

# Lebenslagen aus Sicht von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Spannungsfeld Gesundheit, Pflege und Teilhabe

Von der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Fakultät I Bildungs- und Sozialwissenschaften  
zur Erlangung des Grades eines  
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

genehmigte Dissertation von  
Lina Stölting  
geboren am 18. Juni 1984 in Braunschweig

Referentin: Prof. Dr. Martina Hasseler  
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften –  
Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel  
Fakultät Gesundheitswesen, Standort Wolfsburg

Korreferentin: Prof. Dr. Gisela C. Schulze  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Korreferentin: Prof. Dr. Annett Thiele  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Tag der Disputation: 11. September 2023

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich die Möglichkeit nutzen, mich bei den Menschen zu bedanken, die mich unterstützt haben, dieses Vorhaben zu realisieren und abzuschließen und nicht stattdessen kurzentschlossen auszuwandern oder sonstige alternative Lebenswege vorzeitig einzuschlagen.

Zunächst gilt mein Dank den Interviewteilnehmenden für ihr Interesse, ihre Bereitschaft und ihre Zeit, an dieser Studie mitzuwirken, und für ihre Offenheit während der Gespräche.

Danken möchte ich meiner Erstgutachterin Prof. Dr. Martina Hasseler für ihr Vertrauen in mich und ihre Unterstützung, dieses Projekt überhaupt anzugehen, sowie für ihre Begleitung und die eröffneten Möglichkeiten zur kritischen Reflexion meines Vorgehens während des Forschungsprozesses. Vielen Dank auch an Prof. Dr. Gisela C. Schulze und Prof. Dr. Annett Thiele, dass sie sich bereit erklärt und sich die Zeit genommen haben, mein Vorhaben als Zweit- und Drittgutachterin zu begleiten.

Mein Dank geht ferner an Prof. Dr. Sandra Tschupke, Dr. Annette Quidde und meine Mutter Annegret Stölting für die kritische Auseinandersetzung mit den Inhalten meiner Arbeit, die Eröffnung unterschiedlicher Außenperspektiven und die wertvollen Impulse. Für das Korrekturlesen danke ich ebenfalls meiner Mutter sowie Gabi Rögner.

Für ihr bedingungsloses Vertrauen, den stetigen Rückhalt, die emotionale Unterstützung und die eröffneten Freiräume außerhalb meines Turmzimmers fernab vom Schreibtisch möchte ich mich sehr bei meinen Eltern, meinem Bruder und meinen Freund\*innen bedanken.

## Inhaltsverzeichnis

|  |             |
|--|-------------|
| <b>Abbildungsverzeichnis.....</b>  | <b>VI</b>   |
| <b>Tabellenverzeichnis .....</b>   | <b>VIII</b> |
| <b>Abkürzungsverzeichnis.....</b>  | <b>X</b>    |
| <b>1 Einleitung .....</b>  | <b>1</b>    |
| <b>2 Zur Zielgruppe Menschen mit einer sogenannten <i>geistigen Behinderung</i>.....</b>   | <b>5</b>    |
| 2.1 Eine Begriffsannäherung an <i>geistige Behinderung</i> .....   | 6           |
| 2.1.1 Aus medizinischer und psychologischer Perspektive .....  | 6           |
| 2.1.2 Aus pädagogischer Perspektive, speziell im schulischen Kontext.....  | 9           |
| 2.1.3 Aus soziologischer Perspektive .....   | 11          |
| 2.1.4 Verständnis der <i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i> 11   |             |
| 2.1.5 Im Rahmen der Sozialgesetzgebung in Deutschland.....   | 14          |
| 2.1.6 Fazit und abschließende Herleitung eines Arbeitsbegriffes.....   | 15          |
| 2.2 Ätiologie.....   | 16          |
| 2.3 Prävalenz .....  | 19          |
| 2.4 Gesundheit, Krankheit und Lebenserwartung .....  | 22          |
| <b>3 Zum Stand der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von erwachsenen Menschen mit <i>geistiger Behinderung</i> in Deutschland.....</b> | <b>27</b>   |
| 3.1 In den Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe .....   | 27          |
| 3.2 In der ambulanten und sanitären Versorgung .....   | 32          |
| <b>4 Erkenntnisinteresse, Ziel und Herleitung der Fragestellung .....</b>  | <b>36</b>   |
| <b>5 Zugrunde gelegter theoretisch-methodischer Bezugsrahmen.....</b>  | <b>39</b>   |
| 5.1 Die <i>Feldtheorie</i> nach Kurt Lewin .....   | 40          |
| 5.2 Die <i>Person-Umfeld-Analyse</i> nach Gisela C. Schulze .....  | 44          |
| 5.2.1 Bestimmungsgrößen exemplarisch dargelegt anhand des Phänomens Schulabsentismus.....  | 45          |
| 5.3 Verständnis von <i>Teilhabe</i> .....  | 49          |
| 5.3.1 Das Konzept der <i>Lebenslagen</i> .....   | 50          |
| 5.3.2 Die <i>Lebenslagendimensionen</i> des Bundesteilhabeberichtes .....  | 55          |
| 5.4 Verständnis von <i>Gesundheit</i> .....  | 58          |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 5.5      | Verständnis von <i>Pflege</i> .....   | 64         |
| 5.6      | Herleitung eines vorläufigen integrativen multidimensionalen Bezugssystems:<br>Menschen mit <i>geistiger Behinderung</i> im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe<br>69 |            |
| <b>6</b> | <b>Methodisches Vorgehen</b> .....  | <b>76</b>  |
| 6.1      | Datenerhebung: Entwicklung und Durchführung eines zielgruppenspezifischen<br>Interviewleitfadens.....   | 78         |
| 6.1.1    | Auswahl der Stichprobe und Feldzugang.....  | 82         |
| 6.1.2    | Pretest.....  | 83         |
| 6.1.3    | Interviewdurchführung .....   | 84         |
| 6.2      | Datenauswertung: Transkription und Auswertungsvorgehen .....  | 89         |
| 6.2.1    | Die <i>inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse</i> nach Udo Kuckartz<br>90  |            |
| 6.3      | Verortung innerhalb der Gütekriterien qualitativer Forschung .....  | 95         |
| 6.4      | Verortung innerhalb der Forschungs- und Wissenschaftsethik qualitativer<br>Forschung.....   | 98         |
| <b>7</b> | <b>Ergebnisdarstellung</b> .....  | <b>101</b> |
| 7.1      | Beschreibung der Stichprobe.....  | 102        |
| 7.2      | Im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe angesprochene<br>Wirkungsräume und darin benannte Themen.....  | 106        |
| 7.2.1    | Zur Dimension <i>Person</i> .....   | 108        |
| 7.2.2    | Zum Wirkungsraum <i>Wohn Einrichtung</i> .....  | 121        |
| 7.2.3    | Zum Wirkungsraum <i>Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> .....  | 145        |
| 7.2.4    | Zum Wirkungsraum <i>Familie und externe Unterstützungssysteme</i> .....   | 155        |
| 7.2.5    | Zum Wirkungsraum <i>Arbeit</i> .....  | 158        |
| 7.2.6    | Zum Wirkungsraum <i>Öffentlichkeit</i> .....  | 160        |
| <b>8</b> | <b>Zu den Lebenslagen aus Sicht der Zielgruppe im Spannungsfeld Gesundheit,<br/>Pflege und Teilhabe</b> .....   | <b>163</b> |
| 8.1      | Zusammenführung, Kontextualisierung und Visualisierung zentraler<br>Erkenntnisse .....  | 164        |
| 8.2      | Diskussion der Ergebnisse .....   | 171        |
| 8.2.1    | Mangelnde personelle und zeitliche Ressourcen für eine bedürfnis- und<br>bedarfsangemessene Förderung, Versorgung und Assistenz.....  | 172        |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| 8.2.2     | Autonomiebeschränkungen durch weitere strukturell hervorgerufene Barrieren innerhalb des Systems der Behindertenhilfe.....              | 175        |
| 8.2.3     | Wahrgenommene Ressourcen und Barrieren im Rahmen der intern und extern in Anspruch genommenen ambulanten Gesundheitsversorgungsangebote | 180        |
| 8.2.4     | Wahrgenommene Ressourcen und Barrieren im Zuge von Krankenhausaufenthalten .....  | 189        |
| 8.2.5     | Zu den Wirkmechanismen der wahrgenommenen Ressourcen und Barrieren auf Gesundheit und Teilhabe der Zielgruppe.....                      | 191        |
| 8.3       | Limitationen dieser Studie.....   | 193        |
| <b>9</b>  | <b>Schlussbetrachtung .....</b>   | <b>195</b> |
| <b>10</b> | <b>Quellenverzeichnis .....</b>   | <b>200</b> |
| <b>11</b> | <b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>   | <b>222</b> |

## Abbildungsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der ICF (DIMDI, 2005, S. 23) .....   | 13  |
| Abbildung 2: Vergleich: Primäre Behinderungsformen im stationär und ambulant betreuten Wohnen (BAGüS, 2021, S. 18) .....  | 21  |
| Abbildung 3: Der Lebensraum einer Person nach K. Lewin (leicht veränderte Darstellung in Anlehnung an Lück, 1996, S. 51) .....  | 42  |
| Abbildung 4: Die Feldkraft, dargestellt als Vektor (nach Lewin, 1931; 1982a, S. 117 zit. in Lück, 1996, S. 51) .....  | 43  |
| Abbildung 5: Wirkungsräume im Lebensraum eines Schülers (Schulze, 2003, S. 207) .....   | 45  |
| Abbildung 6: Das Modell der Salutogenese (nach Antonovsky, 1997, S. 184-185 zit. nach Faltermaier, 2017, S. 76) .....   | 60  |
| Abbildung 7: Vorläufig modifizierte Person-Umfeld-Analyse im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung (modifiziert nach Schulze, 2003, S. 207) .....  | 70  |
| Abbildung 8: Schwerpunkt - Erfahrene gesundheitliche und pflegerische Versorgung - verwendete Skalierung und Piktogramme (nachgestellt; Foto von Autorin; Symbole von Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V. (Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013) und METACOM © Annette Kitzinger) ..... | 86  |
| Abbildung 9: Schwerpunkt - Wahrgenommene Veränderungen der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse - verwendete Skalierung und Piktogramme (nachgestellt; Foto von Autorin; alle Symbole von METACOM © Annette Kitzinger) .....   | 87  |
| Abbildung 10: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018, S. 100) .....  | 92  |
| Abbildung 11: Interviewanalyseprozess: Vorläufige a-Priori-Kategorien (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei) .....  | 93  |
| Abbildung 12: Übersicht Kategoriensystem - Anzahl der Kategorien insgesamt (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; bearbeitet von Autorin) .....   | 107 |
| Abbildung 13: Dimension „Person“ - Angesprochene Themenbereiche (eigene Darstellung) .....  | 108 |
| Abbildung 14: Wirkungsraum „Wohneinrichtung“ – Angesprochene Themenbereiche (eigene Darstellung) .....  | 122 |
| Abbildung 15: Wohneinrichtung - Themenfeld „Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen“ (eigene Darstellung) .....   | 126 |
| Abbildung 16: Wirkungsraum „Allgemeine Gesundheitsversorgung“ - Angesprochene Themenfelder (eigene Darstellung) .....   | 146 |

|  |     |
|--|-----|
| Abbildung 17: Wirkungsraum „Familie und externe Unterstützungssysteme“ -<br>Angesprochene Themenfelder (eigene Darstellung) .....  | 155 |
| Abbildung 18: Wirkungsraum „Arbeit“ - Angesprochene Themenbereiche (eigene<br>Darstellung) .....   | 158 |
| Abbildung 19: Wirkungsraum „Öffentlichkeit“ - Angesprochene Themenbereiche (eigene<br>Darstellung) .....   | 161 |
| Abbildung 20: Abschließend hergeleitetes multidimensionales Bezugssystem -<br>Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung im Spannungsfeld Gesundheit, Pflege<br>und Teilhabe (eigene Darstellung) .....    | 165 |
| Abbildung 21: Aus Sicht der Interviewten identifizierte Ressourcen, Barrieren und<br>Auswirkungen im Wirkungsraum Wohnangebot inklusive Freizeitgestaltung und Bildung<br>(eigene Darstellung) .....           | 166 |
| Abbildung 22: Aus Sicht der Interviewten identifizierte Ressourcen, Barrieren und<br>Auswirkungen im Wirkungsraum Wohnangebot - Integrierte Gesundheitsdienste (eigene<br>Darstellung) .....                   | 167 |
| Abbildung 23: Aus Sicht der Interviewten identifizierte Ressourcen, Barrieren und<br>Auswirkungen im Wirkungsraum Allgemeine Gesundheitsversorgung (eigene<br>Darstellung) .....                               | 168 |
| Abbildung 24: Aus Sicht der Interviewten identifizierte Ressourcen, Barrieren und<br>Auswirkungen im Wirkungsraum Familie und externe Unterstützungssysteme (eigene<br>Darstellung) .....                      | 169 |
| Abbildung 25: Aus Sicht der Interviewten identifizierte Ressourcen, Barrieren und<br>Auswirkungen in den Wirkungsräumen Arbeit (inklusive Freizeitgestaltung) und<br>Öffentlichkeit (eigene Darstellung) ..... | 170 |
| Abbildung 26: Aus Sicht der Interviewten identifizierte personale<br>Gesundheitsressourcen/Schutzfaktoren sowie Gesundheitsstressoren/Risikofaktoren<br>(eigene Darstellung) .....                             | 171 |



## Tabellenverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 1: Gegenüberstellung IQ-Werte ICD-10 und DSM-IV (eigene Darstellung in Anlehnung an BfArM, Stand: 18.09.2020; Saß, 1998, S. 51) .....   | 8   |
| Tabelle 2: Ursachen von geistiger Behinderung (eigene Darstellung in Anlehnung an Raynham et al., 1996, S. 169; Übersetzung v. Verf.) .....   | 17  |
| Tabelle 3: Pränatal entstandene Formen geistiger Behinderung (eigene Darstellung in Anlehnung an Neuhäuser, 2013, S. 65-130) .....  | 18  |
| Tabelle 4: Perinatal entstandene Formen geistiger Behinderung (eigene Darstellung in Anlehnung an Neuhäuser, 2013, S. 131-133) .....  | 18  |
| Tabelle 5: Postnatal entstandene Formen geistiger Behinderung (eigene Darstellung in Anlehnung an Neuhäuser, 2013, S. 134-136) .....  | 18  |
| Tabelle 6: Häufige Gesundheitsprobleme bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung mit und ohne Down-Syndrom (eigene Darstellung in Anlehnung an Kinnear et al., 2018, S. 6; Übersetzung v. Verf.) ..... | 24  |
| Tabelle 7: Häufigkeiten der Mehrfachdiagnosen der Proband*innen (n=38) (eigene Darstellung in Anlehnung an Stöltig, Hasseler & Busch, 2021, S. 88) .....  | 29  |
| Tabelle 8: Bedeutsame pflegerische Tätigkeiten und Prozesse in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (eigene Darstellung zit. nach Schulze Höing, 2016, S. 33ff.) .....   | 69  |
| Tabelle 9: Allgemeines Schema für Kategoriendefinitionen (Kuckartz, 2018, S. 40) ...  | 94  |
| Tabelle 10: Auswahl soziodemografischer Daten zu den Interviewteilnehmenden (n = 19) .....  | 103 |
| Tabelle 11: Übersicht zu zusätzlich bestehenden Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen der Interviewteilnehmenden (n = 19) .....   | 104 |
| Tabelle 12: Person - Thematisierte Bedürfnisse, Wünsche und Ziele (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet) .....  | 113 |
| Tabelle 13: Person - Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes* (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet) .....   | 117 |
| Tabelle 14: Person - Einschätzung des seelischen und geistigen Gesundheitszustandes* (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet) .....   | 119 |
| Tabelle 15: Wohneinrichtung - Einschätzung der Durchführung von Aktivitäten der alltäglichen Lebensführung und Selbstversorgung (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; bearbeitet von der Autorin) .....          | 123 |
| Tabelle 16: Übersicht - Von den befragten Personen während der Interviewsituation genannte Hilfsmittel .....  | 128 |
| Tabelle 17: Wohneinrichtung - Angesprochene Themen im Kontext von „(Mit-)Bewohner*innen“ (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet) .....   | 131 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 18: Wohneinrichtung - Angesprochene Themen im Kontext „Mitarbeitende der Wohngruppe“ (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet) .....                                  | 134 |
| Tabelle 19: Wohneinrichtung - Angesprochene Themen im Kontext wahrgenommener integrierter medizinischer Versorgungsangebote (n=9; Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei) .....                            | 138 |
| Tabelle 20: Wohneinrichtung - Angesprochene Themen im Kontext wahrgenommener integrierter zahnmedizinischer Versorgungsangebote (n=9; Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei) .....                        | 139 |
| Tabelle 21: Allgemeine Gesundheitsversorgung - Angesprochene Themen im Kontext „Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis“ (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet)..... | 147 |
| Tabelle 22: Allgemeine Gesundheitsversorgung - Angesprochene Themen im Kontext „Besuch einer zahnärztlichen Praxis“ (n=10; Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei) .....                                   | 149 |
| Tabelle 23: Allgemeine Gesundheitsversorgung - Angesprochene Themen im Kontext „Krankenhausaufenthalte“ (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet) .....                       | 152 |

## Abkürzungsverzeichnis

|           |  |
|-----------|--|
| APA       | American Psychiatric Association   |
| Aufl.     | Auflage  |
| BAGüS     | Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe   |
| Bd.       | Band   |
| BDP       | Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.  |
| BDS       | Bundesverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen e.V.  |
| bearb.    | bearbeitet(e)  |
| BMAS      | Bundesministerium für Arbeit und Soziales  |
| BMBD      | Betreuung von Menschen mit Behinderung (Studie)  |
| BfArM     | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte  |
| BRK       | Behindertenrechtskonvention  |
| BTHG      | Bundesteilhabegesetz   |
| CPRD      | Clinical Practice Research Datalink  |
| DEGS      | Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland   |
| DGPs      | Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.   |
| DGS       | Deutsche Gesellschaft für Soziologie e. V.   |
| DGSGB     | Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.  |
| DHG       | Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft   |
| DIMDI     | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information  |
| DNGK      | Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V.   |
| DNVK      | Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung  |
| dt.       | deutsch  |
| DSGVO     | Europäische Datenschutz-Grundverordnung  |
| DSM       | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  |
| durchges. | durchgesehen(e)  |
| ebd.      | ebenda   |
| EIBeMeB   | Einschätzung gesundheitlicher und pflegerischer Bedarfe von Menschen mit geistigen und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen in stationären und ambulanten Wohneinrichtungen in der Region Braunschweig - Entwicklung und Testung eines Einschätzungsinstrumentes (Projekt) |
| EinglHV   | Eingliederungshilfe-Verordnung   |
| engl.     | englisch   |
| erg.      | ergänzt(e)   |

|         |  |
|---------|--|
| erw.    | erweitert(e)   |
| et al.  | Latein → Bedeutung „und andere“  |
| f.      | folgend (unmittelbar folgende Seite)   |
| ff.     | folgend (zwei aufeinanderfolgende Seiten)  |
| GK      | Gemeinsame Kommission  |
| HK      | Hauptkategorie   |
| HMB     | Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung   |
| Hrsg.   | Herausgeber*innen  |
| ICD     | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems                             |
| ICF     | International Classification of Functioning, Disability and Health   |
| ICIDH   | International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps                                      |
| ICN     | International Council of Nurses  |
| IQ      | Intelligenzquotient  |
| KABC-II | Kaufman Assessment Battery for Children – II   |
| Kap.    | Kapitel  |
| KBV     | Kassenärztliche Bundesvereinigung  |
| KHSB    | Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin  |
| MDK     | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung   |
| MZEB    | Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen |
| NBA     | Neues Begutachtungsassessment  |
| NHIS    | National Health Interview Survey   |
| ONS     | Office of National Statistics  |
| o. S.   | ohne Seitenangabe  |
| PfIBG   | Pflegeberufegesetz   |
| Pos.    | Position   |
| PSG     | Pflegestärkungsgesetz  |
| PUA     | Person-Umfeld-Analyse  |
| RKI     | Robert-Koch-Institut   |
| S.      | Seite  |
| s.      | siehe  |
| SGB     | Sozialgesetzbuch   |
| SK      | Sub-Kategorie  |
| SPZ     | Sozialpädiatrisches Zentrum  |
| SSK     | Sub-Sub-Kategorie  |

|          |  |
|----------|--|
| SSSK     | Sub-Sub-Sub-Kategorie  |
| überarb. | überarbeitet(e)  |
| UK       | Unterstützte Kommunikation   |
| UN       | United Nations   |
| UN-BRK   | UN-Behindertenrechtskonvention - Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung |
| vollst.  | vollständig  |
| WfbM     | Werkstatt für behinderte Menschen/Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung                                 |
| WHO      | World Health Organization  |
| WISC-V   | Wechsler Intelligence Scale for Children - Fifth Edition   |

## 1 Einleitung

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen erwachsene Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* und deren wahrgenommene gesundheitliche und pflegerische Versorgung in den Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie im Rahmen der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Gesundheitsangebote. Aus der Literatur lassen sich in diesen Zusammenhängen mit Blick auf die Bundesrepublik deutliche Hinweise entnehmen, dass die Bevölkerungsgruppe umfassenden und vielschichtigen Barrieren ausgesetzt ist, die einer zielgruppenspezifischen bedarfs- und bedürfnisangemessenen Versorgung entgegenwirken (u.a. Hasseler, 2015b, S. e220ff., 2016b, S. 306-309; Latteck & Weber, 2018, S. 150f.; Rathmann, Kostka, Olukcu, 2021, S. 6ff.; Spaett, 2017, S. 256-259). Die bestehende Vulnerabilität des äußerst heterogenen Personenkreises, gekennzeichnet durch im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung nachweislich deutlich höhere Risiken, während aller Lebensspannen körperliche und/oder psychische Gesundheitsprobleme, primäre und sekundäre Erkrankungen auszubilden sowie Exklusion zu erfahren, wird laut mehrerer Autor\*innen (Haveman & Stöppler, 2014, S. 43ff.; 121, 160ff.; Hasseler, 2016b, S. 307f., 2014, S. 2033f.; Schäper 2016, S. 91f., 96; Seifert, 2016b, 76f.) durch die defizitäre Versorgungssituation verstärkt und nimmt ferner mit zunehmender Komplexität der Behinderung/en und steigendem Alter der Zielpersonen zu.

Dennoch sind Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* im Rahmen der Gesundheits- und Versorgungsforschung weiterhin unterrepräsentiert. So lassen sich in mehrerlei Hinsicht Forschungslücken identifizieren. Es liegen unzureichend systematisches Wissen und vor allen Dingen kaum repräsentative Ergebnisse hinsichtlich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation dieser Bevölkerungsgruppe vor (Bössing, Schrooten & Tiesmeyer, 2019, S. 52f.; Hasseler, 2015a, S. 370, 374, 374; Walther, 2019, S. 3ff.; Wellkamp, de Cruppé, Schwalen & Geraedts, 2021, S. 2). Hinzu kommt, dass die vorliegenden Befunde primär auf stellvertretender Perspektive von in den einzelnen Settings und Sektoren tätigen Professionen, wirkenden Akteur\*innen oder Angehörigen beruhen, wohingegen die Zielgruppe selbst bisher selten befragt bzw. aktiv eingebunden wurde (Hasseler, 2015a, 374; Stölting & Hasseler, 2020, S. 245; Walther, 2019, S. 4f.). Gemäß dem bio-psycho-sozialen Modell in Anlehnung an die *International Classification of Functioning, Disability and Health* der *Weltgesundheitsorganisation* (DIMDI, 2005) sowie u.a. nach Klauß (2017, S. 87) und Walther (2019, S. 3, 5) bilden Gesundheit und Pflege als elementarer Bestandteil von Gesundheit und Gesunderhaltung, gesellschaftliche Teilhabe und Partizipation gegenseitig Voraussetzung füreinander und sind folglich nur in wechselseitigem Zusammenspiel zu betrachten.

Wie der Titel der hier vorliegenden Arbeit „*Lebenslagen aus Sicht von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Spannungsfeld Gesundheit, Pflege und Teilhabe*“ impliziert, wird vor dem Hintergrund des zuvor aufgezeigten Mangels an Forschungsarbeit mit dieser Studie das Ziel verfolgt, mittels eines explorativen qualitativen Zugangs eine Annäherung an die soziale Wirklichkeit des Personenkreises zu eröffnen, um aus dessen Perspektive als förderlich und hemmend wahrgenommene Einflussfaktoren sowie deren Aus- und Wechselwirkungen in diesem interdependenten Gefüge zu eruieren. Das Vorhaben ist geleitet von der Prämisse, dass nur unter aktiver Einbindung der Zielgruppe perspektivisch zielführend bedürfnis- und bedarfsangemessene Handlungsstrategien und Maßnahmen abgeleitet, umgesetzt, reflektiert und modifiziert werden können.

Aus dem Anliegen ergeben sich die folgenden Forschungsfragen, die handlungsleitend für das Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit sind:

1. *Welche Lebensbereiche (Wirkungsräume) und dazugehörige Indikatoren sind, ausgehend von einem multidimensionalen Bezugssystem aus Perspektive der befragten Zielgruppe im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe, von Bedeutung?*
2. *Welche förderlichen und hemmenden Einflussfaktoren (Ressourcen und Barrieren) werden von der befragten Zielgruppe in den relevanten Lebensbereichen (Wirkungsräumen), ausgehend von der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, wahrgenommen?*
3. *Welche Auswirkungen und/oder Wechselwirkungen haben die wahrgenommenen Ressourcen und Barrieren auf Gesundheit und Teilhabe der befragten Zielgruppe?*

Um der formulierten Zielsetzung schrittweise nachkommen und die daraus abgeleiteten Forschungsfragen schließlich beantworten zu können, ist die vorliegende Studie wie folgt aufgebaut:

Im **zweiten Kapitel** wird eine Annäherung an das Phänomen *geistige Behinderung* und den damit assoziierten Personenkreis vorgenommen. Dafür werden in Kap. 2.1 zunächst eine Auswahl von im aktuellen wissenschaftlichen und fachlichen Diskurs bestehenden Perspektiven und verwendete Termini im Rahmen des Phänomens beleuchtet und die Wahl des in dieser Arbeit verwendeten Begriffes begründet. Im Anschluss wird auf Grundlage von internationalen und nationalen Befunden ein kurzer Einblick in die Entstehung und Entwicklung von *geistiger Behinderung* gegeben (s. Kap. 2.2) und Hochrechnungen zum Anteil der Zielgruppe bezogen auf die Gesamtbevölkerung, die Bundesrepublik Deutschland sowie auf verschiedene Settings dargelegt (s. Kap. 2.3). In Kap. 2.4 werden personenkreisspezifische Risiken im Kontext von Gesundheit, Krankheit und damit zusammenhängend der Lebenserwartung im Vergleich zu

Menschen ohne Behinderung skizziert sowie daraus resultierende gesonderte Versorgungsbedarfe aufgezeigt.

Im **dritten Kapitel** wird der Blick speziell auf den aktuellen Stand der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention des Personenkreises in Deutschland gerichtet. Vorliegende Erkenntnisse hinsichtlich festgestellter Barrieren und Ressourcen in dem System der Eingliederungshilfe (primär den Wohnangeboten, s. Kap. 3.1) sowie in den ambulanten und stationären Gesundheitssektoren im Rahmen der Regelversorgung und der im Aufbau befindlichen *Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung* (Kap. 3.2) werden beschrieben. Ferner werden in der Literatur aufgezeigte Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation der Zielgruppe angeführt (s. Kap. 3.1 und 3.2).

Auf Grundlage der vorangegangenen Ausführungen und der gegenwärtig vorliegenden Befunde werden im **vierten Kapitel** schließlich das Erkenntnisinteresse, die damit verbundene Zielsetzung und die dazugehörigen Forschungsfragen für diese Arbeit abgeleitet und formuliert.

Zur Bearbeitung der Fragestellung wird im **fünften Kapitel** mittels eines zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Rahmens ein vorläufiges multidimensionales Bezugssystem im Spannungsfeld von Gesundheit, Pflege und Teilhabe entwickelt. Als theoretischer Ausgangspunkt für eine multidimensionale Betrachtung eines Subjekts/einer Personengruppe eingebettet in seine/ihre lebensweltlichen Bezüge dient die *Feldtheorie* nach Kurt Lewin (s. Kap. 5.1). Als methodischer Zugang und Instrument, um einerseits förderliche und hemmende Einflussfaktoren sowie Wechselwirkungen zu ermitteln und andererseits die Lebenslagen der Zielgruppe zu visualisieren, dient die aus der *Feldtheorie* weiterentwickelte und in den Bereich der Sonder- und Rehabilitationspädagogik übertragene *Person-Umfeld-Analyse* von Gisela C. Schulze (s. Kap. 5.2). Zur Konzeptualisierung des Teilhabebegriffes wird in Kap. 5.3 der aus den Sozialwissenschaften stammende Ansatz der *Lebenslagen* herangezogen, dessen Zielsetzung und Verwendungszusammenhänge beschrieben (s. Kap. 5.3.1). Vor dem Hintergrund des in dieser Arbeit fokussierten Personenkreises werden relevante Teilhabebereiche und Indikatoren speziell begründet auf den Lebenslagendimensionen des *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung* (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013, 2016 & 2021) dargelegt (s. Kap. 5.3.2). Anschließend erfolgt eine Herleitung des in dieser Arbeit zugrunde gelegten Verständnisses von *Gesundheit* in Anlehnung an das Modell der *Salutogenese* von Aaron Antonovsky und der Weiterentwicklung von Toni Faltermaier (s. Kap. 5.4) sowie von *Pflege* (s. Kap. 5.5) als elementarem Bestandteil von Gesundheit und Gesunderhaltung. In diesem Kontext



werden in Bezug auf die Zielgruppe spezielle Aufgabenfelder, Anforderungen und Bedarfe aufgezeigt. In Kap. 5.6 findet schließlich eine Integration der vorab skizzierten theoretisch-methodischen Zugänge statt. Das vorläufige multidimensionale Bezugssystem mit dazugehörigen Wirkungsräumen und Determinanten wird abgeleitet, beschrieben und dient als Grundlage für die Analyse und Identifikation von wahrgenommenen Ressourcen, Barrieren sowie Aus- und Wechselwirkungen im Spannungsfeld von Gesundheit, Pflege und Teilhabe aus Sicht des befragten Personenkreises.

Gegenstand des **sechsten Kapitels** bilden die Beschreibung und eine gleichzeitig kritische Reflexion der gewählten Zugänge sowie Erhebungs- und Analysemethoden. Die Auswahl und Entwicklung eines speziellen leitfadengestützten Interviews unter Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Elemente (s. Einleitung in Kap. 6 und 6.1), die Stichprobenauswahl, der Feldzugang (s. Kap. 6.1.1), die Erprobung und Modifikation des Interviewleitfadens (s. Kap. 6.1.2) sowie das Vorgehen während der Befragung zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (s. Kap. 6.1.3) werden begründet dargelegt. In Kap. 6.2 werden zunächst die Aufbereitung der erhobenen Daten im Zuge der Verschriftlichung in Form von Transkripten, die getroffenen Entscheidungen und zugrunde gelegten Regeln skizziert. Anschließend werden die Wahl der *inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse* nach Udo Kuckartz und das mehrphasige Vorgehen während des vorwiegend induktiven Analyseprozesses der Interviewtranskripte offengelegt (s. Kap. 6.2.1). Danach erfolgt eine Verortung und kritische Auseinandersetzung des gewählten methodischen Vorgehens vor dem Hintergrund von Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung (s. Kap. 6.3) sowie von forschungs- und wissenschaftsethischen Prämissen (s. Kap. 6.4).

Im **siebten Kapitel** werden die erhobenen Ergebnisse basierend auf der explorativen qualitativen Befragung zur wahrgenommenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung dargelegt. Zunächst erfolgt in Kap. 7.1 eine Zusammenführung soziodemographischer Merkmale der befragten Personen. Im Anschluss werden (vor dem Hintergrund des zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Rahmens und dem daraus abgeleiteten multidimensionalen Bezugssystem) die folgenden von den Interviewteilnehmenden thematisierten Dimensionen/Wirkungsräume und die darin angesprochenen Inhalte vorgestellt: *Person* (s. Kap. 7.2.1), *Wohneinrichtung* (s. Kap. 7.2.2), *Allgemeine Gesundheitsversorgung* (s. Kap. 7.2.3), *Familie und externe Unterstützungssysteme* (s. Kap. 7.2.4), *Arbeit* (s. Kap. 7.2.5) sowie *Öffentlichkeit* (s. Kap. 7.2.6).

Im **achten Kapitel** finden eine Zusammenführung und Kontextualisierung der in Kap. 7 dargestellten Befunde in Form von grafischen Darstellungen statt (s. Kap. 8.1). Im

Rahmen der Erstellung wird eine Verortung in dem in Kap. 5 hergeleiteten theoriebasierten integrativen Ansatz, gleichzeitig eine Modifikation des vorläufig entwickelten multidimensionalen Bezugssystems auf Grundlage der erhobenen Ergebnisse sowie die Identifikation von den Interviewteilnehmenden wahrgenommener Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen in den einzelnen Wirkungsräumen sowie innerhalb der Dimension *Person* (hier: *Zielgruppe*) vorgenommen. In Kap. 8.2 werden darauf begründet die ermittelten Erkenntnisse vor dem Hintergrund der Fragestellung dieser Arbeit unter Bezugnahme zur Datenlage aus der Literatur diskutiert und interpretiert. Anschließend erfolgt in Kap. 8.3 eine kritische Reflexion hinsichtlich der Grenzen der Aussagekraft und Übertragbarkeit der eruierten Befunde. Ferner werden daraus abgeleitete Implikationen angeführt.

Im **neunten Kapitel** werden abschließend wesentliche Ergebnisse dieser Studie zusammengefasst sowie daraus resultierende Handlungsoptionen und weiterführende Forschungsbedarfe reflektiert.

## **2 Zur Zielgruppe Menschen mit einer sogenannten *geistigen Behinderung***

Im Zentrum dieser Arbeit stehen erwachsene Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, die in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe<sup>1</sup> leben. Im aktuellen Diskurs mit der und über die damit assoziierte/n Zielgruppe/n werden verschiedene Termini, wie z.B. Menschen mit *geistiger Beeinträchtigung*, *kognitiver Beeinträchtigung*, *intellektueller Beeinträchtigung*, *Intelligenzminderung*, zum Teil auch *Menschen mit Lernschwierigkeiten*, synonym verwendet. Zusammenfassend handelt es sich bei dem Personenkreis um eine äußerst heterogene Bevölkerungsgruppe, deren Mitglieder in der Regel lebenslang auf individuelle Unterstützung und Förderung in sämtlichen Bereichen - wie (Erwachsenen-)Bildung, Arbeit, Wohnen, soziale Beziehungen, Alltags- und Freizeitgestaltung, Gesundheitsfürsorge und Öffentlichkeit-angewiesen sind, um ein Höchstmaß an selbstbestimmter Lebensführung und gesellschaftlicher Teilhabe erreichen zu können (Musenberg, 2016, S. 215).

Um ein Verständnis der für diese Arbeit gewählten Bezeichnung *geistige Behinderung* herzuleiten, werden in diesem Kapitel zunächst eine Begriffsannäherung und eine Beschreibung der damit verbundenen Personengruppe aus unterschiedlichen Perspektiven vorgenommen. Im Anschluss wird basierend auf nationalen und

---

<sup>1</sup> Mit der stufenweisen Einführung und Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes [BTHG] wurden zum 01.01.2020 begriffliche Veränderungen sowie eine Trennung der Leistungen zur Teilhabe und Existenzsicherung vorgenommen (Küster, Schrader & Strasser, 2019, S. 162-167). Die gesetzliche Bezeichnung *stationäre Einrichtung* im Rahmen der Eingliederungshilfe wurde durch den Begriff *besondere Wohnform* ersetzt (ebd.). Fortan werden die existenzsichernden Leistungen (u.a. Kosten für den Lebensunterhalt, die Unterkunft und Heizung) von dem Sozialhilfeträger übernommen und unabhängig von der Wohnform direkt an die leistungsberechtigte Person gezahlt (ebd.). Der Träger der Eingliederungshilfe finanziert die Fachleistungen (ebd.).

internationalen Studienergebnissen ein Überblick zur Ätiologie und Prävalenz von *geistiger Behinderung* sowie zu zielgruppenspezifischen Bedarfen und Risiken im Kontext von Gesundheit, Krankheit und der Lebenserwartung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung skizziert.

## **2.1 Eine Begriffsannäherung an *geistige Behinderung***

Die unterschiedlich verwendeten Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit dem Phänomen *geistige Behinderung* und dem damit assoziierten Personenkreis werden im fachlichen und wissenschaftlichen Diskurs kontrovers diskutiert. Eine allgemeingültige Begriffsbestimmung liegt nicht vor. Vielmehr werden abhängig vom Verwendungszusammenhang, der Profession, dem handlungsleitenden Interesse und der bestehenden Menschenbildannahme Erklärungsansätze mit unterschiedlicher Ausprägung zu den Ursachen, den einzelnen Einflussfaktoren und Auswirkungen beschrieben und dadurch ein vielschichtiges Funktions- und Bedeutungsspektrum geschaffen (Fornefeld, 2020, S. 61f.; Speck, 2018, S. 53; Theunissen, 2016a, S. 11f.). Eine Auswahl aktuell nebeneinander bestehender Perspektiven und den dazugehörigen Bezeichnungen sollen im Folgenden kurz beschrieben und die Wahl des in dieser Arbeit verwendeten Begriffs *geistige Behinderung* begründet werden.

### **2.1.1 Aus medizinischer und psychologischer Perspektive**

Die medizinische Perspektive nimmt vorrangig die Erforschung der Ursachen von *geistiger Behinderung* sowie die Einordnung in klinische Syndrome in den Blick - wie in Kap. 2.2 *Ätiologie von geistiger Behinderung* noch genauer dargestellt werden wird - (Stöppler, 2017, S. 23). Der Fokus liegt daher vornehmlich auf den Defiziten statt auf Kompetenzen und Entwicklungspotenzialen eines Individuums (ebd.).

Nach Speck (2018, S. 58) fand erst durch die Veröffentlichung der Publikation *Geistige Behinderung*, herausgegeben von den Kinder- und Jugendpsychiatern Gerhard Neuhäuser und Hans-Christoph Steinhausen im Jahre 1990, eine erweiterte Sichtweise auf das gleichnamige Phänomen in der Medizin Einzug. Neuhäuser & Steinhausen (2013, S. 15) heben hervor, dass die unterschiedlichen Erscheinungsformen im Kontext einer *geistigen Behinderung* keiner einfachen Kausalitätsvorstellung entsprechen, bei der die Ursachen und Auswirkungen ausschließlich in der Person selbst verortet sind, sondern als vielschichtige und multidimensionale Konstrukte unter Einbezug von umwelt- und sozialbedingten Faktoren zu betrachten sind. Neuhäuser & Steinhausen (2013) betonen im Rahmen von Epidemiologie und *geistiger Behinderung* folgendes:

Es geht nicht darum, Häufigkeitsverteilungen und -unterschiede in Bevölkerungsgruppen zu erfassen, sondern auch um Hinweise zur Ätiologie und Pathogenese, zur Beeinflussung durch präventive Maßnahmen, therapeutische und pädagogische Verfahren sowie zur Versorgung mit

unterschiedlichen Modellen und Organisationsstrukturen unter Berücksichtigung der jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen. (Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 16)

Außerdem betonen die Autoren (2013, S. 16) in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer gleichberechtigten interdisziplinären Sichtweise und Kooperation zwischen den am Versorgungs- und Förderprozess beteiligten fachwissenschaftlichen Disziplinen bestehend aus Medizin, Psychologie, Pädagogik und Soziologie.

Neuhäuser (2013, S. 63-140) untergliedert eine Vielzahl an bekannten klinischen Syndromen im Bereich *geistige Behinderung* nach den Phasen der prä-, peri- und postnatalen Entstehung. Eine zusammenfassende Auflistung findet sich in Kap. 2.2.

In den Bereichen der klinischen Psychologie und der Psychiatrie bildet oftmals weiterhin, neben der Beurteilung des adaptiven Verhaltens, das mittels standardisierter Verfahren erhobene intellektuelle Leistungsvermögen das ausschlaggebende Kriterium zur Einordnung eines Individuums zu der mit *geistiger Behinderung* assoziierten Personengruppe (Fornefeld, 2020, S. 64ff.; Stöppler 2017, S. 23).

Für die klinische Diagnose und Zuordnung werden überwiegend die beiden international anerkannten Klassifikationssysteme die *International Classification of Diseases* [ICD-10] der *Weltgesundheitsorganisation* [WHO] sowie die diagnostischen Kriterien des aktuell in der 5. Auflage vorliegenden *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM-5] der *American Psychiatric Association* [APA] herangezogen (Mayer & Lutz, 2017, S. 251; McDermott, Durkin, Schupf & Stein, 2007, S. 4). In der ICD-10-GM<sup>2</sup> finden sich die klinisch-diagnostischen Leitlinien zu dem Phänomen in *Kapitel V - Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99): Intelligenzstörung (F70-F79)* unter dem Begriff *Intelligenzminderung* (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], Stand: 18.09.2020). In dem DSM-5 werden die Begrifflichkeiten *Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung)* verwendet (Falkai et al., 2015, S. 23). Die dazugehörigen Erscheinungsformen werden unter dem Bereich *Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung* aufgeführt (ebd., S. 23-30).

Beide Systeme unterscheiden vier Schweregrade der *Intelligenzminderung* bzw. *Intellektuellen Beeinträchtigung*: *leichte, mittelgradige* bzw. *mittlere, schwere* sowie *schwerste* bzw. *extreme*. In der ICD-10 sowie auch in der Vorgängerfassung des DSM-5, dem DSM-IV (dt. Ausgabe: Saß, Wittchen, Zaudig, Houben, 1998), sind bzw. waren - wie eingangs formuliert - noch normierte Intelligenzquotienten [IQ] für die Einteilung in die abgestuften Schweregrade hinterlegt, wie in Tabelle 1 gegenübergestellt:

---

<sup>2</sup> Im Juni 2018 wurde die 11. Version der ICD vorgestellt und im Mai 2019 von der WHO verabschiedet (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2021). Die revidierte Klassifikation tritt mit einem Übergangszeitraum von 5 Jahren am 1. Januar 2022 in Kraft (ebd.). Im deutschsprachigen Raum wird zum Zeitpunkt dieser Arbeit weiterhin auf die ICD-10-GM zurückgegriffen (ebd.).

Tabelle 1: Gegenüberstellung IQ-Werte ICD-10 und DSM-IV (eigene Darstellung in Anlehnung an BfArM, Stand: 18.09.2020; Saß, 1998, S. 51)

| <u>ICD-10</u> | Code | Grad                               | IQ-Werte           | <u>DSM-IV</u> | Code          | Grad                               | IQ-Werte            |
|---------------|------|------------------------------------|--------------------|---------------|---------------|------------------------------------|---------------------|
|               | F70  | leichte Intelligenzminderung       | von 50 - 69        |               | 317 (F70.9)   | leichte geistige Behinderung       | 50 - 55 bis ca. 70  |
|               | F71  | mittelgradige Intelligenzminderung | zwischen 35 und 49 |               | 318.0 (F71.9) | mittelschwere geistige Behinderung | 35 - 40 bis 50 - 55 |
|               | F72  | schwere Intelligenzminderung       | zwischen 20 und 34 |               | 318.1 (F72.9) | schwere geistige Behinderung       | 20 - 25 bis 35 - 40 |
|               | F73  | schwerste Intelligenzminderung     | unter 20           |               | 318.2 (F73.9) | schwerste geistige Behinderung     | unter 20 bzw. 25    |

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass mindestens zwei Standardabweichungen von einem durchschnittlichen IQ-Wert vorliegen müssen, damit der Grad der Intelligenz nach den Kriterien der ICD-10 und dem DSM-IV im Bereich einer *Intelligenzminderung* bzw. *geistigen Behinderung* (verwendeter Begriff in der DSM-IV) liegt. Im Fall der IQ-Skala beträgt eine Standardabweichung 15 IQ-Punkte (Wirtz, 2020, S. 1254). Der Mittelwert liegt bei 100 IQ-Punkten (ebd.).

Mit Einführung des DSM-5 wurde nicht nur die Begrifflichkeit verändert, sondern auch auf die Zuordnung von Schweregraden zu IQ-Werten verzichtet. Die Einstufung erfolgt anhand der Beurteilung des adaptiven Funktionsniveaus im kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Bereich (Ehret & Berking, 2013, S. 260; Falkai et al., 2015, S. 25-29). Die drei Dimensionen werden dafür in dem Manual in operationalisierter Form dargelegt (ebd.). *Intellektuelle Beeinträchtigung* wird im DSM-5 folgendermaßen definiert:

Eine Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung) ist eine Störung, die während der frühen Entwicklungsphase beginnt und die sowohl intellektuelle als auch adaptive Funktionsdefizite in konzeptuellen, sozialen und alltagspraktischen Bereichen umfasst. Die folgenden drei Kriterien müssen erfüllt sein:

- A. Defizite in den intellektuellen Funktionen, wie Schlussfolgern, Problemlösen, Planen, abstraktem Denken, Urteilen, schulischem Lernen und Lernen aus Erfahrung, die durch eine klinische Beurteilung und durch individualisierte, standardisierte Intelligenzdiagnostik bestätigt werden.
- B. Defizite in der Anpassungsfähigkeit, wodurch entwicklungsbezogene und soziokulturelle Standards von Selbstständigkeit und sozialer Kompetenz nicht erreicht werden. Ohne eine kontinuierliche Unterstützung schränken diese adaptiven Beeinträchtigungen das Funktionsniveau in einer oder mehreren Aktivitäten des täglichen Lebens ein, beispielsweise in der Kommunikation, in der sozialen Teilhabe und in einem unabhängigen Leben. Diese Einschränkungen erstrecken sich über mehrere Lebensbereiche, wie die Familie, Schule, Arbeit und das soziale Umfeld.
- C. Beginn der intellektuellen und adaptiven Funktionsdefizite in der frühen Entwicklungsphase.

(Falkai et al., 2015, S. 23)

In dem DSM-5 wird bereits auf die ICD-11 und die darin veränderte und äquivalente Begriffsverwendung *Intellektuelle Entwicklungsstörung* verwiesen (Falkai et al., 2015, S. 25f.). Girimaji & Pradeep (2018, S. 73) konstatieren, dass in der ICD-11 ebenfalls eine Abkehr von IQ-Werten als Hauptmerkmal zur Einordnung stattfindet und der Fokus bei

der Diagnostik wie in dem DSM-5 primär auf Kriterien aus den Bereichen soziale Einflussfaktoren und dem adaptiven Funktionsniveau liegt.

Auch wenn aufgrund der eher eindimensionalen Betrachtung und der vornehmlich defizitorientierten Perspektive kontrovers diskutiert, findet die Klassifikation basierend auf der Bewertung des allgemeinen intellektuellen Leistungsvermögens mittels normierter Testverfahren im psychiatrischen, psychologischen und bundeslandabhängig zum Teil auch im schulischen Kontext bei der Feststellung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfs (s. hierzu Kap. 2.2.1) weiterhin Anwendung (Joél, 2017, S. 12f.; Speck, 2018, S. 63; Theunissen, 2016a, S. 16-19). Bestehende Potentiale, Entwicklungschancen sowie Fähig- und Fertigkeiten werden mithilfe dieser Einordnung allerdings nicht erfasst (Theunissen, 2016a, S. 16). Sie bietet daher kaum Hinweise auf Fördermöglichkeiten (ebd.). Darüber hinaus kann insbesondere der untere IQ-Bereich ab < 50 durch gängige standardisierte Testverfahren, wie der *Kaufman Assessment Battery for Children – II* [KABC-II] oder der *Wechsler Intelligence Scale for Children – fifth Edition* [WISC-V], nicht mehr differenziert abgebildet werden (Joél, 2017, S. 15; Speck, 2018, S. 61).

Wiederum - wie in Kap. 2.2 bis 2.4 noch aufgezeigt werden soll - erweist sich die Unterteilung in *leichte bis schwerste geistige Behinderung* orientiert an den normierten IQ-Werten im Rahmen von (sozial-)epidemiologischen Studien als sinnvoll, da abhängig von dem Schweregrad unterschiedliche ursächliche Einflussfaktoren identifiziert werden und so Hinweise auf Risikofaktoren und präventive Maßnahmen gefunden werden konnten bzw. können.

### **2.1.2 Aus pädagogischer Perspektive, speziell im schulischen Kontext**

Im pädagogischen Kontext, speziell im schulischen Bildungssektor, wird der mit *geistiger Behinderung* verbundene Personenkreis unter dem Förderschwerpunkt *Geistige Entwicklung* erfasst. Im *Erlass Sonderpädagogische Förderung des Niedersächsischen Kultusministeriums* (2005) wird die dazugehörige Schülerschaft wie folgt beschrieben:

Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Schwerpunkt Geistige Entwicklung zeigen unterschiedliche Erscheinungsbilder in den verschiedenen Entwicklungsbereichen. Vielfach wird die Lern- und Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen durch körperliche, psychische und soziale Bedingungen und Beeinträchtigungen in individueller Ausprägung zusätzlich erschwert. Aufgrund dieser Ausgangslage verfügen sie über unterschiedliche Entwicklungsmöglichkeiten, die durch Erziehung und Unterricht beeinflussbar sind.

Ausdrücklich sind Schülerinnen und Schüler einbezogen, die aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigungen in allen Entwicklungs- und Lernbereichen auf fremde Hilfen angewiesen sind. Medizinisch-therapeutische, pflegerische, technische, psychologische und soziale Kompetenzen können erforderlich sein, um die sonderpädagogische Unterstützung im Unterricht zu gewährleisten.

(Niedersächsisches Kultusministerium, 2005, S. 59)

Im Rahmen schulischer Bildung und Erziehung stehen folglich die Ermittlung, der Auf- und Ausbau individueller Fähig- und Fertigkeiten unter Berücksichtigung von körperlichen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren im Mittelpunkt des pädagogischen Handelns. In Anlehnung an die *UN-Behindertenrechtskonvention - Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung* [UN-BRK] wird dabei das Ziel verfolgt, auf Grundlage der Feststellung und Dokumentation der individuellen Lernentwicklung mittels einer prozessbegleitenden (Schul-)Diagnostik und kontinuierlichen Förderplanung eine größtmögliche selbstbestimmte Lebensführung sowie gesellschaftliche Teilhabe zu ebnet (Niedersächsisches Kultusministerium, 2019a, S. 10f.; ebd., 2019b, S. 10f.). Aus der obigen Definition geht hervor, dass auch abhängig von den Bedarfen die Zusammenstellung multiprofessioneller Teams erforderlich sein kann.

Im Primar- und Sekundarbereich I (Schuljahrgänge 1 bis 4 und 5 bis 9) sind die Bildungs- und Lernschwerpunkte neben den fachlichen Inhalten, wie im Deutsch-, Mathematik-, Sach-, Musik-, Sport-, Englisch- und Religionsunterricht sowie im Fachbereich Gestalten, fächerübergreifend der Aufbau und die Förderung der sogenannten personalen Bildung in den Kompetenzbereichen Identitätsbildung, Kommunikation und Interaktion, Wahrnehmung, Bewegung und Mobilität, Selbstversorgung und Lernen (Niedersächsisches Kultusministerium, 2019a, S. 7, 17; ebd., 2019b, S. 12, 17).

In der Abschlussstufe (Schuljahrgänge 10 bis 12) wird der Fokus auf die Vorbereitung auf das Erwachsenenleben in den Bereichen personale, gesellschaftliche und vorberufliche Bildung gelegt sowie bereits entsprechende Vernetzungen zu außer- bzw. nachschulischen Unterstützungssystemen geschaffen, z.B. zu Trägern der Eingliederungshilfe mit zielgruppenspezifischen Wohn- und Arbeitsangeboten (Niedersächsisches Kultusministerium, 2016, S. 5ff.).

Wie bereits in Kap. 2.1.1 erwähnt, wird bundeslandabhängig im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung eines sonderpädagogischen Unterstützungsbedarfes im Förderschwerpunkt *Geistige Entwicklung* als Ergänzung zu einer umfänglichen Begutachtung auch auf standardisierte verbale und nonverbale Verfahren zur Ermittlung der kognitiven Entwicklung zurückgegriffen (Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, 2020, S. 4f., 8f.). Die Eignung von normierten Intelligenztests im sonderpädagogischen Handlungsfeld wird in unterschiedlicher Hinsicht kritisch diskutiert und u.a. der Frage nachgegangen, ob der Einsatz im Zuge des Feststellungsverfahrens - wenn überhaupt - lediglich zur Abgrenzung zu dem Förderschwerpunkt *Lernen* dienen sollte (Joél, 2017, S. 18ff.; Speck, 2018, S. 63).

### 2.1.3 Aus soziologischer Perspektive

Aus soziologischer Perspektive wird das Phänomen *Behinderung* so auch *geistige Behinderung* als sozial konstruierter negativ besetzter Zuschreibungsprozess begriffen, der zur Stigmatisierung und Ausgrenzung des betroffenen Personenkreises führt (Wacker, 2008, S. 116ff.). Diese Sichtweise eröffnet somit einen mehrperspektivischen multikausalen Zugang.

Abhängig von der Gesellschaft und den darin bestehenden Werten und Normen wird *Behinderung* im wechselseitigen Prozess als ein abweichender Zustand im seelischen, körperlichen und/oder geistigen Bereich verstanden (Cloerkes 1988, S. 87 zit. n. Cloerkes, Felkendorff & Markowetz, 2007, S. 8). „Ein *Mensch* ist dann »behindert«, wenn erstens eine unerwünschte Abweichung von wie auch immer definierten Erwartungen vorliegt und wenn zweitens deshalb die soziale Reaktion auf ihn negativ ist.“ (ebd.). Cloerkes et al. (2007) konstatieren: „Behinderung ist nichts Absolutes, sondern erst als soziale Kategorie begreifbar. Nicht der Defekt, die Schädigung, ist ausschlaggebend, sondern die Folgen für das einzelne Individuum“ (Cloerkes et al., 2007, S. 9).

Die *Soziologie der Behinderung* zielt darauf ab, Kontextfaktoren und Wechselwirkungen auf den unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen und in den verschiedenen Lebensbereichen zu identifizieren (Stöppler, 2017, S. 25f.; Wacker, 2008, S. 115ff.). Über die Ermittlung von bestehenden Barrieren und Ressourcen können in einem weiteren Schritt Veränderungs-, Entstigmatisierungs- und Selbstbefähigungsprozesse in Gang gesetzt und im Idealfall einzelnen Personen und sozialen Gruppen unabhängig von der Schwere und Komplexität ihrer individuellen Beeinträchtigung/en zunehmend Selbstbestimmung, Partizipation und Inklusion eröffnet werden (Stöppler, 2017, S. 25f.; Wacker, 2008, S. 115ff.). Im Zusammenhang mit diesen Bestrebungen sind der erste bis dritte *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung* [Bundesteilhabebericht] (Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BAMS], 2013, 2016 & 2021) zu nennen, auf den und dem darin zugrunde gelegten *Lebenslagen-Ansatz* in Kap. 5.3 noch genauer eingegangen werden wird.

### 2.1.4 Verständnis der *International Classification of Functioning, Disability and Health*

Der Grundstein für eine erweiterte Perspektive, multikausale Betrachtungsweise und neue Bestimmung des Phänomens *Behinderung* wurde mit der Einführung des *bio-psycho-sozialen Modells* der *International Classification of Functioning, Disability and Health* [ICF] der WHO im Jahr 2001 gelegt und damit ein Paradigmenwechsel eingeleitet (Lindmeier, 2013a, S. 175ff.). Die deutsche Version mit dem Titel *Internationale*



*Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* wurde vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] 2005 veröffentlicht.

Fokussierte die Vorgängerversion der WHO von 1980, die *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* [ICIDH], noch die medizinisch-ätiologischen Aspekte, nimmt das Modell der ICF auch äußere soziale Bedingungsfaktoren sowie die Lebenssituation und Teilhabechancen eines Individuums in den Blick und schafft somit eine Abkehr von einer linearen, rein defektorientierten Sichtweise (Fornefeld, 2020, S. 68; Theunissen, 2016a, S. 33). Dafür stellt die ICF ein international anerkanntes Klassifikationssystem zur Verfügung, um in einer einheitlichen Sprache den Gesundheitszustand, Einflussfaktoren auf biologischer, physiologischer, psychologischer und sozialer Ebene sowie damit zusammenhängende Zustände in Bezug auf eine Person differenziert eruieren und beschreiben zu können (DIMDI, 2005, S. 11). Für die Operationalisierung wird eine Vielzahl an Dimensionen und Items bereitgestellt. Im Gegensatz zur ICIDH werden dabei zudem nicht die Folgen einer Krankheit, sondern die Komponenten von Gesundheit ermittelt (ebd., S. 24f.; Lindmeier, 2013a, S. 176).

Wie anschließend noch ausgeführt werden wird, wird das Modell der ICF aufgrund seiner aktuellen Verwendungszusammenhänge und eröffneten multidimensionalen Perspektive unter Berücksichtigung von Ressourcen und sozialen Einflüssen als theoretische Grundlage und Ausgangspunkt für die Herleitung eines Verständnisses von *Behinderung* bzw. *geistiger Behinderung* im Rahmen dieser Arbeit dienen.

Die ICF schafft eine Verknüpfung der zuvor skizzierten medizinischen und sozialen Perspektive (Fornefeld, 2020, S. 70; Haveman & Stöppler, 2014, S. 31). *Behinderung* wird nicht weiter als Störung, Krankheit oder Schädigung primär in dem Individuum verortet klassifiziert. Stattdessen wird sie als übergeordnetes multidimensionales Phänomen verstanden, das sich aus vielschichtigen *Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit* aus sich wechselseitig bedingenden Komponenten ergibt und seinen Ausdruck in unterschiedlichen Einschränkungen der *Aktivität* und *Partizipation (Teilhabe)* findet (Bartelheimer et al. 2020, S. 1f.; DIMDI, 2005, 4f.; Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft [DHG], 2021, S. 12; Fornefeld, 2020, S. 69; Theunissen, 2016a, S. 35). Dabei finden, wie in Abbildung 1 dargestellt, die folgenden Dimensionen und Komponenten in der ICF Berücksichtigung:

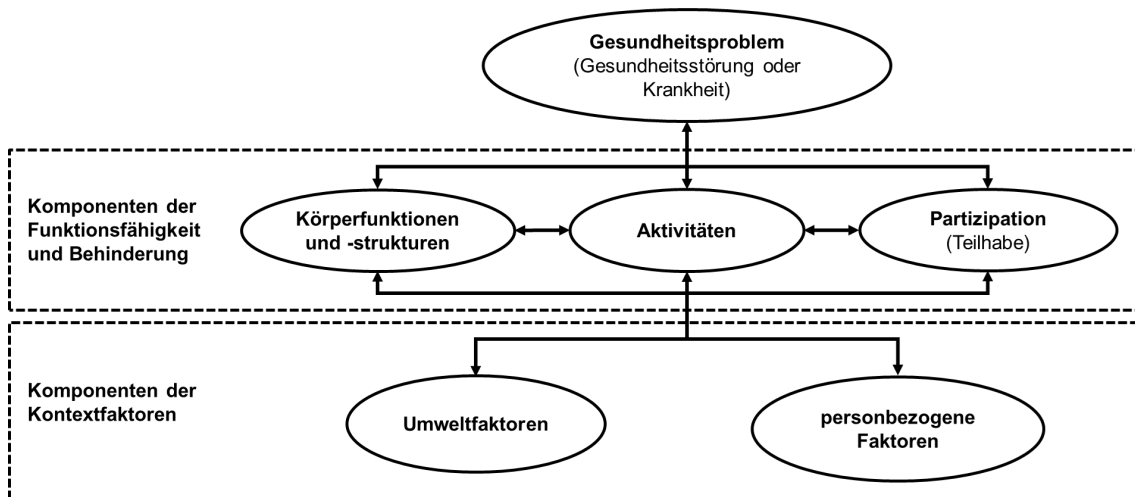


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten des bio-psycho-sozialen Modells der ICF (DIMDI, 2005, S. 23)

Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, setzen sich die *Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung* aus den zwei Konstrukten *Körperfunktionen und -strukturen* sowie *Aktivitäten* und *Partizipation (Teilhabe)* zusammen. *Körperfunktionen und -strukturen* umfassen sämtliche physiologischen und psychologischen Funktionen sowie anatomischen Teile des Körpers (DIMDI, 2005, S. 17). *Aktivität* beinhaltet nach dem hiesigen Verständnis die Ausführung einer Handlung oder Aufgabe durch eine Person (ebd., S. 19). *Partizipation (Teilhabe)* umfasst „das Einbezogenensein in eine Lebenssituation“ (ebd.).

Weitere Einflüsse und Wechselwirkungen gehen nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF von den *Komponenten der Kontextfaktoren* aus. Diese setzen sich aus den zwei Konstrukten *Umweltfaktoren* sowie *personbezogene Faktoren* zusammen. *Umweltfaktoren* beinhalten individuumsbezogene Aspekte der unmittelbaren Umwelt sowie physikalische, materielle und gesellschaftlich bedingte Einflüsse (DIMDI, 2005, S. 21f.). *Personbezogene Faktoren* werden in der ICF nicht näher klassifiziert, da sie abhängig von der jeweiligen Gesellschaft sehr unterschiedlichen ausfallen (ebd., S. 22). Sie umfassen u.a. Merkmale wie das Geschlecht, die ethnische und soziale Identität, den individuellen Lebensstil, den soziokulturellen Hintergrund sowie persönliche Einstellungen (ebd.).

Die ICF findet in unterschiedlichen Handlungsfeldern und Arbeitskontexten Anwendung und eröffnet ein erweitertes multikausales Verständnis und eine dezidierte Betrachtung von bio-psycho-sozialen Bedingungsfaktoren im Kontext funktionaler Gesundheit und Behinderung (DIMDI, 2005, S. 11f.; Haveman & Stöppler, 2014, S. 31; Fornefeld, 2020, S. 69; Lindmeier, 2013a, S. 176). Das zugrunde gelegte Verständnis findet beispielsweise auch in dem *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen - Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen* [UN-BRK] Anwendung, die ebenfalls einen wichtigen Meilenstein für die

Rechte von Menschen mit Behinderung setzt. Da es hier um die Herleitung eines Verständnisses des Behinderungsbegriffes geht, werden die einzelnen Komponenten der ICF nicht genauer aufgeschlüsselt.

### 2.1.5 Im Rahmen der Sozialgesetzgebung in Deutschland

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF hat auch maßgeblich die Sozialgesetzgebung in Deutschland und das darin verankerte Verständnis von *Behinderung* beeinflusst. Für die Bedarfsermittlung, Beurteilung und Bemessungen von Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe, der sozialen Pflegeversicherung, der Rehabilitation und Teilhabe sowie der gesetzlichen Krankenversicherung liegen die Dimensionen der ICF als Orientierungsrahmen zugrunde.

In § 2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch [SGB] IX: *Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen* wird der gleichnamige Personenkreis wie folgt bestimmt:

Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.

(§ 2 Abs. 1 SGB IX)

In § 53 Abs. 1 und Abs. 3 SGB XII - *Sozialhilfe* heißt es zur leistungsberechtigten Zielgruppe und den Aufgaben im Rahmen der Eingliederungshilfe weiter:

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

[...]

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(§ 53 Abs. 1 und Abs. 3 SGB XII)

In Ergänzung zu dem oben aufgeführten § 53 des SGB XII wurde der leistungsberechtigten Personenkreis in der bis zum 31.12.2019 geltenden *Eingliederungshilfe-Verordnung* [EnglHV] unter §§ 1-3 in die drei Bereiche *körperlich*, *geistig* und *seelisch wesentlich behindert* untergliedert und näher bestimmt (Schrader, 2019, S. 32; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., 2020, S. 1). Die in dieser Arbeit fokussierte Zielgruppe wurde darin folgendermaßen definiert:

Nach § 2 Eingliederungshilfe-Verordnung sind Menschen geistig wesentlich behindert im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII, die infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfang in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind.

(Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, 2019)

An dieser Stelle sei angemerkt, dass aktuell mit der stufenweisen Einführung des BTHG die Ablösung der Bezeichnung *geistig wesentlich behindert* durch *Beeinträchtigungen der intellektuellen Funktionen* in Anlehnung an das bereits vorgestellte DSM-5 diskutiert wird (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., 2020, S. 12f.; Welti & Schmidt-Ohlemann, 2020, S. 58). Zum Zeitpunkt dieser Arbeit liegt allerdings noch kein abschließendes Ergebnis vor.

### **2.1.6 Fazit und abschließende Herleitung eines Arbeitsbegriffes**

Die vorherigen Ausführungen verdeutlichen die Schwierigkeit einer adäquaten und einheitlichen Begriffsfindung. Das aufgezeigte Spektrum im Kontext *geistige Behinderung* reicht von linearkausalen, defizitorientierten bis hin zu multikausalen, teilhabe- und ressourcenorientierten Erklärungsmodellen und abhängig davon unterschiedlich verwendeten Begrifflichkeiten (Fornefeld, 2020, S. 62f.; Speck, 2018, S. 52f.; Stöppler, 2017, S. 19). Trescher merkt in diesem Zusammenhang an, „Behinderung, so auch geistige Behinderung, wird in Forschung und Praxis, je nach Autor\*in, irgendwo zwischen ‚Behindert-Sein‘ und ‚Behindert-Werden‘ verortet“ (Trescher, 2017a, S. 27).

Weitgehender Konsens im fachlichen und wissenschaftlichen Diskurs besteht darüber, dass bisher kein Begriff gefunden werden konnte, der dem damit verbundenen Personenkreis gerecht wird und von dem keine stigmatisierende, diskriminierende Wirkung oder negative Zuschreibung ausgeht (Haveman & Stöppler, 2014, S.35; Stöppler, 2017, S. 17f.). Deutlich wird allerdings auch, dass aktuell noch gesonderte Begrifflichkeiten in den einzelnen Handlungsfeldern erforderlich sind, da daran der Zugang zu notwendigen und spezifischen schulischen, therapeutischen und sozialen Förder- und Unterstützungsmaßnahmen sowie dazugehörigen Leistungen geknüpft sind, um dem mit *geistiger Behinderung* umschriebenen Personenkreis ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, selbstständiger Lebensführung und Teilhabe eröffnen zu können (Speck, 2018, S. 53-56; Theunissen, 2016a, S. 44, 48).

Die Notwendigkeit für einen separaten Begriff scheint auch ein Grund zu sein, warum sich die von der Selbstvertretungsgruppe *Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V.* (2021) postulierte alternative Bezeichnung *Menschen mit Lernschwierigkeiten* in der fachlichen Auseinandersetzung bisher nur eingeschränkt durchsetzen konnte. Die Bedarfslagen, vorgesehenen Unterstützungssysteme sowie sozialrechtlich verankerte Leistungen der Bevölkerungsgruppen *Menschen mit geistiger Behinderung* und *Menschen mit Lernbehinderung* - in schulischem Kontext mit dem Förderschwerpunkt *Lernen* assoziiert - gestalten sich zum aktuellen Zeitpunkt (noch) zu

unterschiedlich, sodass eine eindeutige begriffliche Unterscheidung weiterhin angemessen ist (Fornefeld, 2020, S. 61; Theunissen, 2016a, S. 44-49).

In dieser Arbeit wurde sich - trotz berechtigter Kritik - für die Verwendung der Bezeichnung *geistige Behinderung* - wie bereits angeführt - in Anlehnung an das Verständnis der ICF entschieden. Das Phänomen *Behinderung* wird danach als übergeordneter Begriff für die Einschränkung von Partizipationsmöglichkeiten eines Individuums verstanden, die durch das komplexe Zusammenwirken von personenspezifischen, sozialen und kontextbezogenen Faktoren hervorgerufen werden (Lindmeier, 2013a, S. 175ff.). Durch die Verwendung des Begriffes *geistige Behinderung* soll der damit assoziierte Personenkreis in keinem Fall diskriminiert oder abgewertet werden, sondern das Augenmerk neben der in der Person verorteten Beeinträchtigung/en (u.a. der geistigen Funktionen) auf die vielschichtigen sozialen und gesellschaftsbedingten Einflussfaktoren und daraus entstehenden Barrieren im Kontext der Lebenslagen - wie noch genauer aufgezeigt werden wird, auch speziell in Bezug auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung - dieser Zielgruppe gelegt werden.

## 2.2 Ätiologie

Der Begriff *Ätiologie* umfasst die Lehre und Forschung über die Ursachen von Krankheiten bzw. Störungen, den dazugehörigen Einflussfaktoren und Wechselwirkungen (Bastine, 2020, S. 215f.; Neuhäuser, 2013, S. 63; Stöppler, 2017, S. 29). Wie der Begriff *geistige Behinderung* selbst, sind auch die ursächlichen Bestimmungsgrößen des Phänomens komplex und nicht abschließend herleitbar. Bei der Entstehung und Entwicklung sind multifaktoriell biologisch-organische, psychosoziale und soziokulturelle Einflüsse mit unterschiedlicher Gewichtung, abhängig von dem Grad der Behinderung, ausschlaggebend (Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 20-24; S. Seidel, 2006, S. 162f.; Stöppler, 2017, S. 28; von Gontard, 2013, S. 32-38).

Haveman & Stöppler (2014, S. 39) stellen fest, dass nur in etwa 40 bis 60% der Fälle die Ursachen einer *geistigen Behinderung* genau bestimmt werden können. In epidemiologischen Studien aus dem skandinavischen Raum konnte aufgezeigt werden, dass die Ursachenklärung im Bereich einer *leichten geistigen Behinderung* - im Sinne der in Kap. 2.1.1 beschriebenen Klassifikation orientiert an einem IQ-Wert zwischen 50 bis 70 - im Vergleich zu höheren Schweregraden - IQ unter 50 - deutlich niedriger ausfällt, da zu einem hohen Anteil auch psychosoziale Faktoren die Entstehung und Entwicklung bedingen, die nur begrenzt herleitbar sind (Hagberg et al., 1981; Lundvall et al., 2012; Stromme & Diseth, 2000; Stromme & Hagberg, 2000; Stromme & Magnus, 2000 zit. n. von Gontard, 2013, S. 35f.; Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 21). Bei *mittleren bis schwersten geistigen Behinderungen* - im Sinne der ICD-10 mit einem IQ

unter 50 - sind dagegen überwiegend organische und biologische Aspekte ausschlaggebend (ebd.).

