie ihn. Die Einsätze der Assistent\_innen plant er einmal im Monat mit ihnen gemeinsam. Seine Assistentin umschreibt ihr Tätigkeitsfeld mit „Haushaltshilfe quasi. Mädchen für alles, würde ich mal sagen“ (4-01-I-MA-1, 39f.). Er selbst bewertet das Angebot durch den Anbieter A als „nicht schlecht“ (4-01-NU-1, 163). Bei Frau Lüttke, der zweiten Interviewpartnerin sollen die täglichen zwei Stunden Unterstützung durch die Assistent\_innen auf sechs Stunden aufgestockt werden, da ihr Lebensgefährte Herr Seifert wieder anfangen möchte zu arbeiten. Momentan bekommt sie Hilfe bei der Grundpflege, beim Frühstück und bei Verrichtungen alltäglicher Abläufe. Frau Hartmann ist eine ihrer beiden Assistent\_innen und gelernte Altenpflegerin. Frau Lüttke gibt an, dass sie mit den zwei Stunden Unterstützung am Tag zufrieden ist (vgl. 4-01-I-NU-2, 130ff.), während ihr Lebensge-

fährte den täglichen Bedarf höher einschätzt (vgl. 4-01-I-NU-2, 223). Nach seiner Einschätzung bestehe der Bedarf den ganzen Tag über. Daher wurde ein Antrag auf Erhöhung der Assistenz bereits gestellt, war aber zum Interviewzeitpunkt noch in Bearbeitung, bis zur Bewilligung tritt der Anbieter in Vorkasse, so dass die notwendige Unterstützung für Frau Lüttke auf sechs Stunden am Tag aufgestockt werden kann.

Beim Anbieter B sind die möglichen Hilfestellungen im Alltag von der Refinanzierung der Leistungen abhängig. Es wird ein individueller Bedarf ermittelt, und diese Stunden müssen dann genehmigt werden, während Anbieter A bei Erhöhungsbedarf – unter bestimmte Bedingungen – in Vorleistung geht und damit ein umfangreiches wirtschaftliches Risiko trägt. Das Ehepaar Schröder bekommt an zwei Tagen die Woche zwei Stunden Unterstützung von Herrn Stein, der in der Zeit bei bürokratischen Angelegenheiten wie Rechnungen oder Behördenkorrespondenzen etc. behilflich ist. Nach Einschätzung von Herrn Stein bleibt in der Zeit kaum „*Raum für Beobachtung*“ (4-02-I-MA-1, 142ff.), um eventuell neue Unterstützungsbereiche ausfindig zu machen. Herr Stein moderiert auch den Freizeitclub, an dem das Ehepaar einmal im Monat teilnimmt. Während das Ehepaar Schröder und Herr Stein ähnliche Vorstellungen von der inhaltlichen Ausgestaltung der Unterstützung haben, divergieren die Vorstellungen von Frau Mahlstedt und Frau Paul stark. Nach Meinung von Frau Mahlstedt braucht Frau Paul mehr Beschäftigung im Alltag „*weil uns ganz klar/ eh/ ist, dass diese Tagesstruktur, die sie hat nicht reicht. Ne, sie hat also Langeweile*“ (4-02-I-MA-2, 398ff.) und so hat sie viele gescheiterte Versuche unternommen, die Adressatin zu beschäftigen, unter anderem mit einer Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen und einem Frühstücksbrunch am Wochenende in einem Freizeitclub. Frau Paul hingegen erläutert im Interview ihre sehr konkreten Vorstellungen von ihrem Alltag (4-02-I-NU-2, 302ff.). Allerdings widerspricht sie ihrer Bezugsbetreuerin auch nicht, was sich vermutlich mit ihrer von Fremdbestimmung geprägten Biographie erklären lässt (vgl. Buchner 2008). Das Machtgefälle zwischen der Betreuerin und der Adressatin scheint hier von beiden Seiten als gegeben hingenommen zu werden, so dass gleichberechtigte Beziehungsgestaltung und Achtung der Selbstbestimmung unter den bestehenden Bedingungen von Machtasymmetrie nicht in den Blick genommen werden. Die Tatsache, dass die Betreuerin in der Interviewsituation anwesend ist, könnte bei Frau Paul zu sozial erwünschten Antworten geführt haben. In der Alltagsgestaltung scheint es hier öfter zu Unstimmigkeiten zu kommen. Aufgrund des herrschenden Fürsorgeparadigmas, das im Anbieterinterview bereits unter dem Stichwort „*Sicherheitsgabe*“ (4-02-I-AN, 52) verdeutlicht wird, fällt es Frau Mahlstedt schwer sich nach den Wünschen von Frau Paul zu richten. Frau Mahlstedt resümiert:

*„Die/ eh/ Dame hat [...] sehr genaue Vorstellungen von dem, was sie möchte und was sie nicht möchte. Was natürlich manchmal/ ehh/ nicht unbedingt/ eh/ mit dem übereinstimmt, was auch angedacht ist, ne“* (4-02-I-MA-2, 552ff.).

Dabei wird die in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung generell bestehende Spannung zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung in diesem Fall in Richtung Fürsorge aufgelöst. Deutlich wird, dass dieses Spannungsverhältnis die Mitarbeitenden der Behindertenhilfe vor erhebliche Herausforderungen stellt, da sie sich in der täglichen pädagogischen Arbeit mit der Frage konfrontiert sehen, wie mit dieser

Spannung im Alltag umgegangen werden kann. Erschwerend hinzu kommt im Finanzierungsmodell der Fachleistungsstunden das stark limitierte Zeitkontingent für die pädagogische Arbeit. So scheint die Einschätzung von Frau Mahlstedt *„ich betreue ja sämtliche Lebensbereiche von ihr“* (4-02-I-MA-2, 166) in Anbetracht des zeitlichen Umfangs der Betreuung eher Ausdruck einer holistischen Fürsorgehaltung zu sein.

#### 4.3.4.3 Passgenauigkeit des Angebots

Da die Arbeitszeit der Assistent\_innen bei Anbieter A von den Wünschen der Adressat\_innen abhängen, können diese flexibel gestaltet werden. So kann Herr Barg seine üblicherweise mit je fünf Stunden vormittags und nachmittags verteilten Stunden – nach Absprache mit den Assistent\_innen – am Stück in Anspruch nehmen, wenn zum Beispiel länger dauernde Unternehmungen anstehen. Durch die von den Adressat\_innen bestimmten Arbeitsinhalte ist eine Passgenauigkeit auf ihre Wünsche und Bedürfnisse gewährleistet. Die Anbindung an den Quartiersstützpunkt ist im Falle von Herrn Barg optimal, da besonders in assistenzfreien Tageszeiten für ihn eine Versorgungssicherheit besteht. Auch ist eine Nachtbereitschaft möglich, durch eine 24-stündige Assistenz in der Nachbarwohnung, die er mit einer Klingel rufen kann und die ihn dann bspw. beim Toilettengang unterstützt (4-01-I-MA-1, 457ff.). Seine Assistentin Frau Tollkötter bewertet das Angebot als passend für Herrn Barg (vgl. 4-01-I-MA-1, 437ff.), die bauliche Ausstattung des Hauses hebt sie besonders hervor, da die Barrierefreiheit es Herrn Barg ermöglicht trotz seiner körperlichen Beeinträchtigungen mobil zu sein (4-01-I-MA-1, 418ff.). Auch im Fall von Frau Lüttke wird das Angebot als passgenau bewertet, besonders die Möglichkeit der Vorausleistung des Anbieters bei beantragten, noch nicht genehmigten Stundenerhöhungen, ermöglicht eine individuelle und zeitnahe Anpassung der Unterstützungsleistungen. Auch die Assistentin Frau Hartmann bewertet die Unterstützungsleistungen positiv, denn *„es erhöht die Lebensqualität und sie kann das machen was sie will“* (4-01-I-MA-2, 321f.).

Anbieter B bekommt für bestimmte Aufgabenbereiche ein Stundenkontingent und es gibt keinen Bereitschaftsdienst, der im Notfall erreichbar ist. Herr Stein kann in seiner Arbeitszeit angerufen werden. Herr Schröder konstatiert: *„am Wochenende ist Florian [Herr Stein, Anmerkung. S.G.] schlecht zu, zu kriegen“* (4-02-I-NU-1, 300). Herr Schröder ist mit dem Angebot der Unterstützungsleistung durch Herrn Stein sehr zufrieden (vgl. 4-02-I-NU-1, 316ff.). Dadurch, dass das Ehepaar sich nach Auffassung von Herrn Stein weiterentwickelt hat, kommt das ambulant unterstützte Wohnen für sie überhaupt infrage (4-02-I-MA-1, 429ff.). Erhöhen sich Bedarfe im refinanzierbaren Bereich kann ein Antrag auf eine Stundenerhöhung folgen. Für Bereiche, die nicht refinanzierbar sind, hält der Träger über ehrenamtlich Tätige ein Angebot vor. Unter dem Duktus der Wirtschaftlichkeit ist es in diesem Modell schwierig, über Fachleistungsstunden hinausgehende Leistungen anzubieten. Bei Frau Paul wurden die Fachleistungsstunden von 1,5h auf 2,5h in der Woche aufgestockt. Frau Paul findet das völlig ausreichend und ist – abgesehen von der Situation mit der Waschmaschine – zufrieden mit dem Angebot. Ihre Betreuerin Frau Mahlstedt hingegen hält den Umfang für zu gering, so dass ein Antrag auf Fachleistungsstundenerhöhung gestellt wurde (vgl.

4-02-I-MA-2, 527ff.). In den Augen von Frau Mahlstedt habe Frau Paul nicht genügend Tagesstruktur und sei noch zu sehr isoliert, deswegen werden ihr unterschiedliche Aktivitäten nahegelegt, die aus Sicht von Frau Paul nicht interessant sind. Frau Paul ist zufrieden damit, jeden Tag einen Spaziergang ins Einkaufszentrum zu unternehmen. Die subjektive Vorstellung von Frau Mahlstedt, die ungefähr im gleichen Alter wie Frau Paul ist, bezüglich eines Ruheständleralltags scheint sie auf ihre Klientin zu übertragen. Die beim Anbieter B übliche Zuordnung der Adressat\_innen zu Betreuer\_innen aufgrund der ähnlichen Alterslage wird dabei von Frau Mahlstedt positiv bewertet:

*„dass man, sag' ich jetzt mal so in meinem Alter, dass ich etwas gleich alt bin mit der Klientin [...]. Dass ich da natürlich auch viele Dinge gut nachvollziehen kann, die sie vielleicht hat, oder bekommen wird, ne. Dass man sich darauf besser einstellen kann“* (4-02-I-MA-2, 788ff.).

Die Vorstellungen von Frau Paul rücken dabei in den Hintergrund und es hat den Anschein, als stülpe die Betreuerin der Klientin ihre Vorstellung vom Älterwerden über. Obwohl Frau Paul sich keine Stundenerhöhung wünscht, wurde diese auf Drängen der Professionellen beantragt. Auch an dieser Stelle wird das Spannungsverhältnis zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung an der Frage eines passgenauen Risikomanagements deutlich. Dabei müssen Anbieter in der Behindertenhilfe – in jedem Einzelfall – die Frage beantworten, wie viel Risiko sie im Alltag der Klient\_innen verantworten können.

#### **4.3.4.4 Einbindung in das Gemeinwesen**

Inwieweit eine Einbindung in das Gemeinwesen erfolgt, hängt bei Anbieter A von den Wünschen der Adressat\_innen ab. So fungieren die Assistent\_innen bei Herrn Barg als wichtiger Teil des Sozialen Netzwerkes, besonders zu der Mitarbeiterin im Quartiersstützpunktbüro hat er ein sehr gutes Verhältnis. Im Wohnhaus hat Herr Barg zu einer Nachbarin regelmäßigen Kontakt, mit den anderen Nachbarn grüßt er sich, denn *„die kennen mich, aber ich kenn sie nicht mit Namen“* (4-01-I-NU-1, 1613ff.). Auch die Assistentin, Frau Tollkötter beschreibt das Verhältnis zu den Nachbarn eher als angespannt, die sich auch schon über die wechselnden Assistent\_innen beschwert haben, da diese für sie von potentiellen Einbrechern nicht zu unterscheiden wären (4-01-I-MA-1, 1229ff.). Die Möglichkeit der Einbindung ins Gemeinwesen nutzt Herr Barg, indem er in die Stadteilbücherei geht oder zu Veranstaltungen in den Stadteiltreff. Frau Töllkötter bewertet die Möglichkeiten neue soziale Kontakte zu knüpfen als schwierig:

*„Dann hat er noch alte Freunde, die hin und wieder vorbei kommen, Ja, aber so jetzt direkt O-Stadt, hat er jetzt noch keine Bekannten. Aber das ist auch schwer [...] irgendwen kennen zu lernen“* (4-01-I-MA-1, 322ff.).

Die Entscheidung, ob und inwieweit die Adressat\_innen eine Einbindung in das Gemeinwesen wünschen, obliegt ihnen selbst, die Assistent\_innen *„machen das nur mit“* (4-01-I-MA-1, 360f.). Herr Barg hat eine Zeit lang an einem samstäglich stattfindenden Kaffeetrinken teilgenommen, das von einem Verein für Menschen mit Behinderung organisiert wird. Im Moment möchte er dort nicht mehr hingehen (4-01-I-MA-1, 390f.).

Herr Bargs Offenheit und die umfängliche Unterstützung der Assistent\_innen ermöglichen ihm Zugang zum gesellschaftlichen Leben, trotz seiner Behinderung. Bei der zweiten Interviewpartnerin des Anbieters A, Frau Lüttke ist die Unterstützung bei der Einbindung ins Quartier auf eigenen Wunsch nicht Bestandteil der Assistenz. Die Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten wird zum Zeitpunkt der Interviewsituation durch Herrn Seifert sichergestellt. Nach Auskunft des Paares besteht weiterhin Kontakt zu Freund\_innen und Familie und einmal wöchentlich nehmen sie am Essen im Quartierstützpunkt teil (4-01-I-NU-2, 516ff.). Nach Auskunft der Assistentin, Frau Hartmann, profitiert Frau Lüttke von der barrierefreien Wohnung und dem barrierefreien Umfeld. Sie schätzt das Paar als aufgeschlossen ein, so dass keine Einschränkungen vorhanden oder Hilfestellungen in der Pflege sozialer Kontakte nötig seien (4-01-I-MA-2, 276ff.).

Auch das Ehepaar Schröder ist nach eigenen Angaben gut in das Gemeinwesen eingebunden. Herr Schröder ist eingetragenes Mitglied im Tischtennisverein und seine Frau und er nehmen regelmäßig die Angebote des Freizeitclubs wahr:

*„Da haben wir uns immer getroffen mit mehrere Leute und dann haben wir uns in so 'ne Saal reingesetzt und dann haben wir /eh/ hat Florian so gefragt was wir gerne machen im Freizeitclub. Dann wird das so überlegt, ne? Und dann machen wir, ach wir haben schon viel vom Freizeitclub festgemacht. Wir waren schon /eh/ wir haben Fahrradtouren gemacht, wir haben gegrillt /eh/ und dann haben wir mal vom Freizeitclub /eh/ hier in, in Arkaden gefrühstückt morgens ne? Oben in Arkaden frühstücken und dann haben wir so vieles schon mit Florian schon gemacht von Freizeitclub aus. Letz- Dieses Jahr war der Florian mit dem Freizeitclub in Urlaub gewesen, aber da waren meine Frau und ich waren nicht dabei gewesen“ (4-02-I-NU-1, 245ff.).*

Dadurch, dass der Bezugsbetreuer auch den Freizeitclub leitet, kann er als Gatekeeper fungieren, so dass das Ehepaar verstärkt den Raum für soziale Kontakte hat. Im Interview nennt Herr Schröder viele Bekannte, mit denen er jedoch auf eigenen Wunsch keinen näheren Kontakt pflegt (vgl. 4-02-I-NU-1, 1351ff.). Aus Sicht des Bezugsbetreuers, Herrn Stein, ist besonders die Mobilität des Paares hilfreich bei der Pflege von sozialen Kontakten (vgl. 4-02-I-MA-1, 394ff.). Das Ehepaar wohnt zentral und in einem Umfeld von 500 m sind diverse Einrichtungen des täglichen Bedarfs wie Lebensmittelgeschäfte und unterschiedliche Dienstleister erreichbar. Die Nachbarschaft des Ehepaares Schröder weist keine Berührungängste auf. Vielmehr scheint mit einzelnen Nachbar\_innen ein enger Kontakt zu bestehen: *„Wir haben auch sehr nette Nachbarn, da brauchen wir nur anzuschellen, die helfen uns sofort“ (4-02-I-NU-1, 561f.).* Folglich kann das Ehepaar bei Unterstützungsbedarf z.B. wenn Herr Stein nicht erreichbar ist, auf die Hilfe der Nachbar\_innen zurückgreifen. Ein Nachbarschaftsfest hat auch bereits stattgefunden, an dem das Ehepaar teilgenommen hat. Ein gemeinsames Miteinander von Menschen mit und ohne Behinderung scheint in der Nachbarschaft möglich und gewünscht. Gegenstand der pädagogischen Betreuungsarbeit bei Frau Paul, der zweiten Interviewpartnerin des Anbieters B, ist die Einbindung in soziale Aktivitäten, da diese nach der professionellen Einschätzung von Frau Mahlstedt zu kurz kommen:



*„Sie lebt also wirklich für sich alleine in ihrem eigenen Rahmen [...]. Die Innenstadt, quasi die Einkaufsstraße, die Einkaufszone, die Geschäfte, die Restaurants, die, die Cafés, die kennen sie alle schon. Das ist quasi ihr Sozialraum, Und dann noch mal natürlich daneben der Sozialraum ihrer Familie. Aber sie nimmt kaum [...] Teil an irgendwelchen öffentlichen [...] Veranstaltungen, [...] weder in der Gemeinde, noch im Kirchenkreis noch [...] sonst irgendwo“ (4-02-I-MA-2, 607ff.).*

Alle bisherigen Bemühungen, Frau Paul in tagesstrukturierende Angebote einzugliedern, sind gescheitert, da sie sich nach einigen Besuchen gegen diese Art der Tagesstruktur entschieden hat. Frau Paul hat eigene Vorstellungen davon, wie sie ihren Alltag gestalten möchte, und nach diesen möchte sie lieber lose unverbindliche Kontakte in der Fußgängerzone als verbindlichere Kontakte in tagesstrukturierenden Maßnahmen. Nach Aussage von Frau Mahlstedt gestaltet sich die Einbindung von Frau Paul in das Gemeinwesen als schwierig, dies macht sie u.a. daran fest, dass in die Nachbarschaft kaum Kontakt bestehe (vgl. 4-02-I-MA-2, 605ff.). Nach eigenen Angaben von Frau Paul ist der Kontakt zu den Nachbar\_innen „nicht so gut“ (4-02-I-NU-2, 1212). Im Interview wird deutlich, dass Frau Paul eine eigene Vorstellung davon hat, wie sie den Kontakt mit den Nachbar\_innen gestalten möchte: Für sie ist ein Kriterium guter Nachbarschaft, dass man sich mit den Nachbar\_innen von Zeit zu Zeit auf einen Kaffee treffen könnte. Mit ihren Nachbar\_innen im Haus, möchte sie sich jedoch nicht zum Kaffee treffen (4-02-I-NU-2, 1221). Hier wird nicht die eigene Entscheidung(skompetenz) von Frau Paul positiv bewertet und bestärkt, da sie nicht mit den Vorstellungen von Frau Mahlstedt von einer gelungenen Einbindung in das Gemeinwesen übereinstimmt und Frau Paul keine Veränderung ihrer gewohnten Tagesabläufe zulässt. Der Wunsch der Adressatin nach selbst gewählten sozialen Kontakten, die in Intensität und zeitlichem Umfang von den Vorstellungen der Professionellen divergieren, wird nicht gefolgt.

#### **4.4 Schlussfolgerungen für die Entwicklung von Quartierskonzepten in der Behindertenhilfe**

Im letzten Kapitel dieses Beitrags werden Schlussfolgerungen aus der Analyse der evaluierten Projekte für eine Diskussion um Möglichkeiten und Grenzen einer Übertragbarkeit von Quartierskonzepten auf die Behindertenhilfe dargelegt. Die Darstellung erfolgt in drei Teilen. Im ersten Abschnitt wird es um sozialräumliche Relevanzen gehen, dazu gehören Fragen des barrierefreien Wohn- und Sozialraums, Kooperationsmöglichkeiten auf Netzwerk- und Fallebene und Fragen der Finanzierbarkeit von Leistungen. Im zweiten Teil werden Fragen der Angebotsstruktur von Quartierskonzepten vor dem Hintergrund der Gewährleistung von Versorgungssicherheit für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter diskutiert, bevor es im dritten Teil noch einmal um das Thema der Selbstbestimmung geht. Notwendige Anpassungen der Quartierskonzepte auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung im Alter werden in diesem Beitrag aufgezeigt, bevor sie im vierten Zwischenbericht des Forschungsprojektes in konzeptionelle Bausteine überführt werden.

#### 4.4.1 Implementierung in Sozialraum

Die Erfahrung der hier evaluierten Projekte zeigt deutlich, dass die sozialräumlichen Gegebenheiten vor Ort vor der Implementierung von Quartierskonzepten genau betrachtet werden müssen. Dazu zählen neben einer guten Infrastruktur, einem barrierefreien Sozial- und Wohnraum auch soziale Aspekte wie die Zusammensetzung der Nachbarschaft und das Vorhandensein potentieller Kooperationspartner. Besonders erfolgversprechend sind dabei Quartierskonzepte, die aus dem Quartier heraus entwickelt werden, denn sie haben bereits einen Blick für die Bedürfnisse der Bestandsklientel und können von den Bedarfen der dort lebenden Bürger\_innen ausgehen. Eine Top-down-Implementierung von gemeindenahen Unterstützungsangeboten von außen ist weniger geeignet, eine nach individuellen Bedarfen ausgerichtete Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Besonders die Erfahrungen des Anbieters A heben die Wichtigkeit einer Analyse der Zusammensetzung der potentiellen Nachbarschaft und eine gute Öffentlichkeitsarbeit vor, während und nach der Implementierung eines Quartierskonzeptes hervor. Vorhandene Widerstände der Nachbarschaft, Menschen mit Behinderung als Nachbar\_innen zu akzeptieren, erschweren ein gutes Klima im Quartier. Erfahrungen aus der Altenhilfe zeigen, dass sich eine gemischte Bevölkerungsstruktur wie bei Anbieter A besonders gut für die Umsetzung eines Quartierskonzeptes eignet (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008). Jedoch ist bei der Ausweitung von Quartierskonzepten auf den Personenkreis der Menschen mit schwerer geistiger Behinderung mit vermehrten Widerständen der Nachbarschaft zu rechnen (vgl. Seifert 2008), denen eine frühzeitige Öffentlichkeitsarbeit entgegenwirken kann und die durchaus Durchhaltevermögen von den Anbietern erfordern:

*„Also persönlich und emotional würde ich sagen, nichts wie raus da aus dem Haus, aber verstandesmäßig würde ich immer auch denken, nein das ist eigentlich falsch, gerade bei so einem Projekt muss man eigentlich die Zähne zusammenbeißen [...]“ (4-01-I-E-AN, 225ff.).*

Anbieter C plant die Umsetzung eines Quartierskonzeptes in einem etwas abseits der Hauptstraße gelegenen Wohngebiet. Dort sind zum Erhebungszeitpunkt keine Räumlichkeiten für ein Büro des Quartiersmanagers vorgesehen. Das Fehlen eines Büros und die Lage abseits des Ortszentrums können sich negativ auf die Einbindung in das Gemeinwesen auswirken. Des Weiteren ist ein barrierefreier Sozialraum durch den Hügel nicht gegeben und folglich sind Einrichtungen des täglichen Bedarfes für die künftigen Bewohner\_innen nicht selbstverständlich erreichbar. Das Rahmenkonzept des Anbieters zeigt theoretische Ideen auf, Menschen mit Behinderung auch bei steigendem altersbedingtem Unterstützungsbedarf einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Allerdings zeigen sich in der Umsetzung Diskrepanzen zwischen dem Rahmenkonzept und der vorgesehenen Implementierung wie das Fehlen eines Büros und die abgelegene Lage der Immobilie sowie eine geringe Berücksichtigung der sozialräumlichen Gegebenheiten in der Nachbarschaft. Das Beispiel des Anbieters C unterstreicht die Notwendigkeit, Konzepte bei der Umsetzung an aktuelle sozialräumliche Gegebenheiten anzupassen. Für den Personenkreis der Menschen mit

schwerer geistiger Behinderung muss eine 24-stündige Versorgungssicherheit bestehen. Das Beispiel von Herrn Barg zeigt, wie mögliche Synergieeffekte genutzt werden können. Allerdings zeigen die Erfahrungen aus der Altenhilfe, dass für eine wirtschaftliche Umsetzung einer Versorgungssicherheit über 24 Stunden eine ausreichende Anzahl Nutzer\_innen vorhanden sein muss (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2008). Eine hohe Anzahl von Menschen mit Behinderung in einem Quartier kann jedoch die Einbindung der Unterstützungsnehmer in das Quartier wiederum negativ beeinflussen. Dies zeigt das Beispiel des Anbieters A: *„Dass also so eine Art Sättigungseffekt da eingetreten ist, was so der Anblick von Menschen mit Behinderungen angeht“* (4-01-I-E-AN, 115ff.). Des Weiteren wird ein hoher Durchlauf an verschiedenen Assistent\_innen im Mehrfamilienwohnhaus bemängelt. Diese Umstände müssen bei den Planungen für die Umsetzung eines Quartierskonzeptes in der Behindertenhilfe berücksichtigt werden.

Ein weiteres Hindernis bei der Umsetzung von quartiersbezogenen Konzepten in den evaluierten Projekten ist die Finanzierung der quartiersbezogenen Arbeit und die Sicherstellung von Versorgungssicherheit, da es dafür an gesicherten Finanzierungsquellen mangelt. Anbieter A finanziert den Bereitschaftsdienst aus eigenen Mitteln. Dies ist für den Anbieter mit einem Risiko verbunden:

*„Genau. Ich will mal so sagen, das tut auch kein vernünftiger Mensch. [...], sondern man muss schon durchgeknallt sein, wenn man so was aufbaut, ohne irgendwelche finanziellen Hintergründe. Also wir machen das wirklich komplett auf eigene Rechnung und wissen nicht, was unten raus kommt. Ein wirtschaftlich denkendes Unternehmen macht das nicht. Also wirklich vernünftig, deswegen sage ich so, das macht man eigentlich nur, wenn man ein bisschen verrückt ist, sonst tut man das nicht“* (4-01-I-E-AN, 1047ff.).

Anbieter C möchte diesen über die Klient\_innen oder Sozialhilfeleistungen finanzieren. Die Schwierigkeit, einen Bereitschaftsdienst zu finanzieren, zeigt sich auch bei Anbieter B, der eine Rufbereitschaft für Krisensituationen über den stationären Bereich des Wohnverbunds vorhält (vgl. 4-02-I-AN, 306ff.). *„Die Rufbereitschaft ist gegeben. Die Finanzierung der Rufbereitschaft ist nicht geklärt“* (4-02-I-AN, 308f.). Die Implementierung von Quartiersansätzen kann aufgrund der aktuell noch damit verbundenen finanziellen Unsicherheit für Anbieter von Unterstützungsleistungen unattraktiv sein.

Trotz dieses finanziellen Risikos bietet der Quartiersansatz einige Vorteile. Diese liegen insbesondere in der zielgruppenübergreifenden Angebotsgestaltung. Dadurch können Quartiersansätze beispielsweise im ländlichen Raum die Angebotspalette erweitern und eine Versorgungssicherheit für alle Bürger\_innen gewährleisten. Dafür ist jedoch eine Kooperation von verschiedenen Akteuren im Sozialraum nötig. Empfehlenswert ist hier eine Vernetzung sowohl auf der Fall- wie auch auf der institutionellen Netzwerkebene. Erfahrungen der evaluierten Projekte zeigen, dass eine Vernetzung auf der Fallebene nicht ausreicht, um ein Quartierskonzept umzusetzen, da es dabei notwendigerweise auch um die Gestaltung des Sozialraums geht. Anbieter A unterhält sowohl Kooperationsbeziehungen auf der institutionellen Netzwerkebene als auch auf der Fallebene. Eine Vernetzung auf Fallebene ist notwendig, weil der Anbieter bestimmte

Leistungen nicht vorhält bspw. Behandlungspflegeleistungen: Diese Kooperationsformen gehen häufig von den Bedarfen der Adressat\_innen aus. Auf der institutionellen Netzwerkebene sind Kooperationen bspw. mit einem Wohnungsunternehmen mit dem Ziel der Verbesserung von barrierefreiem Wohnraum angestrebt worden. Vor dem Hintergrund, dass alle drei Anbieter über Schwierigkeiten bei der Beschaffung von barrierefreiem Wohnraum berichten, ist dies ein wichtiger Bereich im Hinblick auf Kooperationsbeziehungen auf Anbieterebene. Auch zur Erweiterung des kulturellen Angebots sind auf der institutionellen Netzwerkebene bei Anbieter A Kooperationen initiiert worden: Es besteht eine Kooperation mit dem nahegelegenen Stadtteiltreff und eine zum Zeitpunkt des Interviews noch in Planung befindliche Kooperationsvereinbarung mit einer Kindertagesstätte im Quartier. Generell können Kooperationen, die von der Anbieterebene ausgehen, dazu beitragen, die Lebensqualität aller im Quartier wohnenden Bürger\_innen durch eine aktive Gestaltung des Sozialraums zu verbessern. Bei Anbieter B gehen Kooperationen von der Fallebene aus, wobei das Überleitungsmanagement eine Weitergabe von Bedarfen an andere Anbieter impliziert und gleichzeitig die Grenze von Vernetzung bei Anbieter B markiert:

*„Die Grenze ist für mich Überleitungsmanagement. Das ist die Grenze. Das bedeutet, wenn wir als Dienst Überleitungsmanagement zum anderen Kooperationspartner geleistet haben. Das bedeutet, kein Bedürfnis unseres Klienten darf ohne Beachtung bleiben. Wir müssen auf jeden Fall reagieren. Wir müssen nur den Richtigen, die Richtige finden und wenn wir diesen Bedürfnissen, auch Belangen weitergegeben haben, dann ist eigentlich die Grenze, ja und /eh/ für uns“ (4-02-I-AN, 1744ff.).*

Das Konzept des Case Managements sieht dagegen die Organisation der „Hilfen aus einer Hand“ vor. Diesem Anspruch kann unter den strukturellen Rahmenbedingungen im ambulant betreuten Wohnen nicht entsprochen werden, obwohl wie im o.g. Zitat deutlich wird eine ganzheitliche Sichtweise auf die Klient\_innen erfolgt. Bei Anbieter C ist eine Kooperation auf Fall- und Netzwerkebene vorgesehen. Besonders der vorgesehene „Bürger-Profi-Mix“ in der Gewährleistung der Versorgungssicherheit macht Kooperationen auf Netzwerkebene nötig. Die Ergebnisse einer Analyse von Netzwerken auf der Ebene von Personen in Quartierskonzepten der Altenhilfe ergab, dass diese durch Sympathie gestützt werden (vgl. Netzwerk: Soziales neu gestalten 2009). Durch die besondere Tradition der Behindertenhilfe (Sonderkindergärten, Sonderschulen, Sonderarbeitsplätze, Sondereinrichtungen im Wohnbereich etc.) haben viele Menschen heute keinen oder geringen Kontakt zu Menschen mit Behinderung und sehen die Verantwortung für diese Personengruppe nach wie vor bei den etablierten Einrichtungen der Behindertenhilfe. Dadurch haben sich Vorurteile und Ängste entwickelt, die einer vorurteilsfreien Kommunikation und Kooperation im Wege stehen. Inklusionsprozesse erfordern daher zunächst einen Vertrauensaufbau (vgl. Theunissen 2008). Daraus lässt sich folgern, dass Quartierskonzepte, die bürgerschaftliches Engagement in die Unterstützung einbinden möchten, zunächst die sozialräumlichen Ausgangsbedingungen bezogen auf die Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung in den Blick nehmen müssen und ggf. zum Aufbau von Vertrauen und Abbau von Vorurteilen beitragen müssen, unterliegen Menschen mit Behinderung im Alter doch in der Regel einem doppelt defizitärem Blick.

Als zielgruppenübergreifende Ansätze haben Quartiersansätze das Potential, zur Öffnung von Einrichtungen im Quartier für Menschen mit geistiger Behinderung beizutragen. Durch entsprechende Kooperationen können Angebote bspw. der Altenhilfe für Menschen mit Behinderung im Alter geöffnet werden. Bisher sind solche Versuche, wie die Nutzung von Tagespflegeeinrichtungen oder Kurzzeitpflegeplätzen der Altenhilfe kaum erprobt, dürften aber für die Adressat\_innen ambulanter Wohnformen im Alter eine mögliche Perspektive sein, wenn sie alterungsbedingt einen entsprechenden Bedarf haben (vgl. Schäper et al. 2010). Die Öffnung von Angeboten der Altenhilfe für Menschen mit Behinderung im Alter setzt allerdings ein entsprechend qualifiziertes Personal voraus. In den evaluierten Projekten ist Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen vorgesehen: Anbieter A arbeitet mit Laienhelfern und kann so mehr Assistenzstunden vor Ort zur Verfügung stellen. Zum Erhebungszeitpunkt hat der Anbieter allerdings noch wenige Menschen mit geistiger Behinderung im Alter als Kund\_innen. Anbieter B setzt auf einen Mix aus Fachkräften und Nicht-Fachkräften. Das plant auch Anbieter C. Die Einbeziehung von Nicht-Fachkräften hat in allen Konzepten einen – unterschiedlich hohen – Stellenwert. Für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung muss kritisch betrachtet werden, für welche Bereiche ein Einsatz von Nicht-Fachkräften möglich ist und wo der Einsatz von Fachkräften nötig bleibt. Des Weiteren muss beachtet werden, dass Nicht-Fachkräfte über entsprechende Schulungen sowohl über altersbedingte Veränderungen als auch über Spezifika im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung fortzubilden sind. In der Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung, ist mit einem höheren Einarbeitungsaufwand durch Bezugspersonen zu rechnen; denn *„sie haben oft Schwierigkeiten, Anleitungsfunktionen auszuüben und einzuschätzen, wie viel und welche Hilfe sie benötigen [...]“. Das Assistenzkonzept muss daher bei ihnen um Inhalte der Begleitung ergänzt werden“* (Hähner 2006, 54). Menschen mit geistiger Behinderung im Alter haben häufig eine geringere Regiekompetenz. Daher müssen bei diesem Personenkreis eingesetzte Mitarbeitende in Methoden zur Wahrung der Selbstbestimmung und zur Entwicklung von Regiekompetenz geschult werden (vgl. 4.3).

#### **4.4.2 Angebotsstruktur**

Die vorgehaltenen Angebote in Quartiersansätzen werden in der Regel an den Wünschen und Bedürfnissen der Bedarfsklientel mit Blick auf die Interessen der Bürger\_innen im Quartier ausgerichtet. Ein aus dem Quartier entwickelter Stützpunkt hat im Idealfall die Bedarfe im Vorhinein ermittelt. Anbieter A hat die Erfahrung gemacht, dass eine Rufbereitschaft den Adressat\_innen mehr Freiraum ermöglicht, da nicht permanent Assistent\_innen in der Wohnung anwesend sein müssen (vgl. 4-01-I-E-AN, 554ff.). Mit Blick auf die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung im Alter ist nicht davon auszugehen, dass bei Bedarf automatisch die Rufbereitschaft genutzt wird. Besonders bei der Ausweitung auf Menschen mit hohem Hilfebedarf wäre eine zugehende Bereitschaft eine Möglichkeit, Bedarfe frühzeitig zu erkennen und den Adressat\_innen trotzdem Freiräume in der eigenen Wohnung zu gewähren. Das

Angebot des Anbieters B richtet sich an Menschen mit geistiger Behinderung, die eine entsprechende Basiskompetenz mitbringen müssen, für Menschen mit hohem Hilfebedarf ist dieses Angebot nicht geeignet. Dies scheint das Urteil des Zentrums für Planung und Evaluation der Universität Siegen (vgl. ZPE 2008) zu untermauern, dass für diesen Personenkreis die Möglichkeiten ambulante Unterstützung in Anspruch zu nehmen, derzeit noch nicht ausreichend entwickelt sind. Die Erfahrungen in den evaluierten Projekten zeigen, dass dies eine Frage geeigneter Rahmenbedingungen ist, und dass eine irgendwie geartete Grenze in der Möglichkeit, mit hinreichender Versorgung und Betreuung im Quartier selbstbestimmt leben zu können, nicht den individuellen Bedingungen eines Menschen mit Beeinträchtigung zuzurechnen ist.

Die evaluierten Projekte zeigen Unterschiede bei der Ausrichtung ihrer Angebote: Anbieter A richtet seine Angebote nach den Bedarfen der Nutzer\_innen aus und nicht nach Finanzierungsgrundlagen (4-01-I-AN, 224ff.), auch wenn er ggf. in Vorleistung gehen muss und diese Vorgehensweise mit einem gewissen Risiko behaftet ist. Für Anbieter A hat die bedarfsgerechte Assistenz und die Entwicklung von Konzepten zur Gewährleistung passgenauer Unterstützung Priorität. Anbieter B und C richten ihre Angebote stärker nach Finanzierungsgrundlagen aus, was zu einem permanenten Spannungsverhältnis zwischen den Bedarfen der Nutzer\_innen und den Möglichkeiten der Refinanzierung von Angeboten führt. Als zielgruppenübergreifende Ansätze sind Quartiersansätze auf eine gemischte Finanzierungsgrundlage angewiesen, denn für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter kommen prinzipiell auch Leistungen nach dem SGB XI infrage. Da die Chance, in der eigenen Wohnung zu leben und dort auch im Alter bleiben zu können, nicht von den Fähigkeiten und Kompetenzen einer Person abhängig gemacht werden sollte, müssen Quartierskonzepte Angebote für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf vorhalten, die auch entsprechend leistungsrechtlich vergütet werden.

Soziale und kulturelle Angebote eines Quartiersstützpunktes können für Menschen mit Behinderung im Alter – nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt – eine Gelegenheit sein, in das Gemeinwesen eingebunden zu werden, mit anderen Bürger\_innen in Kontakt zu kommen und eigene Felder bürgerschaftlichen Engagements zu erschließen. Um die Versorgungssicherheit zu gewährleisten sollten Angebote wie der Mittagstisch täglich angeboten und ggf. um ein Frühstück und Abendessen ausgedehnt werden. Jedoch sollte das Angebotsspektrum des Stützpunktes die Interessen aller Bürger\_innen im Quartier ansprechen, dafür sind Verfahren der Bürgerpartizipation bei der Auswahl des Angebotsspektrums erforderlich.

Aktuell zeigt sich bei der Entwicklung inklusiver Wohnformen die Anforderung, diese nicht ausschließlich an strukturellen Voraussetzungen zur Finanzierung von Leistungen auszurichten, sondern an national und international anerkannten Standards, wie bspw. der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Für die Entscheidungsträger bedeutet dies Reformen auf den Weg zu bringen und eine Struktur zu schaffen, in der die in der UN-Konvention formulierten Anforderungen umgesetzt werden können. Aktuell ist – unter dem Primat der Wirtschaftlichkeit – nicht damit zu rechnen, dass Leistungsanbieter ihre Angebote ohne entsprechende Initiierungsprozesse von bspw. Selbsthilfeverbänden von Menschen mit Behinderung und

Wohlfahrtsverbänden verändern. So kommt das ZPE (2008, 352) zu dem Schluss, dass *„davon auszugehen [ist], dass erhebliche Anreize und ein intensives Reformklima erforderlich sind, um entsprechende Entwicklungsprozesse in Einrichtungen und Diensten landesweit mit gleicher Dynamik zu initiieren.“*

#### **4.4.3 Selbstbestimmung**

Sowohl auf der Anbieter- als auch auf der Mitarbeitenden- und Adressatenebene ist Selbstbestimmung ein virulentes Thema und in der Behindertenhilfe aktuell schon seit Jahrzehnten eine viel diskutierte Leitidee. Alle drei Anbieter haben Selbstbestimmung konzeptionell in ihren Leitbildern verankert, jedoch zeigen sich in der Umsetzung erhebliche Unterschiede: Während Anbieter A die Unterstützungsgestaltung an den Adressatenwünschen ausrichtet – ihnen obliegt die Regiekompetenz für die Assistenz – betonen Anbieter B und C dem Thema Selbstbestimmung einen großen Stellenwert zuzuschreiben, sie befinden sich jedoch in einem starken Spannungsverhältnis von Selbstbestimmung und Fürsorgeverantwortung. Dieser Kontrast wird sowohl in dem jeweiligen Anbieter- als auch in den Mitarbeitenden- und Nutzerinterviews deutlich. Dieser Umstand kann historisch begründet werden: Während Anbieter A aus der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung kommt und seine Adressat\_innen als Expert\_innen ihrer Alltagsgestaltung betrachtet, blicken Anbieter B und C auf eine vor allen in stationären Vollversorgungsformen realisierte Tradition zurück. So hat sich das Angebot von Anbieter B aus einem stationären Wohnverbund entwickelt. Die Umsetzung des Selbstbestimmungsparadigmas ist dabei nicht nur von entsprechenden Konzepten der Hilfeplanung abhängig, sondern vielmehr – das zeigt diese Analyse besonders deutlich – von der Haltung der Leitungen und Mitarbeitenden. An dieser Stelle wird deutlich, dass der Paradigmenwechsel hin zur Selbstbestimmung für die aus der Fürsorgetradition kommende Behindertenhilfe schwierig ist.

Von der konzeptionellen Ausrichtung her fördert das Assistenzprinzip des Anbieters A die Selbstbestimmung der Adressat\_innen am wirksamsten. Allerdings weist Weingärtner (2009) zurecht darauf hin, dass das Prinzip auf die Personengruppe der Menschen mit geistiger Behinderung angepasst werden muss, da es die Gefahr birgt, zu hohe Erwartungen an ihre Regiekompetenz zu stellen. Dabei gilt generell, dass niemand vollkommen selbstbestimmt ist (vgl. Kapitel 2 in diesem Band). Der Autor betont, dass *„so gesehen [...] Selbstbestimmung nichts Absolutes [ist], jeder Mensch ist im Spektrum zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung eingebettet“* (Weingärtner 2009, 75). Für die Mitarbeitenden bedeutet dies eine große Herausforderung, die entsprechende Fortbildungen notwendig macht, müssen sie doch im Alltag Selbstbestimmung bei / trotz Hilfebedürftigkeit sicherstellen.

Für die Entwicklung gemeindenaher Unterstützung und die Gestaltung von Sozialräumen für die immer größer werdende Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter bieten Quartierskonzepte Anreize, wenn sie an die in diesem Beitrag ausgearbeiteten speziellen Bedürfnisse der Personengruppe angepasst werden. Eine Übertragung der Quartierskonzepte aus der Altenhilfe ohne entsprechende Anpassung ist nach den vorliegenden Forschungsergebnissen nicht möglich.

Des Weiteren ist eine Überprüfung von Quartiersansätzen an den hier vorgestellten Merkmalen sinnvoll, um sicherzustellen, dass mehr als nur ein Etikett dahinter steckt.



## 5 Ambulant unterstütztes Wohnen mit hohem Hilfebedarf

*Friedrich Dieckmann / Linda Heele-Bökenkötter / Stefanie Wenzel*

5.1	UNTERSUCHUNGSFRAGEN SOWIE AUFBAU DES BERICHTS.....	82
5.2	METHODISCHES VORGEHEN .....	86
5.3	DOKUMENTATION DER WOHN- UND UNTERSTÜTZUNGSARRANGEMENTS.....	89
5.3.1	<i>Wohngemeinschaft des Integrativen Wohnhauses in Münster-Kinderhaus .....</i>	<i>89</i>
5.3.1.1	<i>Wohnraum.....</i>	<i>89</i>
5.3.1.2	<i>Unterstützungsleistungen.....</i>	<i>94</i>
5.3.2	<i>Wohngemeinschaft des Apartmenthauses in Berlin, Charlottenburg-Wilmersdorf.....</i>	<i>98</i>
5.3.2.1	<i>Wohnraum.....</i>	<i>98</i>
5.3.2.2	<i>Unterstützungsleistungen.....</i>	<i>101</i>
5.3.3	<i>Ambulant betreutes genossenschaftliches Wohnen in Leichlingen.....</i>	<i>105</i>
5.4	EVALUATION DER WOHN- UND UNTERSTÜTZUNGSARRANGEMENTS.....	107
5.4.1	<i>Wohngemeinschaft des Integrativen Wohnhauses in Münster-Kinderhaus .....</i>	<i>107</i>
5.4.1.1	<i>Planung und Umsetzung.....</i>	<i>107</i>
5.4.1.2	<i>Organisation der Unterstützungsleistungen.....</i>	<i>108</i>
5.4.1.3	<i>Nachbarschaft .....</i>	<i>119</i>
5.4.1.4	<i>Aktivitäten.....</i>	<i>127</i>
5.4.1.5	<i>Soziale Beziehungen.....</i>	<i>129</i>
5.4.1.6	<i>Selbstbestimmung.....</i>	<i>131</i>
5.4.1.7	<i>Nutzerzufriedenheit .....</i>	<i>135</i>
5.4.1.8	<i>Gesamtbewertung .....</i>	<i>136</i>
5.4.2	<i>Wohngemeinschaft des Apartmenthauses in Berlin, Charlottenburg-Wilmersdorf.....</i>	<i>139</i>
5.4.2.1	<i>Planung und Umsetzung.....</i>	<i>139</i>
5.4.2.2	<i>Organisation der Unterstützungsleistungen.....</i>	<i>140</i>
5.4.2.3	<i>Nachbarschaft .....</i>	<i>145</i>
5.4.2.4	<i>Aktivitäten.....</i>	<i>147</i>
5.4.2.5	<i>Soziale Beziehungen.....</i>	<i>148</i>
5.4.2.6	<i>Selbstbestimmung.....</i>	<i>149</i>
5.4.2.7	<i>Nutzerzufriedenheit .....</i>	<i>152</i>
5.4.2.8	<i>Gesamtbewertung .....</i>	<i>153</i>
5.5	VERGLEICHENDE ZUSAMMENFASSUNG .....	156

*Hinweis:* Die Namen der interviewten Personen wurden geändert.

## 5.1 Untersuchungsfragen sowie Aufbau des Berichts

In den nächsten Jahren wird eine wachsende Anzahl von Menschen mit geistiger Behinderung, die ambulant betreut wohnen, älter (vgl. Dieckmann et al. 2010). Das Forschungsprojekt LEQUI beschäftigt sich mit der Frage, wie Wohnsettings und ambulante Unterstützungsstrukturen gestaltet sein müssen, damit

- Menschen mit geistiger Behinderung die Aufgaben, die mit dem Älterwerden einhergehen (vgl. Schäper et al. 2010), in ihrer Wohnumwelt bewältigen können,
- unter Wahrung oder Vermehrung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe, der Inklusion in allen Lebensbereichen und ihrer Selbstbestimmung im Alter (vgl. Kap. 2).

Es geht zugleich um die Schaffung nachhaltiger und wirtschaftlich vertretbarer Wohnsettings und Unterstützungsstrukturen.

Zurzeit gibt es nur wenige alte Menschen mit geistiger Behinderung, die ambulant betreut in ihrer eigenen Wohnung leben (z.B. waren es im Jahre 2010 gerade mal 258 geistig behinderte Personen über 60 Jahre in Westfalen Lippe). Älter werdende Menschen im ambulant betreuten Wohnen werden bei steigendem oder verändertem Hilfebedarf heutzutage immer noch auf das Heim oder sogar auf das Pflegeheim als Wohnalternative für die Lebensjahre im Alter verwiesen. In den nachrückenden Jahrgangskohorten, Jahrgängen, Generationen leben nicht zuletzt dank der sog. „Ambulantisierung“ in den letzten Jahren absolut und relativ sehr viel mehr Erwachsene mit geistiger Behinderung, z.T. auch mit schon höheren Hilfebedarfen in der eigenen Wohnung. Angesichts des demographischen Wandels bei Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland ist der quasi-obligatorische Weg zurück ins Heim im Alter bei veränderten Bedarfen keine rechtlich, wirtschaftlich und aus Nutzersicht zu präferierende Alternative.

Die sich abzeichnende Dynamik des demographischen Wandels macht deutlich, dass es letztlich nicht um die Verschiebung der Fallzahlen, Anteile vom stationären hin zum ambulant unterstützten Wohnen geht, sondern darum, inklusive Wohn- und Unterstützungsarrangements so zu gestalten, dass sie sich den von Individuum zu Individuum verschiedenen und im Lebenslauf sich ändernden Bedarfen von Menschen mit Behinderung anpassen. Die Denkweise der Planung an Wohnangeboten muss sich deutlich verändern, und zwar weg von der institutionellen Orientierung und hin zu personenbezogenen Unterstützungsangeboten (vgl. Seifert 2007a, 206).

*„Es geht nicht darum, welches der bestehenden Angebote für den schwer behinderten Menschen passt, sondern darum, welche Angebote er braucht, um seine individuellen Bedürfnisse und Bedarfe zu erfüllen“ (ebd., 206).*

*„Perspektivisch sind Wohnformen anzustreben, die ein Höchstmaß an Individualität und soziale Inklusion ermöglichen“ (Seifert 2007b, 242).*

Diese zu entwickelnden alternativen Wohnformen erfordern neben Finanzierungsformen, die die Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung integrieren, auch ein hohes Maß an Flexibilität und Kreativität bei der Organisation der Unterstützungsleistungen (vgl. Seifert 2009, 5).

Vorreiter für solche Anpassungsbemühungen sind die wenigen Träger und Projekte in Deutschland, die sich bemühen, Erwachsenen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf ein Leben in der eigenen Wohnung mit ambulanter Unterstützung zu ermöglichen. Von den noch jungen Erfahrungen dieser Projekte erhoffen wir uns Erkenntnisse darüber, wie das ambulant unterstützte Wohnen alterstauglich, das heißt nachhaltig in Bezug auf den Lebenslauf gestaltet werden kann.

Die meisten geistig behinderten Erwachsenen mit hohem Hilfebedarf leben nach wie vor in Großeinrichtungen, mit geringen oder gar keinen Kontakten zur allgemeinen Bevölkerung (vgl. Seifert 2007a, 197). Im bundesweiten Trend der „Ambulantisierung“ zeichnet sich ab, *„dass Menschen mit hohem Hilfebedarf als ‚Restgruppe‘ in den Institutionen verbleiben – weil die Rahmenbedingungen im ambulanten Setting ihrem Hilfebedarf nicht gerecht werden“* (Seifert 2009, 5). Es klafft eine große Lücke zwischen der aktuellen Zielperspektive der Behindertenhilfe und der aktuellen Lage bezüglich des Wohnens von Menschen mit hohem Hilfebedarf.

*„Zentrales Moment ambulant unterstützten Wohnens ist die Trennung von Wohnen und Assistenzleistungen. [...] Im Idealfall ist der behinderte Mensch selbst Eigentümer oder Mieter seiner Wohnung und kann auswählen, welche Dienste er von welchem Anbieter in Anspruch nimmt“* (Bradl 2003, 10).

Ambulant unterstütztes Wohnen für geistig behinderte Erwachsene mit hohem Hilfebedarf wird in den Modellprojekten in Wohngemeinschaften realisiert. Ganz praktisch lässt sich unter den gegebenen Finanzierungsbedingungen leichter eine „Rund um die Uhr“-Begleitung realisieren. Es handelt sich um das gemeinschaftliche Wohnen nicht verwandter Personen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung. Dem gemeinschaftlichen Wohnen kann dabei noch ein anderes Motiv zugrunde liegen: *„die Erfüllung der Bedürfnisse nach Kommunikation, Kontakt und Zugehörigkeit und zum andern die Möglichkeit, sich gegenseitig zu unterstützen“* (Flade 2006, 91). Das Zusammenleben in einer Wohngemeinschaft mit anderen behinderten Menschen kann im besten Fall einen Schutzraum bieten und muss nicht zwangsläufig Inklusionszielen zuwiderlaufen (vgl. Steffen & Fritz 2006, 183). Durch das Zusammenleben in einer Wohngemeinschaft mit Menschen in ähnlicher Lebenslage kann der Gefahr der sozialen Isolierung und Vereinsamung begegnet werden.

Im Themenfeld 2 wurden zwei Wohnprojekte ausführlich untersucht:

- eine Vierer-Wohngemeinschaft in einem integrativen Wohnhaus in Münster-Kinderhaus, die federführend von der Lebenshilfe Münster konzipiert wurde.
- eine Dreier-Wohngemeinschaft in einem Apartmenthaus in Berlin-Charlottenburg, die von der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH ins Leben gerufen wurde.

Als besondere Variante haben wir uns als drittes Projekt das ambulant unterstützte genossenschaftliche Wohnen in Leichlingen (Rheinland) angesehen, das von der Stiftung Hephata (Mönchengladbach) mitgeplant wurde. Die Vorteile, Mitglieder einer solchen Wohngenossenschaft zu sein, werden im Abschn. 1.3.3 erläutert. Da dort keine

Menschen mit höherem Hilfebedarf wohnen, haben wir das Projekt nicht in die empirische Evaluation einbezogen<sup>10</sup>.

Zwei Fragestellungen leiten die empirische Untersuchung:

1. Wie sind in dem jeweiligen Projekt der Wohnraum und die Unterstützungsleistungen organisiert und gestaltet? Welches sind die Rahmenbedingungen, damit geistig behinderte Menschen mit hohem Hilfebedarf ambulant unterstützt leben können? Wie lassen sich diese Bedingungen herstellen?

Die Rahmenbedingungen, die die jeweilige ambulant unterstützte Wohnmöglichkeit für Menschen mit hohem Hilfebedarf braucht, um funktionieren zu können, sollen, aufgrund der ersten Erfahrungen im Betrieb, erstens, dokumentiert und zweitens, evaluiert werden. Im Einzelnen geht es dabei um die Auswahl, Beschaffung und Gestaltung des Wohnraums und um die Organisation (Unterstützungsarrangement, Kooperationsbeziehungen, Personal Einsatzabsprachen, Arbeitsweise) und Finanzierung von Unterstützungsleistungen.

Es werden auch Bewertungen der Umsetzung durch Beteiligtegruppen eingeholt, um auf Gelingensfaktoren, Schwierigkeiten und Veränderungswünsche einzugehen.

2. Wie wirkt sich das ambulant unterstützte Wohnen auf die Lebensqualität von Nutzer\_innen mit hohem Hilfebedarf aus?

Es sollte nicht davon ausgegangen werden, dass ambulant unterstützte Wohnmöglichkeiten quasi automatisch zu einer höheren Lebensqualität von Menschen mit hohem Hilfebedarf führen (vgl. hierzu negative Beispiele von Dalferth 1997). Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass eine räumliche Integration von Menschen mit geistiger Behinderung zwar häufig auch zu einer sozial-funktionalen Inklusion führt, also zu einer Einbeziehung und Nutzung allgemeiner örtlicher Angebote der unterschiedlichsten Art, sich daraus jedoch oft nicht enge soziale Beziehungen entwickeln (vgl. z.B. die Ergebnisse der Berliner Kundenstudie von Seifert 2010).

*„Die Aussicht, mit behinderten Menschen Tür an Tür zu wohnen, löst bis heute oftmals Ängste aus, die sich zum Teil aus der Unkenntnis über Menschen mit Behinderungen ergeben, aber auch zum Teil durch Vorurteile begründen“ (Seifert 2008, 128).*

Aus diesen Gründen soll überprüft werden, wie sich verschiedene Aspekte der Lebensqualität der Bewohner\_innen in der neuen Wohnung tatsächlich entwickelt haben. Dabei wird die Teilhabe an Aktivitäten und sozialen Beziehungen (innerhalb der Wohngemeinschaft, in der häuslichen Nachbarschaft, im außerhäuslichen Wohnumfeld) sowie die Selbstbestimmung und Zufriedenheit der Mitglieder der Wohngemeinschaften fokussiert.

---

<sup>10</sup> Wir danken Carsten Krüger, dem ehemaligen Geschäftsführer der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH Berlin, Doris Langenkamp, der geschäftsführenden Vorsitzenden der Lebenshilfe Münster, Olaf Voigt-Kasselmann, dem Leiter des Bereichs Wohnen der Lebenshilfe Münster, Hans-Willi Pastors, Fachberater der Ev. Stiftung Hephata Mönchengladbach und Christa Kolb-Schwenk, Geschäftsführerin des Spar- und Bauvereins Leichlingen für ihre geduldige Unterstützung.

Die Evaluation fand ein bis anderthalb Jahre nach dem Einzug der Bewohner\_innen vom Juni bis Oktober 2010 statt. Deutlich wird, dass die Bewohner\_innen sich in der Phase des Einlebens befinden, Mitarbeiter\_innen oft noch nicht lange beschäftigt sind und die beteiligten Anbieter den Betrieb noch abstimmen und optimieren. Dennoch kann eine erste Bilanz in Bezug auf die erreichte Lebensqualität gezogen und gleichzeitig im Sinne einer formativen Evaluation auf die Baustellen hingewiesen werden.

Die biographische Situation der jungen Bewohner\_innen unterscheidet sich stark von der älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung. Ersteren fehlt es an Erfahrung im eigenständigen Wohnen. Sie lebten vor ihrem Umzug entweder im elterlichen Haushalt in familiären Abhängigkeiten oder in Institutionen, in denen sie in der Regel mit den Anforderungen des Verselbstständigungsprozesses nicht konfrontiert wurden.

Inwieweit Menschen mit Behinderung durch die strukturellen Bedingungen innerhalb der Projekte bei der Bewältigung alterstypischer Aufgaben hinreichend gut unterstützt werden können, wird nicht an dieser Stelle, sondern erst im vierten Zwischenbericht thematisiert.

Die dargestellten Ergebnisse sind an sich schon wertvoll, weil es zum ambulant unterstützten Wohnen von geistig behinderten Menschen mit hohem Hilfebedarf in Deutschland noch wenig empirisch fundierte Untersuchungen gibt. Ausführlicher wird die Untersuchung der Wohngemeinschaft Prinzregentenstraße in Berlin von Stefanie Wenzel (2011) in der Master-Thesis „Ambulant Wohnen mit hohem Unterstützungsbedarf“ dargestellt, die im Rahmen von LEQUI entstand. Teile der Evaluation der Münsteraner Wohngemeinschaft entstammen dem Forschungsbericht „Wohnst du noch oder lebst du schon? – Evaluation eines Integrativen Wohnhauses für Menschen mit und ohne Behinderung in Münster“ von Linda Heele-Bökenkötter & Ronja Viertel (2011).

## 5.2 Methodisches Vorgehen

Anlage und Überblick über die Datenerhebung	
4-er WG im integrativen Wohnhaus Münster- Kinderhaus	3-er WG im Apartmenthaus Berlin-Charlottenburg
Leitfaden-Interviews mit <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 Leitungskräften (Gruppen-I.)</li> <li>▪ 1 Bewohner</li> <li>▪ 4 pädagogischen Bezugsassistent_innen</li> <li>▪ 3 Elternteilen (2 Mütter, 1 Vater; Gruppen-I.)</li> </ul>	Leitfaden-Interviews mit <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1 Leitungskraft</li> <li>▪ 3 Bezugsassistent_innen</li> <li>▪ 3 Elternteilen (Gruppen-I.)</li> </ul>
Karte für persönliches soziales Netzwerk	Karte für persönliches soziales Netzwerk
Analyse von Dokumenten	Analyse von Dokumenten
Standardisierter Fragebogen zur Nachbarschaft (inkl. MMN-Skala)	

Tab. 1: Erhebungsmethoden für die Evaluation der ambulant unterstützten Wohngemeinschaften für geistig behinderte Erwachsene mit hohem Hilfebedarf

Die Evaluation ist als vergleichende Querschnittsuntersuchung angelegt. Retrospektive Fragen in den qualitativen Interviews und die Analyse von Dokumenten erlauben es, zeitliche Entwicklung und vergangene Ereignisse abzubilden. Das methodische Vorgehen wird detaillierter bei Wenzel (2011) und Heele-Bökenkötter & Viertel (2011) erläutert.

Neben den in allen Themenfeldern verwendeten Erhebungsinstrumenten stützt sich die Evaluation in beiden Projekten auf Leitfadeninterviews, die Analyse von Dokumenten und im Falle von Münster auf die Auswertung eines standardisierten Nachbarschaftsfragebogens.

Die Masterstudierenden, die die Erhebung durchführten, bekamen die Möglichkeit einen Tag in den Wohngemeinschaften zu hospitieren, um den Wohnalltag und die Bewohner\_innen und Mitarbeiter\_innen kennenzulernen. Im Laufe der Untersuchung standen die jeweiligen Leitungskräfte für klärende Rückfragen und Ergänzungen mehrfach und kurzfristig zur Verfügung.

### **Qualitative Interviews**

Leitfadengestützte Interviews mit Leitungskräften (Zweierinterview mit der geschäftsführenden Vorsitzenden der Lebenshilfe Münster und dem Leiter des Bereichs Wohnen sowie ein Einzelinterview mit dem Geschäftsführer der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH Berlin) fanden statt, um die Entstehungsgeschichte, die Wohnraumbeschaffung sowie die Organisation und Finanzierung der unterstützenden Dienste zu dokumentieren und zu bewerten.

Vier der 7 Nutzer\_innen sind nicht in der Lage, sich sprachlich mitzuteilen. Unter den verbliebenen 3 war nur einer bereit zu einem Interview, das zudem aufgrund

wiederholter knapper Ja- oder Nein-Antworten von der Aussagekraft begrenzt ist. Das war nicht überraschend, weil es das aktuelle Gesprächsverhalten des Befragten widerspiegelt. Stattdessen wurden die jeweiligen Bezugsmitarbeiter\_innen und Angehörigen der Nutzer\_innen befragt. Neben ihren eigenen Beobachtungen und Meinungen sollten sie auch Sachverhalte aus der Nutzerperspektive einschätzen. Solche stellvertretenden Auskünfte verzerren die tatsächliche Nutzersicht. Daher ist es von hoher Bedeutung, die beiden unabhängigen Außen-Sichtweisen über denselben/ dieselbe Nutzer\_in zumindest zu triangulieren, um validere Aussagen zu erhalten.

Die 7 Mitarbeiter\_innen wurden jeweils einzeln befragt, die 6 Elternteile (2 Väter, 4 Mütter, 1 Elternteil war verhindert) entgegen der ursprünglichen Planung in jedem Projekt in einem Gruppeninterview. Die Angehörigen waren der Meinung, dass sich viele Dinge überschneiden würden, sie in vielem ähnliche Ansichten hätten. Da sie auch privat viel Kontakt miteinander hätten, würde es ihnen leichter fallen sich den Fragen, gemeinsam zustellen. Um ein besseres Bild von dem tatsächlich vorhandenen persönlichen sozialen Netzwerk jede\_r einzelnen Nutzer\_in zu bekommen, füllten die Elternteile und Mitarbeiter\_innen vor ihrem Interview eine soziale Netzwerkkarte (Kreisdiagramm mit Segmenten) aus, die im Gespräch selbst vervollständigt wurde.

### ***Problematik mit dem Einnehmen der Nutzerperspektive***

Sowohl die Angehörigen als auch die Mitarbeiter\_innen taten sich sehr schwer damit, die Nutzerperspektive einzunehmen. Die Angehörigen äußerten bei Fragen nach dem Hineinversetzen in ihre Kinder häufiger, dass sie dies nicht einschätzen können und nicht wissen. Sie hatten den Eindruck, dass sie ihren Kindern immer Dinge unterstellen, dass es aber letztendlich ihre eigene Perspektive sei und die tatsächliche Perspektive der Menschen mit Behinderung sich nur erahnen lasse (5-02-I-SO Seg. 628-648). Die Mitarbeiter\_innen äußerten sich ähnlich wie die Angehörigen. Eine Berliner Mitarbeiterin unterstrich, dass sie nur aus den Wirkungen die tatsächliche Sicht, auf die Befindlichkeit der Nutzer\_innen schließen könne. So bedeute beispielsweise ein Lachen nicht unbedingt, dass es dem Menschen tatsächlich gut gehe (5-02-I-MA1 01:01:03 & 01:07:28, 5-02-I-MA2 37:17f & 38:24f, 5-02-I-MA3 28:09f). Alle Berliner Elternteile und Mitarbeiter\_innen waren sich einig, dass die Bewohner\_innen klar zum Ausdruck bringen, wenn sie etwas ablehnen. Deutlich schwieriger sei es jedoch, einzuschätzen, was ihnen Spaß mache und gut gefalle (ausführlicher hierzu Wenzel 2011, 73).

### ***Analyse von Dokumenten***

Analysiert wurden die Konzeptionen beider Wohnprojekte und Publikationen zur Gestaltung ihrer ambulanten Angebote. In Erstgesprächen mit den Leitungskräften wurden neben dem DOKU-Bögen und Kooperationsnetzwerken interne Baupläne und Unterlagen zur Organisation, Einsatzplanung und Kalkulation der Unterstützungsleistungen zur Verfügung gestellt.

## **Fragebogen zur Nachbarschaft / Soziogrammstudie**

Bisher liegen in Deutschland nur vereinzelte Evaluationsstudien über Wohnprojekte vor, in denen Menschen mit und ohne Behinderung in einer Hausgemeinschaft oder in einem Wohnkomplex zusammen leben (vgl. z.B. Jerg 1998/ 2001). In die Evaluation der Wohngemeinschaft des Integrativen Wohnhauses in Münster-Kinderhaus fließen Ergebnisse von Heele-Bökenkötter & Viertel (2011) aus einem umfangreicheren Masterforschungsprojekt ein. Daten wurden im Hinblick auf die Frage ausgewertet, welche nachbarschaftlichen Aktivitäten und Beziehungen sich in der Hausgemeinschaft für Mitglieder der WG im ersten Jahr ergeben haben.

Um nachbarschaftliche Beziehungen charakterisieren zu können, entwickelten Skjaeveland et al. (1996) das Messinstrument MMN (Multidimensional Measure of Neighboring). Hierfür bestimmten sie vier Dimensionen von Nachbarschaft bzw. vom sozialen Leben im Wohnumfeld:

- Supportive acts of neighboring (nachbarliche Unterstützung und Hilfeleistung)
- Neighbor annoyance (Ärger mit Nachbarn)
- Neighborhood attachment (Bindung an die Nachbarschaft) und
- Weak social ties (flüchtige und schwache soziale Beziehungen)

Dieser Fragebogen erfasst mit 14 zu kommentierenden Aussagen die nachbarschaftlichen Beziehungen (vgl. Flade 2006, 82). Seine Reliabilität und Validität wurde in einer umfangreichen Studie von Skjaeveland & Gärling (1997) bestätigt.

Das Messinstrument „MMN“ wurde übersetzt und in leichter Sprache formuliert. Mit geschlossenen und offenen Fragen wurden zusätzliche Meinungen zur Nachbarschaft/Hausgemeinschaft erfragt. Konkrete Fragen zu Kontakten im Haus dienten der Erstellung von Soziogrammen. Ebenso wurden demographische Merkmale der Befragten erhoben.

Von 26 an alle Volljährigen im Haus verteilten Fragebögen (Vollerhebung) gab es einen Rücklauf von 24 Fragebögen. Die Soziogramme beruhen auf einer Stichprobe von n=25. Die Möglichkeit einer Assistenz bei der Bearbeitung des Fragebogens wurde sichergestellt, um allen Bewohner\_innen den Zugang zur Befragung zu gewährleisten. In der Wohngemeinschaft des Integrativen Wohnhauses mit Menschen mit geistiger Behinderung und einem hohen Hilfebedarf kam einigen Angehörigen oder Betreuer\_innen eine „Stellvertreter\_innen-Funktion“ zu. Auf die Problematik bei der Einnehmung der Nutzer\_innenperspektive wurde bereits hingewiesen.

Nach der deskriptiv-statistischen Auswertung wurden die Ergebnisse für das übersetzte Messinstrument „MMN“ mit den ursprünglichen von Skjaeveland & Gärling (1997) verglichen. Zur Erstellung der Soziogramme wurden ein Grundriss des Integrativen Wohnhauses und demographische Daten der Bewohner\_innen hinzugezogen (vgl. Heele-Bökenkötter & Viertel 2011, 6ff.).



Insgesamt liegen folgende Ergebnisse im Masterforschungsprojekt vor:

- Kategorisierte Bewertungen der Hausgemeinschaft und die Lebenssituation im Wohnprojekt
- Merkmale des Nachbarschaftsverhaltens (standardisierte Fragen des Fragebogens)
- Soziogramme der Hausgemeinschaft / der Kontaktintensität unter den Bewohner\_innen im Haus (Fragen zu konkreten Kontakten und Dokumente)
- Rahmenbedingungen des Wohnens und Eindrücke für Nachbarschaft (teilnehmende Beobachtung der Hausgemeinschaft, offene Fragen des Fragebogens)

In diesem Forschungsbericht werden die zentralen Ergebnisse elaboriert, die konkret die Wohngemeinschaft im Integrativen Wohnhaus in Münster-Kinderhaus tangieren.

### **5.3 Dokumentation der Wohn- und Unterstützungsarrangements**

#### **5.3.1 Wohngemeinschaft des Integrativen Wohnhauses in Münster-Kinderhaus**

In diesem Kapitel wird die Wohngemeinschaft (4-er WG) im Integrativen Wohnhaus in Münster-Kinderhaus, Dauvemühle 1-9 vorgestellt. Im folgenden Abschnitt „Wohnraum“ geht es um die Entstehungsgeschichte, die Konzeption und Ziele des Wohnprojektes, die Adressat\_innen und Nutzer\_innen sowie die Merkmale des Wohnens und des Wohnsettings. Im Anschluss werden die Unterstützungsleistungen näher erläutert, indem deren Organisation und Finanzierung sowie das Personal in den Mittelpunkt rückt.

##### **5.3.1.1 Wohnraum**

###### ***Entstehungsgeschichte***

Das Ambulant Unterstützte Wohnen (AUW) der Lebenshilfe Münster e.V. entstand durch eine Elterninitiative. Sie wollte dem Wunsch ihrer Kinder nachgehen, in einer eigenen Wohnung „normal“ leben zu wollen. Als Alternative zum Leben in einer Wohnstätte wurde die Idee des Wohnens „im Drubbel“ geboren. „*Das niederdeutsche Wort Drubbel bedeutet eine eng getrennte Vielfalt von Sachen oder Personen*“ (Hoppe 2006, 170). Menschen mit geistiger Behinderung und Unterstützungsbedarf sollen in eigenen Wohnungen und in enger Nachbarschaft zueinander mitten unter Menschen ohne Behinderung im Stadtteil leben (vgl. Steffen & Fritz 2006, 85ff.). Im Konzept wird ferner die Bedeutsamkeit der Entkoppelung von Vermieter- und Unterstützer-Funktion betont (vgl. Hoppe o.J., 1ff.). 1995 entstand der erste „Drubbel“ in einem Neubaugebiet, woraufhin weitere in ganz Münster folgten. Die Menschen mit Behinderung sollen in den Häusern, in denen sie leben, in der Minderzahl sein, damit es nicht zu einer „*Ghettoisierung*“ (vgl. ebd., 3). kommt, sondern sich nachbarschaftliche Beziehungen auch zu Menschen ohne Behinderung entwickeln. Den Kerngedanken der Drubbelbildung fasst Hoppe so zusammen:

*„Je größer die Vertrautheit unter den behinderten Menschen im Drubbel ist, umso besser kann er seine Funktion, ihnen Rückhalt, Sicherheit und Geselligkeit zu vermitteln und damit Vereinsamung vorzubeugen, erfüllen. Wenn dazu auch noch hilfsbereite Nachbarn ohne Behinderung vorhanden sind und der Hilfebedarf jedes einzelnen an professioneller Hilfe ausreichend gedeckt ist, ist das soziale Netz vor Ort schon recht dicht geknüpft“ (ebd., 5).*

Und an anderer Stelle:

*„Positive Aspekte des Wohnens im Drubbel ergeben sich für die Nutzer auch dadurch, dass die Anwesenheitszeiten des unterstützten Fachpersonals vor Ort beträchtlich vermehrt sind aufgrund ihrer Arbeit bei den verschiedenen Nutzern. Der behinderte Mensch weiß: Auch wenn im Drubbel grade nicht mein persönlicher Unterstützer tätig ist, so kann ich Hilfe doch in einer Krisensituation spontan schnell in Anspruch nehmen. [...] Für die Lebenshilfe als Träger wirkt sich der Wegfall langer Wegzeiten auch kostenmäßig positiv aus“ (Hoppe 2006, 174).*

Von Beginn an bestand im Eltern-Arbeitskreis Wohnen der Lebenshilfe die Absicht, auch Menschen mit einem hohen Hilfebedarf ein Leben inmitten der Gemeinde in einer eigenen Wohnung mit ambulanter Unterstützung zu ermöglichen. Keine Person sollte aufgrund der Schwere ihrer Behinderung *„vom Wohnen im Drubbel ausgeschlossen werden und immer noch wie selbstverständlich nur in einer stationären Einrichtung leben können, die sich auf Dauer zu einem ‚Restheim‘ für die Schwächsten in unserer Gesellschaft entwickeln würde“* (Hoppe o.J., 13). Um diese Vorstellung verwirklichen zu können, wurde das Konzept des Integrativen Wohnhauses entwickelt, welches als eine Art komprimierter Drubbel zu verstehen ist. Den Kern der Hausgemeinschaft bildet eine 4-er Wohngemeinschaft im Erdgeschoss des Hauses, in der eine Rund-um-die-Uhr Begleitung ermöglicht wird. Das integrative Wohnhaus wurde im Oktober 2009 bezogen.

Die Stiftung Lebenshilfe Münster baute ein Haus mit 20 Wohneinheiten im öffentlich geförderten Wohnungsbau. Private Gelder von Eltern zur Wohnraumbeschaffung wurden aus unterschiedlichen Gründen nicht mit in die Finanzierung integriert. Die Vorbereitung und Realisierung des innovativen Wohnkonzeptes wurde von der Ortsvereinigung und der Stiftung Lebenshilfe Münster kooperativ umgesetzt. Sie arbeiteten zusammen in einer gemeinsamen Planungs-AG und in einer AG zur Baubegleitung. Seit der Fertigstellung des Hauses werden gemeinsame Entscheidungen in enger Absprache miteinander getroffen. Ansonsten gibt es eine eindeutige Aufgabenteilung zwischen der Stiftung Lebenshilfe als Bauträgerin und Vermieterin des Hauses sowie der Ortsvereinigung Lebenshilfe Münster e.V. als Leistungserbringer des ambulant unterstützten Wohnens (vgl. Hoppe o.J., 13).

### **Ziele und Konzeption**

In dem dreigeschossigen Mehrparteienhaus Dauvemühle 1-9 wohnen Menschen mit (vor allem geistiger) und ohne Behinderung unterschiedlichen Alters zusammen und teilen sich als Hausgemeinschaft Gemeinschaftsareale. Die Vielfalt spiegelt sich auch in

den Wohnformen wider. So gibt es Apartments für eine oder zwei Personen (Paare und 2-er WGs), Wohnungen für Familien und Wohngemeinschaften.

Zum Zeitpunkt der Erhebung (August 2010) wohnen 31 Mieter\_innen in 20 individuell gestalteten, barrierefreien Wohneinheiten. Die 4-er Wohngemeinschaft im Erdgeschoss des Hauses stellt eine Besonderheit dar, da sie für Menschen mit einem hohen Hilfebedarf konzipiert wurde. Dieses innovative Wohnsetting ermöglicht Erwachsenen, die bislang primär im stationären Bereich oder in ihren Ursprungsfamilien betreut wurden, eine individuellere Lebensführung im ambulant unterstützten Wohnen.

Der Leitgedanke dieser integrativen Wohnform ist der Wunsch nach einem Zusammenleben in einer vielfältigen, sozial ausgerichteten Hausgemeinschaft. Es wird darauf geachtet, dass die Anzahl der Mieter\_innen ohne Behinderung doppelt so hoch ist, wie die Anzahl der Mieter\_innen mit Behinderung. Durch die nachbarschaftliche Nähe begegnen sich Menschen mit und ohne Behinderung und es sollen sich untereinander soziale Kontakte und gemeinsame Aktivitäten entwickeln.

Gemeinschaftliche Orte, wie die von der Stiftung finanzierte Gemeinschaftswohnung und der Garten, sollen Kommunikation, Kooperation und die Gemeinschaftsbildung fördern. Resultiert daraus eine gegenseitige Nachbarschaftshilfe, wäre das ein Gewinn für alle Parteien. Die Besucher\_innen der Mieter\_innen stellen eine „*Brücke nach außen*“ (Lebenshilfe 2010, 2) dar. Das gemeinschaftliche Wohnen soll selbstverständlich werden und dadurch zum Abbau von Barrieren gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung beitragen (vgl. ebd.). Dies entspricht der Zielsetzung der UN-Konvention „Rechte behinderter Menschen“, die eine gleichberechtigte Teilhabe und die Anerkennung von Menschen mit Behinderung als Bürger\_innen unserer Gesellschaft fordert.

Um ein Leben gemäß den eigenen Wünschen inmitten der Gesellschaft zu führen, nehmen Mieter\_innen mit Behinderungen eine ambulante Unterstützung im Lebensalltag durch einen Anbieter der Eingliederungshilfe ihrer Wahl in Anspruch. Im Rahmen des ambulant unterstützten Wohnens berät und unterstützt der Dienst der Lebenshilfe Münster e.V. die vier Mitglieder der Wohngemeinschaft mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf. Dabei kooperiert er eng mit einem ambulanten Pflegedienst (Ambulante Dienste Münster). Die Unterstützung umfasst eine Nachtbereitschaft und eine Rund-um-die-Uhr Begleitung (24-Stunden) an Wochenenden, bei Krankheit und Urlaub.

### ***Adressat\_innen und Nutzer\_innen***

Zielgruppe des Integrativen Wohnhauses sind primär Menschen mit einer geistigen Behinderung, *„die aufgrund ihrer Schwere ihrer Behinderung oder eines großen Sicherheits- und erhöhten Kontaktbedürfnisses mit den derzeitigen Rahmenbedingungen des Ambulant Unterstützten Wohnens in Münster – auch im Drubbel – nicht auskommen“* (Hoppe o.J., 14). Das Integrative Wohnhaus bietet insbesondere für Menschen mit einer Behinderung, die sich erstmalig für eine selbstständigere Wohnform entscheiden, adäquate Wohnmöglichkeiten im Kontext ambulant unterstützten Wohnens. Das Einzugsgebiet umfasst primär die Stadt Münster.

Die 4-er WG wurde konzipiert für Erwachsene mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und vergleichsweise hohem Hilfebedarf, um ihnen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung außerhalb von Sondereinrichtungen zu ermöglichen. In der Wohngemeinschaft leben derzeit zwei Frauen und zwei Männer, die zwischen 20 und 30 Jahre alt sind. Zwei Bewohner sind Rollstuhlfahrer.

Eine Bewohnerin kann sich sprachlich nicht verständigen, ein anderer äußert sich häufig in Ein- oder Zweiwortsätzen, die für andere nicht immer verständlich sind. Die beiden anderen kommunizieren verbal gut und sehr gerne. Jedoch benötigen alle Bewohner\_innen von den Mitarbeiter\_innen Unterstützung in Interaktionen mit anderen. Sei es, dass sie selbst (zu) wenig auf andere zugehen und Kontakte pflegen, sei es, um sich in engen Sozialbeziehungen oder in öffentlichen sozialen Interaktionen angemessen verständlich zu machen (statt vermeidend oder impulsiv-überschießend zu reagieren), sei es, um als Gesprächspartner\_in zur Verfügung zu stehen oder stellvertretend Kontakte zu knüpfen oder zu halten. Während eine Bewohnerin ihren festen Freund hat, kommuniziert ein anders WG-Mitglied (mit Angelmann-Syndrom) nur körpersprachlich oder mit Hilfe weniger Bilder. Sie nimmt jedoch gerne an Aktivitäten teil, zeigt sich offen gegenüber anderen, sucht Körperkontakt.

So verschieden wie die momentanen Grundstimmungslagen der WG-Mitglieder (von eher bedrückt bis fröhlich) sind auch die Aktivitätsvorlieben und -kompetenzen, z.B. PC- und Internetnutzung, Musik machen und hören, Sporttreiben (insbesondere Schwimmen bei fast allen WG-Mitgliedern) bis zur aktiven Haushaltsführung (selbst Einkaufen oder auch „nur“ den Mülleimer zu leeren). Zwei Mitglieder der Wohngemeinschaft sind im Arbeitsbereich, eines im Förderbereich einer WfbM beschäftigt. Ein weiteres besucht nach einem Unfall eine Rehabilitationsmaßnahme. Mitarbeiter\_innen müssen mit epileptischen Anfällen umgehen, aber auch medizinische Rehamaßnahmen begleiten und unterstützen können. Aufgrund der spezifischen Hilfebedarfe besteht insgesamt die Notwendigkeit einer Rund-um-die-Uhr Betreuung.

Die derzeitigen Mieter\_innen haben alle die Lebenshilfe Münster als Anbieter der Eingliederungshilfe gewählt. Die Nachmietersuche erfolgt in Absprache und enger Kooperation mit den vorhandenen Mieter\_innen und deren Angehörigen. Ebenso geschieht sie unter wirtschaftlichen Notwendigkeiten (vgl. Lebenshilfe 2010, 4).

### ***Merkmale des Wohnens und des Wohnraums***

Das Integrative Wohnhaus liegt in Münster-Kinderhaus in einem ruhigen Wohnviertel in direkter Nachbarschaft zu freistehenden Ein- und Zweifamilienhäusern sowie Mehrfamilienhäusern. Spaziergänge oder Freizeitaktivitäten in der Natur bieten sich durch die direkte Nähe zum Kinderbachtal an. In weniger als 5 Gehminuten sind ein Lebensmittelgeschäft und eine Bäckerei zu erreichen (unter 500 Meter entfernt). Von einer direkt am Haus gelegenen Haltestelle gelangt man mit dem Bus in ca. 20 Minuten in die Innenstadt von Münster und in ca. fünf Minuten in das Zentrum Kinderhaus. Dort befinden sich Ärzt\_innen und Apotheken sowie eine Kirche, eine Poststelle, eine Bank, Einkaufsmöglichkeiten und Cafés (vgl. Lebenshilfe 2010, 1).

Das dreigeschossige Integrative Wohnhaus mit 20 Wohneinheiten unterschiedlicher Größe wird über einen zentralen Hauseingang mit Gegensprechanlage und Aufzug erschlossen. Die 4-er Wohngemeinschaft hat aus Gründen des Brandschutzes zusätzlich einen separaten zweiten Eingang. Allen Hausbewohner\_innen stehen neben der privaten, individuell zu gestaltenden und barrierefreien Wohnung ein gemeinsamer Garten, ein Pflegebad sowie eine Gemeinschaftswohnung zur Verfügung, die für Mietertreffen, unterschiedliche Veranstaltungen und Nutzungen der einzelnen Mietparteien von der Stiftung Lebenshilfe zur Verfügung gestellt wird. Der Garten liegt inmitten der Wohnanlage und ist von den meisten Erdgeschoss-Wohnungen und den gemeinsamen Fluren direkt zugänglich (vgl. Heele-Bökenkötter & Viertel 2011, 11).

Architektonisch fügt sich der moderne Neubau gut in das Straßenbild ein. Große Fenster und breite Flure im Haus vermitteln eine offene und freundliche Atmosphäre. Durch elektrische Türöffner, einen zentralen Fahrstuhl, breite Türen und Flure, einer Gegensprechanlage etc. wurde das Wohnhaus weitestgehend barrierefrei gestaltet.

Für alle Parteien gelten die allgemein üblichen Regelungen des Mieterrechts. Aufgrund der öffentlichen Wohnbauförderung ist ein Einzug in das Integrative Wohnhaus nur mit Wohnberechtigungsschein möglich. Unter diesem Aspekt stellt die Hausgemeinschaft eine homogene Gruppe dar (vgl. ebd.). Bei der Auswahl der Mieter ist *„der Wunsch nach einem Zusammenleben in sozialer Hausgemeinschaft“* (Lebenshilfe 2010, 2) mitentscheidend:

*„Das Geben und Nehmen von Nachbarschaftshilfe innerhalb der Hausgemeinschaft ist in beide Richtungen zu sehen“* (ebd., 2).

Im Haus gibt es zwei Werkmietwohnungen, deren Mietverträge an Unterstützungsleistungen geknüpft sind. Das heißt, dass die Bewohner\_innen der Werkmietwohnungen sich verpflichtet haben, Mitbewohner\_innen mit Behinderung mindestens auf 400-Euro-Basis zu unterstützen. Sie sind als Unterstützungskräfte bei der Lebenshilfe Münster angestellt. Kündigt der/die Bewohner\_in das Arbeitsverhältnis, verliert er/ sie zwangsläufig seine/ ihre Berechtigung, die Werkmietwohnung zu mieten (vgl. Heele-Bökenkötter & Viertel 2011, 11).

Die Wohngemeinschaft befindet sich im Erdgeschoss des Hauses unmittelbar neben dem Pflegebad und der danebengelegenen Gemeinschaftswohnung. Sie besteht aus vier einzelnen Zimmern mit jeweils eigenem Badezimmer sowie einer Küche mit Essbereich zur gemeinschaftlichen Nutzung. Ebenso gemeinschaftlich sind Wohnzimmer, Flur, ein Hauswirtschaftsraum und die Terrasse. Mit Ausnahme einer Einbauküche wird die Wohnung unmöbliert übergeben. Die Gemeinschaftsräume müssen von den Bewohner\_innen zusammen eingerichtet werden. Wie im gesamten Haus, hat auch jede/r Mieter\_in der WG einen eigenen Mietvertrag über sein/ihr Zimmer sowie entsprechend anteilig über die Gemeinschaftsräume der Wohnung. Zwei Zimmer plus Bäder sind rollstuhlgerecht gestaltet (vgl. Lebenshilfe 2010, 4).

### 5.3.1.2 Unterstützungsleistungen

#### **Organisation**

Die Stiftung Lebenshilfe Münster ist Vermieterin und Verwalterin des Hauses. Für Unterstützungsleistungen nehmen die Mitglieder der Wohngemeinschaft einen ambulanten Wohndienst der Eingliederungshilfe und einen ambulanten Pflegedienst ihrer Wahl in Anspruch. Alle müssen sich auf den gleichen Wohn- bzw. Pflegedienst einigen – das gilt auch wenn ein Wechsel gewünscht wird (vgl. Lebenshilfe 2010, 4f.). Die Lebenshilfe Münster e.V. ist derzeit für die ambulante Unterstützung im Wohnen zuständig. Bei Nutzer\_innen mit einer Pflegestufe erbringen die Ambulanten Dienste Münster e.V. in enger Zusammenarbeit mit der Lebenshilfe die Morgen- und Abendpflege.

Das Ambulant Unterstützte Wohnen der Lebenshilfe Münster e.V. kooperiert u.a. mit dem Eigentümer und Vermieter, der Stiftung Lebenshilfe Münster, den Ambulanten Diensten Münster e.V. als Pflegedienst, einem ambulanten Rehabilitationszentrum, den WfbM und Fahrdiensten in der Stadt Münster sowie der örtlichen katholischen Kirchengemeinde St. Josef.

Folgende Leistungen werden von der Lebenshilfe erbracht:

- Assistenz, Begleitung und Beratung im Lebensalltag
- Krisenvorbeugung und -bewältigung
- Freizeitangebote und -begleitung
- Unterstützung bei der Toilettennutzung und tagsüber sowie nachts anfallende Körperpflege
- Haushaltsführung (Einkaufen, Ernährung, Zubereiten von Mahlzeiten, Wäschepflege)
- Mobilitätshilfen in der neuen Lebenssituation, wie z.B. die WfbM, die Infrastruktur aber auch Angehörige und Freunde
- Medizinische Versorgung, wie z.B. die Begleitung zu Arztbesuchen und Verordnungen durchführen
- Übernahme der behördlichen und finanziellen Angelegenheiten (in Rücksprache mit den Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer\_innen)
- Begleitung und Fahrten zu Therapieangeboten und öffentlichen Veranstaltungen
- bei Bedarf: Vermittlung weiterer Hilfsangebote (vgl. ebd., 5).

Die Lebenshilfe leistet keine

- Behandlungspflege
- 1:1-Betreuung über das gegenwärtige Maß hinaus
- Hilfe bei medizinischen Problemen im Rahmen von (teil)stationärem Versorgungsbedarf
- umfassende Hilfebedarfe, die über eine Nachtbereitschaft hinaus gehen
- psychologische und/oder therapeutische Behandlungen bei primären psychischen Erkrankungen oder einer primären Suchterkrankung (vgl. Lebenshilfe 2010, 6).

Zu den Handlungsmethoden der Lebenshilfe gehören die Bezugsassistenz und individuell erstellte Lebens-/Hilfepläne, die unter bestmöglicher Regiekompetenz der Betroffenen angefertigt werden, sowie die Unterstützung Einzelner und von Gruppen (vgl. ebd., 5).

Die Ambulanten Dienste sind zuständig für die pflegerischen und hauswirtschaftlichen Aufgaben in den Morgenstunden und am späteren Abend.

### ***Personal***

In der 4-er WG sind im Kontext des AUW als pädagogische Fachkräfte eine Erzieherin (50%-Stelle), ein Diplom Sozialpädagoge (50%-Stelle), eine Heilerziehungspflegerin (65%-Stelle) und ein Diplom Heilpädagoge (65%-Stelle) angestellt. Als Fachkräfte gelten gemäß des Wohn- und Teilhabegesetzes NRW Sozialpädagog\_innen, Heilpädagog\_innen, Heilerziehungspfleger\_innen, Erzieher\_innen und Pflegekräfte, die mindestens eine 3-jährige Ausbildung abgeschlossen haben. Alle Fachkräfte erbringen zusätzlich Leistungen für eine/n andere/n Nutzer\_in im Integrativen Wohnhaus und sind Ersatzassistent\_innen für eine/n weitere/n. Als Unterstützungskräfte fungieren sechs Mitarbeiter\_innen im Tagdienst. Die Unterstützungskräfte sind geringfügig beschäftigt. Ein Teil der Unterstützungskräfte lebt in Werksmietwohnungen im Wohnhaus. Werksmietwohnungen sind an das Beschäftigungsverhältnis gekoppelt. Weiterhin stehen vier pädagogische Mitarbeiter\_innen für die Nachtbereitschaften zur Verfügung. Unterstützt werden die Mitarbeiter\_innen durch eine Heilerziehungspflegerin im Anerkennungs-jahr. Eine Diplom Sozialpädagogin (10%-Stellenanteil) fungiert als (leitende) Koordinatorin des Teams. Dienstvorgesetzter ist die Leitung des AUW der Lebenshilfe. Die Arbeit der Mitarbeiter\_innen ist am Leitbild der Lebenshilfe orientiert.

Neben der fachlichen Qualifikation gehört ein Bewusstsein für Unterschiede zwischen den ambulanten und gängigen stationären Arbeitsweisen sowie eine Reflexionskompetenz in Bezug auf mitunter differierende Rollenerwartungen zu den Einstellungsvoraussetzungen für pädagogische Fachkräfte.

Die Ambulanten Dienste Münster e.V. setzen insgesamt 13 Mitarbeiter\_innen mit unterschiedlichen Qualifikationen als Persönliche Assistent\_innen ein. Vier Heilerziehungspfleger, ein Heilerziehungspfleger im Anerkennungs-jahr, eine Altenpflegerin, eine Ergotherapeutin, ein Heilpädagoge, eine Heilpädagogin im Studium und drei Sozialarbeiterinnen im Studium kommen in der Wohngemeinschaft zum Einsatz.

## Organisation: Einsatzabsprachen

Montag, Mittwoch-Freitag

Päd. Assistenz																														
Pers. Assistenz																														
	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00												

Dienstag

Päd. Assistenz																														
Pers. Assistenz																														
	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00												

Samstag und Sonntag

Päd. Assistenz																														
Pers. Assistenz																														
	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00												

Abb. 3: Exemplarische Einsatzabsprache der Assistent\_innen für die 4-er WG des Integrativen Wohnhauses, Münster-Kinderhaus der Lebenshilfe Münster

Die Einsatzzeiten der Assistent\_innen richten sich nach dem Bedarfszeiten der einzelnen WG-Mitglieder und variieren von Woche zu Woche. Es gibt also keine festen Arbeitsschichten oder Dienstpläne, sondern flexible Einsatzabsprachen.

Relativ festgelegt sind die Arbeitszeiten der Pflegeassistent\_innen, die jeweils zu zweit in der Frühe (montags bis freitags von 6 bis 8 Uhr) und am späteren Abend (in der Regel von 20 bis 22 Uhr) zu den Mitgliedern der Wohngemeinschaft kommen. Am Wochenende wird das Aufstehen und Frühstücken (von 7 bis 10 Uhr) sowie das Zubettgehen von einer Pflegekraft unterstützt.

In der Regel sind die WG-Mitglieder unter der Woche in der WfbM beschäftigt. Dann leisten die pädagogischen Mitarbeiter ihre Arbeit nachmittags und am Abend. Im Urlaub- und Krankheitsfall sind pädagogische Assistent\_innen von 8 bis 20 Uhr im Einsatz. Das ist zum Beispiel in der Abbildung am Dienstag der Fall, an dem ein/e Bewohner\_in, der/die sich zurzeit einer ambulanten Rehabilitation unterzieht, frei hat. Durchgängig begleitet wird die Wohngemeinschaft auch am Wochenende. An Nachmittagen und Abenden ist immer auch ein/e zweite/r pädagogische/r Assistent\_in anwesend. In den nächtlichen Stunden ist eine Nachtbereitschaft vor Ort.

In der exemplarisch aufgeführten Woche kommt der pädagogische Dienst auf 81 Arbeitsstunden, der Pflegedienst auf 50 Arbeitsstunden, was den relativen Anteilen entspricht.



