

Evangelische Hochschule Nürnberg
Studiengang Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts

**Spezialisiertes Wohnen für ältere Menschen mit psychischer
Erkrankung und vorhandenem oder potentiellm Pflegebedarf –**
Eine qualitative Befragung von Adressaten und Professionellen in der
Region Nürnberg

Madeleine Martin

Erstgutachterin: Frau Prof. Dr. phil. Helene Ignatzi
Zweitgutachter: Herr Prof. Dr. Markus Schaer

Abgabetermin: 22.11.2019

Zusammenfassung

Wohnen stellt einen wichtigen Aspekt menschlicher Existenz dar und gewinnt insbesondere im Alter an Bedeutung, da sich der individuelle Lebensmittelpunkt zumeist auf den privaten Wohnraum und die angrenzende Wohnumgebung zentriert. Beide Aspekte werden dabei durch objektive Wohnbedingungen und subjektive Bedürfnisse bestimmt und können bei einem angemessenen Vorhandensein bzw. angemessener Befriedigung, Lebenszufriedenheit, -qualität und ein adäquates Altern ermöglichen. Dies gilt gleichermaßen für Menschen im höheren Lebensalter mit einer psychischen Erkrankung und einem vorhandenen oder zukünftigen Pflegebedarf, welche gegebenenfalls Unterstützung eines professionellen Versorgungssystems in Anspruch nehmen (möchten). Im Kontext psychische Erkrankung, Alter und Wohnen besteht in der Region Nürnberg eine Diskrepanz zwischen vorhandenen fachspezialisierten Wohnangeboten und bestehendem Bedarf. Dies macht bis zum aktuellen Zeitpunkt Umzüge in konventionelle Alten- und Altenpflegeheime notwendig. Vor allem bei älteren Menschen mit langfristig bestehender psychischer Erkrankung, ist hingegen ein (spezifischer) Versorgungsbedarf zu vermuten, welcher aus der psychischen Beeinträchtigung resultiert. In der vorliegenden empirischen Arbeit werden Faktoren für spezialisiertes Wohnen ermittelt, welche die Wohnbedürfnisse von älteren Menschen mit psychischer Erkrankung und vorhandenem oder potenziellem Pflegebedarf in der Region Nürnberg zufriedenstellen. In der vorliegenden empirischen Arbeit werden, mittels einer qualitativen Expertenbefragung, welche durch Adressaten und Professionelle (N = 6) repräsentiert werde, Faktoren für spezialisiertes Wohnen ermittelt, welche die Wohnbedürfnisse von älteren Menschen mit psychischer Erkrankung und vorhandenem oder potenziellem Pflegebedarf in der Region Nürnberg zufriedenstellen. Jene differenzieren sich in (umwelt-) räumliche, inhaltliche, soziale und subjektive Faktoren und erfüllen insbesondere die Bedürfnisse nach Autonomie, sozialen Kontakten und Beziehungen, Sicherheit sowie körperlichen Grundbedürfnissen. Die Ergebnisse befürworten ein Konzept des spezialisierten Wohnens, welches ein segregatives Konzept verfolgt und zwei verschiedene Wohnsettings (ambulant betreutes/ stationäres Wohnen) miteinander kombiniert. Dennoch wird das Wohnangebot, im Hinblick auf seine segregative Struktur und den damit einhergehenden Exklusionsrisiken, kritisch reflektiert. Als Folgerungen lassen sich der Ausbau und die Stärkung von regionalen gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen benennen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
I. Einführender Teil	1
1. Einleitung	1
1.1 Persönliche Motivation und Zielsetzungen	2
1.2 Inhaltliche Heranführung	3
II. Theoretischer Teil	4
2. Begriffsbestimmungen im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen	4
2.1 Psychische Erkrankung.....	4
2.2 Alter	4
2.3 Pflegebedarf	5
3. Entstehungszusammenhang des spezialisierten Wohnens im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen.....	6
4. Wohnen im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen.....	10
4.1 Wohnbedingungen.....	10
4.2 Wohnbedürfnisse	11
5. Theoretische Einordnung im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen	13
5.1 Theorie der Sozialen Gerontologie – Kongruenz-Modell der Person-Umwelt-Passung.....	13
5.2 Theorie der Sozialen Arbeit – Lebenswelt- und Alltagsorientierung.....	13
5.3 Theorie der Psychologie – Konzept des Empowerments	14
6. Zwischenfazit	15
III. Empirischer Teil	15
7. Wissenschaftliches-methodisches Vorgehen	15
7.1 Forschungsgegenstand und Forschungsfrage	15
7.2 Grundgesamtheit und Stichprobenauswahl.....	17
7.3 Qualitatives Forschungsdesign und Erhebungsmethode – Befragung	18
7.4 Erhebungsinstrument – Experteninterview	19
7.4.1 Durchführung der Interviews	20
7.4.2 Auswertung der Interviews.....	20
8. Deskriptive Ergebnisdarstellung.....	21
8.1 Adressaten.....	21
8.1.2 (Umwelt-) räumliche Faktoren.....	22

8.1.3 Inhaltliche Faktoren.....	22
8.1.4 Soziale Faktoren	23
8.1.5 Subjektive Faktoren	23
8.2 Professionelle	23
8.2.2 (Umwelt-) räumliche Faktoren	24
8.2.3 Inhaltliche Faktoren.....	24
8.2.4 Soziale Faktoren	25
8.2.5 Subjektive Faktoren	25
8.2.6 Gerontopsychiatrische Versorgungslandschaft	26
9. Interpretative Ergebnisdarstellung und Diskussion.....	26
9.1 (Umwelt-) räumliche Faktoren	26
9.2 Inhaltliche Faktoren.....	29
9.3 Soziale Faktoren.....	33
9.4 Subjektive Faktoren	36
10. Fazit und Ausblick im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen	39
Quellenverzeichnis	44
Anhang	56
Anhang 1: Erhebung gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg	56
Anhang 2: Gütekriterien qualitativer Sozialforschung	59
Anhang 3: Interviewleitfaden Adressaten	61
Anhang 4: Interviewleitfaden Professionelle.....	67
Anhang 5: Einverständniserklärung zur Interviewteilnahme	73
Anhang 6: Transkript Adressat A1	74
Anhang 7: Transkript Adressat A2	82
Anhang 8: Transkript Adressat A3	92
Anhang 9: Transkript Professioneller P1	106
Anhang 10: Transkript Professioneller P2	126
Anhang 11: Transkript Professioneller P3	146
Anhang 12: Transkriptionsregelsystem	167
Erklärung	169

Abkürzungsverzeichnis

Anh.	Anhang
Abb.	Abbildung
Aufl.	Auflage
bezog.	bezogene
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
dt.	deutsch
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (dt. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen)
ebd.	Ebenda
ed.	editor (dt. Herausgeber)
et. al.	et alii
etc.	et cetera
f.	folgende (Seite)
ff.	fortfolgende (Seiten)
fachspezif.	fachspezifisch
ggf.	gegebenenfalls
Hrsg.	Herausgeber
i.B.	in Bezug
ICD	International Classification of Diseases (dt. Internationale Klassifikation von Krankheiten)
i.d.R.	in der Regel
insges.	insgesamt
insb.	insbesondere
i.S.	im Sinne
i.V.m.	in Verbindung mit

Jg.	Jahrgang
k.A.	keine Angabe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
mind.	mindestens
N	Grundgesamtheit/ Population einer wissenschaftlichen Untersuchung
n	Teilmenge einer wissenschaftlichen Untersuchung
Nr.	Nummer
n.d.	nicht datiert
PfleWoqG	Pflege- und Wohnqualitätsgesetz
PMR	Progressive Muskelrelaxation
S.	Seite
sek.	Sekunden
spezif.	spezifisch
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
unv.	unverständlich
vgl.	vergleiche
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organization (dt. Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel
%	Prozent
≙	entspricht

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg - Organisationseinheiten	56
Abb. 2: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg - Geschlecht	57
Abb. 3: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg - Alter	57
Abb. 4: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg - Pflegebedarf	58
Abb. 5: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg - Voraussichtlicher Bedarf	59

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Dimensionen Forschungsgegenstand.....	16
---	----

Anmerkungen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird innerhalb dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig zu verstehen ist.

Die in der vorliegenden Arbeit vielfach verwendete Bezeichnung der *psychischen Erkrankung* umfasst jegliche bestehende Form einer chronischen psychischen Beeinträchtigung, ausgenommen von dementiellen Erkrankungen. Der Fokus liegt dabei auf Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung, da institutionelle Wohneinrichtungen für diese Personengruppe innerhalb der Region Nürnberg, nach Ansicht von Adressaten, Angehörigen und einem Arbeitskreis aus professionellen Fachkräften, in einem nicht angemessenen Maß vorhanden sind.

Die Begrifflichkeit *Professionelle* bzw. *professionelle Fachkraft* bezieht sich auf jegliche professionelle Berufsgruppe innerhalb des sozialen Bereiches, bspw. Sozialarbeiter, Pädagogen etc. und ist daher synonym zu verstehen. Gleichmaßen schließt der Begriff Personen ein, welche im beruflichen Kontext in leitenden Funktionen von ambulanten und/ oder stationären Wohneinrichtungen verschiedener Trägerschaften, tätig sind.

Im Hinblick auf die Vielschichtigkeit der Thematik soll betont werden, dass diese nur in inhaltlichen und formalen Grundzügen dargestellt werden kann. Demzufolge sind dem Fließtext Fußnoten zu entnehmen, welche sowohl ergänzende Anmerkungen und/ oder Definitionen enthalten, als auch auf weiterführende Inhalte im Anh. verweisen.

Durch die Aktualität von Fachliteratur bauen wissenschaftliche Arbeiten auf dem aktuellen Forschungsstand auf und gehen idealerweise über ihn hinaus. Dennoch wird innerhalb dieser Arbeit, insb. im Themenbereich der Ökologischen Gerontologie auch auf ältere Literatur verwiesen.

I. Einführender Teil

1. Einleitung

In keinem anderen Lebensabschnitt wie dem Alter, wird der Mensch in seinem Dasein so geprägt wie durch das Wohnen (vgl. Saup 1993). Räumliche Kontexte, wie die Arbeitsstätte, werden mit der Pensionierung hinfällig (vgl. Kricheldorf 2015) und gesundheitliche Einschränkungen treten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit auf, welche sich ggf. auf die Mobilität und somit auch auf den Aktionsradius einer älteren Person auswirken. Dies führt i.d.R. zu einer Zentrierung des individuellen Lebensmittelpunktes auf den privaten Wohnraum (vgl. Kühnert/ Ignatzi 2019), als auch auf die angrenzende Nachbarschaft (vgl. Kricheldorf 2015; Hieber et. al. 2005; Saup/ Reichert 1999). Wenn folglich im höheren Alter ein großer Anteil der Alltagsgestaltung in der unmittelbaren Wohnwelt (Wohnraum/ Wohnumgebung) vollzogen wird, können angemessene Wohnbedingungen unerlässlich für die Befriedigung von (Wohn-) Bedürfnissen, Lebenszufriedenheit und -qualität sowie für ein würdevolles und selbstbestimmtes Altern (vgl. Hieber et al. 2005) sein. Dies trifft nicht nur für weitgehend gesunde ältere Menschen zu, sondern gleichermaßen für jene mit Beeinträchtigungen, wie bspw. einer psychischen Erkrankung. Im Falle einer hinzukommenden oder absehbaren Pflegebedürftigkeit kann die Kombination aus den drei genannten Aspekten (Alter, psychische Erkrankung und Pflegebedürftigkeit) zu einem spezif. Unterstützungsbedarf führen, da ggf. die selbstständige Alltagsbewältigung weitestgehend oder gänzlich eingeschränkt ist. An dieser Stelle besteht in vielen Gebieten Deutschlands die Option, ein gut ausgebautes und qualitätsorientiertes Versorgungssystem in Anspruch nehmen zu können, welches ein breites Spektrum an (spezialisierten) Angeboten und Leistungen, entsprechend der (spezif.) Bedarfe, anbietet.

Wer hingegen in der Region Nürnberg mit einer bestehenden psychischen Erkrankung altert und ggf. einen zusätzlichen Pflegebedarf entwickelt, sieht sich mit der Situation konfrontiert, wenig fachspezif. Hilfen vorzufinden. Insb. im Kontext Wohnen ist die Anzahl von Einrichtungen, welche sich an die genannte Personengruppe mit einem ambulant betreuten oder stationären Setting widmen gering, was zu mangelnden Alternativen und oftmals zu Umzügen in konventionelle Alten- und Altenpflegeheime führt. Diese verfügen oft nicht über die Ressourcen und Fähigkeiten, um adäquate, individuelle und flexible Alltagsstrukturen für die Bewohner zu ermöglichen (vgl. Schmucker 2019; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2010). Um den spezif. Unterstützungs- und Teilhabebedarfen gerecht zu werden, individuelle Lebenszufriedenheit und -qualität zu bieten, wie auch ein autonomes Altern zu ermöglichen, sollten jedoch fachspezialisierte Wohnangebote gegeben sein, welche sich auf die Wohnbedürfnisse der Personen-

gruppe ausrichten. Folglich ist es Intention der vorliegenden Arbeit, diesem Sachverhalt durch die zentrale Fragestellung nachzugehen: *Welche Faktoren müssen in einer spezialisierten Wohneinrichtung vorhanden sein, um die Wohnbedürfnisse von älteren Personen mit psychischer Erkrankung und vorhandenem oder potenziellem Pflegebedarf in der Region Nürnberg, zufriedenzustellen?*

1.1 Persönliche Motivation und Zielsetzungen

Ausgangspunkt für die Wahl der Thematik bilden zum einen das persönliche Interesse der Autorin, i.B. auf die Zielgruppe im beruflichen Kontext, als auch das Anliegen eine praktisch orientierte Arbeit zu verfassen, die sich auf regionale Versorgungsstrukturen fokussiert. Aus dieser Motivation heraus erfolgte eine mehrwöchige Hospitation der Verfasserin, bei einem Verein mit Spezialisierung auf die Versorgung von psychosozialen Angeboten in der Region Mittelfranken. Hieraus ergab sich der Kontakt zu einer Arbeitsgemeinschaft, welche sich den psychosozialen Belangen von Personen innerhalb der Region Nürnberg widmet. Diese Initiative engagiert sich seit Anfang des Jahres 2019 für die Thematik im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen. Hintergrund bildeten Adressaten- und Angehörigenkontakte aus der praktischen Arbeit der professionellen Vertreter. Jene Adressaten äußerten den Bedarf an Wohneinrichtungen mit gerontopsychiatrischer Fachausrichtung¹, welche aus deren Sichtweise zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht ausreichend vorhanden sind. Die Teilnahme an Treffen der Arbeitsgemeinschaft führte zur Fokussierung auf die bestehende Bedarfssituation, festigte für die Autorin den Entschluss, sich der vorliegenden Themenwahl zu widmen und ermöglichte ihr (Teil-) Ergebnisse bei einem Diskurs vorzustellen².

Ausgehend von der beschriebenen persönlichen Motivation, stellt eine Zielsetzung der vorliegenden Arbeit die Erhebung des existierenden Bedarfs an spezialisierten Wohneinrichtungen und deren konzeptionelle Ausrichtung (segregativ/ inklusiv)³, in einem für

¹ Die Gerontopsychiatrie lässt sich dem Gebiet der Medizin und der Fachausrichtung der Psychiatrie zuordnen (vgl. Ignatzi/ Kühnert 2019; Weniger 2011) und befasst sich mit „psychischen Störungen sowie Erkrankungen im Alter bzw. des Alterns“ (Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. 2007: 1) (vgl. Weniger 2011).

² Der Diskurs widmete sich der betreffenden Thematik und wurde im Jahr 2019 initiiert. Geladen waren u.a. Vertreter aus der Politik, von regionalen Wohlfahrtsverbänden und Einrichtungen der Altenhilfe.

³ Beide Begriffe manifestieren sich innerhalb der Sozialwissenschaft auf verschiedenen Ebenen (gesellschaftlich, institutionell etc.) (vgl. Kuhlmann et. al. 2018). Im Kontext der institutionellen Ebene bezeichnet Segregation die Begünstigung von Homogenität, um bspw. eine adäquate Versorgung von bestimmten Personengruppen zu ermöglichen (vgl. ebd.; Farwick 2012). Der Begriff der Inklusion beschreibt im selben Kontext die Förderung von Heterogenität und den Abbau von separierenden institutionellen Strukturen (vgl. Kuhlmann et. al. 2018; Hinz 2002).

diese Arbeit angemessenen Umfang von insges. sechs Befragten dar. Zu diesem Zweck sollen potenzielle Adressaten sowie Professionelle, die mit einer vergleichbaren Zielgruppe arbeiten, empirisch befragt werden. Aufgrund der Relevanz von Wohnen und den positiven Konsequenzen von befriedigten Wohnbedürfnissen (vgl. 4.2) ist es ein weiteres Anliegen Faktoren zu ermitteln, welche zu einer Zufriedenstellung beitragen und folglich (i.S. der zentralen Fragestellung) in den Fokus eines spezialisierten Wohnens gestellt werden sollten. Die Ergebnisse können möglicherweise Empfehlungen für konzeptionelle Inhalte geben und somit für vorhandene als auch zukünftige Wohneinrichtungen von Relevanz sein. Zum anderen ist es denkbar, Impulse für professionelle Aufgabenstellungen im Kontext der Sozialen Arbeit, inbs. der Sozialen Gerontologie, zu setzen. Dies kann damit begründet werden, dass die Soziale Arbeit auch im Handlungsfeld der Gerontologie repräsentativ tätig ist und somit soziodemografische Veränderungen, wie die steigende Anzahl von älteren Personen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit in Bayern (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2017), mit Konsequenzen für die Profession, ihrer Arbeitsfelder und Aufgabenbereiche einhergehen.

1.2 Inhaltliche Heranführung

Die vorliegende Arbeit umfasst insges. zehn Kapitel und ist in einen theoretischen als auch einen empirischen Teil untergliedert. Ihnen vorangestellt ist der Einführende Teil (vgl. I), welcher die Wahl der Thematik, in Form einer persönlichen Motivation expliziert. Aus dieser leiten sich sowohl die Zielsetzungen, als auch die zentrale Fragestellung ab. Für ihre Bearbeitung bedarf es zunächst einer theoretischen Betrachtung. Der theoretische Teil (vgl. II) beginnt mit einer Beschreibung der zentralen Termini (vgl. 2), um eine einheitliche Begriffsverwendung zu ermöglichen. Im darauffolgenden wird eine Analyse der Region Nürnberg vorgenommen (vgl. 3). Zur Beantwortung der Forschungsfrage bedarf es dabei auch der theoretischen Auseinandersetzung mit der Thematik des Wohnens, insb. mit dem Aspekt der Wohnbedürfnisse (vgl. 4.2). An dieser Stelle wird der Bezug zur Ökologischen Gerontologie deutlich, welche eine theoretische Grundlage dieser Arbeit darstellt (vgl. 5.1). Um die zentralen Erkenntnisse beschreiben und zugleich die Basis des empirischen Abschnittes bilden zu können, erfolgt ein Zwischenfazit (vgl. 6). Der empirische Teil (vgl. III) widmet sich der qualitativen Untersuchung und ihrer wissenschaftlichen-methodischen Vorgehensweise (vgl. 7). Die Betrachtung und Darstellung der Ergebnisse erfolgen zunächst separiert (vgl. 8), nachfolgend integriert bei gleichzeitiger Interpretation und Diskussion (vgl. 9). Die Arbeit schließt mit einem Ausblick ab, welcher sich weiterführenden Aufgaben der Sozialen Arbeit widmet (vgl.10).

II. Theoretischer Teil

2. Begriffsbestimmungen im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen

Um ein Verständnis für die Vielschichtigkeit der Thematik zu erhalten, gilt es in folgendem Kapitel eine theoretische Grundlage zu schaffen, indem die zentralen Begrifflichkeiten *Psychische Erkrankung*, *Alter* und *Pflegebedarf* definiert werden.

2.1 Psychische Erkrankung

Im Bereich der psychischen Auffälligkeiten ist die Unterscheidung zwischen *gesund* und *krank* nicht immer präzise definier- bzw. differenzierbar, da u.a. psychische Erkrankungen einen multifaktoriellen Hintergrund (genetische Komponenten, individuelle Verhaltensweisen, soziale Kontakte, Umweltfaktoren etc.) besitzen (vgl. World Health Organization 2012). Um eine möglichst einheitliche Verwendung der Begriffe vornehmen zu können, wird in dieser Arbeit die Definition der WHO verwendet. Diese definiert *psychische Erkrankung* als „Störungen der psychischen Gesundheit einer Person“ (World Health Organization 2019: 1), welche i.d.R. durch „eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet ist“ (ebd.: 1). Eine psychische Erkrankung führt folglich zu Beeinträchtigungen des Erlebens und Verhaltens einer Person und geht mit einer Vielzahl an Erschwernissen einher (vgl. 3). Das Erkrankungsbild und der Schweregrad einer psychischen Erkrankung werden durch Symptome bestimmt, welche in den anerkannten Klassifikationssystemen, der DSM und der ICD (der WHO) aufgeführt sind (vgl. Bräutigam 2018; Hogrefe 2016; Bencke 2014; Effinghausen 2014). Je länger eine psychische Erkrankung besteht, desto höher ist das Risiko einer Chronifizierung (vgl. Mattejat 2008).

Charakteristisch für eine chronische Erkrankung sind lang andauernde bzw. wiederkehrende Beschwerden oder Einschränkungen, welche i.d.R. nicht vollständig kurierbar sind (vgl. Austerer/ Radinger 2018; Gühne et. al. 2014; Robert-Koch-Institut 2011). Neben dem Aspekt der Dauerhaftigkeit kennzeichnet sie sich durch ihren dynamischen Verlauf aus, welcher durch den Wechsel von stabilen und instabilen (i.S. von krisenhaften) Phasen gekennzeichnet ist (vgl. Austerer/ Radinger 2018; Hogrefe 2017) und sich multidimensional auswirkt (psychisch, physisch, sozial). Eine psychische Erkrankung kann sich daher verschlechternd auf den Gesundheitszustand auswirken und so eine vorzeitige Alterung ermöglichen (vgl. Hewer et. al. 2018; Robert-Koch-Institut 2011).

2.2 Alter

Wenn vom *Alter* eines Menschen gesprochen wird, meint dies im Regelfall das kalendrische Alter, welches die Summe der Lebensjahre darstellt. Demzufolge wird der Beginn des vierten Lebensalters „nicht selten mit einer chronologischen Altersgrenze von 60

oder 65 Jahren angesetzt“ (Tesch-Römer/ Wurm 2009: 11), welches in einen dritten und vierten Lebensabschnitt differenziert werden kann (vgl. Görnet-Stuckmann 2010; Tesch-Römer/ Wurm 2009). Der dritte Lebensabschnitt wird dabei primär in die „jüngeren Alten“ (60-75 Jahre) (Görnet-Stuckmann 2010: 12), der vierte Lebensabschnitt in die Untergruppen der „alten Alten“ (76-84 Jahre) (ebd.: 12) und „Hochaltrigen“ (ab 85 Jahren) (ebd.: 12) unterteilt. Hierbei handelt es sich um eine von vielen Altersbezeichnungen und -einteilungen. Alter kann jedoch nicht ausschließlich über das kalendarische Alter abgebildet werden. So lassen sich weitere Dimensionen, wie das biologische Alter (physiologische Funktionsveränderungen des Organismus etc.), das psychische Alter (Bewusstseins-/ Persönlichkeitsmodifikation etc.) oder das soziale Alter (subjektive und gesellschaftliche Rollenerwartungen etc.) differenzieren (vgl. Kühnert/ Ignatzi 2019; Oswald et. al. 2018; Erhardt et. al. 2014; Buchka 2012). Dies bedeutet, dass das Alter einen Lebensabschnitt oder eine Lebensphase (vgl. Kruse 2017; Tesch-Römer/ Wurm 2009) darstellt, welche mit einer Vielzahl von Veränderungsprozessen, u.a. der Zunahme von Multimorbidität⁴ und Pflegebedürftigkeit, einhergeht (vgl. Zippel et. al. 2011).

2.3 Pflegebedarf

Ein *Hilfe-* bzw. *Pflegebedarf* entsteht, wenn gesundheitliche Einschränkungen bei einer Person vorhanden sind, welche die selbstständige Ausübung von verschiedenen alltäglichen Aktivitäten wie Körperpflege, Mobilität und Selbstversorgung (vgl. Menning/ Hoffmann 2009, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung n.d.) begrenzen oder auch impraktikabel machen (vgl. Menning/ Hoffmann 2009; Hasseler/ Görres 2005). Weist eine Person solch eine genannte Einschränkung auf, die sie in Abhängigkeit zu fremder Hilfe setzt, wird sie als pflegebedürftig bezeichnet. Ist hingegen die Risikowahrscheinlichkeit einer Hilfebedürftigkeit, aufgrund verschiedener Faktoren (Alter, Multimorbidität etc.) erhöht, jedoch noch nicht gegeben, kann von einem potenziellen Pflegebedarf gesprochen werden. Unter einem Hilfebedarf versteht man die „Einschränkungen des Bewegungsapparates, körperlich-organische Erkrankungen sowie kognitive und psychische Beeinträchtigungen“ (Menning/ Hoffmann 2009: 68). Auch eine Kombination von mehreren Faktoren (i.S. von Multimorbidität) ist denkbar (vgl. Falk et. al. 2011). Ein bestehender Pflegebedarf wird über ein Gutachten des MDK ermittelt und kann innerhalb von fünf Pflegegraden berücksichtigt werden (vgl. Medizinischer Dienst der Krankenver-

⁴ Multimorbidität bezeichnet das simultane Auftreten oder Bestehen von mehreren Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen (Falk et. al. 2011; Zippel et. al. 2011). Dabei ist es nicht von Relevanz ob die Erkrankungen/ Beeinträchtigungen sich gegenseitig bedingen oder in ihrer Ätiologie i.V.m. stehen (vgl. Muth/ van den Akker 2014).

sicherung n.d.). Je nach Pflegegrad erhöht sich der Umfang bzw. die Intensität der Unterstützung und differenziert sich in verschiedene Leistungsbereiche, wie bspw. Mobilität, Körperpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Wohnen (vgl. ebd.).

Nach der Beschreibung von zentralen Begrifflichkeiten ist es notwendig, eine Analyse der Zielgruppe und der bestehenden Ausgangssituation innerhalb der Region Nürnberg durchzuführen, um, i.V.m. den Begriffsannäherungen, die inhaltlichen Aspekte von spezialisiertem Wohnen zu präzisieren.

3. Entstehungszusammenhang des spezialisierten Wohnens im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen

Der Fokus der schriftlichen Arbeit richtet sich auf die Zielgruppe von älteren Menschen ab 65 Jahren mit einer psychischen Erkrankung und potenzieller bzw. bestehender Pflegebedürftigkeit. Jene leben in der Region Nürnberg, welche im Besonderen die Städte Nürnberg, Fürth und Erlangen beinhaltet, sowie weitere umliegende Städte und Gemeinden in Mittelfranken. Eine nähere Präzisierung hinsichtlich des Aktionsradius erfolgt nicht, um die Anonymität der Probanden zu wahren.

Im Hinblick auf die Anzahl von Personen, welche sich dieser Zielgruppe innerhalb der betreffenden Städte zuordnen lassen, liegen nach Recherchen und Anfragen der Autorin bei verschiedenen Institutionen, keine präzisen bzw. verlässlichen Angaben vor⁵. Folglich soll eine quantitative Erhebung aus dem Jahr 2019 als Grundlage dienen, welche den gerontopsychiatrischen Versorgungsbedarf älterer Personen mit psychischer Erkrankung in Nürnberg erfasst (vgl. Kaufmann/ Ringel 2019). An dieser Stelle ist zu betonen, dass diese Umfrage nur einen Teil des vermuteten existenten Bedarfs in der Region widerspiegelt. In der Erhebung aus dem Jahr 2019 wurden 159 ältere Personen mit einer psychischen Erkrankung befragt, die an gerontopsychiatrische Versorgungsstrukturen (in Form von Institutionen, Angeboten etc.) innerhalb von Nürnberg angebunden waren. Inhalte der Erhebung stellen u.a. Alter, psychisches Erkrankungsbild, bestehender Pflegebedarf und die als notwendig erachteten Versorgungsangebote dar⁶. Die Mehrheit der Probanden war zum Erhebungszeitraum zwischen 70 und 79 Jahren alt

⁵ Dieser lückenhaften Datenlage können differente Ursachen zugrunde liegen. Ein gewichtiger Punkt könnte die Sensibilität der Daten darstellen, welche zum Schutz der betreffenden Personen, u.a. vor Stigmatisierung und Diskriminierung, auf städtischer Ebene nicht erfasst werden.

⁶ Aus der vorliegenden Erhebung geht nicht hervor, weshalb die Grundgesamtheiten der Kategorien Alter, Diagnose, Pflegebedarf und Versorgungsform different sind: Alter (N= 160), Diagnose (N= n.d.), Pflegebedarf (N= 161) und Versorgungsform (n.d.) (vgl. Kaufmann/ Ringel 2019) (vgl. Anh. 1).

n= 57) (vgl. Abb. 3) und hatte nach eigenen Angaben keinen bestehenden Pflegebedarf (n= 53) (vgl. Abb. 4). 70 Personen äußerten sich hingegen zu einer absehbaren Bedürftigkeit ($\hat{=}$ 43,5 %) und 18 Befragte hatten einen Pflegegrad der Stufe zwei ($\hat{=}$ 11,2%) (vgl. Abb. 4). Dessen ungeachtet wurde primär der Wunsch nach einer spezialisierten stationären Wohnform (62%) geäußert, sekundär die Versorgungsform einer ambulanten Wohngemeinschaft (25%) (vgl. Abb. 5) (vgl. Kaufmann/ Ringel 2019). Im Verhältnis dazu existieren nach Recherchen der Verfasserin, zum derzeitigen Stand ca. 100 Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe in den Städten Nürnberg, Fürth und Erlangen⁷. Davon weisen ca. fünf eine Fachspezialisierung entsprechend einer gerontopsychiatrischen Versorgung, mit rund 110 Bewohnerplätzen auf. An dieser Stelle wird ersichtlich, dass die Anzahl an spezialisierten Einrichtungen in der Region für Personen mit psychischen Erkrankungen tendenziell gering ist.

Langfristig bestehende psychische Erkrankungen gehen oftmals mit Belastungen und Einschränkungen in einzelnen oder gänzlich allen Lebensbereichen einher (vgl. 2.1). Primär sind die „Fähigkeiten der Alltagsbewältigung“ (Austerer/ Radinger 2018: 25), darunter die Selbstversorgung und Kommunikation betroffen, sodass bei einer schweren Erkrankungsausprägung ggf. (professionelle) Unterstützung erforderlich werden kann (vgl. Haslbeck et. al. 2015; Faltermaier 2005). Der Aspekt der Kommunikation wirkt sich nicht nur partiell auf die selbstständige Alltagsbewältigung, sondern gleichermaßen auf die soziale Interaktion und folglich auf bestehende zwischenmenschliche Kontakte, deren Frequenz und Qualität, aus. Viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung verfügen infolgedessen über kleinere soziale Netzwerke (vgl. Effinghausen 2014; Rüesch/ Neuenschwander 2004), welche häufig Angehörige, andere psychisch erkrankte Personen und professionelle Fachkräfte (vgl. Effinghausen 2014) umfassen. Auch die soziale Integration bzw. Teilhabe ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen erschwert, da jene häufig negative Reaktionen von Menschen ohne psychische Erkrankung und/ oder gesellschaftlichen Ausgrenzungstendenzen erfahren (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2010; Hartmann 2010; von Kardorff 2010). Eine langjährige psychische Erkrankung wirkt sich im gleichen Maße beeinträchtigend auf die psychische und physische Gesundheit aus. Dies geht u.a. mit einer Identifizierung der betreffenden

⁷ An dieser Stelle soll betont werden, dass trotz der Recherchen durch die Autorin, keine präzisen Angaben ermittelt werden konnten. Die genannten Zahlen können von einem tatsächlichen Bestand abweichen. Hinzu kommt, dass lediglich die Städte und keine dazugehörigen Landkreise betrachtet wurden. Quellen der Recherchen bilden u.a.: Pflegestützpunkt Nürnberg (2019), Gerontopsychiatrische Fachkoordination Mittelfranken/ Angehörigenberatung e.V. Nürnberg (n.d.) und private Websites von Einrichtungsanbietern der Städte Nürnberg, Fürth, Erlangen.

Person mit der Erkrankung einher, da die Erkrankung aufgrund der Dauerhaftigkeit, zu dem bestimmenden Teil des Lebens wird (vgl. Austerer/ Radinger 2018). Auch begünstigt eine chronische Erkrankung das Auftreten einer Pflegebedürftigkeit (vgl. ebd.) und geht mit einer höheren Anfälligkeit für Multimorbidität einher (vgl. Hewer et. al. 2018; Effinghausen 2014; Kron 2010; Kipp/ Jüngling 2007)⁸.

Aufgrund der multidimensionalen Auswirkungen von psychischen Erkrankungen, die oftmals in Wechselwirkung zueinanderstehen und sich (negativ) beeinflussen, ist bei der betreffenden Zielgruppe ein „komplexer Bedarf an Hilfe und Förderung“ (Effinghausen 2014: 86) erkennbar. Infolgedessen erscheint eine Versorgung in einer konventionellen stationären Altenhilfeeinrichtung nicht angemessen. Dies kann damit begründet werden, dass sich Alten- und Altenpflegeheime i.d.R. durch reglementierte Alltagsprozesse für Bewohner (vgl. Gukenbiehl 2016), damit einhergehender Einschränkungen der Autonomie (i.S. des Fürsorgeprinzips) (vgl. Dathe 2014; Kipp/ Jüngling 2007; Huber et. al. 2005) und fehlender gerontopsychiatrischer Fachausbildung der Professionellen auszeichnen (vgl. Laschet 2015)⁹. Ein Konzept von *spezialisiertem Wohnen*, welches eine bedarfsorientierte und gerontopsychiatrische Versorgung fokussiert, könnte diesbezüglich eine geeignetere Alternative für betreffende Personen darstellen.

Spezialisiertes Wohnen umfasst für die vorliegende Arbeit folgende Aspekte:

- Adressatengruppe
- Professionelle Versorgung
- Wohnformen

Im Hinblick auf die Adressaten richtet sich das Konzept an verschiedene Altersklassen, psychische Erkrankungsbilder, Formen von Pflegebedürftigkeit und deren Ausprägungen (i.S. von Pflegegraden/ Multimorbidität). Da psychische Erkrankungen im höheren Lebensalter häufig von somatischen und physischen Einschränkungen begleitet werden (vgl. Gühne et. al. 2014; Kipp/ Jüngling 2007), ist ein multidisziplinärer Versorgungsansatz für spezialisierte Wohneinrichtungen von Relevanz. Die vielseitigen Bedarfe und Elemente gerontopsychiatrischer Behandlung (Medikation, Therapie, Beratung etc.) sollen durch ein multiprofessionelles Team adäquat zufriedengestellt werden, welches sich

⁸ An dieser Stelle soll betont werden, dass es sich bei der Zielgruppe um keine homogene Personengruppe handelt und folglich die Beschreibung und die daraus geschlussfolgerten Bedarfe, nicht für alle älteren Menschen mit psychischer Erkrankung zutreffen müssen, jedoch können.

⁹ Gründe können an dieser Stelle steigende Anforderungen im Bereich der Pflege- und Altenarbeit darstellen (Multimorbidität der Adressaten, Weiterentwicklung Versorgungsstandards etc.) (vgl. Brandenburg/ Calero 2009), welche zu einer ansteigenden Arbeitsverdichtung für professionelle Fachkräfte führen (vgl. ebd.; Huber et. al. 2005). Eine gleichzeitige Reduktion von personellen und zeitlichen Ressourcen (vgl. ebd.), kann in negativen Effekten in der Patientenversorgung resultieren (vgl. Brandenburg/ Calero 2009).

u.a. durch eine übergreifende gerontopsychiatrische Fachausbildung charakterisiert. Zugleich wird ein angemessener Zugang zu relevanten Lebensbereichen (Alltag, Freizeit, Kontakte, Gesundheit, Teilhabe etc.) angestrebt.

An dieser Stelle kann die Soziale Gerontologie¹⁰ als geeignete, wissenschaftliche und anwendungsbezog. Disziplin (vgl. Kühnert/ Ignatzi 2019; Kricheldorf et. al. 2015), greifen. Im Kontext einer sozialwissenschaftlichen Ausrichtung, wie jener der Sozialen Arbeit, befasst sie sich mit den Aspekten von individuellen Bedürfnissen, sozialen Beziehungen, gesellschaftlicher Partizipation (vgl. ebd) und Autonomie im Alter (vgl. Kolland/ Fibich 2014). Die Soziale Arbeit kann dabei auch in der Gerontopsychiatrie tätig sein, einem Fachgebiet, welches sich im Alter bestehenden psychischen Erkrankungen, widmet (vgl. Weniger 2011; Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. 2007). Hierbei verfolgt die Soziale Arbeit die Zielsetzungen „Krisenbewältigung, Ressourcenförderung, Reaktivierung und soziale Teilhabe“ (Niemann-Mirmehdi/ Rapp 2009: 94) zu leisten, zu ermöglichen und zu fördern. Dabei arbeitet sie mit dem (professionellen) Verständnis der Lebenswelt- und Alltagsorientierung (vgl. 5.2) und dem Konzept des Empowerments (vgl. 5.3) (vgl. Effinghausen 2014; Dörr 2005).

Da im Kontext des *Spezialisierten Wohnens*, die Versorgung der Adressatengruppe nicht alleinig durch inhaltliche oder personelle Ressourcen beeinflusst wird, sollten auch räumlichen Gegebenheiten Berücksichtigung finden. Das spezialisierte Wohnen orientiert sich in seinem Konzept an den Formen des ambulant betreuten und stationären Wohnens der Altenhilfe¹¹ und visiert in seinem Idealtypus eine Kombination aus beiden Wohnformen an. Dadurch kann eine längerfristige Wohnphase ermöglicht werden, welche die Vorteile von Sicherheit, Versorgung und Selbstständigkeit integriert. Optional ist eine Realisierung von mehreren Einrichtungen denkbar, welche sich auf eine spezif. Wohnform festlegen. Das spezialisierte Konzept kann folglich durch seine Rahmenbedingungen bedeutsamen Einfluss auf die Adressaten, deren Lebensweise, Wohnverhalten und -bedürfnisse nehmen.

¹⁰ Wenn im Nachfolgenden der Begriff der *Sozialen Arbeit* genannt wird, schließt dies folglich die wissenschaftliche/ anwendungsbezog. Disziplin der *Sozialen Gerontologie* (vgl. Kühnert/ Ignatzi 2019; Kricheldorf et. al. 2015) mit ein.

¹¹ Eine Differenzierung der genannten Wohnformen und ihrer Charakteristika finden sich u.a. bei Kühnert/ Ignatzi 2019: 158ff. Pflegestützpunkt Nürnberg 2019: 4, sowie bei Backes/ Clemens 2013: 261ff.

4. Wohnen im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen

Wohnen gewinnt insb. im höheren Lebensalter durch eine erhöhte Alltagspräsenz im Wohnraum an Relevanz und kann mit diversen förderlichen Aspekten wie Wohnzufriedenheit und selbstbestimmten Altern einhergehen. Ein nicht zu vernachlässigender Zugang zu älteren Menschen stellt daher ihre Wohnwelt (privater Wohnraum und Wohnumgebung) dar, welche durch vorhandene Bedingungen (vgl. 4.1) und Bedürfnisse (vgl. 4.2) eine subjektive Bewertung erhält. Wohngegebenheiten gehen folglich immer mit Wohnbedürfnissen einher, was im Kontext der Fragestellung der Arbeit (vgl. 7.1) bedeutet, dass eine detaillierte Betrachtung von Wohnbedingungen vorrangig erfolgen muss.

Innerhalb der Literatur werden zur Thematik Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung nur in wenigen Arbeiten Wohnbedingungen und -bedürfnisse explizit benannt. Folglich werden im nachfolgenden Abschnitt 4.1 Parallelen zu allgemeingreifenden Ansätzen herangezogen, um die innerhalb der Literatur bestehende Lücke zu schließen und sich so der Zielgruppe, als auch dem Untersuchungsgegenstand (vgl. 7.1) dieser Arbeit anzunähern.

4.1 Wohnbedingungen

Unter dem Begriff der *Wohnbedingungen* können physikalisch-soziale Faktoren subsumiert werden. Diese beziehen sich zum einen auf die baulichen Beschaffenheiten und Ausstattungsqualitäten des privaten Wohnraumes, zum anderen auf die Gestaltung des Wohnumfeldes (vgl. Lihs 2013; Zank 2002). Dabei verfolgen Wohnbedingungen primär die Intention, Autonomie zu erhalten (vgl. Oswald et. al. 2006; Zank 2002). Bezogen auf den privaten Wohnraum sind damit u.a. Wohnungen gemeint, in denen ältere Menschen „auch bei vorhandenen Handicaps noch so viele Dinge des täglichen Lebens selbst erledigen können, wie irgendwie möglich“ (Narten 1999: 87). Oft werden Wohnbedingungen, bezogen auf das Altern, mit dem Attribut *altersgerecht* assoziiert, welches den Aspekt der Barrierefreiheit¹² (vgl. Lihs 2013) beinhaltet. Neben barrierefreien Anforderungen ist im Hinblick auf eine autonome Lebensführung der Aspekt der Zugänglichkeit zu sozialen Kontakten und deren Pflege von Relevanz (vgl. Narten 1999; Michel 1999). Dies bezieht sich auf den privaten Wohnraum, dessen räumliche Größe und seine Charakteristika selbst (hell, gut belüftet etc.), als auch auf die Zugänglichkeit durch das Wohnumfeld.-

¹² Barrierefreiheit impliziert eine uneingeschränkte Handlungsfreiheit und Beweglichkeit, welche einen großen Bewegungsradius ermöglicht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2018). Sie spiegelt sich u.a. in nicht vorhandenen Hindernissen, wie Stufen, Schwellen oder einer Möblierung wider (vgl. Heinze 2013; Keller 2006).

In diesem Kontext ist die Präsenz von Infrastruktur (i.S. von öffentlichen Verkehrsmitteln) gemeint, welche sich in erheblichem Maße auf die Kontakthäufigkeit des älteren Menschen inner-, aber auch außerhalb seines Wohnraumes auswirken kann. Neben öffentlichen Nahverkehrsstrukturen stellen Angebote und Einrichtungen für Dienstleistungen (medizinische Versorgung etc.) und Güter (Einkaufsmöglichkeiten etc.) zur Abdeckung des täglichen Bedarfs weitere relevante Aspekte des Wohnumfeldes dar (vgl. Lihs 2013; Schmaus 1999). Diese sollten möglichst fußläufig erreichbar sein. Gleichermaßen sind kulturelle und freizeitbezogene Aspekte (Theater, Verein etc.) für das Wohnumfeld von Relevanz, um die soziale Teilhabe von älteren Menschen zu fördern (vgl. ebd.). Wohnbedingungen können demnach, je nach Vorhandensein und Ausprägung der Faktoren einen unterstützenden oder suppressiven Charakter vorweisen (vgl. Lawton 1999; Saup 1993). I. B. auf Menschen mit psychischer Erkrankung können Wohnbedingungen von geringer Qualität „mitverursachender Faktor“ (Wartmann et. al. 2018: 25) für psychische Gesundheitsbelastungen darstellen. Auch das Konzept des (ökologisch-) therapeutischen Milieus (vgl. Baudisch/ Linden 2017, Kolbe 2016, Linden et. al. 2006) vertritt die Anschauung, dass räumlich-soziale Aspekte des Wohnortes und der -umgebung keine zusätzlichen Belastungen darstellen, sondern als salutogene Faktoren erkrankungsbedingte Einschränkungen kompensieren oder positiv beeinflussen sollten (vgl. Baudisch/ Linden 2017: 2). Dabei tragen (objektive) Wohnbedingungen nicht allein zum Wohnerleben bei, auch Wohnbedürfnisse sind von zentraler Bedeutung.

4.2 Wohnbedürfnisse

Im Gegensatz zu Wohnbedingungen besitzen Wohnbedürfnisse, die in persönlichen Vorlieben und Wohnwünschen (vgl. Oswald 2002) ihren Ausdruck finden, keinen ökonomischen, sondern einen psychischen Charakter (vgl. Feigl 2015). Der Begriff *Wohnbedürfnis* wird innerhalb der Literatur vielfältig definiert und im Bedürfniskontext unterschiedlich zugeordnet. So bezieht sich Flade (1993) in ihrem Ansatz auf die Bedürfnishierarchie nach Maslow (1954/ 1971), in der die fünf Bedürfnisbereiche¹³ innerhalb des Wohnraumes und seiner unmittelbaren Umgebung zufriedengestellt werden können (vgl. Feigl 2015; Flade 1993). So bietet bspw. das Lebensmittelgeschäft innerhalb der Nachbarschaft die Möglichkeit Nahrungsmittel zu kaufen, welche im privaten Wohnraum zubereitet und verzehrt werden können.

¹³ Die Bedürfnishierarchie nach Maslow (1954/ 1971) ist ein Modell zur Erklärung menschlicher Motivation. Sie besteht aus insges. fünf Kategorien von Bedürfnissen: Körperliche Grundbedürfnisse, Sicherheit, Soziale Beziehungen, Soziale Anerkennung und Selbstverwirklichung. Die Bedürfnisse bauen dabei hierarchisch aufeinander auf (vgl. Myers 2014; Kulbe 2009).

Carp und Carp (1982/ 1984) nähern sich der Einordnung von Bedürfnissen durch die Unterscheidung zwischen Grund- und Wachstumsbedürfnissen an (vgl. Feigl 2015; Oswald 2002), welche sich auch auf Wohnbedürfnisse übertragen lassen (vgl. Hieber et. al. 2005). Grundbedürfnisse dienen der Autonomie und ihrer Aufrechterhaltung und beziehen sich dabei auf Kompetenzen und Aktivitäten des täglichen Lebens (vgl. ebd.; Oswald et. al. 2006). Wachstumsbedürfnisse richten sich nach Bedarfen höherer Ordnung wie Privatheit, Komfort und Stimulation (vgl. ebd.) und ermöglichen die Umsetzung von persönlichen Vorlieben. So kann die Gegebenheit einer kleinen Wohnung dazu beitragen, dass ältere Menschen weiterhin in der Lage sind, ihren Haushalt eigenverantwortlich zu führen, ohne familiäre oder professionelle Unterstützung zu beanspruchen (Grundbedürfnisse). Ein der Wohnung zugehöriger Balkon ermöglicht das Empfinden von Komfort angesichts eines schönen Ausblickes oder der Option diesen mit Blumen zu bepflanzen (Wachstumsbedürfnisse) (vgl. ebd.). Hieber und Kollegen (2005) ergänzen diesen Ansatz im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Forschung über die Übereinstimmung von Wohnbedürfnissen und -bedingungen bei älteren Menschen (vgl. Hieber et. al. 2005). Sie benennen des Weiteren den Aspekt der sozialen Wohnbedürfnisse, welcher sich u.a. in der geografischen Nähe und der Kontaktfrequenz zu Bekannten, Freunden und Angehörigen äußert (vgl. Beyer et. al. 2011; Hieber et. al. 2005).

Auch in einer Studie von Wartmann et. al. (2018) finden die Bedürfnisse von Menschen mit psychischer Erkrankung im Kontext von Wohnen und Betreuung, Berücksichtigung. Die Untersuchung widmet sich einer Stichprobe von 100 Probanden (N= 100), welche sich in einer betreuten Wohnform befinden oder auf der Suche nach eben solch einer waren. Dabei wurden im Kontext Wohnen folgende Bedürfnisse als relevant angegeben: adäquate Wohnsituation (n= 47), tägliche Aktivitäten (n= 19), soziale Kontakte (n= 18), Versorgung des Haushaltes (n= 17) und Nutzung des öffentlichen Verkehrs (n= 4) (vgl. Wartmann et. al. 2018). Ein Hauptergebnis der Studie zeigt die hohe Relation zwischen unbefriedigten Bedürfnissen und einer schlechter empfundenen Lebensqualität und Inklusion. Gleichermäßen weisen Personen in betreuten Wohnformen eine geringere Anzahl an unerfüllten Bedürfnissen auf, als jene ohne (vgl. ebd.). Die Vielzahl von angeführten Definitionsansätzen zeigt die Diversität der Begrifflichkeit *Wohnbedürfnisse*. Subsumierend kann dennoch festgestellt werden, dass es sich um psychische Faktoren handelt, welche primär durch soziale Aspekte, objektive Wohnbedingungen und subjektive Präferenzen eingeschränkt bzw. begünstigt werden können. An dieser Stelle kann eine Kongruenz von Wohnbedingungen und -bedürfnissen zur „Beibehaltung und Wiedergewinnung von Selbstständigkeit, Lebensqualität und gesellschaftlicher Partizipation im Alter“ (Oswald 2002: 98) beitragen und sich in „Wohnzufriedenheit widerspiegeln“ (ebd.: 97).

5. Theoretische Einordnung im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen

Theoretische Konzepte haben die Funktion, „Sachverhalte zu beschreiben, zu erklären und vorherzusagen“ (Aeppli et. al. 2014: 20). Sie bilden damit die Grundlage wissenschaftlichen Arbeitens, erlauben es Zusammenhänge herzustellen, Annahmen zu überprüfen und neue Ergebnisse zu generieren. Im Folgenden sollen diverse Theorien vorgestellt werden, welche für die Thematik von inhaltlicher und praktischer Relevanz sind.

5.1 Theorie der Sozialen Gerontologie – Kongruenz-Modell der Person-Umwelt-Passung

Das Modell nach Kahana (1975) lässt sich der Ökologischen Gerontologie¹⁴ zuordnen und versteht sich als Erklärungsansatz menschlichen Erlebens und Verhaltens, anhand der Bestimmung der Passung (Kongruenz bzw. Diskrepanz) zwischen älteren Personen, ihren Merkmalen (Persönlichkeitseigenschaften, Bedürfnisse, Präferenzen etc.) und jenen ihrer Umwelt. Für die nähere Beschreibung beider Faktoren (Person und Umwelt) wurden insges. sieben Dimensionen klassifiziert, wovon sich drei aus institutionellen Umweltmerkmalen von Alten- und Altenpflegeheimen¹⁵ ableiten. Hierbei handelt es sich um Dimensionen von Umweltmerkmalen: *Soziale Homogenität* (i.B. auf Geschlecht, Gesundheitszustand etc.), *Individuelle Autonomie* (Grad an Privatsphäre und Beachtung von Bedürfnissen) und *Institutioneller Kontrolle* (Ausmaß institutionelle Reglementierung). Im Hinblick auf Personenmerkmale werden folgende Dimensionen von Kahana (1975) differenziert: *Strukturierung einer Situation/ Umwelt* (Eindeutigkeit/ Mehrdeutigkeit von sozialen/ (umwelt-) räumlichen Strukturen), *Umweltstimulierung* (umwelträumlicher/ sozialer Anregungsgehalt), *Emotionale Expressivität* (Ausdruck von Emotionen) und *Triebkontrolle und Impulsaufschub* (Fähigkeit zur mittelbaren Bedürfnisbefriedigung) (vgl. Saup 1993). Eine hohe Kongruenz zwischen Person und Umwelt geht dabei mit einem erhöhten Wohlbefinden von Älteren und einer „gelingenden Auseinandersetzung mit der bestehenden Lebenssituation“ (ebd.: 40) einher.

5.2 Theorie der Sozialen Arbeit – Lebenswelt- und Alltagsorientierung

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit betont den Zugang zu Adressaten über ihren

¹⁴ Die Ökologische Gerontologie stellt eine Teildisziplin der Sozialen Gerontologie dar (vgl. Schneider 2000) und befasst sich mit dem wechselseitigen Verhältnis zwischen älteren Menschen und ihrer Umwelt (vgl. Wahl 2000; Saup 1993).

¹⁵ Kahana (1975) entwickelte das Modell i. B. auf Alten- und Altenpflegeheime und dessen Bewohner, weshalb insb. beschriebene Umweltmerkmale einen institutionellen Charakter aufweisen. Die inhaltlichen Aspekte und Überlegungen der Person-Umwelt-Passung, können hingegen, allgemein geltend für ältere Menschen und ihre Umwelt, angewendet werden (vgl. Saup 1993).

Alltag, den daraus implizierten Lebensverhältnissen, Ressourcen und Problematiken, sowie über gesellschaftliche Bedingungen und Optionen (vgl. Thiersch 2012; Kraus/ Hegeler 2011; Thiersch 1992). Die Begrifflichkeit *Alltag* bedeutet in diesem Kontext zum einen Verhaltensweisen, die ein Mensch zur „Bewältigung täglicher Anforderungen verwendet“ (Effinghausen 2014: 76) und zum anderen, die konkrete Lebenswelt, in der er sich befindet (vgl. ebd). Nach Thiersch (1992/ 2012) sind in der Lebenswelt und speziell in der Alltagsgestaltung eines Adressaten bereits Ansätze zur (Problem-) Bewältigung enthalten, die ihn zu einer autonomen und aktiven Person machen. Die Soziale Arbeit hat damit zum Ziel, die existierenden „Selbstkräfte“ (Grunwald/ Thiersch 2016: 24) durch Aspekte wie Respekt, Empathie, Akzeptanz und Partizipation anzuregen (vgl. Effinghausen 2014) und somit eine gelingende und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Ähnliche Aspekte vertritt der Ansatz des Empowerments.

5.3 Theorie der Psychologie – Konzept des Empowerments

Der Begriff *Empowerment*¹⁶ kann sinngemäß mit Selbstbemächtigung oder Selbstbefähigung ins Deutsche übersetzt werden (vgl. Kuhlmann et. al. 2018; Effinghausen 2014; Theunissen 2013; Lenz 2009). Im psychiatrischen Kontext steht Empowerment für die Rückgewinnung der persönlichen Stärke und der Einflussmöglichkeit auf das eigene Leben von Personen mit psychischer Erkrankung (vgl. Austerer/ Radinger 2018; Knuf 2016; Pilz et. al. 2014). Diese sind nicht als passive Hilfeempfänger anzusehen, sondern vielmehr als aktive Akteure, die ihre eigenen Ressourcen entfalten und autonom über ihre Lebensführung bestimmen (vgl. Knuf 2016; Effinghausen 2014; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend n.d.). Selbstbemächtigung kann folglich nur von den betroffenen Personen selbst realisiert werden, was es für Professionelle zur Zielsetzung macht, Empowerment-Prozesse zu fördern und zu begleiten (vgl. Röh 2018; Knuf 2016; Lenz 2009; Knuf/ Seibert 2000). Dies kann auf einer subjektbezog. als auch auf einer politischen Ebene erfolgen (vgl. Kuhlmann et. al. 2018; Lenz 2009) und äußert sich z.B. im niederschweligen Zugang zu Informationen (i.S. von Transparenz) (vgl. Richter et. al. 2014) der Förderung von sozialen (Angehörigen, Freunde etc.) und personalen Ressourcen (Selbstwert etc.) (vgl. Kuhlmann et. al. 2018; Lenz 2009), sowie der Stärkung politischer Beteiligung durch Selbsthilfeinitiativen oder Bürgerrechtsbewegungen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend n.d.).

¹⁶ Der Terminus Empowerment hat seinen wissenschaftlich-konzeptionellen Ursprung in der US-amerikanischen Sozial- bzw. Gemeindepsychologie (vgl. Sohns 2007; Stark n.d.) und wurde primär durch den Psychologen Rappaport (1981) erfasst und etabliert (vgl. Austerer/ Radinger 2018; Sohns 2007; Vossebrecher/ Jeschke 2007).

6. Zwischenfazit

Die im theoretischen Teil beschriebenen Begrifflichkeiten zeigen die Diversität der Thematik um psychische Erkrankung, Alter und Wohnen auf und verdeutlichen, i.V.m. der Zielgruppe, die Komplexität einer adäquaten gerontopsychiatrischen Versorgung. In der Region Nürnberg zeigt die Versorgungsstruktur im Kontext Wohnen für Adressaten und deren Angehörige ein wahrgenommenes Defizit auf, welches sich in fünf Einrichtungen, mit gerontopsychiatrischer Spezialisierung widerspiegelt. Ungeachtet der als unzureichend wahrgenommenen Versorgungslage von spezifischen Angeboten, stellt Wohnen, vor allem in höheren Lebensalter und bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung, einen relevanten Aspekt dar, welcher durch objektive Bedingungen beeinflusst wird. Wohnbedingungen können sich dabei förderlich oder suppressiv auf eine Person und ihren Gesundheitszustand auswirken und stehen dabei immer im direkten Verhältnis zu Wohnbedürfnissen. Eine vorhandene Kongruenz zwischen beiden Aspekten kann (i.S. des Modells der Person-Umwelt-Passung), zu einer gelingenden Alltagsbewältigung, individueller Zufriedenheit und folglich zu einem adäquaten Alterungsprozess beitragen (vgl. Hieber et. al. 2005). Eine selbstbefähigte Lebensführung (i.S. des Konzeptes des Empowerments) für die betreffende Personengruppe kann folglich durch die Zufriedenstellung von Wohnbedürfnissen, wie bspw. der geografische Nähe zu sozialen Kontakten, realisiert werden. Hieraus ergeben sich konkrete Anforderungen an das professionelle Versorgungssystem in der Region, die im Kontext von Wohnbedürfnissen der Zielgruppe (neu) betrachtet werden sollten.

III. Empirischer Teil

7. Wissenschaftliches-methodisches Vorgehen

In dem vorangegangenen Kapitel 4. wurde bereits auf die Bedeutung von Wohnbedürfnissen hingewiesen, die u.a. mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden sind. Im Setting des spezialisierten Wohnens trägt sowohl die Konzeption der Einrichtung, als auch die Qualität des Umgangs der Fachkräfte mit den Adressaten (vgl. 3) maßgeblich dazu bei, ob die vorhandenen Wohnbedürfnisse der Bewohner wahrgenommen und zufriedengestellt werden können.

7.1 Forschungsgegenstand und Forschungsfrage

Aufgrund der genannten förderlichen Auswirkungen, welche Wohngegebenheiten und ihre inhaltlichen Aspekte auf verschiedenen Ebenen ermöglichen können (vgl. 3/ 4.2), soll diese Arbeit der zentralen Fragestellung nachgehen: *Welche Faktoren müssen in einer spezialisierten Wohneinrichtung vorhanden sein, um die Wohnbedürfnisse von äl*

teren Personen mit psychischer Erkrankung und vorhandenem oder potenziellem Pflegebedarf in der Region Nürnberg, zufriedenzustellen? Die Fragestellung wurde ausgehend von dem Forschungsgegenstand formuliert, welcher die Wohnbedürfnisse der Zielgruppe (vgl. 4.2) fokussiert. Um diesen für die empirische Untersuchung messbar zu machen und gleichsam die Beantwortung der Forschungsfrage zu ermöglichen, wird der Forschungsgegenstand in fünf bzw. sechs zentrale Dimensionen operationalisiert. Dies erfolgt abhängig von der Probandengruppe (vgl. Tab. 1) und unter Einbezug von wissenschaftlicher Literatur und ausgewählter Theorien (vgl. 5).