Raynham, Gibbons, Flint & Higgs (1996, S. 169) fassen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Prävalenz und zu den Ursprüngen von *geistiger Behinderung* auf Grundlage von Studien aus den 80er Jahren zusammen, dass bei einer *mittleren bis schwersten geistigen Behinderung* (IQ < 50) in ungefähr 64% und bei einer *leichten geistigen Behinderung* (IQ 50 - 75) in circa 24% der Fälle eine bzw. mehrere Ursachen eindeutig identifiziert werden konnten. Die Zahlen decken sich mit Erkenntnissen von Murphy, Boyle, Schendel, Decouflé & Yeargin-Allsopp (1998, S. 6) im Rahmen ihrer durchgeführten systematischen Übersichtsarbeit zur Epidemiologie von *geistiger Behinderung* bei Kindern und Jugendlichen. Raynham et al. (1996) ermittelten, wie in Tabelle 2 dargestellt, die folgende Verteilung von Ursachen im Kontext einer *leichten und mittleren bis schwersten geistigen Behinderung*:

Tabelle 2: Ursachen von geistiger Behinderung (eigene Darstellung in Anlehnung an Raynham et al., 1996, S. 169; Übersetzung v. Verf.)

| Ursachen              | leichte geistige Behinderung<br>(IQ 50 - 75) | mittlere bis schwerste geistige<br>Behinderung<br>(IQ < 50) |
|-----------------------|--|---|
| genetisch bedingt (%) | 14   | 45  |
| umweltbedingt (%)     | 10   | 19  |
| unbekannt (%)         | 76   | 36  |

Als maßgeblich ätiologische Einflüsse im Zusammenhang mit einer *geistigen Behinderung* nennt Seidel (2006) die folgenden Komponenten:

- Genetische Ursachen
- Toxische Noxen (z.B. Genussgifte, Gewerbegifte, Medikamente)
- Physikalische Noxen (z.B. mechanische Einwirkungen, Radioaktivität)
- Sauerstoffmangel des Embryos, des Fetus
- Sauerstoffmangel des Neugeborenen (z.B. bei Unreife, Frühgeburt)
- Mikrobiologische Noxen (z.B. virusbedingte Hirnentzündungen)
- Frühkindliche Erkrankungen mit primärer oder sekundärer Hirnbeteiligung
- Stoffwechselerkrankungen der Mutter (z.B. mütterliche Diabetes)
- Stoffwechselerkrankungen des Kindes (z.B. angeborene Schilddrüsenunterfunktion)

(Seidel, 2006, S. 162)

Wie in Kap. 2.1.1 erwähnt, untergliedert Neuhäuser (2013) die bestehenden klinischen Syndrome im Bereich einer *geistigen Behinderung* nach Phasen der prä-, peri- und postnatalen (vor-, während- und nachgeburtlichen) Entstehung. Später werden zusammenfassend in Tabelle 3 bis 5 bekannte Erscheinungsbilder bei Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* nach Entstehungszeitpunkt und Ursache in Anlehnung an Neuhäuser (2013) aufgeführt:

Tabelle 3: Pränatal entstandene Formen geistiger Behinderung (eigene Darstellung in Anlehnung an Neuhäuser, 2013, S. 65-130)

|   |
|---|
| <p><b>I. Pränatal entstandene Formen geistiger Behinderung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Genmutationen als Ursache geistiger Behinderung <ul style="list-style-type: none"> <li>i. rezessiv vererbte Stoffwechselstörungen, z.B. <i>Phenylketonurie (PKU, Fölling-Krankheit), Glykanosen (CDG-Syndrom), Lesch-Nyhan-Syndrom</i></li> <li>ii. Dysplasie-Syndrom mit meist dominanter Vererbung, z.B. <i>Phakomatosen (neurokutane Syndrome), Tuberoöse Sklerose</i></li> <li>iii. geschlechtsgebunden vererbte Störungen mit geistiger Behinderung, z.B. <i>Fragiles-X-Syndrom, Rett-Syndrom</i></li> </ul> </li> <li>○ Monogen bzw. durch Mikrodeletionen und multifaktoriell bedingte Störungen, z.B. <i>Angelman-Syndrom, Prader-(Labhart-)Willi-Syndrom</i></li> <li>○ Fehlbildungen des Nervensystems, z.B. <i>Dysraphische Fehlbildungen und Hydrocephalus, Fehlbildungen des Vorderhirns oder der Rindenenwicklung des Gehirns</i></li> <li>○ Chromosomenanomalien und geistige Behinderung <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Trisomien (Chromosom dreifach statt doppelt vorhanden), z.B. <i>Down-Syndrom (Trisomie 21), Patau-Syndrom (Trisomie 13)</i></li> <li>ii. Deletionen (Verlust von Chromosomabschnitten), z.B. <i>Katzenschrei-Syndrom (5 p-Syndrom), Jacobsen-Syndrom (11 q-Syndrom)</i></li> <li>iii. Translokationen (Austausch von Chromosommaterial)</li> <li>iv. Gonosomale Aberrationen (Veränderungen der Zahl und Struktur der Geschlechtschromosomen), z.B. <i>XO-Konstitution (Ullrich-Turner-Syndrom und Varianten), XYY-Konstitution</i></li> </ul> </li> <li>○ exogen verursachte pränatale Entwicklungsstörungen und geistige Behinderung <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Infektionen als exogene Ursachen pränataler Schädigung, z.B. <i>Rötelerkrankung der Mutter oder andere Virusinfektionen, HIV-Infektion</i></li> <li>ii. chemische Einflüsse auf die Entwicklung, wie <i>Alkohol, teratogene Arzneimittel, Umweltgifte</i></li> <li>iii. Strahlen, wie <i>Röntgenstrahlen und radioaktive Strahlung</i></li> </ul> </li> <li>○ Idiopathische geistige Behinderung (keine nachweisbaren Anomalien auf molekularer oder zellulärer Ebene)</li> </ul> |
|---|

Tabelle 4: Perinatal entstandene Formen geistiger Behinderung (eigene Darstellung in Anlehnung an Neuhäuser, 2013, S. 131-133)

|  |
|--|
| <p><b>II. Perinatale Komplikationen als Ursachen geistiger Behinderung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ das sogenannte Geburtstrauma (Verletzungen des Gehirns und seiner Häute, z.B. durch starke Verformung des Kopfes)</li> <li>○ hypoxisch-ischämische Enzephalopathie (Folge einer Sauerstoffmangelversorgung des Gehirns, z.B. durch Nabelschnurkompression o. -umschlingung des Fötus, unzureichende Atmung als Folge von Fruchtwasseraspiration)</li> <li>○ Frühgeburt (unreife Entwicklung verschiedener Organe und damit verbundene Entwicklungsstörungen)</li> <li>○ Erkrankungen des Neugeborenen, z.B. <i>Hirnhautinfektionen, Störungen der Atmung, Unverträglichkeit der Blutgruppen von Kind und Mutter</i></li> </ul> |
|--|

Tabelle 5: Postnatal entstandene Formen geistiger Behinderung (eigene Darstellung in Anlehnung an Neuhäuser, 2013, S. 134-136)

|  |
|--|
| <p><b>III. Postnatale Ursachen geistiger Behinderung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems, z.B. <i>Hirnhautentzündungen, Entzündung des Gehirns</i></li> <li>○ Schädel-Hirn-Trauma, z.B. <i>Verletzungen des Gehirns durch einen Unfall oder durch Einwirkungen von Gewalt</i></li> <li>○ Hirntumore (gut- und bösartige Geschwülste des Gehirns und dessen Hülle)</li> <li>○ Hirnschädigung durch Intoxikation (Vergiftung), Hypoxie (Sauerstoffmangel), Stoffwechselkrisen</li> </ul> |
|--|

Mit Bezug auf die vorherige Auflistung verweist Neuhäuser (2013, S. 137) einerseits auf die Grenzen einer rein entstehungsfokussierten Perspektive, andererseits aber zugleich auf die Chancen, mit Hilfe einer umfassenden differentialdiagnostischen Ermittlung eines Syndroms und dem dezidierten Wissen über die spezifischen Ursachen, Merkmale und Entwicklungsverläufe, Ressourcen und Barrieren identifizieren und auf verschiedenen

Ebenen unterstützende Maßnahmen im Sinne der betroffenen Person gezielt implementieren zu können.

Ergänzend zu den postnatalen Ursachen von *geistiger Behinderung* sind an dieser Stelle (schwere) Formen der psychosozialen Deprivation anzuführen (Haveman & Stöppler, 2014, S. 137ff.; Macha & Petermann, 2020, S. 846). Insbesondere zwischen der Entstehung einer *leichten geistigen Behinderung* und diesem Phänomen lassen sich direkte Zusammenhänge herstellen (Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 23; Speck, 2016, S. 66).

Am häufigsten treten pränatal entstandene Erscheinungsformen im Kontext *geistige Behinderung* auf, die in dazugehörigen Studien ermittelten Anteile variieren allerdings stark (Lundvall et al., 2012; Stromme & Hagberg, 2000 zit. n. von Gontard, 2013, S. 34f.; Murphy et al., 1998, S. 6; Speck, 2016, S. 59). Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen prä-, peri- und postnatalen Ursachen und dem Schweregrad der *geistigen Behinderung* (Murphy et al., 1998, S. 6; Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 21ff.; Seidel, 2006, S. 164).

Murphy et al. (1998, S. 6) fassen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit zur Epidemiologie von *geistiger Behinderung* bei Kindern und Jugendlichen mit Bezugnahme auf die Studienergebnisse von Hagberg & Kyllerman (1983), McLaren & Bryson (1987) und Yeargin-Allsopp et al. (1997) zusammen, dass abhängig von dem Studiendesign und der gewählten Population bei einer *mittleren bis schwersten geistigen Behinderung* (IQ <50) in 25 - 55% der Fällen prä-, in 10 - 15% peri-/neo- und in 7 - 10% der Fälle postnatale Einflussfaktoren ausschlaggebend waren. Im Kontext einer *leichten geistigen Behinderung* (IQ 50 - 75) hingegen konnte die Entstehung bei 7 - 23% auf prä-, bei 4 - 18% auf peri-/neo- und bei nur 2 - 4% auf postnatale Ursachen zurückgeführt werden (ebd.).

### 2.3 Prävalenz

Allgemeine Hochrechnungen im internationalen Raum zum Anteil von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* in der Gesamtbevölkerung variieren stark. Viele Autor\*innen (u.a. Cooper et al., 2015, S. 7; Kinnear et al., 2018, S. 2; Krahn & Fox, 2014, S. 432f.; McKenzie, Milton, Smith & Ouellette-Kuntz, 2016, S. 104f.; Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 18f.; Sheehan et al., 2015, S. 2) beziehen sich bei ihren Angaben auf die Ergebnisse von Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua & Saxena (2011).

Maulik et al. (2011) werteten im Zuge ihrer Meta-Analyse 52 Studien aus Europa, Nord- und Südamerika, Afrika, Asien sowie Australien aus dem Zeitraum von 1980 bis 2009 zur Prävalenz von *geistiger Behinderung* bei Kindern, Jugendlichen und/oder Erwachsenen aus. Auf Grundlage der Daten ermittelten die Autor\*innen (ebd., S. 423,



430ff.) eine durchschnittliche Rate von 0,5 bis 1,55%. Es konnten deutliche Abweichungen zwischen der Prävalenz in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen im Vergleich zu Ländern mit hohem Einkommen festgestellt werden. Des Weiteren wiesen sowohl in den Altersgruppen Kinder und Jugendliche als auch bei den Erwachsenen - altersabhängig mit unterschiedlicher Gewichtung - jeweils mehr männliche als weibliche Personen eine *geistige Behinderung* auf (ebd.).

Vergleichbare Ergebnisse in Bezug auf die Geschlechterverteilung im Kontext *geistige Behinderung* bei Kindern und Jugendlichen finden sich u.a. auch in der Studie *Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017* von Zablotsky et al. (2020, S. 4) des *National Health Interview Survey* [NHIS], einer landesweiten Sammlung und Auswertung von Gesundheitsdaten in den USA.

Zur Verteilung der Schweregrade - orientiert am IQ-Wert - lassen sich die nachstehenden Schätzungen in Bezug auf den Gesamtanteil von Menschen mit *geistiger Behinderung* eruieren: eine *leichte geistige Behinderung* liegt in etwa 75 - 85%, eine *mittlere* in circa 10%, eine *schwere* in etwa 3 - 4% und eine *schwerste* in ca. 1- 2% der Fälle vor (King, Toth, Hodapp, & Dykens, 2009 zit. n. Maulik et al., 2011, S. 420; DSM 5 zit. n. Macha & Petermann, 2020, S. 846; Murphy et al., 1998, S. 7).

Auf Deutschland bezogen können ebenfalls keine genauen Angaben gemacht, sondern nur aus in einzelnen (Unterstützungs-)Systemen ermittelten Daten Rückschlüsse auf die Gesamtanzahl der hier lebenden Menschen mit einer sogenannten *geistigen Behinderung* gezogen werden.

Aus der statistischen Veröffentlichung *Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen)* des *Sekretariats der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland* (2021, S. 5) geht hervor, dass im Schuljahr 2019/2020 bundesweit insgesamt 97.181 Schüler\*innen einen festgestellten sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf in dem Bereich *Geistige Entwicklung* hatten. Von dieser Schülerschaft besuchten in dem Zeitraum 86% eine Förderschule und 14% wurden inklusiv an einer allgemeinen Schule unterrichtet (ebd.). Die Förderquote im Bereich *Geistige Entwicklung* im Schuljahr 2019/2020 an allgemeinbildenden Schulen der Klassen 1 bis 10 betrug bei einer Gesamtanzahl von insgesamt 7.388.539 Schüler\*innen 1,3% (ebd.).

Nach Erhebungen des *Statistischen Bundesamtes - Destatis* (2020, Pressemitteilung Nr. 230) lebten zum Jahresende 2019 rund 7,9 Millionen Menschen mit einer anerkannten *Schwerbehinderung* in Deutschland. Dieser Anteil macht laut Destatis (ebd.) 8,9% der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik aus. Davon lag bei 13% der erfassten

Personen eine *geistige* oder *seelische Behinderung* vor (ebd.). Allerdings wurden die beiden Gruppen nicht weiter unterteilt.

In dem Bericht zum *Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2021 für das Berichtsjahr 2019* der *Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe* [BAGüS] (2021, S. 6) wurden zum Jahresende 2019 insgesamt 417.234 volljährige Personen mit *Behinderung* in Deutschland erfasst, die ein stationäres oder ambulantes Wohnangebot im Rahmen der Eingliederungshilfe<sup>3</sup> wahrnahmen. Von diesem Personenkreis hatten insgesamt 322.842 Menschen eine *seelische, körperliche und/oder geistige Behinderung* (ebd., S. 18). Wie aus der Abbildung 2 hervorgeht, nahmen davon 148.407 ein stationäres und 174.435 ein ambulantes Wohnangebot wahr (ebd.). Der Anteil von Menschen mit einer primär *geistigen Behinderung*, die in einer stationären Wohneinrichtungen lebten, betrug dabei 63,4%. Von den Personen, die in einer ambulant unterstützten Wohnform lebten, gehörten 24,9% dieser Zielgruppe an (ebd., S. 7, 18).

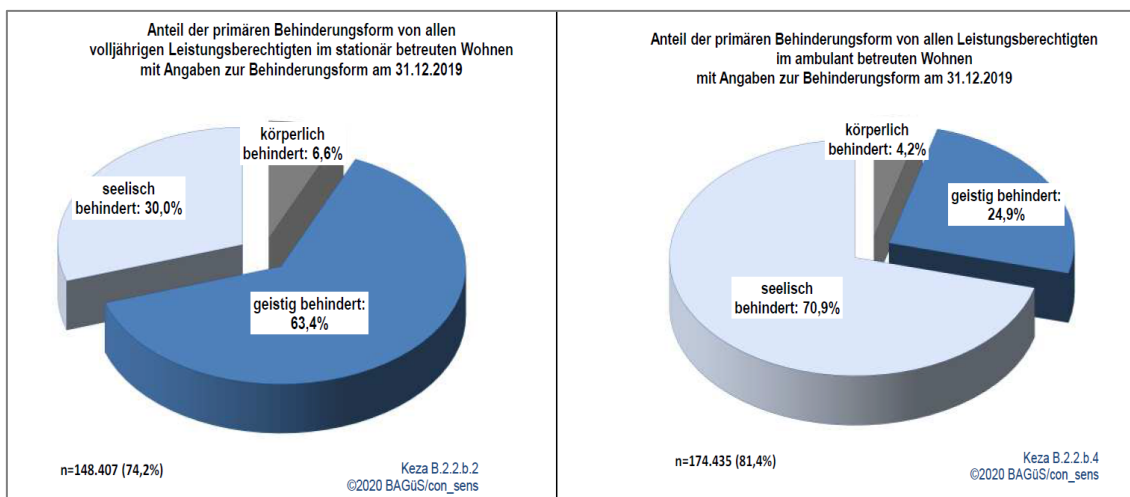


Abbildung 2: Vergleich: Primäre Behinderungsformen im stationär und ambulant betreuten Wohnen (BAGüS, 2021, S. 18)

Zu bedenken gilt in Bezug auf diese Hochrechnungen, dass nach einer quantitativ-empirischen Studie zur Wohnsituation von erwachsenen Menschen mit *geistiger Behinderung* im Kreis Minden-Lübbecke mit 208 Teilnehmenden nach Stamm (2009, S. 257f.) mehr als die Hälfte der Zielgruppe auch im Erwachsenenalter bei ihren Eltern bzw. einem Elternteil oder bei ihren Geschwistern wohnen bleibt. Als Gründe werden ein regional sehr unterschiedliches und oftmals fehlendes Angebot an adäquaten Wohnmöglichkeiten, insbesondere für Menschen mit sehr komplexen Unterstützungsbedarfen, angeführt (Seifert, 2016a, S. 60f.; Trescher, 2017b, S. 25).

<sup>3</sup> s. Einleitung, Kap. 2: Mit der stufenweisen Einführung und Umsetzung des BTHG wurden zum 01.01.2020 begriffliche Veränderungen vorgenommen (Küster, Schrader & Strasser, 2019, S. 162-167). Die gesetzliche Bezeichnung *stationäre Einrichtung* im Rahmen der Eingliederungshilfe wurde durch den Begriff *besondere Wohnform* ersetzt (ebd.).

Über den Personenkreis, der oftmals bis ins hohe Alter in seiner Herkunftsfamilie verbleibt, findet sich kaum systematisches Wissen (ebd.).

Zusammenfassend schätzen Sappok & Steinhart (2021, S. 115), dass - unter Einbeziehung von Personen, die im Laufe ihres Lebens durch einen Unfall oder in Folge einer Krankheit eine *geistige Behinderung* erworben haben - insgesamt rund 2 Millionen Menschen in Deutschland mit einer sogenannten *geistigen Behinderung* leben.

## 2.4 Gesundheit, Krankheit und Lebenserwartung

Es ist heute sichtbar und deutlich, dass die Gesundheit von behinderten Menschen im Allgemeinen schlechter ist als die anderer altersgleicher Bürger[\*innen]. Was wir nicht wissen ist, ob Menschen mit geistiger Behinderung heute kränker sind im Vergleich zu früher oder ob ihre Krankheiten zuvor zu häufig als selbstverständlich und zur Behinderung gehörend gehalten wurden. Die große Ungleichheit im Gesundheitszustand, aber auch in dem Zugriff auf das Gesundheitssystem zwischen Menschen mit und ohne Behinderung, ist durch eine große Zahl von empirischen Studien inzwischen deutlich belegt worden.

(Haveman & Stöppler, 2014, S. 15f.)

Mit Bezugnahme auf das obige Zitat treten nachweislich akute und chronische körperliche und psychische Erkrankungen bei Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung deutlich häufiger auf und setzen zudem wesentlich früher ein (u.a. Bösebeck, 2017, S. 258f.; Cooper et al., 2017, S. 5f.; Emerson, Hatton, Baines & Robertson, 2016, S. 6f.; Haveman & Stöppler, 2014, S. 121, 160ff.). Des Weiteren kann eine hohe Prävalenz von Multimorbidität, dem Auftreten und Fortbestehen von mehreren Erkrankungen zur gleichen Zeit, bei dem Personenkreis verzeichnet werden (u.a. Cooper et al., 2017, S. 5, 10; Emerson et al., 2016, S. 6f.; Habermann-Hostmeier, 2018, S. 33; Haveman & Stöppler, 2014, S. 43ff.; Seidel, 2006, S. 164ff.). Haveman & Stöppler (2014) beschreiben die wichtigsten Unterschiede bei der Zielgruppe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Bezug auf das genannte Phänomen wie folgt:

- dem frühen Auftreten der Erkrankungen
- Interaktionen und Parallelitäten zwischen den Ursachen der geistigen Behinderung
- der hohen Anzahl der Erkrankungen
- dem hohen Anteil von psychischen Störungen und ernsten Verhaltensauffälligkeiten
- der Komplexität in der Behandlung dieser Erkrankung

(Haveman & Stöppler, 2014, S. 44)

Kinnear et al. (2018, S. 2f.) werteten im Rahmen ihrer populationsbasierten Querschnittsstudie umfassend erhobene Gesundheitsinformationen von 1023 erwachsenen Menschen (ab dem 16. Lebensjahr) mit sogenannter *geistiger Behinderung* mit dem Ziel aus, die Prävalenz von Multimorbidität des Personenkreises allgemein und speziell bei Menschen mit Down-Syndrom zu ermitteln. Als Auswertungsgrundlage dienten die Daten aus hausärztlichen Praxen in der Region des *Glasgow Health Board* in Schottland aus dem Zeitraum von 2002 bis 2004 (ebd.). Darüber hinaus wurden Interviews mit den Teilnehmenden - ggf. unter Einbeziehung der

rechtlichen Betreuung - sowie körperliche Untersuchungen durchgeführt und analysiert (ebd.).

Das Durchschnittsalter der Proband\*innen lag bei 43,9 Jahren (Altersspanne: 16 - 83 Jahre) (Kinnear et al., 2018, S. 3). Die Geschlechterverteilung betrug 562 (54,9%) männliche und 461 (45,1%) weibliche Personen. Von den 1023 Teilnehmenden hatten zudem 186 die Diagnose Down-Syndrom (ebd.).

Kinnear et al. (2018, S. 3) stellten fest, dass bei 1010 (98,7%) der 1023 Studienteilnehmenden zwei und mehr Gesundheitsprobleme vorlagen. Aus den Ergebnissen ging hervor, dass Multimorbidität im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung, bei der eine deutliche Zunahme des Phänomens nach dem 50. Lebensjahr zu verzeichnen ist, bei erwachsenen Menschen mit *geistiger Behinderung* über die gesamte Lebensspanne des Erwachsenenalters hinweg besteht (ebd., S. 5). Zudem konnte keine allgemeintypisch altersbedingte Zunahme an Erkrankungen identifiziert werden (ebd., S. 6). Auch wenn Unterschiede in der Art und Häufigkeit festgestellt werden konnten, war Multimorbidität in allen Gruppen unterteilt nach Alter, Geschlecht, Schweregrad der *geistigen Behinderung* oder dem Bestehen eines Down-Syndroms zu verzeichnen (ebd., S. 3ff.). Durchschnittlich nahm die Anzahl bestehender Erkrankungen mit dem Grad der geistigen Behinderung zu (ebd., S. 8). Zudem war ein Zusammenhang zwischen höheren Schweregraden und einer frühen Sterblichkeit zu verzeichnen (ebd.).

Kinnear et al. (2018, S. 8) eruierten zudem, dass sich nicht nur die altersbedingte Zunahme an Erkrankungen, sondern auch die am häufigsten auftretenden Gesundheitsprobleme bei Menschen mit *geistiger Behinderung* von denen der Gesamtbevölkerung unterscheiden. Als die fünf häufigsten Gesundheitsprobleme wurden bei den Proband\*innen Beeinträchtigungen des Sehvermögens (47%), Adipositas (40,6%), Epilepsie (34,1%), Obstipation (Verstopfung) (33,8%) und Ataxie/Gangstörungen (29,9%) identifiziert (ebd., S. 6). Tabelle 6 zeigt eine Gegenüberstellung der erhobenen Gesundheitsprobleme bei dem Personenkreis mit und ohne Downsyndrom, angeordnet nach der Häufigkeit des Auftretens.

Tabelle 6: Häufige Gesundheitsprobleme bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung mit und ohne Down-Syndrom (eigene Darstellung in Anlehnung an Kinnear et al., 2018, S. 6; Übersetzung v. Verf.)

|    | Bestehende Gesundheitsprobleme bei den Teilnehmenden ohne Down-Syndrom (n=837) | Häufigkeit in % |    | Bestehende Gesundheitsprobleme bei den Teilnehmenden mit Down-Syndrom (n=186) | Häufigkeit in % |
|----|--|-----------------|----|---|-----------------|
| 1  | Beeinträchtigungen des Sehvermögens  | 46,7            | 1  | Adipositas  | 56,5            |
| 2  | Epilepsie  | 38,8            | 2  | Beeinträchtigung des Sehens   | 48,4            |
| 3  | Adipositas   | 37              | 3  | Beeinträchtigung des Hörens   | 39,2            |
| 4  | Obstipation (Verstopfung)  | 36              | 4  | Epidermale Verdickung/Xerose (trockene Haut)                                  | 37,1            |
| 5  | Ataxie/Gangstörung   | 33              | 5  | Nagelerkrankung (z.B. einwachsender Nagel)                                    | 26,9            |
| 6  | Beeinträchtigungen des Hörvermögens  | 24,2            | 6  | Obstipation (Verstopfung)   | 24,1            |
| 7  | Nagelerkrankung (z.B. einwachsender Nagel)                                     | 22,5            | 7  | Pilzinfektion   | 22,5            |
| 8  | Zerebralparese und sonstige Lähmungssyndrome                                   | 21,9            | 8  | Ekzem/Dermatitis  | 20,4            |
| 9  | Osteoporose  | 21,3            | 9  | Infektion der unteren Atemwege  | 18,3            |
| 10 | Hypertonie (Bluthochdruck)   | 17,9            | 10 | Muskel-Skelett-Schmerzen/Dorsalgie (Rückenschmerzen)                          | 17,2            |
| 11 | Epidermale Verdickung/Xerose (trockene Haut)                                   | 17,7            | 11 | Ataxie/Gangstörung  | 16,1            |
| 12 | Knochendeformität  | 15,3            | 12 | Zahn- und Mundgesundheit  | 15              |
| 13 | Pilzinfektion  | 14,9            | 13 | Knochendeformität   | 14,5            |
| 14 | Dysphagie (Schluckstörung)   | 14,7            | 13 | Dyspnoe (Luft-/Atemnot)   | 12,4            |
| 15 | Gastroösophagealer Reflux  | 14,6            | 14 | Gastroösophagealer Reflux   | 14              |
| 16 | Muskel-Skelett-Schmerzen/Dorsalgie (Rückenschmerzen)                           | 14,3            | 15 | Epilepsie   | 13              |
| 17 | Ekzem/Dermatitis   | 13,3            | 16 | Dysphagie (Schluckstörung)  | 12,9            |
| 18 | Dyspnoe (Luft-/Atemnot)  | 12,4            | 17 | Osteoporose   | 5,9             |
| 19 | Zahn- und Mundgesundheit   | 12,2            | 18 | Hypertonie (Bluthochdruck)  | 4,3             |
| 20 | Infektion der unteren Atemwege   | 11,9            | 18 | Zerebralparese und sonstige Lähmungssyndrome                                  | 4,3             |

Die im Zuge der Erhebung gewonnenen Erkenntnisse sind nach den Autor\*innen (2018, S. 8) maßgeblich, um künftig das Phänomen Multimorbidität bei Menschen mit *geistiger Behinderung* besser verstehen, der Entstehung und den Auswirkungen zielführend entgegenwirken und eine adäquate Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können. Auch wenn die Daten nur aus einer Region in Schottland stammen, gehen die

Autor\*innen (ebd.) davon aus, dass die Ergebnisse auf andere Länder mit hohem Einkommen übertragbar sind. Zu vergleichbaren Forschungsergebnissen im Kontext Multimorbidität und *geistige Behinderung* kommen u.a. auch Emerson et al. (2016), Cooper et al. (2015) und (2017) sowie Bösebeck (2017).

Neben einem erhöhten Aufkommen von körperlichen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen ist auch das Risiko der Zielgruppe an psychischen Störungen zu erkranken deutlich erhöht (u.a. Cooper, Smiley, Morrison, Williams & Allan, 2007, S. 29-34; Sheehan et al., 2015, S. 3-8; Habermann-Horstmeier, 2018, S. 103f.; Haveman & Stöppler, 2014, S. 121). Nach Angaben der WHO (dt. Ausgabe: Dilling et al., 2015, S. 308) ist Prävalenz bei Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* im Vergleich zur Gesamtbevölkerung mindestens drei- bis viermal höher. Nach Macha & Petermann (2020) sind häufige psychische Störungen bei der Zielgruppe:

- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen,
- depressive und bipolare Störungen,
- Angststörungen,
- Autismus-Spektrum-Störungen,
- stereotype Bewegungsstörungen sowie
- Impulskontrollstörungen.

(Macha & Petermann, 2020, S. 846)

Auch wenn die Lebenserwartung im Zuge des demographischen Wandels und aufgrund der fortschreitenden Medizin bei Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* stetig steigt und sich schrittweise der Allgemeinbevölkerung annähert, sterben sie im Vergleich durchschnittlich deutlich früher, insbesondere Personen mit höheren Schweregraden und komplexeren Unterstützungsbedarfen (Haveman & Stöppler, 2014, S. 100ff.; Habermann-Horstmeier, 2018, S. 161f.; Kinnear et al., 2016, S. 8; Dieckmann, Giovis & Röhm, 2016, S. 68ff.).

Auf Deutschland bezogen kann die Studie *Alter erleben: Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter* von Dieckmann & Metzler (2013) herangezogen werden. Nach ihren Hochrechnungen (ebd., S. 156) lag die durchschnittliche Lebenserwartung in Westfalen-Lippe bei Frauen bei 72,84 Jahren und Männern bei 70,93 Jahren sowie in Baden-Württemberg bei Frauen bei 69,90 Jahren und Männern bei 65,27 Jahren. Mit Bezug auf die *Sterbetafel 2007/2008* war nach Angaben der Autor\*innen bei der Allgemeinbevölkerung in Deutschland bei Männern eine durchschnittliche Lebenserwartung von 77,33 Jahren und bei Frauen von 82,53 Jahren zu verzeichnen (ebd.). Die Autor\*innen (2013, S. 163f.) fassen zusammen, dass auf Grundlage ihrer ermittelten Ergebnisse die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen mit *geistiger Behinderung* weiterhin deutlich niedriger ausfällt als die der allgemeinen Bevölkerung, aber gleichzeitig auch ein Anstieg - im Vergleich zu damals aktuellen internationalen Erkenntnissen - zu verzeichnen ist.

Glover, Williams, Heslop, Oyinlola & Grey (2017, S. 63f.) führten, basierend auf rund 11,16 Millionen Patient\*innendaten aus Hausarztpraxen gesammelt im *Clinical Practice Research Datalink* [CPRD] von April 2010 bis März 2014, eine populationsbasierte Studie zur Sterblichkeit von Menschen mit *geistiger Behinderung* im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in England durch. Insgesamt konnten 0,53% der Patient\*innen als Menschen mit *geistiger Behinderung* identifiziert werden (ebd., S. 64).

Glover et al. (2017, S. 71) kamen - trotz mehrerer aufgezeigter Limitationen der Studie - zu dem Ergebnis, dass die Sterberate des Personenkreises im Erhebungszeitraum im Vergleich zur Gesamtbevölkerung im direkten Alters- und Geschlechtervergleich durchschnittlich mehr als dreimal so hoch war. Die Lebenserwartung der Personen mit *geistiger Behinderung* betrug im Durchschnitt 65,5 Jahre, 63,8 Jahre bei Männern und 66,7 Jahre bei Frauen (ebd., S. 65f.). Im Gegensatz dazu lag die Lebenserwartung der erfassten allgemeinen Bevölkerungsgruppe durchschnittlich bei 85,3 Jahren, 83,6 Jahren bei Männern und 86,9 Jahren bei Frauen (ebd.). Zusammenfassend starben Menschen mit *geistiger Behinderung* etwa 20 Jahre früher als Gleichaltrige der Gesamtbevölkerung (ebd., S. 66, 71). Aus den Studienergebnissen ließ sich nach den Autor\*innen (2017, S. 72) zudem ableiten, dass ein Teil der erfassten frühzeitigen Sterbefälle auf bestehende Mängel im regionalen Gesundheits- und sozialen Versorgungssystem zurückzuführen ist. Insgesamt konnten innerhalb der Proband\*innengruppe mit *geistiger Behinderung* 50,9% der Sterbefälle als vermeidbar im Sinne der *avoidable mortality* nach den Kriterien des *Office of National Statistics* [ONS]<sup>4</sup> eingestuft werden (Glover et al., 2017, S. 68f.). Im Vergleich dazu waren es in der Gruppe zugehörig zur Allgemeinbevölkerung nur 26% (ebd.).

Die Gründe für die vermehrte Entstehung von körperlichen und psychischen Erkrankungen, Komorbiditäten, Multimorbidität sowie einer erhöhten und frühzeitigen Mortalität speziell bei der Bevölkerungsgruppe Menschen mit *geistiger Behinderung* sind multifaktoriell und vielschichtig. Als Folgen und/oder Ursachen werden in einer Vielzahl von Studien einerseits die Auswirkungen von bestimmten Syndromen und früher einsetzende Alterungsprozesse im Kontext von *geistiger Behinderung*, aber auch äußere Einflussfaktoren und umfassende Barrieren im Gesundheits- und Versorgungssystem, wie Polypharmazie, fehlende Strukturen und Kenntnisse in Bezug auf die gesonderten zielgruppenspezifischen Bedarfe sowie die allgemeinen

---

<sup>4</sup> *avoidable mortality* nach der ONS (2021) bezieht sich auf Personen unter 75 Jahren und wird anhand der folgenden Kriterien definiert:

- “preventable mortality - deaths that can be mainly avoided through effective public health and primary prevention interventions
- treatable mortality - deaths that can be mainly avoided through timely and effective healthcare interventions, including secondary prevention and treatment
- avoidable mortality - deaths defined as either preventable or treatable”.

Lebensumstände und Lebensbedingungen des Personenkreises angeführt (u.a. Bösebeck, 2017, S. 258f., 263f.; Cooper et al., 2017, S. 5, 9, 13; Cooper et al., 2007, 32ff.; Emerson et al., 2016, S. 6f.; Glover et al., 2017, S. 70ff.; Haveman & Stöppler, 2014, u.a. S. 41-46; Seidel, 2006, S. 165). In Kap. 3 sollen diese Aspekte aufgegriffen und speziell anhand von Erkenntnissen in Bezug auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgungssituation von erwachsenen Menschen mit *geistiger Behinderung* in Deutschland dargelegt werden.

### **3 Zum Stand der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von erwachsenen Menschen mit *geistiger Behinderung* in Deutschland**

Bisher liegt eine überschaubare Anzahl von Studien zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erwachsener Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* in Deutschland vor. Wellkamp, de Cruppé, Schwalen & Geraedts (2021, S. 2) konstatieren, dass diese Bevölkerungsgruppe in der Gesundheits- und Versorgungsforschung deutlich unterrepräsentiert ist. Zudem findet die Perspektive der Zielgruppe selbst bisher kaum Berücksichtigung. Des Weiteren beziehen sich die existierenden Studien vornehmlich auf den Personenkreis, der ein ambulant betreutes oder stationäres Wohnangebot - mit Inkrafttreten des BTHG eine sogenannte besondere Wohnform - im Rahmen der Eingliederungshilfe wahrnimmt. Wie in Kap. 2.3 aufgegriffen, verlässt allerdings nach Hochrechnungen von Stamm (2009, S. 257f.) weniger als die Hälfte der Menschen mit *geistiger Behinderung* überhaupt ihre Herkunftsfamilie im Erwachsenenalter.

Auch wenn bislang nur auszugsweise systematisches Wissen über die erfahrene gesundheitliche und pflegerische Versorgung erwachsener Menschen *mit geistiger Behinderung* in Deutschland vorliegt, lassen sich doch deutliche Hinweise finden, dass der Personenkreis - wie in Kap. 2.4 anhand von internationalen Daten dargelegt - auch hierzulande auf vielschichtige Barrieren im Gesundheits- und sozialen Versorgungssystem stößt. Nachfolgend sollen Erkenntnisse zur Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention der Zielgruppe in den Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe - punktuell auch in den Werkstätten für Menschen mit *geistiger Behinderung* - sowie im ambulanten und stationären Sektor skizziert und daraus gezogene Schlussfolgerungen für diese Arbeit beschrieben werden.

#### **3.1 In den Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe**

Aus den vorliegenden Erkenntnissen ergibt sich, dass in den Wohneinrichtungen für erwachsene Menschen mit *geistiger Behinderung* im Spannungsfeld der zuständigen Kostenträger im Rahmen der Eingliederungshilfe (SGB IX und SGB XII) sowie der



sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) in vielen Fällen nur unzureichend finanzielle Mittel, Personal und sächliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden können, um eine bedarfsangemessene gesundheitliche und pflegerische Versorgung zu gewährleisten (u.a. Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft [DHG], 2021, S. 45-48; Hasseler 2016b, S. 306f.; Latteck & Weber 2018, S. 150f.). Auch mit Einführung des BTHG und der stufenweisen Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes I bis III [PSG] konnte keine hinreichende Verknüpfung zwischen Teilhabe, Gesundheit und Pflege geschaffen werden (DHG, 2021, S. 45-48). Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) werden nach wie vor separat betrachtet und nur begrenzt eröffnet, solange sich die Person im System der Eingliederungshilfe befindet (ebd.). Dadurch bleibt insbesondere Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen sowie dem zunehmend älter werdenden Personenkreis mit *geistiger Behinderung* in der Regel eine adäquate gesundheitliche und pflegerische Versorgung verwehrt (Hasseler, 2016b, S. 307f.; Schäper 2016, S. 91f., 96; Seifert, 2016b, 76f.).

Anfang 2019 konnte auf Landesebene in Niedersachsen durch den Beschluss der *Gemeinsamen Kommission* [GK] ein Fortschritt hinsichtlich der Verknüpfung von Teilhabe- und Pflegeleistungen erzielt werden. Liegt ein diagnostizierter Pflegegrad 4 oder 5 vor, erfolgt basierend auf der Neuregelung automatisch eine Einstufung in die entsprechende Hilfebedarfsgruppe im Rahmen der Eingliederungshilfe, um so eine erforderliche und bedarfsgerechtere Unterstützung in den Wohneinrichtungen eröffnen zu können (Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V., 2019, S. 1f.). In anderen Bundesländern finden sich vergleichbare Regelungen.

Stöltzing, Hasseler & Busch (2021, S. 84) führten im Zeitraum von Oktober 2018 bis April 2019 eine explorative Studie zu den gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfen erwachsener Menschen mit *geistiger Behinderung* durch. Die Datenerhebung wurde in Wohneinrichtungen von verschiedenen Trägern der Eingliederungshilfe in der Region Hannover, Braunschweig und Wolfsburg in Niedersachsen durchgeführt (ebd., S. 84ff.). Insgesamt wurden die Bedarfe von 38, 20 männlichen und 18 weiblichen, Bewohner\*innen im Alter von 24 bis 89 Jahren (Durchschnittsalter: 54 Jahre) durch die Mitarbeitenden vor Ort eingeschätzt (ebd., S. 87). Die Einschätzung erfolgte mit dem *Neuen Begutachtungsassessment* [NBA], das als Grundlage für die Ermittlung des Pflegegrads im Rahmen der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI dient (s. hierzu auch die Ausführungen zum neuen *Pflegebedürftigkeitsbegriff* in Kap. 5.5), sowie mit einem zusammengestellten Set aus den Items der ICF (ebd., S. 84ff.). Zudem wurden personenbezogene sowie bereits vorhandene Gesundheits- und Pflegedaten der Proband\*innen mittels eines Informationsbogens erhoben (ebd.).

Die Studienteilnehmenden wiesen nach Stölting, Hasseler & Busch (2021, S. 98) komplexe Bedarfskonstellationen im Bereich Gesundheit und Pflege auf, die unabhängig vom Alter bestanden. Auf Grundlage der gesammelten Daten ermittelten die Autor\*innen (ebd., S. 88) bei den 38 Proband\*innen insgesamt 134 Einzeldiagnosen, die - wie in Tabelle 7 dargestellt - zu Gruppen zusammengefasst wurden.

Tabelle 7: Häufigkeiten der Mehrfachdiagnosen der Proband\*innen (n=38) (eigene Darstellung in Anlehnung an Stölting, Hasseler & Busch, 2021, S. 88)

| Diagnose                                     | Häufigkeit | Prozent der Fälle |
|--|------------|-------------------|
| geistige Beeinträchtigungen                  | 37*        | 97,4%             |
| körperliche u. motorische Beeinträchtigungen | 24         | 63,2%             |
| seelische Beeinträchtigungen                 | 18         | 47,4%             |
| Beeinträchtigungen des Sehens                | 13         | 34,2%             |
| gesundheitliche Beeinträchtigungen           | 12         | 31,6%             |
| Beeinträchtigungen des Hörens                | 8          | 21,1%             |
| Epilepsie                                    | 6          | 15,8%             |
| Beeinträchtigungen der Sprache               | 6          | 15,8%             |
| Demenz                                       | 5          | 13,2%             |
| Trisomie 21                                  | 5          | 13,2%             |
| gesamt:                                      | 134        | 352,6%            |

\* n=38, allerdings einmal ohne Angaben

↓  
pro Person  
Ø 3,5 Diagnosen

Basierend auf den Ergebnissen - wie in Tabelle 7 gezeigt - wiesen die teilnehmenden Bewohner\*innen durchschnittlich 3,5 Mehrfachdiagnosen auf (ebd., S. 88). Bei über 60% der eingeschätzten Personen lagen zusätzlich zur *geistigen Beeinträchtigung* (in der Studie synonym verwendet zu *geistige Behinderung*) eine körperliche und motorische, sowie bei fast 50% zudem eine seelische Beeinträchtigung vor (ebd., S. 98).

Auf Grundlage der von den Mitarbeitenden durchgeführten Einschätzung des NBA wurde der Pflegegrad neu berechnet und mit den Angaben zur vor der Erhebung bereits bestehenden Pflegebedürftigkeit verglichen. Dabei stellten Stölting, Hasseler & Busch (2021, S. 88f.) fest, dass der neu ermittelte Pflegegrad bei rund 58% der Proband\*innen mindestens ein Grad höher lag als ursprünglich vom *Medizinischen Dienst der Krankenversicherung* [MDK] festgestellt bzw. von den Mitarbeitenden - wenn keine Diagnose vorlag - eingestuft worden war. Je höher der neu ermittelte Pflegegrad, desto mehr Diagnosen wiesen die Studienteilnehmenden auf (ebd., S. 89). Dabei konnte in der Stichprobe kein direkter Zusammenhang zwischen der Pflegegradhöhe und dem Alter eruiert werden (ebd.).

Als einen Grund für die Abweichungen des neu berechneten Pflegegrads führen die Autor\*innen (ebd., S. 100) die Unverhältnismäßigkeit der in Niedersachsen bis zum 01.01.2019 gültigen Pflegepauschale von maximal 266 € an, die von der sozialen

Pflegeversicherung bei einem diagnostizierten Pflegegrad geleistet wurde, solange eine Person in einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe lebte. Möglicherweise wurde daher in vielen Fällen von einer erneuten und/oder regelmäßigen Begutachtung durch den MDK abgesehen, da der vielschichtige Mehraufwand in keinem Verhältnis zu der eröffneten Geldleistung stand (ebd.). Die Autor\*innen (2021, S. 100) weisen darauf hin, dass im Zuge der Neuregelung durch den Beschluss der GK (s. zuvor) eine Vielzahl neuer Pflegebegutachtungen seitens der an der Studie mitwirkenden Wohneinrichtungen für die Bewohnenden beantragt wurde.

Auch wenn die Studie von Stölting, Hasseler & Busch (2021, S. 99) aufgrund der geringen Stichprobenanzahl nach eigenen Aussagen nicht repräsentativ ist, decken sich doch die gewonnenen Erkenntnisse zu den gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfen des Personenkreises mit *geistiger Behinderung* mit Ergebnissen aus dem internationalen Raum, wie in Kap. 2.4 skizziert.

Mehrere Autor\*innen legen nahe, dass die verpflichtend durchzuführenden Bedarfserhebungsinstrumente in der Eingliederungshilfe, wie das *Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung [HMB]-Verfahren* [auch *Metzler-Verfahren* genannt] sowie das mit Inkrafttreten des BTHG eingeführte Gesamt- und Teilhabeverfahren, die Bereiche Gesundheit und Pflege und damit einhergehend bestehende Bedarfe - insbesondere bei komplexeren Konstellationen - nur unzureichend abbilden (u.a. Hasseler 2016b, S. 306f.; Latteck & Weber, 2018, S. 152; Stölting, Hasseler & Busch, 2021, S.80f.). Hinzu kommt, dass oftmals die in den Wohneinrichtungen für Menschen mit *geistiger Behinderung* tätigen Berufsgruppen fachlich nicht ausgebildet sind, um krankheits- und altersbedingte Veränderungen frühzeitig zu erkennen oder pflegerische Maßnahmen durchzuführen, obwohl diese Aufgaben einen hohen Anteil der täglichen Arbeit ausmachen und aufgrund einer stetig steigenden Anzahl immer älter werdender Personen mit *geistiger Behinderung* zunehmen werden (Dieckmann, Giovis & Röhm, 2016, S. 68-72; Hasseler, 2016a, S. 75; Hasseler, 2016b, S. 299ff.; Stöppler, 2015, S. 171f.).

Einen weiteren negativen Einflussfaktor im Kontext der Gesundheits- und Versorgungssituation bildet eine oftmals nur gering ausgeprägte *Gesundheitskompetenz* auf Seiten des Personenkreises selbst und damit zusammenhängend fehlende zielgruppenspezifische Angebote in den Wohneinrichtungen und/oder Werkstätten für Menschen mit *geistiger Behinderung* (Rathmann, Frings & Rüster, 2019, S. 135f.; Sandforth & Hasseler, 2014, S. 81; Spaett, 2017, S. 249ff.; Stöppler, 2015, S. 169). Der Begriff *Gesundheitskompetenz*, im Englischen *Health Literacy*, umfasst nach dem gemeinsamen Vorschlag des *Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz e.V.* [DNGK] und des *Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung* [DNVF] „[den] Grad, zu

dem Individuen durch das Bildungs-, Sozial- und/oder Gesundheitssystem in die Lage versetzt werden, die für angemessene gesundheitsbezogene Entscheidungen relevanten Gesundheitsinformationen zu finden, zu verarbeiten und zu verstehen.“ (DNGK, 2019).

Im Rahmen der Studie *Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung* (synonyme Verwendung für *geistige Behinderung*) wurde nach eigenen Aussagen der Autor\*innen (Rathmann & Dadaczynski, 2020, S. 6) zum ersten Mal die *Gesundheitskompetenz* aus Perspektive der Zielgruppe mit der Absicht erfasst, die speziellen Bedarfe zur Förderung zu identifizieren und Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten. Für die Ermittlung wurden standardisierte Befragungen in *Leichter Sprache* mit 351 Personen, die in Einrichtungen für Menschen *mit Behinderung* lebten und/oder arbeiteten, 13 leitfadengestützte Interviews und zwei Gruppendiskussionen mit jeweils neun Teilnehmenden durchgeführt und ausgewertet (ebd.). Zusammenfassend wurden die folgenden Erkenntnisse aus dem Forschungsvorhaben gewonnen:

- Im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung geben die befragten Personen, die in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung arbeiten und/oder leben, häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen an.
- Den Befragten fällt es mehrheitlich ziemlich bzw. sehr schwer, Informationen zur Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Am deutlichsten zeigt sich dies für die Dimensionen „Finden“ und „Beurteilen“ von gesundheitsbezogenen Informationen.
- Die Ergebnisse verdeutlichen den Bedarf einer verständlichen Aufbereitung und Zugänglichkeit von gesundheitsbezogenen Informationen und Verankerung in Alltagsroutinen zur Stärkung der Handlungskompetenz.

(Rathmann & Dadaczynski, 2020, S. 14)

Um den Personenkreis zu befähigen, aktiv und selbstbestimmt für seine Gesunderhaltung und im Rahmen seiner gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung einzutreten, ist es erforderlich, zielgruppenspezifische Angebote aufbereitet in *Leichter Sprache*, mit Piktogrammen und Elementen aus dem Bereich der *Unterstützten Kommunikation* [UK] zur Prävention, Gesundheitsförderung und Psychoedukation zu entwickeln und in den Wohneinrichtungen und Arbeitsstätten zu realisieren (Rathmann & Dadaczynski, 2020, S. 14; Spaett, 2017, S. 249ff.). Als elementare Inhalte von speziellen Bildungsangeboten zur Förderung der *Gesundheitskompetenz* werden u.a. die Vermittlung von Kenntnissen über den eigenen Körper, Fähig- und Fertigkeiten, um Veränderungen und Krankheitssymptome an sich wahrnehmen und kommunizieren zu können, Schulungen im Umgang mit chronischen Erkrankungen sowie die Vermittlung von Möglichkeiten einer gesunden selbstbestimmten Lebensführung erwähnt (ebd.). Rathmann, Frings & Rüter (2018, S. 136) nennen als primäres Setting für eine zielgerichtete Implementierung von Maßnahmen zur Förderung der *Gesundheitskompetenz*, Gesundheitsförderung und Prävention die Werkstätten für Menschen mit *geistiger Behinderung*, um so ihrem Auftrag der betrieblichen Gesundheitsförderung nachzukommen.

Als Pionier in diesem Zusammenhang kann das Forschungsprojekt *GESUND! Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten* (synonyme Verwendung für *geistige Behinderung*), angegliedert an die *Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin* [KHSB], angeführt werden. In dem Vorhaben wurden in dem Zeitraum von 2015 bis 2021 partizipativ gemeinsam mit Vertreter\*innen der Zielgruppe u.a. Arbeitsmaterialien und Seminare zu den Themenschwerpunkten Bewegung, Ernährung, Umgang mit Krisensituationen sowie Stress und Stellenwert der eigenen Gesundheit zur Förderung der *Gesundheitskompetenz* entwickelt, erprobt und veröffentlicht (PartKommPlus, 2021).

### **3.2 In der ambulanten und sanitären Versorgung**

In den vorliegenden Studien finden sich eindeutige Hinweise, dass das Regelversorgungssystem auf die komplexen Bedarfe des äußerst heterogenen Personenkreises und die daraus resultierenden Anforderungen zumeist nicht eingestellt ist (Bösebeck, 2017, S. 258f., S. 263; Stöppler, 2015, S. 167-170; Stockmann, 2018, S. 43-47). Die bestehenden multifaktoriellen Barrieren sollen daher genauer dargelegt werden.

Oftmals verfügen haus- und fachärztliche Personen sowie andere Gesundheitsprofessionen nicht über spezielles Fachwissen in Bezug auf personenkreispezifische und syndrombedingte Krankheits- und Alterungsprozesse sowie zum Teil atypisch auftretende Symptomatik, sodass es vermehrt zu Fehldiagnosen sowie Fehlbehandlungen kommt und/oder Gesundheitsbedarfe unentdeckt bleiben (Hasseler, 2015a, S. 373f.; Hasseler 2015b, S. e220ff; Kemmerich, 2013, S. 33f.; Nicklas-Faust, 2017, S. 66-71, S. 79; Spaett, 2017, S. 247f., 252f.). In besonderem Maße sind Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen betroffen, vor allen Dingen, wenn zusätzlich alternative Kommunikationsformen sowie herausfordernde Verhaltensweisen bestehen (Nicklas-Faust, 2017, S. 66-71, 75f.; Seifert, 2016b, S. 76f.; Stockmann, 2018, S. 44).

Eine weitere Anforderung entsteht durch die in Kap. 2.4 skizzierten, bei dem Personenkreis häufiger auftretenden Phänomene der Multimorbidität sowie der Polypharmazie und den sich daraus zusätzlich ergebenden Risiken, wie z.B. die Entstehung von Neben- und Wechselwirkungen sowie sekundären Erkrankungen, die eine adäquate Diagnostik und Behandlung noch erschweren (Haveman & Stöppler, 2014, S. 43-46; Spaett, 2017, S. 246). Eng damit verzahnt fehlen gesonderte diagnostische und differenzialdiagnostische Verfahren, um alters- und krankheitsbedingte Veränderungen unter Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Kenntnisse rechtzeitig zu erkennen, adäquat zu intervenieren und Krankheits- und/oder

Alterungsprozessen entgegenzuwirken bzw. sie angemessen zu begleiten (Latteck-Weber, 2016, S. 158; Hasseler 2016b, S. 307; Spaett, 2017, S. 257).

Oftmals nicht vorhandene Strukturen im Überleitungsmanagement sowie der häufig aufgrund mangelnder Abrechnungsmöglichkeiten nicht realisierbare, aber notwendige zeitliche Mehraufwand im ambulanten und stationären Gesundheitssektor wirken sich zudem negativ auf die Versorgungssituation dieser Bevölkerungsgruppe aus (Hasseler, 2015a, S. 373f.; Hasseler, 2015b, S. e220ff.; Haveman & Stöppler, 2014, S. 67f.; Stöppler, 2015, S. 167). Des Weiteren erschweren kommunikative, räumliche und bauliche Hindernisse - insbesondere in Bezug auf die Zugangsmöglichkeiten und eine adäquate Positionsunterstützung für Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen - in vielen Fällen die Inanspruchnahme von Angeboten im Rahmen der ambulanten und stationären Regelversorgung (Nicklas-Faust, 2017, S. 68f.; Stöppler, 2015, S. 169; Spaett, 2017, S. 255).

Darüber hinaus fehlen meist zielgruppenspezifisch aufbereitete Informationen, z.B. in *Leichter Sprache*, sowie die in Kap. 3.1 skizzierte *Gesundheitskompetenz* bei den Menschen mit *geistiger Behinderung* selbst, um beispielsweise Symptome angemessen beschreiben, verordnete Maßnahmen verstehen und selbständig umsetzen sowie angemessen für ihre gesundheitlichen Belange eintreten zu können (Geraedts, Schwalen, Leibner, Kraska & de Cruppé, 2017, S. 80, S. 84; Rathmann & Dadaczynski, 2020, S. 14; Spaett, 2017, S. 257). Eine erforderliche Beförderung sowie Begleitung auf dem Weg und/oder während des Aufenthalts in einer Versorgungseinrichtung können aufgrund mangelnder finanzieller und personeller Ressourcen oftmals nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen - in der Regel zu Lasten der Angehörigen - ermöglicht werden (Geraedts et al., 2017, S. 95; Spaett 2017, 251f., S. 257).

Geraedts et al. (2017, S. 24f.) führten im Rahmen ihres Modellprojektes (06/2015 bis 03/2017) eine Querschnittstudie zur Inanspruchnahme von medizinischen und präventiven Versorgungsleistungen von Beschäftigten aus drei Werkstätten für Menschen mit *geistiger Behinderung* in Nordrhein-Westfalen durch, um Erkenntnisse zu bestehenden Barrieren im Gesundheitswesen zu eruieren. Als Erhebungsinstrument wurden Fragebögen für unterschiedliche Adressat\*innen in Anlehnung an die *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* [DEGS 1] von 2008 bis 2011 des *Robert-Koch-Institutes* [RKI] sowie an die Befragung von Versicherten der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* [KBV] konzipiert, um die erhobenen Daten im Anschluss mit Ergebnissen zur allgemeinen Bevölkerung vergleichen zu können (ebd., S. 28f.). Befragt wurden Angehörige bzw. die betreuenden Personen, zum Teil die Beschäftigten selbst mit Unterstützung der interviewenden Person sowie die in der Werkstatt tätigen ärztlichen Personen oder hausärztlichen Personen (ebd.). Zusätzlich wurden

Gesundheitsuntersuchungen in Anlehnung an das empfohlene *Check-Up 35* durchgeführt (ebd., S. 30).

Von den 940 Werkstattbeschäftigten nahmen 181 Personen an der Studie teil (ebd., S. 40). Aufgrund der geringen Teilnahmequote von 19,3% weisen die Autor\*innen (ebd., S. 89) darauf hin, dass die Studienergebnisse nicht auf den gesamten in den Werkstätten tätigen Personenkreis übertragbar sind. Das Alter der 107 männlichen und 69 weiblichen Studienteilnehmenden lag im Mittel bei 40 Jahren (ebd.). Von den Proband\*innen nahmen 45% ein stationäres oder ambulant betreutes Wohnangebot wahr, 41,7% wohnten bei ihren Angehörigen und 8% lebten allein (ebd.). 23% der Befragten wiesen zudem einen Migrationshintergrund auf (ebd.).

Wellkamp et al. (2021, S. 1, S. 8) fassen im Rahmen ihrer Originalarbeit als Ergebnis der Befragung der Angehörigen bzw. der betreuenden Personen sowie der Beschäftigten der oben angeführten Studie zusammen, dass die eruierten Befunde auf keine durchgängige Unterversorgung der Zielgruppe hinweisen. Aufgeschlüsselt konnten allerdings Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung - basierend auf den Daten der DEGS 1 und KBV - festgestellt werden. Die Studienteilnehmenden nahmen beispielsweise im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung Impfstatuskontrollen und Untersuchungen bei hausärztlichen Personen deutlich häufiger und bei einigen fachärztlichen Professionen, in den Bereichen Augen, Hals-Nasen-Ohren, Haut sowie Orthopäd\*innen und Neurolog\*innen, öfter wahr (ebd., S. 6, S. 8).

Zudem wurden Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen und Gesundheits-Check-Ups signifikant häufiger von der Zielgruppe in Anspruch genommen (ebd.). Bei der Wahrnehmung der jährlichen zahnärztlichen Kontrolluntersuchung ergaben sich keine bedeutsamen Unterschiede. Sie wurde bei 82% der Teilnehmenden im Vergleich zu 80% in der allgemeinen Bevölkerung durchgeführt (ebd.). Erhebliche Abweichungen zeigten sich im Rahmen der Krebsvorsorgeuntersuchungen für Dickdarm, Prostata, Brust und Gebärmutter (ebd.). Sie wurden von den Teilnehmenden deutlich seltener wahrgenommen (ebd.). Eine Ausnahme bildete das Mammographie-Screening (ebd.).

Aufenthalte in ambulanten und stationären Krankenhäusern waren bei den Proband\*innen häufiger zu verzeichnen (ebd., S. 6). Bei der Verweildauer konnte hingegen keine Differenz zur Allgemeinbevölkerung festgestellt werden (ebd.).

Ebenso waren auch Unterschiede innerhalb der Proband\*innengruppe auszumachen. Beispielsweise nahm eine Vielzahl des Personenkreises, der in stationär und ambulant betreuten Wohnangeboten lebte, deutlich häufiger gesundheitliche Vorsorgen wahr im Vergleich zu den Teilnehmenden, die bei ihren Angehörigen wohnten (ebd., S. 8). Die Autor\*innen führen als möglichen Grund die bestehenden Betreuungs-

Dokumentationsstandards in den Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe an (ebd.). Personen mit Migrationshintergrund nahmen im Vergleich zu den anderen Studienteilnehmenden seltener Gesundheits-Check-Ups sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen wahr und waren zudem seltener über Impfeempfehlungen sowie Krebsvorsorgen informiert (ebd. S. 6). Die Autor\*innen (ebd., S. 8) vermuten, dass diese Ergebnisse im Zusammenhang mit einer bei dieser Bevölkerungsgruppe auch im Allgemeinen festzustellenden geringeren *Gesundheitskompetenz* und fehlendem Wissen über Maßnahmen zur Gesundheitsprävention und -förderung stehen könnten.

In dem angeführten Abschlussbericht zu dem Modellprojekt *Gesundheitsuntersuchung für Menschen mit geistiger Behinderung* werden aus den gesamten eruierten Erkenntnissen zusammenfassend folgende praktischen Implikationen von Geraedts et al. (2017, S. 95ff.) für eine zukünftig bessere medizinische und präventive Gesundheitsversorgung von Menschen mit *geistiger Behinderung* abgeleitet:

- verstärkte Unterstützung für Angehörige, u.a. im Rahmen von flexiblen und kostenfreien Transportangeboten sowie die Schaffung von Ausgleichsmöglichkeiten für Berufstätige für den entstehenden zeitlichen Mehraufwand im Zuge der Gesundheitsversorgung und Prävention der zu assistierenden Personen mit *geistiger Behinderung* (ebd., S. 95)
- Implementierung eines Erinnerungssystems für die Wahrnehmung von Vorsorgen, insbesondere für Angehörige und alleinlebende Menschen mit *geistiger Behinderung* (ebd., S. 96)
- Gesundheitsuntersuchungen und präventive Maßnahmen sollten der Zielgruppe früher, regelmäßiger und umfassender als der Gesamtbevölkerung angeboten werden und zudem in den Werkstätten fakultativ niederschwellig zur Verfügung stehen, zuzüglich Angeboten der Gesundheitsförderung (ebd.)
- adressatengerechte Aufbereitung und barrierefreie Zugänge zu wesentlichen Gesundheitsinformationen für den Personenkreis Menschen mit *geistiger Behinderung* (ebd.)
- personenkreisspezifische Weiterentwicklung der Krebsvorsorgeuntersuchungen, sodass diese angstoffreier in Anspruch genommen werden können (ebd.)
- vermehrte Bildung von Gesundheitszentren bestehend aus multiprofessionellen und -disziplinären Professionen, wie z.B. hausärztlichen und oftmals erforderlichen fachärztlichen Personen sowie Therapeut\*innen (ebd.)
- Ausbau von Weiterbildungsangeboten für sämtliche involvierte Professionen und Angehörige zu zielgruppenspezifischen Besonderheiten im Kontext Gesundheit (ebd.)



- Schaffung von Abrechnungsmöglichkeiten für den zusätzlichen Zeitaufwand im Rahmen der medizinischen Behandlung des Personenkreises (ebd.)
- aufgrund der gesonderten Bedarfe der Zielgruppe Erweiterung der Heil- und Hilfsmittelversorgung und die notwendige Bereitstellung eines gesonderten Budgets (ebd., S. 97)

Großer Fortschritt hinsichtlich einer zielgruppenspezifischen und bedarfsangemessenen ambulanten Gesundheitsversorgung wurde mit der Etablierung von den sogenannten *Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen* [MZEB] erzielt (Bösebeck, 2017, S. 263). Seit Juli 2015 wird bundesweit durch die Neuregelung des *Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung* [Versorgungsstärkungsgesetz] und die damit zusammenhängende Aufnahme der Vorschrift im §119c - *Medizinische Behandlungszentren* im *SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung* - der schrittweise Auf- und Ausbau der MZEB ermöglicht.

Vor dieser Angebotserweiterung fiel mit Eintritt in das Erwachsenenalter eine durch die *Sozialpädiatrischen Zentren* [SPZ] gewährleistete engmaschige Begleitung, Beratung und Versorgung von Menschen mit *geistiger Behinderung* ersatzlos weg (Bösebeck, 2017, S. 263). Durch die MZEB soll diese Versorgungslücke mittel- bis langfristig geschlossen und den beschriebenen Barrieren im Regelgesundheits- und Versorgungssystem entgegengewirkt werden (ebd.). Zum Zeitpunkt dieser Arbeit halten Rathmann, Kostka & Olukcu (2021, S. 6f.) als Ergebnis ihrer qualitativen Studie zu den Herausforderungen im Zuge der medizinischen Behandlung in den MZEB aus Sicht der Behandler\*innen fest, dass gegenwärtig nur punktuell und mit langen Wartezeiten verbunden entsprechende zielgruppenspezifische Angebote realisiert werden konnten. Die MZEB sind folglich weiterhin im Aufbau begriffen, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten.

#### **4 Erkenntnisinteresse, Ziel und Herleitung der Fragestellung**

Hasseler (2014, S. 2033) kommt im Zuge ihrer internationalen systematischen Literaturrecherche und Auswertung zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit *geistiger Behinderung* zu der Schlussfolgerung, dass der Personenkreis als vulnerable Bevölkerungsgruppe einzustufen ist, da anhand der von der Autorin (ebd.) ermittelten Ergebnisse abhängig von Grad und Schwere der Behinderung sehr spezifische Bedarfe und Bedürfnisse bestehen, die unter den vorhandenen vielschichtigen Barrieren im Gesundheitswesen nicht erfüllt werden.

Dieser Sachverhalt spiegelt sich auch in den vorangegangenen Ausführungen in Bezug auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgungssituation der Zielgruppe in

Deutschland wider. Aus den zusammengetragenen Erkenntnissen in Kap. 3 lässt sich ableiten, dass unter den aktuellen Bedingungen in den einzelnen Bereichen der Eingliederungshilfe sowie Gesundheitssektoren Gesundheits- und Pflegebedarfe nur unzureichend abgedeckt werden bzw. unerkant bleiben und damit einhergehend ein Höchstmaß an Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe nur begrenzt eröffnet werden können (Stölting & Hasseler, 2020, S. 244). Zudem geht aus den Ausführungen hervor, dass in besonderem Maße Personen mit komplexen Unterstützungsbedarfen aller Altersgruppen sowie die in Deutschland erste Generation älterer Menschen mit *geistiger Behinderung* von der defizitären Versorgungssituation betroffen und damit als hoch vulnerabel innerhalb ihrer Bevölkerungsgruppe einzustufen sind (DHG, 2021, S. 12ff.; Hasseler, 2014, S. 2033f.; Schäper, 2016, S. 91f.; Seifert, 2016b, S. 65-68, S. 76f.; Stöppler, 2015, S. 165f., S. 176f.).

Zusammenfassend sind als Ursachen für eine oftmals unzureichende Versorgung fehlende sozialrechtliche Schnittstellen, nicht zur Verfügung stehende finanzielle, personelle und sächliche Ressourcen sowie räumliche und bauliche Zugangsbarrieren zu nennen (DHG, 2021, S. 45-48; Hasseler 2016b, S. 306f.; Hasseler, 2015a, S. 373f.; Hasseler, 2015b, S. e220ff.; Haveman & Stöppler, 2014, S. 67f.; Latteck & Weber 2018, S. 150f.; Stöppler, 2015, S. 167-169; Spaett, 2017, S. 255). Des Weiteren erschweren oftmals mangelnde Fachkenntnisse auf Seiten der involvierten Professionen über personenkreisspezifische Besonderheiten im Kontext von Gesundheit, Pflege und dem Älterwerden, unzureichend eröffnete zielgruppenspezifisch aufbereitete Informationen sowie fehlende Bildungsangebote zur Förderung der *Gesundheitskompetenz* eine bedarfsgerechte Versorgung und Gesunderhaltung (Geraedts et al., 2017, S. 80, S. 84, 95ff.; Hasseler, 2015a, S. 373f.; Hasseler 2015b, S. e220ff; Kemmerich, 2013, S. 33f.; Nicklas-Faust, 2017, S. 66-71, S. 79; Rathmann & Dadaczynski, 2020, S. 14; Rathmann, Frings & Rüster, 2019, S. 135f.; Spaett, 2017, S.247f., S. 252f., S. 257).

Gegenwärtig wird die Vulnerabilität von Menschen mit *geistiger Behinderung* zudem mit Studienergebnissen zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Lebenssituation und Gesundheit der Zielgruppe belegt (Habermann-Horstmeier, 2021, S. 65f.; Bernasconi & Keeley, 2021, S. 9f.).

Wie aus den Ausführungen in Kap. 3 ebenfalls deutlich wird, liegt bisher nur begrenzt systematisches Wissen zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit *geistiger Behinderung* hierzulande vor (Bössing, Schrooten & Tiesmeyer, 2019, S. 52f.; Hasseler, 2015a, S. 370, 374, 374; Walther, 2019, S. 3ff.; Wellkamp et al., 2021, S. 2). Der Anteil des Personenkreises, der oftmals bis ins hohe Alter in der Herkunftsfamilie verbleibt, sowie Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen, die

kontinuierlich auf umfassende Unterstützung und Assistenz angewiesen sind, werden bisher kaum in Studien erfasst (Stamm, 2009, S. 257f; Seifert, 2016b, S. 65).

Darüber hinaus beruhen die vorliegenden Ergebnisse zur Versorgungs- und Gesundheitssituation der Zielgruppe fast ausschließlich auf stellvertretenden Perspektiven, beispielsweise auf Befragungen von Angehörigen, Mitarbeitenden in verschiedenen Bereichen der Eingliederungshilfe oder unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen (Hasseler, 2015a, S. 374). Die Perspektive der Zielgruppe selbst hingegen findet bisher kaum Berücksichtigung (Stölting & Hasseler, 2020, S. 245; Walther, 2019, S. 4f.). Doch um differenziert und dezidiert Erkenntnisse generieren zu können, ist die direkte Einbeziehung der Menschen mit *geistiger Behinderung* unabdingbar, basierend auf der Annahme, dass nur ausgehend von der Perspektive der Bevölkerungsgruppe selbst praktische Implikationen und Handlungsempfehlungen für eine tatsächlich bedarfs- und bedürfnisangemessene gesundheitliche und pflegerische Versorgung herausgearbeitet werden können (ebd.).