### **Organisation: Austauschstrukturen**

Die pädagogischen Mitarbeiter\_innen nehmen jede zweite Woche an der Gesamtbesprechung der AUW-Mitarbeiter\_innen der Lebenshilfe Münster teil. Jede zweite Woche findet eine Teamsitzung der pädagogischen Mitarbeiter\_innen der 4-er WG statt. Alle drei Monate gibt es eine gemeinsame Sitzung mit den Pflegeassistent\_innen. Die Mitarbeiter\_innen des Pflegedienstes haben ansonsten ihre eigenen Besprechungsstrukturen. Wie im AUW der Lebenshilfe üblich, werden die pädagogischen Mitarbeiter\_innen regelmäßig supervidiert. Die Kräfte, die auf 400 € Basis arbeiten, nehmen nicht regulär an Teamsitzungen teil.

In Bezug auf die Unterstützung der WG-Mitglieder sind mehrere Dokumentationssysteme im Einsatz: ein Bewohnerbogen (u.a. mit Unterlagen zur individuellen Hilfeplanung und -erbringung); ein Übergabebuch mit aktuellen Informationen zu Absprachen; Aufgaben und Erledigungen; eine Dokumentation für die pflegerelevanten Leistungen (vom Pflegedienst organisiert).

### **Finanzierung**

Die Miete mit Nebenkosten und den Lebensunterhalt bestreiten die einzelnen Mieter\_innen aus der Grundsicherung. Die Unterstützungsleistungen der WG-Mitglieder werden aus Mitteln der Eingliederungshilfe nach §§54 / 55 SGB XII und der Pflegeversicherung finanziert. Die WG-Mitglieder bündeln die Sachleistungen der häuslichen Pflege gemäß SGB XI, §36. Im Einzelfall können weitere oder andere Leistungsträger beteiligt sein

Die Eingliederungshilfemittel setzen sich aus den im üblichen Clearingverfahren bewilligten Fachleistungsstunden für das ambulant betreute Wohnen (Obergrenze des üblichen Umfangs), einer hauswirtschaftlichen und einer Nachtdienstpauschale zusammen. Es wurden auf drei Jahre befristete Einzelfallvereinbarungen geschlossen. Die Fachleistungsstunden müssen zu mindestens 70 % von Fachkräften und dürfen zu 30 % von Nichtfachkräften (Unterstützungskräfte im Sprachgebrauch des Leistungserbringers) ausgeführt werden. Gemäß dem Wohn- und Teilhabegesetz Nordrhein-Westfalen ist eine Nachtbereitschaft vorzuhalten.

Richtschnur für die Kalkulation durch den Leistungsträger sind die Entgelte im stationären Wohnen bei vergleichbaren Hilfebedarfsgruppen.

<b>Sozialleistungen</b>	<b>Bestandteile der Kalkulation</b>
<b>Wohnung und Lebensunterhalt</b>	
Grundsicherung Wohnkosten (warm) Hilfe zum Lebensunterhalt	Miete (inkl. Nebenkosten)
<b>Assistenzleistungen / Wohnassistenz</b>	
Sozialhilfeträger: Eingliederungshilfe (ambulant betreutes Wohnen, Hauswirtschafts- pauschale, Nachtdienstpauschale)	Pädagogische Assistenz (Fachkräfte und Unterstützungskräfte) Nachtbereitschaft Urlaubs-/ Krankheitstage des Klienten (Annahme: 42 Tage)
Pflegeversicherung: Ambulante Sachleistungen nach Pflegestufe	Pflegeassistenz (durch Pflegedienst)

Tab. 2: Kosten und Finanzierung des individuellen Wohnens in der 4-er WG des Integrativen Wohnhauses, Münster-Kinderhaus der Lebenshilfe Münster

### 5.3.2 Wohngemeinschaft des Apartmenthauses in Berlin, Charlottenburg-Wilmersdorf

Nachfolgend wird die Wohngemeinschaft im Apartmenthaus Prinzregentenstraße 24 in Berlin, Charlottenburg-Wilmersdorf näher dokumentiert. Wie im Abschnitt zuvor werden in einem ersten Schritt die Aspekte Wohnraum, Entstehungsgeschichte, Konzeption und Ziele des Wohnprojektes, Adressat\_innen und Nutzer\_innen sowie Merkmale des Wohnens und des Wohnraums näher in den Blick genommen. Im zweiten Schritt liegt der Fokus auf den Unterstützungsleistungen (Organisation, Personal und Finanzierung).

#### 5.3.2.1 Wohnraum

##### ***Entstehungsgeschichte***

Der Unternehmensverbund Lebenswege ist seit 1998 Träger von Wohnangeboten der Eingliederungshilfe für Menschen mit körperlicher, geistiger oder mehrfacher Behinderung in Berlin. Das Apartmenthaus Prinzregentenstraße im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf ist im Jahr 2009 das fünfte ambulante Wohnprojekt der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH, die zu dem Unternehmensverbund gehört. Mit der Eröffnung eines ersten Apartmenthauses 2006 im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg sammelte der Träger erstmals Erfahrungen mit einer finanzierten Nachtwache in einer ambulanten Wohnform. Die Pflegeversicherung lässt seit 2008 ein Poolen der Leistungen zu, sodass elf Menschen mit nächtlichem Pflegebedarf, die in dem Haus wohnen, gemeinsam eine Nachtwache finanzieren können. Vor 2008 war dieses nur durch individuelle Einzelabrechnungen mit der Pflegekasse bzw. mit dem Sozialhilfeträger

möglich. Der Träger entschloss sich daraufhin, eine solche Wohnmöglichkeit auch für Menschen zu schaffen, die mehrfach behindert sind, als schwer geistig behindert gelten und Kommunikationseinschränkungen oder Verhaltensauffälligkeiten zeigen – also Menschen mit hohem Hilfebedarf. Mit dem Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget ließ sich diese Idee umsetzen. Ursprünglich war ein Gebäude mit 20 Apartments geplant (5 Etagen mit je vier Wohnungen). Die Pläne wurden 2008 so verändert, dass in einer der Etagen nicht vier Wohnungen, sondern eine Wohngemeinschaft mit drei individuellen Bereichen und einem Gemeinschaftsbereich entstanden ist.

Wie fanden die heutigen WG-Mitglieder zueinander? Frau B. wohnte seit 10 Jahren in einer stationären Wohneinrichtung desselben Trägers. Ihre Mutter hatte sich immer sehr gewünscht, dass sie in eine ambulante Wohnform zieht, da sie sich für ihre Tochter eine individuellere Wohnform in einer kleineren Gruppe in einer zentraleren Lage wünschte. Im Wohnheim lebte Frau B. mit sieben anderen Menschen in einer Gruppenwohnung. Ihre Mutter versprach sich mehr Aktivitäten und Aufmerksamkeit für den Einzelnen in der WG. Die Eltern der drei heutigen WG-Mitglieder kennen sich schon recht lange und hatten immer schon ähnliche Vorstellungen vom späteren Wohnen ihrer Kinder. Die Mutter von Frau B. sprach die Eltern von Herrn B. und Frau E., die auf der Suche nach einer Wohnalternative für ihre erwachsen gewordenen Kinder waren. Herr B. hatte vorher in einer Wohneinrichtung für Kinder- und Jugendliche gelebt. Frau E. lebte bei ihren Eltern und besuchte noch die Schule. Im September 2009 zogen die drei in die gemeinsame Wohnung ein (vgl. Wenzel 2011, 47).

### **Ziele und Konzeption**

Seit Sommer 2009 existiert das ambulant betreute Wohnangebot für Menschen mit hohen und besonderen Hilfebedarfen. Es handelt sich um eine Dreier-Wohngemeinschaft in einem sechsstöckigen Apartmenthaus, in dem weitere 16 Menschen mit vorwiegend körperlicher Behinderung in Einzelappartements leben, die Leistungen der Persönlichen Assistenz und/oder des Betreuten Einzelwohnens in Anspruch nehmen.

In der Konzeption der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH heißt es:

*„Voraussetzung für die Leistungserbringung ist die Annahme, dass bei allen drei Mieter/-innen eine Unterstützung 24 Stunden am Tag und an sieben Tagen in der Woche unstreitig ist. Sämtliche Verrichtungen müssen vollständig übernommen bzw. mit umfangreicher Assistenz begleitet werden.“*

### **Adressat\_innen und Nutzer\_innen**

Bis zum Einzug in die WG lebten alle drei WG-Bewohner\_innen in stationären Wohneinrichtungen. Alle drei Mitglieder gelten als schwer geistig behindert und kommunizieren mimisch, mit Gestik und durch direkten Körperkontakt. Niemand von ihnen kann sich (quasi-)sprachlich mitteilen. Ein WG-Bewohner sowie eine WG-Bewohnerin sind Rollstuhl-Benutzer/in, alle drei haben die Fähigkeit, sich selbständig in der Wohnung zu bewegen und sie haben die Möglichkeit zueinander Kontakt

aufzunehmen. Eine WG-Bewohnerin bedarf aufgrund herausfordernden Verhaltens einer besonderen Aufmerksamkeit. Alle Bewohner\_innen besuchen tagsüber eine Fördergruppe unterhalb des Arbeitsbereichs einer WfbM.

Um eine bessere Vorstellung von den WG-Mitgliedern und deren Hilfebedarf zu bekommen, werden sie im Folgenden noch etwas näher vorgestellt:

#### *Frau B.*

Frau B. ist Anfang 30, nutzt einen Rollstuhl und ist gehörlos. Eine Kommunikation mit Hilfe der Gebärdensprache ist nicht möglich. Frau B. wird aus sich heraus wenig aktiv, schaut aber gerne anderen zu und beteiligt sich, wenn sie in das Geschehen eingebunden wird, wenn sie dabei sein kann. Sie hat eine Vorliebe für das Element Wasser: Manchmal lässt sie sich einfach am Waschbecken warmes Wasser über die Hände laufen, sie badet und schwimmt sehr gerne. Frau B. wirkt insgesamt zufrieden und fröhlich. Sie lacht oft. Eine Mitarbeiterin äußert, dass der Grund des Lachens jedoch oft nur schwer zu begreifen ist, da sie auch manchmal lacht, wenn sie gerade gar nichts macht. Wenn ihr etwas nicht gefällt, zeigt sie ihre Ablehnung sehr deutlich, mitunter auch handgreiflich.

#### *Herr B.*

Herr B. ist Anfang 20 und bewegt sich ebenfalls mit dem Rollstuhl fort. Er kommuniziert ausschließlich nonverbal. Hilfsmittel der unterstützten Kommunikation nutzt er nicht, seine Eltern hatten dies in der Vergangenheit probiert. Er kann er mitteilen, ob er jetzt auf etwas Lust hat oder nicht. Wenn es ihm nicht gut geht, wenn er müde oder nicht gut gelaunt ist, produziert er hohe Stimmgeräusche und weist mitunter andere auch schroff zurück. Herr B. lebt sehr von Kontakten. Ein ständiger Wechsel von Bezugspersonen ist für ihn anstrengend. Er nimmt auch von sich heraus den Kontakt zu Menschen auf und sucht dabei vor allem Körperkontakt, greift nach und spielt mit den Händen seines Gegenübers. Grundsätzlich gilt er als ein sehr zufriedener Mensch. Herr B. macht sehr gerne Musik, produziert gerne verschiedene Klänge mit Instrumenten (Schellenring, Trommeln und ähnliches) und tanzt gerne zu Musik. Er mag auch sehr gerne Wasser. Er fährt manchmal einfach ins Bad herein, wäscht sich die Hände und spielt mit dem Wasser. Außerdem geht er sehr gerne schwimmen.

#### *Frau E.*

Frau E. hat das Angelman-Syndrom und ist mit 20 Jahren die Jüngste in der WG. Sie kann laufen, ist sehr aktiv und bewegt sich fast ununterbrochen. Viele Gefahren erkennt sie nicht und manchmal verhält sie sich grenzüberschreitend. Verbal kann Frau E. sich nicht äußern. In der Schule wurde die Gebärdensprache gefördert. Sie beherrscht ca. 20 Zeichen, die sie auch angemessen zu verwenden weiß. Ihre Mutter bezeichnet sie als „*Augenblicks-Erlebnis-Mensch*“ (5-02-I-SO Seg.. 655-672), sie freut sich oft an dem Ort, am dem sie gerade ist, über das, was gerade passiert oder ansteht. Sie genießt das Beisammensein mit Gleichaltrigen, ist sehr gerne draußen und liebt es, mit Wasser zu spielen. Sie mag vieles, was Krach macht, und wenn man mit ihr abends unterwegs

ist, dann ist sie fasziniert von den vielen Lichtern auf der Straße. Das Größte für sie ist es, mit der U-Bahn oder dem Bus zu fahren.

Frau E. drängt oft darauf, dass jemand etwas mit ihr macht, und zeigt sich dabei als sehr durchsetzungsfähig. Manchmal tut sie selbständig außergewöhnliche Dinge, z. B. angezogen warm zu duschen. Für Frau E. ist es sehr wichtig, in einer sicheren, harmonischen Struktur zu leben. Kommt es zu Spannungen oder zu einer anhaltenden Situation, in der sie sich unwohl fühlt, so reagiert ihr Körper, erkrankt ihre Haut (vgl. Wenzel 2011, 50ff.).

### ***Merkmale des Wohnens und des Wohnraums***

Der Träger hatte in verschiedenen Berliner Stadtteilen mehrere Jahre gesucht, um einen innerstädtischen Standort mit guter Infrastruktur, Einkaufs- und Naherholungsmöglichkeiten zu finden.

*„Als uns dann der Standort Prinzregentenstraße angetragen wurde, da haben wir gar nicht lange gezögert, weil die Prinzregentenstraße ist perfekt“ (5-02-I-AN Seg. 14).*

Das neu errichtete Gebäude besteht aus drei Bauabschnitten: einem gewerblichen Bereich (dort befindet sich ein Ärztehaus, Apotheken, Gastronomie u. ä.), einem Bereich mit Wohnangeboten für Menschen mit Demenz, und einem dritten Bereich, in welchem sich das Apartmenthaus mit der Wohngemeinschaft befindet. Im Erdgeschoss des Apartmenthauses wurde 2011 ein Haus- und Nachbarschaftstreff eingerichtet (vgl. Wenzel 2011, 46f.).

Das Haus ist mit einem Aufzug und funkgesteuerten Automatiktüren ausgestattet, es gibt ein drahtloses Haus- und Notrufsystem, die Beleuchtung der Flure erfolgt über Bewegungsmelder. Die 3 Apartments der Wohngemeinschaft sind zwischen 35 und 41 qm groß, verfügen jeweils über ein barrierefreies Duschbad und ein Deckenliftsystem. Eine Wohnküche (29 qm) mit barrierefreier Küchenecke wird gemeinschaftlich genutzt. Vor dem Einzug wurde ein Budget zur Verfügung gestellt, um die Gemeinschaftsareale gemeinsam auszustatten und zu gestalten.

### **5.3.2.2 Unterstützungsleistungen**

#### ***Personal***

Ein Team von pädagogischen Assistenten\_innen (2 Heilerziehungspfleger ergänzt um 1 Freiwillige im Sozialen Jahr) und ein Team von sieben Pflegeassistent\_innen unterstützt die Wohngemeinschaft. Die pädagogischen Assistent\_innen sind bei der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH, die Pflegeassistent\_innen bei dem ambulanten Pflegedienst des übergreifenden Trägers Lebenswege Berlin gGmbH beschäftigt. Die alltäglichen Aufgaben in der WG werden von den pädagogischen Assistenten und Pflegeassistent\_innen gleichermaßen erledigt. Die pädagogischen Assistent\_innen haben noch zusätzliche Aufgaben, wie die Organisation des Alltags der einzelnen Bewohner\_innen (beispielsweise Freizeitaktivitäten, Therapien oder Treffen mit Freunden), die Zusammenarbeit mit Angehörigen, mit den Beschäftigungsorten

(Tagesstätten) und die Erstellung, Umsetzung und Dokumentation der Hilfeplanung. Das persönliche Budget wird von Angehörigen (rechtliche Betreuer\_innen) verwaltet. Einstellungsvoraussetzungen für die pädagogischen Mitarbeiter\_innen sind neben einer mindestens 3-jährigen Fachschulbildung (Heilerziehungspfleger\_innen, Erzieher\_innen) ein klar erkennbares Interesse an und möglichst auch Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit schwerer Behinderung. Der Leitung ist es wichtig, dass die Mitarbeiter\_innen die Arbeitsmethoden „aktives Zuhören“ und „Beobachtung“ anwenden und sich mit ihnen identifizieren können. Die Pflegeassistenten müssen eine knapp 70-stündige Erstqualifizierung im Rahmen der Aufnahme der Tätigkeit beim Pflegedienst durchlaufen.

Die Pflegeassistent\_innen werden von einer Pflegefachkraft und einem Sozialarbeiter des Pflegefachdienstes angeleitet und koordiniert. Für die pädagogischen Assistent\_innen gibt es eine Koordinatorin des Appartementhauses Prinzregentenstraße, die der Wohnbereichsleitung des Trägers unterstellt ist.

### Organisation: Einsatzabsprachen

montags-freitags

Päd. Assistenz														fr.													
Pers. Assistenz														fr.													
	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00									

samstags

Päd. Assistenz																										
Pers. Assistenz																										
	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00								

sonntags

Päd. Assistenz																										
Pers. Assistenz																										
	06:00	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00								

Abb. 4: Modale Einsatzabsprache der Assistent\_innen für die 3-er WG des Wohnhauses Prinzregentenstraße, Berlin-Wilmersdorf der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH Berlin (Pflegeassistentenz wird als persönliche Assistenz bezeichnet)

Innerhalb der Wohngemeinschaft sind montags bis freitags jeweils zwei Pflegeassistent\_innen von 6 bis 8 Uhr anwesend, ab 15 Uhr (freitags schon ab 14Uhr) ein/e Pflegeassistent\_in sowie ein/e pädagogische/r Assistent\_in. Der/die pädagogische Assistent\_in bleibt bis um 21:30 Uhr, der/die Pflegeassistent\_in bis um 22:30 Uhr und wird dann von der Nachtwache abgelöst. Die Nachtwache wird durch einen Pflegehelfer des Pflegedienstes sichergestellt, der von einer Pflegefachkraft angeleitet wird.

Am Wochenende wird die Nachwache morgens zwei Stunden später abgelöst, also erst um acht Uhr. Zwei Pflegeassistent\_innen übernehmen dann bis 15 Uhr die Begleitung, die spätere Assistenzzeiten sind wie wochentags paritätisch besetzt. In einer Modal-Woche kommt der pädagogische Dienst auf 47 Arbeitsstunden, der Pflegedienst 98 Arbeitsstunden.

Ein Teil der Mitarbeiter\_innen des Pflorgeteams assistieren zusätzlich (den Rest ihrer Arbeitsstunden) anderen Hausbewohner\_innen, die in Apartments leben. Die Nachwache wird insgesamt von elf Hausbewohner\_innen benötigt, darunter den drei WG-Mitgliedern.

Wenn ein WG-Mitglied krank wird und wochentags zu Hause ist, muss eine Betreuung zwischen 8 und 15 Uhr organisiert werden. Laut Mitarbeiter\_innen konnte bislang aufgrund der Flexibilität der Pflegeassistent\_innen immer schnell telefonisch geklärt werden kann, wer diese Zeit übernimmt. Falls einmal niemand aus dem Team Zeit hat und einspringen kann, könnten außerdem andere Mitarbeiter\_innen aus dem Haus gefragt werden, die Rufbereitschaft könnte geholt werden und im äußersten Notfall würden auch die Eltern der drei WG-Mitglieder aushelfen. Bis jetzt gab es aber noch nie Probleme. Auch plötzlich notwendige Einsatzzeiten konnten stets innerhalb des Teams geregelt werden.

### ***Organisation: Austauschstrukturen***

Für den Austausch zwischen den Mitarbeiter\_innen gibt es getrennte Teamsitzungen des Pflegedienstes (alle 6 Wochen) und der pädagogischen Mitarbeiter\_innen (14-tägig). Seit Beginn des Wohnprojekts treffen sich zusätzlich die Pflegeassistent\_innen und die pädagogischen Assistent\_innen alle sechs Wochen (und nach Bedarf öfter) zu der Sitzung des Pflorgeteams, um Fragen und Anliegen mit und zwischen beiden Teams zu besprechen.

Zusätzlich werden Supervisionen angeboten. Außerdem gibt es einen psychologischen Dienst und die Mitarbeiter\_innen können sich jederzeit an eine Pflegefachkraft oder den Sozialarbeiter wenden, falls es ein Problem mit einem/r Nutzer\_in gibt. Dieses wird dann sofort geklärt, sodass die Mitarbeiter\_innen sich unterstützt und aufgehoben fühlen.

### ***Finanzierung***

Die Wohngemeinschaft wird über die Grundsicherung (Wohnungskosten (warm); Hilfe zum Lebensunterhalt) und einen Mix aus Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53, SGB XII und der Hilfe zur Pflege nach § 61 ff SGB XII sowie aus Leistungen der Pflegeversicherung nach § 36 SGB XI finanziert. Für jede/n Bewohner\_in werden die Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege zu einem Persönliches Budget zusammengefasst und ausbezahlt (s. Tab. 3). Die pflegerischen Leistungen werden als Sachleistungen direkt zwischen dem beteiligten Pflegedienst und der Pflegekasse abgerechnet. Die Abrechnung wird durch eine Berlin spezifische Vereinbarung (Leistungskomplex 32) erleichtert, die es bei Menschen mit sehr hohem

und vielfältigem Hilfebedarf erlaubt, stundenbezogen Assistenzzeiten abzurechnen statt verrichtungsbezogene Einzelleistungen aufzuaddieren. Außerdem nehmen die WG-Mitglieder Leistungen der häuslichen Pflege (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung) gemeinsam als Sachleitung in Anspruch (SGB XI § 36).

<b>Sozialleistungen</b>	<b>Bestandteile der Kalkulation</b>
<b>Wohnung und Lebensunterhalt</b>	
<i>Grundsicherung</i>	Miete (inkl. Nebenkosten)
Wohnkosten (warm)	Wirtschaftsgeld der WG für täglichen Bedarf
Hilfe zum Lebensunterhalt	
<b>Assistenzleistungen / Wohnassistenz</b>	
<i>Persönliches Budget beim Sozialhilfeträger:</i>	Pflegeassistenz (durch Pflegedienst)
Betreutes Wohnen (Eingliederungshilfe)	Pädagogische Assistenz
Hilfe zur Pflege	Nachtwache
<i>Pflegeversicherung:</i>	Urlaubs-/ Krankheitstage des/der Nutzer_in (Annahme: 40 Tage)
Ambulante Sachleistungen bei häuslicher Pflege (nach Pflegestufe)	Praktikant_in / Freiwilligendienst
	Auslastungsgrad (Anzahl der Tage ohne Assistenzleistungen)

Tab. 3: Kosten und Finanzierung des individuellen Wohnens in der 3-er WG des Apartmenthauses Prinzregentenstraße, Berlin-Wilmersdorf der Lebenswege Wohnprojekte gGmbH Berlin

Wie diese Finanzierungsform entstanden ist und kalkuliert wird, wird im Folgenden umrissen:

Als erster Schritt wurde mit dem örtlichen Sozialhilfeträger eine Obergrenze für seine monatlichen Aufwendungen ermittelt. Diese Obergrenze ergibt sich aus den Kosten für vergleichbare Hilfen in einer stationären Wohneinrichtung bei der angenommenen Hilfebedarfsgruppe des/der Bewohner\_in. Die ermittelte Obergrenze ist die Ausgangsbasis, von welcher nun noch bestimmte Finanzierungsanteile abgezogen werden: Pauschalbetrag für die Kosten der Unterkunft, Pauschalbetrag für die Grundsicherung, ein Mehrbedarfzuschlag sowie der Kostenanteil der Pflegekasse beim stationären Wohnen. Der dann übrig bleibende Betrag ist die monatliche Belastung, die tatsächlich maximal für den Sozialhilfeträger entstehen darf. Die Kosten für das Wohnprojekt sind so kalkuliert, dass dieser Betrag (im Durchschnitt der 3 Bewohner\_innen) nicht überschritten wird.

Aufbau der Kostenkalkulation: Das Assistenzkonzept sieht die Anwesenheit von zwei Mitarbeiter\_innen in der 3-er WG vor: werktags von sechs bis acht Uhr sowie ab 15 Uhr bis zum Nachtdienst und am Wochenende ganztags. Für diese Betreuung wurden die entsprechenden Kostenbestandteile ermittelt (die Aufwendungen für die Pflegeassistent\_innen über die Pflegeversicherung sowie Hilfe zur Pflege und die für die



pädagogischen Mitarbeiter\_innen über die Eingliederungshilfe). Außerdem kommen die anteiligen Kosten für die Nachtwache (1,9 VK-Stellen) hinzu, die sich die drei WG-Bewohner\_innen mit acht anderen Assistenznehmer\_innen im Haus teilen. Die WG-Mitglieder beteiligen sich mit jeweils einer Pauschale von 30 € pro Nacht. Auch für Urlaubs- und Krankheitstage der in der WG wohnenden Menschen werden zusätzliche Assistenzzeiten kalkuliert, da an diesen Tagen auch werktags zwischen acht und 15 Uhr eine Begleitung notwendig ist. Für die Kosten, die aus diesem Grund anfallen, wird pauschal von 30 Urlaubstagen und 10 Krankheitstagen pro Jahr und je WG-Bewohner\_in ausgegangen.

Abgezogen werden Tage, an denen jemand keinerlei professionelle Assistenzleistungen in der Wohngemeinschaft in Anspruch nimmt (z.B. bei Angehörigen sich aufhält, verreist ist) und somit auch kein Entgelt gezahlt werden muss. Dieser Auslastungsgrad wurde auf 95% festgelegt, was ca. 11 Abwesenheitstagen im Jahr entspricht.

Die Kosten für den Sozialhilfeträger bewegen sich auf einem Niveau, welches mit dem Kosten für eine stationäre Einrichtung vergleichbar ist. Mit einer geringfügigen Abrundung wurde die Finanzierung im Rahmen individueller persönlicher Budgets vom Bezirksamt, dem in Berlin zuständigen Sozialhilfeträger, genehmigt.

### **5.3.3 Ambulant betreutes genossenschaftliches Wohnen in Leichlingen**

Leichlingen ist eine Kleinstadt mit 28.000 Einwohnern in der Nähe von Solingen. Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung, die von zuhause ausziehen wollten, haben sich dort in dem Verein „Mittendrin“ organisiert, um gemeinsam vor Ort Wohnmöglichkeiten zu schaffen. Aufgrund des Ausbaustopps für stationäre Heime in Nordrhein-Westfalen galt es, eine belastbare und auf Dauer angelegte ambulant unterstützte Wohnalternative zu entwickeln. Die Elterngruppe wandte sich an den Spar- und Bauverein Leichlingen EG, eine Wohngenossenschaft mit insgesamt 844 Wohnungen in Leichlingen. Diese Genossenschaft errichtete mit Mitteln der öffentlichen Wohnbauförderung ein Haus mit 8 Einzelapartmentwohnungen (inkl. Pantryküche) und Gemeinschaftsarealen (Wohnzimmer, Küche) für eine Wohngemeinschaft (WG) und zusätzlich 2 Zwei- und 2 Dreizimmerwohnungen. Zur WG gehören eine Terrasse, ein Hausgarten und ein Fitnessraum im Keller. Das Wohnhaus liegt mitten in einer Nachbarschaft mit 600 Genossenschaftswohnungen in der Nähe von Geschäften für den täglichen Bedarf, einer Bushaltestelle und nicht weit vom Stadtzentrum entfernt.

Um Mitglieder der Genossenschaft zu werden, mussten die jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung eine einmalige Einlage von 780 € aufbringen. Als Genossenschaftler mieten sie jeweils eine Wohnung im Rahmen der vom Sozialamt akzeptierten Konditionen. Die ambulante Unterstützung (pädagogischer Dienst und ggfs. Pflegedienst) wird von der Ev. Stiftung Hephata geleistet, die ein Büro und eine Anlaufstelle im Haus unterhält. Von allen WG-Mitgliedern werden die Fachleistungsstunden für das ambulant betreute Wohnen (Eingliederungshilfe) addiert, um aus dieser Summe die Begleitung im Wohnalltag zu organisieren. Auch die Nachtbetreuung muss aus diesem Topf finanziert werden. Es gab ein Jahr eine Nachtbereitschaft, die aber

nicht genutzt wurde. Seitdem gibt es nachts lediglich eine Rufbereitschaft. Zurzeit nimmt kein WG-Mitglied Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch. Unter der Woche arbeiten die Bewohner tagsüber und sind nicht im Haus. Die Begleitung ist im Schichtdienst organisiert, es gibt einen Früh- und einen Spätdienst. Jedes WG-Mitglied hat einen Bezugsbetreuer. Es gibt eine feste Struktur in der WG (z.B. einen Waschplan) und daneben individuelle Termine. Es können nicht alle Klient\_innen ihren jeweiligen Urlaub nacheinander nehmen, das wäre personell nicht zu begleiten.

Der Kontakt zur Ev. Stiftung Hephata kam über die örtliche Kirchengemeinde zustande. Hephata hat einen Fachberater für regionale Entwicklung, der für den Aufbau neuer Wohnprojekte zuständig ist. Interessenten, Initiativen kommen auf den Fachberater zu und dann wird gemeinsam ein passendes Wohnkonzept entwickelt und umgesetzt. Die Stiftung wird also erst auf Anfrage als Projektentwickler aktiv. Die Elterninitiative, Hephata und der Kostenträger verfolgen das gleiche Ziel, sind aber rechtlich unabhängig voneinander. Wenn etwas nicht klappt, können untereinander keine Ansprüche geltend gemacht werden. Der Verein „Mittendrin“ ist für die Öffentlichkeitsarbeit und Integration im Ort, Neuanfragen, die Vertretung der Angehörigen sowie evtl. Freizeitangebote zuständig.

Das Genossenschaftswohnen hat einige Vorteile:

- Als Mitglied in der Genossenschaft, hat man Anspruch auf eine Wohnung und hat für diese dann einen Dauernutzungsvertrag, der von Seiten der Genossenschaft unkündbar ist. In dem Haus für Menschen mit geistiger Behinderung gilt dieser Dauernutzungsvertrag jeweils für ein Apartment sowie 1/8 der Gemeinschaftsflächen.
- Dieser Dauernutzungsvertrag beinhaltet auch, dass bei Bedarf der Wohnraum barriereärmer gestaltet werden muss, um ihn weiterhin nutzen zu können. Eine unentgeltliche Wohnberatung für eventuelle Veränderungsbedarfe gibt es innerhalb der Genossenschaft.
- Der Vertrag mit der Genossenschaft beschränkt sich ausschließlich auf das Wohnen. Davon getrennt sind Pflichten von ambulanten Wohn- und Pflegediensten.
- Handwerkerarbeiten werden innerhalb der Genossenschaft übernommen.
- Es gibt einen Mieterbeirat, an den sich jede/r Mieter\_in wenden kann, wenn etwas nicht stimmt oder Unterstützung benötigt wird (Ansprechpartner). Dieser Mieterbeirat sitzt einmal pro Monat zusammen, um Anliegen zu besprechen. Er ist ein Forum und stärkt den Gemeinschaftssinn.
- Die Wohngenossenschaft stellt sich dem demografischen Wandel und ihrer sozialen Verantwortung. Sie hat ein Haus für Senioren aufgebaut mit einem Nachbarschaftstreff, einer Gästewohnung, die es leichter macht, Besuch von außerhalb zu empfangen, und einer Wohngemeinschaft für dementiell erkrankte Menschen. Die Genossenschaft vermittelt Unterstützung und arbeitet für eine gute Nachbarschaft, in der dann auch oft Nachbarn Bescheid geben, wenn irgendwo etwas nicht in Ordnung scheint, sodass die Genossenschaft reagieren und Unterstützung anbieten kann.

## 5.4 Evaluation der Wohn- und Unterstützungsarrangements

### 5.4.1 Wohngemeinschaft des Integrativen Wohnhauses in Münster-Kinderhaus

#### 5.4.1.1 Planung und Umsetzung

##### **Anstoß und Umsetzung**

Das Wohnprojekt wurde insbesondere von einem Vorstandsmitglied, der Geschäftsführung der örtlichen Lebenshilfevereinigung sowie einen Elternkreis, der auch für seine Kinder ambulant unterstütztes Wohnen realisiert haben wollte, angestoßen und mit langen Abend und hohem Engagement vorangetrieben. Die Eltern wollten unbedingt eine Alternative zum stationären Wohnheim haben:

*„Seit Jahren suchen wir so was“ (5-01-I-SO 01:22).*

*„Ich hätte mich sehr schwer getan mit einer stationären Einrichtung“ (Eltern, B2 1/1).*

*„Ambulantes, also solange ich noch lebe und fit bin. Ich möchte, dass meine Tochter [bestimmt] was sie macht. Und wenn das stationär ist, ist das schon mal irgendwie eingeschränkt“ (5-01-I-SO 02:00).*

Die Umsetzung hat wegen des Neulands, das beschritten wurde, lange gedauert und wäre ohne den Zuspruch aus der Politik, dem Leistungsträger, den Menschen die einziehen wollten, und der Stiftung Lebenshilfe als Investor und Finanzier nicht möglich gewesen. Das Funktions- und Raumprogramm wurde auch nach Einwänden der begleitenden Planungsgruppe mehrfach verändert (5-01-I-AN 08:06).

##### **Neue Planungsfragen**

Mit dem Projekt sind zwei neuartige Fragestellungen für die Planung verbunden:

1. Wie kann eine Hausgemeinschaft funktionieren, in die geistig behinderte Menschen mit geringem und hohem Hilfebedarf integriert sind?

Es wurde festgelegt, dass die Hausgemeinschaft sich zu einem Drittel aus Menschen mit Behinderung und zu zwei Dritteln aus Menschen ohne Behinderung zusammensetzen sollte. Eine Gemeinschaftswohnung und ein gemeinsamer Garten wurden eingerichtet, um Aktivitäten und die Bildung einer Hausgemeinschaft zu fördern (stiftungsfinanziert). Wegen der Wohnbauförderung müssen alle Mieter\_innen über einen Berechtigungsschein vom Sozialamt verfügen. Voraussetzung für den Einzug war das Interesse an einer Nachbarschaft zu Menschen mit Behinderung.

2. Wie sollen Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf ambulant unterstützt werden?

Es geht um eine Anpassung des ambulant betreuten Wohnens an die Möglichkeiten und Bedürfnisse der Nutzer\_innen ohne das sich stationäre Gewohnheiten einschleichen (vgl. 5-01-I-AN 02:16).

Ein derartiges Unterstützungsarrangement war nur im Rahmen einer Wohngemeinschaft möglich, die aus vier Personen mit hohem, aber unterschiedlich gelagertem Unterstützungsbedarf zusammen gesetzt sein sollte, um einen kulturell üblichen Wohnalltag durch gegenseitige Anregung zu ermöglichen. Zwei Zimmer inklusive Bäder in der WG sind für Rollstuhlnutzer ausgelegt. Die Mitbestimmungsmöglichkeit der WG-Mitglieder bei der Auswahl war beschränkt.

### **Wahl des Wohnquartiers**

Eine aufgeschlossene Kirchengemeinde bot das Grundstück in Erbpacht an. Diese Gelegenheit wurde genutzt, weil es sich um einen Stadtteil handelt, *„in dem sehr viel in Bewegung ist“* (5-01-I-AN 04:49). Versorgungsstrukturen für den täglichen Bedarf sind fußläufig erreichbar, eine Bushaltestelle befindet sich unmittelbar vor dem Haus. Es sei ein guter Stadtteil, so die Eltern, von denen zwei dort seit langen Jahren leben. Gelobt wird die gute Verkehrsanbindung in die Stadt, das Erholungsgebiet vor der Haustür (Landschaftsschutzgebiet), der Garten:

*„Ein kleines bisschen Luxus haben die schon mal hier“* (5-01-I-SO 1:20:24).

### **5.4.1.2 Organisation der Unterstützungsleistungen**

#### **Aufgabe der ambulanten Unterstützung**

Im Gegensatz zum stationären Wohnen gibt es keine umfassende Personensorge im ambulant unterstützten Wohnen, so die Geschäftsführerin. Gleichzeitig haben die Mitarbeiter einen Schutzauftrag. Sie *„arbeiten mit Menschen, die einen sehr hohen Hilfebedarf haben, die bestimmte Sachen erstens nicht alleine können und zweitens auch nicht abschätzen können“* (5-01-I-AN 1:04:30). Sie haben Verantwortung, ohne aber in die Totalversorgung zu gleiten. Ambulante Unterstützung ist kein *„Rundumsorglos-Paket“* (5-01-I-AN 1:39:57).

*B1: „Trotzdem arbeiten wir aber mit Menschen, die einen sehr hohen Hilfebedarf haben, die bestimmte Sachen erstens nicht alleine können und zweitens auch nicht abschätzen können. Und da [...] so eine Gradwanderung hinzukriegen, zu sagen, wir sind hier nicht so eine super Vollversorgungsnummer – aber wir sind trotzdem verantwortlich und haben einen Blick darauf und werden entsprechend die Zuständigen benachrichtigen, wenn wir sehen, dass da oder da oder da irgendetwas ist, was vielleicht getan werden könnte. Also Sie kriegen ein anderes Profil in der Arbeit, das ist ambulant unterstütztes Wohnen in einer ganz besonderen Form, aber es ist, hat definitiv deutliche Differenzen zum Stationären. [...]*

*B2: Und das ist schwieriger, es ist komplizierter in der Praxis als die beiden anderen Produkte [...] das ist schwieriger als das rein Stationäre, es ist schwieriger als das klassisch Ambulante, es ist, man bewegt sich irgendwie in einem neuen Feld. Und das ist im Umgang einfach komplizierter erstmal, zumindest in der Phase, in der wir jetzt noch sind, in der Erprobungsphase. Jetzt haben wir unsere, viele Erfahrungen ja schon gemacht und werden auch Stück für Stück immer besser“* (5-01-I-AN 1:04:30f).

## **Bewertung der Finanzierung**

Für die Leitungskräfte ist der Mix aus Grundsicherung, Nachteilsausgleich (Eingliederungshilfe) und Pflegeversicherung zukunftsweisend. Drei der vier WG-Mitglieder benötigen dauernd eine Kontaktperson, ein Bewohner kommt ohne dauernde Begleitung aus.

Die Kalkulation ging von dem konkreten Hilfebedarf der tatsächlich einziehenden WG-Mitglieder aus. In einem Fall ist auch eine Berufsgenossenschaft an der Finanzierung beteiligt. Um eine ausreichende Assistenz tagsüber und nachts zu gewährleisten, muss die WG mindestens vier Mitglieder haben.

Die Leitung ist mit der Finanzierung in der noch befristeten Modellphase zufrieden. Sie äußert den Wunsch, dass der Leistungsträger ein Baukastensystem für Anbieter entwickelt, zum Beispiel mit Nachtpauschalen, um Planungen zu vereinfachen.

Positiv wird bewertet, dass es sich beim Vermieter und den Anbietern des pädagogischen und pflegerischen Dienstes jeweils um unterschiedliche juristische Personen handelt, die WG-Mitglieder als Mieter und Nutzer von Unterstützung unterschiedliche verlässliche Ansprechpartner haben.

## **Pädagogische Assistenz**

Der Anbieter erwartet von pädagogischen Mitarbeiter\_innen, dass sie sich mit dem Unterstützungsmodell identifizieren, d. h. eine Sensibilität dafür haben, dass es sich um ambulant unterstütztes Wohnen handelt und nicht um eine stationäre Versorgung. In einem Fall, wo das nicht passte, hat man sich von der Mitarbeiterin getrennt.

*„Wichtig ist, dass die Mitarbeiter sich immer bewusst sind, ich bewege mich hier gerade im ambulanten Bereich. Es ist ja meist so, wer bewirbt sich auf so eine Stelle. Das sind oft Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Heilerziehungspfleger. Die kommen meist, zumindest der Heilerziehungspfleger, das ist ja der klassische Beruf, erstmal aus dem stationären Bereich. Der hat meist sein Anerkennungsjahr im stationären Bereich gemacht, weil es im ambulanten Bereich schwierig ist, ein Anerkennungsjahr einfach zu machen, weil da die fachliche Anleitung /eh/ die Anbindung einfach fehlt. Deswegen ist es wichtig, dass wir Mitarbeiter haben, die die, die sich ganz bewusst sind: Ich bin hier ambulant. [...] Wir reden von Einsatzabsprachen und nicht vom Dienstplan, auch wenn wir zu Kernzeiten präsent sind in der Gruppe, sind wir keine stationäre Vollversorgung. Das ist einfach ganz wichtig, das müssen die Mitarbeiter ganz tief drin begriffen haben“ (5-01-I-AN 1:03:02).*

Einstellungskriterien für Mitarbeiter\_innen sind:

- qualifizierte Fachkraft
- hohe kommunikative Kompetenz
- hohe Kompetenz vernetzt und verlässlich zusammenzuarbeiten (z. B. Vereinbarungen treffen und halten, Information weitergeben)
- Berufserfahrung: entweder im Umgang mit Menschen mit einer schweren oder mehrfachen Behinderung oder im ambulant unterstützten Wohnen

Die pädagogischen Mitarbeiter\_innen geben folgende Beweggründe für die Arbeit in der Wohngemeinschaft an: Sie wollten nicht mehr unter stationären Bedingungen in einem Wohnheim arbeiten, stärker in der 1:1 Begleitung und integrativer arbeiten, mit Menschen mit hohem Hilfebedarf unterstützend arbeiten. Auch das Neuartige, Experimentelle reizte.

Ein Erfolg des Projektes ist es, das Heilerziehungspfleger\_innen jetzt endlich auch ihr Anerkennungsjahr im ambulanten Bereich absolvieren können.

### ***Inklusion als Leitidee für die Arbeit***

Laut Mitarbeiter\_innen bedeutet Inklusion für ihre Arbeit, den Bewohner\_innen Zugang zu Lebenswelten außerhalb der Wohngemeinschaft zu schaffen und grundsätzlich Menschen mit Behinderung als „normale“ Menschen zu sehen, auch im täglichen Umgang:

*B: „[...] Für mich bedeutet das eigentlich, dass diese Menschen mit Behinderung nicht immer so gesondert gesehen werden und ja, dass die halt quasi als normale Mitmenschen gesehen werden, also dass das nicht so ne Besonderheit ist. [...] Das merk ich auch jetzt ganz oft so, dass ich mich so hinterfrage: Behandle ich jetzt den Menschen so, weil der ne Behinderung hat und weil ich da so viel Rücksicht jetzt grad drauf nehmen will? Oder sollt ich auch einfach mal wenn, wenn mich jemand blöd anmacht oder anschreit oder so, dann auch mal so reagieren, wie ich es mit nem anderen Menschen in meinem Umfeld auch machen würde? Und da tendiere ich eigentlich mittlerweile mehr hin. [...] Klar muss man das immer im Auge haben und auch gucken: Warum verhält sich jetzt wer wie? Aber trotzdem da so viel Normalität wie möglich zu schaffen“ (5-01-I-MA2 20:41).*

### ***Zusammenarbeit zwischen pädagogischem und Pflegedienst***

Als mitunter „holprig“, so eine Mitarbeiterin (5-01-I-MA4 18:05), gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen den pädagogischen und pflegerischen Assistent\_innen. Unklarheiten und Missverständnisse treten auf. Dafür drei Beispiele:

Beispiel Druckstellen

*„Herr E. hat Druckstellen am Fuß, diese Schuhe soll er bitte nicht mehr anziehen und am nächsten Tag steht im Übergabeheft: Wo sind die Schuhe, ich konnte sie nicht finden? Es gibt immer wieder solche Situationen, wo, wo man merkt, hier stimmt die Kommunikation nicht“ (5-01-I-MA4 18:05).*

Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den Diensten: Was sind pflegerische und was pädagogische Aufgaben?

*„[...] wo hört die eine Aufgabe auf und fängt die andere an? Auf einmal müssen Pädagogen aber auch jemanden, der dort wohnt tagsüber zur Toilette begleiten und solche Dinge machen. Und dann sagen die anderen, das ist aber doch eigentlich Pflege. Ja, und der andere sagt, jetzt hat der mich morgens, als ich in der Pflege war aber gefragt, ob ich ihm eben helfen kann in seinen PC zu kommen. Ja, dann sagt er:*

*Augenblick mal, das ist jetzt aber eigentlich nicht dein Job. Also, es gab ganz viele Überschneidungen und ganz viel Gesprächsbedarf und ganz viele Überlegungen, wer dafür zuständig ist und wie es gehen kann und so und das Profil muss man einfach nochmal sauber schärfen, um zu gucken, wo sind die eigenen Möglichkeiten, aber auch die Grenzen“ (5-01-I-AN 39:18).*

*„[...] Wer ist dafür zuständig, dass irgendwelche Pflegematerialien bestellt werden? Ja, also der Pflegedienst ist davon immer ausgegangen, dass das der pädagogische Dienst macht oder die Assistenz eben macht, weil normalerweise bestellt der Pflegedienst nicht die Materialien, das macht derjenige, der gepflegt wird, ja, da sind die Sachen dann zu Hause. Und der pädagogische Dienst hat zunächst erstmal gedacht: Mein Gott, das sind Pflegematerialien, warum sollen wir jetzt die. Also, wissen Sie, [...] Kommunikation ist nie ganz leicht, zwei verschiedene Dienste ist auch nie ganz leicht und dann einfach das wirklich runterzuberechnen bis auf die einfachsten Kleinigkeiten im Alltag, wo man wirklich immer wieder überlegen muss, keine schlechte Laune aufkommen lassen, keine Zuschreibungen aufkommen lassen, irgendwo ist ein kleines Körnchen Sand im Getriebe, darüber reden, klären, eine Regel aufstellen, so und damit sind Sie die ersten Monate voll beschäftigt, das ist so“ (5-01-I-AN 49:21).*

Eine Reihe von Bedingungen erschwert die Zusammenarbeit:

- Die pädagogischen und pflegerischen Mitarbeiter\_innen arbeiten weit gehend zeitlich versetzt voneinander. Absprachen können nicht face-to-face im Alltagshandeln erfolgen.
- In der Wohngemeinschaft sind 10 bis 15 professionelle Unterstützer tätig. Allein in pädagogischen Dienst gibt es 4 „feste“ Mitarbeiter\_innen und einige Unterstützungskräfte. Ein Mitarbeiter vermutet, dass sich die Menge an Mitarbeiter\_innen auch desorientierend auf die Bewohner auswirken könnte.
- Die professionellen Unterstützer\_innen gehören zu zwei getrennten Teams, die in unterschiedliche Organisationen eingebunden sind und deren Auftrag und Selbstverständnis verschieden ist. Allein schon die Aufteilung führt immer wieder zu einseitigen Zuschreibungen und Wertungen (mein Team – das andere Team), was wenig förderlich ist.
- Einige Unterstützer\_innen sind mit einem geringen Stundenumfang beschäftigt und können von daher nicht an den verschiedenen Teamsitzungen teilnehmen.
- Personalwechsel führt immer wieder zu neuen Kommunikationsanforderungen.
- In der Wohngemeinschaft sind drei unterschiedliche und schriftliche Informations- und Dokumentationssysteme in Gebrauch. Ein offen zugängliches Übergabebuch in der WG, eine klientenbezogene Dokumentation und die Pflegedokumentation des Pflegedienstes.

Eine Mitarbeiterin, die auf die schriftliche Informationsweitergabe angewiesen ist, beschreibt ihre Schwierigkeiten mit den Dokumentationssystemen:

*„Manchmal finde ich diese, diese Dokumentation an sich schwer, also dass man dieses Übergabebuch hat und dann noch diese einzelnen Dokus, die bewohnerbezogenen Dokus. Ich bin nicht oft in der WG, also ich bin vielleicht zwei Mal in der Woche da und wenn man dann halt so ne ganze Woche nachvollziehen muss nur über dieses Heft, dann ist es manchmal echt schwer. Und dann weiß man auch manchmal zum Beispiel nicht, was davon schon erledigt wurde. Wenn da jetzt drin steht, die Glühbirne muss*

*noch ausgetauscht werden jetzt als Beispiel. Da würde ich mir manchmal wünschen, dass das vielleicht auch in dem Buch abgehakt wird zum Beispiel. Oder dass [...] man auch Aufgaben direkt an irgendeinen Kollegen richtet, also dass man zum Beispiel [schreibt]: Ja Andi, kannst du dich darum kümmern? Wenn ich sehe, der ist morgen im Dienst“ (5-01-I-MA2 19:21).*

Der Austauschbedarf dieses „aufwändigen Systems“ wurde am Anfang von der Leitung des Wohndienstes unterschätzt:

*„Aber sie haben immer wieder im Alltag auch einen Austauschbedarf, sie müssen immer wieder auch Dinge klären und es gibt immer auch wieder Missverständnisse. Und mit jedem neuen Mitarbeiter, der dazukommt, egal bei welchem Dienst, gibt es wieder nochmal die neue Maschinerie. Also sie haben einfach ein aufwändiges System, dass sie in irgendeiner Weise konstruktiv nutzen müssen und gut in Fahrt halten müssen. Also da einfach mal zu sagen, ach läuft ja jetzt, dann lassen wir mal, das funktioniert nicht. Sondern es muss wirklich, es muss sehr gepflegt werden, das System, dann geht das“ (5-01-I-AN 51:02).*

### **Austauschwege für Klärungen und Absprachen**

Um Absprachen und Klärungen herbeizuführen sind von der Leitung entsprechende Austauschstrukturen geschaffen worden. Eine Schlüsselfunktion kommt den beiden Koordinator\_innen im pädagogischen und pflegerischen Team zu, die sich miteinander absprechen. Dann gibt es getrennte und gemeinsame Teamsitzungen, für die pädagogischen Mitarbeiter\_innen auch Supervision und die Sitzungen aller Assistent\_innen im AUW.

Der Austausch zwischen einzelnen Assistent\_innen geschieht häufig, schnell und zuverlässig über Diensthandys (Telefonate, SMS und per Email). Es gibt eine freiwillige Vereinbarung, dass man jederzeit versuchen kann den anderen anzurufen. Die Leitung steht auch zur Verfügung, aber ggf. sind Absprachen unter den direkten Begleitern effektiver.

### **Assistenzleistungen**

Die Assistenzleistungen sind individuell verfügbar für die Nutzer\_innen.

*„Ich bin der Meinung, dass dieses Projekt ermöglicht eben den Bewohnern, dass sie wirklich im ganz individuellen Bezug leben können und nicht jetzt immer mit irgendeinem anderen Bewohner teilen müssen und nicht an irgendeine festen Heimstrukturen gebunden sind“ (5-01-I-MA4 16:44).*

Die Bezugsassistenz befördert die individuelle Begleitung. Es gibt wenig, was man nicht umsetzen kann, manchmal ist es zu viel.

*„Dadurch dass erst mal diese Bezugsassistenten da sind klappt das schon mal gut und dass wir unterein, also im Team, glaube ich, auch ziemlich gut funktionieren. Ja, also bisher konnte ich echt so alle Ideen, die Anna und ich hatten auch umsetzen. Das war nie irgendwie ein Problem. Und ja, jeder guckt so, guckt schon irgendwie auf alle, aber*



*hat halt seinen zu Betreuenden besonders im Auge. Also ich glaube, manchmal sind sogar zu viele Angebote da, die man so schaffen will und umsetzen will mit seiner Bezugsassistenz, ja“ (5-01-I-MA2 11:35).*

Assistent\_innen können nicht immer allen gerecht werden, Warten gehört auch zum Wohnalltag:

*„[...] aber es gibt natürlich auch Zeiten, gerade so abends vor dem Abendbrot oder auch so zwischen, na ja, nach dem Abendbrot bis Feierabend so, dass halt jeder nochmal irgendwie quatschen will und sich unterhalten will und so und dann kann man natürlich nicht jedem so gerecht werden, ne, das ist schon so manchmal, ja“ (5-01-I-MA3 09:44).*

Auffällig ist für die Mitarbeiterin der Kontrast zu den Einzelbegleitungen im stationären Wohnheim:

*„Das wundert mich halt auch manchmal, wenn man so guckt im Wohnheim, wenn man zwei Betreuer irgendwie für sieben Leute hat, die halt alle so einen hohen Hilfebedarf haben, wo das nie vorkommt dass, oder selten vorkommt, dass mal mit mit einem Einzelnen ins Café gegangen wird oder so, ne? Und das ist hier total klasse“ (5-01-I-MA3 11:58).*

Die individuelle Begleitung kann realisiert werden, weil es zu vielen Zeiten eine doppelte Besetzung gibt in der Wohngemeinschaft. Das war in der Anfangsphase noch anders mit einer einfachen Besetzung, z.B. an langen Wochenendtagen.

*„Das auch ein großer Kritikpunkt war, dass dann oft nur eine Person da war und am Ende man nicht einmal einen kleinen Spaziergang machen konnte, weil man nicht alle mitnehmen konnte. Aber gleichzeitig auch nicht mit nur einem Bewohner rausgehen konnte, sondern man hatte immer zu viele Aufgaben auf einmal, die man gar nicht so vereinen konnte. Ich glaube, das ist jetzt deutlich besser und insofern kann man, glaube ich, schon auch so eine individuelle Begleitung gut umsetzen“ (5-01-I-MA4 14:50).*

*„[...] Am Wochenende hatten wir ja immer diese langen Dienste, ne, den kompletten Tag halt und da war es selten so, dass eine Aushilfe nun da war, und man Freizeitaktivitäten machen konnte, zum Beispiel. [...] Ich saß dann da wirklich den ganzen Tag in der WG, wollte gerne etwas mit denen machen, die hatten auch Lust, aber es ging nicht, so, ne, weil man mit den vieren alleine nicht in die Stadt fahren kann. Das hat sich zum Beispiel total gebessert, also an jedem Wochenende haben wir jetzt zum Beispiel, da ist halt ein Hauptamtlicher, sage ich mal, am Tag da und für ein paar Stunden, je nach Bedarf, wie es so, was so geplant ist, noch eine zweite Person, also eine Aushilfe. Weil man immer dann auch halt raus kann. [...] Das ist halt zum Beispiel jetzt total super“ (5-01-I-MA3 12:02).*

Anfänglich eingeführte Dienstpläne und Wochenpläne wurden wieder abgeschafft, weil sie zu einer festgelegten Routine führten, *„wir ins Stationäre rutschten“* – so die Geschäftsführerin. Jetzt gibt es Kernzeiten, an denen Mitarbeiter\_innen anwesend sind, und flexible Zeiten, die ein/e Assistent mit dem/der Bewohner\_in vereinbart, wie es im AUW üblich ist. Eine zweite Assistenz kann flexibel geholt werden, z.B. um Arztbesuche zu erledigen. Auch für gemeinsame Unternehmungen der WG kann eine zweite Person

angefordert werden. Durch den flexiblen Personaleinsatz lassen sich psychische Krisen individuell begleiten.

Beim Pflegedienst sind die Bewohner\_innen noch zeitlich stärker gebunden an dessen feste Anwesenheitszeiten.

### **Regelhafte Tagestruktur unter der Woche und Ausnahmen**

Im Regelfall ist zwischen 10:00 und 16:00 keine Assistenz im Wohnen notwendig. Das Wohnangebot funktioniert nur, wenn die WG-Mitglieder, die dauernd auf Hilfe angewiesen sind, tagsüber einer unterstützten Arbeit oder Beschäftigung nachgehen. Die immer wieder auftretenden Ausnahmetage (im Falle von Urlaub, Krankheit oder sonstigen Vorkommnissen) erfordern eine flexible Einsatzplanung. Eine bedarfsgerechte Einsatzplanung ist kompliziert. Urlaubszeiten müssen jedoch nicht an den gleichen Tagen genommen werden, die Bewohner\_innen müssen auch nicht wegfahren. Urlaub wird dann genommen, wenn die Bewohner\_innen es möchten. Krankheitszeiten werden abgedeckt.

*„[...] sodass sie ständig darauf vorbereitet sein müssen, dass ein Mitarbeiter auch in den Zeiten da sein muss, in denen normalerweise alle nicht da sind, also die Tagesstruktur müssen sie schon jederzeit möglich machen können. [...] Das läuft über die Einsatzabsprachen, das entweder unter den Mitarbeitern so, dass man einfach weiß, wer ist denn jetzt gerade bereit, etwas zu tun, wen kann ich anrufen. Oder eben über die Koordinatorin, die dann entsprechenden Rückruf bekommt. XY kommt heute schon um zwei nach Hause und regeln, ja und dann müssen sie [das] regeln (lacht). [...] Ja, es ist definitiv anders, als alles andere, was wir vorher gemacht haben. Ich finde es immer noch genauso toll, wie am Anfang und ich denke, dass Schwierigkeiten dazu da sind, dass man sie einfach bewältigt, aber so alles rosarot malen und meinen, das ist ganz toll, weil das vielleicht bedarfsgerechter ist oder weil wir uns das eher so wünschen, dass Menschen mit hohem Hilfebedarf auch so wohnen können, also rein ideologisch wir uns das wünschen, sagt nichts darüber aus, wie kompliziert das im Alltag ist. Und es ist definitiv kompliziert, aber dann ist das eben so“ (Leitung, 5-01-I-AN 57:02-58:01).*

### **Flexibilität durch Unterstützungskräfte im Haus**

Ursprünglich sollten in der Wohngemeinschaft freiwillige Hausmitbewohner\_innen tätig sein, die mit einer geringeren Miete belohnt werden sollten. Dieses Konzept wurde wegen rechtlicher Probleme (Nachtbereitschaft gemäß dem Wohn- und Teilhabegesetz NRW) und weil die Dauerhaftigkeit und Verlässlichkeit des Engagements der Freiwilligen für die Betreuungsbedarfe in der WG zu unsicher schien, nicht umgesetzt. Stattdessen werden zwei Werksmietwohnungen an geringfügig Beschäftigte vermietet, die stärker verpflichtet sind (Unterstützungskräfte).

Die Flexibilität erhöht sich dadurch, dass Unterstützungskräfte, die im Haus wohnen, spontaner einspringen können. Die Mieter\_innen haben insgesamt die Möglichkeit bei Nachbarn zu klingeln, wenn sie mal Hilfe brauchen. Die Unterstützungskräfte im Haus

müssen selbst auf die Grenzen zwischen Arbeit, Privatleben und Nachbarschaftshilfe achten, um sich zu schützen:

*„[...] Das darf jetzt nicht in so eine Nummer ausarten, dass man sagt, ach, Frau X, die arbeitet doch sowieso bei der Lebenshilfe, die klingeln wir jetzt Tag und Nacht raus, wenn irgendwas ist [lachen]. Ja, also, dass man da einfach die auch darin unterstützt, zu sagen: Ihr seid jetzt nicht irgendwie 24 Stunden ansprechbar, sondern ihr habt einen professionellen Habitus bitte, den helfen wir euch auch zu entwickeln und damit seid ihr für eine, für eine zeitlang und in bestimmten Krisensituationen natürlich ansprechbar, aber ihr könnt euch auch abgrenzen, und ihr müsst euch auch abgrenzen und ihr müsst auch privat sein, sonst wird das nicht funktionieren auf die Dauer und das ist schon eine ziemliche Herausforderung, aber ich habe das Gefühl, die kriegen das ganz gut hin. Also auch diese Geschichte – wann ist es Ehrenamt und wann ist es Arbeitszeit? Wenn man einen von den Leuten, die man normalerweise in der Arbeitszeit betreut, unten im Hausflur trifft und denen eben hilft, den Müll in die Tonne zu schmeißen, ist das dann eigentlich eine Viertel Stunde Arbeit gewesen? Oder mache ich das mal gerade ehrenamtlich, weil ich jetzt gerade Nachbar bin? [...] Das einfach hinzukriegen, so ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, was tue ich wann und wann tue ich was in welcher Rolle“ (Leiter Wohndienst, 5-01-I-AN 1:10:19).*

### **Personalfluktuaton**

Aus Sicht der Eltern hat der komplette Wechsel der festen pädagogischen Mitarbeiter\_innen Kraft gekostet. Fachwissen ging verloren. Die Eltern haben den Wunsch nach mehr Kontinuität und weniger Fluktuation auch beim Pflegedienst. Teilzeitstellen und befristete Verträge würden zur Fluktuation beitragen. Die konstant gebliebenen Nachtwachen seien sehr beliebt bei den WG-Mitgliedern. Die Eltern sind mit der Mischung von Männern und Frauen und der jetzigen Organisation der Unterstützung sehr zufrieden (vgl. 5-01-I-SO 20:29f, 1:25:20 – 1:27:48).

### **Individuelle Einschränkungen durch das Leben in einer unterstützten WG**

Die Mieter\_innen hätten auch andere Dienste beauftragen können, müssen sich aber auf einen pädagogischen und einen Pflegedienst in der WG einigen. Nicht jedes WG-Mitglied bekommt dabei exakt das Stundenkontingent, was ihm zusteht. Wenn das Poolen von Assistenzstunden im gewissen Rahmen toleriert wird, klappt das Modell. Das Ausschuchen der Mitarbeiter\_innen in der Alltagsbegleitung oder als Bezugsassistenz ist immer ein Kompromiss, weil die Mitarbeiter\_innen der ganzen WG zugeordnet sind. Zum Teil können die Nutzer\_innen solche Entscheidungen auch nicht selbst treffen.

*„[...] weil jemand mit so einem hohen Hilfebedarf wie Frau J., das nur sehr schwer entscheiden kann. Das heißt, man gesteht der Mutter zu, das zu entscheiden. Ob das so richtig ist, weiß ich nicht. Zum anderen sind das eben vier Bewohner und nicht ein Nutzer. Das heißt, man muss irgendeinen Kompromiss finden, wenn der eine den will und der andere den nicht will, dann haben wir schon ein Problem. Es ist schwierig und es ist auch schwierig, dass mit dem Mitarbeiterteam hier zu vereinigen. [Man] macht*

davon ja auch gewisse Arbeitsverträge abhängig. Aber ich denke schon, [...]man muss versuchen, [...] es zu ermöglichen, dass man mitentscheiden kann. Zumindest wer da tätig ist und wer auch die Bezugsbetreuung übernimmt“ (5-01-I-MA4 1:03:00).

### **Gestaltung und Nutzung der Wohnung – Regelungsbedarfe**

Die Wohnung ist der private Bereich der WG-Mitglieder. Die Mitarbeiter\_innen haben kein Büro dort und auch die Wohnküche ist Tabu für Teamsitzungen. Die Gestaltung und Einrichtung der Wohngemeinschaft, die Anschaffung von Gegenständen und die Regelung des Zusammenlebens (z.B. in Bezug auf Übernachtungen von Besuchen, Lärm, Haushaltsführung) ist Sache der WG-Mitglieder und ihrer rechtlichen Betreuer\_innen (hier der Eltern). Die WG-Mitglieder müssen viele Fragen gemeinsam und mit den Eltern regeln.

Die Stiftung Lebenshilfe hat am Anfang Mitarbeiterstunden und Sachmittel zur Verfügung gestellt, um die Bildung der Hausgemeinschaft und damit auch der 4-er WG zu fördern. Die eingestellte Mitarbeiterin hat die Aufstellung eines Regelwerks für die WG moderiert, um nicht immer wieder neue Entscheidungen auszuhandeln.

*„Da war einfach so die Frage, wie können wir moderieren im Prinzip den Prozess, dass ein Regelwerk entsteht, mit dem man nicht über jede Einzelentscheidung wieder neu an der gleichen Stelle diskutiert. Also wie wird damit umgegangen, wie werden bestimmte Beschlüsse gefasst in dieser Vierer-WG-Bewohner-Gemeinschaft, Mietergemeinschaft – keine Ahnung, wie man das nennen soll – zwischen Menschen, die dort wohnen, und den Eltern, allen Beteiligten? Wie kommt so etwas zustande? Wie werden Sachen bezahlt? Nach welchem Schlüssel werden Abnutzungserscheinungen definiert? Wie werden Sachen ausbezahlt, wenn man irgendwann geht? [...] Und ich glaube, dass das die Sache erleichtert, weil sonst diskutieren Sie alle drei Tage um des Kaisers Bart. Das ist sehr mühsam. Ich meine, ich muss da nicht mitdiskutieren, aber die Eltern diskutieren und je leichter und reibungsloser solche Sachen gehen, desto mehr kommt es den Menschen, die dort einfach nur wohnen wollen, zu Gute“ (5-01-I-AN 43:11).*

Es treten alle Aufgaben und Probleme auf, wie in einer anderen WG auch. Nur ist jetzt die Gruppe der rechtlichen Betreuer dabei. Auch die Eltern müssen sich ganz anders absprechen in einer Wohngemeinschaft:

*„[...] da kann nicht einfach irgendein Vater kommen und sagen, mein Sohn mag rot und deswegen streiche ich jetzt die Wand im Wohnraum mal rot. Ja, geht nicht (lacht). Könnte dieser Vater in einer Wohnstätte auch nicht tun, da würde er aber auf die Idee auch gar nicht kommen. Hier ist es so, dass sie sich überlegen müssen, wer bezahlt denn eigentlich den Fernseher und wem gehört er denn dann hinterher? Und was passiert denn, wenn der auszieht? [...] Das ist, sie sie haben die normalen Probleme, die man in jeder WG hat, aber viele Probleme sind ja in normalen WGs zwischen den Bewohnern, zwischen den Menschen, die in der WG wohnen, in einer normalen WG, Studenten-WG, schon nicht ganz leicht zu lösen und wenn sie dann Menschen haben, die einen, so einen hohen Hilfebedarf haben, dass sie sowieso viele Problemlösekompetenzen nicht haben, die sie brauchen für ihren Alltag, und vieles darüber dann wieder*

*über die rechtliche Betreuung geht, dann haben Sie -- ist noch interessanter (lachen) das ist schon so, aber es geht“ (5-01-I-AN 41:19).*

Wie Mitarbeiter\_innen sich gegenüber der Nichteinhaltung von Verabredungen und zu Konflikten zwischen WG-Mitgliedern Verhalten, wird im Abschnitt über Selbstbestimmung thematisiert.

### **Hilfeplanung**

Die Hilfeplanverfahren beim Leistungsträger laufen wie bei anderen Nutzern des ambulant unterstützten Wohnens ab. In einer Sitzung der Clearingstelle des LWL werden auf der Basis eines Instruments die Fachleistungsstunden und -minuten in den Hilfebereichen festgelegt. Die Bedarfsermittlung wird vorbereitet durch eine Sitzung im pädagogischen Team und einer gemeinsamen Sitzung mit dem rechtlichen Betreuer, dem/der Nutzer\_in (auch wenn er/sie sich nicht dazu äußern können), dem/der Bezugsassistent\_in und der Teamleitung vorbereitet. Der/die Bezugsassistent\_in bringt seine/ihre Beobachtungen ein, auch aus dem Austausch mit der WfbM oder anderen Einrichtungen.

Eine Mitarbeiterin betont, wie stark der Hilfebedarf bei der Lebenshilfe an den Menschen orientiert erfasst wird, und nicht, wie sie das bei einem anderen Träger erlebt hat, „*trägerzentriert*“, „*betriebswirtschaftlich gedacht*“ wird (vgl. 5-01-I-MA2 10:46).

Bei der Hilfeplanung spielen auch Förderziele im Hinblick auf eine größere Selbstständigkeit, die Verbesserung sozialer Kompetenzen und die Pflege des persönlichen sozialen Netzwerks eine Rolle.

Die Umsetzung von Zielen wird im Team besprochen, mit den Menschen mit Behinderung, den Eltern und der WfbM oder anderer Tagesanbieter besprochen. Die wichtigsten Punkte für den Tagesablauf sind auf einem Zettel für alle in der Fallakte dokumentiert. Die Umsetzung erfolgt zum Beispiel dadurch, dass der Bezugsassistent feste Tage für bestimmte Aktivitäten (Einkaufstag, Aktionstag, Aufräumtag) und freie Tage vereinbart (vgl. 5-01-I-MA1 23:05).

Regelmäßig tauschen sich die Assistent\_innen mit Mitarbeiter\_innen anderer Lebensbereiche aus, z.B. einer Rehabilitationseinrichtung, der WfbM. Ein gläserner Klient soll vermieden werden, aber der Austausch basaler Informationen ist notwendig, weil die WG-Mitglieder selbst nur z.T. Informationen weitergeben können.

### **Unterstützung durch Eltern und Angehörige**

Alle Mitglieder sind aus dem Elternhaus in die WG. Auch wegen der noch laufenden Verselbstständigungs- und Ablöseprozesse spielen die Eltern eine große Rolle.

Generell ist die Zusammenarbeit mit den Eltern in der Wohngemeinschaft enger und anders als im stationären Wohnen, als sie als rechtliche Betreuer\_innen auch mehr Mitbestimmungsrechte haben, zum Beispiel in Bezug auf die Wohnung. Sie entscheiden bei Anschaffungen mit und bei teureren Aktivitäten der WG.

Bewohner\_innen, die sich nicht verbal äußern können, sind abhängig von ihren Assistent\_innen und rechtlichen Betreuer\_innen, die bei vielen Entscheidungen aufeinander angewiesen sind. Gerade Bewohner\_innen mit hohem Hilfebedarf sind über ihre Ursprungsfamilie in Verwandtschafts- und Freundeskreise eingebunden.

Die elterliche Unterstützung hat eine zentrale entlastende Funktion für die Dienste. Der Familienkontakt aller Mitglieder der Wohngemeinschaft ist sehr eng. Sie fahren an Wochenenden und an Feiertagen häufig zu ihren Eltern. Aber der Dienst muss darauf eingerichtet sein, dass ein/e Bewohner\_in plötzlich doch im eigenen Bett in der WG schlafen will.

Diejenigen, die im Stadtteil wohnen, schauen öfters vorbei. Bei Engpässen sind die Eltern bereit, die Mitarbeiter\_innen zu entlasten. Sie antizipieren aber auch, dass sie selbst von Erkrankungen betroffen sein können.

Die Eltern sind seit der Planungsphase eng in Entscheidungsprozesse eingebunden, nicht nur in die Hilfeplanung, sondern in den Wohnalltag (vgl. 5-01-I-MA1 07:12f, 5-01-I-MA2 05:20f, 5-01-I-MA4 08:01f). Sie sind stolz, dass ihre Kinder ambulant unterstützt leben können und bestärken sich gegenseitig.

Entlastende Funktionen (auch für den Dienstplan) haben Angehörige auch in stationären Wohnheimen, nur wird es dort vor dem Hintergrund eines Vollversorgungsanspruches weniger deutlich ausgesprochen. Insgesamt betonen die Eltern die Wertschätzung, die sie von den Wohndiensten erfahren.

Mitarbeiter\_innen können Dinge im Interesse eines Nutzers, einer Nutzerin formulieren und sich auch einmal gegen die Eltern stellen. Sie müssen aber immer mit ihnen kooperieren.

Verwandte oder Freunde außerhalb der Ursprungsfamilie melden sich nicht von selbst, müssen aktiv einbezogen werden. Eltern bezweifeln, dass entferntere Verwandte pflegerische Aufgaben übernehmen würden. So sagt eine Mutter, dass ihr Bruder auf keinen Fall ihre erwachsene Tochter duschen würde (vgl. 5-01-I-SO 19:16).

*„Es bringt für den Dienst schon auch eine Erleichterung, wenn die zum Beispiel sagen, Heilig Abend sind unsere Kinder alle nicht in der Wohngruppe. Also das ist schon auch eine Erleichterung, natürlich nur, wenn [...] die Söhne und die Töchter das auch möchten. Und auch dann ist es so – und das ist eine sehr hohe Herausforderung an den Dienst, dass sie extrem flexibel sein müssen. Weil wenn dann einer von den Menschen, die wir begleiten beim Wohnen sich am Heiligen Abend um acht Uhr dann aber mit Vater und Mutter vielleicht gerade nicht so gut versteht (lachen) und sagt, ich will jetzt aber nach Hause, ja, dann müssen sie das hinkriegen (lacht). Also es ist schon eine andere Situation als sie die in einer Wohnstätte haben, muss ich sagen. Da haben wir eine 8er oder eine 10er-Gruppe und da ist eigentlich immer jemand im Dienst und wenn einer eher nach Hause kommt, dann kommt der eben eher nach Hause“ (5-01-I-AN 30:31).*

### 5.4.1.3 Nachbarschaft

#### ***Nachbarschaft innerhalb der WG und im Haus***

Die Befunde zu nachbarschaftlichen Beziehungen innerhalb der Hausgemeinschaft stammen aus drei verschiedenen Erhebungen: dem standardisierten Fragebogen zu nachbarschaftlichem Verhalten in Anlehnung den adaptierten MMN von Skjaeveland und Gärling (1997), der soziometrischen Erfassung nachbarschaftlicher Kontakte und qualitativen Interviews in der Wohngemeinschaft und im Haus (vgl. ausführlicher Heele-Bökenkötter & Viertel 2011).

Beleuchtet werden Begegnungsmöglichkeiten als Voraussetzung für die Entstehung nachbarschaftlicher Beziehungen, das Vorhandensein nachbarschaftlicher Kontakte und in Anlehnung an Skjaeveland & Gärling (1997) vier Dimensionen von Nachbarschaftsverhalten: Unterstützungsfunktionen, die Identifikation mit der Nachbarschaft, Ärger und Konflikte mit Nachbarn und die Bedeutung „schwacher“ sozialer Beziehungen (weak social ties).

Nachbarschaft kann allerdings auch problematisch sein. Dies macht die von Skjaeveland & Gärling ermittelte Nachbarschaftsdimension „Ärger mit den Nachbarn“ deutlich. Die hier erfassten Konflikte kommen aus den unterschiedlichsten Gründen zustande. Als häufigster Grund kann hier aber der von den Nachbarn verursachte Lärm genannt werden (vgl. Flade 2006, 88). So treten auch nachbarschaftliche Konflikte im Integrativen Wohnhaus aufgrund lautstarker Musik in den Forschungsergebnissen zum Vorschein. Die Hausgemeinschaft, eine künstliche Nachbarschaft, wurde als Mittel zur Integration geschaffen. Künstliche Nachbarschaften werden heute immer öfter in modernen Wohnformen geschaffen (vgl. Heise & Stadlmayer 2010). Jedoch sind sie künstliche Nachbarschaften auch kritisch zu bewerten. Ein Aspekt ist der Wunsch nach Individualität der Bewohner\_innen, der konträr zum Gemeinschaftsanspruch steht. Dieser kann zum Scheitern einer Hausgemeinschaft führen.

Die zentralen Ergebnisse für die Hausgemeinschaft lassen sich so zusammenfassen (vgl. Heele-Bökenkötter & Viertel 2011):

- Ein architektonisch ansprechender Wohnraum und zur Verfügung stehende gemeinschaftliche Orte wie der Hauseingangsbereich mit Pinnwand, der gemeinschaftliche Garten, die Gemeinschaftswohnung und die Tischtennisplatte im Keller fördern soziale Kontakte.
- Soziale Kontakte entstehen im Integrativen Wohnhaus zwischen Bewohner\_innen mit Behinderung, ohne Behinderung und den im Haus lebenden Unterstützungskräften, und zwar unabhängig von der Lage der Wohnungen auf den unterschiedlichen Stockwerken. Die künstliche Nachbarschaft ermöglicht der Gruppe Menschen mit geistiger Behinderung soziale Kontakte zu anderen Gruppen, im Gegensatz zu den stationären Wohnformen (vgl. Hanslmeier-Prockl 2009).
- Ob Begegnungen engere soziale Kontakte nach sich ziehen, hängt auch immer von dem Wunsch nach Kontakten ab und davon, ob man den anderen als einem selbst ähnlich wahrnimmt (vgl. Skjaeveland & Gärling 1997). So empfangen die Menschen mit geistiger Behinderung am häufigsten Kontakte von Menschen mit geistiger Behinderung sowie Menschen ohne geistige Behinderung von Menschen ohne geistige Behinderung (vgl.

Abb. 6). Die Unterstützungskräfte hingegen, erhalten die meisten Kontakte von Menschen mit geistiger Behinderung, was jedoch auf ihre Unterstützungstätigkeit zurückzuführen ist.

- Soziale Kontakte sind nicht immer nur positiv, auch negative Begegnungen / Beziehungen stellen einen Aspekt eines inklusiven Zusammenlebens dar. So wird z.B. die Beziehung zu zwei Bewohner\_innen einer bestimmten Wohnung von den überwiegenden anderen Hausbewohner\_innen (insbesondere aufgrund lauter Musik) als problematisch angesehen.
- Der private Wohnraum bildet den Lebensmittelpunkt des Menschen und zugleich den Ausgangspunkt für Aktivitäten. Im Integrativen Wohnhaus werden von den Bewohner\_innen mehr gemeinsame Aktivitäten und Angebote gewünscht. 8 von 24 Befragten wünschen sich explizit mehr Unternehmungen mit Nachbarn. Von den Hausbewohner\_innen selbst werden solche Aktivitäten aber selten initiiert. Das mag unterschiedliche Gründe haben: Scheu von Nachbarn, fehlende soziale Kompetenzen, mangelnde Dringlichkeit, unklare Zuständigkeit, Angst vor Verantwortungsübernahme. Dadurch werden auch gegenseitige Unterstützungspotenziale durch nachbarschaftliche Hilfe nicht ausgelotet. Eine Idee wäre, dass die Unterstützungskräfte im Haus und die Assistent\_innen im Wohndienst stärker aktiv werden, sodass sich eine Eigendynamik im Haus entwickelt.
- Die Bindung an die Nachbarschaft korreliert positiv mit dem subjektiven Wohlbefinden der Bewohner\_innen des Integrativen Wohnhauses. Es ist also von Relevanz, ob die Bewohner\_innen sich mit ihren Nachbarn auf eine Art verbunden fühlen.
- Die 4-er Wohngemeinschaft bleibt mit Ausnahme der Kontakte zu den Unterstützungskräften und wenigen Kontakten zu anderen Hausbewohner\_innen mit oder ohne Behinderung noch stark unter sich.

Fokussiert werden im Folgenden die sozialen Kontakte der Bewohner\_innen der Wohngemeinschaft innerhalb der Hausgemeinschaft:

Gemeinsame Treffpunkte im Haus haben eine besondere Bedeutung, denn sie beeinflussen das Zusammengehörigkeitsgefühl einer Hausgemeinschaft in einem positiven Sinn (vgl. Maderthaler 2001). Treffpunkte im oder vor einem Haus führen dazu, dass Nachbarn sich über den Weg laufen oder unterhalten. Treffpunkte in der unmittelbaren Wohnumgebung fördern die Entwicklung von Nachbarschaftskontakten. Besonders in sozial heterogenen Wohnumfeldern sind nachbarliche Beziehungen von geringer sozialer Intensität (weak social ties) von zentraler Bedeutung für die individuelle Sicherheit und den Zusammenhalt sozial gemischter Gruppen. Man kennt die Mitbewohner\_innen vom Sehen, Grüßen usw. und weiß, dass sie keine Fremden sind.

Drei der vier WG-Mitglieder beteiligen sich an der regelmäßigen Tischtennisrunde, die von einer ehrenamtlichen Mitinitiatorin des Integrativen Wohnhauses angestoßen wurde. Die Gemeinschaftswohnung wird von WG-Mitgliedern regelmäßig zum Musizieren genutzt. An einmaligen Ereignissen nehmen WG-Mitglieder mitunter auch teil (Weihnachtsbacken, Geburtstagsfeiern, Spieleabend). Der Garten, der auch direkt von der WG zugänglich ist, führt auch zu Begegnungen. Diese gemeinschaftlichen Orte, so eine Mitarbeiterin, kann jeder ohne Einladung aufsuchen, da sei die Hemmung geringer als jemanden in der Wohnung zu besuchen. Wenn Kleinkinder im Garten spielen, benutzen sie die Toilette der WG. Eine allein erziehende Mutter kommt dann



schon zum Kaffee und „Klatschen“ in die WG (5-01-I-SO 56:49). Bei den regelmäßigen Haustreffen, die gemeinsam Absprachen dienen, ist die WG häufig gar nicht vertreten – auch nicht stellvertretend durch pädagogische Assistent\_innen. Vermutlich begreifen zurzeit weder die WG-Mitglieder noch die Assistent\_innen dies als Teil ihrer Aufgabe in der Hausgemeinschaft.

Die Eltern erwähnen die Aktivitäten detaillierter als die Mitarbeiter\_innen. Sie sehen keine starke Einbindung ihrer Kinder in das Haus: *„jetzt muss das aber langsam dann erstmal zusammen wachsen“* (5-01-I-SO 1:19:25). Die Eltern kritisieren, dass die Wohngemeinschaft sehr abgegrenzt ist. Die WG benutzt zum Beispiel einen separaten Hauseingang, der aus Brandschutzgründen angelegt werden musste, statt den Gemeinschaftsflur. Damit bekommen die WG-Mitglieder Informationen an der Pinnwand nicht mit und begegnen anderen Bewohner\_innen auch viel weniger. *„Die anderen, die haben auch so das Gefühl, das ist abgetrennt“* (5-01-I-SO 48:45). Die Einbindung erfolge auch über Aktivitäten der Wohngemeinschaft im Haus. Kontakte zu anderen Bewohnern wurden z.B. über Unterstützungskräfte geknüpft.

Eine Mitarbeiterin stellt fest, dass andere im Haus eine Scheu haben auf WG-Mitglieder zuzugehen:

*„[Im Haus] sollte Inklusion auf jeden Fall stattfinden, aber wenn ich jetzt halt so manchmal drüber nachdenke. Eine Frau im Haus kam letztens zum Beispiel zu mir und sagte: Sag mal, dürfen wir in der WG eigentlich auch klingeln und mal auf einen Kaffee vorbeikommen? So und da habe ich gesagt: Ja na klar! Also, das ist halt, und da war es schon so, dass halt gerade auf die Menschen mit höherem Hilfebedarf in der WG – dass da wieder vorsichtiger herangegangen wurde und sozusagen: Darf ich jetzt überhaupt kommen oder stört das irgendwie so?“* (5-01-I-MA3 16:15).

Selbstkritisch wird angemerkt, dass die Wohngemeinschaft bisher aktiv der Hausgemeinschaft wenig biete, eher konsumiere (5-01-I-MA3 17:05).

Die Abb. 5 zeigt das Soziogramm der 4-er Wohngemeinschaft. Im Sinne der Übersichtlichkeit werden hier nur die häufigen Kontakte mit durchgezogener Linie dargestellt und die gelegentlichen Kontakte, die ebenfalls erhoben wurden, außen vor gelassen.

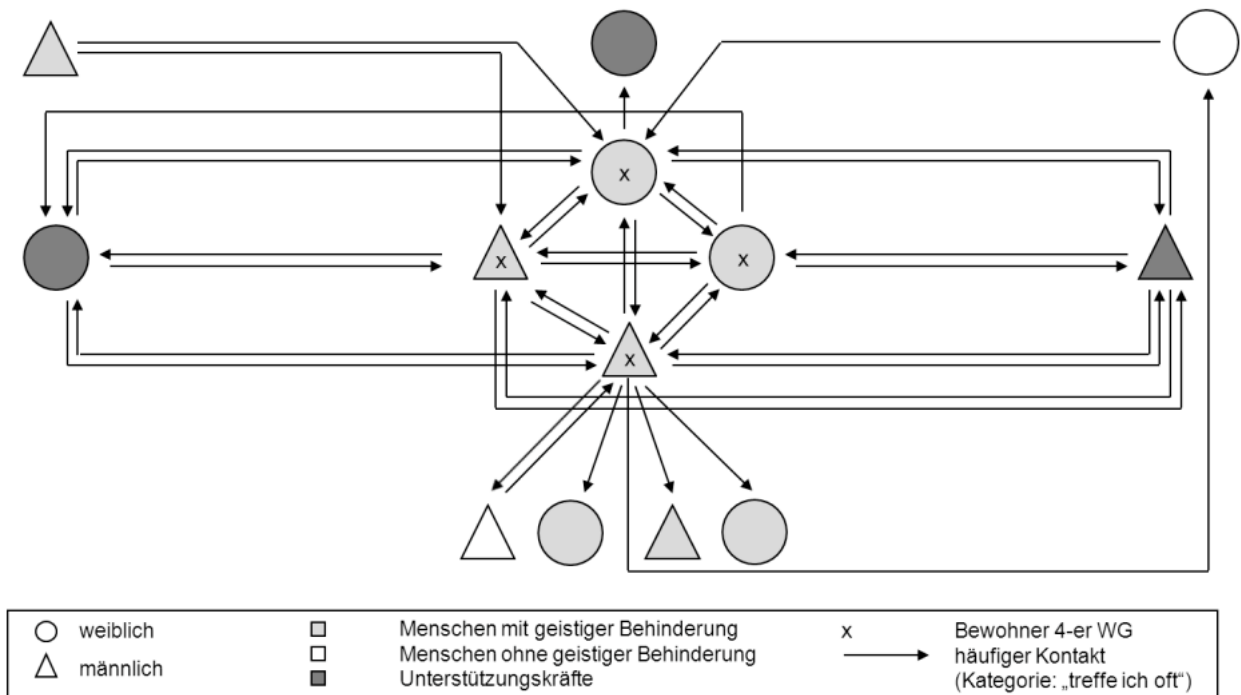


Abb. 5: Soziogramm: 4-er WG im integrativen Wohnhaus (Stand 08/2010)

Deutlich wird, dass alle Bewohner\_innen der 4-er Wohngemeinschaft häufigen Kontakt untereinander haben. Dieses ist positiv zu bewerten, da einer Vereinsamung vorgebeugt wird. Außerdem haben alle Personen, mit einer Ausnahme, häufigen Kontakt mit allen Unterstützungskräften. Ein Mann aus der Wohngemeinschaft gibt an, häufigen Kontakt zu einem Mann ohne Behinderung (der keine Unterstützungskraft ist) zu haben, der ebenso angibt, im häufigen Kontakt zu ihm zu stehen. Weiterhin hat er häufigen Kontakt zu einer Frau ohne Behinderung im Haus. Diese Frau bestätigt diese Kontaktintensität von ihrer Seite her nicht, führt jedoch einen häufigen Kontakt zu einer Frau aus der Wohngemeinschaft an, die wiederum diese Kontaktintensität subjektiv nicht erwidert.

Die nachbarlichen Beziehungen der Hausgemeinschaft lassen sich ebenso quantitativ auswerten. In folgenden Abbildungen werden die durchschnittliche Kontaktzahl als Kontaktempfänger\_in (vgl. Abb. 6) und ebenso die durchschnittlichen Kontaktzahl als Kontaktgeber\_in (vgl. Abb. 7) aufgezeigt. Ermittelt wurde jeweils der Mittelwert (arithmetisches Mittel) für die einzelnen drei Gruppen. Zudem wird verdeutlicht von welchen Gruppen die Kontakte der Kontaktempfänger\_innen kommen (vgl. Abb. 6) und mit welchen Gruppen die Kontaktgeber\_innen Kontakte angeben (vgl. Abb. 7).

Als prägnant erweist sich, dass die Unterstützungskräfte im Durchschnitt am meisten Kontakte im Haus empfangen (vgl. Abb. 6). Der Mittelwert der Menschen mit geistiger Behinderung liegt mit 5,55 Kontakten an zweiter Stelle. Menschen ohne geistige Behinderung erhalten am wenigsten Kontakte einzelner Bewohner\_innen der Hausgemeinschaft (3,09). Die zahlreichsten Kontakte erhalten sie von Personen ihrer gleichen Gruppe (1,45). Die Gruppe der Unterstützungskräfte und der Menschen mit geistiger Behinderung erhalten am häufigsten Kontakte von Menschen mit geistiger Behinderung.

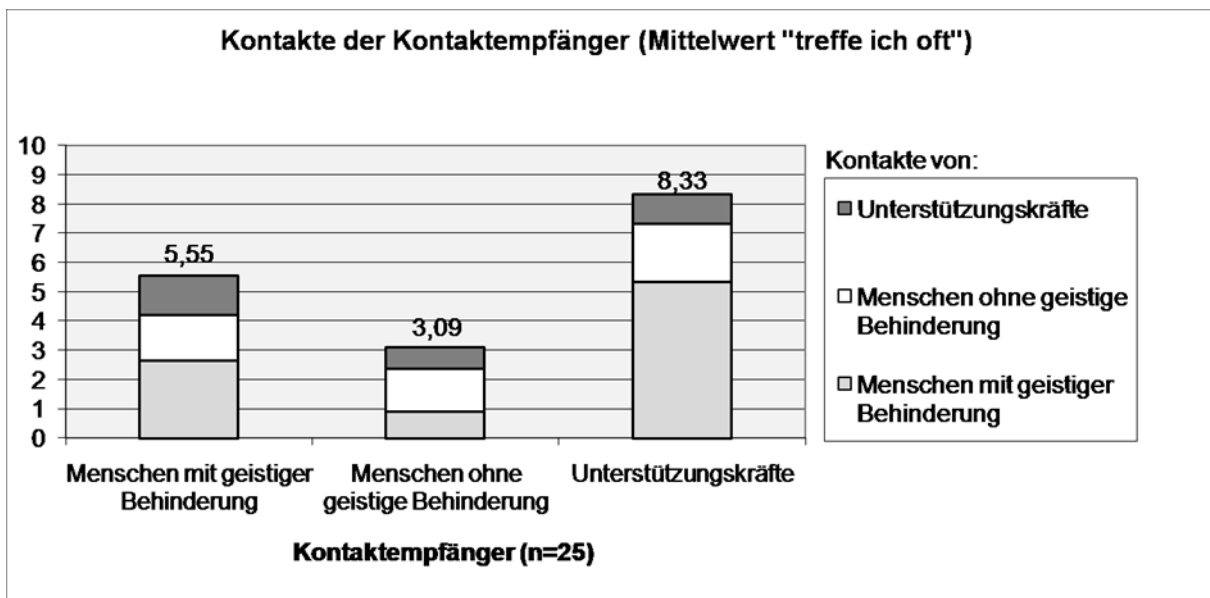


Abb. 6: Mittlere Anzahl der häufigen Kontakte als Kontaktempfänger

Im Vergleich der Menschen ohne geistige Behinderung als Kontaktempfänger\_innen und als Kontaktgeber\_innen zeigt sich die unterschiedliche Einschätzung der Kontaktintensität im Haus. Werden Menschen ohne geistige Behinderung von den Bewohner\_innen im Haus als Kontaktempfänger im Durchschnitt mit 3,09 Kontakten angegeben, so geben sie selber als Kontaktgeber deutlich mehr häufige Kontakte im Haus an (4,33) (vgl. Abb. 7). Diese Einschätzungsdiskrepanzen in Bezug auf Menschen ohne geistige Behinderung sind bei den anderen beiden Gruppen nicht so stark. Wiederum erreichen in Abb. 7 die Unterstützungskräfte den höchsten Mittelwert mit 8,67 und die Menschen mit geistiger Behinderung mit 5,50 den zweithöchsten. Auffällig ist, dass aus Sicht aller Kontaktgeber\_innen am häufigsten Kontakte zu Menschen mit geistiger Behinderung angegeben wurden.

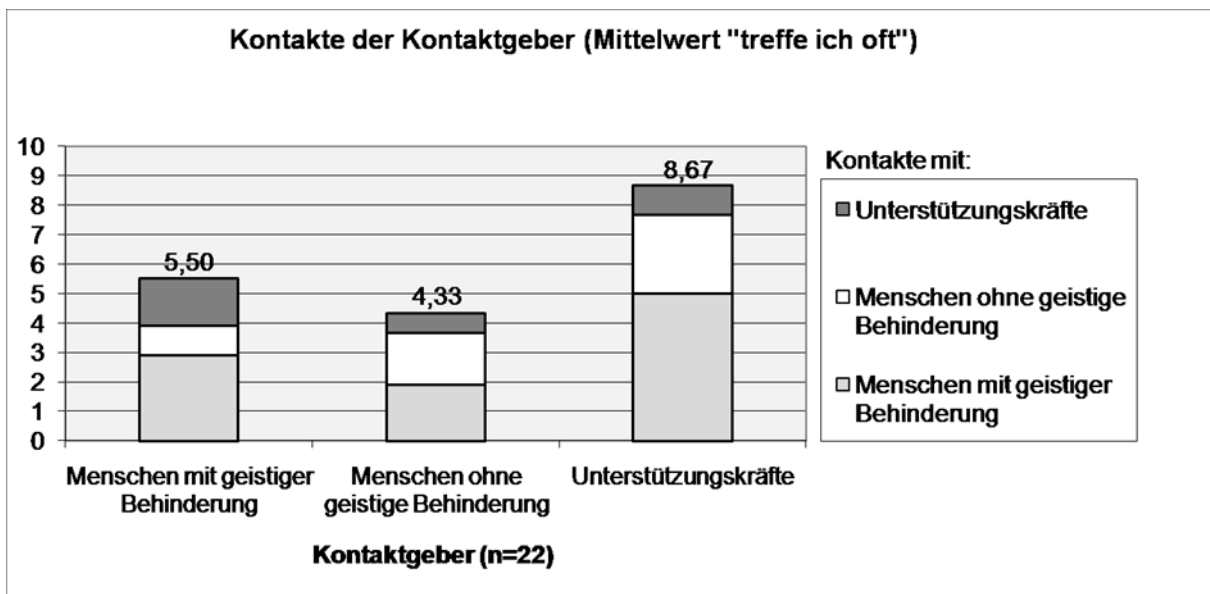


Abb. 7: Mittlere Anzahl der häufigen Kontakte als Kontaktgeber

Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den Kontakten um die gesamten Kontakte der Stichprobe der Hausgemeinschaft handelt. Somit werden hier nur Kontaktbeziehungen der gesamten Hausgemeinschaft betrachtet, die zwar die nachbarschaftlichen Kontakte, aber ebenso auch Beziehungen innerhalb einer Wohnung involvieren. Die Bewohner\_innen der Wohngemeinschaft haben z.B. angegeben, untereinander viel Kontakt zu haben, ebenso wie Paare, die gemeinsam in einer Wohnung leben. Die Mittelwerte der Kontaktempfänger\_innen und Kontaktgeber\_innen stellen sich etwas anders dar, wenn ausschließlich die nachbarschaftlichen Beziehungen zwischen Personen aus unterschiedlichen Wohnungen betrachtet werden. Diese Analyse erfolgt in diesem Bericht mit Blick auf die Wohngemeinschaft: In den Tab. 4 und Tab. 5 werden die Kontakte der einzelnen Bewohner\_innen der Wohngemeinschaft aufgeschlüsselt.