Adressaten	Professionelle
Soziodemografische Angaben	Einrichtungsbezogene Angaben
Wohnen	Wohnen
Soziale Kontakte	Soziale Kontakte
Versorgung	Versorgung
Alltags- und Freizeitgestaltung	Alltags- und Freizeitgestaltung
	Gerontopsychiatrische Versorgungslandschaft (aktuell/ zukünftig)

Tab. 1: Dimensionen Forschungsgegenstand

Die Dimension *Soziodemografische Angaben* umfasst u.a. die Indikatoren Alter, Familienstand, Pflegebedarf, Wohnsituation und Alltagsstruktur, um Informationen hinsichtlich der aktuellen Lebenssituation, den Wohnbedingungen und -wünschen zu erhalten. *Einrichtungsbezogene Angaben* sollen einen Überblick über allgemeine Informationen der professionellen Einrichtung verschaffen, aufgrund dessen eine Auskunft hinsichtlich der Finanzierung, Standort, professionelle Berufsgruppen etc. erfolgen soll. Durch die Informationsgehalte beider Dimensionen (*Soziodemografische/ Einrichtungsbezog. Angaben*) ist es Ziel, Folgerungen für das spezialisierte Wohnen zu konkludieren. Gleichmaßen verhält es sich mit der Dimension der *Gerontopsychiatrischen Versorgungslandschaft*, welche i.S. der Zielsetzungen (vgl. 1.1) erlaubt, den existierenden Bedarf an spezialisierten Wohneinrichtungen in Relation zu bestehenden Angeboten (*aktuell*) zu präzisieren und Impulse für eine (*zukünftige*) Versorgungslandschaft (i.S. einer eventuellen Weiterentwicklung) zu setzen.

Die Dimensionen *Wohnen, Soziale Kontakte, Versorgung, Alltags- und Freizeitgestaltung* orientieren sich an relevanten Lebensbereichen einer Person (vgl. 3) und beziehen sich bei den Adressaten im direkten Maße auf die spezialisierte Einrichtung. Die Dimen-

sionen differenzieren sich u.a. in folgende Indikatoren: Standortwahl/ Einrichtungsausstattung/ privater Wohnraum (*Wohnen*), Bewohnerschaft/ Professionelle/ Angehörige (*Soziale Kontakte*), Begleitung durch Professionelle/ unterstützende Dienstleistungen (*Versorgung*), feste Strukturen/ Angebotsauswahl (*Alltags- und Freizeitgestaltung*). Bei den Professionellen orientieren sich die Dimensionen an der (fachspezialisierte) Einrichtung, in welcher sie beruflich tätig sind. Die Dimensionen gliedern sich in die Indikatoren: Einrichtungsausstattung/ Wohnformen/ Privatsphäre (*Wohnen*), Kontakt innerhalb Bewohnerschaft/ Angehörigenarbeit (*Soziale Kontakte*), gesundheitsfördernde Angebote/ pflegerische Versorgung/ unterstützende Dienstleistungen (*Versorgung*), Angebotsauswahl, Autonomie, Quartiersbezug (*Alltags- und Freizeitgestaltung*).

Um den Forschungsgegenstand und die wissenschaftliche Fragestellung empirisch erheben zu können, erfolgt im Folgeschritt die Bestimmung der Datenquelle, in Form von Grundgesamtheit und Stichprobe.

7.2 Grundgesamtheit und Stichprobenauswahl

Die Grundgesamtheit stellt in der vorliegenden Arbeit die Personengruppen von älteren Menschen mit psychischer Erkrankung und vorhandenem oder potenziellem Pflegebedarf, sowie alle innerhalb der Region Nürnberg existenten (ambulant betreuten und stationären) Wohneinrichtungen, mit einer gerontopsychiatrischen Fachausrichtung dar. Um den Forschungsgegenstand vollständig abbilden zu können, orientiert sich die Gesamtheit der Adressaten, hinsichtlich ihrer Merkmalsausprägung, an der beschriebene Zielgruppe (vgl. 3), was eine personenzentrierte Bedarfsanalyse ermöglicht. Als weiteres Kriterium ist der Wohnsitz von Relevanz, welcher sich in der Region Nürnberg befinden soll. Die Personengruppe der Professionellen wird repräsentiert durch Einrichtungs- und Fachdienstleitungen, die mit einer gleichartigen oder vergleichbaren Adressatengruppe, arbeiten. Sie fungieren damit als berufliche Experten, die aufgrund ihrer Position, ihres Funktionswissens (vgl. Kaiser 2014) und ihrer praktischen Erfahrung im Umgang mit den Adressaten als geeignet erachtet werden. Ein weiteres Merkmal stellt die professionelle Wohneinrichtung, mit ihrer konzeptionellen Ausrichtung und ihrem Standort dar. Jene soll den angedachten Wohnformen des spezialisierten Wohnens (vgl. 3) entsprechen und sich in der Region Nürnberg befinden.

Die potenziellen Probanden der Untersuchung werden aus der sogenannten Stichprobe ausgewählt (vgl. Hussy et. al. 2010). Dies erfolgt für beide Personengruppen nach dem Prinzip des bewussten Auswahlverfahrens (vgl. Mossig 2012; Brosius et. al. 2012). Hierfür werden im Vorfeld die Probanden nach bestimmten Merkmalen ausgewählt, welche für die Beantwortung der Fragestellung (vgl. ebd.) von Relevanz sind. Die angestrebte

Stichprobe, welche für die deskriptiven Ergebnisse berücksichtigt wird, besteht aus drei Adressaten (n= 3) und drei Professionellen (n= 3). Der Zugang zu der Stichprobe der Adressaten erfolgt über eine professionelle Fachkraft eines Vereins (vgl. 1.1), welche im beruflichen Verhältnis zu den Adressaten steht. Hierbei erfolgt die Kontaktaufnahme persönlich bzw. telefonisch, bei dem die Fachkraft erste Informationen bzgl. des Forschungsanliegens, als auch die Rahmenbedingungen des Interviews (vgl. 7.4.1) mitteilt. Bei der Stichprobe der Professionellen erfolgt bei zwei Probanden der erste Kontakt über den Diskurs der bereits genannten Arbeitsgemeinschaft (vgl. 1.1). Der dritte Proband bzw. die betreffende Einrichtung, wird über eigene Recherchen der Autorin eruiert. Der Kontakt zu den benannten Professionellen erfolgt über einen schriftlichen (per E-Mail), als auch telefonischen Zugang. Das Anschreiben per E-Mail, verschafft einen Überblick über das Forschungsvorhaben, die Rahmenbedingungen der Befragung und jene mit der Teilnahme verbundenen Voraussetzungen, der Anonymität und Freiwilligkeit. Darüber hinaus wird das Angebot gemacht, bei einem Telefonat das weitere Vorgehen zu besprechen und mögliche Fragen zu klären.

7.3 Qualitatives Forschungsdesign und Erhebungsmethode – Befragung

Um im Kontext der zentralen Fragestellung die individuellen Auffassungen der Adressaten und Professionellen hinsichtlich der Befriedigung der Wohnbedürfnisse, zu erfassen, wird ein qualitativer Zugang gewählt. Dies kann damit begründet werden, dass Qualitative Sozialforschung zum Ziel hat, soziale Phänomene aus der Sichtweise des Subjektes zu betrachten, nachzuvollziehen und zu beschreiben (vgl. Lamnek/ Krell 2016; Misoch 2015; Hug/ Poscheschnik 2010). Um die Qualität der wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung beurteilen zu können, sind Gütekriterien unabdingbar (vgl. Lamnek/ Krell 2016; Hug/ Poscheschnik 2010). Sie „definieren Mindestanforderungen, denen ein empirisches Forschungsprojekt zu genügen hat“ (ebd.: 93). Die Eignung der klassischen Gütekriterien wird im Kontext des qualitativen Forschungsdesign taxiert, da jene als „wenig tragfähig“ (Mayring 2016: 141) erachtet werden (vgl. Flick 2014). Mayring (2010/ 2016) erarbeitete ausgehend davon sechs Gütekriterien: Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, Kommunikative Validierung, Triangulation (vgl. Anh. 2), an welchen sich die vorliegende Arbeit orientiert.

Das Design der qualitativen Forschung nutzt hierbei offene und flexible Methoden, um sich dem zu untersuchenden Forschungsbereich anzunähern (vgl. Misoch 2015). Im Kontext der zentralen Fragestellung wird die Methodik der persönlichen Befragung gewählt. Diese ist von Vorteil, um „die Erlebniswelt und die subjektiven Deutungen der Be-

fragten“ (Schaffer 2014: 121) zu untersuchen und sich nicht beobachtbaren Aspekten, wie Einstellungen, Meinungen und Wissen, zu widmen (vgl. Aeppli et. al. 2014; Hug/ Poscheschnik 2010). Insb. die face-to-face Befragung zeigt gegenüber der schriftlichen Befragung die Vorteile, dass der Interviewer bei unverständlichen Frageformulierungen Hilfestellung geben kann, was zu einer geringeren Abbruchwahrscheinlichkeit seitens der Teilnehmenden führt (vgl. ebd.). Darüber hinaus ermöglicht sie, im Vergleich zur schriftlichen Variante, u.a. eine flexiblere Handhabung der Fragenreihenfolge und damit auch eine personenzentriertere Befragung bei gleichem Informationsgehalt (vgl. Ebster/ Stalzer 2013; Hug/ Poscheschnik 2010). Innerhalb der Methodik der persönlichen Befragung kann eine weitere Methode ermittelt werden, jene der (Daten-) Triangulation. Diese kommt zur Anwendung, wenn verschiedene Personengruppen sowie mehrere Probanden einer Stichprobe, für die Untersuchung eines Forschungsgegenstandes herangezogen werden (vgl. Scholl 2018; Lamnek/ Krell 2016; Flick 2011a; Flick 2011b; Hug/ Poscheschnik 2010). Sie ermöglicht einen umfassenderen Blick auf den Forschungsgegenstand (vgl. Scholl 2018; Flick 2011a).

7.4 Erhebungsinstrument – Experteninterview

Zur Erhebung subjektiver Wissensbestände und Auffassungen wird das Interview in Form des Experteninterviews gewählt. Als Experten fungieren hierbei beide Stichproben, da sie über exklusives und umfassendes Wissen zu einem spezif. Thema verfügen (vgl. Gläser/ Laudel 2010; Pfadenhauer 2009). Entweder als Spezialist auf einem beruflichen Gebiet oder durch Sichtweisen und Einstellungen auf sich selbst¹⁷ (vgl. Gläser/ Laudel 2010). Das Experteninterview weist dabei den Grad der Teilstrukturierung auf, bei der die Verwendung eines Leitfadens kennzeichnend ist (vgl. Hug/ Poscheschnik 2010; Kaiser 2014; Kruse 2014). Ein weiteres Charakteristikum ist der hohe Freiheitsgrad, i.B. auf die Fragenreihenfolge, sowie die offenen (d.h. nicht vorgegebenen) Antwortmöglichkeiten der Probanden (vgl. Scholl 2018; Kruse 2014; Gläser/ Laudel 2010). Die Erstellung der Leitfäden orientiert sich an der Forschungsfrage, dem Forschungsgegenstand und den daraus operationalisierten Dimensionen (vgl. 7.1). Überwiegend beinhalten die Leitfäden offene und halboffene Fragen, um die subjektiven Sichtweisen der Probanden zu erfassen und den Gesprächsfluss anzuregen bzw. aufrechtzuerhalten (vgl. Aeppli et. al. 2014). Treten geschlossene Frageformulierungen auf, dienen diese der gezielten Datengewinnung (vgl. Lamnek/ Krell 2016; Aeppli et. al. 2014). Zu Beginn des Leitfadens werden einleitende Fragen gestellt, um den Einstieg in die Interviewsituation zu erleich-

¹⁷ Dies bedeutet, dass Experteninterviews nicht über den Status einer Person definiert werden, sondern über ihre Kenntnisse (vgl. Bogner et. al. 2014; Kruse 2014; Gläser/ Laudel 2010).

tern (Warming-Up) (vgl. Schaffer 2014). Die Hauptfragen werden in der Mitte des Erhebungsinstrumentes platziert, um das erhöhte Aufmerksamkeitsniveau der Probanden positiv zu nutzen (Schaffer 2014: 130). Am Ende des Erhebungsinstrumentes wird bei der Personengruppe der Adressaten eine offene Frage formuliert (vgl. Anh. 3), welche die Option eröffnet, einen abschließenden Impuls für die Befragung zu geben. Bei der Personengruppe der Professionellen werden gleichermaßen abschließende (Interview-) Fragen im Kontext des spezialisierten Wohnens platziert, welche subjektive Anforderungen an die Politik, Wissenschaft und Soziale Arbeit stellen (vgl. Anh. 4).

7.4.1 Durchführung der Interviews

Wie in Kapitel 7.3 benannt, erfolgt die Befragung persönlich und wird anhand eines Interviewleitfadens strukturiert. Die Interviews werden bei beiden Stichproben in Einzelinterviews¹⁸ geführt und finden in den persönlichen bzw. beruflichen Räumlichkeiten der Probanden statt. Dies erfolgt mit der Intension, einen personennahen Zugang zu erhalten, der sich ggf. positiv auf die Gesprächssituation sowie -inhalte auswirkt. Als zeitlicher Umfang sind die Interviews mit beiden Probandengruppen auf eine bis eineinhalb Stunden angesetzt. Vor Beginn des Interviews werden die Teilnehmer über das Vorhaben der Untersuchung, die Freiwilligkeit der Teilnahme und der Verwendung der Daten informiert. Letzteres geht mit der Aufklärung über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, wie z.B. der Speicherung der Daten, einher¹⁹. Nach der schriftlichen Unterzeichnung der Einverständniserklärung (vgl. Anh. 5) beginnt die Durchführung des Interviews. Vor Beendigung der Befragung erfolgt die dankende Anerkennung zur Teilnahme. Die Befragungen finden in einem Zeitraum von zwei Monaten statt und werden, zur anschließenden Datenauswertung, mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet.

7.4.2 Auswertung der Interviews

Die per Audio-Aufnahme aufgezeichneten Interviews werden als Transkripte verschriftlicht (vgl. Anh. 6-11). Die Abschrift erfolgt mithilfe des Transkriptionsprogrammes f4transkript, sowie anhand des Regelsystems nach Kuckartz (2016) (vgl. Anh. 12), welches eine Fokussierung auf den Inhalt der Befragung und eine leichte Lesbarkeit gewährleistet (vgl. Fuß/ Karbach 2019). Die Auswertung der Daten erfolgt mittels der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010/ 2016). Hierbei wird das (Da-

¹⁸ Bei der Stichprobe der Adressaten ist neben der Autorin, welche als Interviewerin fungiert, eine Fachkraft des Vereins (vgl. 1.1/ 7.2) präsent. Diese kann sich mit ihrer Anwesenheit positiv auf die Gesprächssituation auswirken, da die Probanden ihr gegenüber ein Vertrauensverhältnis pflegen, welches die Interviewerin (als fremde Person) nicht aufbringen kann.

¹⁹ Die Speicherung der personenbezogenen Daten und Interviewaufnahmen erfolgt auf einem datenschutzkonformen Server der Hochschule.

ten-) Material in systematischen Schritten (Paraphrasierung, Generalisierung, erste Reduktion, zweite Reduktion, Zusammenstellung neues Kategoriensystem) auf seine wesentlichen Inhalte reduziert (vgl. Mayring 2010).

Im Kontext der vorliegenden Arbeit wurde das gesamte Datenmaterial für die Auswertung berücksichtigt und die bereits aufgeführten Schritte, einer zusammenfassenden Analyse, durchgeführt. Die Bildung von neuen Kategorien orientierte sich primär an der wissenschaftlichen Fragestellung (vgl. 7.1), sowie an den Lebens-/ Einrichtungsgegebenheiten der Adressaten und Professionellen. Aus der Analyse ergaben sich hierbei die folgenden Punkte:

- Soziodemografische/ Einrichtungsbezog. Daten
- Inhaltliche Faktoren
- Subjektive Faktoren
- (Umwelt-) räumliche Faktoren
- Soziale Faktoren
- Versorgungslandschaft

8. Deskriptive Ergebnisdarstellung

In folgendem Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Forschung in den nach Mayring (2010/ 2016) gebildeten Kategorien, separiert nach Probandengruppen, dargestellt. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die Aussagen der Probanden, in den nachfolgenden Unterkapiteln, wie folgt abgekürzt: „Anh. 6/ 7/ 8/ 9/ 10/ 11: Zeilennummer“.

8.1 Adressaten

8.1.1 Soziodemografische Daten

Alle Probanden sind weiblich und befinden sich in einer Altersspanne von 67 bis 89 Jahren (Anh. 6: 2/ Anh. 7: 2/ Anh. 8: 2). Die Befragten besitzen nach eigener Ansicht einen Unterstützungsbedarf (Anh. 6: 8-9/ Anh. 7: 17/ Anh. 8: 7-11), einer der befragten Personen weist zudem einen anerkannten Pflegegrad (Grad drei) auf (Anh. 7: 15). Die Alltagsgestaltung ist bei der Mehrheit der Probanden eingeschränkt bzw. nicht gegeben (Anh. 6: 23-29/ Anh. 8: 92-98). Dies wird u.a. auf die psychische Erkrankung zurückgeführt (Anh. 6: 26-29/ Anh. 8: 92-95). Soziale Kontakte besitzen die Adressaten übereinstimmend (Anh. 6: 31-32/ Anh. 7: 44-79/ Anh. 8: 108, 111-118). Lediglich ein Proband hat einen (Ehe-) Partner, mit welchem er gemeinschaftlich wohnt (Anh. 6: 34-36). Alle Adressaten leben übereinstimmend in einer eigenen Wohnung²⁰ und sind mit ihrer Wohnsituation (privater Wohnraum/ Wohnumgebung) zufrieden (Anh. 6: 40-41/ Anh. 7: 94-95/ Anh. 8: 132-133). Ungeachtet dessen haben bei allen Befragten hypothetische Überlegungen

²⁰ Diese Information wurde innerhalb des Leitfadens nicht erfasst, jedoch durch den Befragungsort (private Räumlichkeiten der Adressaten) nachvollziehbar.

zu einem Umzug in eine Wohneinrichtung stattgefunden (Anh. 6: 47/ Anh. 7: 106/ Anh. 8: 151-152), welche sich einstimmig in einem bestehenden Interesse für ein spezialisiertes Wohnangebot äußern (Anh. 6: 55/ Anh. 7: 112-113/ Anh. 8: 170-171).

8.1.2 (Umwelt-) räumliche Faktoren

I. B. auf die Größe des spezialisierten Wohnens²¹ äußern zwei der Befragten den Wunsch nach einer mittelgroßen (Anh. 6: 106-107/ Anh. 8: 274-276), bis großen Einrichtung (Anh. 7: 175-176). Durch einen Probanden wird ergänzt, dass sich die (Gesamt-) Bewohneranzahl auf mehrere Wohngruppen aufteilen soll (Anh. 8: 276-279). Eine zentralen örtlichen Lage (Anh. 6: 109-110/ Anh. 7: 146-148/ Anh. 8: 254), sowie vorhandene Grünanlagen (Anh. 6: 109/ Anh. 7: 149/ Anh. 8: 255-256), stellen weitere Anliegen der Adressaten dar. Ferner sollen ein Balkon (Anh. 6: 85/ Anh. 8: 134) und/ oder ein Garten (Anh. 8: 230-232) Bestandteile der Einrichtung, sein. Die präferierte Wohnform stellt bei zwei der insges. drei Probanden ein eigenes Zimmer dar (Anh. 6: 113, 116/ Anh. 7: 153, 156) welches mit einem Bad (Anh. 6: 116-118/ Anh. 7: 158) und ggf. einer kleinen Küchenzeile ausgestattet sein soll (Anh. 7: 160-163).

8.1.3 Inhaltliche Faktoren

Die Mehrheit der Befragten befürwortet ein segregatives Konzept, in welchem ausschließlich ältere Personen mit psychischer Erkrankung leben (Anh. 7: 129/ Anh. 8: 185). Im Hinblick auf die professionelle Versorgung sollen die Fachkräfte folgende Aspekte vorweisen: multiprofessionelle Fachausrichtung(en) (Anh. 8: 331-332), psychiatrisches Fachwissen (Anh. 8: 328-329), mehrjährige Berufserfahrung (Anh. 8: 330-331) und soziale Kompetenzen (Anh. 7: 212-216, 218/ Anh. 8: 333). Eine professionelle Begleitung im Alltag wäre für alle Probanden wünschenswert (Anh. 6: 155-156/ Anh. 7: 231/ Anh. 8: 396). Dabei wird angedacht, die Unterstützung und/ oder Versorgung durch professionelle Fachkräfte, bei steigendem (Pflege-) Bedarf erhöhen zu können (Anh. 6: 173/ Anh. 7: 257/ Anh. 8: 430-433). Die Versorgung durch Professionelle soll u.a. gesundheitsfördernde Angebote umfassen, welche sich bspw. in Bewegung (Anh. 6: 202/ Anh. 8: 344), Gedächtnistraining (Anh. 7: 287) und PMR (Anh. 8: 374) differenzieren. Gleichmaßen werden ein Bezugsbetreuungssystem (Anh. 6: 151/ Anh. 7: 221/ Anh. 8: 363-364, 366-367) und (ergänzende) entlastende Dienstleistungen befürwortet (Anh. 6: 166). Diese präzisieren sich in einen Reinigungs- (Anh. 8: 406), Fahr- (Anh. 8: 408-411), Wasch- und Apothekendienst (Anh. 7: 240-241, 246).

²¹ Die Größe der Einrichtung orientiert sich an dieser Stelle primär an der Gesamtanzahl der Bewohner.

8.1.4 Soziale Faktoren

Der Kontakt zu Bezugspersonen soll nach Angaben aller Probanden, nach dem Umzug in ein spezialisiertes Wohnen, erhalten bleiben (Anh. 6: 139/ Anh. 7: 203-204/ Anh. 8: 311). Die Mehrheit der Probanden möchte diese Beziehungen selbst pflegen und gleichzeitig übergreifende Angebote und Feste für Angehörige, Freunde etc. wahrnehmen (Anh. 7: 208-210/ Anh. 8: 313, 315). Ein Proband zieht es hingegen vor, den Kontakt zu Bezugspersonen selbstständig zu pflegen, was eine Unterstützung von Seiten der Professionellen minimiert bzw. ausschließt (Anh. 6: 143, 145). Hinsichtlich der sozialen Interaktion innerhalb der Bewohnerschaft wünschen sich die Befragten einstimmig ein gemeinschaftliches Leben (Anh. 6: 133/ Anh. 7: 193 / Anh. 8: 299). Dieses soll sich in einer gemeinsamen Alltags-/ Freizeitgestaltung äußern (An. 6: 135/ A7: 196-199, 269/ Anh. 8: 343-344, 410). Für das Zusammenleben sind dabei folgende Aspekte relevant: gegenseitiges Interesse (Anh. 6: 57-58), offene Kommunikation (Anh.8: 259-260, 283-287), regelmäßige Bewohnerbesprechungen (i.S. von Wohngruppenbesprechungen) (Anh. 8: 290-292), respektvoller/ empathischer Umgang (Anh. 6: 127/ Anh. 7: 189-190/ Anh. 8: 283-286). Letzteres äußert sich zugleich in der Beachtung der Privatsphäre (Anh. 6: 122-123/ Anh. 7: 179, 184-185/ Anh. 8: 283-284).

8.1.5 Subjektive Faktoren

Ein wichtiger Aspekt, i.B. auf das Wohnen innerhalb der spezialisierten Wohneinrichtung ist für alle Probanden die Autonomie (Anh. 6: 161, 185-186/ Anh. 7: 236-237/ Anh. 8: 416-418). Deren Relevanz wird u.a. im Kontext der Alltagsstrukturierung (Anh. 6: 185-186/ Anh. 7: 231-233, 261-263/ Anh. 8: 381-382, 416-418) als auch in der Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung benannt (Anh. 6: 155-158/ Anh. 7: 236-237/ Anh. 8: 423-427). Weitere bedeutsame Aspekte stellen für die Adressaten deren aktiver Beitrag innerhalb der Alltagsgestaltung (Anh. 6: 87-89, 91-92/ Anh. 7: 269-271), der Wohneinrichtung sowie deren Partizipation in wichtigen Belangen dar (Anh. 6: 198-199/ Anh. 8: 293-294).

8.2 Professionelle

8.2.1 Einrichtungsbezogene Daten

Bei zwei von drei befragten Probanden handelt es sich um (Einrichtungs-/ Fach-) Leitungen von übergreifenden Einrichtungen, die stationäre als auch ambulant betreute Wohnformen anbieten (Anh. 9: 151, 568/ Anh. 11: 391-393, 358). Dabei ist eine Versorgung der Pflegegrade eins bis fünf garantiert (Anh. 9: 50-51/ Anh. 11: 623). Der dritte Proband fungiert als (Einrichtungs-) Leitung einer ambulant betreuten Wohneinrichtung (Anh. 10: 603-605), kann jedoch keine Pflege und Betreuung über die Grade eins und zwei hinaus

gewährleisten (Anh. 10: 584-585). Im Hinblick auf die Finanzierung beurteilen die Professionellen diese different (ausreichend, nicht ausreichend, k.A. möglich) (Anh. 9: 44-45/ Anh. 11: 101-102, Anh. 10: 196-197).

8.2.2 (Umwelt-) räumliche Faktoren

Die Standorte befindet sich bei zwei der insges. drei Einrichtungen in einem ländlichen Gebiet (Anh. 9: 60/ Anh. 11: 16-17). Hinsichtlich der Einrichtungsgröße differenzieren sich die Wohnangebote in zwei mittelgroße (ca. 50-100 Bewohnerplätze) und eine kleinere (ca. 5-50 Bewohnerplätze) Einrichtung²². Unabhängig von der Größe geben die Probanden übereinstimmend an, geringe Wohngruppenstärken zu fokussieren (Anh. 9: 37-38/ Anh. 10: 249-250/ Anh. 11: 352-354). Die Wohnformen innerhalb der Einrichtungen sind überwiegend durch Einzel- und/ oder Doppelzimmer (Anh. 9: 28, 91/ Anh. 10: 547/ Anh. 11: 341-344), i.d.R mit eigener Nasszelle, ausgestattet (Anh. 9: 220/ Anh. 10: 226/ Anh. 11: 421). Neben dem privaten Wohnraum stellen die Wohngruppen und deren Räumlichkeiten, in Form von gemeinschaftlicher Küche und/ oder Bad (Anh. 9: 134, 330/ Anh. 10: 226/ Anh. 11: 415-416), weitere Bestandteile der Einrichtung dar. Die Mehrheit der Befragten gibt an, in ihren Einrichtungen über folgende zusätzliche Räumlichkeiten zu verfügen: Therapie- und Beschäftigungsräume (Anh. 9: 319/ Anh. 11: 77), Cafeteria (Anh. 11: 76), Kiosk und Café (Anh. 9: 321), sowie einen Balkon (Anh. 11: 431).

8.2.3 Inhaltliche Faktoren

Im Hinblick auf die professionelle Versorgung stellen die primären Berufsgruppen innerhalb der Einrichtungen Sozialpädagogen, Alten- und Krankenpfleger als auch Heilerziehungspfleger dar (Anh. 9: 113-114, 182-185/ Anh. 10: 81-82/ Anh. 11: 46-53). Diese Fachkräfte sind entweder in den Einrichtungen selbst beschäftigt oder kooperieren mit diesen (Anh. 9: 596/ Anh. 10: 83/ Anh. 11: 582, 586), was eine Interdisziplinarität ermöglicht. Ein Bezugsbetreuungssystem wird von den Professionellen übereinstimmend umgesetzt (Anh. 9: 581/ Anh. 11: 301-302), u.a. im Tandem²³ (Anh. 10: 460-461). Im Hinblick auf die Alltags- und Freizeitgestaltung werden u.a. folgende Aktivitäten angeboten: gesundheitsbezogene Angebote (Anh. 9: 596-612/ Anh. 10: 105-107, 410-412/ Anh. 11: 574-579), Arbeits- und Beschäftigungstherapie (Anh. 9: 114-115/ Anh. 10: 518/ Anh. 11:

²² Aufgrund der zu gewährleistenden Anonymität, wurden die genauen Angaben der Bewohneranzahlen zensiert (Anh. 9: 236/ Anh. 10: 250/ Anh. 11: 358). Eine größenmäßige Zuordnung (mittelgroß/ groß) wurde jedoch im Fließtext belassen, um eine Bezugsgröße herzustellen.

²³ Bei einem Bezugsbetreuungssystem im Tandem sind mind. zwei professionelle Fachkräfte für einen Bewohner zuständig. Die professionellen Ausrichtungen können hierbei different sein, d.h. es ist eine Kombination von zwei pädagogischen oder einer pädagogischen und ergänzend einer pflegerischen Fachkraft denkbar (Anh. 10: 468-471).

77), Feste (Anh. 9: 505, 520-526/ Anh. 11: 46, 277-278). Darüber hinaus ist es allen Befragten ein Anliegen, präsent im quartiersbezog. Sozialraum zu sein (Anh. 9: 522, 531-532/ Anh. 10: 419, 432-434/ Anh. 11: 437-443).

8.2.4 Soziale Faktoren

Das Vorhandensein von sozialen Kontakten bei den Bewohnern und die dazugehörige Beziehungspflege ist nach Angaben der Professionellen (u.a. in ihrer Kontaktintensität) sehr different (Anh. 9: 491-496/ Anh. 10: 526-530/ Anh. 11: 254, 261-267). Die Beziehungsförderung zu bestehenden sozialen Netzwerken (außerhalb der Einrichtung) wird von der Mehrheit der Professionellen, im Hinblick auf die individuellen Anliegen der Adressaten, berücksichtigt (Anh. 10: 502-503/ Anh.11 257-259). Die Beziehungen unter den Bewohnern werden ebenfalls unterschiedlich bewertet (Anh. 9: 535-537/ Anh. 10: 282-283, 500-501/ Anh. 11: 179-181). Übergeordnet sind für das gemeinschaftliche Zusammenleben folgende Aspekte von Relevanz: Wohngruppengespräche (Anh. 10: 402), Haus-/ Gruppenordnung (Anh. 10: 552-564), offene Kommunikation (Anh. 9: 548-549) und respektvoller Umgang (Anh. 9: 547-548/ Anh. 11: 196-199).

8.2.5 Subjektive Faktoren

Ein wichtiger Faktor, i.B. auf Wohnen innerhalb der Einrichtungen, stellt für die Professionellen das Normalisierungsprinzip²⁴ dar (Anh. 9: 140, 149/ Anh. 10: 371-372, 340/ Anh. 11: 424, 506). Dieses fokussiert eine geregelte Tagesstruktur, bei gleichzeitiger Berücksichtigung von Autonomie (Anh. 9: 406). Im Hinblick auf bestehende, ggf. spezif. Bedürfnisse der Adressaten, benennen die Probanden primär Bedarfe die jede Person, unabhängig von einer psychischen Erkrankung, besitzt (Anh. 9: 140/ Anh. 10: 321-323/ Anh. 11: 208-211). Sekundär werden die folgenden (spezif.) Bedürfnisse benannt: Teilhabe (Anh. 11: 219), Privatheit (Anh. 11: 221), Wertschätzung und Akzeptanz (Anh. 10: 285-288, 326-327), divergenter Tages-/ Nachtrhythmus (Anh. 9: 103-107/ Anh. 11: 509-511) und Motivationsarbeit (Anh. 9: 297-300/ Anh. 11: 521, 580) umfassen.

²⁴ Das Normalisierungsprinzip, welches u.a. von Bank-Mikkelsen (1969) und Nirje (1991) geprägt wurde, bezeichnet die Gestaltung der Lebensbedingungen von Menschen mit (geistigen) Beeinträchtigungen, um diesen eine weitestgehend normale Lebensführung zu ermöglichen (vgl. Biewer 2010).

8.2.6 Gerontopsychiatrische Versorgungslandschaft

Im Hinblick auf derzeitig bestehende spezialisierte Wohnangebote für ältere Menschen mit psychischer Erkrankung in der Region Nürnberg äußert ein Proband²⁵, dass Angebote vorhanden seien, jedoch nicht in ausreichender Anzahl (Anh. 11: 122-126). Gleichfalls wird der Aspekt der Wohnraumorientierung (Anh. 10: 340/ Anh. 11: 137) genannt, der bislang, durch weit entlegene dezentrale Einrichtungen, wenig Beachtung findet (Anh. 11: 135-143). Die Mehrheit der Professionellen²⁶ äußert gegenüber der Politik (im Kontext der Thematik) das primäre Anliegen nach sozialpolitischen Grundbedingungen, in Form von bezahlbarem Wohnraum (Anh. 9: 632/ Anh. 10: 628). Ferner werden die Aspekte der gerontopsychiatrischen Fachausbildung (Anh. 10: 617-618 / Anh. 11: 127-129, 662-664), der finanziellen Förderung von Personal (Anh. 11: 664-665) und dem Ausbau von Quartiersmanagement benannt (Anh. 10: 631/ Anh. 11: 691, 705). Im Hinblick auf die Wissenschaft, soll u.a. die Soziale Arbeit mit ihrem wissenschaftlich-professionellen Beitrag, Forschungsaufträgen nachgehen (Anh. 10: 650-54/ Anh. 11: 670).

9. Interpretative Ergebnisdarstellung und Diskussion

Die zuvor deskriptiv und separiert nach Stichproben dargestellten Kategorien, werden im Folgenden miteinander in Verbindung gebracht und nach Faktoren, die für die Zufriedenstellung von Wohnbedürfnissen (im Kontext der entwickelten Forschungsfrage (vgl. 7.1)) von Relevanz sind, in ihrem Inhalt diskutiert. Ferner erfolgen konzeptionell-inhaltliche Anregungen für das spezialisierte Wohnen.

An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass die im Fließtext angebrachten Zitate nach dem Transkriptionsregelsystem nach Kuckartz (2016) (vgl. Anh. 12), sprachlich geglättet, jedoch nicht grammatikalisch korrigiert wurden. Des Weiteren gilt die in Kapitel 8 eingeführte Abkürzungsweise.

9.1 (Umwelt-) räumliche Faktoren

Die Lokation der Einrichtung als auch die dazugehörige Wohnumgebung werden von allen Probanden als relevant erachtet. Der Standort muss nach Ansicht der Adressanten nicht das Kriterium einer unmittelbaren zentralen Lage (Stadtmitte) erfüllen (Anh. 7: 146-147/ Anh. 8: 254-255), sondern vielmehr eine gute infrastrukturelle Anbindung zu öffentlichen Verkehrsmitteln, Einrichtungen für Dienstleistungen (medizinische Versorgung

²⁵ Zu diesem Aspekt äußern sich zwei von insges. drei Probanden der Stichprobe. Der nicht aufgeführte Professionelle begründet dies mit einem nicht ausreichend vorhandenen Wissen bzw. vorhanden Informationen (Anh. 10: 624-625)

²⁶ An dieser Stelle formulieren alle Probanden der Stichprobe Anliegen und Anregungen.

etc.) und Güter (Nahrungsmittel etc.) vorweisen (Anh. 6: 109-110). Vornehmlich können somit die Bedürfnisse nach *Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln*, als auch von *körperlichen Grundbedürfnissen* (vgl. 4.2) durch bspw. den Einkauf von Lebensmitteln oder durch eine medizinische Versorgung, zufriedengestellt werden. Die Mehrheit der Einrichtungen, in denen die Professionellen beruflich tätig sind, kann das Kriterium einer zentralen Standortlage nicht vorweisen (Anh. 9: 60/ Anh. 11: 16-17). Aufgrund dessen entstehen Einschränkungen in der oben genannten Versorgungsstruktur, welche durch die Nutzung von privaten Transportmitteln (Anh. 9: 74-76) und bspw. Lebensmittelgeschäften (Kiosk) (Anh. 9: 321, 390-391) kompensiert werden. Im Hinblick auf die Standortwahl benennt die Personengruppe der Adressaten ferner das Anliegen von vorhandenen Grünflächen. Diese können sich in Form eines in der näheren Umgebung liegenden Parks oder eventuell eines eigenen Gartens/ Balkons mit Bepflanzungsmöglichkeiten ausgestalten (Anh. 7: 144/ Anh. 8: 230-232). Jener Aspekt entspricht dem Wohnbedürfnis nach *Komfort*, welcher sich u.a. in einem gesteigerten Wohlbefinden ausdrückt (vgl. 4.2). Folglich erscheint es sinnvoll die Standortwahl von spezialisiertem Wohnen dezentral, jedoch mit einer bereits aufgeführten Versorgungsstruktur, auszuwählen. Eine geeignete Anbindung an größere Städte und Kreisstädte sollte dabei gegeben sein, um einen Kompromiss zwischen individuellen (Wohn-) Präferenzen und Bedürfnissen der Adressaten und der Realisierbarkeit von Wohneinrichtungen (für Träger) zu ermöglichen.

Ferner wird ersichtlich, dass sich die Adressaten, im Kontext des spezialisierten Wohnens an ihren aktuellen Wohngegebenheiten orientieren: „So wie hier, (..) im Grünen, zentral, mit Läden (..) gut angebunden.“ (Anh. 6: 109-110), welches sie im Vorfeld positiv bewerten: „Also perfekter kann man nicht wohnen“ (Anh. 6: 40-41); „Ich wohn herrlich!“ (Anh. 7: 94). An dieser Stelle wird die subjektive Bedeutung des Wohnraumes für die Adressaten deutlich, zu welchem eine emotionale (Umwelt-) Verbundenheit besteht. Im Kontext des konzeptionellen Ansatzes der Lebenswelt- und Alltagsorientierung (vgl. 5.2) sollte für das spezialisierte Wohnen der Erhalt bzw. der Zugang zum Lebens-/ Wohnraum sichergestellt werden. Dies ermöglicht, vorhandene Ressourcen der Adressaten, bspw. bestehende soziale Kontakte, aufrechtzuerhalten und zu nutzen. Das Wohnbedürfnis nach *geografischer Nähe zu Bezugspersonen* (vgl. 4.2) kann damit zufriedengestellt werden, welches insb. für Personen mit einer psychischen Erkrankung (vgl. 4.2) relevant ist. Im Hinblick auf die Größe der Einrichtung, besteht seitens der Adressaten, nahezu ein Konsens einer mittelgroßen Einrichtung (Anh. 6: 106-107/ Anh. 8: 274-276), welche nach Angaben eines Probanden ca. 50 bis 70 Wohnplätze (Anh. 8: 275) umfasst. Dies kann, im Vergleich zu größeren bzw. kleineren Einrichtungen, mit der Option einer

qualitativ hochwertigen und engmaschigen professionellen Versorgung und mit umfassenden sozialen Begegnungen einhergehen. Gleichmaßen ist die Bildung von sozialen Kleingruppen möglich und „unvermeidbar“ (Anh. 7: 172). Diese können im Allgemeinen den gemeinschaftlichen Austausch über bzw. von übereinstimmenden Interessen (Anh. 8: 230-235) ermöglichen und das Bedürfnis nach *sozialen Beziehungen* (Maslow 1954/ 1971), i.S. von qualitativen Bindungen, erfüllen. Der Aspekt der sozialen Kleingruppe wird ebenso im Kontext einer geringen Wohngruppenstärke, seitens beider Probandengruppen (Anh. 8: 276-279/ Anh. 9: 37-38/ Anh. 10: 249-250/ Anh. 11: 352-354) akzentuiert. Nach Angaben der Professionellen sollte diese vier bis max. zwölf Personen umfassen (Anh. 9: 37-38/ Anh. 10: 249-250/ Anh. 11: 352-354). Folglich würde für ein spezialisiertes Wohnangebot eine mittelgroße Einrichtung, mit mehreren Wohngruppen und geringer Gruppenstärke sprechen, um die die Vorteile von Gemeinschaft und Privatheit, als auch von Nähe und Distanz miteinander zu verbinden. Ein hoher Grad an Privatheit kann zugleich durch den persönlichen Wohnraum, in Form eines Einzelzimmers, erzielt werden.

Die Mehrzahl der Adressaten spricht sich für Einzelzimmer aus, (Anh. 6: 113, 116/ Anh. 7: 153, 156) welche (optional) mit einer eigenen Nasszelle (vgl. 6: 116-118/ Anh. 7: 168) und einer kleinen Küchenzeile (Anh. 7: 160.163) ausgestattet sind. So ist es möglich individuellen Gewohnheiten und Tagesrhythmen nachzugehen, sowie über einen persönlichen Ort der Ruhe, Regeneration und Privatsphäre, insb. in instabilen Phasen der psychischen Erkrankung (vgl. 2.1) zu verfügen. Das Vorhandensein einer eigenen Kücheneinrichtung ermöglicht auch in direkter Weise die Zufriedenstellung von *körperlichen Grundbedürfnisse* (vgl. 4.2), da der private Wohnraum neben Schlaf, Wärme und Licht, die Zubereitung und Einnahme von kleineren Mahlzeiten ermöglicht. Auch kann das Wohnbedürfnis nach der eigenständigen *Versorgung des Haushaltes* (vgl. 4.2) (partiell) erfüllt werden. Dem steht (bedingt) die bauliche Beschaffenheit der Einrichtungen, in denen die Professionellen beruflich tätig sind, entgegen. Diese verfügen mehrheitlich über Einzel- als auch Doppelzimmer mit eigenen Nasszellen, hingegen ohne (individueller) Küchenausstattung (Anh. 9: 220-221/ Anh. 10: 43-47/ Anh. 11: 412-421). Diese ermöglichen die Befriedigung, des aufgeführten Wohnbedürfnisses hingegen nur zum Teil (bspw. über Tätigkeiten innerhalb der gemeinschaftlich genutzten Küche).

I. B. auf die Thematik *Privatheit*, welche ein Grundbedürfnis nach Maslow (1954/ 1971) und ein Wachstumsbedürfnis nach Carp und Carp (1982/ 1984) (vgl. 4.2) darstellt, präzisieren die Probanden nahezu übereinstimmend deren Relevanz (Anh. 7: 189-190/ Anh. 8: 170/ Anh. 10: 362/ Anh. 11: 221). Privatsphäre wird durch die professionellen

Leitungen, innerhalb der Einrichtungen, folgendermaßen berücksichtigt: Akzeptanz von individueller Zimmereinrichtung und –ordnung (Anh. 9: 288-289), Betreten und Reinigung des Zimmers nach Absprache (Anh. 10: 131-137), Vorhandensein von Türschlössern und –schüsseln (Anh. 9: 304-306) als auch Freiraum und Diskretion bei Paarbeziehungen (Anh. 11: 247-248). Gleichermaßen äußert ein befragter Adressat den Wunsch nach einem Türschloss (beidseitig auf und zu schließbar): „Abends würde ich die Türe schon gerne zu machen können, damit ich das Gefühl habe, dass keiner reinkommen kann“ (Anh. 7: 184-185). Als Empfehlung für ein spezialisiertes Wohnen könnte abgeleitet werden, ausschließlich bzw. in adäquater Anzahl über Einzelzimmer zu verfügen, welche verschließbar sind, um dem Bedürfnis nach *Sicherheit* gerecht zu werden. Die Nutzung des Zimmerschlüssels durch die Professionellen (ausschließlich in schwierigen bzw. in Notsituationen), bestärkt dieses Bedürfnis.

Hinsichtlich der Ausstattung der Einrichtung wird von den befragten Adressaten das Anliegen nach einem Garten bzw. Balkon, sowie nach gemeinschaftlichen Räumen (bspw. Wohnzimmer, Gemeinschafts-/ Freizeitraum) für verschiedene Aktivitäten und gleichermaßen gemeinschaftliche Aktivitäten geäußert: „Das wäre natürlich auch schön, wenn man gemeinsam, je nachdem wie viel Kraft der einzelne Mensch dann noch hat, der da wohnt, auch den Balkon oder den Garten bepflanzt“ (Anh. 8: 230-232). Auch ein Wirtschaftsraum mit freiem Zugang zu Waschmaschinen und Trocknern (Anh. 8: 418-416) wird erwünscht, um Eigenständigkeit und *Autonomie* (Wohnbedürfnis nach Carp und Carp (1982/ 1984)) zu wahren: „Gibt es da Gemeinschaftswaschmaschinen oder Trockner? Ist ja auch eine gewisse Selbstständigkeit, wenn ich das noch irgendwie alleine mit Münzen machen kann“ (Anh. 8: 415-417). Dies stellt gleichermaßen das Wohnbedürfnis der *Versorgung des Haushaltes* zufrieden und fördert die Beibehaltung von Selbstständigkeit. Diese Gegebenheiten stimmen weitestgehend mit den Einrichtungsbedingungen der Professionellen überein (Anh. 9: 331-332/ Anh. 10: 230/ Anh. 11: 417-418,431).

9.2 Inhaltliche Faktoren

Die konzeptionelle Ausrichtung zeigt bei beiden Stichproben ein sehr differentes Meinungsbild. Während sich die Mehrheit der Adressaten positiv zu einem segregativen Konzept äußern (Anh. 7: 129/ Anh. 8: 185), befürworten die Professionellen mehrheitlich ein inklusives (Anh. 10: 340/ Anh. 11: 151-157). Die Adressaten begründen ihre Wahl mit einer (vermuteten) Akzeptanz und Empathie seitens der anderen Bewohner und einem übergreifenden Gefühl der Zugehörigkeit: „Das Gleichgesinnte da sind, (..) wenn man mit jemand reden kann“ (Anh.7: 115); „Die können sich viel besser in einen reinversetzen, weil sie selbst das schon einmal gehabt haben [...] Die können auch besser ver-

stehen, wenn es einem selbst mal nicht so gut geht“ (Anh. 8: 200-201, 206-207). Die genannten Aspekte (Akzeptanz etc.) entsprechen dabei inhaltlich dem Bedürfnis nach *sozialer Anerkennung* (vgl. 4.2) und können folglich durch eine segregative Ausrichtung eines Wohnangebotes zufriedengestellt werden. Auch im Kontext des Modells der Person-Umwelt-Passung (vgl. 5.1) besteht bei den Adressaten ein Bedürfnis nach Verbundenheit, welches sich in einem hohen Maß an Eindeutigkeit von (Personen-) Merkmalen auszeichnet. Dies entspricht der Dimension von *Strukturierung einer Situation/ Umwelt*. Durch eine segregative Ausrichtung eines spezialisierten Wohnangebots (Dimension *Soziale Homogenität*) könnte laut Kahana's Modell (1975), eine hohe Kongruenz zwischen Personen- und Umweltmerkmalen erreicht werden, welche folglich Wohlbefinden induzieren würde. Der subjektiven Ansicht der Adressaten kann entnommen werden, dass institutionelle Rahmenbedingungen welche segregative Strukturen begünstigen, für sie keine Benachteiligung darstellen. Vielmehr würde ein Wohnbedürfnis befriedigt und Zufriedenheit geschaffen werden. Der Aspekt der Segregation wird durch einen Adressat spezifiziert, der im Rahmen der Befragung angibt, bestimmte Erkrankungsbilder bzw. schwerwiegendere Ausprägungen von psychischer Erkrankung, nicht innerhalb der Bewohnerschaft zu erwünschen. Dies wird mit bestehenden Angstgefühlen begründet: „Für mich wäre es eher besser mit leichteren seelischen Erkrankungen, weil vor den anderen da habe ich Angst. [...] Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Personen mit solchen schweren Erkrankungen teilweise schon sehr extrem in ihrem Verhalten sind“ (Anh. 8: 188-189, 190-191). Hierbei stellt sich die (kritische) Frage ob, neben einem möglichen segregativen Gesamtkonzept, Überlegungen im Hinblick auf spezialisierte Wohngruppen (u.a. nach Erkrankungsbildern) angemessen erscheinen.

Ungeachtet dessen beinhalten spezialisierte Einrichtungen dominierende Dynamiken einer „inkludierenden Exklusion“ (Kuhlmann et. al. 2018: 161), welche Partizipationsmöglichkeiten von Personengruppen, durch Eingrenzung auf einen Sozialraum, (unbewusst) unterbinden (vgl. ebd.; Schäffter n.d.). So können Risiken von Normalitätsverlust, Stigmatisierung und Exklusion entstehen, welche konträr zu dem Konzept des Empowerments, im Hinblick auf die Rückgewinnung von Stärke und Einflussmöglichkeit von Personen mit psychischen Erkrankungen (vgl. 5.3), stehen. In gleicher Weise werden durch praktische Erfahrungswerte der Professionellen, einem segregativen Ansatz eine höhere Konflikträchtigkeit, als auch ein Verlust von Beziehungsqualität zugesprochen: „den Nachteil, dass die Krankheit dann zu viel Raum einnimmt. (...) Also dass der Erkrankung zu viel Aufmerksamkeit geschenkt wird“ (Anh. 10: 355-357); „Jetzt ist es oft so, dass Verhaltensauffälligkeiten geballt aufeinander treffen. (..) Die Menschen hatten auch mehr Freundschaften, denn durch die gemischten Bewohnergruppen haben sich auch

andere Freundschaften gebildet. An dieser Stelle ist unserer Meinung Beziehungsqualität verloren gegangen“ (Anh. 11: 161-164). I.B. auf die genannten förderlichen Aspekte eines segregativen Konzepts (Akzeptanz der Adressaten, Fachspezialisierung der Fachkräfte etc.) stellt sich die Frage, ob sich bei einer Gegenüberstellung mit einem inklusiven Ansatz, deren Wichtigkeit nicht verringern.

Die professionelle Versorgung in einem spezialisierten Wohnen sollte sich nach Angaben der Adressaten, primär an ihren individuellen (Lebens-) Bedürfnissen und den vorhandenen oder potenziellen Unterstützungsbedarfen orientieren. Anliegen der Adressaten ist hierbei, dass der Gehalt an professioneller Hilfestellung mit einem steigenden Unterstützungs- bzw. Pflegebedarf flexibel angepasst werden kann, um so einen langfristigen Verbleib in der betreffenden Wohnform zu gewährleisten (Anh. 6: 173/ Anh. 7: 252/ Anh. 8: 430-33). Der Aspekt der Wohnkontinuität ist für einen Adressaten Bedingung für die Inanspruchnahme eines spezialisierten Wohnens: „Das ist logisch, das wäre ja die Voraussetzung des Ganzen“ (Anh. 6:). Durch eine (langfristige) Wohnkontinuität kann eine Zufriedenstellung der Wohnbedürfnisse nach *Sicherheit* (vgl. 4.2), von *sozialen Beziehungen* und *Komfort* erfolgen, da ein Wohnumzug und damit oftmals einhergehende Zukunftsängste (Anh. 11: 647-648), Kontaktabbrüche (Anh. 9: 623), sowie Verluste von (Umwelt-) Verbundenheit (Anh. 10: 593-594/ Anh. 11: 652-653) vermieden werden können. Bezugnehmend auf die bereits thematisierte Hilfestellung, wird von den Adressaten geäußert, dass diese nur in dem Maß geleistet werden soll, wie von ihnen gewünscht wird. Betont wird dabei die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit (Anh. 6: 155-158/ Anh. 7: 236-237/ Anh. 8: 416-421).

In gleicher Weise bewerten die befragten Professionellen den Erhalt der Selbstständigkeit, bei einer gleichzeitigen flexiblen Versorgungsleistung: „Unterstützung ist immer wieder Thema [...] Zum Beispiel bei der Entscheidung, kann ich meinen Wohnraum selbstständig pflegen oder benötige ich Unterstützung durch die Mitarbeiter? Unterstützung ist auch in kritischen Phasen notwendig. Da kommt es dann zu einer engmaschigeren Begleitung, zu mehr Gesprächen und weiteren Angeboten, wie ärztlicher Betreuung“ (Anh. 10: 148, 149-153). Um Selbstbestimmung innerhalb einer Einrichtung ermöglichen zu können, stellen u.a. ein angemessener personeller Stellenschlüssel, sowie ein multiprofessionelles Team notwendige Aspekte dar, um professionelle und flexible Strukturen, Angebote und Unterstützung zu gewährleisten.

Neben der pflegerischen Versorgung, sollen weiter physische und psychische Bedarfe, mittels Gesundheitsangeboten beachtet und befriedigt werden. Diese umfassen nach Ansicht beider Probandengruppen u.a. Bewegungs- und Ernährungsangebote (Tanz,

Fitness, Ernährungsberatung etc.), Entspannungssequenzen (PMR), gerontologische Angebote (kognitives Training, Biografiearbeit, Sturzprophylaxe etc.) (Anh. 7: 287/ Anh. 8: 374/ Anh. 9: 610/ Anh. 10: 105-107, 121-122, 409/ Anh. 11: 575-579, 594) und psychologische Gruppen- und Einzelgespräche („Wenn man wieder am Tiefpunkt ist, dass man dann ein Einzelgespräch hat. Das wäre schon wichtig“ (Anh. 7: 279-280)). Folglich können Wohnbedürfnisse nach bspw. *täglichen Aktivitäten* und *Stimulation*, als auch partiell von *sozialen Kontakten* (durch gemeinsame Interaktion) zufriedengestellt werden. Gleichermaßen unterstützt solch ein Angebotsspektrum psychische Erkrankungszeichen zu verbessern (vgl. Gühne et. al. 2014). Als spezif. Bedarfe von älteren Menschen mit psychischer Erkrankung, werden von den Professionellen u.a. ein oftmals vorhandener divergenter Tages-/ Nachtrhythmus (Anh. 9: 103-107/ Anh. 11: 509-511), Teilhabe (Anh. 11: 219) und in instabilen Phasen der Erkrankung, ein erhöhtes Maß an Privatheit geäußert (Anh. 11: 221). Bei all den genannten Aspekten handelt es zugleich um Wohnbedürfnisse, welche sich in Form von *körperlichen Grundbedürfnissen* (Tages-/ Nachtrhythmus), *von Selbstverwirklichung* (Teilhabe) und *Privatheit* äußern. Folglich gilt es innerhalb der beruflichen Praxis die Bedarfe der Adressaten zu erkennen und zu berücksichtigen.

Die Versorgung soll durch ein interdisziplinäres Team aus den Professionen der Gerontologie, Sozialen Arbeit, Pädagogik, Medizin, Pflege und Therapie erfolgen, welches einheitlich über gerontopsychiatrisches Fach- und Handlungswissen verfügt (Anh. 8: 328-329). Dadurch kann eine umfassendere und personenzentriertere Versorgung, entsprechend der Bedürfnisse der Adressaten aus einer Hand erfolgen: „Wir haben also einen großen, bunten Blumenstrauß an verschiedensten Berufen, die im Sozialwesen tätig sein können. Die Auswirkungen auf die Menschen mit Beeinträchtigung sind dabei sehr positiv, weil wir durch diese Interdisziplinarität über den eigenen Tellerrand schauen können“ (Anh. 11: 58-61). Neben dem Team an professionellen Fachkräften, erscheint es für beide Stichproben sinnvoll, unterstützende Dienstleistungen und Angebote in Anspruch zu nehmen. Hierbei werden folgende Angebote übereinstimmend benannt: Wäscherei (Anh. 7: 240-241/ Anh. 9: 325/ Anh. 11: 420), Reinigungs- (Anh. 8: 406/ Anh. 9: 129/ Anh. 10: 170) und Fahrdienst (Anh. 8: 408-411/ Anh. 9: 601). Mit Fokussierung auf die psychische Erkrankung erscheint es indessen als angebracht, psychologische Gesprächs- bzw. Kriseninterventionsoptionen anzubieten, insb. wenn Fachkräfte nicht präsent sind (Anh. 10: 181-183). Zwei Professionelle geben an, ärztliche Sprechstunden innerhalb ihrer professionellen Einrichtung (zum Zeitpunkt der Erhebung) anzubieten (Anh. 9: 596-598/ Anh. 11: 587-588). Den Wunsch nach Arztbesuchen innerhalb einer spezialisierten Wohnens, wird gleichermaßen durch einen Adressat geäußert (Anh. 7:

248-249). Dem hingegen äußert ein Anderer das explizite Anliegen seine derzeitige gesundheitsbezogene Versorgungsstruktur (u.a. auch Ärzte) beizubehalten (Abh. 8: 258-260). An dieser Stelle lässt sich für fachspezialisierte Wohnangebote die Empfehlung ableiten, ärztliche Visiten in einem regelmäßigen Abstand (z.B. vierzehntägig, vierwöchig) anzubieten, welche möglicherweise durch eine Kooperation mit niedergelassenen Praxen entstehen können. So ist eine adäquate Versorgung für Adressaten gewährleistet, auch für jene, die in instabilen Phasen der psychischen Erkrankung schwerer die Wohneinrichtung verlassen können. Die Inanspruchnahme sollte dabei ein freiwilliges Angebot darstellen und den Bewohnern gleichermaßen die Option bieten, durch unterstützende Prozesse (Terminvereinbarung, Fahrdienst etc.), eine bestehende oder andersartige Versorgungsstruktur (wie jene des spezialisierten Wohnens) in Anspruch nehmen zu dürfen. So kann das *körperliche Grundbedürfnis* nach medizinischer Versorgung zufriedengestellt und das Wohnbedürfnis nach *Autonomie* (vgl. 4.2) gefördert werden.

9.3 Soziale Faktoren

Nach Wartmann et. al. (2018) stellen *soziale Kontakte* ein relevantes Wohnbedürfnis für Menschen mit psychischer Erkrankung dar (vgl. 4.2). Demgegenüber verfügt die betreffende Personengruppe tendenziell über kleinere soziale Netzwerke (vgl. 3), was sich mehrheitlich durch die Aussagen der Probanden bestätigt. Die Anzahl der nahestehenden Kontakte beläuft sich bei den Adressaten, auf eine bis ca. zehn Personen und umfasst primär Angehörige ((Ehe-) Partner, Kinder etc.). Zu diesen besteht ein regelmäßiger bis gelegentlicher Kontakt, der durch einen eventuellen Umzug in ein spezialisiertes Wohnen, erhalten oder gar intensiviert werden soll: „Ja auf jeden Fall, die sollten dort eben mal zu Besuch kommen. (...) Vielleicht auch mal öfter?“ (Anh. 7: 203-204). An dieser Stelle wird ersichtlich, dass ein relevanter emotionaler Einfluss von den Bezugspersonen ausgeht und somit die bestehende Beziehungsqualität bzw. Kontakthäufigkeit, das Bedürfnis von *sozialen Beziehungen* der Adressaten, befriedigen kann. Die Verbindung zu den Bezugspersonen wird gleichermaßen von den Professionellen befürwortet, welche die Familie als Ressource erachten. Eine befragte Fachkraft nimmt diesbezüglich in ihrer praktischen Arbeit förderliche Effekte wahr, welche sich u.a. in einer Zufriedenheit und Ausgeglichenheit äußern: „Also auf viele wirkt sich dieser Kontakt und dieser Einbezug von Angehörigen und Freunden sehr positiv aus [...]. Insgesamt sind doch alle sehr glücklich, wenn Verwandtenkontakte da sind“ (Anh. 11: 285-286, 287-288); „Die Meisten sind dann doch eher ausgeglichener.“ (Anh. 11: 297). Daher ist es den Fachkräften ein Anliegen, bei sporadischen oder nicht bestehenden Kontakten zu den Angehörigen „immer wieder anzufragen, wenn es der Mensch nicht selbst [...] kann“ (Anh. 11: 258-259). Ist hingegen keine Präsenz der Verwandten, von Seiten der Einrichtungsbewohner in

deren Lebensalltag erwünscht, wird die Entscheidungsfreiheit der Adressaten, hinsichtlich ihres Bedürfnisses nach *Autonomie*, respektiert.