Im Rahmen dieser Arbeit soll daher eine explorative Befragung von erwachsenen Menschen mit *geistiger Behinderung*, die in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (seit 2020 sogenannte *besondere Wohnformen*) leben, zu ihrer erfahrenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung durchgeführt und ausgewertet werden. Über die Annäherung an die soziale Wirklichkeit der befragten Personen soll das Ziel verfolgt werden, bestehende Barrieren und Ressourcen aus Perspektive der Zielgruppe im Kontext ihrer gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu eruieren. Geleitet von der Annahme, dass Gesundheit und Pflege - Pflege wird hier verstanden als elementarer Bestandteil von Gesundheit und Gesunderhaltung (Klauß, 2017, S. 87) - nicht isoliert, sondern nur im Zusammenhang mit Teilhabe betrachtet werden können, da sie gegenseitig eine zentrale Voraussetzung füreinander bilden (ebd.; Walther, 2019, S. 3, 5), sollen über diesen Zugang zusätzlich Hinweise zu Aus- und/oder Wechselwirkungen in Verbindung mit der wahrgenommenen Versorgungssituation, der Gesundheit und der Teilhabe aus Sicht der Interviewteilnehmenden untersucht werden.

Für dieses Anliegen soll zunächst - basierend auf bereits vorliegenden Ergebnissen aus der Literatur sowie ausgehend von einem zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Rahmen - ein multidimensionales Bezugssystem mit bedeutsamen Lebensbereichen (später bezeichnet als *Wirkungsräume* s. hierzu Kap. 5.2 und 5.6) im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, die in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe leben, hergeleitet und im Zuge dieser Arbeit um gewonnene Erkenntnisse aus Sicht der befragten Personen ausdifferenziert

und modifiziert werden. Aus diesem Vorhaben ergibt sich die erste Forschungsfrage dieser Arbeit:

1. *Welche Lebensbereiche (Wirkungsräume) und dazugehörige Indikatoren sind, ausgehend von einem multidimensionalen Bezugssystem, aus Perspektive der befragten Zielgruppe im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe, von Bedeutung?*

Bezugnehmend auf das ausdifferenzierte und entsprechend modifizierte multidimensionale Bezugssystem sollen dann wahrgenommene Ressourcen und Barrieren in den als bedeutsam eruierten Lebensbereichen aus Sicht der befragten Personen, ausgehend von ihrer erfahrenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, identifiziert und beschrieben werden. Hieraus ergibt sich die zweite Forschungsfrage:

2. *Welche förderlichen und hemmenden Einflussfaktoren (Ressourcen und Barrieren) werden von der befragten Zielgruppe in den relevanten Lebensbereichen (Wirkungsräumen), ausgehend von der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, wahrgenommen?*

Auf Grundlage der von den interviewten Personen wahrgenommenen Ressourcen und Barrieren sollen anschließend in einem weiteren Schritt Aus- und/oder Wechselwirkungen im Kontext von Gesundheit und Teilhabe der Zielgruppe eruiert werden. Aus diesem Anliegen lässt sich die dritte Forschungsfrage dieser Arbeit ableiten:

3. *Welche Auswirkungen und/oder Wechselwirkungen haben die wahrgenommenen Ressourcen und Barrieren auf Gesundheit und Teilhabe der befragten Zielgruppe?*

Die formulierte Zielsetzung und die daraus abgeleiteten Forschungsfragen sind handlungsleitend für das weitere Vorgehen im Zuge dieser Arbeit.

## **5 Zugrunde gelegter theoretisch-methodischer Bezugsrahmen**

Um der beschriebenen Zielsetzung nachzukommen und die hergeleiteten Forschungsfragen bearbeiten zu können, soll in diesem Kapitel eine Einbettung in einen theoretisch-methodischen Bezugsrahmen erfolgen.

Die *Feldtheorie* nach Kurt Lewin eröffnet einen ganzheitlichen Zugang und ein multidimensionales Bezugssystem, um ausgehend von einem handelnden Subjekt, eingebettet in dessen gegenwärtige vielschichtige lebensweltliche Bezüge, das dynamische Zusammenspiel von unterschiedlichen Einflussfaktoren und Wechselwirkungen abzubilden und beschreiben zu können. Sie soll daher als theoretischer Ausgangspunkt und Rahmen zur Darstellung der Lebenswelt untergliedert

in bedeutsame Lebensbereiche des in dieser Arbeit fokussierten Personenkreises Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* - speziell Personen, die in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (seit 2020 sogenannte *besondere Wohnformen*) leben - im Kontext ihrer gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie Teilhabe dienen. Zur Visualisierung der spezifischen Lebenslagen sowie als methodischer Zugang und Analyseinstrument, aus Perspektive der befragten Personen bestehende negative sowie positive Einflussfaktoren (Barrieren und Ressourcen) im Kontext Gesundheit, Pflege und Teilhabe zu ermitteln, soll die von Gisela C. Schulze aus der *Feldtheorie* abgeleitete und weiterentwickelte *Person-Umfeld-Analyse* [PUA] dienen. Um die PUA vor dem Hintergrund des in Kap. 4 beschriebenen Erkenntnisinteresses, die abgeleiteten Zielsetzung und Forschungsfragen dieser Arbeit entsprechend zu modifizieren, relevante Wirkungsräume (Lebensbereiche) herleiten sowie im Zuge der Analyse Barrieren und Ressourcen identifizieren zu können, ist es zudem erforderlich, ein Verständnis von *Teilhabe*, *Gesundheit* und *Pflege* im Rahmen dieser Arbeit zugrunde zu legen sowie daraus bedeutsame Dimensionen und Kriterien sowie Ziele und Aufgaben herzuleiten.

Der theoretisch-methodische Bezugsrahmen soll skizziert und am Ende dieses Kapitels in Kap. 5.6 eine vorläufige modifizierte PUA als methodischer Zugang zur Bearbeitung der Fragestellung vorgestellt werden.

## **5.1 Die *Feldtheorie* nach Kurt Lewin**

Die sogenannte *Feldtheorie*, begründet nach Kurt Lewin, ermöglicht eine theoriefundierte analytische Betrachtung eines Menschen innerhalb seines Lebensraums, eingebettet in vielschichtige Bezüge, Wirkfaktoren und Kräfte. Dabei eröffnet der feldtheoretische Ansatz einen ganzheitlichen Zugang und legt den Fokus auf das dynamische Zusammenwirken der subjektiven Wahrnehmung, des Erlebens und des Verhaltens eines Individuums innerhalb seines gegenwärtig bedeutsamen lebensweltlichen Gefüges (Lück, 1996, S. 1). Die *Feldtheorie* soll daher im Rahmen dieser Arbeit vor dem Hintergrund der vorangegangenen Ausführungen als theoriebasierter Ausgangspunkt für die Herleitung eines umfassenden multidimensionalen Bezugssystems dienen, um schrittweise relevante Lebensbereiche zu identifizieren und auszudifferenzieren sowie bestehende Ressourcen und Barrieren im Kontext der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie Teilhabe aus der Perspektive der befragten Personen zu eruieren.

Nach Frey (2012, S. 7) hat K. Lewin (1890-1947) mit seinen Arbeiten zu unterschiedlichsten Themengebieten eine Vielzahl von Zweigen der heutigen Psychologie sowie Theoriebildungen geprägt. Mit seinen Werken schaffte K. Lewin

Grundlagen für die Motivationspsychologie, pädagogische Psychologie, Entwicklungspsychologie sowie ökonomische Psychologie und wird als Mitbegründer der angewandten Gruppendynamik, experimentellen Sozialpsychologie sowie Aktionsforschung (engl. *Action Research*) angeführt (Frey, 2012, S. 8f.; Lück, 2018a, S. 151; Rudolph, 2013, S. 73; Schulze, 2004, S. 174). Am bekanntesten und einflussreichsten sind seine Ausführungen im Rahmen der *Feldtheorie*, die ursprünglich von K. Lewin auch *topologische Psychologie*, *Vektorpsychologie* und *dynamische Theorie* benannt wurde (Frey, 2012, S. 7; Lück, 2018a, S. 151; Lück, 1996, S.1).

Die Herleitung und Entwicklung der *Feldtheorie* durch K. Lewin und seine Mitarbeitenden begann in den 1920er Jahren in Deutschland (Lück, 1998, S. IX; Schulze, 2004, S. 174). Eine Ausformulierung der Theorie fand in den 1930er Jahren in den USA statt (ebd.). In den 1940ern wurde sie schließlich im Rahmen unterschiedlicher Verwendungszusammenhänge erprobt und weiterentwickelt (ebd.). Die *Feldtheorie* weist damit eine hohe Komplexität auf und soll daher hier nur in Auszügen - entsprechend des handlungsgeleiteten Interesses - mit Schwerpunkt auf dem Kernstück, dem *Lebensraumkonstrukt* skizziert werden. Wie noch begründet werden wird, findet eine Ausdifferenzierung der einzelnen Bestimmungsstücke unter den Ausführungen zur *Person-Umfeld-Analyse* in Kap. 5.2, eine Weiterentwicklung der *Feldtheorie* für den sonder- und rehabilitationspädagogischen Anwendungsbereich, statt.

Mit der *Feldtheorie* konstruierte K. Lewin einen holistischen psychodynamischen Ansatz (Frey, 2012, S. 7; Schulze, 2004, S. 175). Im Zentrum steht das Individuum, dessen *Verhalten* nach K. Lewin nur ganzheitlich innerhalb seines gegenwärtig wahrgenommenen *Lebensraums* und den bestehenden Wechselbeziehungen zu der zu diesem Zeitpunkt vorherrschenden *Umwelt* betrachtet werden kann (Bogner, 2016, S. 104f.; Lück, 1996, S. 49). Der *Lebensraum*, die *Person* sowie die *Umwelt* bilden dabei ein dynamisches Ganzes (Bogner, 2016, S. 107). Gemäß der von K. Lewin aufgestellten Gleichung  $V = f(P, U)$  ist das *Verhalten* (V) gleichzeitig Ursache und Ergebnis der *Funktion* (f), die sich aus dem gegenwärtigen Zusammenwirken von Merkmalen der *Person* (P) eingebettet in ihren *Lebensraum* und der/n bestehende/n *Umwelt(-bezügen)* (U) zusammensetzt (Bogner, 2016, S. 103; Lück, 2020, S. 604; Rudolph, 2013, S. 74; Schulze, 2004, S. 175f.).

Die wechselseitigen Beziehungen entstehen nach K. Lewin nicht durch objektive Faktoren und eine vermeintlich objektiv beobachtbare Realität, sondern werden aus der subjektiven Wahrnehmung des Individuums heraus angestoßen und konstruiert, die sich wiederum aus individuellen Bewertungsprozessen, basierend auf dem jeweiligen sozioökonomischen Hintergrund, den bereits gemachten Erfahrungen, bestehenden Vorannahmen, Erwartungen und Zielsetzungen konstituieren (Bogner, 2016, S. 104;

Frey, 2012, S. 8; Lück, 2018a, S. 153; Schulze, 2004, S. 176f.). So gestalten und verändern sich in wechselseitigem Prozess *Person* und *Umwelt* innerhalb des *Lebensraums* stetig (Schulze, 2004, S. 177).

Für die Analyse eines *Verhaltens* in einer bestimmten Situation greift K. Lewin bei der Visualisierung des *Lebensraums* auf topologische Darstellungsformen zurück (Bogner, 2016, S. 69; Lück, 2018a, S. 153; Schulze, 2004, S. 178). Wie in Abbildung 3 gezeigt, wird der *Lebensraum* durch die sogenannte *Jordankurve* begrenzt, zurückgehend auf den französischen Mathematiker Camille Jordan (1839-1922) und umschließt die Person (P) eingebettet in ihre momentanen interdependenten Bezüge (Bogner, 2016, S. 78f.; Lück, 1996, S. 50; Rudolph, 2013, S. 75; Schulze, 2004, S. 177f.). Der Lebensraum ist - abhängig vom Verwendungszusammenhang - untergliedert in unterschiedliche Regionen, die zu einem gegebenen Zeitpunkt für die *Person* bedeutsam sind und auf sie einwirken (Bogner, 2016, S. 103f.). Die Bereiche sind durch unterschiedlich stark durchlässige Grenzwände getrennt (Rudolph, 2013, S. 75). Nicht zugängliche Regionen werden mit schraffierten Linien kenntlich gemacht (Lück, 1996, S. 51).

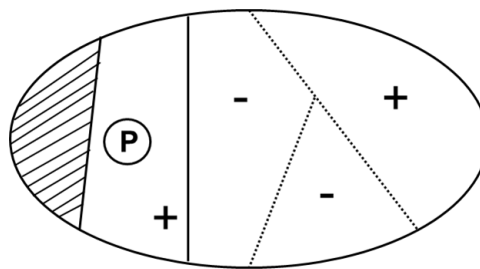


Abbildung 3: Der Lebensraum einer Person nach K. Lewin (leicht veränderte Darstellung in Anlehnung an Lück, 1996, S. 51)

K. Lewin versteht den *Lebensraum* als psychisches Spannungsfeld, bestehend aus dem Subjekt, verschiedenen Regionen und Kräften, die zueinander in Beziehung stehen, sich gegenseitig anziehen und/oder abstoßen (Schulze, 2004, S. 177). Die von den Regionen ausgehenden Wirkkräfte - wie in Abbildung 3 dargestellt - sind abhängig von den gegenwärtigen Bedürfnissen und/oder der Zielsetzung des Individuums durch einen positiven (+) oder negativen (-) Aufforderungscharakter gekennzeichnet, den sogenannten *Valenzen* (Rudolph, 2013, S. 77f.; Schulze, 2004, S. 178f.). Regionen, die für das Subjekt mit positiven *Valenzen* besetzt sind, werden zu Zielregionen und dementsprechend von der Person angestrebt (Lück, 1996, S. 50). Zusätzlich geht von jedem Feld eine Kraft aus, die die motivationale Größe des Individuums Richtung eines Ziels kennzeichnet (Bogner, 2016, S. 84; Rudolph, S. 78; Schulze, 2004, S. 178). Die Wirkrichtung und Stärke der Feldkräfte werden von K. Lewin mittels *Vektoren* vereinfacht dargestellt, wie in Abbildung 4 angezeigt (Bogner, 2016, S. 84).



Abbildung 4: Die Feldkraft, dargestellt als Vektor (nach Lewin, 1931; 1982a, S. 117 zit. in Lück, 1996, S. 51)

Wie aus Abbildung 3 hervorgeht, können allerdings nicht alle Regionen mit einem positiven Aufforderungscharakter direkt von der Person erreicht werden, da beispielsweise zunächst Felder mit negativen Valenzen überwunden werden müssen (Schulze, 2004, S. 179). Es entstehen sogenannte *Barrieren*, die physischer und/oder psychischer Natur sein können und das Individuum von seinem Ziel fernhalten (Lück, 1996, S. 48f.; ebd.). Aus bestehenden *Barrieren* können sich *Konflikte* entwickeln (ebd.). K. Lewin unterscheidet im Kontext der *Feldtheorie* zwischen drei grundlegenden Formen von Konflikten:

- 1.) Der *Appetenz-Appetenz-Konflikt*: In diesem Fall bestehen zwei positiv besetzte *Valenzen* mit annähernd gleicher Stärke (Lück, 1996, S. 48; Schulze, 2004, S. 179). Die Person muss eine Entscheidung zwischen zwei angenehm wahrgenommenen Dingen treffen, die schwerwiegend ist und zu einem Interessenkonflikt führen kann (ebd.).
- 2.) Der *Aversions-Aversions-Konflikt*: Entgegen der ersten Konfliktform liegen in diesem Fall zwei Aspekte mit jeweils negativem Aufforderungscharakter annähernd gleicher Stärke vor, zwischen denen eine Entscheidung im Sinne einer Wahl des kleineren Übels gefällt werden muss (ebd.).
- 3.) Der *Appetenz-Aversions-Konflikt*: Im Rahmen dieses Konflikttyps existieren eine positive und negative Valenz in der Form, dass die Wirkung der Vektoren aus derselben Richtung mit der gleichen Stärke erfolgt und sie sich dadurch gegenseitig aufheben (ebd.).

Neal Miller (1944, zit. in Lück, 1998, S. 48; Schulze, 2004, S. 179) erweiterte im Zuge seiner Forschung die Konfliktarten um eine vierte Komponente:

- 4.) Der *doppelte Appetenz-Aversions-Konflikt*: In diesem Fall bestehen bei beiden Auswahloptionen negative sowie positive Valenzen annähernd gleicher Stärke (ebd.). Ist der dadurch aus Perspektive des Subjektes entstehende Konflikt so massiv, kann dies in Vermeidungsverhalten sowie physischem und psychischem Rückzug resultieren (ebd.).

Die *Feldtheorie* findet als Metatheorie, Theorie und Analyseverfahren mit Hilfe des feldtheoretischen Zuganges und der topologischen Darstellungsmöglichkeit in unterschiedlichen Bereichen der Psychologie und der Sozial- und



Erziehungswissenschaften weiterhin Anwendung (Bogner, 2016, S. 19f.; Lück, 2020, S. 604). Speziell für den Bereich der Sonder- und Rehabilitationspädagogik fand eine Weiterentwicklung der *Feldtheorie* von G. C. Schulze im Zuge der sogenannten *Person-Umfeld-Analyse* statt, wie in Kap. 5.2 dargestellt werden soll.

## **5.2 Die Person-Umfeld-Analyse nach Gisela C. Schulze**

G. C. Schulze übertrug in den 1990er Jahren den feldtheoretischen Ansatz von K. Lewin in das sonderpädagogische Handlungsfeld, um das Verhalten schulabsenter Schüler\*innen mittels eines theoriebasierten Zuganges analysieren und Handlungsstrategien erarbeiten zu können (Schulze & Wittrock, 2018, S. 20; Schulze & Wittrock, 2008, S. 224). Im Zuge ihrer Arbeit entstand als Weiterentwicklung der *Feldtheorie* die sogenannte *Person-Umfeld-Analyse* [PUA], die mit Hilfe der Darstellung der sogenannten *Wirkungsräume* eine differenzierte Betrachtung und Analyse einer Konfliktsituation eröffnet (Lück, 2018b, S. 9). Mittlerweile findet die PUA in modifizierter Form in unterschiedlichen Kontexten der Sonder- und Rehabilitationspädagogik Anwendung (s. hierzu u.a. das Sammelwerk von Alber, Kaiser & Schulze (Hrsg.), 2018).

Der Einsatz der PUA eröffnet sowohl eine ganzheitliche als auch eine differenzierte Betrachtung aus Perspektive des handelnden Subjekts, eingebettet in dessen jeweilige lebensweltliche Bezüge (Kaiser, 2018, S. 41; Schulze & Wittrock, 2018, S. 31f.). Dabei ermöglicht die PUA eine multidimensionale Analyse von bestehenden positiven und negativen Einflussfaktoren und Wechselwirkungen zwischen einem Individuum und in dessen Lebensraum bestehenden *Wirkungsräumen*, um aus dessen Perspektive vorhandene Barrieren und Ressourcen zu ermitteln, visuell zu veranschaulichen sowie daraus Handlungsoptionen im Kontext von Prävention und Intervention abzuleiten (Schulze & Wittrock, 2018, S. 31f.). Abhängig vom Verwendungszusammenhang werden dabei unterschiedliche *Wirkungsräume* herangezogen. Die PUA soll daher auch im Rahmen dieser Arbeit als theoriebasiertes Instrument in entsprechend dem hiesigen Verwendungszusammenhang modifizierter Form zur Visualisierung der spezifischen Lebenslagen der Zielgruppe Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* im Kontext Gesundheit, Pflege und Teilhabe sowie als methodischer Zugang zur Analyse bestehender hemmender sowie förderlicher Einflussfaktoren aus Sicht der befragten Personen dienen. Zunächst soll anknüpfend an die Ausführungen in Kap. 5.1 zur *Feldtheorie* von K. Lewin ein Überblick zur Entwicklung, zum Verständnis, zu relevanten Bestimmungsgrößen und Darstellungsformen der ursprünglichen PUA gegeben werden. Wie einleitend in Kap. 5 formuliert, wird eine vorläufige aus dem zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Bezugsrahmen abgeleitete PUA zur Bearbeitung der Fragestellung dieser Arbeit in Kap. 5.6 vorgestellt.

## 5.2.1 Bestimmungsgrößen exemplarisch dargelegt anhand des Phänomens Schulabsentismus

Wie beschrieben, begann die Entstehung der PUA in den 1990er Jahren durch G. C. Schulze mit dem Ziel, im Zuge eines Forschungsvorhabens bedeutsame Einflussfaktoren, Anforderungen und Barrieren im Kontext des Phänomens Schulabsentismus strukturiert darzustellen, beobachtbare Verhaltensmuster einer\*s Schüler\*in aus dessen\*deren Perspektive ganzheitlich zu analysieren und pädagogische Maßnahmen zur Prävention, Unterstützung und Förderung ableiten zu können (Schulze & Wittrock, 2018, S. 20; Schulze & Wittrock, 2008, S. 224, S. 230; Schulze, 2004, S. 180f.). Als theoriebasierter Ansatz wurde die *Feldtheorie* nach K. Lewin gewählt und entsprechend der Zielsetzung weiterentwickelt (Schulze & Wittrock, 2018, S. 20). Das Verständnis der zugrunde gelegten Konzeption der PUA sowie wesentliche Bestimmungsgrößen sollen anhand des ursprünglichen Verwendungszusammenhangs der Verhaltensanalyse schulabsenter Schüler\*innen ausgehend von der Abbildung 5 genauer beschrieben werden.

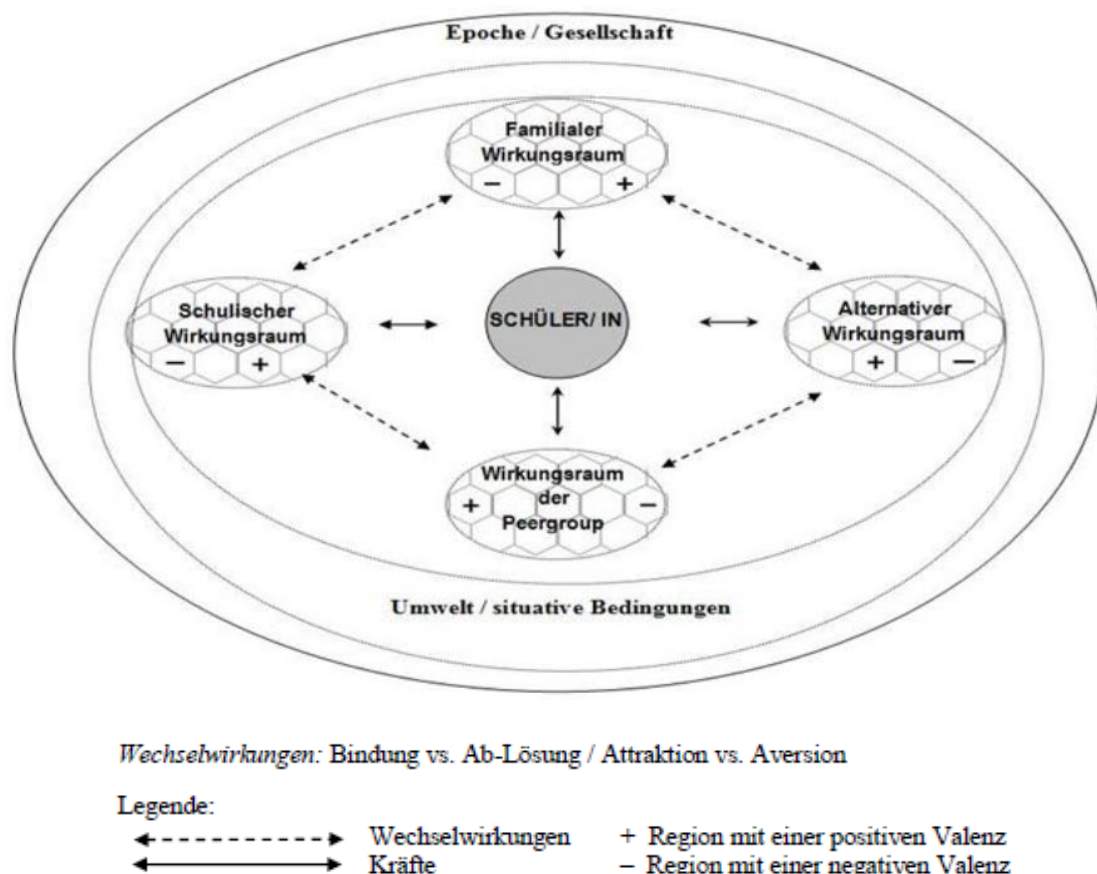


Abbildung 5: Wirkungsräume im Lebensraum eines Schülers (Schulze, 2003, S. 207)

Im Zentrum der Verhaltensanalyse befindet sich - wie aus Abbildung 5 hervorgeht - das handelnde Subjekt, in diesem Fall der\*die Schüler\*in. Ausgehend von dem zugrunde gelegten Verständnis nach K. Lewin wird ein beobachtbares *Verhalten* (V) eines

Individuums als Ausdruck bzw. Resultat (Funktion [f]) der wechselseitigen Beziehung zwischen *Person* (P) und *Umwelt* (U) innerhalb ihres *Lebensraums* (Lr) gesehen, gemäß der in Kap. 5.1 vorgestellten Gleichung  $V = f(P, U)$  bzw.  $V = f(Lr)$  (Schulze & Wittrock, 2018, S. 21; Schulze 2010, S. 135f.).

Im Rahmen der PUA werden die relevanten Regionen innerhalb des *Lebensraums* in Bezug auf die Person und das jeweilige Anliegen als sogenannte *Wirkungsräume* dargestellt (Schulze, 2004, S. 180). In der ursprünglichen *Schüler-Lebensfeld-Analyse* (aktuell auch *Kind-Umfeld-Analyse* genannt) zur Ermittlung und Analyse bestehender Einflussfaktoren im Kontext des Phänomens Schulabsentismus wurden von G. C. Schulze vier Wirkungsräume als bedeutsam identifiziert: der *Schulische Wirkungsraum*, der *Familiäre Wirkungsraum*, der *Wirkungsraum der Peers* (oder *Peergroup*) und der *Alternative Wirkungsraum* (Schulze & Wittrock, 2018, S. 23; ebd.).

Die vorherrschende *Epoche/Gesellschaft* und darin bestehende Werte und Normen sowie die gegenwärtige/n *Umwelt/situativen Bedingungen* bilden den äußeren Rahmen des *Lebensraums* und dem darin bestehenden dynamischen Wechselspiel zwischen dem Individuum und den dazugehörigen *Wirkungsräumen* (Schulze & Wittrock, 2018; S. 25; Schulze & Wittrock, 2008, S. 224). Die *Umwelt/situativen Bedingungen* umfassen nach dem hiesigen Verständnis konkret erfahrbare, umweltbedingte, räumliche, zeitliche, materielle und psychische Gegebenheiten und haben kontinuierlich direkt oder indirekt Einfluss auf alle Komponenten im Rahmen der PUA (Schulze, 2004, S. 185).

Wie in Abbildung 5 durch die Vektoren  $\leftarrow \text{-----} \rightarrow$  dargestellt, stehen die *Wirkungsräume* in interdependenter Beziehung zueinander. Zudem existiert ein dynamisches kontinuierliches Zusammenspiel von Kräften  $\longleftrightarrow$  zwischen den *Wirkungsräumen* und der *Person* und ihrer jeweils gegenwärtigen physisch-psychischen Konstitution (Schulze, 2004, S. 181f.). Die *Wirkungsräume* ihrerseits untergliedern sich in Felder, die sich aus vielfältigen Beziehungs- sowie Bindungsmustern und/oder Kommunikations- sowie Interaktionsstrukturen zusammensetzen (Schulze & Wittrock, 2018, S. 23) Diese Bereiche können für die Person mit einem positiven (+) oder negativen (-) Aufforderungscharakter besetzt sein, den unter Kap. 5.1 eingeführten *Valenzen*, die bei der Analyse ebenfalls zu berücksichtigen sind (Schulze, 2004, S. 178).

Die *Person* - in diesem Fall der\*die Schüler\*in - ist folglich Teil eines vielschichtigen Geflechts aus interdependenten und unterschiedlich wirkenden Kräften zwischen ihr, den *Wirkungsräumen*, den *situativen Bedingungen* sowie der *Gesellschaft*, die in einem ständigen Spannungsverhältnis zwischen Bindung versus Ablösung und Anziehung versus Abstoßung steht (Schulze & Wittrock, 2018, S. 24; Schulze & Wittrock, 2008, S. 225; Schulze, 2004, S. 181ff.). Dabei wird ein dynamisches Spannungsfeld aufgebaut, bei dem sich das Individuum im Optimalfall im Zentrum befindet (ebd.).

Bestimmungsgrößen der *Person* umfassen äußere Merkmale, individuelle Fähig- und Fertigkeiten, Bedürfnisse und Ziele, die nach dem hiesigen Verständnis in Anlehnung an den feldtheoretischen Ansatz K. Lewins sich nicht statisch, sondern dynamisch kontinuierlich in einem wechselseitigen Prozess mit gegenwärtigen Komponenten fortentwickeln und verändern (ebd.).

Der *Familiäre Wirkungsraum* umfasst Personen des engeren Familienkreises, wie z.B. Eltern, Lebenspartner\*in eines Elternteils, Geschwister und weitere familiäre Angehörige (Schulze & Wittrock, 2018, S. 24; Schulze & Wittrock, 2008, S. 226; Schulze, 2004, S. 183). Einflüsse haben zudem die sozioökonomische Situation - z.B. Bildungsstatus und Einkommen der Erziehungsberechtigten, Wohnbedingungen - sowie bestehende Beziehungen und Bindungsstrukturen zwischen den einzelnen Mitgliedern (ebd.). Aus der Perspektive des Kindes/des\*der Jugendlichen bestehende positive und negative Valenzen in diesem Wirkungsraum haben maßgeblich Einfluss auf die Herausbildung und Entwicklung der Persönlichkeit (ebd.).

Der *Schulische Wirkungsraum* bildet nicht nur einen Ort der Wissensvermittlung, sondern eröffnet auch vielschichtige soziale Begegnungen, bei denen der\*die Schüler\*in unterschiedlichste Rollen einnimmt und wandelt (Schulze & Wittrock, 2018, S. 24; Schulze & Wittrock, 2008, S. 226; Schulze, 2004, 183f.). Der *Schulische Wirkungsraum* untergliedert sich in unterschiedliche personelle und strukturelle Ebenen, z.B. in Klassenunterricht und Fachunterrichtsstunden, durchgeführt von verschiedenen Lehrkräften, in Mitschüler\*innen im Klassenverband/Fachunterricht und in offene Situationen sowie in zeitlich vorgegebene Strukturen des Schulalltages und räumliche Gegebenheiten (ebd.). In diesem Wirkungsraum entfaltet sich ein vielschichtiges Netz aus An- und Herausforderungen für den\*die Schüler\*in. Die einzelnen Bestimmungsgrößen sind individuell und dynamisch mit positivem und negativem Anforderungscharakter (*Valenzen*) besetzt, woraus wiederum in wechselseitigem Prozess neue Herausforderungen und Ziele resultieren können (ebd.). Mit Bezug auf die Analyse des Phänomens Schulabsentismus konnte festgestellt werden, dass sich aus diesem komplexen Gefüge - für das involvierte pädagogische Personal nicht ersichtlich - Barrieren und Konflikte ergeben, die ab einem bestimmten Zeitpunkt von dem\*der Schüler\*in nicht mehr aus eigener Kraft überwunden werden können, mit der Folge, dass er\*sie sich zunehmend aus dem *Wirkungsraum Schule* entfernt (ebd.).

Der *Wirkungsraum der Peergroup* umfasst Beziehungen und Freundschaften mit anderen Kindern und Jugendlichen inner- und außerhalb der Schule (Schulze & Wittrock, 2018, S. 25; Schulze & Wittrock, 2008, S. 226; Schulze, 200, S. 184). Die Peergroup stellt neben der Familie eine elementare soziale Bezugsgruppe für das Kind/den\*die Jugendlichen dar (ebd.). Sie kann dem\*der Schüler\*in Sicherheit und Orientierung

eröffnen und eine wesentliche Bestimmungsgröße für die Entwicklung bilden (ebd.). Im Zuge der Analyse von positiven und negativen Einflussfaktoren im Kontext Schulabsentismus konnten die *Peergroup* und der dazugehörige *Wirkungsraum* als für den\*die Schüler\*in am bedeutsamsten und einflussreichsten identifiziert werden. Positive Beziehungen und eine gute Einbindung in die Klassen- und Schulgemeinschaft wirkten sich förderlich auf eine positive Einstellung zur Schule aus (Schulze & Wittrock 2001 zit. in Schulze & Wittrock, 2018, S. 25). Hingegen resultierten negative Erfahrungen und Beziehungen in einer Abkehr zu außerschulischen Bezugsgruppen (ebd.).

Der *Alternative Wirkungsraum* setzt sich aus sämtlichen Orten, Handlungen und Tätigkeiten außerhalb oder entgegen der Funktion der anderen drei Wirkungsräume zusammen, die von hoher persönlicher Bedeutsamkeit und starker Anziehungskraft für den\*die Schüler\*in sind (Schulze & Wittrock, 2018, S. 25; Schulze & Wittrock, 2008, S. 226f.; Schulze, 2004, S. 184f.). Im Kontext von Schulabsentismus konnte in gravierenden Fällen nachgewiesen werden, dass dieser Wirkungsraum buchstäblich die einzig annehmbare Alternative für den\*die Schüler\*in darstellte und sich bei der visuellen Darstellung die Position des Kindes/des\*der Jugendlichen innerhalb des Spannungsfeldes in Richtung dieses Raums verschob (Schulze & Wittrock, 2008, S. 227).

Wie beschrieben, wird die PUA mittlerweile in entsprechend dem Verwendungszusammenhang abgewandelter Form in unterschiedlichen Handlungsfeldern der Rehabilitations- und Sonderpädagogik als Diagnose-, Analyse- und Bedarfsermittlungsinstrument herangezogen (Schulze & Wittrock, 2018, S. 31f.). Ihr Einsatz dient dabei als theoriefundiertes Erhebungsinstrument, um ausgehend von der Lebenswirklichkeit einer Zielperson oder Zielgruppe in Bezug auf eine Problemlage/ein Anliegen ganzheitlich Einflussfaktoren und Wechselbeziehungen in bedeutsamen Lebensbereichen zu eruieren sowie gegenwärtige Ressourcen und Barrieren zu identifizieren. Ermittelte Barrieren als Vorstufe zu Konflikten im Sinne der *Feldtheorie* nach K. Lewin (s. hierzu Kap. 5.1) bilden im Rahmen der PUA Ansatzpunkte für die Entwicklung von präventiven Maßnahmen, Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Partizipation (Kaiser, 2018, S. 41; Schulze & Wittrock, 2018, S. 26f.; Schulze, 2010, S. 133, S. 140f.). Vor diesem Hintergrund soll die PUA daher im Rahmen dieser Arbeit gemäß dem Erkenntnisinteresse in modifizierter Form als methodischer Zugang, Analyseinstrument und zur Visualisierung der Lebenssituation von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* im Kontext ihrer gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und zur Ermittlung hemmender sowie förderlicher Einflussfaktoren auf Grundlage der Perspektive der befragten Personen dienen. Im Folgenden sollen schrittweise bedeutsame Wirkungsräume und relevante Felder/Regionen im Kontext von

*Teilhabe, Gesundheit und Pflege* hergeleitet und zum Schluss in Kap. 5.6 eine vorläufige PUA als methodischer Zugang für die Bearbeitung der Forschungsfragen vorgestellt werden. Im Zuge der Interviewanalyse soll die entwickelte PUA auf Grundlage der ermittelten Erkenntnisse weiter ausdifferenziert werden.

### 5.3 Verständnis von *Teilhabe*

Der Begriff der *Teilhabe* hat sich mittlerweile in unterschiedlichen sozialpolitischen Handlungsfeldern, in der Sozialgesetzgebung, im Zuge des Bundesteilhabegesetzes [BTHG] und der Sozialberichterstattung in Deutschland als elementares Leitprinzip etabliert, insbesondere auch in Bezug auf den Personenkreis Menschen mit *Behinderung* (Bartelheimer et al., 2020, S. 5; DHG, 2021, S. 13). Als Meilenstein kann in diesem Zusammenhang die Verabschiedung der *UN-Behindertenrechtskonvention - Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung* [UN-BRK] Ende 2006 und die Ratifizierung in Deutschland im März 2009 angeführt werden (Bentele, 2017, S. 2). In der *Präambel* wird die gemeinsame Zielsetzung formuliert, über die Umsetzung der UN-BRK einen Beitrag „zur Beseitigung der tiefgreifenden sozialen Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen [zu] leisten und ihre *Teilhabe* am bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben auf der Grundlage der Chancengleichheit [zu] fördern [...]“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2017, S. 7). In § 3 wird als *Allgemeiner Grundsatz* des Übereinkommens die „volle und wirksame *Teilhabe* an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ (ebd., S. 9) angeführt. *Teilhabe* umschreibt danach die aktive Einbindung in unterschiedliche Lebensbereiche auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen und deutet so auf den mehrdimensionalen Charakter des Begriffes hin (Bartelheimer et al., 2020, S. 6; DHG, 2021, S. 17).

Wie in Kap. 2.1.4 angeführt, diene in der UN-BRK als konzeptionelle Grundlage für das Verständnis von *Teilhabe* - eng verzahnt mit dem *Behinderungsbegriff* - das bio-psycho-soziale Modell der ICF. *Teilhabe* wird danach als „das Einbezogenensein in eine Lebenssituation“ (DIMDI, 2005, S. 16) definiert. Allerdings wird der *Teilhabebegriff* in der ICF nach Bartelheimer et al. (2020, S. 22ff.) nicht weiter konkretisiert, sondern nur im Zusammenhang mit der Komponente *Aktivität* genauer herausgearbeitet und bleibt somit als eigenständiges Phänomen mit den zugehörigen Dimensionen und Indikatoren weitgehend unbestimmt.

Ein Konzept, das sich nach Bartelheimer et al. (2020, S. 19) hingegen zur Fundierung des *Teilhabebegriffes* anbietet, Bestimmungsgrößen zur Verfügung stellt und präzisiert, ist der aus den Sozialwissenschaften stammende Ansatz der sogenannten *Lebenslagen*

(auch *Lebenslagen-Ansatz* oder *Lebenslagenkonzept* genannt), der u.a. auch dem *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen* [Bundesteilhabebericht] (Bundesministerium für Arbeit und Soziales [BMAS], 2013, 2016, 2021) als theoretisch-methodischer Bezugsrahmen und Strukturanalyseinstrument zugrunde liegt. Wie nachfolgend ausgeführt und begründet wird, soll das Konzept der *Lebenslagen* in dieser Arbeit verwendet werden, um *Teilhabe* konzeptionell einzubetten und davon ausgehend bedeutsame Dimensionen und Bestimmungsgrößen für die modifizierte PUA im Rahmen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* entsprechend des in Kap. 4 beschriebenen Erkenntnisinteresses, der Zielsetzung und der abgeleiteten Fragestellungen zu ermitteln.

### **5.3.1 Das Konzept der *Lebenslagen***

Zusammenfassend zielen Verfahren, die unter dem *Lebenslagen-Ansatz* zu verorten sind, darauf ab, sich der Lebenswirklichkeit einer sozialen Gruppe oder Person anzunähern, indem multidimensional Teilhabechancen, -barrieren und -ressourcen in Form von Handlungsvoraussetzungen, Handlungsmöglichkeiten und Handlungsbeschränkungen auf unterschiedlichen gesellschaftlichen und sozialen Ebenen ermittelt werden, um daraus Bedarfe und Maßnahmen - meist auf sozialpolitischer Ebene - zur Verbesserung der Lebenssituation zu bestimmen (Beck & Greving, 2012, S. 33; BMAS, 2021, S. 27f.; Engels, 2013, S. 616f.). Für die Beschreibung und Analyse der *Lebenslagen* werden, abhängig von der Entwicklungslinie und dem Verwendungszusammenhang, mit unterschiedlicher Ausprägung Dimensionen und dazugehörige materielle und immaterielle Determinanten - meist unter Berücksichtigung der subjektiven Perspektive der Zielgruppe - operationalisiert und zur Verfügung gestellt, um Einflussfaktoren und Wechselwirkungen im Kontext von sozialer Einbindung bzw. sozialer Benachteiligung zu ermitteln (Backes, 1997, S. 709f., S. 718; Voges, 2006, S. 1f.; Mielck & Helmert 2016, S. 493f.).

Aufgrund der Schwerpunktsetzung auf sozial benachteiligte Zielgruppen erscheint das Konstrukt der *Lebenslagen* zusätzlich von besonderer Bedeutung im Kontext des in dieser Arbeit im Mittelpunkt stehenden Personenkreises Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, der - wie in Kap. 2 bis Kap. 4 genauer ausgeführt - als vulnerable Bevölkerungsgruppe einzustufen ist. Aufgrund der konzeptionellen Bezüge zum *Teilhabebegriff* (Bartelheimer et al., 2020, S. 19), der grundlegenden Zielsetzung und zur Verfügstellung eines multidimensionalen Bezugssystems und dazugehörigen Bestimmungsgrößen, soll das Konstrukt der *Lebenslagen* daher vor dem Hintergrund des in Kap. 4 beschriebenen Erkenntnisinteresses und Anliegen des hiesigen Vorhabens, eingebettet in den in Kap. 5.1 und Kap. 5.2 skizzierten theoretisch-

methodischen Bezugsrahmen der *Feldtheorie* und der daraus abgeleiteten und weiterentwickelten PUA, als Ausgangspunkt für die Herleitung und Beschreibung bedeutsamer Lebensbereiche bzw. Wirkungsräume im Kontext von *Gesundheit, Pflege* und *Teilhabe* von Menschen mit *geistiger Behinderung* dienen, um im Zuge der Interviewanalyse bestehende Barrieren, Ressourcen sowie Aus- und Wechselwirkungen aus Sicht der befragten Personen zu eruieren und die modifizierte PUA auf Grundlage der ermittelten Perspektiven auszudifferenzieren. Wie noch dargelegt werden wird, soll speziell auf die Dimensionen des Bundesteilhabeberichts zurückgegriffen werden.

Anschließend sollen zunächst das Konstrukt der *Lebenslagen*, die Zielsetzung, zugrunde gelegte Dimensionen und Indikatoren, die damit zusammenhängenden Phänomene der *sozialen Ungleichheit* - speziell die sogenannte *gesundheitliche Ungleichheit* - beschrieben und im Anschluss die im Bundesteilhabebericht gewählten *Lebenslagendimensionen* skizziert werden.

Als bedeutsame Vertreter\*innen verschiedener Entwicklungslinien des *Lebenslagen-Ansatzes* gelten Otto Neurath (1925, 1937), Gerhard Weisser (1957, 1966, 1978), Otto Blume (u.a. 1968), Ingeborg Nahnsen (1975) sowie Gerhard Naegele (1978, 1993 mit Hans Peter Tews) (Backes, 1997, S. 705-708; Beck & Greving, 2012, S. 24-29). Eine Weiterentwicklung fand durch Anton Amann in den 1980er-Jahren sowie durch Martha Nussbaum und Amartya Sen (1993) im Zuge ihres *Capabilities Approach* - auch *Fähigkeiten- oder Befähigungsansatz* genannt - statt (Backes, 1997, S. 705-708; Beck, 2016, S. 40).

Nach Voges (2006) bildet eine Grundlage des *Lebenslagen-Ansatzes* die Annahme, „dass die ausreichende Verfügbarkeit von materiellen und immateriellen Gütern die Voraussetzung für soziale Teilhabe ist.“ (ebd., S. 2). Engels (2013) umschreibt das Konstrukt der *Lebenslagen* als:

[...] die Gesamtheit der äußeren Bedingungen [...], durch die das Leben von Personen oder Gruppen beeinflusst wird. Die L[ebenslagen] bilden einerseits den Handlungsspielraum, innerhalb dessen eine Person sich entwickeln und ihre Möglichkeiten nutzen kann. Andererseits können Personen in gewissem Maße auch auf ihre Lebenslagen einwirken und diese gestalten. Damit steht der Begriff der L[ebenslagen] für die konkrete Ausformung der sozialen Einbindung einer Person in ihre sozioökonomische und soziokulturelle Umgebung.

(ebd., S. 615f.)

Der *Lebenslagen-Ansatz* stellt demgemäß ein multidimensionales Bezugssystem zur Verfügung, um die Lebenssituation einer sozialen Gruppe oder einer Person zu beschreiben (u.a. Backes, 1997, S. 716ff.; Voges, Jürgens, Mauer & Meyer, 2003, S. 48). Abhängig von der jeweiligen Entwicklungslinie und dem Verwendungszusammenhang werden für die Analyse der sozialen Einbindung in sozioökonomische sowie soziokulturelle Bezüge einer Zielgruppe oder eines Individuums unterschiedliche Dimensionen und dazugehörige materielle und



immaterielle Determinanten operationalisiert, um den Handlungsspielraum zu konzeptualisieren und Einflussfaktoren sowie Wechselwirkungen zu eruieren (Backes, 1997, S. 709f.; Voges et al., 2003, S. 43f.). Dabei finden nicht nur objektive Bestimmungsgrößen, sondern auch die subjektive Wahrnehmung und Einschätzung der Lebensbedingungen der Zielgruppe Berücksichtigung (Backes, 1997, S. 716ff.; Engels, 2013, S. 615f.; Voges et al., 2003, S. 44ff.). Nach Backes (1997, S. 709f.) zielen die in aktuellen Zusammenhängen verwendeten Verfahren im Kontext der *Lebenslagen* „implizit oder explizit immer auf die Analyse von Sozialstruktur/sozialer Ungleichheit“ (ebd., S. 710) ab und schaffen dadurch eine Verknüpfung von Bestrebungen unterschiedlicher Disziplinen wie die Wirtschafts- und Sozialwissenschaften sowie Sozialarbeit und -politik.

Der Begriff der *sozialen Ungleichheit* umschreibt das Phänomen einer ungleichen Verteilung materieller und immaterieller Ressourcen und Güter innerhalb einer Gesellschaft und den daraus resultierenden ungleichen Lebensbedingungen und Teilhabechancen einer Bevölkerungsgruppe (Koch, 2010, S. 155f.). Nach Mielck & Helmert (2016) bezieht sich das Phänomen „vor allem auf Unterschiede nach den Merkmalen des sozialen Status (z.B. Bildung, berufliche Stellung, Einkommen)“ (ebd., S. 493). *Soziale Ungleichheit* ist allerdings ein relatives Konstrukt, da eine soziale Benachteiligung in Form einer ungleichen Verteilung von Gütern und Ressourcen ausschließlich mit Bezugnahme auf den in der jeweiligen Gesellschaft bestehenden mittleren Lebensstandard und das durchschnittliche Wohlstandsniveau ermittelt werden kann (Lampert & Mielck, 2008, S. 7f.).

Eine Vielzahl von sozialepidemiologischen Studien belegt zudem, dass enge Zusammenhänge zwischen dem Phänomen der *sozialen Ungleichheit*, d.h. dem sozialen Status und dem Gesundheitszustand sowie der Lebenserwartung, bestehen (u.a. Richter & Hurrelmann, 2009, S. 16-19; Lampert, Hoebel, Kuntz, Müters & Kroll, 2017, S. 5ff.; Mielck & Helmert, 2016, S. 493). Die Ergebnisse zeigen, dass Mitglieder sozial benachteiligter Gruppen im Vergleich zu Angehörigen von höheren sozioökonomischen Statusgruppen häufiger von vielschichtigen Gesundheitsrisiken und -problemen betroffen sind (ebd.). Sie weisen beispielsweise verstärkt chronische Erkrankungen und Einschränkungen der Körperfunktionen auf, haben eine erhöhte vorzeitige Sterblichkeitsrate, schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand deutlich schlechter ein, weisen vermehrt mit dem Gesundheitsverhalten assoziierte Risikofaktoren auf und verfügen über eingeschränkte Zugänge zum Gesundheits- und Versorgungssystem (Lampert & Mielck, 2008, S. 8ff.; Lampert, Höbel & Kroll, 2019, S. 3f.). Diese besondere Form der *sozialen Ungleichheit* wird auch als *gesundheitliche Ungleichheit* bezeichnet (Richter & Hurrelmann, 2009, S. 13; Lampert, Richter, Schneider, Spallek & Dragano, 2016, S. 153).

Ende des 20. Jahrhunderts hat sich in Deutschland aus den Bestrebungen, Bestimmungsgrößen und Komponenten im Kontext von *gesundheitlicher Ungleichheit* zu eruieren und den zuvor beschriebenen Risiken entgegenzuwirken, ein eigenständiger Forschungszweig herausgebildet, der sich auch in der aktuellen Gesundheitsberichterstattung hierzulande wiederfindet (Lampert et al., 2016, S. 153f.). Allerdings lassen sich bislang aufgrund der hohen Komplexität und multikausalen und multifaktoriellen Beziehungen nur auszugsweise anhand von vereinfachten Modellen (s. z.B. das Modell von Elkeles & Mielck 1997) Zusammenhänge und Einflussfaktoren des Phänomens *gesundheitliche Ungleichheit* empirisch nachweisen (Lampert et al., 2016, S. 162f.; Mielck & Helmert, 2016, S. 493, 506f., S. 512f.).

Trotz sehr unterschiedlicher Ausprägungen einzelner Verfahren innerhalb des *Lebenslagen-Ansatzes* finden bei der Analyse von sozialen Strukturen und *sozialer Ungleichheit* in der Regel sowohl vertikale als auch horizontale Dimensionen Berücksichtigung (u.a. Backes, 1997, S. 709). Laut Voges (2006, S. 3) besteht in den Sozialwissenschaften weitgehend Einigkeit, dass die folgenden vertikalen Dimensionen Anwendung finden sollten, um den Handlungsspielraum einer Bevölkerungsgruppe oder einer Person, Einflussfaktoren, bestehende Ressourcen und Barrieren im Kontext von *Teilhabe* sowie Zusammenhänge zielführend zu beschreiben:

- Bildung
- Erwerbstätigkeit
- Wohnen
- Gesundheit
- Einkommen
- soziale Netzwerke und daraus resultierende Leistungen der Unterstützung

(ebd.)

Backes (1997, S. 712) nennt die nachstehenden horizontalen Dimensionen, die in vielen Fällen Berücksichtigung bei der Analyse finden:

- Alter
- Geschlecht
- Familienstand
- Nationalität/Ethnie

(ebd.)

Nach Mielck & Helmert (2016, S. 494f.) ermöglicht das Hinzuziehen von horizontalen Dimensionen in Verbindung mit den vertikalen Dimensionen zusätzlich unterschiedliche Formen der sozialen Benachteiligung innerhalb einer Bevölkerungsgruppe zu eruieren und zu vergleichen.

Voges (2006, S. 3ff.) hebt in seinen Ausführungen den dualen Charakter einer *Lebenslage* hervor. So stellt er (ebd.) fest, dass eine *Lebenslage* einerseits als Ergebnis

einer ungleichen Verteilung von materiellen und immateriellen Ressourcen und als Resultat von eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten bestimmt werden kann. In diesem Fall bildet sie „einen zu erklärenden Sachverhalt (*Explanandum*)“ (ebd., S. 3). Andererseits kann eine *Lebenslage* aber auch Rahmenbedingungen setzen sowie objektive und subjektive Beschränkungen eines Handlungsspielraums einer sozialen Gruppe oder eines Individuums hervorrufen (ebd., S. 3ff.). In diesem Fall nimmt sie die Rolle eines „erklärenden Sachverhalts (*Explanans*)“ (ebd., S. 3) ein. Inwieweit eine *Lebenslage* Ursache und/oder Wirkung ist, kann nicht abschließend hergeleitet werden (ebd., S. 4). Voges (2006) konstatiert diesbezüglich,

[...] wenn kausale Beziehungen einer Lebenslage als Folge und Ursache der Verfügbarkeit und Nutzung sozialer Güter betrachtet werden sollen, muss bestimmt werden, in welcher Beziehung diese beiden Aspekte zueinander stehen und durch welche Indikatoren sich dieser Dualität einer Lebenslage verdeutlichen lässt [...]

(ebd., S. 4)

Nach Voges (2006, S. 4f.) Einschätzung findet in den meisten Studien, die den *Lebenslagen-Ansatz* zugrunde legen, der duale Charakter keine Berücksichtigung bzw. wird nicht hinreichend abgebildet. Vielmehr wird einseitig entweder die Auswirkung oder das Zustandekommen einer *Lebenslage* in den Blick genommen und analysiert. Nach Voges (2006, S. 4f.) kann das Zusammenspiel im Kontext der Ursache-Wirkung-Relation, d.h. die Wechselwirkungen auf Makro- und Mikroebene zwischen den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen und dem individuellen Handeln einer Zielgruppe oder einer Person, nur über einen zeitlichen Verlauf und über eine prozessbegleitende Erhebung und Analyse zu mehreren Zeitpunkten differenziert betrachtet werden.

Die vorherigen Ausführungen deuten die Vielschichtigkeit und hohe Komplexität des Konstruktes der *Lebenslagen* an und machen u.a. nach Voges et al. (2003, S. 56) eine umfängliche Konzeptualisierung unmöglich. Nach Backes (1997, S. 721ff.) und Engels (2006, S. 6-9) fehlt zudem eine theoriefundierte Einbettung des Ansatzes. Bei der methodischen Umsetzung finden sich daher - abhängig von bzw. begrenzt durch die vorhandenen Datensätze, dem Verwendungszusammenhang und der Zielsetzung - vornehmlich pragmatische Lösungswege, die lediglich eine Annäherung an die Mehrdimensionalität des Konzeptes *Lebenslagen* und eine sehr begrenzte Ermittlung von Kontextfaktoren und Wechselwirkung zulassen (ebd.). Trotz dieser Grenzen behält das Konstrukt der *Lebenslagen* nach Auffassung vieler Autor\*innen weiterhin an Relevanz und findet nach wie vor Anwendung in der Ungleichheitsforschung und Sozialberichterstattung in Deutschland, um Teilhabechancen und Bestimmungsgrößen von *sozialer Ungleichheit* zu eruieren sowie Handlungsbedarfe zur Verbesserung der Lebenssituation einer benachteiligten Bevölkerungsgruppe abzuleiten (Backes, 1997, S.

721ff.; Beck, 2016, S. 40ff.; Beck & Greving, 2012, S. 33; Engels, 2013, 616f.; Voges, 2006, S. 5).

### 5.3.2 Die *Lebenslagendimensionen* des Bundesteilhabeberichtes

In Bezug auf Menschen mit sogenannter *Behinderung* weisen nach Beck und Greving (2012, S. 33, S. 48ff.) lebenslagenorientierte Ansätze zudem dahingehend eine hohe Bedeutung auf, da ihrer Einschätzung nach *Behinderung* an sich bereits eine gesonderte *Lebenslage* darstellt, indem die Bevölkerungsgruppe in vielfältiger Hinsicht auf sämtlichen Ebenen auf zusätzliche Unterstützungssysteme angewiesen ist und so in besonderem Maße von sozialer und sozioökonomischer Benachteiligung und Exklusionsrisiken gefährdet ist. Die *soziale Ungleichheit* spiegelt sich nach den Autor\*innen (ebd., S. 49) auch darin wider, dass der Personenkreis in der Forschung und im Rahmen der Sozialberichterstattung in Deutschland über einen langen Zeitraum hinweg kaum Berücksichtigung fand bzw. findet, was - wie in Kap. 3 und 4 beschrieben - auch aktuell noch auf den Personenkreis Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* im Kontext seiner gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zutrifft.

Um diesen Tatbeständen entgegenzuwirken und einen Zugang zu den *Lebenslagen* speziell von Menschen mit sogenannter *Behinderung* zu schaffen sowie mittels Indikatoren das Maß der *Teilhabe* bzw. Ausmaß an Teilhabechancen und -barrieren abzubilden, wird seit 2013 in regelmäßigen Abständen (2013, 2016, 2021) der *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung* [Bundesteilhabebericht] durch das *Bundesministerium für Arbeit und Soziales* [BMAS] in Auftrag gegeben (BMAS, 2013, S. 9ff.). Mit Hilfe des Berichtes soll der Frage nachgegangen werden:

[I]nwiefern Menschen, die beeinträchtigt sind, im Zusammenwirken mit Umweltfaktoren Beschränkungen ihrer Teilhabechancen erfahren, d. h. dadurch erst behindert werden. Er untersucht also Faktoren, die die Teilhabe einschränken und Umstände, die sich für die Teilhabe als förderlich erweisen.

(BMAS, 2013, S. 9)

Um diesem Anliegen nachzukommen, findet im Bundesteilhabebericht ebenfalls der *Lebenslagen-Ansatz* als Strukturanalyseinstrument Verwendung (BMAS, 2013, S. 31). Bei dem Verständnis von *Beeinträchtigung*, *Behinderung* und *Teilhabe* wird sich - wie in dieser Arbeit auch - an einem mehrdimensionalen Zugang in Anlehnung an das *bio-psycho-soziale Modell* der ICF eingebettet in das Konstrukt der *Lebenslagen* bedient (BMAS, 2013, S. 7f., S. 10ff.; BMAS, 2016, S. 14-23). Mittels der Berichterstattung soll dem übergeordneten politischen Ziel gemäß dem § 1 SGB IX nachgekommen werden, „eine gleichberechtigte Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in allen Bereichen der Gesellschaft zu erschließen“ (BMAS, 2016, S. 19). Begründet auf dem *Lebenslagen-*

*Ansatz* soll die Gesamtheit an gesellschaftlichen Barrieren und Ressourcen in bedeutsamen Lebensbereichen beschrieben und Auswirkungen auf die Teilhabe bzw. Inklusion des Personenkreises sowie entstehende Exklusionsrisiken analysiert werden (ebd.). In einem weiteren Schritt sollen aus den ermittelten Ergebnissen „geeignete Handlungsstrategien auf die *Lebenslagen* von Menschen mit Beeinträchtigungen und die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen“ (ebd.) abgestimmt und umgesetzt werden. Die Auswahl der Dimensionen für die Strukturanalyse der *Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen* wurde im Zuge des Bundesteilhaberberichtes aus den Themenfeldern der UN-BRK sowie aus dem *Aktionsplan der Bundesregierung* zur Umsetzung der UN-BRK abgeleitet (BMAS, 2013, S. 11). Die folgenden Lebensbereiche und dazugehörigen Bestimmungsmerkmale werden in dem Bericht zugrunde gelegt:

Familie und soziales Netz: In dieser Dimension wird eruiert, inwieweit soziale Unterstützungssysteme in Form von familiären und partnerschaftlichen Beziehungen, Freund\*innen, Nachbar\*innen, Bekannten und Kolleg\*innen zur Verfügung stehen, um Selbstbestimmung und soziale Teilhabe zu eröffnen und zu fördern (BMAS, 2016, 53-92).

Bildung und Ausbildung: Es werden innerhalb dieser *Lebenslagendimension* Zugangsmöglichkeiten, Barrieren und Ressourcen hinsichtlich der vorschulischen und schulischen Bildung und Förderung sowie in der Aus-, Hochschul- und Weiterbildung inklusive der Bereiche des lebenslangen Lernens und der Erwachsenenbildung untersucht (ebd., 92 - 159).

Erwerbstätigkeit und materielle Lebenssituation: In diesem Lebensbereich liegt der Analysefokus auf Teilhabemöglichkeiten und -voraussetzungen am Arbeitsmarkt oder Zugängen zu alternativen Beschäftigungsverhältnissen sowie auf dem Einkommen und ggf. entstehenden relativen Armutsrisiken (ebd., S. 160 - 250).

Alltägliche Lebensführung: Hier werden die Bereiche Wohnen, Mobilität, selbstständige Lebensführung sowie bestehende bzw. erforderliche Unterstützung in Form von Pflegeleistungen, ambulanten Hilfen und Assistenz sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln im Kontext von Teilhabemöglichkeiten und -barrieren genauer in den Blick genommen (ebd., S. 53). Des Weiteren werden zur Verfügung gestellte Informations- und Kommunikationsstrukturen im öffentlichen Raum, staatlich eröffnete Geld- und Sachleistungen sowie Angebote von Selbsthilfe- und Selbstvertretungsorganisationen erhoben und analysiert (ebd., S. 251 - 305).

Gesundheit: Innerhalb dieser *Lebenslagendimension* werden Informationen zum Gesundheitszustand, über Zugangsmöglichkeiten und staatliche Leistungen im Zuge der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung sowie im Rahmen von

Maßnahmen und Interventionen in den Gebieten (Krankheits-)Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation eruiert und ausgewertet (ebd., S. 306 - 350).

Freizeit, Kultur und Sport: Zur Diskussion stehen die Teilhabemöglichkeiten und -voraussetzungen an Angeboten in den Bereichen Erholung und Reisen, kulturelle sowie sportliche Aktivitäten und die Teilnahme an Veranstaltungen und vorhandene Formen der Unterstützung zur Wahrnehmung (ebd., S. 351 - 385).

Sicherheit und Schutz der Person: Die unterschiedlichen Aspekte des grundlegenden Rechts zur Wahrung der Würde, Freiheit und Sicherheit eines Menschen werden ermittelt und analysiert (ebd., S. 386f.). Zur Strukturanalyse wird die Dimension in die Bereiche Persönlichkeitsrechte und rechtliche Betreuung, Verletzung der persönlichen Integrität durch Gewalt und Unsicherheit, Sicherheitsempfinden, persönliche Integrität und institutionelle Zwangsmaßnahmen sowie in Schutz- und Hilfsangebote auf verschiedenen Ebenen untergliedert (ebd., S. 386 - 420).

Politik und gesellschaftliche Teilhabe: In diesem Zusammenhang werden bestehende bzw. fehlende Zugänge und Möglichkeiten zur politischen Beteiligung, zum gesellschaftlichen/politischen Engagement und zu unterschiedlichen Formen der Interessensvertretung beschrieben und diskutiert, inwieweit der in dem Bericht fokussierte Personenkreis befähigt wird, gleichberechtigt und selbstbestimmt Politik und Gemeinschaft mitzugestalten (ebd., 421 - 451).

Der *Lebenslagen-Ansatz* ermöglicht eine konzeptionelle Verortung des *Teilhabebegriffes*, eröffnet ein multidimensionales Bezugssystem, stellt dafür bedeutsame Dimensionen und Indikatoren zur Verfügung, mit Hilfe derer der Handlungsspielraum, d.h. die Lebenssituation einer Bevölkerungsgruppe oder eines Individuums, in Form von bestehenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, objektiven und subjektiven Einflussfaktoren und Wechselwirkungen beschrieben werden kann, um darüber Teilhabebarrrieren und -ressourcen sowie soziale Benachteiligungen zu ermitteln und Handlungsbedarfe und Empfehlungen abzuleiten. Vor dem Hintergrund des in Kap. 4 beschriebenen Erkenntnisinteresses, der Zielsetzung und der daraus abgeleiteten Fragestellung sowie eingebettet in den zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Bezugsrahmen der *Feldtheorie* und *Person-Umfeld-Analyse* soll das Konstrukt der *Lebenslagen* im Zuge dieser Arbeit als Ausgangspunkt dienen, relevante Lebensbereiche im Kontext der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Zielgruppe Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* und Teilhabe zu bestimmen. Dabei soll sich bei der Entwicklung der vorläufigen PUA zur Bearbeitung der Fragestellung in Kap. 5.6 aufgrund des in den Fokus genommenen Personenkreises sowie der direkten Bezugnahme zu den Themenfeldern der UN-BRK speziell an den im Bundesteilhaberbericht zugrunde gelegten *Lebenslagendimensionen* orientiert werden.

#### 5.4 Verständnis von *Gesundheit*

Für die Herleitung eines Verständnisses von *Gesundheit* sollen das theoretische Modell der *Salutogenese* von A. Antonovsky sowie die Weiterentwicklung von T. Faltermaier im Zuge seines integrativen Ansatzes unter Einbeziehung der Konzepte der *Resilienz* und der *Gesundheitskompetenz* herangezogen werden. Diese Zugänge wurden gewählt, da sie multidimensionale Erklärungsansätze für die Entstehung von *Gesundheit* eröffnen und zudem dafür bedeutsame Einflussfaktoren und Bestimmungsgrößen in Form von *Widerstands-* bzw. *Gesundheitsressourcen* sowie *Schutzfaktoren* aufzeigen. Durch die Erweiterung von T. Faltermaier wird nicht nur der Frage nachgegangen, was einen Menschen gesund hält, sondern auch, was ein Mensch selbst für seine Gesunderhaltung tun kann (Faltermaier, 2018a, S. 18). In diesen Zusammenhängen sind zudem Ansätze aus den Bereichen der Gesundheitsförderung und (Krankheits-)Prävention von Bedeutung (Faltermaier, 2018a, S. 26f.; Hurrelmann, Richter, Klotz & Stock, 2018, S. 24f.) und sollen daher mit aufgenommen werden.

Die gewählten Ansätze sollen im Folgenden skizziert und im Anschluss eine Übertragung in den Lebensraum von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* mittels des *gesundheitlichen Gesamtkonzeptes* von L. Habermann-Horstmeier vorgenommen werden.

Mit der Entwicklung des Modells der *Salutogenese* seit Ende der 1970er Jahre leitete A. Antonovsky (1923-1994) eine Abkehr von der rein medizinisch-biologisch und defektorientierten Sicht der *Pathogenese* ein (Richter & Hurrelmann, 2016, S. 11). Stattdessen rückt er mit seinem theoretischen Ansatz die Entstehung von *Gesundheit* in das Zentrum der Betrachtung und eröffnet damit gleichzeitig einen interdisziplinären Zugang (Faltermaier, 2018, S.85f.; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 126ff.). Das Modell stellt ein hochkomplexes und multidimensionales System aus unterschiedlichen Bedingungs- und Einflussfaktoren für die Erklärung von *Gesundheit* zur Verfügung (Faltermaier, 2018a, S. 18). Nach Hurrelmann & Richter (2013) erscheint es „schon fast unübersichtlich“ (ebd., S. 125). Es soll daher nur in seinen Grundzügen vorgestellt und die vier wesentlichen Kernkomponenten beschrieben werden.

Zentrales erkenntnisgeleitetes Interesse des theoretischen Ansatzes bildet die Frage, „warum Menschen trotz einer Vielzahl von gefährdenden und belastenden Faktoren im mikrobiologischen, biochemischen, psychologischen und sozialen Bereich gesund bleiben und Störungen ihrer Gesundheit erfolgreich ausgleichen können“ (Franke, 2012 & Antonovsky, 1993 zit. in Richter & Hurrelmann, 2016, S. 11), kurzgefasst „Was erhält Menschen gesund?“ (Faltermaier, 2017, S. 75). Nach Faltermaier (2017, S. 75-80) und Hurrelmann & Richter (2013, S. 121-126) kann das Modell von A. Antonovsky

vereinfacht anhand der folgenden Kernelemente dargestellt werden, die in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen:

- Konzept des *Gesundheits-Krankheits-Kontinuums*
- *Stresskonzept* und daraus abgeleitete *Stressbewältigungsprozesse*
- *allgemeine Widerstandressourcen*
- Konzept des *Kohärenzgefühls (Sense of Coherence)*

Die Bestimmungsgrößen sollen nachfolgend beschrieben werden.

Als Ausgangspunkt dient A. Antonovskys Verständnis von *Gesundheit*. *Gesundheit* wird nach A. Antonovsky nicht als Gegensatz zu *Krankheit* verstanden, sondern bildet vielmehr einen Gegenpol innerhalb eines multidimensionalen dynamischen *Gesundheits-Krankheits-Kontinuums* (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 124f.; Faltermaier, 2017, S. 77). Ein Mensch ist entgegen einem dichotomischen Verständnis nicht entweder *krank* oder *gesund*, sondern bewegt sich kontinuierlich zu jedem Zeitpunkt innerhalb dieses Kontinuums zwischen zunehmendem Wohlbefinden hin zum Idealzustand der *völligen Gesundheit* und abnehmendem Wohlbefinden hin zur *völligen Krankheit* (ebd.).

Im Rahmen des theoretischen Ansatzes der *Salutogenese* sind nach A. Antonovsky die aufgelisteten Komponenten der *Stressbewältigungsprozesse*, der *Widerstandressourcen* und des *Kohärenzgefühls* im wechselseitigen Zusammenspiel ausschlaggebend, wo sich ein Mensch zu einem gegebenen Zeitpunkt auf dem *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* befindet (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125), wie in Abbildung 6 dargestellt:



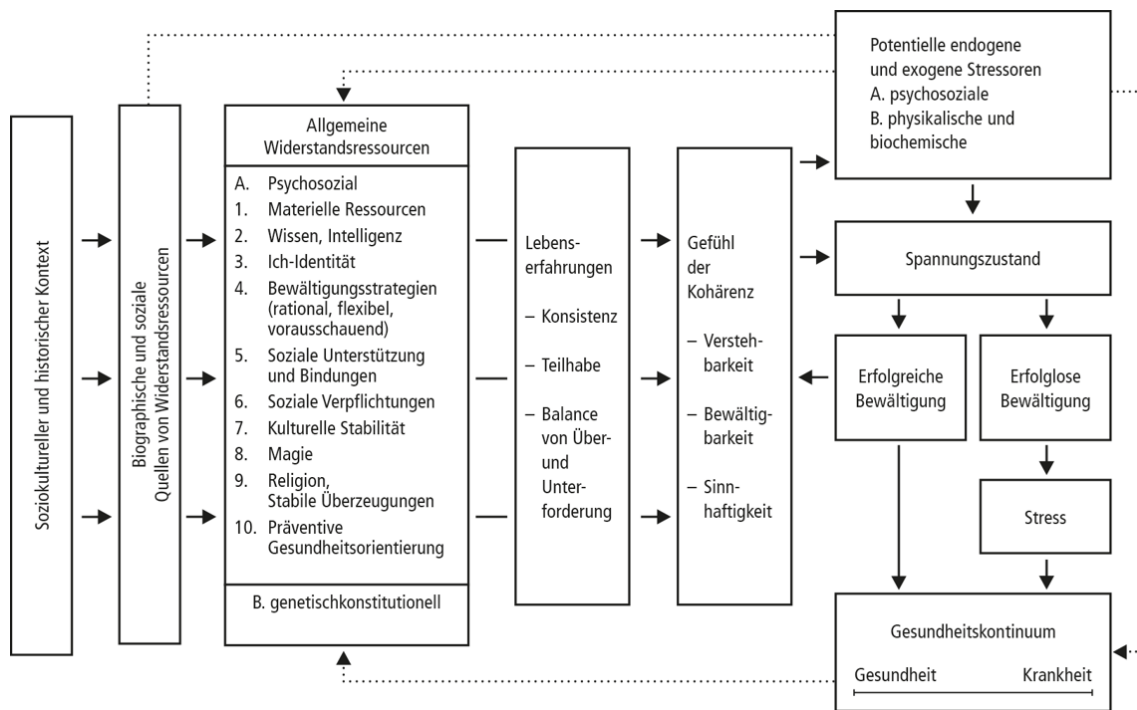


Abbildung 6: Das Modell der Salutogenese (nach Antonovsky, 1997, S. 184-185 zit. nach Faltermaier, 2017, S. 76)

**Stressprozesse** setzen sich nach A. Antonovsky - modifiziert in Anlehnung an Grundlagen der *Stress - und Bewältigungstheorie* von R. Lazarus - aus vielschichtigen umweltbedingten, gesellschaftlich und psychosozial hervorgerufenen sowie individuumsbezogenen Stressoren und Risiken zusammen (s. Abbildung 6 *Potentielle endogene und exogene Stressoren*) und können einen Menschen entsprechend seiner aktuellen Disposition in einen psychischen und körperlichen *Spannungszustand* versetzen (Faltermaier, 2017, S. 77f.; Faltermaier, 2018b, S. 87; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 121).