Kontakt-empfänger	Kontaktgeber			
	Menschen mit geistiger Behinderung	Menschen ohne geistige Behinderung	Unterstützungs-kräfte	Gesamt (davon innerhalb der Wohn-gemeinschaft)
Person A	4	1	2	7 (3)
Person B	3	–	1	4 (3)
Person C	4	–	2	6 (3)
Person D	3	1	2	6 (3)

Tab. 4: Bewohner der Wohngemeinschaft als Kontaktempfänger

Im Vergleich mit der Abb. 6 wird deutlich, dass die vier Bewohner\_innen mit einer geistigen Behinderung und einem hohen Hilfebedarf etwas über den Durchschnitt (5,5) an häufigen Kontakten als Empfänger erhalten. Die größte Kontaktgebergruppe sind Menschen mit einer geistigen Behinderung. Werden die Kontakte innerhalb der WG nicht mit einberechnet, werden die Menschen mit geistiger Behinderung außerhalb der WG zur kleinsten Kontaktgebergruppe. Die Unterstützungskräfte spielen die bedeutendste Rolle als Kontaktgeber\_innen außerhalb der Wohngemeinschaft. Die Mitbewohner\_innen innerhalb der Wohngemeinschaft sehen sich gegenseitig als häufige Kontakte an. Sie stellen ca. die Hälfte der gesamten Kontaktgeber\_innen dar.

Kontakt- geber	Kontaktempfänger			
	Menschen mit geistiger Behinderung	Menschen ohne geistige Behinderung	Unterstützungs- kräfte	Gesamt (davon innerhalb der Wohn- gemeinschaft)
Person A	3	–	3	6 (3)
Person B	3	–	2	5 (3)
Person C	3	–	2	5 (3)
Person D	6	2	2	10 (3)

Tab. 5: Bewohner der Wohngemeinschaft als Kontaktgeber

Ebenso finden ca. 50% der Kontakte mit Personen aus der Hausgemeinschaft, die von den vier Bewohner\_innen als häufige Kontakte angegeben werden, innerhalb der Wohngemeinschaft statt. Die Kontakte der unterschiedlichen Gruppen, die als Kontaktempfänger\_innen auftreten, werden in der Abb. 7 einzeln offen gelegt. Wiederum sind die Unterstützungskräfte die größte Gruppe der Kontaktempfänger\_innen, die außerhalb der Wohngemeinschaft im Integrativen Wohnhaus leben.

Die Wohngemeinschaft ist nicht inklusiv „durchmischte“. Für das übliche ambulant betreute Wohnen haben alle vergleichsweise hohe Hilfebedarfe, aber sehr verschieden sind die Behinderungsbilder (von der Grenze zu Lernbehinderung bis hin zur schweren geistigen Behinderung im kognitiven Bereich), die spezifischen Bedarfe (hoher Pflegebedarf bei einer, hoher Redebedarf beim anderen) und „die Menschentypen“, die dort zusammenwohnen:

*„Der eine ist motorisch gewandt, der andere ist kognitiv etwas mehr gewandt oder von seinem Humor her etwas gewandter und [ein] anderer ist von seiner emotionalen Annäherungsseite etwas gewandter oder auch offener besser gesagt. Und das ergänzt sich schon sehr gut, also, spannend, das zu sehen“ (5-01-I-MA1 15:50).*

Es gibt Interessenunterschiede und sie ergänzen sich einander. Für die WG-Mitglieder sei die Mischung ganz in Ordnung, so eine Mitarbeiterin (vgl. 5-01-I-MA1 14:23f.).

Die Entwicklung von Nachbarschaftskontakten benötigt Zeit. Erste Kontakte unter den verschiedenen Gruppen lassen sich bereits zu diesem Zeitpunkt, ca. 10 Monate nach dem Einzug, nachweisen. Nachbarschaftliche Beziehungen können folglich unter verschiedenen Gruppen entstehen, wenn die Rahmenbedingungen, wie z.B. die gemeinschaftlichen Räume und Aktivitäten, stimmen. Die Eltern wünschen sich eine stärkere Einbindung der WG im Haus. Insbesondere die Unterstützungskräfte, die im Haus wohnen, arbeiten bereits in diese Richtung. Auch die pädagogischen Mitarbeiter\_innen nehmen wahr, dass sich einige Hausbewohner vom Konzept her mehr gemeinschaftliche Aktivitäten in der Hausgemeinschaft erwartet haben und wünschen. Sie persönlich würden eine stärkere Einbindung nicht anstreben. Wenig ausgesprochen ist das, was die WG-Mitglieder selbst wollen. Zumindest beteiligen sie sich an Aktivitäten und pflegen bereits Kontakte im Haus (5-01-I-AN 46:48).

*„Ich glaube, sie und der ein oder andere auch im Haus hatten sich das noch ein bisschen anders vorgestellt, vielleicht noch integrativer, noch gemeinschaftlicher. Wenn man das von dieser Sichtweise aus sieht, ist das bestimmt nicht ganz so oder läuft das gerade nicht ganz so wie geplant. Ich persönlich finde aber, dass es dennoch ok ist. Ich würde mich als Bewohner dieses Hauses, glaube ich, damit wohlfühlen. Ich würde nicht unbedingt mehr Gemeinschaft verlangen, aber für die, die dort wohnen und mit dieser Perspektive da auch eingezogen sind, für die ist das sicherlich nochmal etwas anderes und die wünschen sich zum Teil auch mehr den den Kontakt untereinander, vielleicht mehr gemeinschaftliche Aktionen. Das höre ich immer mal wieder von manchen Bewohnern im Haus. Bei Herrn A. [einem WG-Mitglied] ist das vielleicht gar nicht mal so sehr der Fall, das ist ein bisschen schwer einzuschätzen“ (5-01-I-MA4 13:45).*

### **Nachbarschaft außerhalb der Hausgemeinschaft**

Beziehungen zu Nachbarn außerhalb der Hausgemeinschaft bestehen noch nicht. Der Nachbarschaftskontakt eines WG-Mitglieds, das schwer geistig behindert ist und nicht sprechen kann, wurde von früheren Mitarbeiter\_innen zum Bedauern der jetzigen unterbunden, weil die Bewohnerin dort Süßes bekam:

*„Da ist Frau J. halt immer hingegangen, aber im Endeffekt hat man dann halt rausgefunden, dass die Nachbarin ihr immer Süßigkeiten gegeben hat und Frau J. schon ja, ein Essverhalten hat, was ein bisschen gebremst werden muss. [...] Ja da wurde es dann halt eher unterbrochen von den alten Mitarbeitern halt. Keine Ahnung, ich hätte da jetzt zum Beispiel ein Gespräch dann angefangen mit der Frau, ob Frau J. nicht mal so vorbei kommen kann irgendwie, aber, ja, also das ist schwierig einfach, weil wenig Leute auch den Kontakt suchen“ (5-01-I-MA3 30:26).*

Im Stadtteil kooperiert der Anbieter mit der katholischen Kirchengemeinde. Er plant auch ein Kooperationsprojekt im Viertel. Von den WG-Mitgliedern werden u.a. das Stadtteilzentrum mit Café und Einkaufsmöglichkeiten, des Bürgerzentrum, die Kirchengemeinde, Spazierwegnetze und Grünanlagen genutzt.

Zwei WG-Mitglieder stammen aus dem Stadtteil und haben von früher her Kontakte über ihre Ursprungsfamilie. Die ständigen Mitarbeiter\_innen wohnen alle nicht im Stadtteil und wissen im Gegensatz zu den Unterstützungskräften, die im Haus wohnen, erst mal nicht, was angeboten wird.

Die Mitarbeiter\_innen müssen in die Rolle, Vermittler für ihren Klienten in der Öffentlichkeit zu sein, erst hineinwachsen:

*„Im Moment bin ich auch noch so n bisschen dabei mich zu orientieren. Ja, ich hatte zum Beispiel neulich eine Situation mit Frau M., da waren wir auf dem Weihnachtsmarkt zusammen. [...] Und dann standen wir an der Bushaltestelle und ein Arbeitskollege von ihr aus der Werkstatt kam an und sie hatte ja frei an dem Tag, Urlaub, und hatte überhaupt keinen Bock dadrauf. Und, wie gesagt, reagiert sie dann auch oft so aggressiv und die hat dann halt hier den Kram, den sie sich auf dem Weihnachtsmarkt gekauft hat – so Porzellan, erst mal ordentlich auf den Boden geknallt und da*

*rumgeschrien und alle guckten halt schon so. Ja, und ich dann so „scheiße“. Find ich schwer, also ich, ich hab gedacht so, ich muss sie jetzt schon beruhigen. Und ja, hab ich schon dann auch gemacht. Aber dann wiederum hab ich auch gedacht: Ja gut, wenn das ihre Art ist damit klar zu kommen und sie das halt grad aufgeregt hat und sie das zum Ausdruck bringen will, dann muss man das auch ein Stück weit zulassen. Aber ja. So weil ja die Menschen dann auch oft so blöd angeguckt werden, muss man irgendwie auch so n bisschen auch vermitteln und gucken.*

*I: Vermitteln in welchem Sinne jetzt auch?*

*B: Also wenn zum Beispiel dann Leute irgendwie fragen: Was' n los? Oder: Geht's noch? [...] Dann würde ich schon sagen, würde ich versuchen die Situation zu erklären oder Frau M. auch animieren das mal eben zu erklären, wenn's geht, ja“ (5-01-I-MA2 29:33 – 29:52).*

#### **5.4.1.4 Aktivitäten**

Die Geschäftsführerin weist darauf hin, dass das Recht auf Teilhabe an Aktivitäten sowohl die Möglichkeit umfasst, eine Option zu haben als auch entsprechend der eigenen Präferenzen und Interessen, Aktivitäten wahrzunehmen. Möglichkeiten im Haus, in der direkten Nachbarschaft, im Stadtteilzentrum gäbe es noch reichlich. Nach einem Jahr sei es verständlich, dass die WG-Mitglieder nach dem Auszug aus dem Elternhaus noch mit sich selbst beschäftigt sind und sich darüber hinaus an den Familien und Freunden und bisherigen Aktivitäten orientieren. Allmählich werde es zur Neuorientierung kommen. Inklusion in der Lebenslaufperspektive hieße, dass die bisherigen Bezüge erst mal blieben und dann eine Person entscheidet, was neu eingebunden und was fallengelassen wird:

*„Das heißt, die Menschen, die in die 4-er WG eingezogen sind, [...] für die haben sich ja nicht alle Bezüge verändert, nur weil sie umgezogen sind. Und die Freizeitgruppe der Lebenshilfe war vorher auch schon da. Und die ist einfach mitgezogen, das ist aber nicht anders als bei anderen Leuten auch. [...] Sie ändern ja nicht auf einmal alles, sondern Sie wohnen erstmal nur woanders und da gibt es eine neue Nachbarschaft und da gibt es vielleicht neue Leute im gleichen Haus und an die muss man sich dann erstmal ein bisschen gewöhnen, aber es ändert sich ja nicht alles andere. [...] Sodass die ein Stück ihres Inkludiertseins haben die mitgebracht. Und uns geht es jetzt darum, zu sagen: Das was ihr halten wollt, dabei unterstützen wir euch. Und wir machen euch vielleicht neugierig und bauen euch ein paar Brücken in das, was jetzt neu für euch ist und dann wird daraus glaube ich so ein Ding, was funktioniert. [...] Man zieht nicht irgendwo anders hin und hat dann keine alten Netzwerke und baut nur noch neue, sondern man nimmt sich selbst immer mit und da hängt eben noch ein bisschen was dran (lacht)“ (5-01-I-AN 1:20:50).*

Die WG-Mitglieder greifen die vorherigen Aktivitäten auf, setzen ihre Lebensführung fort. Die Teilhabe an Aktivitäten im Sozialraum wird ermöglicht. Z.B. besuchte die Wohngemeinschaft eine Art Informationsbörse im Pfarrzentrum, in der sich viele Gruppierungen im Stadtteil mit ihren Aktivitäten vorstellten.

Aktivitäten außerhalb von Arbeit und Tagesbeschäftigung lassen sich grob in Haushalts- und Freizeitaktivitäten gliedern. Haushaltsaktivitäten beziehen sich auf den eigenen privaten Bereich und die Verpflichtungen für die gesamte Wohngemeinschaft. Freizeitaktivitäten finden unter der Woche und am Wochenende statt. Zum Teil steht das Zusammensein mit Freunden und Angehörigen im Vordergrund, zum Teil die Aktivität selbst, die einzeln, mit Mitgliedern der Wohngemeinschaft, mit anderen Hausbewohnern oder in auswärtigen Gruppen wahrgenommen werden. Die WG-Mitglieder nehmen an inklusiven und an spezifisch für Menschen mit Behinderung angebotenen Freizeitgruppen teil (z.B. allgemeine Schwimmgruppe der DLRG, Freizeitgruppen der Lebenshilfe).

Das Zeitbudget der WG-Mitglieder ist beschränkt. Auffällig ist, dass die Assistent\_innen die Bewohner unter der Woche und am Wochenende individuell begleiten, was in stationären Wohngruppen selten der Fall ist. Über Aktivitäten entstehen Beziehungen zwischen WG-Mitgliedern oder Hausbewohnern. Bei Unternehmungen am Wochenende ist es mitunter schwer, alle Interessen unter einen Hut zu bringen. Was auch nicht sein muss, denn Einzelunternehmungen sind eine gangbare Alternative. Oft haben WG-Mitglieder selbst keine eigenen Ideen, was man wo unternehmen könnte.

Die Aktivitätsprofile der einzelnen Bewohner\_innen in der Freizeit sind sehr verschieden. Ein Bewohner macht und hört in verschiedensten Konstellationen Musik (Gruppe im Haus, musikpädagogisches Angebot, Konzertbesuche, CD-Sammlung), Konzerte. Am Wochenende unternimmt er häufig etwas mit seinen Eltern (Besuch von Sportveranstaltungen, Segeln, Lebenshilfecafé). Er hat einen Schwimmkurs begonnen. Der Bewohner drückt seine Interessen nicht aus, muss animiert werden, Vorschläge bekommen und ist dann beim Tun sehr zufrieden. Eine andere Bewohnerin mit Angelman-Syndrom hat selbst nur wenige klare Interessen: Spazieren gehen, mit Reis spielen, sich selbst auf DVDs anschauen. Sie geht einmal in der Woche Schwimmen mit einer Unterstützungskraft. Sie lässt sich aber gerne überall mit hinnehmen und hat Spaß daran, auch z.B. bei der Musikgruppe zuzuhören. Die wichtigste Freizeitbeschäftigung der zweiten Bewohnerin ist das Zusammensein mit ihrem Freund, der noch bei seinem Vater wohnt. Der Freund übernachtet jedes zweite Wochenende in der Wohngemeinschaft, jedes zweite Wochenende ist sie bei ihrem Vater. Während ihr Freund wegen der Erkrankung seines Vaters zur Kurzzeitpflege in einem Wohnheim lebte, hat sie ihn mit einer Assistentin mehrmals in der Woche besucht. Die Bewohnerin ist auch die einzige Teilnehmerin mit geistiger Behinderung in einer allgemeinen Schwimmgruppe der DLRG. Wegen der Gefahr epileptischer Anfälle wird sie dorthin begleitet. Einmal in der Woche besucht sie die Freizeitgruppe der Lebenshilfe. Aus Sicht der Bezugsassistentin wird ihr das zusammen mit ihren Pflichten im Haushalt (z.B. Zimmerputz, Einkaufen, Essenmachen) oft schon zu viel:

*„Denen wird 's auch manchmal echt zu viel. Wenn Anna zum Beispiel, die kommt immer erst halb fünf von der Arbeit, die hat dann auch keinen Bock immer. Die geht schon einmal in der Woche Schwimmen, einmal in der Woche zur Freizeitgruppe und ja, dann hat die noch ihren Zimmerputz und Tabletten stellen und manchmal ist es echt zu viel auch, ja“ (5-01-I-MA2 23:09).*



Der vierte Bewohner hat beim Tischtennis große Fortschritte gemacht, beschäftigt sich viel mit dem PC (auch zusammen mit Mitbewohner\_innen). In depressiven Phasen hilft ihm eine klare Wochenstrukturierung. Er kümmert sich auch mit um den Einkauf und testet das lange Aufbleiben und Fernsehen.

Eltern betonen, dass bisheriger Aktivitäten aufgenommen werden und sich schon gemeinsames entwickelt hat. Dabei wird auf die individuellen Bedürfnisse Rücksicht genommen, zum Beispiel das jemand etwas Zeit braucht nach der Arbeit, bevor die gemeinsame Musiksitzung losgehen kann. Wochenendunternehmungen wie Kinobesuch, in die Stadt fahren, Backen seien vorgesehen und freiwillig.

#### **5.4.1.5 Soziale Beziehungen**

Erstens fallen die großen, individuell unterschiedlich gelagerten Schwierigkeiten der WG-Mitglieder auf, Kontakte zu knüpfen und zu pflegen. Die Assistent\_innen fördern ihre sozialen Kompetenzen, um auf personeller Ebene die Voraussetzungen für Teilhabe und Inklusion auf Seiten der WG-Mitglieder zu schaffen.

Hierzu einige Beispiele:

*„Aber auch auf der personalen Ebene, finde ich, arbeiten wir daran, Integration zu ermöglichen, indem wir die Voraussetzungen von Seiten der Person schaffen. Also beispielsweise hat Herr L. durchaus manchmal auch einen sehr aggressiven Ton drauf und ihm fällt es manchmal schwer, Rollen richtig einzuschätzen. Wenn er in der Reha ist und jemanden anmotzt, weil er gerade schlechte Laune hat. Und ich sehe es dann auch als meine Aufgabe, ihm das zu spiegeln und ihm klarzumachen, wie das rüberkommt, damit er lernt, besser mit anderen Menschen kommunizieren zu können und damit auch sich selber den Weg ein bisschen einfacher ebnet und gestaltet an der Gesellschaft teilzunehmen. Also auch auf der personalen Ebene findet Integration und Inklusion statt“ (5-01-I-MA4 26:38).*

*„Sehr offensiv, also er ist da nicht sehr höflich und empathisch, sondern er sagt halt sofort: „Hallo, du bist Moritz. Ich kenne dich, ich habe dich da und da gesehen.“ Oder: Wie geht es dir? Mir geht es gut.“ Also er sucht halt den Kontakt, möchte den Kontakt sehr direkt und zum Teil auch nicht sehr normkonform. Also es passiert mir auch immer wieder in der Reha, dass wir gemeinsam im Fahrstuhl sind und er dort irgendjemanden anmotzt, also und auch damit irgendwie einen Kontakt schafft, aber auf negativer Ebene. Und da nicht ganz genau einschätzen kann, bei wem er sich wie verhalten kann. Ich glaube, das fällt ihm immer wieder schwer, gerade in so Situationen, wo sehr viel von ihm gefordert ist. [...] Wenn er vom Taxi abgeholt wird und da ist nur ein Taxifahrer, den er nicht kennt, dann fragt er sofort, wie er heißt und dass er Musik anmachen soll. Und das fordert er, also das ist schon ein sehr offensiver Ton. Deswegen mache ich mir auch nicht unbedingt Sorgen, dass es ihm zu schwer fällt, soziale Kontakte herzustellen, die Frage ist nur, wie er das macht und wie er diese hält“ (5-01-I-MA4 37:34).*

Frau J. geht sehr offen auf andere Menschen zu und ist fröhlich. Sie kann nicht sprechen und Freundschaftsbeziehungen eingehen, die auf einem gegenseitigen Austausch beruhen. Andere scheuen sich, auf sie zuzugehen. Ein WG-Mitbewohner verstehe auch ihre Gestik nicht und sie seine Ein- oder Zweiwortsätze (5-01-I-SO 59:03).

Eine andere Bewohnerin zeigt sich ängstlich gegenüber Fremden in öffentlichen Situationen, aber hat keine Angst, wenn sie Leute kennt:

*„Zu Menschen, die sie gar nicht kennt, ist sie auf jeden Fall sehr ängstlich und zurückhaltend. Also ich hab das zum Beispiel in Situationen erlebt, wenn wir was eingekauft haben und ich dann so, ne, ja „zahl das mal selber, versuch mal“ so. „Nein, ich trau mich nicht“ und so. Aber das macht die dann auch so, dass die andere Person das mitkriegt, ne? Und ja, da muss man schon sehr viel unterstützen und so motivieren und ihr Mut zusprechen. [...] Und zu Menschen die sie kennt, da kenn ich das jetzt zum Beispiel beim Schwimmen, also ferner kennt sag ich mal, da läuft das schon ab, dass sie dann auch direkt auf die Leute zugeht und dann immer nach den Namen fragt, weil sie das, also das ist so oft so ein Weg, wie sie so ein Gespräch angeht“ (5-01-I-MA2 33:04).*

Bei Unruhe und innerem Druck reagiere die gleiche Bewohnerin sehr ungehalten. Auch ihr Konfliktverhalten gegenüber ihrem Freund sei oft beleidigend und wenig konstruktiv, so die Bezugsassistentin, die das auch anspricht:

*„Wenn da Konflikte sind oder so, der kennt sie natürlich besser, bei dem Freund, der hat halt auch ne Behinderung, der geht super liebevoll mit Frau M. um und kennt auch so ihr aggressives Verhalten und der ist da ganz ruhig und ganz lieb und ‚Anna komm mal runter‘ und der macht das klasse. Aber manchmal glaube ich auch, dass ihn das sehr nervt. Und damit diese Partnerschaft so erhalten bleibt, ja, mach' ich das so, dass ich dann Frau M. auch manchmal so aufzeige: ‚Ja für den Alex ist das jetzt nicht schön, wenn du den immer anschreist oder als Arschloch beschimpfst oder so.‘ Das versuche ich ihr dann schon aufzuzeigen so“ (5-01-I-MA2 35:57).*

*„[...] Ja und so Alternativen, wie könnte man es vielleicht anders angehen, wenn man dann sauer ist. Sie hat zum Beispiel immer ein Problem damit, wenn sie ihn sonntags verabschieden muss. [...] Und dann sag' ich ihr zum Beispiel auch so ‚Das ist jetzt nicht schön, wenn Alex mit Arschloch verabschiedet wird. Sondern nimm ihn mal lieb in den Arm‘ und so“ (5-01-I-MA2 36:21).*

Zweitens sind die sozialen Beziehungen bei drei von vier Bewohner\_innen stark durch das soziale Umfeld der Ursprungsfamilien geprägt, bis dahin, dass Eltern soziale Beziehungen stellvertretend aufgebaut haben und pflegen. Ein Bewohner gehe z.B. nicht auf andere zu, da er das nicht gelernt habe und immer alle auf ihn zugegangen seien, so eine Mitarbeiterin. Die Eltern erwarten und die Mitarbeiter\_innen sehen es als ihre Aufgabe an, auch stellvertretend bestehende soziale Beziehungen zu pflegen. Wenn möglich, sollen die WG-Mitglieder jedoch selbst in die Lage versetzt werden, dies zu tun.

Drittens wünschen sich Mitarbeiter\_innen wie Eltern für drei der vier WG-Mitglieder mehr engere soziale Beziehungen. In einem Fall weist der Mitarbeiter auf die Schwierigkeit hin, einzuschätzen ob der Bewohner sich das auch wünscht. Verbale und nonverbale Äußerungen widersprechen sich:

*„Er äußert nicht, dass er gerne mehr Kontakte hätte [...] er äußert immer alles sehr negativ, also verbal äußert er alles sehr negativ. [...] Man kann schwer sagen, ob er gerne mehr Kontakte hätte. Ich glaube schon. Das kann ich nur von Erlebtem schildern, dass, wenn er Besuch bekommt oder bekommen hatte, er immer sehr offen war und auch sich sehr bemüht hat, diesen Besuch zu empfangen, also da eine gewisse Beziehung aufzubauen. Also das hat man schon gemerkt, dass er das gerne hatte, dass ihn jemand besucht und auch wenn dann da seine Freundin Franka vorbeikommt, also nicht seine Freundin, sondern eine Bekannte, ist er immer sehr aktiv mit ihr zusammen und auch wenn andere Leute vorbeikommen, was nicht sehr regelmäßig geschieht, dann ist er sehr aktiv und bemüht sich um diesen Besuch, um da eine Beziehung aufzubauen. Von daher würde ich sagen, ja, also mehr, er hätte gerne mehr Kontakte und auch enge Kontakte. Aber er äußert das in einem anderen Umfeld, wenn er alleine ist, wenn ich ihn fragen würden: ‚Willst du gerne mehr Freunde haben?‘ Würde er sagen: ‚Nein, brauche ich nicht‘ “ (5-01-I-MA1 34:43).*

Für diese drei Bewohner\_innen spielen die Beziehungen in der Wohngemeinschaft bereits eine wichtige Rolle. Z.B. wird ein Mitbewohner von einem WG-Mitglied als bester Freund bezeichnet (5-01-I-NU 1:20f). Auch die vierte Bewohnerin macht sich Gedanken über ihre WG-Genossen und ruft z. B. an, wenn sie bei ihren Eltern ist.

#### **5.4.1.6 Selbstbestimmung**

##### ***Unterstützung von Selbstbestimmung***

Der Auftrag der Mitarbeiter\_innen ist es, die WG-Mitglieder dabei zu unterstützen, herauszufinden, was sie wollen. Es ist ein langwieriger Prozess, die persönlichen Werte und Ziele eines einzelnen Bewohners zu erkunden und setzt ein intensives Kennenlernen in der täglichen Begleitung voraus.

Mitarbeiter\_innen müssen auch die nonverbalen Signale erkennen, das, was nicht artikuliert wird, und auf Unzufriedenheit oder Bedürfnisse hinweist. Die Förderung von Selbstbestimmung ist ein Ziel:

*„Genau, das ist schon unsere Ausrichtung, ihm diese Selbstbestimmung zu lassen und ihm auch wirklich diese Zeit zu lassen, dass er Musik hört. Aber wenn wir den Eindruck haben, dass es ihm schon nicht mehr gut tut und er jetzt mal – abgesehen von dieser Haltung, die er dann eben verbal ausdrückt – eigentlich doch ganz gerne auch etwas anderes machen möchte und sieht, dass er dann irgendwie zappelig wird oder dass er immer wieder zu dir hinfährt und dir irgendetwas sagen will, also dass er schon auch die Kommunikation sucht und eben nicht nur Musikhören will. Also wenn man diese Zeichen sieht, dann kann man daraus auch interpretieren, dass er, dass es eben nicht nur das ist, was er sagt, was er will, sondern dass er vielleicht auch noch mehr will, es*

*ihm aber schwer fällt, das auszudrücken und dass man ihm dann dafür auch Unterstützung gibt, ja“ (5-01-I-MA4 46:15).*

Auch die Nutzer\_innen, die nicht sprechen, können ihren Willen deutlich machen, insbesondere bezogen auf das, was sie nicht wollen. Sie wehren sich gegebenenfalls, setzen sich durch, sind aber auch zu beeinflussen, wenn man sie kennt. Bewohner\_innen, die ihre Wünsche nicht ausdrücken können, gilt es konkrete Wahlmöglichkeiten zu geben, sodass sie zeigen was sie wollen. Oder sie werden mitgenommen, es werden Angebote gemacht und ausprobiert, was gefällt. Beispiel: der Besuch im Movie-Park:

*„Ja, ich fänd es schön halt nochmal neue Ideen zu (lachend) gewinnen, was man so noch machen kann mit ihr, was für sie halt auch schön ist. Also oft bietet man halt Sachen an, die für Frau J., wo sie jetzt nicht so viel mitmachen kann. Wir waren letztens zum Beispiel im Movie-Park. War für Frau J. natürlich eigentlich nur ein großer Spaziergang, aber sie fand es halt trotzdem toll, sie hat die ganze Zeit gelacht, weil sie jetzt gesehen hat, wie die ganzen Riesenkarussells da rumfahren und so und das fand sie halt auch schon toll“ (5-01-I-MA3 24:43).*

Manchen fällt der Umgang mit den neu gewonnenen Freiräumen schwer oder fehlt das Zutrauen. Die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung wird von den Mitarbeiter\_innen als Aufgabe gesehen.

*„Wobei, da es sich manchmal auch etwas schwierig gestaltet, da Herr A. sich nicht entscheiden kann. Also er kann sich manchmal oder nicht bestimmen, was er möchte. Bei ihm ist der Ausdruck immer „Ich weiß es nicht.“ Und ich nehme das immer auf als: „Ich traue mich nicht.“ Und da versuche ich ihn in der Hinsicht zu motivieren, also ihm dann eine Sache oder ihn irgendwie mitzunehmen oder eine Aufgabe abzugeben. Von daher ist es immer ein bisschen schwer mit der Selbstbestimmung, aber er ist schon, ist schon sehr bestimmt in seinem Tun“ (5-01-I-MA1 41:27).*

Donnerstags gibt es einen runden Tisch, an dem über Wochenendaktivitäten beraten wird. Vorrang haben die Vorschläge der Bewohner\_innen. Oft wissen sie aber gar nicht, was man so machen kann, was überhaupt wo stattfindet.

### **Ausmaß der Selbstbestimmung**

Aus Sicht der Mitarbeiter\_innen und der Eltern werden die Wünsche und Interessen jedes einzelnen WG-Mitglieds sehr ernstgenommen.

*„Ich finde, da ist der erste Schritt, das erst mal so anzunehmen und ihn nicht zu etwas zu verpflichten, was er vielleicht gar nicht möchte. Also erst mal in einem gewissen Rahmen Selbstbestimmung zugestehen. Ich glaube, das ist der der wichtigste Schritt als Voraussetzung und darauf ist es schon auch das Bestreben, dass die Personen auch an gesellschaftlichen Angeboten teilnehmen können, wenn sie es denn möchten.“ (5-01-I-MA4 29:15)*

Für die Leitung hat sich die Selbstbestimmung der WG-Mitglieder deutlich erweitert. Die Mitarbeiter\_innen hätten das ambulante Denken verinnerlicht.

Die Zufriedenheit der WG-Mitglieder mit ihrer Selbstbestimmung wird differenziert beurteilt. Der einzige interviewte Bewohner ist selbst zufrieden (5-01-I-NU 00:58, 11:40f). Sein Bezugsassistent meint, dass viele Dinge ihm egal sind, aber dass er bei den wenigen Entscheidungen, die für ihn persönlich wichtig sind, die Freiheit schätzt.

Eine Bewohnerin, die sich nicht sprachlich mitteilen kann, wirkt sehr zufrieden und zeigt nicht, dass etwas zu wenig ist (aus Sicht der Bezugsassistentin und der Mutter). Die andere Bewohnerin zeigt deutliche, z.T. heftige, aufbrausende, impulsive Reaktionen auf Einschränkungen ihrer Entscheidungsfreiheit (Reaktanz). Mitarbeiter\_innen suchen Wege, um Einschränkungen zu vermeiden (s. unten). Bei einem anderen Bewohner ist in den depressiven Phasen die Fähigkeit, vorausschauend Entscheidungen zu treffen, eingeschränkt (Beispiel unten).

Mitarbeiter\_innen sind der Meinung, dass WG-Mitglieder auch häufiger Entscheidungen ohne die Angehörigen treffen könnten (z.B. 5-01-I-MA2 07:58).

### ***Wohnung, Wohngemeinschaft, Assistent\_innen***

Die Mieter haben das Selbstbestimmungsrecht über ihren Wohnraum. In der Wohnung finden keine Teamsitzungen statt, es gibt keinen Mitarbeiterspind, kein Büro und dergleichen.

WG-Mitglieder müssen vom Hilfebedarfmix in die Wohngemeinschaft passen (s.o.). Mitglieder der WG sollten aus Sicht einer Mitarbeiterin die Möglichkeit haben, stärker mitzubestimmen wer einzieht (vgl. 5-01-I-MA4 1:05:01).

Auf die Einschränkungen bezüglich der Zuordnung von Mitarbeiter\_innen wurde oben bereits hingewiesen.

### ***Eingriffe in die individuelle Selbstbestimmung***

in den Interviews werden drei Themen genannt, bei denen Mitarbeiter\_innen wiederholt in die Selbstbestimmung der WG Mitglieder eingreifen:

- Verpflichtungen und Konflikte in der WG
- Abwenden von Gefahren
- individuelle Überforderung

#### *Verpflichtungen und Konflikte in der WG*

Selbstbestimmung heißt auch Verantwortung übernehmen und vereinbarte Verpflichtungen in der WG nachzugehen. Wann und wie jemand die Aufgaben erledigt, bleibt seiner/ihrer Entscheidung überlassen.

*B: „Ja in der Hinsicht, dass er gewisse Aufgaben und Verpflichtungen in der WG hat, ja, denen er manchmal nicht nachgehen möchte, aber muss, also wie jeder andere auch – in der Wohngemeinschaft. Und in der Hinsicht fühlt er sich vielleicht eingeschränkt.“*

*I: „Ok. Das sind dann so die Bereiche, wo er gerne selber sein eigener Herr wäre.“*

*B: „Hmhm. Wobei wir ihm das auch überlassen, also in der Wochenstruktur, die wir ja auch gemeinsam aufgestellt haben, sind diese Aufgaben auch erläutert. Aber das ist dann halt nicht auf einen bestimmten Tag gelegt, sondern nach Bedarf. Also er entscheidet selbst, ob jetzt die Spülmaschine ausgeräumt werden muss oder nicht oder der Aschenbecher geleert werden muss oder nicht. Also, es ist schon manchmal notwendig, ihn darauf hinzuweisen, aber es ist seine freie Entscheidung wann und wie.“ (5-01-I-MA1 43:59 – 44:35).*

Die WG-Mitglieder regulieren sich in Bezug auf ihre WG-Aufgaben noch nicht gegenseitig. Es sind die Mitarbeiter\_innen, die sie „vorausgehend“ an die Erfüllung ihrer Verpflichtungen erinnern.

*„Bei Frau M. ist das zum Beispiel ganz oft so, die telefoniert Nachmittags nach der Arbeit und die macht das auch stundenlang, aber sie hat natürlich auch ihre Pflichten so in der WG und ich weiß schon, dass es meine Aufgabe auch ist, sie daran zu erinnern und vielleicht auch zu motivieren. Aber dann manchmal geht das dann natürlich auch so, dass du dann so in die Privatsphäre so ein bisschen eindringst und ja, beispielsweise ans Zimmer klopfst und sagst ‚So ja, mhh, wollen wir nicht mal langsam?‘“ (5-01-I-MA2 15:05).*

*„Ich sag ihr auch immer: ‚Die anderen könnten dann auch mal sauer auf dich werden und wiederum erwartest du ja auch von Bernd, dass er die Spülmaschine ein- und ausräumt so.‘ Also versuche ich das immer so, dass das ja eigentlich so ein Miteinander werden soll. [...] Aber wenn sie dann auch mal so sagt ‚Ich will aber jetzt weiter telefonieren, ich mach den Salat nicht‘, beziehungsweise das sagt sie auch nicht so, sie rastet dann eher aus, dann sag ich immer: ‚Gut, dann gibt es heute keinen Salat‘ halt und fertig“ (5-01-I-MA2 41:55).*

Die Freiheit des einzelnen trifft im Zusammenleben immer auf die Freiheit der anderen, es entstehen Konflikte. Mitarbeiter unterstützen die Lösung von Konflikten, die nicht offen ausgetragen werden (z.B. Lautstärke von Musik abends).

### *Abwenden von Gefahren*

Mitarbeiter\_innen beschreiben einen Balanceakt zwischen Akzeptieren der Selbstbestimmung und der Abwendung von Gefahren.

Ein Bewohner zieht sich in depressiven Phasen sehr stark zurück:

*„[...] denn wenn man wirklich nur dem nachgeht, was er möchte, würde er in seiner Freizeit nichts unternehmen sondern tatsächlich nur Musik hören. Er würde wohl kaum essen und auch kaum auf Toilette gehen, denn er sagt bei diesen Sachen grundsätzlich eher, dass er das nicht möchte. Das heißt, das ist auch immer wieder so ein Balanceakt ihm diese Selbstbestimmung zu lassen, die die er sich verdient hat, wie jeder andere, und gleichzeitig eben auch auf seine Gesundheit zu achten und auf seine Ausgeglichenheit. Und wenn es Sonntagnachmittag ist und weiß, der ist jetzt seit Freitagmittag, seit er aus der Werkstatt da ist, in seinem Zimmer und will von sich aus jetzt nichts anderes unternehmen oder sagt zu allem nein, dann habe ich den Eindruck, ihm tut es auch gut, wenn von außen mehr Input kommt und man ihm sagt: ‚Komm, Erik, lass uns*

*doch noch einen kleinen Spaziergang machen!’ Auch wenn er in dem Moment sagt: ‚Ich will nicht.‘ Ja, ich glaube trotzdem, da sind die Grenzen seiner Selbstbestimmung [...] Wo wir die Grenze zwischen gesund und ungesund sehen, also wenn wir das Gefühl haben, er er isst gar nichts, dann machen wir uns da auch Sorgen und zwingen ihn natürlich nicht zum Essen, aber wir stellen ihm dann halt etwas ins Zimmer, dass er trotzdem die Möglichkeit hat, es zu essen, auch wenn er sagt, ich will nicht essen. Also diese Selbstbestimmung geben wir ihm, dennoch bieten wir etwas an und teilen ihm auch unsere Meinung mit. Das ist, glaube ich, auch sehr wichtig, dass er diese andere Meinung erfährt“ (5-01-I-MA4 45:29).*

Ein anderes Beispiel ist, dass die Mirtarbeiter\_innen, die Tabletteneinnahme einer Bewohnerin zur Verhinderung epileptischer Anfälle kontrollieren (müssen), auch wenn diese Kontrolle der Bewohnerin nicht behagt.

### *Individuelle Überforderung*

Individuelle Überforderungssituationen haben unterschiedliche Hintergründe.

Eine Bewohnerin überschätzt ihre eigenen Kompetenzen, ihr wird Hilfe angeboten und angeraten:

*„Das gleiche ist zum Beispiel beim Zimmer putzen. Da sagt sie auch ganz oft: ‚Das kann ich alleine‘ und so. Und dann frag ich immer so: ‚Ja gut, du willst gar keine Hilfe und das kriegst du auch hin so?‘ ‚Ja okay, dann hilf mir doch‘ “ (5-01-I-MA2 40:55).*

Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen ist der Zusammenhang zwischen dem Nutzen und den Einzelmaßnahmen eines Toilettentrainings für eine Bewohnerin nicht nachvollziehbar. Sie wird deshalb dazu gebracht, regelmäßig die Toilette aufzusuchen, auch wenn die das nicht immer will.

#### **5.4.1.7 Nutzerzufriedenheit**

Bei allen Mitgliedern der Wohngruppe gibt es Anzeichen der Bindung an die Wohngemeinschaft als neues Zuhause, z.B. Anrufe am Wochenende vom Elternhaus aus; den Wunsch, früher vom Elternhaus in die WG zurückzukehren; der Sprachgebrauch „nach Hause“ für die WG. Die WG sei attraktiver als das Elternhaus, so eine Mutter. Die Ablösungsprozesse vom Elternhaus verlaufen verschieden schnell.

Die WG-Mitglieder sind unterschiedlich zufrieden, was mit ihrer Lebenssituation insgesamt zusammenhängt. Ein Bewohner äußert selbst, dass er zufrieden sei, was sein getrennt interviewter Bezugsassistent bestätigt („7-8 von 10“). Der Bewohner würde aber gerne mittelfristig allein leben, was als sein Wunsch in die individuelle Hilfeplanung mit aufgenommen wurde. Die Bewohnerin, die nicht spricht, wirke sehr zufrieden und genieße Anregung und Ruhe in der WG. Die zweite Bewohnerin ist stolz, ambulant unterstützt in der eigenen Wohnung zu leben, und ärgert sich nur manchmal über die laute Musik ihrer beiden männlichen Mitbewohner. Nach einem schweren Unfall ist der vierte Bewohner mit seiner Lebenssituation insgesamt nicht zufrieden. Dennoch sei die Wohnung ihm schon Heimat geworden.

Alle drei befragten Elternteile konstatieren auch, dass ihre Kinder erheblich selbstständiger geworden seien (5-01-I-SO 1:08:58, 1:12:31f).

Maßnahmen zur Erhöhung der Bewohnerzufriedenheit lägen vor allem in der außerhäuslichen Arbeits- und Beschäftigungssituation, so die Mitarbeiter\_innen. Im Wohnalltag brauche ein Bewohner eine Mischung aus Struktur und Freiräumen, um ausgeglichen zu bleiben. Eine andere müsse vor Überforderung bewahrt werden und lernen, solche Situationen selbst zu regulieren. Die Dritte müsse Gelegenheiten haben, mitzumachen, um glücklich zu sein. Für den Vierten sei aufgrund depressiver Phasen eine Wochenstruktur wichtig.

#### **5.4.1.8 Gesamtbewertung**

Alle Interviewten betonen das hohe Maß an Selbstbestimmung, das für die WG-Mitglieder mit hohem Hilfebedarf möglich wird. Die eigene Wohnung bietet Freiräume des Wohnens (z.B. am Wochenende regelmäßig den Freund übernachten lassen) und der Haushaltsführung, Ruhe und Kontaktmöglichkeiten.

Gewünschte individuelle Begleitungen (1:1 Zeiten) können in der Regel umgesetzt werden, was die Teilhabe an Aktivitäten und am Leben außerhalb der WG erhöht. Voraussetzung hierfür sind ein günstiger tatsächlicher Personalschlüssel, flexible Einsatzzeiten der Assistent\_innen, ausgebildete Fachkräfte in pädagogischen Dienst und die Finanzierung einer Nachtbereitschaft. Bei allen Abstimmungsproblemen habe sich die Arbeitsteilung zwischen Pflege und Alltagsbegleitung bewährt (vgl. 5-01-I-MA4 14:50).

*B: „[...] Denn dieses Projekt ermöglicht eben den Bewohnern, dass sie wirklich in ganz individuellen Bezügen leben können und nicht jetzt immer mit irgendeinem anderen Bewohner teilen müssen und nicht an irgendwelche festen Heimstrukturen gebunden sind, sondern das ist tatsächlich deren Wohnung. Wenn Herr E. von seinen Eltern ein Wochenende mal zurückkommt [...], dann sagt er ‚meine Heimat‘ und das ist schön zu hören. Ich glaube auch wirklich, dass er dies so fühlt, weil es dort sein Zimmer ist und er weiß, wenn ich jetzt meine Tür zumache, dann ist die zu und auch wenn ich dann die ganze Zeit nur im Kreis fahre, dann, dann ist das mein Recht, dann werde ich nicht verpflichtet, einen Ausflug zu machen, sondern das ist einfach hier mein, meine Privatsphäre. [...] Wir haben gleichzeitig auch die Aufgabe, immer wieder ein Angebot zu machen, auch so zur Unterstützung der Freizeitgestaltung.*

*I: Profitiert Herr E. aus deiner Sicht so durch dieses ambulante Wohnen in der WG?*

*B: Ja, eben weil er diese Selbstbestimmung so ausleben kann, weil er sein Leben so recht frei gestalten kann in erster Linie, profitiert er sehr davon, ja“ (5-01-I-MA4 16:44).*

Die Eltern fühlen sich als Unterstützer und rechtliche Betreuer der WG-Mitglieder ernst genommen. Sie schätzen das hohe Mitspracherecht bei Belangen der Wohngemeinschaft (vgl. 5-01-I-SO 1:15:30f).

Integration und Inklusion sei in diesem Kontext einfacher zu realisieren. Die WG habe in einem integrativen Wohnhaus ganz andere Voraussetzungen, um soziale Kontakte zu



knüpfen als in einem normalen Wohnhaus, so eine Mitarbeiterin, die sich fragt, ob sich Mieter in anderen Mietshäusern darauf einlassen würden. Es gibt aus Sicht eines Mitarbeiters einfach mehr Kontakte in die Nachbarschaft durch das Integrative Wohnhaus:

*„Weil der Kontakt zu den Nachbarn noch mehr ist als, ich glaube, in einem einfachen Wohnhaus irgendwie in der Stadt oder so. Wobei ja auch zum Teil Mitarbeiter der WG im Haus wohnen und so schon die Distanz überbrückt ist, einander zu kennen. Also man weiß, da hinten wohnt der und hier wohnt die und da wohnt der, so ungefähr und dann kann man auch mal einen Schneeball ans Fenster schmeißen und so etwas. Und von daher ist diese Grenze schon, ja überschritten – ja, einfach mehrere Kontakte“ (5-01-I-MA1 47:28).*

Gleichzeitig sind aus Sicht einer anderen Mitarbeiterin die Ansprüche an das Gemeinschaftsleben von Menschen mit und ohne Behinderung geringer geworden. Die Leitung beobachtet, dass sich die Ansprüche an die Hausgemeinschaft differenzieren:

*„Ich glaube auch, dass dieses Haus auf die Dauer die eine oder andere Partei tragen muss, die sagt, wir wollten dieses Konzept vielleicht zu Anfang, aber eigentlich orientieren wir uns jetzt vielleicht doch mal lieber anders oder gehen mehr als Privatier und [...] die Hausgemeinschaftstreffen nerven mich auch. Also, ich denke, das ist realistisch, nicht davon auszugehen, dass alles so weiterläuft wie es im Moment läuft, sondern ich denke da wird die eine oder andere Ermüdungserscheinung eintreten. Aber ich glaube, dass so eine Gemeinschaft das verkraften kann und auch verkraften muss. Aber im Großen und Ganzen, denke ich, wird sich dieses Konzept schon durchsetzen und umsetzen lassen“ (5-01-I-AN 1:47:46).*

Die Eltern sehen in der Hausgemeinschaft von Menschen mit und ohne Behinderung eine große Chance, Kontakte zu Nachbarn ohne Behinderung zu knüpfen und noch einen Nachholbedarf im Wohnhaus:

*I: „Also sie sehen da so 'ne Chance schon drin in dieser Hausgemeinschaft, dass da die Kontakte leichter fallen dann?“*

*B: „Hmhm. Jetzt auch nicht nur zu Behinderten, zu Behinderten haben sie genug Kontakt.“ [...]*

*B: „Ja und hier in N-Stadt ist auch so ein neues Haus aufgemacht worden von [Trägername]. Da sind nur Behinderte drin, teilweise im AUW, teilweise stationär. Und ich find das eigentlich ganz gut, dass [in] diesem Haus ein Teil behindert sind, hier die WG, teilweise normales AUW und teilweise dann halt auch, ja ganz normale Menschen, also die Job haben, die studieren, zum Teil auch schon in Rente sind. [...] Dass das wirklich bunt gemischt ist ne?“ (5-01-I-SO 1:18:43 – 1:19:20).*

Die Geschäftsführerin bezeichnet die Wohngemeinschaft als „Wohnform zwischen den Stühlen“. Individuelle Bedürfnisse, Selbstbestimmung und Freiräume verlangen nach einer Flexibilität bei Einsatzabsprachen. Gleichzeitig erfordert der „Schutzauftrag“ in Bezug auf WG-Mitglieder mit hohem Hilfebedarf und die Größe des Teams verbindliche Kommunikationsstrukturen:

*„Es pegelt sich ganz schnell in so einem System ein, wie eine Struktur abzulaufen hat. Das ist echt spannend zu beobachten, wie schnell das passiert. Wenn man ein festes Team hat und eben nicht nur eine Person, die sich um diesen Menschen ein paar Stunden pro Woche kümmert, sondern ein ganzes Team. Das ganze Team muss sich organisieren und schon bist du wieder bei so einer Struktur, das finde ich /eh/ durchaus schwierig damit umzugehen. Gleichzeitig brauchst du auch gewisse Strukturen, weil ansonsten Dinge auf der Strecke bleiben. Und da müssen wir uns auch immer wieder überprüfen, ob /eh/ wir nach wie vor ambulant unterstütztes Wohnen ausüben oder ob es zu stationär ist“ (5-01-I-MA4 54:52).*

Mit Risiken muss individuell umgegangen werden, was klaren Regeln für akute Gefahrensituationen nicht widerspricht. Ein Senken des Personalschlüssels würde gewonnene individuelle Freiräume zunichte machen.

### **Weiterentwicklung und Veränderungswünsche**

Vor allem die Eltern wünschen sich mehr Personalkontinuität und weniger Fluktuation. Mitarbeiter\_innen wollen Sicherheit gewinnen in der Arbeit und Änderungen bei der Dokumentation. Die WG-Mitglieder sollen Mitbewohner\_innen selbst aussuchen können. Eine Mitarbeiterin regt an, eine solche WG in einem anderen, gewöhnlichen Mietshausumfeld auszuprobieren.

Nach Ansicht der Leitung soll die Nachbarschaft außerhalb des Hauses stärker einbezogen werden:

*„Wo ich mir nicht so sicher bin, das ist die Nachbarschaft, da müssen wir mal gucken, das sind in der Regel ziemlich dicke Bretter, die man bohren muss, um in diese tatsächliche Nachbarschaft intensiver reinzukommen. Da ist die Resonanz nicht ganz so groß, wie wir uns die ursprünglich vorgestellt haben. Wir haben die immer eingeladen zum Spatenstich, zum Richtfest, zum Einweihungsfest, zum Sommerfest und so und die Resonanz ist doch relativ gering. Vielleicht ändert sich das im Laufe der Zeit und braucht noch ein bisschen Zeit“ (5-01-I-AN 1:47:46).*

Für die Planung solcher Projekte gibt die Geschäftsführerin drei Empfehlungen (5-01-I-AN 1.13:13): Man solle nur mit Menschen planen, die das Vorhaben wirklich wollen („Überzeugungstäter“). Um diese zu finden und später auch Mitarbeiter\_innen, die nach diesem Konzept arbeiten wollen, müsse der Träger „Sozialpflege“ betreiben. Wenn man ein solches Vorhaben im gesamten Planungs- und Umsetzungsprozess begleiten wolle, dürfe ein Sozialverband, drittens, nicht einfach „trägerorientiert agieren“, sondern dürfe nicht aus den Augen verlieren, für wen und was man das mache, und welche Rolle man gerade im Prozesse einnehme:

*„Ich habe beim LWL nicht verhandelt für die Lebenshilfe über die Kosten – das ist nicht meins, sondern ich habe im Auftrag der Eltern verhandelt. [...] Also sich immer klar zu sein, wann stehe ich in welchen Schuhen. Wann bin ich Arbeitgeber für die Mitarbeiter, die in die Assistenz gehen, wann bin ich Vertreter der Eltern, für die ich etwas verhandele oder in deren Namen ich etwas verhandeln kann“ (5-01-I-AN 1:43:41).*

## 5.4.2 Wohngemeinschaft des Apartmenthauses in Berlin, Charlottenburg-Wilmersdorf

In diesem Abschnitt wird die Wohngemeinschaft (WG) im Apartmenthaus Prinzregentenstraße in Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf evaluiert. Zunächst werden die Planung, Umsetzung und Organisation der Wohn- und Unterstützungsarrangements untersucht. Auf dem Hintergrund der Leitideen Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung werden anschließend die Nachbarschaft der WG sowie (Freizeit-)Aktivitäten, Soziale Beziehungen, die Selbstbestimmung und Zufriedenheit der Bewohner\_innen näher beleuchtet. In einer Schlussbetrachtung erfolgt eine Gesamtbewertung des Wohnkonzeptes.

### 5.4.2.1 Planung und Umsetzung

Bereits vor der Umsetzung war der Leitung des Wohndienstes klar, dass bei einem so großen Projekt, wie dem Apartmenthaus, Hindernisse auftreten würden.

Schwierigkeiten traten vor allem im Baubereich auf. Beispielsweise war die Brandmeldeanlage zum Einzug der Menschen mit Behinderung noch nicht fertiggestellt, sodass 24 Stunden täglich ein Wachschutz vor Ort sein musste, um eine Brandmeldung zu gewährleisten, was hohe Kosten verursachte. Als eine weitere Schwierigkeit erwiesen sich die Begutachtungen des Gesundheitsamtes. Für sie war das komplette Wohnkonzept neu und es bedurfte vieler Erläuterungen, „*was wir da eigentlich machen*“ (5-02-I-AN Seg. 22). Das örtliche Bezirksamt, in welchem das Apartmenthaus steht, war auf einen Schlag mit einer großen Anzahl von Neufällen konfrontiert. Anfängliche Herausforderungen mündeten in einer engen und offenen Einbindung der politisch und fachlich Verantwortlichen. Diese Art der Zusammenarbeit wird vor allem am Anfang eines neuen Wohnprojekts von der Leitung als sehr wichtig angesehen. Bei der Umsetzung wurden unter anderem das Bezirksamt, die Bürgermeisterin und die Sozialstadträtin mit eingebunden (beim Richtfest, der Eröffnung usw.). Ihnen konnte bei diesen Gelegenheiten gezeigt werden, dass das Projekt nicht nur neue Kosten verursacht, sondern es auch eine Innovation für den Bezirk darstellt.

Für die Leitung ist es wichtig gewesen, dass die Eltern der drei WG-Mitglieder sich vor dem Einzug bereits kannten.

Die Angehörigen sind sich einig, dass sie in diesem Wohnprojekt wesentlich mehr Zeit investieren als dies in einer stationären Einrichtung der Fall wäre. Dieses intensive Einbringen war für sie vorhersehbar und wird akzeptiert. Die Angehörigen sind froh, bei irgendwelchen Hürden andere Angehörige an ihrer Seite zu haben. Zudem sind sie sich sicher, dass der Träger hinter ihnen steht und sie bei der Bewältigung von Schwierigkeiten unterstützt. Sie fühlen sich gehört und ernst genommen.

Die Angehörigen sind zu Teamsitzungen mit eingeladen und hatten bei der Planung und Umsetzung die Möglichkeit mitzuwirken. Durch ihre Einflussnahme wurde z.B. in zwei der Zimmer eine Badewanne statt einer Dusche installiert.

Auch bei der Personalsuche waren die Eltern beteiligt. Sie hatten die Möglichkeit, der Leitung gegenüber Erwartungen an Mitarbeiter\_innen und gewünschte Arbeitsschwerpunkte zu äußern, waren bei einigen Vorstellungsgesprächen anwesend und konnten nach diesen ihr Urteil abgeben. *„Es ist jetzt nicht so, dass die Eltern da eine Personalentscheidung treffen, aber wir möchten sie mitnehmen“* (5-02-I-AN 09:52).

Obwohl von der Leitung das erste Jahr als schwierig beurteilt wurde, wird die aktuelle Organisation der Wohngemeinschaft als nachhaltig angesehen. Die Konzeption der Wohngemeinschaft beruht auf dem Zwei-Milieu-Prinzip.

Von den Mitarbeiter\_innen und Angehörigen werden vor allem die Assistenzzeiten und der gute Personalschlüssel hervorgehoben. Die Mitarbeiter\_innen schätzen an der Arbeit, dass es möglich ist, den Tagesablauf flexibel zu gestalten und an die aktuellen Bedürfnisse und Wünsche der Menschen mit hohem Hilfebedarf anzupassen. Die Möglichkeit, individuelle Bedürfnisse zu erkennen und auf sie einzugehen, erweitere die Selbstbestimmung der Bewohner\_innen.

Die Lage der Wohngemeinschaft mitten im Stadtviertel wird von allen Seiten sehr geschätzt, da sie gute Chancen eröffnet, in das Gemeinwesen eingebunden zu werden.

Für die Zukunft äußern die Mitarbeiter\_innen Veränderungswünsche bezüglich des weiteren Zusammenwachsens von Pflege und Pädagogik sowie eine bessere Zusammenarbeit mit der Schule und den Werkstätten. Den Wunsch des Zusammenwachsens der Mitarbeiter\_innen zu einem großen Team teilt der Geschäftsführer. Außerdem wünscht er sich für die Zukunft die Etablierung von Routinen und eine stärkere Verankerung im „Kiez“. Leerstehende Räume im Erdgeschoss des Apartmenthauses sollen zu einem Nachbarschaftstreffpunkt ausgebaut werden. Die Angehörigen zeigen sich unzufrieden mit der hohen Fluktuation der Mitarbeiter\_innen. Sie wünschen sich eine Kontinuität des Personals.

#### **5.4.2.2 Organisation der Unterstützungsleistungen**

##### ***Finanzierung und Kalkulation***

Aufgrund der unüblichen Finanzierungsform rechnete der Anbieter mit komplizierten Verhandlungen mit dem Leistungsträger. Deshalb wandte man sich gleich zu Beginn an die Senatsverwaltung, die oberste Fachbehörde.

*„Da haben wir nur [...] erfahren, dass das Sache der Bezirke sei und dass man im Konfliktfall bereit sei, das zu moderieren und dass man der Sache wohlwollend gegenübersteht“* (5-02-I-AN Seg. 20).

Positiv überrascht wurde alles weitere mit den jeweiligen Bezirksämtern abgesprochen *„und da war man im Prinzip sehr schnell bereit, uns zu unterstützen, aber immer mit der Prämisse: Es darf nicht teurer sein als eine vergleichbare stationäre Einrichtung“* (ebd.). Da diese Prämisse den Ausgangspunkt für die Kalkulation darstellte, gab es mit der Kostenübernahme keine Probleme mehr und nach dem ersten Bewilligungszeitraum wurde diese Finanzierungsform auch ohne Schwierigkeiten weiter bewilligt.

Auch wenn die Kostenübernahme selber unkomplizierter als erwartet vorstattenging, traten beim Konzipieren und Aufstellen der Kalkulation der Wohngemeinschaft einige Schwierigkeiten auf. Die Finanzierung eines Nachtdienstes ist nur möglich über das Poolen von Leistungen der Pflegeversicherung, das heißt, dass mehrere Menschen mit einem nächtlichen pflegerischen Bedarf gebündelt eine Nachtwache finanzieren (vgl. auch Kapitel 4.1).

*„Wir können diese WG nicht singulär betrachten, weil, da hätten wir Nachtwachenkosten, die wären für diese drei Bewohner viel zu hoch“ (5-02-I-AN Seg. 48).*

Zur gesicherten Finanzierung der Nachtwache sind folglich weitere Menschen außerhalb der Wohngemeinschaft notwendig, die bereit sind, ihre nächtlichen Bedarfe an Unterstützungsleitungen mit zu bündeln und damit die Nachtwache mitzufinanzieren. Aktuell wird die Nachtwache des Appartementhauses über die drei in der WG lebenden Menschen sowie über acht in Apartments lebenden Menschen bezahlt.

Haben die WG-Bewohner\_innen Urlaub oder werden sie krank, so müssen die Frühdienste verlängert werden, sodass auch zwischen 8 und 15 Uhr ein/e Mitarbeiter\_in in der Wohngemeinschaft ist. In der Kalkulation wurde pauschal von 30 Urlaubstagen und 10 Krankheitstagen pro Bewohner\_in im Jahr ausgegangen. Diese pauschale Kalkulation von Urlaubstagen führt bei einer Bewohnerin, die – zum Zeitpunkt der Erhebung – noch zur Schule geht, zu einer Herausforderung, da die Ferien mehr als 30 Werktage umfassen. Um die Betreuung trotzdem zu gewährleisten, war eine Absprache mit den Eltern notwendig, die sie für die nicht abdeckbare Zeit zu sich nahmen. Inzwischen hat die Bewohnerin die Schule abgeschlossen und geht tagsüber einer Beschäftigung bei einem anderen Träger nach.

Prinzipiell muss der Träger Fehlbeträge aus eigenen Mitteln bestreiten. Er trägt das Risiko für Fehlkalkulationen.

Bei einem andern Mitglied der WG, das relativ viel bei seinen Eltern war, blieben Budget-Überschüsse übrig, so dass das Geld an das Bezirksamt zurückgezahlt wurde.

In der Wohngemeinschaft wurde der Auslastungsgrad auf 95% festgelegt, was ca. 11 Abwesenheitstagen im Jahr entspricht (s. Kap. 1.3.1.2.). Diese Kalkulation geht von einer relativ hohen Anzahl von Abwesenheitstagen aus: *„Das mussten wir einfach machen, sonst wären wir mit unseren Kosten einfach zu hoch gewesen“ (5-02-I-AN Seg. 32).*

Für die Finanzierung der Wohngemeinschaft wurde eine relativ ungewöhnliche Finanzierungsform gewählt. Die Leitung ist aber der Meinung, dass dies die richtige Entscheidung war:

*„Wir sind, glaube ich, noch relativ früh dran. Aber ich könnte mir vorstellen, dass es da in Zukunft, dass solche Finanzierungsmodelle auch bei anderen Trägern durchaus üblich sind“ (5-02-I-AN Seg. 42).*

Bei längerem Betrieb wird das Risiko immer überschaubarer. Nach anfänglichen Ausfällen im ersten Bewilligungszeitraum, die aus den Mitteln des Trägers ausgeglichen werden mussten, werden die Kosten jetzt gedeckt:

*„Ich habe jetzt nicht den Eindruck, dass der Kostenträger diese Denkweise verlassen will, also ich würde das jetzt schon [...] als eine relativ gesicherte Finanzierungsform ansehen“ (ebd.).*

Die Leitung wünscht sich folgende Änderungen bei der Finanzierung der WG:

Um noch sicherer wirtschaften zu können, müsste der Auslastungsgrad ein paar Prozente höher liegen. Die Leitung überlegt auch, noch andere mögliche Finanzierungsquellen zu nutzen (vgl. 5-02-I-AN Seg. 34). So gäbe es beispielsweise eine Möglichkeit, über § 45 SGB XI noch zusätzliche Leistungen mit der Pflegekasse abzurechnen, was momentan noch nicht passiert. Außerdem sollte eine dynamische Anpassung des Persönlichen Budgets wie im stationären Bereich vereinbart werden.

Von außen wird Kritik an dem Modell an die Leitung herangetragen, indem gesagt wird, die Finanzierungslösung sei kein echtes persönliches Budget, mit welchem die Menschen ihre individuellen Bedarfe ausleben können, sondern es handle sich lediglich um eine Trägerlösung. Die Leitung sieht das nicht so, sie sieht das Persönliche Budget als eine Möglichkeit, ein gutes fachliches Angebot zu machen, und zwar ein Angebot, welches ein Einzelner nie finanziert bekommen würde, sodass ein Gruppenangebot (Wohngemeinschaft), in welchem natürlich ein gewisser Grad an Individualität verloren geht, unausweichlich ist. Sie ist der Meinung, dass die Finanzierung über das Persönliche Budget in Berlin die einzige Möglichkeit ist, eine Wohngemeinschaft mit weniger als fünf Menschen mit einem guten Betreuungsschlüssel und guter räumlicher Ausstattung bezahlt zu bekommen. Mit sichereren und verlässlicheren Finanzierungsmöglichkeiten hätte man keinen Kostenträger für die Rahmenbedingungen, wie sie in der WG personell und räumlich vorhanden sind, gefunden. Die Leitung sieht die Chance, dass die Finanzierungsform andere Träger, Eltern oder Initiativen zur Nachahmung einladen könnte, wobei betont wird, dass jedes Projekt sich an den örtlichen Möglichkeiten orientieren müsse.

### ***Zusammenarbeit zwischen pflegerischer und pädagogischer Assistenz***

Im Kapitel 1.3.2.2 wurde bereits erläutert, wo die unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkte von Pflegeassistent\_innen und pädagogischen Assistenten\_innen liegen und wie sie eingesetzt werden.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen beiden Diensten? Ein erklärtes Ziel ist es, möglichst viele Einsatzzeiten in der Wohngemeinschaft irgendwann paritätisch zu besetzen (vgl. Leitungsinterview Pos. 167ff). Es handele sich leider immer noch nicht um ein großes gemeinsames Team, auch wenn sie am Anfang gedacht hätten, das wäre innerhalb eines Jahres zu schaffen. Dabei wird es als wichtig angesehen, dass beide Berufsgruppen ihr eigenes Profil haben. Die jeweils eigene Professionalität, die jeweils unterschiedlichen Selbst- und Fremdbilder erschwerten die Entwicklung gemeinsamer Zielvorstellungen und Arbeitspraxen. Die übergreifenden Besprechungsstrukturen, die von Beginn an vorhanden waren, konnten an dieser Tatsache nichts ändern. Eher im Gegenteil: Die gemeinsamen Teamsitzungen waren am Anfang sehr konfrontativ. Die pädagogischen Mitarbeiter\_innen fühlten sich dort häufig unverstan-

den, alleine gelassen (vgl. 5-02-I-MA1 16:45-16:59, 5-02-I-MA2 10:07-12:35, 5-02-I-MA3 14:26-15:01).

Ein Schritt zur Annäherung der beiden Professionen sind die seit August 2010 eingeführten gemeinsamen, paritätisch besetzten Einsatzzeiten. So äußern die Mitarbeiter\_innen, dass die Zusammenarbeit vor allem seit den gemeinsamen Einsatzzeiten besser klappt, weil man sich besser austauschen kann:

*„Das funktioniert inzwischen super, seitdem wir gemeinsam arbeiten. [...] Also es ist übergreifend jetzt immer ein Pädagoge und eine Pflegefachkraft [...] nachmittags im Dienst“* (5-02-I-MA 2 10:07-10:20).

Die pädagogischen Mitarbeiter\_innen äußern, dass sie immer sehr bemüht sind, miteinander im Gespräch zu bleiben. Diese Aussage lässt erahnen, dass dieser Austausch noch nicht selbstverständlich abläuft, sondern erarbeitet werden muss.

Eine Mitarbeiterin erläutert den Ablauf vor Einführung der paritätischen Dienste: Es wurde sich viel über Schriftverkehr ausgetauscht, was zu Missverständnissen führte. Außerdem dauerte eine schriftliche Meinungsabfrage der Mitarbeiter\_innen zu beispielsweise einer angedachten Freizeitaktivität von einer Person teilweise mehrere Wochen. Absprachen waren schwierig, da sich die verschiedenen Teams selten gesehen haben (ausschließlich in den Teamsitzungen oder kurz zum Dienstwechsel). Die gemeinsamen Dienste von Pädagog\_innen und Pflegeassistent\_innen vereinfachen diese Vorgänge eindeutig. Kommt es innerhalb des Teams zu Missverständnissen oder offenen Fragen, können diese immer schnell durch ein Telefonat und durch die hohe Flexibilität der Assistent\_innen geklärt werden.

Für die Angehörigen zeigt sich hier, dass die Wohngemeinschaft einfach ein neues Projekt ist und alle Seiten erst mal zusammenwachsen müssen. Dieses Zusammenwachsen der einzelnen Teammitglieder sei mühsam, da es noch keinen festen Kern an Mitarbeiter\_innen gäbe, die vorher schon Erfahrung miteinander gemacht hätten. Hinzu kommt die anfänglich hohe Fluktuation der Mitarbeiter\_innen, über die die Angehörigen nicht sehr glücklich waren. Durch den Wechsel der pädagogischen Mitarbeiter\_innen gab es Zeiten, in denen nur Pflegeassistent\_innen in der WG gearbeitet haben.

Seit August 2010 arbeiten wieder zwei pädagogische Assistent\_innen in der Wohngemeinschaft und es wurde, sehr zur Freude der Angehörigen, ein Bezugsbetreuersystem eingeführt, so dass jeder in einem der beiden Pädagog\_innen einen festen Ansprechpartner für Anliegen hat. In der Vergangenheit hatten die Angehörigen ihre Anliegen verschiedenen Mitarbeiter\_innen gegenüber vorgebracht, hatten aber das Gefühl, dass diese Informationen nicht immer gut weitergetragen wurden. Für die Angehörigen war es unklar, welche/r Mitarbeiter\_in sich genau für was verantwortlich fühlte (vgl. 5-02-I-SO\_Seg. 517 & Seg. 66).

### **Hilfeplanung**

Aus Sicht der Angehörigen existierte im ersten Jahr keine strukturierte Hilfeplanung. Für die neue Wohnform gab es keine direkten Vorgaben vom Leistungsträger. Ein Jahr nach dem Einzug wird nun der Nachweis eines Hilfeplans eingefordert. Für die

Hilfeplanung wird jetzt ein Hilfeplanungsinstrument adaptiert, welches bei dem Wohnanbieter als Standard angewandt wird. Die Angehörigen sind sich einig, dass die Hilfeplanung mit den beiden neu eingestellten pädagogischen Assistenten auf einem guten Weg sei.

Bei der Entwicklung der Hilfepläne arbeiteten die Mitarbeiter\_innen sehr eng mit den Eltern der Person zusammen, um die es in dem Hilfeplan geht. Teilweise wird sich mit den Pflegeassistent\_innen der Wohngemeinschaft ausgetauscht, aber noch nicht strukturiert. Die Werkstätten, in denen die Menschen mit Behinderung arbeiten, werden bei der Planung nicht mit einbezogen. Eine engere Zusammenarbeit mit den Werkstätten und ein größerer Einbezug auch der Pflegeassistenten sind geplant, aber noch nicht umgesetzt.

Bei der Umsetzung der Zielsetzungen sollen alle mit einbezogen werden, die mit dem Menschen mit hohem Hilfebedarf zu tun haben. Der Informationsaustausch mit den Werkstätten soll in Zukunft über die Notizen des „Pendelheftes“ hinausgehen. Innerhalb des Teams sollen die Zielsetzungen der Hilfepläne und die damit verbundenen Maßnahmen durchgesprochen werden.

### ***Zusammenarbeit mit Angehörigen***

Die Unterstützung der Familien der WG-Mitglieder spielt laut Leitung eine wesentliche Rolle, der Kontakt und der Austausch mit ihnen ist sehr eng. Die Eltern übernehmen eine echte Interessensvertretung für ihren Sohn / ihre Tochter – auch gegenüber dem Anbieter.

Es ist primär die Aufgabe der pädagogischen Mitarbeiter\_innen, den Kontakt zu den Angehörigen zu halten und zu pflegen. Die Zusammenarbeit und der intensive Austausch mit den Eltern werden von allen Mitarbeiter\_innen als sehr positiv bewertet, vor allem, wenn es Probleme gibt. Die Eltern sind dann auch immer bereit, Unterstützung zu leisten (beispielsweise in Form von Informationen über eine Tablettenunverträglichkeit ihres Kindes).

Die Eltern der WG-Mitglieder, die gleichzeitig deren gesetzliche Betreuer sind, verwalten dadurch auch das Persönliche Budget, von welchem die Mitarbeiter\_innen bezahlt werden. Ein Mitarbeiter sieht in dieser Tatsache das große Mitspracherecht begründet. Er sieht die Eltern an oberster Stelle – *„sie [...] sagen, was sie möchten und was nicht und was wir dann halt versuchen, umzusetzen“* (5-02-I-MA1 15:18).

### ***Personalschlüssel und Assistenzzeiten***

Als besonders gelungen an der Organisation empfinden die Mitarbeiter\_innen den Personalschlüssel und die Assistenzzeiten:

*„Wir sind früh da, wenn sie aufstehen und wir gehen abends wenn die im Bett sind, [...] besser geht es ja nicht“* (5-02-I-MA2 17:34).

Der Personalschlüssel von 2:3 erlaubt es erst, so die Mitarbeiter\_innen, die individuellen Wünsche der WG-Mitglieder überhaupt zu erkennen und zu erfüllen.



Offene Räume für Aktivitäten entstehen, die Tagesstruktur kann individueller gestaltet und es kann mehr auf die einzelnen Personen eingegangen werden.

### **5.4.2.3 Nachbarschaft**

In diesem Kapitel werden die Aussagen zu der Einbindung in die Nachbarschaft dargestellt. Es wird auf das Zusammenleben in der WG, die Nachbarschaft innerhalb des Apartmenthauses und anschließend auf jene außerhalb des Hauses eingegangen.

#### **Zusammenleben in der WG**

Zum Zusammenleben der WG-Mitglieder sagt eine Mitarbeiterin Folgendes:

*„Ich würde sagen, das ist wie jede andere WG. Manchmal können sie alle drei miteinander, manchmal möchte einer lieber seine Ruhe haben und zeigt das dann auch und will dann halt in sein Zimmer“ (5-02-I-MA1 24:10f).*

#### **Nachbarschaft innerhalb des Apartmenthauses**

Eine gute Nachbarschaft innerhalb des Apartmenthauses wird auf verschiedene Weisen versucht zu fördern. Es gab eine Eröffnungsparty des Hauses, eine Einjahresfeier und während der Fußball-WM die Übertragung eines Spiels auf dem Hof. Dies sind Feste, die das Apartmenthaus gemeinsam feiert und zu denen alle Hausbewohner\_innen eingeladen werden, sodass sie sich kennenlernen.

Die Leitung ist sehr zufrieden damit, *„dass es da auch so eine Bewegung im Haus miteinander gibt und dass nicht die WG sozusagen [...] der kleine Planet ist oder die Käseglocke, die dicht betreute, sondern dass das schon auch offen ist“ (5-02-I-AN\_Seg. 183).* Eine Mitarbeiterin ist der Meinung, dass die Tatsache, dass die benachbarten Apartments von Menschen mit (vor allem körperlichen) Behinderungen bewohnt werden, die Entwicklung von Nachbarschaft erleichtert, weil *„die halt ähnliche Probleme haben“ (5-02-I-MA1 38:54).* Durch ein Zusammenleben mit Menschen in ähnlicher Lebenslage kann der Gefahr der sozialen Isolierung und Vereinsamung begegnet werden

Eine Mitarbeiterin verdeutlicht:

*„Und das ist natürlich, da kennen die sich halt alle und dann, die meisten Bewohner wissen auch ,Ok, ab drei ist jemand in der WG, gucken wir mal, ob jemand da ist jetzt‘ und dadurch kommt der Kontakt halt auch zustande“ (5-02-I-MA1 34:38).*

*„Also es sind halt drei Bewohner, die eigentlich fast regelmäßig bei uns in der WG sind“ (5-02-I-MA1 44:18).*

Weiterhin werden viele Begegnungen dadurch geschaffen, dass mehrere der in der WG arbeitenden Assistent\_innen zusätzlich auch bei Mieter\_innen von Apartments tätig sind. So wurden Kontakte innerhalb des Hauses geschaffen, es kommt zu gegenseitigen regelmäßigen Besuchen und Essenseinladungen. Von den Mitarbeiter\_innen wird die Einbindung der WG-Mitglieder im Haus trotz ähnlicher Kontaktmöglichkeiten jedoch

unterschiedlich eingeschätzt. Die Intensität der Kontakte zwischen anderen Bewohner\_innen des Hauses unterscheidet sich von denen zu WG-Mitgliedern. Die Kontakte innerhalb des Hauses sollen in Zukunft durch die Schaffung einer Begegnungsmöglichkeit im Erdgeschoss des Hauses noch mehr unterstützt werden:

*„Die Idee ist, da so eine Art Cafeteria einzurichten, auch noch mal speziell mit Gruppenangeboten, weil das einfach auch nachgefragt wird“ (5-02-I-AN\_Seg. 187).*

Gemeinschaftliche Erlebnisse, Begegnungen und Verbindungen zwischen den Bewohner\_innen im Haus sollen dadurch intensiviert werden:

*„Wir wollen das Ganze auch dann mit einem Projekt [...] verknüpfen, wo wir dann auch systematisch an die [...] Verknüpfung zum Sozialraum rangehen. [...] Also das soll ein ganz wichtiges Bindeglied da unten werden“ (5-02-I-AN Seg. 193-195).*

### **Nachbarschaft außerhalb des Apartmenthauses**

Dadurch, dass das Apartmenthaus mitten in der Stadt steht und die WG-Mitglieder auch regelmäßig die WG verlassen, seien sie, so eine Mitarbeiterin, in der Öffentlichkeit und nahen Umgebung schon ziemlich präsent und dass sich die Menschen aus der Umgebung daran gewöhnt hätten. Ein anderer Mitarbeiter äußert:

*„Leider ist mit den Nachbarn noch nicht wirklich Kontakt entstanden [...] Gut, das ist ganz neu, das Haus hier existiert ja erst seit einem Jahr. Wird vielleicht noch eine Weile dauern, aber wir sind da sehr bemüht und über unseren Personalschlüssel kann man das eigentlich auch ganz gut machen“ (5-02-I-MA3 20:00).*

Laut den Mitarbeiter\_innen wurden die Hausärzte der WG-Mitglieder in der Nähe des Apartmenthauses ausgewählt. Mindestens ein Mitglied ist bei den regelmäßigen Einkäufen in der Umgebung mit dabei. In den besuchten Läden in der Umgebung gibt es keine Berührungspunkte:

*„Die sind dort auch sehr geduldig. Wenn man da zum Beispiel mit [...] [einer Person der WG] oder so hingeh, die dann rumzappelt und hin und her läuft und die sagen dann da auch nichts“ (5-02-I-MA3 58:12).*

Die Zielperspektive der Inklusion erfordert es, den Sozialraum stärker in den Blick zu nehmen (vgl. Kap. 3). Selbst eine gemeindeintegrierte Wohnlage führt nicht automatisch zu einer Akzeptanz und Integration ins dortige soziale Umfeld. Das Apartmenthaus mit seiner Wohngemeinschaft befindet sich mitten im Zentrum eines Stadtviertels mit Versorgungsstrukturen für den täglichen Bedarf in direkter Nähe. Dieser Standort wird sowohl von Mitarbeiter\_innen als auch von Angehörigen sehr geschätzt. Auch wenn mit den Nachbar\_innen außerhalb des Apartmenthauses noch kein Kontakt entstanden ist, sind sich die Angehörigen, Mitarbeiter\_innen und die Leitung einig, dass die notwendigen Grundlagen für eine gute Einbindung in die Nachbarschaft und in den „Kiez“ vorhanden sind und lediglich die Zeit bislang fehlte, die für eine gelungene Einbindung benötigt wird. Eine Mitarbeiterin ist der Meinung, dass mit der Präsenz von Menschen mit hohem Hilfebedarf in der Öffentlichkeit auf lange

Sicht das allgemeine Bild von Behinderung positiv beeinflusst werden kann (vgl. 5-02-I-MA2 50:46).

#### 5.4.2.4 Aktivitäten

An Aktivitäten wird den drei WG-Mitgliedern sehr viel angeboten, sodass sie eine sehr abwechslungsreiche Freizeit haben. Ein regelmäßiger Besuch in einer Diskothek und größere Ausflüge werden gewöhnlich mit der gesamten Wohngemeinschaft geplant und durchgeführt und erstrecken sich auf das gesamte Stadtgebiet. Jedoch wird auch versucht, der/dem Einzelnen mit seinen / ihren Vorlieben und Wünschen in der Freizeitgestaltung gerecht zu werden. So wird mit einer Person sehr oft nachmittags nach der Arbeit noch etwas unternommen (spazieren gehen, einkaufen, Bus oder U-Bahn fahren), mit einer anderen wird der Zirkus besucht, in dem Freunde auftreten, und für jeden der drei Bewohner\_innen ist eine wöchentlich regelmäßige Freizeitaktivität (wie beispielsweise Schwimmen gehen) in der Planung.

Die Leitung vertritt den Standpunkt, dass die Bewohner\_innen eine sehr abwechslungsreiche Freizeit haben. Eine interviewte Pflegeassistentin schließt sich dieser Meinung an:

*„Ich glaube schon, dass es außergewöhnlich ist, wie viel denen angeboten wird und ich überlege teilweise sogar, ob es vielleicht zu viel ist, aber sie wirken halt sehr zufrieden und sehr glücklich mit dem, was wir denen anbieten“ (5-02-I-MA2 34:29).*

Für die Überlegungen bezüglich der Freizeitgestaltung sind die pädagogischen Assistent\_innen zuständig, sie tragen das dann zwar auch ins gemeinsame Team weiter und holen die Vorstellungen der Pflegeassistent\_innen ein, die Organisation und Planung übernehmen aber die Pädagog\_innen.

Ein Mitarbeiter äußert, dass er zwar grundsätzlich nicht für homogene Gruppen ist, aber durch den ähnlich hohen Hilfebedarf der drei WG-Mitglieder könne man gerade Freizeitaktivitäten besser planen. Deshalb ist er ganz zufrieden, dass die Gruppe so homogen zusammengesetzt ist.

Die vielen gemeinsamen Aktivitäten der WG finden die Angehörigen gut. Aufgrund der verteilten Therapie-Termine der einzelnen innerhalb der Woche haben sie bis vor kurzem nur die Wochenende für solche nutzen können. Die wöchentlichen Termine wurden nun so organisiert, dass es auch in der Woche zwei Tage gibt, in denen keiner der drei irgendeinen Termin hat und so auch innerhalb der Woche etwas unternommen werden kann, was die Angehörigen sehr begrüßen.

Im aktuellen Kontakt zu den Mitarbeiter\_innen bemängeln die Angehörigen, dass sie wenig mitbekommen, was nachmittags oder am Wochenende an Aktivitäten stattfindet. Den Grund sehen sie darin, dass den Mitarbeiter\_innen zu wenig bewusst ist, dass ihre Kinder nicht von ihren Unternehmungen berichten können.

### 5.4.2.5 Soziale Beziehungen

Ein positiv erlebtes soziales Netzwerk gibt nicht nur Halt in Krisenzeiten, sondern stärkt auch das psychische Wohlbefinden des Menschen und die Entwicklung seiner persönlichen Identität. Für Menschen mit Behinderung ist das soziale Netzwerk vor allem auch für das individuelle Wohlbefinden wertvoll.

Eine der Angehörigen äußert, dass das Problem bei sozialen Kontakten von Menschen mit hohem Hilfebedarf ist, dass eigentlich alles von anderen gesteuert wird bzw. gesteuert werden muss. Folglich ist es auch notwendig, dass innerhalb der Wohngemeinschaft Unterstützung beim Aufbau und Halten der sozialen Kontakte von den Bewohner\_innen der WG geleistet werden muss. Eine der Mitarbeiterinnen sieht die Befriedigung dieser Unterstützung in der Begleitung der Bewohner\_innen, wenn sie irgendwo eingeladen sind (Familienfeste o.ä.) sowie in der Begleitung in die Nachbarschaft oder zu anderen Apartmenthausbewohner\_innen (vgl. 5-02-I-MA1 50:49). Eine andere Mitarbeiterin äußert, dass die Kontaktpflege einer Person meistens über ihre Eltern erfolgt (vgl. 5-02-I-MA2 31:45). Der dritte Mitarbeiter sagt, dass die direkten Treffen eines Bewohners (Herr B.) mit Freunden oder seiner Schwimmbegleiterin über die WG koordiniert werden. Er versteht die Kontaktpflege ganz klar als seine Aufgabe, der er auch nachgeht (vgl. 5-02-I-MA3 34:47):

*„Die Eltern, die haben da gar nichts mit zu tun [...] Das läuft alles über die WG hier“ (5-02-I-MA3).*

Die Angehörigen sehen dies ein wenig anders. So äußert eine Mutter, dass das Treffen zwischen ihrem Kind und dessen Freunden, welches vor kurzem von dem Mitarbeiter\_innen koordiniert wurde, erst auf Anfrage der Eltern zustande kam. Aufgrund des häufigen Wechsels der pädagogischen Mitarbeiter\_innen wurde dies schon öfter angesprochen und erst jetzt – fast ein Jahr nach dem Einzug – fand tatsächlich ein vom Mitarbeiter\_innen organisiertes Treffen statt.

Die Angehörigen fanden es in der Vergangenheit unbefriedigend, dass sie die Mitarbeiter\_innen mehr als einmal auf die Unterstützung der Kontaktpflege zu gewissen vertrauten Personen hinweisen mussten. Ein Grund dafür sei der häufige Mitarbeiterwechsel. In der Hoffnung, dass die jetzigen Mitarbeiter\_innen länger in der Wohngemeinschaft arbeiten und mit dem erst vor kurzem eingeführten Bezugsbetreuersystem, wünschen sie sich für die Zukunft, dass sich der/die Bezugsbetreuer\_in auch für die Kontaktpflege verantwortlich fühlt und diese dann zuverlässig unterstützt.

Soziale Kontakte von Menschen mit hohem Hilfebedarf müssen fast immer von anderen gesteuert werden. Zu den Aufgaben der Mitarbeiter\_innen der Wohngemeinschaft gehört es deshalb, Unterstützung zum Kontaktaufbau und zur Kontaktpflege zu leisten. Diese Unterstützung sehen die Angehörigen als noch nicht ausreichend an. Alle Angehörigen beobachten, dass viele Kontakte ihrer Kinder mit dem Austritt aus der Schule weggefallen sind und momentan viele Kontakte über sie „laufen“. Sie haben Befürchtungen, wie das wird, wenn sie einmal nicht mehr da sind. Was passiert wenn diese Kontakte durch das Altern der Eltern wegfallen? Mit dem Blick auf den Lebenslauf

ist es für die Angehörigen entscheidend, dass die Mitarbeiter\_innen zuverlässig und gut, mitunter auch stellvertretend, Kontakte initiieren und pflegen.

Die vorhandenen sozialen Netzwerke der drei WG-Mitglieder werden sowohl von den Angehörigen als auch von den Mitarbeiter\_innen als ausreichend bewertet. Die Angehörigen äußern, dass sie es gut finden, dass die Mitarbeiter\_innen auch neue Kontakte innerhalb des Apartmenthauses initiieren. Es fällt jedoch auf, dass die Enge der Beziehungen von den Mitarbeiter\_innen grundsätzlich höher eingestuft wird als von den Angehörigen. Abgesehen davon fällt auf, dass es in den von Angehörigen ausgefüllten Netzwerkkarten bei 2 Bewohner\_innen Personen (in den Bereichen „Freunde“ und „Familie“) gibt, die die Mitarbeiter\_innen nicht einmal vom Hören zu kennen scheinen. Dieses ist u.a. darauf zurückzuführen, dass eine Bewohnerin häufig am Wochenende nach Hause fährt und die dort vorhandenen Freunde den Mitarbeiter\_innen in der WG nicht bekannt sind. Ebenso wissen die Eltern nicht von allen Kontakten, die im Leben der WG von den Mitarbeiter\_innen initiiert werden.

Zu den primär genannten Kontakten in den Netzwerkkarten gehören die WG-Mitglieder, Familienangehörige, Pflegeassistent\_innen und Persönliche Assistent\_innen. Freunde, Nachbar\_innen und Arbeitskolleg\_innen tauchen ebenso im Netzwerk der drei Bewohner\_innen auf, allerdings werden diese Beziehungen als weniger eng eingestuft. Das Zusammenleben mit zwei Mitbewohnern wird von den Angehörigen positiv bewertet. Innerhalb des Wohnens sei schon eine Gemeinschaft entstanden.

Von den interviewten Mitarbeiter\_innen äußert sich lediglich einer zu Weiterentwicklungswünschen bezüglich der sozialen Netzwerke. Er bezieht sich dabei auf ein WG-Mitglied, das früher regelmäßig immer in das gleiche Stadtbad Schwimmen gegangen ist und dort – ähnlich wie in einem Sportverein – immer wieder dieselben Menschen getroffen hat. Der Aufbau solcher Kontakte wäre seiner Meinung nach wünschenswert. Eine weitere Begegnungsmöglichkeit sieht er in dem regelmäßigen Besuch einer Disco. Realistischerweise merkt er jedoch zum Aufbau solcher Kontakte an:

*„Kann man leider halt auch nicht immer erzwingen so etwas“ (5-02-I-MA3 31:33).*

#### **5.4.2.6 Selbstbestimmung**

Das Apartmenthaus ist kein inklusives Wohnhaus, in dem Menschen mit und ohne Behinderung zusammen wohnen. Ausgehend von der tatsächlichen Personalbesetzung können auch die Bewohner\_innen mit hohem Hilfebedarf die Stadt inklusiv nutzen, z. B. mit einem\_r Mitarbeiter\_in in der Umgebung einkaufen gehen: Dagegen ist es in einem Wohnheim oft der Fall, dass der Einkauf stellvertretend für sie erledigt wird:

*„Dass einzelne Mitarbeiter mit einzelnen Bewohnern dann einkaufen gehen in den Supermarkt um die Ecke, also das ist für mich Inklusion“ (5-02-I-AN\_Seg. 199).*

Über die Alltagsarbeit soll versucht werden, die Leitidee der sozialen Inklusion immer weiter zu verwirklichen.

Auf die Frage nach der Umsetzung der Leitideen der Inklusion und Teilhabe in der Wohngemeinschaft antwortet eine Mitarbeiterin:

*„Na ja, also die Umsetzung besteht ja glaube ich schon darin, dass wir mitten in der Stadt wohnen und wenn wir aus dem Haus gehen, dann sind wir halt nun mal mittendrin. [...] Beim Einkaufen sind sie dabei, dann gehen wir auch oft Essen oder irgendwas oder eben in den Park oder fahren halt irgendwo mit den öffentlichen Verkehrsmitteln hin“ (5-02-I-MA1 22:29f).*

Die andere Mitarbeiterin fügt noch hinzu:

*„Also das, was jeder andere auch tun würde, der keine Behinderung hätte, ermöglichen wir denen soweit es geht“ (5-02-I-MA2 24:23f).*

In der Öffentlichkeit sehen sich die Mitarbeiter\_innen nicht bewusst in der Rolle eines „Brückenbauers“ oder „Türöffners“, jedoch handeln sie unbewusst doch aus dieser Rolle heraus.

Eine Mitarbeiterin äußert, dass das Konzept des selbstbestimmten Wohnens, für das der Träger steht, für Menschen mit einer Körperbehinderung durchaus funktioniert. Sie fragt sich jedoch, ob es in dem Ausmaß auch mit Menschen mit hohem Hilfebedarf funktionieren kann:

*„Also eigentlich soll ja der Mensch selbstbestimmt leben, aber im Prinzip entscheiden ja trotzdem die Eltern für die [...] und deswegen ist es fraglich, ob man es so nennen kann“ (5-02-I-MA2 15:09f).*

Auch der Geschäftsführer konstatiert, dass sich ein Großteil der Selbstbestimmung durch die Einschätzungen und Erwartungen der Angehörigen für ihre Kinder ausdrückt. Über die Selbstbestimmung der drei WG-Mitglieder sagt er:

*„Sie können Wohlbefinden ausdrücken, das ist für uns dann auch der Orientierungspunkt, und ansonsten sagen uns halt die Eltern, was sie sozusagen für ihre Kinder erwarten, da drückt sich das aus“ (5-02-I-AN Seg. 257).*

Durch den Personalschlüssel von zwei Mitarbeiter\_innen für drei Menschen mit hohem Hilfebedarf, können die Mitarbeiter\_innen eine enge Bindung zu den drei WG-Bewohner\_innen aufbauen und sie sehr ausgiebig beobachten. Dadurch werden die drei sehr gut in ihren Ausdrucksmöglichkeiten wahrgenommen, ihre Wünsche können besser erkannt und durch die zeitlichen Kapazitäten auch häufig erfüllt werden. Ein höheres Maß an Selbstbestimmung wird erreicht.

Welche Selbstbestimmungsmöglichkeiten die Bewohner\_innen der Wohngemeinschaft haben und wie ihre Selbstbestimmung insgesamt bewertet wird, soll im Folgenden dargestellt werden.

Die Mitarbeiter\_innen versuchen den Äußerungen der Bewohner\_innen gerecht zu werden (vgl. 5-02-I-MA2 35:26). Eine deutlich erkennbare Ablehnung durch WG-Mitglieder wird von den Mitarbeiter\_innen ernst genommen. So kann beispielsweise jemand, der sich sträubt, die Jacke anzuziehen, zu Hause bleiben. Oder wenn Besuch in die WG kommt, z. B. Hausmitbewohner; und die drei ziehen sich auf ihre Zimmer, dann wird der Besuch gebeten, ein anderes Mal zu kommen. Das Fahren oder Laufen zur Wohnungstür wird mitunter wahrgenommen als Wunsch nach draußen zu gehen. Oder es wird erkannt, wenn ein Bewohner aus dem Rollstuhl herausgenommen werden

möchte, um beispielsweise zu tanzen (vgl. 5-02-I-MA3 25:01) – dass diesem Wunsch oft nachgekommen wird, findet die Mutter sehr erfreulich. Falls die Nutzer\_innen mit keinem so eindeutigen Zeichen zu verstehen geben, was gerade ihr Wunsch ist, so werden ihnen Wahlmöglichkeiten gegeben und auf diese Weise eine Möglichkeit der Mitbestimmung geschaffen. Es werden viele Dinge angeboten, sodass die drei Bewohner\_innen die Möglichkeit haben, zu zeigen, was sie möchten oder nicht möchten. Vor allem in Essenssituationen kommt es häufig zu diesen Auswahlmöglichkeiten.

Die Auswahlmöglichkeiten und die Selbstbestimmung werden jedoch in gewisser Weise eingeschränkt:

*„Also es gibt einfach Grenzen in dieser Selbstbestimmtheit, gerade bei denen, weil die es gar nicht einschätzen können. Das fängt bei Gefahren an, geht weiter über Ernährung, wenn [...] wir nicht sagen würden, bis hierhin geht es, ansonsten wird es gesundheitsgefährdend [...] das würde nicht gehen und deswegen ist diese Selbstbestimmtheit noch so [...] in Grenzen zu setzen“ (5-02-I-MA2 15:49f).*

Auch eine andere Mitarbeiterin äußert sich zur notwendigen Grenzsetzung: Das Verständnis von Körperhygiene, Ernährung und Gefahren müssten die Mitarbeiter\_innen für die Bewohner\_innen übernehmen (vgl. 5-02-I-MA1 57:42). Wenn die drei jedoch an eine dieser Grenzen stoßen, so wird immer eine Alternative zu dem nicht möglichen Wunsch gegeben (wenn möglich sogar mehrere, sodass wieder eine Wahl möglich ist).

Die Leitung konstatiert, dass durch den Personalschlüssel Wünsche der Menschen mit hohem Hilfebedarf besser erkannt und auch häufig erfüllt werden können, sodass ein höheres Maß an Selbstbestimmung erkennbar wird. Trotzdem bewertet die Leitung die Möglichkeiten der Selbstbestimmung als nicht ausreichend:

*„Von einer echten Selbstbestimmung sind wir da natürlich auch noch weit entfernt“ (5-02-I-AN Seg. 265).*

Für die Leitung ist eine echte Selbstbestimmung auf dem Niveau der bezahlten Dienstleistung auch gar nicht möglich. Dazu würde seiner Meinung nach ein regelmäßiges Ein- und Ausgehen der Bezugspersonen (Familie und Freunde) von den WG-Mitgliedern gehören, die die Mitarbeiter\_innen mit gewissen Forderungen konfrontieren.

Die Angehörigen sind der Meinung, dass die Selbstbestimmung, die von ihren Kindern ausgeht, in der Wohngemeinschaft gut wahrgenommen und beachtet wird und dabei auch persönliche Werte und Ziele ernst genommen werden. Auch die Mitarbeiter\_innen schließen sich dieser Meinung an. Sie alle schätzen die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der WG-Mitglieder als recht hoch bzw. *„bestmöglich ausgeschöpft“* (5-02-I-MA3 45:42) ein, abgesehen von den notwendigen Grenzen, die ihnen zu ihrem eigenen Wohl gesetzt werden müssen. Alle drei Mitarbeiter\_innen und die Angehörigen sind der Auffassung, dass die Selbstbestimmung der drei Nutzer\_innen durch das ambulante Wohnen erweitert wurde aufgrund der zeitlichen Ressourcen. Eine Mutter äußert, dass dadurch das tatsächliche *„Verstehen“* ihres Kindes und eine tatsächliche Erfüllung vieler

Wünsche möglich werden. Dies sei für ihr Kind sehr bedeutend, weil sie *„definitiv frustriert ist, wenn sie Wünsche hat und die nicht erfüllt werden“* (5-02-I-SO\_Seg. 563).