Von Seiten der Adressaten besteht das deutliche Interesse an einem gemeinschaftlichen Leben innerhalb der Bewohnerschaft, welches sich bereits in den Motiven (neue Kontakte, Überwindung Einsamkeit) für einen potenziellen Umzug in ein spezialisiertes Wohnen ausdrückt: „und da gibt es dann einfach so Zeiten, wo ich mich (..) total einsam und alleine fühle“ (Anh. 8: 161-162). Ferner äußern die Adressaten den Wunsch nach einem überwiegend guten Verhältnis innerhalb der Bewohnerschaft, welches sich durch Aspekte wie Zufrieden- und Geborgenheit auszeichnen soll. An dieser Stelle wird ein Bezug zu den Aspekten eines segregativen Konzepts (gegenseitige Akzeptanz, Zugehörigkeitsgefühl etc.) (vgl. 9.2) deutlich. Für das Zusammenleben innerhalb einer Gemeinschaft bedarf es, nach Ansicht beider Personengruppen (Adressaten/ Professionelle), klarer Regeln, in Form von bspw. Gruppen- und Hausordnungen. Ferner wird das Anliegen von Wohngruppengesprächen in regelmäßigen Intervallen geäußert, in welcher neue Absprache getroffen oder konfliktbehaftete Problematiken thematisiert werden können. Diese Aspekte spiegeln sich in dem Prozessmodell von Kahana (1975) (vgl. 5.1), präziser in den Personenmerkmalen der *Strukturierung einer Situation/ Umwelt* (Strukturierung durch eindeutige Regeln) und *Emotionaler Expressivität* (Thematisierung von Gefühlen) wieder. Als Anregung für das spezialisierte Wohnen sollte folglich der Aspekt der (Wohn-) Gruppengespräche aufgegriffen und kontinuierlich umgesetzt werden. Dies kann förderliche Strukturen für Adressaten, als auch Professionelle schaffen (Förderung Selbstbemächtigung, i.S. des Konzeptes des Empowerments (vgl. 5.3)).

Das Zusammensein sollte sich weiter durch eine weitestgehend gemeinsame Alltags- und Freizeitgestaltung auszeichnen. Hierbei werden gemeinsame Aktivitäten präferiert, die den individuellen Interessen entsprechen und von niederschweligen Tätigkeiten (Konversation, Spaziergängen etc.), bis hin zu komplexeren Vorgängen (Tanzen, Malen, Gartenarbeit etc.) reichen. Es kann vermutet werden, dass der Wunsch besteht, neue Personen kennenzulernen, welche dieselben bzw. viele subjektive Interessen und Hobbies teilen, um so den Wunsch nach (empfundener) Zugehörigkeit zu bekräftigen und das Bedürfnis nach *Stimulation*, i.S. von Anregungen auf (umwelt-) räumlicher oder sozialer Ebene, zu befriedigen. Dies bildet einerseits die Grundlage qualitative Beziehungen aufbauen zu können (Wohnbedürfnis nach *sozialen Beziehungen* (vgl. 4.2)), die sich ggf. in romantischen Verhältnissen ausdifferenzieren („Vielleicht kann man sich auch da verlieben oder so?“ (Anh. 8: 247-248). In gleicher Weise ist jedoch die Beachtung der individuellen Zeit und Privatsphäre für die Adressaten von Relevanz, insb. in krisenhaf-

ten Zeiten der psychischen Erkrankung. Dies entspricht dem Wohnbedürfnis nach *Privatheit* und *sozialer Anerkennung* (Akzeptanz der anderen Bewohner für individuelle Zeit). An dieser Stelle wird ersichtlich, dass bei den Adressaten ein Wunsch nach Gemeinschaft, bei gleichzeitiger Gewährleistung von Rückzugsmöglichkeiten besteht, welcher im spezialisierten Wohnen berücksichtigt werden sollte: „dann wissen Sie wie das ist, das Miteinander. Du bist nie alleine, du bist alleine wenn du willst, das ist natürlich ein (..) schönes Leben.“ (Anh. 6: 57-59). Insbesondere das ausgeglichene Verhältnis beider Aspekte zueinander.

Die Beziehung zu den Professionellen ist nach Angaben der Adressaten ebenfalls von Relevanz. Neben gerontopsychiatrischen Fachkenntnissen und professionellem Handeln ist deren persönliche Kompetenz entscheidend, die sich durch vorhandene Sozialfähigkeiten, wie empathisches Verhalten auszeichnen. Auch die befragten Fachkräfte prononciieren die Bedeutung eines guten Beziehungsverhältnisses, welches in der Praxis durch ein Bezugsbetreuungssystem geprägt wird. Dieses geht mit den als förderlich wahrgenommenen Aspekten von Vertrautheit, Sicherheit und Stabilität einher. Um eine gewisse Flexibilität für die Professionellen und eine Beziehungsvielfalt für die Adressaten zu ermöglichen, wird das System im Tandem (vgl. 8.2.3) durch einen Professionellen und einen Adressaten prononciert. Gleichermaßen äußern sich die befragten Adressaten positiv zu solch einem System. Die Vertrautheit zu einer konstanten Person, die Unterstützung in Krisen und die Möglichkeit, individuelle Zeit beim Bezugsbetreuer beanspruchen zu können, stellen nennhafte Gründe dar und stellen zugleich die Wohnbedürfnisse nach *Sicherheit* (Beziehungskontinuität), *sozialer Beziehungen* (qualitative Beziehung) und *soziale Anerkennung* (aufrichtiges Interesse und Wertschätzung) zufrieden. Über die genannten Gesichtspunkte hinaus, bildet der Bezugsbetreuer einen „Knotenpunkt“ (Anh. 11: 322) dar. Er unterstützt Adressaten insb. emotional und sozial, fungiert als primärer Ansprechpartner für Angehörige, Behörden etc. und engagiert sich zugleich, i. S. des Bewohners, im Sozialraum. Aufgrund der beschriebenen Aspekte von befriedigten Bedürfnissen und Prozessvereinfachung, sollte das System von Bezugsbetreuern für spezialisierte Wohnangebote angedacht werden.

Die Grundlage für das Beziehungsverhältnis, wird bei den Fachkräften durch ihre professionelle Haltung geprägt, welche sich durch ein positives Menschenbild und eine ganzheitliche Betrachtungsweise auszeichnet. Dies entspricht auch den theoretischen Ansätzen der Lebenswelt- und Alltagsorientierung (vgl. 5.2) und des Konzeptes des Empowerments (vgl. 5.3). Diese betrachten den Adressaten als autonome Person, der Potenziale und Ressourcen in sich trägt und die durch die Fachkraft berücksichtigt und

gefördert werden müssen. Der Bewohner mit seiner psychischen Erkrankung, dem potenziell gegebenen Pflegebedarf und den ggf. daraus resultierenden Einschränkungen wird nicht als passiver Empfänger, von Unterstützungsleistungen angesehen, sondern als aktiver Akteur, als Experte seiner selbst. Ein wichtiger Aspekt stellt demzufolge die Begegnung auf Augenhöhe dar, welche zugleich mit dem wahrgenommenen (besonderen) Bedarf der Adressaten, seitens der Professionellen, übereinstimmt: „Also ich denke dieses sich-auf-Augenhöhe-begegnen und sich-wertgeschätzt-fühlen, trotz der psychischen Erkrankung ist ein besonderes Bedürfnis dieser Personengruppe“ (Anh. 10: 326-328). Dieser Akzeptanz und Wertschätzung kommen, in der praktischen Arbeit der Fachkräfte, der authentische und respektvolle Umgang, als auch die Stärkung der Selbstbestimmung gleich: „Uns ist es wichtig den Bewohnern alle Möglichkeiten aufzuzeigen, ihnen dann aber die Entscheidungsfreiheit zu lassen“ (Anh. 10: 155-157); „Das heißt aber auch wiederum, dass man als Mitarbeiter, aufgrund der Sensibilität absolut authentisch sein muss. Wenn man nicht dazu steht, was man gesagt hat, dann merken die Bewohner das sofort.“ (Anh. 9: 274-276)). Die genannten Aspekte der Akzeptanz, des Respekts und der Ressourcenorientierung können an dieser Stelle den Wohnbedürfnissen nach Maslow (1954/ 1971), präziser den Bedürfnissen nach *sozialer Anerkennung* und bedingt nach *Selbstverwirklichung* zugeordnet werden. Letzteres betrifft insb. die Sichtweise der Professionellen, welche die Potenziale in den Adressaten wahrnehmen, die den Betroffenen (partiell) selbst nicht bewusst sind. Dies könnte mit der Chronifizierung und der oftmals damit verbundenen Identifizierung mit der psychischen Erkrankung, begründet werden (vgl. 3.). Daher gilt es durch partizipative Ansätze in der Alltagsgestaltung, die Adressaten in ihrem Selbstbewusstsein und in ihrer Selbstwirksamkeit zu stärken.

9.4 Subjektive Faktoren

Spezialisierte Einrichtungen sollten den Aspekt von Partizipation im Kontext der Zielgruppe berücksichtigen, da die Mehrheit der Adressaten innerhalb der Befragung mehrmals äußerten, sich selbst einbringen und sich damit einhergehend als nutzbringend erleben zu wollen: „Ja es gibt sicher was, was ich- wo ich halt noch nützlich bin (...) oder wäre. Das man irgendetwas Sinnvolles übernimmt“ (Anh. 6: 91-92). Das Zurückgreifen auf vorhandenes Wissen und Fähigkeiten wird im gleichen Maße durch das Konzept des Empowerments (vgl. 5.3) befürwortet, um das Selbstvertrauen der Adressaten zu stärken und so langfristig ihre Selbstbemächtigung zu fördern. Partizipation kann folglich durch eine aktive Mitgestaltung der Bewohner im Einrichtungsalltag erfolgen, wie etwa durch unterstützende Tätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich (Zuarbeiten beim Kochen, Zusammenlegen der Wäsche etc.) oder durch das Anbieten von Freizeitangebo-

ten (Vorlesen etc.). Zugleich kann Partizipation bis zu einer autonomen Selbstorganisation reichen, bspw. in Form von (Wohn-) Gruppengesprächen (vgl. 9.3.2), die initiiert, moderiert und anschließend in ihren besprochenen Inhalten praktisch umgesetzt werden müssen. Auch die autonome Bildung von Vertretungen (Bewohnervertretungen, Frauenbeauftragte etc.) stellt ein exemplarisches Beispiel dar, durch welche Entscheidungsprozesse innerhalb der Wohneinrichtung angeregt werden und die betreffenden Personen Respekt und Anerkennung erhalten. Folglich können an dieser Stelle die Wohnbedürfnisse nach *sozialer Anerkennung* und *Selbstverwirklichung* zufriedengestellt werden. Für ein spezialisiertes Wohnen kann dies bedeuten, Strukturen zu schaffen, in denen Partizipation erfolgen kann. Dies setzt zum einen eine positive Grundhaltung der Professionellen voraus, welche von Wertschätzung und Respekt geprägt ist und ein Klima ermöglicht, welches offen für neue Ideen und Anregungen ist. Dieses wird nicht nur von Fachkräften allein geprägt, auch von den anderen Bewohnern sollte Aufgeschlossenheit und Toleranz für (partizipative) Anregungen entgegengebracht werden.

Neben der Partizipation *innerhalb* des spezialisierten Wohnens, ist zugleich, wenn nicht in höherem Maße, die Partizipation *außerhalb* der Einrichtung (i.S. von gesellschaftlicher/ sozialer Teilhabe) von Relevanz. Ein Professioneller äußert diesbezüglich, Tendenzen der Bewohnerschaft wahrzunehmen, welche die Inanspruchnahme von institutionellen Angeboten präferieren: „Ich merke schon, dass ein Trend besteht die Angebote der Einrichtung zu nutzen. Man kennt sich mittlerweile, man fühlt sich wohl und man will unter sich bleiben. [...] Nach dem Motto: Wieso muss man immer neue Welten erschließen?“ (Anh. 10: 441-444). Zugleich äußert er einen adäquaten Vorschlag, mit der Situation professionell umzugehen: „Ich denke, dass da ein gewisses Maß an Motivation und Beharrlichkeit notwendig ist, also immer wieder Vorschläge zu bringen oder Impulse zu setzen“ (Anh. 10: 444-446). An dieser Stelle wird ersichtlich, dass bei diversen Adressaten Anreize erforderlich sind, um eventuell bestehende Zweifel zu mindern, unzureichend vorhandene Motivation zu fördern und somit einen Zugang zum Sozialraum zu ermöglichen. Neben der Nutzung von vorhandenen Angeboten innerhalb des Sozialraumes (genannt werden an dieser Stelle: Teilnahme an Gottesdiensten, Besuche von Theateraufführungen etc.), ist es allen Professionellen ein Anliegen, sich selbst als Einrichtung zu engagieren. Dies kann sich in der Beteiligung von quartiersbezogenen Aktivitäten (Unterstützung bei Festen, Austragen von Amtsblättern etc.) oder durch die Initiierung von weiteren Angeboten widerspiegeln. Für Letzteres wurden von den Professionellen, bis zum Zeitpunkt der Erhebung, u.a. inklusive Kochkurse, Sport- und Sommerfeste, als auch Weiterbildungsangebote benannt. Durch den Zugang zum angrenzenden Sozialraum ist für die Adressaten die Option der gesellschaftlichen Teilhabe, als auch der Er-

weiterung von sozialen Netzwerken gegeben, die ihr Bedürfnis nach *sozialen Kontakten, sozialer Anerkennung und Stimulation*, i.S. von Anregungen auf (umwelt-) räumlicher oder sozialer Ebene, zufriedenstellen können. Gleichmaßen kann der Sozialraum, gemäß der Alltags- und Lebensweltorientierung, als Ressource genutzt werden. Im Kontext des spezialisierten Wohnens sollte, nach Beschreibung der entsprechenden Aspekte, ein hoher Stellenwert auf die Bildung von partizipativen Strukturen gelegt werden. Dies betrifft nicht nur interne Prozesse, sondern umfasst zudem die Teilhabe im Sozialraum. Ein Zugang kann niederschwellig, über die Beteiligung bei quartiersbezogenen Aktivitäten und Anliegen erfolgen. Dies bezieht sich auf die Adressaten in direkter Weise, als auch indirekt auf die Professionellen, durch das Engagement in Arbeitsgemeinschaften (bspw. innerhalb des Quartiersmanagements). Im Kontext der Partizipation sollte jedoch berücksichtigt werden, dass jeder Adressat ein anderes Maß an Selbstbeteiligung wünscht und auch einbringen möchte: „Es sollte was angeboten werden oder auch, man kann eigene Ideen miteinbringen und so, das wäre schon gut. Es soll aber auch nicht in Stress ausarten“ (Anh. 8: 375-377). Insb. in krisenhaften Phasen der psychischen Erkrankung, kann das Interesse nach Partizipation Schwankungen unterliegen: „da würde ich sagen, dass der Wunsch nach Teilhabe in einer Phase der Erkrankung wenig vorhanden ist. Je nachdem wie er oder sie es schafft durch diese Phasen zu kommen, dann wieder steigt. Mit der Privatsphäre ist es genau andersrum“ (Anh. 11: 218-221).

Der Aspekt der Autonomie wird in seiner Relevanz durch alle Probanden benannt und durchzieht die bereits aufgeführten Faktoren eines spezialisierten Wohnens, wie i.B. auf Wohnmöglichkeiten und –gegebenheiten (vgl. 9.1), als auch die Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung. Den Adressaten ist es ein Anliegen, ihr Selbstbestimmungsrecht in einem spezialisierten Wohnen beizubehalten, insb. im Hinblick auf deren persönliche Alltagsgestaltung. Sie wünschen keine feste Terminierung von bspw. Schlafens- und Essenszeiten: „Dass man vielleicht etwas später frühstückt“ (Anh. 7: 261). Gleichzeitig soll jedoch eine (gewisse) Tagesstrukturierung bestehen. Begründet werden kann dies ggf. damit, dass zum Zeitpunkt der Befragung die Mehrheit der Adressaten angab, keine feste Ordnung von Alltagsabläufen zu besitzen. Dies wurde auf die psychische Erkrankung und andere physische Einschränkungen (i.S. von Multimorbidität) zurückgeführt und zugleich negativ bewertet: „Unstrukturiert. (..) Lange schlafen, (..) das ist eine Frage, die sie einem depressiven Menschen nicht stellen dürfen, weil der hat keinerlei Antrieb. (..) Wie sieht mein Alltag aus? [...] ich sitze hier und schaue blöd. (4 sek.) Es passiert nichts“ (Anh. 6: 23-26); „Im Moment mache ich fast nichts, weil ich so gehandicapt bin. Ich habe- ich bin wirklich so somatisch, körperlich, unheimlich eingeschränkt im Moment [...] Da bin ich froh, wenn ich meinen Alltag einigermäßen bewälti-

gen kann“ (Anh. 8: 92-96). Folglich erscheint es für ein spezialisiertes Wohnen sinnvoll, eine Balance zwischen Strukturierung und Autonomie anzustreben, wie bspw. durch das Anbieten von mehreren Gerichten zu unterschiedlichen Essenszeiten (vgl. Anh. 9; Anh. 11). Dies würde zugleich eine Kongruenz, i.S. des Modells der Person-Umwelt-Passung (vgl. 5.1) gleichkommen, in denen die Dimensionen der *Individuellen Autonomie* (Personenmerkmal) mit der *Strukturierung einer Situation/ Umwelt* (Umweltmerkmal) übereinstimmen. Neben der Zufriedenstellung des Wohnbedürfnisses nach *Aufrechterhaltung von Autonomie*, kann die Individualität des Einzelnen beachtet und darüber hinaus zu dessen Wohlbefinden beitragen werden.

Neben dem Aspekt der inhaltlichen Ausdifferenzierung (Auswahl der Mahlzeiten etc.), wird durch zwei Professionelle geäußert, dass gleichermaßen durch konzeptionelle Bedingungen, wie differente Wohnformen innerhalb einer Trägerschaft, das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner ein Mehr an Berücksichtigung erfährt. Begründet werden kann es damit, dass die Adressaten innerhalb ihrer gesamten Wohndauer die Option besitzen, je nach Bedarf, zwischen ambulant betreuten und stationären Settings auszuwählen und bspw. eine stärkere Ausprägung von Versorgung oder Selbstständigkeit in Anspruch zu nehmen. Zugleich ermöglicht die Rahmenbedingung, dass die Wohnformen einer Trägerschaft obliegen, das Wohnbedürfnis nach *Sicherheit* zufriedenzustellen, da ein fester Wohnplatz garantiert ist: „Die Möglichkeit zurück zu ziehen, in die stationäre Einrichtung, ist jederzeit gegeben“ (Anh. 9: 166-167).. Im Kontext des angedachten Konzeptes des spezialisierten Wohnens (vgl. 3.), erscheint diesbezüglich eine Kombination aus beiden Wohnformen als sinnvoll, um u.a. die Wohnbedürfnisse nach *Autonomie* und *Sicherheit* zufriedenzustellen und zugleich eine adäquate Versorgung zu gewährleisten.

10. Fazit und Ausblick im Kontext psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen

Im Verlauf dieser Arbeit konnten viele Aspekte und Inhalte nur begrenzt erörtert werden, was u.a. auf die Vielschichtigkeit der Thematik, mit ihren Aspekten des Alters, psychischer Erkrankung, Pflegebedürftigkeit und regionaler Versorgungsstrukturen, zurückgeführt werden kann. Ferner wird dieser Effekt durch eine ggf. zu umfangreich formulierte, wissenschaftliche Fragestellung verstärkt. Im Rahmen der Darstellung des empirischen Forschungsvorgehens, konnten weitere Schwächen identifiziert werden.

Diese betreffen zum einen die Auswahl der Stichprobe, der wissenschaftlichen Untersuchung. Diese ist in ihrer Geschlechterausprägung sehr homogen, da sie ausschließlich weibliche Probanden umfasst. An dieser Stelle wäre eine heterogene Verteilung wün-

schenswert gewesen, um insb. den Forschungsgegenstand spezif. betrachten zu können. In zukünftigen Untersuchungen sollte stärker auf eine Heterogenität der Probanden geachtet werden. Im Kontext der Planung und Durchführung der Interviews bei der Probandengruppe der Adressaten, kann die Anwesenheit einer dritten bzw. vierten Person, eine kritische Hinterfragung nach sich ziehen. Auch wenn sich die Präsenz der Fachkraft im Kontext der vorliegenden Untersuchung positiv auf die Probanden äußerte, da sie die als unangenehm empfundene Situation vertraulicher gestaltete, kann sie gleichwohl zu einer Beeinflussung Inhalte und Qualität der Antworten führen (z.B. im Kontext der sozialen Erwünschtheit). Dieser Effekt kann gleichermaßen bei der, durch den Probanden selbst ausgewählten Anwesenheit des (Ehe-) Partners (vgl. Anh. 6) auftreten. Innerhalb der Ergebnisdiskussion wurden verschiedene Faktoren und ihre praktische Umsetzung, im Kontext des spezialisierten Wohnens angesprochen, jedoch nicht präziser ausgeführt. Hierbei handelt es sich bspw. um *Anregung*, *Ehrenamt* und *Quartiersbezug/ Quartiersmanagement*, welche jedoch im Kontext von psychischer Erkrankung, Alter und Wohnen relevant erscheinen und einer genaueren Betrachtung bedürfen. Gleichermäßen gilt es jedoch, die Arbeit in ihrem Potenzial zu würdigen.

Zunächst sollte positiv herausgestellt werden, dass sich die vorliegende Arbeit darin auszeichnet, aus einem durch Adressaten geäußerten Bedarf entstanden zu sein und folglich eine Thematik direkt aus der Praxis darstellt. Durch die Befragung der Adressaten wird die Option gegeben, deren individuelle Anliegen und Vorstellung, in ihrer Relevanz darzustellen, um so eine personen- und lebensweltorientierte Betrachtungsweise zu gewähren. Durch die Methodik der Triangulation kann das Anliegen durch Sichtweisen und Erfahrungswerte von Professionellen verglichen und so zu einem Ganzen komplementiert werden. Gleichwohl soll betont werden, dass es sich bei der betreffenden Zielgruppe um einen schwer zugänglichen Personenkreis handelt (vgl. Schröttle/ Hornberg 2014), da psychische Erkrankungen nach wie vor eine sensible Thematik darstellen und die Auskunftsbereitschaft tendenziell kaum vorhanden ist (vgl. ebd.). Folglich können die im empirischen Kontext erhobenen Sichtweisen und Bedürfnisse einen Informationszugewinn bedeuten, welcher ggf. praktisch aufgegriffen werden kann. Insb. bestehende oder ggf. zukünftige gerontopsychiatrische Wohneinrichtungen, können so Impulse für ihre professionelle Arbeit erhalten, um ihr eigenes fachliches Handeln zu bestätigen, zu optimieren oder insges. zu reflektieren. Letzteres kann auch für konventionelle Einrichtungen der Altenhilfe gelten. Durch den Bezug zu lokalen Versorgungsstrukturen der wissenschaftlichen Untersuchung, können Chancen und Herausforderungen für die Profession Soziale Arbeit, bzw. der Disziplin der Sozialen Gerontologie in der Region Nürnberg formuliert werden.

Aus den gewonnenen Ergebnissen der empirischen Arbeit wird ersichtlich, dass probandenübergreifend ein Bedarf an (fach-) spezialisiertem Wohnen, in Form einer gerontopsychiatrischen Versorgung, in der Region Nürnberg, wahrgenommen wird. Dies lässt sich der Personengruppe der Professionellen direkt, jene der Adressaten indirekt, durch ein vorhandenes Interesse, entnehmen. In Relation zu den ca. sechs charakteristisch zutreffenden Einrichtungen, in den Städten Nürnberg, Fürth und Erlangen, erscheint dieses Anliegen nachvollziehbar. Der Untersuchungsschwerpunkt der Arbeit lag auf den subjektiven Wohnbedürfnissen von älteren Personen mit psychischer Erkrankung sowie einem vorhandenen bzw. potenziellen Pflegebedarf und gleichsam ihrer Zufriedenstellung, im Kontext eines spezialisierten Wohnens. Diesbezüglich wurden betreffende Personen, als potenzielle Adressaten und Professionelle, welche im beruflichen Kontext in einer bereits bestehenden fachspezif. Einrichtung tätig sind, empirisch befragt. Innerhalb der Ergebnisdarstellung konnten verschiedene Faktoren aufgezeigt werden, die der Anforderung einer (adäquaten) Bedürfnisbefriedigung entsprechen. Hierbei handelt es sich um (umwelt-) räumliche, inhaltliche, soziale und subjektive Faktoren, die bei Adressaten und Professionellen (nahezu) übereinstimmen. Diese differenzieren sich u.a. in einer mittelgroßen Einrichtung mit Einzelzimmern, guter Infrastruktur und idealerweise mit Grünflächen, um den Bedürfnissen nach Autonomie und Privatheit gerecht zu werden. Hinzu kommen die gemeinschaftliche Interaktion innerhalb der Bewohnerschaft, als auch die Teilhabe im Sozialraum und die professionelle Versorgung, die nicht im Widerspruch zum Erhalt der Adressatenautonomie stehen muss. Ferner ermöglicht ein langfristiges Wohnen, unabhängig von einem steigenden Lebensalter oder Pflegebedarf, die Wohnbedürfnisse nach Sicherheit, Komfort und Erhalt von sozialen Beziehungen zufrieden zu stellen. Aus der Untersuchung geht hervor, dass insb. die Bedürfnisse nach Autonomie, sozialen Kontakten und Beziehungen, Sicherheit und Partizipation, bei den befragten Probanden, bzw. deren Adressaten, von Relevanz sind.

In Anbetracht des geäußerten Bedarfs an gerontopsychiatrischen Wohneinrichtungen und die durch die empirische Untersuchung erhobenen Faktoren, welche die Wohnbedürfnisse adäquat zufriedenstellen, erscheint es zum derzeitigen Zeitpunkt sinnvoll, den Ausbau von Wohneinrichtungen mit Fachspezialisierung, in der Region Nürnberg zu initiieren. Durch die multidimensionale Ausrichtung des gerontopsychiatrischen Versorgungsansatzes (vgl. 3.) können die (spezif.) Bedarfe der Personengruppe adäquat zufriedengestellt werden, was die durch eine Versorgung in konventionellen Einrichtungen der Altenhilfe i.d.R. weniger gegen ist. Demgegenüber besteht bei einem spezialisiertem Wohnen die Tendenz, ein segregatives Konzept zu verfolgen, welches das Risiko einer Exklusion in sich trägt. Im Kontext der empirischen Befragung, waren die Meinungsbilder

diesbezüglich sehr different. Die Adressaten befürworten ein segregatives Konzept, das mit einer (vermuteten) Akzeptanz, Empathie und Zugehörigkeit von Seiten der anderen Bewohner einhergeht. Die Professionellen prononcieren hingegen eine inklusive konzeptionelle Ausrichtung, um Stigmatisierung und Exklusion präventiv zu begegnen und um die Selbstbemächtigung und Normalität des Lebensalltages der Adressaten, i.S. des Konzeptes des Empowerment (vgl. 5.3) und des Normalisierungsprinzips zu stärken. Dies entspricht zudem dem aktuellen Diskurs innerhalb der Sozialwissenschaften, sowie der persönlichen Sichtweise der Autorin. Ausgehend von der kontroversen Sachlage, kann an dieser Stelle die Fürsprache eines weiterführenden Forschungsbedarfes platziert werden, welcher sich der Thematik widmet, die Wohnbedürfnisse der betreffenden Adressaten (inhaltlich, räumlich etc.) in konventionelle Konzepte zu integrieren und damit inklusive Dynamiken anzuregen.

Dieser Forschungsbedarf wird als Anliegen durch die Professionellen formuliert, um eine wissenschaftlichere Fokussierung auf die Zielgruppe, ihre Bedürfnisse und Lebensbedingungen zu erhalten. Dies ermöglicht die Ableitung von empirisch fundierten Empfehlungen, welche durch professionelle Fachkräfte aufgegriffen und innerhalb der Praxis umgesetzt werden und insges. eine Weiterentwicklung des gerontopsychiatrischen Bereichs forcieren können. Zugleich stellt die adäquate Versorgung der betreffenden Zielgruppe eine sozialpolitische Thematik dar. Um einen Ausbau der gerontopsychiatrischen Versorgung innerhalb der Region Nürnberg zu ermöglichen, sind förderliche Grundbedingungen notwendig, welche gesetzliche Aspekte, finanziellen und personellen Ressourcen, als auch Informationsarbeit umfassen. So wird für die Umsetzung von neuen Wohnangeboten, u.a. bezahlbarer Wohnraum benötigt. Finanzielle Anreize könnten Berufe im sozialen Bereich attraktiver gestalten, um so insges. einen höheren Personalschlüssel ermöglichen zu können. Bestehende Einrichtungen der Altenhilfe stellen gleichermaßen Ressourcen dar, welche mit ihren vorhandenen räumlichen, personellen, als auch (partiell) inhaltlichen Strukturen in den Kontext der Thematik einbezogen werden sollten. Durch zusätzliche Fachausbildungen im gerontopsychiatrischen Bereich, können Professionelle in konventionellen Einrichtungen ein vertieftes Wissen und Verständnis für die Personengruppe, ihre Bedarfe und Verhaltensweisen erhalten und zugleich für ein flexibles und professionelles Handeln befähigt werden.

An dieser Stelle kann die Soziale Arbeit, bzw. die Disziplin der Sozialen Gerontologie in ihrer Professionalität und ihren (Wissens-/ Handlungs-) Kompetenzen dazu beitragen, in der direkten Arbeit mit älteren psychisch erkrankten Menschen, deren eigene Res-

sources wahrzunehmen und Selbstbefähigungsprozesse anzuregen (i.S. der Lebensweltorientierung und des Konzeptes des Empowerments). Des Weiteren kann sie interprofessionelle Zusammenarbeit anregen, um so eine ganzheitliche Versorgungssituation, welche personen- und bedürfnisorientiert ist, zu ermöglichen. Dieses Engagement begrenzt sich nicht nur auf (direkte) adressatenbezogenen Tätigkeiten, sondern impliziert auch politische und öffentlichkeitsbezogene Arbeit, welche sich indirekt auf den Adressaten und seine Belange auswirkt. So kann politisch handelnde Soziale Arbeit den Fokus auf betreffende Zielgruppen setzen und Impulse für Veränderungen von Rahmenbedingungen beitragen. Auch durch die Beteiligung in Arbeitsgemeinschaften, Gremien und weiteren Initiativen, kann die Soziale Arbeit Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit betreiben. Zum einen, um niederschwellige Begegnungs- und Teilhabemöglichkeiten für Adressaten zu schaffen und zum anderen ermöglicht um auf gesellschaftlicher Ebene eine Sensibilisierung für die Thematik der psychischen Erkrankung sowie zugleich eine Enttabuisierung anzuregen.

Da dem Aspekt des Wohnens im Alter eine hohe Relevanz beigemessen wird und sich angemessene Wohnbedingungen, bspw. in Form von fachspezif. ausgerichteten Wohnangeboten, positiv auf die Autonomie und den gesundheitlichen Zustand von älteren Personen mit einer psychischen Erkrankung und einem vorhandenen oder potenziellen Pflegebedarf auswirken können, bedarf es einen Blick auf die vorhandenen Versorgungssituation zu werfen. Durch den Ausbau und die Stärkung von Strukturen, z.B. durch die Soziale Arbeit oder die Sozialpolitik, kann Wünschen und (Wohn-) Bedürfnissen adäquater und individueller begegnet und insges. zu einem erhöhten Wohlbefinden und somit einem selbstbestimmten und würdevollen Altern (vgl. Hieber et. al. 2005) beitragen werden.

Quellenverzeichnis

- Aeppli, J./ Gasser L./ Gutzwiller, E./ Tettenborn, A. (2014):** *Empirisches wissenschaftliches Arbeiten. Ein Studienbuch für die Bildungswissenschaften*, 3 Aufl., Verlag Julius Klinkhardt: Bad Heilbrunn
- Austerer, A./ Radinger, O. (2018):** *Leben mit chronischer Krankheit. Ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe*, Facultas Verlags- und Buchhandel AG: Wien
- Backes, G./ Clemens, W. (2013):** *Lebensphase Alter*, 4 Aufl., Juventa: Weinheim
- Baudisch, F./ Linden, M. (2017):** Therapeutisches Milieu und Healing Environment, in: Linden, M. (Hrsg.): *Das stationäre Setting in der Behandlung psychischer Störungen. Healing Environment und therapeutisches Milieu*, 2 Aufl., Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin, S. 1-15
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017):** *Gesundheit im Alter. Bericht zur Seniorengesundheit in Bayern*, Online verfügbar, URL: [https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/03/stmgp_sen_014_seniorenbericht.pdf] 03.09.2019
- Benecke, C. (2014):** *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*, 1 Aufl., W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart
- Beyer, A./ Friedrich, M./ Lang, F. R. (2011):** *GEMIT – Gelingendes Miteinander im Sebastian Fackelmann Haus. Ergebnisse der Zwei-Jahres-Langzeitstudie. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des integrierten Wohnens im Sebastian Fackelmann Haus Hersbruck*, Online verfügbar, URL: [https://www.ipg.phil.fau.de/archiv_pdfs/ipg_research_notes_2011-05a.pdf] 30.09.2019
- Biewer, G. (2010):** *Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik*, 2 Aufl., Klinkhardt UTB: Bad Heilbrunn
- Bogner, A./ Littig, B./ Menz, W. (2014):** *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*, Springer Fachmedien: Wiesbaden
- Brandenburg, H./ Calero, C. (2009):** Pflegequalität in Altenheimen, in: Stemmer, R. (Hrsg.): *Qualität in der Pflege - trotz knapper Ressourcen*, Schülersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG: Hannover, S. 57-74
- Bräutigam, B. (2018):** Grundkurs Psychologie für die Soziale Arbeit, Ernst Reinhardt GmbH & Co KG: München

- Brosius, H.-B./ Haas, A./ Koschel, F. (2012):** *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung*, 6 Aufl., Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg
- Buchka, M. (2012):** *Das Alter. Heil- und sozialpädagogische Konzepte*, W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2010):** *Initiative Neue Qualität der Arbeit. Zeitdruck in der Pflege reduzieren*, Online verfügbar, URL: [https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-hh1-zeitdruck.pdf?__blob=publicationFile] 25.10.2019
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2010):** *Seele aus der Balance. Erforschung psychischer Störungen*, Online verfügbar, URL: [https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/BMBF_Seele_aus_der_Balance_barrierefrei_17082010.pdf] 15.10.2019
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2018):** *Länger zuhause leben. Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter*, Online verfügbar, URL: [https://www.serviceportal-zuhause-im-alter.de/fileadmin/sozialeswohnen/PDF/Broschueren_BMFSFJ/Laenger-zuhause-leben_18.pdf] 28.09.2019
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (n.d.):** *Empowerment*, Online verfügbar unter, URL: [https://www.demokratie-leben.de/wissen/glossar/glossary-detail/empowerment.html] 20.09.2019
- Dathe, S. (2014):** Alter(n) und Altersbilder in Pflegeheimen, in: Pelizäus-Hoffmeister, H. (Hrsg.): *Der ungewisse Lebensabend? Alter(n) und Altersbilder aus der Perspektive von (Un-) Sicherheit im historischen und kulturellen Vergleich*, Springer-Verlag: Wiesbaden, S. 167-181
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. (2007):** *Begriffsbestimmungen*, Online verfügbar, URL: [http://www.dggpp.de/documents/gp_begr.pdf] 15.09.2019
- Dörr, M. (2005):** *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*, Ernst Reinhardt Verlag: München
- Ebster, C./ Stalzer, L. (2013):** *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler*, 4 Aufl., Facultas Verlags- und Buchhandels AG: Wien

- Effinghausen, S. (2014):** *Diagnose psychisch krank- ein Leben ohne Zukunft? Bewältigungsstrategien von psychisch erkrankten Menschen und Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit am Beispiel des ambulant betreuten Wohnens*, Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden
- Erhardt, M./ Hoffmann, L./ Ross, H. (2014):** *Altenarbeit weiterdenken. Theorien-Konzepte-Praxis*, 1 Aufl., W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart
- Falk, K./ Heusinger, J./ Kammerer, K./ Khan-Zvorničanin, M./ Kümpers, S./ Zander, M. (2011):** *Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier*, Edition Sigma: Berlin
- Faltermaier, T. (2005):** *Gesundheitspsychologie*, W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart
- Farwick, A. (2012):** Segregation, in: Eckardt, F. (Hrsg.): *Handbuch Stadtsoziologie*, VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer: Wiesbaden, S. 381-419
- Feigl, P. (2015):** *Zielgruppenbestimmung von Mietern. Eine Analyse der Wohnbedürfnisse auf Basis von Nutzererwartungen*, Springer Fachmedien: Wiesbaden
- Flade, A (1993):** Wohnen und Wohnbedürfnisse im Blickpunkt, in: Harloff, H. J./ Burkhardt, H. G. (Hrsg.): *Psychologie des Wohnungs- und Siedlungsbaus. Psychologie im Dienste von Architektur und Stadtplanung*, Verlag für angewandte Psychologie: Göttingen, S.45-55
- Flick, U. (2011a):** *Triangulation. Eine Einführung*, 3 Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden
- Flick, U. (2011b):** *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, 4 Aufl., Rowohlt Verlag GmbH: Hamburg
- Flick, U. (2014):** Gütekriterien qualitativer Sozialforschung, in: Baur, N./ Blasius, J. (Hrsg.) (2014): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, Springer Fachmedien: Wiesbaden, S. 411-423
- Fuß, S./ Karbach, U. (2019):** *Grundlagen der Transkription*, 2 Aufl., Verlag Barbara Budrich GmbH: Opladen, Toronto
- Gerontopsychiatrische Fachkoordination Mittelfranken/ Angehörigenberatung e.V. Nürnberg (n.d.):** *Wegweiser Regionensuche*, Online verfügbar, URL: [<https://www.wegweiser-gerontopsychiatrie-mfr.de/>] 30.10.2019

- Gläser, J./Laudel, G. (2010):** *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*, 4 Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien: Wiesbaden
- Görnet-Stuckmann, S. (2010):** *Wohnen im Alter. Planen und organisieren*, BC Publications GmbH: München
- Grunwald, K./Thiersch, H. (2016):** *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern*, 3. Aufl., Beltz Juventa Verlag: Weinheim, Basel
- Gukenbiehl, H. (2016):** *Institution und Organisation*, in: Korte, H./ Schäfer, B. (Hrsg.): *Einführung in die Hauptbegriffe der Soziologie*, 9 Aufl., Springer Verlagsgesellschaft: Wiesbaden, S. 145-161
- Gühne, U./Fricke, R./Schliebener, G./Becker, T./Riedel-Heller, S. G. (2014):** *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinien für Betroffene und Angehörige*, Online verfügbar, URL: [https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/132136cf1e18bb6c58c2750da20bfab2c11d9de8/S3_LL-PsychozTherapien_Patientenversion_OnlinePDF.pdf] 15.09.2019
- Hartmann, A. (2010):** *Wenn der Körper nicht mehr mitspielt: Gesundheit und Krankheit aus Perspektive der soziologischen Inklusionsforschung*, in: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 35, Nr.4, S.45-61
- Haslbeck, J./Klein, M./Bischofberger, I./Sottas, B. (2015):** *Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektiven von Patientinnen, Patienten und Angehörigen*, Online verfügbar, URL: [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_46.pdf] 26.10.2019
- Hasseler, M./Görres S. (2005):** *Was Pflegebedürftige wirklich brauchen... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung*, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG: Hannover
- Heinze, R. G. (2013):** *Altersgerechtes Wohnen: Aktuelle Situation, Rahmenbedingungen und neue Strukturen*, In: *Informationen zur Raumentwicklung. Wohnen im Alter*, Jg. 2013, Nr. 2, S.133-146
- Hewer, W./Holthoff-Detto, V./Kopf, D. (2018):** *Themenschwerpunkt alt gewordene psychisch Kranke*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 51, Nr. 7, S. 741-743

- Hieber, A./ Oswald, F./ Wahl, H.-W./ Mollenkopf, H. (2005):** Die Übereinstimmung von Wohnbedürfnissen und Wohnbedingungen und ihre Einfluss auf die erlebte Stadtteilverbundenheit, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 38, Nr. 4, S.293-300
- Hinz, A. (2002):** Von der Integration zur Inklusion – terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung?, in: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, Jg. 53, Nr. 2002, S. 354-361
- Hogrefe (2017):** *Fließen und Erstarren. Bewältigung chronischer Erkrankungen im Lebenslauf: das Trajectory Work Modell (TWM)*, Online verfügbar, URL: [<https://www.hogrefe.de/themen/pflege-und-health-professionals/chronische-erkrankungen>] 03.10.2019
- Hogrefe (2016):** *DSM und ICD*, Online verfügbar, URL: [<https://www.hogrefe.de/themen/klinik/artikeldetailansicht/DSM%20und%20ICD-313>] 09.09.19
- Huber, M./ Siegel, S. A./ Wächter, C./ Brandenburg, A. (2005):** *Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim – Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern*, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG: Hannover
- Hug, T./ Poscheschnik, G. (2010):** *Empirisch Forschen*, Verlag Huter & Roth KG: Wien
- Hussy, W./ Schreier, M./ Echterhoff, G. (2010):** *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften*, Springer Verlag: Berlin, Heidelberg
- Kaiser, R. (2014):** *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*, Springer Fachmedien: Wiesbaden
- Kaufmann, E./ Ringel, J. (2019):** *Erhebung gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg*, Klinikum Nürnberg: Nürnberg
- Keller, S. (2006):** *Leben und Wohnen im Alter*, Stiftung Warentest: Berlin
- Kipp, J./ Jüngling, G. (2007):** *Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie*, 4 Aufl., Ernst Reinhardt Verlag: München
- Knuf, A. (2016):** *Empowerment und Recovery*, 5 Aufl., Psychiatrieverlag GmbH: Köln
- Knuf, A./ Seibert, U. (2000):** »Empowerment« - eine Arbeitsdefinition von Betroffenen, in: Knuf, A./ Seibert, U. (Hrsg.): *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*, Psychiatrie-Verlag gGmbH: Bonn, S. 18-19

- Kolbe, H. J. (2016):** Milieu ist das was wirkt und als wirksam erlebt wird, in: Bertram, M./ Kolbe, H. J. (Hrsg.): *Dimensionen therapeutischer Prozesse in der Integrativen Medizin*, Springer Fachmedien: Wiesbaden, S. 247-259
- Kolland, F./ Fibich, T. (2014):** Professionalisierung in der Sozialen Altenarbeit, Online Verfügbar URL: [<https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/File/323/551.pdf>] 15.09.2019
- Kraus, S./ Hegeler, H. (2011):** Soziale Arbeit in der Geriatrie, in: Zippel, C./ Kraus, S. (Hrsg.): *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch*, 2 Aufl., Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main, S.77-93
- Kricheldorf, C. (2015):** Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive, in: van Rießen, A./ Bleck, C./ Knopp, R. (Hrsg.): *Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung*, Springer Fachmedien: Wiesbaden, S. 15-30
- Kricheldorf, C./ Aner, K./ Himmelsbach, I./ Thiesemann, R. (2015):** Grundlagen der Sozialen Gerontologie, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Jg. 48, Nr. 8, Springer Medizin, S. 747-760
- Kron, W. (2010):** Analyse der Qualitätskontrolle sowie der Entwicklung von Qualitätsstandards: Aspekte der Heimaufsicht, in: Ding-Greiner, C./ Kruse, A. (Hrsg.): *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*, W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, S. 62-82
- Kruse, A. (2017):** *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*, Springer-Verlag GmbH: Berlin, Heidelberg
- Kruse, E. (2014):** *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*, Beltz Juventa Verlag: Weinheim, Basel
- Kuckartz, U. (2016):** *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, 3 Aufl., Beltz Juventa Verlag: Weinheim, Basel
- Kuhlmann, C./ Mogge-Grotjahn, H./ Balz, H.-J. (2018):** *Soziale Inklusion. Theorien, Methoden, Kontroversen*, W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart
- Kühnert, S./ Ignatzi, H. (2019):** *Soziale Gerontologie. Grundlagen und Anwendungsfelder*, 1 Aufl., W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart

- Kulbe, A. (2009):** *Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik*, 2. Aufl., W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart
- Lamnek, S./ Krell, C. (2016):** *Qualitative Sozialforschung*, 6. Aufl., Beltz Verlag: Weinheim, Basel
- Laschet, H. (2015):** *Gerontopsychiatrie. In Heimen tickt eine Zeitbombe*, Online verfügbar, URL: [<https://www.aerztezeitung.de/Politik/In-Heimen-tickt-eine-Zeitbombe-235624.html>] 27.10.2019
- Lawton, M. P. (1999):** Environmental taxonomy: Generalizations from research with older adults, in: Friedman, S. L. & Wachs, T. D. (ed.): *Measuring environment across the life span*, Washington, DC, American Psychological Association, S. 91-124
- Lenz, A. (2009):** *Empowerment – eine Perspektive für die psychosoziale Praxis*, in: *Psychotherapie im Dialog*, Georg Thieme Verlag: Stuttgart/ New York, Jg. 10, Nr. 4, S. 341-346
- Lihs, V. (2013):** Wohnen im Alter – Bestand und Bedarf altersgerechter Wohnungen, in: *Informationen zur Raumentwicklung. Wohnen im Alter*, Jg. 2013, Nr. 2, S. 125-131
- Linden, M./ Baudisch, F./ Popien, C./ Golombek (2006):** Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Jg. 56, Nr. 9, S. 390-396
- Mattejat, F. (2008):** Entwicklungsorientiert Psychotherapie, in: Herpertz-Dahlmann, B./ Resch, F./ Schulte-Markwort, M./ Warnke, A. (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*, 2. Aufl., Schattauer GmbH: Stuttgart, S. 408-449
- Mayring, P. (2010):** *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 11. Aufl., Beltz Verlag: Weinheim, Basel
- Mayring, P. (2016):** *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken*, 6. Aufl., Beltz: Weinheim, Basel
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (n.d.):** Pflegebegutachtung, Online verfügbar, URL: [<https://www.mdk.de/versicherte/pflegebegutachtung/>] 30.08.2019

- Menning, S./ Hoffmann, E. (2009):** Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit, in: Böhm, K./ Tesch-Römer, C. Ziese, T. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert-Koch-Instituts*, Robert Koch-Institut: Berlin, S. 62-78
- Michel, M. (1999):** Lebenssituation über 50 jähriger in den neuen Bundesländern, in: Naegele, G./ Schütz, R.-M. (Hrsg.): *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen*, Westdeutscher Verlag GmbH: Opladen/ Wiesbaden, S. 120-140
- Misoch, S. (2015):** *Qualitative Interviews*, Walter de Gruyter GmbH: Berlin, München, Boston
- Mossig, I. (2012):** *Stichproben, Stichprobenauswahlverfahren und Berechnung des minimal erforderlichen Stichprobenumfangs*, Verfügbar unter: [<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/90425/1/73621089X.pdf>] 28.10.2019
- Muth, C./ van den Akker, M. (2014):** Multimorbidität, in: Pantel, J./ Schröder, J./ Sieber, C./ Kruse, A. (Hrsg.): *Praxisbuch Altersmedizin*, Kohlhammer: Stuttgart, S.94-111
- Myers, D. G. (2014):** *Psychologie*, 3 Aufl., Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg
- Narten, R. (1999):** Alte Menschen in ihrer Wohnung: Sichtweise der Architektursoziologie, in: Wahl, H.-W-/ Mollenkopf, H./ Oswald, F. (Hrsg.): *Alte Menschen in ihrer Umwelt*, Westdeutscher Verlag GmbH: Opladen/ Wiesbaden, S.161-168
- Niemann-Mirmehdi, M./ Rapp, M. A. (2009):** Klinische Sozialarbeit in der Gerontopsychiatrie, in: Zippel, C./ Kraus, S. (Hrsg.): *Soziale Arbeit für alte Menschen*, Mabuse-Verlag GmbH: Frankfurt am Main
- Oswald, F. (2002):** Wohnbedingungen und Wohnbedürfnisse im Alter, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): *Mobilität und gesellschaftliche Partizipation im Alter*, W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, S. 97-111
- Oswald, F./ Gatterer, G./ Fleischmann, U. (2018):** *Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*, 2 Aufl., Springer Verlag: Wien

- Oswald, F./ Wahl, H.-W./ Naumann, D./ Mollenkopf, H./ Hieber, A. (2006):** The role of the home environment in middle and late adulthood, in: Wahl, H.-W./ Brenner, H./ Mollenkopf, H./ Rothenbacher, D./ Rott, C. (ed.): *The many faces of health, competence and well-being in old age. Integrating Epidemiological, Psychological and Social Perspectives*, Springer: Netherlands
- Pfadenhauer, M. (2009):** Auf gleicher Augenhöhe. Das Experteninterview - ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte, in: Bogner, A./ Littig, B./ Menz, W. (Hrsg.): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*, 3 Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 99-116
- Pflegestützpunkt Nürnberg (2019):** *Wohnen im Alter in Nürnberg. Altenheime, Pflegeheime, Kurzzeitpflegen, Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz*, Online verfügbar, URL: [https://www.nuernberg.de/imperia/md/seniorenamt/dokumente/verzeichnisse/alten-und_pflegeheime_in_nuernberg.pdf] 30.08.2019
- Pilz, W./ Brock, I/ Thiemann, I. (2014):** Einführung, in: Brock, I. (Hrsg.): *Psychotherapie und Empowerment. Impulse für die psychosoziale Praxis*, Verlag Barbara Budrich: Opladen, Berlin, Toronto, S. 9-18
- Richter, D./ Schwarze, T./ Hahn, S. (2014):** Was ist gute Psychiatrische Pflege? Ergebnisse eines Forschungsprojekts, in: *Psych.Pflege Heute*, Georg Thieme Verlag KG: Stuttgart/ New York, Jg. 20, Nr. 3, S. 125-131
- Robert-Koch-Institut (2011):** *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2009«*, Online verfügbar, URL: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf%3F__blob%3DpublicationFile] 03.10.2019
- Röh, D. (2018):** *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*, 2 Aufl., Ernst Reinhardt Verlag: München
- Rüesch, P./ Neuenschwander, M. (2004):** Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung, in: Rössler, W. (Hrsg.): *Psychiatrische Rehabilitation*, Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, S. 7-20
- Saup, W. (1993):** *Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie*, W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart

- Saup, W./ Reichert, M. (1999):** Die Kreise werden enger. Wohnen und Alltag im Alter, in: Niederfranke, A./ Naegele, G./ Frahm, E. (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik*, VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien: Wiesbaden, S. 245-286
- Schäffter, O. (n.d.):** *Inklusion und Exklusion als relationaler Sicht – Eine grundlagentheoretische Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Inklusionsprozessen*, Online verfügbar, URL: [<https://www.erziehungswissenschaften.hu-berlin.de/de/ebwb/team-alt/schaeffter/iii95a>] 09.10.2019
- Schaffer, H. (2014):** *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung*, 4 Aufl., Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau
- Schmaus, B. (1999):** Alte Menschen in ihren Wohnquartiersbezügen, in: Wahl, H.-W./ Mollenkopf, H./ Oswald, F. (Hrsg.): *Alte Menschen in ihrer Umwelt*, Westdeutscher Verlag GmbH: Opladen/ Wiesbaden, S.82-95
- Schmucker, R. (2019):** Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit, in: Jacobs, K./ Kuhlmei, A./ Greß, S./ Klauber, J./ Schwinder, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?*, Open Access/ Springer: Berlin, Heidelberg, S. 49-59
- Schneider, H.-D. (2000):** Interdisziplinäre Perspektiven, in: Wahl, H.-W./ Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*, W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, S. 21-26
- Scholl, A. (2018):** *Die Befragung*, 4 Aufl., UVK Verlagsgesellschaften mbH: Konstanz
- Schröttle, M./ Hornberg, C. (2014):** *Abschlussbericht. Vorstudie für eine Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung(en)*, Online verfügbar, URL: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-vorstudie-repraesentativbefragung-zur-teilhabe-von-menschen-mit-behinderung.pdf?__blob=publicationFile] 03.11.2019
- Sohns, A. (2007):** Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit, in: Michel-Schwartz, B. (Hrsg.): *Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis*, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S.73-100
- Stark, W. (n.d.):** *Empowerment*, Online verfügbar, URL: [<https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/empowerment/>] 28.08.2019

- Tesch-Römer, C./ Wurm, S. (2009):** Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern, in: Böhm, K./ Tesch-Römer, C. Ziese, T. (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersanfragen und des Robert-Koch-Instituts*, Robert Koch Institut: Berlin, S. 7-20
- Theunissen, G. (2013):** *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit*, 3 Aufl., Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau
- Thiersch H. (2012):** Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel, 8. Aufl., Juventa Verlag: Weinheim, Basel
- Thiersch, H. (1992):** Kritisches Deuten, in: Engelke, E. (Hrsg.): *Soziale Arbeit als Wissenschaft. Eine Orientierung*, Freiburg im Breisgau, S. 270-281
- von Kardorff, E. (2010):** Zur Diskriminierung psychisch kranker Menschen, in: Hormel, U./ Scherr, A. (Hrsg.): *Diskriminierung. Grundlagen und Forschungsergebnisse*, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden, S. 279-305
- Vossebrecher, D./ Jeschke, K. (2007):** Empowerment zwischen Vision für die Praxis und theoretischer Diffusion, in: *Forum für Kritische Psychologie*, Jg. 2007, Nr. 51, S. 53-66
- Wahl, H.-W. (2000):** Ergebnisse der ökogerontologischen Forschung, in: Wahl, H.-W./ Tesch-Römer, C. (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*, W. Kohlhammer GmbH: Stuttgart, S.203-208
- Wartmann, L./ Hartmann-Riemer, M./ Dinevski, N./ Siemerikus, J./ Fröbel, R./ Seifritz, E./ Jäger, M. (2018):** Bedürfnisse und Lebenszufriedenheit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Betreuungsbedarf beim Wohnen, in: *Neuropsychiatrie*, Jg. 33, Nr. 1, S. 25-34
- Weniger, J. (2011):** Prävention, Rehabilitation und Palliation, in: Andreae, S./ von Hayek, D./ Weniger, J. (Hrsg.): *Gesundheits- und Krankheitslehre für die Altenpflege*, Georg Thieme Verlag LG: Stuttgart, S. 120-145
- World Health Organization (2019):** *Psychische Gesundheit*. Online verfügbar, URL: [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf?ua=1] 10.09.2019

- World Health Organization (2012):** *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*, Online verfügbar, URL: [https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf] 09.09.2019
- Zank, S. (2002):** Selbstständigkeitsinterventionen. Ökologische Interventionen zur Förderung von Selbstständigkeit, in: Maercker, A. (Hrsg.): *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, S. 319-339
- Zippel, C./ Lübke, N./ Hahn, K. (2011):** Gerontologie, Geriatrie und Geriatriische Rehabilitation, in: Zippel, C./ Kraus, S. (Hrsg.): *Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch*, 2. Aufl., Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main, S. 44-66

Anhang

Anhang 1: Erhebung gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg

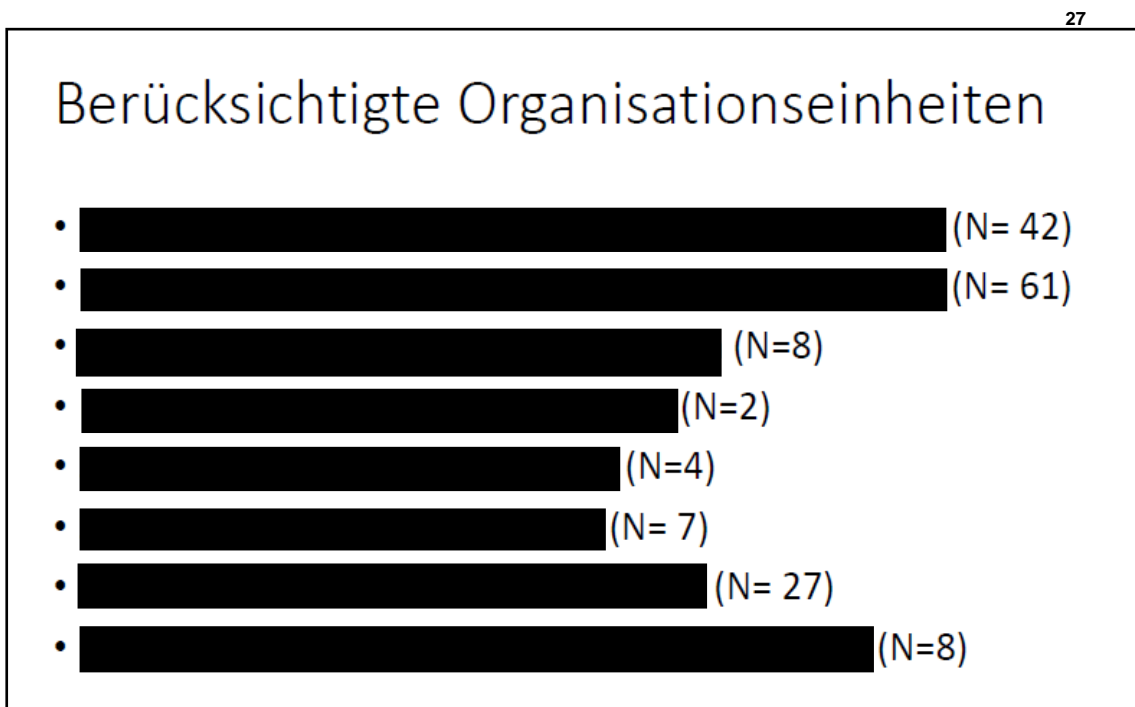


Abb. 1: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg - Organisationseinheiten (vgl. Kaufmann/ Ringel 2019)

²⁷ Die betreffenden Einrichtungen, aus denen die Probanden akquiriert wurden, werden aufgrund der Wahrung ihrer Anonymität geschwärzt.