Die Spannungsverarbeitung hängt wiederum von den gegenwärtig bestehenden *genetisch-konstitutionellen* und *psychosozialen Widerstandsressourcen* einer Person oder einer sozialen Gruppe ab (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 212). Sie umfassen eine Vielzahl von Merkmalen und Eigenschaften - wie in Abbildung 6 unter *Allgemeine Widerstandsressourcen* aufgeführt -, die eine erfolgreiche Bewältigung einer kritischen Situation unterstützen und krankmachenden Belastungsfaktoren entgegenwirken (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 121f.). Die *psychosozialen Widerstandsressourcen* bilden sich vor dem Hintergrund des soziokulturellen und historischen Kontextes sowie der biografischen und sozialen Erfahrung und Entwicklung eines Individuums (Faltermaier, 2017, S. 78f.).

Verfügt ein Mensch über wirksame *Widerstandsressourcen*, stellt sich nach A. Antonovsky im Laufe des Lebens - im Kindheits-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter - durch primär positiv besetzte Erfahrungen eine Konsistenz ein, die sich förderlich auf

die soziale Teilhabe und die Balancefindung zwischen Über- und Unterforderung auswirkt, zu einer stabilen Orientierung beiträgt und das Individuum in seinen Bewältigungsprozessen bestärkt (Faltermaier, 2017, S. 79). In diesem Zusammenhang spricht A. Antonovsky von dem sogenannten *Sense of Coherence*, zu Deutsch *Kohärenzgefühl*, das sich aus den folgenden drei Komponenten zusammensetzt:

- dem *Gefühl der Verstehbarkeit (Sense of Comprehensibility)*: Diese Komponente umschreibt das Gefühl, dass die Welt um eine Person sowie deren Verortung innerhalb der lebensweltlichen Bezüge von ihr als geordnet, nachvollziehbar und erklärbar wahrgenommen werden (Faltermaier, 2017, S. 79; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 124)
- dem *Gefühl der Bewältigbarkeit (Sense of Manageability)*: Dieses Gefühl beinhaltet ein grundlegendes (Selbst-)Vertrauen in die eigenen Fähig- und Fertigkeiten und Zuversicht, dass eine Person bestehenden und künftig aufkommenden An- und Herausforderungen gewachsen ist, diese in der Regel gut bewältigen und auf Ressourcen und Unterstützung zurückgreifen kann bzw. sich dieser gewiss ist (ebd.).
- dem *Gefühl der Sinnhaftigkeit (Sense of Meaningfulness)*: Diese Komponente beschreibt die subjektive Einschätzung, dass das eigene Leben als sinnvoll und von Wert betrachtet wird, und die daraus resultierende Energie, Motivation und den Antrieb, das Leben weiter auszugestalten und sich neuen Herausforderungen zu stellen (ebd.).

Nach Faltermaier (2017, S. 79) kommen dem *Kohärenzgefühl* und den dazugehörigen Komponenten eine Schlüsselrolle im Kontext von Gesundheit und Gesunderhaltung im Rahmen des dynamischen multidimensionalen Gefüges des *Salutogenesemodells* zu, „[da] Menschen mit einem ausgeprägten Gefühl der Kohärenz die im Leben auf sie zukommenden Belastungen besser bewältigen können, indem sie ihre verfügbaren Ressourcen optimal mobilisieren und sich damit in Richtung auf den gesunden Pol des Kontinuums bewegen.“ (ebd., S. 79f.).

Faltermaier (2017, S. 201f.; 2018b, S.89f.) konstatiert, dass das Modell der *Salutogenese* einerseits in seinen Grundzügen durch empirische Forschung belegt werden kann, sich aber andererseits aufgrund der hohen Komplexität und Prozesshaftigkeit noch viele ungeklärte Fragen, Forschungslücken und Grenzen in Bezug auf die empirische Fundierung und die theoretische Konzeption ergeben. Nach Faltermaier (2017, S. 202f.; 2018b, 90.) konzentriert sich die konzeptionelle Kritik auf zwei wesentliche Komponenten. Zum einen fehlt die Berücksichtigung der Subjektebene, d.h. der aktive Einfluss eines Individuums auf seine Gesundheit und Gesunderhaltung in Form von förderlichem oder risikobehaftetem Gesundheitshandeln, basierend auf subjektiv und sozial konstruierten Vorstellungen von Gesundheit und

Gesundheitsvorstellungen, sogenannten *Laiensystemen*. Zum anderen ist es nach Faltermaier (ebd.) erforderlich, dass im Zuge von epidemiologischen Studien nachgewiesene Einflussfaktoren im Zusammenhang mit den Phänomenen der *sozialen Ungleichheit* und speziell der *gesundheitlichen Ungleichheit* - siehe hierzu detailliertere Ausführungen in Kap. 5.3.1 - abgebildet werden können.

Faltermaier (2018a, S. 18) nahm daher eine konzeptionelle Weiterentwicklung des Modells der *Salutogenese* vor, um nicht nur zu ermitteln, was einen Menschen gesund hält, sondern auch zu eruieren, was ein Individuum selbst zu seiner Gesunderhaltung beitragen kann und welche Kompetenzen dafür erforderlich sind. In seinem integrativen Ansatz der *Salutogenese* bedient er sich dabei des Konzeptes der *Resilienz* und der *Gesundheitskompetenz*, die deshalb kurz vorgestellt werden sollen.

Das Konzept der *Resilienz* umschreibt das aus der Entwicklungspsychologie stammende Phänomen, wenn Kinder und Jugendliche auch unter der Einwirkung von widrigen Lebensumständen, kritischen Lebensereignissen und vielfältigen zum Teil schwerwiegenden Risikofaktoren psychisch gesund daraus hervorgehen und ihr Erwachsenenleben erfolgreich bewältigen können (Faltermaier, 2017, S. 81; Warner, 2020, S. 1517). *Resilienz* wird infolgedessen als vorhandene und erworbene psychische Widerstandsfähigkeit verstanden und teilweise als Gegensatz zu *Vulnerabilität* verortet (ebd.). Das Phänomen resultiert aus unterschiedlichen in Wechselbeziehung zueinanderstehenden, in dem Subjekt verorteten und sozial bedingten *Schutzfaktoren* und Ressourcen, die sich zum Teil mit den *Widerstandsressourcen* des *Salutogenesemodells* überschneiden und ähnlich wie in dem Ansatz von A. Antonovsky zu einem erfolgreichen Umgang mit Stressoren und deren positiver Bewältigung beitragen (Faltermaier, 2018a, S. 21f.; Faltermaier, 2018b, S. 92; Faltermaier, 2017, S.81f.). Im Rahmen des integrativen Ansatzes von Faltermaier bilden sie eine wesentliche Voraussetzung für das gesundheitsbezogene Handeln eines Individuums und ermöglichen eine Bewegung auf dem *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* in Richtung des positiven Pols im Sinne eines zunehmenden Wohlbefindens (ebd.). Nach Faltermaier (2018a) sind in diesem Zusammenhang die folgenden *Gesundheitsressourcen* und *Schutzfaktoren* von Bedeutung:

- Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
- Körperbewusstsein und körperliche Fitness
- Selbstwertgefühl
- erarbeitete Identität (positives Selbstkonzept)
- Bewältigungskompetenzen (aktiv, flexibel, vorausschauend)
- soziale Orientierung und soziale Kompetenzen
- positives Familienklima (Kohäsion), einfühlsamer Erziehungsstil (autoritativ) und sichere Bindung zum Elternteil
- soziale Unterstützung von Eltern und Geschwistern sowie Erwachsenen außerhalb der Familie (zum Beispiel Lehrer; Großeltern)
- soziale Unterstützung von ähnlich Betroffenen, Angehörigen und professionellen Begleitern

(Faltermaier, 2018a, S. 22)

Direkt verzahnt mit den angeführten *Gesundheitsressourcen* und *Schutzfaktoren* ist nach Faltermaier (2018a, S. 23f.) das Konzept der *Gesundheitskompetenz* (s. hierzu auch die Ausführungen in Kap. 3.1). Im Rahmen seines integrativen Modells der *Salutogenese* legt Faltermaier (ebd.) den Schwerpunkt auf das handelnde Subjekt und dessen subjektive Theorien und Alltagskonzepte (Laienvorstellungen) von Gesundheit. Es kann durch sein Handeln auf Grundlage seiner im Laufe des Lebens herausgebildeten subjektiven Vorstellungen, seines angeeigneten Wissens und seiner entwickelten Überzeugungen über seine persönliche Gesundheit und Gesunderhaltung aktiv positiv und/oder negativ auf sein körperliches und psychisches Wohlbefinden/seinen Gesundheitszustand Einfluss nehmen (Faltermaier, 2018a, S. 23f.).

In engem Zusammenhang mit dem vorgestellten Modell der *Salutogenese* von A. Antonovsky, der Weiterentwicklung von T. Faltermaier und den dazugehörigen Komponenten stehen nach Faltermaier (2018a, S. 26f.) und Hurrelmann et al. (2018, S. 24f.) Ansätze im Rahmen von Gesundheitsförderung und (Krankheits-)Prävention. Beide Interventionsformen haben gemeinsam, dass sie auf individueller und gemeinschaftlicher Ebene einen Gesundheitsgewinn zum Ziel haben, aber an den entgegengesetzten Polen ansetzen (Hurrelmann et al., 2018, S. 24f.). Interventionsmaßnahmen der (Krankheits-)Prävention nehmen die Risikofaktoren zur Entstehung und Entwicklung einer Krankheit in den Blick und versuchen dieser und/oder den Folgen entgegenzuwirken bzw. den ursprünglichen Gesundheitszustand wieder herzustellen (ebd., S. 25ff.). Abhängig vom Zeitpunkt der Intervention wird zwischen primärer, sekundärer oder tertiärer Prävention unterschieden (ebd.). Maßnahmen im Zuge von Gesundheitsförderung zielen dagegen - im Sinne des Gedankens der *Salutogenese* - auf den Auf- und Ausbau von *Gesundheitsressourcen* und *Schutzfaktoren* auf unterschiedlichen Ebenen und Lebensbereichen ab (ebd., S. 27f.).

L. Habermann-Horstmeier (2018, S. 39f.) hat speziell für den Personenkreis Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, die in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (*besondere Wohnformen*) leben, ein *gesundheitliches Gesamtkonzept* entwickelt und im Rahmen dessen konkrete Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung und Prävention in Bezug auf diesen Lebensraum ausgearbeitet. Mit Hilfe des Gesamtkonzeptes und der zur Verfügung gestellten Dimensionen und Kriterien soll nach Auffassung der Autorin (ebd., S. 39, S. 81) die Möglichkeit bestehen, daran ansetzend Schritt für Schritt die Bedingungen in den Einrichtungen für alle dort lebenden und arbeitenden Personen so zu gestalten, dass ein individuelles Höchstmaß an körperlichem, psychischem und sozialem Wohlbefinden erreicht, der Entstehung von Krankheit entgegengewirkt und gesundheitsfördernde sowie gesunderhaltende Wohn- und Arbeitsbedingungen geschaffen werden können. Zentrum und primären

Ansatzpunkt bilden nach Habermann-Horstmeier (2018) die *gesundheitlichen Grundbedürfnisse* der Bewohner\*innen, wie nachstehend aufgeführt:

- gesundes Essen
- gesundes Trinken
- gesunder Schlaf
- ausreichend Bewegung
- eine gesundheitsfördernde Unterkunft
- Schutz und Sicherheit
- eine adäquate Körperpflege
- ausreichend Nähe und adäquate soziale Beziehungen
- das Bedürfnis nach Sexualität

(Habermann-Horstmeier, 2018, S. 39)

Sind diese Bedürfnisse befriedigt und ausreichend abgedeckt, kann nach Habermann-Horstmeier (ebd.) auf der Ebene der *sekundären gesundheitlichen Bedürfnisse* angesetzt werden. Hierzu gehören laut der Autorin (ebd.) die folgenden Aspekte:

Ein gesundheitsfördernder Umgang in Hinblick auf:

- Krankheiten der Bewohner[\*innen]
- die Versorgung mit Medikamenten
- die Versorgung mit Hilfsmitteln
- den Kontakt mit Gesundheitseinrichtungen
- den Kontakt mit [ärztlichen Personen]
- die psychische Situation der Bewohner[\*innen]
- das Verhalten der Bewohner[\*innen]
- den Konsum von Drogen
- Alter und Tod
- andere einschneidende Ereignisse.

(Habermann-Horstmeier, 2018, S. 40)

Erst wenn die skizzierten primären und sekundären Bedürfnisse eröffnet sind, kann als übergeordnetes Ziel ein individuelles Höchstmaß an gesellschaftlicher Teilhabe ermöglicht werden (ebd.).

Die beschriebenen Erklärungsmodelle, die dazugehörigen Dimensionen und Determinanten zur Entstehung von *Gesundheit* unter Berücksichtigung des handelnden Subjekts, das aktiv Einfluss auf seine *Gesundheit* nimmt, sowie die aufgezeigten Komponenten und Einflussfaktoren (*Schutzfaktoren* und *Widerstands-* bzw. *Gesundheitsressourcen*) im Kontext von Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung und (Krankheits-)Prävention - allgemein sowie speziell übertragen auf die Zielgruppe Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* - sollen im Rahmen der modifizierten PUA in Kap. 5.6 sowie im Zuge der Analyse zur Bestimmung von Barrieren und Ressourcen im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe in den darauf folgenden Kapiteln wieder aufgegriffen werden.

## 5.5 Verständnis von *Pflege*

Eingebettet in das skizzierte im Rahmen dieser Arbeit zugrunde gelegte Verständnis von *Gesundheit*, den dazugehörigen Dimensionen und Kriterien soll im Folgenden ein Verständnis von *Pflege* hergeleitet werden. Im Anschluss werden Ziele sowie Aufgaben-

und Tätigkeitsfelder im Rahmen von *professioneller Pflege* und besondere Anforderungen in Bezug auf den Personenkreis Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* beschrieben, um weitere Erkenntnisse für den methodischen Zugang, die Bearbeitung der Fragestellung und Analyse ableiten zu können.

Nach der Pflegewissenschaftlerin V. Henderson (2008, S. 47f.) setzt *Pflege* immer dann ein, wenn ein Mensch übergangsweise oder dauerhaft nicht mehr in der Lage ist, Aktivitäten der persönlichen Selbstsorge und -pflege eigenständig durchzuführen. Ziel der *Pflege* ist, die Person über individuell abgestimmte Maßnahmen zu befähigen, ein Höchstmaß an körperlichem und psychischem Wohlbefinden sowie an selbstbestimmter Lebensführung wiederzuerlangen (ebd., S. 42, S. 47f.). Henderson (2008) bestimmt dabei die *Funktion der Pflege* wie folgt:

Die einzigartige Funktion der Pflege besteht darin, dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die er ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn er über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte. Sie leistet ihre Hilfe auf eine Weise, dass er seine Selbständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt.

(Henderson, 2008, S. 42)

Nach Henderson (2008) ist *Pflege* erforderlich, wenn die folgenden Aktivitäten nicht mehr autonom durchführbar sind:

- normal atmen
- ausreichend essen und trinken
- körperliche Abbauprodukte ausscheiden
- sich bewegen und an der Körperhaltung arbeiten
- schlafen und ruhen
- passende Kleidung aussuchen, sich an- und ausziehen
- durch entsprechende Bekleidung und Veränderungen der Umwelt die Körpertemperatur im Normalbereich halten
- den Körper reinigen, pflegen und die Haut schützen
- Selbstgefährdungen und Gefährdung anderer vermeiden, durch Äußerungen von Gefühlen Bedürfnissen Ängsten usw. mit anderen kommunizieren
- sich entsprechend einer Religion betätigen
- in einer Art und Weise arbeiten, die das Gefühl vermittelt, etwas Sinnvolles zu leisten
- spielen oder an Freizeitaktivitäten teilnehmen
- lernen entdecken oder die Neugier befriedigen, die eine normale Entwicklung und Gesundheit zur Folge hat
- die vorhandenen Gesundheitsvorsorgeeinrichtungen nutzen

(Henderson, 2008, S. 47)

Die angeführten Aspekte gehen weit über körpernahe und körperbezogene Verrichtungen und die Befriedigung der Grundbedürfnisse hinaus und umfassen auch Bereiche der sozialen Einbindung, Interaktion und Kommunikation sowie das Erfordernis, persönlich bedeutsamen, sinnerfüllenden und sinnstiftenden Aktivitäten nachkommen zu können. Mit ihren Überlegungen schaffte Henderson eine wegweisende Grundlage für die Entwicklung und Ausdifferenzierung eines theoriefundierten Verständnisses von *Pflege* - insbesondere in den USA -, deren Ansätze bis heute Gültigkeit haben (Schaeffer, Enderwitz, Steppe & Meleis, 2008, S. 39). Mit ihren Überlegungen nahm Henderson auch maßgeblich Einfluss auf die aktuelle

Definition von *Pflege* des *International Council of Nurses* [ICN], einem weltweiten Zusammenschluss aus über 130 Pflegeverbänden. Der ICN definiert *Pflege*:

Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles.

(International Council of Nurses, 2002, o. S.)

Das aufgezeigte Verständnis von *Pflege* spiegelt sich auch in der Bestimmung von *professioneller Pflege* im Rahmen des neuen *Pflegeberufgesetzes* [PflBG] vom 17.07.2017 wider, in dem die Ausbildungsziele, Aufgaben und Tätigkeitsfelder von Pflegefachkräften festgeschrieben sind. Gemäß Teil 2 Abschnitt 1 § 5 Abs. 2 des PflBG umfasst *professionelle Pflege* die nachstehenden Ziele und Aufgaben:

präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung.

(Teil 2 Abschnitt 1 § 5 Abs. 2 PflBG)

Nach der obigen Definition kommt *Pflege* eine wesentliche Funktion in den Bereichen der Gesundheitsförderung und (Krankheits-)Prävention sowie im Rahmen der Wiederherstellung von Gesundheit und der Rehabilitation zu. Dabei zielt sie auch auf den Erhalt und die Förderung einer selbstbestimmten Lebensführung des Individuums ab, was gleichzeitig mit dessen persönlichem Hintergrund, dessen Bedarfen und Bedürfnissen das Zentrum und den Ausgangspunkt des professionellen Handelns bildet. Eine weitere Aufgabe *professioneller Pflege* stellt hiernach die Begleitung sterbender Menschen und die palliative Versorgung dar.

Die Aufgaben der *professionellen Pflege* werden in dem PflBG nach Teil 2 Abschnitt 1 § 5 Abs. 3 in Maßnahmen, Prozesse und Interventionen unterteilt, die selbstständig und eigenverantwortlich oder nach ärztlicher Anordnung eigenständig durchzuführen sind. Eigenverantwortliche Aufgabenfelder umfassen u.a. - ausgehend von dem individuell festgestellten Pflegebedarf - die Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation von pflegebezogenen Maßnahmen und Prophylaxen, beratende und anleitende Tätigkeiten der zu pflegenden Person zum Erhalt und zur Förderung der Selbstpflege, Selbstsorge, der *Gesundheitskompetenz* und der selbstständigen Lebensführung unter Einbezug des sozialen Umfelds sowie die Beratung anderer an dem Pflegeprozess beteiligten Personen und Professionen (ebd.). Eigenständig auszuführende Tätigkeitsfelder nach ärztlicher Anordnung umfassen die Aus- und Weiterführung von medizinisch, therapeutisch und rehabilitativ indizierten Maßnahmen (ebd.).

Ein Aspekt, der in engem Zusammenhang mit *Pflege* bzw. *professioneller Pflege* steht, ist der im Zuge der Umsetzung des *Zweiten Pflegestärkungsgesetzes* [PSG II] am 01.01.2017 neu eingeführte sozialrechtlich verankerte Begriff der *Pflegebedürftigkeit* und die dazugehörige Einschätzungsgrundlage, das *Neue Begutachtungsassessment* [NBA] (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. [MDK] & GKV-Spitzenverband, 2021, S. 11f.). Der neue *Pflegebedürftigkeitsbegriff* beruht nach Wingenfeld (2014, S. 283) auf aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen sowie Perspektiven und eröffnet ein erweitertes Verständnis von *Pflege*. Nach § 14 Abs. 1 SGB XI – *Soziale Pflegeversicherung* wird der Begriff der *Pflegebedürftigkeit* wie folgt definiert:

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(§ 14 Abs. 1 SGB XI)

Der Fokus wird auf die Fähig- und Fertigkeiten sowie selbstständige Lebensführung des\*r Klient\*in gerichtet und es werden bedeutsame Bereiche aufgeführt, die weit über körpernahe Alltagsverrichtungen hinausgehen (Wingenfeld, 2014, S. 283). Die Feststellung der *Pflegebedürftigkeit*, des sogenannten *Pflegegrads*, mittels des NBA erfolgt anhand von fünf Einstufungen und wird von Gutachter\*innen des MDK durchgeführt (MDK & GKV, 2021, S. 14f., S. 64ff.). Die Ermittlung des *Grads der Pflegebedürftigkeit* erfolgt anhand der Einschätzung - abgebildet über Items - der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeit einer Person in unterschiedlichen Lebensbereichen, sogenannten Modulen, die in unterschiedlicher Gewichtung Berücksichtigung finden (ebd., S. 31f., S. 64). Die einzuschätzenden Dimensionen werden im § 14 - Abs. 2 - SGB XI folgendermaßen beschrieben:

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

- Mobilität
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

(§ 14 Abs. 2 SGB XI)

Zusätzlich beinhaltet das NBA Fragen zu besonderen Versorgungskonstellationen und Versorgungsbedarfen sowie zu den Bereichen *Außerhäusliche Aktivitäten* und *Haushaltsführung*. Diese Angaben finden bei der Ermittlung des Pflegegrades allerdings keine Berücksichtigung, sondern werden als Grundlage zur Beratung und Planung von



individuellen Unterstützungsangeboten im Zuge der Versorgung sowie der Inanspruchnahme weiterer sozialer Dienstleistungen herangezogen (MDS & GKV, 2021, S. 31). Es ist zu konstatieren, dass der neue *Pflegebedürftigkeitsbegriff* Grenzen aufweist, indem er ein rein sozialrechtliches Konstrukt darstellt und dem dazugehörigen Einsatz des NBA ausschließlich eine sozialrechtliche Funktion zukommt, leistungsrechtliche Ansprüche nach *SGB XI* abzubilden und entsprechend zu eröffnen (Rothgang, Hasseler & Fünfstück, 2015, S. 95; Wingenfeld, 2014, S. 285f.).

Klauß (2017, S. 87) stellt fest, dass *Pflege* einen elementaren Bestandteil von Gesundheit und somit eine wesentliche Voraussetzung für ein Höchstmaß an selbstbestimmter Lebensführung und gesellschaftlicher Teilhabe bildet. In Bezug auf den Personenkreis Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, insbesondere Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen, kommt einer bedarfs- und bedürfnisangemessenen *Pflege* daher eine existenzielle Bedeutung zu (ebd., S. 87f.). Nach Klauß (ebd., S. 94) benötigt die Zielgruppe grundsätzlich in den gleichen Bereichen *Pflege* wie Menschen ohne Behinderung. Es bestehen jedoch andererseits - wie in Kap. 2.4 und Kap. 3 im Detail skizziert - zielgruppenspezifische Bedarfe, z.B. eingeschränkte Möglichkeiten oder ausschließlich alternative Formen der Kommunikation, Multimorbidität und komplexe Bedarfskonstellationen, lebenslange oder frühzeitig einsetzende Gesundheits- und Pflegebedarfe sowie vielschichtig umweltbedingte Herausforderung und Barrieren in der Versorgung, die spezielle und gesonderte Anforderungen an die Durchführung auch von pflegerischen Maßnahmen stellen (ebd., S. 94-97; Schulze Höing, 2016, S.23f.). Schulze Höing (2016, S. 23f.) führt aus, dass im Rahmen der *Pflege* von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, insbesondere bei Personen mit komplexen Unterstützungsbedarfen, die durchgehend auf umfassende Assistenz angewiesen sind, ein langwieriger intensiver Beziehungsaufbau, personelle Kontinuität in der Begleitung sowie eine geschulte Beobachtungsgabe erforderlich sind, um die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse einordnen, verstehen und adäquat darauf eingehen zu können. Nach Schulze Höing (2016) sind in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (in *besonderen Wohnformen*) für diesen Personenkreis folgende Bereiche im Kontext von *Pflege* von besonderer Bedeutung:

Tabelle 8: Bedeutsame pflegerische Tätigkeiten und Prozesse in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (eigene Darstellung zit. nach Schulze Höing, 2016, S. 33ff.)

| Auf der Ebene der<br>grundpflegerischen Tätigkeiten und Prozesse   | Auf der Ebene der<br>behandlungspflegerischen Tätigkeiten und Prozesse   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Körper- und Hautpflege</li> <li>• Inkontinenzversorgung</li> <li>• Förderung der Harnkontinenz</li> <li>• Beratung zu und Umgang mit pflegerischen Hilfsmitteln</li> <li>• Hygienevorschriften zum Fremd- und Eigenschutz</li> <li>• Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</li> <li>• Umgang mit Sterben, Tod und Sterbebegleitung</li> <li>• Umgang mit multiresistenten Keimen</li> <li>• Umgang mit Dehydration</li> <li>• Prophylaxen, insbesondere in den Bereichen Dekubitus und Intertrigo, Sturz, Kontrakturen, Soor und Parotitis (Entzündungen im Mundraum), Aspiration, Pneumonie (Lungenentzündung), Thrombose (Blutgerinnsel), Obstipation (Verstopfung)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folgeerkrankung von und Ernährung bei Diabetes mellitus</li> <li>• Umgang mit Anfallserkrankungen</li> <li>• Umgang mit Verdauungsstörungen (z.B. Diarrhoe (Durchfall))</li> <li>• Umgang mit Pilzinfektionen</li> <li>• Umgang mit Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte)</li> <li>• Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln</li> <li>• Umgang mit und Fremdeinschätzung von Schmerzen</li> <li>• Umgang mit Schluckstörungen</li> <li>• Umgang mit Sonderernährung</li> <li>• Umgang mit chronischen Wunden</li> </ul> |
| <b>Ebene der pflegerischen Hilfeplanung und Dokumentation</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokolle zur Überwachung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr</li> <li>• Assessments zur Fremderfassung von Schmerzen ggf. auch zur Erfassung von Dekubitus- und Sturzrisikofaktoren</li> <li>• Sturzereignisprotokolle</li> <li>• Überwachungsprotokolle (z.B. Anfallskalender, Vitalzeichen)</li> </ul>   |  |

Das im Rahmen dieser Arbeit zugrunde gelegte Verständnis verortet *Pflege* und die dazugehörigen Ziele und Aufgaben als elementaren Bestandteil von Gesundheit, Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung und Prävention mit der Funktion, ein Höchstmaß an selbstbestimmter Lebensführung und Teilhabe zu eröffnen. Auf die zuvor beschriebenen Dimensionen, Bestimmungsstücke und konkreten Tätigkeitsfelder soll im Zuge des methodischen Zugangs sowie der Analyse zur Identifikation von Ressourcen und Barrieren im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe zurückgegriffen werden.

## 5.6 Herleitung eines vorläufigen integrativen multidimensionalen Bezugssystems: Menschen mit *geistiger Behinderung* im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe

Im Folgenden soll nun vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Erkenntnisse in Hinblick auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* (s. Kap. 3), das abgeleitete Erkenntnisinteresse, die formulierte Zielsetzung und Fragestellung dieser Arbeit (s. Kap. 4) und ausgehend von dem skizzierten theoretisch-methodischen Rahmen (s. Kap. 5.1 bis 5.5) eine vorläufige für den hiesigen Verwendungszusammenhang modifizierte Person-Umfeld-Analyse [PUA] vorgestellt werden. Die PUA soll ein multidimensionales Bezugssystem eröffnen und als Analyseinstrument dienen, den Lebensraum und darin bestehende relevante Wirkungsräume (hier auch synonym als „Lebensbereiche“ und „Dimensionen“ bezeichnet) im Kontext der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von

Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, die in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (seit 2020 sogenannte *besondere Wohnformen*) leben, zu visualisieren, bestehende Ressourcen und Barrieren ausgehend von der erfahrenen Versorgung sowie Hinweise auf Aus- und Wechselwirkungen auf Gesundheit und Teilhabe basierend auf der erhobenen Perspektive bzw. über die Annäherung an die soziale Wirklichkeit der befragten Personen zu ermitteln. Wie aus Abbildung 7 hervorgeht, wurden die folgenden Lebensbereiche in diesem Zusammenhang als bedeutsam identifiziert: „Wohneinrichtung“, „Gesundheitsversorgung“, „Familie und soziales Netz“, „Sicherheit und Schutz“, „Freizeitgestaltung“, „Arbeit und materielle Lebenssituation“, „Bildung“ und „Öffentlichkeit“.

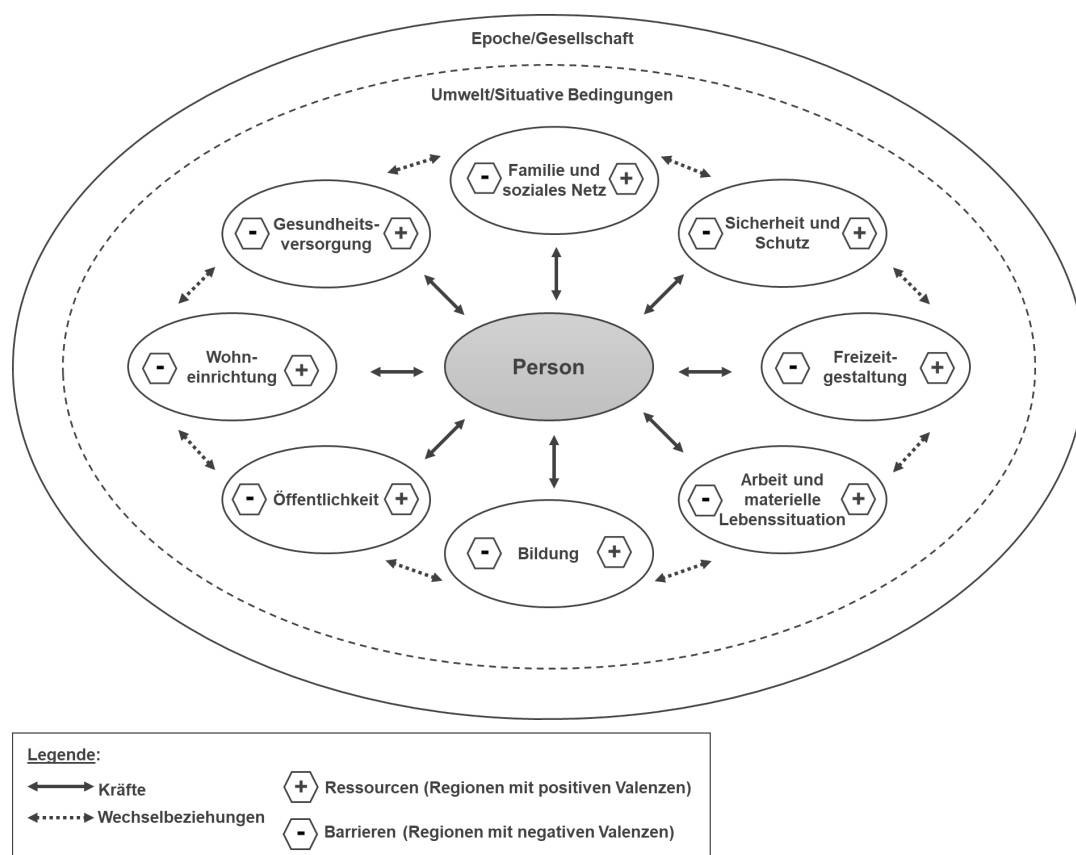


Abbildung 7: Vorläufig modifizierte Person-Umfeld-Analyse im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung (modifiziert nach Schulze, 2003, S. 207)

Die in Abbildung 7 präsentierte PUA stellt eine vorläufige Version dar, die ausgehend von der erhobenen Sicht der Interviewteilnehmenden und den daraus gewonnenen Erkenntnissen im Zuge des methodischen Vorgehens im Rahmen dieser Arbeit entsprechend ausdifferenziert und modifiziert werden soll (s. Kap. 7 und 8). Bei der Herleitung der relevanten Lebensbereiche fand eine Integration des aus der *Feldtheorie* nach K. Lewin abgeleiteten und weiterentwickelten Ansatzes der PUA, dem *Lebenslagen-Ansatz* zur Konzeptualisierung von *Teilhabe* - speziell in Anlehnung an die *Lebenslagendimensionen* des Bundesteilhabeberichtes (BMAS, 2021) - und des dieser Arbeit zugrunde gelegten Verständnisses von Gesundheit und Pflege - als elementarer

Bestandteil von Gesundheit - statt. Das abgeleitete Bezugssystem und die darin bestehenden Wirkungsräume gestalten sich daher wesentlich differenzierter als in der ursprünglichen PUA nach G. C. Schulze (s. Kap. 5.2). Die Komponenten der in Abbildung 7 visualisierten modifizierten PUA, d.h. des integrativen Ansatzes, sowie ein in dieser Arbeit zugrunde gelegtes Verständnis von Ressourcen und Barrieren sollen nachfolgend genauer dargelegt werden.

Gemäß der PUA (Kaiser, 2018, S. 41; Schulze & Wittrock, 2018, S. 31f.) bildet das handelnde Subjekt - s. Abbildung 7 „Person“ - eingebettet in seine lebensweltlichen Bezüge das Zentrum und den Ansatzpunkt der Analyse. In diesem Fall handelt es sich um den Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, der in einer stationären Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe (*besondere Wohnform*) lebt. Der äußere Rahmen wird gemäß der PUA durch die vorherrschende Epoche/Gesellschaft (Schulze & Wittrock, 2018; S. 25; Schulze & Wittrock, 2008, S. 224) und gemäß dem Modell der *Salutogenese* von A. Antonovsky und dem integrativen Ansatz von T. Faltermaier (u.a. Faltermaier, 2017, S. 78f., S. 203) durch den soziokulturellen und historischen Kontext gesetzt, die in wechselseitigem Prozess Einfluss auf die Herausbildung der gegenwärtigen Umwelt/der situativen Bedingungen sowie auf die Entwicklung des Individuums, dessen subjektive Bewertung und das daraus resultierende Verhalten nehmen und somit den Handlungsspielraum gemäß des *Lebenslagen-Ansatzes* (u.a. BMAS, 2021, S. 27f.; Engels, 2013, S. 615f.) ebenfalls mitbedingen. Das Individuum bildet mit seiner gegenwärtigen physischen und psychischen Konstitution, mit seinem objektiv und subjektiv bewerteten Gesundheitszustand, mit seinen äußeren Merkmalen, individuellen Fähig- und Fertigkeiten, Bedürfnissen und Zielen, subjektiven Wahrnehmung und daraus abgeleiteten Handlungen den zentralen Ausgangspunkt und eine wesentliche Bestimmungsgröße in dem wechselseitigen Zusammenspiel zwischen ihm und den gegebenen Wirkungsräumen (BMAS, 2021, S. 417ff.; Schulze, 2004, S. 181f.). Zudem nimmt es gemäß dem Modell der *Salutogenese* von A. Antonovsky und dem integrativen Ansatz von T. Faltermaier - ausgehend von den Konzepten des *Kohärenzgefühls*, der *Resilienz* und der *Gesundheitskompetenz* - über seine individuellen Gesundheitsvorstellungen und seinem daraus resultierenden Gesundheitshandeln eine bedeutsame Funktion im Bereich seiner Gesundheit und Gesunderhaltung ein (Faltermaier, 2017, S. 78ff., S. 202ff.).

Die einzelnen als relevant hergeleiteten Wirkungsräume werden im Sinne eines multidimensionalen Bezugssystems nicht isoliert betrachtet, sondern stehen in kontinuierlicher Wechselwirkung zueinander und werden gemäß der PUA aus der *Feldtheorie* übernommen durch die Vektoren  $\leftarrow\text{---}\rightarrow$  dargestellt (u.a. Schulze, 2004, S. 177f., 181 f.). Die darin eingebettete Person steht ihrerseits in dynamischer

Wechselbeziehung mit von den einzelnen Wirkungsräumen ausgehenden Kräften, die entsprechend der PUA, durch die Vektoren  $\longleftrightarrow$  dargestellt werden (ebd.).

In Anlehnung an den feldtheoretischen Ansatz der PUA untergliedern sich die Wirkungsräume in unterschiedliche psychische Felder und Handlungsfelder, die ausgehend von der Perspektive des Individuums mit positivem oder negativem Aufforderungscharakter besetzt sind, den sogenannten positiven und negativen Valenzen (Schulze & Wittrock, 2018, S. 23; Schulze, 2004, S. 178f.). Vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses und dem zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Rahmen werden Valenzen im Zuge dieser Arbeit als von der Person innerhalb eines Wirkungsraums wahrgenommene Ressourcen und Barrieren verstanden.

Ausgehend von dem in dieser Arbeit gewählten theoretisch-methodischen Bezugsrahmen werden Ressourcen als psychische und physische Förderfaktoren betrachtet, die das Individuum als positiv und bestärkend wahrnimmt, die Handlungsvoraussetzungen und Handlungsmöglichkeiten schaffen, zu einer erfolgreichen Bewältigung im Umgang mit einer Anforderung oder Herausforderung beitragen und sich schließlich förderlich auf die Gesundheit und Gesunderhaltung sowie Teilhabe auswirken. Hierzu gehören beispielsweise - im Sinne der allgemeinen *Widerstandsressourcen*, *Gesundheitsressourcen* und *Schutzfaktoren* (s. Kap. 5.4) - die *Selbstwirksamkeitsüberzeugung* des Individuums, individuelle Fähigkeiten und Stärken einer Person sowie im Sinne des *Kohärenzgefühls* (s. Kap. 5.4) Aspekte, mit denen Sinnstiftung und Sinnhaftigkeit verbunden sind, als positiv wahrgenommene soziale Beziehungen, Barrierefreiheit auf sämtlichen Ebenen, vorhandene formelle und informelle Unterstützungssysteme/Netzwerke, eröffnete sächliche und personelle Angebote sowie Leistungen und Zugänge.

Barrieren werden im Rahmen dieser Arbeit vor dem Hintergrund des zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Bezugsrahmens verstanden als von der Person negativ wahrgenommene, sich hemmend auswirkende Einflussfaktoren, umweltlich, gesellschaftlich, psychosozial bedingte sowie individuumsbezogene Stressoren und Risiken, hervorgerufene Handlungsbeschränkungen, die einer erfolgreichen Bewältigung einer An- oder Herausforderung des Individuums entgegenstehen, sich negativ auf die Gesundheit, Gesunderhaltung und Teilhabe auswirken. Sie umfassen z.B. aus Sicht des Individuums bestehende Einschränkungen, Hindernisse, Probleme oder Schwierigkeiten, negativ besetzte soziale Beziehungen, physische und/oder psychische Beeinträchtigungen einer Person, mangelnde Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, fehlende formelle und informelle

Unterstützungssysteme/Netzwerke, mangelnde sächliche und personelle Angebote sowie Leistungen und vorhandene Zugangsbarrieren.

Weiterhin sollen die Wirkungsräume und dazugehörigen Felder als vorläufiges multidimensionales Bezugssystem und Ausgangspunkt zur Analyse und Identifikation von wahrgenommenen Ressourcen, Barrieren sowie Aus- und Wechselwirkungen im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe aus Sicht des befragten Personenkreises genauer beschrieben werden.

Der Wirkungsraum „Wohneinrichtung“ umfasst eine Vielzahl an Kriterien der im Bundesteilhaberbericht (BMAS, 2021, S. 325ff.) zugrunde gelegten Dimension „Alltägliche Lebensführung“, wie z.B. die Bereiche häusliches Leben, alltägliche Aktivitäten und Selbstversorgung. In Bezug auf den in dieser Arbeit fokussierten Personenkreis werden diese Aspekte in besonderem Maße über die räumliche Lage sowie die bestehenden strukturellen und personellen Bedingungen innerhalb der jeweiligen Wohneinrichtung bestimmt (Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft [DHG], 2021, S. 80f.). Die gegebene Wohnsituation eröffnet oder beschränkt auch maßgeblich Handlungsmöglichkeiten und Handlungsvoraussetzungen für die dort lebenden Personen im Zuge ihrer alltäglichen Lebensführung und nimmt zudem maßgeblich Einfluss auf die Teilhabe in anderen Lebensbereichen in dem hier hergeleiteten multidimensionalen Bezugssystem (ebd.; Seifert, 2016c, S. 456ff.). Das Leben in stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (*besonderen Wohnformen*) findet fast ausschließlich in betreuten Wohngruppen statt. Somit befindet sich die Person unweigerlich innerhalb eines Geflechts aus sozialen Interaktionen mit Mitbewohnenden und den dort tätigen Professionen. Hier zeichnet sich bereits eine Überschneidung zu dem Wirkungsraum „Familie und soziales Netz“ ab. Abhängig von den individuellen gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfen der Person nehmen zudem Maßnahmen aus der Dimension „Gesundheitsversorgung“ Einzug in den Wohnbereich und werden dort eigenständig, mit Unterstützung oder ausschließlich durch die Mitarbeitenden des Wohnangebots durchgeführt. Im Sinne der Prämissen Selbstbestimmung und Empowerment nehmen zudem - wie in den anderen Wirkungsräumen auch - eröffnete Möglichkeiten zur aktiven Mitbestimmung und Mitgestaltung innerhalb des Wohn- und Lebensalltages eine wichtige Funktion ein (DHG, 2021, S. 19ff.).

Einen weiteren zentralen Wirkungsraum im Kontext Gesundheit, Pflege und Teilhabe bildet der Bereich „Gesundheitsversorgung“. Diese Dimension untergliedert sich in die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, die dazugehörigen Segmente und die darin tätigen Professionen aus den Bereichen der Kuration und Therapie, Rehabilitation, Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung (Hurrelmann et al., 2018, S. 29ff.; BMAS, 2021, S. 411ff.).

Determinanten sind u.a. Zugangsvoraussetzungen und -möglichkeiten zu Angeboten und Leistungen, das Überleitungsmanagement, Mitbestimmungs- und Wahlmöglichkeiten und der aktive Einbezug der Person im Zuge der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Wie angeführt, ist mit Bezug auf die Zielgruppe zu berücksichtigen, dass Maßnahmen und Interventionen aus den einzelnen Versorgungssegmenten oftmals Einzug in den Wirkungsraum „Wohneinrichtung“ nehmen und dort selbstständig und/oder von den dort tätigen Professionen fortgeführt werden.

Der Wirkungsraum „Familie und soziales Netz“ umfasst laut dem *Bundesteilhabebericht* (BMAS, 2021, S. 67) die Gesamtheit an sozialen Beziehungen. In Anlehnung an Faltermaier (2018a, S. 26) und den von ihm entwickelten integrativen Ansatz der *Salutogenese* haben als positiv erlebte Beziehungen einen maßgeblichen Einfluss auf den erfolgreichen Umgang mit Belastungen, An- und Herausforderungen und nehmen eine zentrale Funktion im Kontext von Gesundheit, Gesunderhaltung und Teilhabe ein. Dem engsten Familienkreis, Eltern und Geschwistern, kommt bei Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* eine besonders hervorgehobene Rolle zu, da sie in vielen Fällen über das Kindes- und Jugendalter hinaus weiterhin als zentrale Unterstützungssysteme fungieren (Burtscher, 2015, S. 18, 21ff.; Reich & Schäfers, 2021, S. 100f., S. 105f.). Diesbezüglich gilt zu berücksichtigen, inwieweit bestehende Beziehungen von der Person selbst als förderlich wahrgenommen werden. „Familie“ umfasst zudem das grundlegende Bedürfnis, eine eigene Partnerschaft eingehen zu können (BMAS, 2021, S. 69). Des Weiteren umfasst die Dimension „Familie und soziales Netz“ u.a. Verwandte, bestehende Freund- und Bekanntschaften, Kontakte zu Nachbar\*innen (BMAS, 2021, S. 67) sowie – mit Bezug zu der Zielgruppe – ggf. Mitbewohner\*innen, Mitarbeitende der Wohneinrichtung und Kolleg\*innen (s. Wirkungsräume „Wohneinrichtung“ und „Arbeit“).

Einen weiteren relevanten Wirkungsraum stellt die Dimension „Sicherheit und Schutz“ dar. Dieser Bereich beinhaltet in Anlehnung an den Bundesteilhabebericht (BMAS, 2021, S. 654) Aspekte zur Wahrung der Freiheits- und Persönlichkeitsrechte eines Menschen. Die hier verorteten Kriterien sind u.a. die rechtliche Betreuung, damit zusammenhängende Bestimmungen zur Einwilligungs- und Geschäftsfähigkeit und Wahrung des Selbstbestimmungsrechts, Schutz vor Fremdbestimmung, Schutz der persönlichen Privatsphäre, Aspekte wie körperliche und chemische freiheitsentziehende Maßnahmen, ärztliche Zwangsbehandlungen, Erfahrungen von psychischer und physischer Gewalt, das subjektive Gefühl von Sicherheit und Schutz und in diesen Zusammenhängen Zugänge und Möglichkeiten zu entsprechenden Unterstützungsangeboten und -systemen (BMAS, 2021, S. 646-649, S. 653f.). Es wird sich im Zuge der Analyse herausstellen, ob die Dimension „Sicherheit und Schutz“ in die

anderen Wirkungsräume integriert wird oder weiterhin als eigenständige Komponente bestehen bleibt.

Der Lebensbereich „Freizeitgestaltung“ umfasst gemäß dem Bundesteilhabebericht (BMAS, 2021, S. 612ff.) Wahrnehmungen und Chancen, die freie Zeit selbstbestimmt, sinnstiftend und sinnhaft zu gestalten und persönlich bedeutsamen Freizeitaktivitäten sowie körperlichen Aktivitäten nachzugehen. Zudem gehören zu dieser Dimension Aspekte wie Reisen sowie dem Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung nachkommen zu können (ebd.). Die angeführten Aspekte stehen in engem Zusammenhang mit Gesundheit und Gesunderhaltung. Eine Schlüsselrolle zur Eröffnung von zielgruppenspezifischen Freizeitangeboten nehmen sowohl die Einrichtungen der Behindertenhilfe - hier speziell die Wirkungsräume „Wohneinrichtung“ und „Arbeit“ - als auch allgemeine Dienstleister und Vereine der jeweiligen Städte und Kommunen ein (Markowetz, 2016, S. 461f.; S. 464f.).

Einen weiteren eruierten Wirkungsraum im Kontext Gesundheit, Pflege und Teilhabe der hiesigen Zielgruppe stellt die Dimension „Arbeit und materielle Lebenssituation“ dar. Mit Bezug auf den in dieser Arbeit fokussierten Personenkreis wird in der Regel ein Beschäftigungsverhältnis in einer *Werkstätte für behinderte Menschen* [WfbM] oder alternativ ein Angebot einer Tagesförderstätte wahrgenommen (Fornefeld, 2020, S. 157f.). In diesen Bereichen nehmen Vorgesetzte, Kolleg\*innen und Mitarbeitende der Einrichtung eine wesentliche Funktion ein. Zudem kommt in dieser Dimension den Aspekten eine bedeutende Rolle zu, inwieweit die nachgegangene Tätigkeit oder Aktivität als sinnstiftend erlebt wird und ob durch den Verdienst der persönliche Handlungsspielraum nicht als begrenzt wahrgenommen wird, sondern ein Gefühl von Sicherheit geschaffen werden kann (BMAS, 2021, S. 219). Im Zusammenhang mit der materiellen Lebenssituation und dem subjektiven Wohlbefinden einer Person nimmt nach Seifert (2016c, S. 455) im Sinne der Zielperspektive *Lebensqualität* zudem der persönliche Besitz eine zentrale Bedeutung ein.

Der Wirkungsraum „Bildung“ umfasst mit Bezug auf erwachsene Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* spezielle Angebote aus den Bereichen des *Lebenslangen Lernens* und der *Erwachsenenbildung* (BMAS, 2021, S. 188f.; Fornefeld, 2020, S. 152ff.; Theunissen, 2016b, S. 255ff.). Um den Personenkreis zu befähigen, aktiv und selbstbestimmt im Rahmen seiner Versorgung, Gesundheit und Gesunderhaltung einzutreten, sind - wie in Kap. 3.1 beschrieben - insbesondere zielgruppenspezifisch aufbereitete Bildungsangebote zu den Inhalten Prävention, Gesundheitsförderung, Psychoedukation und zum Auf- und Ausbau der Gesundheitskompetenz von zentraler Bedeutung (Rathmann & Dadaczynski, 2020, S. 14; Spaett, 2017, 249ff.). Als Bildungsorte für erwachsene Menschen mit *geistiger*



*Behinderung* fungieren neben externen Anbietern und Institutionen vor allem die Wohneinrichtungen selbst sowie die WfbM im Rahmen ihres Auftrages zur betrieblichen Gesundheitsförderung (Fornefeld, 2020, S. 153; Rathmann, Frings & Rüter, 2018, S. 136).

Der Lebensbereich „Öffentlichkeit“ umfasst vornehmlich Kriterien aus dem Bereich „Barrierefreiheit im öffentlichen Raum“ der im Bundesteilhabereport zugrunde gelegten Dimension „Alltägliche Lebensführung“ (BMAS, 2021, S. 348 - 351) sowie eng damit verzahnt Determinanten orientiert an dem Konzept der Sozialraumorientierung (DHG, 2021, S. 77 - 98). Der im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe relevante Wirkungsraum „Öffentlichkeit“ wird u.a. bestimmt durch die Aspekte Teilhabe am öffentlichen Leben und Gemeinwesen im unmittelbaren und mittelbaren Quartier, z.B. der Zugang zu und die Nutzung von kommunalen Strukturen, formellen und informellen Hilfs- und Unterstützungssystemen sowie die Inanspruchnahme von Leistungen, Zugangsmöglichkeiten zu Informations- und Kommunikationsstrukturen, öffentlichen Dienstleistungen, zum öffentlichem Nah- und Fernverkehr sowie bauliche Voraussetzungen (BMAS, 2021, S. 348 - 351, S. DHG, 2021, S. 77ff.).

Die im Bundesteilhabereport zugrunde gelegte Dimension „Politische und gesellschaftliche Teilhabe“ (BMAS, 2021, Kap. 11, S. 716 - 759) soll aufgrund der Schwerpunktsetzung und Fragestellung dieser Arbeit zunächst nicht als eigenständiger Wirkungsraum betrachtet werden, sondern im engeren Sinne in Form von damit zusammenhängenden bedeutsamen Aspekten wie Selbstvertretung, Ausübung des Wahlrechts, Formen der aktiven Mitbestimmung und Mitgestaltungsmöglichkeiten, um ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und Autonomie zu gewährleisten, in die anderen Wirkungsräume integriert werden.

Wie bereits formuliert, bilden das vorgestellte Bezugssystem, die dazugehörigen Wirkungsräume und Determinanten einen vorläufigen, eher grob skizzierten Rahmen. Die Dimensionen sollen für die Analyse wieder aufgegriffen (s. Kap. 6.2) und ausgehend von der Perspektive der befragten Zielgruppe modifiziert, ausdifferenziert und erweitert werden (s. Kap. 7 und 8).

## **6 Methodisches Vorgehen**

Da bisher - wie in Kap. 4 beschrieben - kaum systematisches Wissen aus Sicht von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* über ihre erfahrene gesundheitliche und pflegerische Versorgung vorliegt, wurde im Rahmen dieser Arbeit ein qualitativer Forschungszugang gewählt, um Erkenntnisse zur wahrgenommenen Versorgungssituation und Hinweise auf Ressourcen, Barrieren sowie Aus- und Wechselwirkungen aus Perspektive der Zielgruppe im Kontext von Gesundheit, Pflege

und Teilhabe zu explorieren. Zusammenfassend zielt die qualitative Sozialforschung darauf ab, subjektive Sichtweisen, soziale Wirklichkeiten sowie Sinn und Bedeutung des menschlichen Handelns zu rekonstruieren, zu deuten und fremdzuverstehen (Helfferrich, 2011, S. 21f.; Lamnek & Krell, 2016, S. 40, S. 328; Reichertz, 2019, S. 35f.). Zur sprachlichen Erfassung und Annäherung an subjektive Sinngestaltungen und Deutungsmuster kommt dem qualitativen Interview eine zentrale Funktion als methodischer Zugang zu (Helfferrich, 2011, S. 21; Lamnek & Krell, 2016, S. 330). Im Rahmen von qualitativen Interviews werden Daten in Form von „Abschriften verbaler Erzählungen oder Aussagen, die in einer Interviewsituation erzeugt wurden“ (Helfferrich, 2011, S. 24) erhoben. Für die Durchführung qualitativer Interviews nennt Helfferrich (ebd.) vier aufeinander bezogene zentrale Prinzipien:

1. Das Grundprinzip der *Kommunikation* bildet den zentralen Ausgangspunkt (ebd.). Die Annäherung an die soziale Wirklichkeit der befragten Person ergibt sich im und aus der eröffneten Kommunikations- und Interaktionssituation zwischen dem\*der Interviewten und Interviewenden (ebd., S. 24, S. 79f.).
2. Das Grundprinzip der *Offenheit*: Damit der\*die Interviewpartner\*in seine\*ihre soziale Wirklichkeit möglichst frei und uneingeschränkt darlegen und ausdifferenzieren kann, ist die Gestaltung des Erzählraums einerseits durch eine offene Haltung der interviewenden Person und andererseits durch die Offenheit der jeweils gewählten Methode ausschlaggebend (ebd., S. 24, S. 114f.)
3. Das Prinzip der *Fremdheit* ist eng verbunden mit dem Prinzip der *Offenheit* (ebd., 130ff.). Es beinhaltet die wechselseitige Akzeptanz und Anerkennung unterschiedlicher Sichtweisen aller innerhalb des geschaffenen Erzählraums beteiligten Akteur\*innen und insbesondere die Bereitschaft auf Seiten des\*der Interviewenden, das subjektive Bezugssystem des\*der Interviewten zu öffnen und zu erweitern (ebd., S. 24, S. 130ff.)
4. Ein weiteres grundlegendes Prinzip bildet die *Reflexivität*. Dieser Aspekt bezieht sich auf das Bewusstsein der interviewenden Person, dass sie bereits durch ihre Anwesenheit sowie durch ihre Vorannahmen und situativen Verstehensprozesse während der Interviewsituation und später im Zuge der Textverarbeitung und -analyse Einfluss auf die (Re-)Konstruktion von sozialer Wirklichkeit nimmt (ebd., S. 24, S. 157). Der\*Die Interviewende ist daher angehalten, seine\*ihre Rolle und eigenes Vorgehen stetig zu reflektieren, zu prüfen, ggf. anzupassen und zu verändern (ebd.).

In der praktischen Umsetzung findet sich abhängig vom Forschungsinteresse, der Fragestellung und dem Forschungsgegenstand eine Vielzahl an Interviewformen und Mischvarianten, bei denen die zuvor angeführten Prinzipien in unterschiedlicher Akzentuierung Umsetzung finden (Helfferrich, 2011, S. 35ff.; Kruse, 2015, S. 147, S.

204). Nach Kruse (2016, S. 147 - 203) stellt die nachstehende Auflistung eine - nach eigenen Aussagen selektive - Übersicht von in der Forschungspraxis gängigen Interviewformen dar:

- *Narratives Interview*
- *Problemzentriertes Interview*
- *Fokussiertes Interview*
- *Struktur-lege-Technik/Repertory-Grid-Verfahren*
- *Ethnographisches Interview*
- *Paarinterview*
- *Expert\*inneninterview*
- *Gruppendiskussionsverfahren*
- *Leitfadeninterview*

Wie aus der vorherigen Übersicht deutlich wird, beziehen sich die Bezeichnungen teils auf die verwendete Methode und teils auf die fokussierte Zielgruppe (Helfferrich, 2011, S. 35; 2019, S. 670). Zudem werden beispielsweise *problemzentrierte* und *fokussierte Interviews* und *Experteninterviews* auch anhand eines Leitfadens durchgeführt, die allerdings jeweils einer - abhängig vom Autor\*in - gesonderten Form und/oder Vorstrukturierung unterliegen (Helfferrich, 2011, S. 35ff.; Kruse, 2016, S. 153, S. 155f., S. 166f.). Im Rahmen dieser Arbeit wurde sich für die Entwicklung eines offenen leitfadengestützten Interviews entschieden, das zielgruppenspezifische Elemente berücksichtigt. Es ist keinem speziellen Format außer dem Oberbegriff *Leitfadeninterview* zuzuordnen bzw. unterzuordnen, wie noch genauer hergeleitet werden soll. Hiernach sollen der entwickelte Interviewleitfaden sowie dessen Durchführung beschrieben und das Vorgehen begründet werden. Im Anschluss werden die Aufbereitung und Verarbeitung der erhobenen Daten, die gewählte Auswertungsmethode und die einzelnen Analyseschritte vorgestellt und das methodische Vorgehen vor dem Hintergrund qualitativer Gütekriterien sowie forschungs- und wissenschaftsethischer Prämissen diskutiert.

## **6.1 Datenerhebung: Entwicklung und Durchführung eines zielgruppenspezifischen Interviewleitfadens**

Wie der Begriff impliziert, ermöglicht die gewählte Erhebungsmethode, das offene leitfadengestützte Interview, maximale Offenheit zur Entfaltung der sozialen Wirklichkeit der Interviewteilnehmenden und damit auch gleichzeitig offenen Zugang zur subjektiven Perspektive des befragten Personenkreises (Helfferrich, 2011, S. 179). In Bezug auf die Zielgruppe dieser Arbeit, Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, resümiert Buchner (2008, S. 521) auf Grundlage eigens durchgeführter Studien, dass sich offene

Interviewformate insbesondere aufgrund der durch die offene Struktur ermöglichten Flexibilität besonders bewährt haben. Hagen (2002, S. 299) und Niediek (2014, S. 101) gelangen in ihren Ausführungen zur Befragung des Personenkreises zu vergleichbaren Ergebnissen und schlagen ein Vorgehen in Anlehnung an das *problemzentrierte Interview* nach Witzel als qualitative Erhebungsmethode vor. Niediek (2014, S. 104) weist allerdings in diesem Zusammenhang darauf hin, dass insbesondere bei Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen mit keinem oder einem gering ausgeprägten Symbolverständnis und aktiven Wortschatz alternative Verfahren erforderlich sind, um Zugänge zur Lebenswirklichkeit zu schaffen. Eine allgemeine Problematik, die nach Kruse (2016, S. 153ff.) die Wahl und Durchführung eines *problemzentrierten Interviews* mit sich bringt, liegt in der durch den\*die Interviewende vorkonstruierten Problemstellung und den dadurch in dem Interaktions- und Kommunikationsprozess bestehenden Vorannahmen und indizierten Deutungsmustern, die die Ausdifferenzierung der subjektiven Sichtweise der Interviewteilnehmenden beeinflussen und beschränken können. Im Rahmen dieser Arbeit wurde sich daher für die Entwicklung einer losgelösten Interviewvariante entschieden, bei der der\*die Interviewende mittels des konzipierten Leitfadens als unterstützendes Element und zur eigenen Orientierung eine grundlegende Struktur für einen möglichst offen gestalteten Erzählraum zur Wissenskonstruktion schaffen kann, in dem die befragte Person mit ihren subjektiven Theorien Zentrum und Ausgangspunkt für den interaktiven Wirklichkeitskonstruktionsprozess bildet und die interviewende Person lediglich den Rahmen setzt.

Um einen möglichst differenzierten Einblick in die erfahrene gesundheitliche und pflegerische Versorgung, subjektive Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe zu erhalten sowie in einem weiteren Schritt wahrgenommene Ressourcen, Barrieren sowie Aus- und Wechselwirkungen im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe aufzudecken, wurden die folgenden vier inhaltlichen Schwerpunkte für den Interviewleitfaden hergeleitet:

- (1) Persönliche Erfahrung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung (ausgehend von in Kap. 5.4 und 5.5 grundlegenden gesundheits- und pflegerelevanten Tätigkeiten und Prozessen in der Wohneinrichtung, in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung sowie im Zuge des Überleitungsmanagements)
- (2) Eigene Wahrnehmung der Veränderung der persönlichen gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfe und daraus resultierende veränderte Bedürfnisse
- (3) Wahrgenommene Reaktionen der Außenwelt mit Blick auf die veränderten Bedürfnisse und Bedarfe (z.B. Mitarbeitende, Mitbewohnende, involvierte Gesundheitsprofessionen, sonstige Bezugspersonen)

#### (4) Wünsche in Bezug auf die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung und darüber hinaus

Der vollständige Interviewleitfaden befindet sich im Anhang C. Das genaue Vorgehen und die Auswahl der konkreten Inhalte werden in Kap. 6.1.3 skizziert.

Der Leitfaden dient als Gerüst und zur Impulssetzung, subjektive Sinnstrukturen der Interviewten zu den thematischen Schwerpunkten anzustoßen und hervorzubringen. Von den Interviewteilnehmenden inhaltlich darüber hinausgehend eingebrachte Gedanken und Themen wurden von der Interviewenden aufgenommen und der Erzählraum geschaffen, die eigenen Sinnstrukturen dazu darlegen zu können, geleitet von der Annahme, dass die Inhalte für die Person in diesem Kontext von Bedeutung sind.

Im Zuge des offenen leitfadengestützten Interviews wurden vornehmlich offene Fragen - wie erzählgenerierende, erzählfortführende sowie narrative Nachfragen - gestellt, um sich möglichst dezidiert den subjektiven Theorien der befragten Person anzunähern bzw. den Raum zu öffnen, dass der\*die Teilnehmende ihre\*seine Sicht differenziert darlegen kann (Kruse, 2016, S. 218; Niediek, 2014, S. 102). Schäfers (2008, S. 149) weist mit Bezugnahme auf Finlay & Lyons (2001, S. 320f.) darauf hin, dass die in der qualitativen Forschung angewandten Antwort- und Frageformate abstrakte Konstrukte darstellen und daher für den in dieser Arbeit fokussierten Personenkreis schwer bzw. nicht valide zu beantworten sind. Niediek (2016, o. S.) konstatiert ebenfalls, dass dem Personenkreis die umfassende Beantwortung offener Frageformate oftmals schwerfällt. Um dieser möglichen Barriere entgegenzuwirken und die Person zu befähigen, ihre Sicht angemessen ausdifferenzieren zu können, wird in diesem Zusammenhang von mehreren Autor\*innen (Buchner, 2008, S. 521f.; Cameron & Matthews, 2017, S.58f.; Hagen, 2002, S. 299f.; Keeley, 2015, S. 112; Niediek, 2014, S. 103f.; ebd., 2015, S. 3-6; Schäfers, 2008, S. 149f.) auf den Einsatz von visuellen Stimuli, z.B. Fotos und Piktogrammen, Skalen sowie *Leichter Sprache* als unterstützende Elemente verwiesen. Vor dem Hintergrund wurden diese Aspekte bei der Entwicklung des hiesigen Leitfadens integriert, wie noch genauer beschrieben werden soll.

In Bezug auf den Einsatz von *Leichter Sprache* im Zuge der Befragung von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* gilt nach Hagen (2002, S. 300) zu berücksichtigen, dass ein eingeschränkter aktiver Wortschatz nicht gleichzeitig Rückschlüsse auf den bestehenden passiven Wortschatz zulässt. Um die kommunikativen Kompetenzen des\*der Interviewten nicht vorab zu beschränken, soll daher der Sprachgebrauch sowie das Sprechtempo in den Interviewsituationen zunächst nicht reduziert, sondern nur wenn erforderlich entsprechend angepasst werden (ebd.). Des Weiteren weisen Buchner (2008, S. 522f.) und Niediek (2016, o. S.) darauf hin, dass

es sich zudem förderlich auswirkt, nach einer gestellten Frage ausreichend Zeit zur Beantwortung zu geben, um die Denk- und Konstruktionsprozesse der interviewten Person nicht zu unterbrechen. Sollte keine Antwort erfolgen, wird empfohlen, die Frage zunächst in anderem Wortlaut und ggf. in verkürzter Form zu stellen (ebd.). Auch diese Aspekte fanden bei der Interviewdurchführung Berücksichtigung.

Bei der Entwicklung des Interviewleitfadens wurde sich insbesondere an den Erkenntnissen und angewandten Methoden im Rahmen der sogenannten *Talking Mats* orientiert. Die *Talking Mats* sind speziell für Menschen mit angeborenen oder erworbenen kommunikativen Beeinträchtigungen und/oder *geistiger Behinderung* konzipiert und stellen einen visuell unterstützten Kommunikationsrahmen zur Verfügung, in dem die befragte Person mittels einer vorgefertigten Themenmatrix und dazugehörigen Symbolkarten durch die Zuordnung auf einer dreistufigen Skala Einschätzungen und Beurteilungen vornehmen kann (Murphy, Cameron & Boa, 2013, S. 4-9). Im Rahmen von explorativen Studien zu den *Talking Mats* (Murphy & Cameron, 2008, S. 237-340; Cameron & Matthews, 2017, S. 58f.) konnte nachgewiesen werden, dass der gezielte Einsatz von Piktogrammen sowie die Einschätzung auf einer dreistufigen Skala die Quantität und Qualität der Kommunikation der Teilnehmenden nachweislich steigert und sie befähigt, aktiver und dezidierter persönlich bedeutsame Inhalte mitzuteilen. Zwei zentrale Voraussetzungen für den Einsatz der *Talking Mats* sind ein vorhandenes Symbolverständnis sowie die Fähigkeit, verbal auf Mehrwortebene zu kommunizieren (Murphy et al., 2013, S. 12-15; Murphy & Cameron, 2008, S. 240). Zudem fanden Cameron & Matthews (2017, S. 60) zur inhaltlichen Abfolge des Interviews mit den *Talking Mats* heraus, dass es sich als wirksam für den Kommunikationsprozess erweist, zunächst mit konkreten Inhalten zu beginnen und im Anschluss abstraktere Gebiete zu thematisieren.

Der methodische Zugang über die *Talking Mats* wurde im Rahmen dieser Arbeit modifiziert. Die ausgewählten Piktogramme aus grundlegenden Bereichen von Gesundheit und Pflege basierend auf der theoretisch-methodischen Herleitung in Kap. 5.4 und 5.5. dienen während der Interviewdurchführung als Gesprächsimpulse, inhaltliche Ankerpunkte und Strukturierungs- und Erinnerungshilfen. Der Einsatz der Piktogramme und die Einschätzung auf einer dreistufigen Skala sollen bei den Interviewteilnehmenden Bezugspunkte eröffnen und eine differenzierte Auseinandersetzung und Darlegung der subjektiven Sichtweise über den jeweiligen Inhalt anstoßen. Um die Wirklichkeitskonstruktionen ausdifferenzieren zu können, werden nach jeder Einschätzung offene Fragen gestellt. Das konkrete Vorgehen sowie Details zu den gewählten Themen und Kategorien werden in Kap. 6.1.3 dargelegt.

Bei der Auswahl der Piktogramme wurde auf die in der Heil- und Sonderpädagogik gängigen Symbolsysteme der *Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V.* (Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013) sowie auf *METACOM* © *Annette Kitzinger* zurückgegriffen, um die Chance zu erhöhen, dass die Teilnehmenden bereits damit vertraut sind. Zudem sind die Symbole einfach strukturiert, sodass der Bedeutungsgehalt relativ eindeutig und somit der Interpretationsspielraum möglichst geringgehalten werden kann. Da der Einsatz der Piktogramme lediglich als Gesprächsimpuls dient, kann zudem der subjektive Bedeutungsgehalt über den Kommunikationsprozess abgeglichen werden.

### **6.1.1 Auswahl der Stichprobe und Feldzugang**

Da es sich um eine explorative Untersuchung handelte, wurden die Merkmale für die Stichprobenauswahl maximal offengehalten, sodass nur die folgenden Einschlusskriterien festgelegt wurden:

- Volljährigkeit
- Freiwilligkeit
- Wohndauer von mindestens einem Jahr in der aktuellen Wohneinrichtung

Ein Einschlusskriterium, welches sich aus der gewählten Erhebungsmethode ergibt, war die Voraussetzung der Teilnehmenden, aktiv verbal kommunizieren zu können (s. hierzu Kap. 6.1). Die Anzahl der Teilnehmenden wurde vorab nicht festgelegt, sondern stattdessen das *Prinzip der Saturierung* angestrebt (Helfferich, 2011, S. 174f.). Nach diesem Prinzip werden so lange Interviews geführt, bis keine grundlegend neuen Informationen aus dem Interviewmaterial mehr generiert werden können (ebd.). Die erhobenen Daten erheben lediglich den Anspruch, einen ersten „Status der Illustration“ (Helfferich, 2011, S. 172) darzustellen (s. hierzu auch Kap. 8.3 Limitationen dieser Studie).