Die beiden anderen Mütter sagen bezüglich der Selbstbestimmung ihrer Kinder, dass man die Auswahlmöglichkeiten noch erweitern könnte. Sie äußern, dass die Assistent\_innen unterschiedlich aktiv sind:

*„Es gibt Assistenten, die einfach auch noch mal eine eigene Idee einbringen und etwas probieren und es gibt Assistenten, die das weniger tun“* (5-02-I-SO\_Seg. 494-496).

Die Angehörigen wünschen sich von allen Assistent\_innen eine hohe Aktivität in diese Richtung. Es sollte mit allen Mitarbeiter\_innen und den Angehörigen auch kommuniziert werden, wenn beispielsweise eine neue Vorliebe von jemandem herausgefunden wurde. Sie sind der Meinung, dass auf diese Weise die Selbstbestimmung ihrer Kinder noch ausgebaut werden könnte.

#### **5.4.2.7 Nutzerzufriedenheit**

Wie schon zuvor beschrieben, sind die Angehörigen sehr unzufrieden mit dem häufigen Wechsel der pädagogischen Mitarbeiter\_innen. Die Fluktuation ist höher als erwartet und auf die dadurch aufkommende Unruhe reagierten auch die WG-Bewohner\_innen. So reagierte eine Person mit Hautveränderungen, eine andere mit Essensverweigerung. Die Situation scheint sich allerdings zu beruhigen und nun zu stabilisieren (vgl. 5-02-I-SO\_Seg. 121). Der Wunsch nach einer kontinuierlichen pädagogischen Begleitung und einem festen Team, in dem möglichst *„alle alles wissen“* (5-02-I-SO\_Seg. 517) hat bei den Angehörigen hohe Priorität.

Ein Angehöriger hat leichte Angst bezüglich der Finanzierung, dass das aus irgendwelchen Gründen nicht weiterfinanziert wird. Eine andere stimmt diesen Bedenken zu. Sie hat jedoch ein hohes Vertrauen in den Träger und denkt, dass sich auch in diesem Fall eine Lösung finden würde.

Auf die Frage nach der Bewertung der Assistenzzeiten und des Personalschlüssels kommen von drei Angehörigen drei sehr klare Antworten: *„Optimal“*, *„Das ist, das ist toll.“* und *„Traumhaft, also das gibt es nirgendwo“* (5-02-I-SO\_Seg. 67-70).

Die Nutzerzufriedenheit wird vom Träger selber nicht strukturiert erfasst, sondern lediglich über die Einschätzung von Mitarbeiter\_innen. Ansonsten besteht für die Nutzer\_innen die Möglichkeit, innerhalb des Beschwerdemanagements des Pflegedienstes oder im Rahmen regelmäßiger Besprechungen zwischen einem/r Mitarbeiter\_in und den Hausbewohner\_innen ein Feedback zu geben. Die WG-Mitglieder sind jedoch nicht in der Lage, diese Wege zu nutzen.

Die Beurteilung der Nutzerzufriedenheit wird von den Mitarbeiter\_innen als schwierig eingeschätzt:

*„Ich kann es schlecht einschätzen, aber sie wirken erstmal so, als würden sie sich sehr wohl fühlen. [...] Also die kennen ihren Bereich, die fahren auch selbständig in ihre Zimmer, laufen da rum, kommen, wenn sie etwas wollen“* (5-02-I-MA2 23:04f).



Alle drei werden als grundsätzlich zufrieden eingeschätzt. Alle Interviewten sind sich einig, dass die Art des Wohnens zu ihrer Zufriedenheit beiträgt. Die Angehörigen und Mitarbeiter\_innen sind der Auffassung, dass die Zufriedenheit vor allem durch die abwechslungsreichen Tagesgestaltungen und vielen Angebote und Unternehmungen innerhalb der Wohngemeinschaft gesteigert wird. Eine Mutter äußert, dass die Tatsache, dass ihr Kind Gestaltungsmöglichkeiten hat und auf dessen Wünsche eingegangen werden kann, maßgeblich zu seiner Zufriedenheit beiträgt. Einen kritischen Punkt benennt eine andere Mutter: Die Zufriedenheit ihres Kindes sei leicht ins Schwanken zu bringen. Der häufige Wechsel der Mitarbeiter\_innen war für ihr Kind sehr anstrengend, da konstante Bezugspersonen von ihm gebraucht werden, um entspannt und zufrieden sein zu können. Die Interviewpartner\_innen waren sich einig, dass die Art des Wohnens einen deutlichen Beitrag zur Nutzerzufriedenheit leistet. Die kleine Gruppengröße und der Personalschlüssel eröffnen die Möglichkeit, auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen, die freie Zeit abwechslungsreich zu gestalten und dass immer jemand vor Ort ist.

Die Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden von Personen werden in hohem Maße von den Bedingungen des Wohnens beeinflusst (vgl. Speck 1998, 23; Greving & Ondracek 2005, 343).

#### **5.4.2.8 Gesamtbewertung**

Die Angehörigen sind sich einig, dass ihre Kinder von der Wohngemeinschaft stark profitieren. Es gibt ihrer Meinung nach in dieser ambulanten Wohnform mehr Möglichkeiten und die Strukturen sind viel flexibler, formbarer, anpassungsfähiger als im stationären Kontext. Außerdem schätzen die Angehörigen, dass die Wohngemeinschaft mitten im Stadtviertel liegt, weil es dadurch viel mehr Möglichkeiten des Erlebens für ihre Kinder gibt. Es ist z.B. kein großer Aufwand mehr, mit den öffentlichen Verkehrsmitteln in eine größere Einkaufsstraße zu fahren.

Insgesamt wird die Wohngemeinschaft sehr positiv bewertet:

*„Wenn ich hier wohnen würde [...] und so viel würde mit mir gemacht werden, ich wäre glücklich. [...] Weil ich glaube schon, dass es außergewöhnlich ist, wie viel denen angeboten wird. [...] Jeden Tag wird geguckt, was willst du“ (5-02-I-MA2 34:22).*

Die Leitung sieht die Chance dieser Wohngemeinschaft vor allem darin, dass sie andere Initiativen, Träger oder Eltern zur Nachahmung einladen könnte, die ambulanten Wohnmöglichkeiten für Menschen mit hohem Hilfebedarf auch andernorts zu erweitern.

Die Mitarbeiter\_innen nennen folgende Rahmenbedingungen, die in einer ambulant organisierten Wohnmöglichkeit für Menschen mit hohem Hilfebedarf vorhanden sein sollten:

- Barrierefreiheit der Wohnung / des Hauses
- einen individuell gestalteten Bereich für jeden Einzelnen
- einen an die Bedürfnisse angepassten Personalschlüssel

- Qualifizierung des Personals
- zentrale Lage in der Stadt
- Zwei-Milieu-Prinzip
- kooperierende Angehörige
- Bereitstellung von ausreichenden finanziellen Mitteln

Die Leitung nennt wichtige Rahmenbedingungen auf einer anderen Ebene als die Mitarbeiter\_innen. Er bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, die für die Planung und Umsetzung eines solchen Wohnprojekts bedeutend sind:

- sich Elterninitiativen zunutze machen
- die Einbeziehung des Kostenträgers zu einem frühen Zeitpunkt
- fachliches und organisatorisches Know-how
- gutes Analysieren der vorliegenden finanziellen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten im eigenen Bundesland

Auf die Frage, wie das Projekt in fünf Jahren aussehen wird, antwortet die Leitung:

- Es haben sich Routinen etabliert, die Abläufe sind eingespielt
- Zwischen den Mitarbeiter\_innen herrscht ein gutes kollegiales Miteinander und es wird mit gegenseitigem Respekt der unterschiedlichen Professionen professionell an der Sache orientiert gearbeitet
- Ausbau eines „Treffpunkts“ in aktuell noch leer stehenden Räumlichkeiten im Erdgeschoss des Apartmenthauses
- Alle Menschen, die im Apartmenthaus leben, sollen gesund bleiben und auch in fünf Jahren noch dort leben können.
- Eine getroffene Vorsorge des Trägers, dass auch in Krankheitsphasen ohne Unterstützung der Eltern eine adäquate Betreuung gewährleistet werden kann.
- Die Menschen, die dort wohnen, sind stärker im „Kiez“ verankert.

Diesen letzten Punkt, die stärkere Verankerung im „Kiez“ nennt auch ein Mitarbeiter als Wunsch für die Zukunft. Er meint, dass vor allem dahingehend gearbeitet werden muss, Berührungsängste der Nachbarschaft und der Öffentlichkeit abzubauen (vgl. 5-02-I-MA3 55:25). Als eine Möglichkeit in diese Richtung sieht er die Organisation von Nachbarschaftsfesten durch das Apartmenthaus.

Die Angehörigen äußern den Wunsch nach personeller Kontinuität. Eine Angehörige fasst diesen Wunsch folgendermaßen zusammen:

*„[...] dass die pädagogische Begleitung in ihrer Kontinuität das erreicht, was wir von ihr erwarten: Einen genauen Blick auf unsere Kinder, ihre Bedürfnisse, ihre Entwicklungsmöglichkeiten, ihre Ressourcen und ihnen da entsprechende Entwicklungsangebote zu machen, so und in diesem Sinne auch steuernd auf das Team einzuwirken“ (5-02-I-SO\_Seg. 621-623).*

Als Chance in einer derartigen Wohngemeinschaft zu leben, wurde von allen befragten Personen die Erweiterung der Selbstbestimmung genannt. Durch den Personalschlüssel können die Mitarbeiter\_innen sehr viel beobachten und in dem individuellen Ausdrucksverhalten Befindlichkeiten erkennen. Ein auf die Bedürfnisse der drei WG-Bewohner\_innen abgestimmter Tagesablauf ist möglich.

Jedes WG-Mitglied hat sein eigenes individuell gestaltetes Zimmer und Bad. Die Gemeinschaftsräume, wie die Küche, bieten Kommunikations- und Erlebnismöglichkeiten. Auf Versorgungsleistungen wird verzichtet, das Essen wird vor Ort zubereitet.

Die Mitarbeiter\_innen der Wohngemeinschaft sind in der Lage, Menschen mit hohem Hilfebedarf bei der Erschließung der sozialen Welt zu assistieren. Sie gehen mit den WG-Bewohner\_innen sehr offen und ungezwungen in die Öffentlichkeit und lassen sie so in die Rolle als Kunde, Nachbar oder Fahrgast eines öffentlichen Verkehrsmittels schlüpfen. Ein Mitarbeiter plant aktiv, die Nachbarschaft einzubeziehen.

Für eine sozialraumorientierte Arbeit und um die Bedürfnisse von Menschen mit hohem Hilfebedarf zu erkennen und angemessen zu bearbeiten, ist qualifiziertes Personal notwendig. Für die pädagogischen Mitarbeiter\_innen gibt es klare Einstellungsvoraussetzungen und regelmäßige Fortbildungen.

Es herrscht ein sehr intensiver Austausch zwischen den Mitarbeiter\_innen und den Eltern. Die Angehörigen fühlen sich gehört und ernst genommen und sind mit der Zusammenarbeit ebenso wie die Mitarbeiter\_innen zufrieden. Vor allem mit dem eingeführten Bezugsbetreuungssystem, wodurch die Angehörigen eine/n klare/n Ansprechpartner\_in bekommen haben. Ein klares Ziel der Leitung der Wohngemeinschaft ist es, aus den Pflegeassistent\_innen und pädagogischen Mitarbeiter\_innen ein großes gemeinsames Team zu bilden. Ein großer Schritt in diese Richtung sind die seit August 2010 eingeführten paritätisch besetzten Dienste.

Das Wohnprojekt beruht auf dem Zwei-Milieu-Prinzip, Wohnung und Beschäftigungsort sind voneinander getrennt.

Die Finanzierung und Organisation wurde auf der Grundlage der vorhandenen Bedürfnisse der dort einziehenden Menschen geplant und umgesetzt. Das Persönliche Budget wird in diesem Wohnkonzept als neue Chance gesehen. Ohne den Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget wäre es nicht möglich gewesen. So ist die Wohngemeinschaft über einen Mix verschiedener Leistungen finanziert, die als persönliches Budget ausgezahlt werden. Das persönliche Budget wird von den Eltern der Nutzer\_innen, ihren gesetzlichen Betreuern, verwaltet. Zusätzliche Mittel für eine Budgetassistenz wurden bisher nur in Ausnahmefällen genehmigt, sodass häufig eine kostenlose Budgetassistenz durch Bezugspersonen erforderlich ist. Dies ist ein Zustand, der in Zukunft verändert werden muss, damit auch Menschen mit hohem Hilfebedarf ohne bereitwillig helfende Bezugspersonen eine Möglichkeit bekommen, ein Persönliches Budget zu beziehen.

Die vom örtlichen Sozialhilfeträger festgelegte Obergrenze für die Kalkulation der Kosten der Wohngemeinschaft, stellte die Leitung vor einige Schwierigkeiten. So ist die Finanzierung des Nachtdienstes nur durch die Apartmentbewohner mit nächtlichen

Bedarfen im selben Haus möglich und die pauschale Kalkulation von festen Krankheits- und Urlaubstagen führte anfänglich zu einer Unterdeckung. Um unter der vorgegebenen Obergrenze der Kosten zu bleiben, musste außerdem der Auslastungsgrad auf 95% festgelegt werden, was sehr niedrig ist.

Ambulant unterstütztes Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf ist momentan erst sehr vereinzelt zu finden. Dieses Wohnprojekt zeigt, dass es möglich ist. Ein Ausbau dieser Art von Wohnangeboten ist unbedingt notwendig, um allen Menschen mit Behinderung Wahlmöglichkeiten zum Leben in Wohninstitutionen zu geben.

## **5.5 Vergleichende Zusammenfassung**

Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Projekte in Münster und Berlin sollen an dieser Stelle zusammengefasst werden:

Ambulant unterstütztes Wohnen für geistig behinderte Menschen mit hohem Hilfebedarf wird von beiden Trägern in kleinen Wohngemeinschaften (3 bzw. 4 Mitglieder) realisiert. Nur durch die Zusammenführung der individuellen Leistungen lässt sich eine hinreichende Begleitung im Wohnen unter Einhaltung der finanziellen Vorgaben sicherstellen. Die Kosten für den Sozialhilfeträger sind gar nicht oder nur in geringem Umfang höher als bei einer stationären „Versorgung“. In beiden Projekten wird die Unterstützung über einen Mix aus Mitteln der Eingliederungshilfe, der Hilfe zur Pflege (in Berlin) und ambulante Sachleistungen der Pflegeversicherung finanziert. Die Wohngemeinschaft hat speziell für Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf auch andere Vorteile, weil sie Gelegenheiten zur Partizipation an einem kulturell üblichen Wohnalltag und sozialen Beziehungen eröffnet, auf die insbesondere schwer geistig behinderte Menschen angewiesen sind (vgl. Dieckmann 2002). Das ambulant unterstützte Wohnen funktioniert dann, wenn die WG-Mitglieder unter der Woche tagsüber einer Beschäftigung nachgehen oder auf eine Tagesunterstützung zurückgreifen können. Eine Nachtbereitschaft (Münster) bzw. ein Nachtdienst (Berlin) stehen bereit. Urlaubs- und Krankheitstage können im üblichen Umfang personell abgedeckt werden. Nichtprofessionelle Unterstützung, die vor allem von Angehörigen geleistet wird, stabilisiert zusätzlich die Unterstützungsarrangements. Das gilt faktisch auch in stationären Wohnsettings, wird dort jedoch seltener öffentlich kommuniziert. Die Wohn- und Pflegedienste müssen darauf eingerichtet sein, relativ spontan Personal einzusetzen.

Die professionelle Unterstützung wird durch einen pädagogischen und einen pflegerischen Dienst geleistet. In Berlin deckt – auch aufgrund der höheren Pflegeeinstufungen – der Pflegedienst zwei Drittel der Einsatzstunden ab, der pädagogische Dienst ein Drittel. In Münster ist das Mengenverhältnis genau umgekehrt. In beiden Wohngemeinschaften gestaltete sich die Zusammenarbeit zwischen dem pädagogischen und dem pflegerischen Dienst schwierig. Das hängt mit verschiedenen Faktoren zusammen: Im Vergleich zu anderen Nutzer\_innen im ambulant betreuten Wohnen besteht im Einzelfall ein hoher Absprachebedarf der Mitarbeiter\_innen, weil

der/die Nutzer\_in selbst nicht in der Lage ist, sie zu koordinieren. Gleichzeitig wächst durch die Tätigkeit zweier Dienste und von Beschäftigten mit relativ geringem Stundenumfang die Anzahl der professionellen Unterstützer\_innen. Es bedarf einer Koordination zwischen den Diensten und zwischen Vollzeitkräften und geringfügig Beschäftigten. Verschiedene Informations- und Dokumentationssysteme existieren nebeneinander und sind oft nicht geeignet, zuverlässig die notwendige Information zu übermitteln. Absprachen werden häufig über Mobiltelefone und per Email getroffen. Mobile elektronische Informationssysteme könnten hier hilfreich sein. Neben arbeitsorganisatorischen Gründen führen fachlich unterschiedliche Perspektiven und Praxen zu Kommunikationsproblemen. Voraussetzung für eine gedeihliche Zusammenarbeit ist eine gewisse Personalkonstanz in beiden Diensten, die eine Austausch- und Abstimmungskultur und die Entwicklung von Routinen ermöglicht. Darüber hinaus, gehen die beiden Träger unterschiedliche Wege, um die Zusammenarbeit zu verbessern. Die Lebenswege gGmbH in Berlin setzt auf paritätisch besetzte Dienste, sodass häufig ein/e pädagogische/r und ein/e pflegerische/r Assistent\_in gleichzeitig in der WG arbeiten. Mittelfristig soll ein Team geformt werden. Die Lebenshilfe Münster setzt stärker auf gemeinsame und getrennte Teamsitzungen, Absprachen zwischen den WG-Koordinator\_innen beider Dienste und den flexiblen Einsatz von Diensthandys.

Dadurch dass in den Wohngemeinschaften unter der Woche und an den langen Wochenendtagen häufig zeitgleich zwei Assistent\_innen arbeiten und Einsatzabsprachen, wie im ambulant betreuten Wohnen üblich, flexibel mit dem Nutzer\_innen erfolgen können, können die WG-Mitglieder häufiger individuell begleitet werden als in stationären Wohngruppen. Die Befragten konstatieren ein hohes Ausmaß an Selbstbestimmung und an Teilhabe an Aktivitäten. Im Sinne von Inklusion ist es gelungen, Aktivitäten und soziale Beziehungen der Bewohner\_innen aus der Zeit vor dem Einzug in die WG, falls gewünscht, fortzuführen, und in neuen sozialräumlichen Bezügen zu erweitern.

Bei allen WG-Mitgliedern spielen die Eltern eine große Rolle als vertraute Bezugspersonen, die auch bislang viele soziale Beziehungen der Bewohnerinnen initiiert und gepflegt haben, als rechtliche Betreuer, die sich für ein ambulant unterstütztes Wohnen ihrer Kinder eingesetzt haben und bei Entscheidungen über die Ausgestaltung sowohl der Wohnung als auch der Unterstützung mitbestimmen, und als Unterstützung, z.B. an Wochenenden, in Urlaubs- und Krisenzeiten. Die interviewten Eltern fühlen sich in ihrer Rolle anerkannt und wertgeschätzt.

Innerhalb der gemischt zusammengesetzten WG in Münster haben sich engere Kontaktbeziehungen entwickelt. Für die sozialen Beziehungen der Bewohner\_innen sind in beiden Projekten die Hausmitbewohner\_innen von Bedeutung. In Münster ist die WG Teil eines integrativen Wohnhauses, in dem Menschen mit und ohne Behinderung leben. Auch wenn die Erwartungen an die Hausgemeinschaft, z.B. von Seiten der Eltern, höher waren, haben die WG-Mitglieder doch erste Kontakte zu Nachbarn mit und ohne Behinderung geknüpft und nehmen an Gemeinschaftsaktivitäten teil. Die Unterstützungskräfte, die im Haus leben und zugleich mit wenigen Stunden in der WG arbeiten, sind dabei wichtige Brückenbauer. Die Gemeinschaftswohnung wird auch von

den WG-Mitgliedern für Aktivitäten und als Treffpunkt genutzt. Die Berliner WG ist in einem Apartmenthaus untergebracht, in dem vor allem Menschen mit einer Körperbehinderung leben. Die WG wurde zum Anlaufpunkt für die vorwiegend in Einzelappartements lebenden Nachbarn. Auch hier fungieren Assistent\_innen, die verschiedene Nutzer\_innen im Haus unterstützen, als Brückenbauer.

Zu den zentralen Aufgabe der Mitarbeiter\_innen gehört es, die kommunikativen und sozial-emotionalen Kompetenzen ihrer Nutzer\_innen mit hohem Hilfebedarf zu fördern (als Voraussetzung zum Aufbau sozialer Beziehungen) und Beziehungen stellvertretend für sie zu initiieren und zu pflegen, falls das notwendig ist. Diese Aufgaben stellen eine Herausforderung für die Mitarbeiter\_innen dar und erfordern eine fachliche Qualifikation und Reflektionsvermögen.

Die Wohnumgebungen beider WGs sind sehr unterschiedlich, bieten aber Versorgungsstrukturen für den täglichen Bedarf, vielfältige Aktivitätsmöglichkeiten einen unmittelbaren Anschluss an den öffentlichen Personennahverkehr. Beide Träger beabsichtigen, aktiver die Nachbarschaft im Wohnumfeld einzubeziehen. Die Lebenswege gGmbH richtet einen Nachbarschaftstreff im Erdgeschoss des Apartmenthauses ein.

### **Fazit:**

Beide Projekte belegen, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf ambulant unterstützt in der eigenen Wohnung leben können, und zwar zu Kosten für den Sozialhilfeträger, die in etwa stationären Entgelten entsprechen. In beiden Projekten nehmen die WG-Mitglieder die ambulanten Sachleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch, die ihnen zustehen. Ein vergleichsweise günstiger tatsächlicher Personalschlüssel und flexible Einsatzabsprachen ermöglichen Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Teilhabechancen. Assistent\_innen müssen es noch stärker als ihre Aufgabe begreifen, die sozialen Kompetenzen ihrer Klient\_innen zu fördern, ihnen soziale Kontakte zu erschließen und diese mitunter auch stellvertretend zu pflegen. Der Grad der notwendigen Zusammenarbeit stellt eine neue Herausforderung für ambulante Wohndienste und Pflegedienste dar.

## **6 Die „Zweite Familie“ als Lebensraum im Alter – Betreutes Wohnen in Familien (BWF) als Wohnform für älter werdende Menschen mit lebensbegleitender Behinderung**

*Maria Thönnnes*

6.1	BETREUTES WOHNEN IN FAMILIEN – BWF – FÜR MENSCHEN MIT LEBENSBEGLEITENDER BEHINDERUNG IM ALTER .....	160
6.1.1	<i>Innovatives Wohn- und Unterstützungskonzept mit Tradition.....</i>	161
6.1.2	<i>Daten zum BWF in Westfalen-Lippe .....</i>	163
6.2	VORSTELLUNG DER AUSGEWÄHLTEN MODELLPROJEKTE DES BETREUTEN WOHNENS IN FAMILIEN.....	164
6.2.1	<i>AWO Bezirksverband OWL e.V. Bielefeld .....</i>	164
6.2.2	<i>LWL- Wohnverbund Marsberg .....</i>	165
6.2.3	<i>LWL-Wohnverbund Lippstadt.....</i>	166
6.2.4	<i>Zusammenfassung hinsichtlich des soziostrukturellen Merkmals Alter.....</i>	167
6.3	METHODISCHES VORGEHEN .....	168
6.3.1	<i>Interviewleitfäden .....</i>	169
6.3.2	<i>Auswertungsmethode.....</i>	169
6.4	ZENTRALE FORSCHUNGSERGEBNISSE.....	170
6.4.1	<i>„Das Wort ‚Gast‘ trifft es auf jeden Fall nicht“ – Namensfindung als Spiegel des Selbstverständnisses .....</i>	170
6.4.2	<i>„Wer passt wohin?“ – Strukturelle und organisatorische Aspekte .....</i>	171
6.4.3	<i>„Nicht rund um die Uhr“ – Konditionen des Betreuungsarrangements.....</i>	173
6.4.4	<i>„Manchmal finde ich sind die ausgeliefert“ – Abhängigkeit und Autonomie .....</i>	176
6.4.5	<i>„Mir gefällt's hier sehr gut“ – Typische Motivationsmuster.....</i>	177
6.4.6	<i>„Zwischen eigener Wohnung und Altenheim“ – BWF für Menschen mit lebensbegleitender Behinderung im Alter.....</i>	180
6.4.7	<i>„Alle Schritte bis zum Schluss“ – Betreuungsbereitschaft bei Alter, Pflegebedürftigkeit und bis zum Lebensende .....</i>	183
6.4.8	<i>„Der gehört dazu“ – Das BWF als Chance für Inklusion .....</i>	185
6.4.9	<i>„Da geh' ich selber“ – Teilhabe am Leben in der Gesellschaft .....</i>	188
6.4.10	<i>„Das macht die Frau“ – Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung.....</i>	191
6.5	FAZIT UND AUSBLICK.....	193

*Hinweis:* Die Namen der interviewten Personen wurden geändert.

Dem folgenden Forschungsbericht zur Lebenssituation älter werdender Menschen mit Behinderungen im „Betreuten Wohnen in Familien“ möchten wir einige Worte zur Terminologie voranstellen, um die Verwendungslogik zu verdeutlichen.

Obwohl der Fachausschuss Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) sich 2005 auf die bundeseinheitliche Bezeichnung „**Betreutes Wohnen in Familien**“ (kurz BWF) mit dem Suffix „Psychiatrische Familienpflege“ bzw. „Familienpflege für Menschen mit geistiger Behinderung“ geeinigt hat (vgl. Schmidt-Michel 2007, 175; Speck 2011, 1), existieren sowohl im Praxiskontext, als auch im Kontext der theoretischen Diskurse um diese Wohnform unterschiedliche Termini für die Umschreibung der (Gast-)Familien. Aus diesem Grund haben wir uns innerhalb dieses Dritten Zwischenberichtes des Forschungsprojektes „Lebensqualität inklusiv(e)“ in Anlehnung an das gleichnamige Werk von Michael Konrad und Paul-Otto Schmidt-Michel (1993) für den Arbeitsbegriff der „Zweiten Familie“ entschieden, der bislang wenig Verwendung findet. Denn die Untersuchung des BWF erfolgt unter der Prämisse eines passgenauen Wohn- und Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen bis zum Lebensende. Vor diesem Hintergrund stünde der Begriff „Gast“ konträr zur intendierten Dauer des Angebotes. Auch Thomas Müller hat innerhalb seines Fachvortrages beim VSP (Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie) im Jahr 2008 selbigen Terminus verwendet, als er *„aktuelle Fragen der Psychiatrischen Familienpflege bzw. de[s] Betreuten Wohnen[s] in Familien“*, als *„klinische, soziale, organisatorische, ökonomische und viele andere Aspekte der Arbeit mit Menschen in der sogenannten Zweiten Familie“* (Müller 2008, 1) definiert.

In dieser Perspektive könnte ein erneuter Paradigmenwechsel innerhalb des „Wohnens in Familie“ eingeläutet werden, der sich auch semantisch manifestieren sollte. Historisch stand der Aspekt der Familien-„Pflege“ im Vordergrund, zumal sich die Ursprünge dieses Wohnangebotes im Feld ambulanter psychiatrischer Pflege finden lassen. Mittelfristig wurde das Gast-Sein und somit der temporäre Aspekt des Wohnens in der „Gast-Familie“ semantisch fokussiert. Der aktuell wahrnehmbare erneute Paradigmenwechsel stellt die Möglichkeit der zeitlichen Begrenztheit der Wohnform definitiv in den Hintergrund. Im Vordergrund steht das Betreute Wohnen in Familien, mit all den Sicherheiten und Unsicherheiten, die sich innerhalb einer („Zweiten“) Familie ergeben können.

## **6.1 Betreutes Wohnen in Familien – BWF – für Menschen mit lebensbegleitender Behinderung im Alter**

Das Vorhaben dieses Forschungsberichtes besteht in der Analyse bestehender Betreuungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderung über den Zeitpunkt des Ruhestandes hinaus bis ins hohe Lebensalter, wünschenswerterweise bis zum Lebensende. In dieser Perspektive und vor dem Hintergrund der Leitideen Inklusion, Teilhabe und Selbstbestimmung wird das Betreuungsarrangement „Betreutes Wohnen in Familien“ (BWF) betrachtet und analysiert. Die zentrale Forschungsfrage lautet, inwieweit das Wohn- und Unterstützungsarrangement Betreutes Wohnen in



Familien (BWF) zur Sicherstellung der Lebensqualität für älter werdende Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen unter Berücksichtigung der Leitideen Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung beitragen kann.

Im Folgenden wird ein kurzer, historischer Abriss dieser Betreuungsform unternommen, um ihre Genese und ihre jeweilige Ausgestaltung vor dem historischen Kontext verstehbar zu machen und gegenwärtige Reformansätze mittels des Analysematerials kontrastieren zu können.

### **6.1.1 Innovatives Wohn- und Unterstützungskonzept mit Tradition**

Betreutes Wohnen in Familien (für Menschen mit Behinderung im Alter) ist eine Wohnform, in der, ähnlich der ursprünglichen Psychiatrischen Familienpflege, Nutzer\_innen in einer (Zweiten) Familie – also nicht der Herkunftsfamilie – leben. Dieses Zusammenleben erfolgt in den Räumlichkeiten der (Zweiten) Familie und ist in den Richtlinien der Leistungsträger an spezielle – auch architektonische – Konditionen gebunden. Beispielsweise müssen die Nutzer\_innen ein eigenes Zimmer in der Familie haben, sowie Zugang zum Küchen- und Badbereich. In einigen Fällen leben Nutzer\_innen in einer separaten Wohneinheit im Hause und haben so die Möglichkeit, in der Lebensführung noch eigenständiger zu agieren. Die Familie bekommt für die Aufnahme und Betreuung eine monatliche Aufwandsentschädigung. Sowohl die Familien, als auch die Nutzer\_innen werden von einem interdisziplinären, professionellen Team (BWF-Team) in den Räumen der (Zweiten) Familie begleitet und betreut. Dabei unterscheidet allerdings nicht nur die räumliche Nähe zur (Zweiten) Familie diese Wohnform von der des klassischen „Betreuten Wohnens“. Eine zentrale Rolle spielt vor allem die emotionale Nähe zwischen Familie und Nutzer\_in, die in diesem Betreuungsetting gewünscht wird und sie zu einem besonderen Wohn- und Unterstützungsarrangement macht.

Vor diesem Hintergrund haben wir das BWF als mögliches Unterstützungsarrangement für älter werdende Menschen mit Behinderung untersucht. Es liegt nahe, dass mit zunehmendem Lebensalter der Unterstützungsbedarf zunehmen wird (vgl. Schäper et al. 2010). Der Fokus liegt hier vor allem in der Analyse der Lebensumstände der Nutzer\_innen und der (Zweiten) Familien und auf der Frage, welche konzeptionellen und strukturellen Merkmale des Betreuungsarrangements sich als förderlich erweisen. Eine dezidierte Untersuchung der Tätigkeit der professionellen Teams steht nicht im Fokus dieser Analyse. Wir gehen aber davon aus, dass eine professionelle Begleitung der Nutzer\_innen und ihrer (Zweiten) Familien entscheidend am Erfolg des Betreuungsarrangements beteiligt ist.

Die Frage nach den Ursprüngen des BWF führt in die flämische Stadt Geel (früher Gheel). Die Wurzeln der Psychiatrischen Familienpflege sind erstmalig im Jahre 1250 in Geel urkundlich belegt (vgl. Hilzinger et al. 2006, 187). Der Ort galt als Pilgerstätte für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, sie erhofften sich die Heilung ihrer Leiden. In der Regel trat die erhoffte Heilung nicht ein und so wurden sie von ortsansässigen Bauernfamilien gegen ein Entgelt oder ein Arbeitsarrangement

aufgenommen und gepflegt. Ungefähr um die Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die medizinische Versorgung nicht mehr von ortsansässigem, sondern von eigens dafür angestelltem medizinischem Personal in einem Krankenhaus gewährleistet. In der Folge wurde die Unterbringung zunehmend strukturiert und organisiert. Es erfolgte eine Beobachtung und Begutachtung der psychisch erkrankten Menschen und eine Verteilung in die Familien. Es wurden tausende psychisch kranke Menschen in Familien aufgenommen und in den landwirtschaftlichen Betrieben der Familien als (billige) Arbeitskräfte eingesetzt (vgl. Müller 2008, 6).

Auch psychiatrische Fachkräfte und Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen aus Deutschland pilgerten nach Geel, vor allem ab 1850. In der Folge wurde die Psychiatrische Familienpflege in Deutschland, sowohl aus fachlichen wie auch aus finanziellen Erwägungen intermittierend aus- und abgebaut (vgl. Schmidt-Michel 2007, 176ff.).

Die nationalsozialistischen, rassehygienischen Ideologien reduzierten, durch die Stigmatisierung der Menschen mit Hilfebedarfen, die Fälle der Familienpflege drastisch. Nachdem durch den Erlass der Sterilisationsgesetze die restlichen in Familienpflege lebenden Menschen zurück in die Einrichtungen deportiert wurden, ließ man einen Großteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen ab 1939 systematisch ermorden: *„Nach 1945 existierte die Familienpflege in Deutschland nicht mehr“* (ebd., 177). In Deutschland etablierte sich die Psychiatrische Familienpflege erst wieder ab dem Jahr 1984, während andere europäische Länder wie Frankreich oder Belgien eine ununterbrochene Tradition dieses Betreuungsangebotes haben (vgl. ebd., 175). Gegenwärtig gilt das Betreute Wohnen in Familien als *„ein Betreuungssetting, das bezahltes bürgerschaftliches Engagement und professionelle Hilfe in Einklang bringt“* (Schmidt-Michel 2007, 175).

Die seit den achtziger Jahren des letzten Jahrtausends stattfindende sukzessive Etablierung des Betreuten Wohnens – auch als Wohnform in Familien – sowohl für Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen als auch für Menschen mit anderen Hilfebedarfen ist unter anderem auch der professionellen und gesundheits- und sozialpolitischen Deinstitutionalisierungsdebatte zu verdanken – ein Transformationsprozess, den Dieckmann (2010, 1) unter dem Motto *„Von der Institutionslogik zur Inklusionsperspektive“* kennzeichnet.

Um einen Überblick über die derzeitige Lebenssituation der Menschen im BWF – unter Berücksichtigung ihres Hilfebedarfes – in Westfalen-Lippe zu bekommen, werden im Folgenden ausgewählte Daten präsentiert. Im Anschluss daran werden relevante Eckpunkte zu Strukturen und Rahmenbedingungen der drei befragten Anbieter dargestellt. Hier steht vor allem der Aspekt der Altersverteilung im Fokus der Betrachtung. Vor diesem Informationshintergrund erfolgt die Vorstellung der verwendeten Methodik und Analysetechnik innerhalb dieses Berichtes, um die Forschungsergebnisse systematisieren und präsentieren zu können.

## 6.1.2 Daten zum BWF in Westfalen-Lippe

Im Jahr 2009 (Stichtag: 31.12.2009)<sup>11</sup> wurden im Einzugsgebiet des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe insgesamt 423 Personen im BWF betreut, wobei der LWL in 397 Fällen die Kosten getragen hat. Dabei gab es im Jahr 2009 insgesamt 89 neue Betreuungsverhältnisse, von denen ca. 35% aus dem Ambulant Betreuten Wohnen, 40% aus stationärer Betreuung und ca. 25% aus Pflegefamilien kommen. Im Hinblick auf die unterschiedlichen Behinderungsarten zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Menschen, die im BWF leben, geistige (239) und psychische Behinderungen (121) haben. Weitaus geringer sind die Fallzahlen der Menschen mit mehrfachen Behinderungen (39) und der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (16). Die kleinsten Gruppen, die im BWF betreut werden sind Mütter mit psychischen Erkrankungen (3), ältere Menschen mit Pflegebedarf (3) und körperlich behinderte Menschen (2).

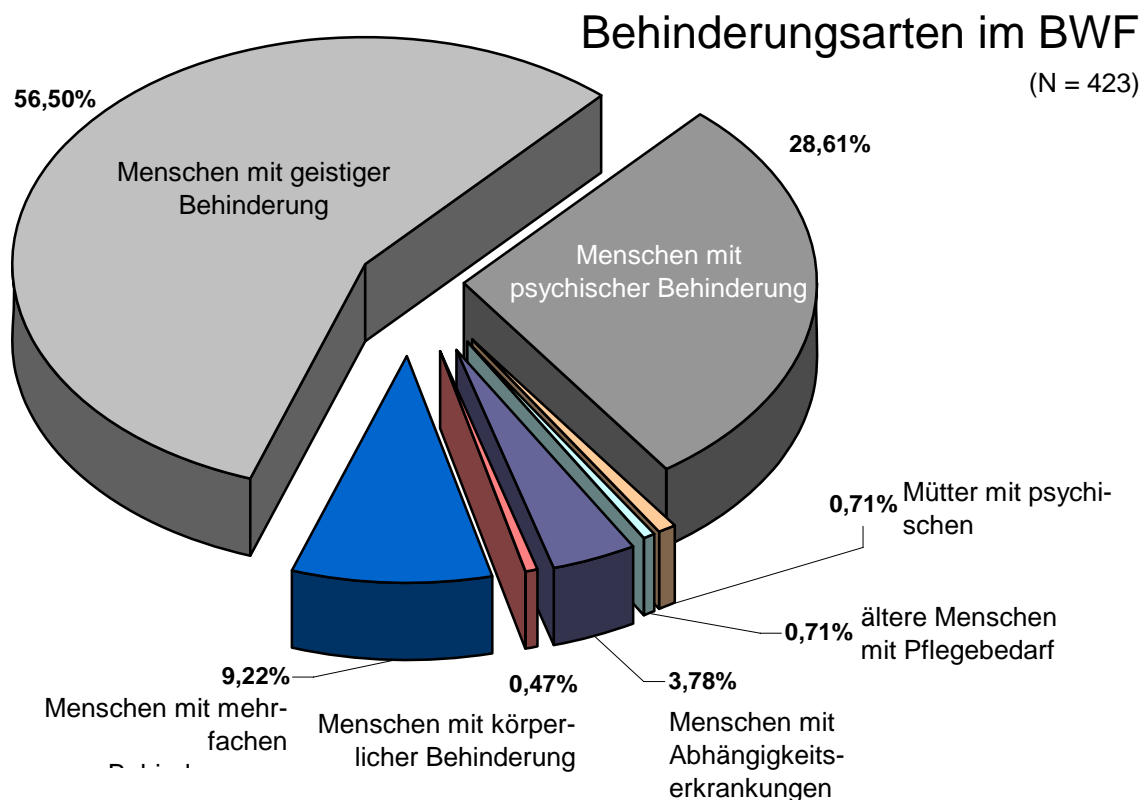


Abb. 8: Verteilung der Nutzer\_innen im BWF in Westfalen-Lippe nach Behinderungsarten (Quelle: Angaben des LWL, Abt. 65 zum Stichtag 31.12.2009)

<sup>11</sup> Die Zahlen wurden dem Forschungsprojekt vom LWL, Abt. 65, direkt zur Verfügung gestellt.

## **6.2 Vorstellung der ausgewählten Modellprojekte des Betreuten Wohnens in Familien**

Gegenstand der Forschung zur Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen im BWF waren drei Anbieter im Bereich des BWF in Ostwestfalen-Lippe, einer in Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt – AWO Bezirksverband OWL e.V. Bielefeld – und zwei in Trägerschaft des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe – LWL Wohnverbund Marsberg und LWL Wohnverbund Lippstadt.

### **6.2.1 AWO Bezirksverband OWL e.V. Bielefeld**

Das Angebotsspektrum dieses Anbieters umfasst zahlreiche Dienste, von denen die Tageseinrichtungen für Kinder mit 106 Einrichtungen und 6986 Plätzen, sowie die stationäre Altenhilfe mit 9 Einrichtungen und 890 Plätzen die Arbeitsschwerpunkte des Anbieters bilden. Daneben existieren 5 Beratungsstellen, eine stationäre Wohneinrichtung mit 29 Plätzen und eine Tagesförderstätte mit 6 Plätzen. Darüber hinaus werden noch zahlreiche weitere Erholungs- und Bildungseinrichtungen betrieben (vgl. 1-01-DOKU-01).

Das BWF wird bei diesem Anbieter seit Juli 2003 als Wohn- und Unterstützungsform angeboten. Das Einzugsgebiet umfasst in Ostwestfalen-Lippe die Städte Bielefeld, Gütersloh, Herford, Minden, Paderborn und Detmold. Zur personellen Ausstattung gehören im BWF fünf Mitarbeitende mit unterschiedlichen Stellenanteilen<sup>12</sup>. Die Leitung des Dienstes obliegt einer Diplom-Pädagogin.

Die Anzahl der Nutzer\_innen mit Behinderungen beträgt insgesamt 22, davon sind 12 weiblich und 10 männlich. 13 Nutzer\_innen haben eine (primär) geistige Behinderung und 8 Menschen eine (primär) psychische Behinderung, ein Nutzer hat eine (primär) körperliche Behinderung<sup>13</sup>.

Hinsichtlich des sozialen Merkmals Alter ist festzustellen, dass insbesondere junge Erwachsene zwischen 18 und 29 Jahren sowie ältere Menschen über 60 das Angebot nutzen:

---

<sup>12</sup> Stichtag der Datenerhebung der Angaben zum Projektpersonal war der 01.04.2010. Die Anteile der Stellen verteilen sich wie folgt: eine Diplom-Pädagogin (Leitung) mit einem Stellenumfang von 0,46, eine Diplom-Sozialpädagogin (0,62), eine Diplom-Pädagogin (0,5), eine Diplom-Sozialwirtin (0,5) und eine Altenpflegerin (0,77) (vgl. 1-01-DOKU-01).

<sup>13</sup> Stichtag der Erhebung der Angaben zu den Nutzer\_innen war der 11.04.2010 (1-01-DOKU-01).

**Altersstruktur der Nutzer\_innen (N = 22)**

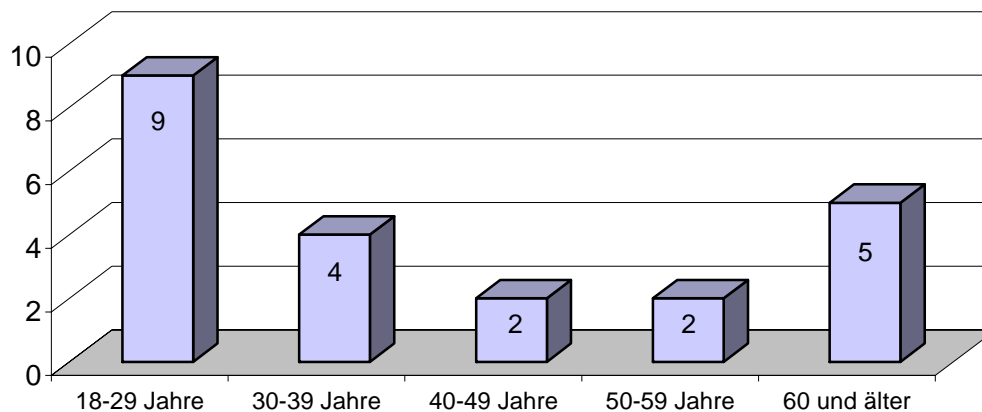


Abb. 9: Altersstruktur der Nutzer\_innen mit Behinderung beim Anbieter AWO OWL Bielefeld

Das Projekt wird mischfinanziert aus Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege (SGB XII), der Pflegeversicherung (SGB XI), der Krankenversicherung (SGB V) sowie einer Kostenbeteiligung seitens der Nutzer\_innen.

## 6.2.2 LWL- Wohnverbund Marsberg

Der Arbeitsschwerpunkt dieses Anbieters liegt im Angebot von 30 dezentralen und zentralen Wohngruppen mit 367 Plätzen, sowohl für Menschen mit psychischen als auch geistigen Behinderungen. Im Ambulant Betreuten Wohnen werden 150 Plätze zur Verfügung gestellt. Vorhanden sind darüber hinaus Tagesförderstätten, eine Beratungsstelle, eine Tagesstätte mit 15 Plätzen und Arbeitsförderstätten.

Das BWF läuft bei diesem Anbieter ebenfalls seit dem Jahre 2003, das Einzugsgebiet erstreckt sich vom Hochsauerlandkreis bis zum Kreis Paderborn. Die personelle Ausstattung im BWF umfasst drei Stellen (Diplom-Sozialarbeiter\_innen/Diplom-Pädagog\_innen) zur Bezugsbetreuung mit unterschiedlichen Stellenanteilen<sup>14</sup>.

Betreut werden 16 Menschen (in 11 Familien), von denen 5 eine (primär) geistige Behinderung haben und 11 eine (primär) seelische Behinderung. Die Altersstruktur der 10 Nutzerinnen und der 6 Nutzer, stellt sich wie folgt dar: 2 Personen sind zwischen 18-29 Jahre alt, 4 Personen zwischen 40-49 Jahren und 10 Personen sind über 60 Jahre alt.

<sup>14</sup> Stichtag der Datenerhebung zu den Angaben zum Projektpersonal war der 01.07.2011. Die Stellenanteile der Diplom-Sozialarbeiter\_innen/ -pädagog\_innen bewegen sich zwischen 0,2 und 0,64 (vgl. 1-01-DOKU-02).

**Altersstruktur der Nutzer\_innen (N = 16)**

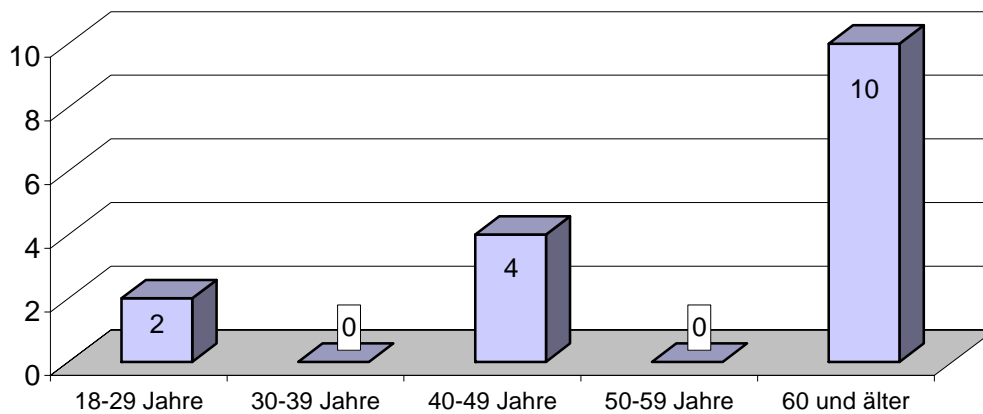


Abb. 10: Altersstruktur der Nutzer\_innen mit Behinderung LWL Wohnverbund Marsberg

Die über 65-jährigen sind nicht (mehr) erwerbstätig. Die übrigen 6 Nutzer\_innen sind erwerbstätig, 5 Personen arbeiten in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung und eine Person steht in einem Beschäftigungsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt<sup>15</sup>.

Dieses Projekt wird finanziert aus Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII), Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (Hauptfürsorgestelle) und Selbstzahlungen der Nutzer\_innen.

### 6.2.3 LWL-Wohnverbund Lippstadt

Der LWL-Wohnverbund Lippstadt verfügt über 243 stationäre Plätze in 21 Wohngruppen mit einer Größe von 6 bis 20 Plätzen für Menschen mit einer geistigen und/oder psychischen Behinderung oder Suchterkrankung. Darüber hinaus stellt der LWL-Wohnverbund Lippstadt derzeit 180 Plätze im Ambulant Betreuten Wohnen (ABW) und dem Betreuten Wohnen in Familien (BWF) bereit. Außer einem stationären und ambulanten Bereich verfügt der LWL-Wohnverbund Lippstadt noch über eine Reihe von Tagesstätten, die sowohl für interne als auch externe Nutzer\_innen ganz- oder halbtags tagesstrukturierende Beschäftigung und Arbeit sowie Betreuung und Förderung anbieten.

Das Betreute Wohnen in Familien hat bei diesem Anbieter mit dem Beginn im Jahre 1994 die längste Bestandsdauer. Das Einzugsgebiet ist nicht regional gebunden, es erstreckt sich über ganz Westfalen-Lippe. Zum BWF-Personal<sup>16</sup> gehören drei Diplom-Sozialarbeiterinnen (20 Std. / 30 Std. / 30 Std.), zwei Krankenschwestern (30 Std. /

<sup>15</sup> Stichtag der Datenerhebung zu den Angaben der Bewohner\_innen war, laut Dokumentationsbogen des LWL Wohnverbundes Marsberg (1-01-DOKU-02), der 30.06.2011.

<sup>16</sup> Stichtag der Datenerhebung zu den Angaben zum Projektpersonal war der 31.12.2010 (01-01-DOKU-03).

30 Std.), ein Krankenpfleger (39 Std.), eine Heilerziehungspflegerin (30 Std.) und eine Heilpädagogin (39 Std.).

Die Anzahl der Nutzer\_innen insgesamt beträgt 74 (35 Frauen und 39 Männer), davon haben 42 Menschen eine (primär) geistige Behinderung und 32 eine (primär) seelische Behinderung. Die Altersstruktur stellt sich wie folgt dar:

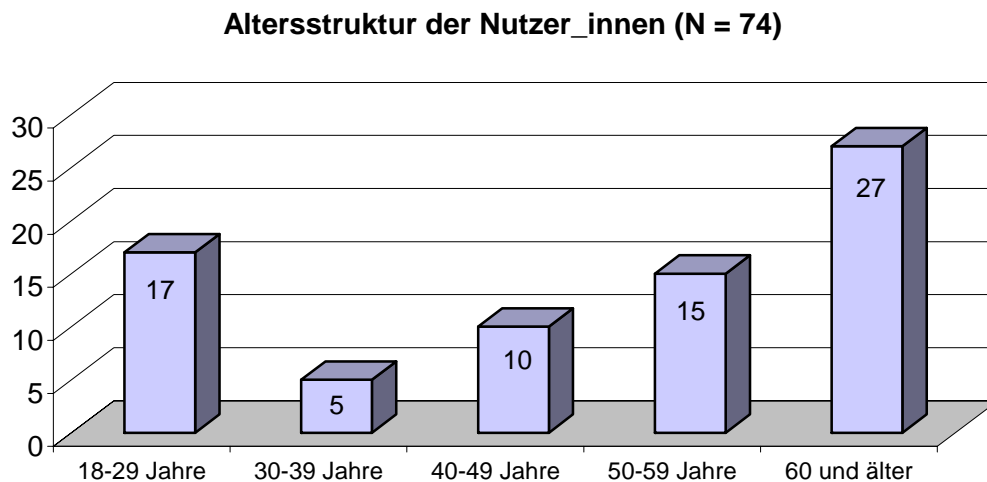


Abb. 11: Altersstruktur der Nutzer\_innen mit Behinderung LWL Wohnverbund Lippstadt

Die größte Gruppe der Nutzer\_innen ist bei diesem Anbieter die Gruppe der über 60-jährigen Menschen, gefolgt von der Gruppe der 18-29-Jährigen. Hinsichtlich des Erwerbsstatus der Nutzer\_innen ist festzustellen, dass insgesamt 33 Personen erwerbstätig sind, 32 arbeiten in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung und eine Person ist auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt. 41 Personen sind nicht (mehr) erwerbstätig.

Dieses Projekt wird vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe aus Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII finanziert und aus Selbstzahlungen der Nutzer\_innen.

#### **6.2.4 Zusammenfassung hinsichtlich des soziostrukturellen Merkmals Alter**

Projektübergreifend kann konstatiert werden, dass das Betreute Wohnen in Familien hauptsächlich von den Alterskohorten 18-29 Jahre und 60 und älter genutzt wird. In der Zusammenschau aller drei Anbieter zeigt sich deutlich eine starke Repräsentanz der über 60-jährigen.

**Altersstruktur der Nutzer\_innen gesamt (N = 112)**

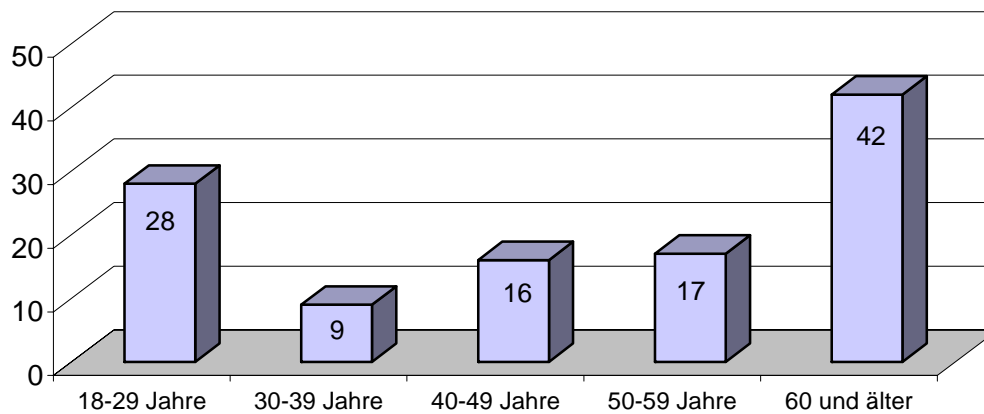


Abb. 12: Altersstruktur der Nutzer\_innen in allen drei untersuchten BWF-Angeboten

Von den 112 im Betreuten Wohnen in Familien lebenden Menschen sind 42 älter als 60 Jahre, das entspricht einem prozentualen Anteil von 37,5%, damit liegt der Anteil im Vergleich zu den 18-29-Jährigen mit 25% um 12,5 Prozentpunkte höher. Die Gesamtanzahl der Nutzer\_innen über 60 Jahre ist in den drei genannten Projekten identisch mit der Summe der Anzahl der Nutzer\_innen in den Altersgruppen von 30-39, 40-49 und 50-59 Jahren. Das BWF scheint demnach für Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen im höheren Lebensalter ein adäquates und attraktives Wohn- und Betreuungsarrangement darzustellen und den Bedarfen in dieser Alterskohorte im Besonderen zu entsprechen.

### 6.3 Methodisches Vorgehen

Für die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2007) lagen sieben Leitfadeninterviews vor, die im Zeitraum von April bis August 2011 durchgeführt worden sind. Die Entwicklung der Interviewleitfäden erfolgte auf der Basis der formulierten Anforderungen an Unterstützungsarrangements für Menschen mit Behinderungen im Prozess des Älterwerdens, welche im Zweiten Zwischenbericht zum Forschungsprojekt LEQUI dokumentiert sind (vgl. Schäper et al. 2010, 98ff.).

Befragt wurden sowohl die Anbieter, als auch die (Zweiten) Familien und die Nutzer<sup>17</sup> des Angebotes. Die Perspektive der Anbieter wurde mittels dreier Interviews, jeweils mit einem Kooperationspartner aus einem der drei vorgestellten Dienste (AWO OWL, Bielefeld, LWL-Wohnverbund Marsberg und LWL-Wohnverbund Lippstadt) erhoben.

---

<sup>17</sup> Interviewt wurden ausschließlich männliche Nutzer, aus diesem Grund wird hier das Maskulinum verwendet. In der einen interviewten Familie leben drei Nutzer\_innen, zwei Männer und eine Frau, von denen ein Nutzer interviewt wurde, in der anderen Familie lebt nur der interviewte Nutzer. Bei verallgemeinernden Aussagen wird aus diesen Gründen die geschlechtergerechte Sprache umgesetzt.



Da der LWL-Wohnverbund Lippstadt die längste Tradition im Angebot des Betreuten Wohnens in Familien hat, wurden hier ergänzend zur Perspektive des Anbieters auch die Perspektiven der Familien und Nutzer erfasst. Es wurden jeweils zwei Tandems (Familie / Nutzer) gebildet, damit liegen auf der Seite der Familien zwei Interviews vor und ebenfalls zwei auf der Seite der Nutzer. Für den LWL-Wohnverbund Lippstadt ist es demnach möglich, alle drei Perspektiven (Nutzer, Familien, Anbieter) zu beleuchten und miteinander zu kontrastieren.

### **6.3.1 Interviewleitfäden**

Der Leitfaden für die Anbieterinterviews ist in sechs verschiedene Dimensionen unterteilt, er beginnt mit allgemeinen Informationen zum Angebot und zur personellen Ausstattung, gefolgt von Fragen zu den Familien und Nutzer\_innen, sowie zur Finanzierung und schließt mit einem Fragenkomplex zur Einbindung des Angebotes in das Gemeinwesen.

Der Leitfaden für die Nutzerinterviews ist ebenfalls in sechs unterschiedliche Dimensionen unterteilt. Zu Beginn werden allgemeine Fragen zum Wohnarrangement gestellt, im Anschluss daran erfasst ein großer Fragenkomplex die Aktivitäten und sozialen Beziehungen der Nutzer\_innen. Gefolgt von Fragen zu Vorstellungen und Aktivitäten im Ruhestand. Subjektives Erleben und Altersbilder werden in der darauf folgenden Dimension erfragt. Des Weiteren werden Informationen zur Wahrnehmung der täglichen Versorgung und Mobilität erfragt. Der Leitfaden schließt mit offenen Fragen zu Sorgen und Wünschen.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Perspektiven und des subjektiven Erlebens des Zusammenlebens wurden im Leitfaden der Familieninterviews die gleichen Dimensionen wie im Nutzerinterview berücksichtigt, lediglich die Reihenfolge der Dimensionen wurde variiert.

### **6.3.2 Auswertungsmethode**

Die transkribierten Interviews wurden im Anschluss an Mayrings Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse interpretiert. Mayrings Methode ermöglicht es, qualitative Daten systematisch, theorie- und regelgeleitet zu analysieren (vgl. Mayring 2007, 13).

Innerhalb der Qualitativen Inhaltsanalyse werden differente Techniken unterschieden, die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung, welche Mayring als „*zentralste inhaltsanalytische Technik*“ (ebd., 82) charakterisiert.

Die Strukturierung kann nach Mayring formal, inhaltlich, typisierend oder skalierend erfolgen, abhängig von der Forschungsfrage. Für die vorliegende Analyse wurde vor dem Hintergrund der zu bearbeitenden Fragestellung eine inhaltliche Strukturierung des Datenmaterials unternommen. Bei dieser qualitativen Technik geht es darum, „*bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen*“ (Mayring 2007, 89).

Das Datenmaterial soll nach Mayring anhand von deduktiv aus der Literatur abgeleiteten Kategorien gegliedert werden, diese werden in Haupt- und Unterkategorien unterteilt.

In der vorliegenden Bearbeitung erfolgte zunächst die deduktive Kategorienbildung, analog zu der Genese der Leitfäden, auf der Basis der formulierten Anforderungen an Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit Behinderungen (vgl. Schäper et al. 2010, 98ff.), sowie anhand der Leitideen Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung. Ergänzend dazu wurden mittels der innerhalb des Materials inhaltlich ausgeführten, lebensweltlichen Aspekte, die für eine mögliche Generalisierung von Aussagen zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet erscheinen, induktiv weitere Kategorien gebildet.

## **6.4 Zentrale Forschungsergebnisse**

In diesem Kapitel werden die zentralen Forschungsergebnisse zusammenfassend dargestellt. Dabei stehen hauptsächlich jene Aspekte im Fokus, die Hinweise zur Beantwortung der Forschungsfrage geben, inwieweit das Wohn- und Unterstützungsarrangement *Betreutes Wohnen in Familien* (BWF) zur Sicherstellung der Lebensqualität für älter werdende Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen unter Berücksichtigung der Leitideen Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung beitragen kann. Des Weiteren gilt besonderes Augenmerk solchen Aussagen, die hinsichtlich der Häufigkeit ihrer Nennungen und der Prägnanz ihrer Aussage im Kategoriensystem, sowohl deduktiv, als auch induktiv relevant erscheinen. Hierbei werden, insofern das Material es ermöglicht, Kontrastierungen zwischen den Perspektiven der Anbieter und der der Familien unternommen, und es werden die unterschiedlichen Perspektiven der Nutzer und der Familien zu zentralen Punkten des Betreuungsarrangements betrachtet.

Bevor strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen in den Blick genommen werden, wird zu Beginn der Analyse auf die Begrifflichkeiten des BWF – wie sie im Vorwort bereits erwähnt wurden – eingegangen. Da im Analysematerial induktiv Termini angeboten werden, sollen diese im kompletten Interpretationsteil Verwendung finden.

### **6.4.1 „Das Wort ‚Gast‘ trifft es auf jeden Fall nicht“ – Namensfindung als Spiegel des Selbstverständnisses**

Der Begriff „*Gastfamilie*“ scheint die Situation in den Familien nicht zu treffen, unter der Prämisse eines Wohn- und Unterstützungsangebotes für älter werdende Menschen mit Behinderung bis zum Lebensende steht er im Widerspruch zur intendierten, unbegrenzten Dauer des Betreuungsarrangements. Aus diesem Grund haben wir uns für den Arbeitsbegriff der „*Zweiten Familie*“ (Müller 2008, 1) entschieden. Der Begriff „Gast“ scheint auch als Bezeichnung für den Menschen, der mit der Familie zusammen lebt, im innerfamiliären Diskurs schwierig zu sein, denn er stilisiert den „*Menschen mit geistiger Behinderung* [implizit zu einem] *Fremde[n]*“ (Ntourou 2007, 175). Auch in der

folgenden Interviewsequenz wird dies herausgestellt, und in Ermangelung eines angemessenen Terminus macht die Familie das Begriffsangebot „Bewohner“:

*„Also das Wort // das Wort ‚Gast‘ /äh, äh/ trifft es auf jeden Fall nicht [...] Und /äh/ das ist schwierig. Wir haben auch noch kein Wort gefunden. Frau Panscheit nicht und wir ham kein Wort gefunden. Gast /äh/ ist nicht richtig, Patient ist nicht richtig, Bewohner ist anonym aber gut, okay, wir sagen dann einfach inzwischen Bewohner. Es gibt irgendwie keine // keine Formulierung die das trifft, was // was // was die Person ist“ (01-03-I-GA-01, Z. 31ff.).*

Bestätigt wird dieser Aspekt ebenfalls durch diese Aussage: *„damals war'n das noch Patienten, heute sagen wir ja Bewohner“ (01-03-I-AN-01, Z. 17).*

#### **6.4.2 „Wer passt wohin?“ – Strukturelle und organisatorische Aspekte**

Die Genese des Betreuungsangebotes scheint sich bei allen drei Anbietern auf die Dezentralisierung, *„die vor allem seit den 90er Jahren als Leitbild organisatorischer Gestaltung weltweite Verbreitung gefunden hat“ (Käfer 2006, 1),* zurückführen zu lassen. Schäper (2006, 204) definiert diesen Prozess *„als Umsetzung der Lebensweltorientierung im Hilfesystem der Behindertenhilfe“.* In der folgenden Interviewsequenz finden sich Hinweise darauf, dass das BWF bei diesem Anbieter im Anschluss an das Ambulant Betreute Wohnen entstanden ist:

*„Also, wie gesagt, ich bin im Jahr 1994 eingestiegen, das Ambulant Betreute Wohnen gab es ja schon seit 1986, da war ja so die Tendenz /ähm/ der Ambulantisierung /äh/ die großen stationären Einrichtungen einfach zu verkleinern aus Kostengründen letztendlich“ (01-03-I-AN-01, Z. 15ff.).*

Der Etablierung des Angebotes stand zu Anfang die kolportierte Negativ-Konnotation des Betreuungsangebotes entgegen, da es in der Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege, der das BWF erwachsen ist, durchaus zu einer „Ausbeutung“ der Betreuten als günstige Arbeitskräfte kam (vgl. Kapitel 1.1; vgl. Speck 2011). Auch im folgenden Anbieterinterview wird auf diese geschichtlichen Entgleisungen verwiesen, wenn sie als anfängliche Vorbehalte der professionellen Kolleg\_innen gegenüber dem BWF, mit der fehlenden Professionalität der (Zweiten) Familien in einen scheinbar korrelativen Zusammenhang gebracht wurden. Vor diesem Hintergrund wird zwischen einer alten und einer neuen Form der Familienpflege – beziehungsweise des BWF – unterschieden:

*„[...] es wollte von den Kollegen niemand machen, weil jeder sagte, das kann ja einfach nicht funktionieren /ähm/ (räuspert sich). Laien sind sicher so 'ner Arbeit nicht gewachsen, also, der Arbeit mit psychisch Kranken und geistig Behinderten. Die Idee damals war [...], das einfach nochmal neu aufzugreifen, also Familienpflege an sich ist ja so die älteste Betreuungsform psychisch Kranker und geistig Behinderter **überhaupt**, die hat ja 'ne Jahrhunderte alte Tradition /ähm/. Was wir kannten bis dahin, war ja diese alte Form der Familienpflege [...] und zwar /ähm/ blieben die Menschen Patienten und arbeiteten quasi bei den Bauern und die Bauern zahlten dafür an die Einrichtung, [...]*

*und die stellten praktisch ihre Arbeitskraft zur Verfügung [...]. Da ging es letztendlich nicht um den Menschen, sondern wirklich nur um die Arbeitskraft, die der leistete. Insofern kannte ich dieses Modell und, mh ja, das hatte keinen guten Ruf, einfach, weil die auch wirklich, die wurden **gehalten**, so sagt man das auch, und insofern war es auch schwierig, dann auch dann jemanden zu finden so, der sich überhaupt begeisterte, was Neues aufzubauen in der Richtung“ (01-03-I-AN-01, Z. 15ff.).*

Allerdings sei das Interesse der Bevölkerung an diesem Betreuungsangebot „immer groß“ gewesen (vgl. ebd., Z. 17).

Die anfänglichen Vorbehalte gegenüber den „Laien“ auf der Seite der professionellen Akteur\_innen werden zunehmend ins Gegenteil verkehrt, so konstatiert ein anderer Anbieter:

*„[...] Es gibt ja auch engagierte /äh, äh/ Leute, die also, keine /äh/ soziale Ausbildung haben. Die da unter Umständen, ja, mit Herzblut und Engagement dabei sind. Genauso gut wie, wie jemand der /äh/ Erzieherin, Pädagogin oder sonst was ist“ (01-01-I-AN-1, Z. 198).*

Dieser Anbieter akquiriert die (Zweiten) Familien hauptsächlich „mittels Flyer und /äh/ Briefen“ (01-01-I-AN-1, Z. 29). Bei einem anderen Anbieter läuft die Akquise der Familien „von Anfang an“ über „Anzeigen in der Zeitung“ (vgl. 01-03-I-AN-01, Z. 15ff.), allerdings – so wird an späterer Stelle konstatiert – sei es für den Erfolg von entscheidender Bedeutung, dass die Anzeigen „unter der Rubrik ‚Stellenanzeigen‘“ (ebd.), in Verbindung mit der Höhe des Betreuungsgeldes eingestellt würden: „Wenn man weder das eine noch das andere macht oder beides nicht /ähm/, hat das Ganze keine Chance“ (ebd.).

Dieser Anbieter schätzt, dass von 30 Familien, die sich auf eine Anzeige melden, circa 6 Familien geeignet sein könnten (vgl. 01-03-I-AN-01, Z. 15ff.). Diese Selektionsarbeit wird von einem anderen Anbieter als immens zeitaufwendig beschrieben:

*„Wir haben also am Anfang viel, viel Zeit aufwenden müssen tatsächlich für unsere Hausbesuche. Wir haben da auch /ähm/ ja, wir haben viel Zeit 'reingesteckt. Wir sind also immer zu zweit 'rausgefahren, haben Familien besucht, [...] befragt“ (01-02-I-AN-1, Z. 98).*

Über die Ermittlung der Eignung der Familien – einen Menschen mit Hilfebedarf bei sich aufnehmen zu können – hinaus, besteht die Aufgabe der Anbieter auch ganz zentral darin, passende Tandems zu finden. Auch Schmidt-Michel (2007, 175) stellt diesen Aspekt als zentral heraus, wenn er „gelingende Passungsverhältnisse“ zu finden als „gute Zuordnungen“ definiert, die der fundierten Erfahrung professioneller Teams geschuldet seien. Im Analysematerial wurde der gleiche Terminus der (sorgfältigen) „Zuordnung“ verwendet und als erfolgsrelevant gekennzeichnet. Diese passgenaue Zuordnung erfolgt durch eine differenzierte Erfassung von Bedarfen und Bedürfnissen, von Lebensumständen und Lebensvorstellungen der Familien und der anfragenden Nutzer\_innen. Sie erfordert zum Teil ein hohes Maß an Geduld auf der Seite der Familien, denn es lassen sich nicht immer zeitgleich passende Tandems bilden. Allerdings scheint der Aspekt des Wartenkönnens auch einen Hinweis auf die Eignung

der Familie zu geben. So wird im folgenden Anbieterinterview beschrieben, dass ein „Pool an Familien“ existiere, aus denen dann im Anschluss an eine Bedarfsermittlung auf der Seite der Bewohner\_innen eine möglichst passgenaue Auswahl getroffen werden könne:

*„Damit steht und fällt das Ganze wirklich, so mit der Zuordnung. Deswegen arbeiten wir so, dass wir immer so' n Pool an Familien haben und wenn wir dann 'ne Anfrage haben von Klienten, das man gucken kann: Wer passt wohin? Ähm, denn wenn das nicht passt, die Familie kann noch so toll sein, dann scheitert das. Das ist immer wichtig einfach, ich sag mal so 'ne Auswahl zu haben. Setzt natürlich voraus, dass Familien bereit sind, dann eben zu warten, bis 'n Klient in ihre Familie kommt. Weil, das kann manchmal auch 'n Jahr dauern. Aber die Familien die dann wirklich ein Jahr auch warten, da kann man sagen, die haben auch gute Voraussetzungen“ (01-03-I-AN-01, Z. 354).*

Im folgenden Anbieterinterview finden sich Hinweise darauf, dass eine Pauschalfinanzierung für den intermittierenden Betreuungsbedarf des BWF besser geeignet sei, als Fachleistungsstunden:

*„Es gibt Phasen, wo es eng wird. Das ist ja so' n bisschen /ähm/ schön, dass wir noch nicht die Fachleistungsstunde haben. Wo ich auch immer wieder sagen würde, dass darf auf keinen Fall /äh/ kommen. Weil ich hab natürlich Phasen in einer Familie, wo ich da wirklich jede Woche hin muss. Oder alle 14 Tage. Oder unter// in einer Woche mal erst den Kontakt mit dem dann mit dem, und dann kommen auch schon mal viele Überstunden. Es gibt aber Phasen, wo ich die aber gut auch wieder abbauen kann“ (01-02-I-AN-01, Z. 220).*

Auch dieser Anbieter äußert sich deutlich positiv zur Pauschalfinanzierung, indem er hier einen größeren Handlungsspielraum herausstellt:

*„Wir kriegen 'ne Pauschalfinanzierung und wir sind da wirklich froh und dankbar darüber, dass wir die kriegen. Weil wir /äh/ über diese Pauschalfinanzierung // ja, /äh/ viele Dinge auch möglich machen. Also wenn wir jetzt /äh/ anfangen /äh/ müssten, die einzelnen Stunden am Klienten /ähm/ auszurechnen, das /äh/ das wäre// das wäre schwierig, das wäre also auch für unsern Dienst nicht gerade vorteilhaft“ (01-01-I-AN-01, Z. 137).*

#### **6.4.3 „Nicht rund um die Uhr“ – Konditionen des Betreuungsarrangements**

In den vorliegenden Fallbeispielen ist deutlich geworden, dass die jeweils hauptsächlich für die Betreuung verantwortlichen Familienmitglieder – die Frauen – eigene Bedürfnisse nach Ruhe und Erholungsphasen in ihren alltäglichen Handlungsabläufen realisieren und dies als relevant kennzeichnen. So signalisiert beispielsweise eine interviewte Person dem Bewohner durch das Verschließen einer Tür, dass sie jeweils zu unterschiedlichen Zeiten ein temporär begrenztes Erholungsbedürfnis hat:

*„Also, das weiß er auch, wenn ich meine Ruhe haben möchte, dann schließe ich ab und dann weiß er: Ich brauche meine Ruhe und das ist gut so, ne? Und abends so, wenn*

*wir jetzt /äh/ wenn // ja, so // gut wenn jetzt acht Uhr noch offen ist und dann kommt der hier rein, ist auch kein Problem, ne? Aber so abends schließen wir dann auch ab. Dass wir dann auch mal unter uns sind, ne? Dass wir alleine sind“ (01-03-I-GA-02, Z. 20).*

Dieses Arrangement wird auch vom Bewohner herausgestellt und im Sinne eines Ruhebedürfnisses interpretiert:

*„Wenn sie so um eine, halb zwei rumkommt, nach Hause kommt, dann ruht se sich 'n bisschen aus. [...] hat ja die zweite Tür davor ist. Die schließt sie dann ab und das heißt soviel: Die hat 'n Moment Pause“ (01-03-I-NU-02, Z. 69).*

Es scheint sich hier um Vereinbarungen zu handeln, die seitens des Bewohners auf Verständnis stoßen und respektiert werden. Auch in der anderen Familie zeigt sich, dass die Betreuungszeit eindeutig und in Absprache mit den Bewohner\_innen begrenzt wird:

*„Also, /äh/ man darf sich das nicht so vorstellen, dass man // ich zu mindestens nicht stehe nicht rund um die Uhr zur Verfügung“ (01-03-I-GA-01, Z. 48).*

Daran anknüpfend wird geäußert, dass keine „Schichtablösung“ komme, aber auch keine fixen Arbeitszeiten existieren:

*„Ich habe keine starren Arbeitszeiten, [...] ich hab' keine Schichtablösung“ (01-03-I-GA-01, Z. 70).*

Auf diesen Aspekt wird im Analysematerial an vielen Stellen hingewiesen und darauf, dass die Psychohygiene der – hauptsächlich für die Betreuung verantwortlichen – Familienmitglieder und somit der Erfolg des Betreuten Wohnens in Familien auf eine Vernetzung innerhalb des Bekanntenkreises und eine Arbeitsteilung innerhalb der (Zweiten) Familie angewiesen ist:

*„Familienpflege hat das /äh/ die Gefahr besteht, dass man sich darüber klar sein sollte, dass man nicht abgelöst wird. [...] Und man sollte sich// man sollte sich wirklich gut organisieren. Man sollte innerhalb der Familie oder im Bekanntenkreis gut vernetzt sein“ (01-I-GA-01, Z. 54).*

Das zitierte Familienmitglied scheint diese „Organisationskultur“ umzusetzen, denn auch außeralltägliche Erholungsphasen wie eine Urlaubsreise werden von ihr realisiert. Die Betreuungsarbeit wird dann beinahe gänzlich auf die übrigen Familienmitglieder übertragen, allerdings werden hier Vorarbeiten für den zu überbrückenden Zeitraum geleistet, wie zum Beispiel die Vorbereitung von Speisen:

*„Aber es funktioniert auch zum Beispiel wenn ich mal nicht da bin. Also ich bin jetzt 'ne Woche /äh/ auf Sylt gewesen und dann ist mein Sohn gekommen. Mein Mann /äh/ arrangiert das und Herr Pol kriegt halt dann// wie gesagt das Essen steht dann immer in der Mikrowelle. Die können auch wirklich mal 'ne Woche /äh/ alleine klarkommen. Ich muss jetzt nicht ständig da sein und /äh/ es hängt jetzt nicht unbedingt immer damit zusammen, dass alles untergeht wenn ich nicht da bin. So ist es jetzt nicht“ (01-03-I-GA-01, Z. 116).*

Auch vom interviewten Bewohner dieser Familie wird diese Arbeitsteilung wahrgenommen und benannt, wenngleich er die zentrale Rolle der Frau Pieper, die hauptsächlich für die Betreuung verantwortlich ist, nicht nur durch die Reihenfolge der Nennung der helfenden Familienmitglieder, sondern auch durch die Betonung und die Aufzählung der von ihr geleisteten Hilfen herausstellt:

*„Oder ja, sonst//sonst helfen mir Piepers. Ich musste dieses Jahr schon zweimal paar Wochen [...] und ein oder zwei Wochen war // war ich krank, ne? Da//da [...] Frau und Herr Pieper mir geholfen und der Paul Pieper [Sohn] auch, ne? Vor allen Dingen Frau Pieper, ne? Die hat mir dann so'n Zwieback gegeben oder so'n // so'n Tee und so'n Kamillentee ohne Zucker, ne? Und sowas hat die unterstützt dabei, ne?“ (01-03-I-NU-01, Z. 102).*

An anderer Stelle macht der Bewohner der Familie einen Vergleich zwischen seiner früheren Wohnform und dem Betreuten Wohnen in Familie. Er konstatiert, dass er das Frühstück nicht gemeinsam mit der (Zweiten) Familie einnehme:

*„Der Unterschied ist, dass ich morg// dass ich morgens nicht zusammen /äh/ äh frühstücken mit Piepers, ne“ (01-03-I-NU-01, Z. 80).*

In der Folge wird sowohl der Vergleich zwischen den Wohnformen, als auch der Aspekt, dass Familie Pieper nicht mit den Bewohner\_innen (in dieser Familie leben zwei Bewohner und eine Bewohnerin) gemeinsam frühstücken, mehrfach erwähnt, es hat den Anschein, als stieße das bei dem interviewten Bewohner nicht auf uneingeschränkte Zustimmung.

Ebenfalls nicht zu vernachlässigen sind neben den zeitlichen auch räumliche Bedingungen. Die architektonische Gestaltung des Wohnraumes sollte Rückzugsmöglichkeiten für Bewohner\_innen und Familie sicherstellen, die wiederum die Partizipation am Familienleben der Entscheidungsautonomie der Bewohner\_innen überlassen:

*„In der Familie kann man an etwas teilnehmen, man muss das aber nicht. Man // dadurch, dass eigene Zimmer da sind, kann man sich zurückziehen. Je nach Bedarf oder Tagesform auch, wie Sie das auch machen“ (01-03-I-GA-01, Z. 50).*

Einen eigenen Raum für die Bewohner\_innen bereit zu stellen ist ebenfalls eine Bedingung für die Familien, am BWF teilnehmen zu können: *„Sicherlich müssen die 'nen Raum oder 'ne Wohnung zur Verfügung stellen“ (01-01-I-AN-1, Z. 189).* An der folgenden Aussage lässt sich deutlich erkennen, dass dieser Bewohner ein Bewusstsein über die Unverletzlichkeit seines Wohnraumes hat und diese Gewissheit durch die Autorität der „Frau“ des Hauses untermauert wird:

*B: „Ja [...] wenn /äh/ wenn einer da rein gehen will, muss vorher ankloppen.“*

*I: „Bei Ihnen ins Zimmer?“*

*B: „An/äh/ an// an der Tür. Wo ich da drin bin. Und so hat die Frau gesagt: Wenn einer reingeht, hat nix drin zu suchen“ (01-03-I-Nu-02, Z. 47ff.).*

Sollten sich die Konditionen in der (Zweiten) Familie ändern – beispielsweise bei Trennung, Scheidung oder Versterben eines Familienmitgliedes – besteht auch die

Möglichkeit, dass das Betreuungsverhältnis unter den veränderten Bedingungen weiterhin aufrechterhalten wird. In der folgenden Aussage aus einem Anbieterinterview wird auf eine Situation verwiesen, in der die relativ junge Tochter einer Familie die Bewohnerin „übernommen“ hat:

*„Haben wir auch schon oft erlebt. So Scheidungen. Ne, also wir gucken immer, dass der Klient da bleibt, wo er gebunden ist, und wir haben's bisher noch nie erlebt, dass jemand aufgrund einer Trennung stationär aufgenommen werden musste. Also wir haben's einmal erlebt, da ist jemand sehr // also sehr jung // also, was ich als jung empfinde, ist mit 49 sehr plötzlich verstorben, stand [...] noch voll im Berufsleben und /ähm/ die Frau hat dann// ja später, ich mein, ander'n Mann kennen gelernt, dann hat die Tochter, die war zwar erst gut 20, die Klientin übernommen“ (01-03-I-AN-01, Z. 245ff.).*

#### **6.4.4 „Manchmal finde ich sind die ausgeliefert“ – Abhängigkeit und Autonomie**

Wie sich an vielen Stellen im Analysematerial herausgestellt hat, befinden sich die Bewohner\_innen in einem enormen Abhängigkeitsverhältnis zur Familie, da sie in vielen Bereichen ihrer Lebensführung von den Strukturen, der Koordinationsfähigkeit und Informationsweitergabe der Familien abhängig sind. Dieses Phänomen wird in der folgenden Interviewsequenz mit der (Zweiten) Familie nicht nur angedeutet sondern auch reflektiert. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Abhängigkeit zu einem äußerst angepassten Verhalten führen kann:

*„Ich /äh/ ich wunder mich manchmal, wie // wie // wie Menschen kommen. Also, wie /äh/ wie unterwürfig zum Teil. Mit wie wenig Selbstbewusstsein. Mit so wenig Glauben, was sie alles /äh, äh/ einfordern dürfen. Also /äh/ für alles ‚Vielen Dank!‘, für Kaffee und für dieses und jenes und das, und // und /äh/ auch mit vielen schlechten Erfahrungen und /ähm/ ich kenne // ich kenne meine Bewohner, alle die ich hatte, nur unglaublich freundlich und dankbar“ (01-03-I-GA-01, Z. 48).*

Dieses überangepasste Verhalten könnte einen Hinweis darauf geben, dass die Bewohner\_innen nicht nur abhängig von den Familien sind, sondern auch – wie es von einer Familie benannt wird – „ausgeliefert“, denn die Familie entscheidet letztlich darüber, ob das Betreuungsarrangement weiter aufrecht erhalten wird oder ob es endet. So könnten sich hinter diesem äußerst angepassten Verhalten auch Ängste verbergen, zurück in die stationäre Einrichtung zu müssen, so wie es in der folgenden Interviewsequenz mit der Familie angedeutet wird:

*„Man merkt auch, wie /ähm/ ja, ich will nicht sagen ‚ausgeliefert‘. Manchmal finde ich sind die ausgeliefert. Weil ich so// weil diese Familie schon wichtig ist und sie// ja, wenn wir jetzt sagen würden: ‚Wir machen das nicht mehr. Wir ham keine Lust‘ oder so, müssen sie sich völlig neu orientieren“ (01-03-I-GA-01, Z. 33).*

Dieses Phänomen könnte auch erklären, warum der im folgenden Familieninterview zitierte Bewohner seine Abneigung gegen ein Lebensmittel nicht geäußert hat und über



Monate lieber die vorbereitete Mahlzeit gegessen hat, als seine Bedürfnisse und Vorlieben zu thematisieren:

*„Sowie, wenn ich dem Brote geschmiert habe, zum Beispiel. /äh/ Zungenwurst mögen viele Männer mit /äh, äh/ Senf. Hab' ich auch gemacht. So wie man das // wie das halt Männer essen, und dann was weiß ich, nach 'n paar Monaten sagt mein Mann: ‚Der isst doch keinen Senf. Der isst auch keinen Ketchup. Auch keine Majo.‘ Ich sag': ‚Wie kommst Du drauf?‘ Ich sag': ‚Schorsch, ich schmier Dir doch /äh/ jeden zweiten Tag Senf auf dein Brot!‘ ‚Ja, das hab' ich wohl gemerkt.‘ Aber der hat das trotzdem gegessen“ (01-03-I-GA-02, Z. 118).*

Aus der folgenden Interviewsequenz mit einem Bewohner wird indirekt deutlich, dass er auf die Familie – bzw. auf die „Frau“ des Hauses – auch für das Memorieren von Informationen angewiesen ist:

*„I: ‚Kannst du dich erinnern, wie lange du schon in dieser Gastfamilie lebst?‘ – B: ‚Wo, hier?‘ – I: ‚Ja. In dieser Gastfamilie.‘ – B: ‚Ach, das weiß ich jetzt nicht mehr [...] Die Frau /äh/ die Frau, die weiß es aber“ (01-03-I-NU-02, Z. 20ff.).*

#### **6.4.5 „Mir gefällt's hier sehr gut“ – Typische Motivationsmuster**

Im folgenden Interviewausschnitt mit einem Bewohner wird die Möglichkeit einer individuellen und „persönlichen“ Betreuung durch die emotionale Nähe im BWF – die auf die Bedürfnisse der Bewohner\_innen passgenauer abgestimmt werden kann, als das in Komplexeinrichtungen zu leisten wäre – deutlich hervorgehoben:

*„Ja, irgendwie persönlich [...] irgendwie sowas, ne? Nicht so wie so'n Heim, wo man so, ja, wie ich gesagt hab'. Ich bin sehr zufrieden damit und /äh/ ich hab' auch keine Probleme damit, ne?“ (01-03-I-Nu-02, Z. 56f.).*

In diesem Sinne scheint auch der andere interviewte Bewohner das BWF zu interpretieren. Es wird implizit auf die individuelle Betreuung und die Zufriedenheit mit diesem Wohnarrangement hingewiesen. Darüber hinaus wird die Genese einer emotionalen Beziehung zur (Zweiten) Familie deutlich, indem hier der Vergleich zwischen (Erster) und (Zweiter) Familie – positiv konnotiert – ausformuliert wird:

*„Mir gefällt's hier sehr gut. [...] richtig verwöhnt wie bei Mutter // Mutter auch, ne? Im Prinzip ist so wie bei meiner Mutter, meinen Eltern, ne, als sie lebten, ne?“ (01-03-I-Nu-01, Z. 26ff.).*

Diese Interpretation des Verhältnisses und die so entstandene Beziehungsebene scheint auch die Sichtweise der (Zweiten) Familie widerzuspiegeln. Wie sich im Interviewausschnitt mit der Frau der (Zweiten) Familie zeigt, definiert sie das Zusammenleben mit dem Bewohner im BWF als Bereicherung und macht einen Vergleich zwischen ihren eigenen Kindern und dem neuen Familienmitglied:

*„Verändert jetzt nicht direkt. Ich würde sagen: Bereichert. So wie die Kinder“ (01-03-02-I-GA-02, Z. 24).*

Die Position des Bewohners innerhalb der Familie wird auch durch einen Vergleich von Bewohner und der Mutter der interviewten Frau manifestiert:

*„Der ist wie meine Mutter“ (01-03-02-I-GA-02, Z. 34).*

Eine mögliche Erklärung dafür, dass der Bewohner mit unterschiedlichen Familienmitgliedern aus der (Zweiten) Familie verglichen wird, könnte die Uneindeutigkeit der Rolle des neuen Familienmitgliedes sein, die sich wiederum in einer Rollenvielfalt auf beiden Seiten manifestiert. Der Bewohner übernimmt auf der einen Seite eventuell die Rolle eines Großelternteils, auf der anderen Seite eventuell partiell die Rolle eines Kindes. In Anlehnung daran würden sich die Rollen der übrigen Familienmitglieder ebenfalls verändern, was vielleicht als Indiz für die zitierte Bereicherung fungieren könnte.

Diese Rollenvielfalt und polyvalente Funktionalität – besonders für ältere Menschen, die ins BWF aufgenommen werden – innerhalb der (Zweiten) Familie wird durch die Aussage dieses Anbieters bestätigt:

*„So ab 60 und so hat sich das dann auch gestaltet, dass wir also erst wirklich die älteren Menschen aufgenommen haben, die dann so in der Familie so die Funktion eines Opas, einer Oma, einer Tante, eines Onkels übernommen haben“ (01-03-I-AN-01, Z. 47).*

Darüber hinaus scheint die Motivation, das Betreuungsverhältnis aufrecht zu erhalten, von Seiten der Familie respektive der hauptsächlich für die Betreuung verantwortlichen Person – der Frau – auch darin begründet zu sein, dass eine wechselseitige Form von Anerkennung und Hilfsbereitschaft existiert, scheinbar eine Art *quid pro quo* Prinzip. So geben die Bewohner\_innen die ihrerseits empfangene Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit in Form von Dankbarkeit und Anerkennung an die Frau zurück:

*„So wegen Kleinigkeiten. Was man zuhause jeden Tag macht und das ist halt so und keiner sagt: ‚Dankeschön, Mama!‘ oder ‚Hast Du schön gemacht!‘ Das /äh/ ist einfach so und bei denen, die haben sich über Kleinigkeiten gefreut. Ich hab' Kuchen gebacken und was gekocht, die waren immer glücklich zufrieden und immer: ‚Dankeschön Petruschka, Dankeschön Petruschka.‘ Und das /äh/ ja, das war so, was mich bewegt hat. Oder alleine, wenn man sich mit denen unterhalten hat, ne? Dass// dass die in diesem Moment wichtig waren, ne? Das// Das fand' ich auch so schön. Dass sie mir viel wiedergegeben haben von den Sachen, was ich für die gemacht habe, haben sie mir wieder anders rum /äh/ was gegeben, was mich zufrieden gestellt hat“ (01-03-I-GA-02, Z. 8).*

Auf der Seite der (Zweiten) Familien hat sich als ein zentraler Motivationsgrund, das BWF anbieten zu wollen, vor allem auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf herausgestellt. So zeigt sich innerhalb des folgenden Ausschnittes – mit der Frau des Hauses – dass das BWF dem Familienmitglied, das hauptsächlich für die Kindererziehung verantwortlich ist, die Möglichkeit bietet, im familiären Umfeld ein eigenes Einkommen zu erwerben und gleichzeitig für die Kindererziehung präsent zu sein:

*„Und /äh/ ich fand das auch gut, dass ich /äh/ dann meine Kinder noch betreuen kann. Die waren damals /äh/ pubertierend, und da hätte ich gerne// ungerne lange alleine gelassen über Tag und, ja, ich war einfach neugierig“ (01-03-I-GA-01, Z. 11).*

Diese Sicht, dass das BWF von den Familien als Beruf angesehen wird, bewertet der folgende Anbieter als eher positiv. Betreuungsverhältnisse in diesen Familien hätten wesentlich weniger Abbruchquoten als in Familien, deren Motivation sich hauptsächlich im sozialen Engagement begründen ließe. Das Verhältnis von finanzieller Motivation zu sozialem Engagement als Motivation wird vom folgenden Anbieter auf 80% zu 20% geschätzt:

*„Sagen wir mal, so in 80% und 20% sind dann so /ähm/ mit 'ner hohen sozialen, menschlichen Situation //, ja /äh/ wir sind da gar nicht so begeistert (lacht kurz), also, das ist // gar nicht so /äh/ negativ darf man das werten, dass so dieser finanzielle Anreiz im Mittelpunkt steht, denn die **bemühen** sich, diese Menschen, aber so das soziale, so diese sozialen Motive im Vordergrund stehen, wenn die enttäuscht sind, geben die ganz schnell auf“ (01-03-I-AN-01, Z. 26ff.).*

Allerdings, so konstatiert ein anderer Anbieter, dürfte die Motivation auch nicht ausschließlich finanzieller Natur sein:

*„Ich glaub' wichtig ist auch so, dass die Familien finanziell /äh/ nicht darauf angewiesen sind. Das wird auch ganz gezielt abgefragt. [...] schon, ham die , 'n Haus gebaut und ganz viele Schulden, und passt da jetzt noch sogar jemand rein [...] Einmal hatte ich 'n Telefonanruf, da hab ich nochmal nachgefragt, da sagt der Mann: ‚Nö, /ähm/ jetzt hab' ich 'ne Stelle und jetzt können wir unser Haus wieder abbezahlen“ (01-02-I-AN-01, Z. 120).*

Denkbar wäre hier, dass die Gefahr bestehe, dass die Familien die Betreuungsverhältnisse um jeden Preis aufrechterhalten wollen, wenn sie auf das zusätzliche Einkommen angewiesen sind.

Darüber hinaus scheint das Angebot einer adäquaten Tagesstruktur für Menschen mit Behinderung im Ruhestand sowohl von Anbieterseite als auch von Seiten der interviewten Familien in einem Zusammenhang mit der Motivation zur Aufnahme bzw. Fortführung des Betreuungsangebotes im BWF zu stehen:

*„Also, großes Thema wird nach wie vor Tagesstruktur sein.[...] Weil man merkt jetzt schon, wenn die /äh/ Bewohner also Gastbewohner nur in der Familie sind, dann ist doch die Belastung irgendwann sehr hoch. Also ich habe da jetzt einen Fall, da merke ich, die sind einfach genervt miteinander, weil sie **ständig** da ist. [...] Und /ähm/ da fehlt einfach ne Tagesstruktur, ne? Da versuchen wir schon, alles Mögliche hinzukriegen, und ich denke // ich habe jetzt noch 'n Mann, der ist // in zwei Jahren kommt der aus der Werkstatt, da macht die // die Frau sich jetzt schon Gedanken: ‚Was machen wir? Den ganzen Tag hier, das geht nicht! Das halte ich nicht aus.‘ Also das kommt immer mehr /äh/ so auf uns zu“ (01-02-I-AN-01, Z. 190).*

Als zentraler Aspekt der gegenüber dem Anbieter geschilderten Befürchtungen erscheint hier die permanente Präsenz der Bewohnerin in der (Zweiten) Familie und die damit einhergehende Veränderung im Tagesablauf aller Beteiligten nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt und dem Eintritt in den Ruhestand.

Die Existenz eines Tagesstrukturangebotes scheint auch die Motivation zu erhöhen beziehungsweise die Entscheidung für eine Aufnahme von Bewohner\_innen mit einer

Demenz-Diagnose ins BWF zu begünstigen, wie in der folgenden Interviewsequenz angedeutet wird:

*„Das kommt auf die Form der Demenz an. Zumal man ja auch inzwischen sagt, es gibt// es gibt auch /äh/ Tagesbetreuung für demente Leute. Äh, äh, das // das muss man so, ich denke mal, einbinden [...]“ (01-03-I-GA-01, Z. 86).*

Vor diesem Hintergrund könnte das Angebot einer strukturierten Seniorenbetreuung für die Familien entscheidungsrelevant sein, ob sie einen dementiell veränderten älteren Menschen mit Behinderung in Ihre Familie aufnehmen, oder nicht.