Geschlecht und Alter

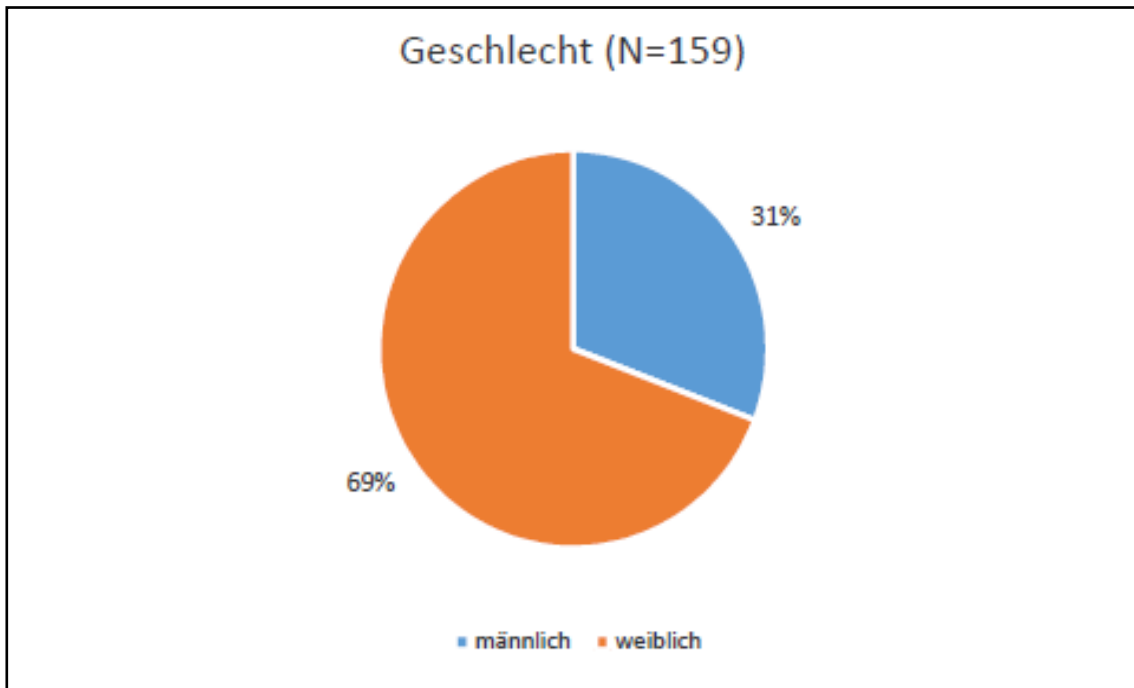


Abb. 2: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg - Geschlecht (vgl. Kaufmann/Ringel 2019)

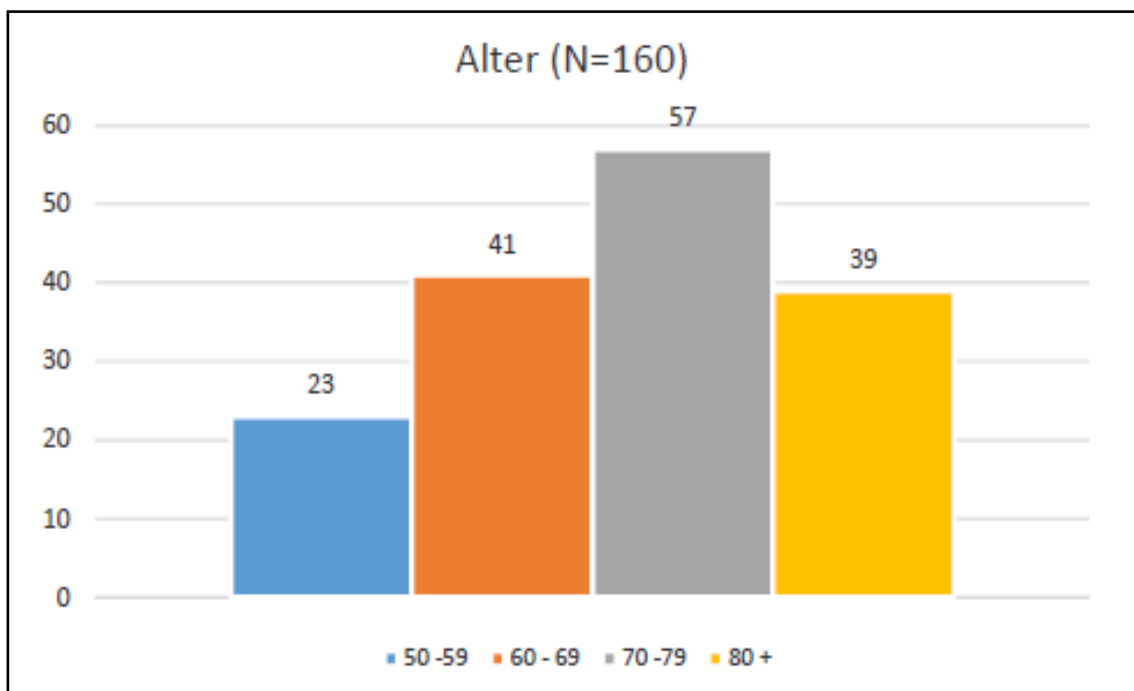


Abb. 3: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg – Alter (vgl. Kaufmann/ Ringel 2019)

Pflegebedarf

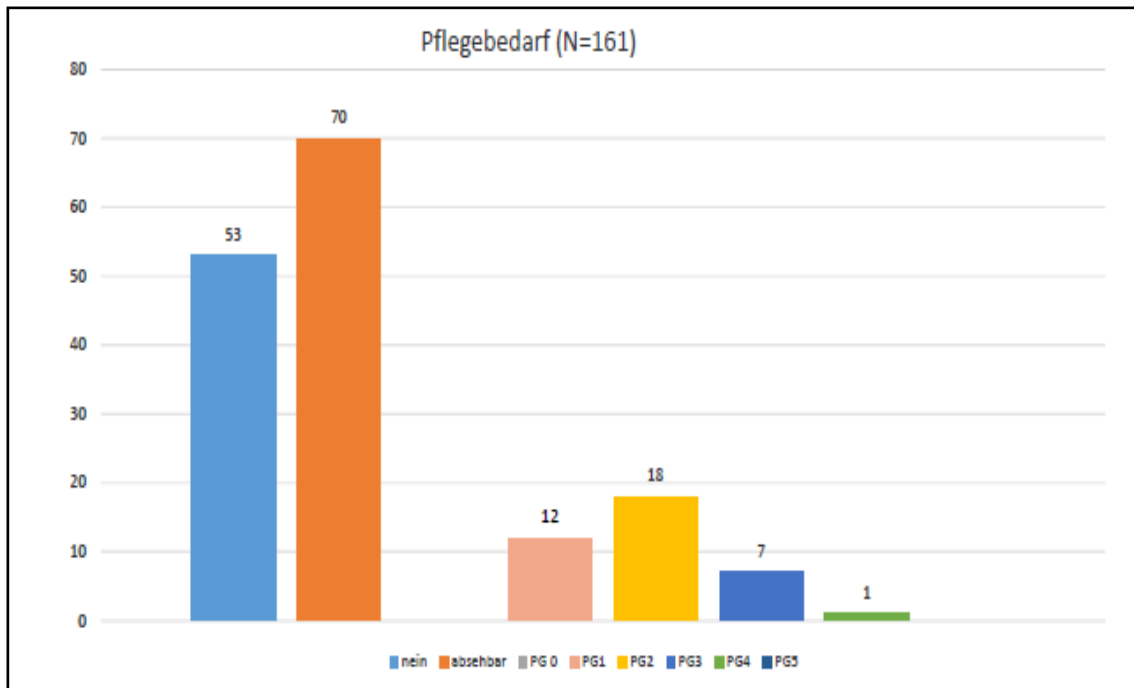


Abb. 4: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg – Pflegebedarf (vgl. Kaufmann/ Ringel 2019)

Voraussichtlicher Versorgungsbedarf

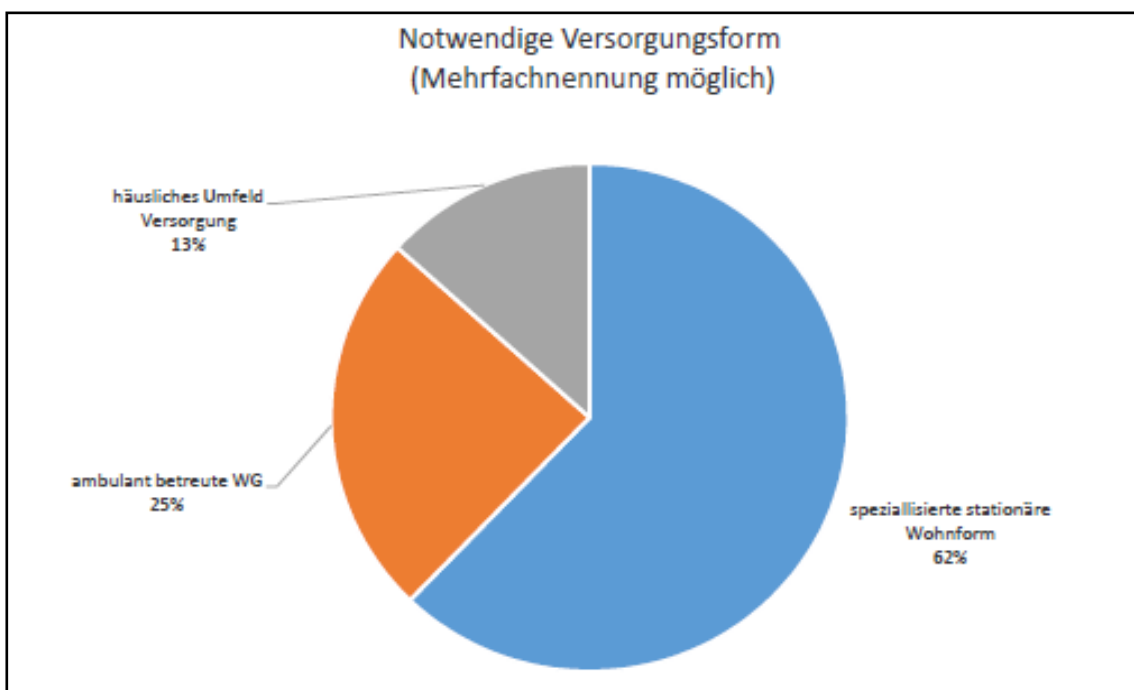


Abb. 5: Gerontopsychiatrischer Versorgungsbedarf Nürnberg – Voraussichtlicher Bedarf (vgl. Kaufmann/ Ringel 2019)

Anhang 2: Gütekriterien qualitativer Sozialforschung

Die von Mayring (2010/ 2016) verfassten Gütekriterien qualitativer Forschung umfassen:

1. Verfahrensdokumentation:

Um die Wissenschaftlichkeit der Forschung und gleichermaßen der Ergebnisse zu gewährleisten, muss das empirische Vorgehen offen gelegt werden. So ist eine detaillierte Darstellung in Form einer Verfahrensdokumentation wesentlich. Diese beinhaltet „die Explikation des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung“ (Mayring 2016: 145).

2. Argumentative Interpretationsabsicherung:

Dieses Gütekriterium beschreibt die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der interpretativen Ergebnisse qualitativer Forschung, durch theoriegeleitetes und argumentativ begründetes Vorgehen. Hierbei sollten Interpretationen schlüssig und Widersprüche offengelegt werden (vgl. ebd.).

3. Regelgeleitetheit:

Das qualitative Forschungsdesign bedarf in seinem Vorgehen gewisser Verfahrensregeln, um das Datenmaterial systematisch zu bearbeiten. Mayring (2010/ 2016) betont dabei gleichwohl die Flexibilität, um ein dogmatisches Handeln zu vermeiden und dem Forschungsgegenstand gerecht zu werden (vgl. ebd.).

4. Nähe zum Gegenstand

Eine Nähe zum Gegenstand wird durch einen lebensweltorientierten Zugang zu den Probanden erreicht (vgl. 5.2). An dieser Stelle ist eine Annäherung bzw. Übereinstimmung, zwischen den Interessen der Befragten und der Forschung anzustreben, um „Forschung für die Betroffenen“ (Mayring 2016:146) durchzuführen. Nachträglich soll der Grad der Interessensannäherung/ -übereinstimmung überprüft werden (vgl. ebd.).

5. Kommunikative Validierung

Eine Überprüfung der Gültigkeit der Ergebnisse kann erreicht werden, „indem man sie den Beforschten nochmals vorlegt“ (ebd.: 147). Dieses Vorgehen ermöglicht einen Dialog, hinsichtlich der subjektiven Deutungen des Forschenden und spricht den Befragten, i.S. des Kriteriums *Nähe zum Gegenstand*, mehr Kompetenz zu. Im glei-

chen Maße bietet die kommunikative Validierung die Option die Ergebnisse zu reflektieren und ggf. zu überarbeiten (vgl. ebd.).

6. Triangulation

Das Gütekriterium der Triangulation umfasst verschiedene Methoden, theoretische Ansätze, Datenquellen etc., um unabhängige Ergebnisse zu erhalten und somit soziale Phänomene umfangreich zu erfassen. Dabei ist eine vollkommene Überscheidung der Ergebnisse nicht anzustreben, vielmehr ein Vergleich der differenten Sichtweisen (vgl. ebd.).

**Spezialisiertes Wohnen für ältere Menschen mit
psychischer Erkrankung und vorhandenem oder
potentiellem Pflegebedarf, in der Region Nürnberg**

- Interviewleitfaden Adressaten -

Studierende: Madeleine Martin

I. Intervieweinleitung

Guten Tag Frau/ Herr

zuerst einmal vielen Dank für Ihre Bereitschaft an dieser Befragung teilzunehmen. Ich möchte mich kurz vorstellen: Mein Name ist Madeleine Martin und ich studiere Soziale Arbeit, an der XXX Hochschule mit dem Schwerpunkt Soziale Gerontologie. Im Rahmen meiner Abschlussarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema: Spezialisiertes Wohnen für ältere Menschen mit psychischer Erkrankung und vorhandenem oder potentiellm Pflegebedarf, in der Region Nürnberg. Dieses Thema wird seit Anfang des Jahres durch eine Arbeitsgemeinschaft, in welchem sich XXX engagiert, diskutiert. Dieser Arbeitsgemeinschaft hat das Ziel, dass eine oder sogar mehrere spezialisierte Wohneinrichtungen für ältere Menschen mit psychischer Erkrankung gebaut werden. Darauf werde ich später noch etwas genauer eingehen. Zu diesem Zweck findet eine Veranstaltung, genauer eine fachliche Diskussion statt, um verschiedenen sozialen Trägern und Einrichtungen die Idee vorzustellen und sie für das Vorhaben zu gewinnen. Dafür ist es wichtig zu wissen, welche Wünsche und Anliegen die (potenziellen) Bewohner haben. Dies ist auch das Ziel der heutigen Befragung und meiner wissenschaftlichen Arbeit: Herauszufinden was die Wohneinrichtung bieten müsste, um die Wohnbedürfnisse der Bewohner zufrieden zu stellen. Hierfür möchte ich potenzielle Bewohner und professionelle Fachkräfte befragen.

Haben Sie schon einmal an einer Umfrage teilgenommen? Ist Ihnen so eine Situation bekannt? (*Reaktion abwarten*) (*Falls nicht: Erklärung Interview*) Der Ablauf ist folgendermaßen: Ich werde Ihnen verschiedene Fragen stellen, auf die sie möglichst frei und ungezwungen antworten sollen. Ein *richtig* oder *falsch* gibt es dabei nicht, allein Ihre Meinung zählt. Das Interview wird ungefähr 60-90 Minuten dauern. Das Gespräch werde ich führen und wenn Sie damit einverstanden sind, wäre XXX mitanwesend (*Reaktion abwarten*). Aufgenommen wird das Gespräch mit einem Aufnahmegerät. Dies dient an erster Stelle dazu, Informationen besser zu sammeln und später auswerten zu können. Von dem Gespräch wird eine schriftliche Fassung, ein sogenanntes *Transkript* erstellt. Dies wird in meiner Abschlussarbeit veröffentlicht. Alle Angaben werden dabei vertraulich behandelt, sprich verschlüsselt. Damit ist es später nicht möglich, Rückschlüsse auf Sie als Person zu ziehen. Das von diesem Gespräch erstellt Transkript würden XXX und ich ebenfalls gerne für die Arbeitsgemeinschaft und die Veranstaltung verwenden. Dafür würden wir Aussagen von Ihnen in kurzen Abschnitten zitieren. Damit wäre es möglich, die Sichtweise der potenziellen Bewohner bei bestimmten Themen zu verdeutlichen. Wäre das für Sie in Ordnung? (*Reaktion abwarten*). Wenn Sie mit diesen Bedingungen einverstanden sind, würde ich Sie bitten

diese Einverständniserklärung zu unterschreiben. Darin stehen nochmals die wichtigsten Punkte, auf die ich gerade eingegangen bin. (*Unterzeichnen lassen, ggf. gemeinsam Durchgehen oder aufkommende Fragen klären.*) Haben Sie noch allgemein Fragen zu der Befragung oder dem Ablauf? (*Falls keine Fragen bestehen*) Gut, dann möchte ich Ihnen zuerst ein paar allgemeine Fragen stellen.

II. Soziodemografische Angaben

- Wie alt sind Sie?
- Wie ist Ihr Familienstand? (Haben Sie Kinder?)
- Haben Sie einen Pflegegrad? (*Falls ja: Welchen?*)
- Benötigen Sie in manchen Bereichen Unterstützung?
(*Falls ja: Wobei benötigen Sie Unterstützung?*)
(*Falls ja: Wer unterstützt Sie? z.B. Fachkraft, Angehörige, Freunde/ Bekannte*)
(*Falls ja: Reicht diese Unterstützung aus?*)
- Wie sieht Ihr Alltag aus?
- Was machen Sie in Ihrer Freizeit?
- Zu welcher Person/ zu welchen Personen haben Sie gerne Kontakt?
(i.S. Welche sind Ihnen wichtig?)
- Wie häufig haben Sie zu dieser Person/ diesen Personen Kontakt?

- Wie wohnen sie aktuell? (z.B. Wohnform, Wohnlage, Nachbarschaft etc.)

- Haben Sie sich schon einmal Gedanken dazu gemacht, in eine Wohneinrichtung zu ziehen?

- Warum haben Sie sich (nicht) mit dem Gedanken beschäftigt?

Beschreibung spezialisiertes Wohnen:

Ich habe zu Beginn die spezialisierte Wohneinrichtung angesprochen, die den Grund der heutigen Befragung darstellt. Darauf würde ich gerne noch einmal näher eingehen. In dieser Wohneinrichtung sollen Senioren und Seniorinnen gemeinschaftlich leben, die in ähnlichen oder gleichen Lebenssituation sind, d.h. die eine psychische Erkrankung besitzen. Mit diesen kann der Alltag zusammen gestaltet werden, man kann aber auch eigenen Gewohnheiten nachgehen.

Neben dem Zusammenleben in der Wohneinrichtung soll es auch möglich sein Unterstützung und Pflege durch Fachpersonal zu erhalten. Diese Unterstützung soll auch im hohen Alter beibehalten werden und somit einen dauerhaften Wohnplatz ermöglichen, sofern dies gewünscht wird. Haben Sie das Konzept soweit verstanden? Haben Sie dazu Fragen? (*Reaktion abwarten*)

III. Wohnen

- Könnten Sie sich vorstellen in so einer spezialisierten Einrichtung zu leben?
(Was würde Ihnen daran gefallen/ nicht gefallen?)
- **(Bei vorhandenem Partner/ Partnerin)**
Wäre es Ihnen wichtig gemeinsam mit Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin dort hinzuziehen/ dort leben zu können?
- Sollten Ihrer Meinung nach dort nur Personen wohnen, die in ihrem Leben mit einer seelischen Erkrankung zu tun haben?
(Warum sollte das so sein/ nicht so sein?)
- Was sollte die Einrichtung Ihnen bieten, damit Sie dort gerne leben würden?
(z.B. Haustiere, Garten, Gemeinschaftsräume, Therapieräume etc.)
- Wie groß sollte die Einrichtung sein, sprich wie viele Personen sollten darin wohnen können?
- Wo sollte sich die Einrichtung befinden, was wäre Ihnen wichtig?
(z.B. Erreichbarkeit Geschäfte, Anbindung öffentliche Verkehrsmittel etc.)
- Wie würden Sie gerne wohnen/ leben?
(z.B. allein in einer (eigenen) Wohnung/ Zimmer etc.)

- Was sollte Ihnen Ihre Wohnung/ Ihr Zimmer alles haben?
(z.B. Badezimmer, Küchenecke, Wohnzimmer, Balkon etc.)
- **(Falls nicht Privatsphäre benannt wird)**
Hätten Sie Bedenken, dass Sie sich innerhalb der Wohneinrichtung nicht (ungestört) in Ihr Zimmer/ in ihre Wohnung zurückziehen könnten?
(Warum/ Warum nicht?)

IV. Soziale Kontakte, Versorgung

- Was wäre Ihnen i.B. auf das Zusammenleben mit den anderen Bewohnern wichtig?
(z. B. gemeinschaftliche Regeln, Verständnis/ Akzeptanz etc.)
- Würden Sie gerne Zeit mit den anderen Bewohnern verbringen?
(Falls ja: Wie würden Sie diese Zeit gestalten?)
(Falls nein: Wieso würden Sie keine gemeinsame Zeit verbringen wollen?)
- Würden Sie sich weiterhin Kontakt zu der vorhin genannten Person/ zu den vorher genannten Personen wünschen?
(Falls ja: Sollte die Einrichtung an dieser Stelle den Kontakt fördern? Wie sollte sie das tun?) (z.B. gemeinsame Feste/ Aktivitäten etc.)
- Welche Wünsche hätten Sie i. B. auf die Mitarbeitenden?
(z.B. Bezugsbetreuer, Achtung Privatsphäre etc.)
- Fänden Sie es wichtig, dass Sie einen Mitarbeiter/ Mitarbeiterin als festen Ansprechpartner/ Ansprechpartnerin haben?
(Falls ja: Warum fänden Sie es wichtig?)
(Falls nein: Warum nicht?)
- Würden Sie sich Unterstützung oder Begleitung im Alltag, z.B. im Haushalt, beim Einkaufen, beim Ausmachen von Terminen, durch die Mitarbeiter wünschen?
(Falls ja: Weshalb würden Sie sich das wünschen und in welchen Bereichen?)
(Falls nein: Weshalb nicht?)
- Würden Sie sich weitere Dienste, die Ihnen im Alltag hilfreich sein könnten, z.B. Reinigungs-/ Wasch-/ Kochdienst/ Fußpflege, wünschen?
(Falls ja: Welche Dienste und Angebote ?)

- An welcher Stelle wäre Ihnen Ihre Selbstständigkeit wichtig?
- Wäre es für Sie wichtig, dass Sie weiter in der Einrichtung wohnen könnten, falls Sie bspw. später einen weiteren Pflegegrad erhalten sollten?
(Warum wäre Ihnen das wichtig/ warum nicht?)

V. Alltags- und Freizeitgestaltung

- Wie würden Sie Ihren Alltag innerhalb der Wohneinrichtung gestalten wollen und was wäre für Sie relevant? (z.B. Berücksichtigung persönliche Gewohnheiten etc.)
- Wäre es Ihnen wichtig, dass die Wohneinrichtung feste Alltags- und Freizeitaktivitäten (z.B. gemeinsames Kochen/ Basteln/ Ausflüge) anbietet?
- Wie würden Sie Ihre Freizeit innerhalb der Wohneinrichtung gestalten wollen?
- Welche Freizeitangebote würden Sie gerne in der Gruppe und welche alleine ausüben (i.S. Einzelangebote)?
- Wäre es Ihnen wichtig, bei der Auswahl und Gestaltung von Aktivitäten im Alltag und in der Freizeit beteiligt zu werden?
(Warum/ Warum nicht?)
- Welche gesundheitsfördernde Angebote/ Therapien sollte die Einrichtung bieten?
Definition gesundheitsfördernd:
** Aktivitäten und Methoden, die zum Erhalt der körperlichen und seelischen Gesundheit beitragen * Die dafür sorgen, dass man sich „gut“ und „wohl“ fühlt*

VI. Abschluss

- Möchten Sie zum Schluss noch etwas sagen?

Dann sind wir mit dem Interview am Ende. Vielen Dank für das Gespräch und Ihre Zeit. Ihnen noch einen schönen Tag.

**Spezialisiertes Wohnen für ältere Menschen mit
psychischer Erkrankung und vorhandenem oder
potentiellem Pflegebedarf, in der Region Nürnberg**

- Interviewleitfaden Professionelle -

Studierende: Madeleine Martin

I. Intervieweinleitung

Guten Tag Frau/ Herr,

zuerst einmal vielen Dank für Ihre Bereitschaft an dieser Befragung teilzunehmen. Ich möchte mich nochmals kurz vorstellen: Mein Name ist Madeleine Martin und ich studiere Soziale Arbeit an der der XXX Hochschule, mit dem Schwerpunkt Soziale Gerontologie. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit beschäftige ich mich mit dem Thema: Spezialisiertes Wohnen für ältere Personen mit psychischer Erkrankung und vorhandenem bzw. potentielltem Pflegebedarf, in der Region Nürnberg. Der Fokus meiner Arbeit liegt dabei auf den Wohnbedürfnissen der genannten Zielgruppe, die ich unter der Forschungsfrage betrachten möchte: Welche Faktoren müssen in einer spezialisierter Wohneinrichtung vorhanden sein, um die Wohnbedürfnisse von älteren Personen mit psychischer Erkrankung und vorhandenem oder potenzielltem Pflegebedarf in der Region Nürnberg zufriedenzustellen?

Dies soll multiperspektiv untersucht werden. D.h. es werden Interviews mit potenziellen Adressaten geführt, um deren Wünsche und Bedürfnisse zu erfassen. Zum anderen möchte ich auch Professionelle befragen, die mit einer gleichen oder ähnlichen Zielgruppe arbeiten und damit ihre Erfahrungswerte aus der Praxis, als auch ihre Sichtweisen zu diesem Thema einbringen können. Durch die Befragung der unterschiedlichen Personengruppen, soll ein möglichst umfassender Blick auf den Forschungs- bzw. Themenbereich ermöglicht werden. Das Interview wird ca. 60-90 Minuten dauern, aufgenommen wird es dabei mit einem Aufnahmegerät. Von dem Gespräch wird eine schriftliche Fassung, ein Transkript, erstellt und innerhalb meiner Bachelorarbeit veröffentlicht. Alle Angaben über Sie selbst und die Einrichtung werden dabei anonymisiert, was Rückschlüsse nicht ermöglicht.

Wäre das für Sie in Ordnung? (*Reaktion abwarten*) Dann würde ich Sie bitten diese Einverständniserklärung zu unterschreiben. (*Unterzeichnen lassen*). Haben Sie noch Fragen Ihrerseits? (*Falls keine Fragen bestehen*) Dann würde ich gerne mit ein paar allgemeinen Angaben über Ihre Person und der Einrichtung beginnen.

II. Einrichtungsbezogene Angaben/ Aktuelle Versorgungslandschaft (aktuell)

- Welche Berufsausbildung und ggf. Zusatzqualifikationen haben Sie?
- Wie lange arbeiten Sie bereits in der Einrichtung und seit wann in der Funktion der Leitung?

- Seit wann besteht die Einrichtung und was war der Beweggrund für die Eröffnung?
- Wie finanziert sich die Einrichtung und ist die Finanzierung ausreichend?
- Welche Kriterien waren für die Standortwahl der Einrichtung von Relevanz?
- Welche Berufsgruppen arbeiten innerhalb der Einrichtung und wie wirkt sich deren Zusammenarbeit auf die Bewohner/ Bewohnerinnen aus?
- Wie nehmen Sie die aktuelle Versorgungslandschaft, i. B. auf Wohneinrichtungen für ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung und einem vorhandenen bzw. potentiellen Pflegebedarf, im Raum Nürnberg wahr?
- Was sind Ihrer Ansicht nach Vorteile einer spezialisierten Einrichtung, d.h. die sich ausschließlich an solch eine Zielgruppe richtet?
- Gibt es Ihrer Meinung nach auch Grenzen von spezialisierten Einrichtungen?
(Falls ja: Welche?)
- Welche Bedürfnisse nehmen Sie bei den Bewohnern wahr?
(Gibt es ggf. spezif. Bedürfnisse, im Vergleich zu Senioren ohne eine seelische Erkrankung? Falls ja: Welche?)

III. Wohnen

- Welche Wohnformen bieten Sie innerhalb der Einrichtung an?
- Wie ist die Beschaffenheit der jeweiligen Zimmer/ der Wohnungen?
- Inwieweit wirkt sich die Größe der Einrichtung (bzw. der Bewohnergruppen), auf die Bewohner/ Bewohnerinnen aus? (z.B. familiäres Klima etc.)
- Wie nehmen Sie bei den Bewohnern das Thema Privatsphäre wahr?
- Welche Räumlichkeiten, i.S. von gemeinschaftlichen/ therapeutischen, stehen den Bewohnern zur Verfügung?
- Wie werden diese innerhalb der Alltags- und Freizeitgestaltung genutzt/ mit einbezogen?

IV. Alltags- und Freizeitgestaltung

- Was ist Ihrer Ansicht nach bei der Alltagsgestaltung für die Bewohner/ Bewohnerinnen von Relevanz?
(z.B. Selbstständigkeit, feste Struktur etc.)
- In welchen Bereichen und in welchem Ausmaß können die Bewohner im Alltag autonom entscheiden und handeln?
- Welche Alltags- und Freizeitaktivitäten werden innerhalb der Einrichtung angeboten?
- Inwiefern können Sie die Bewohner bei den Angeboten selbst einbringen/ engagieren?
- Inwiefern werden regionale bzw. vorhandene Versorgungsstrukturen bei der Alltags- und Freizeitgestaltung genutzt?

V. Soziale Kontakte

- Wie ist Ihrer Ansicht nach der Kontakt unter den Bewohnern, muss dieser durch die Einrichtung/ die Mitarbeiter gefördert werden?
- Was ist für das Zusammenleben der Bewohner von Relevanz?
(z.B. feste Absprachen/ Regeln, Rücksichtnahme/ Akzeptanz etc.)
- Ist es möglich, dass Partner/ Partnerinnen mit in die Einrichtung ziehen (ggf. auch ohne eine psychische Erkrankung)?
- Wie pflegen die Bewohner/ Bewohnerinnen den Kontakt zu Angehörigen, Freunden oder anderen Personen außerhalb der Einrichtung?
- Inwieweit werden Angehörige, Freunde und andere soziale Kontakte der Bewohner in der Alltags- und Freizeitgestaltung einbezogen?
- Was sind wichtige Aspekte innerhalb der Beziehung zwischen den Mitarbeitenden und den Adressaten?

- Arbeiten die Mitarbeitendem nach einem Bezugspflegesystem?
(Was sind Vorteile, was ggf. Grenzen?)

VI. Versorgung

- Wie wird die Gesundheit der Bewohner/ Bewohnerinnen innerhalb der Einrichtung gefördert (physisch/ psychisch/ sozial)?
- In welchen Bereichen und in welchem Ausmaß benötigen und erhalten die Bewohner/ Bewohnerinnen Unterstützung?
- Werden unterstützende Dienste (z.B. Wasch-, Einkaufsdienst) innerhalb der Einrichtung angeboten?
- **Falls ambulant betreutes Wohnen & stationäres Wohnen**
Ihre Einrichtung ist darauf ausgelegt, dass bei einem steigenden Pflegebedarf die Bewohner/ Bewohnerinnen weiterhin dort leben können
(Was sind Vorteile bzw. Nachteile?)
- Welche Pflegegrade werden innerhalb der Einrichtung behandelt/ versorgt?
- **Falls ausschließlich ambulant betreutes Wohnen**
Was geschieht bei einem weiter ansteigenden Pflegebedarf der Bewohner?
Was könnten Ihrer Ansicht nach Vorteile und ggf. Grenzen von Wohneinrichtungen sein, die darauf ausgelegt sind, dass bei einem höheren Pflegebedarf die Bewohner weiterhin dort leben können?
- Was sind wichtige Aspekte im Rahmen der Pflegearbeit?

VII. Gerontopsychiatrische Versorgungslandschaft (zukünftig)

- Welche Perspektiven würden Sie sich im Bereich Wohnen für ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung wünschen?

- Welche Erwartungen haben Sie dabei an die Politik, die Wissenschaft (Forschung) und insb. die Soziale Arbeit?

VIII. Abschluss

Dann sind wir mit dem Interview am Ende. Vielen Dank für das Gespräch und Ihre Zeit. Ihnen noch einen schönen Tag.

Anhang 5: Einverständniserklärung zur Interviewteilnahme

Einverständniserklärung zur Interviewteilnahme

Hiermit bestätige ich, dass ich freiwillig an der von Frau Martin durchgeführten Befragung zum Thema: *Spezialisiertes Wohnen für ältere Menschen mit psychischer Erkrankung und vorhandenem oder potentielltem Pflegebedarf, in der Region Nürnberg* teilnehme. Ich wurde über das Forschungsprojekt und den Ablauf der Befragung aufgeklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend in eine schriftliche Fassung (Transkript) gebracht werden darf. Meine Daten dürfen auf einem datenschutzkonformen Server der XXX Hochschule gespeichert und nur streng vertraulich und anonymisiert, für die Forschungszwecke ausgewertet werden.

Der Veröffentlichung der anonymisierten Forschungsergebnisse und des Transkripts, innerhalb der Bachelorarbeit stimme ich zu. Dies gilt ebenfalls für die Veröffentlichung der Arbeit selbst oder der Verwendung durch Dritte.

Ich bin mit solch einer **Veröffentlichung**

- einverstanden
 nicht einverstanden.

Ich kann jederzeit verlangen, über die von mir gespeicherten Daten informiert zu werden, ihre Berichtigung oder Löschung fordern und dieser freiwilligen Einwilligung widersprechen, ohne dass dadurch Nachteile entstehen.

Verantwortlich für die Befragung ist Madeleine Martin, Studierende der XXX Hochschule. Telefonisch erreichbar unter: XXX oder per Mail: XXX. Der örtliche Beauftragte für Datenschutz ist XXX, telefonisch erreichbar unter: XXX oder per Mail: XXX.

Vorname; Nachname in Druckschrift

Ort, Datum / Unterschrift

Anhang 6: Transkript Adressat A1

(A1) für Interviewte: Adressatin A1

(I) für Interviewende: Madeleine Martin

(F) für professionelle Fachkraft

(EP) für Ehepartner der Adressatin A1

1 I: Darf ich fragen wie alt Sie sind?

2 A1: 72

3 I: Wie ist Ihr Familienstand?

4 A1: Verheiratet (..), einen Sohn (..), (unv.).

5 I: Und haben sie einen Pflegegrad?

6 A1: Nein.

7 I: Benötigen Sie in manchen Bereichen Unterstützung?

8 A1: In vielen (...), in meinem ganzen Leben (...) bräuchte ich, (..) wenn sie de-
9 pressiv sind kommen sie alleine nicht zurecht.

10 I: Und Sie erhalten momentan keine professionelle Unterstützung, habe ich das
11 richtig verstanden?

12 A1: Nein, ich bekomme keine Unterstützung. Letzten Endes, ich will auch im Mo-
13 ment niemanden, weil es ist mir schon lästig, dass ich gesagt hab, dass sie heute
14 kommen können. Das ist mir schon zu viel, weil ich mir denke, (..) in der Stim-
15 mung in der ich mich befinde, möchte ich eigentlich niemanden. (...) Das ist
16 nichts gegen sie, wenn jemand Neues kommt, ist das fürchterlich.

17 F: Umso mehr schätzen wir es, dass Sie das heute möglich machen. Da sind wir
18 Ihnen sehr dankbar. (I: Ja, vielen Dank). Ich weiß wie unangenehm Ihnen das ist.

19 A1: Ja ok.

20 I: Und wie ist es mit Unterstützung durch Angehörige oder Freunde?

21 A1: Auch da habe ich keinen.

22 I: Darf ich Sie fragen wie Ihr Alltag aussieht?

23 A1: Unstrukturiert. (..) Lange schlafen, (..) das ist eine Frage, die sie einem de-
24 pressiven Menschen nicht stellen dürfen, weil der hat keinerlei Antrieb. (..) Wie
25 sieht mein Alltag aus? Nicht wie ihrer, Sie sagen „ich geh jetzt da und da hin“,
26 passiert bei mir nicht, ich sitze hier und schaue blöd. (4 sek.) Es passiert nichts
27 (...) und dann sind sie am Abend natürlich nicht zufrieden. (...) Das heißt Depres-
28 sion. (..) Sie gehen nicht mit Freunden weg, sie gehen nirgendwo hin, sie sind zu
29 faul sich anzuziehen, (..) so schaut der aus.

30 I: Und gibt es Personen in ihrem Leben, die Ihnen sehr wichtig sind?

31 A1: Ja, er da ((deutet auf EP)) ansonsten keinen. (..) Sie haben in dem Moment
32 ja auch niemanden.

33 I: Und zu Ihrem Mann haben Sie wahrscheinlich einen täglichen Kontakt?

34 A1: Ja natürlich, was denken Sie denn? Wenn er nicht mal was Einkaufen ist
35 oder zu der Gruppe von XXX geht, dann sitzen wir den ganzen Tage hier rum, in
36 der Wohnung. (..) Wir unterhalten uns nicht groß oder machen etwas zusammen,
37 aber ja (..) wir sehen uns täglich, falls das Ihre Frage ist.

38 I: Ja das war sie, danke für Ihre Antwort. (..) Dann würde ich gerne wissen, wie
39 sie Ihre aktuelle Wohnsituation beschreiben würden.

40 A1: Schauen Sie es sich an und sagen Sie mir Ihre Meinung. (...) Also perfekter
41 kann man nicht wohnen.

42 I: Das heißt Sie sind mit der Wohnung, ihrer Lage und der Nachbarschaft zufrie-
43 den?

44 A1: Ja, einwandfrei.

45 I: Und haben Sie sich trotzdem schon einmal mit dem Gedanken beschäftigt, in
46 eine Wohneinrichtung zu ziehen?

47 A1: Gedanken schon, aber ja (..) nicht für den Moment.

48 I: Das heißt, das Thema ist für Sie gerade noch zu weit weg?

49 A1: Was heißt Wohneinrichtung? Eine Wohneinrichtung ist sicher mit Einschnit-
50 ten verbunden. Jetzt habe ich ja XXX qm Wohnung und kann mich hinsetzen wo
51 ich will, kann machen was ich will. (..) Das heißt nichts, aber ich mache es so,
52 wie ich will.

53 I: (Nähere Beschreibung der spezialisierten Wohneinrichtung, 2 min.). Könnten
54 Sie sich vorstellen in so einer spezialisierten Einrichtung zu leben?

55 A1: Natürlich.

56 I: Und warum könnten Sie sich das vorstellen?

57 A1: Wenn Sie heute schon einmal in einer Tagesklinik waren, dann wissen Sie
58 wie das ist, das Miteinander. Du bist nie alleine, du bist alleine wenn du willst,
59 das ist natürlich ein (..) schönes Leben. Du wirst beschäftigt oder auch nicht, je
60 nachdem was du möchtest und das ist eigentlich (..) eine optimale Lebensform.
61 So wie sie und sie leben ((blickt zu I, dann zu F)), aber die Realität, wenn du zu
62 Hause bist, die schaut natürlich anders aus. Also (..) da ist nichts. Mein Mann
63 spricht sehr wenig, ich spreche auch wenig.

64 I: Hätten Sie Bedenken, dass Sie Ihren Gewohnheiten, ihrem aktuellen Alltag
65 nicht nachkommen könnten?

66 A1: Nein.

67 I: Was meinen Sie dann mit eigentlichem Leben?

68 A1: Ja ((schaut zu Boden)). (10 sek.) Und wo soll er dann hin? ((deutet auf EP))
69 In so einer Einrichtung? Ich hoch depressiv, Panik, Ängste (..) er (..) vergesslich,
70 orientierungslos. (..) Wie soll das gehen?

71 I: Also würden Sie sich wünschen, dass Ihr Partner mit Ihnen dort einziehen
72 könnte?

73 A1: Ja ich weiß gar nicht ob er das will. (..) Bräuchte er aber auch nicht. (....) Er
74 hat ja ein ganz anderes Krankheitsbild als ich.

75 I: Sollten Ihrer Meinung also dort nur Personen wohnen, die in ihrem Leben mit
76 einer seelischen Erkrankung zu tun haben?

77 A1: Nein. (...) Es wär von Vorteil, wenn da auch normale Menschen dort leben
78 würden.

79 I: Was fänden Sie denn daran gut wenn es, ich sag mal, gemischt wäre?

80 A1: Gemischt, einfach gemischt. (5 sek.) Mein Ziel ist eigentlich ein Mehrgene-
81 rationenhaus, das fände ich sehr optimal. (...) Also jetzt einfach vom- nicht für
82 mich, aber (...) allgemein fände ich das gut.

83 I: Und was sollte Ihnen die Einrichtung bieten, damit Sie gerne dort leben wür-
84 den?

85 A1: Ein Balkon zum Zigaretten rauchen.

86 I: Und fällt Ihnen sonst noch etwas ein, was Sie gut oder wichtig finden würden?

87 A1: Ja wo ich vielleicht irgendwie, (...) ich hab ja auch viele Fähigkeiten, die ich
88 vielleicht irgendwie einbringen kann, (..) um jemand anderem zu helfen. (..) So
89 etwas.

90 I: Also fänden Sie es gut, sich selbst aktiv einzubringen.

91 A1: Ja es gibt sicher was, was ich- wo ich halt noch nützlich bin (...) oder wäre.
92 Das man irgendetwas Sinnvolles übernimmt.

93 I: An was denken Sie da?

94 A1: Im Moment nichts Konkretes.

95 F: Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, zum Beispiel?

96 A1: Nein, das liegt mir nicht. Das macht man auch, ja. Also ja, ich bin nicht gerade
97 die Küchenfee.

98 I: Und wie groß sollte die Einrichtung sein, sprich wie viele Personen sollten darin
99 leben können?

100 A1: Keine Ahnung.

101 I: Sollte es eine größere Einrichtung sein, mit sehr vielen Menschen oder eher
102 eine überschaubare Anzahl, sodass man sich untereinander kennt?

103 A1: Das ist eine Frage, die kann ich nicht beantworten. (...) Also, (...) ich weiß
104 nicht was ist groß? 40 Personen?

105 F: Nein, groß würde ich sagen sind solche Angaben von über 100 Personen.

106 A1: Hm, (...) zu groß nicht, dann eher so ein Mittelding. Wo man jetzt doch ein
107 bisschen (...) die Möglichkeit hat, (..) ja.

108 I: Und wo sollte sich die Einrichtung befinden?

109 A1: So wie hier, (..) im Grünen, zentral, mit Läden (..) gut angebunden. Nicht ir-
110 gendwo in der Prarie. (..) Das ist hier optimal, (4 sek.) ja.

111 I: Und wie würden Sie gerne in der Einrichtung leben? Allein in einer eigenen
112 Wohnung, in einem eigenen Zimmer oder doch in einer Wohngemeinschaft?

113 A1: Na ein eigenes Zimmer, logisch, freilich. Anders geht es gar nicht.

114 I: Und wenn Sie die Möglichkeit hätten eine eigene Wohnung beziehen zu kön-
115 nen, wäre das Ihnen lieber?

116 A1: Das wäre mir egal. (...). Ein Zimmer würde aber bestimmt reichen. (...) Das
117 sollte dann aber ein Bad haben, also ein gemeinschaftliches Bad würde gar nicht
118 bei mir gehen.

119 I: Und hätten Sie möglicherweise Bedenken, dass Sie sich innerhalb dieser
120 Wohneinrichtung vielleicht nicht ungestört in ihr Zimmer oder in ihre Wohnung
121 zurückziehen könnten?

122 A1: Nein. (...) Ich denke schon, ich bin ja nicht in der geschlossenen Psychiatrie,
123 also ich denk, dass das ja ein normales Verhalten ist.

124 I: Was wäre Ihnen dann noch beim Zusammenleben mit den anderen Mitbewoh-
125 nern wichtig?

126 A1: Kann ich so nicht sagen, weil ich suche mir die Menschen, die mir sympa-
127 thisch sind, selber heraus. (5 sek.) Ansonsten begegnet man sich respektvoll und
128 fertig. (...) Also (4 sek.) wenn nicht, dann sage ich eben „Grüß Gott“ und gehe
129 weiter, dann passt das, oder?

130 I: Ja natürlich. Man muss ja nicht mit jedem auskommen. (..) Das heißt aber sie
131 würden an sich schon gerne gemeinsam die Zeit mit den anderen Bewohnern
132 verbringen?

133 A1: Ja selbstverständlich, wenn es sich ergibt.

134 I: Und hätten Sie eine Vorstellung, wie Sie diese Zeit gerne verbringen würden?

135 A1: Gemeinsamer Spaziergang oder irgend so etwas.

136 I: Falls Sie nicht mit Ihrem Ehepartner gemeinsam in der Wohneinrichtung leben
137 könnten oder wohnen möchten, würden Sie sich dann weiterhin Kontakt wün-
138 schen? Oder mit Ihrem Sohn?

139 A1: Mit meinem Mann? Ja logisch. Mit meinem Sohn, ja (4 sek.) der ist ganz
140 wichtig (lacht) ((rollt mit den Augen)).

141 I: Und sollte die Einrichtung an dieser Stelle den Kontakt zu ihrem Mann mitför-
142 dern, durch beispielsweise gemeinsame Feste oder Ausflüge?

143 A1: Nein.

144 I: Sie würden dann lieber selber den Kontakt suchen und gestalten?

145 A1: Ja.

146 I: Welche Wünsche hätten Sie in Bezug auf die Fachkräfte der Einrichtung? Wäre
147 Ihnen ein gutes Verhältnis wichtig?

148 A1: Das ist logisch. (..) Das ist sogar sehr logisch und wichtig. Und Wünsche, ne.

149 I: Und fänden Sie es wichtig, dass Sie eine Fachkraft als festen Ansprechpartner
150 haben, der Ihnen bei Fragen hilft oder bei Sorgen zuhört?

151 A1: Das fände ich wichtig, wenn es einen gibt. Aber das ist nicht gesagt, dass es
152 den gibt. (..) Das wäre schon sehr schön.

153 I: Und würden Sie sich auch Unterstützung, beziehungsweise Begleitung im All-
154 tag durch die Fachkräfte wünschen?

155 A1: Das ist jetzt auch wieder so eine Frage. (...) Begleitung kann auch ein Rat-
156 schlag sein. Begleitung kann auch sein, jemanden etwas fragen zu können. (..)
157 Ich meine jetzt nicht, dass der mich bei der Hand nimmt und durch die Gegend
158 führt.

159 I: Es wäre Ihnen also sehr wichtig, innerhalb der Einrichtung selbstständig zu
160 sein.

161 A1: Ja natürlich.

162 I: Und an welcher Stelle wäre Ihnen das besonders wichtig?

163 A1: Das kann ich jetzt nicht so auf die Schnelle sagen.

164 I: Fänden Sie es trotzdem gut, wenn es Dienste geben würde, die Ihnen im Alltag
165 hilfreich sein könnten. Zum Beispiel ein Wasch-, Koch- oder Reinigungsdienst?

166 A1: Ja.

167 I: Würde Ihnen ein Dienst besonders gut gefallen, beziehungsweise fänden Sie
168 einen Dienst besonders sinnvoll?

169 A1: Kann ich jetzt so nicht sagen. (...) Generell ja.

170 I: Und wäre es Ihnen wichtig, dass Sie weiter in der Einrichtung wohnen könnten,
171 falls sie zum Beispiel später einen Pflegegrad erhalten sollten und damit auch
172 Pflege benötigen würden?

173 A1: Das ist logisch, das wäre ja die Voraussetzung des Ganzen.

174 I: Nun hätte ich ein paar Fragen zur Alltagsgestaltung. Wie würden Sie Ihren All-
175 tag innerhalb der Wohneinrichtung gestalten wollen. Was wäre für Sie wichtig?

176 A1: Das ich aufstehen muss, (lacht) das ich irgendeine Struktur habe.

177 F: Auf der einen Seite wünschen Sie sich eine Struktur, auf der anderen Seite
178 möchten Sie aber auch nichts aufgezwungen bekommen.

179 A1: Richtig.

180 I: Und haben Sie eine Vorstellung von Freizeitangeboten, die es in der Einrich-
181 tung geben sollte?

182 A1: Hab ich ja eigentlich schon gesagt. Gemeinsam Spazierengehen oder Bas-
183 teln, aber das würde ich dann wie gesagt ganz gerne selber entscheiden, ob ich
184 teilnehmen möchte oder nicht. In der Tagesklinik zum Beispiel, bin ich verpflichtet
185 dazu und den Zwang möchte ich da nicht haben, da würde ich dann sagen „das
186 mach ich und das mach ich nicht“.

187 I: Und würden Sie solche Freizeitangebote gerne in der Gruppe machen oder
188 auch allein?

189 A1: Das ist mir egal, (...) von Fall zu Fall.

190 I: Das wäre für Sie also beides denkbar.

191 A1: Ja.

192 I: Und wäre es wichtig, dass Sie sich bei der Auswahl der Angebote beteiligen
193 können? Also dass Sie Wünsche und Vorschläge machen könnten? Sie haben
194 vorhin ja schon erwähnt, dass Sie sich gerne einbringen möchten.

195 A1: Wie soll ich das jetzt ausdrücken, wenn ich in so einer Gemeinschaft bin, (...)
196 dann unterhält man sich ja. (..) Das wird ja dann irgendwie in der Gemeinschaft
197 beschlossen, denke ich. Nicht über deinen Kopf hinweg, sondern in der Gemein-
198 schaft. Also erübrigt sich die Frage. Ich würde dann natürlich meine Meinung
199 sagen.

200 F: Es ist nicht üblich, also es gibt auch Häuser da wird das Programm einfach
201 von den Mitarbeitern bestimmt (A1: Ach so). Also das man immer bei den Be-
202 wohnern abstimmt was sie sich wünschen, dass ist nicht generell so (...)

203 A1: Ach so.

204 F: Ich merke schon, dass es für Sie sehr anstrengend wird (A1: Ja). Frau Martin
205 ist bestimmt demnächst fertig.

206 I: Ja, wir sind gleich am Ende, es sind nur noch wenige Fragen. Welche gesund-
207 heitsfördernden Angebote sollte die Einrichtung anbieten? Sprich Aktivitäten, die
208 zum Erhalt der körperlichen und seelischen Gesundheit beitragen?

209 A1: So etwas wäre wichtig. (5 sek.) Bewegung in irgendeiner Form.

210 I: Wären Ihnen noch weitere Angebote wichtig? Zum Beispiel Gedächtnistraining
211 oder Gesprächskreise?

212 A1: Das brauche ich nicht, mein Kopf ist klar. Das brauche ich wirklich nicht.

213 I: Also möchten Sie lieber körperliche Angebote, Bewegungsangebote.

214 A1: Ja genau.

215 I: Gut, dann wären wir mit den Fragen meinerseits am Ende. Möchten Sie zum
216 Schluss noch etwas sagen, dass ich vielleicht nicht erfragt habe, was Ihnen aber
217 noch wichtig wäre zu sagen?

218 A1: ((schüttelt den Kopf))

219 I: Dann nochmals vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben.
220 Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Anhang 7: Transkript Adressat A2

(A2) für Interviewte: Adressatin A2

(I) für Interviewende: Madeleine Martin

(F) für professionelle Fachkraft

1 I: Darf ich fragen wie alt Sie sind?

2 A2: 89 3/4 (lacht).

3 I: Das ist aber ein stolzes Alter.

4 A2: Ja doch (lacht).

5 I: Und wie ist Ihr Familienstand?

6 A2: Witwe.

7 I: Und Sie haben eine Tochter?

8 A2: Nein, zwei Töchter und zwei Enkel (..) Söhne.

9 I: Oh schön.

10 A2: Ja, die hab ich auch zum größten Teil aufgezogen, muss man dazu rechnen
11 (lacht). Immer wenn Eines groß war, kam das Nächste. Dann ging es wieder
12 von vorne los ((lacht)).

13 I: Das glaub ich, die haben sich ja dann direkt abgewechselt, da hatte man be-
14 stimmt immer was zu tun (A2: ((nickt)) (4 Sek.)). Haben Sie einen Pflegegrad?

15 A2: Drei, ja.

16 I: Das bedeutet Sie benötigen in manchen Bereichen Unterstützung?

17 A2: Ja.

18 I: Darf ich fragen wobei Sie Unterstützung benötigen?

19 A2: Im Haushalt, bei den körperlichen Arbeiten, (..) also Saubermachen, Kehren
20 vor der Haustür. Sie haben ja den riesigen Kastanienbaum gesehen, der muss
21 am Tag dreimal gekehrt werden und das ist halt alles sehr anstrengend für mich,
22 weil ich eben den Schlaganfall hatte und nur noch links einsetzbar bin (lacht)

23 und rechts nicht mehr so richtig.

24 I: Und werden Sie momentan unterstützt, durch Angehörige oder Fachkräfte?

25 A2: Ja ,ich habe jetzt den einen Dienst von der XXX, die Dame ist grad vorhin
26 erst weg, die hat sauber gemacht hier drin und gestern war eine da, von der (..).
27 Die Dame ist neu, da kenne ich den Namen noch nicht so genau. (4 sek.) Sie
28 kommt wieder am Montag um elf, (...) ja ob sie grad vom Putzen viel wissen will
29 weiß ich nicht, das muss man alles erst ausprobieren. Sie kommt jetzt jeden-
30 falls und dann sprechen wir nochmal.

31 I: Und wie oft kommen dann die beiden Damen vom Pflegedienst in der Woche?

32 A2: Also die XXX kommt am Montag und dann wieder am Mittwoch und dann
33 machen wir wieder was aus (...) und einmal kommt die Frau XXX immer.

34 I: Also insgesamt an drei Tagen.

35 F: Das ist doch super.

36 (A2 und F reden über Fachkräfte der Pflegedienste, 2 min.)

37 I: Würden Sie sagen, dass die Unterstützung durch die zwei Damen der Pflege-
38 dienste ausreicht?

39 A2: Ja, im Moment schon. Ich weiß nicht was noch kommt, aber im Moment reicht
40 es aus.

41 I: Wie sieht Ihr Alltag aus? Könnten Sie mir den etwas beschreiben?

42 A2: Ich schlafe gerne lange, weil ich eben ein Depressionsmensch bin und die
43 können eben morgens immer schlecht aufstehen. Die wachen auf und dann gibt
44 es erst einmal Tränen und ja, das ist halt so ein Rhythmus und dann wird gebetet
45 und geweint und dann wird aufgestanden und dann ist das ein bisschen über
46 standen. (..) Dann gibt es eine Ganzkörperwäsche, die mache ich alleine, (..) ja
47 und dann gibt es Frühstück und dann ist schon langsam halb elf ((lacht)), darum
48 kommt die eine Dame auch erst um elf Uhr.

49 I: Ah ok, ja aber das passt ja dann gut.

50 A2: Ja, weil es ist immer etwas schwierig, abends kann ich immer lang aufblei-
51 ben, also da wird es manchmal zwölf, als 24 Uhr und ansonsten, ja (..) wenn die
52 Angst nicht gerade ihren Höhepunkt hat, dann kann ich mich ganz gut beschäfti-
53 gen. Ich tue sehr viel kreuzworträtseln und ich löse auch andere Rätsel. Ich kno-

54 bel dann auch immer so lange, bis ich das rausfinde, weil ich möchte das einfach
55 selber schaffen. Schlecht ist es dann, wenn das neue Heft schon da ist und dann
56 sind da die Auflösungen schon drin, das verführt dann schon mal nachzusehen.
57 Aber meistens versuch ich schon das selber zu lösen. (..) Im möchte mein Hirn
58 möglichst lange intakt halten (lacht).

59 I: Das scheint Ihnen ja gut zu gelingen. (..) Was machen Sie denn gerne in Ihrer
60 Freizeit, also neben dem Rätseln?

61 A2: Na ich hab ja immer Freizeit, es gibt ja keine Arbeitszeit mehr. Kreuzwort- ja
62 ein bisschen Hausarbeit mach ich schon, bevor die Putzfrau kommt. (..) Was
63 mache ich noch? Waschen, Vorhänge waschen.

64 I: Und haben Sie vielleicht bestimmte Hobbys, die Ihnen Spaß machen?

65 A2: Fernsehen schauen. Das tue ich schon gerne.

66 F: Ganz selten gehen Sie zum Seniorenstammtisch, das ist glaub ich einmal im
67 Monat, richtig?

68 A2: Ja, der ist jetzt wieder am XXX in einer Woche und zwar müssen wir da ins
69 XXX. Da gibt es Kaffee und Kuchen und ja, wir lassen uns überraschen. Wir
70 werden da ja immer abgeholt und der fährt mich auch immer wieder nach Hause,
71 der Fahrdienst.

72 I: Das klingt sehr schön. (A1: Das ist es auch) Welche Person beziehungsweise
73 Personen sind Ihnen wichtig?

74 A2: Naja meine Töchter und meine Enkel, die sehe ich natürlich nicht mehr so
75 oft. (...) Ja und ein Bild von meiner Mama hab ich mir jetzt ins Schlafzimmer
76 gehängt und zwar so, dass wenn ich morgens aufwache, sie sehe. Ja weil ich
77 das Gefühl hab meine Mama und vor allem auch mein Papa, die haben mich
78 wirklich lieb gehabt, (...) aber die sind halt schon lange weg, leider. (..) Man ver-
79 gisst sie aber trotzdem nicht, sie sind immer da.

80 I: Das glaube ich Ihnen. (4 sek.) Ihre Enkeln sehen Sie gerade nicht so oft, wie
81 ich das verstanden habe?

82 A2: Ne, der macht gerade seine Gesellenprüfung als XXX und da lebt er jetzt
83 momentan in XXX, weil es da billiger ist und der andere der hat jetzt eine Freun-
84 din, seit einem Jahr. Der war sonst auch sehr oft bei uns, den hab ich ja auch
85 aufgezogen, (..) aber es ist ebenso.

86 I: Haben Sie dann telefonischen Kontakt zu ihnen?

87 A2: Nein telefonisch eigentlich auch nicht. (...) Der Kleinere schon, der XXX
88 kommt schon manchmal vorbei. Die wohnen ja gleich da hinten ((deutet mit der
89 Hand Richtung Fenster auf die Straße)).

90 I: Aber zu Ihren beiden Töchtern haben Sie dann regelmäßig Kontakt?

91 A2: Ja, die eine wohnt ja hier (lacht) und die andere wohnt hinten in dem Haus.

92 I: Näher geht es ja fast nicht. (..) Ok, dann würde ich Sie darum bitten mir zu
93 beschreiben wie sie gerade wohnen.

94 A2: Ich wohn herrlich. Es ist hinten grün, es ist vorne grün, es ist an der Seite
95 grün, es macht zwar viel Dreck, aber es ist schön grün. Der XXX aus der Tages-
96 klinik, wie der gekommen ist, stand der hier vor der Essecke und hat gesagt „Ach
97 Gott ist das schön“ (lacht). Die Vorhänge da und der Baum, ja von der Essecke
98 war der begeistert.

99 I: Das heißt Sie sind mit der Wohnlage und der Nachbarschaft zufrieden?

100 A2: Ja, man wohnt ja auch schon lange hier, die ganze Zeit. XXX Jahre praktisch,
101 da ist man daran gewöhnt. Einmal waren wir acht Jahre weg, das war schlimm
102 für mich. Da mussten wir nach XXX ziehen, aber dann sind wir halt wieder ge-
103 kommen, mein Mann und ich und jetzt bin ich wieder hier.

104 I: Wenn es Ihnen hier so gut gefällt, kam denn da schon einmal der Gedanke auf,
105 in eine Wohneinrichtung zu ziehen?

106 A2: Ja laufend.

107 I: Könnten Sie das etwas näher beschreiben, also warum haben Sie sich damit
108 beschäftigt?

109 A2: Ja, (..) ich bin halt alt. (4sek.) Ich weiß nicht warum.

110 I: ((Nähere Beschreibung der spezialisierten Wohneinrichtung, 2 min.)). Könnten
111 Sie sich vorstellen in so einer spezialisierten Einrichtung zu leben?

112 A2: Das wäre natürlich ideal, da müsste ich nicht überlegen. (..) Das wäre das
113 Nonplusultra.

114 I: Was würde Ihnen denn an so einer Einrichtung gefallen?

115 A2: Das Gleichgesinnte da sind, (..) wenn man mit jemand reden kann. Ich habe

116 jetzt eine Frau aus der Tagesklinik die genau in derselben Lage steckt wie ich,
117 dieselbe Medikation hat. Mit der kann ich mich also so richtig gut unterhalten,
118 weil man sich austauschen kann. Sehr viele Leute die das nicht haben, ist auch
119 verständlich, die verstehen das einfach nicht. „Vor was hast du Angst?“ fragen
120 sie dann immer. Ja vor nichts, das kommt einfach immer und das ist das
121 Schlimme. Wenn ich weiß warum ich Angst habe, dann ist das auch nicht schön,
122 aber dann weiß man wenigstens weshalb und wie man dem vielleicht begegnen
123 könnte, aber wenn man es nicht weiß und es kommt einfach von selber und man
124 weiß nicht warum, das ist schon schlimm. (..) Und wenn man dann jemanden hat,
125 mit dem man darüber sprechen kann und vielleicht auch ein bisschen versorgt
126 wrd, das wäre natürlich der Idealfall

127 I: Sollten Ihrer Meinung nach dort nur Personen wohnen, die in ihrem Leben mit
128 einer seelischen Erkrankung zu tun haben?