Der Feldzugang wurde durch die Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem Projekt *Einschätzung gesundheitlicher und pflegerischer Bedarfe von Menschen mit geistigen und/oder mehrfachen Beeinträchtigungen in stationären und ambulanten Wohneinrichtungen in der Region Braunschweig - Entwicklung und Testung eines Einschätzungsinstrumentes [ElBeMeB]* an der *Fakultät Gesundheitswesen der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften* gegeben. Im Rahmen des Projektes bestanden Kooperationen mit mehreren Trägern der Eingliederungshilfe, speziell mit den Leitungen der Wohneinrichtungen für Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, im Großraum Braunschweig, Wolfsburg und Hannover. So wurde der Zugang zum Feld über die sogenannten *Türwächter (Gatekeeper)* vorgenommen, bei denen es sich um Schlüsselpersonen in den Einrichtungen handelt - in diesem Fall die

Ansprechpartner\*innen im Rahmen des Projektes -, die die Informationen an die Zielgruppe eines Forschungsprojektes weiterleiten (Helfferrich, 2011, S. 175). Zur Aufklärung und Entscheidungsfindung wurden Informationen zur Zielsetzung des Vorhabens, Kontaktdaten (Telefon und E-Mail-Adresse) der Forscherin, zur Datenanonymisierung, eine Einverständniserklärung und eine separate Widerrufserklärung in Anlehnung an *Leichte Sprache* unterstützt mit Piktogrammen an die *Gatekeeper* verschickt (s. Anhang A), sodass die Unterlagen an potenzielle Teilnehmende und ggf. die zuständige rechtliche Betreuung - für den Fall, dass eine Zustimmung erforderlich ist, da ein Einwilligungsvorbehalt seitens des Betreuungsgerichtes vorliegt - weitergeleitet. Es erfolgten drei telefonische Kontaktaufnahmen von Eltern, die als rechtliche Betreuung ihrer erwachsenen Kinder fungierten, um nähere Informationen zu dem Forschungsvorhaben einzuholen. Inwieweit bereits eine Vorauswahl der Interviewteilnehmenden durch die *Gatekeeper* vorgenommen wurde, z.B. indem die Information nur bestimmten Personen überhaupt eröffnet wurde, kann nicht beurteilt werden.

Sobald die unterschriebenen Einverständniserklärungen vorlagen, wurde ein Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) verschickt, um grundlegende demografische und gesundheitsbezogene Informationen über die Person zu erfassen. Des Weiteren wurden die Interessierten telefonisch kontaktiert und ein Interviewtermin vereinbart. Um für die befragten Personen in der Interviewsituation möglichst ein Gefühl der Sicherheit als Grundlage für einen weitgehend freien unbefangenen Kommunikations- und Interaktionsprozess zu erzeugen, wurde der Ort für das Interview von den Teilnehmenden bestimmt (Buchner, 2008, S. 520; Helfferrich, 2011, S. 177). In diesem Fall wählten alle Beteiligten ihre jeweilige Wohneinrichtung.

Wenn nicht anders gewünscht, sollte das Interview zudem ohne die Teilnahme weiterer Personen (z.B. Mitarbeitende der Wohngruppe, Bezugsbetreuende o.ä.) erfolgen, um der nachgewiesenen Tendenz des Personenkreises entgegenzuwirken, sozial oder in diesem Fall institutionell erwünscht zu antworten, sondern ihre subjektive Sichtweise möglichst frei entfalten zu können (Buchner, 2008, 517ff.; Hagen, 2002, S. 299).

### **6.1.2 Pretest**

Der entwickelte Interviewleitfaden wurde in Anlehnung an Kaiser (2014, S. 69f.) im Rahmen eines Pretests während drei Interviews erprobt und überprüft, ob die gewählten inhaltlichen Schwerpunkte, die Abfolge, die gewählten Fragen, Impulse, Piktogramme, symbolunterstützten dreigliedrigen Skalen und dazugehörigen Bewertungskriterien für die Teilnehmenden zugänglich, verständlich und praktisch handhabbar sind. Zudem



wurden die Testdurchläufe von der Interviewdurchführenden genutzt, das Vorgehen einzustudieren und Sicherheit im Ablauf zu erhalten (ebd.).

Für die Voruntersuchung wurden Interviewpartner\*innen gewählt, die der Zielgruppe der Hauptuntersuchung (s. Kap. 6.1.1) entsprachen (ebd., S. 70). Auf Grundlage des ersten Interviews wurden kleinere Veränderungen an der inhaltlichen Abfolge und dem Einsatz der Piktogramme vorgenommen. Es stellte sich heraus, dass sich anders als ursprünglich geplant drei separate Teppichfliesen als Vorlage zur zusätzlichen visuellen Untergliederung sowie Klettband auf der Rückseite der Symbolkarten zur besseren Befestigung als förderlich erwiesen.

### **6.1.3 Interviewdurchführung**

Nachfolgend soll das Vorgehen während der Interviewsituation vorgestellt werden. Der dazugehörige Interviewleitfaden findet sich in Anhang C.

Vor Beginn des tatsächlichen Interviews wurden nach dem Prinzip der *informierten Einwilligung* (s. hierzu auch Kap. 6.4) zunächst die Vorannahmen des\*r Interviewteilnehmenden mit der Zielsetzung des Forschungsvorhabens abgeglichen, auf die grundlegenden sozialwissenschaftlichen Prämissen Vertraulichkeit, Freiwilligkeit und Anonymität sowie auf die Widerrufserklärung hingewiesen, ggf. aufkommende Fragen geklärt und erneut die Zustimmung zur Teilnahme mündlich eingeholt (Friedrichs, 2019, S. 67f., S. 71ff.; Kruse, 2016, S. 270ff.).

Im Anschluss wurde hervorgehoben, dass es sich nicht um eine Testsituation handelt, es keine richtigen oder falschen Antworten gibt, sondern es ausschließlich um die Person und ihre Sichtweisen und Beurteilungen geht, um in Anlehnung an Hagen (2002, S. 301) dem Aufkommen von in der Regel negativ besetzten Begutachtungserfahrungen des Personenkreises vorzubeugen und stattdessen eine konstruktive und offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen.

Wie in Kap. 6.1 formuliert, wurden Themen, die während des Interviews von den Teilnehmenden selbst angesprochen werden, zu jeder Zeit aufgegriffen, basierend auf der Annahme, dass sie durch den Leitfaden inhaltlich geschaffenen Erzählraum für die Person von subjektiver Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit sind.

Die Interviews wurden mit Zustimmung der Interviewteilnehmenden mit einem Sprachrecorder (in Form einer MP3-Stereoaufnahme) aufgezeichnet, um auf Grundlage dessen später die Transkripte zu den Interviews anzufertigen (s. hierzu Kap 6.2).

### **Intervieweinstieg**

Für eine spätere Phase des Interviews wurden die Teilnehmenden vorab gebeten, ein aktuelles Foto von sich sowie eine Fotografie, die sie mit ca. 18 bis 20 Jahren zeigt,

mitzubringen. In Anlehnung an Hagen (2002, S. 299) wurden diese Fotografien auch für den Gesprächseinstieg genutzt, um den Fokus auf die Lebenswelt der befragten Personen zu richten sowie Aufregung und Unsicherheit zu reduzieren, um eine möglichst unbefangene Kommunikationssituation zu gestalten. Die Person wurde mittels narrativer Fragen und erzählgenerierender Nachfragen gebeten, über die ausgewählten Bilder zu berichten.

### **Schwerpunkt: Erfahrene gesundheitliche und pflegerische Versorgung**

Den ersten inhaltlichen Schwerpunkt des Leitfadens bildeten die persönlichen Erfahrungen im Zuge der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in der Wohneinrichtung sowie im ambulanten und stationären Gesundheitssektor. Um einen Einblick in diesen Themenkomplex aus Sicht der befragten Person zu erhalten, kamen als erster Impuls Piktogramme aus grundlegenden gesundheits- und pflegerelevanten Bereichen - abgeleitet aus den Erkenntnissen in Kap. 5.4 und 5.5 - zum Einsatz. Wie in Abbildung 8 auszugsweise dargestellt, handelte es sich um die folgenden Aufgaben- und Tätigkeitsfelder:

- aufstehen
- waschen/duschen
- Zähne putzen
- an- und ausziehen
- Toilettengänge
- rasieren
- kämmen
- essen und trinken
- Umgang mit der Einnahme von Medikamenten
- Umgang mit Verbandmaterial, Pflastern etc.
- Arztbesuche
- Zahnarztbesuche
- Krankenhausaufenthalte
- Umgang mit Schmerz



Abbildung 8: Schwerpunkt - Erfahrene gesundheitliche und pflegerische Versorgung - verwendete Skalierung und Piktogramme (nachgestellt; Foto von Autorin; Symbole von Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V. (Illustrator Stefan Albers, Atelier Fleetinsel, 2013) und METACOM © Annette Kitzinger)

Die Person wurde zunächst jeweils um ihre Einschätzung gebeten. Dafür sollten die Piktogramme (s. Abbildung 8) einer symbolgestützten dreistufigen Skala, untergliedert in die Kategorien *selbstständig*, *mit teilweiser Unterstützung* und *mit umfassender Unterstützung* zugeordnet werden.

Nach Niediek (2016, o. S.) wirkt sich ein direkter Bezug zu einer Bildkarte förderlich auf die Beantwortung offener Frageformate aus. Daher wurden nach jeder vorgenommenen Einschätzung offene Fragen zum jeweiligen Inhalt gestellt, damit der Interviewpartner\*in seine\*ihre subjektive Perspektive möglichst differenziert darlegen kann. Die Person wurde erneut gebeten, erlebte Situationen in Bezug auf die dargestellte Tätigkeit/Aufgabe zu benennen. Über die Nachfragen, wie z.B. „Woran merken Sie, dass Sie ...?“ und „Woran merken Sie das noch?“, soll angestoßen werden, die eigene Wahrnehmung und Bewertung der jeweiligen Situation dezidiert darzulegen.

### **Schwerpunkt: Wahrgenommene Veränderung der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse**

Der zweite Schwerpunkt der Befragung lag auf der persönlichen Einschätzung der eigenen physischen, kognitiven und psychischen Konstitution, deren Veränderungen im Zuge des Älterwerdens und damit einhergehend ggf. wahrgenommenen Veränderungen der gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfe und Bedürfnisse. Wie Abbildung 9 zeigt, wurden die Teilnehmenden gebeten, jeweils eine Beurteilung zu zwei Zeitpunkten im Leben vorzunehmen, um davon ausgehend Veränderungen in den zuvor genannten Bereichen zu eruieren und auszudifferenzieren. Zur zeitlichen Verortung und Förderung der Erinnerung und Assoziation wurde in Anlehnung an das methodische Vorgehen im Rahmen der *Biographiearbeit* nach Lindmeier (2013b, S. 32-35, S. 73-100) auf die erwähnten Fotografien zurückgegriffen. Die zwei zeitlichen Bezugspunkte, visuell und

gedanklich gestützt durch die verwendeten Fotografien, sollten dazu dienen, reflexiv Unterschiede dezidierter herausarbeiten zu können.

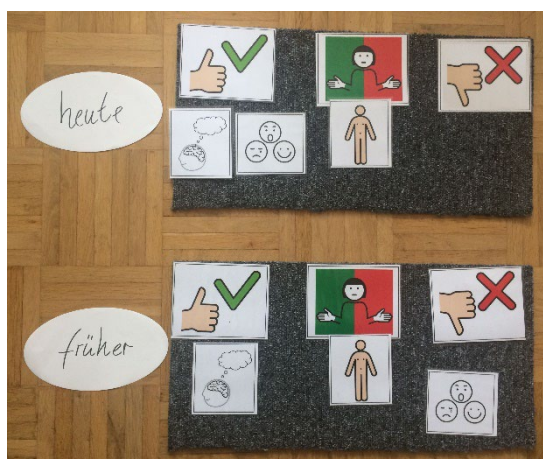


Abbildung 9: Schwerpunkt - Wahrgenommene Veränderungen der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse - verwendete Skalierung und Piktogramme (nachgestellt; Foto von Autorin; alle Symbole von METACOM © Annette Kitzinger)

Wie aus Abbildung 9 hervorgeht, wurde die Einschätzung mit Hilfe der dreistufigen Skala anhand der symbolgestützten Bewertungskriterien *gut*, *mittel* und *schlecht* vorgenommen. Die Einschätzung diente erneut als erster Stimulus, um anknüpfend mittels offener Fragen, z.B. „Woran merken Sie, dass ...?“, „Woran merken Sie das noch?“, der Bitte um die Benennung konkreter Beispiele, Impulse zu schaffen, wahrgenommene Veränderungen und ggf. daraus resultierende veränderte Bedürfnis- und Bedarfslagen detailliert darzulegen.

Standen keine Fotos zur Verfügung, wurden die Teilnehmenden stattdessen mit Hilfe von narrativen Fragen und erzählgenerierenden Nachfragen gebeten, von ihrem letzten Schulbesuchsjahr - in der Regel in der Abschlussstufe der Förderschule mit dem Schwerpunkt *Geistige Entwicklung* - oder über ihren Berufseinstieg zu berichten, um an den angestoßenen Assoziationen ansetzend eine Einschätzung vornehmen zu können.

### **Schwerpunkt: Wahrgenommene Reaktionen und Auswirkungen der Außenwelt auf veränderte Bedarfe und Bedürfnisse**

Den dritten inhaltlichen Schwerpunkt des Leitfadens bildeten die aus Sicht der Person wahrgenommenen Reaktionen der Außenwelt mit Bezug auf die zuvor geschilderten veränderten Bedürfnisse und Bedarfe. Hierbei wurden in den Förder-, Pflege- und Gesundheitsversorgungsprozess potenzielle oder während der Interviewsituation genannte involvierte Personen und Professionen herangezogen, z.B. Bezugsbetreuende, Mitarbeitende und Bewohnende der Wohneinrichtung, zuständige Gesundheitsprofessionen (haus- und fachärztliche Personen, Therapeut\*innen etc.), ggf. die Eltern, Geschwister oder die rechtliche Betreuung.

Intendiert wurde während dieser Interviewsequenz, Kommunikationsimpulse zu setzen und ein Gesprächssetting zu schaffen, um darlegen zu können, ob aus Sicht der\*des Interviewten in ihrem\*seinem Lebensumfeld relevante Personen die für sie\*ihn persönlich bedeutsamen Veränderungen bemerkt haben. Wenn ja, welche beobachtbaren Reaktionen erfolgten und welche wahrgenommenen Auswirkungen diese auf die eigene Lebenssituation hatten. Die Teilnehmenden wurden jeweils gebeten, konkrete Beispiele zu benennen. Die Ausdifferenzierung der subjektiven Perspektive sollte durch offene erzählgenerierende Fragen, zirkuläre Fragen und narrative Nachfragen, z.B. „Sie haben vorhin von [Herrn/Frau xy] gesprochen. Woran merkt er\*sie, dass Sie [genannte Veränderung benennen]?“, „Woran merkt er\*sie das noch?“, „Was hat sich dadurch bei Ihnen verändert?“, „Was hat sich dadurch noch verändert?“ etc., angestoßen werden.

### **Schwerpunkt: Wünsche bezüglich der erfahrenen Versorgungssituation und darüber hinaus**

Der letzte inhaltliche Schwerpunkt des Interviewleitfadens lag auf den persönlichen Wünschen der interviewten Person bezüglich der erfahrenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in der Wohneinrichtung sowie in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Als Ansatzpunkt wurden zunächst die vorgenommenen Einschätzungen und dazugehörigen Symbolkarten herangezogen (s. Abbildung 8), um davon ausgehend Verbesserungsvorschläge und Perspektiven herauszuarbeiten, eingeleitet durch die Frage „Wenn Sie sich noch einmal Ihre Einschätzung anschauen, wobei wünschen Sie sich mehr Unterstützung?“. Mittels offener Fragen und der Bitte um Nennung konkreter Beispiele sollte angestoßen werden, subjektiv bedeutsame Aspekte, Wünsche und Bedürfnisse zu benennen und dezidiert darzulegen.

Um das Prinzip der Offenheit auch hier zu wahren und ggf. aufgekommene Sinnstrukturen und Assoziationen hervorzubringen, wurde im Anschluss der Gesprächsraum geöffnet, um auch Wünsche und Bedürfnisse darüber hinausgehend formulieren zu können. Um vorhandene Gedanken und Ideen nicht zu beschränken, wurden keine weiteren Piktogramme aus unterschiedlichen Lebensbereichen zur Verfügung gestellt. Die genannten Inhalte wurden von der Person selbst oder von der Interviewenden auf Moderationskarten notiert und auf Wunsch zusätzlich mit einfachen handschriftlich angefertigten Symbolen versehen.

Zum Abschluss wurde zunächst gefragt, ob die interviewte Person noch etwas hätte, was sie gerne erzählen möchte, z.B. aktuell bestehende Gedanken und Ideen, die ihr wichtig erscheinen, die sie gerade noch beschäftigen. Im Anschluss bedankte sich die Interviewende, dass sich die Person die Zeit für das Interview genommen hat und

erläuterte noch einmal kurz, was als Nächstes mit den Audioaufnahmen geschieht. Es wurde ein weiteres Mal auf die grundlegenden Aspekte, wie z.B. Datenschutzbestimmung, Wahrung der Anonymität, die Möglichkeit des Widerrufs sowie auf die Kontaktmöglichkeiten und -daten hingewiesen. Als formaler Abschluss wurde die Einwilligungserklärung von beiden Teilnehmenden erneut unterschrieben.

Direkt im Anschluss an das Interview wurden von der Interviewenden in Anlehnung an Kruse (2016, S. 277f.) im Sinne eines *Postskripts* die zugeordnete Interviewnummer, Datum, Uhrzeit und Dauer der Befragung auf einem Protokollbogen notiert sowie ggf. Besonderheiten während der Interviewdurchführung, z.B. zur Gesprächsatmosphäre, Befindlichkeit der Teilnehmenden, zum Verlauf, zu speziellen Themen oder Störungen, stichpunktartig festgehalten (s. Anhang D).<sup>5</sup>

## 6.2 Datenauswertung: Transkription und Auswertungsvorgehen

Insgesamt konnten im Rahmen der Hauptuntersuchung (Zeitraum: Juli 2017 bis November 2018) 19 Interviews durchgeführt werden. Um die Datenauswertung vornehmen zu können, wurden die Audioaufzeichnungen der Interviews zunächst verschriftlich, d.h. *transkribiert*. Über die Transkription wird nach Kruse das Ziel verfolgt „Audio-Daten in eine Form zu überführen, die eine zeitlich entlastende sowie methodisch systematische und umfassende Auswertungsarbeit ermöglicht.“ (Kruse, 2016, S. 341). Durch die Transkription findet eine Übertragung der innerhalb des Kommunikations- und Interaktionsprozesses angestoßenen verbalen Äußerungen und Erzählungen in schriftlicher Form statt (Helfferich, 2011, S. 24; Kuckartz, 2018, S. 166f.). Bei diesem Prozess gehen unweigerlich - abhängig von den gewählten Transkriptionsregeln - mehr oder weniger stark bedeutsame Informationen verloren und findet in gewisser Hinsicht eine Verfälschung des Bedeutungsgehalts und der Bedeutungskonstruktionen der gesammelten verbalen Daten statt (Kruse, 2016, S. 341-345; Kuckartz, 2018, S. 166f.). Trotz dieser Problematik wurde sich vor dem Hintergrund des in dieser Arbeit geleiteten Erkenntnisinteresses, der gewählten Analysemethode und zudem aus pragmatischen Gründen für eine auf den Inhalt bezogene Verschriftlichung anhand eines einfachen Transkriptionssystems entschieden (Kruse, 2016, S. 344; Kuckartz, 2018, S. 167). Die Transkripte wurden computergestützt mit der Software *f4transkript* in Anlehnung an die *Transkriptionsregeln für die computergestützte Auswertung* nach Kuckartz (2018, S. 167f.) erstellt. Die Regeln lauten:

---

<sup>5</sup> Die seitens der interviewten Personen vorgenommenen Bewertungen mittels der gelegten Piktogramme auf der dreistufigen Skala dienten als erster Impuls, differenziert eine sprachliche Einschätzung vorzunehmen. Für die spätere Interviewauswertung wurden nur die getätigten verbalen Äußerungen der Teilnehmenden einbezogen. Die Fotos der vorgenommenen Zuordnungen der Piktogramme auf der dreistufigen Skala sind in der MAXQDA-Arbeitsdatei den dazugehörigen Interviewtranskripten als Dokument-Memos hinterlegt (s. USB-Stick → Anhang H).

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mittranskribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. [...] Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. [...]
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmung bzw. bestätigende Lautäußerung der Interviewer (mmh, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Personen nicht unterbrechen. [Eine Ausnahme wurde bei „Mhm“ als bejahende Lautäußerung vorgenommen.]
7. Einwürfe der jeweils anderen Personen werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Personen, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Personen werden durch ein „I.:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z.B. „B4“, gekennzeichnet.
10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste - also einer Leerzeile zwischen den Sprechern - deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z.B. (Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z.B. ((lacht)), ((stöhnt)) und ähnliches.
13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht.
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

(Kuckartz, 2016, S. 167f.)

Nach Vorliegen der Abschriften wurde ein weiterer Abgleich mit der dazugehörigen Audiodatei vorgenommen, der Text nochmals Korrektur gelesen und Textpassagen, die Informationen und Rückschlüsse auf die Interviewteilnehmenden und Dritte erlauben, anonymisiert, z.B. - NAME\_MITARBEITER/IN -, - NAME\_ORT -, - DATUM - (Kuckartz, 2016, S. 171f.). Wurden mehrere Orte, Namen etc. genannt, wurden sie ggf. zusätzlich mit Buchstaben versehen, z.B. - NAME\_ORT\_a -, um eine Zuordnung gewährleisten und Sinnzusammenhänge herstellen zu können (ebd.).

### **6.2.1 Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz**

Als eine gängige Auswertungsmethode für erhobene Daten mittels offener Frageformate bietet sich die *qualitative Inhaltsanalyse* an (Züll & Menold, 2019, S. 858; Mayring & Fenzl, 2019, S. 633; Kuckartz & Rädiker, 2019, S. 452f.).

Unter dem Begriff der *qualitativen Inhaltsanalyse* (englisch: *Qualitative Content Analysis* oder nur *Content Analysis*) sammeln sich eine Vielzahl von Verfahren mit variierender Vorgehensweise, Fundierung und Schwerpunktsetzung zur Auswertung von qualitativ erhobenem Kommunikationsmaterial, das in Textform überführt wurde (Schreier, 2014, S. 2f.; Kuckartz, 2018, S. 26f.; Mayring & Fenzl, 2019, S. 633 ff.). Zusammenfassend ist die *qualitative Inhaltsanalyse* nach Mayring (2015, S. 49-54), Kuckartz (2018, S. 26f., 48-53) und Schreier (2014, S. 2ff.) - drei im deutschsprachigen Raum bekannten Vertreter\*innen dieser Auswertungsmethode mit unterschiedlicher Ausformung - gekennzeichnet durch ein kategorien- und regelgeleitetes Vorgehen, das darauf abzielt, verbales Datenmaterial unter Wahrung wissenschaftlicher Gütekriterien nicht nur in Bezug auf den reinen Inhalt, sondern auch bezüglich der enthaltenen latenten

Sinnstrukturen in Textsegmente bzw. Kontexteinheiten zu untergliedern, vor dem Hintergrund der Forschungsfrage systematisch zu ordnen, zu komprimieren, verstehbar zu machen und zu interpretieren. Der Analyseprozess folgt je nach Forschungsschwerpunkt und Ausrichtung bestimmten Ablaufschemata unter Verwendung verschiedener qualitativer Techniken zur systematischen Interpretation (ebd.). Die Entwicklung und Definition eines Kategoriensystems erfolgt prozessbegleitend, wobei unterschiedlich stark deduktiv, d.h. vorab aus der zugrunde gelegten Theorie hergeleitet, und/oder induktiv, d.h. direkt aus dem Material heraus, Kategorien (Haupt- und/oder Subkategorien) abgeleitet werden (Kuckartz, 2018, S. 38ff., 63ff., 95f.; Mayring, 2015, S. 68, 85ff.). Des Weiteren lässt die *qualitative Inhaltsanalyse* grundsätzlich auch die Quantifizierung von qualitativ erhobenen Daten zu (Kuckartz, 2018, S. 53f.; Mayring, 2015, S. 53). Die eruierten Ergebnisse bedürfen allerdings einer besonders kritischen Reflexion bezüglich ihrer Aussagekraft (ebd.).

Schreier (2014, S. 2, 6) konstatiert, dass die von Mayring (2010) beschriebene *qualitative Inhaltsanalyse* im Vergleich zu Kuckartz' Auslegung (2012) ein deutlich stärker theoriegeleitetes Vorgehen vorsieht, wohingegen Kuckartz - wie auch Schreier selbst - die Gewichtung eher auf die induktive Kategorienbildung legt. Um im Rahmen dieser Arbeit dem Prinzip der Offenheit auch im Zuge der Auswertung der geführten Interviews besser Rechnung tragen zu können, wurde sich daher für ein Verfahren nach Kuckartz, speziell für die *inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse* (Kuckartz, 2018, S. 97-121), entschieden. Diese Analysevariante ermöglicht ein individuell abgestimmtes Vorgehen, welches abhängig von dem bereits vorliegenden Wissen, dem Erkenntnisinteresse und dem gewählten Zugang eines Forschungsvorhabens das gesamte Spektrum von einer ausschließlich deduktiven bis hin zu einer vollständig induktiven Entwicklung eines Kategoriensystems zulässt (Kuckartz, 2018, S. 97). Vor diesem Hintergrund eröffnet die *inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse* nach Kuckartz (2018) auch einen sehr offenen und explorierenden Zugang zu den während der Interviewsituation getätigten verbalen Äußerungen und so in Ansätzen eine Annäherung an die sozialen Wirklichkeitskonstruktionen der Interviewteilnehmenden, deren Perspektive im Zentrum dieser Arbeit steht.

Die Datenauswertung der geführten Interviews fand computergestützt statt. Die in Form von *Word*-Dokumenten vorliegenden und aufbereiteten Interviewtranskripte wurden dafür in die Analysesoftware *MAXQDA 2020* importiert. Durch den Import wurden den in den Dokumenten vorhandenen Textabschnitten (Wechsel zwischen der interviewenden und interviewten Person) automatisch fortlaufende Absatznummern zugeordnet, die später im Rahmen der Ergebnispräsentation (s. Kap. 7) zum Zitieren der Interviewteilnehmenden als Quellenangaben genutzt wurden (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 28). Die wiederum aus der Software exportierten Transkripte mit den dazugehörigen



Absatznummern finden sich im Anhang I (s. USB-Stick). Das methodische Vorgehen soll anhand des in Abbildung 10 visualisierten Ablaufschemas der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Kuckartz (2018, S. 97 - 121) genauer beschrieben werden.

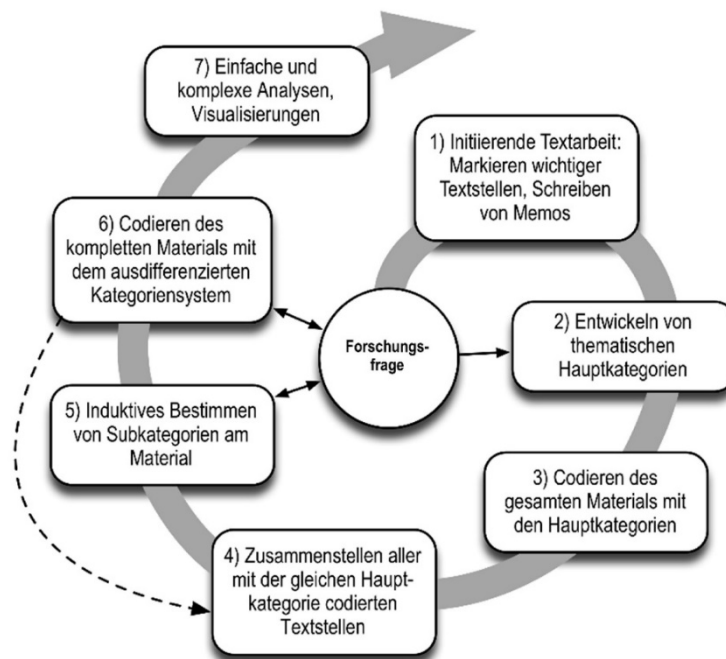


Abbildung 10: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018, S. 100)

Die Phasen eins bis sechs wurden nicht idealtypisch - wie in Abbildung 10 dargestellt - nacheinander, sondern zum Teil parallel und reflexiv durchgeführt (s. hierzu auch Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 9). Im Zuge der *initiierenden Textarbeit* (s. Abbildung 10 → Analyseschritt 1) wurden die Transkripte - beginnend mit dem ersten Interview - sorgfältig gelesen, exploriert und Textstellen vor dem Hintergrund des in Kap. 4 formulierten Erkenntnisinteresses dieser Studie und darüber hinausgehende zentrale Themen der Interviewten markiert (Kuckartz, 2018, S. 56ff., S. 101). Bei der codierenden Person aufkommende Gedanken, Ideen und Fragen sowie Annahmen über mögliche Sinngemebungen und latente Sinnstrukturen wurden in Form von *In-Dokument-Memos* (Rädiker & Kuckartz, 2019, S. 54f.) schriftlich festgehalten und den dazugehörigen Textsegmenten (Sinneinheiten) ähnlich der Funktion eines *Post-it* angehängt. Die Arbeit mit den *Memos* (in Form von *Dokument-Memos*, *In-Dokument-Memos* und *Code-Memos*) wurde während des gesamten Analyseprozesses fortgeführt. *Memos* wurden verworfen, überarbeitet und neu erstellt.

Die während der ersten Phase der Analyse vorgesehenen *Fallzusammenfassungen* (Kuckartz, 2018, S. 58-62, 101), in denen auf den Einzelfall bezogen bereits wesentliche Aspekte im Kontext des Erkenntnisinteresses stichwortartig oder in Fließtextform summiert werden, wurden erst im Rahmen der später vorgestellten tabellarischen

Einzelfallübersichten (s. Anhang F) nach der detaillierten Analyse des Datenmaterials vorgenommen. Für diese Entscheidung waren mehrere Faktoren ausschlaggebend. Da bisher wenig systematisches Wissen aus Sicht der Zielgruppe vorliegt (s. Kap. 4), wurde die Stichprobenauswahl - wie in Kap. 6.1.1 beschrieben - maximal offengehalten. Die Studie dient primär, einen ersten explorierenden Einblick in das Feld zu eruieren. Daher wurde zu diesem Zeitpunkt der Analyse noch nicht fallorientiert, sondern lediglich kategorienorientiert vorgegangen. Zudem ergaben sich während dieses Arbeitsschrittes noch keine kontrastierenden Fälle, die einer näheren Betrachtung bedurften. Stattdessen wurden zu Beginn lediglich den in *MAXQDA* importierten Interviewdokumenten *Dokumenten-Memos* mit den zusammengefassten Informationen aus den verwendeten Datenerhebungsbögen (s. Kap 6.1.1 und Anhang B) und den erstellten Postskripten (s. Kap. 6.1.3 und Anhang D) angeheftet und - wie zuvor skizziert - mit *In-Dokument-Memos* gearbeitet.

Außerdem wurden von Beginn an Sinneinheiten, in der Regel längere Textpassagen, in den Transkripten mit vorab entwickelten *A-priori-Kategorien* (Kuckartz, 2018, S. 64f.) - in diesem Fall den vorläufigen Hauptkategorien - codiert. Die *A-priori-Kategorien* wurden basierend auf dem in Kap. 5.6 aus dem in dieser Arbeit zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Bezugsrahmen hergeleiteten multidimensionalen Bezugssystem, speziell aus den definierten Wirkungsräumen, generiert, wie in Abbildung 11 dargestellt.

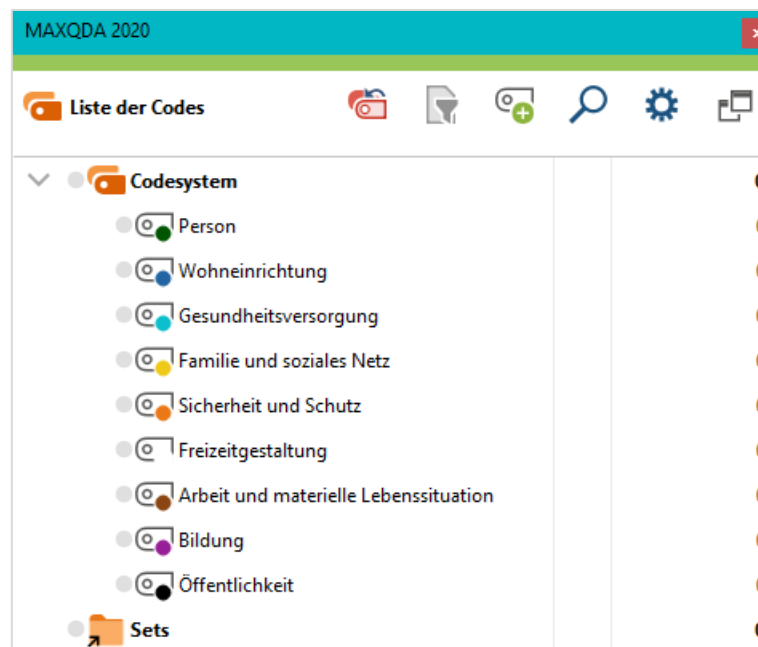


Abbildung 11: Interviewanalyseprozess: Vorläufige a-Priori-Kategorien (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei)

Im Zuge des reflexiven wechselseitigen Analyseprozesses, der *initiierenden Textarbeit*, der Erstellung von unterschiedlichen Formen von *Memos* und der Codierung mit den *a-Priori-Kategorien* wurden mit fortlaufendem und wiederholtem Lesen der Transkripte die

vorläufigen Hauptkategorien schrittweise induktiv direkt am Interviewmaterial modifiziert, zum Teil zusammengeführt, in dazugehörige Subkategorien auf mehreren Ebenen ausdifferenziert, Sub- und Sub-Subkategorien prozesshaft fusioniert und/oder neu generiert. Die a-priori-Kategorien *Sicherheit und Schutz*, *Freizeitgestaltung* und *Bildung* wurden dabei in die anderen Dimensionen integriert.

Aus diesem zirkulären analytischen Vorgehen wurde prozesshaft ein ausdifferenziertes Kategoriensystem (s. Anhang G) - mit Anbindung zur Forschungsfrage und mit darüber hinausgehenden anhand des konkreten Materials ermittelten subjektiv bedeutsamen neuen Themen der Interviewteilnehmenden - entwickelt, ein dazugehöriger *Kategorienleitfaden* erstellt und eine abschließende inhaltliche Strukturierung der gesamten erhobenen Daten vorgenommen. Der *Kategorienleitfaden* findet sich im Anhang E. Er beinhaltet die Definitionen der hergeleiteten Kategorien und wurde in Anlehnung an das von Kuckartz (2018, S. 39f.) vorgeschlagene Schema - wie in Tabelle 9 aufgeführt - erstellt.

Tabelle 9: Allgemeines Schema für Kategoriendefinitionen (Kuckartz, 2018, S. 40)

| <b>Name der Kategorie</b>                    | <b>Möglichst prägnante Bezeichnung</b>   |
|--|--|
| Inhaltliche Beschreibung:                    | Beschreibung der Kategorie, u.U. mit theoretischer Anbindung   |
| Anwendung der Kategorie:                     | „Kategorie xy“ wird codiert, wenn folgende Aspekte genannt werden ...  |
| Beispiele für Anwendungen:                   | Zitate mit Quellenangaben (Dokument, Absatz)   |
| Weitere Anwendungen (optional):              | Die Kategorie wird auch codiert, wenn ...<br>Zitate mit Quellenangabe (Dokument, Absatz)   |
| Abgrenzung zu anderen Kategorien (optional): | Die Kategorie wird nicht codiert, wenn ...: ..., sondern in diesem Fall wird Kategorie z verwendet<br>Zitat mit Quellenangabe (Dokument, Absatz) |

Dem Leitfaden mit den Kategoriendefinitionen kommt in mehrfacher Hinsicht eine elementare Bedeutung zu, um die Qualität (s. hierzu Kap. 6.3, Gütekriterien) einer qualitativen Studie zu sichern (Kuckartz, 2018, S. 40, 204ff.; Mayring, 2015, S. 125-129). Er dient - neben weiteren forschungsprozessbegleitenden Dokumentationen -, die Analyse- und Interpretationsschritte transparent und nachvollziehbar für die Außenwelt und *Scientific Community* darzulegen (ebd.). Außerdem soll der *Kategorienleitfaden* auch die Möglichkeit eröffnen, dass mittels klarer, eindeutiger Definitionen und Abgrenzungen der einzelnen Kategorien unabhängig von der codierenden Person vergleichbare Ergebnisse erzielt werden können (ebd.).

Während des gesamten Analyseprozesses wurden basierend auf dem in Kap. 5.6 definierten Verständnis von Ressourcen und Barrieren entsprechende Textsegmente mit der Funktion *Farb-Codieren: GRÜN* (für Ressourcen) und *Farb-Codieren: ROT* (für

Barrieren) vorläufig markiert. Zum Teil gehen sie (Ressourcen und Barrieren) auch direkt aus den induktiv generierten Kategorien hervor.

Im Anschluss an die Codierung des vollständigen Materials mit dem ausdifferenzierten Kategoriensystem (insgesamt wurden 1401 Textsegmente codiert und 140 Kategorien gebildet; s. hierzu Anhang G und Kap. 7.2) erfolgte die in Abbildung 11 angeführte *Phase 7: Einfache und komplexe Analyse, Visualisierungen*, die die umfassende Auswertung und Interpretation der erhobenen und nun inhaltlich (vor-)strukturierten Daten vorsieht (Kuckartz, 2018, S. 117-121). Zur Vorbereitung der abschließenden Analysephase wurden in Anlehnung an Kuckartz (2018, S. 115ff.) tabellarische Einzelfallübersichten (s. Anhang F) erstellt, in denen entlang des hergeleiteten Kategoriensystems und des daraus erstellten Kategorienleitfadens wesentliche Aspekte fallbezogen zusammengefasst wurden. Die tabellarischen Einzelfallübersichten wurden als „eine Art Hintergrundfolie“ (Kuckartz, 2018, S. 116) im Rahmen der Ergebnisdarstellung verwendet und dienten als Grundlage zur vertiefenden Analyse und Interpretation von aus Sicht der befragten Personen bestehenden Ressourcen, Barrieren sowie Aus- und Wechselwirkungen im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe.

Die Darstellung der Ergebnisse aus der in Abbildung 10 angeführten *Phase 7: Einfache und komplexe Analyse, Visualisierungen* findet sich in Kap. 7 und soll an dieser Stelle nicht näher ausgeführt werden.

Begleitend zur Analyse wurde zudem über die Funktion *Logbuch* in *MAXQDA* ein *Kategorienhandbuch* - auch *Codebuch* genannt - (Kuckartz, 2018, S. 40f.) angelegt, in welchem Überlegungen, Gedanken sowie einzelne Arbeitsschritte stichwortartig mit Datum versehen schriftlich dokumentiert wurden (s. hierzu auch Kap. 6.3). Die *MAXQDA*-Arbeitsdatei inklusive des Codebuchs ist auf dem beigefügten USB-Stick abruf- und einsehbar (s. Anhang H).

### **6.3 Verortung innerhalb der Gütekriterien qualitativer Forschung**

Um die Qualität und Aussagekraft von Ergebnissen qualitativer Studien adäquat zu bewerten und abzusichern, bedarf es einer Verortung und kritischen Reflexion anhand anerkannter Forschungsstandards. Welche Gütekriterien dabei zum Einsatz kommen sollten bzw. angemessen erscheinen, wird weiterhin kontrovers innerhalb der Wissenschaftsgemeinschaft der qualitativen Sozialforschung diskutiert, sodass aktuell unterschiedliche Positionen gleichberechtigt nebeneinanderstehen (s. hierzu u.a. Döring & Bortz, 2016, S. 106-114; Flick, 2019; Steinke, 2019). In der Regel besteht Konsens, dass sich die aus den Mess- und Testtheorien der Psychologie hervorgegangenen Kriterien der quantifizierenden Sozialforschung, Objektivität (Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität), Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität

(Gültigkeit) nicht eins zu eins übertragen lassen (Krebs & Menold, 2019, S. 489-493, 496-499; Lüders, 2010, S. 80f.; Kuckartz, 2018, S. 203; Mayring, 2016, S. 140ff.).

Speziell im Kontext der *qualitativen Inhaltsanalyse* ist es nach Kuckartz (2018, S. 203) zunächst erforderlich, eine Unterscheidung zwischen der *internen* und *externen Studiengüte* - als Pendant zur internen und externen Validität in der quantitativen Forschung - vorzunehmen. Zur Überprüfung und Beurteilung der *internen Studiengüte* stellt Kuckartz (ebd., S. 204f.) eine Checkliste mit konkreten Fragen zu den einzelnen Phasen der Datenerfassung, -aufbereitung und -verarbeitung sowie zur Durchführung und Dokumentation der *qualitativen Inhaltsanalyse* bereit. Die darin benannten Aspekte spiegeln sich in den von Mayring (2016, S. 144-148) formulierten übergreifenden Gütekriterien der qualitativen Forschung wider, auf die - neben einer Auswahl weiterer Kriterienkataloge - auch in den Standardwerken zur Methodenlehre der Human- und Sozialwissenschaften von Döring & Bortz (2016, S. 114) sowie Lamnek & Krell (2016, S. 145f.) verwiesen wird. Das methodische Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit soll anhand der von Mayring (2016, S. 144-148) empfohlenen Gütekriterien verortet und kritisch reflektiert werden.

**Verfahrensdokumentation:** Durch eine detaillierte Dokumentation der einzelnen Phasen des Forschungsprozesses, der getroffenen Entscheidungen und der angeführten Begründungen soll eine intersubjektive Überprüfbarkeit bzw. Nachvollziehbarkeit sowie Transparenz des methodischen Vorgehens geschaffen werden und anteilig beitragen, die Qualität dieser Studie zu sichern (Flick, 2019, S. 483; Mayring, 2016, S. 144f.; Steinert, 2019, S. 342f.). Um dieses Gütekriterium zu erfüllen, wurden (s. Kap. 6, 6.1 und 6.2) der Feldzugang, die Auswahl und Art der Stichprobe, die gewählte Erhebungsmethode, die Interviewdurchführung und -nachbereitung, die Aufbereitung der erhobenen Daten, die gewählten Transkriptionsregeln, die zugrunde gelegte Auswertungsmethode und das Analyseverfahren innerhalb dieser Arbeit differenziert beschrieben und begründet. Des Weiteren soll durch die Zurverfügungstellung der vollständigen Interviewtranskripte (s. USB-Stick → Anhang I), des erstellten Kategorienleitfadens (s. Anhang E), der tabellarischen Einzelfallübersichten (s. Anhang F) als Grundlage für die Ergebnisdarstellung und Interpretation sowie der MAXQDA-Arbeitsdatei inklusive des angefertigten Codebuchs (s. USB-Stick → Anhang H) der Forschungsprozess dieser Studie offengelegt und nachvollziehbar gemacht werden.

**Argumentative Interpretationsabsicherung:** Um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleisten zu können, war es erforderlich, in Anlehnung an dieses Gütekriterium (Mayring, 2016, S. 145) Verstehensprozesse und Sinnstrukturen des in der Interviewsituation Gesagten während der Analyse und der vorgenommenen

Interpretationen seitens der forschenden Person im Diskussionsteil dieser Arbeit (s. Kap. 8) stichhaltig zu begründen, an Theorien oder bereits bestehende Erkenntnisse anzubinden und ferner alternative Deutungsmuster aufzuzeigen.

**Regelgeleitetheit:** Dieses Gütekriterium umfasst nach Mayring (2016, S. 145f.) die Wahrung der Offenheit zum Forschungsgegenstand und gleichzeitig eine regelgeleitete und systematische Vorgehensweise der Auswertung mittels wissenschaftlicher Verfahrensweisen unter Anwendung anerkannter Techniken. Diesem Kriterium wurde durch die Anwendung und Einhaltung der in Kap. 6.2.1 skizzierten *inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse* nach Kuckartz (2018) Rechnung getragen.

**Nähe zum Gegenstand** (Mayring, 2016, S. 146): Die Annäherung an die soziale Wirklichkeit der Zielgruppe einer Studie bildet ein elementares Leitprinzip der qualitativen Forschung und ist Zentrum dieser Arbeit (s. Kap. 4), sodass über den gesamten Forschungsprozess hinweg gezielt Zugänge und Methoden gewählt und beschrieben wurden, um diesem Anspruch nachzukommen. In diesem Zusammenhang sind beispielsweise die Wahl des offenen leitfadengestützten Interviews (s. die Einleitung in Kap. 6 und Kap. 6.1), der Ort der Interviewdurchführung - auf Wunsch der Teilnehmenden ausschließlich in ihrer gewohnten, häuslichen Umgebung, möglichst störungsfrei -, die einzelnen Phasen und eingesetzten Materialien im Rahmen des konzipierten Interviewleitfadens und die damit verbundenen Zielsetzungen (s. Kap. 6.1.3) sowie die Entscheidung für die *inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse* und der schwerpunktmäßig induktiven Kategorienbildung und -ausdifferenzierung am konkreten Interviewmaterial (s. die Erläuterungen in Kap. 6.2) zu nennen.

**Kommunikative Validierung:** Mittels dieses Gütekriteriums soll nach Mayring (2016, S. 147) die Qualität einer qualitativen Studie dahingehend überprüft und gesichert werden, indem die eruierten Ergebnisse den Studienteilnehmenden vorgelegt und die Sinngebungen und der Bedeutungsgehalt abgeglichen und diskutiert werden. Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Interviewteilnehmenden nachträglich nicht in den Validierungsprozess einbezogen. Lediglich während der Interviewdurchführung wurde versucht, durch die Anwendung verschiedener (Nach-)Fragetechniken zum Verständnisabgleich und zur Möglichkeit der konkreten Ausdifferenzierung der subjektiven Perspektive (s. Kap. 6.1.3) den Interpretationsspielraum ein Stück weit einzugrenzen. In der *qualitativen Inhaltsanalyse* kommt nach Kuckartz (2018, S. 40, 205f.) dem Codierungsprozess und der Herleitung und Definition der Kategorien im Rahmen des Kategorienleitfadens eine besondere Bedeutung im Kontext der Güte einer Studie zu (s. hierzu auch Kap. 6.2.1). So wurde in dieser Arbeit in Auszügen eine stellvertretende *kommunikative Validierung* durchgeführt, indem die seitens der Forscherin vorgenommenen Bedeutungs- und Sinnkonstruktionen zu mehreren

Zeitpunkten im Sinne eines *peer debriefing* in Anlehnung an Kuckartz & Rädiker (2022, S. 251) im kollegialen Diskurs reflektiert wurden. In diesem Rahmen wurden beispielsweise der erstellte Kategorienleitfaden sowie einzelne Segmente der Interviews von zwei ehemaligen Kolleginnen gesichtet, unabhängig voneinander gemeinsam mit der Forschenden diskutiert und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in diese Arbeit aufgenommen. Vor diesem Hintergrund wurde das Gütekriterium der *Kommunikativen Validierung* nach Mayring (2016, S. 147) nur begrenzt erfüllt (s. hierzu auch Kap. 8.3 Limitationen dieser Studie).

Die *externe Studiengüte* beinhaltet nach Kuckartz (2018, S. 203, 217f.) zu prüfende Kriterien bezüglich der Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit von ermittelten Ergebnissen einer Untersuchung. Wie an mehreren Stellen ausgeführt, erhebt die hier vorliegende Studie allerdings lediglich den Anspruch einer ersten Exploration, sodass die in Kap. 7 vorgestellten und in Kap. 8 vor dem Hintergrund der Zielsetzung dieser Arbeit und der daraus abgeleiteten Forschungsfragen diskutierten Ergebnisse der Qualität einer *externen Studiengüte* nicht standhalten. Zentrale Limitationen dieser Studie, deren Reflexion nach Steinke (2019, S. 329) ein weiteres Kerngütekriterium qualitativer Forschung darstellt, werden in Kap. 8.3 aufgezeigt.

#### **6.4 Verortung innerhalb der Forschungs- und Wissenschaftsethik qualitativer Forschung**

Sobald über oder mit Menschen geforscht wird, ist es zum Schutz der Zielgruppe unabdingbar, dass das Vorgehen seitens der forschenden Personen und dessen Auswirkungen auf die Lebenswelt der Studienteilnehmenden während des gesamten Forschungsprozesses ethisch reflektiert sowie ethisch begründete Prinzipien und rechtlich verankerte Vorgaben eingehalten werden (Döring & Bortz, 2016, S.122f.; Hopf, 2019, S. 589ff.). Daher soll das Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit im Kontext der Forschungs- und Wissenschaftsethik verortet und diskutiert werden.

Im Zentrum der Forschungsethik stehen die Wahrung der Würde und Integrität eines Menschen, der Schutz der Menschen- und Persönlichkeitsrechte sowie die Achtung der Autonomie und Selbstbestimmung der Zielgruppe einer Studie, in diesem Fall der Interviewteilnehmenden (Dederich, 2017, S. 4f., 6; Döring & Bortz, 2016, S.123-128). Nach Hopf (2019, S. 590) wurden in den Sozialwissenschaften in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern erst sehr spät - im Jahre 1993 - forschungsethische Prämissen in Form eines Ethik-Kodexes durch die Mitglieder der *Deutschen Gesellschaft für Soziologie e. V.* [DGS] und des *Bundesverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen e. V.* [BDS] festgeschrieben. Die Autorin konstatiert allerdings, dass die getroffenen Regelungen eher Empfehlungen darstellen, durch die

„mehr oder minder verbindlich und mehr oder minder konsensuell bestimmt wird, in welcher Weise die Beziehungen zwischen den Forschenden auf der einen Seite und den in sozialwissenschaftliche Untersuchungen einbezogenen Personen auf der anderen Seite zu gestalten sind.“ (Hopf, 2019, S. 590). Mittlerweile haben sich nach Döring & Bortz (2016, S. 129f.) in den einzelnen Zweigen der Human- und Sozialwissenschaften eigene nationale und internationale Richtlinien in Deutschland etabliert, wie z.B. in der Psychologie die *Ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V.* [DGPs] und des Berufsverbandes *Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.* [BDP] oder in der Medizin das durch den *Weltärztebund 2005* verabschiedete *Handbuch ärztlicher Ethik* basierend auf der *Deklaration von Helsinki* von 1964, im Rahmen derer das Wohlergehen der Proband\*innen im Kontext medizinischer Forschung am Menschen oberste Prämisse einnimmt und über den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn gestellt wird.

Im Rahmen der qualitativen Sozialforschung führen u.a. Döring & Bortz (2016, S. 124-128), Hopf (2019, S. 590-599) und von Unger (2014, S. 24-31) die folgenden **forschungsethischen Grundprinzipien** an, die auch dieser Arbeit zugrunde gelegt wurden:

- Freiwilligkeit und *Informierte Einwilligung*
- Anonymisierung und Vertraulichkeit
- Schutz vor Schädigung und Nachteilen

Die **freiwillige Teilnahme** an einer Studie (s. auch Auswahl der Stichprobe → Kap. 6.1.1) und das Prinzip der **Informierten Einwilligung** hängen eng zusammen und waren in Bezug auf die Zielgruppe des hiesigen Vorhabens von besonderer Relevanz. Bevor die Studie durchgeführt werden konnte, war es erforderlich, die Zustimmung der Teilnehmenden einzuholen. Wie in Kap. 6.1.1 skizziert, wurden vorab Einverständniserklärungen (s. Anhang A) mit Informationen zur Zielsetzung, zum Vorgehen, zur Anonymisierung und zum vertraulichen Umgang mit den Daten, zur Nachteils- und Schadensvermeidung im Rahmen der Studie sowie die Kontaktdaten der Forscherin und eine separate Widerrufserklärung in zweifacher Ausfertigung verschickt. Im Falle eines bestehenden Einwilligungsvorbehaltes seitens des Betreuungsgerichtes war es zudem erforderlich, dass die Zustimmung der zuständigen rechtlichen Betreuung vorlag. Diese Einschätzung wurde stellvertretend von den Ansprechpartner\*innen der Wohneinrichtungen (s. *Gatekeeper* → Kap. 6.1.1) vorgenommen und die Unterlagen an die entsprechenden Personen weitergeleitet. Um die Autonomie und Selbstbestimmung der potenziell oder zukünftig teilnehmenden Zielgruppe zu wahren und sicherzustellen, dass die Person selbst befähigt wurde, eigenständig eine für sich begründete Entscheidung für oder gegen eine Teilnahme an den Interviews zu treffen, wurden



mehrere Schritte vollzogen. Die Einverständniserklärungen wurden in Anlehnung an *Leichte Sprache* unterstützend mit - in der Heil- und Sonderpädagogik gängigen - Piktogrammen erstellt. Des Weiteren wurden vor dem tatsächlichen Interview (s. Kap. 6.1.3) die Vorannahmen der zu interviewenden Personen mit der Zielsetzung der Studie auf Grundlage der Einverständniserklärung in Ruhe besprochen und die Zustimmung im Sinne der *Informierten Einwilligung* erneut eingeholt. Direkt nach dem Interview wurde eine weitere Entscheidungsschleife eingebaut, indem erneut über die Zielsetzung, das weitere Vorgehen, die Aspekte wie Datenschutz, Wahrung der Anonymität, uneingeschränkter Schutz der Person und die Möglichkeit des Widerrufs informiert, die Widerrufserklärung mit Kontaktdaten ausgehändigt und die Einwilligungserklärung ein weiteres Mal unterzeichnet wurden. Dederich (2017, S. 6f.) zeigt allerdings in seiner forschungsethischen Auseinandersetzung mit dem Prinzip der *Informierten Einwilligung* im Kontext von Forschung mit Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* die Grenzen des hier gewählten Vorgehens auf. Die von ihm (ebd.) aufgezeigten bestehenbleibenden Ungewissheiten, dass die Zustimmung der Teilnehmenden nicht aufgrund suggestiv wahrgenommener Äußerungen, des Phänomens der sozialen Erwünschtheit oder dem Streben nach sozialer Anerkennung erfolgten, können auch hier nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Die **Wahrung der Anonymität** und der **vertrauliche Umgang** mit den erhobenen personenbezogenen Daten wurden über die Aufbereitung der Transkripte - wie in Kap. 6.2 beschrieben - gewährleistet. Die Ergebnisse in Kap. 7 und 8 wurden so präsentiert und diskutiert, dass keine Rückschlüsse über die teilnehmenden Personen und/oder Dritte möglich sind.

Das **Prinzip Schutz vor Schädigung und Nachteilen** wurde durch die Einhaltung der genannten Aspekte zur Wahrung der Autonomie und Selbstbestimmung sowie der Sicherstellung der Anonymität und dem vertraulichen Umgang mit den Daten gewährleistet. Wie in Kap. 6.1.3 dargelegt, wurden für die Interviewdurchführungen Vorkehrungen getroffen bzw. die Interviewsituationen so aufbereitet, dass sich die teilnehmenden Personen möglichst sicher fühlten. Zudem eröffnete der gewählte Zugang einen Interaktionsprozess auf Augenhöhe, bei dem die sozialen Wirklichkeitskonstruktionen der Zielgruppe Mittel- und Ausgangspunkt des handlungsgeleiteten Interesses bildeten. Allerdings beruhen diese Beurteilungen auf der Perspektive der hier forschenden Person und besitzen demzufolge nur bedingt Gültigkeit. Eine Fremdeinschätzung diesbezüglich wurde nicht eingeholt. Einige Teilnehmende setzten sich während des Interviews sehr kritisch mit der wahrgenommenen Versorgungssituation und eigenen Lebenssituation in der Wohneinrichtung auseinander. Die Äußerungen und Bewertungen konnten allerdings nur während des Kommunikationsprozesses von der interviewenden Person - wertfrei -

aufgefangen werden. Inwieweit durch die kritische Auseinandersetzung auch sich negativ auswirkende Gedankenprozesse bei den Interviewteilnehmenden angestoßen wurden, ist nicht bekannt bzw. konnte dem nicht mit absoluter Sicherheit entgegengewirkt werden.

Die **Prämissen der Wissenschaftsethik** sind unabhängig vom Studiendesign allgemein gültige ethische Richtlinien zur Wahrung und Einhaltung guter wissenschaftlicher Arbeit, d.h. ein verantwortungsvoller und kontinuierlich reflektierter Umgang mit den erhobenen Daten, den generierten Erkenntnissen sowie im Zuge der Ergebnisveröffentlichung (Döring & Bortz, 2016, 132-137). Die hier vorliegende Studie wurde in Anlehnung an die *Neufassung der Leitlinien für gute wissenschaftliche Praxis* (Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2021) angefertigt. Die Arbeit wurde selbstständig verfasst, verwendete zulässige Formen der *kommunikativen Validierung* (s. hierzu Kap. 6.3 → *peer debriefing*) wurden benannt, fremdes geistiges Eigentum wurde entsprechend mittels indirekter und direkter Zitate kenntlich gemacht und alle hinzugezogenen Quellen wurden angeführt (s. hierzu auch Kap. 10 Quellenverzeichnis). Die wissenschaftsethischen Richtlinien finden zudem über die Einhaltung der in Kap. 6.3 skizzierten und vor dem Hintergrund des methodischen Vorgehens in dieser Arbeit diskutierten Gütekriterien Ausdruck. Eine zum Zeitpunkt der Abgabe unterzeichnete *Eidesstattliche Erklärung* findet sich in Kap. 11.

Vor Beginn der hier vorliegenden Studie wurde angegliedert an das Projekt *EIBeMeB* (s. Kap. 6.1.1) unter der Leitung von Frau Prof. Dr. rer. medic. habil. Martina Hasseler ein **Antrag bei der zuständigen Kommission für Forschungsethik** der *Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften* am Standort Wolfenbüttel gestellt. Das Vorhaben wurde auf die Einhaltung der ethischen Richtlinien geprüft und genehmigt.

Als rechtlich verankerte Grundlage war die im April 2016 im *Europäischen Parlament* und seit Mai 2018 verbindlich einzuhaltende *Europäische Datenschutz-Grundverordnung* [DSGVO] heranzuziehen, in der der Umgang mit personenbezogenen Daten - hier im Rahmen der Erhebung, Verarbeitung und Veröffentlichung - geregelt sind (Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, 2019). Die Bestimmungen der DSGVO (Europäisches Parlament, 2016) fanden zudem bei der Erstellung der Einwilligungserklärung (s. Anhang A) Berücksichtigung.

## 7 Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu der explorativen Befragung von erwachsenen Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* zu ihrer wahrgenommenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in ihrer Wohnstätte/Wohneinrichtung sowie im ambulanten und stationären Gesundheitssektor

vorgelegt. Zunächst folgt eine Darstellung soziodemografischer Merkmale der 19 Interviewteilnehmenden im Rahmen der Stichprobenbeschreibung. Im Anschluss werden die von den befragten Personen thematisierten Dimensionen/Wirkungsräume im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe und in diesen Zusammenhängen angesprochene Themen vorgestellt.

## **7.1 Beschreibung der Stichprobe**

Insgesamt wurden 19 Personen in die Hauptuntersuchung einbezogen. Durchschnittlich dauerten die geführten Interviews 59 Minuten. Die Zeitspanne betrug bei dem kürzesten Interview 26 Minuten und dem längsten Interview 109 Minuten (s. hierzu im Detail die tabellarischen Einzelfallübersichten im Anhang F).

Bei den Interviewteilnehmenden handelte es sich ausschließlich um erwachsene Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, die zum Zeitpunkt der Erhebungen in unterschiedlichen Wohnformen verschiedener Träger der Eingliederungshilfe im Großraum Braunschweig, Wolfsburg und Hannover lebten. Im Folgenden werden zentrale Merkmale der befragten Personen anhand der Tabellen 10 und 11 dargestellt. Die präsentierten Daten zur Beschreibung der Stichprobe basieren auf den Angaben aus den Datenerhebungsbögen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der Teilnehmenden im Rahmen der Interviews. Eine detailliertere Beschreibung der erhobenen Informationen und Darstellung der einzelnen Fälle finden sich in den tabellarischen Einzelfallübersichten im Anhang F.

Tabelle 10 zeigt eine Auswahl soziodemografischer Daten zur Stichprobe:

Tabelle 10: Auswahl soziodemografischer Daten zu den Interviewteilnehmenden (n = 19)

| Interviewvariable | Geschlecht  |            |            | Alter zum Zeitpunkt des Interviews und ermittelter Altersdurchschnitt, angegeben in Jahren | Art der Wohnform, räumliche Lage und bestehende integrierte Versorgungsangebote*  |  |  |
|-------------------|-------------|------------|------------|--|---|--|--|
|                   | weiblich    | männlich   | divers     |  | Wohnform a:<br>Wohngruppe in einer Wohnstätte** im städtischen Raum mit stationärer Assistenz/ Unterstützung ohne integriertes Versorgungsangebot | Wohnform b:<br>Wohngruppe in einer Einrichtung*** mit stationärer Assistenz/ Unterstützung im ländlichen Raum mit integriertem Versorgungsangebot (haus-, zahn-, fachärztliche, psycho- und physiotherapeutische Leistungen) | Wohnform c:<br>Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/ Unterstützung im ländlichen Raum mit integriertem Versorgungsangebot (psychiatrische, psychotherapeutische, sport-, ergo- und physiotherapeutische Leistungen) |
| B1                | 0           | 1          | 0          | 30   | 1   | 0  | 0  |
| B2                | 1           | 0          | 0          | 44,92  | 1   | 0  | 0  |
| B3                | 1           | 0          | 0          | 58,75  | 1   | 0  | 0  |
| B4                | 0           | 1          | 0          | 61,38  | 1   | 0  | 0  |
| B5                | 1           | 0          | 0          | 45   | 0   | 1  | 0  |
| B6                | 1           | 0          | 0          | <b>88,21</b>   | 0   | 1  | 0  |
| B7                | 0           | 1          | 0          | 60   | 0   | 1  | 0  |
| B8                | 0           | 1          | 0          | 54   | 0   | 1  | 0  |
| B9                | 1           | 0          | 0          | 25,65  | 0   | 1  | 0  |
| B10               | 0           | 1          | 0          | 42   | 0   | 1  | 0  |
| B11               | 1           | 0          | 0          | 23   | 0   | 1  | 0  |
| B12               | 1           | 0          | 0          | 38   | 0   | 1  | 0  |
| B13               | 1           | 0          | 0          | 38,67  | 0   | 1  | 0  |
| B14               | 0           | 1          | 0          | 48   | 0   | 0  | 1  |
| B15               | 0           | 1          | 0          | 27   | 0   | 0  | 1  |
| B16               | 1           | 0          | 0          | 54   | 0   | 0  | 1  |
| B17               | 1           | 0          | 0          | 27   | 0   | 0  | 1  |
| B18               | 0           | 1          | 0          | 27   | 0   | 0  | 1  |
| B19               | 0           | 1          | 0          | 54   | 0   | 0  | 1  |
| -                 | $\Sigma$ 10 | $\Sigma$ 9 | $\Sigma$ 0 | $\emptyset$ 44,61  | $\Sigma$ 4  | $\Sigma$ 9   | $\Sigma$ 6   |

\* Die Informationen zu den bestehenden integrierten Versorgungsangeboten basieren auf den Aussagen der Teilnehmenden während der Interviews und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

\*\* Der Begriff „Wohnstätte“ umfasst eine separate kleine Wohneinheit im Sinne eines einzelnen Wohnhauses, bestehend aus mehreren Wohngruppen.

\*\*\* Der Begriff „Einrichtung“ beinhaltet einen großen Wohnkomplex, bestehend aus mehreren Wohnhäusern und -gruppen.

Wie aus Tabelle 10 hervorgeht, nahmen insgesamt zehn weibliche und neun männliche Personen an den Interviews teil. Der Altersdurchschnitt der Teilnehmenden betrug 44,61 Jahre (Median 44,92 Jahre). Die Altersspanne verlief von der jüngsten befragten Person mit 23 Jahren (B11) bis zur ältesten befragten Person mit 88,21 Jahren (B6). Das ermittelte Durchschnittsalter der männlichen Interviewten betrug 44,82 Jahre, das der weiblichen 44,32 Jahre (Median 41,8 Jahre).

Die Interviewteilnehmenden ließen sich anhand der folgenden strukturellen Merkmale in drei Gruppen einteilen: Form des wahrgenommenen Wohnangebots, räumliche Lage des Wohnangebots sowie Art und Umfang bestehender integrierter Gesundheitsversorgungsangebote<sup>6</sup> innerhalb des Wohnangebots. Insgesamt 4 der 19 Teilnehmenden (B1 bis B4; Altersspanne zwischen 30 bis 61,38 Jahren) lebten in

<sup>6</sup> Die Zusammenstellung der bestehenden Versorgungsangebote beruht auf den Aussagen der Interviewteilnehmenden (s. hierzu auch Hinweis in Tabelle 10).

Wohngruppen in unterschiedlichen Wohnstätten mit stationärer Assistenz/Unterstützung im städtischen Raum in zwei verschiedenen Großstädten ohne integriertes Gesundheitsversorgungsangebot (s. *Wohnform a* in Tabelle 10). Neun befragte Personen (B5 bis B13; Altersspanne zwischen 23 bis 88,21 Jahren) nahmen ein Wohnangebot in Form einer Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum wahr (s. *Wohnform b* in Tabelle 10). Die Einrichtung verfügte über integrierte haus-, zahn-, fachärztliche sowie psycho- und physiotherapeutische Versorgungsangebote. In Wohngruppen einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum, die über ein integriertes psychiatrisches, psychotherapeutisches sowie sport-, ergo- und physiotherapeutisches Versorgungsangebot verfügte (s. *Wohnform c* in Tabelle 10), lebten zum Zeitpunkt der Erhebung 6 der 19 Interviewteilnehmenden (B14 bis B19; Altersspanne zwischen 27 bis 54 Jahren).

Des Weiteren wurden aus den Datenerhebungsbögen (s. Anhang B) sowie den Aussagen der befragten Personen während der Interviewsituationen Informationen über zusätzlich - neben einer sogenannten *geistigen Behinderung* - bestehende Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen erhoben, zusammengefasst und geclustert. In Tabelle 11 findet sich eine Übersicht zu Art und Häufigkeit der zusätzlich bestehenden Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen der Interviewteilnehmenden. Detaillierte Angaben können aus den tabellarischen Einzelfallübersichten (s. Anhang F) entnommen werden.

Tabelle 11: Übersicht zu zusätzlich bestehenden Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen der Interviewteilnehmenden (n = 19)

| Interview-<br>variable | Art und Häufigkeit zusätzlich bestehender<br>Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen |          |       |         |       |           |        |           | Σ  |
|------------------------|--|----------|-------|---------|-------|-----------|--------|-----------|----|
|                        | Körperlich   | Seelisch | Sehen | Sprache | Hören | Epilepsie | Demenz | Sonstige* |    |
| B1                     | 1  | 1        | 1     | 0       | 0     | 0         | 0      | 0         | 3  |
| B2                     | 1  | 0        | 0     | 0       | 0     | 0         | 0      | 2         | 3  |
| B3                     | 0  | 0        | 0     | 0       | 0     | 1         | 0      | 1         | 2  |
| B4                     | 0  | 0        | 0     | 0       | 0     | 0         | 0      | 0         | 0  |
| B5                     | 2  | 1        | 0     | 0       | 0     | 0         | 0      | 2         | 5  |
| B6                     | 0  | 0        | 1     | 0       | 0     | 0         | 1      | 2         | 4  |
| B7                     | 2  | 0        | 0     | 0       | 0     | 0         | 0      | 2         | 4  |
| B8                     | 2  | 1        | 0     | 0       | 0     | 0         | 0      | 3         | 6  |
| B9                     | 1  | 1        | 1     | 0       | 1     | 1         | 0      | 3         | 8  |
| B10                    | 1  | 0        | 1     | 0       | 0     | 0         | 0      | 2         | 4  |
| B11                    | 1  | 0        | 0     | 1       | 0     | 0         | 0      | 1         | 3  |
| B12                    | 2  | 1        | 1     | 0       | 0     | 1         | 0      | 0         | 5  |
| B13                    | 1  | 1        | 0     | 0       | 0     | 0         | 0      | 1         | 3  |
| B14                    | 0  | 1        | 1     | 0       | 0     | 0         | 0      | 0         | 2  |
| B15                    | 0  | 3        | 0     | 0       | 0     | 0         | 0      | 0         | 3  |
| B16                    | 0  | 2        | 0     | 0       | 0     | 0         | 0      | 3         | 5  |
| B17                    | 1  | 1        | 1     | 0       | 0     | 0         | 0      | 1         | 4  |
| B18                    | 0  | 1        | 0     | 0       | 0     | 0         | 0      | 0         | 1  |
| B19                    | 1  | 1        | 1     | 0       | 0     | 0         | 0      | 0         | 3  |
| -                      | -  | -        | -     | -       | -     | -         | -      | -         | 68 |

\* „Sonstige“ beinhaltet Angaben wie Adipositas sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen und/oder Diagnosen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems etc.

Die erhobenen und in Tabelle 11 gezeigten Daten lassen rein quantifizierende Aussagen über bestehende Bedarfe in Bezug auf alle Interviewteilnehmenden sowie Bedarfskonstellationen in Bezug auf Einzelpersonen oder Gruppen zu, geben aber keine Hinweise auf die Qualität der individuellen Unterstützungsbedarfe. Insgesamt konnten - neben einer sogenannten *geistigen Behinderung* - 68 weitere Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen bei den Teilnehmenden der Interviews festgestellt werden. Die Anzahl lag zwischen keiner zusätzlich bestehenden Diagnose und/oder Beeinträchtigung bei B4 bis zu acht zusätzlich bestehenden Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen bei B9. Durchschnittlich bestanden zusätzlich 3,6 Mehrfachdiagnosen und/oder Mehrfachbeeinträchtigungen pro Person.