Darüber hinaus wird von folgendem Anbieter ein Bedarf an Wertschätzung und Anerkennung auf der Seite der Familien benannt, der motivationsförderlicher als ein Beratungsangebot wäre. So wird hier ein Zusammenhang zwischen wertschätzenden Äußerungen von „außen“ und der Motivation, sich den Anforderungen des Betreuungsarrangements, auch bei – altersbedingten – Schwierigkeiten zu stellen, konstatiert:

*„Was so für die Familien ganz wichtig ist: Die Wertschätzung von // von außen. Weil der /ähm/ ich sag' mal der Bewohner, kann das ja oft nicht mehr so leisten. Und da ist also ganz wichtig, so einfach auch zuzuhören. Das entlastet die dann auch, wenn die von schlaflosen Nächten berichten, und dann brauchen die einfach auch jemanden, der sagt: ‚Mann, das haben Sie klasse gemacht und das wissen wir zu schätzen.‘ Und das motiviert dann einfach wieder neu. Also, das ist gar nicht so die Beratung, was man wann macht. Sondern, wie gesagt, auch die Wertschätzung, die da 'ne Rolle spielt“ (01-03-I-AN-01, Z. 107f.).*

Damit stünden Wertschätzung und Motivation in einem korrelativen Zusammenhang mit der Aufrechterhaltung des Betreuungsarrangements bei erhöhtem Hilfebedarf und bekommen somit vor dem Hintergrund der Forschungsfrage eine zentrale Relevanz.

#### **6.4.6 „Zwischen eigener Wohnung und Altenheim“ – BWF für Menschen mit lebensbegleitender Behinderung im Alter**

Der demographische Wandel, der inzwischen auch die Gruppe der Menschen mit Behinderungen erreicht (vgl. Dieckmann et al. 2010), wird zunehmend von den Anbietern wahrgenommen. Vor diesem Hintergrund ist die Frage nach einem adäquaten Betreuungs- und Wohnarrangement für diese Bevölkerungsgruppe im Alter auch für die Anbieter von zentraler Bedeutung. Das Bewusstsein und die Auseinandersetzung mit diesen Themen zeigen sich in der folgenden Äußerung:

*„Die werden jetzt alt. Das wird, denke ich 'n Thema für uns stärker noch werden. Ich habe eine Klientin, die jetzt in der Gastfamilie über 65 geworden ist. Und Rentner geworden ist. Aber dieses ursprüngliche Klientel wird jetzt erst richtig alt“ (01-02-I-AN-01, Z. 76f.).*

In diesem Zusammenhang wird das BWF als alternative Wohnform für älter werdende Menschen mit Behinderungen „zwischen eigener Wohnung und Altenheim“ (01-02-I-AN-01, Z. 29f.) gesehen. Als zentrale Multiplikatoren werden hier die gesetzlichen

Betreuer\_innen und die Kliniken genannt, denen dieses Wohnangebot mittlerweile ein Begriff sei, und die so weiter vermitteln könnten:

*„Also /ähm/ einmal über gesetzliche Betreuer, die mittlerweile das Angebot kennen, /ähm/ die sich an uns wenden. Aber auch zum Beispiel Kliniken, ja? Also, gerade für // gerade für alte Menschen /ähm/ erleben wir da jetzt doch häufiger die Nachfrage /ähm/ so zwischen eigener Wohnung und Altenheim. Was gibt's da noch? Weil eigene Wohnung oft nicht mehr geht. Aber Altenheim nicht gewünscht. Oder manchmal auch /äh/ nicht angezeigt ist. Und da haben wir, ja, mittlerweile doch einige Menschen, also alte Menschen, mit Behinderung [...]“ (ebd.).*

Allerdings, so konstatiert derselbe Anbieter an späterer Stelle im Interview, bei zunehmendem Bedarf an medizinischer Versorgung fehle die entsprechende Anerkennung des Betreuungsangebotes auf Seiten der Ärzt\_innen. Obwohl BWF für älter werdende Menschen mit Behinderungen ein der „Normalität“ entsprechendes Älterwerden ermöglichen könnte, kritisiere das medizinische Personal das Betreuungsangebot *„als nicht fachlich genug“*, in diesen Fällen wird demnach die Rolle der Multiplikatoren nicht angenommen:

*„Also oft werden wir // eben zum Beispiel mit Ärzten, im Kontakt mit Ärzten damit konfrontiert, dass die sagen: ‚Das ist nicht fachlich genug. Nicht medizinisch genug‘ [...] Dass es nicht wirklich 'n klinischen Bereich braucht, ja, aber /ähm/ wir führen das ja auch unter dem Begriff auch der ‚Normalität‘. Ja, und auch in den Familien gibt es alte Menschen, die Unterstützung brauchen, ja, über Familienangehörige und so. Und ähm / da kommt ja auch keiner auf die Idee und sagt: ‚Raus damit, ab ins Altenheim!‘ Ja?“ (01-02-I-AN-01 , Z. 212).*

Dieses Phänomen ist umso zentraler, denn die erwähnte demographische Entwicklung wird bereits jetzt spürbar, da sich der Betreuungsbedarf bei der Klientel älter werdender Menschen gegenwärtig schon deutlich ankündigt und zunehmend Menschen im Rentenalter in das Betreute Wohnen in Familie aufgenommen werden:

*„Und ich // auch eben alte Menschen. Das /äh/ erleben wir ja jetzt auch in der Zuweisung aus der Psychiatrie. Ja. Dass die letzten Gastbewohner und Bewohnerinnen, die wir aufgenommen haben, waren ja eben alte Menschen. Alte Menschen die auffällig waren und Betreuung brauchten“ (01-02-I-AN-01, Z. 188).*

Es handelt sich bei den Neuaufnahmen ins BWF – im hohen Lebensalter – um Menschen, die vorher in einer eigenen Wohnung gewohnt haben, die im Ambulant Betreuten Wohnen lebten und Menschen aus Komplexeinrichtungen, die noch im hohen Lebensalter ins BWF aufgenommen werden, wenngleich dieser Anbieter bei der Gruppe der älteren Menschen aus stationären Wohneinrichtungen, mit großen Bedenken im Kollegenkreis konfrontiert wurde:

*„Da hatten wir eine Dame, die ist mit 70 dann in die Familienpflege gegangen. Wo alle gesagt haben: ‚Das kann ja nicht gutgeh'n. Die kennt ja gar nicht Familien. Mit so 'ner kleinen Struktur kommt die ja überhaupt nicht zurecht.‘ Die ist da heute noch. Die ist jetzt 84 und [wird?] gepflegt“ (01-03-I-AN-01, Z. 92f.).*

Auch die Ergebnisse aus Italien bestätigen diese Erfahrungen, so argumentierte Aluffi in seinem Beitrag bei der BWF-Jahrestagung 2011, dass durch die Unterbringung älterer Menschen (mit psychiatrischen Erkrankungen) ins BWF „ein regelrechtes ‚Aufblühen‘ des Gastes aufgrund des Erlernens oder der Wiedererlangung bestimmter Fähigkeiten beobachtet werden“ könne (Aluffi 2011).

Diese Einschätzung deckt sich mit den empirischen Ergebnissen aus dem vorliegenden Analysematerial. Im folgenden Interviewausschnitt konstatiert ein Anbieter, dass – vor allem ältere – Menschen durch das Leben in der Familie vielfältigere Anregungen bekämen als innerhalb einer institutionellen Unterbringung in einer Komplexeinrichtung. Darüber hinaus könne man in einer Familie viel individueller auf die Bedürfnisse des/der Einzelnen eingehen:

*„Ich glaube, dass die älteren Menschen sehr davon profitieren in den Familien zu leben. Weil die 'ne ganz andere Anregung und//und// und viel mehr noch mitbekommen. Also wenn ich mir jetzt meine zwei in Heimen vorstelle, denke ich, wären die längst nicht mehr so // und so, die sind noch richtig fit, die sind noch rege und alles gut und die werden auch wirklich gut so versorgt und gepflegt und man hegt sie. Also das ist schon// viel Aufmerksamkeit“ (01-02-I-AN-01, Z. 238).*

Dass die den Bewohner\_innen entgegengebrachte „Aufmerksamkeit“, die die Betreuung im BWF möglich macht, sogar einen positiven Einfluss auf die Reaktivierung von Selbstständigkeit haben kann, wird im folgenden Interviewausschnitt deutlich. Hier wird der Fall einer älteren Dame geschildert, deren Selbsthilfekompetenzen im Alltag zu gering waren, um alleine zu leben, und zu hoch, um eine institutionelle Unterbringung in einer Altenpflegeeinrichtung zu rechtfertigen, ihr Bedarf lag „zwischen eigener Wohnung und Altenheim“. Durch ihren Einzug und die Betreuung im BWF konnte die ältere Dame ihre Selbstständigkeit wieder erlangen und war wieder in der Lage, im eigenen Haushalt leben zu können:

*„Das also 'ne alte Dame eben auch /äh/ mit Tod des Mannes so depressiv geworden ist, dass /äh/ dass es Zuhause gar nicht mehr ging. Und irgendwie für Heim aber // war sie einfach zu fit, zu rege. Und das war auch nicht so ihr Wunsch, und die ist also auch in die Familienpflege gegangen /ähm/ und hat also im Rahmen der Familienpflege nochmal so 'nen Schub gekriegt und so viel Eigenständigkeit bekommen /ähm/ die wieder in ihre eigene Wohnung zurück. Ja? Also auch so etwas// das ist sicherlich// es ist 'n Highlight, ja? Aber /ähm/ auch das macht dieses Angebot möglich. Ja? Also, dass es nicht so etwas Endgültiges ist, sondern dass da durchaus auch nochmal allein durch das Leben in Familie, individuelle Betreuung, ja? Und auch nochmal auf dieses persönliche Zugehen. Welche Hobbys sind da? Welche Interessen? Was kann man stärken? Dass auch alte Menschen, ja, nochmal so viel Energie in sich entwickeln, dass die dann auch wieder selbstständig wohnen und leben können“ (01-02-I-AN-01, Z. 137f.).*

Diese national und international positiven Erfahrungen auch für Menschen mit gerontopsychiatrischem Hilfebedarf bestätigen die Arbeit des BWF und führen dazu, dass auch Menschen in sehr hohem Lebensalter noch ins BWF umziehen:

„[...] der älteste Klient den wir mal aufgenommen haben, der war 93“ (01-03-I-AN-01, Z. 394).

Darüber hinaus konnte in einer nationalen Studie in Italien von Gianfranco Aluffi – Gründer des BWF Dienstes Servizio I.E.S.A. und Leiter eines BWF Teams in Italien – nachgewiesen werden, dass die Menschen, die im BWF leben, weniger Psychopharmaka (Benzodiazepine) benötigen als Menschen, die in psychiatrischen Komplexeinrichtungen untergebracht sind:

Es wurden „zwei Gruppen von Personen mit fast identischen Eigenschaften bezüglich der Variablen Geschlecht, Alter und Diagnose verglichen, die in psychiatrischen Übergangswohnheimen“ und im BWF leben. „Wenn man den Verlauf der Benzodiazepine-Verschreibungen mit der Äquivalenzmethode vergleicht, kann man erkennen, dass der Verbrauch in den ersten 12 Monaten im BWF um 18,7% abnimmt“ (Aluffi 2011).

Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund möglicher gerontopsychiatrischer Erkrankungen bei älteren Menschen mit Behinderung äußerst relevant. So könnte die Unterbringung im BWF eventuell zur Reduktion solcher Medikationen führen. Vielleicht ließen sich diese Ergebnisse sogar auf andere Erkrankungen und den Bedarf an Medikamenten ausweiten, wenn entsprechend systematisch auch national in diese Richtung geforscht würde. Sowohl aus humanistischen Erwägungen, als auch angesichts der Finanznöte und Schwierigkeiten von Kranken- und Pflegekassen formulieren wir an dieser Stelle ein Desiderat. In einer weiteren Untersuchung Aluffis mit der „Absicht [...] den Unterschied in der Lebensqualität zwischen psychiatrischen Wohnheimen und BWF zu ermitteln“ (Aluffi 2011) konnte signifikant eruiert werden, dass das Erleben von Lebensqualität in allen erfassten Bereichen im BWF deutlich höher ausfällt als in psychiatrischen Wohnheimen (vgl. ebd.).

#### **6.4.7 „Alle Schritte bis zum Schluss“ – Betreuungsbereitschaft bei Alter, Pflegebedürftigkeit und bis zum Lebensende**

Im Rahmen bereits bestehender Betreuungsverhältnisse im Betreuten Wohnen in Familien besteht zum Teil eine sehr große Bereitschaft, die Betreuung bis ins hohe Lebensalter und bis zum Lebensende aufrechtzuerhalten:

„Also, so // so richtig Gedanken mit Älterwerden // Auch wenn der jetzt pflegebedürftig sein würde, ich /ähm/ bin mir zu 99 Prozent sicher, dass ich mir jetzt // dass ich den jetzt nicht irgendwie so abgeben könnte oder dass /äh/ dass ich jetzt sagen würde: ‚Nee, jetzt /äh/ jetzt will ich nicht mehr.‘ Jetzt // Ich glaube, dass /äh/ dass wird nicht mehr gehen. Weil der ist jetzt /äh/, nee, der ist jetzt Mitglied. Ich weiß es nicht. Das geht halt nicht. Und ich weiß, also von mir aus, jetzt wenn ich weiterhin arbeiten könnte, dann würde ich, wenn der jetzt irgendwie pflegebedürftig wär', dann würde ich den so weit pflegen wie ich kann. Also, das würde ich schon“ (01-03-02-I-GA-02, Z. 34).

An einer späteren Stelle im selben Interview äußert die interviewte Frau der Familie, dass die Phase Alter mit all ihren Eventualitäten, wie beispielsweise erhöhtem Pflegebedarf und das Versterben des Betreuten, von Beginn des Betreuungsverhältnis-

ses an von der Familie reflektiert und thematisiert wurde. Die Bereitschaft der Familie das Betreuungsverhältnis bis zum Lebensende zu gewährleisten, soll dem Bewohner ein „schönes Gehen [...] ermöglichen“. Die Familie ist sich darüber im Klaren, dass eine Betreuung im hohen Alter mit eventueller Pflegebedürftigkeit ein hohes Maß an zeitlicher Flexibilität voraussetzt. Die Frau der Familie würde ihre Berufstätigkeit temporär aufgeben, damit sie entsprechend der veränderten Lebensumstände für den Bewohner zur Verfügung stehen könnte:

*„Doch mit meinem Mann, doch. Von Anfang an schon. Doch wir haben uns schon alles überlegt. Alle Schritte bis zum Schluss. Wie // wie gesagt, wenn der jetzt pflegebedürftig wäre und wir müssten den pflegen, ich kann auch meine Arbeit auf Zeit // also, auf Eis legen auf 'ne bestimmte Zeit. Das würde ich auch alles machen. Um // um schönes// ja, Gehen zu ermöglichen. Die Personen// weil wir sind nun mal die Leute jetzt, die er nur hat. Hat er nicht viele, oder jetzt in der Stadt 'n paar Leute, die der trifft, aber so, der hat eigentlich niemanden. Und das // das würd' ich mir /äh/noch zutrauen“ (01-03-I-GA-02, Z. 58).*

Auch Pflegebedürftigkeit und Demenz scheinen demnach für diese Familie kein Grund zu sein, das Betreuungsverhältnis zu beenden. Ein Anbieter hat festgestellt, dass die Bereitschaft hierzu in Abhängigkeit zur Intensität und Dauer der Beziehung – zwischen Bewohner\_innen und Familienmitgliedern – steige:

*„Aber [die] Tendenz ist schon eben: Wenn Beziehung tatsächlich funktioniert hat, ja, dann ist die Bereitschaft, in Pflegesituationen auch zu bewältigen ist das schon sehr groß. Das ist glaube ich// so können wir's sagen“ (01-02-I-AN-01, Z. 204ff.).*

Diese enorme Bereitschaft zur Pflege und Betreuung bis ins hohe Alter und bis zum Lebensende wird auch von einem anderen Anbieter konstatiert. Als besonders bemerkenswert wird hier herausgestellt, dass die (Zweiten) Familien zum Teil eine größere Bereitschaft zeigen Bewohner\_innen bis zum Lebensende zu betreuen, als (Erste) Familien dazu bereit wären:

*„Also, das das ist erstaunlich, [...] dass diese Familien eigentlich oft mehr leisten als wirkliche Angehörige oder Verwandte. Vielleicht, weil die einfach emotional nicht so eingebunden sind. Ich weiß es nicht. Also, ich habe es ganz oft jetzt erlebt, einige leben auch noch, die wir [...] aufgenommen haben, [...] in meiner Liste gesehen, also, die dann auch immer noch in der gleichen Familie sind und die einfach mit dazugehören. Äh, aber dass die Menschen eben auch dort gepflegt werden bis zum Tod. Und da haben wir wirklich auch so schon ganz lange Sterbeprozesse gehabt mit Krebs, was also nicht einfach war. So auch diese Pflege, und wo ganz selbstverständlich war: Nee, die bleiben hier. Die dann auch sogar in der Familiengruft dann beigesetzt wurden. Also das ist Wahnsinn“ (01-03-I-AN-01, Z. 64).*

Der Eindruck, dass die Bereitschaft, einen Menschen – mit allen Eventualitäten – bis zum Lebensende zu betreuen, in Abhängigkeit zur Intensität und Dauer der Beziehung zwischen Bewohner\_innen und (Zweiten) Familien steigt, wird auch durch die Rezeption des Interviewmaterials der (Zweiten) Familien bestätigt. So äußert eine Familie, dass sie das Betreuungsarrangement bei Pflegebedürftigkeit beenden würde:



*„Das// das würd' ich schon sagen und /äh/ das soll man sich auch zugestehen. Also// also ich bin ja keine /äh/ ich bin kein// kein Pflegedienst. Und ich würde jetzt auch nicht// äh, ähm/ wenn es in so 'ne Pflegestufe Pflege gehen würde. Das würde ich nicht mehr machen“ (01-03-I-GA-01, Z. 380f.).*

An anderer Stelle im gleichen Interview zeigt sich allerdings, dass in dieser Familie ein – mittlerweile verstorbener – vorheriger Bewohner, der temporär pflegebedürftig war, gepflegt wurde. Auf Nachfrage wird geäußert, dass dieser Bewohner sehr lange Teil der Familie war:

*„Ja, natürlich. Also, der // der Herr, der sieben Jahre da war, der hat mehrere Krank// /Krankenhausaufenthalte gehabt. Und /äh/ war ja zum Schluss auch 'n bisschen vorübergehend pflegebedürftig// er hat 'nen Stock gebraucht [...] und das sind kleine Dinge die /äh/ die kann auch 'ne Familie gut leisten“ (01-03-I-GA-01, Z. 400ff.).*

Damit diese Bereitschaft zu Betreuung, Begleitung und Pflege auch im Sinne der Bewohner\_innen umgesetzt werden kann, und um den bereits erwähnten Vorbehalten der Ärzt\_innen die Argumentationsgrundlage zu entziehen, bedarf es der Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf gerontologische Aspekte im Allgemeinen und im Hinblick auf pflegerische Aspekte im Speziellen. Auf diesen Bedarf und die adäquate Umsetzung wird im folgenden Anbieterinterviewausschnitt verwiesen:

*„Ja, genau. Genau. Und halt auch so/ ja, wie pflegt man, wie lagert man, und worauf achtet man. Weil wir haben [...] einige die dann auch über Monate, wir hatten jetzt jemanden, der war über Jahre bettlägerig. Der dann fast gar nicht mehr aufstehen konnte, der entsprechende Pflege brauchte. Und die Familie auch überhaupt nicht vom Fach war und sich [...] dann eben auf der Ebene fortgebildet hat. Ja. Der ist dann auch in der Familie verstorben. Also im Arm der Frau. Das war schon beeindruckend“ (01-03-I-AN-01, Z. 118).*

Allerdings, so konstatiert der gleiche Anbieter an anderer Stelle, müsse auch die Psychohygiene der Familie im Fokus der Betrachtung des BWF-Teams stehen, da eine Überforderung des Systems Familie – möglicherweise durch einen Abbruch des Betreuungsverhältnisses – vermieden werden soll:

*„Also, dass wir auch die Aufgabe haben, die Familie zu schützen. Und die fühlen sich dann dermaßen verpflichtet so nach Jahren gegenüber dem Klienten. Wo wir dann auch sagen müssen: So jetzt sind Sie aber dran. Und jetzt müssen wir nach andern Möglichkeiten suchen [...] wir auch schon was beendet haben /ähm/ ja, den Eindruck hatten/ ähm/ da ist 'ne Grenze überschritten“ (01-03-I-AN-01, Z. 342).*

#### **6.4.8 „Der gehört dazu“ – Das BWF als Chance für Inklusion**

Der Inklusionsbegriff wird von Theunissen (2006, 13f.) als „Nicht-Aussonderung oder unmittelbare Zugehörigkeit“ definiert. Hinweise darauf, dass die Bewohner\_innen im BWF in dieser Perspektive ein „inklusive“ Teil der (Zweiten) Familie sind, finden sich im folgenden Interviewausschnitt:

*„Der ist wirklich in der Familie hier aufgenommen worden. Der gehört dazu“ (01-03-02-I-GA-02, Z. 34).*

Die konstatierte Inklusivität scheint in der zitierten Familie kongruent zu sein, denn der Bewohner kann hier ganz selbstverständlich an den gesellschaftlichen und familiären Aktivitäten der Familie partizipieren:

*„Ja, und sonst wenn die jetzt hier Besuch haben, meine Schwester oder ‚ne? meine Familie und wir grillen draußen zusammen, da ist er auch immer dabei weil das /äh/ oder wenn wir große Feier haben oder so, dann /äh/ ist er auch immer dabei, ne? Und den kennt schon jeder, mit dem unterhält sich auch jeder. Also meine Familie hat das sehr positiv aufgenommen. /Ähm/ die investieren da auch viel Zeit in ihn, weil sie sich auch mit ihm unterhalten möchten“ (01-03-I-GA-02, Z. 20).*

Auch in der anderen interviewten Familie findet sich das gleiche inklusive Verständnis des BWF, im Sinne einer unmittelbaren Zugehörigkeit aller drei in der Familie lebenden Bewohner\_innen:

*„Oder wenn ich Geburtstag habe oder meine Freundinnen sind da, isses klar, /äh/ das sie auch dabei sind alle [...]“ (01-03-I-GA-01, Z. 54).*

Inklusion hat nach Hinz (2007, 32) den Anspruch *„allen Zugang zu Allem und Teilhabe an Allem zu ermöglichen“*. Hinz und Boban sehen Inklusion als selbstverständliche Beschulung aller Kinder im Sinne einer *„Schule für alle“* (Hinz & Boban 2004, 37). Den nachhaltigen Erfolg einer frühzeitigen Inklusion bereits im Schulalter soll die folgende Interviewsequenz mit der Frau der (Zweiten) Familie verdeutlichen. Hier wird der Besuch der Realschule mit der Selbstständigkeit des Bewohners in einen kausalen Zusammenhang gebracht, die sich auch in einer eigenständigen und kritischen Organisation der Bankgeschäfte zeige, die wiederum für eine inklusive Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beinahe obligatorisch ist. Darüber hinaus wird anhand des Interviewausschnittes die zentrale Funktion der (Ersten) Familie deutlich, die sowohl Inklusion, als auch Exklusion ermöglichen kann:

*„Also das ist// ging von seine// seiner Mutter aus. Die hat ihn für damalige Zeiten sehr, sehr fortschrittlich /äh/ erzogen. Die kannte die Behinderung. Hat ihn unglaublich gefördert. Sie hat ihn zur Realschule geschickt. Und er war selbstständig, sie hat ihn im Geschäft arbeiten lassen [...] Und /äh/ sie hat // die Mutter hat 'ne fantastische Vorarbeit geleistet. Und /äh/ er erledigt seine Bankgeschäfte /äh/ selbsttätig. Er ist auch // kann auch relativ kritisch sein“ (01-03-I-GA-01, Z. 104).*

Darüber hinaus scheint Inklusion auch als eine interdependente Form von Anerkennung auf unterschiedlichen Ebenen im System (Zweite) Familie zu existieren, insbesondere für die Kinder, da sie von den Bewohner\_innen als gleichberechtigte Kommunikationspartner\_innen anerkannt und wertgeschätzt werden. Diese Form der Anerkennung bekommt einen wechselseitigen Charakter, wenn die Kinder den Bewohner\_innen durch aktives Zuhören und Aufmerksamkeit ihre Wertschätzung zeigen:

*„Dann sitzen wir, und die Kinder merken, dass Schorsch nichts zu trinken hat und ich hab' das völlig vergessen oder so // so. Das sind so Kleinigkeiten, ne? Und Paul steht dann auf, der ist neun Jahre alt, sagt er: ‚Ich hol' mir was zu trinken. Schorsch,*

*möchtest Du auch was?‘ Mich fragt der nicht. Aber Schorsch fragt er, ob der was zu trinken möchte. Und das sind so Sachen, wo ich// oder wenn wir hier am Tisch sitzen und Schorsch nicht da ist, gab's auch schon mal Momente, ‚Ich hol' den Schorsch jetzt!‘ Ich sag': ‚Du brauchst den nicht holen, der Schorsch ist gar nicht da.‘ ‚Ja, wo ist der denn?‘ Ich sag': ‚Ja, der ist heute nicht da, der kommt heute Abend erst wieder, ne?‘ Also, dass die den auch schon// der gehört dazu, ne? Wir sitzen hier am Tisch und der Schorsch ist nicht da. Geht gar nicht und das// das finde ich schön. Oder dass /äh/ der Große der ist 12, /äh/ die// also das ist für die Beiden, denke ich mal, gut. Weil Pontus fühlt sich bestätigt in dem /äh/ der wird behandelt wie 'n Erwachsener von Schorsch und das tut dem gut. Und Schorsch andersrum, das tut ihm gut, weil dem einer zuhört ganze Zeit und der kann ihm alles erzählen“ (01-03-I-GA-02, Z. 24).*

In einer systemtheoretischen Sichtweise von Inklusion könnte dies als „symbolische Inklusion“ (Eder et al. 2004, 281) interpretiert werden, denn was in der Interviewsequenz beschrieben wird, ließe sich als eine wechselseitige „Anerkennung des Anderen als Teilnehmer an einem Kommunikationszusammenhang“ (ebd.) deuten.

In der anderen Familie zeigt sich, dass die „unmittelbare Zugehörigkeit“ der Bewohner\_innen zur (Zweiten) Familie auch für die Nachfolgeneration von Bedeutung ist. Durch das Verhalten der Enkeltochter wird deutlich, dass die Bewohner\_innen Teil der Familie der Großeltern sind, denn sie möchte nicht essen, wenn nicht alle in der Familie lebende Menschen zusammen am Tisch sitzen:

*„Mein Enkelkind findet das super, hier zu sein mit den /äh/ Bewohnern. Sie // die weigert sich alleine zu essen. Die isst nur wenn alle am Tisch sitzen“ (01-03-I-GA-01, Z. 56).*

Eine zentrale Rolle im Zusammenhang mit Anerkennung und Wertschätzung scheint auch den Institutionen der Altenpflege zuzukommen, denn Menschen, die im BWF gelebt haben und in hohem Maße pflegebedürftig werden, sodass ihre Betreuung in der Familie nicht mehr zu leisten ist, möchten – im Sinne inklusiver Bedürfnisse – ihren Lebensabend lieber in einem Altenheim verbringen, statt in einer Komplexeinrichtung der Behindertenhilfe. Im folgenden Interviewausschnitt mit einem Anbieter wird dies thematisiert, ursächlich für diesen Wunsch scheint ein tief verwurzeltes Bedürfnis nach Normalität in Verbindung mit Anerkennungs- und Wertschätzungsbedürfnissen zu sein, dem Einrichtungen der Altenpflege vermeintlich näher kommen als Institutionen der Behindertenhilfe, vielleicht weil die Bewohner\_innen sie offenbar nicht als derart segregierende Sonderwelt wahrnehmen (obwohl sie das zweifelsohne sind), da dort „alle“ älteren Menschen leben:

*„Weil /ähm/ die Menschen, die man/ das// das sind ja Menschen, die / ähm/ gerade so von den Anfängen, die dann aus 'ner Einrichtung für Behinderte kamen. Das ist ein ganz großer Makel in so eine Einrichtung dann zurück zu gehen [...] Also da fühl'n die sich nicht mehr zugehörig. Und wenn die dann in eine normale Alteneinrichtung geh'n, das hat 'nen ganz anderen Stellenwert“ (01-I-AN-01, Z. 92ff.).*

Diese Schnittstelle zwischen Alten- und Behindertenhilfe, besonders für Menschen aus dem Betreuten Wohnen in Familien, muss somit ins Zentrum der weiteren Analysen im Forschungsprojekt LEQUI gerückt werden, vor allem auch weil Einrichtungen der

Altenpflege für die speziellen Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen nicht ausgestattet sind.

#### 6.4.9 „Da geh' ich selber“ – Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

In der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird Behinderung, ähnlich dem innerhalb der Disability Studies verwendeten „sozialen Modell“ nach Barnes (vgl. Waldschmidt 2007, 57ff.), als ein sozialer Herstellungsprozess verstanden. In diesem Sinne interpretiert auch Fertig Behinderung als eine soziale Kategorisierung, denn für ihn bedeutet *„Behindert zu sein [...] an der vollen gleichberechtigten Teilhabe behindert zu sein“* (Fertig 2009, 190). Demzufolge entsteht *„Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren [...], die sie an der vollen und wirksamen Teilhabe auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen an der Gesellschaft hindern“* (Netzwerk Artikel 3 e.V. 2009, 1)<sup>18</sup>. Auf der Grundlage dieser Annahme verpflichten sich alle Vertragsstaaten *„sofortige, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen“* (ebd., 8), um den Menschen mit Behinderung die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Ähnliches fordert die deutsche Gesetzgebung seit Inkrafttreten des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) im Jahre 2001. Hier heißt es in Artikel 1, dass die *„Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern“* sei, um *„Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“* (SGB IX 2001, 1046).

Das Leben in einer (Zweiten) Familie scheint zur Erfüllung dieser Forderung sehr gut geeignet, da hier eine individuellere Förderung und Begleitung der Menschen mit Behinderung möglich ist als dies in Komplexeinrichtungen möglich wäre. So können beispielsweise im Bereich Freizeitgestaltung die Bewohner\_innen an den Aktivitäten partizipieren, an denen sie partizipieren möchten. In Abhängigkeit zur Entfernung zwischen Wohnort und Ort des Angebotes und in Abhängigkeit von der Verkehrssicherheit der Bewohner\_innen, der Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr und der Bereitschaft der (Zweiten) Familie, Fahrdienste für die Bewohner\_innen zu übernehmen, trägt das BWF entscheidend dazu bei, die in Artikel 30 der UN-Konvention geforderte *„Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport“* zu ermöglichen. So äußert ein interviewter Bewohner, dass er die öffentlichen Verkehrsmittel selbstständig nutzt, und ist detailliert über die Fahrzeiten informiert:

---

<sup>18</sup> Die deutsche Übersetzung der 2008 ratifizierten UN-Konvention beinhaltet zahlreiche Übersetzungsungenauigkeiten, auf die die Behindertenverbände bundesweit, aber auch in den deutschsprachigen Nachbarländern Liechtenstein, Österreich und die Schweiz aufmerksam machten. *„Alle Bemühungen von Seiten der Behindertenorganisationen in den vier beteiligten Staaten, wenigstens die größten Fehler zu korrigieren, sind gescheitert“* (Arnade 2010). Das NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. hat aus diesem Grund 2009 eine „Schattenübersetzung“ herausgegeben, in der die Übersetzungsungenauigkeiten kenntlich gemacht und durch entsprechende Fachtermini ersetzt wurden.

*„I: ‚Wie kommen Sie in der Umgebung hier zurecht? Gibt es gute Busverbindungen? Sie haben gesagt, Sie fahren mit dem Bus nach Rommelsbach.‘ – B: ‚Ja, ja. Genau.‘ – I: ‚Und das klappt perfekt?‘ – B: ‚Ja. 100%. Ich // ich weiß die Uhrzeit, wann der fährt. Der fährt einmal um zehn Uhr /äh/ zwanzig vor zehn, elf// elf Uhr, zwölf Uhr, ein Uhr, zwei Uhr und zurück genau das Gleiche. Da fährt einer um viere, einer um fünf, einer um sechs und einer um kurz//kurz vor sieben. Das ist der letzte, ne?‘ “ (01-03-I-Nu 02, Z. 248ff.).*

Derselbe Bewohner reflektiert auch, dass für diese selbstständige Nutzung – respektive eine Teilhabe am öffentlichen Nahverkehr – der Behindertenausweis relevant ist:

*„Hab' ja// ich hab' ja 'nen Schwerbehindertenausweis, da kann ich hinfahr' n und ich weiß ja wo das ist. Da geh' ich selber“ (01-03-I-Nu 02, Z. 204ff.).*

In einem anderen Bewohnerinterview wird ebenfalls die selbstständige Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel thematisiert, in Verbindung mit der Bereitschaft der (Zweiten) Familie, den Bewohner nach der Aktivität wieder abzuholen, was in einer Komplexeinrichtung bei einem wesentlich schlechteren Betreuungsschlüssel als kontinuierliche Teilhabeermöglichungsleistung nicht zu realisieren wäre:

*„Und [...] fährt auch zu den /äh/ Briefmarkentauschtagen, wenn//wenn // fährt der Herr Pinberg mich hin, ne? Und holt mich wieder ab, ne? Oder zum Schach, das heißt da fahr ich, da fahr ich mit'm Bus hin oder mit'm Taxi dorthin, ne? Entweder [...] oder freitags jetzt neuerdings. [...] bei dem /äh/ [...] Gymnasium da in der // in der Stadttheater [...] ne? Und da hol// und da werde ich abgeholt da, ne? Von Pinbergs. Entweder von Frau Pinberg oder Herr Pinberg holt mich dann wieder ab“ (01-03-I-Nu 01, Z. 89).*

Darüber hinaus reflektiert ein Anbieter die Aufgabe des BWF-Teams im Hinblick auf die Ermöglichung von Teilhabe und Partizipation, die Bildung und Pflege individueller sozialer Netzwerke zu unterstützen, in Abhängigkeit von den individuellen Wünschen der Bewohner\_innen:

*„Unser Job ist es ja auch, dass /äh/ sagen wir mal so'n Netzwerk, so'ne Vernetzung herzustellen zwischen Gastfamilie und Klient und meinetwegen /äh/ Gemeinwesen. /äh/ Das wird dann in Anspruch genommen, wenn die Klientin da// das wünscht“ (01-I-AN-01, Z. 229).*

Eine solche Bereitschaft zur Teilhabe und Vernetzung scheint jedoch über die intrinsische Motivation des Bewohners, die Bereitschaft von (Zweiter) Familie und Gemeinwesen hinaus auch noch von motivationalen und komplementären Aspekten zwischenmenschlicher Interaktionen abhängig zu sein. Im folgenden Interviewausschnitt mit der Frau der (Zweiten) Familie zeigt sich durch den Vergleich der Charaktere zweier in der Familie lebender Menschen mit Behinderung, dass sie sich wechselseitig zur Partizipation ermutigen:

*„Die Petra, die hier ist, ist unheimlich spontan, geht auf alle Leute zu. Das macht er nicht so, aber das hat sich wiederum wunderbar verknüpft. /Äh/, der geht mit der Petra alleine zum Schützenfest, /äh/. Die dann // hat die Petra irgendwo 'nen Aushang gelesen im// im Ort. ‚Ach da is' /äh/ Feuerwehrfest.‘ /äh/ sagt sie: ‚Richard, da geh'n wir*

*heute abend mal hin. Da essen wir 'n Würstchen.' Oder /äh/ da sind die /äh/ zusammen zum Oster-// ja Osterfeuer gegangen. Richard hat dann 'nen Likör ausgegeben. Petra hat das Würstchen ausgegeben“ (01-03-I-GA-01, Z. 104).*

Diese motivationsfördernden Interaktionen mit anderen Bewohner\_innen sind natürlich von ihrer Präsenz, entweder in der gleichen Familie oder in anderen Kontexten, die den Menschen mit Behinderung zugänglich sind, von immenser Bedeutung. So wird in einem anderen Interview mit der Frau der (Zweiten) Familie – in der nur ein Bewohner lebt – geäußert, dass der Bewohner sich isoliere und nur geringe Kontakte nach außen pflege, sie wünscht sich für ihn einen „guten Freund“, die Präsenz eines weiteren Bewohners oder einer weiteren Bewohnerin in der Familie hat er jedoch abgelehnt (vgl. 01-03-I-GA-02, Z. 86). Im folgenden Ausschnitt wird konstatiert, dass der Bewohner erst nach mehrmaligen Ermutigungen an einer Freizeitaktivität mit anderen Menschen mit Behinderung teilnehmen wollte, die Aktivität aber dann genossen habe:

*„Ähm, 'nen guten Freund. Dass der jemand hat, mit dem der rausgehen kann, sich unterhalten kann//kann, irgendwas anderes// also, dass der was anderes sieht, dass der /ähm/ ja, bisschen fröhlicher wird. Dass der mit andern was unternimmt. Der möchte aber auch nicht, ne? So wie jetzt waren sie// haben sie Ausflug gemacht, /äh/ die war'n paar Tage weg, der wollte nicht so gerne hinfahren. Der wollte hier bleiben und ich hab' gesagt: ‚Schorch guck mal, hier bist Du immer alleine.‘ Ich sag': /äh/ ‚Wir essen zusammen, Du gehst inne Stadt spazieren und sitzt da /äh/ in deinem Zimmer und das war's.‘ Ich sag': ‚Das tut dir auch gut, wenn du was anderes sehen würdest!‘ Ja, und dann war der auch zufrieden. Der ist mitgefahren und dann war der auch zufrieden“ (01-03-I-GA-02, Z. 124).*

Das relativ geringe Bedürfnis dieses Bewohners nach sozialen Kontakten außerhalb der Familie könnte auch der Binnenfixierung eines familiären Systems geschuldet sein: Wenn alle sozialen Bedürfnisse innerhalb der Familie gedeckt werden, warum dann noch „nach draußen“ gehen? Auf der anderen Seite wäre es auch denkbar, dass dieser Bewohner von seiner Persönlichkeit her eher dazu tendiert, diffusere Kontakte nach „außen“ zu knüpfen und zu pflegen, denn – wie sich in einer früheren Sequenz im selben Interview zeigt – hat dieser Bewohner durchaus sozialräumliche Vernetzungen vielfältigster Art und Weise. So wird auf Strukturen und Kontakte hingewiesen, die er bereits seit geraumer Zeit pflegt – die also auch schon vor dem Umzug ins BWF existierten – und auf neue Kontakte, die durch die (Zweite) Familie entstanden sind. Wie sich in der Aussage zeigt, fährt der Bewohner regelmäßig selbstständig mit dem Bus in die Stadt und sucht hier verschiedene, für ihn relevante, Personen und Stationen auf:

*„Da trifft er auch Leute, die er kennt. /Äh/, für den //da wo der auch ständig den Kaffee trinkt. Oder die//die Verkäuferinnen in bestimmten Läden. /Äh/, ich denke mal, das ist dem vertraut und da geht der immer hin, oder da wo der früher immer mal zwischendurch 'ne Mahlzeit gegessen hat. Da ist der auch früher /äh/ immer hingegangen. Jetzt hat das /äh/ da hat auch die Bekannte gearbeitet, jetzt hat das nachgelassen, aber das, was ihm vertraut ist. Der // der trifft auch Leute, die er kennt. Nicht nur von der Klinik aus, sondern auch [...] meine Mutter trifft er da auch ständig, und ja, das ist für den so mal hier, mal da und bisschen quatschen“ (01-03-I-GA-02, Z. 67-69).*

#### 6.4.10 „Das macht die Frau“ – Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung

In der Präambel der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird „die individuelle Autonomie und Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen“ als „Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ (Netzwerk Artikel 3 e.V. 2009, 2) definiert. Diese Freiheit ist geprägt von der paradoxen Verknüpfung zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, die als substantieller Bestandteil der pädagogischen Arbeit mit Menschen ein vielzitiertes und unumstrittenes Faktum ist. Kessler identifiziert dies als ein dem pädagogischen Handeln immanentes Problem, da hier ein „ungleichgewichtiges Paradox“ existiert: Ein bestimmtes Maß an Fremdbestimmung sei nötig, um Selbstbestimmung zu erreichen. Das Ungleichgewicht definiert Kessler in der „Nachordnung von Fremdbestimmung gegenüber der angestrebten Selbstbestimmung“ (vgl. Kessler 2005, 129f.). In diesem Sinne existiert in gewisser Hinsicht eine Dichotomie des Begriffspaares, denn es besteht nicht die Möglichkeit, zur gleichen Zeit und in gleichem Maße selbst- und fremdbestimmt zu sein, allerdings ist jeder Selbstbestimmung zuvor eine Fremdbestimmung vorausgegangen. Im Alltag lösen sich Aktion und Reaktion in einer Art interdependentem Wechselspiel ab, wenngleich das Ziel jedweder Arbeit mit Menschen mit Behinderungen und somit auch die Zielperspektive der vorliegenden Analyse in der Maximierung der Selbstbestimmung und einer Minimierung der Fremdbestimmung liegt. Unter dieser Prämisse kann konstatiert werden, dass das BWF durchaus große Freiräume für Selbstbestimmung bieten kann, da viel größere Spielräume existieren, als das im institutionellen Gruppenalltag denkbar wäre. Allerdings werden sie zum Teil – vorwiegend bei Reproduktionsleistungen im Alltag – nicht ausreichend genutzt. In den vorliegenden Interviews äußern die Bewohner, dass sie nicht selber entscheiden, was gekocht und eingekauft wird und auch nicht an diesen Aktivitäten beteiligt sind:

„B: ‚Nee. Das macht die Frau. Die /äh/ die macht das Essen selber hier und /äh/ nachmittags, wie ich gesagt hab', um halb eins 'rum, halb zwei 'rum, da setz' ich mich da inne Küche 'rein, dann macht se mir // macht se mir dat Essen fertig und dann setz' ich mich dahin und dann tu ich essen und dann geh' ich wieder'. – I: ‚Das heißt, Sie kochen nicht gemeinsam?‘ – B: ‚Nee.‘ – I: ‚Und einkaufen tut auch Ihre Gastmutter.‘ – B: ‚Das macht die Frau.‘ – I: ‚Wer entscheidet, was eingekauft und was gekocht wird?‘ – B: ‚Nee.‘ – I: ‚Entscheidet sie das?‘ – B: ‚Die weiß das von selber.‘ – I: ‚Gut. Und Ihre Wäsche wäscht auch sie // die Dame.‘ – B: ‚Die macht sie auch selber. Sobald wie ich den Korb voll // äh/ wie gesagt hab', ich hab so'n // so'n // so'n Schrank mit so'm Körbchen, da tu ich die Wäsche 'rein, und wenn se so'n bisschen voll ist, lege ich unten in den Keller rein‘“ (01-03-I-NU-02, Z. 669ff.).

In diesem Sinne zeigt sich an den folgenden beiden Interviewsequenzen, dass sich Selbstbestimmung und Selbsttätigkeit – in Bezug auf Einkaufsentscheidungen und eigenständige Nahrungszubereitung – nach dem Einzug ins BWF reduziert haben, da diese Tätigkeiten im neuen Wohnumfeld von den Frauen der (Zweiten) Familien, als selbstverständliche Fürsorgeleistungen, übernommen werden:

„I: ‚Gibt es Dinge in der Familie bei denen Sie mithelfen? Sowas wie kochen, waschen, einkaufen?‘ – B: ‚Nee. Einkaufen schon mal gar nicht. Ich hab' mich früher, wo meine

*Frau noch gelebt hat, ham wir selber eingekauft. Das war ich ja so gewohnt. Aber hier brauche ich das nicht.* – I: *„Würden Sie das gerne auch mal, oder nicht?“* – B: *„Nö“* (01-03-I-NU-02, Z. 182ff.).

*„Nein, kochen nicht, nein. Habe ich früher als wir im Rinderkopf wohnten [...] meine Mutter da war. Da habe ich wohl selbst sogar // sogar ein // so'n ‚Strammen Max‘ gemacht, ne? Gemacht, gebraten, ne? Das konnte ich wohl, ne? Oder mein Bruder hat // hat auch //auch so, der hat auch Dosenfertiggerichte gehabt, hat er uns fertig gemacht, ne? Aber sonst nicht. Sonst // oder, ne sonst an sich versorgen nicht. Da habe ich // bin ich versorgt worden durchweg, ne?“* (01-03-I-NU-01, Z.109).

Darüber hinaus helfen die Bewohner zwar zum Teil bei der Hausarbeit, haben jedoch keinen eigenen Verantwortungsbereich, die Tätigkeiten beschränken sich eher auf instruierte Hilfsarbeiten:

*„Und da ist die Waschmaschine, ne? Und /äh/ die Wäsche, die tu ich auch ab und zu mal aufhängen, für hier, wenn se kein Zeit hat, dann frägt se mich: ‚Oh, Schorch, kannst mir eben die Wäsche aufhängen?‘ – ‚Mach ich‘, sag' // ‚Mach ich gerne!‘ sag ich“* (01-03-I-NU-02, Z. 247).

Allerdings wird derselbe Bewohner bei zentralen Entscheidungen hinsichtlich des Lebens in der (Zweiten) Familie an Entscheidungsprozessen richtungsweisend beteiligt, ganz im Sinne des Slogans der internationalen Selbsthilfebewegung von Menschen mit Behinderung (Disabled People International) *„Nothing about us without us“*, der inzwischen vielfach auch in der Fachliteratur aufgegriffen wird (vgl. u.a. Boban & Hinz 2003, passim). Die Relevanz der Bekräftigung und Ermutigung des Bewohners zu selbstbestimmten Entscheidungen wird in der folgenden Sequenz mit der Frau der (Zweiten) Familie deutlich. So hatte der Bewohner die Möglichkeit, sich gegen den Einzug eines weiteren Bewohners oder einer weiteren Bewohnerin in die Familie zu entscheiden, was er bei der ersten Nachfrage verbal jedoch nicht tat. Die Frau interpretierte allerdings seine nonverbale Kommunikation dahingehend, dass er eigentlich nicht mit dem Einzug einer weiteren Person im Haushalt einverstanden wäre. Nach mehrmaligem Nachfragen und der nachdrücklichen Versicherung, dass der Bewohner seine tatsächliche Meinung ohne Scheu äußern könne, entschied er sich gegen den Einzug:

*„Wir wollten noch einen Bewohner dazu nehmen. /Äh/, nur, das war noch nicht entschieden. /Äh/, ja, dann ham wir uns zusammengesetzt. Auch mit Schorch, ob der das wohl // willkommen heißt // oder ob der sich sowas vorstellen könnte, und hab' ich auch gespürt, dass der jetzt, ich denke mal aus Angst, dass der zusagen muss, /ähm/ hat der auch zugesagt, dass er damit einverstanden ist. Aber ich kenn' den schon mal bisschen länger und ich hab' dann so'n bisschen gespürt, dass // also, wenn der selber sich das aussuchen /äh,äh/ darf und /ähm/ wir auch nicht böse werden [...], ‚Nein!‘ Also, da hat er gesagt, dann würde er dann das doch nicht wollen, ja. Das war so's einzige Thema, wo jetzt für uns alle wichtig war und für alle jetzt 'ne Veränderung darstellen würde“* (01-03-I-GA-02, Z. 86).



Auf dieselbe Situation wird auch vom Bewohner eingegangen, auch er stellt die zentrale Bedeutung der Familie im Entscheidungsprozess heraus. Als Bedingung für die Realisierung der ihm übertragenen Entscheidungsautonomie scheint hier die Bekräftigung der (Zweiten) Familie fungiert zu haben:

*„Und /äh/ da war ich mir überlegen und da hat die Frau drauf gesagt: ‚Bestimmen tu ich hier, wer reinkommt und wer nicht reinkommt.‘ Und da sagt er: ‚Du bist jetzt hier drin‘, sagt sie, ‚und dann ist die Sache erledigt.‘ Und ich will auch keinen haben“ (01-03-I-NU-02, Z.109ff.).*

Diese Interviewsequenz macht besonders deutlich, wie wichtig die Befähigung und fortwährende Ermutigung zu selbstbestimmtem Verhalten und zu selbstbestimmten Entscheidungen durch die (Zweiten) Familien ist. Gleichzeitig wird in der Aussage der Familie deutlich, wie schnell Bewohner\_innen eine vermeintlich sozial erwünschte Entscheidung äußern, die selbstbestimmt wirken kann und es dennoch nicht ist, denn eine funktional erlernte Hilflosigkeit wird als Zeugnis inkorporierter Institutionalisierung mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit lebenslang Spuren hinterlassen. Hier kommt es im Besonderen auf die Empathiefähigkeit und das Wissen der (Zweiten) Familie über die Bewohner\_innen an, um herauszufinden, inwiefern deren Entscheidungen kongruent mit deren Wünschen und Bedürfnissen sind.

## **6.5 Fazit und Ausblick**

In der Analyse des Datenmaterials hat sich herausgestellt, dass der Begriff „Gastfamilie“ die Situation in den Familien nicht trifft. Darüber hinaus wirkt er unter der Prämisse, ein Wohn- und Unterstützungsangebot für älter werdende Menschen mit Behinderungen bis zum Lebensende untersuchen zu wollen, widersprüchlich zur intendierten Dauer des Betreuungsarrangements. Aus diesem Grund haben wir uns für den Arbeitsbegriff der *„Zweiten Familie“* (Müller 2008, 1) entschieden. Der Begriff „Gast“ scheint auch als Bezeichnung für den Menschen, der mit der Familie zusammen lebt, im innerfamiliären Diskurs schwierig zu sein, denn er stilisiert den *„Menschen mit geistiger Behinderung [implizit zu einem] Fremde[n]“* (Ntourou 2007, 175). In Ermangelung eines *„richtigen“* Terminus macht eine der interviewten Familien das Begriffsangebot *„Bewohner“*. Damit das Betreuungsangebot von Dauer ist, die Bewohner\_innen in den (Zweiten) Familien also nicht „nur“ Gäste bleiben, scheint es sowohl vor dem Hintergrund der rezipierten Literatur als auch vor dem Hintergrund des analysierten Materials von großer Bedeutung zu sein, dass dem Einzug ins BWF eine sorgfältige Zuordnung von Bewohner\_in und (Zweiter) Familie, initiiert durch die professionellen Akteur\_innen, vorausgegangen ist. Um diese sorgfältige Zuordnung leisten zu können, halten die Anbieter eine Pauschalfinanzierung, wie sie der Landschaftsverband Westfalen-Lippe anbietet, im Gegensatz zu Fachleistungsstunden, für unerlässlich. Eine strukturierte und gut durchdachte Zuordnung von Bewohner\_in und Familie mindert nach Erfahrung der Anbieter die Abbruchquoten des Wohnarrangements. Auch Schmidt-Michel (2007, 175) stellt den Aspekt, *„gute Zuordnungen“* zu finden, die der fundierten Erfahrung professioneller Teams geschuldet seien, als zentral heraus. Gerade im Hinblick auf die Unterbringung älterer Menschen mit Behinderung in

Familien ist ein Abbruch aufgrund einer unpassenden Konstellation besonders bedauerlich, da – so Peter (2009, 198f.) – die Umzugsbereitschaft mit zunehmendem Alter abnehme und somit jeder neue Umzug eine besondere Herausforderung für Menschen im Alter darstellt.

Ebenfalls hat sich in der Analyse gezeigt, dass es für die Dauer des Angebotes von entscheidender Bedeutung ist, dass die Familien – insbesondere die hauptsächlich für die Betreuung verantwortlichen Familienmitglieder (die Frauen) – nicht uneingeschränkt zur Verfügung stehen. Die interviewten Frauen stellen heraus, dass sie exklusive Zeiten benötigen, in denen sie sich erholen können, und Zeiten, in denen ausschließlich die Kernfamilie zusammen ist. Darüber hinaus wurde deutlich, dass eine Aufgabenteilung hinsichtlich der Betreuung innerhalb der Kernfamilie, gekoppelt mit einer Betreuungs-entlastung, durch die Vernetzung mit Freunden und Freundinnen sowie der Nachbarschaft einen positiven Einfluss auf die Dauer des Betreuungsverhältnisses hat.

Wie sich an vielen Stellen im Analysematerial zeigt, befinden sich die Bewohner\_innen in einem enormen Abhängigkeitsverhältnis zur Familie, da sie in vielen Bereichen ihrer Lebensführung auf die Familien angewiesen sind. Diese Abhängigkeit wird von den Familien benannt und reflektiert, zentrales Beobachtungsmoment für die Familien war, dass die Bewohner\_innen zu Anfang der Betreuungsverhältnisse extrem angepasste Verhaltensweisen zeigen, die sich beispielsweise in der Nichtartikulation der eigenen Bedürfnisse äußerten. Die Familien vermuten, dass der Grund dafür eine diffuse Angst vor der Beendigung des Betreuungsverhältnisses – durch die Entscheidungsvormacht der Familien – sein könnte. Die zentrale Aufgabe der Familien und der begleitenden Teams besteht hier eindeutig in der individuellen Stärkung der Zu-Betreuenden und der Reflexion mit den Familien. Gerade für Menschen mit Behinderung steigt die in der Regel bereits existente Abhängigkeit von anderen Menschen im Alter noch weiter an, wodurch bei diesem Personenkreis ein noch sensibleres Erfassen der individuellen Bedürfnisse von immenser Bedeutung für das Erleben von Lebensqualität, Teilhabe und Selbstbestimmung im Alter ist.

Ein Indiz dafür, dass das Leben der Bewohner\_innen im BWF Lebensqualität bietet, könnte der Vergleich zwischen dem Leben und den Personen in der (Zweiten) Familie und dem Leben und den Familienmitgliedern in der Herkunftsfamilie sein:

*„Mir gefällt's hier sehr gut [...] richtig verwöhnt wie bei Mutter// Mutter auch, ne?“ (01-03-I-Nu-01, Z. 26ff.).*

Es werden Aspekte wie Zufriedenheit und Wohlbefinden als Motivation, im BWF leben zu wollen, geäußert. Auch die Familien machen diese Vergleiche zwischen Familienangehörigen der (Ersten) Familie und den Bewohner\_innen. Das Zusammenleben wird als wechselseitige Bereicherung erlebt und dargestellt, so scheinen beide Parteien von dem Wohnarrangement auf unterschiedliche Weise zu profitieren. Vor allem unter dem Aspekt der Rollenvielfalt für Menschen mit Behinderungen, die im Alter noch einmal – oder vielleicht zum ersten Mal – Freund oder Freundin, Oma oder Opa, Schwester oder Bruder, Tante oder Onkel et cetera werden können, bedeutet dies mitunter eine neue Form von Akzeptanz und Wertschätzung. Parallel dazu verändern sich auch die Rollen der übrigen Familienmitglieder, was vielleicht als Indiz für die

erwähnte Bereicherung fungieren könnte. Darüber hinaus wird auch die Anerkennung und Wertschätzung für die Betreuungs- und Fürsorgeleistungen, die die Menschen mit Behinderung der Familie entgegenbringen, als bereichernd erlebt.

Das Betreute Wohnen in Familien für ältere Menschen mit lebensbegleitender Behinderung wird zunehmend als Wohnangebot „zwischen eigener Wohnung und *Altenheim*“ sowohl von den Anbietern, als auch von den gesetzlichen Betreuer\_innen – die damit eine wichtige Rolle als Multiplikator\_innen bekleiden – wahrgenommen. Gerade für ältere Menschen mit Behinderung bietet dieses Wohnarrangement große Vorteile, da die Praxisexpertise der Anbieter zeigt, dass ein altersbedingter Abbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten durch den Einzug ins BWF verzögert werden kann. Es wird sogar von einem Fall berichtet, indem die Selbstständigkeit einer älteren Person nach dem Einzug ins BWF in so großem Umfang wiedererlangt werden konnte, dass sie wieder in der Lage war, in einer eigenen Wohnung zu leben (vgl. 01-02-I-AN-01, 137f.).

In Anlehnung daran bestätigen die Ergebnisse einer nationalen empirischen Studie in Italien, dass die Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung, die im BWF leben, weniger Psychopharmaka (Benzodiazepine) benötigen, als Menschen die in psychiatrischen Komplexeinrichtungen untergebracht sind (vgl. Aluffi 2011). In einer weiteren Untersuchung Aluffi's mit der „*Absicht [...] den Unterschied in der Lebensqualität zwischen psychiatrischen Wohnheimen und BWF zu ermitteln*“ (Aluffi 2011) konnte signifikant eruiert werden, dass das Erleben von Lebensqualität in allen erfassten Bereichen im BWF deutlich höher ausfällt als in psychiatrischen Wohnheimen (vgl. ebd.). Werden diese quantitativen Ergebnisse vor dem Hintergrund der qualitativen Analyseergebnissen der Interviews betrachtet, lassen sie die Vermutung zu, dass sich das Leben im BWF auch auf die Lebensqualität von Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen positiv auswirken kann. Daneben wurde auch auf die besonderen Risiken (u.a. Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch) hingewiesen, denen Menschen mit Behinderungen im BWF ausgesetzt sein können (vgl. Speck 2011, 58ff.). Hier kommt den BWF-Teams eine wichtige Funktion zu, die Risiken aufgrund des Machtgefälles bewusst zu machen und negative Beziehungsdynamiken frühzeitig wahrzunehmen.

Die Analyse des Interviewmaterials lässt erkennen, dass die Bereitschaft der Familien, einen Menschen mit Behinderung bis zum Lebensende zu betreuen, parallel zu der wachsenden Intensität der Beziehung zwischen dem/der Bewohner\_in und der (Zweiten) Familie steigt. Es scheint einen korrelativen Zusammenhang zwischen der Beziehungsintensität und der Dauer des Betreuungsarrangements zu geben. Darüber hinaus wird von einem Anbieter konstatiert, dass die Bereitschaft der Familien im BWF den/die Bewohner\_in mit im Alter zunehmendem Pflegebedarf bis zum Lebensende zu betreuen, zum Teil höher sei, als das bei den eigenen Angehörigen der Fall wäre. Demgegenüber stünde allerdings die Fürsorgepflicht des BWF-Teams, nicht nur den Bewohner\_innen, sondern auch den (Zweiten) Familien gegenüber, eine Überforderung des Systems müsse verhindert werden. Demnach scheint es von entscheidender Bedeutung, dass die BWF-Teams die sich verändernden Situationen in den Familien in alle Richtungen sensibel und empathisch begleiten. Aber auch die Familien sind in der

Pflicht, ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen im Fokus zu behalten, damit Betreuungsverhältnisse bis zum Lebensende für alle Beteiligten weitergeführt werden können.

Inklusion als Sinnbild einer paradigmatischen Wende in der Behindertenhilfe und als eine der drei Leitideen dieses Forschungsberichtes, wird im Betreuten Wohnen in Familien im Sinne einer „*Nicht-Aussonderung*“ (Theunissen 2006, 13) in vielen Bereichen umgesetzt. Im Analysematerial finden sich zahlreiche Hinweise darauf, dass die Bewohner\_innen im Alltag eine „*unmittelbare Zugehörigkeit*“ (ebd.) zur (Zweiten) Familie erleben und ganz selbstverständlich an den gesellschaftlichen und familiären Aktivitäten beteiligt sind. Diese Philosophie ist insofern nachhaltig, als sie sich auch auf die Nachfolgeneration überträgt. So fordern auch die Enkelkinder der (Zweiten) Familie die Teilnahme der Bewohner\_innen an familiären Aktivitäten ein. In diesem Sinne scheint sich Inklusion auch als eine interdependente Form von Anerkennung und Wertschätzung zwischen Bewohner\_innen und (Zweiter) Familie auf unterschiedlichen Ebenen zu realisieren.

Die mit dem Zugehörigkeitsgefühl verbundene Idee von „Normalität“ innerhalb dieser Wohnform scheint für die Bewohner\_innen von zentraler Bedeutung zu sein. So möchten einige Bewohner\_innen ihren Lebensabend lieber in eine Einrichtung der Altenpflege verbringen, als im Alter in eine Einrichtung der Behindertenhilfe zurückzukehren. Ein Anbieter erklärt dies damit, dass sich die Menschen in einer Einrichtung der Behindertenhilfe „*nicht mehr zugehörig*“ (01-I-AN-01, Z. 92ff.) fühlen. Diese Schnittstelle zwischen Alten- und Behindertenhilfe muss somit ins Zentrum der Analyse gerückt werden. Ein zentrales Problem in diesem Zusammenhang besteht nämlich darin, dass es noch keine flächendeckend realisierten und erprobten Modelle gibt, Eingliederungs- und Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderung im Sinne der Sozialgesetzbücher IX und XII unabhängig von der Art der institutionellen Unterbringung, gegebenenfalls im Hilfe-Mix zu ermöglichen, und zwar bis zum Lebensende. Denn die derzeitigen personellen Bedingungen in Einrichtungen der Altenhilfe stehen der Realisierung von Teilhabemöglichkeiten im Alter eher entgegen.

Die Ermöglichung von Teilhabe scheint dagegen im BWF durch gezielte und individuelle Teilhabeermöglichungsleistungen der (Zweiten) Familien zu gelingen. Menschen mit Behinderung partizipieren an diversen gesellschaftlichen Aktivitäten. Sie nutzen in der Regel den öffentlichen Nahverkehr selbstständig, um ihre sozialen Aktivitäten und materiellen Bedürfnisse im Umkreis zu realisieren. Bei Einschränkungen der Mobilität, bedingt durch Fahrzeiten oder Ausfälle im Nahverkehr, versuchen die Familien mittels Fahrdiensten den Bewohner\_innen die Partizipation an gesellschaftlichen Angeboten dennoch zu ermöglichen. Darüber hinaus hat sich im Material gezeigt, dass Teilhabe nicht nur von Teilhabeermöglichungsleistungen seitens der (Zweiten) Familie abhängig ist, sondern ganz zentral auch von motivationalen Aspekten zwischenmenschlicher Interaktionen, sowohl mit anderen Bewohner\_innen als auch mit der (Zweiten) Familie. So scheinen sich Bewohner\_innen gegenseitig zur Partizipation an gesellschaftlichen Angeboten zu ermutigen. Es hat sich gezeigt, dass sich das Vorhaben einer gemeinsamen Teilnahme positiv auf die individuelle Bereitschaft zur Partizipation auswirkt. Dieser Befund lenkt den Fokus auch in Richtung eines

bedürfnisorientierten Empowerments seitens der (Zweiten) Familien und des BWF-Teams, damit Menschen mit Behinderung neue gesellschaftliche Teilbereiche für sich entdecken können. Hilfreich könnten hier tagesstrukturierende Angebote sein, die, wenn sie eine soziale Vernetzung der Bewohner\_innen untereinander erleichtern, eventuell eine gesamtgesellschaftliche Teilhabe bis ins hohe Lebensalter ermöglichen könnten.

Selbstbestimmung wird in der UN-Konvention als „*Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen*“ (Netzwerk Artikel 3 e.V. 2009, 2) definiert. Diese Freiheit haben die Bewohner\_innen bei zentralen Aspekten, die ihr Leben und das der Familie entscheidend beeinflussen würden. Für die Umsetzung von Selbstbestimmung im Sinne einer Entscheidungsautonomie bedarf es allerdings auch einer Befähigung. Die zentrale Aufgabe der (Zweiten) Familie und des BWF-Teams besteht hier in der sensiblen und empathischen Begleitung und Ermutigung, auch vermeintlich „unpopuläre“ Meinungen ganz selbstverständlich kundtun zu dürfen. In anderen Bereichen, vornehmlich dem Bereich der „Reproduktionsleistungen“ werden den Bewohner\_innen autonome Entscheidungen und selbstbestimmte Verantwortungsbereiche allerdings nicht selbstverständlich überlassen. Interviewübergreifend zeigte sich, dass die Bewohner nicht mitentscheiden, was eingekauft und gekocht wird, und sie sind auch nicht an diesen Tätigkeiten beteiligt. Auch die Wäschepflege wird von den Frauen der (Zweiten) Familien als gutgemeinte Fürsorgeleistung übernommen. Im Hinblick auf alltagspraktische Reproduktionstätigkeiten werden somit die Freiräume, die das BWF hinsichtlich einer stringenten Umsetzung der Leitidee Selbstbestimmung bieten könnte, nicht konsequent umgesetzt. Aber gerade im Hinblick auf den Erhalt der kognitiven und motorischen Kompetenzen von Menschen mit Behinderung im Alter ist die konsequente Ermöglichung von Selbstbestimmung und das Erleben von Selbsttätigkeit in allen Lebensbereichen von entscheidender Bedeutung.

Abschließend lässt sich die Forschungsfrage, inwiefern das Wohn- und Unterstützungsarrangement Betreutes Wohnen in Familien (BWF) zur Sicherstellung der Lebensqualität für älter werdende Menschen mit lebensbegleitenden Behinderungen – unter Berücksichtigung der Leitideen Teilhabe, Inklusion und Selbstbestimmung – beitragen kann, dahingehend beantworten, dass das BWF ein hoch attraktives Wohnangebot für Menschen mit Behinderung im Alter darstellen kann. Die Leitideen Inklusion, Teilhabe und Selbstbestimmung erleben hier eine weitestgehende Umsetzung, sofern bei den (Zweiten) Familien die in den hier analysierten Gesprächen vorgefundene Haltung vertreten wird. Diese Wohnform kann zu einer Lebensform werden, die in einem hohen Maß an der Steigerung der subjektiv erlebten Lebensqualität der Menschen mit Behinderung beiträgt. Die kontinuierliche Begleitung der Familien durch professionelle Fachkräfte ist jedoch nötig, um bestehende Selbstbestimmungs- und Teilhabepotentiale auch nutzbar zu machen. Um eine detailliertere Analyse hinsichtlich der Form und des Bedarfes der professionellen Unterstützung durch die BWF Teams vorlegen zu können, bedarf es allerdings einer modifizierten Untersuchung, die dieses Forschungsdesiderat gezielt fokussiert.

## 7 Tagesstruktur und Gestaltung freier Zeit im Alter: Potentiale zur Teilhabe

*Heinrich Greving / Sara Remke*

7.1	THEMA UND FRAGESTELLUNG .....	199
7.2	VORSTELLUNG DER UNTERSUCHTEN TAGESSTRUKTURIERENDEN ANGEBOTE FÜR SENIOR_INNEN .....	199
7.3	METHODISCHES VORGEHEN .....	203
7.3.1	<i>Quantitative Studie</i> .....	203
7.3.2	<i>Qualitative Studie</i> .....	207
7.4	ERGEBNISSE .....	209
7.4.1	<i>Ergebnisse der quantitativen Studie</i> .....	209
7.4.2	<i>Ergebnisse der qualitativen Studie</i> .....	215
7.5	FAZIT UND MÖGLICHE KONSEQUENZEN .....	223
7.5.1	<i>Schlussfolgerung der quantitativen Studie</i> .....	223
7.5.2	<i>Schlussfolgerung der qualitativen Studie</i> .....	224
7.5.3	<i>Konsequenzen aus quantitativer und qualitativer Analyse</i> .....	224

*Hinweis:* Die Namen der interviewten Personen wurden geändert.

## **7.1 Thema und Fragestellung**

In diesem Teil des Forschungsprojektes, dem Themenfeld 2, werden tagesstrukturierende Angebote für ältere Menschen mit lebenslanger Behinderung untersucht. Thematisch geht es um die Gestaltung freier Zeit und die Unterstützung während des Tages. Im Zentrum des Forschungsinteresses steht die Frage, welche Bedingungen und Faktoren in den Konzeptionen und in der Praxis tagesstrukturierender Angebote nachhaltig zur Lebensqualität von älteren und alten Menschen mit lebenslanger Behinderung beitragen bzw. beitragen können. Hierbei sind die verschiedenen Wohnformen von Menschen mit Behinderung, die aktuellen Leitideen der Behindertenhilfe und die Richtlinien für die Finanzierung (hier vor allem bezogen auf Westfalen-Lippe) zu berücksichtigen. Evaluieren werden tagesstrukturierende Angebote für berechnete Menschen mit Behinderung von neun Anbietern aus Nordrhein-Westfalen (von einem Träger sind drei ähnliche Angebote untersucht worden, die hier zusammengefasst dargestellt werden).

Dieser Bericht zum Themenfeld der tagesstrukturierenden Maßnahmen bzw. zur Freizeitgestaltung ist wie folgt aufgebaut: Nach einer kurzen Vorstellung der beteiligten Organisationen und deren Angeboten folgt die Darstellung der Untersuchung in zwei Schritten. Schritt eins beinhaltet eine quantitative Studie (erste Erhebungsphase), die im Herbst 2010 durchgeführt wurde. In einem zweiten Schritt wurden die leitenden Mitarbeiter\_innen sowie jeweils ein bis drei Nutzer\_innen der beteiligten Einrichtungen im Frühjahr des Jahres 2011 interviewt. Diese qualitative Studie (zweite Erhebungsphase) bietet die Möglichkeit zu den Ergebnissen der ersten Phase noch einmal kontrastierend Aussagen hinzuzuziehen und somit vertiefend zu betrachten. Darauf folgend werden die Ergebnisse der einzelnen Erhebungsphasen vorgestellt und abschließend miteinander verglichen. Zum Schluss werden erste mögliche Konsequenzen für die Unterstützung der alten und älteren Menschen mit lebenslanger Behinderung aufgezeigt, die im Abschlussbericht ihre Ausdeutung erfahren sollen.

## **7.2 Vorstellung der untersuchten tagesstrukturierenden Angebote für Senior\_innen**

Bevor die Methodik und die Ergebnisse der Untersuchung differenzierter dargestellt werden, werden die einzelnen Einrichtungen und ihre tagesstrukturierenden Angebote vorgestellt. Die Stichprobe dieser neun Einrichtungen ergab sich aus den Rückmeldungen einer offenen Anfrage an diejenigen Einrichtungen im Bereich Westfalen-Lippe, welche tagesstrukturierende Angebote für ihre Nutzer\_innen vorhalten. Nach ersten Informationsgesprächen zu Beginn des Jahres 2010 erklärten sich die jeweiligen Leitungen dieser Einrichtungen bereit an dieser Untersuchung teilzunehmen. Desweiteren konnten hierzu auch die Mitarbeiter\_innen und die Nutzer\_innen einbezogen werden.

Ein erster Anbieter verfügt über differenzierte Wohnangebote mit fließenden Übergängen zwischen ambulanten und stationären Angeboten sowie einem Tagesangebot für ältere Menschen mit Behinderung. Träger ist ein örtlicher

Caritasverband in einem Oberzentrum im nördlichen Münsterland. Im Bereich der Tagesstruktur wurden zur Zeit der Untersuchung 16 Personen (zehn Frauen und sechs Männer) begleitet. Von diesen Nutzer\_innen waren 13 sechzig Jahre alt und älter. 15 von ihnen waren nicht mehr erwerbstätig. Der Träger hält nach eigener Aussage ein individuell ausgerichtetes Programm während des Tages (und nicht am Wochenende) für die Nutzer\_innen vor, so dass diese auch im Alter über ihre Wohnform individuell entscheiden können. Zudem verfügt der Träger über vielfältige Kooperationsbeziehungen zu regionalen Angebots- und Versorgungsstrukturen (so z.B. mit der örtlichen Pfarrgemeinde, weiteren Trägern der Altenhilfe und Sportvereinen), die z.B. Therapien für Ältere und Sterbebegleitung leisten. Der Träger legt einen großen Wert auf die autonomen Entscheidungen der alten Menschen mit Behinderung, sowie auf deren Verbleib in den gewählten Wohnformen. Die Leitideen der Selbstbestimmung, der Teilhabe und der Inklusion spielen nach eigenen Aussagen eine relevante Rolle bei der Planung, Strukturierung und Durchführung der Angebote. Die zweieinhalb Stellen in der Tagesstruktur verteilen sich auf fünf Mitarbeiter\_innen, von welchen zwei als Heilpädagog\_innen und eine als Krankenpflegerin ausgebildet ist. Die übrigen Stellenprozente werden von Praktikant\_innen ausgefüllt. Die Refinanzierung erfolgt über die Leistungstypen LT 23 und LT 24.

Das zweite Angebot beinhaltet eine ergänzende Tagesstruktur eines diakonischen Trägers in einer größeren Stadt im Süden von Niedersachsen. Etwa 180 bis 200 Personen mit Behinderung werden angesprochen und können an den Angeboten der Tagesstruktur in vier Teilorganisationen teilnehmen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung nutzten 192 Teilnehmer\_innen dieses Angebot. 135 von ihnen waren hierbei 60 Jahre und älter, alle waren nicht mehr erwerbstätig. Die Angebote beziehen sich hierbei auf die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte, auf sportliche Inhalte, sowie auf Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und -förderung. Folgerichtig rekrutiert der Träger Kooperationspartner vornehmlich aus lokalen Sportvereinen und vernetzt sich mit den örtlichen Altenpflegeeinrichtungen. Auf die konzeptionellen Leitideen der Selbstbestimmung, der Teilhabe und der Inklusion wird in der Konzeption kurz verwiesen. Dieses Angebot zur Tagesstrukturierung wird von 51 hauptamtlichen Mitarbeiter\_innen (mit unterschiedlichsten sozial- und heilpädagogischen, sowie krankenschwägerischen Ausbildungen) begleitet und über die Leistungstypen LT 23 und LT 24 refinanziert.

Das dritte Fallbeispiel umfasst drei tagesstrukturierende Angebote eines Trägers an jeweils unterschiedlichen Orten, die einer gleichen Konzeption folgen. Alle Orte befinden sich in einer ländlichen Region des nördlichen Teiles des Münsterlandes; jeder dieser Orte stellt ein Mittelzentrum in dieser Region dar. In diesen drei Angeboten wurden zur Zeit der Untersuchung insgesamt 27 Nutzer\_innen im Alter von 50 bis 80 Jahren begleitet. 20 Personen waren hierbei sechzig Jahre und älter. 23 Personen waren nicht mehr erwerbstätig. Da alle drei Einrichtungen erst seit recht kurzer Zeit etabliert sind, sei eine Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur noch deutlich „entwicklungsfähig“, so der Träger. Die drei Leitideen hat der Träger in der Konzeption der stationären Wohneinrichtung festgeschrieben und sieht sie auch in den tagesstrukturierenden Maßnahmen realisiert. Die Umsetzung der Konzeption der tagesstrukturierenden Maßnahmen sei zudem ein auf Dauer angelegtes Angebot der



drei Wohneinrichtungen. Die Angebote werden von sieben Mitarbeiter\_innen (mit den Qualifikationen der Heilerziehungspfleger\_in, der Krankenschwester und der Ergotherapeutin) mit einem Gesamtstellenanteil von fünf ganzen Stellen begleitet und über die Leistungstypen LT 23 und LT 24 refinanziert.

Eine interne Tagesstruktur für berentete Bewohner\_innen in einem Wohnhaus für Menschen mit Behinderungen eines örtlichen Caritasverbandes ist das vierte evaluierte Projekt. Etwa sieben der 24 Bewohner\_innen nutzen dieses Angebot, ausgelegt ist es für acht. Die Altersspanne reicht von 52 bis 66 Jahre, wobei drei Nutzer\_innen älter waren als 60 Jahre; alle Nutzer\_innen waren nicht mehr erwerbstätig. Die Sicherstellung der häuslichen Versorgung, der Erhalt der Gesundheit und der Mobilität sowie die Förderung persönlicher sozialer Netzwerke und die Gestaltung der freien Zeit stehen im Mittelpunkt der Tätigkeit dieser Einrichtung. Die Angebote werden in der Woche und nicht am Wochenende vorgehalten und realisiert. Die Einrichtung des Trägers befindet sich in einem kleinen Vorort einer größeren Stadt im Ruhrgebiet und kann auf eine gut ausgestattete Infrastruktur zurückgreifen, so dass den Nutzer\_innen vielfältige Einkaufsmöglichkeiten, Möglichkeiten der ärztlichen Versorgung und der Sport- und Freizeitgestaltung zur Verfügung stehen. Die Umsetzung der Leitideen erfolgt nach Angaben der Einrichtung sowohl in den Wohnbereichen als auch in den Angeboten zur Tagesstruktur. Dieses Angebot wird geplant und begleitet durch vier hauptamtliche Mitarbeiterinnen (mit den Qualifikationen der Sozialpädagogin, der Heilpädagogin, der Diplompädagogin und der Heilerziehungspflegerin) und zwei pädagogischen Hilfskräften. Der gesamte Stellenpool beläuft sich hierbei auf ca. vier volle Stellen, welche über den Leistungstyp LT 23 refinanziert werden.

Beim fünften Projekt handelt es sich um eine Seniorentagesstätte für Menschen mit Behinderungen eines örtlichen Caritasverbandes in einem Mittelzentrum im Sauerland. Diese orientiert sich bei der Planung seiner Angebote deutlich an den Ausführungen zur Prävention behinderungsbedingter Beeinträchtigungen, welche im SGB XII grundgelegt sind. Im Mittelpunkt stehen vor allem die Schaffung einer klaren Tagesstruktur sowie die Förderung bzw. Wiedergewinnung eines Mindestmaßes an Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit – auch im Alter. Diese Einrichtung ist konzeptionell auch auf Nutzer\_innen verschiedener Wohnformen und anderer Wohndienste ausgerichtet. Die Altersspanne umfasst im November 2010 50 bis knapp 80 Jahre. Zur Zeit der Untersuchung nutzten 12 Personen dieses Angebot. Hierbei waren sieben älter als 60 Jahre, acht Personen waren nicht mehr erwerbstätig. Eine regionale Vernetzung ist vor allem mit weiteren Einrichtungen der Caritas geplant (und in Teilen auch schon umgesetzt). Auf die schon mehrfach genannten Leitideen wird sowohl im Leitbild, als auch auf der Homepage dieses Trägers hingewiesen. Dieses Angebot wird von zwei hauptamtlichen Mitarbeiterinnen (eine Altenpflegerin und eine Erzieherin) mit einem gesamten Stellenanteil von 1,10 Stellen begleitet. Diese werden von drei Aushilfskräften (mit je geringfügigen Beschäftigungen) und zwei Verwaltungskräften unterstützt. Die Refinanzierung dieses Angebotes erfolgt über den Leistungstyp LT 24.

Die Begleitung von zwei Menschen mit Behinderung (67 und 69 Jahre alt) im Rahmen einer stationären Außenwohngruppe eines katholischen Trägers steht im Mittelpunkt des sechsten Projektes; diese Einrichtung befindet sich in einer Kleinstadt im westlichen

Teil des Münsterlandes. Hierzu wurden vom Träger unterschiedliche, vorhandene Angebote miteinander verknüpft (so z.B. Angebote der WfbM, der Tagesstruktur, der hausinternen Fahrdienste) und auf die individuellen Bedarfe der Nutzer\_innen ausgerichtet. Zudem können diese in den Außenwohngruppen autonom nach weiteren Angeboten nachfragen. Diese Struktur stellt einen ersten Versuch des Trägers dar, sich der Komplexität des aufkommenden Themas der tagesstrukturierenden Maßnahmen flexibel zu stellen. Eine Altenpflegerin, ein Heilerziehungspfleger und eine Erzieherin (mit einem gesamten Stellenanteil von 1,7 Stellen) begleiten dieses Angebot – wobei sie im Rahmen dieser Stellenanteile noch weitere Aufgaben im Freizeitbereich für alle Nutzer\_innen der Gesamteinrichtung übernehmen. Die Refinanzierung dieses Angebotes erfolgt über den Leistungstypen LT 23.

Das siebte Angebot besteht aus einer Tagesstruktur für Senior\_innen eines Trägers der Lebenshilfe in einer Großstadt des Ruhrgebietes. Zur Zeit der Untersuchung wurden zehn Nutzer\_innen im Alter zwischen ca. 55 und 75 Jahren begleitet, acht von ihnen waren hierbei älter als 60 Jahre, alle waren nicht mehr erwerbstätig. Da es sich hierbei noch um ein recht junges Angebot handelt, sei eine Anbindung in die regionale Angebots- und Versorgungsstruktur bislang noch nicht erfolgt. Die Ziele dieser Einrichtung gehen auf die Leitideen der Selbstbestimmung, der Teilhabe und der Inklusion zurück. Konkret geht es um die Stabilisierung und Erweiterung der Selbstständigkeit der Nutzer\_innen sowie deren emotionale Festigung und Sicherheit durch eine intensive Begleitung in der Umgewöhnungsphase von der Werkstatt in den neuen Lebensabschnitt „Ruhestand“. Außerdem sollen Themen des Lebenslaufes und der Lebensphasen sowie der Umgang mit Krankheit, Trauer und Vergänglichkeit in dem Angebot bearbeitet werden. Weitere Schwerpunkte bilden sportliche und kreative Aktivitäten. Dieses Angebot wird von drei Mitarbeiter\_innen, (mit drei vollen Stellenanteilen: eine Erzieherin, ein Masseur und ein Familienpfleger im Anerkennungsjahr) begleitet. Diese werden im Bedarfsfall noch durch zwei Praktikant\_innen unterstützt. Die Refinanzierung dieses Angebotes erfolgt über die Kostenpauschale im Rahmen des Leistungstyps LT 24.

Alle in die Untersuchung einbezogenen Angebote werden über den Leistungstypen (LT) 24 (*„Einrichtungsinterne, tagesstrukturierende Maßnahmen für Erwachsene mit Behinderungen in eigenständigen Organisationseinheiten“*) oder in Teilen über den LT 23 (*„Einrichtungsinterne, tagesstrukturierende Maßnahmen für Erwachsene mit Behinderungen“*) der Rahmenzielvereinbarung über Leistungstypen in NRW (Landschaftsverband Rheinland / Landschaftsverband Westfalen-Lippe 2006 und 2008) finanziert. Nahezu alle Einrichtungen geben jedoch an, dass eine Refinanzierung über den LT 24 allein eine hinreichende und differenzierte Angebotsstruktur während des Tages nicht ermöglichen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung (s.o.) lagen die durchschnittlichen Tagessätze des LT 23 bei 17,61 € und des LT 24 bei 26,42 €. Bei allen Trägern wird das Angebot an fünf Tagen in der Woche vorgehalten, das Wochenende ist hierbei bei allen Einrichtungen ausgeklammert. Im Hinblick auf die Themenbereiche, welche die Angebote bei den Trägern abdecken gaben die Leitungsverantwortlichen in Bezug auf die Bereiche der Allgemeinen Freizeitgestaltung, der Gesundheitsförderung, der Alltagsbewältigung, der Bildungsangebote, der Kreativangebote und der religiösen

Begleitung an, dass diese in einem Umfang zwischen minimal einer halben Stunde (bei Angeboten zur religiösen Begleitung) und maximal 20 Stunden pro Woche (bei Angeboten zur Allgemeinen Freizeitgestaltung, bzw. zur Alltagsbewältigung) angeboten werden. Die Stundenzahl variiert somit zwischen den einzelnen Trägern erheblich.

## 7.3 Methodisches Vorgehen

### 7.3.1 Quantitative Studie

In der quantitativen Studie wurden vor dem Hintergrund des Modells zur Lebensqualität von Seifert et al. (2008), die Einrichtungen mit der Fragestellung untersucht, welche Elemente bzw. Bedingungen in den einzelnen, die Tagesstruktur unterstützenden Projekten zur Lebensqualität von älteren und alten Menschen mit Behinderung beitragen (können). Das Modell zur Lebensqualität von Seifert et al. (2008) kann hierbei wie folgt skizziert werden:

Seifert et al. stützen sich auf die Indikatoren zur Lebensqualität, so wie diese von Felce und Perry (Felce & Perry 1997, 56-71) dargelegt worden sind. Die möglichen objektiven Bedingungen *„beziehen sich auf personale, strukturelle und institutionelle Aspekte. Objektive Bedingungen sind zwar eine notwendige Voraussetzung für eine gute Lebensqualität, sie sagen jedoch nichts über die subjektive Zufriedenheit aus. Zu beachten sind die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der jeweils gegebenen Lebenssituation: Je nach Grad der Erfüllung der individuellen Bedürfnisse stellt sich Wohlbefinden ein.“* – so Seifert schon in einer früheren Publikation zu diesem Themenbereich (Seifert 2002, 203/204). Mit diesem Modell ist eine recht differenzierte und genaue Betrachtung des individuell-persönlichen Wohlbefindens möglich. Hierbei sind fünf miteinander verwobene und voneinander abhängige Bereiche zu beschreiben:

- das physische Wohlbefinden
- das soziale Wohlbefinden
- das materielle Wohlbefinden
- das aktivitätsbezogene Wohlbefinden
- das emotionale Wohlbefinden.

Zudem sind die Ausprägungen der persönlichen Werte und Ziele zu berücksichtigen, da auf deren Hintergrund die einzelne Person subjektiv die Bedeutsamkeit der jeweiligen Komponenten gewichtet. Diese Dimension der Wertorientierung ist grundgelegt durch die biographischen, kulturellen, alters- und geschlechtsspezifischen und behinderungsbedingten Aspekte, sowie durch die aktuelle Lebenssituation und die Persönlichkeitsmerkmale des je einzelnen Menschen.

Diesem Ansatz angelehnt wurde für die quantitative Erhebung folgendes Modell zur Lebensqualität angewandt:

Die Lebensqualität der Nutzer\_innen lässt sich mit objektiven und subjektiven Indikatoren erfassen. Einrichtungen tragen mit ihren Rahmenbedingungen und

Konzepten unmittelbar zur objektiven Lebensqualität bei. Die subjektive Lebensqualität ist individuell zu betrachten, hängt von der Wahrnehmung und Einschätzung der Lebenssituation durch die Individuen ab, in die maßgeblich deren Wünsche und Bedürfnisse sowie soziale Vergleiche einfließen. Sie ist aus der Nutzer\_innenperspektive zu erfassen.

Auf dem Hintergrund dieses Modells zur Lebensqualität, welches als Basis für die hierauf aufbauenden Konkretisierungen diente, wurden in Bezug auf das Normalisierungsprinzip (dieses wurde wegen der Altersangemessenheit der Angebote, sowie eines deutlichen Bezuges in den Konzepten der untersuchten Einrichtungen, ausgewählt), auf die Leitidee der Selbstbestimmung, auf die Postulate der Inklusion, sowie auf die Annahmen der Tragfähigkeit und der Passgenauigkeit der Angebote (für die Nutzer\_innen) in dieser ersten Erhebungsphase folgende Evaluationsindikatoren und -kriterien festgelegt und untersucht:

Im Hinblick auf das Normalisierungsprinzip stand grundlegend die Anerkennung der Nutzer\_innen als Menschen im Alter im Mittelpunkt der Betrachtung. Das personenbezogene Ziel bestand in der Frage, ob sich die jeweilige Einrichtung an die acht Punkte des Normalisierungsprinzips bei der Planung ihrer Angebote orientiert. Die Indikatoren zur Überprüfung bestanden hierbei in folgenden Punkten:

- Vorhalten eines dem Alter angemessenen Tagesrhythmus
- Vorhalten getrennter Lebensbereiche und hierfür jeweils zuständiges, nach Lebensbereichen getrenntes Personal
- Vorhalten heterogener Gruppen
- Angebote zu Fortbildungen mit dem Themenschwerpunkt „Alter“ für Nutzer\_innen
- Einhalten der Standards der Lebensbedingungen (nach dem Normalisierungsprinzip)
- Bedürfnisrespektierung durch individuelle Bedarfsermittlung.

In Bezug auf die Frage, ob die jeweiligen Ziele der Einrichtung mit Blick auf die konkrete Person, erreicht werden, wurden folgende Kriterien benannt:

- flexible Anfangszeiten der Angebote für die Nutzer\_innen
- die Berücksichtigung der Tagesform der Nutzer\_innen
- auf die Jahreszeit bezogene Angebote
- auf die Thematik „Alter“ bezogene Angebote und Fortbildungen
- die Altersangemessenheit der Räume
- die freiwillige Teilnahme an den Angeboten

Zum Themengebiet Selbstbestimmung stand strukturell der Abbau paternalistischer Strukturen im Mittelpunkt der Fragestellungen. Die personenbezogenen Ziele umfassten die Stärkung der Autonomie, sowie die Wahl- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Nutzer\_innen, sowie das Erkennen und Unterstützen der persönlichen Ziele und Werte der Nutzer\_innen und die Beachtung der Mitbestimmung. Folgende Aspekte wurden als Indikatoren zur Überprüfung hierbei festgelegt:

- die Freiwilligkeit der Angebote
- das Vorhalten von Mitwirkungsgremien
- der Einbezug der Nutzer\_innen in strukturelle Veränderungen
- eine flexible Personalplanung
- das Anbieten von Fortbildungen zum Thema der Selbstbestimmung.

Die Zielerreichung der Einrichtung für die konkrete Person wurde mit folgenden Kriterien benannt:

- die Sicherung des Einflusses der Nutzer\_innen auf die Angebote
- die Umsetzung der Bedarfsermittlung
- Mitgestaltungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Räume und die Tagesstruktur
- das Vorhalten eines flexiblen Tagesablaufs
- das Wahrnehmen von Fortbildungen.

Die Leitidee der Inklusion wurde strukturell durch die Öffnung der jeweiligen Einrichtung nach innen und nach außen benannt und überprüft. Die personenbezogenen Ziele bestanden in einer Konkretisierung der Sozialraumorientierung, also zur Übernahme sozialer Rollen der Nutzer\_innen und durch eine konkrete Teilhabe am Gemeindeleben. Zur Überprüfung wurden folgende Indikatoren bestimmt:

- die Förderung einer regionalen Verbundenheit
- das Nichtvorhandensein von Aufnahmekriterien für die Teilhabe an den Angeboten
- eine konkrete Öffentlichkeitsarbeit
- eine Einbindung des Ehrenamtes.

Die Zielerreichung der Einrichtung im Bereich Inklusion für die konkrete Person wurde mit folgenden Kriterien bestimmt:

- die Wahrnehmung und Nutzung der Angebote der jeweiligen Gemeinde
- Kontaktpflege mit der Gemeinde
- vielfältige Netzwerkarbeit
- die Entwicklung und Stärkung eines Rollengefühes der Nutzer\_innen als Bürger\_innen der jeweiligen Gemeinde.

Im Hinblick auf die Tragfähigkeit der Angebote stand strukturell die nachhaltige Finanzierbarkeit durch die Leistungstypen LT 23 und LT 24, sowie der Abbau von Querfinanzierungen im Mittelpunkt der Untersuchung. Die personenbezogenen Ziele bestanden in der Wahrnehmung eines bedarfsgerechten Angebots, sowie in einem ökonomischen Umgang mit den finanziellen Ressourcen, sowie im Vorhalten eines Qualitätssicherungskonzeptes. Die Indikatoren zur Überprüfung bestanden hierbei in den Punkten:

- das Vorhandensein einer adäquaten Fachkraftquote

- eine flexible Personalplanung
- das Vorhalten adäquater räumlicher Kapazitäten
- die Inanspruchnahme der Angebote externer Anbieter, sowie die Kooperation mit ihnen.

Das Kriterium des Auf- und Ausbaus einer eigenen Organisationseinheit wurde auf die Frage, ob die jeweiligen Ziele der Einrichtung, mit Blick auf die konkrete Person, erreicht werden, genannt.

Im Zusammenhang mit dem Kriterium der Passgenauigkeit stand strukturell der Einbezug der o.g. Leitideen im Mittelpunkt der Forschungsfrage. Zudem sollten in den Angeboten die Individualität und die Lebenslage der Nutzer\_innen einbezogen werden. Das personenbezogene Ziel bestand hierbei in der Steigerung der subjektiven Lebensqualität. Die Indikatoren zur Überprüfung wurden wie folgt festgelegt:

- die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen
- eine konkrete Bedarfsermittlung
- das Vorhalten eines flexiblen und breitangelegten Angebotes (auch in Bezug auf Einzel- und Gruppenangebote)
- die Realisierung eines Bezugspersonensystems.

In Bezug auf die Frage, ob die jeweiligen Ziele der Einrichtung, im Hinblick auf die konkrete Person, erreicht werden wurden folgende Kriterien benannt:

- die Wahrnehmung der individuellen Bedürfnisse der Nutzer\_innen
- flexible Angebotsprozesse
- die Realisierung einer personenzentrierten Vorgehensweise.

Die Aufstellung der Bewertungsdimensionen ist die Grundlage für die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten. So wurden sie dem standardisierten Fragebogen für Leitungspersonen und Mitarbeiter\_innen der neun teilnehmenden Einrichtungen zugrunde gelegt. In den jeweiligen Einrichtungen hat folgende Anzahl an Personen den Fragebogen beantwortet:

Einrichtung	Leitungsverantwortliche Person	Mitarbeiter_innen der Tagesstruktur
2-01	1	3
2-02	1	29
2-03	1	2
2-04	1	2
2-05	1	7
2-06	1	6
2-07	1	4
2-08	1	3
2-09	1	5

Die Rücklaufquote der standardisierten Fragebögen für die Leitungspersonen und die Mitarbeiter\_innen lag somit bei n=9 Leitungspersonen und n=61 Mitarbeiter\_innen. Die erhaltenen Daten wurden mithilfe der Software SPSS deskriptiv statistisch ausgewertet.

Ausgehend von der bisherigen Forschung zur Thematik analysiert dieser erste Schritt in diesem Themenfeld die praktische Gestaltung der Konzepte zur Tagesstruktur in den teilnehmenden Einrichtungen auf der Leitungs- und Mitarbeitenebene. Neben der standardisierten Erhebung durch Fragebögen gehörte zu dieser ersten Erhebungsphase die Besichtigung der Bereiche der Tagesstruktur und die Ablichtung der Einrichtungen zu Dokumentationszwecken. Die Leitungspersonen bearbeiteten zusätzlich einen Dokumentationsbogen und eine Netzwerkkarte sowie einen Infrastrukturbogen (vgl. Kap. 2 dieses Berichts). Diese Daten stehen auch für die Auswertung der Gestaltung der freien Zeit, also somit der Tagesstruktur zur Verfügung. In einem zweiten Schritt (zweite Erhebungsphase) wurden mit Mitarbeiter\_innen und Nutzer\_innen qualitative Interviews geführt, die im nachfolgenden Kapitel ihre Erläuterung finden werden.

Durch diese Vielfalt der angewandten Instrumente wurde der Beitrag zur Lebensqualität der Konzepte für die tagesstrukturierenden Angebote erhoben.