129 A2: Ja ich weiß nicht wie es gemacht werden soll, aber gut wäre es schon. Weil
130 ich glaub es gibt viele, die mit diesen Problemen zu tun haben und sich dann
131 eben alleine fühlen. Wenn es Gleichgesinnte sind, wie gesagt, dann kann man
132 sich besser austauschen. Wie ich angefangen hab mit dieser Krankheit da hat
133 es zum Beispiel mal geheißen, da bin ich ins XXX Krankenhaus gebracht worden
134 und da haben die Sanitäter zu meinen Kindern gesagt, wortwörtlich: „Eurer Mut-
135 ter geht es nicht schlecht, die spinnt bloß ein wenig“. (..) Da hat also noch keiner
136 was davon gewusst von der Krankheit. Heut ist das etwas anders, das ist etwas
137 besser geworden und wenn man dann unter Gleichgesinnten wäre und Betreuer
138 da sind, die sich damit auskennen, das wäre einfach ein Idealfall.

139 I: Was sollte die Einrichtung Ihnen bieten, damit Sie gerne dort leben würden?

140 A2: Ja einfach einen sorgenfreien Alltag. (..) Etwas zu Essen und ein bisschen
141 Unterstützung, dass man nichts mehr arbeiten muss und dass es einem einfach
142 gut geht und man Unterhaltung hat.

143 I: Und von den räumlichen Gegebenheiten her?

144 A2: Das wäre schon schön, wenn es dort auch viel Grün gebe. Wenn man zum
145 Fenster rausschaut, dass man nicht in eine Häuserschlucht schaut, so wie in dem
146 XXX. Da hat man ja nur ganz nah Steine gesehen. (..) Also so mitten in der In-
147 nenstadt zu wohnen, das fände ich nicht so schön. Da kann es ruhig etwas weiter
148 draußen sein, aber natürlich auch nicht wieder zu weit draußen.

149 I: Also im Grünen sollte die Einrichtung möglichst sein, mit Essensversorgung
150 und Betreuungskräften, mit denen man sprechen kann (A2: Wenn es nötig ist ja,
151 wenn es nicht nötig ist, dass man dann einfach in Ruhe gelassen wird) und vom
152 Gebäude her? Hätten Sie da Wünsche oder Vorstellungen?

153 A2: Ja also das jeder sein eigenes Zimmer hat, das wäre schon schön.

154 I: Nur ein Zimmer oder würden Sie lieber in einer Wohnung leben, wenn das
155 ginge?

156 A2: Ja doch, das würde einem reichen.

157 I: Und was sollte das Zimmer alles haben?

158 A2: Naja eine eigene Dusche und WC, das wäre nicht schlecht.

159 I: Was ist mit einer Küche?

160 A2: Ja das wäre auch nicht schlecht, wenn man so eine kleine Kochecke hätte,
161 wo ein kleiner Kühlschrank ist und wo man sich was wärmen kann. Mehr müsste
162 es nicht sein. (..) So zwei Herdplatten und ein kleiner Kühlschrank, das man sich
163 ein bisschen etwas reinstellen kann. Getränke vor allem, das wäre nicht schlecht.

164 I: Und wie groß sollte die Einrichtung sein, sprich wie viele Personen sollten dort
165 wohnen können?

166 A2: Naja so viele wie die Anlage hergibt, würde ich sagen. Wenn wenige Quad-
167 ratmeter zur Verfügung stehen, dann nicht so viele und wenn es groß ist, das
168 Haus, dann können dort Mehrere untergebracht werden.

169 I: Also wäre es Ihnen gleich, wenn sie mit vielen Menschen zusammenleben
170 würden?

171 A2: Ja auf jeden Fall, weil es wird sich ja immer eine kleine Gruppe bilden, das
172 ist unvermeidbar. Es werden sich immer welche zusammenfinden und man muss
173 ja nicht immer mit allen zusammen gut Freund sein. Man kann sich grüßen, aber
174 man muss nicht unbedingt jetzt jeden Tag miteinander sprechen oder erzählen,
175 da wird sich immer eine kleine Gruppe ergeben. Im Gegenteil, wenn man meh-
176 rere Personen hat, dann gibt es auch mehr Auswahl (lacht).

177 I: Aber hätten Sie dann vielleicht Bedenken, dass Sie sich bei vielen Personen,
178 nicht ungestört in Ihr Zimmer zurückziehen könnten?

179 A2: Nein. (..) Die kann man doch zumachen die Tür?

180 I: Das ließe sich bestimmt einrichten, eine abschließbare Tür.

181 A2: Ich weiß nicht ob ich da zusperren würde. (.). Ich glaub ich lasse da offen,
182 damit immer jederzeit jemand zu mir rein kann. Die Türen sind ja meist so, dass
183 man die von außen mit einem bestimmten Schlüssel aufmachen kann, damit die
184 Pflegekräfte von außen rein können. (...) Abends würde ich die Türe schon gerne
185 zu machen können, damit ich das Gefühl habe, dass keiner reinkommen kann.

186 I: Was wäre Ihnen denn in Bezug auf das Zusammenleben mit den anderen Be-
187 wohnern wichtig?

188 A2: Naja, dass man sich gut versteht (..) und das man, ja (..) sich treffen kann,
189 wenn man Lust dazu hat und die aber auch nicht beleidigt sind, wenn man mal
190 allein sein will.

191 I: Das heißt sie würden dann auch gerne aktiv Zeit mit den anderen Bewohnern
192 verbringen wollen?

193 A2: Ja auf jeden Fall, aber dazwischen auch mal eine kleine Etappe allein. (4
194 sek.). Das müsste sich ergeben.

195 I: Und wie würden Sie dann diese gemeinsame Zeit verbringen wollen?

196 A2: Ach mit irgendwelchen Spielen, netten Unterhaltungen oder ich lese auch
197 gerne mal was vor, dass die Anderen zuhören. Das ist dann so ein kleines Er-
198 folgserlebnis. Dass ich die Anderen unterhalte, das könnte ich mir also schon
199 vorstellen (lacht).

200 I: Und würden Sie sich neben den Bewohnern auch weiterhin Kontakt zu Ihrer
201 Familie wünschen? Die haben Sie ja gerade vorhin als wichtige Personen be-
202 nannt.

203 A2: Ja auf jeden Fall, die sollten dort eben mal zu Besuch kommen. (..) Vielleicht
204 auch mal öfter? ((acht)

205 I: Und sollte die Einrichtung oder die Fachkräfte den Kontakt zwischen Ihnen und
206 Ihrer Familie fördern, zum Beispiel durch Feste, gemeinsame Ausflüge?

207 A2: Nein mit Ausflügen hab ich es nicht mehr so sehr, weil ich ja nicht richtig
208 laufen kann. Ansonsten schon. Da wäre ich dabei. Oft gibt es ja solche Feste der
209 Jahreszeit entsprechend. Muss ja auch nicht so oft machen. Zu bestimmten Zei-
210 ten, meinetwegen im Advent. Schön wäre das aber schon.

211 I: Und welche Wünsche hätten Sie in Bezug auf die Fachkräfte?

212 A2: Ja, dass die eben ein bisschen auf die Menschen, die psychisch krank sind
213 eingehen und ein bisschen Verständnis haben dafür und nicht böse werden,
214 wenn einer mal ein bisschen über die Strenge haut. Kommt ja auch mal vor, dass
215 einer einen Wutanfall kriegt. Da sollte man Verständnis dafür haben und nicht
216 jeden gleich verurteilen.

217 I: Dass die Fachkräfte wertschätzend und verständnisvoll mit Ihnen umgehen.

218 A2: Ja, auf jeden Fall. (...) Menschliche Wertschätzung genau.

219 I: Und fänden Sie es wichtig, dass Sie eine feste Fachkraft als festen Ansprech-
220 partner hätten?

221 A2: Ja das wäre schön, weil man gewöhnt sich ja dann doch an einen Menschen.

222 I: Also wäre es Ihnen wichtig, dass Sie mit der Fachkraft vertraut sind und diese
223 Ihre Geschichte und Situation kennt?

224 A2: Ja obwohl ich so veranlagt bin, dass ich mich auch mal an einen anderen
225 Menschen gewöhnen könnte, also dass es nicht unbedingt immer derselbe sein
226 muss. (...) Das wäre zwar schön, aber ich könnte mich damit auch abfinden
227 einen Neuen zu haben, wenn der mal krank oder im Urlaub ist. Da habe ich kein
228 Problem damit.

229 I: Und würden Sie sich dann auch im Alltag Begleitung und Unterstützung durch
230 die Fachkräfte wünschen?

231 A2: Ja doch beim Putzen. Ja und wie ich jetzt noch beieinander bin, möchte ich
232 schon noch selber etwas machen, zum Beispiel in einen Laden gehen und Ein-
233 kaufen.

234 I: Es wäre Ihnen dann schon wichtig, dass Ihnen nicht alle Tätigkeiten abgenom-
235 men werden, sondern dass Sie noch selbstständig sind?

236 A2: Genau, dass ich das was ich noch selbstständig kann, selber machen kann
237 und darf.

238 I: Und würden Sie sich trotzdem weitere Dienste wünschen, die Ihnen ab und an
239 im Alltag hilfreich sein könnten?

240 A2: Ja das schon. Bei der Bettwäsche wäre es schön, wenn die jemand waschen
241 könnte und anschließend bezieht. (..) Es gibt schon einige Sachen, die man dann

242 eben nicht mehr kann, aber es sind ja sicher auch jüngere Leute dort, die das
243 noch können- ((Angehöriger von A2 kommt in den Raum, 2 min.))

244 A2: Also ein Waschdienst wäre Ihnen wichtig (A2: Ja schon). Gäbe es sonst noch
245 Dienste, die Sie gut finden würden?

246 A2: Naja ein Apothekendienst wäre auch nicht schlecht, weil die Medikamente
247 sind immer gleich. Das wäre schon gut, wenn es so einen Apothekendienst gibt.
248 Dafür müsste man vorher erstmal wieder zum Arzt, aber vielleicht könnte da einer
249 zu gewissen Zeiten in die Einrichtung kommen? Es ist ja wahrscheinlich keiner
250 dabei, der keine Medikamente braucht (lacht).

251 I: Also wäre es gut, wenn ein Arzt vielleicht einmal in der Woche eine Visite mit
252 Sprechstunde in der Einrichtung anbieten würde?

253 A2: Ja und da hat jeder sein Rezept und irgendeiner ist dann da, der das vielleicht
254 alles zusammen in der Apotheke abgibt und abholt.

255 I: Das ist eine gute Idee. (..) Wäre es für Sie auch wichtig, dass Sie weiter dort
256 wohnen könnten, falls Sie später einen weiteren Pflegegrad erhalten sollten?

257 A2: Ja natürlich, damit man nicht raus muss. Außer dann im Sarg natürlich
258 (lacht).

259 I: Und wie würden Sie Ihren Alltag innerhalb der Einrichtung gestalten wollen.
260 Was wäre für Sie wichtig?

261 A2: Lange ausschlafen (lacht). Dass man vielleicht etwas später frühstückt. (..) Das
262 es eben etwas flexibel find das ergibt sich dann im Lauf der Zeit, wie der
263 Tagesablauf ist. Mal ist er ruhig, mal ist er etwas lebhafter. Je nachdem wie man
264 sich eben fühlt. Wenn man sich gut fühlt, dann läuft man durchs Haus und sucht
265 Gespräche und wenn man sich nicht so gut fühlt, dann kann man sich in sein
266 Refugium zurückziehen.

267 I: Und wäre es Ihnen trotzdem wichtig, dass es feste Aktivitäten im Alltag und in
268 der Freizeit gibt?

269 A2: Ja einen Vorlesenachmittag, das fände ich schön und da würde ich mich
270 gerne mit einbringen. (..) Es ist schön, wenn man selber noch ein bisschen dazu
271 beitragen kann.

272 I: Also sollten das Angebote sein, bei denen die Bewohner aktiv werden, sich

273 einbringen oder eigene Aktivitäten anbieten können und nicht nur die Angebote
274 der Fachkräfte (..) konsumieren?

275 A2: Ja, weil das ja auch langweilig wird und wenn man selber mitmacht, dann ist
276 das viel produktiver.

277 I: Und würden Sie sich neben solchen Gruppenangeboten auch Einzelangebote
278 wünschen, die Sie alleine machen können?

279 A2: Wenn man wieder am Tiefpunkt ist, dass man dann ein Einzelgespräch hat.
280 Das wäre schon wichtig, bei psychisch Kranken sowieso. (..) Dass man auch frei
281 sprechen kann, ohne jemanden zu verletzen.

282 I: Fallen Ihnen noch weitere Angebote ein, die Sie sich wünschen würden?

283 A2: In der Tagesklinik da waren einige Sachen und zwar war da auch so etwas
284 Ähnliches wie Kreuzworträtseln. (..) Da mussten wir irgendwelche Rätsel lösen.
285 Ich komm nicht drauf.

286 I: Meinen Sie vielleicht Gedächtnistraining?

287 A2: Ja genau, Gedächtnistraining. Das haben aber alle gerne gemacht, muss ich
288 sagen. Und da freu ich mich auch immer, wenn ich bei den Ersten war, die ab
289 gegeben haben (lacht).

290 I: Ok, also Gedächtnistraining wäre Ihnen als ein Angebot wichtig. Gäbe es noch
291 weitere gesundheitsfördernde Angebote, die Sie gut fänden?

292 A2: Was heißt das genau?

293 I: Also Angebote oder Aktivitäten, die Ihre körperliche und seelische Gesundheit
294 fördern und dafür sorgen, dass Sie sich gut fühlt.

295 A2: Ach so,(..) da fällt mir gerade weiter nichts ein.

296 I: Gut, dann sind wir mit den Fragen soweit am Ende. Gibt es zum Schluss noch
297 etwas was Sie gerne in Bezug auf die Einrichtung sagen möchten?

298 A2: Naja, wenn Sie da so eine Einrichtung auf die Beine stellen könnten, dass
299 wäre schon sehr erfreulich (lacht).

300 I: Mal sehen was die Zukunft bringt. (..) Vielen Dank Frau XXX, wir sind schon
301 mit der Befragung am Ende. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Nachmittag.

Anhang 8: Transkript Adressat A3

(A3) für Interviewte: Adressatin A3

(I) für Interviewende: Madeleine Martin

(F) für professionelle Fachkraft

1 I: Wie alt sind Sie, wenn ich fragen darf?

2 A3: Also ich bin jetzt 67 Jahre jung.

3 I: Und wie ist Ihr Familienstand?

4 A3: Mein Familienstand ist ledig.

5 I: Haben Sie einen Pflegegrad?

6 A3: Nein.

7 I: Und benötigen Sie trotzdem in manchen Bereichen Unterstützung?

8 A3: Absolut. In vielen Bereichen, weil ich (..) Agoraphobie habe, Panikattacken
9 (..) und dadurch auch ganz große Schwierigkeiten aus dem Haus zu gehen und
10 bin- habe mich dann damals darum gekümmert und bin dann so zu der XXX
11 gekommen, betreutes Wohnen.

12 I: Also unterstützt Sie die XXX derzeit?

13 A3: Ja genau, das läuft drei Stunden in der Woche. Habe ich bekommen vom
14 XXX und ich habe auch eine Betreuerin, aber nicht gesetzlich. Das habe ich als
15 Hilfestellung. Als weitere Hilfestellung hab ich durch diesen starken Tremor die
16 XXX. Ich bin dadurch oft sehr erschöpft und habe von dem XXX eine hauswirt-
17 schaftliche Hilfe bekommen, die war heute auch wieder da. Insgesamt sind das
18 auch drei Stunden in der Woche. Da habe ich aber einen Eigenanteil zu zahlen
19 von monatlich 180 Euro und paar Zerquetschte. (..) Aber ich bin froh, dass ich
20 diese Hilfe habe von der XXX. Ich habe auch bis jetzt immer das Glück gehabt,
21 eine nette Betreuerin zu haben, die mich zu Ärzten begleitet, mit mir mal auch
22 spazieren geht oder einfach auch mal redet. Ja oder die haben ja auch Freizeit
23 angebote, die XXX. Ich hab für mich entdeckt, dass ich sehr gerne auch in die
24 Kunstgruppe gehe. Ja, die Kunstgruppe ist- ich kann nicht malen, aber ich habe
25 das Dot-Painting für mich entdeckt, so Punkte malen und da hängen jetzt auch

26 schon Bilder im XXX von mir. Habe ich verschenkt an eine Gerontopsychologin,
27 die ich kennengelernt habe und an eine frühere Betreuerin von mir, die hat das
28 jetzt auch in ihrem Büro. In der letzten Zeit habe ich wieder viele Probleme, auch
29 Magen/ Darm-Geschichten, was noch nicht endgültig abgeklärt ist. Da ist eine
30 Klappe die sich nicht richtig schließt. Dadurch habe ich auch starke Übelkeit und
31 da muss noch einiges abgeklärt werden, also (..) ja.

32 I: Das tut mir leid zu hören. Habe ich Sie da aber richtig verstanden, dass sie
33 momentan durch zwei XXX, beziehungsweise Anbieter, Unterstützung bekom-
34 men?

35 A3: Ja ((nickt)), also das läuft alles über den XXX. Ich konnte mir praktisch die
36 XXX selber raussuchen. Ich hab halt, (..) ich hab zuerst gedacht, ich nehme die
37 Nachbarin, weil die das super auch gemacht hätte, aber das wäre steuerrechtlich
38 alles etwas kompliziert mit ihrem Mann gewesen, weil der hätte ich auch gerne
39 das Geld zukommen lassen. Dann habe ich aber halt gesagt, ja dann nehme ich
40 was Offizielles und die XXX, die ist ja hier in XXX, die XXX. Ja, jetzt hab ich
41 wieder eine neue Frau bekommen, aber die war heute da, die hat das Badezim-
42 mer ganz schön gemacht, da freue ich mich. Es ist nicht so, dass ich mich dann
43 hinsetzte wie eine Prinzessin auf der Erbse, sondern ich helfe auch mit. Ich mach
44 dann halt das, (..) was ich dann machen kann, mit der Kraft, die ich habe.

45 I: Und in welchen Bereichen werden Sie dann genau unterstützt? Also neben den
46 hauswirtschaftliche Aufgaben, die Sie schon angesprochen hatten?

47 A3: Also für mich ist es auch ein Problem, irgendwo öffentlich hinzukommen. Ich
48 kann mich nicht einfach in eine U-Bahn setzen, das schaffe ich noch nicht alleine,
49 da habe ich zu große Angst und Panikattacken, aber ich habe auch von dem
50 XXX, die XXX. Die XXX, das ist eine Behindertenkarte, wo ich mit dem Taxi fahr-
51 en darf. Das Gesetz heißt zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Ich kann
52 mit dieser Karte ein Taxi anrufen, die speziell Fahrer sind für Behinderte und die
53 füllen dann die Karte aus. Ich darf aber nicht mit dieser Karte zum Arzt fahren,
54 das darf ich nicht. Versteh ich zwar nicht, darf man aber nicht. Man darf damit
55 auch nicht in das Krankenhaus fahren, aber ja ich darf zum Beispiel die Karte
56 nutzen um eine Freundin in XXX zu besuchen, das sind 70 km.

57 I: Würden Sie denn sagen, dass diese Unterstützung ausreicht, die sie durch die
58 XXX und die XXX und auch durch den XXX bekommen?

59 A3: Ich hab mir ja noch über die Stadt XXX, also ich habe da damals angerufen
60 und jemanden gesucht mit dem ich einfach Spaziergehen kann. Die haben ja
61 auch XXX ehrenamtliche Mitarbeiter und das Problem ist halt immer, wenn die
62 Leuten dann hören „psychisch krank“, dann schrecken die erstmal zurück. Ich
63 habe dann aber das Glück gehabt, dass ich eine Studentin bekommen habe, die
64 Gerontopsychologie studiert hat. Das war optimal, bloß im Moment ist es so, dass
65 wir uns auch länger nicht gesehen haben. Die ist auch fertig mit dem Studium,
66 hat geheiratet und so. Sie macht auch alles gerne, hilft mir gerne, aber was
67 sie hasst ist Spaziergehen (lacht) und da hab ich auch schon mal Kontakt
68 aufgenommen, mit den XXX, da hatte ich mal eine junge Frau, (..) also so je-
69 mand, der mit mir spazieren geht, dass ich raus komme. Hier am XXX kann man
70 ja wunderbar laufen oder mal Fahrrad fahren. (...) Das ist dass, was mir nochmal
71 gefallen würde. Momentan ist es bloß so, dass die Ängste wieder so verstärkt
72 sind. Ich habe so viele Baustellen am Körper und da bin ich schon ziemlich einge-
73 schränkt und zieh mich von allem auch zurück. Das gefällt mir ja gar nicht,
74 weil ich eigentlich ein Mensch bin der sehr kommunikativ ist und auch andere
75 Menschen braucht zum Unterhalten. (...) Ich hab noch von der XXX damals- die
76 haben mir den Sozialpsychiatrischen Dienst empfohlen, (..) da hab ich noch den
77 XXX, das ist ein Verhaltenstherapeut, -psychologe. Zuerst wollte er mich nicht
78 nehmen, aber ja das hat dann doch geklappt. Das läuft aber über keine Kranken-
79 kasse.

80 I: Würden Sie sagen, dass diese Unterstützung für Sie ausreichend ist?

81 A3: Aktuell dürfte es schon etwas mehr sein. (..) Aber ja, ich hab das alles immer
82 selber in die Wege geleitet und das werde ich dann jetzt auch wieder machen,
83 sobald es mir körperlich wieder besser geht. Ich habe ja fast XXX Jahre mit ju-
84 gendlichen Gehörlosen gearbeitet im XXX. Ich hab die Arbeit sehr gerne ge-
85 macht, also mit Menschen zusammen zu arbeiten, auch die Gebärdensprache
86 und so, das war genau mein Ding, meine Welt. Davor hab ich noch fünf Jahre in
87 der Apotheke gearbeitet, das hab ich auch gelernt und (..) ja, ich bin jetzt nicht
88 so der Büromensch. Das wäre mir zu langweilig (lacht).

89 I: Ja da hat jeder etwas andere Interessen und Vorstellungen, was er machen
90 oder nicht machen möchte. (..) Darf ich Sie fragen, wie ihr Alltag aussieht, Sie
91 haben ja bereits angedeutet, dass es Ihnen im Moment etwas weniger gut geht?

92 A3: Im Moment mache ich fast nichts, weil ich so gehandicapt bin. Ich habe- ich

93 bin wirklich so somatisch, körperlich, unheimlich eingeschränkt im Moment,
94 renne bloß von einem Arzt zum anderen mit meinen Durchfällen und meiner
95 Übelkeit. Ich habe immer so Jahre, wo alles auf einmal kommt. Da bin ich froh,
96 wenn ich meinen Alltag einigermaßen bewältigen kann, mir was zu essen ma-
97 chen kann und anschließend abspülen kann. Wenn ich das mal schaffe, dann
98 bin ich schon ganz froh. (..) Was ich hier so, also ich habe hier auf dem Stockwerk
99 ganz gute Kontakte. Die Kinder kommen sehr oft zu mir. Die ziehen leider jetzt
100 aus, also für die bin ich wie so eine Oma. Die kommen gerne mal zum Malen
101 oder Spielen oder so und ich habe selber auch einen Freundeskreis. (..) Da habe
102 ich aber schon gemerkt, dass das auch wegfällt. Die Leute ziehen sich dann auch
103 immer mehr zurück. Das ist so mein subjektiver Eindruck, sage ich mal. Liegt
104 wahrscheinlich auch an mir selber, weil ich mich ja auch zurückziehe. (..) Mit wem
105 ich mich gut austauschen kann, das ist meine älteste Schwester, die wohnt leider
106 in XXX, aber die versteht mich gut, weil wir sind ähnlich vom Typ her.

107 I: Also würden Sie sagen, dass Ihre Schwester für Sie eine wichtige Person ist?

108 A3: Mittlerweile ja, früher nicht.

109 I: Haben Sie noch weitere Personen, neben Ihrer Schwester, die Ihnen wichtig
110 sind?

111 A3: Ja die Nachbarn, die leider Gottes ausziehen. Zu denen habe ich auch ein
112 gutes Verhältnis, wir kennen uns ja XXX Jahre. (..) Rechts von mir, da ist auch
113 eine Familie mit zwei Kindern, da ist der Kontakt nicht so intensiv, aber da ist
114 auch ein guter Kontakt vorhanden. Die ziehen aber auch leider aus. (..) Ja, dann
115 hab ich noch eine Freundin, die kenne ich schon weit über 40 Jahren (..). Meine
116 beste Freundin, ist leider tot (I: Das tut mir leid zu hören). Ja danke, (..) zu den
117 Angehörigen, also zu ihren Töchtern, habe ich aber noch Kontakt, das ist alles in
118 XXX. Also auch über die Entfernung hinweg.

119 I: Und wie häufig haben Sie zu diesen Personen Kontakt?

120 A3: Zu meiner ältesten Schwester, die in XXX ist, da hab ich spätestens alle zwei
121 Wochen Kontakt. Das ich halt anrufe oder sie mal anruft und den anderen Kon-
122 takt zu meiner Freundin hier, die ich schon über 40 Jahre kenne, die hat zum Teil
123 fast jeden Tag angerufen und gefragt wie es mir geht. Das war mir aber fast
124 schon wieder etwas zu viel. (4 sek.) Ja und sie macht eben viele kulturelle Sa-
125 chen, wo ich früher auch immer mitgegangen bin, aber im Moment traue ich mir

126 das einfach noch nicht zu. Ich muss wieder stabiler werden und ich brauche auch
127 psychologische Unterstützung und XXX, der wird mir jetzt dann auch wieder wei-
128 terhelfen.

129 I: Das hoffe ich sehr für Sie.

130 A3: Ja doch, danke. Ich denke schon.

131 I: Frau XXX darf ich fragen wie Sie aktuell wohnen?

132 A3: Das hier ist eine eineinhalb Zimmerwohnung, (...) also mir gefällt sie sehr
133 gut. Es ist ja eine helle Wohnung, das ist für mich immer ganz wichtig. Ich habe
134 hier einen Balkon dabei, weil ich den auch schön bepflanze, das ist für mich ganz
135 wichtig.

136 I: Und wie ist das mit Ihrer Wohnlage?

137 A3: Ja wir haben lange keine Einkaufsmöglichkeiten gehabt. (..) Jetzt haben wir
138 aber seit ungefähr sieben Jahren eine Norma. Da schaffe ich es auch ab und zu
139 mal alleine einkaufen zu gehen, weil das ist für mich ja auch immer ein Problem,
140 einkaufen zu gehen. Überhaupt die Wohnung alleine zu verlassen, das ist für
141 mich schwierig. (4 sek.) Ich habe für mich auch gesorgt indem ich geschaut
142 habe, dass ich eine gewisse Sicherheit habe. Ich habe jetzt einen Hausnotruf der
143 XXX und das ist für mich ganz wichtig. Mir war es zum Beispiel mal ganz schwin-
144 delig und ich konnte gar nicht mehr aufstehen. Ich war hier alleine in der Woh-
145 nung und habe bei dem Bändchen am Arm, auf den roten Knopf gedrückt und
146 die XXX war dann gleich da. Die haben auch einen Wohnungsschlüssel. Das tue
147 ich alles extra zahlen, (...) aber ja, das zahle ich gerne. Das gibt mir eine gewisse
148 Sicherheit.

149 I: Und haben Sie sich trotz dieser Sicherheiten auch schon einmal Gedanken
150 dazu gemacht, in eine Wohneinrichtung zu ziehen?

151 A3: Ja da habe ich mir schon öfters Gedanken dazu gemacht, aber (..) nie voll
152 angeschaut oder durchgezogen. Es gibt hier zum Beispiel in XXX, da gibt es
153 das XXX, das ist eine Einrichtung, wo teilweise von früh bis mittags jemand da
154 ist und anschließend, ja gut, da hat man dann den Hausnotruf. In wie weit- ich
155 habe mich da noch nicht ausreichend umgeschaut. (..) Die Feinheiten was da an
156 Aktivitäten oder Festen gemacht wird, kenne ich nicht. (...) Ja und da hatte ich
157 schon mal den Gedanken, mich da zu informieren, ob das was für mich wäre.

158 I: Und warum haben Sie sich schon mal mit diesem Gedanken beschäftigt?

159 A3: Ich habe ja vorhin schon mal gesagt, dass ich auch durch meine Arbeit be-
160 dingt, immer mit vielen Menschen zusammen war. Ich hab ja immer eine Gruppe
161 von Jugendlichen gehabt, also war immer mit Menschen zusammen und da gibt
162 es dann einfach so Zeiten, wo ich mich (..) total einsam und alleine fühle. Trotz
163 meiner Kontakte. (4 sek.) Ich war ja schon in der Psychiatrie und so, in der Psy-
164 chosomatik, da habe ich auch immer nette Leute kennengelernt und da ist es mir
165 immer sehr gut gegangen. Also wenn ich mich mit anderen austauschen konnte,
166 wenn man zusammen einen Kuchen backen, Spaziergehen oder Spiele ma-
167 chen konnte. Ja das wäre schön neue Menschen kennenzulernen.

168 I: (Nähere Beschreibung der spezialisierten Wohneinrichtung, 2 min.). Könnten
169 Sie sich vorstellen in solch einer spezialisierten Einrichtung zu leben?

170 A3: Ich kann mir das gut vorstellen, wenn ich meine Türe hinter mir zu machen
171 kann. Also dass ich meinen eigenen Bereich habe, aber trotzdem auch im Kon-
172 takt zu anderen Personen stehe. Ich kann mir zum Beispiel keine WG vorstellen.
173 Ich war früher viel in WG's mit einem Freund, also sowas möchte ich auf gar
174 keinen Fall. Das wäre viel zu sehr belastend für mich. (4 sek.) Ja, weil für mich
175 wäre es wichtig, dass ich mich zurückziehen kann, in eine abgeschlossene Woh-
176 nung. Ich war mal in der Psychiatrie und da waren auch Leute mit Psychosen
177 und ich hatte gar keine Ahnung von Psychosen und ja, das war schon schwierig
178 für mich. (4 sek.) Das würde halt auch drauf ankommen, was da für Leute sind,
179 die in diese Einrichtung ziehen, also welche Art von Behinderung die haben. Also
180 ob das Depressionen sind oder Ängste, wie bei mir, aber wenn das so Psychosen
181 sind, (..) also das würde mich dann ganz schön runter ziehen, also wegen meinen
182 Ängsten.

183 I: Heißt das, dass Ihrer Ansicht nach dort nur Personen wohnen sollten, die eine
184 psychische Erkrankung haben?

185 A3: Ja genau.

186 I: Und warum sollten Menschen mit einer Erkrankung, wie einer Psychose, eher
187 nicht in der Einrichtung wohnen?

188 A3: Für mich wäre es eher besser mit leichteren seelischen Erkrankungen, weil
189 vor den anderen da habe ich Angst. (...) Also wenn die mit sich selber reden oder
190 so. (5 sek.) Ich habe die Erfahrung gemacht, dass Personen mit solchen schwe-

191 ren Erkrankungen teilweise schon sehr extrem in ihrem Verhalten sind. Da kannst
192 du manchmal nicht vorhersehen was kommt und das wäre nichts für mich. Ich
193 kann mir nicht vorstellen, dass ich von jetzt mit 67, von heut auf morgen keine
194 Ängste mehr habe, keine Psychosen und keine Schizophrenie. (..) Ich weiß nicht
195 ob das eine Frechheit ist, dass ich so was sage, aber mein Bauchgefühl sagt mir,
196 in so eine Wohngemeinschaft, (...) nein. Ich brauch eine abgeschlossene Woh-
197 nung, in die ich mich zurückziehen kann und die Tür zu machen kann.

198 I: Und warum sollten in der spezialisierten Einrichtung nur Personen mit einer
199 seelischen Erkrankung leben?

200 A3: Wenn andere Leute auch eine Erkrankung haben? Die können sich viel bes-
201 ser in einen reinversetzen, weil sie selbst das schon einmal gehabt haben. Ir-
202 gendwelche blöden Sprüche wie: „Reiß dich mal zusammen“ oder „Ach komm,
203 das wird schon wieder“ das kann auch nur jemand sagen, der keine Ahnung von
204 einer Depression oder von einer Angsterkrankung hat. Einer der selber so was
205 hat, der wird solche Sätze auch nicht sagen. Der kann sich selber da auch ganz
206 anders reinversetzen (4 sek.). Die können auch besser verstehen, wenn es ei-
207 nem selbst mal nicht so gut geht.

208 I: Verstehe. (...) Wie sollte Ihr eigener Bereich denn aussehen, sprich wie würden
209 Sie gerne wohnen?

210 A3: Also wenn ich mir es raussuchen dürfte, dann in einer eigenen kleinen Woh-
211 nung. Die müsste nicht groß sein, aber ja (..) die wäre dann meine, mein eigenes
212 Reich sozusagen. (...) Ein Zimmer würde auch notfalls gehen, aber ich hätte
213 auch gerne noch ein eigenes Badezimmer und eine kleine Küche. Das wäre nicht
214 schlecht. (..) Wissen Sie ich kenn das von früher, wo dann für alle nur ein Kühl
215 schrank war und dann waren die eigenen gekauften Lebensmittel nicht mehr drin.
216 Nein, das könnte ich nicht mehr haben. Ich könnte das auch nicht haben, wenn
217 dann Töpfe über Töpfe da stehen würden und dann müsste man erstmal abspü-
218 len, bevor man sich eine Suppe kochen kann. Da habe ich auch keine Lust drauf.
219 (4 sek.) Ja also eine eigene Wohnung wäre schon gut.

220 I: Und wie sollte Ihre Wohnung beschaffen sein?

221 A3: Was für mich wichtig wäre, eine Dusche, keine Badewanne, ganz wichtig. (..) Ich
222 habe jetzt hier eine Wanne und da reinzusteigen, da bin ich sehr unsicher
223 und sehr ängstlich. Ich habe immer Angst, dass ich darin ausrutsche und ich mir

224 etwas breche. Die Hand, das Bein oder so. Wenn das ebenerdig ist, dann fühle
225 ich mich da viel sicherer. (...) Ja und ein Balkon ist natürlich allgemein was Schö-
226 nes. (..) Ich liebe eben Pflanzen, besonders Blumen und würde dann gern alles
227 verschönern und so. Das wäre mir schon wichtig.

228 I: Sollte der Balkon dann zu Ihrer eigenen Wohnung gehören oder meinen Sie
229 einen gemeinschaftlichen Balkon, wenn Sie vom Bepflanzen reden?

230 A3: Das wäre natürlich auch schön, wenn man gemeinsam, je nachdem wie viel
231 Kraft der einzelne Mensch dann noch hat, der da wohnt, auch den Balkon oder
232 den Garten bepflanzt. (4 sek.) Wo man dann Erdbeeren pflanzen kann oder auch
233 Blumen, das ist egal. (..) Wo man sitzen kann abends oder wo man auch mal
234 Grillen kann im Sommer. Ob das dann ein gemeinsamer Balkon wäre oder mein
235 eigener, wäre mir dann egal.

236 I: Wären dies auch Gründe, die Ihnen an einer solchen spezialisierten Einrichtung
237 gefallen würden? Beziehungsweise gibt es andere Gründe, die dafür oder dage-
238 gen sprechen würden?

239 A3: Ja schon, auf jeden Fall. (...) Also dieses Beisammen sein in der Gemein-
240 schaft, trotzdem die Möglichkeit seine Ruhe zu haben, das wären für mich schon
241 gute Gründe in so ein Haus zu ziehen. Eben diese Mischung. (6 sek.) Ich
242 glaube nicht das ich gesunder werde (lacht). Ich glaube, da kommt jede Woche
243 was Neues bei mir hinzu, aber vielleicht würde mir so eine Einrichtung helfen
244 etwas besser damit umzugehen oder etwas glücklicher zu werden, sofern das
245 bei mir geht. Das wäre zumindest schön (lacht). (..) Ja und dann auch noch Ge-
246 spräche mit anderen Leuten, das finde ich unglaublich wichtig. Es ist halt einfach
247 schöner, als wen man alleine ist. Vielleicht kann man sich auch da verlieben oder
248 so? (lacht).

249 I: Ja warum nicht. Wenn sich zwei Personen gut verstehen, dann ist das ja- be-
250 beziehungsweise sollte das ja unabhängig von der Wohnform sein.

251 A3: Ja das stimmt. Wenn die Chemie passt, dann passt sie halt-.

252 I: Und was sollte die Einrichtung Ihnen im Allgemeinen bieten, damit Sie dort
253 gerne leben würden?

254 A3: Also nicht am hintersten Fleckchen, sondern auch schon zentral irgendwo,

255 aber auch nicht mitten in der Stadt. Es soll schon so liegen, dass es auch etwas
256 grün ist, das man auch ein bisschen spazieren gehen kann. (...) Ich muss Ihnen
257 auch ehrlich sagen, die Ärzte die ich jetzt habe, die will ich auch nicht verlieren,
258 weil das ist ja so eine Vertrauenssache. Das hat sich ja über Jahre aufgebaut
259 und ich möchte das auch nicht unbedingt verändern, wenn jetzt nicht einer von
260 den Ärzten in Rente geht. (...) Generell möchte ich auch keine zwei Stunden fah-
261 ren, um dann zu meinem Arzt zu kommen.

262 I: Also sollte Ihrer Ansicht nach die Einrichtung relativ zentral gelegen sein.
263 (A3:Genau) Und wie groß sollte die spezialisierte Einrichtung sein, sprich wie
264 viele Personen sollten darin wohnen können?

265 A3: Also ich bin ja an sich schon ein geselliger Typ, das habe ich auch schon
266 öfters betont (lächelt). Daher fände ich es schon gut, wenn da Mehrere leben
267 würden, also nicht nur fünf, sechs Leute. Wenn man sich dann mit einem nicht
268 versteht, dann hat man schon gleich keine Auswahl mehr. Verstehen Sie was ich
269 meine?

270 I: Ich denke schon (A3: Also dass man bei mehreren Bewohnern auch eine, ich
271 sag jetzt mal auch eine größere Chance hat, mehrere nette Leute kennenzuler-
272 nen und Freundschaften zu schließen). Ah, ok und von welcher Anzahl könnte
273 man dann sprechen, wenn Sie „mehrere Leute“ sagen?

274 A3: Also ich weiß ja nicht wie das Konzept aussieht und wie das dann alles umge-
275 setzt werden soll, aber ich denke so eine Größe zwischen 50 und 70 Leuten, also
276 in etwa (...) das wäre schon gut. Die könnten ja über mehrere Etagen verteilt sein,
277 die müssen ja jetzt nicht alle eng aufeinander sitzen, wie die Hühner auf der
278 Stange. Das wäre dann auch wieder nichts für mich, ich brauche da schon mei-
279 nen eigenen Bereich.

280 I: Und hätten Sie Bedenken, dass Sie sich innerhalb der Einrichtung nicht unge-
281 stört zurückziehen können? Also hätten Sie Bedenken bezüglich Ihrer Pri-
282 vatsphäre?

283 A3: Ich denke (...) ich kann mich ganz gut abgrenzen und bei einer Gruppe von
284 Leuten, ist immer ein gegenseitiges Rücksichtnehmen auch wichtig. Auch das
285 man Sachen bespricht und auch empathisch ist, anderen gegenüber und sich
286 einfühlen kann. (...) Man sollte schon eigene Interessen formulieren und auch mal

287 „nein“ sagen können. Find ich auch ganz wichtig im Allgemeinen.

288 I: Wären die letzten Punkte die Sie genannt haben auch Aspekte, die Ihnen in
289 Bezug auf das Zusammenleben mit den anderen Bewohnern wichtig wären?

290 A3: Ja schon. (6 sek.) Ich finde auch wenn Personal da ist, in so einer Einrich-
291 tung, dann wären so regelmäßige Besprechungen mit den Anderen ganz gut.
292 Das man sich austauscht und sagt: „Das läuft gut, das läuft weniger gut“ oder
293 „der Hans oder die Gisela haben bis heute Nacht um halb drei Halligalli gehabt.
294 Das geht so nicht!“. Dass da eben ein Ansprechpartner ist und das man sich
295 zusammensetzt mit den Leuten und solche Sachen besprechen kann, also wenn
296 Konflikte auftreten.

297 I: Da haben Sie ja klare Vorstellungen was Ihnen wichtig wäre. (...) Würden Sie
298 dann auch gerne Zeit mit den anderen Bewohnern verbringen wollen?

299 A3: Natürlich.

300 I: Und wie würden Sie diese Zeit gestalten wollen?

301 A3: Ja wie schon gesagt, mit Spaziergehen oder gemeinsamen Tanzen, Musik
302 hören oder auch mal einen schönen Filmeabend machen. (..) Im Sommer kann
303 man dann auch einen schönen Grillabend machen. (4 sek.) Gemeinsamkeiten
304 halt, dass man mit den Menschen- ja, das ist ja dann auch schon die zweite Le-
305 benshälfte oder die dritte, wie man das auch immer nennen darf. Die soll ja auch
306 möglichst angenehm sein, wenn man schon von oben bis unten Wehwehchen
307 hat, dann sollte dieses Untereinander schon schön sein und dass sich jeder wohl
308 fühlt und geborgen fühlt.

309 I: Und würden Sie sich weiterhin Kontakt zu den vorhin genannten Personen
310 wünschen, also zum Beispiel zu Ihrer Schwester oder Ihren Nachbarn?

311 A3: Man bricht ja nicht alles ab. Das bleibt natürlich, hoffentlich.

312 I: Und sollte die Einrichtung an dieser Stelle den Kontakt fördern?

313 A3: Tag der offenen Tür, Sommerfeste.

314 I: Das heißt Sie fänden es gut, wenn die Einrichtung sich da engagieren würde?

315 A3: Immer. Ich bin immer für Aktivitäten. (4 sek.) Inwieweit ich das dann umset-
316 zen kann und dabei bin, durch gesundheitliche Einschränkungen, gedanklich bin
317 ich immer dabei.

318 I: Vielleicht kann man das ja dann einfach von der Tagesform abgängig machen.

319 A3: Ganz genau.

320 I: Welche Wünsche hätten Sie in Bezug auf die Fachkräfte innerhalb der Einrichtung?

321

322 A3: Ich weiß ja nicht, was es da überhaupt gibt.

323 I: Ich kann keine vollwertige Aussage machen, aber ich könnte mir vorstellen,

324 dass es ein gemischtes Team an Fachkräften geben könnte. Sozialarbeiter, Psy-

325 chologen, Pflegekräfte, vielleicht auch Therapeuten (..) etwa in die Richtung. Das

326 soll aber auch eine offene Frage sein, bei der Sie alle Wünsche äußern können,

327 unabhängig vom Berufsbild.

328 A3: Also dass die ein gewissen Fachwissen mitbringen, also in punkto psychi-

329 sche Erkrankungen. Ich meine man kann da keine Leute einstellen, die da über-

330 haupt keine Ahnung haben. (..) Und dass die vielleicht auch schon eine gewisse

331 Erfahrung haben. Es wäre auch gut, wenn da medizinisch geschultes Personal

332 ist, also Krankenschwestern oder so und psychologisch geschultes Personal. (..)

333 Sozialkompetenzen wären sehr wichtig und es wäre auch interessant unter-

334 schiedliche Kulturen, einzubringen. Zum Beispiel indem da Bewohner mit Migra-

335 tionshintergrund sind oder man zum Beispiel mal Leute einlädt. Die müssen ja

336 dann nicht gleich miteinziehen, wenn man so einen Schritt gehen will. Wissen

337 Sie wie ich meine?

338 I: Wie eine Art kulturelle Veranstaltung?

339 A3: Ja genau. (..) Das kann man ja auch machen.

340 I: Und hätten Sie noch weitere Vorstellungen wie Sie vielleicht die Freizeit inner-

341 halb der Einrichtung gestalten möchten?

342 A3: Das kommt drauf an wer das zahlen würde, also ob das mit Eigenbeteiligung

343 ist. So Aktionsgruppen, wo man zusammen was machen kann, wie zum Beispiel

344 Bewegungstherapie. Ich bin ein Mensch, (..) ich höre unglaublich gerne Musik

345 und ich tanze auch gerne. Tanzen heißt für mich- ich kann kein Tango, ich kann

346 keinen Foxtrott, aber ich kann mich gut nach der Musik bewegen. Sehr gut sogar

347 und mache das auch gerne. Was ich auch gemerkt hab, ist das im Alter diese

348 Konzentrationsübungen- wenn da jemand wäre und einen so ein bisschen fordert

349 und fördert. (..) Ich weiß jetzt nicht, (..) wie heißt das nochmal? Helfen Sie mir
350 mal? (lacht))

351 I: Meinen Sie Gedächtnistraining?

352 A3: Ja genau solche Sachen. Wenn da jemand ist, wo man solche Sachen mal
353 machen kann, das wäre schon schön. (...) Das geht jetzt halt schon in Richtung
354 Therapie, ich weiß nicht ob man das auch als freies Angebot- wie man das ge-
355 stalten könnte, dass das nicht so ein Zwangsding wird. Das einfach ein bisschen
356 was geboten wird und das man einfach auch ein bisschen gefordert wird. (..)
357 Schwimmen wäre natürlich auch ganz, ganz toll.

358 I: Vielleicht könnte man mit einem Fahrdienst zu einem Schwimmbad fahren.

359 A3: Ja das wäre super, so ein Fahrdienst. (..). Das wäre nicht schlecht. (4 sek.).

360 I: Ich würde jetzt gerne nochmal auf die Fachkräfte zurückkommen. Fänden Sie
361 es gut, wenn Sie eine Fachkraft als festen Ansprechpartner hätten?

362 A3: Also so was wie eine Vertrauensperson oder? Aber dann muss ja da auch
363 unglaublich viel Personal sein. (...) Ja fände ich schon gut, wenn da jemand
364 wäre, wo man hingehen kann.

365 I: Und warum fänden Sie das gut?

366 A3: Ich kenne das von der Psychiatrie, da hat man immer so einen Vertrauens-
367 pfleger gehabt und das war schon gut. Da konnte man mal auch so reden, wenn
368 es einem nicht gut ging oder was man für Übungen gemacht hat oder was man
369 sich getraut hat, wegen den Ängsten. (...) Das war schon gut, weil der dann nur
370 für mich da war und meine Geschichte kannte. Dem musste ich dann nicht jedes
371 Mal aufs Neue erzählen, was bei mir los ist. Ja dafür waren die Vertrauenspfleger
372 da. Die haben aber auch Entspannungsübungen gemacht. Entspannungsübun-
373 gen das fände ich auch noch ganz gut im Angebot, also jetzt für die Einrichtung.
374 Gerade bei psychisch Kranken finde ich PMR super und wenn so was angeboten
375 wird, das wäre schon ein Traum. (5 sek.) Es sollte was angeboten werden oder
376 auch, man kann eigene Ideen miteinbringen und so, das wäre schon gut. Es soll
377 aber auch nicht in Stress ausarten, so: Montagabend das, Dienstagnachmittag
378 das, dann Mittwochfrüh hier, so auch nicht.

379 I: Das heißt Sie würden sich eine feste Angebotsstruktur wünschen, aber es
380 sollte auch die Flexibilität möglich sein, teilzunehmen oder nicht?

381 A3: Ja, wenn ich mir jetzt sage: „Ich mach mir jetzt lieber meine Spaghetti in
382 meiner kleinen Küche“, dann geht man heute nicht mit walken.

383 I: Und wie würden Sie Ihren Alltag innerhalb der Einrichtung gestalten wollen?
384 Was wäre Ihnen da wichtig?

385 A3: Ja es käme eben darauf an, wie das gemeinschaftlich abläuft, wie das ge-
386 plant ist. Ist geplant, da ist ein Frühstücksraum für alle oder sitzt jeder in seinem
387 Zimmer und frühstückt alleine? Gibt es Zeiten, wo man gemeinsam frühstückt?

388 I: Fänden Sie es denn gut, wenn man die Möglichkeit hätte gemeinsam zu Früh-
389 stücken?

390 A3: Eigentlich schon, ja. (...) Wenn Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, in der
391 Größenordnung, also dass die Leute da dann reinpassen. Also einfach ist das
392 alles nicht, aber wenn man das so bauen könnte, (..) das wäre schon gut.

393 I: Dann würde ich Sie noch gerne etwas zur Betreuung innerhalb der Einrichtung
394 fragen. Würden Sie sich auch Begleitung und Unterstützung im Alltag durch die
395 Fachkräfte wünschen?

396 A3: Also ja, so eine Begleitung würde ich schon benötigen, die mir bei Dingen
397 hilft, die mir alleine schwer fallen. Auch in Zeiten in denen mir alles noch schwerer
398 fällt.

399 I: Und in welchen Bereichen würden Sie Unterstützung wünschen?

400 A3: Naja in den Bereichen, die ich vorhin schon erwähnt habe. Ich denke nicht,
401 dass ich in Zukunft da keine Hilfe mehr brauche (lacht). Ja und weshalb, (...)
402 manche Sachen kann man eben nicht mehr alleine machen und wenn dann je-
403 mand da ist, der einem hilft, das wäre nicht schlecht.

404 I: Fänden Sie dann auch weiter Dienste, wie einen Reinigungs- oder Wasch
405 dienst im Alltag hilfreich?

406 A3: Es ist alles eine Kostenfrage. Ein Reinigungsdienst, ja wunderbar her damit
407 (lacht). Obwohl ich finde, dass es wichtig ist, auch noch viel selber zu machen.
408 Dann bleibt man fit. (...) Ja und ich weiß ja nicht, wenn da ein großes Auto ange-
409 schafft wird und da ist dann jemand da, der das Auto fahren kann und man
410 macht einen Kinoabend und dann wollen vielleicht sechs Leute vom Haus mit-
411 fahren, (...) das wäre doch toll.

412 I: Sie haben ja gerade schon angesprochen, dass Ihnen die Selbstständigkeit
413 wichtig wäre. Welche Bereiche würde das betreffen?

414 A3: Ich möchte auch vielleicht noch- es kommt ja drauf an, wie ist es eigentlich
415 mit ganz banalen Alltagssachen. Wie schaut das aus? Gibt es da Gemeinschafts-
416 waschmaschinen oder Trockner? Ist ja auch eine gewisse Selbstständigkeit,
417 wenn ich das noch irgendwie alleine mit Münzen machen kann oder was. (...)
418 Selbstständigkeit, selber waschen. Ja vielleicht auch, (...) ich hab halt auch
419 schon ein bisschen zu viel Erfahrung mit diesen ganzen Gruppen, dass man ge-
420 meinsam Einkaufen geht und überlegt, welchen Kuchen können wir denn für das
421 Wochenende backen.

422 I: Selbstständigkeit wäre also wichtig, zum Beispiel beim Waschen und Einkaufen.

423 A3: Ja und das man das vielleicht auch zusammen mit einer Fachkraft, sagen wir
424 mal einer Sozialpädagogin macht. Sich dann fragt: „Was brauchen wir denn?“
425 „Wer hat denn ein schönes Rezept?“ Man braucht ja auch keine fünfzehnstöckige
426 Hochzeitstorte, sondern etwas was man realisieren und über das Wochenende
427 essen kann.

428 I: Und wäre es für Sie wichtig, dass Sie weiterhin in der Einrichtung wohnen könn-
429 ten, falls Sie in den folgenden Jahren einen Pflegegrad erhalten sollen?

430 A3: Ja, das ist ja ein ganz wichtiger Punkt. Also dass man da nicht noch woan-
431 ders hinkommt und wieder in eine andere Umgebung. Ich denke ich habe zwar
432 eine gewisse Flexibilität, aber irgendwie ist es ab einem gewissen Alter schwer.
433 Einen alten Baum verpflanzt man auch nicht mehr.

434 I: Gut, Frau XXX dann wäre ich mit meinen Fragen soweit fertig. Möchten Sie
435 zum Schluss noch etwas sagen?

436 A3: Ich würde gerne in so eine Einrichtung ziehen oder in so etwas Ähnliches.
437 Für mich wäre das Balsam für die Seele, andere Menschen. (4 sek.) Manchmal
438 habe ich Tage wo ich nichts hören und nichts sehen will, aber dann freue ich
439 mich schon, wenn der Postbote schellt und ein Paket für die Nachbarn bei mir
440 abgibt und ich drei Sätze mit der Person reden kann.

441 I: Dann vielen Dank, für das Gespräch und dass Sie sich heute die Zeit genom-
442 men haben. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Anhang 9: Transkript Professioneller P1

Transkript Probandin P1

(P1) für Interviewte: Professionelle P1

(I) für Interviewende: Madeleine Martin

- 1 I: Welche Berufsausbildung und ggf. Zusatzqualifikationen haben Sie?
- 2 P1: Ich bin ein Exot und zwar habe ich eine Ausbildung zur hauswirtschaftlichen
3 Betriebsleiterin gemacht. Ich war dann in einem Altenpflegeheim als stellvertre-
4 tende Heimleitung beschäftigt, bis ich die Weiterbildung zur Heimleitung in der
5 Altenhilfe absolviert habe. Also ich bin aus dem betriebswirtschaftlichen Schwer-
6 punkt.
- 7 I: Ah interessant, aber ein Exot zu sein bedeutet ja nicht zwingend etwas Nega-
8 tives.
- 9 P1: Nein, das hat überhaupt keine negativen Auswirkungen, weil ich eine koordi-
10 nierende Aufgabe als Leitung habe. Durch die verschiedenen Berufsgruppen in-
11 nerhalb der Einrichtung habe ich die Möglichkeit, fachliche Einflüsse von der Pfl-
12 gedienstleitung, die Krankenschwester ist und die Weiterbildung zur Pflege-
13 dienstleitung hat, zu erhalten. Im Sozialdienst ist eine Sozialpädagogin, im Haus-
14 wirtschaftsbereich eine Hauswirtschaftsmeisterin und ich bin, wie gesagt, der Ko-
15 ordinator von allen Berufsgruppen.
- 16 I: Es scheint als hätten Sie ein gut aufgestelltes Team.
- 17 P1: Ja das Team gibt es seit fast XXX Jahren.
- 18 I: Und seit wann arbeiten Sie in der Einrichtung und seit wann in der Funktion der
19 Leitung?
- 20 P1: Seit XXX.
- 21 I: Also seit Gründungsbeginn?
- 22 P1: Ja, ich war der erste Mitarbeiter (lacht).
- 23 I: Sprich, Sie haben ganz viel am XXX mitgestalten und entscheiden können.
- 24 P1: Ja genau. Schon in der Bauphase habe ich Einfluss auf die Raumaufteilung

25 und die Zuordnung der Funktionsräume nehmen können. Auch den neuen Anbau
26 vor XXX Jahren konnte ich mitbestimmen. (...) XXX haben wir einen neuen Anbau
27 bekommen um mehr Wohnräume für die Bewohner zu schaffen. Das heißt auch
28 Einzelzimmer in der Einrichtung anbieten zu können, mehr Aufenthalts- und The-
29 rapieräume zu haben. Wir hatten bis zum Jahr (...) XXX, XXX Heimbewohner.
30 Durch den Anbau haben wir dann XXX qm mehr Wohn- und Nutzfläche dazu
31 bekommen, aber keinen weiteren Bewohner.

32 I: Das ist schon was Tolles, so viel zusätzlichen Platz zu erhalten.

33 P1: Definitiv. Die damaligen drei Etagen, Keller, Erdgeschoss und erster Stock,
34 haben damit zusätzliche Wohnflächen erhalten. Es wurde aber kein einziger Be-
35 wohner mehr aufgenommen. Das hatte dann den Vorteil kleinere Gruppen zu
36 ermöglichen. (...) Zuerst bestand die Einrichtung aus drei Stockwerken, mit jeweils
37 XXX Bewohnern und jetzt haben wir Gruppenstärken zwischen acht, zwölf und
38 vierzehn Bewohnern.

39 I: Sie hatten bei der Veranstaltung des Arbeitsgemeinschaft XXX im XXX gesagt,
40 dass Sie eine XXX sind.

41 P1: Ja, wir sind eine anerkannte XXX nach XXX.

42 I: Das heißt, dass Sie überwiegend durch die XXX finanziert werden. Ist das
43 richtig?

44 P1: Die XXX zahlen jeder XXX gleiche Beträge und die erhalten wir auch für
45 unsere Bewohner.

46 I: Gibt es zusätzliche Kostenträger?

47 P1: Ja, den gibt es. Es ist so, dass die Zahlungen, die über den XXX festgelegt
48 werden vom Kostenträger bezahlt werden und das ist hauptsächlich der XXX.

49 I: Und würden Sie sagen, dass diese Finanzierung ausreichend ist?

50 P1: Es reicht aus, weil bei uns der Stellenschlüssel höher ist und damit haben wir
51 auch mehr Personal, auch für die Pflegegrade eins bis fünf.

52 I: Welche Kriterien waren für die Standortwahl der Einrichtung von Relevanz?

53 P1: Also 1987 gab es den zweiten Bayerischen Psychiatrieplan. Dieser Psychi-
54 atrieplan legte fest, dass psychisch kranke Menschen nicht mehr in den Bezirks-
55 krankenhäusern untergebracht werden sollen, sondern in Einrichtungen um die

56 Gegend der Krankenhäuser. Daraufhin gab es sehr aktive XXX Vorstände, der
57 XXX und XXX, die nach räumlichen Möglichkeiten gesucht haben, psychisch
58 kranke Menschen in solche Einrichtungen zu verlegen. XXX war bis dato, vor
59 XXX, ein privates Pflegeheim mit zwölf Plätzen. Es wurde dann von der XXX
60 erworben und umgebaut. Dementsprechend war die Standortwahl eher ländlich.
61 (..) Heutzutage würde man so eine Einrichtung nicht mehr so in den ländlichen
62 Bereich bauen, sondern näher an Kreisstädte, auch um eine bessere Erreichbar-
63 keit zu ermöglichen. Der Standort ist nun aber gegeben und den können wir so
64 nicht ändern.

65 I: Aber das bringt vielleicht auch einige andere Vorteile.

66 P1: Ja und zwar gibt es Bewohner, die könnten in so einem städtischen Bereich
67 nicht wohnen, weil sie in solch einer Umgebung anecken würden. Also die Bürger
68 beziehungsweise die Anwohner, die um so eine Einrichtung wohnen, würden das
69 nicht unbedingt akzeptieren. (..) Das ist bei uns im ländlichen Bereich noch leicht-
70 ter, weil weniger Nachbarn vorhanden sind. (I: Interessant zu hören) Obwohl die
71 Anbindung manchmal wünschenswerter wäre, gibt es auch psychisch kranke
72 Menschen die mitten in einer Stadt wohnen, im stationären Setting und die das
73 Haus, aufgrund ihrer Erkrankung, gar nicht verlassen. Also das gibt es auch. (..)
74 Da wir im ländlichen Bereich leben, haben wir zwei Kleinbusse um Einkäufe zu
75 erledigen, um Arztfahrten zu erledigen oder um einfach auch mal Ausflüge zu
76 gestalten.