Bei 12 von 19 Interviewteilnehmenden (B1, B2, B5, B7 bis B13, B17 und B19) konnte mindestens eine zusätzliche körperliche Beeinträchtigung festgestellt werden. Insgesamt acht dieser Personen (B2, B5, B9 bis B13 und B17) nutzten dauerhaft einen Rollstuhl. Mindestens eine seelische Beeinträchtigung<sup>7</sup> bestand bei 12 Befragten (B1, B5, B8, B9, B12 bis B19). Eine Beeinträchtigung in dem Bereich Sehen wiesen acht Teilnehmende (B1, B6, B9, B10, B12, B14, B17 und B19) auf. Beeinträchtigungen in den Bereichen Sprache (B11) und Hören (B9) sowie eine Demenz-Diagnose (B6) lagen jeweils bei einer Person vor. Bei drei Interviewten (B3, B9 und B12) bestand eine Epilepsie. Des Weiteren lagen bei 12 der 19 Teilnehmenden (B2, B3, B5 bis B11, B13, B16 und B17) mindestens eine sonstige Diagnose und/oder sonstige Beeinträchtigung vor, wie z.B. Adipositas, gesundheitliche Beeinträchtigungen und/oder Diagnosen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems (s. auch Hinweis Tabelle 11).

Zudem wurden das Alter der Teilnehmenden und die Häufigkeit der zusätzlich bestehenden Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen in Bezug zueinander gesetzt. Dafür wurden zwei Altersgruppen gebildet und der Durchschnittswert der zusätzlich bestehenden Mehrfachdiagnosen und/oder Mehrfachbeeinträchtigungen berechnet. Die Interviewteilnehmenden in der Altersspanne zwischen 23 bis 38,67 Jahren (acht Interviewte: B1, B9, B11, B12, B13, B15, B17 und B18) wiesen durchschnittlich zusätzlich 3,75 Mehrfachdiagnosen und/oder Mehrfachbeeinträchtigungen pro Person auf. In der Altersgruppe mit einer Altersspanne zwischen 42 bis 61,38 Jahren (10 Teilnehmende: B2 bis B5, B7, B8, B10, B14, B16 und B19) konnten durchschnittlich 3,4 Mehrfachdiagnosen und/oder Mehrfachbeeinträchtigungen pro Person festgestellt werden. Wurde die Person im Alter von 88,21 (B6) einbezogen, lag der Wert für die

---

<sup>7</sup> Bei zwei der befragten Person lagen mehrere Suchterkrankungen und/oder psychische Erkrankungen vor.

zuletzt genannte Altersgruppe (Altersspanne 42 bis 88,21 Jahren) bei durchschnittlich 3,45 Mehrfachdiagnosen und/oder Mehrfachbeeinträchtigungen pro Person. Zu konstatieren ist, dass die Mehrfachdiagnosen und/oder Mehrfachbeeinträchtigungen altersunabhängig vorlagen.

Die weiblichen Interviewteilnehmenden (B2, B3, B5, B6, B9, B11, B12, B13, B16 und B17) wiesen insgesamt zusätzlich 42 Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen auf. Durchschnittlich lagen 4,2 Mehrfachdiagnosen und/oder Mehrfachbeeinträchtigungen pro weiblicher Person vor. Bei den männlichen Teilnehmenden (B1, B4, B7, B8, B10, B14, B15, B18 und B19) bestanden insgesamt 26 zusätzliche Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen. Durchschnittlich konnten 2,89 Mehrfachdiagnosen und/oder Mehrfachbeeinträchtigungen pro männlichem Interviewteilnehmenden festgestellt werden.

Des Weiteren wurden die zusätzlich bestehenden Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen der Interviewteilnehmenden im Zusammenhang mit der von ihnen wahrgenommenen Wohnform betrachtet. Die vier Interviewteilnehmenden (B1 bis B4), die in *Wohnform a* lebten (s. Erläuterungen zu den Wohnformen in Tabelle 10), wiesen keine bis drei zusätzliche Diagnose/n und/oder Beeinträchtigung/en auf. Bei den neun befragten Personen (B5 bis B13), die zum Zeitpunkt der Erhebung ein Wohnangebot im Rahmen der *Wohnform b* wahrnahmen, wurden drei bis acht zusätzliche Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen festgestellt. Deutlich wird, dass bei den Befragten aus *Wohnform b* ein hoher Anteil, überwiegend Mehrfachdiagnosen/Mehrfachbeeinträchtigungen, im körperlichen und sonstigen Bereich zu verzeichnen waren (s. Tabelle 11 → *Körperlich* und → *Sonstige*). Die sechs in *Wohnform c* lebenden Interviewteilnehmenden (B14 bis B19) hatten eine bis fünf zusätzliche/n Diagnose/n und/oder Beeinträchtigung/en. Es zeigt sich, dass bei allen Interviewten aus *Wohnform c* Diagnosen, zum Teil Mehrfachdiagnosen, im seelischen Bereich (s. Tabelle 11 → *Seelisch*) vorlagen. In diesen Fällen handelte es sich auch um Suchterkrankungen, die bei den befragten Personen aus *Wohnform a* und *b* nicht festzustellen waren.

## **7.2 Im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe angesprochene Wirkungsräume und darin benannte Themen**

Wie in Kap. 6.2 detailliert beschrieben, wurden die Interviews mit der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Kuckartz (2018, S. 97-121) ausgewertet. Im Zuge dieses mehrphasigen Vorgehens wurden die Transkripte mit den aus dem zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Bezugsrahmen abgeleiteten *a-priori-Kategorien* - den vorläufig hergeleiteten Dimensionen/Wirkungsräumen im Kontext

von Gesundheit, Pflege und Teilhabe (s. hierzu Kap. 5.6) - prozesshaft und reflexiv durchlaufen. Die Kategorien wurden induktiv anhand der Aussagen der befragten Personen inhaltlich modifiziert, fusioniert und schrittweise zu zugehörigen Subkategorien auf mehreren Ebenen ausdifferenziert.<sup>8</sup> Aus Abbildung 12 gehen die abschließenden Hauptkategorien [HK] (rot hinterlegt), die Anzahl der codierten Textsegmente (Spalte rechts - roter Kasten) und die Gesamtanzahl der Kategorien und Sub(-Sub-Sub-)Kategorien (roter Pfeil) hervor:

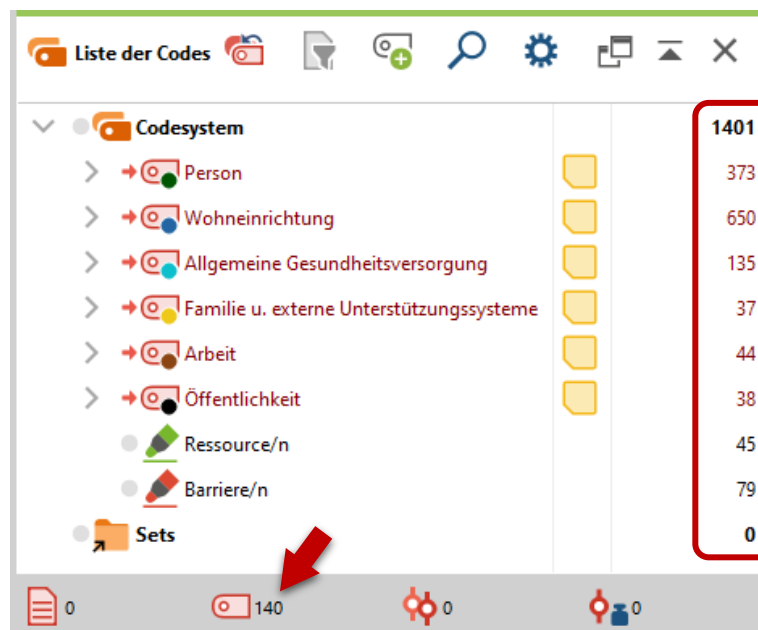


Abbildung 12: Übersicht Kategoriensystem - Anzahl der Kategorien insgesamt (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; bearbeitet von Autorin)

Wie Abbildung 12 zeigt, thematisierten die Interviewteilnehmenden die folgenden Dimensionen/Wirkungsräume im Rahmen der offenen leitfadengestützten Befragung zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung: **Person** (HK 1.), **Wohneinrichtung**<sup>9</sup> (HK 2.), **Allgemeine Gesundheitsversorgung** (HK 3.), **Familie und externe Unterstützungssysteme** (HK 4.), **Arbeit** (HK 5.) und **Öffentlichkeit** (HK 6.). Insgesamt wurden 1401 Textpassagen in den 19 Interviews codiert. Die befragten Personen trafen im Kontext der sechs zuvor aufgeführten Bereiche Aussagen zu insgesamt 140 Themen inklusive zugehöriger Subthemen.

Aufgrund des bewusst offen gewählten Zugangs (s. hierzu Kap. 6.1) und des Anspruchs dieser Studie einer ersten Exploration werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit entlang des induktiv hergeleiteten ausdifferenzierten Kategoriensystems, d.h. die von den Teilnehmenden bezogen auf die sechs

<sup>8</sup> Der entstandene Kategorienleitfaden mit den Definitionen, Anwendungsbeispielen und Codierhinweisen befindet sich im Anhang E. Eine Gesamtübersicht des Kategoriensystems sowie einzelne Übersichten zu den sechs Dimensionen/Wirkungsräumen, aus denen die Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Interviewtranskripte) hervorgeht, finden sich im Anhang G.

<sup>9</sup> Der Begriff „Wohneinrichtung“ umfasst in diesem Fall sowohl die Wohneinrichtungen (s. *Wohnform b* und *c*) als auch die Wohnstätten (s. *Wohnform a*).



Dimensionen/Wirkungsräume angesprochenen Themen, vorgestellt. Diese Entscheidung wurde geleitet von der Annahme, dass alles - in dem mittels des offenen leitfadengestützten Interviews zur erfahrenen Versorgungssituation konstruierten Erzählraums - Gesagte von subjektiver Bedeutung für die befragten Personen in diesem Zusammenhang war und es Hinweise auf wahrgenommene Ressourcen, Barrieren sowie Aus- und Wechselwirkungen im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe gibt, die in Kap. 8 im Rahmen der Beantwortung der Forschungsfragen erneut aufgenommen und diskutiert werden sollen.

Hinsichtlich der genannten Themen werden die Fälle ferner anhand der strukturellen Merkmale der *Wohnformen a, b* und *c* (s. hierzu Kap. 7.1) und zum Teil in Relation zum Alter, zur Art und zum Umfang der zusätzlich bestehenden Diagnosen und/oder Beeinträchtigungen verglichen und Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten aufgezeigt.

Für die Ergebnisdarstellung diente die im Anhang H (s. USB-Stick) befindliche MAXQDA-Arbeitsdatei, in der die unter den Kategorien summierten Textsegmente sowie weitere Daten und Informationen zum Analyseprozess vollumfänglich abgerufen werden können, ebenso die zuvor erstellten tabellarischen Einzelfallübersichten (s. Anhang F).

### 7.2.1 Zur Dimension *Person*

Gemäß dem in Kap. 5 skizzierten theoretisch-methodischen Rahmen und dem abgeleiteten Verständnis (s. Kap. 5.6) bildet das handelnde Subjekt, eingebettet in seine lebensweltlichen Bezüge, mit seiner gegenwärtigen Gesamtkonstitution, seiner subjektiven Wahrnehmung und Bewertung, seinen Erfahrungen und seinem Wissen sowie dem daraus resultierenden Handeln, Zentrum und Ausgangspunkt dieser Arbeit und Analyse. Abbildung 13 zeigt die von den Interviewteilnehmenden im Kontext der Dimension *Person* (HK 1.) angesprochenen Themenbereiche:

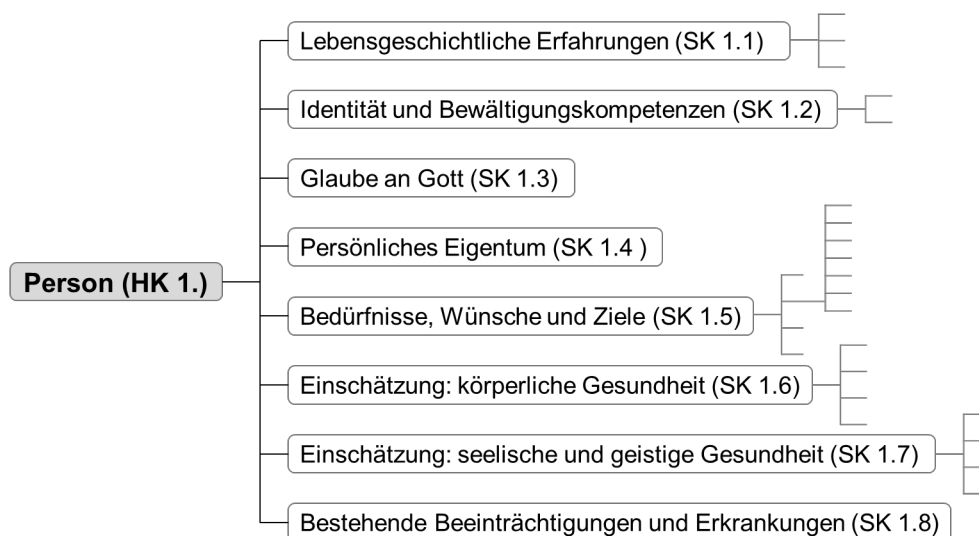


Abbildung 13: Dimension „Person“ - Angesprochene Themenbereiche (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 13 dargestellt, thematisierten die Teilnehmenden im Zusammenhang mit der Dimension **Person** die Bereiche Lebensgeschichtliche Erfahrungen (SK 1.1), Identität und Bewältigungskompetenzen (SK 1.2), Glaube an Gott (SK 1.3), Persönliches Eigentum (SK 1.4), Bedürfnisse, Wünsche und Ziele (SK 1.5), Einschätzung: körperliche Gesundheit (SK 1.6), Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit (SK 1.7) und Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen (SK 1.8), die nachfolgend vorgestellt werden.

### **Lebensgeschichtliche Erfahrungen (SK 1.1)**

Im Kontext von lebensgeschichtlichen Erfahrungen berichteten die Interviewteilnehmenden über vergangene Lebensabschnitte, Ereignisse, Erfahrungen sowie familiäre und soziale Beziehungen im Kindes- und Jugendalter und - abhängig vom aktuellen Alter der befragten Person - im jungen Erwachsenenalter. In diesen Zusammenhängen benannten die Interviewten positive Erlebnisse, kritische Lebensereignisse und biografische Informationen.

Von je einem positiven Erlebnis berichteten 3 der 19 befragten Personen (B1, B5 und B14). So wurde lebhaft von der eigenen Geburtstagsfeier während einer Klassenfahrt erzählt (B1, Position [Pos.] 833-843), über die persönliche Weiterentwicklung durch Impulse in einem ehemaligen Wohnangebot berichtet (B5, Pos. 722-729) sowie die Konfirmation im Jugendalter positiv besetzt geschildert (B14, Pos. 85-105).

Insgesamt 14 Interviewteilnehmende (B1, B2, B3, B5, B6 bis B9, B13 bis B17 und B19) gaben mindestens ein kritisches Lebensereignis an. Hierzu gehören u.a. Schilderungen über den Verlust der Eltern, eines Elternteils, der Geschwister oder eines Arbeitskollegen (B3, Pos. 26-28, 178; P14, Pos. 74-84, 109-123, 807-809, 952-968; B15, Pos. 190; B17, Pos. 52; B19, Pos. 180), Berichte über Erfahrungen primär psychischer Gewalt und Diskriminierung in vergangenen Wohnangeboten, der ehemaligen Arbeitsstätte oder im öffentlichen Raum (B6, Pos. 267-269; B7, Pos. 274-280; B6, Pos. 481-500; B8, Pos. 452-463; B9, Pos. 74-96, 388-426; B13, Pos. 149 - 162, 475-482, 484-500; B14, Pos. 693-729; B15, Pos. 186-190), Erzählungen über einschneidende Erkrankungen, krankheitsbedingte Zusammenbrüche oder einen schweren Unfall (B2, Pos. 208-209; B3, Pos. 173-202; B8, Pos. 187-200; B9, Pos. 136-144; B15, Pos. 220-222, 240-258; B16, Pos. 236-252, 356; B17, Pos. 56-64, 327; B19, Pos. 180-182) sowie über Erlebnisse der Ablehnung oder Fremdbestimmung durch Mitglieder der Kernfamilie oder durch Angehörige (B1, Pos. 172-182; B5, Pos. 628-648, 721; B7, Pos. 331-346; B9, Pos. 146-156).

Festzustellen ist, dass die erfahrenen positiven Ereignisse in einem Fall (B5) und die kritischen Lebensereignisse in neun Fällen (B5, B7, B8, B9, B13 bis B17) in direktem Zusammenhang mit positiv bzw. negativ wahrgenommenen Auswirkungen auf die

eigene Person, die aktuell bestehenden Kontrollüberzeugungen, Handlungskompetenzen (s. hierzu → *Identität und Bewältigungskompetenzen*) sowie auf die psychische Konstitution (s. hierzu → *Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit*) beschrieben wurden. So berichtete eine Teilnehmende:

B5: Aber die Klinik, wo ich geboren bin, die war so klein, die gibt es nicht mehr und den Arzt gibt es Gott sei Dank auch nicht mehr, weil (...) der Arzt gesagt hat, „Geben Sie der nur mal was zu essen. Geben Sie ihr eine frische Windel. Die lebt nur noch ein paar Tage und dann ist sie (...)“. Aber das (...) früher, wenn mich einer danach gefragt hat, wie fühlst du dich, habe ich immer gesagt, dass ich nicht darüber sprechen will. Jetzt kann ich da schon mit umgehen, so ein bisschen, ne. Ab und zu sage ich auch noch mal pää. (B5, Pos. 286)

Biografische Informationen wurden von 14 der 19 Teilnehmenden (B1, B3, B5 bis B12, B14, B16, B17 und B19) während der Interviewsituation benannt. Es wurden wertfreie Aussagen zu vergangenen lebensgeschichtlichen Erfahrungen getroffen, die keine positiven oder negativen Adjektive aufweisen oder die befragten Personen schwankten im Laufe der Erzählung zwischen positiv und negativ besetzten Äußerungen, sodass keine eindeutige Zuordnung möglich war. Beispielweise wurde über vergangene Wohnorte/Wohnangebote (B6, Pos. 165-171; B8, Pos. 43-56; B19, Pos. 232-272), ehemalige Arbeitsstellen (B6, Pos. 90-92, 376-381; B7, Pos. 284; B8, Pos. 367-380), frühere Urlaubsreisen mit den Eltern (B6, Pos. 6-30) oder die besuchte Schule (B10, Pos. 251-264; B12, Pos. 593-606; B16, Pod. 345-354; B17, Pos. 80-86;) und damit verbundene Ereignisse berichtet. Auswirkungen auf die aktuelle Konstitution wurden in diesen Zusammenhängen von den Teilnehmenden nicht benannt.

Von den Interviewten angesprochene vergangene Krankenhausaufenthalte und zurückliegende Kontakte mit haus- und fachärztlichen Personen, die nicht mit Schlagwörtern wie beispielsweise „schon lange her“ (B5, Pos. 173) beschrieben wurden oder im Kindes- und Jugendalter stattgefunden hatten, finden sich in Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *Integrierte Gesundheitsdienste* oder in Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Ambulante Versorgung* oder → *Stationäre Versorgung*.

### **Identität und Bewältigungskompetenzen (SK 1.2)**

Im Rahmen von Identität und Bewältigungskompetenzen sprachen die befragten Personen sowohl positive Überzeugungen als auch negative Überzeugungen im Zusammenhang mit dem eigenen Selbstkonzept, Selbstwertgefühl, den individuellen Kontrollüberzeugungen, persönlichen Bewältigungsstrategien und Handlungskompetenzen an.

Positive Überzeugungen und zugehörige Bewältigungskompetenzen wurden von 12 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B5, B6, B8, B9, B11 bis B17) im Sinne von bestehenden Widerstandsressourcen thematisiert. In diesem Zusammenhang trafen die befragten Personen Aussagen über positive Überzeugungen und Zuversicht hinsichtlich der gegenwärtigen Wohn- und Lebenssituation (vereinzelt), die Annahme der eigenen

Behinderung und ggf. zusätzlich bestehender Beeinträchtigungen sowie über als bestärkend wahrgenommene persönliche Weiterentwicklungen (B5, Pos. 225-230, 286-294, 319-355; B6, Pos. 54, 452; B8, Pos. 172-180, 401-415; B9, Pos. 218-220, 358-378; B11, Pos. 402-408; B12, Pos. 610-652, 811-821, 834-843; B13, Pos. 131-138, 543-552, 567-576, 148, 697; B15, Pos. 186-200; B16, Pos. 376; B17, Pos. 44, 287). Zudem sprachen die befragten Personen konkrete individuelle Bewältigungskompetenzen zum eigenständigen Erhalt und zur Förderung des körperlichen und/oder psychischen Wohlbefindens an. Hierzu gehören u.a. die selbstständige Weiterführung von physiotherapeutischen Übungen (B5, Pos. 235-243; B9, Pos. 16-20), der gezielte Einsatz des manuellen Rollstuhls auf kurzen Strecken zur Kräftigung der „Handmotorik“ (B13, Pos. 131-138), der Verzicht auf Kaffee (B14, Pos. 731-741), der Rückzug in das eigene Zimmer und das Hören von Musik (B11, Pos. 206-214; B13, Pos. 572-576), das Schreiben eines Tagebuchs am Computer (B13, Pos. 185-198), das Aufsuchen eines „Kumpels“ (B15, Pos. 179-182) oder die gezielte Ablenkung durch die Arbeit (B16, Pos. 293-307), um aufkommender negativer Stimmung entgegenzuwirken sowie die präventive Terminvereinbarung für ein psychotherapeutisches Angebot (B8, Pos. 58-70). Von den befragten Personen angesprochene wahrgenommene psychotherapeutische Angebote (regelmäßig oder bei Bedarf) befinden sich unter dem Wirkungsraum **Wohneinrichtung** (s. Kap. 7.2.2 → *Integrierte Gesundheitsdienste* → *Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote*) oder unter **Allgemeine Gesundheitsversorgung** (s. Kap. 7.2.3 → *Ambulante Versorgung* → *Psychotherapie*).

Negative Überzeugungen wurden von sieben Interviewteilnehmenden (B2, B5, B7, B11, B13, B15 und B16) im Sinne von hemmenden Faktoren angesprochen. Die Befragten thematisieren Zweifel und zum Teil Resignation hinsichtlich der gegenwärtig wahrgenommenen Wohn- und Lebenssituation, der durch die Behinderung erfahrenen Beeinträchtigungen und dadurch erforderlichen Unterstützung sowie in diesen Zusammenhängen benannte Unsicherheiten bezüglich der erfolgreichen Bewältigung der erfahrenen Anforderungen und Belastungen im Alltag (B2, Pos. 217; B5, Pos. 215-223, 596-621, 751-755; B7, Pos. 380-384; B11, Pos. 198-206, 726-734; B13, Pos. 166-184, 484-500; B15, Pos. 264-270; B16, Pos. 36, 264-266). So beschrieb eine Teilnehmerin ihre aktuelle Wohn- und Lebenssituation wie folgt:

B5: Das ist manchmal (...). Ich weiß auch schon, die Betreuer haben gar nicht so viel Zeit bei so vielen. I: Mhm. B5: Das weiß ich auch, ne. I: Ja. B5: Das kriege ich auch alles mit und das Mitkriegen (...) manchmal sage ich mir selbst, „Ich bin froh, dass ich so bin wie ich bin.“, aber manchmal sage ich mir auch, „Wärsst du doch ein bisschen matschig.“, ne. Dann würde ich das alles nicht mehr so mitbekommen. Nicht so viel matschig, sondern so leicht. (B5, Pos. 751-755)

Die von der Teilnehmerin geschilderten strukturellen Bedingungen in der Wohneinrichtung werden unter → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* sowie unter dem

Wirkungsraum **Wohneinrichtung** (s. Kap. 7.2.2, u.a. unter → *Fehlende/s Personal/Zeit*) wieder aufgenommen.

Von den Teilnehmenden benannte Handlungskompetenzen im Zusammenhang mit der Ausführung von bestimmten Aktivitäten der alltäglichen Lebensführung und Selbstversorgung, der Bewältigung spezieller gesundheitsbedingter Anforderungen im Wohnalltag oder der Wahrnehmung von internen und externen Versorgungsangeboten werden unter dem Wirkungsraum **Wohneinrichtung** (s. Kap. 7.2.2 → *Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung*, → *Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen* und → *Integrierte Gesundheitsdienste*) sowie dem Wirkungsraum **Allgemeine Gesundheitsversorgung** (s. Kap. 7.2.3 → *Ambulante Versorgung*, → *Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung* und → *Stationäre Versorgung*) thematisiert.

### **Glaube an Gott (SK 1.3)**

Eine Interviewte (B6, Pos. 98, 129, 153, 183, 210-211, 331) führte während der Interviewsituation wiederholt ihren Glauben an Gott als unterstützende Komponente (individuelle Schutzfaktoren und Ressourcen) zur Bewältigung ihres Alltages an.

### **Persönliches Eigentum (SK 1.4)**

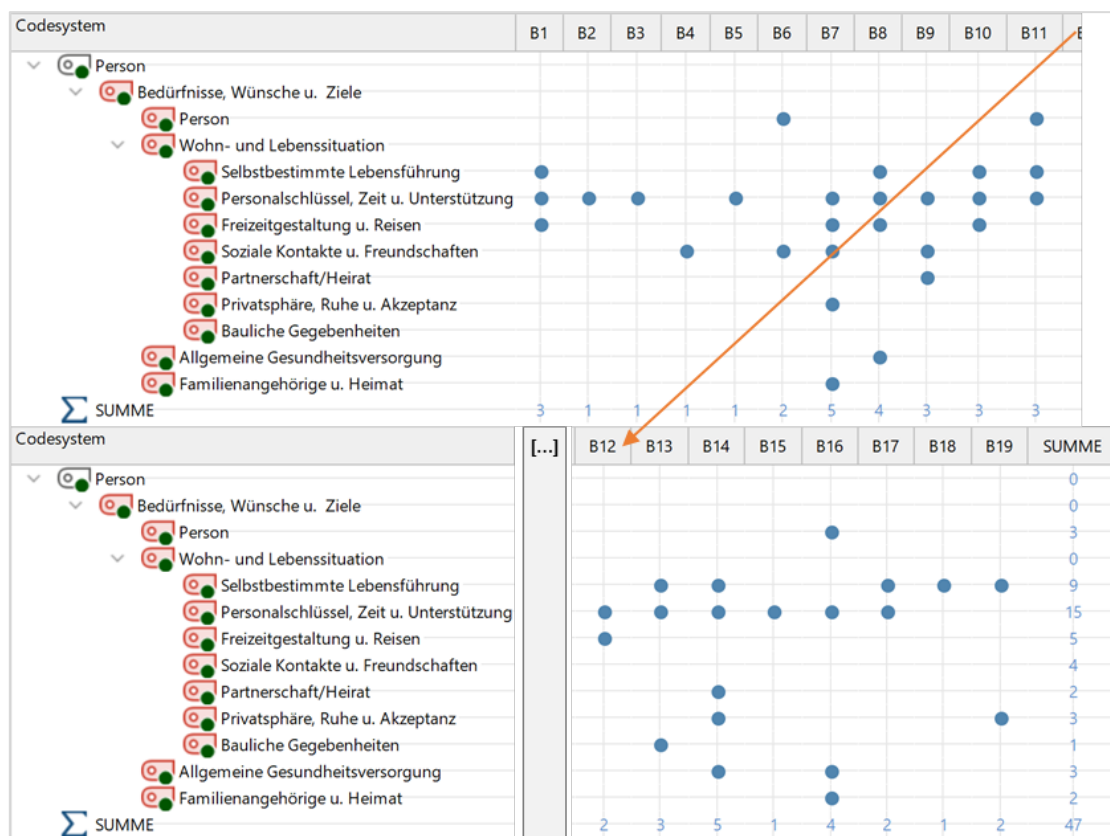
Neun Interviewteilnehmende (B1, B3, B7, B8, B10, B11, B14, B16 und B19) benannten Gegenstände des persönlichen Besitzes, z.B. einen Fernseher (B8, Pos. 240; B10, Pos. 177; B16, Pos. 318-324), einen Kühlschrank (B7, Pos. 446-447; B8, Pos. 275-276), eine Kaffeemaschine (B7, Pos. 248; B8, Pos. 275-276), ein Handy (B7, Pos. 392-396), einen Computer (B10, Pos. 177; 586-589), eine Digitalkamera (B8, Pos. 427- 439) oder ein Fahrrad (B1, Pos. 556; B8, Pos. 310-314; B16, Pos. 324-326; B19, Pos. 54-74). Zum Teil wurde den Aspekten eine hohe persönliche Bedeutung zugesprochen. Mehrere befragte Personen wollten beispielweise der Interviewerin die Dinge während oder im Anschluss an die Gesprächssituation zeigen (B1, B8, B11 und B19). Ein Teilnehmender führte an:

B10: Ich habe ein Kopfkissen, eine Zudecke, das Bett, ein Fernseher, ein Computer und ein Tisch und einen Kleiderschrank, das habe ich leider nur, richtig? M10: Mhm. B10: Und einen Speisetisch habe ich noch, den man über den Sitz machen kann, wenn es mir mal schlecht geht. (...) Kleider habe ich kaum. M10: Nee. (bejahend) (B10, Pos. 177-180)

### **Bedürfnisse, Wünsche und Ziele (SK 1.5)**

Des Weiteren äußerten die befragten Personen bisher nicht erfüllte persönliche Bedürfnisse, Wünsche und Ziele in Bezug auf die eigene Person, die individuelle Wohn- und Lebenssituation, auf die erfahrene allgemeine Gesundheitsversorgung oder hinsichtlich der Themen Familienangehörige und Heirat. Tabelle 12 zeigt die von den Teilnehmenden in diesen Zusammenhängen angesprochenen Bereiche:

Tabelle 12: Person - Thematisierte Bedürfnisse, Wünsche und Ziele (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet)



Hinweis: Die Anzahl der Nennung je befragter Person wurde pro Dokument, d.h. Interviewtranskript, nur einmal gezählt.

Insgesamt 3 der 19 Interviewteilnehmenden (B6, B11 und B16) benennen Bedürfnisse und Wünsche hinsichtlich ihrer Person (s. Tabelle 12). In diesen Fällen wurde der Erhalt bzw. die Verbesserung der geistigen oder körperlichen Gesundheit (B6, Pos. 494; B11, Pos. 873) sowie die Verwirklichung eines Traums, mit einer Schauspielerin aus der persönlichen Lieblingsserie einen Polizeieinsatz zu fahren (B16, Pos. 398-400), angesprochen.

Ein von den Teilnehmenden häufig thematisierter Aspekt im Kontext von Bedürfnissen, Wünschen und Zielen ist die Verbesserung der gegenwärtigen Wohn- und Lebenssituation. Diesbezüglich wurden - wie Tabelle 12 zeigt - Aussagen zu den folgenden sieben Themenbereichen getroffen: selbstbestimmte Lebensführung, Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung, Freizeitgestaltung und Reisen, soziale Kontakte und Freundschaften, Partnerschaft/Heirat, Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz sowie bauliche Gegebenheiten.

Im Rahmen der selbstbestimmten Lebensführung wurden von neun Interviewten (B1, B8, B10, B11, B13, B14, B17, B18 und B19) Wünsche und Bedürfnisse nach mehr Selbstbestimmung hinsichtlich der alltäglichen Lebensführung sowie nach mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten im Wohnalltag benannt. So beschrieb eine Teilnehmerin:

B11: Oder die [Mitarbeitenden der Wohngruppe] sagen auch oft, ne, das machst du jetzt und wir wollen das gar nicht. I: Was würdest du dir stattdessen wünschen, wie es sein sollte? B11: Dass wir mehr Freiheit (...) I: Mhm. B11: Also (...) I: Kannst du da ein Beispiel nennen? B11: Mehr frei entscheiden können (...) (B11, Pos. 851-857; Anmerkung: B11 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)

Konkrete Wünsche und Bedürfnisse, die von den befragten Personen in diesem Zusammenhang angesprochen wurden, sind u.a. eine verstärkte Selbstverwaltung des eigenen Geldes (B1, Pos. 492-498, 654, 755-761), mehr Mitspracherecht bei der Zuteilung der\*des Bezugsbetreuer\*in (B1, Pos. 624-648), mehr Wahlmöglichkeiten hinsichtlich des angebotenen Essens (B10, Pos. 332; B19, Pos. 432-438) sowie selbst entscheiden dürfen, wo man sein Essen einnehmen (B14, Pos. 1069-1079) und wann man nach Hause kommen möchte (B1, Pos. 801-809). Eine Interviewpartnerin (B13, Pos. 428-454, 593-601) äußerte den Wunsch, dass wieder regelmäßig Wohngruppengespräche stattfinden sollten, um gemeinsam über wichtige Dinge bezüglich der Organisation und des Zusammenlebens sprechen zu können, mit der Begründung: „[W]ir sitzen alle in einem Boot (...) Wir müssen doch auch Bescheid wissen, egal ob es jetzt positiv ist oder negativ“ (B13, Pos. 601). Ein anderer Interviewteilnehmer (B8, Pos. 447-453) würde gern in eine nahegelegene Stadt zurückziehen mit dem Ziel, sich dort selbstständig fortbewegen und arbeiten zu können.

Insgesamt 15 der 19 Befragten (B1, B2, B3, B5, B7 bis B17) äußerten Wünsche im Kontext von Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung. Es fällt auf, dass ein Großteil der Interviewteilnehmenden den Wunsch nach mehr Personal in direktem Zusammenhang mit mehr Zeit für persönliche Gespräche (B2, Pos. 227-231; B3, Pos. 390-398; B8, Pos. 343-350; B12, Pos. 887-905; B13, Pos. 643), für Aktivitäten inner- und außerhalb der Wohnstätte bzw. Wohneinrichtung am Nachmittag (B8, Pos. 490-493; B10, Pos. 305-309; B11, Pos. 831-845; B12, Pos. 873-885; B13, Pos. 611-615) sowie mit mehr Zeit für die Unterstützung bei Tätigkeiten im Rahmen der Selbstversorgung oder als Begleitung (B1, 794-797; B2, Pos. 231-235; B5, Pos. 761-775; B8, Pos. 76-100, 470-483; B11, Pos. 875-881; B12, Pos. 909-929; B13, Pos. 629-641, 645; B16, Pos. 209-218) benannte. Eine Teilnehmerin (B13, Pos. 681-697) berichtete in diesem Zusammenhang zudem von einer hohen Fluktuation der Mitarbeitenden in ihrer Wohngruppe und äußerte diesbezüglich den Wunsch nach mehr Kontinuität. Festzustellen ist, dass sich fast ausschließlich Interviewte der *Wohnformen a* und *b* (mit Ausnahme von B16 aus *Wohnform c*) in diesem Kontext äußerten und mehr als die Hälfte dieser Personen (B2, B5, B10, B11, B12 und B13) auf einen Rollstuhl angewiesen waren.

Vier weitere befragte Personen (B7, B9, B15 und B17) wünschten sich - ohne explizit einen Zusammenhang zum Personalschlüssel herzustellen - mehr Unterstützung bei der Erstellung individueller Förderpläne in der Arbeitsstätte (B9, Pos. 561-578), beim

Kochen (B17, Pos. 373) oder dabei, einen Schulabschluss nachzuholen (B15, Pos. 294-300). Ein anderer Interviewteilnehmer äußerte das Bedürfnis, bei Bedarf wieder ein integriertes psychotherapeutisches Angebot wahrnehmen zu können, da die letzte Fachperson ersatzlos weggefallen war (B7, Pos. 199-210). Ein Interviewter (B14, Pos. 1055, 1066-1079) formulierte zu nicht eingehaltenen Absprachen zwischen den Bewohnenden der Wohngruppe und dem Personal allgemein den Wunsch nach „nette[n] Gruppenleiterin[nen], die auch mal ein bisschen netter zu uns sind.“ (B14, Pos. 1055).

Hinsichtlich Freizeitgestaltung und Reisen sprachen fünf Interviewteilnehmende (B1, B7, B8, B10 und B12) Wünsche und Bedürfnisse nach mehr bzw. passgenauen Angeboten seitens der Wohneinrichtung - unabhängig vom Personal - an. Alle fünf Personen gaben an, dass sie gern vermehrt etwas außerhalb der Einrichtung unternehmen würden, z.B. bei schönem Wetter mit dem Auto fahren (B10, Pos. 181), eine nahegelegene Stadt besuchen (B7, Pos. 434-436; B8, Pos. 505-513), ein Eis essen (B12, Pos. 860-867), in einem Restaurant frühstücken (B7, Pos. 434-436), einen Freizeitpark, Zoo oder ein Museum besuchen (B1, 845-853). Ein Teilnehmender (B8, Pos. 306-336) berichtete, dass nach der Arbeit ab 13 Uhr „Langeweile“ (B8, Pos. 306) bei ihm aufkommt. Er verbringt aufgrund seiner körperlichen Beeinträchtigung meist die gesamte Zeit bis zum Abendbrot auf dem Bett liegend (B8, Pos. 498-501). Der Teilnehmende (B8, Pos. 326-336) äußerte den Wunsch nach alternativen Möglichkeiten, da er die bestehenden Freizeitangebote in der Einrichtung aufgrund seiner Beeinträchtigungen aktuell nicht wahrnehmen kann. Ein Befragter (B7, Pos. 561-577) würde gern ein weiteres Mal eine dreitägige Reise im Rahmen einer 1:1-Betreuung in ein spezielles Hotel für Menschen mit Behinderung direkt am Meer unternehmen.

Insgesamt 4 der 19 befragten Personen (B4, B6, B7 und B9) äußerten im Kontext soziale Kontakte und Freundschaften Wünsche nach vermehrtem Besuch (B4, Pos. 215 - 237) oder mehr Kontakt zu Gleichaltrigen (B9, Pos. 580-588) sowie das Bedürfnis, regelmäßig mit befreundeten Personen Kaffee zu trinken (B6, Pos. 482-484) oder „[n]eue Freunde [zu] finden, die mir guttun“ (B7, Pos. 470).

Die Themen Partnerschaft und Heirat wurden von je einer interviewten Person (B9 und B14) angesprochen. Diesbezüglich wurde der Wunsch nach einem „festen Freund“ (B9, Pos. 476) sowie nach der Hochzeit mit der Partnerin genannt (B14, Pos. 1114 - 1127).

Bedürfnisse im Rahmen von mehr Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz seitens der Mitbewohnenden in der aktuellen Wohnsituation wurden von drei befragten Personen (B7, B14 und B19) thematisiert (s. hierzu auch Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → (Mit-)Bewohner\*innen → *Wahrgenommene soziale Stressoren* sowie → *Diebstahl und Sachbeschädigung*). Zwei Teilnehmende (B14, Pos. 979-1043; B19, Pos. 438-458), die



zum Zeitpunkt der Interviews in *Wohnform c* lebten, nannten in direktem Zusammenhang auch den Wunsch, zeitnah umziehen zu können. Ein Interviewter führte aus:

B19: Und das Theater, sage ich, das muss weg. I: Mhm. Also das Theater auch bei Ihnen in der Wohngruppe muss weg, oder? B19: Bitte? I: Das Theater bei Ihnen in der Wohngruppe muss weg, oder? B19: Ja. I: Mhm. (...) Was würden Sie sich denn da wünschen? B19: Dass ich da wegziehe und dass ich irgendwo noch einen Platz finde. (...) Und dann (...) dass ich da meine Ruhe habe. I: Mhm. B19: (...) Ich hoffe, dass ich hier hinten irgendwo, da sind ja Wohnungen (...) dass ich da ein Zimmer kriege. (...) Und da kenne ich ja einen, -NAME\_a-, den kenne ich ja. (...) Und hier der -NAME\_b-, der wohnt ja direkt am -STRAßENNAME-. Und da habe ich auch mal gewohnt. Wie gesagt, da haben die mir das Geld geklaut und (...) da geht das ja nicht. Und (...) da bin ich vom -WOHNGRUPPE\_a- weg und dann ((Pfeifgeräusch)) zu -WOHNGRUPPE\_b- darunter. Das war eine Umzieherei, oh. (...) Na ja, aber was soll denn das, das gibt es nicht, das gibt es nicht (...) da war der Mist, da war der Mist, oh. Seitdem der -NAME\_MITBEWOHNER- da ist, dann ist das (...) I: Wer ist das? B19: Mist. I: Ein Mitarbeiter oder ein Mitbewohner? B19: Mitbewohner. I: Mhm. B19: Also, das geht nicht. Also (...) seine Frau und der hat Kinder. Oh, -NAME\_MITARBEITER/IN- ist nicht da. -NAME\_MITARBEITER/IN- hatte Urlaub. Dann macht der Theater (...) denn schreit der da rum. Und denn, wenn einer essen tut und der schreit da rum, dann fliegt der da raus. Das ist ja logisch. Aber denn tut er das Personal schlagen (...) ja (...) Denn hat er gesagt, pass mal auf -NAME\_MITARBEITER/IN-, wenn du nicht aufhörst, dann haue ich dir eine vors Maul. (...) Ja, und was macht der, dann holt der aus und gleich drauf. I: Tatsächlich gefährlich. B19: Der ist gefährlich. I: Mhm. (...) Gibt es weitere Dinge, die Sie sich wünschen? B19: Ja, dass ich hier wegkomme. Das ist die einzige Möglichkeit, dass (...) dass ich da wegkomme, weg. Ich werde mal versuchen, dass ich -NAME\_GESETZLICHE\_BETREUUNG- erreiche. Dass -NAME\_GESETZLICHE\_BETREUUNG- das macht (...) dass ich irgendwo einen Platz finde, dass ich da wegkomme. I: Ja. B19: Das geht nicht. (B19, Pos. 438-458)

Eine Interviewpartnerin (B13, Pos. 662-679) wünschte sich im Rahmen der baulichen Gegebenheiten barrierefreie, rollstuhlgerechte Wege innerhalb ihrer Wohneinrichtung (*Wohnform b*), um sich durchweg eigenständig fortbewegen zu können.

Insgesamt 3 der 19 Teilnehmenden (B8, B14 und B16) thematisierten Bedürfnisse, Wünsche und Ziele im Zusammenhang mit der allgemeinen Gesundheitsversorgung (s. Tabelle 12). Eine Person (B8, Pos. 185-186) äußerte in diesem Kontext den Wunsch nach einer Begleitung während der Wahrnehmung eines externen medizinischen Versorgungsangebotes, um ggf. Unterstützung bei der Beantwortung der Fragen zu erhalten. Eine andere Teilnehmerin (B16, Pos. 385-390) wünschte sich mehr Unterstützung bei der Inanspruchnahme zahnärztlicher Versorgungsangebote, um zu einem speziellen Angebot für Angstpatient\*innen wechseln zu können. Aufgrund vergangener Erfahrungen äußerte ein anderer Interviewteilnehmer (B14, Pos. 1051-1053) den Wunsch, im Falle eines weiteren Krankenhausaufenthaltes nicht in das Krankenhaus in Ort\_f, sondern stattdessen in das Krankenhaus in Ort\_d eingewiesen zu werden (s. hierzu auch Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Stationäre Versorgung* → *Positive Erfahrungen/Bewertungen* und → *Negative Erfahrungen/Bewertungen*).

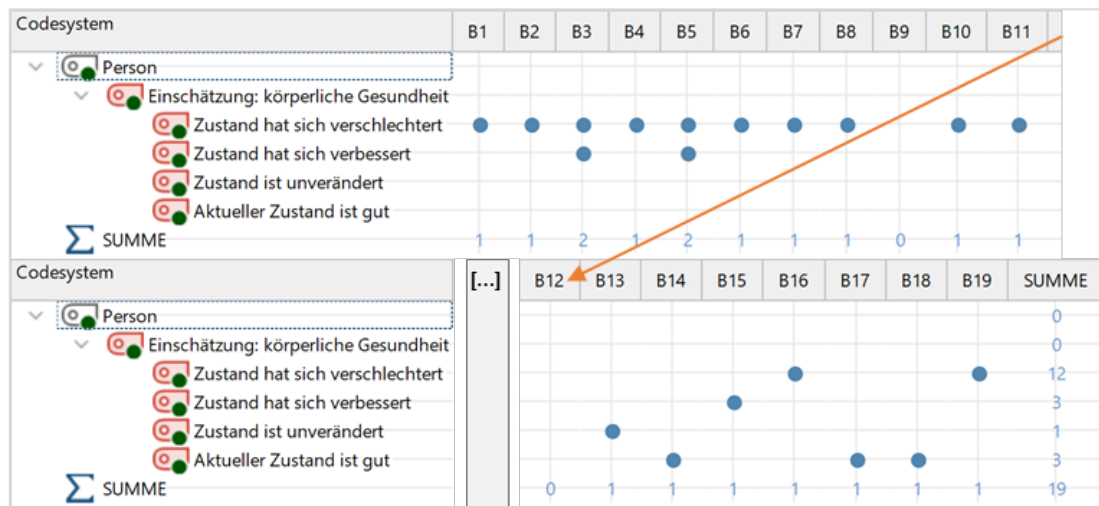
Außerdem wurden von zwei Teilnehmenden (B7 und B16) Wünsche, Bedürfnisse und Ziele hinsichtlich der Themen Familienangehörige und Heimat formuliert. Ein Interviewpartner (B7, Pos. 404-409, 415-424) äußerte den Wunsch, in seine Heimat zurückzukehren und seine Verwandten wiederzusehen. Eine andere Befragte (B16, Pos.

408) wünschte sich, vermehrt Besuch von ihrer Familie zu erhalten und häufiger ein Paket von ihr geschickt zu bekommen. Der seltene Kontakt macht sie traurig (ebd.).

**Einschätzung: körperliche Gesundheit (SK 1.6)**

Wie in Abbildung 13 dargestellt, bildete die Einschätzung der körperlichen Gesundheit einen weiteren im Kontext der Dimension **Person** von den Interviewteilnehmenden thematisierten Bereich. In diesem Zusammenhang schätzten die befragten Personen ihren physischen und/oder physiologischen Gesundheitszustand ein und nannten wahrgenommene Veränderungen ihrer Konstitution. Aus Tabelle 13 lassen sich die von den Teilnehmenden vorgenommenen verbalen Einschätzungen im Kontext ihres körperlichen Gesundheitszustandes entnehmen:

Tabelle 13: Person - Einschätzung des körperlichen Gesundheitszustandes\* (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet)



\* Hinweis: Für die Auswertung wurden nur die getätigten verbalen Äußerungen der Interviewteilnehmenden einbezogen. Die Bewertung mittels der gelegten Piktogramme auf der dreistufigen Skala dienten als erster Impuls, differenziert eine sprachliche Einschätzung vorzunehmen (s. hierzu im Detail Kap. 6.1 und 6.1.3). Die Ergebnisse fanden daher hier keine Berücksichtigung, sodass bei B9 und B12 keine Einschätzung vorliegt. Fotos der vorgenommenen Zuordnungen (der Piktogramme und Skala) seitens der befragten Personen sind in der MAXQDA-Arbeitsdatei bei den zugehörigen Interviewtranskripten als *Dokument-Memos* hinterlegt (s. USB-Stick → Anhang H).

Insgesamt gaben 12 der 19 interviewten Personen (B1 bis B8, B10, B11, B16 und B19) an, dass sich ihr Gesundheitszustand im Vergleich zu früher (als zeitlicher Referenzpunkt diente das späte Jugend- oder junge Erwachsenenalter) verschlechtert hat (s. Tabelle 13). Zu berücksichtigen gilt in diesem Zusammenhang, dass 2 der 19 Interviewteilnehmenden (B9 und B12) keine verbale Einschätzung vornahm (s. hierzu auch Hinweis in Tabelle 13). Als wahrgenommene physische oder physiologische Verschlechterungen wurden von den Teilnehmenden ein erhöhtes Bedürfnis nach Ruhepausen (B1, Pos. 665-676; B19, Pos. 300-318), ein Abbau der Bewegung und Mobilität (B2, Pos. 99-101, 206-207; B6, Pos. 426-436; B7, Pos. 296-320; B8, Pos. 381-395; B11, Pos. 709-710), zusätzlich aufgetretene Erkrankungen (B3, Pos. 327-328; B5,

Pos. 50-52; B6, Pos. 146-151; B8, Pos. 196-200; B16, Pos. 359-364), eine erworbene *geistige Behinderung* und damit einhergehende komplexe körperliche Beeinträchtigungen (B10, Pos. 200-226, 243-246), zunehmende Schwierigkeiten, den Stuhl zu kontrollieren (B7, Pos. 45-59, 549-561), vorhandene/zunehmende Rückenschmerzen (B7, Pos. 157-162; B19, Pos. 345-358), zunehmende Beeinträchtigung der (Aus-)Sprache durch eine Spastik (B11, Pos. 698-734) sowie erworbene/zunehmende Schwierigkeiten mit der Atmung bzw. Luftnot (B6, Pos. 426-436; B8, Pos. 381-395; B16, Pos. 266) angegeben.

Drei Interviewteilnehmende (B3, B5 und B15) äußerten, dass sich ihr allgemeiner körperlicher Zustand oder Teilbereiche ihrer physischen und physiologischen Gesundheit verbessert haben. Eine Teilnehmerin (B3, Pos. 138-140) berichtete, dass sie Epilepsie hat, aber seit langem anfallsfrei ist. Eine weitere interviewte Person (B5, Pos. 646-662) schilderte, dass sich ihre körperliche Mobilität gesteigert hat, da sie sich im Gegensatz zu früher nun selbstständig in ihrem manuellen Rollstuhl fortbewegen kann und zudem einen E-Rollstuhl besitzt. Ein anderer Interviewteilnehmender (B15, Pos. 215-228) stellte seinen körperlichen Zustand in direktem Zusammenhang mit seiner verbesserten psychischen Konstitution dar (s. hierzu auch → *Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit*). Eine Teilnehmerin (B13, Pos. 506) schätzte ihre körperliche Konstitution als unverändert ein, ohne eine genauere Bewertung vorzunehmen. Drei befragte Personen (B14, B17 und B18) beurteilten ihren aktuellen körperlichen Gesundheitszustand als gut (B14, Pos. 812-817, 853-857; B17, Pos. 308-311) bzw. sich als „sehr gesund“ (B18, Pos. 184), ohne einen direkten Bezug zu früher herzustellen. Sie führten ihre vorgenommene Einschätzung nicht näher aus.

Zu konstatieren ist, dass wahrgenommene Veränderungen (Verbesserungen und Verschlechterungen) des körperlichen Gesundheitszustandes von den Interviewten unabhängig vom Alter angesprochen wurden.

### **Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit (SK 1.7)**

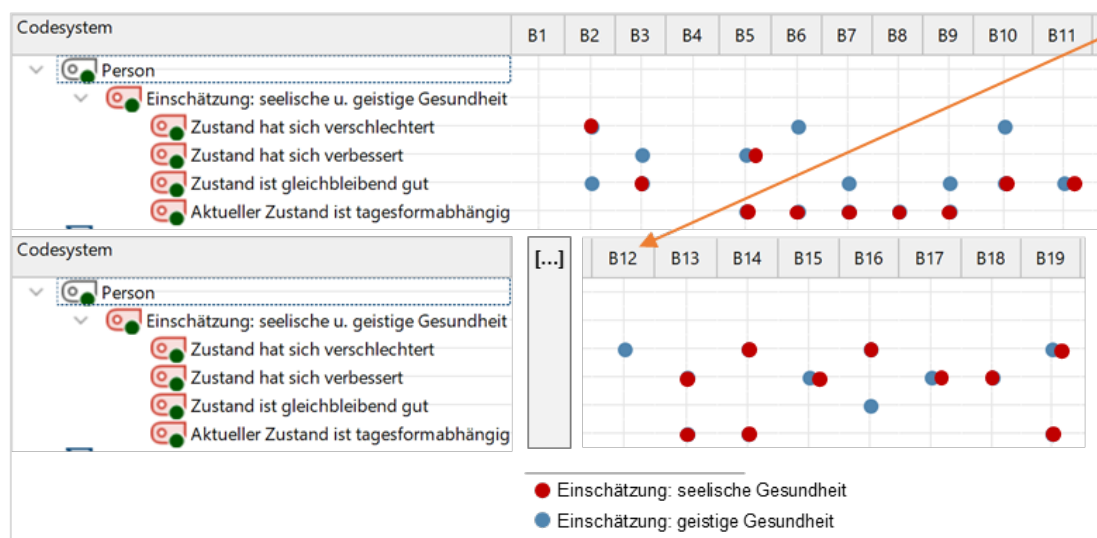
Zusätzlich nahmen die Interviewteilnehmenden eine Einschätzung ihrer seelischen und geistigen Gesundheit vor, indem sie ihren seelischen und/oder geistigen Gesundheitszustand und diesbezüglich wahrgenommene Veränderungen beschrieben. Da die befragten Personen vermehrt Verknüpfungen zwischen ihrem seelischen und geistigen Gesundheitszustand benannten, werden die Aspekte nachfolgend übergreifend vorgestellt.<sup>10</sup> Aus Tabelle 14 geht eine Übersicht zu den während der

---

<sup>10</sup> Vor dem Hintergrund des zugrunde gelegten theoretischen Bezugsrahmens (s. Kap. 5.4) ist der Autorin bewusst, dass körperliche, seelische und geistige Gesundheit in engem Zusammenhang stehen und sich wechselseitig beeinflussen. Die hier vorgenommene Trennung (s. auch → *Einschätzung: körperliche Gesundheit*) ergab sich aus den gestellten Fragen während der Interviews (s. Kap. 6.1.3).

Interviewsituation von den Teilnehmenden vorgenommenen verbalen Einschätzungen hinsichtlich ihres seelischen und geistigen Gesundheitszustandes hervor:

Tabelle 14: Person - Einschätzung des seelischen und geistigen Gesundheitszustandes\* (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet)



\*Hinweis: Für die Auswertung wurden nur die getätigten verbalen Äußerungen der Interviewteilnehmenden einbezogen. Die Bewertungen mittels der gelegten Piktogramme auf der dreistufigen Skala dienten als erster Impuls, differenziert eine sprachliche Einschätzung vorzunehmen (s. hierzu im Detail Kap. 6.1 und 6.1.3). Die Ergebnisse fanden daher hier keine Berücksichtigung, sodass bei B1 und B4 keine Einschätzung vorliegt. Fotos der vorgenommenen Zuordnungen (der Piktogramme und Skalen) seitens der befragten Personen sind in der MAXQDA-Arbeitsdatei bei den zugehörigen Interviewtranskripten als *Dokument-Memos* hinterlegt (s. USB-Stick → Anhang H).

Tabelle 14 zeigt, dass 4 der 19 befragten Personen (B2, B14, B16 und B19) berichteten, dass sich ihr seelischer Zustand im Vergleich zu früher verschlechtert hat. Eine Interviewteilnehmende (B2, Pos. 212-217) stellte ihre Beurteilung in direktem Zusammenhang mit der Verschlechterung der Organisation hinsichtlich eines geringeren Personalschlüssels und weniger Freizeitangeboten in ihrer Wohngruppe dar (s. hierzu auch *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung* sowie Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *Fehlende/s Personal/Zeit*). Eine weitere Teilnehmerin (B16, Pos. 370-376) führte als Grund für die wahrgenommene Veränderung an, dass sie im Vergleich zu früher nun auf Medikamente, die sie nicht näher benennt, angewiesen ist und sich dadurch „beeinträchtigt“ (ebd., Pos. 374) fühlt. Ein anderer Interviewpartner (B14, Pos. 693-729) schilderte, dass er aufgrund eines kritischen Lebensereignisses in der Vergangenheit (s. hierzu → *Lebensgeschichtliche Erfahrungen* → *Kritische Lebensereignisse*) Ängste entwickelt hat, die nach wie vor teilweise hochkommen (s. hierzu auch Kap. 7.2.6 **Öffentlichkeit** → *Angst vor Diskriminierung/Gewalt*). Zwei Personen (B14 und B19), die ihren seelischen Gesundheitszustand als zunehmend schlechter einschätzten, gaben zudem an, dass sie ihren aktuellen seelischen Zustand als tagesformabhängig beurteilen.

Von einer Verschlechterung des geistigen Zustandes berichteten vier Interviewteilmehrende (B6, B10, B12 und B19). Alle machten die Veränderung an einer zunehmenden Vergesslichkeit (B10, Pos. 270-275; B12, Pos. 697-703; B19, Pos. 363-368) bzw. „Gedankenlosigkeit“ (B6, Pos. 450-454) fest. Ein Teilnehmer (B19, Pos. 369-370) führte an, dass ihm die Verschlechterung besonders auffällt, wenn es ihm auch psychisch nicht gut geht. Festzustellen ist, dass die Altersspanne der vier Interviewten zwischen 38 (B12) und 88,21 Jahren (B6) lag.

Fünf befragte Personen (B5, B13, B15, B17 und B18) gaben an, dass sich ihr seelischer und in diesem Zusammenhang zum Teil auch ihr geistiger Gesundheitszustand im Vergleich zu früher verbessert hat. Diesbezüglich wurden unterschiedliche erfahrene Veränderungen und Gründe genannt. Eine Teilnehmerin (B5, Pos. 676-690, 721-729) nannte die Verbesserung in direktem Zusammenhang mit einem an sich selbst festgestellten Zuwachs ihrer Fähigkeiten zur Handlungsplanung und Handlungsdurchführung (geistige Gesundheit) und einem verstärkten Selbstbewusstsein. Eine andere Interviewte (B13, Pos. 498-500) berichtete, dass das Kratzen ihrer Haut zum Abbau von Stress besser geworden ist, erläuterte dies aber nicht näher. Ein weiterer Interviewteilmehrender (B15, Pos. 220-240) schilderte, dass es ihm aufgrund einer durch die Einrichtung vermittelten Tagesstruktur (Arbeits- und Sportangebote) körperlich, seelisch und geistig viel besser geht und er seine Süchte unter Kontrolle hat (s. hierzu auch → *Einschätzung: körperliche Gesundheit*, Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *Integrierte Gesundheitsdienste* → *Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung)* sowie Kap. 7.2.5 **Arbeit** → *Tätigkeiten und Aufgaben*). Eine befragte Person (B17, Pos. 45-54, 285-287, 330-331) gab im Kontext einer wahrgenommenen Verbesserung ihrer seelischen und geistigen Konstitution an, dass sie ihre Angstzustände aufgrund der Einnahme eines Psychopharmakons überwunden hat und sich zudem dadurch auch besser auf sich fokussieren kann. Ein anderer Teilnehmer (B18, Pos. 268-294) nannte seine Partnerin als sich auf seinen seelischen Zustand positiv auswirkende Komponente (s. hierzu Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *(Mit-)Bewohner\*innen* → *Bestehende Partnerschaften*).

Unabhängig vom seelischen Zustand gab eine Person (B3) an, dass sich ihr geistiger Zustand im Vergleich zu früher verbessert hat. Sie beschrieb die wahrgenommene Veränderung wie folgt: „Ja, manchmal, manchmal kann ich auch hellsehen. Weiß, was derjenige sagen tut.“ (ebd., Pos. 332).

Keine Veränderung hinsichtlich ihrer seelischen Konstitution nannten drei Interviewte (B3, B10 und B11) und schätzten ihren Zustand als gleichbleibend gut ein, z.B. als „am meisten ist man gut gelaunt“ (B3, Pos. 338)“ oder „immer sehr fröhlich“ (B11, Pos. 782). Ihren geistigen Gesundheitszustand schätzten fünf Interviewteilmehrende (B2, B7, B9,

B11 und B16) als unverändert gut ein, beschrieben diesen Zustand allerdings nicht näher.

Insgesamt 8 der 19 befragten Personen (B5 bis B9, B13, B14 und B19) gaben an, dass ihr aktueller seelischer Zustand tagesformabhängig ist bzw. sie in regelmäßigen Abständen Stimmungsschwankungen, gute und schlechte Phasen, an sich registrieren (B5, Pos. 547-549; B6, Pos. 498; B7, Pos. 541-547; B8, Pos. 62-70; B9, 451-454; B13, Pos. 557-584; B14, Pos. 900-908; B19, Pos. 339-344). Eine Teilnehmende (B6, Pos. 408-411) erwähnte in direktem Zusammenhang mit ihrer aktuellen Stimmung, dass sie viele ihrer Freund\*innen nicht mehr hat, mit denen sie früher viel unternommen und Spaß hatte (s. hierzu auch → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Wohn- und Lebenssituation* → *Soziale Kontakte und Freundschaften* und Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *(Mit-)Bewohner\*innen* → *Bestehende Freund- und Bekanntschaften*). Zu konstatieren ist, dass die Person zum Zeitpunkt des Interviews 88 Jahre alt war. Ein anderer Interviewter (B7, Pos. 541-547) gab im Kontext seiner seelischen Verfassung an, dass er den Kontakt zu seinen Mitbewohnenden zum Teil als sehr belastend empfindet (s. hierzu auch Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *(Mit-)Bewohner\*innen* → *Wahrgenommene soziale Stressoren*). Zwei interviewte Personen (ein weiteres Mal B7, Pos. 331-346; B8, Pos. 58-75) nannten erfahrene kritische Lebensereignisse, die gedanklich wiederkehren, als Grund (s. auch → *Kritische Lebensereignisse*).

### **Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen (SK 1.8)**

Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen in körperlichen, seelischen, kognitiven und sonstigen Bereichen wurden von 17 Teilnehmenden (B1, B2, B3, B5, B6 bis B17 und B19) während der Interviews angeführt. Die Informationen wurden bereits in Kap. 7.1 im Rahmen der Beschreibung der Stichprobe zusammenfassend vorgestellt. Sie sollen daher an dieser Stelle nicht noch einmal beschrieben werden.

### **7.2.2 Zum Wirkungsraum *Wohneinrichtung***

Im Kontext des Wirkungsraums ***Wohneinrichtung***<sup>11</sup> (HK 2.) sprachen die Interviewten - wie Abbildung 14 zeigt - die folgenden Themenbereiche an:

---

<sup>11</sup> Der Begriff „Wohneinrichtung“ umfasst in diesem Fall sowohl die Wohneinrichtungen (s. *Wohnform b* und *c*) als auch die Wohnstätten (s. *Wohnform a*).

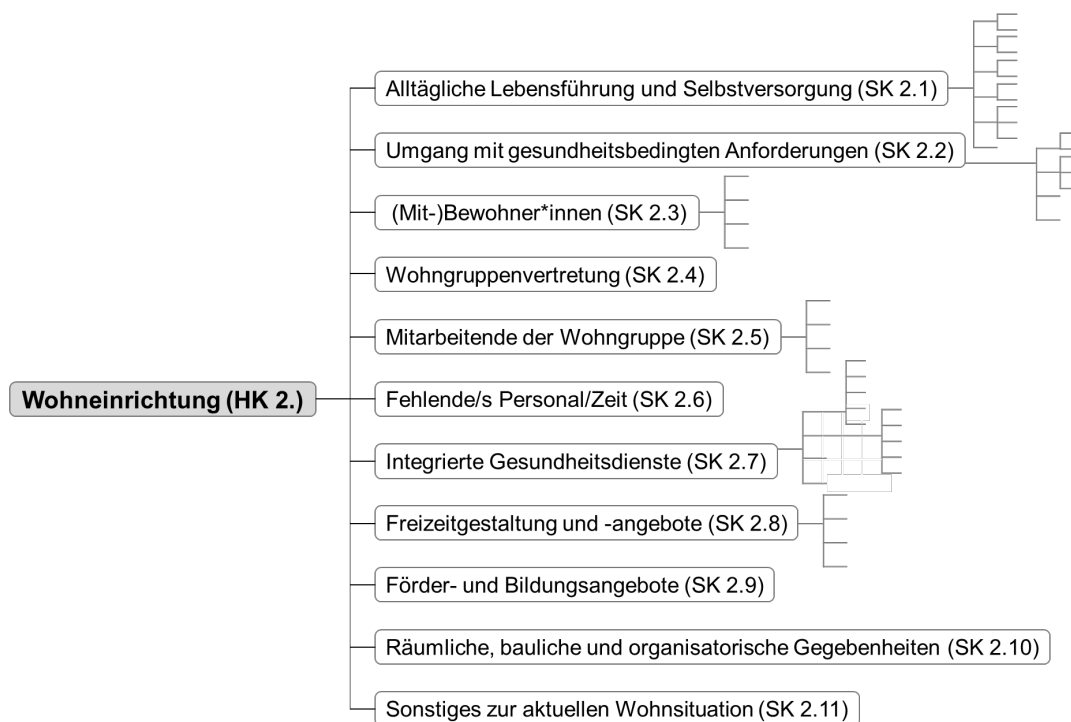


Abbildung 14: Wirkungsraum „Wohneinrichtung“ – Angesprochene Themenbereiche (eigene Darstellung)

Hinsichtlich des Wirkungsraums **Wohneinrichtung** wurden von den befragten Personen - wie aus Abbildung 14 hervorgeht - Aussagen zu den Bereichen Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung (SK 2.1), Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen (SK 2.2), (Mit-)Bewohner\*innen (SK 2.3), Wohngruppenvertretung (SK 2.4), Mitarbeitende der Wohngruppe (SK 2.5), Fehlende/s Personal/Zeit (SK 2.6), Integrierte Gesundheitsdienste (SK 2.7), Freizeitgestaltung und -angebote (SK 2.8), Förder- und Bildungsangebote (SK 2.9), Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten (SK 2.10) sowie Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation (SK 2.12) getroffen, wie nachfolgend dargelegt wird.

### **Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung (SK 2.1)**

Im Kontext von Aktivitäten der alltäglichen Lebensführung und Selbstversorgung (im engeren Sinne) berichteten die Teilnehmenden, inwieweit sie diese eigenständig durchführen oder in welcher Art und in welchem Umfang sie auf Assistenz, Förderung und Unterstützung seitens des zuständigen Personals angewiesen sind. Tabelle 15 eröffnet eine Übersicht zu den angesprochenen Tätigkeiten und den vorgenommenen Einschätzungen der Interviewteilnehmenden:

Tabelle 15: Wohneinrichtung - Einschätzung der Durchführung von Aktivitäten der alltäglichen Lebensführung und Selbstversorgung (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; bearbeitet von der Autorin)

| Codesystem                                | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|
| Wohneinrichtung                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Alltäg. Lebensführung u. Selbstversorgung |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Essen u. Trinken                          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Selbstständig                             | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  |    | ●   |     |
| Mit Unterstützung                         |    | ●  |    |    |    |    |    |    | ●  | ●   | ●   |
| An- u. Ausziehen, Kleidung aussuchen      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Selbstständig                             | ●  |    | ●  | ●  |    | ●  | ●  |    |    |     |     |
| Mit Unterstützung                         |    | ●  |    |    | ●  |    | ●  | ●  | ●  | ●   | ●   |
| Aufstehen                                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Selbstständig                             | ●  |    | ●  | ●  |    | ●  | ●  | ●  |    |     |     |
| Mit Unterstützung                         |    |    |    |    | ●  |    | ●  | ●  | ●  | ●   | ●   |
| Körperpflege u. -hygiene                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Selbstständig                             | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●   | ●   |
| Mit Unterstützung                         | ●  | ●  |    |    | ●  |    | ●  | ●  | ●  | ●   | ●   |
| Umgang mit Geld                           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Selbstständig                             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Mit Unterstützung                         | ●  |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Umgang unklar                             |    |    |    |    |    |    | ●  | ●  | ●  |     |     |
| Wäsche waschen                            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| SUMME                                     | 6  | 5  | 4  | 4  | 5  | 4  | 6  | 7  | 6  | 6   | 4   |

| Codesystem                                | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Wohneinrichtung                           |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Alltäg. Lebensführung u. Selbstversorgung |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Essen u. Trinken                          |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                             |     | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | 16    |
| Mit Unterstützung                         | ●   |     |     |     |     |     |     |     | 5     |
| An- u. Ausziehen, Kleidung aussuchen      |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                             |     | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | ●   | 11    |
| Mit Unterstützung                         | ●   | ●   |     |     |     | ●   |     |     | 9     |
| Aufstehen                                 |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                             |     |     |     |     | ●   | ●   | ●   | ●   | 10    |
| Mit Unterstützung                         | ●   | ●   |     |     | ●   | ●   |     |     | 10    |
| Körperpflege u. -hygiene                  |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                             |     | ●   | ●   | ●   | ●   |     | ●   | ●   | 16    |
| Mit Unterstützung                         | ●   | ●   | ●   |     |     | ●   |     | ●   | 12    |
| Umgang mit Geld                           |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                             |     |     |     |     | ●   | ●   |     |     | 2     |
| Mit Unterstützung                         |     |     |     | ●   |     |     |     |     | 2     |
| Umgang unklar                             |     |     |     |     |     |     |     | ●   | 4     |
| Wäsche waschen                            |     |     |     |     |     |     |     | ●   | 2     |
| SUMME                                     | 4   | 6   | 5   | 6   | 6   | 4   | 4   | 7   | 99    |

Insgesamt gaben 16 der 19 Interviewteilnehmenden (B1 bis B8, B10, B13 bis B19) an, dass sie selbstständig essen und trinken (s. Tabelle 15). Zwei befragte Personen (B2, Pos. 8; B10, Pos. 54-56) berichteten in diesem Zusammenhang, dass sie punktuell Hilfe beim Kleinschneiden von Fleisch oder beim Durchschneiden von Brot erhalten. Drei Teilnehmende (B9, B11 und B12) gaben an, dass sie beim Essen und Trinken Unterstützung benötigen. Sie nannten das Kleinschneiden der Speisen und die Zubereitung von Broten mit Belag (B9, Pos. 12, 20; B11, Pos. 247; B12, Pos. 168-172), sowie den Löffel oder Becher zum Mund geführt oder flüssige und andickte Speisen angereicht zu bekommen (B9, Pos. 16; B11, Pos. 255, 237-239).

Insgesamt 11 befragte Personen (B1, B3, B4, B6, B7, B13 bis B16, B18 und B19) äußerten, dass sie sich selbstständig an- und ausziehen und ggf. ihre Kleidung (wurde nicht von allen explizit angesprochen) aussuchen. Eine dieser Personen (B13, Pos. 75-86) beschrieb, dass sie sich ihre Kleidung eigenständig am Abend entsprechend der



Wetterprognose für den kommenden Tag herauslegt, aber beim An- und Ausziehen des Unterkörpers Hilfe benötigt. Acht weitere Interviewteilnehmende (B2, B3, B4, B9 bis B13) schilderten, dass sie ebenfalls auf Unterstützung angewiesen sind, indem sie teilweise oder vollständig angezogen werden (B2, Pos. 91-93; B3, Pos. 85; B4, Pos. 8-16; B9, Pos. 48; B10, Pos. 60-64; B11, Pos. 132-135; B12, Pos. 92-93, 131-138; B13, Pos. 57-56) sowie ihnen die Kleidung aus dem Schrank geholt und zum Teil vorab zur Auswahl gezeigt wird (B2, Pos. 94-95; B10, Pos. 64; B11, 137-141).