### 7.3.2 Qualitative Studie

Auf Grundlage der in der ersten Erhebungsphase gewonnenen Ergebnisse wurden in der zweiten Erhebungsphase leitfadengestützte Interviews mit leitenden Mitarbeiter\_innen und Nutzer\_innen der Angebote geführt. Anhand der Mitarbeiter\_inneninterviews sollte überprüft werden, mit welchem Anlass das jeweilige tagesstrukturierende Angebot wahrgenommen und wie lange das Angebot bereits durchgeführt wird. Zudem sollten die Leitungsverantwortlichen das Angebot im Hinblick auf die Finanzierungsmöglichkeiten bewerten. In einem letzten Fragenkomplex sollten sie Stellung beziehen zur Einbindung des jeweiligen Angebotes in das Gemeinwesen (hierzu wurde dann die Netzwerkkarte als Grundlage hinzugezogen).

Die Nutzer\_innen wurden mithilfe eines Interviewleitfadens zu ihrer subjektiven Wahrnehmung der neuen Lebensphase „Ruhestand“ und der jeweiligen tagesstrukturierenden Angebote befragt. Hierbei wurden die Kategorien des Tagesablaufes und der Freizeitgestaltung, der Gestaltung der frei gewordenen Zeit in der Einrichtung, der erlebten Veränderungen im Prozess des Älterwerdens, sowie objektive Aussagen zur persönlichen Lebenssituation (Alter, Familienstand, Interessen) thematisiert.

Durch die Interviews sollten die Themenkomplexe

- Alter als Lebensphase erleben und gestalten
- Wegfall von Arbeit und Arbeitsbeziehungen gestalten
- Umgang mit Verlust / Versterben von Angehörigen / sozialen Bezugspersonen
- Gesundheitlichen Zustand berücksichtigen
- Grenzen des Lebens erleben

durch Anbieter und Nutzer\_innen beschrieben und bewertet werden, so dass eine kontrastreiche Darstellung der Realsituation (in Abgleich zur quantitativen Studie) möglich werden sollte.

Es wurden insgesamt neun Mitarbeiter\_innen und 18 Nutzer\_innen interviewt. Die Verteilung auf die jeweiligen Einrichtungen war wie folgt:

Einrichtung	Leitungsverantwortliche Person	Nutzer_innen der Tagesstruktur
2-01	1	2
2-02	1	3
2-03	1	1
2-04	1	2
2-05	1	2
2-06	1	2
2-07	1	2
2-08	1	2
2-09	1	2

Die Auswertung erfolgte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Bei diesem Auswertungsmodell werden aus der Fragestellung der Erhebung Kategorien abgeleitet und theoretisch untermauert. Diese deduktiven, also vom Allgemeinen ausgehend die gegebenen Inhalte erklärenden Kategorien bestimmen, welche Inhalte der Interviews ausgewertet und welche bei der Analyse nicht weiter berücksichtigt werden. Nach einer ersten Sichtung des vorliegenden Materials werden nach Mayring (2010) zusätzlich sogenannte „*invivo-codes*“ gebildet. Diese Codes werden nah am Wortlaut der Interviewten benannt und bilden das induktive Kategoriensystem zur



Auswertung der Interviews. Durch sie werden die deduktiven Kategorien um Aspekte zur Beantwortung der Fragestellung der Studie ergänzt, die im Interview von den interviewten Personen selbst angeführt wurden. Durch diese Auswertungsmethode mit deduktiven und induktiven Kategorien lässt sich neben dem theoriegeleiteten Abbild der Situation auch die persönliche Ebene bzw. das persönliche Erleben von Situationen abbilden.

Für die qualitative Studie wurden diesem Modell folgend die Leitfäden der Interviews an den deduktiven Kategorien orientiert aufgestellt. Nach einer ersten Lesung konnten zu diesen noch induktive Kategorien aus dem Material in den Bereichen *Empfinden des Übergangs zur Rente, spezifische Zielgruppenorientierung, Lebensfreude re(aktivieren) und Spiritualität und Glaube in Gemeinschaft erleben* aufgestellt werden.

## **7.4 Ergebnisse**

Im weiteren Verlauf werden nun zuerst die Ergebnisse der quantitativen Studie vorgestellt (Kap. 4.1). Im Kapitel 4.2 folgt die Präsentation der Ergebnisse der qualitativen Studie. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews der Nutzer\_innen werden hierbei mit denjenigen der Anbieter in Beziehung gesetzt und verglichen.

### **7.4.1 Ergebnisse der quantitativen Studie**

Wiedergegeben werden die wichtigsten Ergebnisse der standardisierten Befragung sowie der Netzwerkkarten in Bezug auf die Bewertungskriterien Normalisierung, Selbstbestimmung, Inklusion, wirtschaftliche Tragfähigkeit und Passgenauigkeit.

#### ***Normalisierung***

Die Einrichtungen gehen auf die sich verändernden Bedarfe von Menschen mit Behinderung im Alter ein. Vor dem Hintergrund der Trennung der Lebensbereiche Wohnen und Tagesstruktur wird es den Nutzer\_innen in einem Großteil der teilnehmenden Einrichtungen grundsätzlich, durch Gesprächsangebote und Themen, welche sich mit spezifischen Themata des Älterwerdens beschäftigen (wie z.B. die Achtsamkeit im Alter, Tod und Trauer; aber auch: Umgang mit Krankheiten, wie Demenz), ermöglicht, sich mit dem eigenen Alter zu identifizieren und sich zu entfalten. In fast allen Organisationen wird eine bauliche Trennung zwischen Wohnen und Tagesbetreuung vorgehalten. Die Räume, die den tagesstrukturierenden Angeboten zur Verfügung stehen, sind weitestgehend altersangemessen gestaltet und eingerichtet. In zwei Dritteln der Einrichtungen liegt eine Stellenbeschreibung für Mitarbeiter\_innen in der Tagesstruktur vor. Zudem arbeitet die Mehrheit der Mitarbeiter\_innen ausschließlich im tagesstrukturierenden Angebot. Auch die Mitarbeiter\_innen der tagesstrukturierenden Angebote fühlen sich zum größten Teil qualifiziert für ihre Arbeit und bilden sich zu altersspezifischen Themen fort bzw. haben ein hohes Interesse daran.

## ***Selbstbestimmung***

Die Nutzer\_innen haben in nur recht wenigen der untersuchten Einrichtungen nicht die Möglichkeit ihren Tagesablauf im Rahmen der tagesstrukturierenden Maßnahmen selbstbestimmt zu gestalten. So geben nur 3,7 % der befragten Mitarbeiter\_innen an, dass dieses in den von ihnen begleiteten Einrichtungen nicht möglich sei. In den anderen Einrichtungen können die Nutzer\_innen sich mit Vorschlägen an der gemeinsamen Wochen- und Tagesplanung beteiligen. Diese Vorschläge werden auch zu einem Großteil berücksichtigt, so dass hierdurch deutlich wird, dass die Mitarbeiter\_innen Optionen schaffen, die Nutzer\_innen in die strukturelle und inhaltliche Planung einzubeziehen. Des Weiteren erscheint das Thema der Selbstbestimmung / Autonomie als eigenständiges Thema für eine Fortbildung aus Sicht der Mitarbeiter\_innen nicht relevant: im Hinblick auf eine offene Beantwortung der Frage nach Fortbildungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten wurde das Thema der „Selbstbestimmung“ von keinem/keiner Mitarbeiter\_in benannt. Nur sechs von 82 Mitarbeiter\_innen geben Möglichkeiten zur Selbst- oder Mitbestimmung als Stärke in ihren Angeboten an. Die erhöhte Selbstbestimmung im Ruhestand wird zwar in den Konzeptionen benannt, steht aber für die meisten Mitarbeiter\_innen nicht (bewusst) im Zentrum ihrer Bemühungen.

Ein weiterer Aussagekomplex zur Selbstbestimmung setzt sich mit der Erreichbarkeit und Barrierefreiheit der Angebote auseinander: Die selbstbestimmte Nutzung des tagesstrukturierenden Angebotes insgesamt bzw. die individuelle Auswahl passender Elemente setzt diese Erreichbarkeit und Barrierefreiheit von Angeboten voraus. Eine adäquate Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel ist nicht für alle Angebote gegeben. Hierbei ist zu beachten, dass auch bei guter Anbindung an den Öffentlichenpersonen-nahverkehr (ÖPNV) diese nicht selbstständig von jedem Menschen mit Behinderung genutzt werden kann. Jedoch kann in einigen Einrichtungen im Bedarfsfall ein Fahrdienst in Anspruch genommen werden. Die Barrierefreiheit der Räumlichkeiten wird von den Mitarbeiter\_innen größtenteils mit sehr gut und gut bewertet. Jedoch reicht die Spannbreite der Bewertungen in einigen Fällen bis hin zu mangelhaft. An dieser Stelle ist in einigen Angeboten Handlungsbedarf erkennbar, um ein selbstständiges Agieren der Nutzer\_innen, durch uneingeschränkte Mobilität in den Räumlichkeiten zu gewähren.

## ***Inklusion***

Bemühungen der Angebote um Inklusion werden in drei Bereichen, anhand von drei Indikatoren überprüft:

- Vernetzung mit anderen Angeboten im Gemeinwesen
- Öffentlichkeitsarbeit (Zielgruppen, Ziele, Ausgestaltung)
- Öffnung des Angebots für unterschiedliche Nutzer\_innengruppen und Ehrenamtliche

### *Vernetzung mit anderen Angeboten im Gemeinwesen*

Angenommen wird, dass im Zuge der Sozialraumorientierung eine Vernetzung mit anderen Angeboten im Gemeinwesen angestrebt wird. Die Nutzung anderer, aus Einrichtungssicht „externer“, Angebote erhöht die Präsenz von Menschen mit lebenslanger Behinderung in der Gemeinde und fördert ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinde.

Bei einer weiteren Auswertung der Fragebögen im Hinblick auf die der Kooperationspartner im Sozialraum, zeigt sich folgende Verteilung:

- Andere Träger in der Behinderten-, Alten- und Jugendhilfe: 9
- Öffentliche Einrichtungen der Gemeinde (wie Angebote der Kommunen, kommunales Kino, Theater): 8
- Kirchliche Angebote: 5
- Vereine: 1.

Weitere Kooperationspartner werden in der Zusammenfassung der Ergebnisse der Netzwerkkarten in den Kategorien Handel / Gastronomie, medizinisch / pflegerische / therapeutische Dienste bzw. Einrichtungen, Beschäftigung / Tagesstruktur, Kirchengemeinden, religiöse Vereinigungen, Sportverein, andere Vereine, kulturelle Gruppen, Bildungseinrichtungen und sonstige Kooperationspartner (dieses sind vor allem: Cafés, Einkaufsmöglichkeiten, Gastronomie, Freizeitwerk, Arztpraxen, Talentschuppen, Kegeln, Karnevalsverein, Spielmannszug, Schützenverein, Heimatverein, Fanclub sowie als übergeordnete Kooperationen die Sozialraumkonferenz und der runde Tisch der Stadt) benannt. Diese kommen jedoch in der konkreten Nutzung nur sehr vereinzelt vor, so dass die Nennungen über die eigentliche, recht minimale, Relevanz hinwegtäuschen.

Es wird folglich recht deutlich, dass ein Angebotsmix aus dem Sozialraum für die meisten tagesstrukturierenden Angebote genutzt wird. Jedoch liegt der Schwerpunkt in der Nutzung von anderen „*Sondersystemen*“ und nicht in den „*Regelsystemen*“ (vgl. Theunissen & Schirbort 2006, 26ff.) welches den Grundgedanken der „Inklusion“ deutlich in Frage stellt. Dieser Umstand wird in der Ergebnisdarstellung der Interviews noch differenziert und vertieft dargestellt.

Zusammenfassend werden als hinderliche Gründe für die Nutzung externer Angebote und damit einer Öffnung nach außen, eine kurze Bestandsdauer des tagesstrukturierenden Angebots und ein mangelndes Interesse der Nutzer\_innen genannt. Ob dieses jedoch in dieser ausgeprägten Form nicht vorhanden ist, muss vor dem Hintergrund der Nutzerinterviews hierzu deutlich in Frage gestellt werden. Zwei Drittel der Anbieter nutzen externe Angebote. Dies trägt zur Präsenz in der jeweiligen Gemeinde, bzw. dem jeweiligen Teil der Gemeinde, bei und fördert die Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Die Nutzer\_innen haben somit die Möglichkeit sich im öffentlichen Raum als Bürger\_innen wahrzunehmen – so wird dieses zumindest in den Aussagen der Mitarbeiter\_innen des „*Sondersystem*“ deutlich (was diese Aussage zwar nicht infrage stellt, sie aber in einem deutlich spezifischen Licht erscheinen lässt). Zusätzlich wird

den Nutzer\_innen die Option eröffnet, neue soziale Kontakte zu knüpfen, um einer Singularisierung im Alter entgegenzuwirken. Die Öffnung der tagesstrukturierenden Angebote in die Gemeinden hinein stellt also einen ersten, wenn auch z.T. noch sehr vorsichtigen, Schritt einer inklusiven, behindertenpädagogischen Praxis dar. Durch die Nutzung externer Angebote wird ein Anspruch auf Teilhabe verdeutlicht und fordert zudem den sozialen Nahraum auf die Angebote hierzu niederschwellig zu gestalten. Weiterhin wird durch diese Untersuchung aber deutlich, dass drei der beteiligten Einrichtungen überhaupt keine „externen“ Angebote nutzen und somit den Nutzer\_innen die Option einer autonomen, auf Inklusion zielenden, Teilhabe nicht ermöglichen bzw. diese erschweren.

### *Öffentlichkeitsarbeit der tagesstrukturierenden Angebote*

Öffentlichkeitsarbeit meint hierbei ein Tätigwerden der Einrichtungen auf mindestens einer der folgenden Handlungsebenen: eine Öffentlichkeitsarbeit auf der psychosozialen Ebene der einzelnen Nutzer\_innen (durch ein Handeln in und mit der, evtl. auch sehr nahen, Öffentlichkeit der Einrichtung), eine Öffentlichkeitsarbeit auf der Ebene des erweiterten Sozialraums, sowie ein Tätigwerden auf der Ebene der Sozialpolitik. Diese drei Zielgruppen könnten durch eine konkrete Öffentlichkeitsarbeit der Einrichtungen erreicht und eingebunden werden. Alle Einrichtungen sprechen in ihrer Öffentlichkeitsarbeit potenzielle Nutzer\_innen sowie Angehörige / gesetzliche Betreuungen an. Sieben der befragten Einrichtungen zielen mit ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf Kostenträger der Leistungen und die lokale allgemeine Öffentlichkeit ab. Jeweils fünf Einrichtungen beziehen andere Anbieter / Kooperationspartner sowie die Fachöffentlichkeit in ihre Öffentlichkeitsarbeit mit ein. Drei Einrichtungen nennen als sonstige Zielgruppe die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

In der Öffentlichkeitsarbeit werden vor allem potentielle und tatsächliche Leistungsnehmer angesprochen. Durch die Kommunikation mit der lokalen Öffentlichkeit wird das Bewusstsein für die Arbeit eines solchen Angebotes in der Region gestärkt. Dies sorgt für Transparenz und fördert den kommunalpolitischen Rückhalt und die Toleranz bei den Bürger\_innen in der Gemeinde. Im Sinne des Inklusionspostulates kann die Öffentlichkeitsarbeit eine Vernetzung der Hilfen im Sozialraum unterstützen sowie die Gemeinde für ihre soziale Verantwortung sensibilisieren – auch wenn dieses in den Einrichtungen sicherlich noch weiter ausgebaut und differenziert werden kann.

Die Einrichtungen bewerten desweiteren in den Feldern, die ihren Nahraum ausmachen (Nutzer\_innen, Angehörige / gesetzliche Betreuung, WfbM) die Öffentlichkeitsarbeit positiver, bzw. halten diese für deutlich relevanter und gestalten sie mit mehr Ressourcen. Je weiter die Felder der Öffentlichkeitsarbeit aus dem Alltagsgeschehen der Einrichtung rücken, als desto problematischer werden diese bewertet. Jedoch sind gerade diese Felder wichtig und im Blickfeld zu behalten, um das Angebot inklusiv zu gestalten und nachhaltig zu sichern. Kooperationspartner in der Kommune könnten z.B. das Angebotsspektrum erweitern.

### *Öffnung des Angebots für unterschiedliche Nutzer\_innengruppen und Ehrenamtliche*

Ein weiteres Thema ist die Öffnung des tagesstrukturierenden Angebots für unterschiedliche Nutzergruppen und Ehrenamtliche: Der Inklusionsanspruch wird durch eine Öffnung tagesstrukturierender Angebote für Bürgerinnen aus der Gemeinde, sei es als Nutzer oder als Ehrenamtliche / Freiwillige, erkennbar. Hierzu ist in einem ersten Schritt die Relevanz des Ehrenamtes zu nennen: Durch die Gewinnung und Unterstützung ehrenamtlich Tätiger werden die Kontakte mit und in der Gemeinde verstärkt, was den Inklusionsanspruch intensiviert. Die Nutzer\_innen haben die Möglichkeit über die ehrenamtlichen Mitarbeiter\_innen neue Kontakte zu Mitbürgern ihrer Gemeinde aufzubauen. Zusätzlich wird durch diese Öffnung nach außen die Arbeit der Einrichtungen der Behindertenhilfe transparent und durch die ehrenamtlichen Kräfte in die Gemeinde getragen. Ein Drittel der befragten Einrichtungen führt hierzu regelmäßig Beratungs- und Fortbildungsangebote für ehrenamtlich Tätige durch: eine Einrichtung bietet diese Angebote einmal jährlich an, zwei Einrichtungen mehrmals im Jahr: Die Ehrenamtlichen werden in ihrer Tätigkeit unterstützt. So können Berührungsängste sowie Barrieren abgebaut werden. Für Außenstehende kann das Handlungsfeld der Behindertenhilfe durch diese Erfahrungen transparenter werden. Vier Einrichtungen versuchen über Informationsveranstaltungen ehrenamtliche Mitarbeiter\_innen zu gewinnen: zwei Einrichtungen bieten diese Informationsveranstaltungen mehrmals im Jahr an, eine Einrichtung einmal jährlich, eine weniger als einmal jährlich. Fünf Einrichtungen bieten keine Informationsveranstaltungen an. Die Thematik der ehrenamtlich Tätigen wird in den Leitungsinterviews noch einmal aufgegriffen (s.u.). Dieses Thema ist somit in allen Einrichtungen relevant, wird aber teilweise kritisch aufgefasst: Befürchtet wird, dass es zu einem Abbau von Fachkräften durch das Ehrenamt kommen könnte, was einen Qualitätsverlust des Hilfeangebotes mit sich bringen könnte. Außerdem wird die Verbindlichkeit der Ehrenamtlichen als kritisch angesehen, da es sich um eine freiwillige Tätigkeit handelt und eine Kontinuität für die Nutzer\_innen nicht immer gewährleistet werden kann. Die Möglichkeit der Beschäftigung ehrenamtlich Tätiger direkt in den tagesstrukturierenden Angeboten wurde in den Interviews häufig als sehr gering bewertet. Es wird deutlich, dass die Einbeziehung von Ehrenamtlichen an tagesstrukturierenden Angeboten für Senior\_innen nicht nur ganz am Anfang steht, sondern noch gar nicht als wirkliche Chance auf individuelle Tagesgestaltungen wahrgenommen wird. Es herrscht somit noch ein recht starkes Gruppendenken in Bezug auf dieses Themenfeld vor.

Eine besondere Art der Öffnung liegt vor in Bezug auf *alte Menschen mit Behinderung in unterschiedlichen Wohnformen und anderer Wohndienste*. Es wäre sicherlich bedeutsam, wenn sich die Einrichtungen auch für ältere Menschen ohne lebenslange Behinderung öffnen würden, noch relevanter wäre jedoch eine konsequent zu Ende gedachte Inklusion indem tagesstrukturierende Angebote unterschiedlichster Träger (und nicht nur derjenigen der sog. Behindertenhilfe) solche Angebote vorhalten würden.

Im Hinblick auf Angebote für Nutzer\_innen unterschiedlicher Wohnformen und weiterer Wohndienste ergaben sich folgende Ergebnisse:

In den Leitungsfragebögen wurde nach der Zugänglichkeit für Nutzer\_innen gefragt, die in verschiedenen Wohnformen oder von anderen Wohndiensten unterstützt werden. Weitestgehend sind die tagesstrukturierenden Angebote jedoch ausschließlich für Nutzer\_innen von Wohndiensten desselben Trägers zugänglich. Nur in zwei Einrichtungen ist keine Aufnahme von Nutzer\_innen aus dem ambulanten Wohnen aus eigener Trägerschaft möglich. Die Aufnahme „externer“ Nutzer\_innen, die von Wohndiensten anderer Träger unterstützt werden, ist nur beschränkt möglich. In vier Einrichtungen ist keine Aufnahme von Nutzer\_innen aus stationären Wohneinrichtungen anderer Träger möglich. In fünf Einrichtungen ist die Aufnahme von Nutzer\_innen, die von anderen ambulanten Wohndiensten unterstützt werden, nicht möglich. In drei Einrichtungen werden keine Nutzer\_innen, die bei Angehörigen wohnen, aufgenommen. Diese Ergebnisse zeigen auf, dass sich einige Einrichtungen für Menschen, die ambulant unterstützt wohnen, geöffnet haben. Im Gegenzug wird deutlich, dass diese Öffnung jedoch vor allem an die Trägerzugehörigkeit gekoppelt ist. Somit werden Menschen, die dieses Kriterium nicht erfüllen exkludiert; Einrichtungsgrenzen statt sozialräumliche Ressourcen und Möglichkeiten bestimmen die Tagesgestaltung. Eine uneingeschränkte Aufnahme von älteren Personen, unabhängig von ihrer Wohnformen, dem in Anspruch genommenen Wohndienst oder dem Vorhandensein und der Art einer lebenslangen Behinderung ist in keiner Einrichtung gewährleistet. Von einer inklusiven Gestaltung kann hierbei folglich nicht die Rede sein.

Wenn der zuständige Sozialhilfeträger einer Kostenzusage erteilt, kann ein Angebot „externe“ Nutzer\_innen aufnehmen. Drei Einrichtungen beschränken sich auf einen definierten Personenkreis der älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Einrichtung nennt als Ausschlusskriterium die Pflegestufe 3 (+). Bei abnehmenden finanziellen, personellen und räumlichen Ressourcen und einem steigenden Bedarf in der Zukunft könnten sich diese Ausschlusskriterien verstärken. Nur in drei Einrichtungen nehmen Nutzer\_innen anderer Träger der sog. Behindertenhilfe am tagesstrukturierenden Angebot teil. Die Anzahl dieser „externen“ Nutzer\_innen beläuft sich je nach Einrichtung auf ein bis vier Personen. Bei zwei Einrichtungen gibt es keine Anfrage von „externen“ Nutzer\_innen. Eine Einrichtung gibt als Grund die Auseinandersetzung über die Kostenübernahme an. Als weiterer Grund wird fehlende Anerkennung des LT 24 für ein tagesstrukturierendes Angebot genannt, wodurch die Aufnahme von „externen“ Nutzer\_innen nicht möglich wird. Ein trägerübergreifendes Tagesangebot besteht in den einzelnen Regionen nur recht vereinzelt. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als überörtlicher Sozialhilfeträger will keine Kostenübernahme für externe Nutzer\_innen in Angeboten nach LT 23 gewähren.

### ***Wirtschaftliche Tragfähigkeit der Angebote***

Der überörtliche Sozialhilfeträger (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) hat den durch die Verrentung von Menschen mit Behinderung entstehenden Bedarf mit der Einführung der Leistungstypen 23 und 24 für tagesstrukturierende Maßnahmen berücksichtigt. Der LT 23 vergütet einrichtungsinterne, tagesstrukturierende Maßnahmen für Erwachsene mit Behinderungen. Der LT 24 bezieht sich auf den Bedarf an einrichtungsinternen, tagesstrukturierenden Maßnahmen für Erwachsene mit Behinderungen in eigenständi-

gen Organisationseinheiten. Diese Leistungstypen werden ergänzend zu den bestehenden Leistungstypen (z.B. Wohnen) gewährt (s.o.). Es stellt sich die Frage, wie die tagesstrukturierenden Angebote unter den gegebenen rechtlichen und finanziellen Bedingungen aufrechterhalten werden können und wo Grenzen erkennbar sind. Die Gesamtkosten des Angebotes werden durch die Finanzierung nach dem LT 23 und LT 24 laut Aussage der Anbieter nur teilweise abgedeckt. So werden die Räumlichkeiten des LT 24, die einen Teil des Angebotes ausmachen, nicht durch die Finanzierung des Leistungsträgers abgedeckt. Die Personalkosten werden nicht in allen Einrichtungen vollständig durch die Leistungstypen finanziert.

Abschließend bleibt hierzu festzustellen, dass es aufgrund des Anstiegs der Personenzahl von Menschen mit Behinderung im Rentenalter in den nächsten Jahren zu einem Ausbau (Nutzer\_innen und Platzzahl, Personal, pflegerischer Aufwand) der Angebote kommen wird. In den dokumentierten Einrichtungen wird dieser Ausbau schon vorgenommen. Dabei streben tagesstrukturierende Angebote nach dem LT 23 u.a. die Anerkennung auf LT 24 an, um über höhere finanzielle Ressourcen zu verfügen.

### ***Passgenauigkeit***

In der standardisierten Befragung wurde nach der Passgenauigkeit der Angebote aus der Sicht der Mitarbeiter\_innen in Bezug auf die Orientierung an den grundlegenden Leitideen der Normalisierung, der Selbstbestimmung und Inklusion gefragt. Hierbei war folgende Frage handlungsleitend: Inwieweit werden die Bedürfnisse der Nutzer\_innen berücksichtigt und gedeckt und inwieweit tragen die Konzepte zur Lebensqualität und zur individuellen Zufriedenheit der Nutzer\_innen bei? Es stellt sich hierbei die Frage, ob die tagesstrukturierenden Angebote aus der Sicht der Mitarbeiter\_innen auf die individuellen Bedürfnislagen der Nutzer\_innen eingehen. Die Bildungsangebote für die Nutzer\_innen wurden hierbei von ihnen am schlechtesten bewertet. Um Bedürfnisse herauszuarbeiten verwenden die Mitarbeiter\_innen am häufigsten die Methoden der Biografiearbeit und der Individuellen Hilfeplanung. Diese angewandten Methoden werden hierbei zumeist als unterstützende Verfahren in der Gestaltung der Alltagsvollzüge gesehen, um die Bedürfnisse und Wünsche der Nutzer\_innen zu ermitteln. Die Mitarbeiter\_innen nehmen zu den individuellen Merkmalen der Nutzer\_innen besonders die strukturellen Gegebenheiten der Angebote als hemmend für die Ermittlung der Nutzerbedürfnisse wahr. Neben einrichtungsspezifischen Veränderungsbedarfen wird eine weitere Öffnung der Angebote in den Sozialraum und Ausbau der Kooperationen von den Einrichtungen angestrebt. So können mehr Wahlmöglichkeiten für die individuellen Bedarfe der Nutzer\_innen geschaffen werden.

### **7.4.2 Ergebnisse der qualitativen Studie**

Die standardisierte Befragung ermöglichte es, ein breites Spektrum an Konzepten und Praxen unterschiedlicher Anbieter in den Blick zu nehmen. Das quantitative, auf Aggregation zielende Vorgehen kann jedoch die Komplexität des Handlungsfeldes nicht

gänzlich in seiner Tiefe erfassen. Die Faktoren, die vor allem zur Verbesserung der subjektiven Lebensqualität in tagesstrukturierenden Angeboten beitragen, könnten in weiteren Studien noch eingehender beleuchtet werden. Dieses geschieht in diesem Bericht z.T. in der Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Interviews (Anbieter und Nutzer\_innen).

Es werden nun die grundlegenden Inhalte und die Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede der beiden Interviewgruppen (Anbieter bzw. Leitung und Nutzer\_innen) vorgestellt. Die beiden Interviewkategorien der Nutzer\_innen- und Anbieterbefragungen werden dabei in zentralen Aussagekomplexen kontrastiert. Relevante Aussagen werden hierzu durch Zitate aus den jeweiligen Interviews belegt. Die hier vorgestellten Ergebnisse aus der qualitativen Studie werden dann in Kapitel 5 mit den Ergebnissen der quantitativen Erhebung verglichen und in Beziehung gesetzt.

In den Interviews konnten die Themenfelder *Struktur und Personal, Kooperation und Netzwerke, Räumlichkeiten des Angebots und ihre Lage, Mobilität, Alter als Lebensphase erleben und gestalten, Spiritualität und Glaube in Gemeinschaft erleben* sowie allgemein *Konzepte der tagesstrukturierenden Angebote* als zentral identifiziert werden.

### **a) Struktur und Personal**

Es fällt eine deutliche Fokussierung auf die Aktivierung und Strukturierung durch die konkrete Einrichtung auf. Ihre Ziele sind es, welche realisiert werden. Erst in einem zweiten Schritt, soz. nachrangig, werden für diese auch die Erfahrungen und Erlebensweisen der Nutzer\_innen relevant. Einige Anbieter verfügen hierbei über eine inklusive Sichtweise; so z.B. in den Äußerungen und Zielen, welche darlegen, dass Nutzer\_innen an Angeboten außerhalb der Einrichtung teilnehmen können und darin auch bestärkt werden. *„...dann haben wir solche Sachen noch vielleicht mit der VHS, da sind dann auch nochmal Sachen, die dann ab und zu laufen aber da könnt ich jetzt auch nicht fest sagen, sondern dann schlägt man das Programm auf und dann guckt man halt, was wird angeboten[,...]wo haben die Bewohner Spaß dran,[...]ein Bewohner der kocht unheimlich gerne und dann haben wir den schon zum Kochkurs angemeldet [...]“* (2-06-I-AN, 34ff.).

Eine Herausforderung – trotz teilweise vorliegender inklusiver Sichtweise – besteht in der personenbezogenen Äußerung von Wünschen oder Zielen durch die alten Menschen mit Behinderung. In den Nutzerinterviews ist auffällig, dass die Befragten zu konkreten Angeboten oft in „Wir-Aussagen“ verfallen. Dieses kann darauf hindeuten, dass bestimmte Angebote oder Maßnahmen nicht sie persönlich ansprechen oder erreichen, und somit eine subjektzentrierte Sicht- und Vorgehensweise bei der Planung und Durchführung von Angeboten nicht wahrgenommen wird. Die Nutzer\_innen haben den Eindruck, dass diese Angebote sie nicht persönlich erreichen, sondern eine Gruppe über die gegebene Struktur der Organisation bedient bzw. „begleitet“ wird, an die sie sich angliedern können. Die Divergenz der Interessen wird auch in Äußerungen wie *„Ich sage mal so, wir haben unser Angebot so ausgerichtet, dass wir mit den personellen Ressourcen klar kommen, einigermaßen. Wir gehen ja von einer bestimmten*



*personellen Ausstattung aus, die wir zur Verfügung haben. Und danach richten wir unser Angebot dann aus. Also, ich hatte Ihnen ja geschrieben, dass wir eigentlich mehr so in Richtung Einzelförderung, dass das ganz schön wäre. Und das ist mit der derzeitigen Situation, personellen Situation, so nicht zu machen“ (2-08-I-AN, 23ff.)* deutlich. Die inhaltliche Differenzierung der Angebote über subjektive Bedürfnisse ist bei den Nutzer\_innen höher als bei den Anbietern. Letztere differenzieren eher über die äußeren Bedingungen wie Struktur, Personal und Finanzierung so dass die Bedürfnisse der Nutzer\_innen unter Berücksichtigung ihrer aktuellen Situation und Befindlichkeit nicht wahrgenommen und begleitet werden, sondern eher die Themen, Strukturen und Inhalte der Einrichtung im Mittelpunkt der Angebotsplanung stehen.

### **b) Kooperation und Netzwerke**

Die Hinweise aus den Interviews in diesem Themenfeld sind bei den Anbietern recht hoch ausgeprägt. Die Inhalte der Versorgung und der Begleitung sind strukturell bei Netzwerken und Kooperationen, aus der Sicht der Anbieter, gewährleistet. Dabei sehen die Anbieter auch die Stärke in Kooperation und Netzwerk, Angebote, die selbst nicht mehr vorgehalten werden können, weiterhin ihren Nutzer\_innen zugänglich zu machen:

*„Es wird also weiterhin, nen defizitäres Unterfangen bleiben. Wir werden gucken müssen, wollen wir trotzdem dieses Angebot dann weiterhin anbieten oder müssen wir uns Alternativen suchen, dass wir dann eben auch im Zuge von Netzwerk andere Einrichtungen, andere Dienste, andere Träger, dass wir uns da zusammenschließen um da vielleicht ein Angebot für den Personenkreis der berenteten Menschen mit geistiger Behinderung oder älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung bedienen können“ (2-07-I-AN, 21ff.).*

Bei den Nutzer\_innen erscheinen Kooperation- und Netzwerkeinteresse in nur sehr geringer Ausprägung. Das Bedürfnis der Nutzer\_innen ist eher durch eine stetige Begleitung durch vertraute Personen und die damit einhergehende persönliche Beziehung zu Personen gekennzeichnet. Die Vielfalt an Beziehungen, die Kooperationen und Netzwerke mit ihren Strukturen bieten, erscheinen demgegenüber nachrangig.

Hieraus ergibt sich u.U. die These, dass neue Konzepte für die Netzwerkarbeit und die Kooperation deutlich subjektorientierter gestaltet werden müssten. Dieses wiederum verweist möglicherweise auf einen Dissens zur Subjekt- und Systemorientierung, so wie dieser aktuell in der Theorie (in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften, zumindest in weiten Teilen derselben) diskutiert wird (vgl.: Gröschke 2011, 19-40).

Desweiteren ist die individuelle Beziehung in den Kooperationen als wichtig einzuschätzen: Dieses ist z.B. in den Kooperationen in Bezug auf Sportangebote oder bei Schützenvereinen etc. vorhanden. Die Anbieter der tagesstrukturierenden Maßnahmen „öffnen Türen“ bzw. nehmen sich Zeit, um zu schauen, welche externen Angebote für wen in der Betreuung wirklich passen und eine Chance sein können. Dieses stellt ein intensiv ausgeprägtes und hohes Qualitätsmerkmal der tagesstrukturierenden Maßnahmen dar. Abschließend zum Themenfeld der Kooperationen lässt sich weiterhin feststellen, dass familiäre Beziehungen als Thema nicht umfassend bewusst und konkret von den Nutzer\_innen benannt werden. Es liegt folglich die Vermutung

nahe, dass diese nicht stabil und/oder nicht vertraut sind, bzw. im Laufe der Jahre, in der subjektiven Organisationssozialisation, sozusagen abhanden gekommen sind, bzw. sein könnten. Im Hinblick auf die Netzwerke kann zudem festgestellt werden, dass eine Einzelbegleitung durch Freiwillige, Ehrenamtliche, Angehörige oder Freunde oder durch andere Menschen mit Behinderung (im Sinne eines persönlichen sozialen Netzwerkes vor Ort) kaum angesprochen wird. Wichtig für die Nutzer\_innen ist hierzu, dass sich Vertrauen ausbilden kann und Personen nicht ständig wechseln.

Ein weiteres Feld bezieht sich auf Veränderungen oder Kritik an der Struktur der Einrichtungen: hierbei sehen die meisten Einrichtungen die Lösung nur bei sich selbst, d.h. in ihren eigenen Strukturen und Ressourcen. Es gibt keine Kooperationsidee, kaum einmal einen Kooperationsgedanken bei Lösungsstrategien (z.B. die Übertragung bestimmter Verantwortungsbereiche innovativer Ideen oder Handlungsnotwendigkeiten auf die Kommune, die öffentliche Verwaltung, Arbeitskreise etc.). Der eigene Personalschlüssel scheint auch der Schlüssel für Veränderungspotenzial zu sein:

*„[...] also zur Zeit, wie gesagt reicht es noch, wenn wir jetzt nächstes Jahr; für nächstes Jahr sind zwei Bewohner des Wohnhauses als Vollzeitrentner geplant, da muss man dann natürlich schauen ne, wie es dann personell weitergeht. So ist es halt ganz gut, dass man eben diese zwei Abrufkräfte hat, dass man sagt „gut, wir haben eine etwas jüngere Abrufkraft, die dann auch wirklich flexibel ist in den Arbeitszeiten“, wo man sagen kann, die kann auch mal von morgens bis nachmittags oder von zwölf bis drei Uhr, dass man die wirklich variabel einsetzen kann, das ist schon der Vorteil als wenn man wirklich jemand hat, der wirklich nur ne begrenzte Arbeitszeit halt da sein kann ne!? Also von daher seh ich auch in der Betreuung jetzt keine Probleme“ (2-07-I-AN, 11ff.).*

Die einzelnen Einrichtungen übernehmen somit häufig eine theoretische, und hierbei eher postulierte Verantwortung, nicht aber eine pragmatisch-konzeptionell-methodische:

*„[...] also ich glaube behaupten zu können, dass wir noch relativ gut personell aufgestellt sind, wobei wir dann eben gegenseitig voneinander profitieren, gegenseitig heißt das Wohnhaus von der[...] (Tagesstruktur) und[...] (die Tagesstruktur) vom Wohnhaus. Also wenn es da zu personellen Engpässen kommt, dass wir dann eben auch Personal aus dem Wohnhaus für die[...] (Tagesstruktur) nutzen können und das Wohnhaus auch auf die Mitarbeiter der[...] (Tagesstruktur) zurückgreift. Generell würde ich mir natürlich wünschen für die Begleitung der Gäste in der[...] (Tagesstruktur), dass wir mehr Personal vorhalten könnten. Ich hab ja auch angegeben, dass ich mir wünschen würde, dass wir noch verstärkt Einzelangebote nutzen könnten oder auch zusätzliche, zusätzliche Einzelangebote beziehungsweise auch hier diesen Raum nutzen könnten. Gestaltet sich natürlich schwierig weil Personal dann sowohl in den eigentlichen Räumen der[...] (Tagesstruktur), als auch hier im Freizeitraum notwendig wären. Ja, von der täglichen Arbeit kannst du dann berichten, wie weit das auskömmlich ist“ (2-07-I-AN, 10ff.).*

Der Status, mit unterschiedlichen sog. Randgruppen tätig zu sein (also mit Menschen, welche von der Gesellschaft eher in einer exklusiven Situation belassen werden, wie Menschen mit Behinderungen, pflegebedürftige Menschen etc.), erschwert u.U. die

Abgabe der Verantwortung oder Teilung von Ideen und Aufgaben mit der Öffentlichkeit und der Kommune etc. noch zusätzlich.

### **c) Räumlichkeiten des Angebots und ihre Lage**

Es scheint klar zu sein, dass die Tagesstruktur in vielen Einrichtungen andere Räumlichkeiten benötigt: in den Interviews wurde deutlich, dass die Tagesstruktur stets mit einem Raumkonzept bzw. einer Raumidee einhergeht. Genannt wurden „Neubau“, „*separate Ruhemöglichkeiten*“ (auch für Nutzer\_innen anderer Lebens- oder Wohnräume), die für eine Neuausrichtung des Angebots notwendig scheint:

*„Wir kriegen ja demnächst in dem Neubau verschiedene Räume und dann holen wir mal Mangelwäsche oder basteln oder so was machen wir da. Was man hier nicht so öfters machen kann“ (2-01-NU, 51ff.).*

Es stellt sich hierbei die Frage nach der Mitbestimmung der Nutzer\_innen bei den Raumideen. Relevant müsste in der konzeptionellen Umsetzung hierbei auch die Leitidee der Inklusion verfolgt werden, so dass die Räumlichkeiten der Tagesstruktur gemeindenah und sozialraumorientiert verfasst und organisiert sind.

Im Hinblick auf das Wohnen kann zu diesem Thema noch ergänzt werden, dass viele Nutzer\_innen ihr Zimmer in der Nähe der tagesstrukturierenden Maßnahmen haben möchten, Rückzugsmöglichkeiten werden somit gewünscht. Aber: nicht alle Nutzer\_innen wohnen in der Einrichtung. Auch dieses Thema stellt sich unter der Prämisse der Inklusion als problematisch und als nicht gelöst dar. Nutzer\_innen scheinen sich somit gern von anderen, also aus dem Angebot, zurückzuziehen; sie sprechen in diesem Bereich, bzw. zu diesem Themenfeld zwar meist von „*ich*“, wechseln in Bezug auf Gruppenangebote und Tagesstruktur aber dann zum „*wir*“. Die Tagesstrukturangebote könnten also aus der Nutzer\_innenperspektive diesen „Rückzugsgedanken“ mehr einbeziehen, Einzelangebote fördern und Gruppenerleben nur eingeschränkt oder auf Wunsch ermöglichen. Auch hier ist ein konkreter Rückzugsraum förderlich und sinnvoll.

### **d) Mobilität**

Auch Mobilität ist ein Kriterium für Lebensqualität im Alter und kann bei weiteren Untersuchungen und Differenzierungen sowie bei der Entwicklung von konzeptionell-methodischen Handlungsbausteinen möglicherweise wichtige Hinweise geben, insbesondere in Bezug auf die Möglichkeit einer autonomen Freizeitgestaltung. Hierfür sind die gegebene Infrastruktur und die Mobilität der betroffenen Person jeweils in Beziehung zueinander zu setzen, wie folgende Aussage verdeutlicht:

*„Also hier zum Beispiel mit dem Auto kann man ja auch ein Einkaufszentrum erreichen. Weil es ist genauso weit wie von mir bis dorthin, wie von hier aus. Also es ist nicht; nicht weit weg, es ist nicht weit weg[...]was das schwierig macht natürlich ist dann dass die Leute nicht laufen können[...]und[...], aber man erreicht das alles was man will; man kaufen will, also is; es ist nicht so dass man das so großartig organisieren muss, es sei denn man stellt sich vor dass wenn man da heraus kommt ist schon auf dem Parkplatz*

*sozusagen ein Kleidungsgeschäft, da gibt es sozusagen die Fleischerei und alles das so, also so nah[...]was man auch idealerweise für solche Leute sag ich mal, Klientel vorstellen könnte, so ist das nicht aber es ist im Rahmen des normalen, also wir sind schon in der Stadt“ (2-09-I-AN, 85ff.).*

### **e) Alter als Lebensphase erleben und gestalten**

Ein relevantes Thema sowohl bei den Interviews mit den Anbietern, als auch den Nutzer\_innen bestand in den Aussagen zur Lebensphase des Alters. Die Inhalte und Themata des Empfindens der Berentung und des Empfindens des Alterungsprozesses müssten in den Angeboten noch intensiver erhoben und mit den Bedürfnissen der Nutzer\_innen abgeglichen werden, denn es ist eine Sache „in Rente zu gehen“ bzw. geschickt zu werden – eine ganz andere Sache ist es jedoch, ein eigenes Empfinden des Vorganges des Älterwerdens wahrzunehmen und in allen Konsequenzen zu spüren:

*„Das Körperliche, das macht mir Schwierigkeiten. [...], ich war über 45 Jahre im Gartenbau habe ich gearbeitet. Und wenn man dann älter wird, dann merkst du das nachher. Ab 60 da geht man bergab [...] körperlich gehst du ab. Kannst du nicht mehr, geistig ist man noch da, aber das Körperliche merkst du sofort. Wenn du 61 bist, fängt das an“ (2-01-I-NU, 5ff.).*

Im Hinblick auf die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist eine Bewertung und Einordnung dieser Empfindungen in vielerlei Hinsicht problematisch, so dass sie auf eine intensive Begleitung in diesem Prozess angewiesen sind. Diese wird jedoch in nur recht wenigen tagesstrukturierenden Einrichtungen als signifikanter Bestandteil der Angebotsstruktur betrachtet:

*„[...] ja, also diese Begleiterscheingung des Alters, von denen wir ja alle nicht gefeit sind, die irgendwann auf uns zukommen werden, die haben natürlich auch die Gäste der [...] (Tagesstruktur) und von daher verändern sich die Hilfebedarfe teilweise sehr rasant. Und ich sag mal der klassische Mensch mit geistiger Behinderung, der Mensch mit Trisomie 21, wo ja dann die Fachliteratur hergibt, man kann zehn bis fünfzehn, zwanzig Jahre auf das eigentliche Lebensalter drauf packen. Ja, wenn wir dann eben den fünfzig Jährigen Gast in der[...] (Tagesstruktur) haben, hat der aber, oder zeigt der Verhaltensweisen, die eigentlich erst mit fünfundsechzig oder siebzig da wären und diese Generation, ja, die kommt jetzt und die kommt mit Vehemenz“ (2-07-I-AN, 23ff.).*

Eine weitere Frage zu diesem Themenkomplex ist diejenige nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben (also das Erreichen des Rentenalters): Wie gehen die Einrichtungen (Werkstatt, Wohneinrichtung und die Tagesstruktur) mit dem Übergang in den Ruhestand um? Dieser wird recht häufig in den untersuchten Einrichtungen wenig vorbereitet, sondern erscheint den Nutzer\_innen als unumstößlich: *„Wie ich so alt war [...] haben sie gesagt, ich soll aufhören zu arbeiten.“ (2-02-I-NU, 5f.)*

Folglich kommt es bei den Nutzer\_innen oft zu einer unvorbereiteten Konfrontation mit dieser für sie neuen Situation, wie zum Beispiel folgende Nutzer\_innenaussagen verdeutlichen:

*„[...] die aus der Firma haben gesagt, du musst jetzt gehen, ist Schluss [...].“ (2-04-I-NU, 8f.) und „Ja, war wohl erst ein bisschen schwer [...]. Wenn man so lange gearbeitet hat, dann fällt einem das ja doch ein bisschen schwer, dann plötzlich aus dem Arbeitsleben raus zu gehen“ (2-22-I-NU, 7ff.).*

### **f) Spiritualität und Glaube in Gemeinschaft erleben**

Ein überraschendes Ergebnis ist, dass das Thema „Spiritualität“, in den unterschiedlichsten Facetten (z.B. der Wahrnehmung der Konfessionsgebundenheit des Trägers der Angebote, der Auseinandersetzung mit gelebten Glaubensinhalten, wie Gottesdiensten, oder konfessionell geprägter Personen) häufig in den Interviews zur Sprache kommt. Es scheint von einigen Nutzer\_innen ein lebendiges Interesse zu bestehen, auch an Angeboten in diesem Bereich teilnehmen zu können oder zumindest dem eigenen Glauben nachgehen zu können. Diesen Wunsch aufgreifend können einzelne Anbieter spontane Unterstützung anbieten:

*„Ja, wir haben ja hier auf dem Gelände noch das Kloster der Brüdergemeinschaft und dort leben also Brüder. Und wir haben einen Bruder, der speziell den Bereich Kirche so ein bisschen abdeckt, diesen religiösen Bereich, der mit uns auch hier Sommerfest, die Messen mit vorbereitet, der würde eben auch, wenn wir Fragen hätten oder die Bewohner fragen hätten, der würde kommen“ (2-08-I-AN, 31ff.).*

Es bestehen Kontakte zu Kirchengemeinden, durch die sowohl Nutzer\_innen an Angeboten dieser teilnehmen können als auch Menschen ohne Behinderung die tagesstrukturierenden Angebote der Einrichtung nutzen und somit auch über dieses Angebot mit den alten Menschen mit Behinderung in Kontakt treten, wie zum Beispiel Jugendliche im Rahmen ihrer Firmkatechese:

*„Zu Kirchen fällt mir noch gerade ein, wir haben auch immer Jugendliche hier, so Firmgruppen. Also die kommen auch jetzt in den Herbstferien wieder und nehmen an der tagesstrukturierenden Maßnahme teil. Die machen das im Rahmen ihrer Firmung und die letzten zwei Jahre hatten wir immer Jugendliche hier und darüber hinaus ist zum Beispiel auch was gewachsen, die jetzt bei einer Gruppe also regelmäßig hingehen und was mit Bewohnern machen“ (2-08-I-AN, 83ff.).*

Der Bereich der Spiritualität scheint demnach ein in der Forschung und der Theorie noch unterschätzter Bereich des Lebens älterer Menschen mit Behinderung zu sein. Dieser muss stärker Eingang finden in die Planung der tagesstrukturierenden Maßnahmen. Im Hinblick auf den Einbezug der Spiritualität kann hierzu aber schon jetzt die jeweilige Kirchengemeinde benannt werden: sie wird als Anbotspartner auf Anbieterseite stark wahrgenommen, d.h. immer wieder angesprochen und als möglicher Kooperationspartner benannt. Diese Angebote erscheinen zudem gut vernetzt auch mit anderen Gemeindeaktivitäten. Dieses ist ein Beispiel für Inklusionsperspektiven: Der Lebensraum erweitert sich nicht nur punktuell, sondern eröffnet ein ganzes Lebensumfeld. Es stellt sich allerdings die Frage, ob diese Prozesse auch bei allen Anbietern konkret geplant werden und ob es hierzu eine gesicherte Kooperation gibt. Des Weiteren fehlt in der Forschung bisher die Perspektive von Menschen mit

Behinderung, die eine Zuwanderungsgeschichte aufweisen und bei denen andere Religionen evtl. eine Rolle spielen.

### **g) Konzepte der tagesstrukturierenden Angebote**

Desweiteren stellt sich die Frage, was in den jeweiligen Konzepten der Einrichtungen fehlt, an welchen Punkten die konzeptionelle Angebotsstruktur sozusagen „zu kurz greift“? Hierzu kann folgendes ausgesagt werden: Viele Anbieter haben keine konkrete Vorstellung von Freizeit als erweitertem Begriff der Tagesstruktur von Menschen nach der Berentung bzw. im Alter. Auch fehlt hierzu häufig eine echte konzeptionell niedergelegte und theoretisch begründete Verortung. Dieses wird vor allem in den Inhalten zur Zielgruppenorientierung und zur Gestaltung freier Zeit deutlich. Ein Nutzer bemerkte hierzu:

*„Und das ist dann mein Tag den ich, den ich vergeude.[...] Morgen schon wieder vergeuden. Einkäufe, Donnerstag backen, Mittagessen, Kino fahren, zurück.[...] Das ist für mich wieder schwerer Tag“ (2-06-I-NU, 24 u. 42ff.).*

Es wird deutlich, wie wichtig eine konzeptionelle Tagesstruktur, die an den Bedarfen der Nutzer\_innen ausgerichtet ist, aus deren Perspektive ist um die Lebensqualität zu steigern.

In einzelnen Interviews konnten vereinzelt Hinweise zu konzeptionellen Überlegungen festgestellt werden, so wird beispielsweise in einem Anbieterinterview Kochen nicht als „Überbrückungsangebot“ oder „Alltagspflicht“, sondern als pädagogisches Angebot aus Grundüberzeugung benannt. Daraus ableitend ist zu überlegen, inwieweit solche alltäglichen Aufgaben nicht auch die Lebensqualität im Alter deutlich erhöhen können und zu den weiteren Angeboten der Tagesstruktur eine gute und wichtige Ergänzung sind.

Auch im Hinblick auf inklusive und in der Einrichtung stattfindende Angebote scheint es einen konzeptionellen Klärungsbedarf zu geben, dieses ist in den Anbieterinterviews ein offenes Thema bzw. diskussionswürdig: welches Konzept ist besser, bzw. kann theoretisch fundiert werden, entweder eine klare, auch räumliche Trennung, oder eine örtliche Nähe zum „Zuhause“ zumindest einiger Teilnehmer\_innen. Unser Eindruck ist, dass hierzu kein bewusstes Konzept bzw. eine konzeptionell-methodische Reflexion bei den Anbietern vorliegt.

Konzeptionelle Aussagen können auch zu den Bedürfnissen der Nutzer\_innen formuliert werden. Diese haben ausgeprägte Bedürfnisse im Hinblick auf die Beziehungs- und die Freizeitgestaltung. Es fehlt auf der Seite der Anbieter hierzu jedoch die sowohl konzeptionelle als auch handlungsmethodische Basis. Es fehlt ein Lern- und Entwicklungs-Modell für die Nutzer\_innen, durch das sie frühzeitig lernen und erfahren, wie sie autonom ihre Freizeit, vor allem vor dem Hintergrund der sich hierbei rapide verändernden Rahmenbedingungen im Alter, selbstbestimmt gestalten können. In diesem Kontext wäre der Begriff der Autonomie in einem, zwar nicht gänzlich neuen, so aber jedoch erweiterten Kontext zu diskutieren, denn nicht jede Person möchte an

gegebenen tagesstrukturierenden Angeboten teilnehmen, wie folgendes Interviewzitat belegt:

*„[...]müssen alle was machen, wie sie[...]gerade Lust haben. Darf keiner aus der Reihe fallen“ (2-06-I-NU, 5ff.), sondern bedarf vielmehr einer Unterstützung zur Wahrnehmung eigener Interessen: „Und da wollte ich ja mal gerne hin, aber wenn man was sagt, dann machen die das einfach nicht“ (2-07-I-NU, 11f.).*

Ausdifferenzierte Konzepte zur Umsetzung der tagesstrukturierenden Maßnahmen scheinen in den Einrichtungen in vielen Fällen somit zu fehlen. Es existieren Beschreibungen (häufig des „Ist-Standes“), diese erfüllen jedoch nicht die Kriterien eines ausgewiesenen (heil-/behindertenpädagogischen) Konzeptes, indem diese ausführlich auf fachwissenschaftliche Begründungen (wie denjenigen zur Inklusion), auf die persönlichen Motive der Mitarbeiter\_innen und Nutzer\_innen, auf bewertenden Stellungnahmen der dort Tätigen und auf die konkreten Angebots- und Handlungsbeziehungen eingehen (vgl.: Gröschke 1997, 115-121). Hinzu kommt, dass die Nutzer\_innen meist nicht in der Lage sind, Alternativen oder Wünsche konkret zu formulieren. Hier wäre zu klären, ob es Konzepte zur konstruktiven und dialogischen Beteiligung gibt oder wie solche zu entwickeln wären. Die meisten Nutzer\_innen äußern in den Interviews zudem kaum Kritik zu den angebotenen und erlebten Maßnahmen. Es besteht anscheinend kein ausgeprägtes Bewusstsein für Veränderungspotenzial bzw. die Nutzer\_innen kennen ihre Möglichkeiten (der Mitgestaltung) gar nicht. Teilweise besteht bereits Resignation, wie dieses in vielen Interviews „zwischen den Zeilen“, in der Anerkennung der Situation, so wie diese ist, nämlich scheinbar unveränderbar, deutlich wird: *„Nein, nein, das geht nicht. Das machen die alles hier zusammen“ (2-04-I-NU, 53f.).*

## **7.5 Fazit und mögliche Konsequenzen**

### **7.5.1 Schlussfolgerung der quantitativen Studie**

Durch die quantitative Studie wurde bilanzierend deutlich, dass sich die tagesstrukturierenden Angebote der teilnehmenden Einrichtungen aus den Bedarfen der Praxis heraus recht individuell entwickelt haben. Somit ergeben sich unterschiedliche Konzepte, bedingt durch die jeweiligen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen der Angebote. Diese spiegeln sich in der Bestandsdauer, der Nutzer\_innenzahl und damit auch der Mitarbeiter\_innenzahl wider. Deutlich wird dies zusätzlich in den inhaltlichen Ausgestaltungen, den Vernetzungsbestrebungen in die Sozialräume und den Kooperationen der Einrichtungen. Die Ergebnisse aus der Evaluation zeigen auf, dass sich für die tagesstrukturierenden Angebote in spezifischen Bereichen Handlungsbedarfe ergeben und in Bezug auf die Steigerung der objektiven Lebensqualität der Nutzer\_innen strukturelle und inhaltliche sowie ressourcenbezogene Aspekte weiterentwickelt werden müssen. Besonders deutlich wurde im Hinblick auf die Veränderungsbedarfe, die Abhängigkeit der tagesstrukturierenden Angebote von den

Strukturen und Rahmenbedingungen (Finanzierung, Standort, Ausstattung der Räumlichkeiten).

### **7.5.2 Schlussfolgerung der qualitativen Studie**

Die qualitative Studie zeigt insbesondere, dass die Kommunikationsstrukturen zwischen Anbietern und Nutzer\_innen nicht transparent sind. Beteiligung und Förderung dieser als bewusst und konzeptionell verorteten inklusiven Maßnahmen auf allen Ebenen des gemeinsamen Sozialraumes sind als Konzepte in den Einrichtungen nicht deutlich hinterlegt.

Die Beziehungsgestaltung der Nutzer\_innen zu sich selbst, aber auch zum anderen (Mitarbeiter\_in oder Nutzer\_in) sowie zum Individuum des einzelnen Nutzers / der einzelnen Nutzerin der jeweiligen Dienstleistung und zu den anderen ist als pädagogisches Ziel der Einrichtung und der Tagesstruktur meist nicht im Fokus. Einzelne Mitarbeiter\_innen bzw. Träger benennen jedoch, dass ein häufiger Wechsel von Personal, der durch die äußeren Rahmenbedingungen unvermeidbar scheint, dem Vertrauensaufbau eher entgegen steht.

Einzelne Anbieter haben einen deutlichen Anspruch, ihre Nutzer\_innen auch fördernd zu unterstützen und sie – falls dieses vom Grad der Behinderung her möglich ist – am Leben außerhalb der Einrichtung teilhaben zu lassen (Stichwort: Vereine, Sport und Gemeinde). Dies wird jedoch konzeptionell nicht immer stringent umgesetzt.

Ein Gesamtkonzept zwischen Werkstatt bzw. Arbeitgeber, Wohneinrichtung und Tagesstruktur als Partner in der Gestaltung des Übergangs in das Alter ist auf dem Hintergrund der Interviews kaum vorhanden. An diesem Konzept sollten sich – nach der Interpretation der Anbieterinterviews – auch die Stadt und die Kirchen beteiligen. Vergleichbar mit der aufblühenden Migrationsarbeit in den Kommunen benötigt folglich auch die Zielgruppe alte Menschen mit Behinderung ein städteweites Konzept zur Gestaltung des Lebensabends, auch um Öffentlichkeit zu erreichen und folglich Inklusion zu fördern.

### **7.5.3 Konsequenzen aus quantitativer und qualitativer Analyse**

Ein Vergleich der quantitativen mit den qualitativen Daten lässt folgende Konsequenzen deutlich werden:

Die quantitativ ausgerichtete Ausarbeitung „Gestaltung freier Zeit“ (s.o.) scheint viele inhaltliche Bezugspunkte zu den Interviews zu liefern. Allerdings erscheinen die Ergebnisse hier deutlich positiver als es der Eindruck der Interviews hinterlässt.

Spezifische Themen, wie das Normalisierungsprinzip oder die Passgenauigkeit müssten bei einem Vergleich differentieller aufgebrochen werden, da sie im Kategoriensystem der Interviews nicht benannt sind.

Insbesondere herauszustellen sind:

- Mitarbeiter\_innen müssten auch im Bereich Sterben / Spiritualität geschult werden.



- Das Ehrenamt wird als ein eigenes Thema angeschnitten. Aus den Interviews ergibt sich die Forderung nach einer langanhaltenden, passgenauen und konsequenten ehrenamtlichen Tätigkeit.
- die strukturellen Voraussetzungen für den Umgang mit Älteren scheinen geschaffen (dennoch fehlt hier laut vielen Interviews die Beziehung / der Weg mit den Betroffenen). Die Frage ist also: Wenn der Boden über die Struktur / den Rahmen bereitet ist, wie muss dies nun inhaltlich gefüllt und mit den betroffenen Nutzer\_innen gestaltet werden? Es müsste folglich eine Aktivierung nicht nur der Menschen mit Behinderung, sondern auch des Umfeldes / der Kommune / der Öffentlichkeit stattfinden – und eine solche müsste von den jeweiligen Einrichtungen im Rahmen ihres lokalen Eingebundenseins deutlich nachhaltig geplant und konkretisiert werden.
- Netzwerke sollten intensiver begründet werden: auch externe Angebote werden häufig genutzt. Dies spricht wie in den Interviews für Inklusion und fordert ein gemeinsames Leitkonzept für die Kommune in Bezug auf diese Zielgruppe.
- Der Aussage, dass die Räume den Bedürfnissen gerecht werden, wird in den Interviews (z.T. deutlich) widersprochen.
- Auch in den quantitativen Daten konnte die Frage der Freiwilligkeit bei der Teilnahme an Angeboten nicht vollständig geklärt werden. Hier wurde in den Interviews deutlich, dass dieses nicht nur an fehlender Transparenz, sondern auch an fehlender Wahrnehmung und konkreter Förderung der kritischen Äußerungen von Seiten der Nutzer\_innen liegen kann.

Ein weiteres Ergebnis besteht in der Aussage, dass bei Konzepten und Modellen der Bereich der Verantwortung beim Menschen mit Behinderung belassen werden bzw. ihm zurückgeben werden müsste. Es sollte bei der Gestaltung der Angebote also weniger der Fokus auf die Struktur der Einrichtung, sondern vielmehr auf eine regelhafte Pflege sozialer Kontakte (durch Personal, Ehrenamtliche, andere Menschen mit und ohne Behinderung) gelegt werden. Dies könnte dazu führen, Möglichkeitsräume zu schaffen, in welchen die Nutzer\_innen die Situationen selbst, und somit in der Tat autonom, zusammen mit anderen verändern können. Dieses wäre ein (vielleicht erster) wichtiger Schritt hin zum Aufbau einer inklusiven Tagesstruktur. Die Angebotsstruktur sollte somit deutlicher inklusiv gestaltet werden. Die Teilhabe der Nutzer\_innen an Angeboten der Gemeinde, aber auch die Teilnahme der Gemeindemitglieder an den Angeboten der jeweiligen Einrichtungen bedarf einer präziseren und prägnanteren Fokussierung wie auch Realisierung. Es sind dann auch Themen aufzugreifen, welche verbindenden Charakter zwischen den Beteiligten – gerade auch bei älteren Menschen – haben könnten, wie z.B. die Spiritualität oder das Erleben von Alter und Abschiedlichkeit. Die Nutzer\_innen sollten hierzu auch intensiver in den Planungsprozess dieser Angebote einbezogen werden. Ein herausforderndes Themenfeld scheint hierbei die Familie und ihre Beziehungsstrukturen zu sein. Sie wird kaum einmal als Thema der Tagesstruktur benannt. Es entsteht der Eindruck als seien diese tabuisiert – wo doch eigentlich das Gegenteil, nämlich der Einbezug der Familienmitglieder bei der Gestaltung der Altersphase der Fall sein sollte. Auch der Übergang zwischen Beruf und Ruhestand fällt in diesen Themenbereich: hierzu müsste es eine ausgeprägtere Vorbereitung geben, damit die Nutzer\_innen (und ihre Angehörigen) nicht unvorbereitet mit dieser neuen Lebensphase konfrontiert werden.

Die Ausdeutung der hier dargestellten Ergebnisse – welche deutlich macht, inwieweit Bedingungen und Faktoren in der Tagesstruktur nachhaltig zur Lebensqualität von älteren Menschen mit Behinderung beitragen (können) – sowie weitere Konsequenzen sollen als konzeptionelle und methodische Bausteine im letzten Bericht dieses Forschungsprojektes differenziert dargestellt werden. Zudem kann schon an dieser Stelle auf ein Forschungsvorhaben verwiesen werden, in welchem in Baden-Württemberg innovative Projekte hierzu vorgestellt worden sind (vgl. Schwarte 2009).

# 8 Gesundheitsbezogene Herausforderungen und Unterstützungsbausteine bei lebensbegleitender Behinderung im Alter Modellprojekte im Bereich Gesundheit und Pflege

*Sabine Schäper*

8.1	GESUNDHEITSPRÄVENTION UND GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG IM ALTER .....	228
8.2	ERHEBUNGSMETHODEN UND -INSTRUMENTE.....	229
8.2.1	<i>Perspektive der Anbieter.....</i>	229
8.2.2	<i>Perspektive der älter werdenden Menschen mit Behinderung .....</i>	230
8.2.3	<i>Weitere Informationsquellen .....</i>	230
8.3	AUSWERTUNGSMETHODEN .....	230
8.3.1	<i>Interviews mit Vertreterinnen der Anbieter: Inhaltsanalyse nach Mayring.....</i>	230
8.3.2	<i>Interviews mit Nutzer_innen: Dokumentarische Methode nach Bohnsack.....</i>	232
8.4	BESCHREIBUNG DER MODELLPROJEKTE .....	234
8.4.1	<i>Gesundheitsbezogener Fachdienst (GbD) der Lebenshilfe gGmbH Berlin .....</i>	235
8.4.2	<i>Pflegezirkel im Bereich Wohnen der Westfalenfleiß GmbH Münster .....</i>	241
8.4.3	<i>Beratende Pflegefachkraft – Ein Konzept der Lebenshilfe Wohnen gGmbH NRW.....</i>	244
8.5	EVALUATION DER MODELLPROJEKTE: KRITERIEN .....	246
8.6	ZENTRALE ERGEBNISSE .....	246
8.6.1	<i>Strukturelle Rahmenbedingungen und konzeptionelle Merkmale der Modellprojekte.....</i>	246
8.6.2	<i>Passgenauigkeit der Modellprojekte im Blick auf die Anforderungen an die Lebensgestaltung im Alter.....</i>	253
8.6.3	<i>Bewertung der Angebote und weitergehende Handlungsbedarfe aus Anbietersicht .....</i>	255
8.6.3.1	<i>Ergebnisse der Interviews mit Vertreterinnen der Anbieter .....</i>	255
8.6.3.2	<i>Ergebnisse des Workshops mit Vertreter_innen der Anbieter.....</i>	256
8.6.4	<i>Notwendige Unterstützungsbausteine aus Nutzer_innensicht.....</i>	2600
8.6.4.1	<i>Erleben des Alters als Lebensphase .....</i>	2611
8.6.4.2	<i>Verlust von Angehörigen .....</i>	263
8.6.4.3	<i>Gestaltung frei gewordener Zeit .....</i>	264
8.6.4.4	<i>Gesundheitsförderung, gesundheitliche Versorgung und Pflege.....</i>	266
8.6.4.5	<i>Begleitung am Lebensende.....</i>	268
8.6.4.6	<i>Wünsche und Ängste in Bezug auf die weitere Lebensperspektive .....</i>	269
8.6.5	<i>Bewertung der Angebote aus der Perspektive der Leitideen Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe.....</i>	271
8.7	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK: HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN AUS SICHT VON ANBIETERN UND NUTZER_INNEN .....	280

*Hinweis:* Die Namen der interviewten Personen wurden geändert.

## 8.1 Gesundheitsprävention und gesundheitliche Versorgung im Alter

Mit dem zunehmenden Lebensalter ist – mit oder ohne lebensbegleitende Behinderung – in aller Regel die Zunahme gesundheitsbezogener Anforderungen an die Lebensgestaltung verbunden. Im zweiten Zwischenbericht wurden diese Anforderungen in den Bereichen:

- Prävention und gesundheitsförderlicher Lebensstil
- Management von Erkrankungen und Multimorbidität
- Teilhabe am täglichen Leben bei Pflegebedarf
- Bewältigung psychischer und psychosozialer Krisen
- Lebensführung bei dementieller Erkrankung

ausführlich beschrieben (vgl. Schäper et al. 2010) und auf die Personengruppe der Menschen mit einer lebensbegleitenden Behinderung hin spezifiziert.

Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe gehen mit Teilen dieser Anforderungen bereits im Rahmen bestehender Konzepte und Versorgungstraditionen um: Sowohl Tätigkeiten im Bereich der Grundpflege als auch im Bereich der Behandlungspflege gehören zu den originären Aufgaben in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung, wenn ihre Selbsthilfekompetenzen in diesen Bereichen durch die geistige Behinderung oder häufig mit ihr verbundene körperliche Behinderungen und Beeinträchtigungen eingeschränkt sind. Mit der quantitativen wie qualitativen Zunahme der Anforderungen an das Personal (vgl. Schäper et al. 2010, 84) sehen sich die Anbieter vor die Herausforderung gestellt, gesundheitsbezogene Aufgaben in der Versorgung in das fachliche Repertoire einzubeziehen. Einige Anbieter haben vor diesem Hintergrund spezialisierte gesundheitsbezogene Dienste eingerichtet. Gegenstand der Evaluation von Modellprojekten im Projekt „Lebensqualität inklusiv(e)“ waren folgende Konzepte:

- der „Gesundheitsbezogene Fachdienst“ der Lebenshilfe gGmbH Berlin
- das Konzept der Pflegezirkel des Trägers „Westfalenfleiß GmbH“ in Münster sowie
- das Konzept der „Beratenden Pflegefachkraft“ des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Lebenshilfe (Lebenshilfe Wohnen gGmbH), Dortmund.

Alle drei Anbieter verfolgen das Ziel, die Qualität der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen in den eigenen Diensten und Einrichtungen sicherzustellen und das primär pädagogisch qualifizierte Personal in der Wahrnehmung von gesundheitsbezogenen Bedarfen und fachlich angemessenen Interventionen zu unterstützen. Alle drei Konzepte richten sich bislang primär an die Mitarbeitenden in den stationären Wohnbereichen. Hier besteht ein deutlicher Qualifizierungs- und Beratungsbedarf, dem die drei Anbieter unterschiedlich begegnen: Während der „Gesundheitsbezogene Fachdienst“ zentrale Angebote für die Mitarbeitenden aller Wohneinrichtungen und Wohngruppen vorhält, ist die Idee des „Pflegezirkels“ eher auf die dezentrale „Streuung“ gesundheits- und pflegebezogener Kompetenzen durch Qualifizierung von Mitarbeitenden vor Ort ausgerichtet. Das Konzept der „beratenden

Pflegefachkraft“ ist ebenfalls dezentral ausgerichtet, lokalisiert die medizinisch-pflegerische Fachkompetenz jedoch unmittelbar durch ausgebildete Pflegefachkräfte vor Ort.

Pflegeabteilungen bzw. -einrichtungen für pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen, die von Anbietern der Eingliederungshilfe mit einem Versorgungsvertrag gem. SGB XI angeboten werden, waren nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Die zentrale Forschungsfrage, wie der pflegerische und gesundheitsbezogene Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen in ambulanten oder kleinen stationären Settings sichergestellt werden kann, erschien mit dem Angebot einer klassischen stationären Pflegeeinrichtung nicht beantwortbar. Dieser Einrichtungstypus, der in NRW erst seit einigen Jahren existiert, würde in einer eigenen Untersuchung darauf befragt werden müssen, welche Vor- und Nachteile im Sinne der Bedürfnisse der dort betreuten älteren Menschen mit Behinderungen sich in der Erfahrung herauskristallisieren.

## 8.2 Erhebungsmethoden und -instrumente

### 8.2.1 Perspektive der Anbieter

Die **Dokumentationsbögen** der Anbieter im Bereich pflege- und gesundheitsbezogener Dienste sind vor allem hinsichtlich der personellen Ausstattung der Dienste interessant. Die Angaben zur Anzahl und Strukturmerkmalen der Personengruppe der Nutzer\_innen bezog sich jeweils auf die Gesamtheit der Nutzer\_innen der Wohnangebote der Anbieter, da in allen drei Modellprojekten nicht Menschen mit Behinderungen selbst, sondern Mitarbeitende der stationären Wohnangebote die primären Adressat\_innen der Angebote sind.

Da sich die Angebote jeweils auf mehrere Standorte von Wohnangeboten beziehen, die in sehr unterschiedlichen Sozialräumen angesiedelt sind, wurde hier auf das Erhebungsinstrument der **Infrastrukturbögen** verzichtet. Die **Netzwerkkarten** geben hier nicht Auskunft über die persönlichen Netzwerke von Nutzer\_innen, sondern über das **institutionelle Netzwerk** der Anbieter. Dies erschien relevant vor allem im Blick auf notwendige oder bewährte Kooperationen mit Anbietern des Gesundheitswesens und der Altenhilfe/Pflege.

**Leitfadengestützte Interviews** mit Vertreterinnen<sup>19</sup> der Anbieter richteten sich auf die Zielsetzungen und die konzeptionelle Ausgestaltung der Dienste sowie deren Strukturbedingungen. Aufgrund ihrer spezifischen Expertise wurden die Gesprächspartnerinnen auch nach ihren generellen Einschätzungen zu den Zukunftsanforderungen im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung älter werdender Menschen mit Behinderungen befragt.

---

<sup>19</sup> Da im Themenfeld gesundheitsbezogener Dienste ausschließlich Frauen als Vertreterinnen der Anbieter befragt wurden, wird hier nur die weibliche Schreibweise verwendet.

## 8.2.2 Perspektive der älter werdenden Menschen mit Behinderung

Da die Modellprojekte im Bereich Gesundheit und Pflege sich nicht primär an direkte Nutzer\_innen, sondern an Mitarbeitende richten, somit die Mitarbeitenden die eigentlichen „Nutzer\_innen“ sind, bezogen sich die Interviews mit älteren Menschen mit Behinderungen eher auf generelle Fragen zum Erleben der Lebensphase Alter und zu den gesundheits- und pflegebezogenen Unterstützungsbedarfen wie -angeboten, die die Befragten nutzen. Eine unmittelbare Bewertung der evaluierten Angebote durch die Nutzer\_innen konnte nicht Gegenstand der Interviews sein, da die befragten Nutzer\_innen keinen direkten Zugang zu den Angeboten haben. Die Interviews mit Nutzer\_innen können daher nur indirekt zur Evaluation der Modellprojekte herangezogen werden, indem ein Abgleich der inhaltlichen Schwerpunkte der Angebote mit den von den Nutzer\_innen benannten Bedarfen vorgenommen wird (Kriterium: Passgenauigkeit der Angebote). Bei der Auswahl der Stichprobe wurde daher entschieden, Nutzer\_innen ambulant unterstützter Wohnformen zu befragen, um die besonderen Problemkonstellationen in diesem Bereich zu erfassen. Die Interviews mit Nutzer\_innen bieten wichtige Anhaltspunkte für die Wahrnehmung der Lebensphase Alter und der damit einhergehenden Veränderungen und Bedürfnisse aus Nutzer\_innensicht, die wichtige Hinweise auf Anforderungen an die künftige Gestaltung ambulanter Unterstützungsarrangements beinhalten.

## 8.2.3 Weitere Informationsquellen

Als weitere Informationsquellen über Strukturbedingungen und Erfahrungen der Anbieter dienten Konzeptpapiere und Veröffentlichungen der Anbieter. Anlässlich eines Workshops mit Vertreter\_innen der Anbieter am 18.03.2011 wurden erste Zwischenergebnisse (Zwischenberichte 1 und 2) vorgestellt und diskutiert. Die Teilnehmenden gaben wichtige Hinweise auf zentrale Herausforderungen und Entwicklungsbedarfe aus Sicht der Anbieter. Bei einem Anbieter fand ein ergänzendes Gespräch mit einem Wohnstättenleiter statt, der die mit dem Älterwerden von Bewohner\_innen verbundenen Anforderungen in kleinen stationären Settings beschrieb.

Des Weiteren wurden Dokumente einer Fachtagung der Freien Wohlfahrtspflege in NRW zur Behandlungspflege in der Eingliederungshilfe im Jahr 2009 hinzugezogen, die Einblicke in Erfahrungen aus Anbietersicht bieten. Dabei handelte es sich u.a. um Erfahrungen zweier der im Rahmen des Projektes LEQUI evaluierten Modellprojekte (Seidel 2009; Schlingmann 2009; Paulus 2009).

## 8.3 Auswertungsmethoden

### 8.3.1 Interviews mit Vertreterinnen der Anbieter: Inhaltsanalyse nach Mayring

**Gegenstand der Analyse** sind die Interviews mit den Vertreterinnen der Anbieter *Gesundheitsbezogener Fachdienst der Lebenshilfe Berlin gGmbH* und *Westfalenfleiß GmbH*. Das Interview mit der Vertreterin der Lebenshilfe Wohnen gGmbH konnte

aufgrund der ungünstigen Interviewsituation (extrem störende Baustellengeräusche im Hintergrund) nicht transkribiert werden. Hier wurden schriftliche Angaben der Vertreterin des Anbieters genutzt, die im Anschluss an die Interviewauswertung selektiv nach ergänzenden Aspekten durchgesehen wurden.

Die Interviews mit den Vertreterinnen der Anbieter wurden im Zeitraum Juli-September 2010 auf der Basis des im Anhang befindlichen Interviewleitfadens geführt. Da die Ergebnisse des Arbeitspaketes 2 im Projekt (Literaturanalyse und Auswertung der Interviews mit Expert\_innen) zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorlagen, wurden die Leitfragen aus den im Projekt allgemein gewonnenen Fragestellungen generiert und um themenspezifische Aspekte ergänzt. Interviewerinnen waren ein Mitglied der Projektleitung und eine Studentin im Masterstudiengang „Heilpädagogik und Rehabilitation im Erwachsenenalter“.

Die Gesprächsatmosphäre war in allen drei Interviews sehr kooperativ. Die Vertreterinnen der Anbieter gaben sehr ausführlich und offen Auskunft über ihr Angebot einschließlich der in dem Themenfeld bestehenden offenen Fragen und Schwierigkeiten. Die Gesprächssituation im Interview mit der Vertreterin der Lebenshilfe Wohnen gGmbH war durch die Vor-Ort-Bedingungen (neue Wohnstätte, sehr störende Baustellengeräusche im Hintergrund) und die Tatsache, dass die Gesprächspartnerin in ihrer Rolle neu war und nur über geringe Kenntnis in Bezug auf das Projekt verfügte, beeinträchtigt. Die ursprünglich als Interviewpartnerin angesprochene Vertreterin des Anbieters befand sich mittlerweile in einer neuen Rolle beim Träger.

Die Transkription der Interviews wurde durch eine studentische Hilfskraft nach der für das Projekt insgesamt verabredeten Transkriptionsnotation vorgenommen. Die Transkripte wurden in einem zweiten Schritt anonymisiert. Grundlage der Interpretation aus der Anbieterperspektive sind die beiden anonymisierten Interviewtranskripte, das Gesprächsprotokoll mit einem Wohnstättenleiter und die schriftlichen Angaben einer Anbietervertreterin zu den Fragestellungen des Interviewleitfadens.

Die Interviews wurden im Blick auf Aussagen zu den Lösungsbausteinen, die die jeweiligen Modellprojekte als Antwort auf die Anforderungen an die Lebenssituation gefunden haben ausgewertet. Theoretisch angereichert wird die Analyseperspektive der Passgenauigkeit in Bezug auf die Anforderungen durch die Leitideen Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe, wie sie im theoretischen Teil dieses Zwischenberichts dargestellt werden.

Da Gegenstand der Interviews mit Vertreterinnen der Anbieter primär Sachinformationen über konzeptionelle und strukturelle Merkmale des Angebotes waren, werden diese Interviews strukturierend ausgewertet. Strukturelemente bilden die **Kategorien**, die zunächst deduktiv gewonnen wurden und im Verlauf des Materialdurchgangs durch induktive Kategorien ergänzt wurden. Die Ergebnisse der Interviewauswertung sind außerdem in die Kurzdarstellung der Projekte eingeflossen und dienen als Grundlage für Aussagen zur Bewertung der Angebote aus Anbietersicht.

**Deduktive Kategorien** zur Auswertung der Anbieterinterviews lassen sich aus den Erkenntnissen der Literaturanalyse und der Interviews mit Expert\_innen (vgl. Schäper et

al. 2010, 78-92) gewinnen. Die dort benannten zentralen Entwicklungsaufgaben bzw. Ereignisse wurden in formale Kategorien „übersetzt“, die zur Systematisierung und Strukturierung der Interviewaussagen dienen. Die Ausprägungen der einzelnen Kategorien werden jeweils als mögliche materiale Kategorien gefasst<sup>20</sup>. Die Kriterien für die inhaltliche Bewertung und Konkretisierung dieser Ausprägungen bieten die Leitideen Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion, denen die materialen Kategorien jeweils zugeordnet werden können.

Bereits in die Konstruktion der Interviewleitfäden sind Vorüberlegungen vor allem zu strukturellen, konzeptionellen und personellen Merkmalen der Angebote eingeflossen, die ebenfalls formale und materiale Kategorien für die Interviewauswertung lieferten, die wiederum durch die Leitideen inhaltlich qualifiziert werden können. Aus der Analyse wurden im weiteren Verlauf Hinweise zu Umsetzungsfragen und Schwierigkeiten in Bezug auf sinnvolle Unterstützungsbausteine im Bereich Gesundheitsprävention und gesundheitliche Versorgung abgeleitet.

### **8.3.2 Interviews mit Nutzer\_innen: Dokumentarische Methode nach Bohnsack**

Für die Auswertung der Interviews mit Anbietervertreter\_innen und mit Nutzer\_innen wird die dokumentarische Methode nach Bohnsack gewählt, da im ersten Durchgang der Auswertung der Interviews mit Nutzer\_innen mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring der Eindruck entstand, dass die Interviewaussagen sehr vom Faktor der sozialen Erwünschtheit und von internalisierten Tabuisierungen des Alterungsprozesses geprägt sind: Die expliziten Aussagen der Nutzer\_innen erwecken den Eindruck, das Alter und der Prozess des Alterns seien für diese älter gewordenen Menschen mit Behinderungen kein Problem bzw. als betreffen Fragen des Alter(n)s sie selbst in keiner Weise. Diese Eindrücke legen es nahe, mithilfe einer tiefergehenden Auswertungsmethode Zugang zum Sinngehalt der Aussagen jenseits des expliziten Aussagegehaltes zu bekommen.

Die dokumentarische Methode von Ralf Bohnsack basiert auf der Kultur- und Wissenssoziologie Karl Mannheims. Die Methode eröffnet die Chance, Zugang zu dem in den Interviewaussagen enthaltenen impliziten Wissen zu erlangen und die mögliche gemeinsame Orientierungen der Gruppe der Interviewpartner\_innen zu verdeutlichen, die nicht explizit geäußert wurden, aber die Realitätskonstruktion der Interviewpartner\_innen bestimmen. Die dokumentarische Methode vermittelt einen Eindruck der habitualisierten Praxis der interviewten Personen und ihres Kontextes. Im Prozess der Auswertung werden gegenstandsbezogene Theorien und Konzepte herausgebildet, die die implizite subjektive Sicht der Gesprächspartner\_innen abbilden (vgl. Strauss &

---

<sup>20</sup> Die Unterscheidung von formalen und materialen Kategorien nimmt die Unterscheidung von formaler und inhaltlicher Strukturierung des Materials auf, wie Mayring sie beschrieben hat (vgl. Mayring 2000, 85). Reinhoffer (2005, 131) hat vorgeschlagen, in der Kombination von deduktiver und induktiver Kategorienbildung die Unterscheidung zwischen formaler und materialer Dimension der Kategorien als zusätzliche Systematisierungshilfe aufzunehmen.



Corbin 1996) und kollektive Deutungs- und Orientierungsmuster der Gruppe der Interviewten beinhalten.

Die dokumentarische Methode wird vor allem für die Auswertung von Gruppendiskussionen genutzt. Für die Auswertung von Einzelinterviews hat Arnd-Michael Nohl die dokumentarische Methode weiterentwickelt. Dabei tritt an die Stelle der Analyse der formalen Diskursorganisation die Bestimmung von Textsorten (vgl. Nohl 2009). Im Unterschied zur *Grounded Theory* schlägt Nohl vor, Interviews nicht nur in ihrer Funktionalität z.B. im Blick auf die lebensgeschichtliche Bedeutung von Aussagen für den Einzelfall zu analysieren, sondern in einer komparativen Zusammenschau die Mehrdimensionalität der Aussagen zu erfassen (vgl. Nohl 2009, 43). Die komparative Analyse setzt bereits bei der Analyse einzelner Interviewabschnitte an und mündet in Typenbildungen (vgl. ebd.).

Die Methode erlaubt es,

*„(a) zwischen typisierten kulturellen Gebilden (z.B. alltäglichen Interaktionssituationen und Handlungsschemata), die jedem Kulturangehörigen [...] zugänglich sind, (b) den subjektiven Handlungsintentionen und Ausdrucksgebärden und (c) verdeckten zugrundeliegenden kulturellen Mustern und psychosozialen Konstellationen zu unterscheiden, die das Leben, das Handeln und Erleiden der Menschen mehr oder weniger unbewusst mitdirigieren. Die zugrundeliegenden Muster und Konstellationen werden von den Akteuren zwar gefühlt und bemerkt, aber nicht reflektiv-begrifflich erfasst“* (Schütze 1993, 198).

Die Auswertung nach der dokumentarischen Methode erfolgt in drei Arbeitsschritten (vgl. Nohl 2009, 45):

<b>1. Formulierende Interpretation</b>	Thematischer Verlauf und Auswahl von Textausschnitten
	Formulierende Feininterpretation einzelner Interviewpassagen
<b>2. Reflektierende Interpretation</b>	Formale Interpretation mit Textsortentrennung
	Semantische Interpretation mit komparativer Sequenzanalyse
<b>3. Typenbildung</b>	Sinngenetische Typenbildung
	Soziogenetische Typenbildung

Tab. 6: Arbeitsschritte und Teilschritte der dokumentarischen Methode

In der **formulierenden Interpretation (1.)** werden Passagen aus den Interviews ausgewählt, die möglichst folgenden drei Kriterien entsprechen:

- Sie enthalten die Themen, die im Vorfeld als zentrale Themen benannt wurden.
- Die befragten Personen haben sich zu den Themen in dieser Passage besonders engagiert, ausführlich und metaphorisch geäußert („*Fokussierungsmetaphern*“ als Korrektiv zur Perspektive der Forschenden; vgl. Bohnsack 2006).
- In den thematischen Verläufen mehrerer Interviews werden diejenigen Themen identifiziert, die von mehreren Gesprächspartnern benannt werden und sich daher für die komparative Analyse eignen (vgl. Nohl 2009, 46).

Die anschließende formulierende Feininterpretation dient der Identifizierung von zentralen Themen und Unterthemen. Gegenstand dieses Analyseschrittes ist die Frage, was ausgesagt wird bzw. worüber etwas ausgesagt wird. Mit der Frage, wie etwas ausgesagt wird, beschäftigt sich erst der nächste Analyseschritt, die reflektierende Interpretation.

In der **reflektierenden Interpretation (2.)** geht es um das „Wie“ der Aussagen zu den relevanten Themenkomplexen: Wie wird ein Thema bearbeitet, in welchem (Orientierungs-) Rahmen stehen die Aussagen? Eine Zuordnung der Aussagen zu unterschiedlichen Textsorten (Erzählung, Beschreibung, Argumentation) ermöglicht es, zwischen erfahrungsbezogenen Aussagen der Interviewten, die narrativen oder beschreibenden Charakter haben, einerseits und wertenden Aussagen andererseits zu unterscheiden. Die semantische Interpretation erschließt in einem weiteren Arbeitsschritt den Sinngehalt der Aussagen unter Berücksichtigung (nicht Gegenüberstellung) beider Perspektiven: der des subjektiven Sinngehaltes („*intentionaler Ausdruckssinn*“) und des objektiven Wirklichkeitsgehaltes. In der komparativen Sequenzanalyse werden die Aussagen mehrerer Interviewpartner\_innen zu einem Themenkomplex vergleichend nebeneinandergestellt, um aus der Abfolge von Äußerungen Erkenntnisse zu unterschiedlichen und gemeinsamen Wertungen und Priorisierungen (Orientierungsrahmen) zu gewinnen.

Die **Typenbildung (3.)** schließlich dient methodisch der Validierung der Interpretationsergebnisse, inhaltlich „*der Generierung mehrdimensionaler Typologien und auf diesem Wege der Generalisierung*“ (Nohl 2009, 57). In der sinngenetischen Typenbildung werden die identifizierten Orientierungsrahmen abstrahiert und so vom Einzelfall gelöst. Die Frage nach den Zusammenhängen der Orientierungsrahmen mit sozialen Kontexten ist Grundlage für den letzten Arbeitsschritt, die soziogenetische Typenbildung, Dabei bildet sich sowohl die durch die Interviewleitfäden vorgegebene Typik ab, wie auch neue Typiken entstehen, die im Vorfeld nicht absehbar waren.

Das beschriebene Verfahren der dokumentarischen Methode bietet die Möglichkeit, einerseits Zugang zu den impliziten Aussagegehalten zu bekommen und die erkennbaren Orientierungsrahmen in Bezug auf bestimmte Themenbereiche zu typisieren. Dass dies eine von den Vorannahmen der Forschenden unabhängige Sicht im Sinne der Stärkung der Perspektive der Nutzer\_innen ermöglicht, bestätigte sich im Laufe der Interpretation.

## **8.4 Beschreibung der Modellprojekte**

In diesem Abschnitt werden die untersuchten Modellprojekte zunächst hinsichtlich ihrer Entstehungsgeschichte und im Hinblick auf zentrale Strukturmerkmale beschrieben, bevor in einem weiteren Schritt zentrale Ergebnisse der Evaluation der Projekte vorgestellt werden (Kap. 4).

### 8.4.1 Gesundheitsbezogener Fachdienst (GbD) der Lebenshilfe gGmbH Berlin

Der gesundheitsbezogene Fachdienst (GbD) der Lebenshilfe gGmbH Berlin existiert seit dem 01.07.2009. Ausgangspunkt war eine Zunahme der Anzahl älter werdender Menschen mit Behinderungen in den Wohneinrichtungen.

Der Träger bietet Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen in 12 Wohnstätten (278 Plätze) in einer Größenordnung von 8 bis 36 Plätzen für Menschen mit überwiegend geistiger Behinderung (255), in geringem Umfang auch für Menschen mit psychischer Behinderung (23). Zusätzlich werden 620 Menschen mit Behinderung in ambulanten Settings im gesamten Stadtgebiet Berlins betreut, davon etwa ein Drittel (im Jahr 2008 waren dies 224 Personen) in 46 kleineren Wohngemeinschaften (vgl. Lebenshilfe Berlin 2008). Im Rahmen eines Familienprojektes erhalten 27 Erwachsene Leistungen der Eingliederungshilfe und deren 23 Kinder Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe nach dem SGB VIII. Zusätzlich hält der Träger als tagesstrukturierendes Angebot Tagesförderstätten (107 Plätze) für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen vor, die keine Werkstatt für behinderte Menschen besuchen.

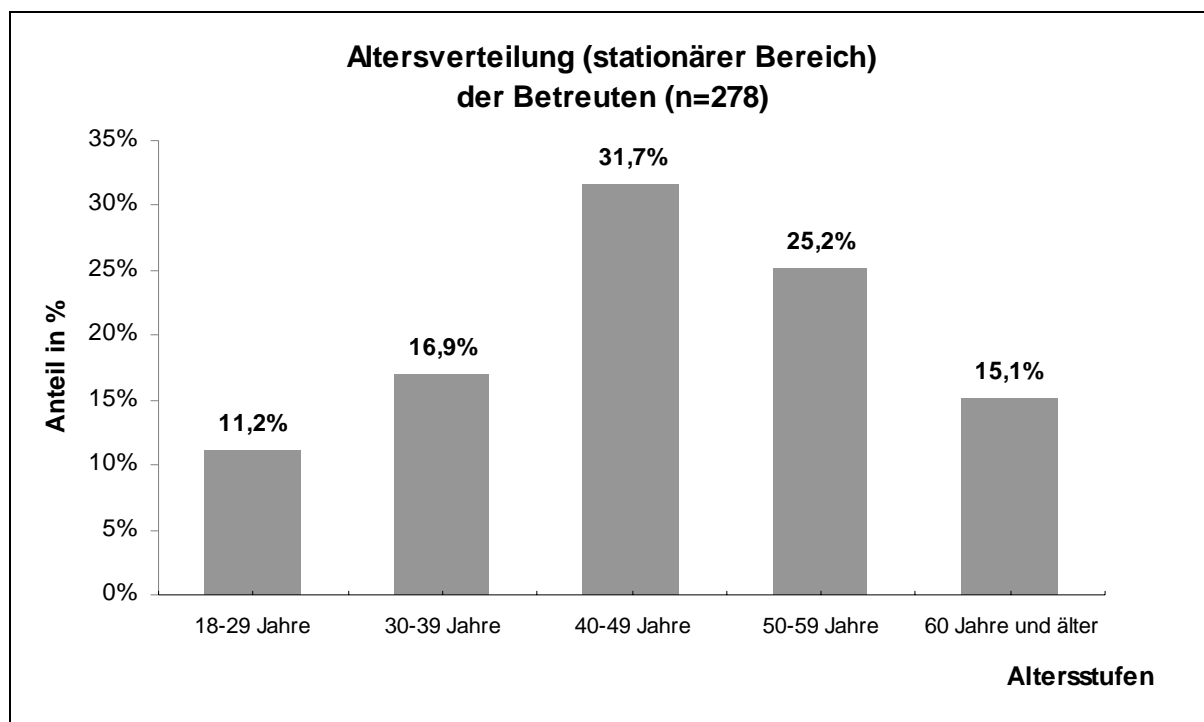


Abb. 13: Altersverteilung der Betreuten in den stationären Wohnbereichen der Lebenshilfe Berlin (2010)

Bei den Behinderungsarten der Klient\_innen im stationären Bereich überwiegt deutlich die geistige Behinderung (91%). In der Altersverteilung<sup>21</sup> zeigt sich derzeit noch ein Schwerpunkt in der Altersstufe der 40-49-Jährigen (32%). Im stationären Bereich sind zum Zeitpunkt der Erhebung 42 Personen (15%) über 60 Jahre alt, in der Altersstufe

<sup>21</sup> Die Angaben zur Altersverteilung beziehen sich auf den stationären Bereich. Für den ambulanten Bereich liegen keine altersdifferenzierten Zahlen vor.

von 50-59 Jahren sind es bereits 25%. In den nächsten Jahren wird somit die derzeit noch relativ geringe Zahl der Über-60-Jährigen deutlich zunehmen.

Diese Zahlen entsprechen in etwa der Altersverteilung, die aufgrund der Zahlen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe für das Jahr 2010 ermittelt wurde, wonach der Anteil der über-60-jährigen Bewohner\_innen stationärer Einrichtungen bei 16% lag (vgl. Dieckmann et al. 2010, 31).

Die Assistenznehmer\_innen im Betreuten Einzelwohnen sind im Durchschnitt jünger: 13,5 % sind älter als 55 Jahre, 2,6 % älter als 65 Jahre. Ähnlich stellt sich die Situation in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften dar (9,7% sind älter als 55, 2,7% älter als 65 Jahre) (vgl. Lebenshilfe Berlin 2008, 12). Im ambulanten Bereich insgesamt ist der Anteil der älteren Menschen zurzeit noch gering (8% der Betreuten sind älter als 60 Jahre).

(Insgesamt konstatiert der Träger für die letzten Jahre eine deutliche **Zunahme des pflegerischen Hilfebedarfs** in der Bewohnerschaft insbesondere der stationären Wohnangebote. Im Jahr 2008 hatten von 264 Bewohner\_innen ca. 42% eine Einstufung in einer Pflegestufe gem. SGB XI (Lebenshilfe Berlin 2008, 11). Diese Erfahrung war Anlass für die Einrichtung eines Beratungsangebotes für die Mitarbeitenden im Blick auf Fragen der Gesundheitsvorsorge und der pflegerischen Versorgung.