77 I: Und was war damals der Beweggrund für die Eröffnung der Einrichtung?

78 P1: Ich habe Ihnen ja gesagt, dass der zweite Bayerische Psychiatrieplan vorge-
79 geben hat, die Langzeitstationen in den Bezirkskrankenhäusern aufzulösen. Ich
80 habe die ersten Bewohner aufgenommen, XXX, die bis dorthin in Schlafsälen
81 gewohnt haben, mit 20 und mehr Betten. Ich habe das selbst gesehen: Bett,
82 Nachtkasten, Bett, Nachtkasten, Bett, Nachtkasten. Also Privatsphäre in so ein-
83 nem Schlafsaal gab es eigentlich nicht und die ganzen persönlichen Gegen-
84 stände waren in einer Schublade im Nachtkasten oder in einem Wäschespind im
85 Gang. (...) Ich habe die Bewohner damals selbst abgeholt, aus den Krankenhäu-
86 sern und in die neue Einrichtung gebracht. Wir haben einen betreuten Bewohner,
87 der wurde mit sechzehn in die Psychiatrie eingewiesen, aufgrund seiner Psy-
88 chose und ich habe ihn bei uns in XXX aufgenommen, mit 41 Jahren. Also er war
89 über fünfundzwanzig Jahre im Bezirkskrankenhaus in XXX untergebracht. (..)

90 Damals war dann, XXX, eine Verlegung vom stationären Bereich mit Schlafsaal
91 in ein Haus mit Doppelzimmern, Naßzelle, mit Aufenthalts- und Therapieräumen,
92 ein schon sehr großer Schritt für diese Personen.

93 I: Da hat sich einiges in den vergangenen Jahrzehnten getan. (..) Wenn Sie die-
94 sen Wandel von Langzeitstationen zu Wohnheimen miterlebt haben, wie nehmen
95 Sie dann die aktuelle Versorgungslandschaft in Bezug auf Wohneinrichtungen
96 für die genannte Zielgruppe war?

97 P1: Also ganz ohne stationäres Setting wird die psychiatrische Versorgung nicht
98 funktionieren. Es gibt immer wieder Bewohner, die im ambulanten Bereich nicht
99 versorgt werden können. Wir haben in der Einrichtung eine vierundzwanzig
100 Stunden Versorgung mit Pflege- und Betreuungskräften, das heißt also, auch im
101 Pflegebereich Drei-Schicht-System mit Früh-, Spät- und Nachtdienst. Wir haben
102 für diese XXX Bewohner zwei Nachtdienste, keine Bereitschaft, wirklich Nacht-
103 dienste mit Personal vor Ort, die auch wach sind. (..) Psychisch kranke Menschen
104 haben oft andere Tagesabläufe. Manche Bewohner gehen schon um 18.00Uhr
105 zu Bett, sind aber dementsprechend um 2.00Uhr morgens wach. Andere Bewoh-
106 ner gehen erst um 23.00Uhr oder 24.00Uhr abends ins Bett, schlafen dann in der
107 Frühe länger, also es ist immer aktiv in unserem Haus. (...) Und das würde in
108 einem Mietshaus oft problematisch sein.

109 I: Sie haben ja gerade die Tagesabläufe angesprochen. Gibt es Ihrer Ansicht
110 nach spezifische Bedürfnisse von älteren Menschen mit einer psychischen Er-
111 krankung, im Vergleich zu Senioren ohne eine Erkrankung?

112 P1: Ja, der Tagesablauf in einem Altenpflegeheim ist anders als bei uns. Wir wid-
113 men uns zwar auch den pflegerischen Bedarfen, aber wir haben auch pädagogi-
114 sches und therapeutisches Personal und Heilerziehungspfleger, die Arbeits- und
115 Beschäftigungstherapie anbieten. Bei uns gibt es Bewohner, mit Pflegegrad zwei
116 oder drei, die mit der Arbeitstherapie ihren Tagesablauf gestalten. Arbeitsthera-
117 pie heißt zum Beispiel Verpackungstätigkeiten oder die XXX. Das geht auch mit
118 einem Pflegegrad. Das sind die Bewohner gewöhnt, aufgrund ihrer vorherigen
119 nicht pflegebedürftigen Lebensphase und das wollen sie weiterhin auch beibe-
120 halten. (..) Ein weiteres Beispiel ist die Wäschepflege, also Wäsche zusammenle-
121 gen. Wenn jemand solche Aufgaben übernehmen kann, egal wie pflegebe-
122 dürftig er ist, dann lassen wir ihn gerne helfen. Wir hatten eine Bewohnerin, die
123 weit über 90 war und sehr aktiv beim Zusammenfalten der Handtücher geholfen

124 hat, um einfach eine sinnvolle Tätigkeit zu haben. (...) Oder auch Kuchen zu ba-
125 cken, Nachspeisen oder andere Dinge innerhalb der Küche, der eigenen Wohn-
126 küche vorzubereiten und zu kochen. Dann riecht es auch mal nach Kuchen oder
127 nach Schweinebraten und dann riecht es vielleicht auch mal verbrannt, aber das
128 gehört dazu (lacht). Natürlich muss die hauswirtschaftliche Versorgung gewähr-
129 leistet sein. Es muss eine Reinigungskraft kommen, es kann sich nicht darauf
130 verlassen werden, dass die Bewohner von selbst putzen. Es muss auch eine
131 Wäscherei vorhanden sein um die Wäschepflege zu absolvieren. Es muss eine
132 Küche geben um zu gewährleisten, dass es fünf beziehungsweise sechs Mahl-
133 zeiten gibt, mit dazugehörigen Hygienevorschriften. Es muss aber auch die Mög-
134 lichkeit bestehen, in einer kleineren Wohngruppe eine eigene Wohnküche zu ha-
135 ben, um sich zum Beispiel auch mal selbst eine Pizza in den Ofen reinschieben
136 zu können oder sich etwas anderes zuzubereiten, auf das man Lust hat.

137 I: Das heißt spezifische Bedürfnisse stehen in dem Sinne nicht im Vordergrund,
138 sondern vielmehr selbstbestimmt zu handeln, sich in den Alltag beziehungsweise
139 in die Gruppe einzubringen.

140 P1: Ja genau, den Tisch zu decken, den Tisch nach dem Essen abzuwischen.
141 Sich auch mal zu streiten (lacht). (I: Ja klar, das gehört auch dazu). Ja wie halt
142 im richtigen Leben auch. (..) Wenn es mal Streitigkeiten gibt und es heißt: „ Ja
143 der hat mich beleidigt, ich möchte mit dem nichts mehr zu tun haben“, dann sag
144 ich: „Das ist wie bei anderen Leuten. Die haben auch Nachbarn, mit denen sie
145 nichts zu tun haben möchten, aber irgendwie doch müssen und es gibt Leute mit
146 denen sie sich gut verstehen. Mit denen sie dann Freundschaften schließen“. Bei
147 uns in der Einrichtung bilden sich dann auch mal freundschaftliche Kleingruppen,
148 es bilden sich auch mal Beziehungen, die nach einer gewissen Zeit auch zusam-
149 menziehen können. (..) Also wir versuchen so viel Normalität wie möglich in der
150 Einrichtung zu leben. Trotzdem möchten wir die Option bieten, wieder auszie-
151 hen zu können. Wir haben seit XXX ambulant betreutes Wohnen, wir waren da-
152 mals die Ersten. Es gab keinen anderen Anbieter und damit auch nicht die
153 Möglichkeit uns irgendwo zu informieren, wie funktioniert ein betreutes Wohnen?
154 Wie wird das finanziert? Wie bekommt man Personal und welches Personal ist
155 notwendig? Welche Wohnräume benötigt man? Wer vermietet uns eine Woh-
156 nung oder ein Haus für psychisch kranke Menschen? Das war XXX eine Heraus-
157 forderung (...) aber wir haben es uns getraut. Wir wollten unbedingt diesen wei-

158 teren Schritt gehen und diese Wohnmöglichkeit anbieten, also haben wir es pro-
159 biert und es hat geklappt (lacht). Es werden nie alle Bewohner ausziehen können,
160 das wird nicht möglich sein, aber es sollte zumindest die Möglichkeit geben sein,
161 ins Ambulant Betreute Wohnen umziehen zu können. Es ist auch kein Problem,
162 wenn ein Bewohner sich stabilisiert hat und ins Betreute Wohnen umzieht, nach
163 einer gewissen Zeit vielleicht in eine Krise gerät und dadurch nicht mehr ambu-
164 lant betreut werden kann und dann wieder in die stationäre Einrichtung zurück
165 kommt. Dann wird dann der Platz für ihn im stationären Setting geschaffen. Somit
166 riskiert auch kein gesetzlicher Betreuer, einen stationären Heimplatz. (..) Die
167 Möglichkeit zurück zu ziehen, in die stationäre Einrichtung, ist jederzeit gegeben.

168 I: Das stellt bestimmt auch eine gewisse Sicherheit für die Bewohner dar, zu wi-
169 ssen, dass man unterstützt wird, wenn es doch schwierig werden sollte.

170 P1: Genau. Die Bewohner wissen, dass wenn sie mal nicht mehr allein wohnen
171 können, die Möglichkeit besteht auch wieder in die Einrichtung zurück zu kom-
172 men. (...) Diese Langezeitplätze für den Psychiatriebereich gibt es einfach zu
173 wenig. Für einen Pflegebedarf oder auch ohne einen Pflegebedarf und wenn je-
174 mand heutzutage seinen Wohnplatz hat, ist der gesetzliche Betreuer darauf aus,
175 nicht unbedingt ein Risiko einzugehen. Also in dem Fall ein ambulant betreutes
176 Wohnen auszuprobieren und wenn der Bewohner scheitert, dann steht er auf der
177 Straße und hat so schnell keine Möglichkeit in eine stationäre Einrichtung einzie-
178 hen zu können.

179 I: Sie haben ja gerade schon die verschiedenen Mitarbeitergruppen, innerhalb
180 des Drei-Schicht-Systems angesprochen. Welche Berufsgruppen arbeiten weiter
181 in der Einrichtung und wie wirkt sich die Zusammenarbeit auf die Bewohner aus.

182 P1: Im Drei-Schicht-Betrieb arbeiten hauptsächlich Alten- und Krankenpfleger,
183 als auch Pflegehelfer. Zur Ergänzung sind im Tagdienst dann noch Heilerzie-
184 hungspfleger und Sozialpädagogen und natürlich jeweils 50 Prozent Hilfskräfte
185 tätig.

186 I: Und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, wie wirkt sich die
187 auf die Bewohner aus?

188 P1: Die Zusammenarbeit ist sehr eng und die einzelnen Berufsgruppen sind den
189 Wohnbereichen zugeordnet. Das ist ein Team.

190 I: Was sind Ihrer Ansicht nach Vorteile einer spezialisierten Einrichtung, das heißt

191 die sich ausschließlich an Menschen mit einer psychischen Erkrankung und ei-
192 nem Pflege bedarf richtet?

193 P1: Im stationären Bereich?

194 I: Ja.

195 P1: Wir haben uns ja spezialisiert auf psychisch kranke Menschen mit einem
196 Pflegebedarf und wir haben die Erfahrung gemacht, wenn jemand in einem nor-
197 malen Altenpflegeheim aufgenommen wurde, (..) kommen die Pflegekräfte mit
198 den Klienten nicht zurecht. Auch von Seiten der Heimbewohner ist es äußerst
199 problematisch, die Verhaltensweisen von psychisch Kranken zu akzeptieren.
200 Diese sind oft umtriebig, manisch, depressiv, psychotisch, manchmal sehr laut,
201 manchmal haben sie auch Probleme mit der Körperpflege. Sie müssen dann oft
202 dazu angehalten werden, was manchmal zwei bis vier Tage dauert, als bis sich
203 jemand duscht. Diese Zeit haben die Altenpflege- und Krankenpflegekräfte im
204 normalen stationären Altenpflegebereich nicht und Mitbewohner akzeptieren das
205 in einem Altenpflegeheim auch nicht.

206 I: Also ist die Akzeptanz ein wichtiger Aspekt, den Personen mit einer psychi-
207 schen Erkrankung eher aufbringen können, als Personen ohne eine psychische
208 Erkrankung.

209 P1: Absolut, die kennen diese Phasen. Zum Beispiel weiß ein Bewohner, der
210 selbst Depressionen hat, wie das ist, eine schlechte Phase zu haben und der
211 bringt eine ganz andere Akzeptanz auf. Im Gegensatz zu jemanden der keine
212 psychische Erkrankung hat.

213 I: Und gibt es Ihrer Meinung trotzdem auch Grenzen von spezialisierten Einrich-
214 tungen?

215 P1: Eine Grenze ist definitiv, wenn jemand massiv handgreiflich wird. Das ist für
216 uns als Einrichtung nicht tragbar. Also Fremd- und Selbstgefährdung ist da eine
217 deutliche Grenze unsererseits.

218 I: Ok, vielen Dank. (...) Ich würde nun gerne etwas näher auf den Bereich Woh-
219 nen eingehen. Wie ist die Beschaffenheit der einzelnen Zimmer?

220 P1: Die Zimmer sind ausgestattet mit Dusche, Toilette, Waschbecken, Einbau-
221 schrank, zum größten Teil mit einem Pflegebett, einem Tisch und Stuhl. Man ka-
222 nn Ziergegenstände mitbringen, aber auch größere Möbelstücke wie ein Side

223 board oder einen Sessel. Also diese Möglichkeit besteht jederzeit, wobei viele
224 Bewohner mit sehr wenig persönlichen Dingen in die Einrichtung ankommen. (..)
225 Das liegt daran, dass die sozialen Kontakte, sei es zu Angehörigen, Freunden
226 oder Personen nach außen, sehr eingeschränkt waren. Viele Bewohner waren
227 zuvor bereits in Einrichtungen der XXX, sind mehrmals umgezogen und
228 besitzen daher wenig persönliche Gegenstände, die sich ja eben durch einen
229 sesshaften Wohnplatz oder durch den Kontakt zur Familie, zu Freunden ansam-
230 melt. (...) Wir sind, gesehen von der Versorgungsstruktur, sehr niederschwellig.
231 Wir haben fast keine Ausschlusskriterien bei Bewohnern. Dann kommen die Be-
232 wohner eben mit sehr wenig persönlichen Dingen, die sammeln sich dann erst
233 über die Jahre bei uns an.

234 I: Inwieweit wirkt sich die Größe der Einrichtung, beziehungsweise die Größe der
235 Bewohnergruppen auf die Bewohner selbst aus?

236 P1: Ich als Leitung empfinde die Größe von XXX Bewohnern als sehr ideal, da
237 die Anzahl der Bewohner noch sehr überschaubar ist und aufgrund der Perso-
238 nalschlüssels, hat man auch ausreichend Personal um sich auch mal ausklinken
239 zu können. Für den stationären Bereich mit XXX Bewohnern und dem ambulan-
240 ten Bereich mit XXX Bewohnern, haben wir insgesamt XXX Mitarbeiter beschäf-
241 tigt. Natürlich ist auch ein Großteil in der Hauswirtschaft oder in Teilzeit beschäf-
242 tigt und damit lastet die Arbeit, innerhalb der Einrichtung, nicht auf den Schultern
243 von einzelnen Mitarbeitern, sondern sie ist auf mehreren Schultern verteilt.
244 Dadurch hat man die Möglichkeit sich auch einmal rauszunehmen, zum Beispiel
245 wenn auch im privaten Bereich Veränderungen anstehen und man für eine ge-
246 wisse Zeit kürzer treten muss. Ich habe viele Mitarbeiter, die auch schon XXX,
247 oder XXX Jahre in der Einrichtung arbeiten. (..) Wenn man diese Tätigkeit macht,
248 kann man oft schwer aufhören in diesem Bereich zu arbeiten. (...) Für Angehö-
249 rige ist das auch beruhigend zu wissen, wenn deren psychisch kranke Angehö-
250 rige versorgt sind. Gegebenenfalls auch über deren Tod hinaus (..) egal ob im
251 offenen oder geschlossenen Bereich, im ambulanten oder stationären Setting.
252 Diese Durchlässigkeit wird als sehr angenehm empfunden, hat jedoch nichts mit
253 dem Pflegegrad zu tun. Durch das, dass die Bewohner einen Pflegegrad haben,
254 haben wir als Einrichtung die Möglichkeit, auch im ambulanten Setting, die Pfl-
255 gekassen hinzuzuziehen. Die Sozialpädagogen sind im ambulanten Bereich
256 schwerpunktmäßig die Case Manager. Diese koordinieren den Bedarf und bei
257 psychisch erkrankten Personen kann der Bedarf sehr schnell schwanken und

258 dadurch haben wir immer Personalverschiebungen. Wenn jemand im ambulanten
259 Bereich, aufgrund der Stellen nicht benötigt wird, dann kann man auch mal
260 fragen, ob er Teilzeit im stationären Bereich arbeiten möchte oder vorübergehend
261 wechselt. Wir passen die Arbeitszeiten auch an die Lebensmodelle der Mitarbei-
262 ter an. Sind die Kinder klein, dann arbeiten die Kollegen oder die Kolleginnen
263 weniger. Sind die Kinder größer, arbeiten sie wieder mehr. Jetzt sind wir zum Teil
264 auch schon in der Phase, dass pflegebedürftige Angehörige vorhanden sind,
265 dann arbeitet man wieder weniger (lacht). Sollte das sich mal wieder ändern,
266 dann können Stunden auch wieder erhöht werden. (...) Und bietet eine Größe
267 von XXX Bewohnern im stationären Bereich und XXX im ambulanten Bereich
268 einen guten Puffer.

269 I: Was sich insgesamt bestimmt auf die Zufriedenheit und die Arbeitsleistung der
270 Mitarbeiter und dann auch wieder auf die Bewohner auswirkt, nehme ich an.

271 P1: Doch natürlich. Es ist bei uns so, dass wir uns im Team sehr gut kennen und
272 dadurch ganz anders miteinander agieren. Unsere Bewohner sind sehr sensibel.
273 Die kriegen ein gutes Klima innerhalb des Teams oder der Einrichtung auch mit.
274 Das heißt aber auch wiederum, dass man als Mitarbeiter, aufgrund der Sensibili-
275 tät absolut authentisch sein muss. Wenn man nicht dazu steht, was man gesagt
276 hat, dann merken die Bewohner das sofort. (...) Wenn ein Mitarbeiter etwas ver-
277 sprechen würde und dies nicht einhalten kann, dann würden die Bewohner da-
278 rauf reagieren und dann muss man sich schon persönlich einbringen. Man weiß
279 aber auch als Mitarbeiter, wenn man die Einrichtung verlässt, dass sich die
280 nächste Mitarbeiterschicht um alles kümmert und man somit zu, (..) sagen wir
281 mal 95 Prozent abschalten kann (lacht).

282 I: Und dann in die Freizeit oder das Privatleben übergehen kann.

283 P1: Genau. Sobald jemand nach Hause geht, muss er sich keine Gedanken ma-
284 chen ob der Bewohner gut versorgt ist.

285 I: Ok. (..) Wie nehmen Sie bei den Bewohnern das Thema Privatsphäre wahr?
286 Ist dies ein wichtiger Aspekt?

287 P1: Privatsphäre ist natürlich in den Einzelzimmern einfacher, als wie in den
288 Doppelzimmern. Es werden auch von den Mitarbeitern manche Verhaltenswei-
289 sen, manche hygienischen Auflagen oder Zimmerordnungen akzeptiert, was in
290 einem reinen Altenpflegeheim sehr wahrscheinlich nicht gehen würde. (..) Bei

291 uns sind manchmal die Zimmer sehr (..) wohnlich eingerichtet (lacht), im Sinne
292 des Bewohners. Geht nicht anders und wenn jemand aufgrund seiner Erkrank-
293 ung psychotisch ist, dann ist das Zimmer eben etwas mehr durcheinander, als
294 jemand der in einer stabilen Verfassung ist.

295 I: Das heißt es wird von den Mitarbeitern respektiert, wenn ein Bewohner sein
296 Zimmer für eine gewisse Zeit nicht aufräumen kann oder auch möchte.

297 P1: Genau. Also im Rahmen der Hygieneverordnung muss natürlich nach einer
298 bestimmten Zeit auf Verhaltensweisen aufmerksam gemacht und etwas Ordnung
299 hergestellt werden. Wir bieten dann zum Beispiel dem Bewohner an, zusammen
300 mit ihm aufzuräumen. (..) Aber es darf auch mal etwas unordentlich sein, so wie
301 bei einem in der eigenen Wohnung vielleicht auch mal. Man kennt das ja (lacht).

302 I: Und ist es im Kontext der Privatsphäre auch möglich, dass die Bewohner ihre
303 Zimmer abschließen können?

304 P1: Im offenen Bereich ja. Die Bewohner haben alle einen eigenen Schlüssel,
305 auch für ihren Schrank, indem sich ein Safe befindet. Man kann seine persönli-
306 chen Wertgegenstände wegschließen. Das gilt für Einzel- wie für Doppelzimmer.

307 I: Und welche Räumlichkeiten, im Sinne von gemeinschaftlichen oder therapeu-
308 tischen, stehen den Bewohnern im stationären und offenen Bereich zur Verfü-
309 gung?

310 P1: In jedem Wohnbereich gibt es eine sehr große Wohnküche, also alle zwölf
311 oder vierzehn Bewohner haben in dieser Wohnküche Platz zum Essen oder auch
312 um sich zu treffen und etwas zu plaudern. (..) Die Wohnküchen sind ausgestattet
313 mit einer Sofaecke, mit zwei oder mehreren Tischgruppen, natürlich einer Ein-
314 bauküche, aber auch mit Kalendern, Pinnwänden und Infotafeln.

315 I: Die Pinnwände und Infotafeln dienen dann zur Orientierung?

316 P1: Genau, also welche Angebote und Veranstaltungen bevorstehen. Im Gang
317 hängt auch eine Tafel die anzeigt, welcher Mitarbeiter an dem Tag im Dienst ist.
318 (..) Zusätzlich zu diesen Wohnbereichen, in denen oft unsere Betreuungsassis-
319 tenten Angebote anbieten, haben wir Therapieräume für Arbeits- und Beschäfti-
320 gungstherapie. Wir haben also einen Kreativraum und einen Raum für Arbeits-
321 therapie, aber auch einen großen Speisesaal, einen Kiosk und ein Café, welches
322 für die Zwischenmahlzeiten vormittags und nachmittags genutzt wird. Dann ha-
323 ben wir natürlich noch die gesamten Räumlichkeiten der hauswirtschaftlichen

324 Versorgung. Wir haben eine eigene Küche, die das Essen der Bewohner zube-
325 reitet. Wir haben eine eigene Wäscherei die wäscht und bügelt. Wir haben eigene
326 Reinigungskräfte und wir haben auch einen Hausmeister.

327 I: Und das bedeutet, dass dann so ziemlich alle Räumlichkeiten den Bewohnern
328 frei zur Verfügung stehen, beziehungsweise durch die Mitarbeiter in den Alltag
329 einbezogen werden?

330 P1: Ja genau. (..) In den Wohnbereichen sind innerhalb der Bäder auch Wasch-
331 maschinen und Wäscheständer vorhanden. Das heißt falls ein Bewohner etwas
332 selbstständig waschen möchte, kann er jederzeit die Waschmaschine nutzen, (..)
333 also sofern der Bewohner dazu in der Lage ist. Das kann man nicht bei jedem
334 voraussetzen. In jedem Wohnbereich ist auch ein Pflegebad vorhanden, das
335 heißt die Bewohner können die Dusche in ihrem Zimmer nutzen, es gibt aber
336 auch die Möglichkeit im Pflegebad zu duschen oder ein Bad zu nehmen. Wenn
337 man sich nämlich die Nasszellen in den Bewohnerzimmern anschaut, ist es
338 manchmal etwas unangenehm, wenn die Handtücher durch die Feuchtigkeit
339 nass werden. Da gehen manche Bewohner sehr gerne in das große Bad um zu
340 duschen. Dann bleibt auch das eigene Bad sauber (lacht). Die Badewannen in
341 den Pflegebädern sind auch mit einem Lifter ausgestattet, um auch Bewohnern
342 die nicht mehr so beweglich sind, ein Bad zu ermöglichen. (..) Je nach Wunsch
343 das Bewohners.

344 I: Was ist Ihrer Ansicht nach bei der Alltagsgestaltung der Bewohner wichtig? Sie
345 haben ja gerade schon die Wahl- beziehungsweise Entscheidungsfreiheit ange-
346 sprochen.

347 P1: So viel Normalität wie möglich. Es gibt Bewohner, die schlafen bis 10.00 oder
348 11.00 Uhr vormittags. (..) Wir haben einen Bewohner, der vorher in einem reinen
349 Altenheim war und der mit dem Tagesablauf nicht zurechtkam und dadurch auch
350 handgreiflich wurde. Er wurde um 7.00 oder um 7.30Uhr geweckt und das war
351 für ihn viel zu früh. (..) Wenn es einigermaßen geht, dann wird die Medikation so
352 verlagert, dass die Medikamente dann mittags, abends und nachts eingenom-
353 men werden, um den Rhythmus einzuhalten. Wenn es gar nicht anders geht,
354 dann würde dieser Bewohner in der Früh kurz geweckt werden, um die Morgen-
355 medizin einzunehmen und dann darf er aber weiterschlafen. Das ist bei uns auch
356 so akzeptiert. Zum einen durch die Mitarbeiter, aber auch weil die Angehörigen
357 miteingebunden werden. (...) In einem Alten- oder Pflegeheim wird dagegen oft

358 gefordert, dass die Morgentoilette und das Frühstück bis zur ersten Pause des
359 Personals abgeschlossen sein müssen.

360 I: Gibt es noch weitere Aspekte, die für Sie in Bezug auf die Alltagsgestaltung
361 wichtig sind?

362 P1: Ich denke, dass es auch wichtig ist, viel über die Bewohner zu wissen, sie
363 also wirklich zu kennen. Wir haben die Bewohner meist nicht nur für kurze Zeit
364 bei uns in der Einrichtung, sondern zum Teil auch über Zeiträume von XXX Jah-
365 ren. Diese sind dann in stabilen Phasen in das ambulant Betreute Wohnen aus-
366 gezogen, haben dort einige Jahre gelebt und sind später wieder in die Einrichtung
367 gegangen. Zum Teil zwei- oder dreimal. Also ich kann Ihnen diese Biografien
368 oder die letzten Jahrzehnte der Bewohner größtenteils aus dem Stehgreif sagen,
369 aber auch bei neuen, ich sag mal unbekanntem Bewohnern, ist das natürlich
370 wichtig. Das XXX soll ja eine Heimat sein und dafür sollte man auch persönliches
371 über die Bewohner wissen. Sei es in Bezug auf ihr vorheriges Leben, aber auch
372 ihre aktuellen Wünsche und Belange. (..) Da ist es dann Aufgabe des Bezug-
373 mitarbeiters, das alles zu notieren, auch wenn wir einen geringen Personalwech-
374 sel haben und damit alle Mitarbeiter eigentlich auch die individuelle Biografie und
375 Situation kennen. (4 sek.) Was auch ein ganz wichtiger Ansatzpunkt in Bezug auf
376 das Personal ist, dass Pflegemitarbeiter therapeutisch und Therapeuten pflege-
377 risch geschult werden, dass eine Akzeptanz gegenüber den anderen Berufsgrup-
378 pen gegeben ist. Umso mehr Wissen von den anderen Berufsgruppen vorhanden
379 ist, umso mehr werden Verhaltensweisen der Kollegen akzeptiert. Dabei wird
380 aber nicht die Fachlichkeit in Frage gestellt. (..) Also trotzdem werden bei zum
381 Beispiel medizinischen Angelegenheiten die Pflegedienstleitung oder die Wohn-
382 bereichsleitungen gefragt. Das sind ja die Fachkräfte im Pflegebereich. (..) Und
383 das leben wir auch unseren Auszubildenden und Praktikanten vor.

384 I: Sie haben es ja gerade schon angesprochen, dass es ein wichtiger Aspekt der
385 Einrichtung ist, den Bewohnern so viel Entscheidungsfreiheit wie möglich zu er-
386 möglichen. Könnten Sie vielleicht nochmal an Beispielen benennen, in welchen
387 Bereichen und in welchem Ausmaß die Bewohner autonom entscheiden kön-
388 nen? Bezogen auf den offenen Bereich im stationären Setting.

389 P1: Ja, die Bewohner können entscheiden, wann sie morgens aufstehen. Dann
390 gibt es die Zeit von 8.30 Uhr bis 9.00Uhr, in der der Kiosk geöffnet hat. Wenn die
391 Bewohner etwas einkaufen möchten, können sie dies eigenständig tun. Möchten

392 Bewohner an der Arbeitstherapie teilnehmen, dann beginnt diese um 9.00Uhr,
393 aber es besteht auch die Möglichkeit nach der Pause um 10.00 Uhr zu kommen
394 oder nur vormittags beziehungsweise nachmittags an der Arbeitstherapie teilzu-
395 nehmen. (..) Es besteht die Möglichkeit um 12.15Uhr Mittag zu essen, es besteht
396 aber auch die Möglichkeit um 13.15Uhr zu Mittag zu essen. Dann gibt es auch
397 das Auswählen, als weiteres Beispiel. Wenn jemand sagt, er mag das Tages-
398 essen nicht, dann kann er vorab ein anderes Essen bestellen. Ein sogenanntes
399 Zweitessen. Beim Essen gibt es dann auch das Schöpfsystem, da sind verschie-
400 dene Schüsseln auf dem Tisch und wenn jemand nur Appetit auf einen Kloß und
401 Soße hat und kein Fleisch möchte, dann nimmt derjenige sich kein Fleisch. Wenn
402 ein anderer aber sagt, er will nur Fleisch und Soße, dann nimmt er sich eben nur
403 das. So wie zu Hause eben auch. (..) Es besteht auch jederzeit die Möglichkeit
404 Obst oder Joghurt aus dem Kühlschrank zu nehmen. (..) Und so gibt es viele
405 Aspekte, bei denen der Ablauf oder die Tagesstruktur selbst von den Bewohnern
406 entschieden wird. Also die Individualität und Autonomie ist absolut wichtig. (...)
407 Die Betreuungsassistenten, die Angebote machen, in der Gruppe oder auch für
408 einzelne Personen, die sind meist für zehn Bewohner zuständig. Damit können
409 sie sich individuell nach den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner richten.
410 Möchte die Gruppe zum Beispiel einen Ausflug machen, so kann ein Kleinbus
411 reserviert und das Mittagessen abbestellt werden. Es ist möglich zu sagen man
412 fährt um 10.00 Uhr weg und kommt um 14.00 Uhr wieder. Es hängt auch von der
413 Verfassung des Bewohners ab. Ist jemand in einer stark depressiven Phase, wird
414 er wahrscheinlich nicht an einem Ausflug teilnehmen. Er möchte zwar, schafft es
415 aber nicht. Dieser Bewohner benötigt dann eher eine Einzelbetreuung, die dann
416 unsere Pflegefachkräfte ermöglichen, zum Beispiel durch einen Spaziergang o-
417 der ein Gespräch.

418 I: Sie haben gerade Angebote durch die Betreuungsassistenten angesprochen.
419 (..) Welche Alltags- und Freizeitaktivitäten werden denn innerhalb der Wohnein-
420 richtung angeboten?

421 P1: Da gibt es ganz verschiedene. Wie schon gesagt, durch unsere Räumlich-
422 keiten gibt es kreative Angebote, aber auch Bewegungsangebote wie Gymnas-
423 tik oder Kegeln. Es werden auch mal gemeinsam Spiele gespielt oder man fährt
424 mit dem Kleinbus zu irgendeiner kulturellen Veranstaltung. Also da wird schon
425 viel und oft geboten. (...) Die Kernzeiten der Betreuungsassistenten, welche
426 überwiegend solche Angebote machen, ist von 10.00 Uhr bis 15.00Uhr. In der

427 Frühe möchten die Bewohner meistens ihre Ruhe haben oder gehen eigenstän-
428 dig in den Kiosk, da haben sie also schon mal keine Zeit. Um 16.00Uhr ist Kaf-
429 feezeit, da werden die meisten Bewohner keinen Spaziergang machen oder et-
430 was basteln. Da gibt es Kaffee, da trifft man sich und tauscht sich aus. (..) Die
431 Kernzeit ist wie gesagt von 10.00 Uhr bis 15.00Uhr, wenn ein Ausflug geplant
432 ist oder mit der Gruppe eine Einkaufsfahrt gemacht wird, dann gibt es die Mög-
433 lichkeit die Arbeitszeiten zu verschieben. Es besteht die Freiheit bei unseren Be-
434 treuungsassistenzen zwei Stunden früher zu kommen oder auch zwei Stunden
435 später zu gehen.

436 I: Inwiefern können sich die Bewohner dann selbst bei den Angeboten einbringen
437 oder engagieren? Sie hatten ja vorhin das Beispiel mit den beiden Bewohnern
438 gebracht, die sehr musikalisch sind. Wäre es möglich, dass diese beiden ein Mu-
439 sikangebot für die anderen Bewohner machen?

440 P1: Ja natürlich. Wir haben eine Mitarbeitern, die sehr aktiv ist und oft Singen
441 und Musizieren innerhalb der Einrichtung anbietet. Wenn die beiden Bewohner
442 dann sagen würden, dass sie selbst gerne mal eine Stunde gestalten wollen,
443 dann ist das natürlich möglich.

444 I: Merken Sie dann auch, dass sich dies auf die Bewohner auswirkt, wenn sie
445 sich selbst einbringen können?

446 P1: Ganz zu Beginn, vor circa XXX Jahren, haben die Bewohner ihre Rechte gar
447 nicht eingefordert. Die waren in der Beziehung, dass andere für sie entscheiden
448 und sie sich dem beugen. Bis wir dann aktiv dem entgegenwirkt haben, Heimbe-
449 wohnervertretungen gewählt, Einzel- und Gruppengespräche eingeführt haben,
450 um bestimmte Themen, Fragen oder auch Diskussionen zu ermöglichen. Wenn
451 man mit einem bestimmten Bewohner oder einem Mitarbeiter nicht zurecht
452 kommt, seine Meinung zu äußern und sich zu beschweren. (...) Heute gibt es
453 viele Bewohner, die sagen wenn ihnen etwas nicht passt und das war vor XXX
454 Jahren kaum denkbar. (..) Auch die Angehörigen merken dass, kriegen diesen
455 Prozess mit und das ist dann für uns Mitarbeiter wiederum schön mitzubekom-
456 men. Oft ziehen sich nämlich Angehörigen zurück, wenn psychisch erkrankte
457 Menschen eigenständig leben, keine Medikamente nehmen und zum Teil ver-
458 wahrlosen. Wenn sie dann aber bei uns in der Einrichtung sind, sich stabilisiert
459 haben, medikamentös eingestellt sind- das ist nämlich ein ganz wichtiger Bau-
460 stein, bei der Behandlung von psychisch kranken Personen. Den kann man nicht

461 weglassen. Medikamente sind aufgrund der psychischen Erkrankung erforder-
462 lich. Dieser Rahmen, der dann innerhalb der Einrichtung ermöglicht wird, dass
463 Bewohner und die Mitarbeiter, zusammenarbeiten und sich dadurch die Bewoh-
464 ner wieder stabilisieren, sodass Angehörige wieder vermehrt Kontakt aufneh-
465 men, (..) dann ist das für beide Seiten, Bewohner und Angehöriger, ein gutes
466 Gefühl. Ich sage auch immer zu den Angehörigen, wenn es Fragen gibt, dann
467 fragt nach oder kommt in XXX vorbei. Schaut nach wie es ihm geht. Wir sind aber
468 auch so ehrlich und kommunizieren klar, wenn uns ein Bewohner im Moment
469 nicht so gut gefällt, er in einer schlechten Phase ist. Das weiß ein Angehöriger
470 und das akzeptiert er auch.

471 I: Das heißt sie als Einrichtung versuchen auch so aktiv wie möglich Angehörige
472 oder andere soziale Kontakte miteinzubeziehen?

473 P1: Ja. (..) Wir haben auch die Erstkontakte zu Angehörigen nach Jahren wieder
474 aufgebaut. (...) Wir haben dann Kinder der Bewohner wieder gefunden, mit de-
475 nen man sich dann in einem Café oder einem anderen neutralen Ort getroffen
476 hat. Ja und dann nach und nach den Kontakt langsam wieder aufgebaut hat. Wir
477 versuchen uns dann auch reinzusetzen, die Perspektive anzunehmen. Be-
478 stimmt haben die Angehörigen viel mit dem Bewohner erlebt, auch viel Negati-
479 ves. Wenn ein psychisch Kranker in der Familie ist, die Kinder nicht versorgen
480 kann, den Haushalt nicht führen kann oder zum Familieneinkommen nicht beitra-
481 gen konnte, dann sind da oft viele negative Gefühle und Erinnerungen vorhan-
482 den. (..) Wenn die Angehörigen aber sehen, dass es der Mutter oder dem Vater
483 gut geht, dann sind die Kontakte auch wieder intensiver.

484 I: Und würden Sie auch allgemein sagen, dass die Bewohner den Kontakt zu
485 Angehörigen, Freunden oder anderen Personen selbst pflegen oder muss die
486 Einrichtung da viel initiieren?

487 P1: Wenn es gut läuft und da ist jeder Bewohner anders, dann ziehen wir uns als
488 Einrichtung oder Mitarbeiter wieder aus dem Kontakt heraus. Sie brauchen uns
489 ja dann nicht. Das ist immer Hilfe zur Selbsthilfe. Wir sind nur der Initiator und
490 wenn die Schwelle zwischen den Angehörigen und dem psychisch kranken Men-
491 schen einmal weg ist, dann ziehen wir uns raus. Der Kontakt ist da auch ganz
492 unterschiedlich. Manche Angehörige und Freunde erscheinen dann regelmäßig
493 in der Einrichtung oder treffen sich wo außerhalb. Manche telefonieren viel und
494 halten dadurch den Kontakt aufrecht. Manche führen den Kontakt nur auf einem

495 Minimum, indem man mal ab und zu eine Karte oder Bilder von den Enkelkindern
496 schickt, dann ist das auch schon viel wert.

497 I: Werden trotzdem von der Einrichtung aus Angebote oder Veranstaltungen ini-
498 tiert, zu denen Angehörige und andere soziale Kontakte eingeladen sind?

499 P1: Ja ständig (lacht). Es wohnen XXX Leuten in der Einrichtung, also gibt es
500 allein schon XXX Geburtstage im Jahr. Das heißt zum Geburtstag bekommt jeder
501 Bewohner eine Torte vom Haus, die er sich vorher aussuchen und bestellen
502 kann. Dazu lädt er sich seine Wohngruppe um 10.00 Uhr, seine Arbeitsgruppe
503 um 14.00Uhr oder auch seine Musikfreunde und Angehörigen um 16.00 Uhr ein
504 und feiert dann. Für mich ist es auch wichtig, dass die Bewohner ihren Geburts-
505 tag auch tatsächlich an ihrem Geburtstag feiern und nicht, wie in anderen Ein-
506 richtungen, an einem gesammelten Termin im Monat. Das ist gar nicht negativ
507 gemeint, aber ich feiere meinen Geburtstag auch direkt an meinem Geburtstag,
508 warum soll das dann auch hier nicht möglich sein? (..) Auch die Verabschie-
509 dungsrituale, wenn jemand im Sterben liegt sind wichtig. Wenn es ein Doppel-
510 zimmer ist, dann zieht der andere Bewohner vorübergehend in ein anderes Zim-
511 mer, damit der andere Bewohner allein in seinem Zimmer ist. Wir haben auch
512 eine Hospizbegleiterin und eine Palliativversorgung. Wir begleiten also auch un-
513 sere Bewohner. (..) Sie dürfen bis zum letzten Atemzug bleiben und bei uns
514 versterben. (...) Unsere Bewohner wissen auch, dass wenn es innerhalb der Fa-
515 milie keine Vorkehrungen gibt, dann hat es im Ort einen Friedhof, mit den Grä-
516 bern unserer Bewohner. Es findet dann auch eine Beerdigung statt, bei der man
517 sich mit Blumen, Gebeten und Liedern von der Person verabschieden kann. Das
518 wird auch bei uns gemacht und das ist für die Bewohner ein ganz wichtiger As-
519 pekt, weil sie wissen, dass sich das XXX darum kümmert und ggf. auch als Fa-
520 milie auftritt. (..) Die normalen Festlichkeiten innerhalb des Jahres kommen dann
521 auch noch dazu, also Heiligabend, Silvester, Fasching, Ostern und so weiter. Wir
522 haben auch ein großes Sommerfest, zu dem viele Angehörige, aber auch An-
523 wohner kommen. Da gibt es einen Grillwagen mit Leckereien, Kaffee und Ku-
524 chen, frische Getränke (...) oder das Sportfest. Da kommen die Jugendlichen zu
525 uns in die Einrichtung und machen mit unseren Bewohnern Sackhüpfen, Ballwer-
526 fen etc. Am besten kommt man über die jungen Menschen an die Bewohner einer
527 Ortschaft ran.

528 I: Habe ich richtig herausgehört, dass sie versuchen vorhandene, regionale Ver-

529 sorgungsstrukturen bei der Alltags- und Freizeitgestaltung miteinzubeziehen, be-
530 ziehungseise selbst zu schaffen?

531 P1: Wenn im Ort Kirchweih ist, dann riecht unser Haus nach Küchle. Unsere Kü-
532 che und zum Teil unsere Bewohner backen dann Küchle. (...) Also das ist nur
533 ein Beispiel, aber wir versuchen uns schon aktiv im Ort einzubringen, Bezugs-
534 punkte herzustellen und Vorhandenes zu nutzen, natürlich.

535 I: Um nun wieder auf die Bewohner innerhalb der Einrichtung zurück zu kommen,
536 wie würden Sie den Kontakt untereinander einschätzen? Muss dieser durch die
537 Einrichtung oder die Mitarbeiter gefördert werden?

538 P1: Es ist wie im richtigen Leben auch. Manche vertragen sich sehr gut, schlie-
539 ßen Freundschaften, verbringen viel Zeit zusammen und die anderen streiten
540 andauernd. Da ist alles bunt durchmischt (lacht).

541 I: Und würden Sie sagen, dass es trotzdem bestimmte Aspekte gibt, die für das
542 Zusammenwohnen der Bewohner von Relevanz sind?

543 P1: Die Verhaltensweisen der Mitarbeiter, spiegeln sich am Bewohner wieder.
544 Ich Sieze Bewohner und diese sprechen mich auch mit „Sie“ an. Bei manchen
545 jüngeren Bewohnern, die etwas persönlicher angesprochen werden möchten,
546 spreche ich diese mit ihrem Vornamen, aber auch wieder mit „Sie“ an. Das spie-
547 gelt sich auch im Umgang unter den Bewohnern selbst wieder. Respektvoller
548 Umgang und auch Probleme ansprechen zu können und zu dürfen. (..) Wenn es
549 ein Problem gibt, dann werden diejenigen Bewohner, welche das Problem zu-
550 sammen haben, auf die Seite genommen und zu einem Gespräch gebeten. (...)
551 Oder bei Beleidigungen oder Handgreiflichkeiten gehe ich sofort dazwischen und
552 sage: „Stopp, das geht nicht. So ein Verhalten gibt bei uns nicht“.

553 I: Heißt die Bewohner lernen durch das Auftreten der Mitarbeiter selbst Grenzen
554 zu setzen und in Konflikten dazwischen zu gehen.

555 P1: Genau und die Mitarbeiter gleich mit. Wir haben mehrmalige Supervisions-
556 termine im Jahr, bei der das Team dann bestimmte Themen bespricht und sich
557 selbst reflektieren kann. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. (..) Auch Weiterbildun-
558 gen und Schulungen für Mitarbeiter anzubieten oder über den Betriebsrat Kon-
559 takt zu anderen Einrichtungen herzustellen. Das zieht sich durch das ganze Kon-
560 zept im Haus.

561 I: Diese Frage geht jetzt nochmal in eine etwas andere Richtung, aber ist es
562 möglich, dass von Bewohnern Partner und Partnerinnen mit in die Einrichtung
563 ziehen? Die ggf. auch keine psychische Erkrankung haben?

564 P1: Im ambulanten Wohnen, ja. Da ist das alles einfacher und auch gar kein
565 Problem. Die ambulante Versorgung umfasst einen Mietvertrag, einen Betreu-
566 ungsvertrag und eine Tagesstruktur und was der psychisch kranke Bewohner
567 abrufen, das bekommt er. (...) Wenn es einen nicht erkrankten Partner gibt, dann
568 gibt es einfach nur einen Mietvertrag. Im stationären Setting haben wir schon
569 erlebt, dass sich Pärchen gebildet haben, aber da ist es von der gesamten Lo-
570 gistik her schwer, jeweils einen Platz für den Partner zu ermöglichen. (...) Die
571 Einrichtung ist auf XXX Personen mit psychischer Erkrankung und Pflegebedarf
572 ausgerichtet und wir haben da keinen Platz weitere Personen aufzunehmen.

573 I: Sie hatten ja gerade kurz die Beziehung zwischen den Mitarbeitern und den
574 Bewohnern angesprochen, also dass Authentizität und Respekt sehr wichtig
575 sind. Gibt es vielleicht noch weitere Aspekte, die Ihrer Meinung nach innerhalb
576 der Beziehung von Relevanz sind?

577 P1: Ich denke, dass auch die menschlichen Zuwendungen ganz wichtig sind, um
578 in Krisenzeiten an die Bewohner ranzukommen. (...) Und auch mal eine zweite
579 und dritte Chance zu geben. Das ist für manche Mitarbeiter manchmal sehr
580 schwierig, aber für die Bewohner sehr wichtig. Auch das Vertrauen dann zu ha-
581 ben, der Mitarbeiter oder Bezugsmitarbeiter ist trotzdem für mich da, auch wenn
582 ich mich mal unangenehm verhalten habe.

583 I. Da Sie gerade von Bezugsbetreuer bzw. Bezugsbetreuern gesprochen haben.
584 Welche Vorteile, beziehungsweise auch Grenzen nehmen Sie diesbezüglich
585 war?

586 P1: Für die Bewohner selbst ist, denke ich, diese Zuverlässigkeit ein klarer posi-
587 tiver Aspekt. Dass Mitarbeiter für einen da sind, egal was vorgefallen ist. (...) Oder
588 das mich dieser Bezugspfleger von Grund auf kennt. Dem muss ich nicht meine
589 vorherige Lebenssituation oder meine aktuelle Gefühlslage schildern, der weiß
590 das alles. (...). Grenzen sind dann eben, wenn man vielleicht von den Bewohnern
591 gegenseitig ausgespielt wird. Also wenn es dann heißt: „Der Mitarbeiter hat aber
592 das gesagt“ oder „Der Mitarbeiter hat mir das aber erlaubt“. Das ist manchmal
593 schon ein Problem, aber eines mit dem man auch umgehen kann.

594 I: Wie wird denn die Gesundheit der Bewohner, innerhalb der Einrichtung geför-
595 dert?

596 P1: Wir haben eine Arztvisite, einer Allgemeinärztin, jede Woche im Haus. Da
597 darf jeder hingehen der möchte. Im vierzehntägigen Abstand kommt ein Neuro-
598 loge zu uns in die Einrichtung, da darf auch jeder zur Visite hin, beziehungsweise
599 muss auch hin, weil der Arzt die Bewohner einmal im Quartal sehen möchte. Die
600 weitere medizinische Versorgung findet in XXX statt, bei Fachärzten. Dafür ha-
601 ben wir dann eigens einen Fahrdienst, der die Bewohner begleitet. (...) Ernäh-
602 rung ist auch ein wichtiger Aspekt, der innerhalb der Einrichtung berücksichtigt
603 wird. Wir versuchen darauf zu achten ausgewogene Ernährung anzubieten,
604 sprich Obst, Gemüse, Salat- wir haben auch min. einmal in der Woche ein Salat-
605 büffet. (...) Die psychische Gesundheit wird u.a. durch die medizinische Versor-
606 gung gesichert, aber auch durch Einzel- und Gruppengespräche, welche die Be-
607 wohner in Anspruch nehmen können, besonders in krisenhaften Zeiten. Auch
608 das Wissen, dass rund um die Uhr Mitarbeiter vor Ort sind. Also diese Sicherheit
609 einen Ansprechpartner im Notfall zu haben oder wenn etwas anderes sein sollte.
610 (...) Wir haben auch einen kleinen Fitnessraum, der im Moment jedoch nicht allzu
611 häufig genutzt wird (lacht). Also das sind lauter kleine Zahnrädchen, die ineinan-
612 der greifen.

613 I: In welchen Bereichen und in welchem Ausmaß, benötigen und erhalten die Be-
614 wohner Unterstützung?

615 P1: Ich würde sagen in allen Bereichen. Im psychosozialen Bereich, im pflegeri-
616 schen und medizinischen Bereich. (...) Doch, ich würde sagen in allen Bereichen,
617 aber natürlich unterschiedlich stark ausgeprägt. Je nach Pflegegrad auch.

618 I: Ihre Einrichtung ist darauf ausgelegt, dass bei einem steigenden Pflegebedarf
619 die Bewohner weiterhin im Haus leben können. Was sind Vorteile beziehungs-
620 weise Grenzen?

621 P1: Ein Vorteil ist wieder die Kontinuität. Der Bewohner muss nicht auf seine
622 letzten Jahre umziehen, sich einem neuen Umzug stellen, ein neues Zuhause
623 finden. Er kann in seiner gewohnten Umgebung bleiben, mit vertrauten Personen
624 und kann seinem Alltag nachgehen.

625 (Kurze Unterbrechung des Interviews, 5 min.)

626 I: Wir sind nun fast am Ende der Befragung. Ich würde Sie gerne noch fragen,

627 welche Perspektiven Sie sich im Bereich Wohnen für ältere Menschen mit einer
628 psychischen Erkrankung und einem Pflegebedarf wünschen?

629 P1: Die Perspektiven sollten sein, individuelle Wohnmöglichkeiten anbieten zu
630 können und damit auch die dementsprechenden Ressourcen zu haben. Das
631 heißt zum Beispiel im ambulanten Setting, eigenen Wohnraum für psychisch
632 kranke Menschen zu haben, der auch bezahlbar ist. Ich denke nämlich, dass das
633 ambulante Wohnen die Zukunft ist. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass wir
634 als Träger die Räumlichkeiten anmieten müssen um diese dann den Bewohnern
635 untervermieten zu können. Der Grund dafür ist, dass es für psychisch kranke
636 Menschen sehr schwierig ist, auf dem Wohnungsmarkt Wohnraum zu finden.
637 Mein Ziel, beziehungsweise mein Wunsch wäre es, Wohneinheiten mit zwölf
638 Plätzen anbieten zu können, die dann im ambulant Betreuten Wohnen versorgt
639 werden können. Was aber nicht ausschließt, dass eine stationäre Unterbringung
640 für manche Bewohner erforderlich ist. (..) Da wir als XXX beide Wohnformen an-
641 bieten, können wir auch Erfahrungen sammeln, ob ein ambulantes Setting zur
642 Versorgung der Personengruppe ausreichend ist. (..) Und wie ich Ihnen auch
643 schon gesagt habe, die Möglichkeit anzubieten wieder nahtlos in die Einrichtung
644 zurückkommen zu können, wenn das ambulante Wohnen nicht ausreichend ist.

645 I: Und welche Erwartungen haben Sie in diesem Kontext dabei an die Politik,
646 Wissenschaft oder auch an die Soziale Arbeit?

647 P1: Aktuell ist es so, dass die Pflegekassen im ambulanten Bereich die Medika-
648 mentenausgabe nicht finanzieren möchten. Damit ist die Medikamentengabe, die
649 meist morgens, mittags, abends ist nicht mehr gewährleistet beziehungsweise
650 sichergestellt. Dies gefährdet dann die Stabilität des Bausteins Medikation, in der
651 Versorgung psychisch kranker Menschen und wirkt sich damit auch wieder ne-
652 gativ auf die Personen selbst aus. (...) Mein Wunsch wäre es, wie gesagt, be-
653 zahlbaren Wohnraum zu schaffen. Wir haben viele Wohnungen im Raum XXX
654 angemietet, da wissen die Nachbarn nicht, dass dort psychisch kranke Menschen
655 leben. (..) Da sind an der Türklingel ausschließlich Namen angebracht und kein
656 Symbol oder Logo der XXX. Das wäre wünschenswert, dass es so etwas öfters
657 geben würde.

658 I: Dann sind wir mit den Fragen und dem Interview am Ende. Vielen herzlichen
659 Dank für Ihre Zeit.

Anhang 10: Transkript Professioneller P2

Transkript Probandin P2

(P2) für Interviewte: Professionelle P2

(I) für Interviewende: Madeleine Martin

1 I: Welche berufliche Ausbildung und ggf. Zusatzqualifikationen haben Sie?

2 P2: Ich bin Diplom Sozialpädagogin. (...) Ich habe viele Fortbildungen und Schu-
3 lungen gemacht, besitze aber keine Zusatzausbildung in dem klassischen Sinn.

4 I: Und wie lange arbeiten Sie bereits in der Einrichtung und seit wann in der Funk-
5 tion der Leitung?

6 P2: Ich arbeite seit 1992 mit Personen mit einer psychischen Erkrankung. Ange-
7 fangen habe ich im XXX und seit circa XXX arbeite ich im XXX für Menschen mit
8 einer psychischen Erkrankung. (...) Die Leitung im XXX habe ich seit XXX.

9 I: Und seit wann besteht das XXX?

10 P2: Das XXX besteht jetzt seit XXX. Ich bin also seit Beginn dort als Leitung tätig.

11 I: Was war der Beweggrund für die Eröffnung?

12 P2: Wir betreuen schon seit langer Zeit Menschen mit psychischen Erkrankun-
13 gen in ihren Wohnungen. Dies ist eine aufsuchende Arbeit, weshalb wir viel im
14 Einzelkontakt sind. (...) Mittlerweile sind viele unserer Klienten, 50 oder 55 Jahre
15 alt. Diese sind aber in der Regel chronifiziert, was einer Voralterung gleich-
16 kommt. Das heißt sie ähneln eher einer Person im Alter von 60 oder 65 Jahren.
17 Diese Abbauprozesse kommen unter anderem von der jahrelangen Medikamen-
18 tengabe und der psychischen Erkrankung selbst, die meist als Belastung wahr-
19 genommen wird und sich auch körperlich auswirkt. Dadurch altern diese Perso-
20 nen schneller. (...) Wir haben uns da seit langem Gedanken gemacht, ob wir die-
21 sen Menschen mit unserer Arbeit noch umfassend begegnen. (...) Die Klienten
22 verbringen viel Zeit in ihren Wohnungen, wobei das Thema Einsamkeit auch prä-
23 sent ist. Wir kommen nur zwei- bis dreimal in der Woche, begleiten sie bei Ein-
24 käufen, bei Arztbesuchen, helfen im hauswirtschaftlichen Bereich oder führen
25 Gespräche, aber ich hatte immer so das Gefühl, da fällt etwas hinten runter, ins-
26 besondere der soziale Kontakt zu anderen Personen. (...) Wir versuchen immer
27 die Menschen in Arbeits- oder Beschäftigungstherapien zu vermitteln, um unter

28 anderem mehr Begegnung zu schaffen. Das nehmen auch viele ältere Menschen
29 in Anspruch. Das sind insgesamt drei Stunden am Tag, aber trotzdem wurde
30 noch viel Zeit alleine verbracht. Die Menschen mit einer psychischen Erkrankung
31 gehen von sich aus auch selten aus dem Haus. Gerade die Älteren, denen es
32 vielleicht auch schwerer fällt, die nicht mehr so mobil sind. Die Bewohner unserer
33 Wohngemeinschaften, wir haben insgesamt zwei im Betreuten Wohnen, leben
34 sehr gerne in der Gemeinschaft. Natürlich geht das auch mit Streitigkeiten ein-
35 her, wie in jeder anderen WG auch. (..) Wir haben uns aber gedacht, um diesen
36 Personenkreis, als auch dem Älterwerden gerecht werden zu können ein Ange-
37 bot zu schaffen, um in einem gemeinschaftlichen Wohnen mehr Bedürfnisse ab-
38 decken zu können. (4 sek.) Uns hat dann auch in die Hände gespielt, dass eine
39 Immobilie frei wurde, die früher ein Seniorenheim war. Damit waren bestimmte
40 Gegebenheiten schon da, sodass man keinen kompletten Umbau finanzieren
41 musste. Die Immobilie hat drei Stockwerke. Unten im Erdgeschoss ist ein XXX,
42 im ersten und zweiten Stock sind unsere Wohngemeinschaften und in der dritten
43 Etage ist das XXX. Der erste und zweite Stock bilden dann verschiedene Wohn-
44 räume, die circa 15 oder 16 qm groß sind. (..) Es gibt behindertengerechte Nass-
45 zellen, mit Toilette, Dusche und Waschbecken. Allerdings ist hierbei der Nachteil,
46 dass sich zwei Bewohner eine Nasszelle teilen müssen. Das heißt man kann
47 durch die Nasszelle hindurch, in das andere Einzelzimmer gehen. Wir haben die
48 Türen jetzt mit Riegeln versehen, damit man das Bad abschließen kann. Wenn
49 sich jemand im Bad befindet, dann kann er die Tür zum anderen Zimmer hin-
50 zumachen, sodass ihn keiner stören kann. (..) Aber es ist eine gemeinschaftliche
51 Nutzung von Bad und Toilette. Das ließ sich baulich auch nicht mehr ändern. Wir
52 hätten dann Fläche von den Räumen wegnehmen müssen und diese waren un-
53 serer Ansicht nach nicht so groß, dass man nochmal 5 qm ohne Weiteres hätte
54 entfernen können. (...) Auf jedem Stockwerk gibt es auch eine Wohnung, die ein
55 eigenes Bad und eine eigene Toilette hat. Ansonsten war es einfach schon sehr
56 behindertengerecht gedacht und daher war es auch naheliegend, dass wir diese
57 Wohngemeinschaft für ältere Menschen mit einer chronischen psychischen Er-
58 krankung, mit absehbaren Pflegebedarf aufmachen.

59 I: Heißt das, dass die Standortwahl der Einrichtung sich in erster Linie an der
60 bereits vorhandenen Immobilie orientiert hat?

61 P2: Genau, also wir haben den Standort nicht gezielt ausgesucht, sondern uns
62 kam wie Immobilie sehr entgegen. (..) Wobei wir schon sehr zufrieden mit dem

63 Standort sind, denn die Einrichtung ist sehr zentrumsnah. Das heißt die Innen-
64 stadt, das Rathaus, das Bürgerbüro, das ist alles fußläufig erreichbar. Auch der
65 XXX, in dem sich eine Apotheke, verschiedene Ärzte, Krankengymnastik, Mode-
66 und Schuhgeschäfte, aber auch ein Rewe befinden sind sehr gut erreichbar. Eine
67 zentrale Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel ist auch gegeben, um zum
68 Beispiel nach XXX zu fahren, wenn es die Mobilität zulässt. Auch hier waren die
69 Gegebenheiten sehr ideal. (..) Nachteilig ist, dass die Einrichtung an einer viel
70 befahrenen Straße liegt. Dies wird sich als schwierig erweisen, wenn bei den
71 Bewohnern verstärkt dementielle Entwicklungen auftreten. Es gibt einige, bei de-
72 nen wir eine Erkrankung vermuten, aber auch Einige bei denen es diagnostiziert
73 ist. Hier müssen wir rechtzeitig Vorbereitungen treffen, damit keine potentielle
74 Gefährdung entsteht. Ein weiterer Nachteil ist, dass die Einrichtung etwas in die
75 Jahre gekommen ist. (..) Im ersten Jahr waren die baulichen Gegebenheiten sehr
76 relevant und weniger die inhaltliche Gestaltung. Das hat alles viel Zeit bean-
77 sprucht und war sehr Energie raubend.