Zehn Interviewte (B1, B3, B4, B6, B7, B8, B15, B16, B18 und B19) gaben an, dass sie selbstständig morgens aufstehen. Drei Teilnehmende (B7, Pos. 174; B8, Pos. 234-236; B15, Pos. 53-56, 60-64) berichteten in diesem Kontext, dass sie beim Wecken Unterstützung vom Personal erhalten. Sieben interviewte Personen (B5, B9 bis B13 und B17) schilderten, dass sie umfassende Unterstützung benötigen, indem sie beim Aufstehen (Aufrichten, Hinsetzen und Positionswechsel) personelle Hilfe erhalten und gestützt werden (B9, Pos. 104-112, B10, Pos. 75-76; B17, Pos. 150-151) und Hilfsmittel, wie Lifter und Bettgalgen, zum Einsatz kommen (B5, Pos. 398-402; B11, Pos. 111-129; B12, Pos. 71; B13, Pos. 39-54, 58-62). Eine genauere Darstellung zu den von den Befragten angesprochenen im Wohnalltag zum Einsatz kommenden Arten von Hilfsmitteln sowie zu dem thematisierten Umgang findet sich unter → *Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen* → *Hilfsmittel*.

Im Rahmen der Körperpflege und -hygiene thematisierten die Teilnehmenden Aspekte wie duschen, waschen, abtrocknen, Toilettengänge, rasieren und Zähne putzen. Wie aus Tabelle 15 hervorgeht, berichteten sieben befragte Personen (B3, B4, B6, B7, B15, B16 und B18), dass sie alle zuvor aufgeführten Tätigkeiten selbstständig durchführen. Neun Interviewte (B1, B2, B5, B7 bis B10, B13, B14 und B19) gaben an, dass sie bei einzelnen Aktivitäten Unterstützung benötigen oder nur Teilaspekte eigenständig ausführen. Beispielsweise benötigen zwei befragte Personen (B1, Pos. 10-12, 38, 721, 794-797; B19, Pos. 20-24, 26-40, 75-76, 86, 89-90) nur beim Rasieren punktuell Unterstützung. Ein anderer Interviewteilnehmer (B14, Pos. 202-206, 322, 360, 327-333, 772) erklärte, dass er angehalten werden muss, regelmäßig zu duschen, diese sowie alle anderen Tätigkeiten aber selbstständig ausführt. Fünf weitere Personen (B2, B5, B9, B10 und B13) gaben an, dass sie allein Zähne putzen (B2, Pos. 15-16, B5, Pos. 81-83; B9, Pos. 102; B10, Pos. 34-39; B13, Pos. 217-218), sich teilweise eigenständig rasieren (B10, Pos. 12-21) oder kämmen (B5, Pos. 186-189), allerdings in den anderen Bereichen auf personelle Unterstützung angewiesen sind. Drei Teilnehmende (B11, B12 und B17) hingegen berichteten, dass sie bei allen angeführten Aktivitäten Unterstützung benötigen. Sie nannten in diesem Zusammenhang personelle Hilfestellung im Rahmen des körperlichen Manövrierens und der vollständigen oder teilweisen Übernahme der Tätigkeitsausführung (B2, Pos. 14, 98-101, 113-115, 142-145; B5, Pos. 16, 130; B8, 124

Pos. 208-216, Pos. 220-228; B9, Pos. 10, 28, 34-38, 52-54; B10, Pos. 24-31, 58, 67-74; B11, Pos. 25-42; B11, Pos. 84-92, 150-163, 168-214; B12, Pos. 23-36, 40-51, 55-67, 189-194; B13, Pos. 20-38, 219-222; B17, Pos. 10-16, 30-36, 39-40, 40-42, 90, 162-163) sowie teilweise zusätzlich den Einsatz eines Lifters und eines Duschstuhls (B5, Pos. 69-73; B11, Pos. 48-83; B12, Pos. 68-91, 126-128; B13, Pos. 97-128, 223-230). Hinsichtlich einer notwendigen Hilfestellung im Zuge des Toilettengangs berichtete eine Teilnehmerin, dass „leider noch eine Zweitkraft dabei sein [muss]“ (B9, Pos. 52-54). Eine andere Interviewpartnerin (B11, Pos. 198-204) gab in diesem Kontext an, dass es sie unzufrieden macht und es ihr auf die Stimmung schlägt, dass sie nicht allein zur Toilette gehen kann.

Zu konstatieren ist, dass die acht Interviewteilnehmenden (B2, B5, B9 bis B13 und B17), die im Rollstuhl sitzen, ausschließlich angaben, auf teilweise oder umfängliche Unterstützung in den angeführten Bereichen angewiesen zu sein.

Ferner wurden im Zusammenhang mit der alltäglichen Lebensführung von einem Teil der befragten Personen die Bereiche Umgang mit Geld und Waschen von Wäsche angesprochen.

Der Umgang mit Geld wurde von 8 der 19 Interviewten thematisiert (B1, B7, B8, B9, B14, B15, B16 und B19). Zwei Personen (B10, Pos. 31-40; B16, 130-138, 145-152) berichteten, dass sie ihr Geld im Zuge einer wöchentlichen Zuteilung selbstständig verwalten, einteilen und Dinge des täglichen Bedarfs einkaufen. Drei Interviewteilnehmende (B1, Pos. 442-482; B14, Pos. 287-320) schilderten, dass sie täglich oder mehrmals pro Woche einen festen Betrag ausgezahlt bekommen und Unterstützung benötigen bzw. Schwierigkeiten haben, sich das Geld einzuteilen. Vier weitere Personen (B7, B8, B9 und B19) thematisierten ebenfalls den Umgang mit Geld im Kontext eines Einkaufs in einem Supermarkt oder Warengeschäft (B8, Pos. 240, 427-435; B9, Pos. 562-576), von essen gehen oder Essen bestellen (B7, Pos. 430-442; B19, Pos. 432-438) sowie von Geld ausgezahlt bekommen oder bei der Bank abholen (B9, 500-502; B19, Pos. 160-166). Art und Umfang der Unterstützung sowie die Frequenz der Zuteilung bleiben in diesen Fällen unklar.

Über das selbstständige Waschen von Wäsche im Rahmen eines mehrmals wöchentlich angebotenen Wäschetrainings wurde von zwei Interviewteilnehmenden berichtet (B16, Pos. 308; B19, Pos. 52-54). Beide Personen wohnten zum Zeitpunkt der Interviews in *Wohnform c*.

### **Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen (SK 2.2)**

Ein weiterer im Zusammenhang mit dem Wirkungsraum **Wohneinrichtung** von den Interviewteilnehmenden thematisierter Bereich ist der Umgang mit

gesundheitsbedingten Anforderungen. Abbildung 15 zeigt eine Übersicht zu den in diesem Kontext von den befragten Personen angesprochenen Themen:

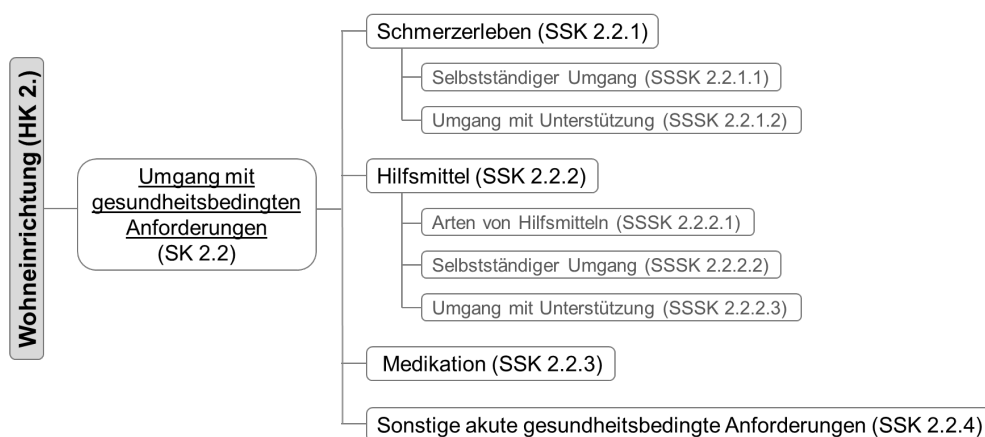


Abbildung 15: Wohn Einrichtung - Themenfeld „Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen“ (eigene Darstellung)

Hinsichtlich des Umgangs mit gesundheitsbedingten Anforderungen äußerten sich die Interviewten - wie aus Abbildung 15 hervorgeht - zu den Themen Schmerzerleben, Hilfsmittel, Medikation und sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen.

Im Kontext des Aspektes Schmerzerleben sprachen die befragten Personen Möglichkeiten des eigenständigen Umgangs oder das Hinzuziehen verschiedener Formen von Unterstützung an. Insgesamt 4 der 19 Interviewteilnehmenden (B3, B10, B11 und B12) schilderten Situationen, in denen sie ein Schmerzerleben eigenständig kompensierten, indem sie beispielsweise bei Kopfschmerzen oder anderen Schmerzen zunächst abwarten, beruhend auf der Erfahrung, dass sie von allein abklingen (B3, Pos. 248; B10, Pos. 152-155; B11, Pos. 519-523). So gab eine Befragte an: „Also Kopfschmerzen habe ich öfters mal. (I: Mhm.) Aber die gehen ja mit der Zeit wieder weg.“ (B3, Pos. 248). Zwei Teilnehmende (B11, Pos. 506-509; B12, Pos. 257-264), die einen E-Rollstuhl nutzen, berichteten in diesem Zusammenhang, dass sie die Position verstellen, um Entlastung zu schaffen und einem Schmerzerleben entgegenzuwirken. Insgesamt 15 Interviewte (B2, B3, B4, B6 und B13, B15, B17, B18 und B19) führten an, dass sie sich im Falle eines Schmerzerlebens oder wenn der Schmerz nicht abklingt an das Personal wenden, um das weitere Vorgehen zu beraten (B3, Pos. 249-266; B7, Pos. 198; B8, Pos. 291-292; B13, 387-394; B17, Pos. 260-265; B18, Pos. 195-200), um ggf. Bedarfsmedikation zu erhalten (B6, Pos. 322-327; B7, Pos. 157-162; B8, Pos. 296; B10, Pos. 152-163; B12, Pos. 250-254, 525-526; B15, Pos. 173-174; B19, Pos. 205-208, 352-358) und/oder einen Termin bei einer ärztlichen Person zu vereinbaren (B2, Pos. 146-147; B4, Pos. 125-137; B9, 282-296; B11, Pos. 506-517).

In ihren Ausführungen zu dem Thema Umgang mit Hilfsmitteln bezogen sich die Interviewteilnehmenden auf die Aspekte Arten von Hilfsmitteln, selbstständiger Umgang

sowie Umgang mit Unterstützung (s. Abbildung 15). Eine Übersicht zu den während der Interviewsituation von den befragten Personen genannten im Wohnalltag zum Einsatz kommenden Hilfsmitteln geht aus Tabelle 16 hervor:

Tabelle 16: Übersicht - Von den befragten Personen während der Interviewsituation genannte Hilfsmittel

| Hilfsmittelarten               | B1        | B2        | B3        | B4        | B5        | B6        | B7        | B8        | B9        | B10        | B11        | B12        | B13        | B14        | B15        | B16        | B17        | B18        | B19        | Σ  |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----|
| <u>Mobilität u. Stabilität</u> |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Rollstuhl                      |           | x         |           |           | x         | x         |           |           | x         | x          | x          | x          | x          |            |            |            | x          |            |            | 8  |
| Gehwagen                       |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | 1  |
| Sitzhose                       |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | 1  |
| Korsett (Oberkörper)           |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | 1  |
| Orthesen (Beine)               |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            |            | x          |            |            |            |            |            |            |            | 2  |
| Orthopädische Schuhe           |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | 1  |
| Lifter                         |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            | x          | x          | x          |            |            |            |            |            |            | 4  |
| Drehscheibe                    |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | 1  |
| Bettgalgen                     |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            | x          |            |            |            |            |            |            | 1  |
| Lagerung                       |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Pflegebett                     |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            | x          |            |            | 2  |
| Bettgitter                     |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            | x          |            |            |            |            |            |            |            |            | 1  |
| Keilkissen                     |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | 1  |
| Inkontinenz                    |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Blasenkatheter                 |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Windeln/Windelhosen            |           |           | x         |           |           |           |           |           |           | x          | x          |            |            |            |            |            |            |            |            | 2  |
| Schutzhose                     |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Körperpflege                   |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Duschstuhl                     |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Sehhilfe                       |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Brille                         |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Sonstige                       |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Notfallklingel                 |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Stütz-/Kompressionsstrümpfe    |           |           |           |           | x         |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            | 2  |
| Zahnvollprothese               |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| spezielle Tastatur             |           |           |           |           |           |           |           |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |    |
| Σ Summe                        | 0         | 2         | 1         | 0         | 11        | 2         | 1         | 0         | 3         | 4          | 5          | 5          | 4          | 1          | 0          | 0          | 4          | 0          | 2          | 46 |
|                                | <b>B1</b> | <b>B2</b> | <b>B3</b> | <b>B4</b> | <b>B5</b> | <b>B6</b> | <b>B7</b> | <b>B8</b> | <b>B9</b> | <b>B10</b> | <b>B11</b> | <b>B12</b> | <b>B13</b> | <b>B14</b> | <b>B15</b> | <b>B16</b> | <b>B17</b> | <b>B18</b> | <b>B19</b> |    |

Insgesamt 13 der 19 Teilnehmenden (B2, B3, B5, B6, B7, B9 bis B14, B17 und B19) führten unterschiedliche Arten von Hilfsmitteln an, die sie zur Kompensation, Unterstützung und Förderung im Rahmen der alltäglichen Lebensführung und Selbstversorgung nutzten (s. Tabelle 16). Die Anzahl liegt zwischen 1 (B3, B7 und B14) bis 11 (B5) im Alltag zum Einsatz kommenden Hilfsmittel/n (durchschnittlich 3,5 Hilfsmittel pro Person). Die Teilnehmenden, die Hilfsmittel angaben, waren zwischen 23 (B11) und 88,21 Jahre (B6) alt (Median: 44,92 Jahre). Festzustellen ist, dass der Bedarf an Hilfsmitteln altersunabhängig benannt wurde.

Acht Interviewteilnehmende (B2, B5, B9 bis B13 und B17) nannten Hilfsmittel im Rahmen der Mobilitäts- und Stabilitätsunterstützung und -förderung, z.B. den Einsatz eines E-Rollstuhls und Faltrollstuhls (B2, Pos. 51; B5, Pos. 334; B9, Pos. 506; B10, Pos. 76; B11, Pos. 631, 639; B12, Pos. 266-270; B13, Pos. 130-132; B17, Pos. 98), von Beinorthesen (B5, Pos. 534; B12, Pos. 95-97) oder eines Lifters (B5, Pos. 398-402; B11, Pos. 53-57; B12, Pos. 142-146; B13, Pos. 41-46). Lagerungshilfsmittel wurden von drei befragten Personen (B5, B11 und B17) angesprochen. Hierzu gehören verstellbare Pflegebetten (B5, Pos. 487; B17, Pos. 143), der Einsatz eines Bettgitters (B11, Pos. 102-108) oder eines Keilkissens (B5, Pos. 487-495). Die Verwendung von Inkontinenzprodukten und -hilfsmitteln, wie Windeln, Schutzhosen oder Blasendauerkathetern mit Urinbeutel, wurden von vier Interviewteilnehmenden angegeben (B2, Pos. 143; B7, Pos. 47-55; B9, Pos. 56-62; B10, Pos. 72; B17, Pos. 30). Den Einsatz eines Duschstuhls im Rahmen der Körperpflege nannten zwei Personen (B12, Pos. 126; B13, Pos. 80). Sechs Teilnehmende (B6, Pos. 147-151; B10, Pos. 57; B11, Pos. 135; B14, Pos. 859-866; B17, Pos. 141-143; B19, Pos. 376, 438) berichteten, dass sie eine Brille tragen bzw. diese als Sehhilfe benötigen. 7 der 19 Interviewteilnehmenden (B3, B5, B6, B9, B11, B12 und B19) gaben sonstige Hilfsmittel an, wie beispielsweise die Nutzung einer auf dem Zimmer bereitgestellten Notfallklingel (B5, Pos. 98; B9, Pos. 288; B12, Pos. 274-276), das Tragen von Stütz- oder Kompressionsstrümpfen (B3, Pos. 248; B5, Pos. 479) oder einer Zahnvollprothese (B6, Pos. 285; B19, Pos. 132).

Sechs interviewte Personen (B5, B6, B7, B11, B12 und B13) thematisierten den selbstständigen Umgang mit allen oder zum Teil zum Einsatz kommenden Hilfsmitteln, beispielsweise im Zuge der eigenständigen und sicheren Handhabung unterschiedlicher Funktionen ihres E-Rollstuhls (B5, Pos. 215-217, 404-473; B11, Pos. 301-309, 631-637; B12, Pos. 260-272; B13, Pos. 13-14). Eine weitere Person (B6, Pos. 285-293) erwähnte das selbstständige Einsetzen und die Pflege der Zahnvollprothese, eine andere (B7, Pos. 52-59) das Anziehen der Windelhosen. Drei Interviewteilnehmende (B11, 635-637; B12, Pos. 270-272; B13, Pos. 130) formulierten im Zusammenhang mit der Nutzung

ihres E-Rollstuhls die Möglichkeit, sich selbstständig fortbewegen und auch längere Strecken eigenständig bewältigen zu können. So schilderte eine Interviewte:

B11: Und dieser E-Rolli gibt mir halt die Möglichkeit, selbst mal rauszufahren I: Mhm. B11: Am Computer und gibt mir halt die Möglichkeit, dass ich mich eigenständig bewegen kann. I: Mhm. B11: Ich habe einen Faltrollstuhl. I: Ja. B11: Heißt der so? M11: Der heißt so, ja. B11: Mit dem kann ich mich gar nicht bewegen. I: Ja. Wann kommt der zum Einsatz, dieser Faltrollstuhl? B11: Leider Gottes toi, toi, toi, wenn der [E-Rolli] kaputt ist. (B11, Pos. 635-645)

Sechs befragte Personen (B2, B5, B9, B10, B12 und B13) berichteten über erfahrene bzw. erforderliche Unterstützung im Zuge der Verwendung verschiedener Hilfsmittel, z.B. beim Anlegen der Windeln (B9, Pos. 48; B10, Pos. 67-68), beim Anziehen der Beinorthesen (B12, Pos. 95-97, 115-116), beim wöchentlichen Wechsel des Urinbeutels am Katheter (B2; Pos. 144-145) oder während des Einsatzes des Lifters (B5, Pos. 393-402; B12, 101-108; B13, 41-54). Hinsichtlich des Umgangs mit dem Lifter wurde gleichzeitig von den Personen (B5, ebd.; B12, Pos. 71-79; B13, Pos. 100-122) geschildert, wie sie aktiv beim Einsatz unterstützen. Eine Teilnehmerin beschrieb den Umgang wie folgt:

B13: Ich muss dazu sagen, dass kommt auch auf den Grad der Behinderung an. I: Mhm. B13: Wie stark ist derjenige beeinträchtigt. I: Ja. Und bei teilweiser Hilfe, was machst du da allein bei den Sachen, wenn ich fragen darf? B13: Bei der -NAME\_LIFTER-, die kann man zweierlei benutzen. Einmal mit Gurt und einmal nur mit festhalten. I: Ja. B13: Das heißt, dass der Mitarbeiter mich mit der -NAME\_LIFTER- an den Rollstuhl fährt oder ans Bett. Je nachdem, wo sie gerade benötigt wird, und dann kann ich mich da hochziehen, ohne Gurt. Und bei -VORNAME\_MITBEWOHNER/IN\_a- und -VORNAME\_MITBEWOHNER/IN\_b- ist es so, die kennen Sie ja beide auch - I: Mhm. B13: Die brauchen die Hilfe mit Gurt, weil die sich nicht halten kann. I: Ja. B13: Ich habe noch ein bisschen Armkraft und ein bisschen Beinkraft. Das möchte ich auch erhalten. I: Mhm. B13: Deswegen brauche ich da gar keinen Gurt. I: Ja. B13: Also, wenn ich eine Windel ummache oder den Hintern abputze, wenn ich abgeführt habe, das dauert ja ein bisschen länger. Dann sag ich schon, ich brauche den Gurt. (B13, Pos. 108-122)

Im Rahmen des Umgangs mit Medikation wurden von den Interviewten Aussagen über die Ausgabe, Einnahme und Wissen über die Indikation der verabreichten Medikamente getroffen. Von den 19 Teilnehmenden gab eine Person (B1, Pos. 43-46) an, dass sie keine Medikamente einnimmt. Die anderen 18 Befragten (B2, Pos. 116-117, 131; B2, Pos. 225-226; B4, Pos. 83-86; B5, Pos. 100; B6, Pos. 217; B7, Pos. 145; B8, Pos. 258; B9, Pos. 274; B10, Pos. 142-145; B11, Pos. 412; B12, Pos. 232-234; B13, Pos. 250; B14, Pos. 551-555; B15, Pos. 124-126; B16, Pos. 173-180; B17, Pos. 174-179; B18, Pos. 92-94; B19, Pos. 107-114) führten aus, dass ihnen die Medikamente zugeteilt bzw. vom Personal ausgehändigt werden. Die angegebene Frequenz der Einnahme lag zwischen ein- und viermal täglich (ausgenommen von Bedarfsmedikation). Acht Personen (B2 bis B5, B7, B11, B13 und B17) benannten die Indikation der einzunehmenden Medikamente vollständig (B2, Pos. 119-125; B3, Pos. 138-140, 221-228; B4, Pos. 86-94; B5, Pos. 98-104; B11, Pos. 409-415; B13, Pos. 247-260) oder teilweise (B7, Pos. 145-158; B17, Pos. 190). Ein Interviewter (B15, Pos. 102-104) berichtete zudem, dass ihm seine Medikamente im Zuge von mehrtägigen Besuchen einer eng verwandten Person in vorheriger Absprache mit der in der Einrichtung zuständigen psychiatrischen Fachperson (*Wohnform c*) ausgehändigt werden und er die

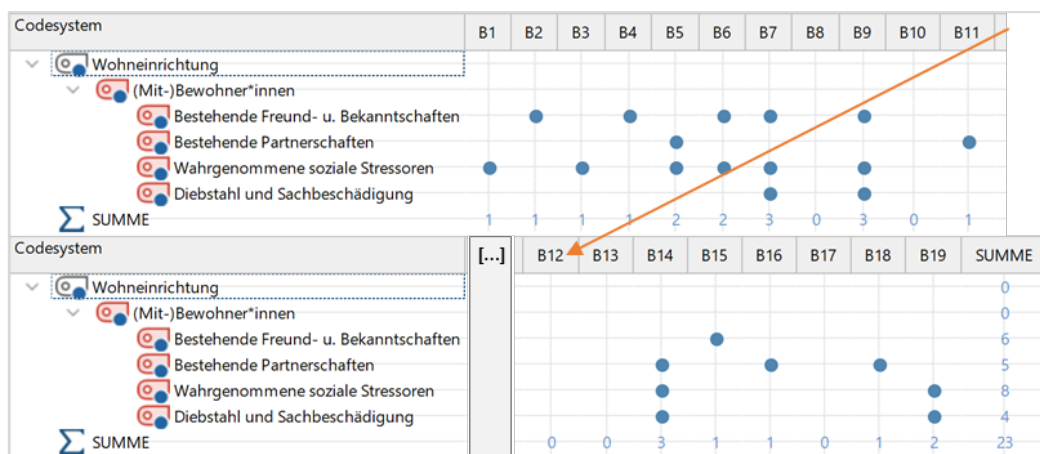
Einnahme in dem Zeitraum selbstständig verantwortet. Eine andere Teilnehmende (B2, Pos. 116-125, 131) gab an, dass die Wohngruppe (*Wohnform a*) die Medikamente von der Apotheke gemäß der individuellen Einnahme verblistert erhält, sodass sie die Medikamente am Tag eigenständig einnimmt, da sie die Hinweise auf der Verpackung lesen kann (s. hierzu auch Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung*).

Im Kontext von sonstigen akuten gesundheitsbedingten Anforderungen berichteten 17 Interviewteilnehmende (B1-B7, B9-B12 und B14-B19) über den Umgang mit Vor- oder Notfällen im Wohnalltag und damit zusammenhängend von in Anspruch genommener Unterstützung durch das Personal, z.B. im Falle einer zugezogenen kleineren Verletzung und/oder einer erforderlichen Versorgung mit Pflastern oder Verbänden (B1, Pos. 32-36; B2, Pos. 105-110; B3, Pos. 234-240; B4, Pos. 9-10, 112-118; B6, Pos. 227; B7, Pos. 164-168; B10, Pos. 149; B11, Pos. 463-477; B12, Pos. 492-494; B14, Pos. 566-573; B17, Pos. 166-171; B18, Pos. 101-106), im Zuge eines Allergieanfalls (B5, Pos. 93-98, 358-373) oder eines Krampfanfalls (B9, 454-468), bei akut aufkommenden Stimmungsschwankungen (B15, Pos. 178-182; B16, 292-302) oder bei wahrgenommenen (Krankheits-)Symptomen (B1, Pos. 70; B2, Pos. 151).

### (Mit-)Bewohner\*innen (SK 2.3)

Ein weiteres von den Teilnehmenden im Kontext des Wirkungsraums **Wohneinrichtung** angesprochenes Themenfeld ist *(Mit-)Bewohner\*innen*. Tabelle 17 gibt eine Übersicht zu den von den Interviewten in diesem Zusammenhang angesprochenen Themen:

Tabelle 17: *Wohneinrichtung - Angesprochene Themen im Kontext von „(Mit-)Bewohner\*innen“ (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet)*



Wie nachfolgend dargestellt, thematisierten die befragten Personen hinsichtlich ihrer (Mit-)Bewohnenden der Wohngruppe und/oder Wohneinrichtung/Wohnstätte die Aspekte Bestehende Freund- und Bekanntschaften, Bestehende Partnerschaften, Wahrgenommene soziale Stressoren sowie Diebstahl und Sachbeschädigung (s. Tabelle 17).



Insgesamt 6 der 19 Interviewteilnehmenden (B2, B4, B6, B7, B9 und B15) sprachen - wie aus Tabelle 17 hervorgeht - positiv erfahrene soziale Kontakte in Form von bestehenden Freund- und Bekanntschaften zu Mitbewohnenden ihrer Wohngruppe oder Bewohnenden der Wohnstätte/Wohneinrichtung an. Festzustellen ist, dass im Kontext bestehender Freundschaften jeweils nur eine Person benannt wurde (B2, Pos. 219-223; B6, Pos. 415-417; B7, Pos. 476-480; B9, Pos. 164-170, 584; B15, Pos. 178-182). Zwei Teilnehmende (B2, ebd.; B15, ebd.) berichteten in diesem Zusammenhang, dass sie die Beziehung als unterstützend wahrnehmen oder als Unterstützung nutzen, wenn es ihnen nicht gut geht (s. hierzu auch B15 in Kap. 7.2.1 **Person** → *Identität und Bewältigungskompetenzen* → *Positive Überzeugungen*), wie eine Befragte wie folgt schilderte:

I: Und das mit deinem Körper, dass das nicht mehr so gut ist, wurde das auch von deiner Außenwelt so wahrgenommen? Also von deinen Mitarbeitern zum Beispiel? B2: Meiner Freundin fällt das auf, (I: Mhm.) aber die redet nicht drüber, (I: Mhm.) weil sie halt Autistin ist. [...] I: Und woran stellst du fest, dass sie das trotzdem wahrnimmt? B2: Weil sie mich liebhat. Weil sie macht sich immer Sorgen, wenn ich krank bin. (I: Mhm.) Oder wenn mal was nicht so, ne. (I: Ja) Und da macht sie sich schon Sorgen. Wir streiten uns zwar auch manchmal, (I: Mhm.) aber im Großen und Ganzen. I: Und mit dem Liebhaben, merken Sie das daran, dass sie sich dann Ihnen, also, einfach für Sie da ist und Zeit mit Ihnen verbringt, mit dir? B2: Ja, ja, sie ist jeden Tag bei mir. (I: Mhm.) In der Woche zumindest. (I: Ja.) Und am Wochenende samstags auch [...] (B2, Pos. 218-223; Anmerkung: B2 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)

Fünf interviewte Personen (B5, B11, B14, B16 und B18) gaben an, dass sie eine\*n Partner\*in haben, der\*die in der gleichen Wohneinrichtung lebt. Zwei dieser Teilnehmenden (B16, Pos. 266-270; B18, Pos. 268-288) beschrieben, dass sich die bestehende Beziehung positiv auf ihre Stimmung auswirkt und ihnen Sicherheit gibt (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person* → *Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit* → *Zustand hat sich verbessert*). So berichtete eine Interviewte:

B16: Ich habe einen ganz lieben Freund, der passt auf mich auf. Ich auf ihn und er auf mich. I: Wohnt der auch hier? B16: Hier im -WOHNGRUPPE-, ja. -ADRESSE- -VORNAME- -NACHNAME-. Ganz lieber. I: Das ist schön, wenn man so jemanden gefunden hat. B16: Ich bin seine erste Frau, ne. Der schwärmt so von mir. Meine -VORNAME\_ B16-. (B16, Pos. 266-270)

Ein Interviewteilnehmender (B14, Pos. 8-10, 56-58, 258-269) führte aus, dass er mit seiner Freundin ein Zimmer in einer Wohngruppe teilt und sie zeitnah heiraten möchte, sollte sie zustimmen (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person* → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Partnerschaft/Heirat*).

Insgesamt 8 der 19 befragten Personen (B1, B3, B5, B6, B7, B9, B14 und B19) thematisierten wahrgenommene soziale Stressoren im Zusammenleben in der Wohngruppe und/oder Wohnstätte/Wohneinrichtung. In diesem Kontext wurde u.a. über bestehende Konflikte mit einer\*m Mitbewohner\*in berichtet, weil sie nicht miteinander zurechtkommen oder teilweise in Streit geraten (B1, Pos. 662-664; B5, Pos. 375; B9, Pos. 524-526) oder über lautstarke verbale Auseinandersetzungen innerhalb der Wohngruppe zwischen Mitbewohner\*innen, ohne direkt involviert zu sein, die als störend empfunden werden (B3, 318-320; B6, Pos. 498-512, 518-524; B14, Pos. 997-1031; B19,

Pos. 438-458, 470-476). Ein Teilnehmender (B7, Pos. 239-245, 541) gab an, dass er regelmäßig von seinen Mitbewohnenden aufgrund seiner bevorzugten Morgenkleidung kritisiert wird, was sich nachhaltig negativ auf seine Stimmung auswirkt (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person* → *Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit* → *aktueller seelischer Zustand tagesformabhängig*). Drei Interviewteilnehmende (B5, Pos. 379-387; B14, Pos. 997-1031; B19, Pos. 6-10, 396, 438-458, 470-476) schilderten, dass sie die Gesamtsituation mit den Bewohnenden ihrer Einrichtung als unsicher und/oder belastend wahrnehmen. So beschrieb eine Befragte:

B5: Und ich bin auch manchmal nicht so mit der Einrichtung zufrieden. I: Mhm. B5: Ne. I: Können Sie das ein bisschen genauer beschreiben, woran das liegt? B5: Von der Gymnastik her wohl (hustet), aber so mit den ganzen Menschen, ne. Ich bin nicht menschenscheu. Nicht dass Sie jetzt denken, ich bin menschenscheu, aber was die so für Behinderungen haben, da komme ich manchmal nicht so. Und da ist das so wie bei der -VORNAME\_k-, ne, die will dann immer gleich alles sofort. I: Mhm. B5: Und die kann dann auch nicht abwarten. Und die will immer viel geschenkt kriegen und so, ne. I: Mhm. B5: Mit manchen Bewohnern werde ich auch nicht so einfach. Wie gesagt, Streitigkeiten gibt es immer. (B5, ebd.)

Zwei dieser drei Teilnehmenden (B14, ebd.; B19, Pos. 438-458), die im Gegensatz zu der anderen Person beide in *Wohnform c* lebten, äußerten zudem in diesem Zusammenhang den Wunsch nach einem Wohnortwechsel (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person* → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Wohn- und Lebenssituation* → *Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz* sowie folgendes Themenfeld → *Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten*). In einem Fall wurde erläutert (B14, ebd.), dass in der Wohngruppe nicht nur Menschen mit primär sogenannter *geistiger Behinderung*, sondern auch Menschen mit *seelischer Behinderung* leben, was die betroffene Person zunehmend belastet. Der andere Teilnehmende (B19, ebd.) führte in diesem Kontext ein mangelndes Gefühl von Sicherheit und ein Bedürfnis nach Ruhe und Privatsphäre als Grund an.

Im Zusammenhang mit Diebstahl und Sachbeschädigung berichteten vier Interviewteilnehmende (B7, B9, B14 und B19) von Vorfällen, in denen Geld oder persönliche Gegenstände aus dem Zimmer entwendet (B7, Pos. 430-432; B9, Pos. 544-558; B19, Pos. 320; B14, Pos. 171-173, 376-396), Fahrräder gestohlen oder mutmaßlich von Mitbewohnenden oder Bewohnenden der Einrichtung beschädigt wurden (B19, Pos. 54, 100). Eine Person (B19, Pos. 402) gab in diesem Zusammenhang an, dass sie beim Personal nachfragen möchte, ob sie ihr Fahrrad auf den Balkon stellen darf, aus Angst, dass es sonst beschädigt wird. Ein anderer Teilnehmender (B14, Pos. 376-396) führte aus, dass er nun einen Schlüssel hat, um seinen Schrank auf dem Zimmer abschließen zu können, damit ihm nichts mehr entwendet wird. Es fiel auf, dass sich drei der vier angeführten Personen (B7, B14 und B19) auch im Kontext von wahrgenommenen sozialen Stressoren geäußert hatten.

## Wohngruppenvertretung (SK 2.4)

Drei Interviewteilnehmende (B1, Pos. 807-825; B3, Pos. 288-298, 400-406; B4, Pos. 148-150), welche unterschiedliche Angebote im Rahmen von *Wohnform a* wahrnahmen, berichteten, dass in ihrer Wohngruppe regelmäßig Sitzungen mit den Mitbewohnenden - assistiert durch Mitarbeitende - zur Organisation des Zusammenlebens, zur Planung gemeinsamer Ausflugsziele oder zur Klärung von Konflikten stattfinden. Ein Teilnehmender (B1, Pos. 729-733, 736-745) gab ferner an, dass er stellvertretendes Mitglied der Wohnvertretung der Wohnstätte ist. Eine weitere Interviewte (B16, Pos. 182-194), die in *Wohnform c* lebt, berichtete von einer in ihrer Einrichtung monatlich stattfindenden Vollversammlung, auf der alle Themen, die die Bewohnenden beschäftigen, angesprochen werden können, Freizeitaktivitäten vorgeschlagen und diskutiert werden. Festzustellen ist, dass die befragten Personen aus *Wohnform b* den Aspekt Wohngruppenvertretung nicht ansprachen. Eine Befragte (B13, Pos. 428-454, 593-601), die in *Wohnform b* lebte, benannte das Thema in Verbindung mit Bedürfnissen und Wünschen (s. Kap. 7.2.1 **Person** → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Wohn- und Lebenssituation* → *Selbstbestimmte Lebensführung*).

## Mitarbeitende der Wohngruppe (SK 2.5)

Im Zusammenhang mit den Mitarbeitenden der Wohngruppe wurden von den Interviewteilnehmenden wahrgenommene soziale Beziehungen und Kommunikation, die erfahrene Förderung und Unterstützung im Wohnalltag sowie die Begleitung zu ambulanten und stationären Versorgungsangeboten inner- und außerhalb der Stätte/Einrichtung angesprochen. Aus Tabelle 18 lässt sich eine Übersicht zu den von den Interviewteilnehmenden im Kontext von den Mitarbeitenden der Wohngruppe thematisierten Bereichen entnehmen:

Tabelle 18: Wohneinrichtung - Angesprochene Themen im Kontext „Mitarbeitende der Wohngruppe“ (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet)

| Codesystem                                     | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|
| Wohneinrichtung                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Mitarbeitende der Wohngruppe                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Positive Wahrnehmung/Beurteilung               |    |    |    |    | ●  | ●  |    |    | ●  |     |     |
| Negative Wahrnehmung/Beurteilung               | ●  |    |    |    |    |    |    |    |    |     | ●   |
| Wertfreie Aussagen/ambivalente Wahrnehmung     | ●  | ●  |    |    |    |    |    |    |    |     | ●   |
| Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung |    |    | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●  | ●   | ●   |
| Σ SUMME  | 2  | 1  | 1  | 1  | 3  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1   | 3   |

| Codesystem                                     | [...] | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |
|--|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Wohneinrichtung                                |       |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Mitarbeitende der Wohngruppe                   |       |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Positive Wahrnehmung/Beurteilung               |       |     | ●   |     | ●   | ●   |     |     | ●   | 7     |
| Negative Wahrnehmung/Beurteilung               |       |     |     |     |     |     |     |     |     | 2     |
| Wertfreie Aussagen/ambivalente Wahrnehmung     |       | ●   | ●   |     |     | ●   |     |     |     | 7     |
| Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung |       | ●   | ●   | ●   | ●   |     |     |     |     | 13    |
| Σ SUMME  |       | 2   | 3   | 1   | 2   | 2   | 0   | 0   | 1   | 29    |

Im Folgenden werden die im Zusammenhang mit den Mitarbeitenden der Wohngruppe genannten Themen positive Wahrnehmung/Beurteilung, negative

Wahrnehmung/Beurteilung, wertfreie Aussagen/ambivalente Wahrnehmung und Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung (s. Tabelle 18) vorgestellt.

Insgesamt berichteten 7 der 19 Interviewteilnehmenden (B5, B6, B9, B13, B15, B16 und B19) positiv über wahrgenommene Beziehungen zu den Mitarbeitenden in der Wohngruppe (zu einzelnen/mehreren Personen oder im Kollektiv) und deren Arbeit. Das tätige Personal wird von den befragten Personen als unterstützend beschrieben und aktiv auf die individuellen Bedürfnisse eingehend (B5, Pos. 687-690; B6, Pos. 98, 327, 345; B9, Pos. 314-318, 522; B13, Pos. 158, 480-482; B15, Pos. 107-110, 185-186; B16, Pos. 178-180, 411-412). So führte eine Interviewte aus:

B13: Hier gehen sie auch auf die Bedürfnisse ein. Wenn einem nicht so danach ist, dann wird man so geschoben und wenn einem gut ist, dann muss ich in den anderen Rollstuhl. [E-Rollstuhl] Und dann akzeptiert man das auch. Und da wurde es einfach ausgenutzt. (B13, Pos. 158)

Zwei Teilnehmende (B1 und B11) äußerten sich im Kontext von negativer Wahrnehmung/Beurteilung. Ein Befragter (B1, Pos. 472-488; 699-707) schilderte seine Unzufriedenheit, dass er nur sehr eingeschränkt sein Geld selbst verwalten darf und gab in diesem Zusammenhang an, dass er sich von den Mitarbeitenden „unter Druck gesetzt“ (B1, Pos. 480) und „ungerecht behandelt“ (B1, Pos. 484) fühlt und sich „mehr Vertrauen“ (B1, Pos. 701) wünscht (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person → Bedürfnisse, Wünsche und Ziele → Wohn- und Lebenssituation → Selbstbestimmte Lebensführung*). Eine andere Teilnehmerin (B11, Pos. 813-827, 838-839) berichtete, dass eine der drei in ihrer Wohngruppe tätigen Personen nicht auf ihre Bedürfnisse eingeht, indem sich nicht regelmäßig nach ihrem Befinden erkundigt oder nachgefragt wird, ob sie etwas benötigt. Sie gab an, dass sie daher diese Person „nicht mag“ (B11, Pos. 839).

Von sieben Interviewteilnehmenden (B1, B2, B5, B11-B13 und B16) wurden Aussagen im Rahmen von wertfreien Aussagen/ambivalenter Wahrnehmung in Bezug auf die Mitarbeitenden der Wohngruppe getroffen. Es wurden Mitarbeitende benannt, allgemeine Arbeitsabläufe beschrieben und in diesem Zusammenhang keine oder keine eindeutige Bewertung hinsichtlich der bestehenden Beziehungen oder verrichteten Tätigkeiten vorgenommen (B1, Pos. 142-162, 330-333, 709-715; B2, Pos. 36; B5, Pos. 566-587; B11, Pos. 67-71; B12, Pos. 203-220; B13, Pos. 455-472; B16, Pos. 293-302).

Im Zusammenhang mit der Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung gaben 13 Interviewteilnehmende (B3 bis B15) an, dass sie im Zuge der Wahrnehmung von internen und/oder externen Versorgungsangeboten sowie während Krankenhausaufenthalten (inklusive Anfahrt, Aufnahme und Entlassung) von Mitarbeitenden ihrer Wohngruppe teilweise oder vollständig begleitet und unterstützt werden. Die von den befragten Personen angesprochenen Inhalte werden unter → *Integrierte Gesundheitsdienste* sowie unter dem Wirkungsraum **Allgemeine**

**Gesundheitsversorgung** (s. Kap. 7.2.3 → *Ambulante Versorgung* und → *Stationäre Versorgung*) dargelegt und daher hier nicht näher ausgeführt.

### **Fehlende/s Personal/Zeit (SK 2.6)**

Insgesamt äußerten sich 8 der 19 Personen (B2, B3, B5, B6, B8, B10, B11 und B13) im Kontext von fehlendem Personal und damit zusammenhängend fehlender Zeit. Die Teilnehmenden thematisierten u.a., dass aufgrund des mangelnden Personals und der daraus resultierenden fehlenden Zeit Tätigkeiten im Rahmen der Körperpflege und -hygiene, die eigentlich von den Personen eigenständig durchgeführt werden können, von den Mitarbeitenden zum Teil übernommen werden, damit es schneller geht (B5, Pos. 186-223, 513-515; B11, Pos. 51-65, 76-83; B13, Pos. 68-74), dass Toilettengänge, die Assistenz erfordern, und das Wechseln von Windeln nur eingeschränkt in der Wohngruppe erfolgen können (B10, Pos. 68; B13, Pos. 163-184), dass allgemein weniger Möglichkeiten zur Unterstützung/Förderung und zur Ausgestaltung der freien Zeit bestehen (B2, Pos. 36-49, 155-157, 195, 217; B3, Pos. 298; B5, Pos. 524-531; B6, 187-207, 287; B13, Pos. 200-216). Zwei Interviewteilnehmende (B3, Pos. 156; B8, Pos. 166-168, 80-100) berichteten zudem, dass aufgrund des geringen Personalschlüssels eine aus ihrer Sicht erforderliche Begleitung und emotionale Unterstützung während einer zahnärztlichen Behandlung oder einer Fahrt in eine nahegelegene Stadt nicht erfolgen konnten, dadurch allein bewältigt werden oder ausbleiben mussten. Drei Interviewteilnehmende (B2, Pos. 189-193, 212-217; B5, Pos. 186-223, 751-755; B13, Pos. 163-184; 395-422) benannten in direktem Zusammenhang mit fehlendem Personal und mangelnder Zeit negative Auswirkungen auf ihr psychisches Wohlbefinden sowie ihre Zuversicht und Kontrollüberzeugungen (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 **Person** → *Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit* → *Zustand hat sich verschlechtert* sowie → *Identität und Bewältigungskompetenzen* → *Negative Überzeugungen*). So berichtete eine Teilnehmerin:

B13: Es ist nicht alles gut, Gold, was glänzt. Aber das hat man im normalen Alltag auch. I: Mhm. Kannst du da ein Beispiel nennen? B13: Ja, wenn man zum Beispiel schlechte Laune oder so hat, da muss man da nicht darauf rumreiten. Oder bei mir passiert es manchmal, dass was in die Hose geht, dass man es nicht rechtzeitig schafft. Also hier in der Gruppe ist es jetzt so, dass man jetzt von -VORNAME\_MITBEWOHNER/IN\_a- und -VORNAME\_MITBEWOHNER/IN\_b- abhängig (...) von -VORNAME\_MITBEWOHNER/IN\_a- weiß ich auch, weil sie dasselbe Problem hat, wir gehen ganz selten noch mit denen zur Toilette. Also wir halten auf bis zum Niemandslanstag, obwohl das gar nicht so gut ist. Weil wir die nicht belasten wollen, ne. I: Wen wollt ihr nicht belasten? B13: Ja die Mitarbeiter hier. Wenn wir immer einen dummen Spruch zu hören kriegen, ist es für uns auch nicht schön. I: Mhm. Und ihr hört manchmal dumme Sprüche, wenn ihr sagt, dass ihr auf Toilette - B13: Ja. Und wenn es (...) jetzt gerade mal ein Beispiel. Letztens mussten wir alle fünf Minuten auf Toilette. Und da waren wir gerade fertig und da musste der Nächste schon wieder zur Toilette. Und da rümpft man natürlich mal die Nase. Sicherlich, es ist nicht gerade angenehm, aber dann sage ich mir ganz ehrlich, wenn die den Beruf machen wollen mit Behinderten arbeiten. I: Mhm. B13: Dann ist man und dann kriegt man solche Aussagen zu hören, „Du warst doch gerade. Warum jetzt schon wieder?“ I: Mhm. B13: Und dann machen wir lieber eine Windel um. Dann haben wir einen Arbeitsgang weniger. Dann sage ich mir, „Dann haben Sie den Beruf verfehlt.“ I: Mhm. Wie fühlst du dich dann in einer solchen Situation? B13: Schlecht. I: Mhm. B13: Weil man es ja selbst nicht kann und manchmal wünsche ich mir, dass die dann in einer solchen Situation selbst im Rollstuhl sitzen. Mal ein Tag oder zwei Tage im Rollstuhl sitzen, damit die das mal sehen, wie man sich fühlt.

I: Ja. B13: Und wie gesagt, das macht einen, wenn man sowas hört, wütend (...) I: Ja. B13: Und traurig. (B13, Pos. 166-184; Anmerkung: B13 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)

Diese Interviewte (B13, Pos. 681-683) gab zudem an, dass in ihrer Wohngruppe eine hohe Fluktuation von Mitarbeitenden besteht und sie aufgrund der erfahrenen Gesamtsituation hinsichtlich des Personals überlegt, den Wohnort zu wechseln.

Die hier getätigten Aussagen der Teilnehmenden decken sich mit den formulierten Bedürfnissen und Wünschen hinsichtlich des thematisierten Bereichs → *Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung* (s. Kap. 7.2.1 Dimension **Person**). Zu konstatieren ist, dass von den acht Interviewten, die sich im Kontext von fehlendem Personal und fehlender Zeit äußerten, fünf Personen (B2, B5, B10, B11 und B13) im Rollstuhl sitzen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass sie auf ein besonders hohes Maß an Unterstützung und Förderung angewiesen sind. Zudem ist festzustellen, dass sich ausschließlich Interviewteilnehmende, die in *Wohnform a* und *b* lebten, in diesem Zusammenhang äußerten (s. hierzu ebenfalls - mit Ausnahme von B16 - Kap. 7.2.1 **Person** → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Wohn- und Lebenssituation* → *Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung*).

### **Integrierte Gesundheitsdienste (SK 2.7)**

Wie in Kap. 7.1 unter den soziodemografischen Daten angeführt, verfügten zwei der drei Wohnformen (*Wohnform b* und *c*), in denen die befragten Personen im Zeitraum der Interviews lebten, über unterschiedliche integrierte Versorgungsangebote. In *Wohnform b*, in der 9 der 19 Teilnehmenden (B5 bis B13) lebten, wurden haus-, zahn-, fachärztliche, physio- und psychotherapeutische Leistungen für Bewohnende eröffnet. In *Wohnform c*, in der 6 der 19 Interviewten leben (B14 bis B19), bestanden Zugänge zu integrierten psychiatrischen, psychotherapeutischen sowie sport-, ergo- und physiotherapeutischen Versorgungsangeboten.<sup>12</sup>

In Bezug auf die integrierten Gesundheitsdienste wurden von den Befragten aus *Wohnform b* und/oder *c* folgende Bereiche thematisiert: Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote, Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote, Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung), Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote.

Eine Übersicht zu den von den Teilnehmenden (ausschließlich aus *Wohnform b*, n=9) im Zusammenhang mit der Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote angesprochenen Themen geht aus Tabelle 19 hervor:

---

<sup>12</sup> Die Angaben zu den bestehenden Versorgungsangeboten beruhen auf den Aussagen der Interviewteilnehmenden und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Tabelle 19: Wohneinrichtung - Angesprochene Themen im Kontext wahrgenommener integrierter medizinischer Versorgungsangebote (n=9; Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| Codesystem   | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 | B12 | B13 | SUMME |
|--|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Wohneinrichtung  |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 0     |
| Integrierte Gesundheitsdienste                         |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 0     |
| Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote          |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig  | •  | •  |    | •  | •  |     | •   | •   | •   | 7     |
| Mit Unterstützung                                      | •  | •  |    | •  | •  | •   | •   | •   | •   | 7     |
| Positive Erfahrungen/Bewertungen                       | •  | •  | •  | •  | •  | •   |     | •   | •   | 8     |
| Negative Erfahrungen/Bewertungen                       |    |    |    |    |    |     |     |     | •   | 1     |
| Behandlungsabläufe, Versorgungsstrukturen u. Sonstiges | •  | •  | •  | •  | •  |     | •   |     |     | 5     |
| Σ SUMME  | 4  | 4  | 2  | 2  | 4  | 2   | 3   | 3   | 4   | 28    |

Wie in Tabelle 19 dargestellt, gaben sieben der neun Interviewteilnehmenden aus *Wohnform b* an, dass sie das integrierte medizinische Versorgungsangebot der Einrichtung ausschließlich (B8) oder teilweise (B5, B6, B9, B11, B12 und B13) selbstständig wahrnehmen, z.B. nur bei „Kleinigkeiten [...] [w]enn ich zum Verbandwechsel muss oder so“ (B6, Pos. 251), um die „Verhütungsspritze“ (B9, Pos. 116) zu erhalten oder bei „Rückenschmerzen“ (B11, Pos. 288). Als Gründe für eine in den anderen Fällen erfolgende personelle Unterstützung wurden u.a. angeführt: der Bedarf nach Assistenz bei ärztlichen Gesprächen oder beim Ab- und Anlegen der Orthesen durch Mitarbeitende und/oder Elternteile (B5, Pos. 150-155; B9, Pos. 114-122; B12, Pos. 306), das Beantragen und Abholen von Rezepten (B11, Pos. 283-287) oder dass die ärztliche Person eine\*n Mitarbeitende\*n als Begleitung einfordert (B13, Pos. 272). Zwei befragte Personen (B11, Pos. 287; B13, Pos. 270-272) formulierten in diesem Zusammenhang, dass sie es bevorzugen, allein das medizinische Versorgungsangebot wahrzunehmen. Ein Teilnehmender (B10, Pos. 77-97) gab an, dass er ausschließlich vom Personal zur ärztlichen Person begleitet wird oder ihn die Person in seinem Zimmer zur Untersuchung/Behandlung aufsucht. In welchen Fällen die Hausbesuche stattfinden, geht nicht eindeutig aus den Schilderungen hervor.

Acht der neun Teilnehmenden (B5 bis B10, B12 und B13), die sich im Rahmen des integrierten medizinischen Versorgungsangeboten äußerten, berichteten von positiven Erfahrungen oder bewerteten beschriebene Leistungen als positiv. Eine Person (B5, Pos. 45-65) gab an, dass sie sich bei dem ärztlichen Personal gut aufgehoben fühlt, da dieses bei ihr mehrere Unverträglichkeiten festgestellt hat, die vorher nicht ernst genommen worden waren, obwohl sie ihr Schwierigkeiten bereitet hatten. Fünf Befragte (B7, Pos. 90-93; B8, Pos. 57-58; B10, Pos. 98-101; B12, Pos. 311-350; B13, Pos. 281-296) bewerteten positiv, dass ihnen die ärztlichen Personen zuhören, sich Zeit nehmen und auf ihre Bedürfnisse eingehen. In diesem Zusammenhang schilderte eine Interviewte:

I: Und bei dem Arzt selbst, wie fühlst du dich da aufgehoben? B13: Gut. I: Kannst du das ein bisschen beschreiben, was daran für dich angenehm oder gut ist? B13: Weil der, wie gesagt, auch wenn jetzt kein Betreuer dabei ist, er nimmt die Leute für voll und (...) und das hat man ja ganz selten. I: Ja. Woran merkst du das, dass er dich für voll nimmt? B13: Ja. weil ich alles, ich denke mal, weil ich sprechen kann. Bei hier jetzt bei -NAME\_BEWOHNER/IN- zum Beispiel, die kann das

nicht wiedergeben, was ihr wehtut. I: Ja. B13: Oder so genau sagen. I: Ja. Und was - B13: Und ich kann das sagen. I: Und was macht er, damit du merkst, dass er auf dich eingeht? B13: Er legt dann seine Tastatur zur Seite, setzt sich ganz dicht vor mir, also so wie du jetzt. Kann ich da sagen, ich habe da und da Zipperlein. I: Mhm. B13: Mir tut der Arm weh oder der Rücken jetzt ganz akut. I: Mhm. B13: Entweder, er legt mich auf die Liege oder er holt sich Hilfe. (B13, Pos. 281-296; Anmerkung: B13 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)

Eine Teilnehmerin (B13, Pos. 310) berichtete von negativen Erfahrungen mit einer fachärztlichen Person (Gynäkolog\*in), die sie und andere Rollstuhlfahrende besuchen und als „nicht so toll“ (ebd.) bewertet wird. Zudem gab sie (B13, Pos. 350-354) an, dass eine schwere Erkrankung von der fachärztlichen Person nicht diagnostiziert worden war, was sie veranlasst hat, zu wechseln und ein externes Angebot wahrzunehmen (s. hierzu auch → *Auswahl der ärztlichen Personen*).

Fünf Interviewteilnehmende (B5 zzgl. M5, B6, B7, B9 und B11) trafen neutrale Aussagen hinsichtlich von Behandlungsabläufen, Versorgungsstrukturen und Sonstigem im Zuge der von ihnen wahrgenommenen integrierten medizinischen Versorgungsangebote. Beispielweise berichtete ein Teilnehmender: „Erst fangen wir an uns zu unterhalten über meine Probleme. Meistens ist da mit dem Tablettenverschreiben. Wenn ich mal richtig krank bin, bin ich auf -STATION-.“ (B7, Pos. 93).

Ein weiterer Bereich, der aufgrund der strukturell bestehenden Bedingungen im Kontext von integrierten Gesundheitsdiensten ebenfalls nur von den Interviewteilnehmenden, die in *Wohnform b* lebten (n=9), thematisiert wurde, ist die Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote. Aus Tabelle 20 lassen sich die von den befragten Personen in diesem Zusammenhang angesprochenen Themen entnehmen:

Tabelle 20: Wohneinrichtung - Angesprochene Themen im Kontext wahrgenommener integrierter zahnmedizinischer Versorgungsangebote (n=9; Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| Codesystem                                     | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 | B12 | B13 | SUMME |
|--|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Wohneinrichtung                                |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 0     |
| Integrierte Gesundheitsdienste                 |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 0     |
| Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                                  |    |    | ●  | ●  |    |     |     |     | ●   | 3     |
| Mit Unterstützung                              | ●  | ●  |    | ●  | ●  | ●   | ●   | ●   | ●   | 8     |
| Positive Erfahrungen/Bewertungen               | ●  |    |    |    |    |     |     | ●   | ●   | 3     |
| Negative Erfahrungen/Bewertungen               |    |    |    |    |    |     |     | ●   |     | 1     |
| Behandlungsanlässe, -abläufe u. Sonstiges      |    | ●  | ●  | ●  | ●  | ●   |     |     | ●   | 6     |
| SUMME  | 2  | 2  | 2  | 3  | 2  | 2   | 1   | 3   | 4   | 21    |

Drei der neun Interviewteilnehmenden, die sich im Rahmen der Inanspruchnahme eines zahnärztlichen Versorgungsangebotes äußerten, berichteten, dass sie ausschließlich (B7) oder teilweise (B8 und B13) selbstständig die zahnärztliche Person in der Einrichtung aufsuchen (s. Tabelle 20). Eine dieser Befragten (B13, Pos. 325-326) gab an, dass sie das Angebot allein wahrnimmt, wenn allgemeine Vorsorgeuntersuchungen anstehen. Eine andere Person (B8, Pos. 166-168) lässt sich nur bei „größere[n] Sachen“ (B8, Pos. 166) von einer\*m Mitarbeitenden begleiten und fügt diesbezüglich an: „Wenn es klappt, dann kommt einer mit.“ (B8, Pos. 168). Sechs Befragte (B5, B6, B9 bis B12) gaben an, dass sie ausschließlich Begleitung und Unterstützung im Zuge der integrierten



zahnärztlichen Behandlung erhalten, beispielsweise um auf den Behandlungsstuhl zu gelangen (B5, Pos. 18-20; B12, Pos. 394-404), die Arme aufgrund unkontrollierbarer Bewegungen ggf. festhalten zu lassen (B5, Pos. 18; B11, Pos. 361, 373) sowie als emotionale Unterstützung und Ablenkung (B9, Pos. 173-180; B11, Pos. 364-385). Dabei gab eine Interviewte (B5, Pos. 18-22) an, primär von ihrer Mutter begleitet zu werden. Zwei Teilnehmende (B9, Pos. 180-186; B11, Pos. 345-359) berichteten zudem, dass sie im Zuge größerer Eingriffe eine Narkose erhalten. Als Grund führte eine der beiden Personen an: „[d]amit die Spastik ein bisschen runterkommt.“ (B11, Pos. 353). Bei einem anderen Teilnehmenden (B10, Pos. 107-109) fanden die zahnärztlichen Untersuchungen in der Regel im Rahmen von Hausbesuchen im Bett liegend statt. Eine weitere Interviewteilnehmende (B6, Pos. 276-279) stellte dar, dass die Begleitung durch eine\*n Mitarbeitende\*n erfolgt, da meist mehrere Mitbewohnende der Wohngruppe gemeinsam das integrierte zahnärztliche Versorgungsangebot wahrnehmen. Festzustellen war, dass fünf der sechs Interviewteilnehmenden, die ausschließliche Unterstützung angaben, im Rollstuhl sitzen (B5, B9 bis B12).

Im Kontext von positiven Erfahrungen/Bewertungen schilderten drei befragte Personen (B5, Pos. 23-36; B12, Pos. 415-426; B13, Pos. 329-338), dass sie sich gut und sicher bei der zahnärztlichen Person aufgehoben fühlen und begründeten ihre Einschätzung damit, dass sie die Behandlungsschritte verständlich erläutert und die Bedürfnisse währenddessen regelmäßig abfragt und berücksichtigt. Eine dieser Interviewten (B12, Pos. 405-414) gab gleichzeitig als negative Erfahrung an, dass sie sich auf dem Behandlungsstuhl „[e]in bisschen unsicher“ (B12, Pos. 406) fühlt und äußerte diesbezüglich:

B12: Weil dann meine Füße immer so schnell von dem Stuhl abhauen. I: Mhm. Ja. (...) Du fühlst dich also nicht so sicher in dem Stuhl selbst? B12: Ich fühle mich zwar schon in dem Stuhl sicher. I: Mhm. B12: Aber zur Sicherheit wäre mir noch ganz gut, wenn meine Füße von unten so gegengehalten werden. I: Mhm. Ist das schon ein spezieller Stuhl, in dem du dann sitzt? B12: Nein, das ist ein ganz normaler Zahnarztstuhl. (B12, Pos. 408-414; Anmerkung: B12 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)

Sechs der neun Interviewteilnehmenden (B6 bis B10 und B13) berichteten rein beschreibend über Behandlungsanlässe, -abläufe und Sonstiges im Zuge der Inanspruchnahme integrierter zahnärztlicher Versorgungsangebote. So gab beispielweise eine Teilnehmerin in diesem Zusammenhang an:

B9: Zahnarztbesuche habe ich hinter mir. Da wurde mir ein Zahn gezogen dieses Jahr. I: Mhm. B9: Der war schon schwarz. Das habe ich wirklich nicht gemerkt, bis er angefangen hat, zu drücken. Dann musste er raus. (B9, Pos. 170-172)

Integrierte Therapieangebote im Rahmen der Heilmittelversorgung bestanden in *Wohnform b* und *Wohnform c*. Neun Interviewteilnehmende - davon sechs aus *Wohnform b* (B5, B8, B9, B10, B12 und B13) und drei aus *Wohnform c* (B15, B17 und B19) - berichteten von wahrgenommenen Leistungen in diesem Kontext, z.B. über die Inanspruchnahme von Physiotherapie zur Kräftigung und Förderung der Mobilität (B5,

Pos. 225-247, 730-743; B9, Pos. 349-356; B10, Pos. 228-242; B12, Pos. 137-140; B13, Pos. 141-148; B17, Pos. 150-155), von Ergotherapie (B17, Pos. 98), von Hydrotherapie mit anschließender Fangopackung (B8, Pos. 284-290) sowie von sporttherapeutischen Angeboten (B15, Pos. 224; B19, Pos. 102), z.B. schwimmen (B19, ebd.). Zwei befragte Personen (B5, Pos. 225-247, 730-743; B15, 224-226) beschrieben in direktem Zusammenhang mit der genannten Therapie im Rahmen der Heilmittelversorgung wahrgenommene Fortschritte/Verbesserungen hinsichtlich der körperlichen und physischen Konstitution (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person* → *Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit*). So berichtete eine Interviewte:

B5: Und ich muss auch noch dazu sagen, bei meiner KG, die jetzt drei Wochen Urlaub hat, da habe ich auch viel gelernt, sodass ich das auch noch mal selber kann, sowie das Laufen mit dem Gehwagen, das ist auch schon besser geworden. Da brauche ich jetzt auch schon keine Sitzhose mehr, wo ich früher einmal noch in dem Gehwagen eine zusätzliche Sitzhose gebraucht habe. Die hängt jetzt nur noch da mit drin, falls beim Notfall ich die brauche. [...] B5: Ja, das ist so, muss ich dazu sagen, meine KG hat mir auch sehr in dem Laufen das Selbstbewusstsein gegeben und dass das überhaupt ankommt im Gehirn. I: Ja. Das wirkt sich ja auch auf andere Sachen aus (...). B5: Das hat sie auch so hingekriegt. I: Ja. B5: Deswegen sagt sie ja auch immer, das sieht aus als würden wir gar nicht turnen. Aber kleine Schritte und ich mache das ja auch auf der Bank. Nur bei kleinen Schritten kommst du auch mal ans Ziel. (B5, Pos. 225, 733-737)

Eine weitere Teilnehmende (B13, Pos. 141-148) aus *Wohnform b* schilderte, dass sie eine „gute Krankengymnastin“ (B13, Pos. 148) hat, die sie „für voll“ (ebd.) nimmt und sie aktiv bei der Ausgestaltung der Sitzungen einbezieht, was sie als „sehr wichtig“ (ebd.) erachtet. Eine andere interviewte Person (B17, Pos. 150-155) aus *Wohnform c* hingegen gab an, dass sie aktuell (zum Zeitpunkt des Interviews) keine Physiotherapie erhält, da die zuständige Kraft nicht mehr zur Verfügung steht und kein Ersatz gestellt wurde. Im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme integrierter physiotherapeutischer Angebote zeigte sich, dass sie ausschließlich von Interviewten beider *Wohnformen (b und c)* wahrgenommen wurden, die im Rollstuhl sitzen.

Des Weiteren wurden von den Interviewteilnehmenden in ihrer Wohneinrichtung integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote angesprochen. Diese bestanden ebenfalls ausschließlich in den *Wohnformen b* und *c* in unterschiedlichem Umfang, wie nachfolgend dargelegt wird. Vier Interviewteilnehmende der *Wohnform b* berichteten, dass sie wöchentlich (B5, Pos. 785) oder bei Bedarf (B7, Pos. 205-210; B8, Pos. 57-72; B12, Pos. 348-388) ein psychologisches Therapieangebot in ihrer Einrichtung wahrnehmen. So legte eine Teilnehmerin dar:

B12: Oder ich fahre zu meiner Psychologin. I: Mhm. B12: Rede mit der darüber. I: Ja. B12: Die kann mir auch ein bisschen bessere Tipps geben, wie ich mich jetzt in dem Alltag so integriere. Oh Gott, das kann ich nicht aussprechen, in-te-gr-, also, so wie ich mich halt so einbringe. I: Ja. Wie oft (...) hast du da regelmäßige Termine oder je nach Bedarf? B12: Nach Bedarf, wenn mir einfach hier das Gespräch aus der Wohngruppe zu viel wird. I: Mhm. B12: Dann fahre ich raus und dann komme ich wieder und dann geht es mir halt besser. I: Ja. Und was wird dir hier zu viel? B12: Das sage ich jetzt nur als Beispiel genommen. I: Ah, okay. B12: Das sollte kein konkretes Beispiel sein. Aber ich das jetzt nur als (...), damit du dir das so vorstellen kannst. I: Ja. Okay. Und bei deiner Psychologin, machst du da vorher einen Termin? B12: Ich muss da anrufen und dann tragen die Mitarbeiter das in den Computer ein. I: Mhm. B12: Und dann sagen die mir auch Bescheid, wann - VORNAME\_PSYCHOLOGE/IN-, sag ich mal, Zeit hat. I: Mhm. B12: Ich muss mich ja auch da nach den Terminen richten, wann die Zeit hat. I: Ja. B12: Ich kann nicht so einfach auf gut Glück - I:

Dahin fahren (...) B12: Dahin fahren und warten. Vielleicht ist sie dann nicht da oder hat Urlaub oder was ich nicht weiß. I: Also, das ist aber immer die gleiche Ansprechpartnerin, oder wechselt das? B12: Das wechselt. Nee, das ist die gleiche dann. I: Mhm. B12: Das ist im -STÄTTE-, oben. I: Ah ja. B12: Da fährt man nur die Rampe hoch. Dann ist man schon in dem Raum, wo das Gespräch stattfindet. Dann ist man schon da. I: Mhm. B12: Manchmal muss ich halt ein bisschen warten. Dann nehme ich mir halt was mit. I: Mhm. B12: Wo ich mir mit die Zeit vertreiben kann. (B12, Pos. 352-384; Anmerkung: B12 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)

In einem Fall (B7, ebd.) wurde angegeben, dass zum Zeitpunkt des Interviews die therapeutische Person - trotz Bedarfs - ersatzlos weggefallen war (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person* → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Wohn- und Lebenssituation* → *Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung*).

Insgesamt vier befragte Personen (B14, Pos. 455-500; B15, Pos. 80-100; B16, Pos. 156-162, Pos. 220-228; B17, Pos. 245-251), die zum Zeitpunkt der Interviews in *Wohnform c* lebten, gaben an, dass ihnen von montags bis freitags Sprechstunden im Rahmen eines psychiatrischen und gesprächstherapeutischen Angebots zur Verfügung stehen, die sie bei Bedarf oder in regelmäßigen Abständen in Anspruch nehmen können, z.B. im Rahmen von Gesprächen bei aufkommenden Stimmungsschwankungen, zur Blutabnahme, Vergabe und (Neu-)Dosierung von Medikamenten (primär Psychopharmaka). Die eröffneten Angebote und zuständigen Fachpersonen werden in allen vier Fällen (ebd.) als unterstützend beschrieben. Diesbezüglich führte ein Interviewter aus:

B14: Immer ganz nett bei ihm. I: Und Sie sagen dann wieder auch, das ist ganz nett bei ihm. Was finden Sie denn da ganz nett? B14: Man kann der -NAME\_PSYCHIATER- gut unterhalten. I: Mhm. B14: Das ist wirklich klasse. I: Ja. Fühlen Sie sich bei ihm dann gut aufgehoben, wenn Sie mit ihm reden oder wenn er mit Ihnen spricht? B14: Ich finde das gut, dass man da gut aufgehoben wird? I: Mhm. B14: Er hat das in der Hand, dass er, er kann ja auch gut mit Leuten umgehen. I: Mhm. B14: Nicht so, wie ein anderer. I: Sie sagen, gut umgehen. Ich frage immer nach, damit ich mir das vorstellen kann. Was meinen Sie damit, dass er gut mit Ihnen umgehen kann? Was meinen Sie genau? B14: Nettigkeit. Er bietet auch diese Sachen, dass er das erklärt, was kann man machen. I: Mhm. B14: Wie kann man die Leute rankriegen, dass was gemacht wird. Und das ist das, was er macht. (B14, Pos. 474-488)

### **Freizeitgestaltung und -angebote (SK 2.8)**

Im Rahmen von Freizeitgestaltung und -angeboten wurden von den Interviewteilnehmenden im Zusammenhang mit dem Wirkungsraum ***Wohneinrichtung*** die folgenden Themen benannt: *Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies*, *Freizeitangebote* und *Urlaub und Reisen*.

Im Kontext mit der *persönlichen Freizeitgestaltung und Hobbies* berichteten 12 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B4, B5, B7, B8, B10, B11, B13 bis B16 und B18) über eigeninitiierte, persönlich sinnstiftende Beschäftigungen und Interessen zur Ausgestaltung der freien Zeit inner- und außerhalb der Wohneinrichtung/Wohnstätte, wie das Fahren in eine nahegelegene Stadt entweder mit dem Regionalexpress (B1, Pos. 244) oder dem Bus (B5, Pos. 265-278; B7, Pos. 81-85; B8, Pos. 76-92; B15, Pos. 182; s. hierzu auch Kap. 7.2.6 ***Öffentlichkeit*** → *Mobilität*), allein oder in Begleitung, der Besuch eines Pflegepferds (B1, Pos. 562-564), die Arbeit im Garten am Haus (B4, Pos.

148-168), das Spielen von Lernspielen, schreiben und der Nachrichtenaustausch am Computer (B10, Pos. 277-282; B11, Pos. 581-583, 611-615; B13, Pos. 186-190), der Einsatz einer Spielekonsole (B15, Pos. 182), musizieren (B14, Pos. 1083-1089), einen Freund treffen (B15, Pos. 46, 178-182) oder Fahrradfahren (B18, Pos. 256-266).