	Bewohner_innen		Erläuterungen
	Anzahl	in %	
<b>Pflegestufe I</b>	69	26,1	vom MDK anerkannter Pflegebedarf gem. SGB XI
<b>Pflegestufe II</b>	23	8,7	
<b>Pflegestufe III</b>	21	8,0	
<b>keine Pflegestufe</b>	93	35,2	Anträge gestellt, jedoch keine Pflegebedürftigkeit festgestellt
<b>Sonstige</b>	58	22,0	kein Antrag gestellt
	264	100,0	

Tab. 7: Anerkannter Pflegebedarf der Bewohner\_innen von Wohnstätten der Lebenshilfe Berlin (2008)

Der Altersdurchschnitt der Bewohner\_innen mit einer hohen Pflegestufe ist erstaunlich gering (Altersdurchschnitt der Personen mit Pflegestufe III: 39,5 Jahre), niemand von ihnen ist älter als 50 (vgl. ebd.). Die Bedeutung des alterskorrelierten Pflegebedarfs ist daher bislang noch gegenüber den Anforderungen durch lebenslange behinderungsbedingte Pflegebedürftigkeit eher gering. In den ambulant betreuten Wohnsettings ist der Anteil der Bewohner\_innen mit einem anerkannten Pflegebedarf gem. SGB XI derzeit noch sehr niedrig (vgl. ebd.).

Anlass für die Installierung des Dienstes waren unzureichende Kenntnisse und Fehleinschätzungen zu den pflegerischen Bedarfen der Bewohner\_innen. Dass etwa

die Gabe von Medikamenten eine Leistung der Behandlungspflege ist, sei vielen pädagogisch qualifizierten Mitarbeitenden nicht bewusst gewesen.

Der Gesundheitsbezogene Fachdienst bietet Beratung, Information und Fortbildung zu allen gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen, die sich innerhalb der Wohnangebote der Lebenshilfe Berlin gGmbH sowie der Tagesförderstätten ergeben. Er unterstützt die Einrichtungen und Dienste auch situativ bei der Betreuung pflegebedürftiger und kranker Klient\_innen. Die Service-, Beratungs- und Qualifizierungsleistungen richten sich an Mitarbeitende, Klient\_innen und deren Angehörige. Der Fachdienst unterstützt bei der Ermittlung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs und der Erstellung von Pflegediagnosen, bei der Gesundheitsprophylaxe und Hygiene, bei Krankenhausaufenthalten und Kontakten zu Ärzt\_innen und Therapeut\_innen, bei der Hilfsmittelberatung und -beschaffung sowie der Qualifizierung und Fortbildung von Mitarbeitenden, Nutzern und ihren Angehörigen.

Die **Dokumentation der Leistungen**, die der GbD erbracht hat, gibt weitere Hinweise auf die Inhalte der Tätigkeiten des Fachdienstes. So wurden die Themen, die primärer Gegenstand der Anfragen an den GbD waren, quantitativ erfasst (vgl. Abb. 14). Darin zeigt sich das breite Spektrum des Beratungsbedarfs der Mitarbeitenden in den Einrichtungen, das grund- und pflegepflegerische Leistungen, aber ebenso Fragen der Prophylaxe und Begleitungen bei Krankenhausaufenthalten beinhaltet<sup>22</sup>.

Eine weitere Übersicht (Abb. 15) zeigt die Tätigkeitsschwerpunkte des GdB insgesamt über die Zeitspanne eines Jahres, die über den Bereich der pflegebezogenen Beratung weit hinausgehen. Diese bildet den Hauptgegenstand der Tätigkeit (196 Std.), daneben bilden Gespräche mit Mitarbeitenden und Angehörigen den Löwenanteil (123 Std.), gefolgt von Besprechungen mit der jeweiligen Einrichtungsleitung (73 Std.) und internen und externen Fortbildungen durch die Mitarbeiterinnen des GbD (68 Std.). Der Anteil der Hospitationen der Mitarbeiterinnen des GbD in den Einrichtungen vor Ort ist in 2010 (zweites Jahr nach Implementierung des Dienstes) noch recht hoch (58 Std.), wird aber künftig voraussichtlich abnehmen. Insgesamt zeigt sich, dass die Tätigkeit des GbD einen hohen Anteil an Beratung, Information und Fortbildung enthält. Dies entspricht der konzeptionellen Idee, den Mitarbeitenden vor Ort zu befähigen in pflegerischen und gesundheitsbezogenen Fragen eigene Handlungssicherheit zu vermitteln. Dies ist eine grundlegend andere Art, pflegebezogene Aufgaben sicherzustellen, als die der Delegation an spezialisierte Fachdienste wie ambulante Pflegedienste. Die Mitarbeiterinnen des GbD übernehmen selbst eine pädagogische Aufgabe den Mitarbeitenden der Einrichtungen gegenüber, indem sie sie befähigen, notwendige Verrichtungen selbst zu übernehmen. Dieses Vorgehen ist ressourcenschonend und scheint im Blick auf den Kompetenzzuwachs auf Seiten der Mitarbeitenden vor Ort

---

<sup>22</sup> Nach einer Umfrage des Diakonischen Werkes in 19 Einrichtungen der Eingliederungshilfe nehmen pflegepflegerische Leistungen in den letzten Jahren einen hohen Stellenwert ein. Dabei schwankt der Anteil der Menschen mit Behinderungen in stationären Einrichtungen, die auf pflegepflegerische Leistungen angewiesen sind, erheblich in einer Spanne von 2,1% bis 100%, wobei der Durchschnitt bei 52,8% lag (vgl. DW 2007, 8).

effektiv wie effizient und trägt zugleich den gesetzlichen Vorgaben und den Vorgaben der Aufsichtsbehörden in hohem Maße Rechnung.

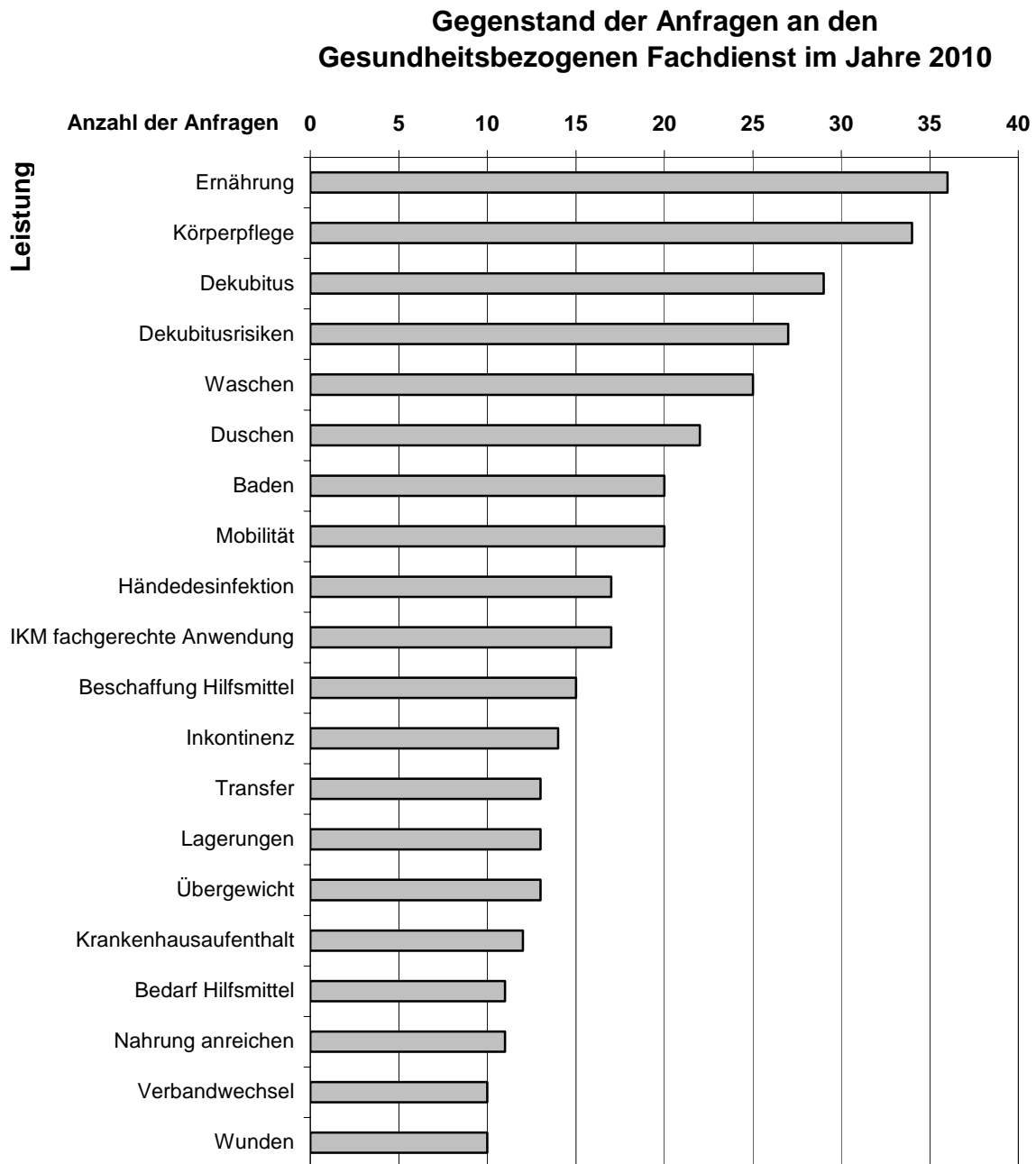


Abb. 14: Übersicht über die Themen der Anfragen an den Gesundheitsbezogenen Fachdienst (Quelle: eigene Statistik des GbD)

### Tätigkeitsschwerpunkte des GbD (Stunden) im Zeitraum 01.01. - 31.12.2010

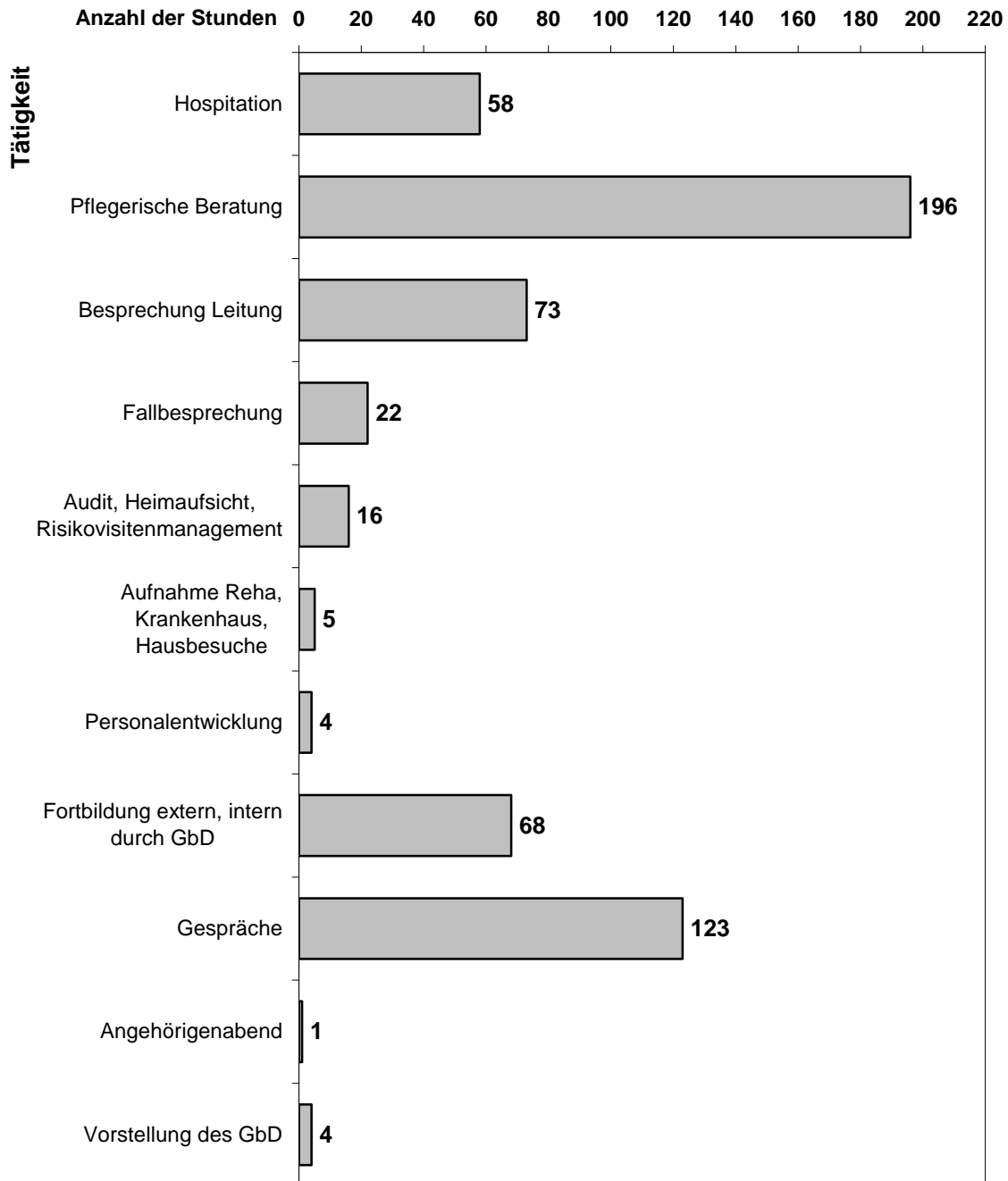


Abb. 15: Tätigkeitsschwerpunkte des Gesundheitsbezogenen Fachdienstes im Verlauf eines Jahres (Quelle: eigene Statistik des GbD)

Die Leistungen des Gesundheitsbezogenen Fachdienstes werden in allen Kostenbereichen (Personalkosten, Sachkosten, Investitionskosten) zu 100% aus Eigenmitteln des Trägers finanziert. Es richtet sich primär an die Mitarbeitenden, steht aber dem Grunde nach auch Angehörigen und Klient\_innen der Einrichtungen offen. Der GbD ist eng mit den Wohnstätten, den ambulant betreuten Wohnangeboten und den Ambulanzen des Trägers vernetzt und profitiert von der Vernetzung des Trägers im Stadtgebiet. Speziell

von Seiten des GbD wird die Kooperation mit Ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern angestrebt. In Planung befindet sich ebenfalls die Kooperation mit Alten- und Krankenpflege-Schulen.

Im GbD sind zurzeit 3 vollzeitbeschäftigte Mitarbeiterinnen mit einer Ausbildung als Pflegefachkraft tätig, zum Teil mit Zusatzausbildungen (Lehrkraft für Pflegeberufe, Diplom-Pflegewirtin, Weiterbildung zur Pflegedienstleitung, Weiterbildung zur Kinästhetik-Trainerin, Weiterbildung als Praxisanleiterin). Zusätzlich wurden bisher 12 Gesundheits- und Pflegebeauftragte (geplant: 24 Mitarbeitende) in allen Wohnstätten benannt, um als Multiplikator\_innen vor Ort die Kolleg\_innen in enger Zusammenarbeit mit dem GbD hinsichtlich der Gesundheitsförderung und aller pflegerischen Maßnahmen beraten zu können. Sie dienen als Rückkoppelungsinstrument für den GbD und werden durch die Mitarbeiterinnen des GbD zu pflegerischen Belangen in monatlichen Sitzungen beraten und geschult. Die Begleitung von Bewohner\_innen zu Arztbesuchen ist durch flexibel verfügbare Arbeitsstunden von Bezugsbetreuer\_innen vor Ort in den Wohneinrichtungen bzw. Wohngemeinschaften in der Regel gedeckt, allerdings werden die Mitarbeiterinnen des GbD einbezogen, wenn es Unsicherheiten oder auch unzureichende Berücksichtigung behinderungsspezifischer Besonderheiten durch die Ärzt\_innen gibt.

Die Leitidee des Fachdienstes orientiert sich am Grundrecht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, wie es in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verankert ist (Art. 25). Der Fachdienst verfolgt primär die Ziele aktiver Gesundheitsförderung und der Sicherstellung ganzheitlicher, teilhabeorientierter Förderpflege in den Einrichtungen und Diensten der Lebenshilfe Berlin gGmbH, die in Kooperation mit Mitarbeitenden und Angehörigen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung auch unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit und Krankheit ermöglicht.

Der gesundheitsbezogene Fachdienst ist in der Zentrale der Lebenshilfe Berlin gGmbH in Berlin Mitte angesiedelt, in dem sich sowohl die Geschäftsführung als auch weitere Beratungsdienste befinden.

In der Phase der Implementierung des Fachdienstes gab es zunächst Vorbehalte seitens der Mitarbeitenden in den Wohneinrichtungen. Die Mitarbeiterinnen des GbD hospitierten zu Beginn in allen Wohngruppen, Wohngemeinschaften und Tagesförderstätten und wurden u.a. aufmerksam auf fachlichen Beratungsbedarf der pädagogisch Begleitenden im Bereich der Hygiene. Mitarbeitende fühlten sich zunächst primär kontrolliert, und es gab eine Abwertung gegenüber pflegerischen Tätigkeiten. Im weiteren Verlauf wurden aber klare Vorgehensweisen verabredet (z.B. Hygienepläne), die von den Mitarbeitenden schließlich als hilfreich und entlastend empfunden wurden. Die Vorbehalte wichen mehr und mehr der Erfahrung, dass die Beratung durch die Mitarbeiterinnen des GbD eine wichtige Ergänzung zur pädagogischen Kompetenz der Mitarbeitenden in den Wohngruppen darstellt.

In Planung befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung Pflegevisiten, die perspektivisch flächendeckend in allen Wohnstätten für alle Bewohner\_innen stattfinden sollen (Risikovisiten auf der Basis von wissenschaftlich validierten Verfahren zum Risiko-



Assessment). Der dadurch geschaffene Gesamtüberblick über Pflegerisiken und Pflegebedarfe wird – neben dem individuellen Nutzen für die ganzheitliche Betreuung der Bewohner\_innen – dem GbD Hinweise liefern zum vorrangigen Informations- und Fortbildungsbedarf.

#### **8.4.2 Pflegezirkel im Bereich Wohnen der Westfalenfleiß GmbH Münster**

Die „Westfalenfleiß GmbH“ in Münster hält verschiedene Wohnangebote und Werkstätten für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen vor. Die Verabschiedung der Rahmenempfehlungen „Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Behinderungshilfe“ in NRW war der Anlass, im Mai 2005 einen Pflegezirkel für den gesamten Wohnverbund zu gründen. Hiermit sollte dem zunehmenden Beratungs- und Qualifizierungsbedarf im Bereich der pflegerischen Versorgung der Bewohner\_innen Rechnung getragen werden.

Der stationäre Bereich (Wohnverbund) besteht aus 11 auf das Stadtgebiet verteilten Wohnangeboten in verschiedenen Wohnformen (Wohnstätten, Wohngemeinschaften, Dezentrale Wohngruppen, Außenwohngruppen).

<b>Plätze im stationären Bereich (n = 274)</b>	
<b>Wohnstätten</b>	63,1%
<b>Außenwohngruppen</b>	3,6%
<b>Dezentrales Einzelwohnen</b>	8,4%
<b>Wohngemeinschaften</b>	24,8%

Tab. 8: Verteilung der (stationären) Plätze der Westfalenfleiß GmbH auf unterschiedliche Wohnangebote

Die Altersstruktur in den auf das Stadtgebiet verteilten und unterschiedlich großen stationären Wohneinheiten stellt sich insgesamt wie folgt dar:

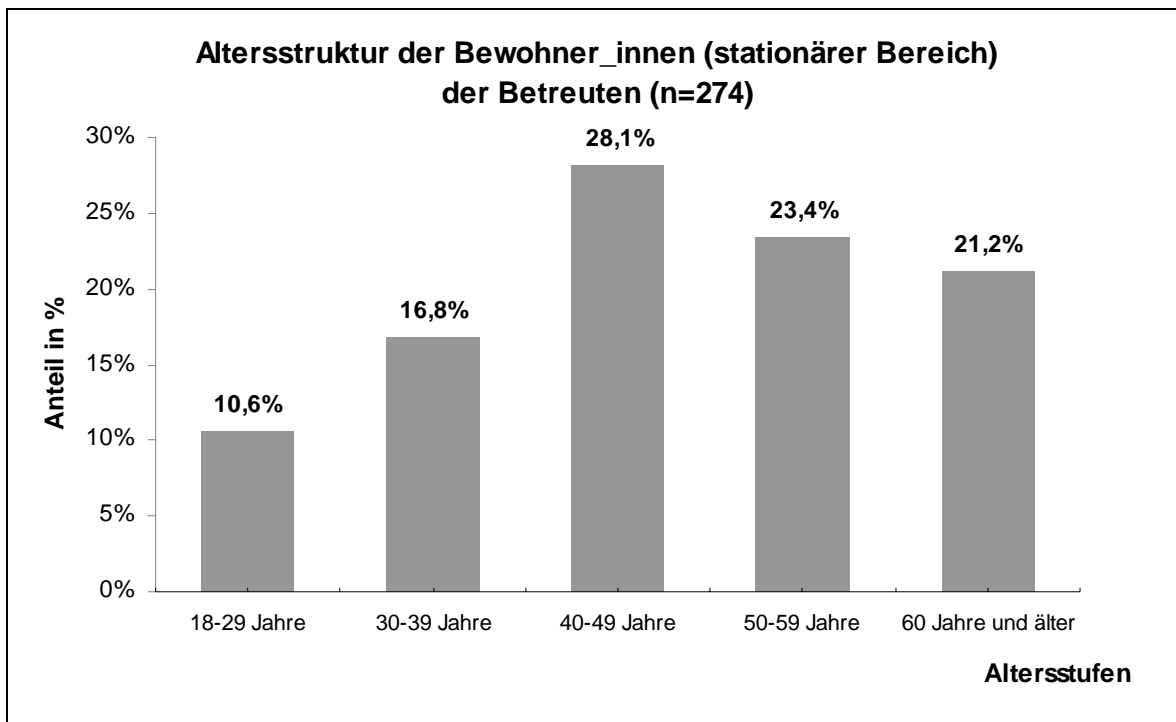


Abb. 16: Altersstruktur der Bewohner\_innen im stationären Bereich der Westfalenfließ GmbH

Hier zeigt sich im Vergleich zu dem Träger in Berlin wie zu den Gesamtzahlen aus Westfalen-Lippe (vgl. Dieckmann et al. 2010, 31) bereits ein etwas höherer Altersdurchschnitt.

Als Anlass für die Einrichtung des Pflegezirkels gibt der Träger eine zunehmende Anzahl von Bewohner\_innen mit einem erhöhten individuellen Pflegebedarf an, u.a. aufgrund der Zunahme von Alterserkrankungen. Die primär pädagogisch qualifizierten Mitarbeitenden in den Wohngruppen seien auf diese Entwicklung nicht hinreichend vorbereitet, sie würden u.a. Pflegerisiken (z.B. Sturzrisiko) nicht als solche wahrnehmen und entsprechend keine hinreichenden Maßnahmen zur Prophylaxe ergreifen. Außerdem sei die Zunahme des pflegerischen Hilfebedarfs im stationären Bereich auch eine Folge der Konzentration von Menschen mit hohem Hilfebedarf im Zuge der konsequenten Umsetzung des Vorrangs ambulanter Hilfen. Als weiterer Faktor wird die frühzeitigere Entlassung aus stationärer Krankenhausbehandlung im Zuge der Einführung der DRGs im Krankenhausbereich benannt. Mit dem Pflegezirkel reagierte der Träger konkret aber auch auf Anforderungen seitens der örtlichen Heimaufsicht, die die Übernahme pflegerischer Hilfeleistungen durch Fachpflegekräfte forderte<sup>23</sup>. Es wurde eine trägerübergreifende Arbeitsgruppe mit Vertreter\_innen der Anbieter und der Heimaufsicht – zunächst auf regionaler, dann auf Landesebene (NRW) – ins Leben gerufen, die Richtlinien für die Zusammenarbeit zwischen Wohneinrichtungen und den örtlichen Heimaufsichten als Orientierungsgrundlagen schufen, von denen kleine wie größere Wohneinrichtungen profitierten. Darüber hinaus wurde eine Arbeitsgruppe auf

<sup>23</sup> Die Anforderungen der Heimaufsicht an die Erbringung von Pflegeleistungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind regional ebenso unterschiedlich wie das Selbstverständnis der Heimaufsichten im Spannungsfeld von Beratung und Kontrolle und die entsprechende Prüfpraxis (vgl. Schlingmann 2009).

Landesebene mit anderen Einrichtungen des Spitzenverbandes eingerichtet. Diese Rahmenempfehlungen waren in einem nächsten Schritt gemeinsam mit den Arbeitspapieren von Caritas (CBP 2005) und Diakonie (DW 2007) Grundlage für die vom Arbeitskreis Gesundheitspolitik der fünf Fachverbänden der Behindertenhilfe auf Bundesebene verabschiedeten Leitlinien „Behandlungspflege in der Behindertenhilfe“ (Fachverbände der Behindertenhilfe 2008).

Dem internen Pflegezirkel gehören acht Mitarbeitende an, die den Wohnbereichsleitungen unterstellt sind. Der Wohnverbund wurde entsprechend in acht Beratungs- und Anleitungsbereiche aufgeteilt. Diese Mitarbeitenden sind gegenüber der Heimaufsicht namentlich als diejenigen benannt, die behandlungspflegerische Maßnahmen durchführen. Das Thema „*Behandlungspflege im Wohnverbund*“ stand in der Arbeit des Pflegezirkels zunächst im Vordergrund. Das Angebot richtet sich ausschließlich an die Mitarbeitenden in den stationären Wohnbereichen. Der Pflegezirkel erarbeitete in zunächst 14tägigen, inzwischen etwas selteneren Treffen in Abstimmung mit der örtlichen Heimaufsicht einen umfangreichen Katalog an Pflegerichtlinien<sup>24</sup> als Wegweiser und Praxisanleitung zu allen Fragen der Behandlungspflege, die Mitarbeitende auf ärztliche Verordnung hin ausführen, sowie schließlich eine Notfallrichtlinie für besondere Notfälle. Voraussetzung für die Erbringung von behandlungspflegerischen Leistungen sind Einverständniserklärungen (der gesetzlich Betreuenden, des/der Bewohner\_in), nachweisliche Schulungen geeigneter Mitarbeitender, die erfolgte Anleitung sowie ein Test. Im laufenden Prozess werden alle Maßnahmen (Delegationen, Pflegebesuche und Kontrollen sowie die Evaluation) aufgezeichnet, um sie den Behörden gegenüber dokumentieren zu können.

Die acht Mitarbeitenden im Pflegezirkel nehmen die Fachaufsicht gegenüber den Kolleg\_innen in der jeweiligen Wohnform wahr und schulen sie in der Ausübung der pflegerischen Leistungen. Die Mitarbeitenden im Pflegezirkel selbst nehmen ihrerseits an einer breit angelegten Fortbildung beim Landesverband NRW der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung teil, das neben den fachpflegerischen Fragen auch rollenbezogene und methodische Fragen der Anleitung und Gesprächsführung im Blick auf Kolleg\_innen beinhaltet.

Die befragte Koordinatorin des Pflegezirkels schätzt, dass etwa 20% der Bewohner\_innen, deren pflegerischer Unterstützungsbedarf Gegenstand der Arbeit des Pflegezirkels ist, jüngere Menschen mit komplexen Behinderungen sind, etwa 80% sind ältere Menschen, vorübergehend auch Menschen, die aufgrund akuter Erkrankungen einen zeitweise erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarf haben.

Das Konzept unterscheidet sich vor allem dadurch vom Angebot des Berliner Trägers, dass in jeder Wohneinrichtung Mitarbeitende vor Ort mit pflegerischer Kompetenz die

---

<sup>24</sup> Bis zum Zeitpunkt der Erhebung wurden von 27 als notwendig erachteten Pflegerichtlinien neun erarbeitet. Dabei wurden die Schulungsmaterialien des Raabe-Verlags (Berga & Schöfberger 2008ff.) genutzt, die ständig fortgeschrieben und auf die Besonderheiten in der Behindertenhilfe angepasst werden. Durch den Rückgriff auf Schulungsmaterial aus der Pflege kann davon ausgegangen werden, dass die Informationen fachlich richtig und aktuell sind. Das Schulungsmaterial enthält auch Testbögen, um das in der Fortbildung erworbene Fachwissen direkt im Anschluss überprüfen zu können.

Beratung ihrer Kolleg\_innen übernehmen und die verabredeten Maßnahmen vor Ort überprüfen. Auch hier besteht ein Nebeneinander von Beratung und Kontrolle, das aber in kollegiale Beziehungen mit einer gewissen Vertrauensbasis eingebettet ist. Für die Mitarbeit im Pflegezirkel erfolgt keine Freistellung, die Mitarbeitenden versehen die Aufgaben innerhalb ihrer Tätigkeit in der Wohngruppe.

Im weiteren Verlauf wurden Pflegegerichtlinien für unterschiedliche Pflegeanlässe erarbeitet und Fortbildungen zu bestimmten Themen. Diese werden jedoch bedarfsbezogen angeboten, d.h. es gibt keine Schulungen zu generellen Themen, sondern zu den Themen, die in konkreten Einzelfällen in einer Wohngruppe relevant sind, führt ein Mitglied des Pflegezirkels eine Fortbildung vor Ort durch.

In der Durchführung behandlungspflegerischer Leistungen (durch anerkannte Pflegefachkräfte und in Delegation durch Nicht-Fachkräfte) sichert sich der Anbieter durch klare Delegations- und Genehmigungsverfahren sowie Vertretungsregelungen ab, die mit der örtlichen Heimaufsicht abgestimmt und von ihr genehmigt sind.

Der Landesverband NRW der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung bietet inzwischen eine Fortbildung zum Thema „*Anleitende Pflegefachkraft in der Eingliederungshilfe*“ an – auch ein Ergebnis der Arbeit bei diesem Träger und der Vernetzung mit anderen Trägern desselben Spitzenverbandes. Dieses Angebot wurde installiert, weil bestehende Fortbildungsangebote für anleitende Pflegefachkräfte zu sehr auf einer rein pflegerischen Perspektive basieren. Die Strukturbedingungen wie die Bedarfslagen in der Eingliederungshilfe sind jedoch andere, was eine gesonderte Fortbildung für Anleiter\_innen notwendig macht.

Auch die Westfalenfleiß GmbH plant die Einführung von Pflegevisiten, um die Ergebnisse und den Verlauf der Pflege zu überprüfen. Mit diesem Instrument der Qualitätssicherung sollen Abweichungen von den vereinbarten Qualitätskriterien wie den Pflegegerichtlinien ermittelt werden, damit diese in Prozessverbesserungen einfließen können.

Kennzeichnend für die Arbeit des Pflegezirkels ist die enge Kooperation mit anderen Trägern über die Regionalkonferenz zur Verbesserung der Lebenswelten von Menschen mit Behinderungen in Münster. In der „AG Gesundheit“ werden Erfahrungen mit gesundheits- und pflegebezogenen Fragen ausgetauscht und Projekte initiiert (zum Beispiel die Erstellung einer Informationsbroschüre in leichter Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten zu gesundheitsbezogenen Informationsangeboten im Internet).

#### **8.4.3 Beratende Pflegefachkraft – Ein Konzept der Lebenshilfe Wohnen gGmbH NRW**

Die gemeinnützigen Gesellschaften des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Lebenshilfe Wohnen gem. GmbH NW und Lebenshilfe Wohnverbund gem. GmbH NW) verfügen im Bereich Wohnen über ein differenziertes Angebot mit Ambulant unterstützten Wohnformen, Außenwohngruppen und landesweit 13 Wohnstätten (insgesamt ca. 300 Plätze im stationären Bereich).

Ziel der Einrichtung der Funktion der beratenden Pflegefachkraft der beiden Gesellschaften des Landesverbandes war die Qualitätssicherung im Blick auf die Kompetenzen des pädagogischen Fachpersonals in pflegerelevanten Themen. Durch die Altersentwicklung und die Zunahme von Menschen mit hohem Hilfebedarf auch in jüngeren Altersstufen wurde die Entwicklung von Richtlinien erforderlich, die durch beratende Pflegefachkräfte vor Ort in der jeweiligen Einrichtung in Absprache mit der Wohnstättenleitung erstellt, durch Schulung implementiert und überwacht werden. Behandlungspflegerische Leistungen werden in den 13 Wohnstätten, die über je eine beratende Pflegefachkraft verfügen, nun nicht mehr erbracht, ohne dass dafür eine entsprechende Richtlinie existiert und die pädagogisch Mitarbeitenden entsprechend geschult sind, bevor die jeweiligen Richtlinien zur Anwendung kommen. Eine weitere Voraussetzung für die Erbringung behandlungspflegerischer Leistungen in den Wohnstätten ist ein transparentes Delegationssystem und die Zustimmung der Bewohner\_innen bzw. durch deren gesetzliche Betreuer\_innen, sofern die Betreuung den Aufgabenbereich der Gesundheitsvorsorge umfasst (vgl. Paulus 2009).

Als Pflegefachkräfte gelten hier Fachkräfte mit einer dreijährigen Ausbildung in der Altenpflege, Krankenpflege oder Heilerziehungspflege, die über eine Weiterbildung als beratende Pflegefachkraft verfügen. Diese Weiterbildung setzt wiederum 2 Jahre Berufserfahrung voraus und wird als Zertifikatskurs im Umfang von 144 Unterrichtseinheiten vom Träger auf Landesebene angeboten. Der Kurs orientiert sich an der Rahmenempfehlung für Behandlungspflege in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und beinhaltet medizinische und rechtliche Grundlagen, spezifisches behandlungspflegerisches Wissen und die Entwicklung von Kompetenzen in den Bereichen Anleitung, Moderation und Gesprächsführung. Die Anerkennung von Heilerziehungspfleger\_innen als Pflegefachkraft durch die Medizinischen Dienste der Kranken- und Pflegekassen ist umstritten und in unterschiedlichen Bundesländern aufgrund differenter Ausbildungskonzepte und Curricula unterschiedlich geregelt. Dieser Umstand war ein Hintergrund für die Erarbeitung von Leitlinien zur Behandlungspflege in der Eingliederungshilfe durch die freien Wohlfahrts- und Fachverbände auf Bundesebene mit dem Ziel der Überarbeitung der Lehrpläne der Fachschulen für Heilerziehungspflege, um eine Anerkennung von Heilerziehungspfleger\_innen als Pflegefachkräfte in der Eingliederungshilfe zu erreichen

Die beratenden Pflegefachkräfte sind nur in einigen Fällen mit einem Anteil ihrer Stelle für die Aufgabe freigestellt. Hier sieht der Träger selbst Regelungsbedarf, da die Unterschiedlichkeit in den Wohnstätten zu Überlastung oder Unzufriedenheit bei den Mitarbeitenden führen kann. Für die Bereitstellung der notwendigen personellen Ressourcen ist jeweils die Wohnstättenleitung vor Ort zuständig. Zusätzlich plant der Träger die Einrichtung von Pflegeteamleitungen, die wohnstättenübergreifend pflegekorrelierte Themen bearbeiten und die Mitarbeitenden informieren und schulen werden. Diese Pflegeteamleitungen werden nicht den Personalressourcen der einzelnen Wohnstätte entnommen. Eine gesonderte Refinanzierung jenseits der Eingliederungshilfe besteht für die Leistungen der beratenden Pflegefachkräfte (bisher) nicht.

Das Angebot richtet sich wie in den beiden anderen Konzepten primär an Mitarbeitende in den stationären Wohneinrichtungen, kann aber auch von Nutzer\_innen selbst, von Angehörigen und gesetzlichen Betreuer\_innen angefragt werden. Die tatsächlichen Leistungen der beratenden Pflegefachkräfte umfassen die Beratung vor Ort in den Teams, Fallbesprechungen mit Ärzt\_innen, Angehörigen und externen Diensten (Physiotherapie, Hausärzt\_innen, Krankenhauspersonal).

Die Kooperationsbezüge sind aus Sicht des Anbieters sehr wichtig, gestalten sich jedoch insbesondere mit Krankenhäusern eher schwierig, obwohl viel Zeit in die Kommunikation mit Mitarbeitenden in den Krankenhäusern investiert wird. Hier scheint es strukturelle Probleme in der Kommunikation zu geben. Die Kooperation mit Hausärzt\_innen dagegen scheint recht reibungslos zu sein. Apotheken vor Ort erweisen sich in der Regel als sehr kooperativ, da sie von der Kooperation unmittelbar auch selbst profitieren. So sind Apotheken gern bereit, sich an Schulungen für Mitarbeitende zu beteiligen. Ähnliches gilt für Physiotherapeut\_innen, die sich in der Regel sehr sensibel und fachkundig auf die besonderen Belange der Bewohner\_innen einstellen. Ambulante Pflegedienste werden nur in Ausnahmefällen angefragt.

## 8.5 Evaluation der Modellprojekte: Kriterien

Die Kriterien für die Evaluation der Modellprojekte ergeben sich zum einen aus den im Arbeitspaket 2 entwickelten möglichen Lösungsvarianten zu den beschriebenen Anforderungen jeweils in Bezug auf den Erhalt bzw. die Erweiterung der Handlungsspielräume von Menschen mit Behinderungen im Alter (**Passgenauigkeit**), die durch Aspekte aus den Interviews mit Vertreterinnen der Anbieter und mit Nutzer\_innen ergänzt werden, zum anderen aus den **Leitideen Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe**, die für die Evaluation aller Modellprojekte operationalisiert werden. Die **fachliche Einschätzung der Anbieter selbst** wird ebenfalls berücksichtigt, und schließlich werden die Modellprojekte im Blick auf ihre **Tragfähigkeit im derzeitigen sozialpolitischen Kontext** überprüft.

## 8.6 Zentrale Ergebnisse

### 8.6.1 Strukturelle Rahmenbedingungen und konzeptionelle Merkmale der Modellprojekte

Die Zunahme von Menschen mit schweren Behinderungen als „Rückseite“ der Ambulantisierungsprozesse und die Zunahme älter werdender Menschen aufgrund der demografischen Entwicklung wird von allen Anbietern als **zentrales Motiv der Installierung besonderer Angebote im Bereich Pflege und Gesundheit** angegeben. Pflegerische Leistungen werden dabei bisher eher innerhalb der bestehenden (stationären) Struktur und von den vorhandenen Mitarbeitenden erbracht. Dabei werden vor allem Fragen an eine hinreichende (behandlungs-) pflegerische Kompetenz pädagogisch qualifizierter Mitarbeitender benannt. Die Anbieter berichten übereinstim-

mend von erheblichen **Handlungsunsicherheiten** bei den Mitarbeitenden, zum Teil aber auch eine unsachgemäße Einschätzung durch die Träger:

*„... ich will jetzt nicht übertreiben, aber es gibt sicherlich Träger, die das unterschätzen, die sagen, aber wieso, wir haben das immer gemacht und immer gut gemacht, ich weiß gar nicht, was ihr wollt“ (3-01-I-AN-01, Seg. 37)<sup>25</sup>.*

Es zeigte sich, dass das *„Bewusstsein Pflege in der Eingliederungshilfe gar nicht so vorhanden war“ (3-02-I-AN-01, Seg. 13).*

Daneben wird auch auf eine mögliche Rollenkollision zwischen pädagogischer und pflegerischer Unterstützung hingewiesen, was die Delegation pflegerischer Hilfeleistungen an spezialisierte Expert\_innen sinnvoll erscheinen lässt. In einem Gespräch wurde darauf hingewiesen, dass die pflegerische Hilfeleistung durch pädagogische Fachkräfte kollidieren kann mit dem notwendigen Vertrauen (Gespräche über das eigene Selbstverständnis als Mann/Frau, über Sexualität und gleichzeitig Eindringen in die Intimität durch pflegerische Unterstützung) (vgl. 3-01-GePro-AN-01, 25).

Als zentrale konzeptionelle Ziele des Angebotes werden angegeben:

- die Sicherstellung einer fachlichen Standards entsprechenden Erbringung pflegerischer Leistungen
- eine Veränderung der negativen Haltung gegenüber Pflege als integralem Bestandteil der Leistungen zur Teilhabe
- die Stärkung der Selbstkompetenz von Nutzer\_innen durch Beratung und Schulung
- die Gewinnung von Handlungssicherheit in der Behandlungspflege
- die Prophylaxe und Risikominimierung
- die Vermeidung von unerwünschten Umzügen in Altenhilfeeinrichtungen

Die **personelle Umsetzung** erfolgte in allen drei Modellprojekten mit bestehendem Personal auf freiwilliger Basis:

*„... wie viel von diesen, die wir schon in unseren Reihen haben, sind denn Menschen, die sich das noch zutrauen, die auch, also erstmal von dem, was sie mitbringen, dann aber auch sich wieder aktuell mit diesem Thema beschäftigen möchten, weil das ist ja immer eine wichtige Grundvoraussetzung, die sich weiterbilden möchten, weil das war auch ein wichtiges Thema, und Aufgaben übernehmen wollen, die zusätzlich zu ihrer ganz normalen Tätigkeit als Mitarbeiter, Betreuer in der Wohngruppe sind, die auch nicht irgendwie, also nicht irgendwie eine andere Stelle dann inne haben oder mehr Geld kriegen, sondern aus wirklich Spaß an der Freude“ (3-02-I-AN-01, Seg. 25).*

Die Nähe zu den Wohngruppen vor Ort hat dabei deutliche Vorteile:

---

<sup>25</sup> Die Abkürzung „Seg.“ in den Quellenangaben zu den Interviews bezeichnet Textsegmente. Das genutzte EDV-Programm lässt keine Zeilennummerierung zu.

*„Das kriegt man aber nur durch die Nähe hin, also wenn jemand 'raus irgendwo ist, bis ich den mal erreicht habe und bis der dann mal kommt und mal Zeit hat. Deswegen war uns ja so wichtig, dass das der Kollege ist. Und von einem Kollegen nehme ich viel schneller was an“ (3-02-I-AN-01, Seg. 172).*

Bei Mitarbeitenden in der Eingliederungshilfe besteht – als Kehrseite eines Verständnisses ganzheitlicher Begleitung von Menschen mit Behinderungen – häufig eine Tendenz der Allzuständigkeit. Vorgesetzte unterstützen häufig diese Tendenz durch eine entsprechende Erwartungshaltung den Mitarbeitenden gegenüber, alles können und alle Situationen bewältigen und meistern zu sollen (vgl. 3-02-I-AN-01, Seg. 93). Die pflegerische Versorgung braucht jedoch eine spezifische Fachkompetenz. Im Idealfall erhalten pädagogisch qualifizierte Mitarbeitende durch die Unterstützung pflegerisch ausgebildeter Kolleg\_innen auch die Chance, sich von solchen Allzuständigkeits- und Allmachtphantasien zu verabschieden:

*„[...] ich glaube schon, dass die Mitarbeiter auch gelernt haben, auch die Pädagogen gelernt haben, ich bin nicht der Allroundmensch, ich muss nicht alles können. Weil das war ja immer die Anforderung der Eingliederungshilfe“ (3-02-I-AN-01, S132).*

Damit das Beratungsangebot in den einzelnen Wohnbereichen nachhaltig wirken kann, brauchen Mitarbeitende vor Ort eine gewisse **Selbstreflexions- und Selbstlernfähigkeit** und die Kompetenz, erworbenes Wissen eigenständig anzuwenden und auf ähnlich gelagerte Fälle zu transferieren. In Zukunft wird es – so die Einschätzung der Befragten – in zunehmendem Maße multiprofessionelle Teams geben müssen, die sowohl pädagogische als auch pflegerische Kompetenz einbringen. Dabei könnte auch die Berufsgruppe der Familienpfleger\_innen interessant sein für die Eingliederungshilfe. Erste Erfahrungen eines Trägers mit dieser Berufsgruppe sprechen jedenfalls dafür (vgl. 3-02-I-AN-01, 53).

Dabei erweist sich das **Bezugsbetreuungssystem** in den Wohnstätten als sinnvoll, da die gesundheitlichen Herausforderungen der Bewohner\_innen äußerst unterschiedlich sind und nur eine kontinuierliche Bezugsperson über alle Informationen verfügt und so sowohl langfristige Entwicklungen im Blick behalten wie auch kurzfristige Veränderungen und neue Risiken sehr schnell wahrnehmen kann.

Bei allen drei Diensten werden die Aufgaben der Beratung vor Ort **im Rahmen der üblichen Dienstzeiten** übernommen. Hier deutet sich eine grundsätzliche Fragestellung an: Wie können personelle Ressourcen für die Begleitung älter und pflegebedürftig werdender Menschen mit Behinderung im Kontext stationärer und ambulant betreuter Wohnsettings dauerhaft gesichert werden? Stationäre Einrichtungen haben in ihrem Gesamt-Personalbestand eher die Möglichkeit, durch Umverteilung aus der Maßnahmepauschale Ressourcen für diese Aufgabe zur Verfügung zu stellen, jedoch erhalten Sie auch im Rahmen der Pauschalabgeltung der Pflegeleistungen gem. § 43a SGB XI für diesen Bereich keine zusätzlichen Leistungen. Im ambulanten Bereich sind Fachleistungsstunden für die Leistungen der Eingliederungshilfe personenbezogen zugeordnet, pflegerische Hilfen (Grund- und Behandlungspflege sowie ergänzende hauswirtschaftliche Hilfen, sofern der Pflegebedarf vorrangig bleibt) werden über ambulante Pflegedienste erbracht, sofern eine Einstufung in eine Pflegestufe vorliegt.



Eine generelle Ausweitung der Leistungen auf diesen Bereich wird daher nicht für nötig befunden. Pflegerische Unterstützungsbedarfe „unterhalb“ der Pflegebedürftigkeit gem. SGB XI<sup>26</sup> oder vorübergehende Unterstützungsbedarfe nach einem Krankenhausaufenthalt sind jedoch im ambulanten Bereich nicht gedeckt:

*„Aber auch im betreuten Einzelwohnen hatten wir jetzt zwei Fälle wo wir naja fast täglich beschäftigt waren, die eben auch älter waren, längere Krankenhausaufenthalte dann wieder zurück ins betreute Einzelwohnen dann /eh/ ganz viele Diagnosen“ (3-01-I-AN-01, Seg. 78).*

Eine **eigenständige Finanzierung der Angebote** ist – wie bereits angedeutet – schwierig. Bei einem Träger besteht die Idee, einen speziellen **Pflegestützpunkt**<sup>27</sup> einzurichten mit der Spezialisierung auf Menschen mit Behinderungen unabhängig von der Art der Erbringung der Eingliederungshilfeleistungen.

Die **(Ablauf-)Organisation** der Beratung und Unterstützung erfordert eine flexible Anpassung der Ausstattung des Fachdienstes an den Bedarf. Dies wird als generelle Anforderung an die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Leistungen und der Angebotsstruktur gesehen. So gestaltete sich die Installierung der Angebote in allen drei Diensten eher prozesshaft und damit in hohem Maße angepasst an den jeweils aktuellen Bedarf. Richtlinien zu verschiedenen Themen wurden und werden nach und nach bedarfsbezogen erarbeitet und den Wohnstätten zur Verfügung gestellt.

Das von den Anbietern beschriebene **Aufgabenspektrum** lässt sich entlang folgender Kernprozesse beschreiben:

- Beratung und Schulung
  - von Mitarbeitenden
  - von Angehörigen
  - von externen Kooperationspartnern (Ärzt\_innen, Therapeut\_innen)
  - von Nutzer\_innen
- Erarbeitung von Leitfäden, Richtlinien und Pflegestandards
- Kooperation und Vernetzung
- Externe und interne Kommunikation und Information über die Angebote

Zentrale Aufgabe ist die **Beratung und Schulung der Mitarbeitenden**, weil deren Kompetenz zu einer fachlich richtigen Einschätzung von medizinischen und pflegerischen Bedarfssituationen begrenzt ist. Diese Beratung findet zum Teil situativ statt, wenn krisenhafte Entwicklungen und unklare Verhaltensweisen von Betreuten ein

---

<sup>26</sup> Für die Anerkennung der Pflegestufe I ist ein Bedarf von mind. 90 Min. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, davon mind. 45 Min. Grundpflege Voraussetzung (§ 15 SGB XI), wobei Leistungen der Behandlungspflege mit zu berücksichtigen sind, wenn sie untrennbar mit den Verrichtungen nach § 14 Absatz 4 SGB XI verbunden sind.

<sup>27</sup> Pflegestützpunkte bieten als Beratungsstelle vor Ort einerseits Pflegeberatung und Fallmanagement (§ 7a SGB XI) und andererseits bzw. in Verbindung damit Beratung, Vernetzung und Koordination (§ 92c SGB XI). Ein spezieller Pflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen besteht z.B. seit 2009 in Hamburg (<http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/1298194/2009-03-24-bsg-pflegestuetspunkt.htm>).

medizinisches Problem vermuten lassen. Eine Gesprächspartnerin beschrieb folgendes Beispiel:

*„ [...] also bei einem, eh, Klienten war's so, eh, da war's im Grunde eine Empfehlung von uns; da hieß es ‚der schreit immer‘ und da bin ich hin und hab mir das angeguckt und da sagte ich ‚tja‘ und der hatte auch'n Dekubitus und ich sagte ‚Hat der Mensch eine Schmerzmedikation?‘ Da hieß es: ‚Nein!‘ Da sag ich: ‚Das wird angesetzt, der hat unter Garantie Schmerzen‘. ‚Ja wieso jetzt das? Der hat Halluzinationen.‘ Ich sag: ‚Die hat er zusätzlich, er hat aber auch Schmerzen, und wir müssen jetzt alles betrachten und ausschließen so, dass er nicht mehr den ganzen Tag schreien muss.‘ Das war wirklich massiv. Also gut Schmerzmedikation angesetzt nach /eh/ mit hangen und bängen ne? Jetzt bekam der nach Jahren das erste Mal aufgrund der Schmerzmedikation wieder Anfälle – da war er natürlich erst mal verloren, ich bin aber sofort wieder hin und sag man muss da zäh dranbleiben man kann die Schmerzmedikation auch ändern ne? Da hat sich was getan in dem Körper rufen wir wieder beim Hausarzt an, andere Schmerzmedikation, darauf hin sind die Anfälle sofort weg und er schrie nicht mehr“ (3-01-I-AN-03, Seg. 30).*

Die Beratung erfolgt daneben durch die Teilnahme an Fallberatungen in Wohngruppen und in der Förderstätte sowie Fallbesprechungen mit Ärzt\_innen und Angehörigen. Beratungsanlässe sind hier u.a. Fragen der Wundversorgung, der Mobilisation, der Hilfsmittelversorgung oder Hygiene.

Die **Beratung von Angehörigen** bezieht sich häufig auf die Durchführung schwieriger pflegerischer Situationen im häuslichen Umfeld:

*„Weil immer wieder kommen ganz viele Fragen /eh/ – zu unterschiedlichen Dingen von den Eltern, wenn man mal mit den Eltern zu tun hat, wo es drum geht ‚Wie kriege ich meine Tochter aus der Badewanne‘ [...] Also 'ne Mutter neunundsiebzig Jahre alt ist, dann hat sie sie aus der Badewanne gekriegt, dann ist die gefallen, dann hat die Tochter erbrochen, jetzt wie krieg ich die meine Tochter wieder hoch? [...] Na dann hat sie halt in der Not irgendwie das DRK angerufen“ (3-01-I-AN-01, Seg. 156-160).*

Allerdings birgt die Kooperation mit Angehörigen auch Konfliktpotential, das die Aufklärung in rechtlichen und fachlichen Fragen erforderlich macht:

*„Also es ist viel Reibung entstanden. Also einerseits viele gute Sachen, wo Eltern auch sagen, nein, das finde ich auch gut, dass alle geschult werden und das beruhigt mich ja auch, dass das gut läuft und so. Andererseits aber auch Unverständnis, wo Eltern sagen, das verstehe ich überhaupt nicht, alles übertrieben und auch, diese Gesetze, was soll das überhaupt, auch wenn es um Medikamente geht, wenn wir sagen, wir dürfen das nicht verabreichen, weil Mutter kommt mit einem Sälbchen und sagt, das möchte ich jetzt, dass Sie meinen Sohn / meine Tochter damit einreiben, und wir sagen, das dürfen wir aber nicht, dann verstehen die das nicht und sagen warum denn nicht“ (3-02-I-AN-01, Seg. 148).*

Daher gilt es, den Angehörigen zu vermitteln, dass sie in ihrer spezifischen Kompetenz nicht ersetzbar sind, und dass die Mitarbeitenden der Wohneinrichtung – wenn sie eine gute Begleitung auch im Interesse der Angehörigen sicherstellen wollen – ein hohes

Maß an Fachlichkeit benötigen, einschließlich einer Expertise im medizinisch-pflegerischen Bereich, „[...] und das ist auch eine Herausforderung“ (3-02-I-AN-01, Seg. 146).

Die mangelnde Kenntnis behinderungsspezifischer Bedarfe erfordert immer wieder **Beratung von Ärzt\_innen und Therapeut\_innen** seitens der Pflegeberater\_innen der Anbieter, teilweise auch deutliche Interventionen:

*„[...] und zwar waren die zwei Klientinnen über fünfundvierzig, wo man eine Vorsorgeuntersuchung gynäkologisch machen wollte und die Gynäkologen haben das abgelehnt mit der Begründung ‚die hatten keinen Geschlechtsverkehr‘ sie würden das nicht machen. [...] Also sie haben nicht mal die Brust untersucht“ (3-01-I-AN-01, Seg. 88ff.).*

Aus positiven Erfahrungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Ärzt\_innen entstand bei einem Anbieter die Idee, **Schulungen von Ärzt\_innen durch Ärzt\_innen** auf der Ebene der Ärztekammer zu initiieren, die auf diese Idee bereits positiv reagiert hat. Ebenso gibt es Ärzt\_innen, die sich bereit erklärt haben, aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Personenkreis für solche Schulungen von Kolleg\_innen zur Verfügung zu stehen (3-02-I-AN-01, Seg. 200):

*„[...] ich war jetzt auch schon zwei Mal in Krankenhäusern hab die Leute direkt beraten, hab mich da mit dem Personal auseinandergesetzt, wir wollten jetzt in einem Krankenhaus 'ne Hospitation machen, letzte Woche, es wurde uns abgesagt wegen Personalmangel, aber das werden wir weiterhin machen, weil wir gerne natürlich auch jetzt zu Ärzten /eh/ zu Krankenhäusern, Sozialdiensten Kooperationen schaffen wollen“ (3-01-I-AN-01, Seg. 148).*

**Leitfäden und Pflegerichtlinien** werden bedarfsbezogen nach und nach zu allen relevanten Themen erarbeitet, zum Teil unter Nutzung professionellen Schulungsmaterials aus dem Bereich der Pflege, das entsprechend angepasst wird (Leitfäden zur Gesundheitsförderung, zu Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxen sowie relevante grund- und behandlungspflegerische Leistungen). Die Einführung von **Pflegestandards** wird noch diskutiert hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile:

*„Und da gehen Meinungen sehr auseinander. Manche sagen, ja klar, auch das brauchen wir und das muss unbedingt und, naja, ich bin immer skeptisch und sage, naja, also wenn ich an ICF und so denke, dann frage ich mich, brauche ich das wirklich? Vielleicht braucht man einen gewissen Rahmen, aber dieser Rahmen muss gefüllt werden von den Menschen, die man begleitet, aber man muss da gucken“ (3-02-I-AN-01, Seg. 105).*

In Planung sind dagegen **Pflegevisiten** im Sinne von Risikovisiten auf der Basis von Verfahren zum Risiko-Assessment.

Die **Beratung und Schulung von Nutzer\_innen** befindet sich erst in der Entwicklung:

*„[...] das ist gerade das Thema, das wir jetzt angehen wollen, also schon auch in diese Richtung Schulung von Menschen mit Behinderung und auch den Blick zu haben im*

*Sinne der Selbständigkeit, was benötigen Menschen mit Behinderung denn an Schulung zum Thema Gesundheit und Hygiene“ (3-01-I-An-01, Seg. 108).*

Erste Materialien in leichter Sprache sind vorhanden, hier besteht aber noch viel Entwicklungsbedarf.

Eine gute **Vernetzung der Dienste** innerhalb der eigenen Trägerstruktur, aber auch mit anderen Anbietern in der Region wird für erforderlich gehalten, aber noch nicht in allen Bereichen umgesetzt. Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten finden eher punktuell und einzelfallbezogen statt. Einer der Dienste strebt eine intensivere Kooperation an (Schulung der Mitarbeitenden von kooperierenden Pflegediensten in Bezug auf Besonderheiten in der pflegerischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen), hat diese aber bisher nicht realisiert. Kooperationen mit ambulanten Pflegediensten werden als zukunftsfähiger eingeschätzt, da der Träger die Risiken einer eigenen Sozialstation nicht tragen müsste (vgl. 3-01-I-AN-01, Seg. 236-242).

Die Kooperation mit Alten- und Krankenpflegeschulen könnte ausgebaut werden (Gewinnung von pflegerischen Fachkräften für die Behindertenhilfe durch Information in Fachschulen).

Bisher gestaltet sich vor allem die **Kooperation mit Krankenhäusern** vor Ort oft sehr schwierig. Obwohl viele Anstrengungen unternommen werden, die Mitarbeitenden in Krankenhäusern für die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderung zu sensibilisieren, kommt es oft zu Missverständnissen und Kommunikationsproblemen auf beiden Seiten. Die engere Kooperation mit Krankenhäusern wird daher von allen Anbietern angestrebt. Denkbar sind Informationsveranstaltungen in Krankenhäusern, um sich als Expert\_innen für die besonderen Belange von Patient\_innen mit Behinderungen zur Verfügung zu stellen. Diese Idee wurde aber bisher von keinem der Anbieter umgesetzt.

Die **Kooperation mit Ausbildungsstätten** im Bereich der Pflege könnte weiter ausgebaut werden, um bereits in der Ausbildung künftigen Pflegefachkräften eine spezifische Kompetenz im Umgang mit Menschen mit Behinderungen zu vermitteln und zugleich von der Kompetenz der Fachschulen zu profitieren.

In der **internen Kommunikation** sind Verfahren zu entwickeln, wie Bedarfssituationen dokumentiert und intern kommuniziert werden sollen. Alle Mitarbeitenden müssen über das Angebot informiert sein, die schnelle und verlässliche Erreichbarkeit der jeweils zuständigen Mitarbeitenden muss gewährleistet sein. Auch **externe** Kooperationspartner sollten auf sehr niedrighwelliger Ebene Informationen über die Beratungs- und Schulungsangebote bekommen. Informationsveranstaltungen können dabei auch den umgekehrten Effekt haben, die Anbieter auf Handlungs- und Entwicklungsbedarfe aufmerksam zu machen. Die interne Kommunikation betrifft auch die notwendigen Verfahren der Delegation und der Fachaufsicht in Bezug auf pflegerische Hilfen einschließlich entsprechender Regelungen für den Vertretungsfall.

## 8.6.2 Passgenauigkeit der Modellprojekte im Blick auf die Anforderungen an die Lebensgestaltung im Alter

Im Abgleich der Modellprojekte mit in der Matrix der Handlungsspielräume und Unterstützungsbausteine (vgl. Schäper et al. 2010, 98-108) ist erwartbar deutlich, dass die Dienste sich auf die Entwicklungsaufgabe der **gesundheits- und pflegebezogenen Fragen** der Alltagsgestaltung konzentrieren. Es fällt zusätzlich auf, dass das Leistungsspektrum der Dienste primär bzw. in der Praxis bisher ausschließlich auf Fragen der pflegerischen Versorgung der **stationär** betreuten Nutzer\_innen und des Umgangs mit der im Alter zunehmenden Häufung von akuten Erkrankungen und von Multimorbidität bezogen ist. Hier halten die Angebote relativ umfassende Antworten bereit. Für viele der relevanten Themenbereiche wurden Richtlinien und Schulungen erarbeitet. Welche Themen dabei jeweils aufgenommen werden, wird dabei sehr bedarfsbezogen entschieden, was den Vorteil einer hohen situativen Passgenauigkeit mit sich bringt. Zugleich wird dadurch jedoch die Perspektive relativ deutlich begrenzt: Themenfelder, die außerhalb des akuten pflegerischen Bedarfs im engeren Sinne liegen und/oder die nicht von Seiten der Mitarbeitenden wahrgenommen und thematisiert werden, werden nicht als Zuständigkeitsbereich der Dienste wahrgenommen. Aufgaben, die außerhalb des klassischen Handlungsrepertoires der Pflege liegen, werden eher in der Verantwortung der Mitarbeitenden der Wohngruppen belassen. Wenngleich dies der jeweiligen internen Professionslogik entspricht, stellt sich doch die Frage, wie in der interdisziplinären Kooperation diese beiden Perspektiven zusammengedacht und in gemeinsame Handlungskonzepte überführt werden könnten. Dies ließe sich am Beispiel des Umgangs mit sexuellem Erleben und sexuellen Bedürfnissen älter werdender Menschen mit Behinderungen verdeutlichen, das im Themenkanon der Angebote nicht explizit auftaucht, obwohl es in hohem Maße Bezüge zu Fragen der pflegerischen Versorgung aufweist, die mit dem Erleben des Gepflegtwerdens durch einen gleich- oder gegengeschlechtlichen Pflegenden immer unmittelbar verwoben ist, aber auf die körperlichen Bedürfnisse nicht zu reduzieren ist<sup>28</sup>.

Relativ viele Bemühungen richten sich dagegen auf die **Beratung von Ärzt\_innen und des Fachpersonals im Krankenhaus:**

*„Aber ich hab da [im Krankenhaus] neulich angerufen, da brauchte ein Klient ein MRT in Vollnarkose und ... die haben das abgelehnt, alle anderen haben es auch abgelehnt, sie machen das nicht ... Weil da müssen die eine Vollnarkose, das würde die Kasse nicht finanzieren und damit wär's erledigt“ (3-02-I-AN-01, Seg. 199).*

Darüber hinaus stellen die Anbieter, unterstützt durch die eigenen gesundheits- und pflegebezogenen Fachdienste, auch die **Begleitung von Klient\_innen bei Krankenhausaufenthalten** sicher:

---

<sup>28</sup> Dasselbe Phänomen lässt sich in der Matrix der Handlungsspielräume und Unterstützungsbausteine im Zweiten Zwischenbericht des Projektes „Lebensqualität inklusiv(e)“ feststellen (Schäper et al. 2010): Das Thema Sexualität scheint im Blick auf ältere Menschen mit Behinderungen doppelt tabuisiert und taucht weder in der Literatur prominent auf, noch war es Gegenstand der Gespräche mit Expert\_innen.

*„So und im Schnitt ist da wirklich bei 'rumgekommen, dass im Schnitt die meisten Menschen mit geistiger Behinderung, ich sage mal wirklich zu 90% weiter vom Träger begleitet worden sind, weil das Krankenhaus das nicht getan hat und weil die gesagt haben, wir können das nicht und das bezahlt uns keiner und das ist zusätzlich und das hat jetzt mit der Blinddarmentzündung doch nichts zu tun und viele Träger sogar Nachtbereitschaften gemacht haben oder oder oder. Und das ist die Erfahrung, die wir machen. Oder leider Gottes auch wirklich, wenn es um Körperhygiene geht. Ob das über Rasieren, Essen reichen oder so geht, dass das ganz häufig von dem Träger [...]“ (3-02-I-AN-01, Seg. 196).*

Die Begleitung von älter werdenden Menschen mit Behinderung und **Demenzerkrankungen** wird nicht primär als Aufgabe der pflegerischen Versorgung wahrgenommen. Eine leichte bis mittelgradige Demenz stellt Mitarbeitende eher vor pädagogische Herausforderungen.

*„Demenz ist natürlich ein Thema, wobei [...] wobei wir zu dem Thema [...] jetzt nicht so viel machen, es sei denn, es geht zu dem Thema Ernährung, Menschen mit Demenz und Flüssigkeit, also wieder dieser Gesundheitsaspekt. [...] Ansonsten ist es beim Thema Demenz eher unser Beratungsteam [...], die für das Thema Demenz zuständig sind, wo es dann aber wieder um diesen pädagogischen Teil geht. So, da müssen wir uns natürlich ergänzen“ (3-02-I-AN-01, Seg. 220).*

Erst mit Fortschreiten der Erkrankung kommen pflegerische Anforderungen hinzu und die gesundheits- und pflegebezogenen Fachdienste werden einbezogen,

*„[...] weil es gibt ja ärztliche Untersuchungen, dass Menschen mit Demenz verhungern oder verdursten sogar, weil die Menschen, die sie begleiten, nicht erkennen können, dass diese Person zum Beispiel einen höheren Bedarf an Kalorien hat, weil aufgrund der Situation oder Körperbewegungen, die schneller ablaufen, Muskeln und so weiter, dass viel mehr verbraucht wird und die Person oft auch vergisst, zu essen und solche Sachen“ (3-02-I-AN-01, Seg. 224).*

Themen um die **Begleitung am Lebensende** sind offenbar wiederum eher im Kompetenzbereich der Wohngruppen und der Mitarbeitenden vor Ort angesiedelt und spielen im Alltag der Dienste keine herausragende Rolle.

Die Konzentration der Dienste auf die gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen ermöglicht eine hohe fachliche Qualität der Beratung, Schulung und Intervention. Je mehr jedoch die Aufgaben aus den Wohngruppen ausgelagert sind (externer gruppen- bzw. wohnstättenübergreifender Dienst versus Verortung beratender Fachkräfte direkt in den Wohnstätten / Wohngruppen), umso mehr scheint die Gefahr zu bestehen, die Versäulung der Hilfesysteme in einer Versäulung der Professionen fortzuführen und die Chancen interdisziplinärer Kooperation zwischen pflegerischen und pädagogischen Fachkräften nicht umfassend nutzbar zu machen. Die Erfahrungen mit beiden Modellen aus Sicht der Mitarbeitenden vor Ort und der Bewohner\_innen der Wohnstätten / Wohngruppen differenziert zu erheben, wäre jedoch notwendig, um die Vor- und Nachteile der beiden Modelle differenziert beurteilen zu können. Die

Gespräche mit den Vertreterinnen der Anbieter lieferten hierzu nur die benannten ersten Einschätzungen.

### **8.6.3 Bewertung der Angebote und weitergehende Handlungsbedarfe aus Anbietersicht**

#### **8.6.3.1 Ergebnisse der Interviews mit Vertreterinnen der Anbieter**

Insgesamt wird die Arbeit der gesundheits- und pflegebezogenen Fachdienste von allen drei Anbietern positiv bewertet, und weiterer Entwicklungsbedarf wird relativ deutlich benannt.

Alle drei Anbieter berichten übereinstimmend, dass die Sensibilität und Handlungssicherheit bei Mitarbeitenden für die pflegerischen und gesundheitsbezogenen Unterstützungsbedarfe der Bewohner\_innen zugenommen habe (vgl. u.a. 3-01-I-AN-01, Seg. 57-60). Zu dieser Handlungssicherheit gehört aus Sicht einer Gesprächspartnerin auch ein klares Bewusstsein der eigenen Kompetenzgrenzen, wie sie es am Beispiel einer Anfrage aus einer Wohneinrichtung eines anderen Trägers verdeutlicht:

*„Ich hatte auch schon mal eine Anfrage von einem anderen Träger, der mich anrief und sagte: ‚Frau Ambach, ich habe eine Mitarbeiterin, die hat sich geweigert zu spritzen und ich will die jetzt abmahnen.‘ Ich habe dann gesagt: ‚Ja, weigert die sich prinzipiell?‘ – ‚Nein, nur bei dieser einen Person.‘ Ich sage: ‚Warum tut die das denn?‘ – ‚Ja, dieser junge Mann ist so abgemagert und sie sagt, sie hat Angst, dass sie ihn verletzt.‘ Und daraufhin habe ich ihm gesagt: ‚Also da würde ich nicht abmahnen, sondern da würde ich ein Lob aussprechen, dass sie eine sehr verantwortungsvolle Mitarbeiterin ist. Weil ich muss mich sicher fühlen und keine Angst haben und sie weigert sich ja nicht prinzipiell zu pflegen‘“ (3-01-I-AN-01, Seg. 95).*

Ebenso habe die Akzeptanz der Arbeit der Pflegeexpert\_innen zugenommen und die Bereitschaft, Anregungen von ihrer Seite positiv aufzunehmen:

*„[...] und dann ist man auf einmal auch Kollege, ne? Und wenn die dann meinten ‚Hoppla die haben ja ‚ne gute Idee‘ und ich sagte immer ‚Wir sind deswegen da, dass es den Menschen besser geht, dass der eine bessere Lebensqualität hat‘ und da konnte man jetzt schon an vielen Punkten einfach überzeugen, schlicht durch Empfehlungen von Hilfsmitteln“ (3-01-I-AN-01, Seg. 30).*

Als weitere positive Wirkungen der bisherigen Arbeit der gesundheits- und pflegebezogenen Fachdienste werden benannt:

- eine Steigerung der Betreuungs- und Pflegequalität, damit auch eine Steigerung der Lebensqualität der Bewohner\_innen
- mehr Sicherheit und Qualität, aber auch mehr Risikobewusstsein
- eine längere Verweildauer von Bewohner\_innen in der Eingliederungshilfe

- die Stärkung des fachlichen Kompetenzbewusstseins bei Mitarbeitenden und die angemessene Vertretung der Bewohner\_innen bei Arztkontakten und Krankenhausaufenthalten
- ein Mehr an Sicherheit für Angehörige und gesetzliche Betreuer\_innen

Die Umsetzung der zwischen den Spitzenverbänden der Träger vereinbarten Rahmenempfehlung bewirkt insgesamt eine deutliche Professionalisierung der Nichtpflegefachkräfte und deren Bereitschaft und Kompetenz zu interdisziplinärer Kooperation (vgl. Schlingmann 2009; Paulus 2009).

Weitergehende Handlungs- und Entwicklungsbedarfe ergeben sich aus dem Prozess der Ambulantisierung der Hilfeangebote in der Eingliederungshilfe, durch den sich Bedarfsprofile der Bewohner\_innen von Wohnstätten zunehmend verändert haben und weiter verändern werden. Dabei stellen die Anbieter eine größer werdende Anzahl von Menschen mit hohem pflegerischem Unterstützungsbedarf nicht nur in höheren Lebensaltern, sondern auch bei jüngeren Bewohner\_innen fest:

*„Fittere ziehen aus und die, die einziehen, sind pflegebedürftiger. Also auch junge Menschen, die einen höheren Anteil an Pflegebedarfen haben, weil die eben schwerst mehrfach körperlich behindert sind und so“ (3-02-I-AN-01, Seg. 17).*

Für eine Finanzierung der Angebote bestehen bisher keine grundlegend neuen konzeptionellen Ideen oder Verfahren jenseits der Refinanzierung aus der Maßnahme-pauschale in der Eingliederungshilfe. Die Weiterentwicklung personeller Ressourcen ist dadurch gebremst. Die Rollen und Aufgaben der Beteiligten einschließlich ihrer permanenten fachlichen Weiterbildung (auch in Zukunft) müssen deutlich beschrieben sein (Arbeitsplatzbeschreibungen und Anforderungsprofile), und die Mitarbeitenden brauchen klar definierte zeitliche Ressourcen, um diesen Aufgaben mit der nötigen Sorgfalt nachgehen zu können. Dies beinhaltet auch die Unterstützung durch die Vorgesetzten (vor Ort und beim Träger) (vgl. Paulus 2009). Zur eigenen Weiterentwicklung gehört dabei auch ein regelhafter Austausch mit Kolleg\_innen und die Möglichkeit, das eigene Wissen auf einem hohen Aktualitätsgrad zu halten.

### **8.6.3.2 Ergebnisse des Workshops mit Vertreter\_innen der Anbieter**

In einem Workshop mit Vertreter\_innen der Anbieter, bei dem die Ergebnisse der Literaturanalyse vorgestellt wurden, wurden wichtige Handlungsbedarfe für die Weiterentwicklung der Einrichtungen und Dienste diskutiert. Diese Diskussion bietet somit wichtige Hinweise auf Entwicklungsbedarfe und Aufgaben unterschiedlicher Akteure im Feld der gesundheitlichen Versorgung älter werdender Menschen mit Behinderungen generell: Aufgaben der Anbieter, der Spitzenverbände, der Ausbildung und der Forschung sowie der Sozialplanung. Sie sind daher insbesondere für die konzeptionelle Entwicklung von Unterstützungsbausteinen hilfreich. In der folgenden Tabelle wurden zentrale Zukunftsaufgaben auf Akteure bezogen zusammengefasst und mit Prüfkriterien versehen, die entlang der Leitideen bewertet werden können.



Akteure / Sektor	Aufgabe	Prüfkriterien	Bewertung entlang der Leitideen Teilhabe, Inklusion, Selbstbestimmung
Träger und Trägerverbände	Informations- und Beratungsangebote für Angehörige zu alterskorrelierten Themen.	<p>Informationen für Angehörige stehen in schriftlicher Form zur Verfügung.</p> <p>Es bestehen informelle Beratungsmöglichkeiten.</p> <p>Ein formelles Beratungsangebot (feste Zeiten, feste Ansprechpartner_innen, Beratungsstelle) steht zur Verfügung.</p> <p>Es werden Fortbildungen für Angehörige angeboten.</p>	Bedarfsgerechte Betreuung und Begleitung zur Sicherstellung von Selbstbestimmung und Teilhabe sind möglich.
	Informations- und Beratungsangebote für Nutzer_innen zu alterskorrelierten Themen	<p>Informationen für Nutzer_innen stehen in schriftlicher Form zur Verfügung.</p> <p>Informationen für Nutzer_innen stehen in leichter Sprache zur Verfügung.</p> <p>Es bestehen informelle Beratungsmöglichkeiten.</p> <p>Ein formelles Beratungsangebot (feste Zeiten, feste Ansprechpartner_innen, Beratungsstelle) steht zur Verfügung.</p> <p>Es werden Fortbildungen für Nutzer_innen angeboten.</p>	Nutzer_innen werden als Subjekte ihrer Lebensgeschichte wahrgenommen; Unterstützung von Selbstbestimmung durch Information und Bildungsangebote.
	Fortbildungsangebote für Mitarbeitende	<p>Fortbildungsangebote anderer Anbieter werden genutzt.</p> <p>Eigene Fortbildungsangebote werden konzipiert.</p>	Kompetenzerweiterung bei Mitarbeitenden unterstützt Teilhabechancen.
	Weiterentwicklung von Angeboten	<p>Nutzer_innen werden in Planungsprozesse einbezogen (partizipative Angebotsplanung)</p> <p>Evaluation von Angeboten auch aus Nutzer_innen-Sicht (z.B. „NUEVA“)</p>	Partizipation ermöglicht Selbstbestimmung und stärkt Nutzer_innenperspektive in der Forschung und Konzeptentwicklung.

	Vorbereitung auf den Ruhestand	<p>Nutzer_innen erhalten Angebote zur Vorbereitung auf den Ruhestand.</p> <p>Es existiert ein spezifisches Konzept zur Begleitung der Nutzer_innen in der Vorbereitung auf den Ruhestand.</p> <p>Angebote anderer Anbieter zur Begleitung in der Vorbereitung auf den Ruhestand werden genutzt.</p>	<p>Nutzer_innen werden als Subjekte ihrer Lebensgeschichte wahrgenommen; Unterstützung von Selbstbestimmung durch Information und Bildungsangebote.</p> <p>Inklusion in bestehende sozialräumliche Hilfestrukturen.</p>
Forschung	partizipative Forschung	Nutzer_innen werden in Forschung einbezogen (partizipative Forschung).	Nutzer_innen-Perspektive in der Forschung stärkt Selbstbestimmung.
	Verbreitung von Forschungsergebnissen	Forschungsergebnisse werden in leichter Sprache zugänglich gemacht.	
	Forschungsbasierte Weiterentwicklung von Handlungskonzepten	<p>Weiterentwicklung von Diagnoseinstrumenten (z.B. in Bezug auf Demenzdiagnostik) incl. Umsetzung und Evaluation.</p> <p>Weiterentwicklung von Therapieformen incl. Umsetzung und Evaluation.</p> <p>Forschung zu speziellen Themen (z.B. Todesvorstellungen von Menschen mit geistiger Behinderung)</p>	Erweiterung spezifischen Wissens ermöglicht passgenaue Hilfen, die Selbstbestimmung und Teilhabechancen stärken.
Ausbildung	Behinderung als Thema in Pflegeausbildungen	<p>Behinderung wird thematisiert.</p> <p>Praktika innerhalb der Pflegeausbildung in Einrichtungen der Behindertenhilfe.</p> <p>Kooperation von Ausbildungsstätten (Pflege – Heilpädagogik/HEP/Erz.).</p>	
	Behinderung als Thema in der Ausbildung von Ärzt_innen	<p>Behinderung wird thematisiert.</p> <p>Praktika Ausbildung in Einrichtungen der Behindertenhilfe.</p>	
	Weiterentwicklung von Berufsbildern	Berufsbild HEP schärfen und HEP-Ausbildung vereinheitlichen.	

Spitzenverbände / Fachverbände der Freien Wohlfahrtspflege	Verhandlung mit Kostenträgern zugunsten von Angeboten der Tagesgestaltung und von Bildungsangeboten	Spitzenverbände legen differenzierte Konzepte für die Verhandlung vor.	Rahmenbedingungen ermöglichen individuelle Hilfearrangements und damit Selbstbestimmung. Ressourcenschonende Vernetzung ermöglicht inklusive Gestaltung von Hilfesystemen.
	Lobbyarbeit für älter werdende Menschen mit Behinderung	Spitzenverbände vertreten Belange älter werdender Menschen mit Behinderungen in Kostenverhandlungen und in der Teilhabeplanung.	
	Vernetzung von Angeboten	Spitzenverbände regen Netzwerkbildung zwischen Anbietern und Hilfesystemen an und unterstützen diese.	
Aufgaben der Sozialplanung	partizipative Teilhabeplanung	(Vertreter_innen) von Nutzer_innen werden in Prozesse der Teilhabeplanung einbezogen.	
	bedarfsgerechte Teilhabeplanung	Strukturen und Prozesse der Sozialplanung werden bedarfsgerecht weiterentwickelt. Keine Kompensation von Leerständen in der Altenhilfe durch nicht bedarfsgerechte Belegung mit älteren Menschen mit Behinderung.	
	inklusive Teilhabeplanung	Konzepte der inklusiven Teilhabeplanung werden entwickelt und umgesetzt. Belange unterschiedlicher Personengruppen werden berücksichtigt.	
	Schnittstellenprobleme	Schnittstellenprobleme SGB V / SGB XI / SGB XII werden wahrgenommen. Es werden Perspektiven zur Bearbeitung dieser Schnittstellen erarbeitet.	Risiken in der Ausgestaltung von Hilfearrangements werden vermieden, Rahmenbedingungen für Teilhabe sind günstig.
Aufgaben der Leistungsträger	partizipative Hilfeplanverfahren	Leistungsträger der Eingliederungshilfe entwickeln partizipative Hilfeplanverfahren.	Optimierung von Selbstbestimmungsmöglichkeiten.
	besondere Bedarfe im Gesundheitswesen	Leistungsträger im Gesundheitswesen ermöglichen Optimierung von Krankenhausbehandlung durch Ressourcen für die Erweiterung von Diagnose- und Behandlungskompetenz und gute Begleitung im Krankenhaus.	Sicherstellung kompetenter Gesundheitsversorgung. Reduzierung von Risiken. Sicherstellung von Teilhabemöglichkeiten im Krankheitsfall.

Tab. 9: Handlungsbedarfe aus Anbietersicht: Ergebnisse eines Workshops

#### 8.6.4 Notwendige Unterstützungsbausteine aus Nutzer\_innensicht

Eine direkte Bewertung der Angebote aus der Perspektive der Betreuten ist in diesem Bereich nicht möglich, da die Bewohner\_innen nicht die primären Adressat\_innen der Angebote sind, sondern die Mitarbeitenden der stationären Angebote. So erschien es nicht sinnvoll, Bewohner\_innen der stationären Wohnbereiche der Träger zu ihrer Einschätzung zu dem jeweiligen Modellprojekt des Trägers zu befragen. Stattdessen wurden Nutzer\_innen im Bereich des ambulant unterstützten Wohnens befragt, um Unterstützungsbedarfe im gesundheits- und pflegebezogenen Bereich zu erfassen und zu erfahren,

- wie Nutzer\_innen ihr eigenes Älterwerden erleben und von welchen Altersbildern ihre Vorstellungen geprägt sind,
- welche Unterstützungsbedarfe sie selbst im Bereich Gesundheit und Pflege wahrnehmen bzw. artikulieren,
- welche weiteren Schwierigkeiten in der Bewältigung der Anforderungen implizit deutlich werden,
- für welche Bedarfe Nutzer\_innen ambulanter Unterstützungsformen entsprechende Angebote vorfinden und welche Personen in ihrem jeweiligen sozialen Netzwerken dabei bedeutsam sind,
- in welchen Bereichen sich Lücken in der Versorgung zeigen, und schließlich
- welche Wünsche und/oder Ängste im Blick auf die weitere Lebensperspektive bestehen.

Die interviewten Nutzer\_innen leben ambulant betreut in selbst angemieteten Wohnungen bzw. in Appartementshäusern des jeweiligen Trägers, allein oder mit einer/m Lebenspartner\_in zusammen. Die Interviewpartner\_innen waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 54 und 69 Jahre alt und teilweise bereits im Ruhestand bzw. noch mit verkürzter Arbeitszeit in einer WfbM beschäftigt. Ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen weisen ein recht breites Spektrum auf. Einige erhalten Unterstützung durch ambulante Pflegedienste (pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung). Alle Nutzer\_innen erhalten Eingliederungshilfe aufgrund einer geistigen Behinderung, verfügten aber über ein gutes Sprachverständnis und eine gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit. Es wurden neun Interviews geführt, eines davon auf Wunsch der Interviewten im Beisein einer Mitarbeiterin. Aus diesem Interview sind nur die Aussagen in die Auswertung eingegangen, die die Nutzerin selbst getroffen hat, um die Fremdeinschätzung nicht mit den Selbstauskünften der Nutzer\_innen zu vermischen.

Im Zuge des ersten Auswertungsschrittes, der formulierenden Interpretation wurden die inhaltstragenden Gesprächsanteile wörtlich aufgenommen und nach Themen systematisiert. Dabei wurden vor allem die von den Interviewpartner\_innen primär aufgegriffenen und im Gespräch aufgrund der Erzählimpulse gehäuft entfalteten Themen aufgenommen. Bereits in diesem Schritt schälen sich *„Erfahrungsbündel und Argumentationsmuster [...] heraus, Relevanzen und Beobachtungsdimensionen nehmen Kontur an“* (Meuser & Nagel 1991, 457). In einem nächsten Schritt wurde zwischen erzählenden und bewertenden Aussagen (subjektiver Ausdruckssinn /

intentionaler Sinngehalt) unterschieden, bevor im Vergleich mehrerer Interviews Aussagen zu ähnlichen Themen vergleichend analysiert wurden. Diese komparative Sequenzanalyse lieferte Hinweise zu gemeinsamen Auffassungen und Erlebnisweisen (Orientierungsmuster oder „Orientierungsrahmen“, vgl. Nohl 2009, 57), die schließlich sinngenetisch typisiert wurden, sofern sich gemeinsame Muster zeigten. War dies nicht der Fall, wurde eher die Bandbreite dieser Erlebnisweisen dargestellt. Eine soziogenetische Typenbildung erwies sich als nicht sinnvoll, weil die psychosozialen Daten der Interviewpartner\_innen hierfür nicht differenziert genug erhoben wurden.

Die wichtigsten Ergebnisse werden nun thematisch an die Anforderungen an die Lebensgestaltung angelehnt dargestellt im Blick auf die notwendige Ausgestaltung von Unterstützungsarrangements für älter werdende Menschen mit Behinderungen, vor allem in ambulant betreuten Wohn- und Lebensformen.

#### 8.6.4.1 Erleben des Alters als Lebensphase

In Bezug auf das **subjektive Erleben des eigenen Älterwerdens** zeichnen sich in den Interviews drei dominante Orientierungsmuster ab:

1. Einige Nutzer\_innen haben noch **keine konkrete Vorstellung** über das Älterwerden und denken über die Veränderungen im Alter noch nicht nach. Eine 55Jährige äußert über das Thema Älterwerden:

*„Über so was, da da hab ich mir noch keene Gedanken drüber gemacht“ (3-01-I-NU-1, Z.363).*

Eine 60Jährige meint:

*„Also, ich denke heute auch noch nicht dran [ans Älterwerden]. .... Und sage, ich kann und will nicht mehr. Ich warte ab bis die Zeit kommt“ (3-01-I-NU-6, Z. 129-131).*

Neben dieser eher abwartenden Haltung begegnen auch Wünsche, den befürchteten Prozess des Älterwerdens aktiv aufschieben zu können:

*„Aber das wird erst anders, wenn man 60 oder 70 Jahre ist, aber vorher will ich richtig noch Power in die Socken packen“ (3-02-I-NU-1, Z. 182-183).*

2. Andere scheinen bei sich selbst (noch) keine Anzeichen des Älterwerdens **wahrzunehmen**:

*„Nee, ich fühl mich nicht alt. [...] Ich bin doch keine alte Frau mit 63 Jahren“ (3-02-I-NU-2, Z. 323-325). „Ich kann mich noch jung kleiden, ich brauch nicht so'ne Oma-Sachen, zieh ich nicht an“ (ebd., Z. 349).*

Mehrere Nutzer\_innen betonen, dass sie von anderen für jünger gehalten werden als sie faktisch sind:

*„[...] Ich habe meistens Leute, die sagen, du siehst wie 21, 22, 23 Jahre aus, das ist doch gut. 21 zu 54 Jahre?“ (3-02-I-NU-1, Z. 202-203). „Da darf ich noch gar*

*nicht dran denken, dass ich 60 werde. [...] Die meisten sagen, die meisten sagen ja immer zu mir, ich komm noch mit 40 durch“ (3-02-I-NU-3, Z. 190-194).*

In solchen Aussagen schwingt zum Teil auch der Wunsch mit, trotz des Alters noch weiter **respektiert zu werden**: Ein Nutzer wünscht sich explizit, dass andere vor ihm „den Hut ziehen“:

*„Ich kann glaub ich noch mit 70, wenn ich das schaffe, noch fit sein. Aber welche schätzen mich nicht 63, 50 bleiben sie stehen. [...] Hier, ehm, die Familie Meyer der Mann, ne, der hat mich für 50 geschätzt, nicht 63. [...] Sagt er ‚Hut, Hut, Hut hoch‘ hat er gesagt. ...Nein, ‚Hut ab‘ “ (3-02-I-NU-2, Z. 356-369).*

3. Ein dritter Orientierungsrahmen wird erkennbar primär in den Aussagen zu Erfahrungen und Bildern, die die Interviewpartner\_innen mit älteren Menschen in ihrem sozialen Umfeld gemacht haben: Der Prozess des Alterns wird hier mit **körperlichen Gebrechen** und zunehmenden **akuten Erkrankungen** sowie **nachlassender kognitiver Kompetenz** verbunden, die die Person selbst (lange) noch nicht betreffen:

*„[...] Also alt, so alt möchte man – möchte man nicht werden wie die sind, wenn man die – die Leute so laufen sieht, na eh – so alt nicht, eh, manche laufen so krumm und manche – manche im Rollstuhl. Also im Rollstuhl, im Rollstuhl wollt ick nich, würd mir überhaupt nich gefallen“ (3-01-I-NU-3, Z. 137-139).*

*„[...] mh ja, man sagt, wenn man älter wird, dann lässt man zu viel nach. Dann ist man etwas ver-vergesslich so. Aber bis jetzt, bis jetzt kann ick mir alles noch so – so merken im Kopf, wat, ehm, wenn ich mal jetzt so wegfare, ich weiß immer noch, wie ich nach Hause komme, nich. Also det können wa schon – kenn wa mit aus mit allem, ne, kann man hinschicken, wo man will, find ich immer nach Hause, kann man mich sonst wo hin schicken“ (3-01-I-NU-2, Z. 119-124).*

*„Naja mh – die wurde immer – wurde auch immer kränker, [...] die wurde auch meistens immer denn, denn, eh, weiß auch nicht, war ja denn immer arbeiten gewesen, wa, und die is später denn – die is ja denn später in so'n – mh ja – Altersheim oder wat det da war reingekommen – weil es zu Hause so mit ihr nicht mehr so ging, ne – hab ich sie da auch mal besucht, ne – ja, die hat ja auch viel gearbeitet – die hat auch verschiedene Sachen gemacht – dann war se in Krankenhaus gekommen und dann is sie denn drinne verstorben – (holt Luft) tja“ (3-01-I-NU-2, Z. 105-112).*

Auch Wünsche in Bezug auf das eigene Älterwerden gehen in diese Richtung. Ein Gesprächspartner wünscht sich:

*„[...] dass man nie krank wird, he,he (lacht). Aber det klappt nicht – also det wäre det einzige, wa aber – und denn noch ein bisschen so rüstig sein, also nicht so am Stock oder so einer Gehhilfe mh oder wie Vati wa mh“ (3-01-I-NU-1, Z. 356-358).*

Insgesamt zeigt sich in allen Orientierungsmustern, dass die Auseinandersetzung mit dem eigenen Älterwerden bei den Interviewpartner\_innen bisher nicht mehr als

ansatzweise erfolgt ist. Angesichts der erschwerten (kognitiven) Antizipationsmöglichkeiten bei einer geistigen Behinderung zeichnet sich hier ein deutlicher Bedarf im Sinne einer Bildungsaufgabe ab, um auch im Alter eine konsistente Identität aufrecht erhalten und Veränderungen in das eigene Selbstkonzept integrieren zu können.

#### 8.6.4.2 Verlust von Angehörigen

Der Verlust der eigenen Eltern oder Geschwister nimmt in einigen der Gespräche breiten Raum ein und wird von diesen Nutzer\_innen deutlich betrauert. In der Verarbeitung zeigen sich wiederum unterschiedliche Orientierungsmuster:

1. Die Beziehung zu den Eltern oder einem Elternteil wird als einmalig beschrieben. Geschwister werden benannt, die den Verlust aber nur bedingt kompensieren können und/oder die Rolle einnehmen, Alternativen in der Lebensführung zu suchen, die zunächst einmal wenig attraktiv erscheinen:

*„Naja, eigentlich die wichtigsten Personen waren ja meine Mutter, aber nun haben wir sie ja nicht mehr. Das war eigentlich die wichtigste. Gut meine Brüder sind für mich heute auch noch wichtig, weil ich weiß, wir treffen uns. Wir treffen uns ja zu jedem Geburtstag. Nur eben, dass ich nicht bis nach N.-Stadt kann“ (3-01-I-NU-6, Z. 377-380).*

*„[...] da war ich dann da ganz alleene dat erste Mal nach so viel // Ja und ein Glück, dass ich noch gute Geschwister habe. [...] Na die kamen denn ab und zu mal gucken, na ob ich was brauche und so [...] Na die kamen denn auf diese Idee, so eines gewissen Tages da – muss ich denn da so in so'n Heim? Na dann komm ick denn so irgendwo hin und wo ick nich so hin will und wo mir das nich gefällt, ne“ (3-01-I-NU-1, Z. 56-65).*

*„Meine Geschwister, ne, die haben ja auch denn kaum Zeit, immer arbeiten, arbeiten, machen sie bis sie umfallen, machen sie denn mal so irgendeinen Fehler, dann wird gemeckert, ne“ (3-01-I-NU-1, Z. 382-384).*

In dieser Aussage schwingt sowohl Verständnis als auch Enttäuschung über die nur bedingte Verfügbarkeit der Geschwister mit.

2. Von einigen Befragten wurden eigenständig Alternativen im sozialen Nahraum gesucht:

*„Ich geh immer in die O.-Straße, da geh ich zur Weihnachtsfeier, weil meine Schwester jetzt auch tot ist und die macht das nicht und meine Schwägerin auch nicht, die laden mich so und so nicht ein, und da hab ich mich mal beim Sozialamt erkundigt und da hab ich dann die O.-Straße, und die ist sehr schön die Weihnachtsfeier“ (3-01-I-NU-3, Z. 341-345).*

3. Einige Nutzer\_innen stellen weniger den Verlust heraus als die Tatsache, dass lebenspraktische Anforderungen sich durch den Umzug, der nach Versterben der

Eltern notwendig wurde, verändert haben (z.B. Arztwechsel bedingt durch Wohnortwechsel).

4. Der Verlust wird als ein Verlust auch der Möglichkeiten beschrieben, selbst eine bedeutungsvolle Aufgabe für nahestehende Menschen zu übernehmen, selbst „gebraucht“ zu werden:

*„Na mit diesem Thema da wo ich hier so wohn, dat hätte man bei meinem Vater nicht ansprechen brauchen. Er wollte nich – weil wir uns gegenseitig so ja denn so gebraucht haben [...]. Er hat ja meinen ganzen Papierkrieg gemacht und wo er noch schreiben konnte also so alle Behördensachen und so geschrieben und Mutti die ist dann mit mir zu den Behörden und so gegangen, na und da und icke bin dann einkaufen gegangen mh – und Mülleimer und so wat alles“ (3-01-I-NU-1, Z. 114-121).*

Der Verlust von Angehörigen wirkt, ähnlich wie im Bereich des subjektiven Erlebens des eigenen Alterns, wenig aktiv verarbeitet und kann nur bedingt kompensiert werden. Wichtig scheint der Aspekt des subjektiv empfundenen Verlustes eigener Bedeutsamkeit. Mit dem Verlust von Angehörigen geht daher nicht nur der Rollenwechsel einher, nun auf sich allein gestellt das Leben gestalten zu müssen, sondern auch der Verlust einer Rolle innerhalb der Familie, die von wechselseitiger Solidarität und Unterstützung geprägt war, in der sie sich auch als kompetent und bedeutsam erleben konnten. In Beziehungen zu professionell Begleitenden erleben Menschen mit Behinderungen solche Wechselseitigkeit eher nicht. Die zitierte Äußerung macht deutlich, dass die Konzentration auf solche Beziehungen nicht nur Abhängigkeit schafft, sondern Menschen mit Behinderungen auch auf die Rolle der Hilfeempfangenden reduziert und die Potentiale der Unterstützung anderer durch eigene Kompetenzen unsichtbar macht.