78 I: Das klingt wirklich nach viel Arbeit, aber es scheint dass die positiven Aspekte
79 überwiegen (P2: Doch, auf jeden Fall). Können Sie mir sagen welche Berufsgrup-
80 pen innerhalb der Einrichtung arbeiten?

81 P2: Für den pädagogischen Bereich ist es notwendig, dass die Mitarbeiter Sozi-
82 alpädagogen sind. Wir arbeiten auch mit der ambulanten Behandlungspflege zu-
83 sammen, da sind es Krankenschwestern und examinierte Altenpfleger. (..) Das
84 System haben wir bereits im Betreuten Einzelwohnen installiert. Die Bewohner
85 haben einen entkoppelten Miet- und Betreuungsvertrag, der es ermöglicht, dass
86 die ambulante Pflege kommt. Diese übernimmt Aufgaben wie die Medikamen-
87 tengabe, das Anziehen von Kompressionsstrümpfen, die Unterstützung im haus-
88 wirtschaftlichen Bereich oder auch die Körperwäsche. (...) Für uns ist die Medi-
89 kamentengabe ein wichtiger Aspekt, da unsere Bewohner diese oft von selbst
90 reduzieren oder ganz vergessen. Dies liegt unter anderem daran, dass die Be-
91 wohner ihre psychische Erkrankung nicht akzeptieren können und dementspre-
92 chend die Medikamente nicht einnehmen. Sie werden ja mit jeder Tablette wieder
93 daran erinnert. (..) Aus diesen Gründen war es uns wichtig, dass dies durch die
94 Behandlungspflege abgedeckt ist. Natürlich ist es das auch nicht hundertprozen-
95 tig, weil manchmal die Bewohner nicht in der Wohnung sind oder die Medika-
96 mente mit verschiedenen Tricks doch nicht eingenommen werden. Wenn man
97 nicht möchte, dann gibt es immer Möglichkeiten. (..) Aber das was wir an Sicher-

98 heit leisten können ist durch die Sozialstation gegeben. Wir kennen uns schon
99 sehr lange und wir arbeiten sehr intensiv zusammen. Bei diesem Wohnprojekt,
100 dem XXX haben wir uns überlegt, dass wir einen Schritt weitergehen müssen,
101 also dass wir noch vernetzter arbeiten. Bisher war es so, dass wenn die Sozial-
102 station in die Wohnungen kommt und etwas nicht passt oder funktioniert, dass
103 sie uns dann informiert. Andersrum genauso. Jetzt habe ich aber die Sozialsta-
104 tion darum gebeten, Angebote aus ihrer Fachlichkeit heraus anzubieten, die ich
105 so nicht leisten kann. Also sprich Ernährungsberatung im Alter, Sturzprophylaxe,
106 grundsätzliche wie man mit den körperlichen Beschwerden im Alter zurecht-
107 kommt oder auch Sitzgymnastik. Also wirklich Angebote von Fachkranken-
108 schwestern. Ich habe auch gestern ein Gespräch mit einer Altenpflegerin geführt,
109 die auch ergotherapeutisch arbeitet und mit uns kooperieren möchte. (4 sek.)
110 Also das ist ein Unterschied zum normalen Betreuten Wohnen.

111 I: Das heißt die ambulante Pflegestation versucht auch gesundheitsfördernde
112 Angebote anzubieten?

113 P2: Genau. (..) Das ist noch ganz neu und man muss noch einiges besprechen,
114 zum Beispiel in welchem Umfang das alles leistbar ist. Die müssen natürlich auch
115 schauen, wie sie diese Arbeit finanzieren können. (..) Mein Wunsch war auch
116 eine Gerontologin einzustellen. Ich hatte auch eine Bewerberin, die mir jedoch
117 kurzfristig aus privaten Gründen abgesprungen ist. Damit könnte man die Fach-
118 lichkeit der Arbeit nochmal belegen. (..) Ich bin weiterhin auf der Suche nach eine
119 gerontologische Fachkraft und habe dafür auch noch Arbeitsstunden in meiner
120 Kalkulation offen. Zuerst mache ich aber den Schritt mit der Altenpflegerin. Mir
121 wäre es aber wichtig ist, dass es eine Fachkraft gibt, die so etwas wie Biografie-
122 arbeit anbieten kann. Die Chronifizierung bringt dann auch verschiedene körper-
123 liche Beschwerden und Krankheiten frühzeitig mit sich. (...) Es gibt viele Bewoh-
124 ner bei uns, die an Krebs erkrankt sind, einen Schlaganfall oder Herzinfarkt hat-
125 ten. Ein Bewohner hat auch eine sehr seltene Erkrankung. (..) Dies sind eben
126 Aspekte, die neben der psychischen Erkrankung auftreten. Das macht es für die
127 Menschen noch schwieriger, da in der Regel ein soziales Netz nicht so vorhan-
128 den ist.

129 I: Wie wirkt sich diese Rundumversorgung, durch Sozialarbeiter, Kranken-
130 schwestern etc. auf die Bewohner aus?

131 P2: Sehr positiv. Es gab zu Beginn natürlich auch Anfangsschwierigkei-
132 ten. Zum Beispiel wenn die Hauswirtschaftskraft in die Zimmer gekommen ist und
133 geputzt hat, ohne den Bewohnern miteinzubeziehen. Da gab es schon viele
134 Rücksprachen. (..) Ich denke auch, dass jede Person das anders macht, allein
135 von ihrer Persönlichkeit her. Da haben wir uns oftmals zusammensetzen und
136 Absprachen treffen müssen, aber mittlerweile funktionieren Prozesse und Ab-
137 sprachen sehr gut und man weiß an wen man sich wenden muss. Ich denke das
138 ist mittlerweile eine Institution, dass zweimal die Woche eine Fachkraft kommt
139 die hilft, die Wohnung zu reinigen. Man kann aber auch, wenn nicht viel zu tun
140 ist, mal zusammen einen Kaffee trinken und sich kurz begrüßen. (..) Das ist auch
141 mit den Sozialpädagogen so, also das ist alles eine Begegnung auf Augenhöhe.
142 (..) Wenn die Bewohner aber mehr Unterstützung benötigen, dann ist es gut,
143 wenn man sich mit solchen Dingen wie dem Putzen der Wohnung nicht beschäf-
144 tigen muss. Deswegen ist dies eine positive Ergänzung für unser Haus.

145 I: Das kann ich mir gut vorstellen. (...) In welchem Kontext benötigen ihrer Mei-
146 nung nach die Bewohner Unterstützung, außer vielleicht bei der Reinigung der
147 Wohnung und Zimmer?

148 P2: Unterstützung ist immer wieder Thema im Rahmen der Alltagsbegleitung.
149 Zum Beispiel bei der Entscheidung, kann ich meinen Wohnraum selbstständig
150 pflegen oder benötige ich Unterstützung durch die Mitarbeiter? Unterstützung ist
151 auch in kritischen Phasen notwendig. Da kommt es dann zu einer engmaschige-
152 ren Begleitung, zu mehr Gesprächen und weiteren Angeboten, wie ärztlicher Be-
153 treuung. (...) Wenn wir merken dass es einen Bewohner gibt, der sich mehr und
154 mehr isoliert, dann versuchen wir gemeinsam herauszufinden woran es liegt und
155 welche Möglichkeiten es ihm erleichtern würde, wieder rauszugehen. Uns ist es
156 wichtig den Bewohnern alle Möglichkeiten aufzuzeigen, ihnen dann aber die Ent-
157 scheidungsfreiheit zu lassen. (4 sek.) Um auf Ihre Frage zurückzukommen, ich
158 denke das ist ganz individuell. Wenn jemand zum Beispiel Hilfe benötigt einen
159 Renten- oder Pflegeantrag auszufüllen, dann unterstützen wir ihn natürlich auch
160 dabei. (..) Was auch deutlich geworden ist, dass unsere Bewohner vermehrt Be-
161 gleitung bei Arztbesuchen oder Spezialkliniken benötigen. Das heißt dass wir die
162 Bewohner oft zum Arzt hinfahren, beim Gespräch anwesend sind und anschlie-
163 ßend wieder in die Wohngruppe fahren. Das heißt die Begleitung umfasst nicht
164 nur den Transport, sondern auch die Anwesenheit bei den ärztlichen Gesprä-
165 chen, weil die Personen dann aufgeregt sind oder nicht alles verstehen, was der

166 Arzt ihnen sagt. Ich denke da benötigt es schon eine intensivere Begleitung. (..)

167 I: Sie haben ja gerade verschiedene Bereiche und Angebote benannt, welche die
168 Bewohner im Alltag entlasten. Werden denn weitere unterstützende Dienste im
169 XXX angeboten?

170 P2: Wir haben zum einen eine Reinigungskraft, die habe ich ja gerade schon
171 genannt. Diese kommt wöchentlich und reinigt die Wohngruppe. Die Bewohner
172 müssen aber ihre Zimmer selbst in Ordnung halten, da sollte die Reinigungskraft
173 eher weniger helfen. Ansonsten haben wir im hauswirtschaftlichen Bereich die
174 Möglichkeit von Essen auf Rädern, da doch nicht jeder sich etwas kochen
175 möchte. Das wird dann über das XXX zubereitet und geliefert. (...) Ein ebenfalls
176 wichtiger Aspekt sind die Betreuungs- beziehungsweise Präsenzzeiten. Unsere
177 Personalpräsenz ist relativ gering. Wir haben XXX Mitarbeiter, die zu festen Zei-
178 ten im XXX anwesend sind. Das ist von 9.00 Uhr bis 14.00Uhr. Leider sind beide
179 zur gleichen Zeit im Haus und nicht versetzt. Das heißt ab 14.00Uhr ist kein Mit-
180 arbeiter mehr im Haus, genauso wie nachts. Wir Mitarbeiter haben keinen Nacht-
181 bereitschaftsdienst. (...) Wir haben aber einen Krisenplan für die Bewohner erar-
182 beitet, der in Kooperation mit dem XXX und dem XXX möglich ist. Die
183 Mitarbeiter des XXX übernehmen die Rufbereitschaft in der Nacht für uns. Dieses
184 System, was mit den zwei anderen Einrichtungen, beziehungsweise Instanzen
185 erarbeitet wurde funktioniert so, dass der jeweilige Mitarbeiter je nach Situation
186 entscheidet ob ein Gespräch ausreicht oder ob ggf. die Sanitäter oder die Polizei
187 informiert werden müssen. Natürlich ist es auch möglich die Mitarbeiter des XXX
188 oder mich als Leitung zu kontaktieren. (..) Bislang war nachts bei den Bewohnern
189 kein Bedarf vorhanden. Es kann jedoch sein, dass sich dies auch noch ändert.
190 An dieser Stelle wären auch unsere Grenzen erreicht. Das können wir dann als
191 Einrichtung der XXX nicht mehr leisten, wenn eine Person dauerhaft und damit
192 auch nachts Unterstützung benötigt.

193 I: Wenn ich richtig informiert bin, ist das XXX eine Einrichtung der XXX (P2: Ja
194 genau). Können Sie sagen, wie sich dieses finanziert und ob die Finanzierung
195 ausreichend ist?

196 P2: Das wird sich dann ausstellen, wenn ich die ersten Bescheide erhalte
197 (lacht). Das XXX ist von der Finanzierung her ein Novum, weil es zwar über die
198 XXX finanziert wird, wir aber die Leistungsmodule erstmalig anwenden werden.
199 Die Leistungsmodule sind noch ganz neu, für uns als Einrichtung, als auch für

200 den XXX. (...) Leistungsmodule bedeutet in diesem Sinne, eine noch personen-
201 zentriertere und flexiblere Leistung für den Betroffenen anbieten zu können. Das
202 heißt man kann nur in den Bereichen und nur in dem Umfang Unterstützung und
203 Begleitung leisten, in dem es erforderlich ist. Dies kann mal mehr sein, wenn ein
204 krankheitsbedingter Schub einsetzt und die psychische Erkrankung stärker ist,
205 eine neue Erkrankung hinzukommt, sich Todestage jähren oder familiäre Belas-
206 tungen hinzukommen. (...) Es gibt ein Jahresstundenkontingent, das nach dem
207 Gesamtplanverfahren und dem Einstufungsmodell errechnet wird. Dieses be-
208 zieht sich auf die fünf Leistungsbereiche, also genauer auf die fünf Hilfebedarfe
209 im sozialen und im lebenspraktischen Bereich, im Umgang mit der Erkrankung,
210 Arbeit und Beschäftigung und Freizeit. (...) Leider haben wir noch keinen Be-
211 scheid und arbeiten bisher noch nach dem herkömmlichen System, der Pau-
212 schalfinanzierung, der Hilfeempfängergruppierungen. Da haben alle Bewohner
213 des XXX die höchste Stufe, also HEG drei. Das hat den Hintergrund eine Kalku-
214 lation erstellen zu können, damit wir eine Orientierung bei der Berechnung ha-
215 ben, was XXX Personen betrifft. (...) Spannend wird es tatsächlich, wenn die
216 Leistungsbescheide eintreffen, wenn die Finanzierung hinterlegt ist, weil damit
217 haben wir tatsächlich keine Erfahrung. Es wird eine Veränderung sein. Es wird
218 auch eine finanzielle Verschlechterung gegenüber dem Pauschalsatz werden
219 und es wird auch zu einer Verdichtung der Arbeit kommen. Das heißt die indirek-
220 ten Zeiten haben keinen so großen Raum mehr wie zuvor, was die Finanzierung
221 betrifft. (...) Mal sehen wie es kommt.

222 I: Ich würde jetzt gerne etwas näher auf das XXX und seine Räumlichkeiten ein-
223 gehen. Welche gemeinschaftlichen, therapeutischen oder sonstigen Räumlich-
224 keiten sind hier vorhanden?

225 P2: Leider sind die Flächen der Räumlichkeiten doch sehr begrenzt. (...) Jede
226 Wohngruppe hat eine Küche, die vorher ein Pflegebad war und damit auch knapp
227 bemessen ist. Wir haben zwar alles untergebracht, was in einer Küche sein
228 muss, aber meist ist die Küche ja ein Ort wo man sich trifft und an dem man sich
229 aufhält. Das geht prinzipiell schon, aber es ist einfach sehr klein. (...) Wir haben
230 im zweiten Stockwerk ein Zimmer zu einem Gruppenraum umfunktioniert. Das
231 heißt wir haben statt XXX Bewohner nur XXX aufgenommen, um eben einen
232 gemeinschaftlichen Raum zu haben. Das heißt aber, dass wir vorrangig keine
233 Einrichtung sind, die Tagesstruktur anbietet. Dafür bräuchten wir spezielle Räum-
234 lichkeiten, in denen man die Angebote ausrichten kann. Das wäre dann auch

235 eine ganz andere Finanzierung gewesen und hätte außerdem einen stationären
236 Charakter gehabt. (..) Aber es gibt einen Gruppenraum, in dem sich die Bewoh-
237 ner jederzeit treffen können und in dem auch die Gruppengespräche und -aktivi-
238 tätäten stattfinden. (...) Ansonsten ist es von den baulichen Gegebenheiten her
239 schade, dass die Gänge sehr breit sind. Das kam eben von dem Seniorenheim.
240 Die Gänge bieten zwar so viel Fläche an, wo man so gut noch eine Sitzecke oder
241 ähnliches herrichten könnte, aber aufgrund von Brandschutzordnungen nicht ge-
242 macht werden darf.

243 I: Das kann ich mir vorstellen. Es hört sich aber so an, als hätten Sie das Beste
244 aus den Gegebenheiten gemacht. (...) Sie haben ja gerade angesprochen, dass
245 XXX Personen als Bewohner im XXX Platz haben. Inwieweit wirkt sich die Größe
246 der Einrichtung, also die Bewohneranzahl, auf die Bewohner aus?

247 P2: Ich bin persönlich sehr froh, dass die Einrichtung kleiner ist, denn es hat
248 dadurch etwas sehr familiäres. Teilweise kannten sich die Menschen mit einer
249 psychischen Erkrankung, durch das Betreute Wohnen bereits vorher. (..) Vier o-
250 der fünf, von den insgesamt XXX Plätzen, haben wir mit Personen aus dem alten
251 System besetzt. Unter anderem als Begründung für den XXX, um zu verdeutli-
252 chen, das sind die Menschen, bei denen wir in der langjährigen Begleitung fest
253 gestellt haben, dass ein neuer konzeptioneller Rahmen ihnen gut tun würde. (...)
254 Durch die Beziehungskontinuität war es auch so, dass die Bezugsmitarbeiter mit-
255 reingegangen sind. Somit sind vorhandene Beziehungen nicht abgebrochen.
256 Das war uns auch sehr wichtig. Das macht es auch nochmal lebendiger, da wei-
257 tere Mitarbeiter im Team interagieren. Diese sind dann natürlich auch in den
258 Teambesprechungen dabei, wirken bei der Organisation mit oder erhalten oder
259 geben Informationen weiter. Dadurch hat sich auch relativ schnell eine große
260 Gemeinschaft herausgebildet. (..) Am Anfang war es noch so, dass die Bewohner
261 sehr auf ihren Stockwerken geblieben sind. Wir haben dann auch überlegt, wie
262 man es anstellen könnte übergreifende Gruppengespräche zu organisieren. Das
263 ist mit XXX Leuten nicht immer so einfach, besonders wenn es dann darum geht,
264 dass die Gespräche genutzt werden um bestimmte Themen anzusprechen. Zum
265 Beispiel das ein Bewohner seine Kaffeetasche stehen gelassen hat oder der Herd
266 nach dem Kochen nicht richtig geputzt wurde. (..) Jetzt ist es so, dass jede Wohn-
267 gruppe ihr eigenes Gespräch hat. Das gruppenübergreifende wird dann wieder
268 bei den Angeboten und Aktivitäten angewendet. (...) Es gibt auch einen kleinen
269 Garten am Haus, wo man im Sommer viel gemeinsam sitzt und redet. Da waren

270 alle sehr offen, auch die anderen Mitarbeiter des XXX oder des XXX. Der Garten
271 liegt auch an einem Durchgangsweg, bei dem die Leute vorbei kommen, wenn
272 sie Richtung XXX gehen. Da wird sich auch gegenseitig begrüßt oder mal ein
273 Kaffee angeboten. Im Großen und Ganzen hat sich etwas an Zwischenmensch-
274 lichkeit herausgebildet, bei der die Bewohner nacheinander schauen. Wenn es
275 einem mal schlechter geht, dann kommen diese auf uns zu und sagen: „Ich hab
276 da ein komisches Gefühl, bei dem Bewohner. Er hat seit zwei Tagen nicht mehr
277 wirklich das Zimmer verlassen oder er verhält sich in letzter Zeit total anders.“
278 Man merkt, die Mitbewohner machen sich Gedanken und nehmen war, wenn es
279 dem Anderen nicht so gut geht. Man lässt ihn natürlich aber auch in Ruhe, wenn
280 es ihm nicht so gut geht. Zum Beispiel braucht ein Mensch mit einer Psychose
281 eine reizarme Umgebung, das heißt er muss sich auch mal zurückziehen können.
282 Das wir dann auch akzeptiert. (...) Gerade ist es sehr ausgewogen, dass es viele
283 positive, Kontakte gibt. (..) Da hat sich in dem XXX wirklich viel entwickelt. Das
284 hat auch viel mit Frau XXX zu tun, die in ihre Arbeit viel Herzblut steckt und so
285 wertschätzend ist, aber auch mit den Bewohnern auf einer Augenhöhe ist. Letz-
286 teres ist ein ganz wichtiger Aspekt, damit die Bewohner nicht das Gefühl haben,
287 sie sind der chronisch psychisch kranke Mensch, mit dem etwas nicht in Ordnung
288 ist.

289 I: Wertschätzung und Akzeptanz sind als wichtige Werte in der Arbeit mit älteren
290 Personen mit psychischer Erkrankung.

291 P2: Ja genau. Obwohl ich glaube, dass das altersunabhängig ist.

292 I: Sie hatten ja bereits angesprochen, dass die Bezugsbetreuer ihren Klienten
293 erhalten geblieben sind. Welche weiteren Hilfestellungen waren oder sind Ihrer
294 Ansicht nach beim Einzug der Bewohner und ihrer Eingewöhnung hilfreich?

295 P2: Ich denke es war sicherlich hilfreich, dass der Großteil der Bewohner bereits
296 aus dem Betreuten Wohnen kam. Sprich, dass wir die Bewohner kannten, aber
297 sie sich auch selbst untereinander. Dadurch war eine gewisse Sicherheit vorhan-
298 den und man konnte ganz anders die inhaltliche Gestaltung des Hauses ange-
299 hen. Wenn jetzt XXX für uns auch völlig fremde Personen eingezogen wären,
300 hätte alles bestimmt etwas länger gedauert. Natürlich wäre das auch gegangen,
301 aber ich denke, dann wäre das mit dem XXX insgesamt ein längerer Weg gewe-
302 sen. (...) Trotzdem war es auch gut, dass neue Personen hinzugekommen sind
303 und auch von den, ich sag mal, Alteingesessenen aufgenommen wurden. Die

304 neuen Bewohner haben auch nochmal neue Aspekte in unsere Arbeit einge-
305 bracht. Da muss so etwas wichtiges wie Vertrauen zwischen Mitarbeiter und
306 Bewohner nochmal neu aufgebaut werden, was auch viel Zeit und Kontakt erfor-
307 dert. (...) Ich denke es war aber auch wichtig, dass die Mitarbeiter viel kommuni-
308 ziert haben. Mit den Bewohnern, aber auch gegenüber den anderen Bewohnern
309 oder den Mitarbeitern des XXX. (...) Damit eine bestimmte Transparenz herrscht
310 und Verständnis möglich ist. Auch für Situationen, die am Anfang vielleicht nicht
311 so gut funktionieren oder stimmig sind.

312 I: Haben Sie vielleicht auch im Rahmen der Eingewöhnung bestimmte Bedürf-
313 nisse der Bewohner wahrgenommen, ggf. auch besondere Bedürfnisse im Ver-
314 gleich zu Senioren ohne eine seelische Erkrankung?

315 P2: Da habe ich mir lange Gedanken dazu gemacht. (..) Ich denke sehr wichtig
316 ist Kontakt, soziales Miteinander und Begegnung. Hierbei wird mir auch immer
317 wieder bewusst, dass dies im Rahmen einer Wohngruppe sehr gut funktioniert.
318 Natürlich ist eine Wohngruppe nicht für jeden das Geeignete, gerade Menschen
319 mit schwerwiegenden Erkrankungen wie einer Psychose. Für diese ist es viel-
320 leicht schwieriger sich in eine Gruppe einzugliedern oder die vielen Reize, die
321 zwangsläufig durch das Miteinander entstehen zu filtern. (..) Letztendlich hat aber
322 jeder Mensch, egal ob mit oder ohne eine psychische Erkrankung das Bedürfnis
323 nach Kontakt. Menschen mit psychischer Erkrankung haben da vielleicht in man-
324 chen Punkten schlechtere Voraussetzungen, zum Beispiel weil das soziale Um-
325 feld zurückhaltender auf sie reagiert oder weil Angehörige und Freunde nur ver-
326 einzelt vorhanden sind. Also ich denke dieses sich-auf-Augenhöhe-begegnen
327 und sich-wertgeschätzt-fühlen, trotz der psychischen Erkrankung ist ein beson-
328 deres Bedürfnis dieser Personengruppe. Da ist es meiner Ansicht nach auch
329 egal, ob die Menschen jünger oder älter sind, das habe ich ja gerade schon an-
330 gemerkt. (...) Das ist die Basis, die denke ich, auch viel bei der Gesundheit hilft.

331 I: Ich würde nun gerne etwas mehr auf die Konzeption des XXX eingehen. Gibt
332 es Ihrer Ansicht nach Vorteile einer spezialisierten Einrichtung, die sich aus-
333 schließlich an Personen mit einer psychischen Erkrankung und einem potentiell-
334 en oder bestehenden Pflegebedarf richtet?

335 P2: Spezialisiert finde ich hier einen schwierigen Begriff. (..) Ich denke der Vorteil
336 von einer Einrichtung, die überwiegend mit Menschen arbeitet, die eine psychi-
337 sche Erkrankung haben ist, dass mehrere Aspekte des Menschen wahrgenom-

338 men werden. Zum einen wirklich das körperliche, mit der Behandlungspflege und
339 der Sozialstation, aber auch das pädagogische. (...) Für uns sind aber Aspekte
340 wie Normalität und Sozialraum wichtig, heißt wir wollen uns nicht spezialisieren,
341 um keine Subkultur zu schaffen. Also spezialisieren in dem Sinne, dass wir eher
342 wissen wie man mit einer Psychose umzugehen hat, im Vergleich zu einem Mit-
343 arbeiter in einem Seniorenheim. (...) Bei der Eröffnung kamen ja auch viele An-
344 fragen von Seniorenheimleitungen, die gesagt haben sie hätten einen oder meh-
345 rere Bewohner, dem sie in ihrer Einrichtung nicht gerecht werden. (...) Da haben
346 wir einfach einen Vorteil, aufgrund unserer jahrelangen Erfahrung und unserer
347 Fachlichkeit. Ich denke wir können bestimmte Situationen schneller einschätzen,
348 mit einem Arzt anders über Medikationen sprechen oder auch mehr die Individu-
349 alität sehen, als in einem Seniorenheim. Ich denke der Umgang mit Menschen
350 mit einer psychischen Erkrankung ist nicht unbedingt ein anderer, aber ich glaube
351 schon, dass die Überlastung in einem Seniorenheim vorhanden ist.

352 I: Und nehmen Sie vielleicht auch gewisse Vor- oder Nachteile in Bezug auf die
353 Bewohner war? Also wie sich der Umgang mit Personen auf sie auswirkt, denen
354 es in bestimmten Aspekten, aufgrund der psychischen Erkrankung, ähnlich geht?

355 P2: Ich denke das hat natürlich viele Vorteile, aber auch manchmal den Nachteil,
356 dass die Krankheit dann zu viel Raum einnimmt. (...) Also dass der Erkrankung
357 zu viel Aufmerksamkeit geschenkt wird. Ich denke es wäre bestimmt spannend
358 zu sehen wie es wäre, wenn man die Bewohner bei uns mischen würde. Dazu
359 sind unsere Räumlichkeiten jetzt nicht geeignet, aber das Konzept des XXX finde
360 ich zum Beispiel sehr ansprechend. Dort gibt es Wohnungen, in denen Menschen
361 mit und ohne Beeinträchtigung einziehen können und die Möglichkeit nach Ge-
362 meinschaft besteht, aber auch nach Privatsphäre. (...) Ansonsten glaube ich,
363 dass ein spezialisiertes Konzept die Bewohner eher stützt. Das erlebe ich mo-
364 mentan auch bei einer Bewohnerin, bei uns. Diese war zu Beginn sehr fit und
365 befindet sich momentan in einer schweren depressiven Phase. Hier wird ihr
366 durch die anderen Bewohner viel Freiraum gelassen oder man unterstützt
367 sie, indem man zum Beispiel sagt: „Ich hol oder mach das für dich.“ Das ist ein-
368 fach ein gewisses Verständnis da, weil die anderen Personen diese Situation
369 selbst kennen und ungefähr wissen wie es ihr geht. Die gehen dann anders mit
370 ihr um oder fordern sie in manchen Situationen nicht. Die haben da sehr feine
371 Antennen. (...) Ich denke aber, dass es auch wichtig ist diesen Normalisierungs-
372 aspekt einzubringen, deswegen war auch mein Gedanke für das XXX, dass man

373 irgendwann das Haus nach außen öffnet. Dafür ist es aber erstmal notwendig,
374 dass sich das Haus gefunden hat. (..) Langfristig wäre es aber schön, wenn man
375 Angebote machen könnte, bei denen auch Bürger aus XXX teilnehmen. Ich
376 denke da an Kurse, Veranstaltungen oder Feste.

377 I: Also möchte das XXX auch selbst Angebote für den Sozialraum schaffen. (P2:
378 Ja genau.) Sie haben ja schon an mehreren Stellen und gerade auch von Nor-
379 malisierung gesprochen und wie wichtig Ihnen dieses Prinzip ist. Gibt es vielleicht
380 in Bezug auf die Alltagsgestaltung der Bewohner noch weitere Aspekte die von
381 Relevanz sind?

382 P2: Wir versuchen schon so gut es geht Strukturen mit den Klienten gemeinsam
383 zu erarbeiten, wenn möglich auch außerhäuslich. Viele von unseren Bewohnern
384 nehmen an der Arbeitstherapie teil und das ganz unterschiedlich. Manche Be-
385 wohner sind auch in der Behindertenwerkstätte der XXX tätig und die XXX bietet
386 hier auch ein Programm an, das von dem Begriff T-ENE abgeleitet ist, obwohl
387 es den Voraussetzungen der T-ENE nicht entspricht. Das ist ein Angebot für äl-
388 tere Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die aus dem Erwerbsleben
389 ausgeschieden sind und nicht mehr in die Arbeitstherapie können. Das ist ein
390 Angebot was wir zusammen mit dem XXX machen. Dieses findet einmal wö-
391 chentlich statt und ist für maximal zehn Menschen ausgelegt, die gemeinsam
392 festlegen was sie im nächsten halben Jahr machen wollen. Es geht dabei viel um
393 Freizeitgestaltung, wie Ausflüge, Singen oder Filme schauen. Da kommen die
394 Bewohner des XXX zum XXX. (...) Auch die Arbeitstherapie möchte ihr Angebot
395 umstellen, dass sie nicht nur arbeitstherapeutische Vorgänge hat, sondern auch
396 zum Beispiel einen Computer- oder Nähkurs anbietet. Diese Angebote sollen
397 wiederum offen für das sein. Das ist ein schönes Beispiel um zu zeigen, dass die
398 Vernetzung untereinander sehr gut funktioniert. (...) Das ermöglicht auch für die
399 Bewohner eine vielfältigere und flexiblere Angebotsauswahl, die auch mehr an
400 ihren Wünschen und Bedürfnissen ausgerichtet ist. Wir als XXX möchten auch
401 unsere Angebote überarbeiten für die Personen, die nicht mehr so gut außerhaus
402 gehen können. Bisher gibt es Gruppengespräche, wöchentlich einen Brunch,
403 kreative Angebote oder Spielenachmittage. Mir als Einrichtungsleitung ist auch
404 die Förderung wichtig, also in Form von Gedächtnistraining oder Zeitungslesen.
405 Einmal haben wir auch einen Fotokurs gemacht, indem wir mit Fotoapparaten
406 durch XXX gegangen und verschiedene Aufnahmen gemacht haben. Diese Fo-
407 tos hängen jetzt vergrößert in den Gängen der Wohngruppen. Biografiearbeit

408 wäre für mich auch sehr wichtig, genauso wie sportliche Angebote. Wir haben
409 eine Walkinggruppe, wir machen Sitzgymnastik und Sturzprophylaxe in Zusam-
410 menarbeit mit dem ambulanten Pflegedienst. (...) Entspannungsmöglichkeiten, in
411 Form von Entspannungsgruppen oder Progressiver Muskelrelaxation sind ein
412 weiterer Aspekt. Hierbei holen wir uns aber auch Unterstützung. Genauso bei
413 dem Thema Ernährungsberatung, da laden wir einen Mitarbeiter von der XXX
414 ein. Es wird auch ein Physiotherapeut eingeladen, der mit den Bewohnern Fin-
415 gergymnastik oder ähnliches macht. Fachleute werden dann von uns kontaktiert,
416 wenn wir als Mitarbeiter in bestimmten Bereichen nicht mehr spezialisiert genug
417 sind. (...) Ein weiteres Anliegen ist es mit den Bewohnern hinaus zu gehen. Zum
418 einen in andere Einrichtungen, wie dem XXX. Es gibt aber auch vor Ort in XXX
419 verschiedene Angebote, wie Seniorentreffs oder Tanztee und wir von XXX sind
420 auch stark vertreten im Sozialraum XXX, u.a. durch einen inklusiven Treffpunkt.
421 Die Bewohner sollen eben nicht nur im XXX sitzen, sondern auch raus gehen
422 und die vielfältigen Angebote nutzen. Falls es selbst nicht mehr gehen sollte,
423 dann bieten wir auch gerne Begleitung an. Damit soll jeder die Möglichkeit erhal-
424 ten nach seinen Interessen und seiner Motivation etwas zu unternehmen.

425 I: Das klingt danach als hätten sie sich viele Gedanken gemacht, um eine
426 umfassende Angebotsvielfalt für ihre Bewohner anbieten zu können.

427 P2: Dieses inklusive Angebot besteht schon seit mehreren Jahren, aber das
428 passt in diesen Bereich wirklich sehr gut. (...) XXX bietet aber auch viele Einrich-
429 tungen und Träger, wie dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder der Suchtbera-
430 tung, also da sind wir hier schon gut aufgestellt. Natürlich versuche ich das alles
431 irgendwie in unsere Arbeit zu integrieren oder auch wenn wir Angebote anbieten,
432 diese inklusiv zu gestalten. Wir haben zum Beispiel mal eine Kochgruppe im XXX
433 geleitet und haben in der Zeitung inseriert, um Bürger und Bürgerinnen als Teil-
434 nehmer zu gewinnen. (...) Wenn zwei oder drei Bürger kommen, dann ist das
435 schon viel. Die können dann ihre Erfahrungen machen, dass manches mit Men-
436 schen mit einer psychischen Erkrankung anders ist, aber man braucht keine Be-
437 rührungsängste zu haben. Diese Erfahrungen können sie dann auch wieder wei-
438 ter erzählen. (...) Das ist mir schon wichtig, dass Vorurteile und Hemmschwellen
439 abgebaut werden und Möglichkeiten der Begegnung geschaffen werden.

440 I: Und wie nehmen die Bewohner der XXX diese Angebotsvielfalt an?

441 P2: Ich merke schon, dass ein Trend besteht die Angebote der Einrichtung zu
442 nutzen. Man kennt sich mittlerweile, man fühlt sich wohl und man will unter sich

443 bleiben. Ich denke aber, dass das ein Aspekt ist, den man selbst kennt. Nach
444 dem Motto: Wieso muss man immer neue Welten erschließen? (..) Ich denke,
445 dass da ein gewisses Maß an Motivation und Beharrlichkeit notwendig ist, also
446 immer wieder Vorschläge zu bringen oder Impulse zu setzen. Es sind eben Ver-
447 suche und Vorschläge, die man ggf. auch umändern muss. Ich denke wir haben
448 momentan noch den Vorteil, dass viele Bewohner von uns noch fit sind. Das wird
449 sich bestimmt in ein paar Jahren ändern, wenn Mehrere in ihrer Mobilität einge-
450 schränkt sind. (...) Ansonsten habe ich das Gefühl, dass wir uns gefunden haben.
451 Das war ja auch ein Prozess und war nicht von Anfang an perfekt. (..) Meine
452 Zielsetzungen, das XXX für den Sozialraum zu öffnen werden schrittweise ge-
453 macht und wenn die Bewohner sagen, dass sie dies nicht möchten, dann werde
454 ich sie natürlich auch nicht dazu zwingen. Man kann aber zukünftig schauen,
455 dass Ehrenamtliche eingeladen werden, die ggf. ein oder mehrere Bewohner be-
456 gleiten oder man schaut, dass die Bewohner selbst aktiv werden. Eine Bewoh-
457 nerin von uns war beispielsweise im Tierheim tätig, als es ihr noch besser ging.
458 Man muss aber schauen, dass man auch nicht zu viel verlangt, aber das sind
459 alles Ideen und Möglichkeiten die vorhanden sind, die vielleicht für den Einen
460 passen, den Anderen nicht. (...) Wir haben ein Bezugspersonensystem, dass
461 gerade im Tandem verläuft. Durch die Kontaktvielfalt sind die Adressaten viel
462 ausgeglichener und lassen auch mehr Abstand zu dem einzelnen Mitarbeiter zu.
463 Damit wurden viele positive Aspekte angestoßen. (...) Unter anderem konnte
464 mehr Stabilität aufgebaut oder Entwicklungsschritte, im Umgang mit der Erkran-
465 kung erreicht werden. Ich denke damit konnten einige Ressourcen wieder zu-
466 gänglich gemacht werden.

467 I: Was ist genau mit einem „Tandem“ im Bezugsbetreuersystem gemeint?

468 P2: Das heißt, dass zwei Mitarbeiter für einen Bewohner zuständig sind. (..) Das
469 ist daraus entstanden, dass wir bereits Klienten im Vorfeld betreut haben. Eine
470 Kollegin meinte, dass sie mit ihren Klienten nicht mehr zurechtkommt, da dieser
471 so klammert. Wir haben uns dann gedacht, wie wir das innerhalb des neuen Set-
472 ting gut umstrukturieren können. Da war dann eine gute Absprache und konkrete
473 Aufgabenverteilung notwendig. Es hat sich aber herausgestellt, dass es für die-
474 sen Klienten und die Kollegin sehr passend war und beide davon profitiert haben.
475 Die Kollegin wurde etwas entlastet und der Bewohner hat zwei Mitarbeiter erhal-
476 ten, die sehr effektiv mit ihm arbeiten können.

477 I: Da wir bei der Thematik Bezugsbetreuersystem sind, was sind ihrer Meinung
478 nach Vorteile oder auch Grenzen?

479 P2: Das ist eine schwierige Frage, da ich denke dass man im XXX auch noch
480 flexibler werden könnte. (..) Die Bewohner kommunizieren mir deutlich, dass sie
481 die vertraute Bezugsperson brauchen. Diese kennt sie sehr lange und mit dieser
482 können sie ganz persönlich sprechen. Auch kann sie schnell einschätzen, wenn
483 sich etwas beim Klienten verändert, im Sinne von einer Krisenentwicklung. Das
484 Bezugsbetreuersystem hat da schon eine sehr wichtige Bedeutung, für die Sta-
485 bilität der Klienten. (...) Das geht mir aber zum Teil schon zu weit, weil es im
486 Leben natürlich ist, dass Abbrüche vorkommen. Das entspricht der Normalität.
487 Mitarbeiter sind nicht immer dauerhaft in einer Einrichtung, aufgrund von
488 Schwangerschaft, Ruhestand oder sonstigem und da merke ich schon deutlich
489 die Grenzen von so einem System. (4 sek.) Es engt ja auch ein oder schafft Ab-
490 hängigkeiten und das ist auch nicht wirklich gut. (5 sek.) Ich denke für Menschen,
491 die schon sehr lange eine Erkrankung haben, ist ein Bezugsbetreuer eine gute
492 Basis, um Vertrauen aufzubauen. Der Aspekt der Gesundung oder Stabilität, wird
493 hier sehr gut getragen. Man kann meiner Ansicht nach, den Menschen auch zu-
494 trauen, dass sie Abbrüche verkraften oder andere Beziehungen auch sehr gute
495 Qualitäten haben können.

496 I: Das ist interessant zu hören. (...) Ich würde gerne bei dem Thema Beziehungen
497 bleiben, aber den Fokus mehr auf die Bewohner legen. Wie ist Ihrer Ansicht nach
498 der Kontakt unter den Bewohnern? Muss dieser durch die Mitarbeiter gefördert
499 werden?

500 P2: Ich denke zum Großteil ist das Verhältnis unter den Bewohnern schon gut
501 und es ist viel Kontakt da. Es gibt zwei Bewohner, die ziehen sich bewusst zurück
502 und vermeiden auch größtenteils den Kontakt. Das ist aber gewollt und das muss
503 man auch respektieren. (..) Es liegt aber auch den Bewohnern selbst. Es gibt im
504 Betreuten Wohnen eine Gruppe, da sind die Bewohner alle eher ruhigere Cha-
505 raktere. Die ziehen sich lieber zurück und da würde es auch glaube ich nichts
506 ändern, wenn jeden Tag ein Mitarbeiter vor Ort wäre. In einer anderen WG woh-
507 nen eher jüngere Menschen, die unternehmen dann öfters was zusammen oder
508 gehen gemeinsam raus. (..) Gerade das XXX in dem eher ältere Menschen leben
509 und man davon ausgehen könnte, dass diese nicht mehr so gerne neue Kontakte
510 erschließen waren wir positiv überrascht, dass sich so viele Kontakte ergeben
511 haben. (...) Wir als Mitarbeiter sind auch nur beratend und begleitend tätig, wir

512 zwingen sie zu nichts. Natürlich kann man in einem Gespräch andere Wege auf-
513 zeigen oder Anregungen setzen, aber was die Bewohner letztendlich daraus ma-
514 chen ist ihnen überlassen.

515 I: Und wie ist der Kontakt der Bewohner zu Angehörigen, Freunden oder weiteren
516 Personen außerhalb der Einrichtung?

517 P2: Ich denke das ist sehr individuell. Bewohner die noch in einen anderen Kon-
518 text eingebunden sind, wie Arbeits- oder Beschäftigungstherapie, die haben noch
519 Zugang zu anderen Kontakten. Es gab ja auch Beziehungen vor dem XXX. (..) schaffen.
520 Uns als Einrichtung ist es aber ein Anliegen, Kontaktmöglichkeiten zu schaffen.
521 Sei es durch Ausflüge oder Veranstaltungen außerhalb des Hauses, in der Stadt
522 oder im XXX. Dies bietet wirklich viele Angebote in Form von Cafés, Stricktreffs,
523 Tanzgruppen oder Malkursen an.

524 I: Pflegen die Bewohner auch selbstständig ihre Kontakte oder leisten die Mitar-
525 beiter an dieser Stelle unterstützende Arbeit?

526 P2: Bei uns in der Einrichtung ist es nicht die Regel, dass die Bewohner viel
527 Kontakt zu ihren Angehörigen haben. Teilweise sind die Beziehungen eher sehr
528 belastet. Es gibt zwei Bewohner, bei denen würde ich sagen, dass sie viel Kon-
529 takt zu ihrer Familie und zu Freunden haben. Die restlichen Bewohner haben ihre
530 Kontakte eher im Umfeld der Psychiatriewelt.

531 I: Und inwieweit werden dann diese Angehörigen, Freunde etc. durch das XXX
532 in die Alltags- oder Freizeitgestaltung miteinbezogen?

533 P2: Naja bisher eher weniger, da wie gesagt viele keinen regelmäßigen Kontakt
534 pflegen. (..) Prinzipiell würden wir es von unserer Seite auch nicht ausschließen.
535 Es ist ja eher sogar sehr förderlich, wenn es stabile soziale Beziehungen geben
536 würde für die Bewohner. Das sind ja Ressourcen.

537 I: Sprich dies würde sich Ihrer Ansicht nach auch positiv auf die Bewohner aus-
538 wirken, der feste Einbezug von Bezugspersonen?

539 P2: Das denke ich schon. (..) Natürlich aber nur in dem Maß, wies es die Bewoh-
540 ner möchten.

541 I: Und wie wäre es mit festen Partnerschaften? Ist es prinzipiell möglich, dass
542 Partner oder Partnerinnen mit in die Einrichtung ziehen können? Ggf. auch ohne
543 eine psychische Erkrankung?

544 P2: Partnerschaften sind bei uns bisher nicht die Regel, aber vorstellen könnte
545 ich es mir. (...) Wir könnten dann keinen großen gemeinsamen Wohnraum für das
546 Paar anbieten. Entweder sie teilen sich zu zweit ein Zimmer, was aber schon
547 sehr einengend wäre oder sie mieten sich zwei Einzelzimmer und funktionierten
548 diese als Wohnung um. (...) Das wäre grundsätzlich möglich.

549 I: Sie hatten bereits erwähnt, dass es eine Hausordnung für das Zusammen-
550 eben innerhalb der Wohngemeinschaften gibt. Gibt es vielleicht noch weitere As-
551 pekte die für das gemeinschaftliche Leben wichtig sind?

552 P2: In Bezug auf die Hausordnung kann ich sagen, dass es innerhalb der Gruppe
553 keinen rotierenden Dienst gibt. Das heißt jeder räumt selbst auf oder macht seine
554 Verschmutzung sauber. Es gibt eine allgemeine Nachtruhe von 22.00 Uhr bis
555 6.00 Uhr. Bezüglich des Rauchens wurde es von mir so geregelt, dass ein
556 Rauchverbot in den Räumen herrscht, sie aber außerhalb des Hauses einen Ort
557 zum Rauchen haben. Ansonsten gibt es die Verpflichtung am Gruppengespräch
558 der Wohngruppe teilzunehmen, da es das Zusammenleben regelt. Die Teil-
559 nahme an den anderen Gruppen ist aber grundsätzlich freiwillig. (...) Das Be-
560 zugspersonensystem ist ja bekannt, aber was man dazu vielleicht noch sagen
561 kann ist, dass die Kontakte regelmäßig einmal die Woche stattfinden sollen.

562 I: Also sind feste Absprachen für das Zusammenleben in den Wohngruppen
563 wichtig.

564 P2: Ja definitiv.

565 I: Sie haben ja gerade auch die Gruppengespräche angesprochen, bei denen die
566 Bewohner teilnehmen sollen. Werden dort bestimmte Themen und Regeln be-
567 sprochen oder können die Bewohner auch flexibel Themen einbringen.

568 P2: Wir hatten ja unsere Erfahrungen aus den Wohngemeinschaften des betreu-
569 ten Wohnens und da ging es verstärkt um die Dienste. Natürlich ist man geneigt
570 dazu, dass was man kennt auch einzubringen. Die Bewohner des XXX konnten
571 aber selbst bestimmen ob sie solche Dienste möchten, beziehungsweise wie sie
572 das allgemein regeln möchten.

573 I: Und bei den Gesprächen ist dann auch ein Mitarbeiter anwesend, der das Ge-
574 spräch leitet oder ggf. zwischen den Bewohnern vermittelt.

575 P2: Ja genau. (...) Gerade zu Beginn mussten die Mitarbeiter schon viel vermit-
576 teln. Da ging es dann darum, dass jemand dauernd die Milch leer gemacht oder

577 seine persönlichen Sachen überall in der Wohngruppe verstreut hat. Das war
578 besonders zu Beginn des XXX ein Themenpunkt. (..) Da gab es zum Teil große
579 Diskrepanzen zwischen den Leuten, die fit waren und jenen die mehr Unterstüt-
580 zung benötigt haben.

581 I: Da sie gerade das Thema Unterstützung angesprochen haben. Haben manche
582 Ihrer Bewohner einen Pflegegrad und welche können grundsätzlich dort betreut
583 werden?

584 P2: In der Regel haben die Bewohner bei uns einen Pflegegrad von eins und
585 zwei. Einen höheren Grad gibt es momentan nicht. (..) Ein Schwerpunkt ist die
586 Medikamenteneingabe, das ist bei der Mehrzahl der Bewohner notwendig. Des
587 Weiteren wird auch Unterstützung beim Waschen benötigt, beim Anziehen der
588 Stützstrümpfe und bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten.

589 I: Und was geschieht bei einem steigenden Pflegebedarf der Bewohner? Wie
590 würden Sie damit umgehen?

591 P2: Bisher hatten wir wie gesagt in dem Sinne noch keinen Pflegebedarf, den wir
592 nicht selbst hätten abdecken können. (...) Mir war bereits wichtig in der Konzep-
593 tion zu vermerken, dass das XXX eine Möglichkeit darstellen soll Heimat zu fin-
594 den, in der man ggf. auch Sterben kann. Das geht natürlich nicht für jede Person.
595 Ich denke aber, dass man da schauen muss durch die Gemeinschaft tragbar ist
596 und was wir auch als Einrichtung im Allgemeinen tragen können. Es besteht ja
597 auch die Möglichkeit aufzustocken, zum Beispiel durch eine Nachtbereitschaft.
598 Das haben wir auch so gegenüber dem XXX kommuniziert. Wir würden das dann
599 fest installierten und wahrscheinlich auch insgesamt mehr Personal benötigen.

600 I: Was wären Ihrer Ansicht nach Vorteile oder Grenzen von Wohneinrichtungen,
601 die darauf ausgelegt sind, bei einem steigenden Pflegebedarf den Bewohnern
602 weiterhin einen Wohnplatz zu garantieren?

603 P2: Zuerst einmal denke ich, dass unser Konzept wie es jetzt ausgelegt ist nicht
604 mehr greifbar wäre. Wir würden dann den Rahmen der ambulanten Hilfe verlas-
605 sen. (..) Das wäre die Frage ob wir uns als Einrichtung umorientieren möchten.
606 Ein Argument wäre bestimmt, wenn wir merken sollten, dass eine Mehrzahl der
607 Bewohner eine umfangreichere Unterstützung benötigen würde und es unan-
608 gemessen wäre, diese nicht zu gewährleisten. (...) Ich denke aber, dass wird
609 sich alles im Prozess zeigen, ist aber prinzipiell vorstell- und machbar. Dann wer-

610 den gemeinsame Überlegungen mit dem XXX anstehen um zu schauen, was ist
611 realisierbar. (...) Da befürchte ich auch, dass dieser Aspekt des Sterbens inner-
612 halb der Einrichtung nicht machbar sein wird.

613 I: Dann würde ich gerne zum Ausblick der Befragung kommen. (..) Welche Pers-
614 pektiven würden Sie sich im Bereich Wohnen für die Zielgruppe, also Menschen
615 im höheren Alter und mit einer psychischen Erkrankung und einem Pflegebedarf
616 wünschen?

617 P2: Es müsste im Rahmen der Seniorenheime viel mehr an Spezialisierungen
618 angeboten werden. Das heißt es sollte Abteilungen in den Heimen geben, die
619 sich an Menschen mit psychischer Erkrankung richten. Ich wüsste gerade keine
620 Einrichtung, die zum Teil dahingehend ausgerichtet ist und den Menschen dann
621 gerecht werden kann. Das besteht meiner Ansicht nach eine große Versorgungs-
622 lücke, da diesem Bereiche kaum Beachtung geschenkt wurde. Diese Rückmel-
623 dung habe ich auch unter anderem von verschiedenen Arbeitskreisen in XXX
624 bekommen. Wie da die konkrete Versorgungslandschaft ausschaut, kann ich
625 jetzt nicht so sagen.

626 I: Und welche Erwartungen hätten Sie gezielt an die Politik, die Forschung oder
627 die Soziale Arbeit?

628 P2: Von der Politik würde ich mir mehr bezahlbaren Wohnraum, speziell für Men-
629 schen mit einer psychischen Erkrankung wünschen. Damit könnte man ein Set-
630 ting ermöglichen bei dem der Zugang zur Gemeinschaft vorhanden ist und ggf.
631 Angebote im Sozialraum durch eine Quartiersmanagerin angeboten werden. Des
632 Weiteren sollen auch der Privatraum, die Privatsphäre und die Eigenständigkeit
633 der Personen respektiert werden und dies alles eben im bezahlbaren Rahmen.
634 (...) Das hätte ich tatsächlich schöner im XXX gefunden, wenn ein Appartement-
635 wohnen möglich gewesen wäre. Nichtsdestotrotz ist es ein Schritt in die richtige
636 Richtung und ich denke unsere Bewohner sind soweit zufrieden. Trotzdem würde
637 es allgemein mehr solcher Angebote benötigen. (..) Dennoch bin ich auch skep-
638 tisch, was Spezialisierung betrifft, denn das kann schnell Parallelgesellschaften
639 schaffen. Da muss man gut abwägen, welche Faktoren die Personen benötigen
640 um ihre Bedürfnisse zu erfüllen und welche Aspekte eher Isolation schaffen. In-
641 klusion ist für mich ein sehr wichtiger Gedanke, den man im Alltag einfach leben
642 kann. Ich denke da fehlt bei vielen Menschen einfach nur das Wissen, wie man
643 das umsetzen könnte. Inklusion ist dann etwas Unbekanntes und was man nicht

644 kennt, davor hat man eher Vorbehalte. An dieser Stelle sollte auch mehr Öffent-
645 lichkeitsarbeit geleistet werden. (4 sek.) Wie gesagt eine Versorgungslücke be-
646 steht meiner Ansicht nach definitiv. Die Menschen mit psychischer Erkrankung
647 werden eben älter und benötigen auch angemessene Begleitung und Unterstüt-
648 zung. Das sollte eine höhere Beachtung in der Politik, aber auch in der Gesell-
649 schaft bekommen, in Form einer Enttabuisierung. (4 sek.) Wenn dies auch noch
650 mit der Wissenschaft fokussiert und belegt werden könnte, dann wäre dies für
651 das Vorhaben Einrichtungen zu bauen mehr als förderlich. Die Ergebnisse von
652 Forschungsarbeiten könnten dann auch wiederum in die Konzeptionen von
653 Wohneinrichtungen fließen. Es gibt bestimmt viele Aspekte die wir beispielsweise
654 bei unserem Haus nicht bedacht haben. Dem könnte sich auch die Soziale Arbeit
655 widmen.

656 I: Dann habe ich von meiner Seite aus keine Fragen mehr. Vielen Dank für Ihre
657 Zeit.

Anhang 11: Transkript Professioneller P3

Transkript Probandin P3

(P3) für Interviewte: Professionelle P3

(I) für Interviewende: Madeleine Martin

1 I: Welche berufliche Ausbildung und ggf. Zusatzqualifikationen haben Sie?

2 P3: Ich bin Diplompädagogin univ. und habe verschiedenste Zusatzfortbildun-
3 gen. Ich bin XXX und habe ein Zusatzstudium XXX. Seit nunmehr zehn Jahren
4 bin ich in der leitenden Tätigkeit, also hier habe ich mich auch nochmal fachlich
5 weiterentwickelt und habe diverse Fachweiterbildungen. Unter anderem Autis-
6 mus spezifische oder gerontopsychiatrische Weiterbildungen. Das wäre eine Li-
7 tanei die Weiteren aufzuführen, aber das sind so die großen Säulen.

8 I: Und seit wann arbeiten Sie bereits bei den XXX?

9 P3: Ich bin jetzt seit 2007 hier beim XXX.

10 I: Seit wann besteht die Einrichtung XXX in XXX und was war der Beweggrund?

11 P3: Die Einrichtung im Dienste der Menschen mit Beeinträchtigung existiert seit
12 XXX. Das XXX gibt es bereits seit über XXX Jahren und das Anwesen hat über
13 die letzten Jahrhunderte immer wieder verschiedene Zwecke erfüllt. Mal stand
14 das XXX Leben im Vordergrund, dann war es die Gastwirtschaft. Durch die XXX
15 im Jahr XXXX wurde es enteignet, gelangte aber in XXX wieder zum XXXX. Der
16 XXX hat das XXX an diesem Ort erstanden, mit der Idee auf dem ländlichen
17 Gebiet eine XXX zu errichten. Daher ist auch der Name der Einrichtung entstan-
18 den. (..) Der XXX hat damals schon begonnen mehrere große Standorte aufzu-
19 bauen. XXX gab es die Kollegen in XXX, die bis heute eine der größten Einrich-
20 tungsträger der bayerischen XXX sind. Dann kamen die XXX in XXX hinzu, XXX
21 die XXX in XXX und XXX abschließend die XXX in XXX. Der XXX hatte damit
22 schon immer die Idee, innerhalb der bayerischen XXX größere Projekte zu er-
23 öffnen, um die Not von Menschen mit Beeinträchtigung in der XXX von XXX zu
24 lindern. (..) So kam es also dazu, dass XXX die Einrichtung hier, für Menschen
25 mit Beeinträchtigung eröffnet wurde. In kürzester Zeit haben die XXX die desola-
26 ten Gebäude mit viel Geschick wieder aufgebaut, was dazu führte, dass ein Jahr
27 später der erste Bewohner eingezogen ist. Ein Jahr darauf waren es dann um

28 die XXX Bewohner, die in XXX unterstützt wurden. (...) Zu den Beweggründen,
29 ich denke da muss man die Zeichen der Zeit berücksichtigen. (...) Ich denke es
30 stand damals gar nicht im Fokus, wie die Infrastruktur beschaffen war. Die XXX
31 und die Menschen mit Beeinträchtigung haben bis in die XXX Jahre noch XXX
32 betrieben und sich damit überwiegend selbst versorgt. (..) Ich denke das waren
33 eher die Beweggründe.

34 I: Das heißt die Einrichtung XXX besteht seit XXX, habe ich das richtig verstan-
35 den?

36 P3: Diese Anlage gibt es schon seit XXX Jahren, das ist urkundlich erwähnt und
37 war schon immer ein XXX. Natürlich war es im Wandel der Jahre immer im Besitz
38 von jemand anderem, aber XXX hat der XXX es geschafft, das Grundstück wie-
39 der zurück zu erlangen. Damit bestand auch die Chance für die XXX die Versor-
40 gung für Menschen mit Beeinträchtigung auszubauen und zu etablieren. (..) Die
41 XXX wollten sich Menschen widmen, die eher aus der Gesellschaft ausgestoßen
42 waren. Sie wollten ihnen anders begegnen, als es zu dieser Zeit üblich war.

43 I: Danke, dass Sie nochmal auf meine Nachfrage eingegangen sind. (...) Mich
44 würde interessieren welche Berufsgruppen innerhalb der XXX in XXX arbeiten
45 und wie sich deren Zusammenarbeit auf die Bewohner auswirkt?

46 P3: Wir haben eine Vielzahl an unterschiedlichsten Berufsgruppen. Wir bilden in
47 unserer eigenen Fachschule, der XXX die Heilerziehungspfleger und Heilerzie-
48 hungspflegehelfer aus. Wir haben auch Kinderpfleger, Erzieher, Altenpfleger und
49 Krankenschwestern. Insgesamt haben wir die unterschiedlichsten Fachgruppen
50 innerhalb der Einrichtung bis dahin, dass wir im Wohnbereich auch akademische
51 Studiengänge haben. Das wären Pädagogen, Sozialpädagogen, Theologen,
52 Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpädagogen und Ergotherapeuten. Alles
53 im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung. Dazu vielleicht einen kurzen Exkurs,
54 den XXX ist es sehr wichtig einen ganzheitlichen Ansatz zu bieten, egal wer die
55 Zielgruppe ist. Der XXX unterhält auch XXX, XXX, XXX und eben Behinderten-
56 hilfeeinrichtungen. Ein zentraler Aspekt ist da auch die interdisziplinäre Zusam-
57 menarbeit und so haben wir verschiedene Helferebenen, egal in welchem sozial
58 ausgerichteten Beruf. (...) Wir haben also einen großen, bunten Blumenstrauß
59 an verschiedensten Berufen, die im Sozialwesen tätig sein können. Die Auswir-
60 kungen auf die Menschen mit Beeinträchtigung sind dabei sehr positiv, weil wir
61 durch diese Interdisziplinarität über den eigenen Tellerrand schauen können.