#### **8.6.4.3 Gestaltung frei gewordener Zeit**

Ergänzend zu den Erkenntnissen aus der Evaluation der Angebote zur Gestaltung des Tages (vgl. den Beitrag von Greving in diesem Zwischenbericht) kamen in den Nutzerinterviews einige wichtige Aspekte zum Ende der Erwerbsarbeit und den Möglichkeiten der Gestaltung der frei gewordenen Zeit zur Sprache.

Die Veränderungen mit dem Wegfall der Arbeit werden von den befragten Nutzer\_innen vor allem als Verlust der sozialen Beziehungen beschrieben:

*„Ich weiß nur dass es ein bisschen komisch war. [...] die Arbeit hatte mir da nicht gefehlt [...]. Aber die Leutchen, die Leu- die Leutchen“ (3-02-I-NU-2, Z. 108-114).*

Entsprechend wird die frei gewordene Zeit neben dem Genießen der Muße der Pflege sozialer Beziehungen gewidmet:

*„Noja, erstmal schlaf ich mich aus, das muss sein und dann geh ich; dann geht man spazieren oder ich hab noch 'ne Freundin die in A-Stadt wohnt, die geh ich auch öfters mal zu besuchen und so zum Beispiel zum Kaffee trinken und alles, da hat man schon was von“ (3-01-I-NU-3, Z. 90-92).*



Die Befragten äußern auch materielle Einschränkungen durch eine zu niedrige Rente und entsprechende Zukunftsängste:

*„Ich würde gerne noch halbtags arbeiten, weil die Rente sonst so nicht reicht, das ist so wenig. Und tja vor drei Wochen war es so, dass ich am Freitag, eh, am achtundzwanzigsten kein Geld holen konnte, die Miete ist ja wahnsinnig teuer, vierhundertfünfzig Euro, ne? Und das ist schon ganz schön viel. Nein, wir wollen mal sehen, ob der, ob die // steigt, aber die Frau Müller meinte, die wird nicht viel steigen, denn das kann sogar sein, dass wir vielleicht alle ausziehen müssen oder gar nicht. Wenn's hart auf hart kommt, naja, da muss man sehen wo man hingeht. – Ja ja, das ist nicht so besonders schön“ (3-01-I-NU-3, Z. 94-101).*

Was die Gestaltung der frei gewordenen Zeit angeht, benennen einige der Befragten Schwierigkeiten in der Entwicklung von Alternativen zur Arbeit:

*„Naja mh, manchmal weiß man nich, wat man anfangen soll wa, aber – 'n bisschen – hätt man da wat machen können? Ja vielleicht so halb-, halbtags oder wat, so halbtags arbeiten“ (3-01-I-NU-2, Z. 78-80).*

Die Möglichkeit der Nutzung von Freizeit- und Bildungsangeboten wird durch Mobilitätseinschränkungen und durch die begrenzten finanziellen Mittel deutlich begrenzt:

*„Das ist immer so blöd, da muss man erst immer 'ne Taxe hin und zurücknehmen und so, das ist eben nicht so, und ich bin ja auch bei der Dunkelheit kaum draußen weil das einfach nicht geht“ (3-01-I-NU-2, Z. 334-336).*

*„Nee, wissen Sie, was wollen Sie machen wenn Sie fünfhundert Euro haben, siebenhundert, dann muss man mit jedem Pfennig rechnen, ich musst'n Monat mit achtundachtzig Euro auskommen, das ist es eben“ (3-01-I-NU-3, Z. 341-345).*

Sportangebote werden nur genutzt, sofern sie im Kontext der Wohngemeinschaft, der das eigene Appartement angegliedert ist, oder (bei älteren Menschen, die noch der Arbeit in einer WfbM nachgehen) in der WfbM angeboten werden. Angebote anderer Träger der Behindertenhilfe oder Anbieter auf dem allgemeinen Bildungs- und Freizeitmarkt werden vor allem aus Kostengründen nicht in Anspruch genommen (vgl. 3-01-I-NU-6, Z. 284-293).

*„Ich mach nur in der Werkstatt Sport. [...] Hier mach ich kein Sport. [...] Das is ja zu teuer. [...] Kann ich ja gar nicht bezahlen noch“ (3-02-I-NU-3, Z. 577-583).*

*„Nö, das mach ich alles nich, ich krieg Krankengymnastik und das ist das einzigste, weil das alles so teuer ist, ne?“ (3-01-I-NU-3, Z. 313-314).*

In den Gesprächen wird deutlich, dass es für Nutzer\_innen ambulanter Unterstützungsarrangements schwieriger ist, eigenständig Alternativen zur Arbeit zu erschließen, weil Mobilitätseinschränkungen und finanzielle Grenzen die Nutzung gängiger Angebote im sozialen Nahraum erschweren. Sie bleiben verwiesen auf Angebote innerhalb des Systems der Behindertenhilfe.

#### 8.6.4.4 Gesundheitsförderung, gesundheitliche Versorgung und Pflege

Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung nutzen die Befragten, sofern sie hier Hilfen benötigen und ihr Pflegebedarf durch die Pflegekasse anerkannt ist, die Möglichkeiten der Unterstützung durch ambulante Pflegedienste. Andere nutzen das Angebot benachbarter stationärer Wohngruppen, gegen einen Unkostenbeitrag dort an den Mahlzeiten teilzunehmen, was sie aber wiederum an finanzielle Grenzen bringt (3-01-I-NU-2, Z.260-270).

Im Bezug auf die Unterstützung durch ambulante Pflegedienste im Bereich der **Körperpflege und Hygiene** zeigen sich unterschiedliche Muster in der subjektiven Bewertung:

Einige Nutzer\_innen empfinden die Abhängigkeit in diesem Bereich deutlich als unangenehm. Eine Nutzerin wiederholt dies im Gespräch in Bezug auf unterschiedliche Unterstützungsbedarfe mehrfach und sehr deutlich:

*„Ich kann mich nicht mehr alleine waschen, weil ich nicht lange stehen kann, da werd ich gewaschen von der (Sozialstation), und die machen mir dann auch mein Frühstück. Ich wünschte ich würde noch alles alleine machen können). [...] Ich wünschte ich könnte noch alles alleine machen. [...] Aber nichts mehr.“ – I.: „Empfinden Sie denn die Hilfe die Sie dann bekommen als gut?“ – B.: „Ja schon, aber ich möchte alles alleine können.“ – I.: „Hmhm ja, ja, ja. Und wie sieht es aus, alleine einkaufen gehen?“ – B.: „Nichts mehr.“ – I.: „Hmhm ja.“ – B.: „Gar nichts mehr“ (3-01-I-NU-5, Z. 61-79).*

Der Unterstützungsbedarf wird hier sehr generalisiert als belastend und entwertend erlebt. Bei einer anderen Nutzerin zeigt sich indirekt in der Verärgerung über die Nachfrage der Interviewerin die negative Wertung der Abhängigkeit:

*„Ja ja, die bringen's, ich sage ja, wie oft soll ich das jetzt noch erklären? Ich hab's doch zwei Mal gesagt, das ist, ist – eh – die (Einrichtung) bringt Donnerstags das Essen, die Tablettendosen und dann krieg ich Tabletten und da sind sie, eh, das ist alles“ (3-01-I-NU-3, Z. 297-299).*

Eine Nutzerin äußert deutlich den Wunsch nach **gendersensibler Gestaltung von Pflegesituationen**. Sie legt Wert darauf, mitentscheiden zu können, wenn es um das Geschlecht der Pflegekräfte geht, die sie pflegerisch versorgen:

*„Dann muss man ja schon 'ne Frau haben. Man hat ja auch noch'n bisschen Schamgefühl. (lacht) [...] Das ist ja besser wenn man dann 'ne Frau hat, die die einen dann wäscht, als 'n Mann. Ja gut Malteser oder so, // die haben ja auch manchmal Männer, die das machen, ne? Aber das, das möcht ich dann aber nicht, da möcht ich dann aber lieber 'ne Frau. Da würd ich das auch sagen, dass ich 'ne Frau haben möchte“ (3-02-I-NU-3, Z. 314-322).*

In anderen Aussagen kommen weniger Schwierigkeiten mit dem Unterstützungsbedarf an sich, vielmehr Schwierigkeit mit der **Organisation von Hilfen** zur Sprache. Dies betrifft u.a. die Hilfsmittelversorgung, wobei die Möglichkeit der Nutzung von Hilfsmitteln selbst zum Erhalt der Mobilität positiv konnotiert ist:

*„Das hat dann ewig erst gedauert bis ich den [Rollator] gekriegt habe, naja und dann nachher hab ich den gekriegt, dann war es für mich gleich 'ne Erleichterung“ (3-01-I-NU-6, Z. 252-254).*

*„Ja ja, ich krieg's schon bewilligt, aber man muss manchmal zur (Klinik) ob die das verschreiben oder nicht, die Kassen sind ja leer, da ist kein Geld drin, das ist ja eben das schlimme, ne?“ (3-01-I-NU-3, Z. 324-326).*

Ein **gesundheitsförderlicher Lebensstil** wird von den Befragten mit der gesundheitlichen Befindlichkeit kaum in Zusammenhang gebracht. So äußert ein Nutzer auf die Frage nach einer gesundheitsbewussten Ernährung:

*„Hä? Aber Gesundheit ist Zähne nachgucken oder Augen oder Lunge, das ist das“ (3-02-I-NU-1, Z. 389).*

**Vorsorgeuntersuchungen** und **Arztbesuche** werden wiederum unterschiedlich wahrgenommen. Einige Befragte erleben die Unterstützung durch Assistent\_innen bzw. professionell Begleitende als hilfreich. So äußert eine Befragte in Bezug auf die gynäkologische Vorsorge:

*„Ja, weil ich zwei, ich war zwei Jahre nicht mehr wie gesagt. [...] Wird's mal wieder Zeit. Ich wollte ja erst nicht, denk lieber doch. [...] Bevor sie mir noch eine Brust abnehmen, hab ich auch kein Bock dran“ (3-02-I-NU-2, Z. 424-428).*

Die Vorsorgeuntersuchungen besucht sie ungern, die Begleitung einer Mitarbeiterin zu solchen Terminen erlebt sie aber als emotional unterstützend, auch wenn sie die Termine organisatorisch selbständig wahrnehmen könnte. Wichtig ist auch die Erinnerung durch die Arztpraxis. Und dennoch bleiben diese Termine unangenehm:

*„Den hab ich jetzt wieder verschoben ne? Ich verschieb immer so gerne“ (ebd., Z. 441-442).*

Einige der Befragten unterscheiden zwischen Arztbesuchen bei vertrauten und bei fremden Ärzt\_innen:

*„Nee, nur wenn ich bei fremde Ärzte bin, dann kommt der Ben immer mit. [...] Weil ich dann Schiss kriege“ (3-02-I-NU-3, Z. 173-175).*

Andere Befragte stellen die Begleitung durch andere Mitbewohner\_innen als unterstützend dar und stehen der Begleitung durch professionelle Assistent\_innen eher skeptisch gegenüber, da sie sie auch als Kontrolle erleben:

*„Und wenn so Kleinigkeiten sind, dat kann ich dann vielleicht auch alleine machen, aber die wollen ja immer – Betreuer wollen ja immer wissen, wat ich dann hatte hinterher, nich, // oder wat ich für Schmerzen gehabt habe, ne, det wollen die immer dann wissen und dann kommen die lieber schnell mit, dann sind sie auch gleich informiert“ (3-01-I-NU-2, Z. 181-185).*

Eine andere berichtet, dass sie auch im Fall eines Konfliktes mit einem Facharzt deutlich ihre Interessen selbst vertreten habe:

*„Doch. Einmal hatten wir ein bisschen Krieg gehabt. (lacht) Dr. Ansberg und ich. Da hatte ich ja, da hatte ich ja die Alpträume gehabt und dann wollt ich ja gern zwei Tage*

*mal aussetzen, weil ich dann, dann kann ich nicht arbeiten, wenn ich Alpträume gekriegt habe, ne? Dann bin ich am Durchdrehen. Und dann wollte er mich nicht krankschreiben, da hab ich gesagt ‚Wenn Sie mich nicht krankschreiben, dann geh ich zu meinem Hausarzt und lass mich da krankschreiben‘ ne? Und dann hatten wir so'n bisschen Krieg ne? Und dann, eh, dann sagt er ‚Ja, zwei Tage kann ich Sie wohl krankschreiben‘ meinte er dann hinterher, ne? [...] Und dann hab ich dem das mal erklärt. ‚Herr Doktor ich komm nicht jeden Tag zu Ihnen hin und sag: So ich möchte jetzt krankfeiern und so. Ne? Das ist wirklich nur, wenn ich Alpträume hab.‘ [...] Dann kann ich nicht arbeiten, weil ich dann so gerädert bin, dass ich nicht arbeite. Da krieg ich ja auch kein Schlaf, ne? [...] Ja und da hab ich ihm das auch gesagt, ich fand das nicht gut, wie er mich behandelt hat. Hab ich ihm, hab ich ihm in Gesicht gesagt. [...] ‚Und wenn Sie das, das dürfen Sie nicht so oft machen bei mir, dann wechsel ich den Arzt‘, hab ich gesagt. [...] Dann sagt er, das fand er gut, dass ich ihm das gesagt hab. Das nenn ich mal freundlich. [...] Ja man muss sich auch mal durchsetzen. [...] Wir sind ja schließlich Patienten für ihn, ne? [...] Da muss man sich auch wehren. [...] Aber ich hab das dann aber am anderen Mal, wo ich dann da war, hab ich ihm das gesagt, dass ich das nicht gut fand, wie der mich behandelt hat, ne? [...] Hmhm. Bin ja knallhart in sowas“ (3-02-I-NU-3, Z. 647-693).*

Bei einigen Nutzer\_innen spielen aber auch die eigenen Eltern noch eine wichtige Rolle im Umgang mit akuten Erkrankungen:

*„Na so erst einmal meine Mutter, ne die kennt mich ja schon seit Kindheit an, ne, und denn und denn zum Arzt mal fragen“ (3-01-I-NU-1, Z. 356). „[...] wenn die Befund da ist, dann rufen sie dann Mutti an“ (ebd., Z. 346).*

Insgesamt zeigt sich ein recht breites Spektrum im Umgang mit gesundheitlichen Schwierigkeiten und dem Unterstützungsbedarf im pflegerischen Bereich. Die Hilfearrangements sind individuell sehr unterschiedlich. Wichtig scheint die Unterstützung durch Angehörige und durch Mitbewohner\_innen. Über die praktischen Fragen der Bewältigung gesundheitsbezogener Fragen hinaus zeigt sich aber deutlich in den Gesprächen auch der Bedarf nach Unterstützung in der emotionalen Bewältigung zunehmender Multimorbidität.

#### **8.6.4.5 Begleitung am Lebensende**

Konkrete Vorstellungen über das eigene Sterben oder Wünsche in Bezug auf die Begleitung am Lebensende werden nicht differenziert geäußert. Die eigene Sterblichkeit wird eher verdrängt bzw. ist mit Angst besetzt:

*„Nur wenn ich mal den Löffel abgebe, da habe ich Angst, aber“ – I: „Aber da beschäftigen Sie sich jetzt noch nicht mit“ – B: „Nein, nein, nein, bloß nicht“ (3-01-I-NU-1, Z. 460-464).*

*„Ja, da hab ich Angst vor, vor älter werden. [...] Ja weil man, das ist so, weil man dann nicht genau weiß, was auf einen zukommt, wenn man älter wird, ne? Und weil jetzt auch, eh, so viele jetzt auch gestorben sind, die noch gar nicht so alt waren, ne? Und*

dann denkt man ‚Ah, hoffentlich stirbt man nicht so früh‘ oder so. Bei uns im Wohnheim sind ja so viele gestorben, die noch gar nicht so alt waren, ne? Die haben alle Krebs gehabt, da denkt man dann auch ‚Hoffentlich hat man das nicht auch irgendwann mal‘. [...] Wenn man älter wird. – Da denkt man schon dran ne? [...] Aber ich will da jetzt noch gar nicht drüber sprechen. [...] Ich bin jetzt erstmal nur 58 erstmal“ (3-02-I-NU-3, Z. 732-748).

Im Blick auf verstorbene Angehörige kommen individuelle Erklärungsmuster zum Ausdruck, die die Akzeptanz der Realität des Todes unterstützen:

„Ehm, Vati der der wurde denn so immer kränker kränker [...]– denn kam er mal in 'n Krankenhaus wegen wegen Herzschrittmacher [...] und jetzt ist er Anfang, eh, Januar 2009, eh. Quatsch, '08 da is er denn so gestorben, ne. Weil er er hat sich so aufgegeben, weil er denn dann son son ganz doller Pflegefall so geworden wäre, ne, das wollte er denn keinem denn zumuten, weil er so schwer war, ne, da hat er denn – da is er denn friedlich und so eingeschlafen“ (3-01-I-NU-1, Z.48-55).

Anhaltspunkte für den spezifischen Unterstützungsbedarf in der letzten Lebensphase lassen sich den Nutzerinterviews nicht entnehmen. Hier scheint sich eine durch Ängste motivierte Verdrängung mit der eingeschränkten Antizipationsfähigkeit zu verbinden. Was über Tod und Sterben „gewusst“ wird, basiert auf Erfahrungen mit dem Sterben naher Kontaktpersonen (Eltern, Mitbewohner\_innen).

#### **8.6.4.6 Wünsche und Ängste in Bezug auf die weitere Lebensperspektive**

Die Aussagen zu Zukunftswünschen werden drei Orientierungsmuster erkennbar:

1. Einige der Befragten versuchen, der Zukunft gelassen entgegen zu blicken:

„Wenn man sich nicht mit der Zukunft [...]– ich sage, ich lass jeden Tag so an mich herankommen wie früher“ (3-01--NU-3, Z. 370-371).

„Man muss eigentlich nach vorne gucken. Einfach nach vorne gucken, nicht an anderes denken, einfach nach vorne gucken und das Leben genießen“ (3-01-I-NU-4, Z. 338-339).

In manchen Aussagen klingt der Wunsch durch, verlorene Kompetenzen *wiederzuerlangen*, der Interviewpartnerin ist aber selbst sehr bewusst, dass dieser Wunsch unrealistisch ist:

„Ja – ich wünsche mir nur, dass ich wieder so kann wie ich möchte, aber leider geht das ja nicht mehr“ (3-01-I-NU-4, Z. 324-325).

2. Andere äußern sehr deutlich den zentralen Wunsch nach Autonomie in der Lebensgestaltung und der Entscheidung der Lebens- und Wohnform:

„Und die anderen haben gesagt: ‚Ach, du willst ausziehen? Du kommst unter die Räder.‘ Und ich bin bis heut noch nicht unter die Räder gekommen und ich komme auch nicht unter die Räder“ (3-02-I-NU-2, Z. 47-48).

Aus *dieser* Aussage eines Mannes mit geistiger Behinderung und einer psychischen Beeinträchtigung spricht deutlich mangelndes Zutrauen des Umfeldes in die Kompetenzen von Menschen mit Behinderungen, über die Bedingungen ihrer Lebensführung eigenständig zu entscheiden und das Maß an Unterstützungsbedürftigkeit selbst realistisch einzuschätzen. Ein weiterer Befragter äußert deutlich die Angst, an einer Entscheidung über den Wechsel in eine andere Wohnform, wenn eine solche Entscheidung anstünde, nicht beteiligt zu werden:

*„Na da kommen die denn auf diese Idee so eines gewissen Tages, da – muss ich denn da so in so'n Heim? Na dann komm ick denn so irgendwo hin und wo ick nich so hin will und wo mir das nich gefällt, ne“* (3-01-I-NU-1, Z. 62-64).

Einen Wunsch mit *ähnlichem* Tenor äußert ein 54jähriger Nutzer: Er möchte in seinen Bedürfnissen als Mann weiter ernst genommen werden und konterkariert das negative Bild des Älterwerdens. Er wünscht sich *„[...] knackige Damen und schöne Frauen mit schöne rote Nasen [...] Junge knackige Frauen und ein alter Opa“* (3-02-I-NU-2, Z. 441-453).

3. Einige Nutzer\_innen äußern explizit oder implizit, dass sie wenig klare Vorstellungen von ihrer weiteren Lebensperspektive haben:

*„Das kann ich jetzt nochmal gar nicht sagen, (lacht) was ich für meine Zukunft wünsche. – Weiß ich jetzt echt nicht. Da müsste ich jetzt erst älter werden, dann wüsste ich das vielleicht“* (3-02-I-NU-3, Z. 700-702).

4. Schließlich äußern einige der Befragten eher Sorgen und Ängste, die sie aus Erfahrungen im Umfeld ableiten oder die aus der Unkenntnis resultieren, wie Barrieren im eigenen Lebensumfeld bewältigt werden können:

*„Ja wo ich dann Hilfe kriege und so, ne? Da muss man ja bestimmt, wenn ich dann mal älter bin und ich kann mich nicht mehr so gut pflegen, dann muss ich ja erst, eh, pflegen sag ich schon, da muss ich ja erstmal hier ne andere Wohnung haben. – Weil hier ja so viele Treppen noch sind. [...] ja und dann muss ich dann bestimmt hier so Fahrdienst haben und, und hier, eh, so von den Malteser oder was das da ist da, Hilfe bestimmt haben. Wenn ich mich nicht mehr selbst waschen kann und so dann brauch ich doch bestimmt Hilfe. [...] Ich denk natürlich nur wenn ich jetzt älter werde, dass ich hier dann mal vielleicht raus muss. Weil die Treppen, haben Sie ja vorhin gemerkt wie ich runter gegangen bin, ich muss dann immer ganz langsam runtergehen und wegen meine Knie, ne? [...] Und der Daniel, der wird ja auch älter ne? Der ist ja jetzt auch 50 geworden und der sieht ja auch schlecht, da müssen wir das für ihn ja auch vielleicht schon machen. [...] Aber jetzt noch nicht“* (3-02-I-NU-3, Z. 242-263).

Insgesamt lassen die Nutzerinterviews erkennen, dass es einen deutlichen Bedarf nach pädagogischer Begleitung in der Lebensphase Alter gibt. Im ambulanten Kontext scheinen lebenspraktische Fragen der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung über die Leistungen der Pflegeversicherung recht gut organisierbar. Die emotionale Bewältigung der erlebten Veränderungen scheint dagegen eher nur in

Ansätzen zu gelingen. Dies erschwert die Übernahme von Verantwortung für die eigene Lebensgestaltung und steht dem deutlich geäußerten Wunsch nach Autonomie bzw. Partizipation in den zentralen Entscheidungsprozessen entgegen.

### **8.6.5 Bewertung der Angebote aus der Perspektive der Leitideen Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe**

Im Rahmen dieses Zwischenberichts wurden die metatheoretischen Diskurse um die Leitideen Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe an anderer Stelle bereits skizziert und zu einer Arbeitsdefinition verdichtet. Die Leitideen wurden – ebenfalls noch auf der übergreifenden Ebene – operationalisiert bis auf die Ebene konkreter Handlungskonzepte. Daraus lassen sich nun in Bezug auf den Bereich gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung im Alter die vorgefundenen konzeptionellen Bausteine auf den Ebenen von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen und in ihrer Übereinstimmung mit den Leitideen darstellen. Die Beschreibung der Elemente erfolgt dabei teilweise eher idealtypisch im Sinne von Prüfkriterien, die die ausgewählten Dienste im Rahmen der Selbstevaluation nutzen können und die anderen Anbietern als Anregung dienen können, die eigenen Strukturbedingungen pflegerischer und gesundheitsbezogener Angebote entlang dieser Kriterien zu überprüfen. Nicht alle in der folgenden Matrix beschriebenen Bausteine sind in allen Diensten in der Weise bereits vorhanden oder umgesetzt und waren nicht in allen Details Gegenstand der Evaluation, weil sie im Vorfeld der Erhebungsphase in dieser Differenzierung noch nicht entwickelt waren oder weil die Dienste konzeptionelle Ideen zwar entwickelt, aber noch nicht umgesetzt haben. Des Weiteren sind Erkenntnisse aus den Aussagen der Nutzer\_innen in die idealtypische Darstellung eingegangen.





Tab. 10: Matrix der Unterstützungsbausteine im Handlungsfeld pflegerische und gesundheitliche Versorgung

Leitideen		Selbstbestimmung	Inklusion	Teilhabe
<b>Anforderung an die Praxis</b>		Sicherstellung der fachlich qualifizierten, bedarfsgerechten Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im Alter in allen gesundheits- und pflegerelevanten Bereichen.		
<b>Baustein:</b> Beratende Pflegefachkräfte / Gesundheitsbe- zogener Fachdienst	<b>Struktur</b>	Fachlich qualifizierte Mitarbeitende stehen in ausreichender Zahl zur Verfügung.	Unterstützung im Bereich Pflege und Gesundheit steht in der aktuellen Lebenssituation zur Verfügung.	Pflegerische Versorgung im Kontext der Eingliederungshilfe sichert Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe / Teilhabe am Leben der Gemeinschaft auch bei hohem Pflegebedarf.
	<b>Prozess</b>	Pflegerische Unterstützung wird individuell und bedarfsgerecht „zugeschnitten“.	Unterstützungsressourcen des Umfeldes werden genutzt. Es erfolgt eine Vernetzung mit Angeboten im Umfeld.	Teilhabechancen im Sinne der Eingliederungshilfe bleiben trotz zunehmenden Pflegebedarfs im Alter und trotz Multimorbidität erhalten.
	<b>Ergebnis</b>	Pflegekonzepte entsprechen aktuellem fachlichen Standard und Anforderungen der Aufsichtsbehörden und sichern individuelle Begleitung und Beratung.	Gesicherte pflegerische Unterstützung ermöglicht Verbleib im gewohnten Lebenskontext (hier: Wohngruppe in der Eingliederungshilfe) und hält den Weg in ambulante Unterstützungsformen offen.	Teilhabe am Leben der Gemeinschaft im Rahmen der jeweils aktuellen Wohnsituation gesichert.
<b>Baustein:</b> pflege-/ gesundheits- bezogene Information, Beratung und Schulung von Nutzer_innen (Patientenedu-	<b>Struktur</b>	Zeitliche und fachliche Ressourcen für die Schulung und Beratung von Nutzer_innen stehen zur Verfügung.	Nutzer_innen werden über bestehende Informations- und Beratungsangebote im Umfeld informiert.	
	<b>Prozess</b>	Nutzer_innen werden zu Fragen der Gesundheitsprophylaxe, des Umgangs mit Erkrankungen, der Hygiene und des Symptomanagements informiert, geschult und individuell beraten.	Nutzer_innen können Informations- und Beratungsangebote im Umfeld wahrnehmen. Sie erhalten dadurch Zugang zu denselben Hilfeformen, die für Menschen im Alter generell zur Verfügung stehen.	In Krisensituationen können Nutzer_innen auf Informationen zurückgreifen.

kation und Beratung)	<b>Ergebnis</b>	Stärkung von Selbstwahrnehmung und damit Selbstbestimmung; möglichst selbstbestimmtes Management von pflege- und gesundheitsbezogenen Anforderungen. Die Integration von altersbedingten Veränderungen in das Selbstbild unterstützt die Wahrung von Identität und sichert Selbstbestimmung.	Beratungsstellen, Pflegestützpunkte, Seniorenbüros und andere Anlaufstellen öffnen sich für die Belange von Menschen mit lebensbegleitender Behinderung. Beratung und Information stehen Menschen mit Behinderungen offen.  Menschen mit Behinderungen erweitern ihre Handlungs- und Entscheidungskompetenz in Krisensituationen.	Teilhabe an gewünschten Lebenskontexten bleibt trotz Pflegebedarf und Multimorbidität erhalten. Gefährdung der Teilhabe durch Krankheitsrisiken und in Krisensituationen wird vermieden.
<b>Baustein:</b> pflege-/ gesundheitsbezogene Schulung von pädagogischen Fachkräften	<b>Struktur</b>	Zeitliche und fachliche Ressourcen für die Schulung pädagogischer Fachkräfte stehen zur Verfügung.	Ressourcen anderer Hilfesysteme werden wahrgenommen und genutzt.	Erweiterung der Fachkompetenz der Mitarbeitenden ermöglicht ganzheitliche Sicht auf Unterstützungsbedarfe.
	<b>Prozess</b>	Pädagogische Fachkräfte werden laufend, aber bedarfsbezogen mit Eintreten eines bestimmten pflegerischen Unterstützungsbedarfs geschult. Interventionen erfolgen mit Zustimmung / auf Wunsch der Nutzer_innen.	Die Beratung und Schulung von Mitarbeitenden erfolgt unter Nutzung von Schulungsmaterialien und Schulungs- und Fortbildungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen.	Bei pflegerischen und gesundheitsbezogenen Bedarfen werden Unterstützungsressourcen zur Verfügung gestellt, ohne dass ein Wechsel in ein anderes Hilfesystem erforderlich ist.
	<b>Ergebnis</b>	Kenntnisstand der Mitarbeitenden entspricht den jeweiligen fachlichen, situativen und individuellen Erfordernissen und Wünschen. Überforderung der Mitarbeitenden wird vermieden. Pflegerisiken für Nutzer_innen werden reduziert.	Die Ressourcen des Gesundheitswesens kommen auch Menschen mit Behinderungen im Alter zugute.	Teilhabe an gewünschten Lebenskontexten bleibt trotz Pflegebedarf und Multimorbidität erhalten.

<b>Baustein:</b> Pflegeplanung als Teil der individuellen Hilfeplanung / Pflegevisiten	<b>Struktur</b>	Pflegefachkräfte beraten pädagogische Mitarbeiter_innen bei der Pflegeplanung und führen regelmäßig Pflegevisiten durch.  Pflegebedarfe und gesundheitliche Risiken kommen durch Pflegevisiten frühzeitig in den Blick.	Möglichkeiten der Nutzung von Angeboten im Sozialraum werden geprüft.	Prävention, gesundheitsförderlicher Lebensstil und besondere Risikofaktoren sind Themen in der individuellen Hilfeplanung.
	<b>Prozess</b>	Individuelle Pflegekonzepte und deren Planung werden regelmäßig geprüft und laufend bedarfsgerecht angepasst und weiterentwickelt.	Frage nach möglicher Nutzung von Angeboten im Sozialraum ist Teil der Pflegeplanung.	Pflegebedarf und aktuelle Krankheitsrisiken, die die Teilhabe am Leben gefährden, werden immer wieder überprüft. Bedarf an Pflegehilfsmitteln und Heilmitteln wird frühzeitig sichtbar.
	<b>Ergebnis</b>	Pflegekonzepte sichern individuelle Begleitung, Beratung und Versorgung.	Ressourcen des Sozialraums werden nutzbar.	Risikomanagement sichert Teilhabechancen bei Krankheitsrisiken und Pflegebedarf.
<b>Baustein:</b> Pflegerichtlinien	<b>Struktur</b>	Richtlinien für spezifische pflegerische Bedarfe von Menschen mit Behinderungen sind vorhanden.	Erfahrungen und Konzepte anderer Hilfesysteme werden genutzt.	Pflegerichtlinien stellen Fachkenntnis im Rahmen der Eingliederungshilfe systematisch zur Verfügung.
	<b>Prozess</b>	Individuelle Pflegekonzepte werden regelmäßig geprüft und laufend bedarfsgerecht weiterentwickelt.	Richtlinien sichern differenzierte Wahrnehmung des spezifischen Bedarfs unter Einbezug der Erfahrungen anderer Hilfesysteme. Andere Hilfesysteme (z.B. ambulante Pflegedienste) können profitieren.	Hilfeerbringung und Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe wird ermöglicht.
	<b>Ergebnis</b>	Pflegekonzepte sichern individuelle Begleitung, Beratung und Versorgung.	Fachliche Qualität der Pflege wird sichergestellt unabhängig vom Ort der Erbringung der Leistungen.	Pflegequalität wird im Rahmen der Eingliederungshilfe sichergestellt.

<b>Baustein:</b> Kooperation zwischen pädagogischen und pflegerischen Fachkräften	<b>Struktur</b>	Zeitliche Ressourcen für Kooperation stehen zur Verfügung.	Kooperationskonzepte beziehen Kooperationsmöglichkeiten mit externen Fachkräften ein.	Die Art der Hilfeerbringung integriert pädagogische und gesundheitsbezogene Anforderungen (z.B. bei Demenzerkrankung).
	<b>Prozess</b>	Kooperationsformen sind regelhaft in das Alltagshandeln der pädagogischen und pflegerischen Fachkräfte integriert. Fachkräfte stellen ihre Expertise wechselseitig zur Verfügung.	Pädagogische und pflegerische Fachkräfte aus dem ambulanten und stationären Kontext tauschen ihre Expertise aus.	Reduzierung auf rein medizinische Problemwahrnehmung wird vermieden.
	<b>Ergebnis</b>	Durch die gelingende Kooperation werden Bedürfnisse der Nutzer_innen ganzheitlich wahrgenommen.	Expertise der Fachkräfte steht unabhängig vom Ort der Erbringung der Leistung und unabhängig von der Wohnform zur Verfügung.	Teilhabe am Leben der Gemeinschaft wird gesichert.
<b>Baustein:</b> Begleitung zu Arztbesuchen und bei Krankenhausaufenthalten	<b>Struktur</b>	Ressourcen für die Begleitung stehen zur Verfügung, sofern von Nutzer_innen gewünscht.	Ärzt_innen und Fachpersonal in Krankenhäusern wird über die Besonderheiten der Behandlung und Beratung von Nutzer_innen informiert, sofern von den Nutzer_innen gewünscht.	Ressourcen für Information und Beratung des Fachpersonals im Krankenhaus stehen zur Verfügung.
	<b>Prozess</b>	Es besteht ein System der Information und Begleitung, das die Intimsphäre der Nutzer_innen respektiert.	Information und Beratung werden individuellen Bedarfen und Wünschen angepasst. Fachpersonal erweitert Kompetenzen in den Bereichen Kommunikation mit und Beratung von Menschen mit Behinderungen.	Medizinisches und pflegerisches Fachpersonal verfügt über notwendige Informationen.
	<b>Ergebnis</b>	Begleitung ist sichergestellt und entspricht den Wünschen der Nutzer_innen.	Optimale ärztliche Versorgung durch Kompetenzerweiterung bei Fachpersonal im Gesundheitswesen.	Optimale Versorgung im Krankenhaus sichert Teilhabechancen, unnötig lange stationäre Aufenthalte werden vermieden.
<b>Baustein:</b> Begleitung am Lebensende	<b>Struktur</b>	Angebote der Trauerarbeit und Begleitung am Lebensende stehen zur Verfügung.	Kooperation mit Angeboten der Palliativversorgung und Hospizarbeit im Umfeld.	Besondere Bedürfnisse Sterbender und Trauernder werden als Teil des Zuständigkeitsbereichs der Eingliederungshilfe wahrgenommen.

	<b>Prozess</b>	Die Begleitung am Lebensende trägt zur Wahrung von Identität in Grenzsituationen bei.  Identität und individuelle Selbstwahrnehmung werden unterstützt. Menschen werden in existentielle Entscheidungen einbezogen; Schutz vor Fremdbestimmung an den Grenzen des Lebens.	Angebote werden für Menschen mit Behinderungen geöffnet.  Angebote zur Unterstützung in der ethischen Entscheidungsfindung an den Grenzen des Lebens (Ethikberatung, Ethikkomitees u.ä. werden für die Belange von Menschen mit Behinderungen sensibilisiert).	Formen der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft werden so lange als möglich aufrecht erhalten.
	<b>Ergebnis</b>	Tod und Sterben werden als Teil des Lebens bewusst und in die Selbstwahrnehmung integriert.	Ressourcen des Umfeldes werden genutzt. Inklusive Gestaltung von „Regelangeboten“ der Palliativversorgung und der Hospizarbeit wird gefördert.	Teilhabe am Leben wird bis zum Lebensende ermöglicht.
<b>Baustein:</b> Kooperation mit Gesundheitsdiensten im Umfeld (Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation)	<b>Struktur</b>	Ressourcen für Kooperationsgespräche und gemeinsame Arbeitsformen (Kooperationsgespräche, Fachtagungen u.ä.) stehen zur Verfügung.	Kooperation mit Gesundheitsdiensten im Umfeld wird regelhaft als Alternative zu eigenen Angeboten geprüft (z.B. im Bereich Sport und Bewegung).	Teilhabemöglichkeiten an bestehenden Angeboten werden erschlossen. Fragen der Mobilität und der finanziellen Ressourcen werden bearbeitet.
	<b>Prozess</b>	Eigenständige oder assistierte Nutzung der Angebote im Umfeld wird ermöglicht.	Gesundheitsdienste im Umfeld werden auf die besonderen Bedürfnisse von Nutzer_innen aufmerksam gemacht. Kooperationsmöglichkeiten mit spezifischen Unterstützungsangeboten im Umfeld (z.B. für Demenzerkrankte) sind bekannt und werden genutzt.	Nutzer_innen kennen Angebote der Gesundheitsvorsorge, mögliche Hilfen bei akuten Erkrankungen und Rehabilitationsangebote im Umfeld und können sie nutzen.
	<b>Ergebnis</b>	Wahlmöglichkeiten der Nutzer_innen erweitern sich.	Nutzung der Angebote der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung (Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation) wird ermöglicht.	Teilhabe an allgemeiner gesundheitlicher Versorgung ermöglicht Teilhabe am Leben auch bei Erkrankung und Pflegebedarf.

In der Beschreibung der Bausteine wird die **kritische Funktion der Leitideen** deutlich: Pflegebezogenes Handeln unterliegt immer dem Risiko von Fehleinschätzungen und fehlerhaften Interventionen. Daher ist der Aspekt der Fehlerfreiheit besonders bedeutsam, weshalb standardisiertes Handeln im Sinne von Pflegestandards und Richtlinien ein besonders notwendiges Qualitätskriterium ist, um Pflegerisiken zu reduzieren und Gefährdungen durch unzureichende Pflege hinreichend sicher zu vermeiden und dies gegenüber Aufsichtsbehörden nachweisen zu können. Diese Notwendigkeit kollidiert zumindest potentiell mit individuell sehr unterschiedlichen Bedarfslagen und vor allem Vorlieben und Wünschen von Klient\_innen. Im Unterschied zu den üblichen Klient\_innen pflegerischen Handelns – Menschen, die vorübergehend erkrankt sind oder die (nur) in der letzten Phase ihres Lebens auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind – leben viele Menschen mit Behinderungen lebenslang mit einem bestimmten Hilfebedarf, der ihre Chancen autonomer Lebensführung mindestens im Bereich der Handlungsautonomie<sup>29</sup> dauerhaft eingrenzt. Der Aspekt der Selbstbestimmung trotz Pflegebedarf hat daher für Menschen mit lebensbegleitender Behinderung, die älter werden, einen anderen Stellenwert. Der normative Konflikt zwischen der Verantwortung für einen hohen Pflegequalitätsstandard einerseits und der Achtung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen wird besonders deutlich, wenn Menschen mit Behinderung sich gegen einen gesundheitsförderlichen Lebensstil entscheiden oder wohlmeinende Eingriffe von Expert\_innen (welcher fachlichen Richtung auch immer) in die Intimsphäre verweigern. Die rein rechtliche Antwort auf die Frage nach der Legitimität pädagogischer wie pflegerischer Interventionen im Sinne solcher Eingriffe in die Autonomie mag eindeutig sein – sie bildet jedenfalls die Grundlage der Kontrolle durch Aufsichtsbehörden. Aber: Kein Pflegestandard ist in der Lage, die Frage nach der Legitimität ungewollter Eingriffe ethisch zu klären. Daher stellt sich die Frage nach Räumen und Möglichkeiten, ethische Konfliktsituation in der gesundheitsbezogenen und pflegerischen Versorgung zu reflektieren und zu lösen – möglichst unter Einbezug der Menschen mit Behinderung selbst, besonders brisant aber in Bezug auf Menschen, mit schweren Beeinträchtigungen, deren direkte Zustimmung zu solchen Eingriffen nicht einfach einzuholen ist. Hier stellt sich die Frage, ob (pflege-) ethische Reflexionskompetenz, die Kenntnis (pflege-) ethischer Referenztheorien und ethische Urteilskompetenz Teil des fachlichen Selbstverständnisses und Inhalt der Schulungen sind. Hier böte sich in besonderem Maße der interdisziplinäre Diskurs zwischen professionsethischen Entwürfen und Theorieangeboten in der Pflege, der Heilpädagogik und der Sozialen Arbeit an<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Wacker, Wansing und Schäfers (2005, 17) unterscheiden zwischen Entscheidungsautonomie im Sinne der Verfolgung subjektiver Lebensziele und der dafür nicht unbedingt erforderlichen Selbstständigkeit als Möglichkeit, subjektiven Willen auch eigenständig in Handeln umzusetzen (Handlungsautonomie).

<sup>30</sup> Vgl. aktuell die Einführung von Großmaß & Perko (2011) für die sozialen Berufe insgesamt. Für die Professionsethik der Sozialen Arbeit mit Beiträgen auch zur Heilpädagogik und zur Pflege den Sammelband von Lob-Hüdepohl & Lesch (2007), für die ethische Fundierung der Heilpädagogik vgl. Schäper (2010).

Der in der Pflegewissenschaft in den letzten Jahren wieder aufgenommene Diskurs um die Ganzheitlichkeit<sup>31</sup> und Patientenorientierung in der Pflege verweist mit dem Konzept der **Patientenedukation** auf die Notwendigkeit der Schulung von Patient\_innen im Umgang mit Erkrankungen<sup>32</sup>. Maßnahmen der Schulung und Beratung sichern die Selbständigkeit von Patient\_innen in der pflegerischen Versorgung und einem gesundheitsförderlichen Verhalten. Der Wandel der Patientenrolle, wie er in der Pflegewissenschaft diskutiert wird, ist in hohem Maße anschlussfähig an die Diskurse um die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. In Bezug auf die pflegerische Versorgung scheint besonders wichtig hervorzuheben, dass auch Menschen mit Behinderung im Alter bei Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit (weiterhin) Subjekte ihrer Lebensgestaltung sind, wie dies in aktuellen Veröffentlichungen zur Patientenrolle in der Pflege betont wird: An die Stelle stellvertretender Entscheidungs- und Handlungsmuster tritt der Versuch, die Beziehung als eine symmetrische zu gestalten und Patient\_innen umfassend einzubeziehen (vgl. Schaeffer & Dierks 2006; Wingefeld 2003), um die in der Professionsgeschichte lange vorherrschende „*Reduktion des ärztlichen Blicks*“ (Foucault 1985) auf die Erkrankung in der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung nicht einfach fortzusetzen. Dies ist insbesondere in der Interaktion mit Menschen mit geistiger Behinderung eine große Herausforderung, gilt es doch, Informationen über gesundheitsbezogene und pflegerische Belange so aufzubereiten, dass eine Aushandlung von Interventionen – anstelle der stellvertretenden (oft ungefragten) Übernahme – möglich wird. Der „informed consent“ ist in der Interaktion mit Menschen mit geistiger Behinderung nicht so leicht herstellbar wie mit Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung und bedarf noch mehr als in anderen Kontexten permanenter kommunikativer Rückkoppelung, damit ein fortwährender Konsens über die pflegerischen und gesundheitsbezogenen Interventionen zustande kommen kann („ongoing consent“ im Sinne fortwährender, immer wieder neu wechselseitig zu vergewissernden Einverständnisses).

Die aus der **Leitidee Inklusion** ableitbaren Anforderungen an die Ausgestaltung gesundheits- und pflegebezogener Hilfen bilden in Bezug auf die Strukturen und Ablaufprozesse der ausgewählten Dienste ein weiteres kritisches Korrektiv: Gesundheitsbezogene und pflegerische Beratung und Intervention dürfen sich nicht auf den strukturellen Rahmen der Eingliederungshilfe beschränken. Im ambulanten Kontext werden die Unterstützungsmöglichkeiten des Gesundheitswesens, insbesondere ambulante Pflegedienste weitgehend genutzt. Im stationären Bereich werden gesundheitsbezogene Leistungen – wie in den drei befragten Diensten -in der Regel

---

<sup>31</sup> Der Begriff der „Ganzheitlichkeit“ hat sich dabei gewandelt: Zunächst galt (nur) die Erweiterung des medizinischen Blicks um psychosoziale Faktoren als „ganzheitliche Sichtweise“, inzwischen steht der Begriff für eine Ergänzung des professionellen Kompetenzspektrums in der Pflege insgesamt, einschließlich edukativer und beratender Anteile (vgl. Müller-Mundt & Schaeffer 2001).

<sup>32</sup> Konzepte der Patientenedukation in der Krankenpflege beziehen sich u.a. auf Schmerzmanagement und Diabetes (vgl. u.a. Wingefeld 2003). Sie haben im angloamerikanischen Raum eine zentralere Funktion, die deutsche Pflegewissenschaft hat sich dem Thema erst in den letzten Jahren deutlicher zugewendet, u.a. weil mit der Zunahme degenerativ-chronischer Erkrankungen die Befähigung der Patient\_innen zur Krankheitsbewältigung an Bedeutung gewonnen hat (vgl. Müller-Mundt u.a. 2000).

ausschließlich aus den Mitteln der Eingliederungshilfe erbracht, die beratenden Pflegefachkräfte gehören zum Personalbestand der stationären Einrichtungen. Mögliche Ressourcen des Umfeldes und sozialraumorientierte Angebote der pflegerischen Versorgung kommen bisher kaum in den Blick. Hier kämen insbesondere die Pflegestützpunkte gem. §92c SGB XI und Pflegeberatungsstellen gem. § 7a SGB XI sowie Seniorenbüros in Betracht. Eine Kooperation mit diesen Anlaufstellen könnte deren Öffnung für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen unterstützen<sup>33</sup>. Ähnliches gilt für Angebote der mobilen Rehabilitation und Angebote der Tagespflege (etwa für Menschen mit Demenzerkrankungen – gerontopsychiatrische Tagespflege). Hier könnten Menschen mit Behinderungen aus stationären und ambulanten Unterstützungssettings profitieren. Wenn die Eingrenzung auf die Binnenperspektive, die die Behindertenhilfe in der Tradition der „Besonderung“ nach wie vor prägt, in Richtung einer deutlicheren sozialräumlichen Perspektive erweitert wird, werden Ressourcen sichtbar, die bisher in vielen Bereichen ungenutzt bleiben, die **Teilhabechancen** für Menschen mit Behinderungen aber deutlich unterstützen könnten.

## **8.7 Zusammenfassung und Ausblick: Herausforderungen und Chancen aus Sicht von Anbietern und Nutzer\_innen**

### ***Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe***

Die Eingliederungshilfe muss die Belange älter werdender Menschen mit Behinderungen deutlich in den Blick nehmen. Dazu gehört die Sicherung einer hohen fachlichen Qualität in der grund- und pflegestützpunktpflegerischen Versorgung älter werdender Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfe. Die befragten Dienste stellen hierzu sinnvolle Modelle für den stationären Kontext bereit.

Ambulant betreute lebende Menschen mit Behinderungen sind auf die regelhaften Leistungen der ambulanten Pflege verwiesen. Diese setzen eine Einstufung in eine Pflegestufe voraus. Die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien und die Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste der Pflegekassen berücksichtigen häufig den besonderen Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderungen nicht hinreichend, so dass die Inanspruchnahme von SGB-XI-Leistungen an einer fehlenden Einstufung scheitert. Hier müssten die Aspekte der Information und Beratung in gesundheitsbezogenen und pflegerischen Fragen viel deutlicher als existierender Hilfebedarf, der eine Einstufung mit begründet, berücksichtigt werden. Für Menschen mit Behinderungen, die eingestuft sind und Leistungen der ambulanten Pflege nutzen, ergibt sich die Schwierigkeit, dass das System der Leistungserbringung mit extrem eng definierten zeitlichen Grenzen operiert, die die besonderen Bedarfe von Menschen mit Behinderungen (z.B. zeitlicher Mehrbedarf bei Kommunikationsschwierigkeiten) nicht berücksichtigen.

---

<sup>33</sup> In Hamburg existiert ein spezieller Pflegestützpunkt für Familien mit behinderten Kindern (Pressemitteilung der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg vom 24.03.2009; vgl. <http://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/1298194/2009-03-24-bsg-pflegestuetzpunkt.html>).



Aus der Befragung der gesundheits- und pflegebezogenen Fachdienste lassen sich Bausteine ableiten, die auch für ambulant betreut lebende Menschen mit Behinderungen bedeutsam sind. Solche Bausteine sind weiter oben beschrieben worden:

- Beratende Pflegefachkräfte / Gesundheitsbezogener Fachdienst
- pflege-/gesundheits-bezogene Information, Beratung und Schulung von Nutzer\_innen (Patientenedukation und Beratung)
- pflege-/gesundheits-bezogene Schulung von pädagogischen Fachkräften
- Pflegeplanung als Teil der individuellen Hilfeplanung./ Pflegevisiten
- Pflegerichtlinien
- Kooperation zwischen pädagogischen und pflegerischen Fachkräften
- Begleitung zu Arztbesuchen und bei Krankenhausaufenthalten
- Begleitung am Lebensende
- Kooperation mit Gesundheitsdiensten im Umfeld (Vorsorge, Behandlung, Rehabilitation)

Diese Bausteine werden im weiteren Verlauf des Forschungsprojektes zu konkretisieren sein.

### ***Weiterentwicklung des Leistungsspektrums und der Konzepte im Gesundheitswesen***

Alle Handlungsfelder des Gesundheitswesens müssen sich deutlicher auf die besonderen Bedürfnisse von älter werdenden Menschen mit Behinderungen einstellen. Bestehende Konzepte bedürfen der fachlichen Ergänzung, Fachkräfte benötigen Angebote der Kompetenzerweiterung. Dies betrifft u.a. den Bereich der Kommunikation mit Menschen mit Behinderungen, Angebote der Information und Beratung für Patient\_innen mit Behinderungen (Patientenedukation) und die Erweiterung diagnostischer Kompetenz bei Allgemeinmediziner\_innen und Fachärzt\_innen. Die Konzeptentwicklung muss vor allem auch Formen der Kooperation und Vernetzung der Einrichtungen und Dienste beinhalten. Die extreme Versäulung der Hilfesysteme behindert die notwendige Kooperation in vielerlei Hinsicht.

Die in den letzten Jahren neu entstandenen **Modelle sozialraumorientierter Hilfen im Bereich der Pflege** (Pflegestützpunkte, Pflegeberatungsstellen, Seniorenbüros) stellen gute Chancen für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien bereit, sofern sie diese nutzen können. Dies setzt voraus, dass die Fachkräfte in den Pflegestützpunkten und Beratungsstellen über spezifische Kenntnisse zu Pflegebedarfen von Menschen mit lebensbegleitender Behinderung verfügen und dass die Beratungsstellen und Stützpunkte unabhängig von der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfeleistungen zugänglich sind.

Die Leistungen der Sozialgesetzbücher V und XI müssen insgesamt weiterentwickelt werden, sollen Menschen mit Behinderungen – wie in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen gefordert (Art. 25) – gleichberechtigt Zugang zu allen Leistungen erhalten. Die von Selbsthilfeverbänden seit Inkrafttreten der

Pflegeversicherung artikulierte Forderung nach Zugang zu den vollen Leistungen des SGB XI für Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfe erfordert eine weitere Reform des SGB XI. Eine Lösung im Sinne eines **Hilfemixes** scheint bislang sozialpolitisch nicht gewollt. Dies gilt analog für die behandlungspflegerischen Leistungen des SGB V: Menschen mit Behinderungen, die in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe leben, können Leistungen der Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V nicht in Anspruch nehmen, weil sie auf den „eigenen Haushalt“ beschränkt sind und Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe nicht als solche anerkannt sind.

### ***Forschungsdesiderate***

In einigen Bundesländern bestehen bereits **Fachpflegeheime** bzw. Einrichtungen von Anbietern der Eingliederungshilfe, die für eine Abteilung oder Teileinrichtung einen **Versorgungsvertrag gem. SGB XI** abgeschlossen haben. Die Frage der Eignung eines solchen Angebotes und der Vor- und Nachteile nach Einschätzung der Anbieter und Nutzer\_innen wäre eine wichtige Forschungsfrage, um die Erfahrungen analysieren und in die teilweise eher polarisierende Diskussion zwischen Befürworter\_innen und Kritiker\_innen dieser Angebotsform einbringen zu können. Eine zentrale Fragestellung wäre hier das Verhältnis eines nach wie vor bestehenden Eingliederungshilfebedarfs im Sinne der Teilhabe am Leben der Gesellschaft und den pflegerischen Hilfeleistungen. Entsprechende strukturelle Fragen wären an notwendige fachliche Kompetenzen des Personals und den jeweils vor Ort entwickelten Lösungen zur (finanziellen, personellen und konzeptionellen) Abgrenzung zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege zu stellen<sup>34</sup>. Die Bedeutung und Strukturmerkmale eines Angebotes im Bereich der Gestaltung des Tages / der Tagesstrukturierung für die Nutzer\_innen wären im Blick auf die Ergebnisse der Auswertung tagesstrukturierender Angebote im Rahmen des Projektes „Lebensqualität inklusiv(e)“ genauer zu analysieren, einschließlich der Nutzungsmöglichkeiten für externe Nutzer\_innen. In diesem Kontext wäre auch die Praxis der Umwidmung von Kostenzusagen (von der Eingliederungshilfe zur Hilfe zur Pflege) durch Leistungsträger zu evaluieren. Ein zentrales Problem dieses Einrichtungstypus besteht darin, dass zusätzliche Eingliederungshilfeleistungen bzw. Personalmehrbedarfe aufgrund der Behinderung immer nur befristet refinanziert werden und damit für Anbieter und Nutzer\_innen keine Sicherheit besteht, dass diese Leistungen Bestand haben. Zu fragen wäre außerdem nach der Gestaltung des Übergangs von einer in die andere Hilfeart und entsprechend von einem in ein anderes Wohnangebot (Wer wird an der Hilfebedarfserhebung als Grundlage für eine solche Entscheidung jeweils beteiligt? Werden die Bedürfnisse der Nutzer\_innen hinreichend berücksichtigt?). Zu diesem Fragen existieren bisher keine empirisch gesicherten Erkenntnisse.

---

<sup>34</sup> In einigen Einrichtungen wird zusätzliches Personal auf der Basis des § 87b SGB XI (Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf) durch die Pflegekassen refinanziert. In Baden-Württemberg bestehen neben der „klassischen Pflegeeinrichtung“ zwei weitere Modelle: Das Modell der Binnendifferenzierung (Anerkennung eines Einrichtungsteils als Pflegeeinrichtung gem. SGB XI) und das Konzept des sog. „Fachpflegeheimes“ (vgl. dazu Vater 2007).

Das Ausmaß der **Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets** ist bisher in allen Einrichtungen und Angeboten der Behindertenhilfe sehr gering. Die Gründe im Blick auf älter werdende Menschen mit Behinderungen wären ebenfalls in einem weitergehenden Forschungsprojekt genauer zu untersuchen.

Des Weiteren wäre ein Blick auf die Praxis in anderen Ländern hilfreich (**international vergleichende Perspektive**), um gegebenenfalls von Erfahrungen anderer – ggfs. unter deutlich anderen sozialpolitischen Bedingungen – profitieren zu können<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Vgl. aus dem angloamerikanischen Raum vor allem die Studie der australischen Expertin Bigby (2004). Putnam (2007) fokussiert in ihrem Sammelband vor allem den Aspekt der Vernetzung der Hilfesysteme und hat eine Reihe von Beispielen gelungener Praxis der Vernetzung aus den USA zusammengetragen.

## Interviewleitfäden

<b>Interviewleitfaden – Vertreter des Anbieters / Leitung (I-AN)</b> <b>(Gesundheitsbezogene Dienste)</b>
--

### Einstiegsfragen

***Was war der Anlass für das Projekt?***

***Skizzieren Sie bitte kurz die Entwicklung des Projektes bis heute.***

### Fragen zur personellen Ausstattung des Projektes

Bewertung der personellen Ressourcen (*quantitativ / Personalschlüssel, qualitativ / Professionen*), *Problem der Fluktuation(?)*

### Fragen zu den Nutzer/innen des Projektes

*Steht das Angebot grundsätzlich nur Menschen mit Behinderung zur Verfügung die Wohnangeboten des Trägers leben?*

***Wenn „nein“:***

*Wie viele Nutzer/innen des Angebotes leben nicht in trägereigenen Wohnangeboten (Anzahl)?*

*Wo wohnen die externen Nutzer/innen des Angebotes (Wohnformen)?*

### Fragen zur Finanzierung des Angebotes

Bewertung der Finanzierungsmöglichkeiten aus Sicht des Anbieters:

***Gibt es finanzielle Unterdeckungen?***

***Wenn ja, bei welchen Kosten ergeben sich Probleme der (Re-) Finanzierung? usw.***

### Fragen zur Einbindung des Angebotes in das Gemeinwesen / Kooperation

> unter Bezug auf die Netzwerkkarte (siehe Instrument NETZ-A):

***Seit wann besteht die Kooperation mit den einzelnen Partnern?***

***Auf welche konkreten Anlässe bezieht sie sich?***

***Wie wird die Zusammenarbeit bewertet?***

***Worin bestehen Möglichkeiten und Grenzen der Vernetzung mit anderen Anbietern im Gemeinwesen?***

**Interviewleitfaden – Nutzer\_innen (I-NU)**  
**(Gesundheitsbezogene Dienste)**

<b>Frageschwerpunkte</b>	<b>Erzählimpuls</b>	<b>Themen</b>
<b>Einstiegsfrage</b>	„Es wäre schön, wenn Sie mir zuerst ein bisschen über sich selbst erzählen würden, damit ich ein bisschen über Sie erfahren kann“	Biografische Informationen Wohnen, Arbeit, Freizeit derzeitige Wohnform und genutzte Assistenzleistungen
<b>Subjektives Erleben des Alters</b>	„Frau/Herr ... , Sie sind jetzt ... Jahre alt. Wenn Sie mal an ihr Leben vor 10 Jahren denken ... da waren Sie ...“ „Was hat sich für Sie in diesen 10 Jahren verändert?“ „Wie haben Sie sich damals gefühlt / was haben Sie vor 10 Jahren gemacht und wie ist das jetzt, mit ... Jahren?“	Veränderungen durch den Wegfall von Arbeit Formen und Inhalte der Tagesgestaltung
<b>Altersbilder</b>	„Leben Ihre Eltern noch? Wie war das, als die älter wurden? Wie war das bei Ihren Großeltern?“ „Was denken Sie, wenn Sie alte Menschen auf der Straße sehen?“	Altersbild, anknüpfend an Erfahrung innerhalb und außerhalb der Familie
<b>Pflegerische Versorgung / Unterstützung</b>	„Jetzt würde ich gerne mit Ihnen darüber reden, bei welchen Dingen Sie Unterstützung im Alltag brauchen: was können Sie nicht mehr so gut alleine machen, wobei brauchen Sie Hilfe?“ „Wie sieht es denn mit dem Unterwegssein aus?“ „Beschreiben Sie doch mal wie das ist, wenn Sie zum Beispiel länger zu Fuß gehen...Brauchen Sie Hilfen dafür?“ „Und wie ist es mit der Bewegung in der Wohnung? Ist es mühsam, wenn Sie in die Dusche/Badewanne steigen wollen? – Vielleicht hilft es Ihnen nochmal daran zu denken wie Sie diese Dinge vor 10 Jahren gemacht haben.“	Unterstützungsbedarf im Bereich - Körperpflege/Hygiene (Welche? Wie oft? Durch wen? - Prävention (Bildungs- und Informationsangebote, Vorsorge) - Nahrungszubereitung und Versorgung - Mobilität und Hilfsmittel (Bedarf? Finanzierung? Begleitpersonen?)  Bewertung der Qualität der Unterstützungsleistungen
<b>Umgang mit Krankheit</b>	„Ich möchte jetzt mit Ihnen darüber sprechen, was Sie tun, wenn Sie krank sind...“ „Zunächst einmal würde mich interessieren, ob Sie jetzt, mit ... Jahren häufiger krank sind als vor 10 Jahren.“	Schmerzen Medikamente Akute und chronische Erkrankungen Krankenhausaufenthalte Unterstützung im Krankheitsfall
<b>Kontakte</b>	„Jetzt möchte ich noch mit Ihnen gemeinsam aufzeichnen, welche Kontakte für Sie wichtig sind.“ (→ <i>Netzwerkkarte</i> )	Anlaufstellen und Kontakte Bewertung des persönlichen Netzwerkes
<b>Wünsche / Ängste im Alter</b>	„Jetzt sind wir schon am Ende unseres Gespräches angelangt. Mich würde noch interessieren, ob Sie sich etwas Bestimmtes für Ihre Zukunft wünschen...“ „Sind Sie zufrieden mit Ihrer Lebenssituation? Sie müssen nicht auf diese Frage antworten, aber gibt es auch etwas, wovor Sie Angst haben? Etwas, wovor Sie, als Sie jünger waren, noch keine Angst hatten?“	<b>Wünsche in Bezug auf Kontakte / persönliches Netzwerk</b>  <b>Weitere Zukunftswünsche in Bezug auf Wohnen, Tagesgestaltung, Unterstützung in den nächsten Jahren</b>

## 9 Literaturverzeichnis

- AG der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW (2005): Rahmenempfehlung „Behandlungspflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe“, Wuppertal.
- Aluffi, G.-F. (2011): BWF in Italien – Situation und Perspektiven (Vortrag bei der BWF-Jahrestagung 2011 in Wesel). Verfügbar im Internet: <http://www.spix-ev.de/wohnen/inklusion-leben.html?96,66> (Abruf 14.12.2011).
- Arnade, S. (2009): UN Behindertenrechtskonvention – Schattenübersetzung, veröffentlicht im Internet: [<http://www.netzwerk-artikel-3.de/vereinte-nationen/93-international-schattenebersetzung>] (Abruf 11.12.2011).
- Beck, I. & Greving, H. (Hg.) (2011): Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 6, Stuttgart.
- Berga, J. & Schöfberger, J. (2008ff.): Geprüfte Schulungsmaterialien für die Pflege, 2 Bände, Stuttgart.
- Bigby, C. (2004): Ageing with a Lifelong Disability. A Guide to Practice, Program and Policy Issues for Human Services Professionals, London/Philadelphia.
- Bloemers, W. (2009): Inklusion: Gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen an der Gesellschaft. In: Greving, H. & Ondracek, P. (Hg.): Spezielle Heilpädagogik. Eine Einführung in die handlungsfeldorientierte Heilpädagogik, Stuttgart, 148-181.
- Blumer, H. (1979): Methodologische Prinzipien empirischer Wissenschaft. In: Gerdes, K. (Hg.): Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural Sociology“ und Feldforschung in den USA, Stuttgart, 41-62.
- Boban, I. & Hinz, A. (2003): Der „Index for Inclusion“ – eine Möglichkeit zur Selbstevaluation von „Schulen für alle“. In: Feuser, G. (Hg.): Integration heute – Perspektiven ihrer Weiterentwicklung in Theorie und Praxis, Frankfurt am Main, 37-46.
- Boban, I. & Hinz, A. (2003): „Nothing about us without us“ – Versuch einer Annäherung an den partizipativen Anspruch von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der externen Evaluation des unterstützten Arbeitstrainings der Hamburger Arbeitsassistenz. In: Feuser, G. (Hrsg.): Integration heute – Perspektiven ihrer Weiterentwicklung in Theorie und Praxis, Frankfurt am Main, 215-234.
- Boban, I. & Hinz, A. (2004): Der Index für Inklusion – ein Katalysator für demokratische Entwicklung in der „Schule für alle“. In: Heinzl, F. & Geiling, U. (Hrsg.): Demokratische Perspektiven in der Pädagogik, Wiesbaden.
- Bohnsack, R. (2006): Fokussierungsmetapher. In: Bohnsack, R. et al. (Hg.): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung, Opladen, 67.

- Bohnsack, R. (2008): Rekonstruktive Sozialforschung – Einführung in qualitative Methoden, Opladen.
- Booth, T. & Ainscow, M. (2003): Index für Inklusion. Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln (übersetzt, für deutschsprachige Verhältnisse bearb. u. herausgegeben von Boban, I & Hinz, A.), Halle-Wittenberg.
- Brachmann, A. (2011): Re-Institutionalisierung statt De-Institutionalisierung in der Behindertenhilfe. Neubestimmung der Funktion von Wohneinrichtungen für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung, Wiesbaden.
- Bradl, C. (2003): Leben ohne Institution? In: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V.: Leben ohne Institution? – Perspektiven für das Wohnen geistig behinderter Menschen mit hohem Hilfebedarf, Tagungsbericht DHG-Fachtagung, Halle/Düren, 8-11.
- Bröckling, U. (2003): You are not responsible for being down, but you are responsible for getting up. Über Empowerment. In: Leviathan 31 (3), 323-344.
- Bröckling, U. (2005): Partizipation und Selbstorganisation zwischen Gegenmacht und Sozialtechnologie. In: Konferenzbericht des 3. ENSI-Workshops „Nichts über uns ohne uns“ – Partizipation, Selbstorganisation und regionale Armutsbekämpfung (29.-30.11.2004, Salzburg). URL: <http://www.salzburger-armutskonferenz.at/wp-content/uploads/2008/09/dokumentation2konferenz1.pdf> (Abruf: 29.12.2011).
- Buchner, T. (2008): Das qualitative Interview mit Menschen mit einer so genannten geistigen Behinderung. Ethische, methodologische und praktische Aspekte. In: Biewer, G. et al. (Hg.): Begegnung und Differenz. Länder – Menschen – Kulturen. Dokumentation der 43. Arbeitstagung der DozentInnen der Sonderpädagogik deutschsprachiger Länder, Bad Heilbrunn, 516-528.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2010): Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Bonn.
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) (2005): Leitfaden zur üblichen Handhabung behandlungs-pflegerischer Tätigkeiten in Einrichtungen der Behindertenhilfe, Freiburg. URL: <http://www.cbp.caritas.de/53606.asp?page=4&area=efvkelg&ag=0> (Abruf: 12.10.2011).
- Dalferth, M. (1997): Zurück in die Institutionen? Probleme der gemeindenahen Betreuung geistig behinderter Menschen in den USA, in Norwegen und Großbritannien. In: Geistige Behinderung 4, 344-357.
- Day, P. & Dieckmann, F. (1995): Stadtqualität – nicht nur für junge Gesunde. In: Keul, A. (Hg.): Wohlbefinden in der Stadt. Umwelt- und gesundheitspsychologische Perspektiven, Weinheim, 198-231.
- Deci, E. & Ryan, R. (1987): The Support of Autonomy and the Control of Behaviour. In: Journal of Personality and Social Psychology 53 (6), 1024-1037.

- Dederich, M. & Jantzen, W. (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 2, Stuttgart.
- Dederich, M. (2006): Exklusion. In: Dederich, M. et al. (Hg.): Inklusion statt Integration? – Heilpädagogik als Kulturtechnik, Gießen, 11-27.
- Diakonisches Werk der EKD e.V. (DW) (2007): Behandlungspflege in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Überlegungen der Diakonie zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung und Empfehlungen zur Leistungserbringung, Stuttgart. URL: <http://www.diakonie.de/Texte-2007-01-Behandlungspflege.pdf> (Abruf: 12.10.2011).
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (2010): Sozialarbeiterisches Case-Management für Menschen mit Behinderungen in der Eingliederungshilfe nach SGB XII / SGB IX, Berlin. URL: [http://www.diakonie.de/Text-10\\_2010\\_CaseManagement.pdf](http://www.diakonie.de/Text-10_2010_CaseManagement.pdf) (Abruf: 21.2.2012).
- Dieckmann, F. (2002): Wohnalltag und Kontaktchancen schwer geistig behinderter Erwachsener. Ein Vergleich unterschiedlich zusammengesetzter Wohngruppen. Heidelberg, Kröning: Asanger.
- Dieckmann, F. (2009): Heilpädagogische Unterstützung von erwachsenen Menschen mit Behinderung. In: Greving, H. & Ondracek, P. (Hg.): Spezielle Heilpädagogik. Eine Einführung in die handlungsfeldorientierte Heilpädagogik, Stuttgart, 34-82.
- Dieckmann, F. (2010): „Institutionslogik“. Wie kann dezentrales Wohnen für Menschen mit hohem Assistenzbedarf angemessen gestaltet werden? (Vortrag bei der Fachtagung „Inklusion und Netzwerke“ am 28. Oktober 2010 in der Stiftung Heilerziehungs- und Pflegeheime Scheuern), unv. Manuskript, Münster.
- Dieckmann, F., Giovis, C., Schäper, S., Schüller, S. & Greving, H. (2010): Vorausschätzung der Arbeitsentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI), Münster.
- DIMDI (Hg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Genf. [Download: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)]
- Ding-Greiner, C. & Kruse, A. (Hg.) (2010): Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis, Stuttgart.
- Doose, S. (2004): „I want my dream!“ Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven einer individuellen Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen, 7. überarbeitete und erw. Auflage, Kassel.
- Eder, K., Rauer, V. & Schmidtke, O. (2004): Die Einhegung des Anderen, Wiesbaden.
- Emrich, C., Gromann, P. & Niehoff, U. (2006): Gut Leben. Persönliche Zukunftsplanung realisieren – ein Instrument, Marburg.
- Fachverbände der Behindertenhilfe (Hg.) (2008): Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Leitlinie für stationäre Einrichtungen (erarbeitet durch die Ad-hoc-



Arbeitsgruppe Pflege des Arbeitskreises Gesundheitspolitik der fünf Fachverbände der Behindertenhilfe und verabschiedet durch die Fachverbände der Behindertenhilfe beim Kontaktgespräch der Fachverbände der Behindertenhilfe, 24. Oktober 2008), Berlin.

Felce, D. & Perry, J. (1997): Quality of life: the scope of the term and its breadth of measurement. In: Brown, R.I. (Hg.): Quality of life for people with disabilities. Models, research und practice, Cheltenham, 56-71.

Fertig, T. (2009): „Freizeit Inklusive“ – ein saarländisches Projekt. In: Schwab, H. & Theunissen, G. (Hrsg.): Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best-Practice-Beispiele: Wohnen – Leben – Arbeiten – Freizeit, Stuttgart, 198-199.

Flade, A. (2006): Wohnen psychologisch betrachtet, 2. Auflage, Bern.

Fornefeld, B. (2009): Selbstbestimmung/Autonomie. In: Dederich, M. & Jantzen, W. (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 2, Stuttgart, 183-187.

Foucault, M. (1985): Die Geburt der Klinik: eine Archäologie des ärztlichen Blicks, Frankfurt am Main.

Früchtel, F. & Budde, W. (2010): Bürgerinnen und Bürger statt Menschen mit Behinderungen. In: Teilhabe 49 (2), 54-61.

Früchtel, F., Cyprian, G. & Budde, W. (2007): Sozialer Raum und Soziale Arbeit: Textbook. Theoretische Grundlagen, Wiesbaden.

Glaser, J. (2010): Im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit: Über Deinstitutionalisieren in der Behindertenhilfe, Münster.

Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (2010): Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung, 3. Auflage, Bern.

Greving, H. & Ondracek, P. (2005): Handbuch Heilpädagogik, Troisdorf.

Greving, H. & Ondracek, P. (2010): Handbuch Heilpädagogik, 2. überarb. Auflage, Troisdorf.

Greving, H. & Ondracek, P. (2009): Heilpädagogisches Denken und Handeln. Eine Einführung in die Didaktik und Methodik der Heilpädagogik, Stuttgart.

Gröschke, D. (1997): Praxiskonzepte der Heilpädagogik, 2. Auflage, München/Basel.

Gröschke, D. (2011): Arbeit, Behinderung, Teilhabe. Anthropologische, ethische und gesellschaftliche Bezüge, Bad Heilbrunn.

Großhans, H. (2001): Wohnumfeld und Quartiersgestaltung für das Wohnen im Alter im Generationenverband, Stuttgart.

Großmaß, R. & Perko, G. (2011): Ethik für soziale Berufe, Paderborn.

Haas, H.-S. (Hg.) (2009): Enabling Community. Gemeinwesen zur Inklusion befähigen! Ein Positionspapier der Evangelische Stiftung Alsterdorf und der Katholischen

Hochschule für Sozialwesen Berlin, Hamburg. URL: [http://www.icep-berlin.de/fileadmin/templates/images/EC\\_2009/091125\\_PolicyPaper\\_End.pdf](http://www.icep-berlin.de/fileadmin/templates/images/EC_2009/091125_PolicyPaper_End.pdf) (Abruf: 12.04.2011).

- Hähner, U., Niehoff, U., Sack, R., Walther, H., (2006): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung, 5. Auflage, Marburg.
- Hanslmeier-Prockl, G. (2009): Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung. Empirische Studie zu Bedingungen der Teilhabe im Ambulant betreuten Wohnen in Bayern, Kempten.
- Haveman, M. & Stöppler, R. (2004): Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation, Stuttgart.
- Heele-Bökenkötter, L. & Viertel, R. (2011): „Wohnst du noch oder lebst du schon?“ – Evaluation eines Integrativen Wohnhauses für Menschen mit und ohne Behinderung, Münster, unveröffentlicht.
- Heise, G. & Stadlmayer T. (2010): Neue Heimat- alte Idee?. In: Psychologie Heute 7, 34-38.
- Herriger, N. (2006): Empowerment in der sozialen Arbeit: eine Einführung, 3. erw. und akt. Auflage, Stuttgart.
- Hilzinger, U., Kunze, H. & Hufnagel, H. (2006): Psychiatrische Familienpflege – auch für schwer beeinträchtigte Alkoholabhängige. In: Sucht, Jg. 52 (2006) H. 3, 187-193.
- Hinte, W. (2011): Sozialräume gestalten statt Sondersysteme befördern. Zur Funktion Sozialer Arbeit bei der Gestaltung einer inklusiven Infrastruktur. In: Teilhabe 50 (3), 100-106.
- Hinz, A. (2002): Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? In: Zeitschrift für Heilpädagogik Jg. 53 (2002), 354-361.
- Hinz, A. (2007): Elementare Unterstützungsbedürfnisse als Herausforderung an inklusive Pädagogik. In: Hinz, A. (Hg.) (2007): Schwere Mehrfachbehinderung und Integration. Herausforderungen, Erfahrungen, Perspektiven, Marburg, 15-41.
- Hoppe, U. (2006): Wohnen im Drubbel. Das ambulant unterstützte Wohnen der Lebenshilfe Münster. In: Theunissen, G. & Schirbort, K. (Hg.), Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung, Stuttgart.
- Hoppe, U. (o.J.): Ambulant Unterstütztes Wohnen in Münster. Wohnen im Drubbel – Konzept eines integrativen Wohnhauses. URL: [http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/ueber\\_uns/Mitgliederinformationen/downloads\\_Mitgliederinformationen/3.-Dr.-Hoppe.pdf](http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/ueber_uns/Mitgliederinformationen/downloads_Mitgliederinformationen/3.-Dr.-Hoppe.pdf) (Abruf: 17.11.2011).
- Jerg, J. (1998): „Koi Wunder!“ Erste Erfahrungen in einer integrativen, lebensweltorientierten Wohngemeinschaft. In: Bericht der wissenschaftlichen Begleitung. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/jerg-wunder.html> (Abruf: 04.05.2010).

- Jerg, J. (2001): Lieber lebendig als normal. Ein-Blick in die „Besonderheiten“ der lebenswelt-orientierten Integrativen Wohngemeinschaft (LIW). In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 5. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh5-01-jerg-lebendig.html> (Abruf: 21.04.2010).
- Käfer, T.-M. (2006): Dezentralisierung im Konzern. Eine Mehr-Ebenen-Analyse strategischer Restrukturierung, Wiesbaden.
- Kastl, J. M. & Metzler, H. (2005): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt „Persönliches Budget für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg“ (Oktober 2001 bis Mai 2005). URL: <http://d-nb.info/992428688/34> (Abruf: 2005/29.12.2011).
- Kessl, F. (2005): Wer regiert den Sozialraum? Zur Kritik der pädagogischen Illusionen nähräumlicher Selbstbestimmung. In: Projekt „Netzwerke im Stadtteil“ (Hg.): Grenzen des Sozialraums. Kritik eines Konzepts – Perspektiven für Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kirschniok, A. (2010): Circles of Support. Eine empirische Netzwerkanalyse, Wiesbaden
- Kittay, E. (2004): Behinderung und das Konzept der Care-Ethik. In: Graumann, S. et al (Hg.), Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel, Frankfurt am Main, 67-80.
- Kobi, E.E. (2006): Inklusion: ein pädagogischer Mythos? In: Dederich, M. et al. (Hg.): Inklusion statt Integration? – Heilpädagogik als Kulturtechnik, Gießen, 28-44.
- Kulig, W. & Theunissen, G. (2006): Selbstbestimmung und Empowerment. In: Wüllenweber, E. et al. (Hg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Stuttgart, 237-250.
- Kulig, W. (2006): Soziologische Anmerkungen zum Inklusionsbegriff in der Heil- und Sonderpädagogik. In: Theunissen, G. & Schirbort, K. (Hg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote, Stuttgart, 49-55.
- Kulig, W., Schirbort, K., Schubert, M. (Hg.) (2011): Empowerment behinderter Menschen – Theorien, Konzepte, Best-Practice, Stuttgart.
- Lachwitz, K. (2011): Persönliches Budget. In: Beck, I. & Greving, H. (Hg.): Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 6, Stuttgart, 192-197.
- Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (2004): Neuland entdecken. Wenn Menschen mit Behinderung in den Ruhestand gehen, Düsseldorf.
- Landschaftsverband Rheinland / Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2006): Rahmenzielvereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und den Landschaftsverbänden zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe unter fachlichen und finanziellen Aspekten, Düsseldorf / Köln / Münster.
- Landschaftsverband Rheinland / Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2008): Rahmenzielvereinbarung Wohnen II zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

im Bereich der Hilfen zum Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderungen, Köln / Münster.

Lebenshilfe e.V. (Hg.) (2010): Konzept Integratives Wohnhaus, Münster, unveröffentlicht.

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. Landesverband Berlin / Arbeitsgruppe Eingliederungshilfe und Pflege (2008): Bericht „Pflege für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen“, unv. Ms., Berlin.

Lindmeier, B. & Lindmeier, C. (2003): Selbstbestimmung in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. Zur Rezeption der US-amerikanischen Diskussion. In: Geistige Behinderung, 42 (2), 119- 138.

Lob-Hüdepohl, A. & Lesch, W. (2007): Ethik Sozialer Arbeit: Ein Handbuch, Paderborn.

Loeken, H. & Windisch, M. (2010): Gemeinwesenorientiertes Unterstützungsmanagement. In: Stein et al. (Hg.): Integration und Inklusion auf dem Weg ins Gemeinwesen, Bad Heilbrunn, 97-107.

Maas, Th. (2006): Community Care in der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. In: Theunissen, G. & Schirbort, K. (Hg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote, Stuttgart, 141-169.

Maderthaler, R. (2001): Lebensqualität und Zukunftsverträglichkeit. In: Österreichische Ingenieur- und Architekten-Zeitschrift (ÖIAZ), 146, 5-6.

Mayring, P. & Gläser-Zikuda, M. (Hg.) (2005): Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse, Weinheim / Basel.

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung, 5. Auflage, Weinheim.

Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 7. Auflage, Weinheim.

Mayring, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 9. Auflage, Stuttgart.

Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 10. Auflage, Weinheim und Basel.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 11. akt. und überarb. Auflage, Weinheim / Basel.

Meuser, M. & Nagel, U. (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Garz, D. & Kraimer, K. (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen, Opladen, 441-471.

Miller, R. (1998): Kann ein Leben auf der Parkbank Selbstbestimmung sein? In: Deutscher Caritasverband (Hg.): Caritas '99 – Jahrbuch des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg, 149-158.

Montag Stiftung Jugend und Gesellschaft (2011): Kommunalen Index für Inklusion. URL: [http://www.Montag-stiftungen.com/fileadmin/Redaktion/Jugend\\_und\\_Gesellschaft/P](http://www.Montag-stiftungen.com/fileadmin/Redaktion/Jugend_und_Gesellschaft/P)

- DF/Projekte/Kommunaler\_Index/KommunenundInklusion\_Arbeitsbuch\_web.pdf  
(Abruf: 21.02.2012).
- Müller, T. (2008): Zur Geschichtsschreibung der Psychiatrischen Familienpflege, verfügbar im Internet: [http://www.vsp-net.de/html/download/bwf-doku/Vortrag\\_Mueller.pdf](http://www.vsp-net.de/html/download/bwf-doku/Vortrag_Mueller.pdf) (Abruf 06.10.2011).
- Müller-Mundt, G. & Schaeffer D. (2001): Patientenschulung in der Pflege. In: von Reibnitz, C. et al. (Hg.): Der mündige Patient, Weinheim, München: Juventa, 225-235.
- Müller-Mundt, G. u.a. (2000): Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? In: Pflege & Gesellschaft 5 (2), 42-53.
- Netzwerk Artikel 3 e.V. (2009): Schattenübersetzung der Schattenübersetzung des NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. Korrigierte Fassung der zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmten Übersetzung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, veröffentlicht im Internet: [http://www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093\\_schattenubersetzung-endg.rtf](http://www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093_schattenubersetzung-endg.rtf) (Abruf 11.12.2011).
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hg.) (2008): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden, Band 1: Eine Potenzialanalyse ausgewählter Wohnprojekte, Gütersloh.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hg.) (2009): Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden. Band 2: Eine neue Architektur des Sozialen: Sechs Fallstudien zum Welfare-Mix, 2. Auflage, Gütersloh.
- Niediek, I. (2010): Über die Herausforderung, Person und Sozialraum gleichzeitig zu denken. In: Stein et al. (Hg.): Integration und Inklusion auf dem Weg ins Gemeinwesen, Bad Heilbrunn, 89-96.
- Nohl, A.-M. (2009): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis, 3. Auflage, Wiesbaden.
- Ntourou, I. (2007): Fremdsein – Fremdbleiben. Fremdheit und geistige Behinderung – eine Spurensuche, Berlin.
- Paulus, M. (2009): Praxisberichte und Erfahrungswerte mit den Rahmenempfehlungen Behandlungspflege NRW aus Sicht der Einrichtungen (Präsentation bei der Fachtagung 2009). URL: <http://www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de/index.php/lan/de/mID/3.2> (Abruf: 12.11.2011).
- Peter, A. (2009): Stadtquartiere auf Zeit. Lebensqualität im Alter in schrumpfenden Städten, Wiesbaden.
- Prosetzky, I. (2009): Isolation und Partizipation. In: Dederich, M. & Jantzen, W. (Hg.): Behinderung und Anerkennung. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 2, Stuttgart, 87-95.
- Putnam, M. (Hg.) (2007): Aging and Disability. Crossing Network Lines, New York.

- Reinhoffer, B. (2005): Lehrkräfte geben Auskunft über ihren Unterricht. Ein systematisierender Vorschlag zur deduktiven und induktiven Kategorienbildung in der Unterrichtsforschung. In: Mayring, P & Gläser-Zikuda, M., Weinheim/Basel, 123-141.
- Rohrmann, A. (2009): Teilhabe planen. Ziele und Konzepte kommunaler Teilhabeplanung. In: Teilhabe 48 (1), 18-25.
- Rohrmann, A. (2010): Herausforderungen für die Gestaltung eines inklusiven Gemeinwesens. In: Stein et al. (Hg.): Integration und Inklusion auf dem Weg ins Gemeinwesen, Bad Heilbrunn, 63-77.
- Schablon, K.-U. (2009): Community Care: Professionell unterstützte Gemeinweseneinbindung erwachsener geistig behinderter Menschen, Marburg.
- Schädler, J. (2011): Full citizenship – Anmerkungen zur Entwicklung der Bürgerrechte von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Kulig, W. et al. (Hg.): Empowerment behinderter Menschen – Theorien, Konzepte, Best-Practice, Stuttgart, 15-30.
- Schaeffer, D. & Dierks, M.-L. (2006): Patientenberatung in Deutschland. In: Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (Hg.): Lehrbuch Patientenberatung, Bern, 71-96.
- Schäfers, M. (2008): Lebensqualität aus Nutzersicht: Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen, Wiesbaden.
- Schäper, S. (2006): Ökonomisierung in der Behindertenhilfe. Praktisch-theologische Rekonstruktionen und Erkundungen zu den Ambivalenzen eines diakonischen Praxisfeldes, Münster.
- Schäper, S. (2010): Ethik unter erschwerten Bedingungen: Heilpädagogische Ethik als Orientierung in Grenzsituationen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 157 (1), 24-27.
- Schäper, S., Schüller, S., Dieckmann, F. & Greving, H. (2010): Anforderungen an die Lebensgestaltung älter werdender Menschen mit geistiger Behinderung in unterstützten Wohnformen. Ergebnisse einer Literaturanalyse und Expertenbefragung. Zweiter Zwischenbericht zum Forschungsbericht „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI), Münster.
- Schlingmann, P. (2009): Behandlungspflege in der Behindertenhilfe – Praxisbericht (Präsentation bei der Fachtagung 2009). URL: <http://www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de/index.php/lan/de/mlD/3.2> (Abruf: 12.11.2011).
- Schlummer, W. (2010): Heilpädagogische Grundlegung im Kontext Arbeit. In: Grampp, G. et al. (Hg.): Arbeit. Herausforderung und Verantwortung der Heilpädagogik, Stuttgart, 53-95.
- Schlummer, W. (2011): Empowerment – Grundlage für erfolgreiche Mitwirkung und Teilhabe. In: Kulig, W. et al. (Hg.): Empowerment behinderter Menschen – Theorien, Konzepte, Best-Practice, Stuttgart, 31-64.
- Schmidt-Konrad, P.-O. (2007): Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien. In: Becker, T., Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. & Weig, W. (Hg.):

Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte – Interventionen – Perspektiven, Köln.

- Schuntermann, M. (2011): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: Beck, I. & Greving, H. (Hg.): Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 6, Stuttgart, 251-256.
- Schütze, F. (1993): Die Fallanalyse. Zur wissenschaftlichen Fundierung einer klassischen Methode der Sozialen Arbeit. In: Rauschenbach, T. et al. (Hg.): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit, Weinheim, 191-221.
- Schwarte, N. (Hg.)(2009): Qualität 60 Plus: Konzepte, fachliche Standards und Qualitätsentwicklung der Hilfen für ältere Menschen mit Behinderung, Bielefeld.
- Seidel, M. (2009): Behandlungspflege in der Eingliederungshilfe (Präsentation bei der Fachtagung 2009). URL: <http://www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de/index.php/lan/de/mID/3.2> (Abruf: 12.11.2011).
- Seifert, M. (2009): Wohnen mit schwerer Behinderung in Berlin. Entwicklungen – Bedingungen – Perspektiven. URL: [http://www.lebenswege-berlin.de/downloads/Dokumentation\\_Fachtag.pdf](http://www.lebenswege-berlin.de/downloads/Dokumentation_Fachtag.pdf) (Abruf: 17.07.2010).
- Seifert, M. (1998): Wohnen – so normal wie möglich. In: Jakobs, H. et al. (Hg.): Lebensräume – Lebensperspektiven. Ausgewählte Beiträge zur Situation Erwachsener mit geistiger Behinderung, 2. Auflage, Butzbach-Griedel, 150-190.
- Seifert, M. (2002): Menschen mit schwerer Behinderung in Heimen. Ergebnisse der Kölner Lebensqualität-Studie. In: Geistige Behinderung 3, 203-222.
- Seifert, M. (2006): Inklusion ist mehr als Wohnen in der Gemeinde. In: Dederich, M. et al. (Hg.): Inklusion statt Integration? – Heilpädagogik als Kulturtechnik, Gießen, 98-113.
- Seifert, M. (2007a): Lebensqualität als Zielperspektive für Menschen mit schweren Behinderungen. In: Demmer-Dieckmann, I. & Textor, A. (Hg.): Integrationsforschung und Bildungspolitik im Dialog, Bad Heilbrunn, 197-208.
- Seifert, M. (2007b): Inklusion als Zielperspektive im Bereich des Wohnens. In: Hinz, A. (Hg.): Schwere Mehrfachbehinderung und Integration – Herausforderungen, Erfahrungen, Perspektiven, Marburg, 235-245.
- Seifert, M. (2008): Inklusion ohne Ausschluss der „Unerwünschten“. Das Projekt WISTA. In: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hg.): Sozialraumorientierung in der Behindertenhilfe, Bonn/Jülich, 128-131.
- Seifert, M. (2008a): Zielperspektive Lebensqualität. Eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung im Heim, Bielefeld.
- Seifert, M. (2008b): Inklusion ohne Ausschluss der „Unerwünschten“ – Das Projekt WISTA. In: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft: Sozialraumorientierung in der

Behindertenhilfe – Dokumentation der DHG-Tagung Dezember 2007 Bonn, Jülich, 128-130.

- Seifert, M. (2010): Das Gemeinwesen mitdenken – Herausforderungen für die Behindertenhilfe. In: Stein, A.-D. et al. (Hg.): Integration und Inklusion auf dem Weg ins Gemeinwesen, Bad Heilbrunn, 32-50.
- Seifert, M. (2010): Kundenstudie – Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderung – Abschlussbericht, Berlin.
- Seifert, M., Fornefeld, B. & König, P. (2008): Zielperspektive Lebensqualität: eine Studie zur Lebenssituation von Menschen mit schwerer Behinderung, 2. Auflage, Bielefeld.
- Skiba, A. (2011): Dienstleistungen für die Lebensführung im Alter. In: Beck, I. & Greving, H. (Hg.): Gemeindeorientierte pädagogische Dienstleistungen. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, Band 6, Stuttgart, 158-166.
- Skjaeveland, O. & Gärling, T. (1997): Effects of interactional space on neighboring. In: Journal of Environmental Psychology 17, 181-198.
- Skjaeveland, O., Gärling, T., Maeland & J. G. (1996): A multidimensional measure of neighboring. In: American Journal of Community Psychology 24 (3), 413-435.
- Speck, L. (2011): Betreutes Wohnen in Familie – eine explorative Studie zu Finanzierungsformen. Verfügbar im Internet: [http://www.bwf-info.de/bwf\\_e4/literatur/DA\\_11\\_L-Speck\\_FH-Kiel.pdf](http://www.bwf-info.de/bwf_e4/literatur/DA_11_L-Speck_FH-Kiel.pdf) (Abruf 24.11.2010).
- Speck, O. (1998): Wohnen als Wert für ein menschenwürdiges Dasein. In: Fischer, U. et. al (Hg.): Wohlbefinden und Wohnen von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, Reutlingen, 19-42.
- Speck, O. (2003): System Heilpädagogik, 5. neu bearb. Auflage, München.
- Speck, O. (2010): Schulische Inklusion aus heilpädagogischer Sicht. Rhetorik und Realität, München.
- Steffen, G. & Fritz, A. (2006): Wohnen mit Assistenz. Wohnformen für alte Menschen mit Unterstützungsbedarf und Menschen mit Behinderung als Antwort auf den demografischen und gesellschaftlichen Wandel, Stuttgart.
- Steffen, G., Baumann, D. & Fritz, A. (2007): Attraktive Stadtquartiere für das Leben im Alter. Ein Projekt des Forschungsprogramms „Experimenteller Wohnungs- und Städtebau“ (ExWoSt) des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) und des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung, Stuttgart.
- Stein, A.-D., Krach, S. & Niediek, I. (Hg.) (2010): Integration und Inklusion auf dem Weg ins Gemeinwesen, Bad Heilbrunn.
- Strauss, A.L. & Corbin, J. (1996): Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung, unveränd. nachdr. Auflage, Weinheim.
- Theunissen, G. & Schirbort, K. (Hg.)(2006): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung, Stuttgart.



- Theunissen, G. (2006): Inklusion – Schlagwort oder zukunftsweisende Perspektive? In: Theunissen, G. & Schirbort, K. (Hg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote, Stuttgart, 13-40.
- Thimm, W. (1994): Leben in Nachbarschaften – Hilfen für Menschen mit Behinderungen, Freiburg, Basel, Wien.
- UN-United Nations General Assembly (2006): Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung).
- Vater, A. (2007): Eingliederungshilfe: ein Leben lang! Juristische Perspektive. URL: <http://www.beb-ev.de/files/pdf/2007/sonstige/2007-12-05vater.pdf> (Abruf: 24.11.2011).
- Vieweg, B. (2006): Arbeit und Inklusion. In: Dederich, M. et al. (Hg.): Inklusion statt Integration? – Heilpädagogik als Kulturtechnik, Gießen, 114-124.
- Wacker, E. (2010): Berufsbilder im demografischen Wandel. Lebensqualität orientierte Begleitung (LoB) als Konzept für alle. In: Orientierung. Fachzeitschrift der Behindertenhilfe Jg. 34 (2010) H. 4, 6-9
- Wacker, E. (2011): Inklusion von Menschen mit Behinderung im Alter – noch Zukunftsmusik für die Behindertenhilfe und ihre Fachkräfte? In: VHN 80 (3), 235-241.
- Wacker, E., Wansing, G. & Schäfers, M. (2005): Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität – Teilhabe mit einem Persönlichen Budget, Wiesbaden.
- Waldschmidt, A. (2003): Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma – Perspektiven der Disability Studies. In: Aus Politik und Zeitgeschichte B 8 / 2003, 13-20.
- Waldschmidt, A. (2007): Macht – Wissen – Körper: Anschlüsse an Foucault in den Disability Studies. In: Waldschmidt, A. & Schneider, W. (Hg.) (2007): Disability Studies. Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld, Bielefeld, 55-78.
- Weber, E. (2008): De-Institutionalisieren: Konzeptionen, Umsetzungsmöglichkeiten und Perspektiven zwischen fachwissenschaftlichem Anspruch und institutioneller Wirklichkeit, Saarbrücken.
- Weingärtner, C. (2006): Schwer geistig behindert und selbstbestimmt: Eine Orientierung für die Praxis, Freiburg.
- Weingärtner, C. (2009): Schwer geistig behindert und selbstbestimmt. Eine Orientierung für die Praxis, 2. überarbeitete Auflage, Freiburg i. Br.
- Wenzel, S. (2011): Ambulant Wohnen mit hohem Unterstützungsbedarf – Evaluation eines Wohnprojektes, Berlin, unveröffentlicht.
- Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege, Bielefeld.

Winkler, M. (2008): Formationen der Ausgrenzung – Skizzen für die Theorie einer diskursiven Ordnung. In: Anhorn, R. et al. (Hg.) (2008): Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit. Positionsbestimmungen einer kritischen Theorie und Praxis Sozialer Arbeit, 2. Auflage, Wiesbaden, 107-127.

Zentrum für Planung und Evaluation (ZPE) der Universität Siegen (2008): Selbstständiges Wohnen behinderter Menschen aus einer Hand. Individuelle Hilfen aus einer Hand. Abschlussbericht, Siegen.