62 Dieses interdisziplinäre Denken zieht sich bei uns durch sämtliche Informations-
63 und Kommunikationsebenen, indirekt als auch direkt. Sprich direkt mit dem Men-
64 schen mit Beeinträchtigung selber, wenn ein Gesprächsbedarf zum Psychologen
65 vorhanden ist, dann wird das kein Pädagoge machen, sondern eben der Psycho-
66 loge. Wenn ein Gesprächsbedarf gegenüber dem Bezugsbetreuer besteht, dann
67 muss das nicht der Psychologe machen, sondern der HEP, also der Heilerzie-
68 hungspfleger. Indirekt heißt, dass es gewisse Strukturen gibt, bei denen es sinn-
69 voll ist über die Belange des Menschen mit Beeinträchtigung zu sprechen, aber
70 ohne seine Anwesenheit. Natürlich nicht ohne sein Wissen, aber wo man sich
71 eben untereinander auch austauschen und die Arbeit reflektieren kann. Das ist
72 auch sehr wichtig. (..) Das verstehen wir hier in XXX als einen sehr ganzheitlichen
73 Blick, nicht nur in einer Schiene zu bleiben, sondern auch die Perspektive zu
74 ändern. Was uns in XXX darüber hinaus noch auszeichnet ist, dass wir nicht nur
75 eine Wohneinrichtung sind, sondern wir haben hier auch eine XXX für Menschen
76 mit Behinderung, wir haben eine Cafeteria, wir haben eine Seniorentagesstätte
77 und auch Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Das heißt auch hier arbeiten wir
78 im Querschnitt der verschiedenen Berufsbereiche. Arbeitstherapeuten haben ei-
79 nen ganz anderen Blick, als vielleicht der Mitarbeiter auf der Wohngruppe. Das
80 ist eben wichtig zu beachten. Die Professionen werden hier zusammen gebracht
81 und man überlegt gemeinsam, wie jede Profession für den Menschen das Best-
82 mögliche beitragen kann. (..) Die Menschen mit Beeinträchtigung selber, erleben
83 das auch als unglaublich gewinnbringend. (..) So verstehen wir uns auch als
84 große Dienstgemeinschaft. Es kennt sich auch so ziemlich jeder, auch wenn wir
85 fast XXX Mitarbeiter haben. Im Kern weiß man um die Bereiche und die Verant-
86 wortlichkeiten. (...) Wir selbst erleben das auch als unglaublich bereichernd, dass
87 unterschiedliche Professionen hier gerne gesehen sind. Natürlich mit dem ent-
88 sprechenden fachlichen Back-up. Bei Menschen mit seelischer Beeinträchtigung
89 brauchen die Fachkräfte meiner Ansicht nach ein anderes Wissen, als bei einem
90 Menschen mit geistiger oder körperlicher Beeinträchtigung. (5 sek.)

91 I: Interdisziplinarität ist ihnen wichtig (P3: Ja genau). Wir hatten bereits vorab in
92 unserem Mailkontakt geklärt, dass das XXX in XXX eine Einrichtung der XXX ist.
93 Könnten Sie vielleicht trotzdem nochmal ein paar Worte dazu sagen, wie sie fi-
94 nanziert werden und ob die Finanzierung ausreicht?

95 P3: Also im seelisch beeinträchtigten Bereich sind wir finanziert über sogenannte
96 Endgeltvereinbarungen, mit dem uns zuständigen XXX. Das ist in diesem Fall

97 der XXX, der zuständig ist für die XXX für seelisch, körperlich oder geistig beeinträchtigte Menschen. Das heißt (kurze Unterbrechung durch andere Mitarbeitern, 98 5 sek.) dass wir regelmäßig Verhandlungen über unser Leistungspaket, der so 99 genannten Leistungsvereinbarung, mit dem XXX haben und das wird wiederum 100 hinterlegt mit entsprechenden Zahlen. (..) Zu Ihrer Frage ob es ausreicht, nein es 101 reicht meiner Meinung nach definitiv nicht aus. Das muss man schon auch sagen 102 (lacht). Vielleicht auch hier nochmal der Exkurs. Bei uns in XXX leben nicht die 103 klassischen seelisch beeinträchtigten Menschen die, ich sag mal zum leichteren 104 Spektrum gehören. Als Beispiel, einen Menschen mit einer einfachen Depression 105 werden sie bei uns nicht finden, der aber laut Leistungsvereinbarung, auch hier 108 Aufnahme finden kann. (..) Die Verhandlungssätze sind in Mittelfranken ähnlich. 100 Das heißt also, wenn wir als Einrichtung nur leichtere beeinträchtigte Menschen 110 betreiben, dann würden wir einen fast gleichen Tagessatz erhalten, obwohl 111 wir schwierigere Menschen betreuen, in unterschiedlichen Stafflungen. Das soll 112 aber auch kein Klagelied sein, das ist eben ein sozialpolitisches Thema. Wir kommen 113 aber mit der Finanzierung nicht aus und da geht es dann drum zu gestalten. 114 Wie kann man dann die Hilfebedarfe so organisieren, dass es nicht zu Überlastungen 115 kommt? Wer aufgenommen wird, haben wir ja selbst in der Hand und da 116 achten wir dann darauf, dass wir eine ausgewogene Balance herstellen oder 117 auch mit Fortbildungen und Supervisionen unterstützten und ausgleichen. 118

119 I: Ich würde Sie gerne dazu fragen, wie Sie die aktuelle Versorgungslandschaft für 120 ältere Menschen mit einer psychischen Erkrankung und einem potenziellen oder 121 vorhandenen Pflegbedarf, im Raum Nürnberg wahrnehmen?

122 P3: Es gibt schon einige Einrichtungen, die sich auch Menschen mit einer seelischen 123 Beeinträchtigung fokussieren. Wir haben auch in unmittelbarer Nachbarschaft, 124 die XXX in XXX und XXX. Es gibt innerhalb der Landschaft in Mittelfranken 125 immer mehr Einrichtungen, auch dezentrale. Ich würde aber nicht sagen, 126 dass dies ausreicht. Ich würde auch nicht sagen, dass es für ältere Menschen im 127 gerontologischen Bereich ausreichend ist, ich glaube, dass gerade hier spezielleres 128 Wissen von Nöten ist. Also im Sinne von was ist altersspezifisch notwendig? (..) 129 Ich glaube, dass die ein Bereich ist der medizinisch auch noch Unterstützung 130 braucht und wir sind da, meiner Ansicht nach, in der nächsten Stufe der 131 Psychiatrieentwicklung. (...) Es gibt Einrichtungen, mit unterschiedlichen Angeboten, 132 auch das Bundeteilhabegesetz ermöglicht es, anderen Anbietern auf spezielle 133 Bedürfnisse einzugehen, aber ich denke das viele ältere Menschen auch

134 in ihren eigenen Wohnungen alt werden möchten oder zu mindestens Wohnort
135 nah. Ich glaube es braucht mehr Einrichtungen in den Gebieten, aus denen die
136 Leute kommen, um eben auch weiterhin in ihrem Sozialraum wohnhaft bleiben
137 zu können. Der Sozialraum kann eine unglaubliche Ressource sein, da meist dort
138 auch die Freunde und die Verwandten sind. Natürlich kann man für einzelne Per-
139 sonen oder relativ kleine Personengruppen keine Einrichtung errichten, aber es
140 sollte vielleicht übergeordnet ein System geben, in diesem man die Versorgungs-
141 lücken kumulieren kann. Dann ist eine Einrichtung eben keine zwanzig, sondern
142 fünf Kilometer entfernt. Das wäre glaube ich sehr zielführend, kleine dezentrale
143 Wohnangebote, egal von welcher Trägerschaft. Ich glaube da gibt es zu wenig.

144 I: Und was sind denn Ihrer Ansicht nach allgemeine Vorteile von Einrichtungen,
145 die sich ausschließlich an solch eine Zielgruppe richten?

146 P3: Wir in XXX haben uns nicht nur auf eine Zielgruppe spezialisiert, wohl aber
147 im Wohnen homogenisiert. Wir hatten früher eine gewinnbringendere Möglich-
148 keiten und zwar, dass Menschen mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungen
149 sich aussuchen konnten wo und mit wem sie wohnen wollten. Erst durch die Ho-
150 mogenisierungsaufgabe des XXX mussten wir Menschen mit seelischer Beein-
151 trächtigung tatsächlich kumulieren. Das funktioniert zwar alles, aber wir als Pro-
152 fessionelle sind der Ansicht, dass dies sehr schade ist. Das Leben ist nun mal
153 eben bunt und privat wohnt man auch vielleicht mit geistig, seelisch oder körper-
154 lich beeinträchtigten Menschen, die den unterschiedlichsten Religionen angehö-
155 ren nebeneinander und da wird auch nicht gesagt, in dem Haus wohnt nur die
156 und die Personengruppe. Eigentlich ist das paradox, aber es hat gewisse Hinter-
157 gründe betreffend der Finanzierung. (..) Wir meinen dass es durch die Homoge-
158 nisierung auch mehr Konflikte da sind, weil Menschen mit seelischen Beeinträch-
159 tigungen oft davon profitiert haben, wenn Menschen mit geistiger Beeinträch-
160 tigung dem oft gar nicht so folgen konnte. Das hat immer einen deeskalierenden
161 Aspekt gehabt. Jetzt ist es oft so, dass Verhaltensauffälligkeiten geballt aufeinan-
162 der treffen. (..) Die Menschen hatten auch mehr Freundschaften, denn durch die
163 gemischten Bewohnergruppen haben sich auch anders Freundschaften gebildet.
164 An dieser Stelle ist unserer Meinung Beziehungsqualität verloren gegangen. (4
165 sek.) Der Vorteil von Spezialisierungen ist, dass mit einem sehr differenzierten
166 Blick sehr genau auf die einzelnen Menschen eingegangen werden kann. Das ist
167 unserer Ansicht nach aber kein Abbild der Realität. (..) Wenn man auf der einen
168 Seite dezentrale Wohneinheiten möchte, dies dann gesellschaftlich und politisch

169 schaffen und dann aber homogenisiere Wohneinheiten schaffe, dann ist das ein-
170 fach paradox.

171 I: Also sehen sich auch deutliche Grenzen von spezialisierten Einrichtungen, u.a.
172 in der Schmälerung von Normalität?

173 P3: Ja richtig.

174 I: Da Sie gerade davon gesprochen haben, dass durch die gemischten Wohn-
175 gruppen eine hohe Beziehungsqualität vorhanden war, wie würden Sie die den
176 Kontakt unter den Bewohnern aktuell beschreiben? Muss dieser an manchen
177 Stellen durch die Einrichtung oder die Mitarbeiter gefördert werden?

178 P3: Das ist tatsächlich sehr heterogen. Es gibt viele Freundschaften und Bezie-
179 hungen über die XXX, die XXX oder die Beschäftigungstherapie. Es gibt sehr
180 intensive Freundschaften, aber auch Menschen, die sich gar nicht riechen kön-
181 nen. (..) Dann ist es auch sehr alltagsbezogen, der eine kann das, der andere
182 nicht. Da gibt es immer mal wieder Konfliktherde. Seelisch beeinträchtigte Men-
183 schen sind oft sehr konfliktträchtig, die haben an dieser Stelle an starkes Gleich-
184 heitsbewusstsein und fordern das auch ein. (..) Im Allgemeinen suchen sich die
185 Bewohner aber ihre Kontakte selbst. Die Mitarbeiter unterstützen das, müssen
186 es aber auch teils gar nicht, weil das von selbst gut läuft. Das ist sehr individuell,
187 je nachdem welche Wünsche da vorhanden sind. Es gibt viele Menschen mit
188 Beeinträchtigung, die Kontakte nach außen pflegen, das wird natürlich gleicher
189 Maßen gestärkt. Es heißt also nicht, dass das nur unter den Bewohnern so sein
190 muss.

191 I: Auch wenn die Beziehungen und Kontakte so individuell bei den Bewohnern
192 sind, gibt es Ihrer Ansicht nach auch gewisse Aspekte, die für das Zusammenle-
193 ben von Relevanz sind?

194 P3: Es ist immer bei der Belegung, die in der Regel fremdbestimmt stattfindet ein
195 Aspekt, wie verträgt sich der Eine mit dem Anderen. Ich denke insgesamt ist ein
196 wichtiger Aspekt Toleranz und Wertschätzung für den Anderen, zum Beispiel
197 meinem Zimmernachbarn aufzubringen. Selbst wenn ich nicht immer der glei-
198 chen Ansicht bin oder die gleichen Maßstäbe habe, kann ich für ein gutes Zu-
199 sammenleben Rücksicht nehmen. Wenn es natürlich gar nicht gehen sollte, dann
200 veranlassen wir auch eine Zimmerverlegung.

201 P3: Das heißt wichtig für das Zusammenleben der Bewohner ist Toleranz und
202 Wertschätzung?

203 P3: Natürlich gibt es noch mehr, aber ich denke das sind mit die wichtigsten Bau-
204 steine.

205 I: Welche Bedürfnisse nehmen und ggf. spezifische Bedürfnisse, im Vergleich zu
206 älteren Personen ohne eine seelische Erkrankung, nehmen Sie bei den Bewoh-
207 nern des XXX in XXX war? Gibt es Ihrer Ansicht nach welche?

208 P3: Also ich glaube das in erster Linie die Bedürfnisstruktur bei ziemlich allen
209 Menschen ähnlich sind. Es geht um Wertschätzung, es geht um Respekt, es geht
210 darum gesehen zu werden, es geht um das gebraucht werden, um Sinn im Le-
211 ben, sich angenommen zu fühlen. Da ist man in erster Linie einfach Mensch. (..)
212 Letztendlich nehmen wir aber schon war, dass das Ich sehr stark im Zentrum ist
213 und die Welt sich sehr stark um die eigenen Bedürfnisse und um das eigene
214 Schicksal dreht. Möglicherweise auch aus dem Grund, dass der Mensch auch
215 weiß, wie es ihm oder ihr vor der Erkrankung ging und wie anders da das Leben
216 war. Das benötigt dann vielleicht eine andere Form der Akzeptanz, des Krank-
217 heitsbildes, was viele aber oft nicht schaffen und mit dem sie dann hadern. Zu
218 Ihrer Frage nach spezifische Bedürfnissen, da würde ich sagen, dass der
219 Wunsch nach Teilhabe in einer Phase der Erkrankung wenig vorhanden ist. Je
220 nachdem wie er oder sie es schafft durch diese Phasen zu kommen, dann wieder
221 steigt. Mit der Privatsphäre ist es genau andersrum. (..) Wir haben es hier mit
222 Menschen zu tun, die nicht nur in einer Erkrankungsphase sind, sondern die we-
223 sentlich beeinträchtigt sind. Auch vom Gesetz her eine wesentliche seelische Be-
224 hinderung haben, also auch keine Erkrankung, die dann wieder irgendwann weg
225 geht, sondern tatsächlich eine Behinderung. Die kann stabilisiert werden, durch
226 Hingabe, durch Struktur, durch medikamentöse Behandlung, durch Ressourcen
227 wie Familie, Freunde oder eben auch durch Arbeit. Die Krankheit hat aber auch
228 tatsächlich immer wieder Phasen, in denen sie zuschlägt und da werden dann
229 auch die besonderen Bedürfnisse deutlich. (..) Gerade auch im Seniorenbereich,
230 wo Menschen aufgrund körperlicher Beeinträchtigung, nicht mehr von sich auch
231 so alleine weggehen können, versuchen wir das nicht nur allein durch unser Per-
232 sonal zu stärken, denn das ist wie gesagt wenig. Wir versuchen dann das Be-
233 dürfnis nach Zuwendung über ehrenamtliche Mitarbeiter dann auch auszugle-i-
234 chen. An dieser Stelle trifft auch wieder das Thema Sozialraum zu, wenn man
235 sich zum Beispiel fragt wie man Vereine noch mehr einbinden kann, in denen

236 auch Menschen mit gerontopsychiatrischem Hintergrund teilhaben können. Auch
237 wenn sie immer schwächer werden. (..) Das ist nicht immer einfach. Wir haben
238 auch viele Beziehungsabbrüche erlebt, zum Beispiel bei einem Klient der eine
239 seelische Beeinträchtigung hat und viele Jahre im Schachclub war. Dieser ist
240 dann zunehmend pflegebedürftig geworden und dann hat sich die Frage gestellt:
241 Wie kommt er zu diesem Schachclubtreffen, wenn wir es nicht mehr leisten kön-
242 nen? Gibt es einen Ehrenamtlichen aus dem Club, der das macht? Wenn aber
243 keine vorhanden ist, dann versendet das leider auch. (..) Es ist dann so, dass die
244 Bedürfnisse da, aber nicht realisierbar sind. Das erleben wir leider sehr oft. Bis
245 dahin das auch solche Tätigkeiten wie Einkaufen nicht mehr möglich sind. Dann
246 kommt auch dieser vereinsamende Teil hinzu. (...) Dem zu begegnen, da haben
247 wir jetzt so auch keine Lösung. Es wird immer schwieriger auf ehrenamtliche Kol-
248 legen und Kolleginnen zurückzugreifen oder auch zu gewinnen und dann auch
249 zu Menschen Brücken zu bauen, die pflegebedürftiger werden. (...) Spezielle Be-
250 dürfnisse ja, aber die Frage ist wie kann man es realisieren?

251 I: Trotzdem sind bei mancher ihrer Bewohner des XXX Angehörige oder vielleicht
252 auch Freunde, Bekannte vorhanden, zu denen auch ein Kontakt besteht? (P3:
253 Ja, ja) Wie pflegen die Bewohner diesen?

254 P3: Das ist sehr unterschiedlich. Für uns als Einrichtung gilt der ganzheitliche
255 Ansatz und daher ist uns die Ressource Angehörige, in Form von Eltern, Ehe-
256 partnern, auch wenn die Ehe vielleicht auseinander gegangen ist und Kindern
257 unheimlich wichtig. Bei uns gibt es immer den Wunsch und immer auch die Auf-
258 gabe, die Kontakte immer wieder anzufragen, wenn es der Mensch nicht selbst
259 pflegen kann oder wenn von Seiten der Angehörigen kaum Präsenz da ist. Das
260 wird immer versucht. Wenn aber deutlich wird, dass die Tochter der Sohn oder
261 die Exfrau sich entsagen, dann können wir auch nichts machen. (..) Ich würde
262 sagen, dass von unseren Bewohnern, die hier im seelisch beeinträchtigten und
263 pflegerischen Bereich leben, haben eigentlich zu 80 Prozent alle in irgendeiner
264 Form Familienkontakt. Ein paar, die schon sehr alt sind, da sind viele Angehörige
265 bereits verstorben. Kinder existieren in diesem Fall auch nicht. Da ist u.a. einzig
266 der gesetzliche Betreuer vorhanden und dann haben die Menschen schon wenig
267 Besuchskontakt. Da versuchen wir dann mit Ehrenamtlichen Besuchsdienste zu
268 organisieren oder eine Vereinsanbindung zu schaffen, soweit es möglich ist

269 I: Das heißt, wenn Kontakte vorhanden sind und beide Parteien, Adressat und
270 bspw. Familie das auch möchten, denn erfolgt auch eine gemeinsame aktive
271 Alltags- und Freizeitgestaltung?

272 P3: Sie werden bei allem einbezogen, was sie von sich aus anbieten und was
273 der Mensch auch möchte. Das macht dann natürlich auch mehr Spaß mit den
274 vertrauten Gesichtern von früher. Das wird schon aktiv von uns gefördert, bis
275 dahin, dass wir auch größere Veranstaltungen für Eltern und Angehörige oder
276 einen Eltern-Betreuer-Tag, einen Angehörigenachmittag haben oder gemein
277 same Weihnachtsfeiern machen. Das machen die Gruppen ganz unterschiedlich,
278 auch das Geburtstage Feiern. Das ist bei uns alles auch Angehörigenarbeit und
279 das ist auch ein wichtiger Bestandteil der Arbeit. (...) Es lebt immer von der Be-
280 ziehungsarbeit, die der Mensch selber leisten kann oder sich wünscht. Tatsäch-
281 lich auch von uns als Brückenbauer. Das wird schon stark unterstützt.

282 I: Das glaube ich. (...) Sie hatten gerade schon angedeutet, dass Aktivitäten mit
283 vertrauten Personen mehr Spaß macht. (..) Könnten Sie etwas präzisieren, also
284 wie sich der Einbezug der Angehörigen und Freunde auf die Bewohner auswirkt?

285 P3: Also auf viele wirkt sich dieser Kontakt und dieser Einbezug von Angehörigen
286 und Freunden sehr positiv aus, auch wenn viele Auffälligkeiten im Verhalten und
287 Schwankungen in ihrer Beziehungsfähigkeit haben. Insgesamt sind doch alle
288 sehr glücklich, wenn Verwandtenkontakte da sind und da wird auch schon immer
289 darauf hin gefiebert, wann sie wiederkommen. Das ist auch etwas ganz Anderes,
290 wenn die Mitarbeiter das möglich machen und man vielleicht auch mal in die Hei-
291 mat mit den Menschen reisen kann. Das ist schon ein Highlight.

292 I: Das kann ich mir vorstellen. (..) Also die Bewohner des XXX sind dann moti-
293 vierter oder weniger auffälliger in Ihrem Verhalten oder wie kann ich das verste-
294 hen?

295 P3: Ja zum Beispiel. Das ist ganz unterschiedlich von Bewohner zu Bewohner,
296 also ich würde nicht sagen, dass alle durch Kontakte oder Besuche motivierter in
297 ihrem Verhalten sind. Die Meisten sind dann doch eher ausgeglichener.

298 I: Ich würde gerne bei den sozialen Kontakten beziehungsweise Beziehungen
299 bleiben, nun aber mehr den Fokus auf die Mitarbeiter legen. (..) Gibt es innerhalb
300 des XXX ein Bezugsbetreuersystem?

301 P3: Ja wir haben auf jeder Wohngruppe ein Bezugsbetreuungssystem, das heißt
302 feste Ansprechpartner für die Klienten. Wenn jemand neu einzieht, dann braucht
303 es natürlich etwas Zeit um sich kennenzulernen, der Klient die Mitarbeiter und
304 die Mitarbeiter den Klienten. Es kristallisiert sich dann eigentlich immer raus, wer
305 mit wem eine gute Vertrauensbasis aufbauen kann und wenn der Kollege oder
306 die Kollegin noch nicht zu viele Bezugsklienten hat, dann organisieren sich der
307 Mensch mit Behinderung und der Bezugsbetreuer und gehen ein commitment
308 miteinander ein.

309 I: Und was sind Ihrer Ansicht nach Vorteile und was ggf. auch Grenzen?

310 P3: Der Vorteil hierbei ist, dass man sehr tiefgründig Beziehung aufbaut. Die
311 Grenze, die dann auf der Hand liegt ist, dass wenn sich ein Pflegebedarf verän-
312 dert und die Person dann umzieht oder sich weiterentwickelt, der Bezugsbetreuer
313 oft nicht mitwandert. Das führt dann oft zu Bezugsabbrüchen, die den Menschen
314 dann sehr wehtun. (..) Es ist ja auch nicht so, als ob im anderen Setting keine
315 neue Bezugsbeziehung aufgebaut werden kann. (...) Menschen mit seelischer
316 Erkrankung trauern dem aber mehr oder auch länger nach als Menschen mit
317 geistiger Beeinträchtigung habe ich gemerkt. (5 sek.) Das Bezugsbetreuungs-
318 system hat sich aber insgesamt als sehr positiv entwickelt, nicht nur auf der Bezie-
319 hungsebene, sondern es beinhaltet dann auch Maßnahmen und Ziele, da geht
320 es um die Geldverwaltung und um andere rechtliche Dinge. Bezugsbetreuer sind
321 dann primäre Ansprechpartner auch für einen gegebenen Betreuer, aber auch
322 die Angehörigen. Er ist ein Knotenpunkt, bei dem die Belange des Menschen
323 zusammenfließen und er diese auch gut bedienen kann. Diese Person weiß dann
324 auch einfach unglaublich viel über den Menschen und kann dann, in Absprache
325 mit der Person, in seinem oder ihrem Namen viel weitergeben oder für seine
326 Belange Maßnahmen einfordern. (..) Das geht bis dahin, dass der Bezugsbe-
327 treuer auch im Sozialraum, für den Menschen aktiv werden kann und dann auch
328 solche Gegebenheiten begleiten und Schwellenängste abbauen kann. (..) Das
329 darf man auch nicht vergessen. An dieser Stelle ist der Bezugsbetreuer auch
330 eine ganz wichtige Person.

331 I: Und welche Aspekte sind ihrer Ansicht nach allgemein innerhalb der Beziehung
332 zwischen Bewohner und Mitarbeitenden wichtig?

333 P3: Allgemein wichtige Aspekte sind zum einen ein professionelles Nähe-Dis-
334 tanz-Verhalten. Besonders bei Menschen mit Borderline, die sehr stark auf der

335 Beziehungsebene wandeln, ist es als Mitarbeiter sehr wichtig seine Privatsphäre
336 zu schützen und dann nicht zu viel Nähe zu zulassen. Es darf nie vergessen
337 werden, dass wir die Professionellen sind und nicht zur Familie gehören.
338 Das ist glaube ich im seelisch beeinträchtigten Bereich eine der größten Heraus-
339 forderung.

340 I: Welche Wohnformen werden innerhalb des XXX angeboten?

341 P3: Wir haben innerhalb des XXX Einzel- wie auch Doppelzimmer und unser
342 ältester Neubau ist XXX Jahre alt. Das neue PflWoqG von 2012 oder 2013 sagt,
343 dass der Fokus mehr auf Einzelzimmern liegen muss. Das versuchen wir bei
344 uns umzusetzen, indem wir Doppelzimmer abbauen. Lustigerweise haben wir
345 ganz viele Klienten, die überhaupt kein Einzelzimmer möchten, da sie ungern
346 alleine sind. Da wird es zukünftig tatsächlich schwierig werden. Tatsächlich gibt
347 es aber die Ausführungsverordnung vom PflWoqG, wobei nur noch Einzelzim-
348 mer, auch baulich, angeboten werden sollen. (..) Wir sind da in den Anfängen.
349 (...) Bei beiden Zimmertypen, also Einzel- wie auch Doppelzimmer, besteht kein
350 finanzieller Unterschied. Im ambulanten Setting ist es natürlicherweise die eigene
351 Wohnung, bis hin zur Wohngemeinschaften, in der jeder in der Regel sein eige-
352 nes Zimmer besitzt. (..) Unsere Intensivgruppen haben eine Gruppenstärke von
353 maximal neun Personen, unsere größere Gruppen bestehen aus maximal zwölf
354 Personen.

355 I: Inwieweit wirkt sich dann die Größe der Einrichtung, beziehungsweise der
356 Wohngruppen auf die Bewohner aus?

357 P3: Wir haben in der Summe XXX Menschen mit Beeinträchtigung im gemein-
358 schaftlich-stationären Wohnen. Hier in XXX haben wir circa XXX. Wie wirkt sich
359 das aus, also innerhalb der Einrichtung haben wir spezialisierte Wohngruppen
360 betreffend der Beeinträchtigungen. Früher konnten wir es mischen, jetzt müssen
361 wir es homogenisieren. Das Positive ist, dass die Einrichtungsgröße es erlaubt
362 einen geschützten Rahmen zu bilden. Wir sind eigentlich ein eigenes Dorf in
363 XXX. Das bedeutet viel Begegnung und viel Kontakt. Sei es das XXX für Veran-
364 staltungen oder unsere XXX. Innerhalb des Einrichtungskerns ist es da
365 total praktisch, durch die XXX und Beschäftigung kennen sich viele Menschen
366 untereinander und dann besucht man sich auch mal Wohngruppenübergreifend.
367 Also an dieser Stelle ist die Struktur sehr förderlich. Natürlich hat so etwas auch
368 immer seine zwei Seiten. Für mich würde sich hier die Frage stellen, wie inklusiv

369 es tatsächlich wäre, innerhalb von XXX zu wohnen, aber keine weiteren Kontakte
370 zu bekommen, weil der Sozialraum noch nicht offen dafür ist? Wie würde auch
371 eine beschützte Wohngruppe innerhalb eines Gemeindegebietes funktionieren?
372 Würde das jeder so mitmachen, wenn die Nacht eben mal zum Tag wird? (4 sek.)
373 Ich glaube aber, dass sich das immer mehr in Zukunft aufweichen wird, dass die
374 Nachbarschaft da offener und bunter wird und es mehr Akzeptanz findet. Ich den-
375 ke in zehn oder fünfzehn Jahren sollte es kein Thema mehr darstellen. (I: Das
376 wäre schön). Ja definitiv.(..) Wir wissen ja auch, dass statistisch psychische Er-
377 krankungen zunehmen. Es wird also insgesamt mehr Leute treffen, von daher
378 denke ich, dass es mehr miteinander verschwimmen wird. Zum jetzigen Zeitpunkt
379 ist es aber noch nicht reif. Da braucht es noch ein bisschen Arbeit.

380 I: Das bedeutet, die Größe des gemeinschaftlichen Wohnens ermöglicht den ein-
381 zeln Bewohnern viel Möglichkeit für Kontakt und Austausch. Ermöglichen viel-
382 leicht im Gegenzug die kleineren Wohngruppengrößen mehr Privatheit? Wie
383 nehmen Sie das Thema Privatsphäre bei den Bewohner war? Ist dies ein wich-
384 tiger Aspekt?

385 P3: Jeder Bewohner hat seine Privatsphäre innerhalb des Einzel- oder Doppel-
386 zimmers, auch in Nischen, die sich der ein oder andere erarbeitet oder erobert
387 hat. Damit meine ich, dass manche Menschen einen ganz bestimmten Platz in
388 der XXX haben, der ist dann auch schon zur Privatsphäre geworden. Es hat je-
389 mand die Chance so viel an Teilhabe zu erhalten, wie er möchte, es wird aber
390 niemand gezwungen. Jeder kann in seiner Privatsphäre, je nachdem was es für
391 sie oder ihn bedeutet, auch nutzen. Durch diese Weiterentwicklungsmöglichkei-
392 ten, also im Sinne von zum Beispiel einem Wohnplatz in der Außenwohngruppe
393 oder dem ambulanten Wohnen, hat man auch die Möglichkeit einen anderen
394 Grad an Privatheit zu gewinnen. Hier im Einrichtungskern hat es aber auch seine
395 Wichtigkeit, zum Beispiel auch was Paarbeziehungen und Sexualität betrifft.
396 Auch an dieser Stelle gibt es genügend Freiraum oder auch die Unterstützung
397 durch Sexualpädagogen, in Form von Beratung oder Begleitung, dass die Pri-
398 vatsphäre da auch stimmt und beachtet wird. (..) Wenn jemand in einem Doppel-
399 zimmer ist, ist es natürlich etwas schwerer die Privatsphäre zu beachten, aber
400 auch an dieser Stelle wird versucht so viel zu ermöglichen wie geht.

401 I: Da Sie das Thema Paarbeziehung angesprochen haben, ist es grundsätzlich
402 möglich, dass Partner oder Partnerinnen mit in die Einrichtung ziehen? Ggf. ohne
403 eine psychische Erkrankung?

404 P3: Paarwohnen ist in dem Sinne schwierig, weil wir ein XXX sind und damit
405 direkt dem XXX unterstellt sind. Das heißt Paarwohnen ist möglich, sofern diese
406 verheiratet sind und dann am Besten im ambulanten Wohnen. (..) Ansonsten
407 kann man es eben unter Erprobung laufen lassen, da braucht es kreative Lösun-
408 gen. Es finden sich aber auch romantische Beziehungen innerhalb der Einrich-
409 tung, das kommt natürlich auch vor.

410 I: Okay gut, dann würde ich gerne wieder auf die Einzel- und Doppelzimmer zu
411 sprechen kommen. Wie ist die Beschaffenheit dieser?

412 P3: Bei uns ist der Standard in allen Wohngruppen, dass jedes Zimmer, egal ob
413 Einzel- oder Doppelzimmer seine eigene Nasszelle hat. Diese ist dann an die
414 entsprechende Zimmergröße in Quadratmetern angepasst. In den Wohngruppen
415 gibt es dann zusätzlich noch ein gemeinsames großes Bad, in der auch eine
416 Badewanne drin ist. Die Nasszellen an den Zimmern haben ausschließlich Du-
417 sche und WC. Das gemeinsame große Bad enthält neben der Badewanne auch
418 nochmal ein WC, eine Dusche, Waschmaschinen etc., also wer kann und auch
419 möchte, kann seine Wäsche selbst organisieren. Ansonsten bieten wir im Haus
420 eine Wäscherei und Näherei auch an. (..) Innerhalb der Zimmer gibt es keine
421 eigenen Kochnischen, sondern es gibt eine Gemeinschaftsküche. In der gemein-
422 schaftlichen Küche kann man sich selbst versorgen oder aber, je nach Hilfebe-
423 darf, wird man durch unsere Zentralküche auch beliefert. Die Wohngruppen ver-
424 suchen den Wünschen der Bewohner und dem Normalitätsprinzip entsprechend,
425 immer mehr selbst mit den Bewohnern etwas zu tun. Das ist ein Förderziel, in
426 den Wohngruppen selbst zu kochen. Gerade für ältere Menschen mit seelischer
427 Beeinträchtigung, ist dieses eigenständige Tun eine gute Möglichkeit an die Res-
428 sourcen von früher anzuknüpfen. (...) Es gibt dann noch einen gemeinsamen
429 Wohnbereich. Jeder hat zwar seinen eigenen Fernseher im Zimmer, aber es gibt
430 auch im gemeinsamen Wohnbereich einen. (..) Es gibt auch noch ein Raucher-
431 zimmer beziehungsweise Balkone, da die älteren Bewohner bei uns mit einer
432 seelischen Beeinträchtigung unglaublich viel rauchen.

433 I: Und wie ist es mit gemeinschaftlichen Räumlichkeiten? Welche sind im XXX
434 vorhanden?

435 P3: Also wir haben viel auf unserer XXX. Wir haben eine eigene Kegelbahn, eine
436 eigene Turnhalle und bis vor kurzem hatten wir in XXX auch noch ein Schwimm-
437 bad. Wir haben ein großes XXX, in dem Veranstaltungen stattfinden, meist Un-

438 terhaltbares. (...) Wir machen auch ganz viel übergreifend und versuchen aber
439 immer auch die Leute aus den Einrichtungen rauszubringen. Sei es durch An-
440 bindungen in den Sozialraum, kirchliche Feste und Gottesdienste, aber auch
441 Jahreszeit entsprechende Feste, wie der XXX Kirchweih. Theateraufführungen
442 werden auch immer gerne von unseren Bewohnern besucht oder die Anbindung
443 zum Verein besteht, wie ich vorher schon gesagt habe. (..) Wir haben innerhalb
444 der Einrichtung viele gemeinschaftliche Möglichkeiten, auch durch die XXX ha-
445 ben wir einen Snoozle-Raum, den jeder auch nutzen kann, insbesondere am
446 Wochenende. Trotzdem haben wir das Ziel auch die Leute rauszubringen, je nach-
447 dem wie es möglich ist.

448 I: Das heißt die eigenen gemeinschaftlichen Räumlichkeiten werden stark in die
449 Alltags- oder Freizeitgestaltung miteinbezogen und zusätzlich verbringen die Be-
450 wohner viel Zeit im Sozialraum.

451 P3: Genau, also die eigenen Räumlichkeiten werden je entsprechend dem An-
452 gebotsprogramm der Mitarbeiter oder der Neigungsgruppen genutzt und auch
453 selbstständig durch die Bewohner. Natürlich aber je nachdem ob sie das möch-
454 ten, wir machen da keine festen Vorgaben. (..) Uns ist es aber wie gesagt wichtig,
455 dass wir auch unsere, ich sag mal, eigenen Mauern verlassen und rausgehen.

456 I: Aber wie ich das richtig gehört habe, ist es dem XXX wichtig, sich für den So-
457 zialraum zu öffnen.

458 P3: Richtig, wir haben einen Arbeitskreis, der nennt sich XXX. In diesem sind der
459 Altbürgermeister und der aktuelle Bürgermeister von XXX, aber auch Gemeinde-
460 räte Mitglieder. Wir versuchen auch Vereine zu gewinnen, dass diese uns mehr
461 unterstützen. Wir betreiben auf der Metaebene auch ganz viel Netzwerkarbeit
462 und um dann auch im operativen Geschäft Unterstützung zu erhalten. (..) Wir
463 haben auch ein eigenes Kursprogramm, das habe ich vorhin vergessen zu er-
464 wähen. Das wird innerhalb der Einrichtungen schon sehr genutzt. Wir sind auch
465 auf dem Weg Fortbildungsprogramme für Mitarbeiter, als auch für unsere Be-
466 wohner zu vereinen. Das war bisher getrennt. (..) Es finden auch Kooperationen
467 mit der Volkshochschule statt, bei denen wir Menschen mit Assistenzbedarf in
468 deren Kurse bringen können. Das ist immer mit viel Offenheit verbunden, was
469 sehr schön ist.

470 I: Netzwerkarbeit ist für Einrichtungen also ein wichtiger Bestandteil, der sich wie-
471 derum positiv auf die Klienten und den Sozialraum auswirkt. (P3: Ja genau). Um

472 nochmal auf die Alltags- und Freizeitgestaltung zurückzukommen, zu der ja auch
473 das Fort- und Weiterbildungsprogramm gehört, inwieweit können sich Bewohner
474 bei den Angeboten selbst einbringen und engagieren?

475 P3: Alles ist bei uns möglich. Wir haben eine Kollegin, die für den Bereich Bildung
476 und Teilhabe zuständig ist. Diese macht auch regelmäßig Bedarfsabfragen bei
477 den Bewohnern und die Resonanz ist da sehr groß. (..) Einmal können sich die
478 Menschen selbst positionieren, beim Essen übrigens auch. Die Küche kriegt
479 auch ständig Anregungen, was sie noch kochen könnten. Das ist ein Weg. Wir
480 haben auch eine Bewohnervertretung, die aus Menschen mit jeglicher Art von
481 Beeinträchtigung besteht. Wir haben einen XXX, wir haben einen Frauenbeauf-
482 tragen im XXX, das hat bei uns dazu geführt und dass der Wohnbereich gesagt
483 hat: Wir wollen auch Frauenbeauftragte. Das hat wiederum dazu geführt und das
484 ist ganz interessant zu sehen, welche Dynamiken sich da aufbauen, dass die
485 Männer sich unterrepräsentiert fühlen. Deswegen soll es jetzt auch Männerbe-
486 auftragte geben und wir haben, das ist einzigartig in Bayern einen XXX, der sich
487 selbstständig gebildet hat und von da kommen auch überall die Wünsche. (..) Wir
488 haben auch seit neuestens einen Beitrag aus gesetzlichen Vertretern, also Ange-
489 hörige und gesetzliche Vertreter, die auch nochmal die Belange von deren Per-
490 spektive miteinbringen, zur Unterstützung der Klienten hier bei uns. Das sind ver-
491 schiedenste Gremien, die hier eben die Selbstbestimmungs- und Mitbestim-
492 mungsrechte auch tragen und fördern. (..) Selbstbestimmung hat aber auch seine
493 Grenzen, nämlich dort wo die Selbstbestimmungsrechte eines anderen berührt
494 oder nicht geschätzt werden. Das denke ich dürfen wir nicht vergessen, dass
495 auch Menschen mit Beeinträchtigung Selbstbestimmungsrechte haben, das ist
496 gar keine Frage, aber wir können uns auch nicht alles wünschen und realisieren,
497 müssen uns auch an geltendes Gesetz und Recht halten.

498 I: Das würde aber auch heißen, dass die Bewohner neben der Äußerung von
499 Wünschen und Anliegen auch selbst Angebote gestalten können?

500 P3: Ja natürlich, wenn sie das möchten dann sehr gerne. Oft geschieht das in
501 den Neigungsgruppen, dass dann auch Einheiten selbst durch die Menschen mit
502 Beeinträchtigung gestaltet werden. Das geht aber natürlich auch in den Wohn-
503 gruppen. Oft unterstützt dann ein Mitarbeiter oder begleitet auch nur im Hinter-
504 grund, aber natürlich, das gibt es auch und wird auch von uns gefördert.

505 I: Sie hatten bereits an vorheriger Stelle gesagt, dass Selbstbestimmung und
506 auch Normalisierung wichtige Aspekte sind, die auch durch die Mitarbeiter in XXX
507 gelebt werden. Was ist Ihrer Ansicht nach noch bei der Alltagsgestaltung für die
508 Bewohner und Bewohnerinnen von Relevanz?

509 P3: Das Normalisierungsprinzip ist sehr wichtig. Es braucht einen geregelten Ta-
510 gesablauf, wenn er oder sie tatsächlich in die XXX gehen kann, dann wird der
511 Tagesrhythmus auch darauf abgestimmt. (..) Natürlich haben wir auch diese Prä-
512 misse Selbstbestimmung, Fremdbestimmung, das ist nicht immer einfach unter
513 einen Hut zu bekommen. Wir versuchen trotzdem in diesem Rahmen, soweit es
514 geht Normalisierung herzustellen. (..) Um auf die XXX zurückzukommen, wenn
515 ein Bewohner von uns dort nicht hingeh, dann muss er auch nicht um 7.00 Uhr
516 morgen aufstehen, aber es sollte doch schon ein Rhythmus vorhanden sein.
517 Sprich es sollten Aufgabenfelder gefunden werden, die dem Menschen und sei-
518 nen Neigungen entspricht, auch seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Das ist an-
519 fangs oft sehr schwierig, gerade wenn es um Verwahrlosung etc. geht, das be-
520 nötigt einen langen Atem und viele kleine Schritte. Gerade im seelisch beein-
521 trächtigten und gerontologischen Bereich ist viel Motivationsarbeit zu leisten,
522 aber hier ist neben dem Normalisierungsprinzip auch Beziehungsarbeit wichtig.
523 Auch wenn in manchen Fällen den Mitarbeitern viel Gegenwehr seitens der Be-
524 wohner entgegen weht, geht man trotzdem mit einer positiven Haltung auf die
525 Menschen zu und das ist glaube ich eine große Herausforderung. (..) Was auch
526 wichtig ist, das habe ich vorhin angesprochen, ist die Kontaktpflege zu den An-
527 gehörigen und Freunden. Gerade auch Angehörige sind in manchen Fällen nicht
528 sehr leicht für die Mitarbeitenden, aber auch hier versuchen wir immer eine posi-
529 tive Haltung zu haben. Das sind Ressourcen für den Menschen, aber auch für
530 uns als Einrichtung. (...) Weitere wichtige Rahmenbedingungen sind auch, so-
531 fern es immer möglich ist, Beschäftigungstherapie anzubieten. Das ist für Men-
532 schen mit einer seelischen Beeinträchtigung aus meiner Sicht total wichtig, da
533 sie ja in irgendeiner Weise Arbeitsleben immer hinter sich haben. Auch finden sie
534 oftmals über Materialien oder die Beschäftigung an sich, selbst zu sich zurück.
535 Besonders über Kreativangebote wie Malen. Dies ist auch deswegen wichtig,
536 weil es an einem anderen Ort stattfindet. Man kommt raus aus der Wohngruppe,
537 man muss auch mal raus aus der Wohngruppe. Auch was die Teilhabeleistungen
538 betrifft haben wir eine Wohngruppe, die teilt das Amtsblatt in Teilen von XXX aus
539 und am Anfang war es total schwierig, die älteren Menschen mit seelischer Be-
540 einträchtigung dafür zu aktivieren. Mittlerweile ist das ein Highlight, weil hier An-

541 knüpfungspunkte beim Austeilen entstehen. Es entsteht ein Gespräch und es
542 wächst die Beziehung und irgendwann warten die Bewohner aus den
543 Stadtteilen auf unsere Leute und dass sie wieder erzählen können. Das motiviert
544 unsere Menschen total. Anfangs war es wirklich eine zähe Geschichte und mit-
545 terweile wollen eigentlich alle mit und das geht aber leider wieder auch nicht,
546 beziehungsweise das können wir nicht leisten. Das Austeilen ist mit vielen Geh-
547 wegen verbunden und dann ist das beispielsweise mit einem Rollstuhl schon
548 sehr schwierig. (..) Das zeigt aber, dass das Dranbleiben schön und gut ist und
549 für die Bewohner einen unglaublichen Gewinn auch darstellt.

550 I: Das glaube ich. Was lange währt wird doch gut. (P3: Genau). (...) Ich würde
551 Sie dann gerne noch etwas genauer zu dem Bereich Pflege und Betreuung be-
552 fragen. Sie hatten jetzt schon an verschiedenen Stellen Aspekte angesprochen,
553 könnten Sie es vielleicht aber nochmal zusammenfassen, wie die Gesundheit der
554 Bewohner innerhalb des XXX gefördert wird?

555 P3: Wir haben ein Gesundheitsmanagement, welches insbesondere durch einen
556 Mitarbeiter im Fachdienst repräsentiert wird. Dieser ist für die gesundheitliche
557 Versorgung und Pflegestandards zuständig. Das heißt es gibt gewisse Experten-
558 standards, wie Pflege oder Sturz. Diese hat der Gesundheitsmanager im Blick.
559 Er ist aber für den Menschen selbst auch in der Beratung tätig, aber auch für die
560 Mitarbeiter der Wohngruppen. Er bietet sogenannte Wohngruppensitzungen an. Da
561 wird sehr individuell auf den einzelnen Bewohner eingegangen: Was braucht je-
562 mand? Was kann jemand gut? Worauf müssen die Mitarbeiter achten? Braucht
563 es Behandlungspflege? (..) Wir arbeiten auch ganz eng mit einem Rehatem zu-
564 sammen. Das ist gerade auch im seelisch beeinträchtigten und besonders im
565 gerontologischen Bereich sehr wichtig, wenn jemand zum Beispiel eine Gehhilfe
566 braucht. Das läuft alles über diesen Bereich des Gesundheitsmanagements. Da-
567 bei widmet sich der Mitarbeiter nicht nur den körperlichen Anliegen, sondern
568 eben auch den psychischen. Wobei hier auch die Schnittstelle zu unserem psy-
569 chologischen Dienst, zu unserem pädagogischen Dienst und dem Sozialdienst
570 entsteht. Hier wird wieder deutlich, wie interdisziplinär wir arbeiten. (..) Wir haben
571 auch Mitarbeiter, die für den gerontologischen Bereich ausgebildet und zustän-
572 dig sind und gesonderte Angebote spezifisch anbieten, zum Beispiel Gedächtnis-
573 training. Der ehrenamtliche Bereich ist auch im gerontologischen Bereich stark
574 miteinbezogen. Auch Therapeuten, wie Ergo-, Physiotherapeuten oder Logopä-
575 den sind in diesem Bereich stark vertreten. Wir haben Sturzpräventionsberater

576 und Kinesiologen, die sich dem Muskeltonus widmen. (..) Für uns ist es auch
577 wichtig, dass der Gesundheitsmanager auch Schulungen für die Mitarbeiter an
578 bietet, weil nur wenn diese fachgerecht aufgeklärt sind, können sie den Men-
579 schen entsprechend im Alltag fördern und stärken. Besonders Menschen mit
580 seelischer Beeinträchtigung benötigen meist mehr Motivation und Anleitung
581 durch Mitarbeiter, um ihre Aufgaben zu erledigen. (...) Die psychische Gesund-
582 heit wird zusätzlich unterstützt durch Nervenärzte, die zu Visiten kommen und
583 egal ob jemand Medikamente bekommt oder nicht, kann er oder sie auch noch-
584 mal Gespräche einfordern. Die Situation von niedergelassenen Ärzten ist ja
585 desolat, die haben oft keine Zeit und man hat lange Wartezeiten für einen Termin.
586 Da ist es schön, dass wir eine Kooperation mit niedergelassenen Ärzten gefun-
587 den haben, die dann hier regelmäßig zu Visiten kommen. Das wird dann gerade
588 auch von den Menschen mit einer seelischen Beeinträchtigung gerne genutzt.

589 I: Und nehmen Sie vielleicht einen besonderen Trend bei den Bewohnern war, in
590 welchen Bereichen und in welchem Ausmaß sie Unterstützung benötigen?

591 P3: Das ist wieder ganz individuell. Wir nehmen schon war, dass spezielle Ange-
592 bote notwendig sind, die wir zum Teil aber gar nicht leisten können. Wir bieten
593 Beschäftigung an, auch im Sinne von Seniorenbeschäftigung. Darunter fallen
594 dann Feinmotorik, Gedächtnistraining, Einkaufen, Kochen, einfach der Erhalt ge-
595 wisser Fähigkeiten. Was auch wichtig ist, ist Biografiearbeit. Wir versuchen diese
596 Angebote in dem Maße zu leisten, wie wir können. Im Sinne dessen zusätzlich
597 therapeutische Gruppen anzubieten, das können wir so nicht leisten. Also ich
598 denke da an so etwas wie Traumata oder vorhandenen Borderlinestrukturen, da
599 benötigt man besondere therapeutische Settings. Das können wir so nicht leis-
600 ten, da müssten wir glaube ich noch spezialisierter sein, uns auf eine bestimmte
601 Zielgruppe ausrichten. So ist es ja gerade bei uns nicht. Wenn wir uns nur auf
602 Menschen mit Borderline fokussieren würden, dann könnten man vielleicht deren
603 therapeutische Belange aufarbeiten. Da sind die Menschen schon darauf ange-
604 wiesen, auch im Seniorenbereich, dass sie das zuvor in einer psychiatrischen
605 Institutsambulanz erlernt haben. An dieser Stelle können wir auch wieder leisten,
606 dass wenn jemand solches Wissen oder solche Skills mitbringt, das man diese
607 dann auch am Leben erhält und in den Alltag einbaut. Das aber selbst auszuar-
608 beiten, da stoßen wir an unsere Grenzen. Ich glaube aber schon, dass es im
609 Seniorenbereich an der einen oder anderen Stelle sinnvoll ist, Therapien zusätz-

610 lich anzubieten, besonders was das Psychische anbelangt. Dafür sind wir aber
611 zu heterogen von den Menschen her.

612 I: Also Sie nehmen einen therapeutischen Bedarf bei Ihren Bewohnern wahr, be-
613 ziehungsweise erachten eine Psychotherapie an manchen Stellen als sinnvoll.
614 (P3: Genau). Und auf Alltagstätigkeiten bezogen, nehmen Sie da einen bestimm-
615 ten Bereich oder Bereiche wahr, bei der die Bewohner Unterstützung benötigen?

617 P3: Auch hier würde ich wieder sagen, dass es ganz unterschiedlich ist und auf
618 die Person ankommt. Der eine braucht mehr Unterstützung bei der Hygiene, der
619 andere beim Ordnung halten des Zimmers oder beim Einkaufen. Also da ist alles
620 dabei, auch was die Pflegegrade und den daraus resultierenden Bedarf betrifft.

621 I: Da Sie es gerade ansprechen, welche Pflegegrade können innerhalb des XXX
622 versorgt werden?

623 P3: Alle Pflegegrade, also von eins bis fünf.

624 I: Und ganz allgemein gesprochen, welche Aspekte sind im Rahmen der Pflege-
625 arbeit wichtig?

626 P3: Das ist der Respekt vor dem Menschen, was heißt dass man bei der Pflege
627 darauf achtet, dass dieser Gefühle hat, Körperlichkeit und auch Schambereiche
628 hat. Da wird in der XXX viel Wert darauf gelegt. (..) An erster Stelle steht aber
629 auch die Pflegequalität, aber es steht auch immer die Menschenwürde im Vor-
630 dergrund. Wichtig ist auch, Pflege nicht auf Biegen und Brechen zu absolvieren,
631 sondern das muss auch auf einer Vertrauensebene funktionieren. (..) Es wird viel
632 auf die Fachlichkeit Wert gelegt, es wird aber auch auf die Psychohygiene viel
633 Wert gelegt. Pflege wird nicht auf Biegen und Brechen umgesetzt, sondern es
634 wird versucht sich die Zeit für den Menschen zu nehmen, die leider oftmals zu
635 fehlen scheint. Das wären so die wichtigsten Aspekte in der allgemeinen Körper-
636 pflege oder Hygiene. Es gibt ja aber auch noch die Behandlungspflege. In dem
637 Fall wird dann mit Professionellen außerhalb kooperiert, die diese Pflege anbie-
638 ten. Da geht es oftmals auch um Schmerzen, da sind die Kolleginnen auch als
639 Pain Nurse ausgebildet, beziehungsweise haben die Weiterbildung absolviert.

640 I: Die Einrichtung der XXX ist darauf ausgelegt, dass bei einem steigenden Pfl-
641 gebedarf weiterhin dorthin leben können. (P3: Ja das ist richtig). Was sind Vor-
642 teile beziehungsweise Grenzen?

643 P3: Das Angebot bis zu seinem Lebensende hier bleiben zu können, gibt vielen
644 Sicherheit. Besonders bei seelisch beeinträchtigten Menschen, die teils schon in
645 jungen Jahren erkranken, nicht in ihrem sozialen Umfeld bleiben können, aus
646 den unterschiedlichsten Gründen und Wissen, das sie ihr einen großen Teil ihres
647 Lebens auf Hilfe angewiesen sind, beruhigt es ungemein, sich nicht diesen Zu-
648 kunftsängsten stellen zu müssen. Das betrifft auf Menschen im mittleren Lebens-
649 alter, die dann wissen, hier können sie bleiben wenn sie möchten. (..) Einige
650 Menschen, die zu uns als Bewohner kommen, haben bereits keine Familie mehr
651 oder keinen Kontakt zu diesen. Da wird das XXX dann im Laufe der Zeit zu
652 ihrem Zuhause. Es ist ein Sicherheitsrahmen bis zum Lebensende hin da, durch
653 die komplexen Strukturen hier und es sind auch viele Konstanten da. Konstanten
654 im Sinne von Mitarbeiterbezügen, die über lange Jahre aufgebaut wurden und
655 bestehen bleiben, auch wenn jemand die Wohngruppe gewechselt haben sollte.

656 I: Dann wäre ich schon beim letzten Abschnitt der Befragung. (..) Welche Per-
657 spektiven würden Sie sich im Bereich Wohnen für ältere Menschen mit einer psy-
658 chischen Erkrankung wünschen?

659 P3: Ich würde mir eine größere Wertschätzung für die besondere Situation dieser
660 Zielgruppe, beispielsweise indem Rahmenbedingungen für die Personen, als
661 auch für das Personal geschaffen werden. Darunter würden für mich ein höherer
662 Tagessatz, die Erhöhung des Basispersonalschlüssels, die Qualität der Aus- und
663 Fortbildung des Personals, insbesondere im gerontopsychiatrischen Fachbe-
664 reich, als auch insgesamt bessere Bezahlungen für die professionellen Mitarbei-
665 ter fallen. Dies verbessert nicht nur die Lebensqualität bzw. trägt zum größtmög-
666 lichen Erhalt dieser bei den Menschen mit Behinderung bei, sondern stärkt im
667 Besten fall auch deren Resilienz.

668 I: Und welche Erwartungen haben Sie dabei an die Politik, die Wissenschaft, also
669 die Forschung und insbesondere die Soziale Arbeit?

670 P3: Ich denke es wäre zu Beginn ganz hilfreich, wenn es mehr Forschungsauf-
671 träge, wie in Ihrem Fall geben würde. Also bei denen die Bedarfe nochmal ge-
672 nauer untersucht werden und damit auch geschaut wird, welche Rahmenbedin-
673 gungen wichtig für die Menschen selbst sind. Gleichzeitig sollte auch das Perso-
674 nal bedacht werden, die für die Menschen als Brückenbauer und Unterstützung
675 fungieren. Ich denke das eine geht nicht ohne das andere und die momentane
676 sozialpolitische Diskussion, zielt nur auf den Menschen ab. Im Zuge dessen,

677 dass immer mehr Fachkräftemangel herrscht, braucht es Ideen, gerade auf für
678 Menschen im seelisch beeinträchtigten und gerontologischen Bereich mit vielen
679 Verhaltensauffälligkeiten, Anreize zu schaffen, überhaupt mit der Zielgruppe ar-
680 beiten zu wollen. Da glaube ich sind wir als Arbeitgeber mit unseren Möglichkei-
681 ten gut aufgestellt, weil wir unseren Mitarbeitern viel bieten. Es braucht glaube
682 ich aber noch speziellere Fachanreize, auch monetäre Anreize und es braucht
683 ein größeres Bewusstsein, dass diese Menschen, die bei uns in den Einrichtun-
684 gen leben, seelisch beeinträchtigt und im hohen Alter, ein Abbild der Gesellschaft
685 sind, weil es jeden von uns treffen kann. (..) Der XXX unterstützt auch die XXX
686 Hochschule in XXX mit Stiftungsgeldern, um Forschung zu betreiben. Diese Ziel-
687 gruppe braucht einfach ein besonderes Augenmerk, weil psychische Belastun-
688 gen immer mehr steigen, bereits in der Arbeitswelt und sich an dieser Stelle be-
689 reits erste Erkrankungsmuster bilden, welche sich mit steigendem Alter noch fes-
690 tigen können. (..) Es braucht zum einen grundsätzlich mehr Fokus und Teilha-
691 bechancen, zum anderen Sensibilisierung im sozial-räumlichen Bereich. Es
692 braucht viel mehr Aufklärung für die Bevölkerung, dass es jeden treffen kann und
693 das es gut ist, sich dafür mehr zu engagieren. Es braucht auch mehr Raum in
694 der Presse damit es normaler wird, dass ich vielleicht sagen kann: „Mein Nachbar
695 eine Depression und was kann ich tun um ihn zu unterstützen“? Sowas hört ja
696 nicht vor meiner Haustür auf, da geht es auch um bürgerschaftliches Engage-
697 ment und es geht um Ehrenamt, was auch immer weniger tun möchten. Ein Ge-
698 danken, den wir als Einrichtung haben ist, dass es auch Quartiersmanagement
699 benötigt. Vielleicht müssen wir uns auch als Einrichtung, die viele Brücken nach
700 außen bauen auch anders positionieren und organisieren im Sozialraum. Viel-
701 leicht müssen wir eher sagen, wir sehen, dass alte Menschen hier in XXX, die
702 nicht in unserer Einrichtung sind psychische Dispositionen haben und wir gerne
703 unterstützend tätig werden würden. Vielleicht braucht es also mehr Unterstüt-
704 zung im Quartier, die übergreifend ist. Ich glaube dass man auch viel über das
705 Quartiersmanagement erreichen könnte. (..) Sozialpolitisch würde ich mir auch
706 mehr Offenheit wünschen, hinsichtlich von Geldern.

707 I: Dann sind wir am Ende der Befragung. Vielen Dank für Ihre Zeit und dem an
708 regenden Gespräch. Ihnen noch einen schönen Nachmittag.

Anhang 12: Transkriptionsregelsystem

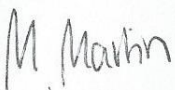
Das Regelsystem der Transkription nach Kuckartz (2016), welches verbindliche Richtlinien für die Verschriftlichung der gesprochenen Inhalte formuliert, umfasst u.a. folgende Punkte:

1. Die Transkription soll wörtlich erfolgen und vorhandene Dialekte werden „in Hochdeutsch übersetzt“ (Kuckartz 2016: 167).
2. Die Sprache wird zugunsten der besseren Lesbarkeit angepasst bzw. geglättet (vgl. ebd.).
3. Pausen werden durch die Symbolik (...) kenntlich gemacht. Gemäß der Pausenlänge werden Punkte gesetzt. Bei einer längeren Pause „wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben“ (ebd.: 167).
4. Wortbetonungen werden durch eine Unterstreichung hervorgehoben (vgl. ebd.).
5. In Großschrift wird auffallend lautes Sprechen kenntlich gemacht (vgl. ebd.).
6. Lautäußerungen des Interviewers (aha etc.) werden nicht transkribiert, wenn diese den Gesprächsfluss der befragten Person nicht unterbrechen (vgl. ebd.).
7. Lautäußerungen des Befragten, welche dessen Aussage verdeutlichen (Lachen etc.) werden in Klammern vermerkt (vgl. ebd.).
8. Um die Gesprächsinhalte der befragten Person und des Interviewers zu unterscheiden, werden Aussagen der „interviewenden Person“ (ebd.:167) mit einem „I“ (ebd.: 167), jene des Befragten mit einem anderen Abkürzungszeichen gekennzeichnet (vgl. ebd.).
9. Störungen innerhalb der Befragung werden in Klammern notiert (vgl. ebd.).
10. Nonverbale Äußerungen werden in Doppelklammern vermerkt (vgl. ebd.).
11. Gesprochene Inhalte, welche nicht verständlich sind, werden durch „(unv.)“ (ebd.: 167) hervorgehoben.

12. Jegliche Angaben, die Rückschlüsse auf den Befragten geben, werden anonymisiert (vgl. ebd.).

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin nicht damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.



Heilbronn, den 16.03.2020