Im Zusammenhang zu seitens der Wohneinrichtung/Wohnstätte eröffneten Freizeitangebote äußerten sich sechs befragte Personen (B1, B8, B12, B13, B14 und B16). Die Teilnehmenden berichteten über Ausflüge in Freizeitparks oder Ausstellungen (B1, Pos. 592-602, 855; B14, Pos. 760-762; B16, Pos. 180), organisierte Radtouren - wobei die Person in dem Fall das Angebot aktuell nicht nutzen kann - (B8, Pos. 306-332), das gemeinsame Kochen in der Wohngruppe am Wochenende (B12, Pos. 158-166, 560-566; B13, Pos. 235-242), mehrmals wöchentlich angebotene Kegeltreffen (B16, Pos. 140-142, 308) oder über regelmäßig stattfindende Feste und Musikveranstaltungen auf dem Einrichtungsgelände (B14, Pos. 1087-1089; B16, Pos. 58-74, Pos. 334-340).

Fünf interviewte Personen (B1, B3, B7, B8 und B14) führten von der Wohneinrichtung/Wohnstätte organisierte Urlaubsreisen an, z.B. eine Fahrt in ein Inklusionshotel am Meer im Rahmen einer 1:1-Assistenz (B7, 175-188, 504-508), einen zweiwöchigen Reiturlaub, allein mit einer Gruppe von Kindern (B8, Pos. 110-138) oder eine länger zurückliegende Reise ins nahegelegene Ausland mit mehreren Mitbewohnenden (B14, Pos. 126-151).

Festzustellen ist, dass die Aspekte Freizeitgestaltung, Freizeitangebote und Reisen sowohl im Kontext der Dimension **Person** → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Wohn- und Lebenssituation* → *Freizeitgestaltung und Reisen* als auch im Zusammenhang mit dem Wirkungsraum **Wohneinrichtung** → *Fehlende/s Personal/Zeit* von den Interviewteilnehmenden angesprochen wurden, z.B. in Form von Wünschen und Bedürfnissen nach mehr, zum Teil passgenaueren Freizeitangeboten seitens der Wohneinrichtung/Wohnstätte sowie mehr Zeit und Möglichkeiten seitens des Personals, in den Wohngruppen gemeinsam Aktivitäten und Ausflüge zu initiieren.

### **Förder- und Bildungsangebote (SK 2.9)**

Insgesamt 14 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B2, B5 bis B9, B11, B12, B14, B16 bis B19) benannten unterschiedliche Förder- und Bildungsangebote. Die Personen berichteten u.a. über existierende bzw. in Aussicht stehende individuelle Fördermaßnahmen in Form von Tages- oder Duschplänen als Strukturierungshilfen im Wohnalltag (B1, Pos. 283-314; B5, Pos. 522-530; B6, Pos. 338-345; B7, Pos. 212-219; B12, Pos. 567-580) und über eröffnete Angebote seitens der Einrichtung/Stätte im Rahmen der Erwachsenenbildung zur Förderung der eigenständigen, selbstbestimmten Lebensführung und Teilhabe am öffentlichen Leben, wie z.B. über ein Bustraining (B5,

272-278; B8, Pos. 504-506; s. hierzu auch Kap. 7.2.6 **Öffentlichkeit** → *Mobilität*), ein Wäschetraing (B16, Pos. 308, B19, Pos. 52-54), ein Probewohnen (B14, Pos. 8-22), über eine regelmäßig stattfindende Kochgruppe (B17, Pos. 374-377; B18, Pos. 58-66; B19, Pos. 79-82) oder Musikunterricht (B16, Pos. 164-166, 309-312).

Zu konstatieren ist, dass die angeführten Beispiele im Rahmen der Angebote der Erwachsenenbildung nur von Interviewteilnehmenden der *Wohnformen b* und *c* angesprochen wurden, diese aber in Art und Anzahl variieren. Im Kontext individueller Förder- oder Hilfepläne ist festzustellen, dass die Absprachen in mehreren Fällen mündlich erfolgen und die Pläne den Teilnehmenden nicht vorliegen (B2, Pos. 162-175; B9, Pos. 298-318; B11, Pos. 560-577; B14, Pos. 763-768) oder die Umsetzung derselben aus Zeitgründen noch aussteht (B5, Pos. 522-530; B11, ebd.). In diesem Zusammenhang äußerte eine Interviewpartnerin:

B5: Einen Plan? I: Mhm. B5: Den gibt es bis jetzt nur am Computer. (...) Der Betreuer, der wollte mit mir auch so einen Tagesplan machen, mit Bildern und wo ich sehen kann, dass ich auch weiß (...) M5: Wo deine Termine draufstehen, ne. B5: Ja. Und die Betreuer, die nachmittags da sind oder vormittags, dass ich nicht immer jemanden fragen muss, dass ich den Plan in meinem Zimmer irgendwo habe und wenn ich da drauf gucken kann, schon von selbst weiß, die kommen und der kommt. I: Oder was Sie vorhaben? B5: Ja. I: Und das ist in Planung? Aber der hängt noch nicht bei Ihnen? Aber das wird dann jetzt irgendwo gemacht? B5: Das wird dann irgendwann - M5: Also bisher passiert das eher mündlich. (B5, Pos. 522-531)

Auch ging zum Teil aus den Aussagen nicht eindeutig hervor, ob die vorhandenen individuellen Pläne zur Strukturierung der morgendlichen Handlungsschritte und Terminierung des Duschens (B1, ebd.; B7, ebd.; B19, ebd.) nicht primär oder auch dazu dienen, den organisatorischen Ablauf in der Wohngruppe zu regeln (s. hierzu den folgenden thematisierten Bereich).

### **Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten (SK 2.10)**

Die Aussagen von 10 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B2, B7, B8, B9, B14, B16 bis B19) bezogen sich auf räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten in der Wohneinrichtung/Wohnstätte inner- und außerhalb der Wohngruppe.

Drei befragte Personen (B1, Pos. 283-314; B8, Pos. 220-228; B14, Pos. 774-780; B19, Pos. 38-40, 49-52) schilderten beispielsweise, dass die Benutzung der vorhandenen Bäder in der Wohngruppe aufgrund der begrenzten Anzahl zeitlich und nach Geschlecht zugeteilt ist, sodass duschen und baden nur eingeschränkt möglich sind. Ein Teilnehmender (B1, Pos. 283-314) gab an, dass er, obwohl er gerne badet, aufgrund der Geschlechtertrennung nur das Bad mit Dusche nutzen darf und kritisiert diese Vorschrift mit „[d]as ist doch Schwachsinn.“ (ebd., Pos. 308). Zudem war in diesem Fall nicht eindeutig festzustellen, ob der angeführte Duschplan (s. hierzu auch *Förder- und Bildungsangebote*) primär aus organisatorischen Gründen existiert.

Im Zusammenhang mit wahrgenommenen baulichen Barrieren berichtete eine Interviewteilnehmende (B2, Pos. 223), die auf einen Rollstuhl angewiesen ist, dass sie

ihre Freundin, die im gleichen Haus eine Etage über ihr wohnt, aufgrund der Treppen nicht besuchen kann. Ein anderer Teilnehmer (B7, Pos. 386-391) gab an, dass teilweise der Fahrstuhl im Wohngebäude defekt ist mit der Folge, dass er und andere Bewohnende das Haus nicht verlassen können. Eine weitere Person (B17, Pos. 40) beschrieb, dass sie während der Toilettengänge vermehrt Unterstützung benötigt, da es keine Haltegriffe gibt.

Darüber hinaus wurden Schwierigkeiten mit der Gruppenzusammensetzung und Zimmerzuteilung von einigen der Befragten geäußert. Eine Teilnehmende (B9, Pos. 580-582) beschrieb sich als einzige jüngere Bewohnerin in ihrer Wohngruppe und nannte das als Grund, dass es ihr schwerfällt, Anschluss in der Wohneinrichtung zu finden und soziale Kontakte zu Gleichaltrigen aufzubauen (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 **Person** → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Soziale Kontakte und Freundschaften*). Eine andere interviewte Person (B14, Pos. 997-1031) schilderte, - wie unter → *Wahrgenommene soziale Stressoren* bereits angeführt - dass sie in einer gemischten Wohngruppe lebt, die aus Menschen mit primär sogenannter *geistiger Behinderung* und Menschen mit *seelischer Behinderung* besteht, sie das längerfristig nicht aushält und daher ausziehen möchte (s. hierzu zudem Kap. 7.2.1 **Person** → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz*). Ein Teilnehmer (B19, Pos. 399-418) gab an, dass er ein Doppelzimmer teilt, sich seinen Zimmernachbarn nicht ausgesucht hat, sondern ihn „da reingesteckt [haben]“ (B19, Pos. 406). Eine weitere Person (B18, Pos. 18-22) berichtete ebenfalls, dass sie ein Doppelzimmer mit einer Person bewohnt, deren Namen sie nicht kennt, führt dies aber nicht näher aus.

### **Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation (SK 2.11)**

Vier Interviewteilnehmende (B1, B3, B9 und B16) nannten sonstige Aspekte hinsichtlich ihrer aktuellen Wohnsituation. Zwei Teilnehmende (B1, Pos. 172-182; B9, Pos. 157-170) gaben in diesem Kontext an, dass sie sich noch nicht in ihrer gegenwärtigen Wohnsituation eingelebt haben. Als Gründe wurden die Wohndauer (B9, ebd.) und ein Umzug entgegen dem eigenen Wunsch (B1, ebd.; s. hierzu auch Kap. 7.2.1 **Person** → *Lebensgeschichtliche Erfahrungen* → *Kritische Lebensereignisse*) benannt. Die zwei anderen Interviewten (B3, Pos. 207-210; B16, Pos. 118-120) berichteten, dass sie sich in ihrer gegenwärtigen Wohngruppe wohlfühlen, führten dies allerdings nicht näher aus.

### **7.2.3 Zum Wirkungsraum *Allgemeine Gesundheitsversorgung***

Im Zusammenhang mit dem Wirkungsraum ***Allgemeine Gesundheitsversorgung*** (HK 3.) wurden von den Interviewteilnehmenden die Bereiche *Ambulante Versorgung* (SK 3.1), *Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung* (SK 3.2) sowie *Stationäre Versorgung*

angesprochen. Abbildung 16 zeigt eine Übersicht zu den von den befragten Personen thematisierten Inhalten:

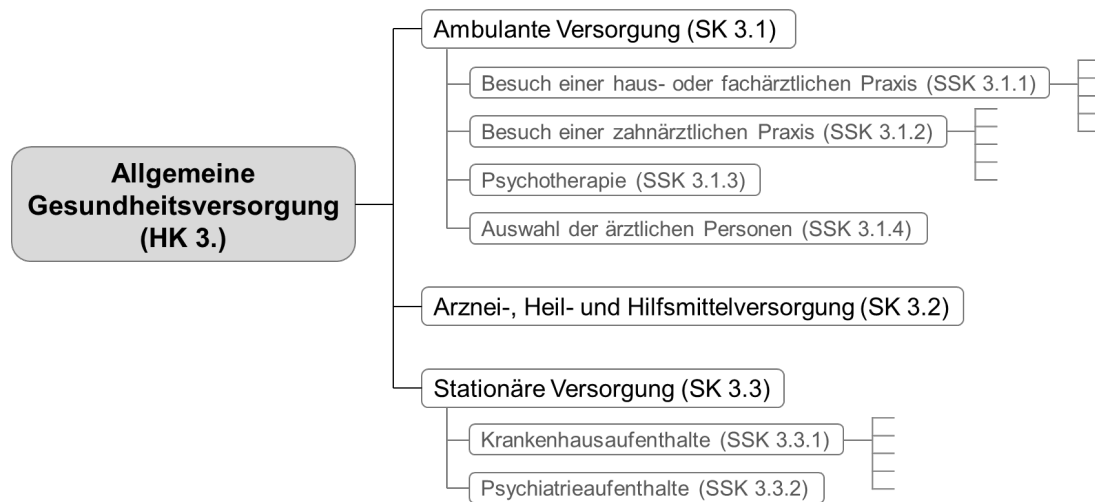


Abbildung 16: Wirkungsraum „Allgemeine Gesundheitsversorgung“ - Angesprochene Themenfelder (eigene Darstellung)

Die im Kontext der ambulanten Versorgung, der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie stationären Versorgung im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung von den Interviewten benannten Themen (s. Abbildung 16) werden nachstehend vorgestellt.

### **Ambulante Versorgung (SK 3.1)**

Im Rahmen der ambulanten Versorgung wurden von den Teilnehmenden Aussagen zu Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis, Besuch einer zahnärztlichen Praxis, Psychotherapie sowie Auswahl der ärztlichen Personen getroffen.

Aus Tabelle 21 lässt sich eine Übersicht zu den von den Interviewten im Kontext von Besuchen einer haus- oder fachärztlichen Praxis angesprochenen Themen entnehmen:

Tabelle 21: Allgemeine Gesundheitsversorgung - Angesprochene Themen im Kontext „Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis“ (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet)

| Codesystem                                    | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|
| ☑ Allgemeine Gesundheitsversorgung            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| ☑ Ambulante Versorgung                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| ☑ Besuch einer haus- o. fachärztlichen Praxis |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| ☑ Selbstständig                               | •  | •  |    | •  |    |    |    |    |    |     |     |
| ☑ Mit Unterstützung                           |    |    | •  | •  |    |    |    | •  |    |     |     |
| ☑ Positive Erfahrungen/Bewertungen            | •  | •  | •  | •  |    |    |    |    |    |     |     |
| ☑ Negative Erfahrungen/Bewertungen            |    | •  |    |    |    |    |    |    | •  |     |     |
| ☑ Behandlungsanlässe u. -abläufe              | •  |    |    | •  |    |    |    |    |    |     |     |
| Σ SUMME                                       | 3  | 3  | 2  | 3  | 0  | 0  | 0  | 1  | 1  | 0   | 0   |

| Codesystem                                    | [...] | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |
|---|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| ☑ Allgemeine Gesundheitsversorgung            |       |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| ☑ Ambulante Versorgung                        |       |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| ☑ Besuch einer haus- o. fachärztlichen Praxis |       |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| ☑ Selbstständig                               |       |     |     | •   | •   | •   |     |     | •   | 6     |
| ☑ Mit Unterstützung                           |       |     | •   |     |     |     |     |     |     | 4     |
| ☑ Positive Erfahrungen/Bewertungen            |       |     | •   | •   |     | •   |     |     |     | 7     |
| ☑ Negative Erfahrungen/Bewertungen            |       |     |     | •   |     |     |     |     |     | 3     |
| ☑ Behandlungsanlässe u. -abläufe              |       |     |     |     |     | •   | •   | •   |     | 5     |
| Σ SUMME                                       |       | 0   | 2   | 3   | 1   | 3   | 1   | 1   | 1   | 25    |

Insgesamt 6 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B2, B14, B15, B16 und B19) berichteten, dass sie selbstständig haus- und/oder fachärztliche Praxen aufsuchen (s. Tabelle 21). Die sechs Personen (B1, Pos. 65-66; B2, Pos. 25-28; B14, Pos. 511-513; B15, Pos. 112-122; B16, Pos. 259-262; B19, Pos. 149-154, 167-170) gaben ferner an, dass auch die Terminvereinbarung eigenständig übernommen wird. Die Anfahrt zu den Praxen erfolgt in fünf Fällen mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb der Stadt (B1, Pos. 47-70) oder über Land in den nächstgelegenen Ort (B14, Pos. 493-510, 581; B15, ebd.; B16, Pos. 229-230; B19, Pos. ebd.) (s. hierzu auch Kap. 7.2.6 **Öffentlichkeit** → **Mobilität**). Eine Interviewte, die zentral in einer Stadt wohnt, schilderte die Möglichkeit, selbstständig mit ihrem E-Rollstuhl zu ihrer haus- und fachärztlichen Person (s. hierzu auch Kap. 7.2.6 **Öffentlichkeit** → **Mobilität**) gelangen zu können, wie folgt:

B2: Wenn ich zu meinem Hausarzt fahre, dann fahr ich immer eine halbe Stunde oder 20 Minuten vor dem Termin los. Der ist hier vorne am -STRAßENNAME- am -STÄTTE- oben und ich brauche da 20 Minuten Weg. (I: Ja) Der hat einen Fahrstuhl im Haus. (I: Mhm.) Also ich kann auch in die Praxis direkt rein. I: Ja. Und, den Weg dorthin fährst du da mit dem Bus, oder (B2: Nee.) fährst du da mit deinem Rollstuhl hin, oder? B2: Fahr ich zu Fuß. (I: Ja.) Allein. Allein ist für mich immer auch schöner an frischer Luft. (I: Ja.) zu sein. I: Und wie ist das dann mit den Straßen und so? Teilweise sind ja dann die Bordsteine auch ein bisschen höher, oder? B2: Nee, hier wo, wo ich langfahre ist hier in -STADT- ist alles abgeflacht. (I: Mhm.) Zum Glück, weil sonst würde das auch gar nicht gehen. [...] I: Wie ist das bei anderen Ärzten, bei deinem Hausarzt sagst du, da fährst du, das machst du allein. B2: Orthopäde mache ich allein. (B2, Pos. 20-24, 35-36; Anmerkung: B2 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)

Vier Teilnehmende (B3, B4, B8 und B13) berichteten, dass sie Unterstützung im Zuge der Terminvereinbarung, auf dem Weg zur Praxis (B3, Pos. 113-122; B4, Pos. 95-98, 101-108; B8, Pos. 26-34) oder bei einer erforderlichen Anfahrt mit dem Auto (B13, Pos. 270) sowie in Form einer Assistenz während der Gespräche benötigen (B3, Pos. 374-382; B13, Pos. 347-382). So berichtete eine Teilnehmerin, die innerhalb einer Stadt wohnt:



B3: Ja, dass jemand mitkommen muss, das ist klar. I: Mhm. Aber so wie das dann abläuft, das ist so für Sie gut? B3: Weil ich ja nicht weiß, wo die Ärzte liegen. I: Mhm. (...) Wenn Sie dann beim Arzt sind, sprechen Sie dann allein mit dem Arzt? Oder ist da noch jemand dabei dann? (...) B3: Mei-, meine, meine Betreuerin. I: Und spricht sie dann mit dem Arzt über Sie? Oder sprechen Sie mit dem Arzt? B3: Nee, macht meine Betreuerin, (I: Mhm.) weil die hat meine ganzen Akten. I: Mhm. (...) Und sprechen Sie dann auch mit? Oder sitzen Sie nur da? B3: (...) Nee, wenn sie mich (...) kommt drauf an, wo ich hinmuss, ne? (I: Mhm.) (...) Dann spricht sie auch mit mir. (I: Mhm.) (...) (B3, ebd.)

Festzustellen ist, dass die Interviewteilnehmenden aus *Wohnform b* (B8, ebd.; B13, ebd.), die bereits über ein integriertes haus- und fachärztliches Versorgungsangebot in ihrer Wohneinrichtung verfügten, ausschließlich fachärztliche Angebote - wie den Besuch einer Praxis für Augenheilkunde, Gynäkologie oder Innere Medizin - nannten, die sie extern im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung wahrnehmen.

Sieben Befragte (B1 bis B4, B13, B14 und B16) berichteten von positiven Erfahrungen im Zuge des Besuchs einer haus- oder fachärztlichen Praxis hinsichtlich der erbrachten Leistung oder der zuständigen Profession. U.a. wurde als positiv bewertet, dass den Interviewten zugehört wird, sie sich von der ärztlichen Person ernst genommen und verstanden fühlen (B1, Pos. 78-92; B2, Pos. 67; B3, Pos. 145-146, 383; B13, Pos. 309-318; B16, Pos. 271-276) oder dass die Person in einer Praxis als Bewohnende der Einrichtung, ohne warten zu müssen, zeitnah behandelt wird (B14, Pos. 528-539).

Insgesamt 3 der 19 Personen (B2, B9 und B14) sprachen negative Erfahrungen im Zuge der Wahrnehmung haus- oder fachärztlicher Angebote im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung an. Eine Teilnehmende (B9, Pos. 126-128) berichtete in diesem Zusammenhang von nicht rollstuhlgerechten barrierefreien Praxiszugängen und einem fehlenden Fahrstuhl. Eine Interviewte (B2, Pos. 66-67, 75-77) fühlte sich von mehreren Fachpersonen „nicht verstanden [...], nicht ernst genommen“ (B2, Pos. 67). Ihre Aussagen wurden grundsätzlich „in Frage gestellt“ (B2, Pos. 77). Ein Befragter (B14, Pos. 515-521) gab an, dass seine hausärztliche Person „nicht so toll [war]“ (B14, Pos. 516), ohne dies näher auszuführen. Es wird deutlich, dass es sich in allen drei Fällen um ehemals wahrgenommene Angebote handelte, bei denen zwischenzeitlich ein Wechsel stattgefunden hatte (B2, ebd.; B9, ebd.; B14, ebd.).

Im Rahmen von Behandlungsanlässen und -abläufen benannten 5 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B4, B16, B17 und B18) ihre aufgesuchten haus- oder fachärztlichen Personen und schilderten wertfrei Anlässe oder Sitzungen. So führte eine Befragte aus:

B17: Also Hausarzt, da war ich auch schon mal, habe mich wegen (...) weil ich so rote Stellen immer kriege so. I: Auf der Haut? B17: Ja, genau. Weil ich mich öfters jucke und ich weiß nicht, was das ist, ne. Vielleicht kann es ja auch Neurodermitis sein. Weiß man es? I: Und deshalb sind Sie dann zu Ihrem Arzt gegangen, oder? B17: Zum Hautarzt. I: Ah, zum Hautarzt, okay, mhm. B17: Und auch, wenn ich halt auch mal Blut abnehmen oder sonst irgendwas machen, dann habe ich meistens bisschen Schiss davor, aber das geht schon. (B17, Pos. 231-237)

Des Weiteren wurden der Besuch einer zahnärztlichen Praxis im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung von den Interviewten thematisiert. Zu konstatieren ist, dass sich diesbezüglich nur Teilnehmende (B1 bis B4 und B14 bis B19), die in *Wohnform a* und *c* lebten, äußerten. Die befragten Personen aus *Wohnform b* (B5 bis B13) nahmen im Zeitraum der Erhebung alle ein integriertes zahnärztliches Versorgungsangebot ihrer Wohneinrichtung wahr (s. hierzu Kap. 7.2.2 *Wohneinrichtung* → *Integrierte Gesundheitsdienste* → *Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote*). Tabelle 22 gibt eine Übersicht zu den von den Interviewteilnehmenden, die ein Angebot in *Wohnform a* und *b* wahrnahmen (n=10), in diesem Zusammenhang angesprochenen Themen:

Tabelle 22: Allgemeine Gesundheitsversorgung - Angesprochene Themen im Kontext „Besuch einer zahnärztlichen Praxis“ (n=10; Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| Codesystem                         | B1 | B2 | B3 | B4 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |
|------------------------------------|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Allgemeine Gesundheitsversorgung   |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Ambulante Versorgung               |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Besuch einer zahnärztlichen Praxis |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                      | ●  | ●  |    |    |     |     |     |     |     | ●   | 3     |
| Mit Unterstützung                  |    | ●  | ●  | ●  | ●   | ●   |     | ●   | ●   |     | 7     |
| Positive Erfahrungen/Bewertungen   |    |    |    | ●  | ●   | ●   |     |     |     |     | 3     |
| Negative Erfahrungen/Bewertungen   |    |    | ●  |    |     |     | ●   |     |     |     | 2     |
| Anlässe, Frequenz u. Behandlung    |    |    |    |    |     | ●   |     | ●   |     | ●   | 3     |
| SUMME                              | 1  | 2  | 2  | 2  | 2   | 3   | 1   | 2   | 1   | 2   | 18    |

Wie aus Tabelle 22 hervorgeht, gaben drei der zehn Interviewten (B1, B2 und B19), die ein externes zahnärztliches Angebot im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung erwähnten, an, dass sie eigenständig eine zahnärztliche Praxis aufsuchen bzw. aufgesucht haben. Ein Teilnehmender (B19, Pos. 131-140) berichtete, dass die Inanspruchnahme eines zahnärztlichen Versorgungsangebots nicht mehr erforderlich ist, da er eine Zahnvollprothese hat, zuvor aber allein zur Praxis gefahren ist. Eine Befragte (B2, Pos. 36) erklärte, dass nur im Falle einer Narkose eine Begleitung notwendig ist. Sechs Interviewte (B3, B4, B14, B15, B17 und B18) schilderten, dass sie auf Unterstützung seitens der Mitarbeitenden der Wohngruppe im Rahmen des Besuchs einer zahnärztlichen Praxis angewiesen sind, z.B. in Form einer emotionalen Unterstützung während der Behandlung (B3, Pos. 52-74), als Wegbegleitung innerhalb der Stadt (B4, Pos. 48-58) und im Zuge der Anfahrt mit dem Auto außerhalb des Wohneinrichtungsorts (B14, Pos. 417-430; B15, Pos. 65-68). Ein Teilnehmer (B15, Pos. 140) berichtete ferner, dass während eines Aufklärungsgesprächs vor einer zahnmedizinischen Operation zudem die rechtliche Betreuung anwesend war (s. hierzu auch Kap. 7.2.4 *Familie und externe Unterstützungssysteme* → *Außerfamiliäre rechtliche Betreuung*).

Drei Interviewteilnehmende (B4, B14 und B15) äußerten sich positiv im Kontext ihres wahrgenommenen zahnärztlichen Angebotes. Eine Person gab an, dass sie „gut mit ihr

[der zahnärztlichen Person] zurecht“ (B4, Pos. 60) kommt und sie „[s]chon lange kennt“ (B4, Pos. 62). Zwei Teilnehmende berichteten, dass sie sich in der Praxis gut aufgehoben fühlen, da die Fachperson ihr Vorgehen während der Behandlung erläutert, sich regelmäßig nach ihrem Befinden erkundigt und bei Bedarf eine Betäubung verabreicht (B14, Pos. 432-452; B15, Pos. 69-76). Ein Interviewter (B14, Pos. 402-416, 452) hebt zudem positiv hervor, dass die Behandlung auf einem Bildschirm übertragen wird, sodass er alles visuell verfolgen kann.

Im Rahmen von negativen Erfahrungen und Bewertungen berichteten zwei Personen (B3, Pos. 56, 156-162; B16, 196-218) von bestehenden Ängsten hinsichtlich zahnärztlicher Behandlungen. Eine Interviewte (B3, ebd.) benötigte daher eine personelle Begleitung als emotionale Unterstützung (s. zuvor → *Mit Unterstützung*). Eine Teilnehmende (B16, ebd.) äußerte den Wunsch nach einem speziellen Angebot für Angstpatient\*innen (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person* → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Allgemeine Gesundheitsversorgung*).

Insgesamt drei der zehn Teilnehmenden (B15, B17 und B19), die sich im Kontext eines Besuchs einer zahnärztlichen Praxis äußerten, benannten Anlässe, Frequenz und Behandlungen, z.B. berichtete ein Befragter in diesem Zusammenhang:

B15: [I]ch habe ja alle dreieinhalb Monate mal Zahnreinigung, weil meine Zähne sind kaputt. Ich wurde auch schon operiert. (I: Ja.) Also in -ORT\_a-, da Zahnarztpraxis da (I: Ja.) da wurde ich operiert. Weil mein Weisheitszahn, der war hier runter und, also hier, musste ich operiert werden auf beiden Seiten. Joa. (B15, Pos. 68)

Im Kontext von Psychotherapie gab ein Interviewter (B1, Pos. 488), der in *Wohnform a* lebte, an, dass er eine psychologische Fachkraft in Anspruch nimmt. Art und Umfang der Therapie wurden nicht näher ausgeführt.

Insgesamt 4 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B2, B3 und B13) thematisierten im Zusammenhang mit dem Besuch haus-, zahn- oder anderer fachärztlicher Praxen in der allgemeinen Gesundheitsversorgung den Aspekt Auswahl der ärztlichen Personen. Als Grund für die Wahl seiner hausärztlichen Person gab ein Teilnehmender (B1, Pos. 387-394) an, dass seine Mutter und seine Schwester ebenfalls deren Leistungen in Anspruch genommen hatten bzw. die Schwester noch in Anspruch nimmt. Eine Befragte (B2, Pos. 62-63, 67, 75) führte aus, dass sie ihre ärztlichen Personen selbst aussucht und aufgrund von Unzufriedenheit hinsichtlich des Umgangs und der Kommunikation bereits mehrere Fachpersonen gewechselt hat (s. hierzu auch → *Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis* → *Negative Erfahrungen/Bewertungen*). Eine weitere Interviewte (B3, Pos. 133-134, 148-152) berichtete, dass im Rahmen ihres Umzugs in eine neue Wohngruppe alle Gesundheitsprofessionen - mit Ausnahme einer fachärztlichen Person, die für die Behandlung ihrer Epilepsie zuständig ist - durch die dortigen Mitarbeitenden gewechselt wurden und äußerte diesbezüglich als möglichen Beweggrund, dass die

ursprünglich besuchten Praxen zu weit weg sind. Die vierte Teilnehmende (B13, Pos. 309-318) schilderte, dass sie aufgrund negativer Erfahrungen mit der frauenärztlichen Person im Rahmen des integrierten Versorgungsangebotes ihrer Wohneinrichtung (s. hierzu Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *Integrierte Gesundheitsdienste* → *Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote* → *Negative Erfahrungen/Bewertungen*) zu einer externen Praxis wechseln konnte und fügte an: „Gott sei Dank, sag ich, dass man sich wenigstens einen Frauenarzt aussuchen darf.“ (B13, Pos. 310). Sie (B13, Pos. 310, 316) gab ferner an, dass sie, Mitbewohnende (ebenfalls Rollstuhlfahrende) und Kolleg\*innen sich über wahrgenommene interne und externe Gesundheitsversorgungsangebote austauschen und sich gegenseitig Empfehlungen aussprechen (s. hierzu Kap. 7.2.5 **Arbeit** → *Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte)*). Festzustellen ist, dass sich die Teilnehmenden aus *Wohnform c* zur Auswahl der ärztlichen Personen nicht äußerten.

### **Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung (SK 3.2)**

Im Kontext der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung benannten 7 der 19 Interviewten zuständige Versorgungseinrichtungen und Träger (Krankenkassen, Apotheken, Sanitätshäuser etc.) sowie involvierte Personen und beschrieben wahrgenommene Leistungen und Abläufe.

Eine Interviewte (B2, Pos. 36-43, 50-61), die in *Wohnform a* lebte, berichtete, dass sie die Kontaktaufnahme und die Kommunikation mit dem Sanitätshaus hinsichtlich ihres E-Rollstuhls (Neubeartragung, Anpassung etc.) sowie das Einlösen von Rezepten in der Apotheke selbstständig übernimmt. Beide Einrichtungen sind für sie mit ihrem E-Rollstuhl eigenständig innerhalb der Stadt erreichbar (ebd.). Sie (B2, Pos. 59) gab an, dass sie in dem Sanitätshaus seit mehreren Jahrzehnten Kundin ist. Teilweise wird sie auch zu Hause von den Mitarbeitenden zur Beratung aufgesucht (B2, Pos. 54-57). Briefe der Krankenkasse werden von ihrer Mutter in Funktion der rechtlichen Betreuung bearbeitet (B2, ebd.; s. hierzu auch Kap. 7.2.4 **Familie und externe Unterstützungssysteme** → *Eltern und Geschwister* → *Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung*). Zu konstatieren ist, dass einige Teilnehmende (B2, Pos. 116-139; B5, Pos. 98, 105-107; B14, Pos. 578-583; in einem Fall zuzüglich der anwesenden Mitarbeitenden) der *Wohnformen a, b* und *c* von bestehenden Kooperationen mit Apotheken berichteten und Versorgungsabläufe dadurch erleichtert werden. So berichtete ein weiterer Interviewter (B14, ebd.), dass es ihm auf diese Weise möglich ist, Rezepte selbstständig einzulösen. Eine andere Person (B2, Pos. 116-139) gab in diesem Zusammenhang ferner an, dass die Medikamente an die Wohngruppe

verblister<sup>13</sup> von der zuständigen Apotheke ausgeliefert werden, sodass sie sie eigenständig einnehmen kann (s. hierzu auch Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → **Medikation**). Ein Interviewter (B19, Pos. 438) berichtete, dass er eine neue Lesebrille benötigt, aber die Beantragung durch die rechtliche Betreuung - trotz mehrmaliger Nachfragen - noch nicht erfolgt ist (s. hierzu auch Kap. 7.2.4 **Familie und externe Unterstützungssysteme** → **Außerfamiliäre rechtliche Betreuung**).

### Stationäre Versorgung (SK 3.3)

Im Rahmen der stationären Versorgung wurden von den Interviewteilnehmenden Aussagen zu Krankenhausaufenthalten und Psychiatrieraufenthalten getroffen.

Tabelle 23 gibt eine Übersicht zu den von den befragten Personen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten angesprochenen Themen:

Tabelle 23: Allgemeine Gesundheitsversorgung - Angesprochene Themen im Kontext „Krankenhausaufenthalte“ (Auszug aus der MAXQDA-Arbeitsdatei; durch die Autorin bearbeitet)

| Codesystem                                     | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|
| Allgemeine Gesundheitsversorgung               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Stationäre Versorgung                          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Krankenhausaufenthalte                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |
| Mit Unterstützung                              | •  | •  |    |    | •  | •  | •  |    | •  |     |     |
| Besuch   | •  | •  |    | •  |    | •  |    |    |    | •   |     |
| Positive Erfahrungen/Bewertungen               |    |    |    |    |    | •  |    |    |    | •   |     |
| Negative Erfahrungen/Bewertungen               |    |    |    | •  |    |    | •  |    |    |     |     |
| Aufnahmegründe, Aufenthaltsdauer und Sonstiges | •  | •  |    | •  |    |    | •  |    |    | •   | •   |
| SUMME  | 3  | 3  | 0  | 3  | 1  | 3  | 2  | 0  | 1  | 2   | 0   |

| Codesystem                                     | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Allgemeine Gesundheitsversorgung               |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Stationäre Versorgung                          |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Krankenhausaufenthalte                         |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Mit Unterstützung                              | •   | •   | •   | •   | •   |     |     |     | 11    |
| Besuch   |     |     |     |     |     |     | •   |     | 6     |
| Positive Erfahrungen/Bewertungen               | •   |     | •   |     |     |     |     |     | 4     |
| Negative Erfahrungen/Bewertungen               |     |     | •   |     |     |     | •   |     | 5     |
| Aufnahmegründe, Aufenthaltsdauer und Sonstiges | •   | •   | •   | •   | •   |     | •   | •   | 11    |
| SUMME  | 3   | 2   | 5   | 2   | 3   | 0   | 3   | 1   | 37    |

Wie aus Tabelle 23 hervorgeht, berichteten 11 der 19 Befragten (B1, B2, B5, B6, B7, B9, B12 bis B16) von unterschiedlichen Formen der Unterstützung im Rahmen vergangener Krankenhausaufenthalte, z.B. von einer Begleitung während der An- und Abfahrt (B1, Pos. 18-30, 203-208; B6, Pos. 312-315; B9, Pos. 188-196; B12, Pos. 437-486; B13, Pos. 367-374; B14, Pos. 594-597), einer Assistenz im Zuge der Einweisung, während ärztlicher Gespräche, bei Untersuchungen und bei der Entlassung (B1, ebd.; B2, Pos. 152-159; B5, Pos. 150-157; B7, Pos. 98-101; B9, ebd.; B12, ebd.; B13, ebd.) oder der rechtlichen Betreuung im Rahmen der Aufklärung und Einwilligung von erforderlichen Operationen (B15, Pos. 140-150; B16, Pos. 278-286). In diesen Kontexten wurden die folgenden assistierenden Personen von den Interviewten angeführt: in drei Fällen (B6, ebd.; B7, ebd.; B14, ebd.) ausschließlich Mitarbeitende der Wohngruppe, in zwei Fällen

<sup>13</sup> Auf die zu behandelnde Person individuell abgestimmte Portionierung und Neuverpackung der Medikamente mit Beschriftung.

(B2, ebd.; B13, ebd.) ausnahmslos die Eltern (gleichzeitig in Funktion der rechtlichen Betreuung), in vier Fällen (B1, ebd.; B5, ebd.; B9, ebd.; B12, ebd.) Mitarbeitende der Wohngruppe bzw. Arbeitsstätte und Eltern oder andere Familienangehörige (gleichzeitig in Funktion der rechtlichen Betreuung) und in zwei Fällen (B15, ebd.; B16, ebd.) eine außerfamiliäre rechtliche Betreuung (s. hierzu auch Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *Mitarbeitende der Wohngruppe* → *Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung* und Kap. 7.2.4 **Familie und externe Unterstützungssysteme** → *Eltern und Geschwister* → *Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung* sowie → *Außerfamiliäre rechtliche Betreuung*).

Sechs Teilnehmende (B1, B2, B4, B6, B14 und B18) gaben an, dass sie während des Krankenhausaufenthaltes von ihren Eltern oder Familienangehörigen (B1, Pos. 203-204; B2, Pos. 153; B18, 171-172), von Arbeitskolleg\*innen (B4, Pos. 37-40) oder vom Personal der Wohnstätte/Wohneinrichtung (B6, Pos. 300-301; B14, Pos. 612-619) Besuch erhalten hatten. Eine Interviewte (B2, Pos. 83), die zentral in einer Stadt wohnte (*Wohnform a*), führte zudem aus, dass sie Mitbewohnende im Krankenhaus besucht, „[s]olange es hier in der Nähe halt ist“ (B2, ebd.).

Insgesamt 4 der 19 befragten Personen (B6, Pos. 296-297; B10, Pos. 119-131; B12, Pos. 455-466; B14, Pos. 622-635) bewerteten die zuständigen Gesundheitsprofessionen während ihres Krankenhausaufenthalts als positiv, unterstützend und zugewandt. So berichtete ein Teilnehmender im Vergleich zu einem anderen Krankenhaus (s. hierzu → *Negative Erfahrungen/Bewertungen*):

B14: Also, ich denke mal, diese Erzieher waren richtig klasse, da in der -NAME\_KLINIK\_ORT\_d-. I: Mhm. Also, die Krankenschwestern, oder wer? B14: Alles war besser, das ganze Krankenhaus war richtig schön. I: Können Sie noch mal Beispiele nennen, was Sie daran besser fanden? B14: Also, dass man da rauskonnte ins (...) dass man da auf den Flur gehen kann. I: Mhm. B14: Dass man Besuch haben konnte, dass da auch eine Bank war. I: Mhm. B14: Dass man sich draußen hinsetzen kann, das war wirklich ein schönes Krankenhaus. I: Und waren Sie dort allein auf sich gestellt oder kam jemand und hat Ihnen irgendwie dabei geholfen, dass Sie rausgehen konnten, oder? B14: Ich bin da allein hingegangen. -NAME\_CHEF/IN- hat mich angerufen. Die hat das Handy auf leise gestellt. I: Mhm. B14: Da hat sie mich da angerufen. Dann sind wir runtergegangen. I: Mhm. B14: Dann haben wir auf sie gewartet und dann sind wir ins Café runtergegangen. (B14, Pos. 643-657)

Aufgrund dieser Erfahrung äußerte der Interviewte (B14, Pos. 1051-1053) den Wunsch, auch zukünftig in das zuvor beschriebene Krankenhaus eingeliefert zu werden (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person* → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Allgemeine Gesundheitsversorgung*).

Fünf Befragte (B4, B7, B14, B16 und B18) äußerten im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt negative Erfahrungen und Bewertungen. Ein Interviewter (B4, Pos. 17-34) berichtete, dass er während eines Krankenhausaufenthaltes allein war und Schwierigkeiten hatte, die ärztliche Person während der Diagnose-/Beratungsgespräche zu verstehen, da sie „so undeutlich gesprochen hat“ (B4, Pos. 28). Eine Person (B7, Pos. 95-119) beschrieb die Situation als „manchmal auch ziemlich mies“ (B7, Pos. 95),

da ihr „zu langweilig“ (B7, Pos. 97) war, führte dies aber nicht näher aus. Ein Teilnehmender (B14, Pos. 657-683) gab an, dass er ein Krankenhaus (in Ort\_f; s. hierzu auch B16 folgend) und das dort zuständige Personal als „komisch“ (B14, Pos. 659) und „unfreundlich“ (B14, Pos. 677) empfand. Er (B14, ebd.) berichtete diesbezüglich, dass er vom Krankenhauspersonal angewiesen worden war, sein Zimmer nicht zu verlassen, da aufgrund von schlechten Erfahrungen mit Bewohnenden seiner Wohneinrichtung (*Wohnform c*) Befürchtungen bestanden, dass er „stiften geht“ (B14, Pos. 669). Er äußerte aufgrund dieser Erfahrungen daher den Wunsch, zukünftig in ein anderes Krankenhaus zu kommen (s. hierzu auch → *Positive Erfahrungen/Bewertungen* und Kap. 7.2.1 **Person** → *Wünsche, Bedürfnisse und Ziele* → *Allgemeine Gesundheitsversorgung*). Eine Interviewte (B16, Pos. 236-258) berichtete, dass sie im Rahmen einer Aufnahme nach einem Zusammenbruch (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 **Person** → *Lebensgeschichtliche Erfahrungen* → *Kritische Lebensereignisse*) lange Zeit unbehandelt allein in einem Raum lag und schließlich aus Ärger das Krankenhaus wieder verlassen hat. Sie führte diesbezüglich an: „Aber -KRANKENHAUS\_ORT\_f- ist, hat keinen guten Ruf, ne. Tut sich keiner so richtig kümmern, ne.“ (B16, Pos. 258). In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass es sich um das gleiche Krankenhaus handelte, von dem auch ein anderer Teilnehmender (s. B14 zuvor) über negative Erfahrungen berichtete. Beide Personen lebten in *Wohnform c*. Ein anderer Befragter (B18, Pos. 154-172) bekundete, dass er sich während eines dreiwöchigen Krankenhausaufenthalts nicht gut aufgehoben gefühlt hat, da er traurig war, seine Freunde nicht sehen zu können.

Im Rahmen von Aufnahmegründen, Aufenthaltsdauer und Sonstiges beschrieben 11 Interviewteilnehmende (B1, B2, B4, B10, B12 bis B16, B18 und B19) Gründe für eine Aufnahme, die Dauer, Behandlungsabläufe und sonstige Details während eines Krankenhausaufenthaltes und/oder nahmen ambivalente Einschätzungen vor. Im Zusammenhang mit den beiden zuletzt genannten Aspekten beurteilte eine Teilnehmerin ihren Aufenthalt wie folgt:

I: Wie war die Situation für dich im Krankenhaus? Wie hast du dich da aufgehoben gefühlt? B13: Gut. Kam auf die Pflege an. I: Mhm. Fandest du da - B13: Aber ich bin gut mit den ausgekommen. Ich habe mich so gegeben, wie ich immer bin. I: Mhm. Du sagtest, es kam so ein bisschen auf die Pflege an. Was haben denn die Pfleger gemacht, damit es für dich gut war? B13: Ja, die sind, wie gesagt, auf mich eingegangen und (...) I: Und wie waren die Pfleger, wo du dich nicht so gut aufgehoben gefühlt hast? Was haben die gemacht? B13: Ja, die sind weggegangen. Es haben jetzt viele auch Zeitnot, sag ich mal. Bei Pflegediensten erlebst du das ganz oft, dass die keine Zeit haben und fünf Minuten mal ein Wortwechsel. Das muss schon sein, denke ich. I: Mhm. B13: Ich kann dich ja auch nicht einfach in die Ecke stellen und sagen, „Jetzt geh ich weg und lass dich dastehen.“ I: Mhm. B13: Das gehört sich nicht. (B13, Pos. 355-366; Anmerkung: B13 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)

Insgesamt 2 der 19 Interviewteilnehmenden (B15, Pos. 161-170; B17, Pos. 254-259), die beide in *Wohnform c* lebten, erwähnten Psychiatraufenthalte und schilderten damit verbundene negative Erlebnisse. Eine Person (B15, ebd.) berichtete von massiven

Gewalterfahrungen durch die dort untergebrachten Personen und schätzte die Unterstützung seitens des Personals als unzureichend ein. Er (B15, ebd.) nahm die Patient\*innen in der psychiatrischen Einrichtung als verstörend und bedrohlich wahr. Die andere Interviewte (B17, ebd.) möchte ihre vorgenommene Bewertung nicht näher ausführen.

#### 7.2.4 Zum Wirkungsraum *Familie und externe Unterstützungssysteme*

Im Zusammenhang mit dem Wirkungsraum *Familie und externe Unterstützungssysteme* (HK 4.) wurden von den Teilnehmenden - wie in Abbildung 17 dargestellt - die folgenden Themen benannt:

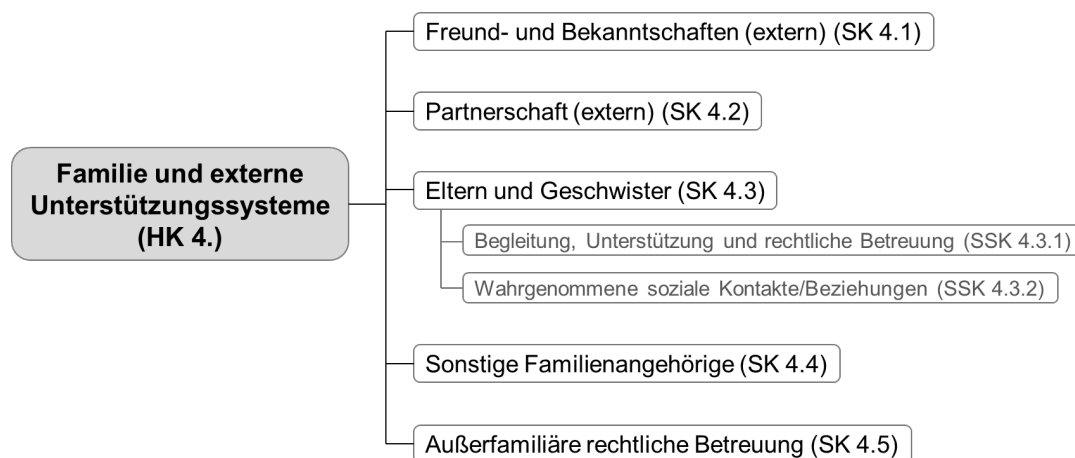


Abbildung 17: Wirkungsraum „Familie und externe Unterstützungssysteme“ - Angesprochene Themenfelder (eigene Darstellung)

Insgesamt äußerten sich 14 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B2, B5, B7, B9, B11 bis 19) im Zusammenhang mit dem Wirkungsraum *Familie und externe Unterstützungssysteme*. Sie bezogen sich in diesem Kontext auf die Themen Freund- und Bekanntschaften (extern) (SK 4.1), Partnerschaft (extern) (SK 4.2), Eltern und Geschwister (SK 4.3), Sonstige Familienangehörige (SK 4.4) sowie Außerfamiliäre rechtliche Betreuung (SK 4.5) (s. Abbildung 17), die nachfolgend vorgestellt werden.

Bestehende soziale Beziehungen in Form von Freund- oder Bekanntschaften (extern) zu Personen außerhalb der Wohneinrichtung wurden von vier Interviewteilnehmenden (B9, B11, B12 und B14) angesprochen. Eine Teilnehmerin (B9, Pos. 146) berichtete im Zusammenhang mit einem erfahrenen kritischen Lebensereignis, dass - neben ihrer Mutter und ihrer Tante - Freund\*innen und Bekannte ihrer Familie sie beständig unterstützen und ihr Kraft geben, führte die Beziehungen und Personen aber nicht näher aus. Eine Interviewte (B11, Pos. 611-623) schilderte, dass sie nach wie vor via E-Mail und Telefon in regelmäßigem Kontakt mit einer ehemaligen Lehrkraft aus ihrer Schulzeit steht. Einmal im Jahr treffen sie sich (B11, Pos. 617). Sie (B11, Pos. 621-623) nahm an, dass der Kontakt auch für ihre\*n Lehrer\*in von großer Bedeutung ist. Eine andere



Befragte (B12, Pos. 710-725) erklärte, dass sie den direkten Kontakt zu ehemaligen Mitschüler\*innen und Kolleg\*innen aufgeben musste und auch der telefonische Kontakt zunehmend weniger wird, was sie traurig macht. Ein Interviewter (B14, Pos. 830-849) gab an, dass er ein freundschaftliches Verhältnis zu einer zivildienstleistenden Person aus seiner ehemaligen Berufsbildungsstätte pflegt, die ihn einmal monatlich in der Wohneinrichtung besucht.

Ein Interviewteilnehmer (B1, Pos. 534-544) thematisierte eine bestehende Partnerschaft (extern). So berichtete er (B1, Pos. 534-544), dass er seit drei Jahren eine Freundin außerhalb der Wohnstätte hat, die bei ihren Eltern lebt. Er führte aus (B1, Pos. 522-530, 608-614), dass seine Freundin merkt, wenn es ihm nicht gut geht und er sich ihr - im Gegensatz zu den Personen in der Wohngruppe - gegenüber öffnen und mit ihr über Dinge sprechen kann, die ihn beschäftigen. Wie sie sich kennengelernt haben, wird nicht erläutert.

Wie Abbildung 17 zeigt, wurden im Zusammenhang mit Eltern und Geschwistern Aussagen zu den Bereichen Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung sowie Wahrgenommene soziale Kontakte/Beziehungen von den Befragten getroffen.

Insgesamt 6 der 19 Interviewten (B2, B5, B9, B12, B13 und B18) äußerten sich im Kontext von Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung (s. hierzu auch Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *Integrierte Gesundheitsdienste* → *Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote* → *Mit Unterstützung* und → *Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote* → *Mit Unterstützung* sowie Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Ambulante Versorgung* → *Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis* → *Mit Unterstützung* sowie *Stationäre Versorgung* → *Mit Unterstützung*). Als Unterstützung im Rahmen der Wahrnehmung interner und externer ambulanter und stationärer Versorgungsangebote gaben vier Personen (B2, Pos. 36, 153; B5, Pos. 18-22, 148-163; B9, Pos. 114-122, 188-208; B18, Pos. 71-172) ihre Mutter an. In zwei Fällen (B2, ebd.; B5, ebd.) wurde sie zusätzlich als rechtliche Betreuung angeführt. Eine Befragte (B5, Pos. 153-163) nannte in diesem Kontext zudem ihre Schwester, die als rechtliche Betreuung und Unterstützung einspringt, wenn die Mutter verhindert ist. Die Teilnehmende (ebd.) berichtete, dass ihre Schwester weiter weg wohnt und daher ggf. ein Umzug zu ihr geplant ist, sollte ihre Mutter die Aufgaben im Rahmen der rechtlichen Betreuung nicht mehr ausüben können. Eine Person (B12, Pos. 467-480) nannte ihren Vater, der während der Untersuchungen und ärztlichen Gespräche assistiert. Eine Teilnehmende (B13, Pos. 367-374) führte ihre Eltern an, die während eines Krankenhausaufenthalts täglich von morgens bis abends anwesend waren. In drei Fällen (B5, ebd.; B9, ebd.; B12, ebd.) wurde zudem eine teilweise oder zusätzliche Begleitung von Mitarbeitenden der Wohngruppe in diesen Kontexten

angeführt (s. hierzu auch Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *Mitarbeitende der Wohngruppe* → *Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung* sowie Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Ambulante Versorgung* → *Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis*, → *Besuch einer zahnärztlichen Praxis* und → *Stationäre Versorgung* → *Krankenhausaufenthalte*)

Drei Interviewte (B1, B9 und B17) thematisierten wahrgenommene soziale Kontakte und Beziehungen zu den Eltern und/oder Geschwistern. Ein Teilnehmender (B1, Pos. 180-202) berichtete von seiner Schwester, die ihn teilweise über ein Wochenende, zu Feier- oder Geburtstagen abholt. Die Eltern waren bereits verstorben (B1, ebd.; s. hierzu auch Kap. 7.2.1 **Person** → *Kritische Lebensereignisse*). Festzustellen ist, dass die Schwester nicht als rechtliche Betreuung fungiert (s. hierzu → *Sonstige Familienangehörige*). Eine Befragte (B9, Pos. 146-154, 308-316), deren Eltern sich früh getrennt hatten, gab an, dass ihre Mutter immer für sie da ist und sie die Beziehung als unterstützend und kraftgebend wahrnimmt. Das Verhältnis zu ihrem Vater beschrieb sie als psychisch sehr belastend, da er sie nicht angenommen und akzeptiert hat (B9, Pos. 146-154; s. hierzu auch Kap. 7.2.1 **Person** → *Kritische Lebensereignisse*). Sie (ebd.) schilderte ferner, dass der Kontakt zu ihrer Schwester abgebrochen ist, führt dies aber nicht näher aus. Eine andere Interviewte (B17, Pos. 42-54, 198-201) gab an, dass ihre Mutter sie selten besucht, da sie den Kontakt als belastend wahrnimmt und sie sich von ihrer Mutter bevormundet fühlt. Es fällt auf, dass in diesem Fall eine außerfamiliäre rechtliche Betreuung von der Teilnehmenden (B17, Pos. 201) angeführt wurde (s. hierzu → *Außerfamiliäre rechtliche Betreuung*).

Sonstige Familienangehörige wurden von fünf Interviewteilnehmenden (B1, B7, B9, B15 und B16) angesprochen und bestehende Kontakte, wahrgenommene Beziehungen und erfahrene Unterstützung im Zusammenhang mit den verwandten Personen - außerhalb der Kernfamilie - thematisiert. Ein Teilnehmender (B1, Pos. 165-208, 654-656), dessen Eltern bereits verstorben waren (s. Themenfeld zuvor), äußerte, dass sein Onkel als rechtliche Betreuung fungiert, beispielsweise im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts oder der Geldzuteilung in der Wohngruppe (s. hierzu Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Krankenhausaufenthalte* → *Mit Unterstützung* und Kap. 7.2.1 **Person** → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Selbstbestimmte Lebensführung*). Eine andere Person (B7, Pos. 348-356) gab an, dass sie noch Kontakt zu ihren Geschwistern zweiten Grades pflegt und sie sich unregelmäßig gegenseitig besuchen. Eine Person (B9, Pos. 146) nannte - neben ihrer Mutter, Freund\*innen und Bekannten der Familie - ihre Tante als bestärkend und unterstützend wahrgenommene Person (s. hierzu zuvor → *Freund- und Bekanntschaften (extern)* und → *Eltern und Geschwister* → *Wahrgenommene soziale Kontakte/Beziehungen*). Ein Interviewter (B15, Pos. 104-106, 131-136, 234-236), dessen Eltern ebenfalls bereits verstorben waren, führte als einzige

Verwandte seine Großmutter an, die er gelegentlich über mehrere Tage oder eine Woche mit dem Zug besuchen fährt. Eine Teilnehmerin (B16, Pos. 408-410) berichtete, dass sie zweimal jährlich Besuch von Familienmitgliedern (identifiziert diese nicht näher) erhält, sie der seltene Kontakt traurig macht und sie sich daher mehr Kontakt wünscht (s. hierzu auch Kap. 7.2.1 *Person* → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Familienangehörige und Heimat*).

Die Inanspruchnahme einer außerfamiliären rechtlichen Betreuung gaben 4 der 19 Interviewten (B15, B16, B17 und B19) an, die ausschließlich in *Wohnform c* lebten. Als Aufgabenbereiche wurden angeführt: die Assistenz und Einwilligung während Aufklärungsgesprächen für anstehende Operationen (B15, Pos. 140-148; B16, Pos. 278-286) oder im Zuge der Medikamentenvergabe und -reduktion (B17, Pos. 199-205) sowie als notwendige Unterstützung im Rahmen der Beantragung von Hilfsmitteln (einer Brille) und bei dem Wunsch nach einem Wohnortwechsel (B19, Pos. 180-198, 372, 438, 456-468). Ein Befragter (B19, Pos. 188, 462-466) führte in diesem Kontext aus, dass die ihm zugeteilte rechtliche Betreuung schwer telefonisch zu erreichen ist und die Kontaktaufnahme viel Zeit in Anspruch nimmt.

### 7.2.5 Zum Wirkungsraum *Arbeit*

In Bezug auf den Wirkungsraum ***Arbeit*** (HK 5.) äußerten sich die Interviewteilnehmenden - wie Abbildung 18 zeigt - zu den folgenden Themenbereichen:

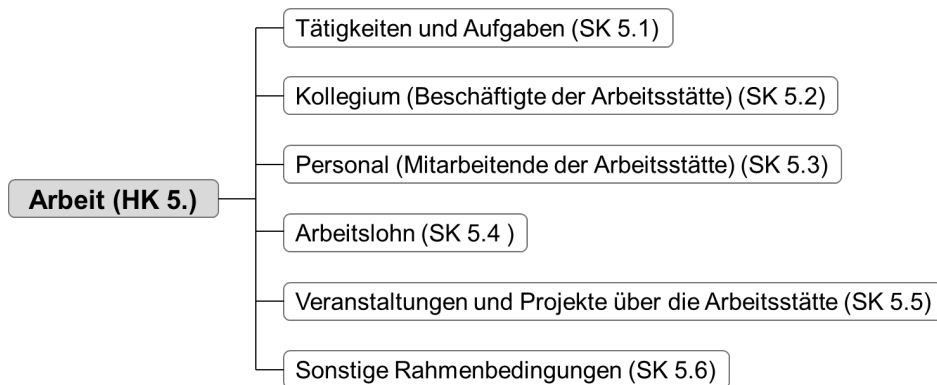


Abbildung 18: Wirkungsraum „Arbeit“ - Angesprochene Themenbereiche (eigene Darstellung)

Insgesamt 15 der 19 befragten Personen (B1 bis B5, B7, B8, B9, B12 bis B16, B18 und B19) bezogen sich während der Interviews auf den Wirkungsraum ***Arbeit***. Die in Abbildung 18 von den Teilnehmenden angesprochenen dargestellten Themen *Tätigkeiten und Aufgaben* (SK 5.1), *Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte)* (SK5.2), *Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte)* (SK 5.3), *Arbeitslohn* (SK 5.4), *Veranstaltungen und Projekte über die Arbeitsstätte* (SK 5.5) und *Sonstige Rahmenbedingungen* (SK 5.6) werden nachstehend vorgestellt.

Neun befragte Personen (B1, B4, B5, B7, B14, B15, B16, B18 und B19) berichteten über Tätigkeiten und Aufgaben. Es wird deutlich, dass drei Personen (B15, B16 und B19), die alle in *Wohnform c* leben, ihrer nachgegangenen Arbeit eine besondere Funktion zuschrieben. Ein Teilnehmender (B15, Pos. 48-52, 224, 258) schilderte, dass ihm seine Arbeit und die dazugehörigen Aufgaben und Tätigkeiten guttun, da sie ihn geistig fordern und ihm Struktur im Alltag geben. Zudem gab er (B15, Pos. 258) an, dass sie ihn motivieren, „den Leuten“ (B15, Pos. 258) zu beweisen, dass er auch ohne Drogen und Alkohol zuverlässig arbeiten und gute Ergebnisse erzielen kann (ebd.). Eine Interviewte (B16, Pos. 46-48) berichtete, dass sie über ihre Tätigkeit in der Einrichtung „sehr viel Anerkennung“ (B16, Pos. 46) erhält. Zudem nutzt sie ihre Arbeit erfolgreich als Ablenkung, wenn es ihr psychisch nicht gutgeht (B16, Pos. 300-308). Ein Befragter (B19, Pos. 324-338) schilderte, dass er gebeten hat, seine tägliche Arbeitszeit erhöhen zu dürfen, um seiner Langeweile entgegenzuwirken. Auf die Frage, ob ihm die nun volle Arbeitsstelle guttut, gab er an, dass das tagesformabhängig von seiner jeweiligen Verfassung ist (B19, Pos. 386-388).

Das Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte) wurde von sechs Interviewten (B1, B4, B9, B12, B13 und B19) angesprochen. Beispielweise wurde über einen Besuch von Kolleg\*innen im Krankenhaus (B4, Pos. 37-42;), neu geknüpften soziale Kontakte (B12, Pos. 709-725) und wahrgenommene Unterstützung innerhalb des Kollegiums (B9, Pos. 502-504, 561-578; B13, Pos. 309-318) oder über Konflikte mit Kolleg\*innen (B19, Pos. 154-166, 372-374) am Arbeitsplatz berichtet. Eine Teilnehmende (B13, ebd.) teilte mit, dass sie sich mit Beschäftigten ihrer Arbeitsstätte - zusätzlich zu den Mitbewohnenden ihrer Wohngruppe - über Erfahrungen im Rahmen der Inanspruchnahme von internen und externen Versorgungsangeboten austauscht und sie sich gegenseitig Empfehlungen einholen (s. hierzu auch Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Ambulante Versorgung* → *Auswahl der ärztlichen Personen*).

Sechs Teilnehmende (B1, B2, B12, B13, B15 und B19) gingen während der Interviews auf das Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte) ein. In vier Fällen wurden als unterstützend wahrgenommene positiv besetzte soziale Beziehungen zu einzelnen Mitarbeitenden (B12, Pos. 719-725; B13, Pos. 657-661) oder vorgesetzten Personen (B1, Pos. 92-98, 676; B15, Pos. 259-262) der Arbeitsstätte beschrieben. So führte eine Teilnehmerin aus:

B13: Zum Beispiel, der Mitarbeiter in meiner Werkstatt und ich verstehen uns blendend. Wir brauchen uns manchmal nur angucken und dann weiß er, was ich meine und ich weiß, was er meint. I: Ja. Kannst du herleiten, wie das dazu gekommen ist, dass ihr euch so versteht? B13: Ich gehe mit ihm ehrlich um. Er geht mir ehrlich um. Er nimmt mich für voll. (B13, ebd.)

Ein Interviewter (B1, Pos. 18-30) berichtete ferner, dass er nach einem Zusammenbruch am Arbeitsplatz von seiner vorgesetzten Person ins Krankenhaus begleitet wurde (s.

hierzu auch Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Krankenhausaufenthalte* → *Mit Unterstützung*).

Vier Interviewteilnehmende (B14, B15, B16 und B19) thematisierten ihren Arbeitslohn. Aus den Schilderungen geht hervor, dass in allen Fällen der ausgezahlte Lohn abhängig von der erbrachten Arbeitsleistung/Arbeitszeit war (B14, Pos. 316-320; B15, 264-284; B16, Pos. 274; B19, 160-166). Zwei Personen (B16, ebd.; B19, ebd.) gaben an, dass im Falle eines krankheitsbedingten Ausfalls keine Fortzahlung erfolgt. Eine Teilnehmerin führte in diesem Zusammenhang aus, dass sie sich daher von ihrer hausärztlichen Person ungern krankschreiben lässt (B16, ebd.). Ein Befragter (B15, ebd.) berichtete, dass ihn die Möglichkeit, seinen Grundlohn zu steigern, motiviert, mehr zu arbeiten. Festzustellen war, dass alle vier Personen in *Wohnform c* lebten.

Zwei Teilnehmende (B1 und B16), die in *Wohnform a* und *c* lebten, benannten Veranstaltungen und Projekte über die Arbeitsstätte. Ein Interviewter (B1, Pos. 226-238) berichtete von einem seitens seiner Arbeitsstätte angebotenen Chor, an dessen Proben er regelmäßig teilnimmt und mit dem er während einer geplanten Veranstaltung auftreten wird. Des Weiteren gab er an (B1, Pos. 108-116), dass er während eines Schwimmwettbewerbs über die Arbeitsstätte „ehrenamtlich“ (B1, Pos. 108) Getränke und Essen verkauft hat. Die andere Befragte (B16, Pos. 334-340) führte aus, dass sie während eines anstehenden Festes ihrer Wohneinrichtung gemeinsam mit ihrer vorgesetzten Person von der Arbeitsstätte einen Stand mit Gebäck und Getränken führen wird.

Im Kontext von sonstigen Rahmenbedingungen äußerten sich 5 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B3, B8, B9 und B12). Es wurden z.B. der Fahrdienst bzw. die Anfahrt zum Arbeitsort (B1, Pos. 126-136), Regelungen bei ärztlichen Terminen während der Arbeitszeit (B1, 322-327; B3, Pos. 120-122), die wöchentliche Arbeitsdauer (B8, Pos. 302-306) und bestehende Maßnahmen im Kontext von Pflege am Arbeitsplatz (B9, Pos. 74-96) angesprochen. Eine Teilnehmerin (B12, Pos. 532-554) berichtete im Zusammenhang mit den räumlichen Bedingungen, dass sie nur in ihrem Faltrollstuhl am Arbeitsleben teilnehmen kann, obwohl sie in diesem vermehrt Rückenschmerzen hat und ausschließlich auf Unterstützung beim Fortbewegen angewiesen ist, da die Türrahmen in ihrer Arbeitsstätte für ihren E-Rollstuhl zu eng sind.

### **7.2.6 Zum Wirkungsraum *Öffentlichkeit***

Hinsichtlich des Wirkungsraums ***Öffentlichkeit*** (HK 6.) wurden von den befragten Personen (s. Abbildung 19) die folgenden Bereiche thematisiert:

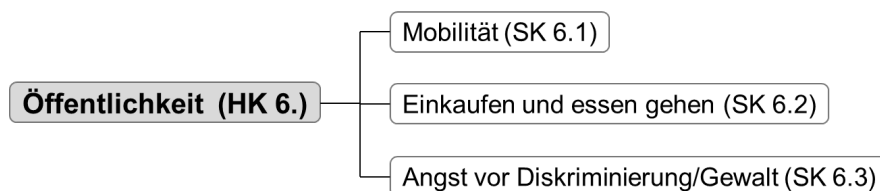


Abbildung 19: Wirkungsraum „Öffentlichkeit“ - Angesprochene Themenbereiche (eigene Darstellung)

Insgesamt äußerten sich 14 der 19 Interviewteilnehmenden (B1, B2, B3, B5, B7, B8, B9, B13 bis B19) zu dem Wirkungsraum **Öffentlichkeit**. Die von den Interviewten zu den Themen Mobilität (SK 6.1), Einkaufen und essen gehen (SK 6.2) und Angst vor Diskriminierung/Gewalt (SK 6.3) (s. Abbildung 19) getroffenen Aussagen werden im Folgenden dargestellt.

Insgesamt 12 der 19 Befragten (B1, B2, B5, B7, B8, B9, B13 bis B16, B18 und B19) bezogen sich in ihren Äußerungen auf den Bereich Mobilität. In diesem Zusammenhang wurden die Orientierung und Fortbewegung im öffentlichen Raum (außerhalb der Wohnstätte/Wohneinrichtung) und/oder die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel des Nah- oder Fernverkehrs thematisiert. Von den 12 Personen lebten zwei (B1 und B2) in *Wohnform a* innerhalb zweier unterschiedlicher Städte, vier (B5, B7, B8, B9 und B13) in *Wohnform b* und fünf (B14, B15, B16, B18 und B19) in *Wohnform c* jeweils im ländlichen Raum.

Ein Teilnehmender (B1, Pos. 63-64, 126-136, 244-280), der in der Stadt lebt, berichtete, dass er eigenständig den Bus und die Regionalbahn nutzt, um beispielsweise innerhalb der Stadt zur hausärztlichen Person und zur Arbeit zu gelangen oder in seiner freien Zeit in eine andere Stadt zu fahren (s. hierzu auch Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *Freizeitgestaltung und -angebote* → *Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies*). Die andere Person (B2, Pos. 20-24, 55-57, 127-129), die ebenfalls in einer Stadt wohnte, führte aus, dass sie sich aufgrund barrierefreier Wege in der Umgebung ihrer Wohnstätte innerhalb ihrer Stadt selbstständig mit ihrem E-Rollstuhl fortbewegt, z.B. haus- und fachärztliche Praxen, eine Apotheke oder ein Sanitätshaus allein aufsucht (s. hierzu auch Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis* → Selbstständig).

Von den befragten Personen, die in *Wohnform b* lebten, gab ein Interviewter (B7, Pos. 81-85, 457-464) an, dass er eigenständig mit dem Linienbus in eine nahegelegene Stadt fährt, um frühstücken zu gehen (s. hierzu auch → *Einkaufen und essen gehen*). Vier Teilnehmende (B5, Pos. 265-278; B8, Pos. 505-523; B9, Pos. 509-520; B13, Pos. 616-627) führten aus, dass sie bei der Nutzung des Linienbusses zur Orientierung während der Fahrt und innerhalb des Zielortes auf eine Begleitung angewiesen sind. In zwei Fällen (B5, ebd.; B8, ebd.) wurde die Inanspruchnahme eines seitens der Wohneinrichtung angebotenen Busfahrtrainings angesprochen (s. hierzu Kap. 7.2.2

**Wohneinrichtung** → *Förder- und Bildungsangebote*). Eine Interviewteilnehmende (B13, ebd.), die im Rollstuhl sitzt, berichtete, dass nicht jeder auf der Strecke von der Wohneinrichtung in Richtung Stadt eingesetzte Linienbus mit einer absenkbaren Rampe ausgestattet ist, sodass ihr die Nutzung nur eingeschränkt möglich ist.

Von den Befragten aus *Wohnform c* führten vier Personen (B14, Pos. 519-527; B15, Pos. 95-98, 111-120, 180-182; B16, Pos. 229-232; B19, Pos. 152-154) aus, dass sie eigenständig den Linienbus nutzen, um beispielweise zu ärztlichen Personen in einem anderen Ort zu gelangen (s. hierzu auch Kap. 7.2.3 **Allgemeine Gesundheitsversorgung** → *Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis* → Selbstständig). Alle fünf befragten Personen (B14, Pos. 218, 225; B15, Pos. 36, 180-182; B16, Pos. 135-136; B18, Pos. 326-328; B19, Pos. 488-494), die sich zur Mobilität äußerten, schilderten, dass sie sich selbstständig zu Fuß oder mit dem Fahrrad in der näheren Umgebung außerhalb des Einrichtungsgeländes bewegen, z.B. um einen Supermarkt aufzusuchen (s. hierzu auch → *Einkaufen und essen gehen*) oder in den Nachbarort zu fahren. Ein Teilnehmender (B15, Pos. 131-136) berichtete, dass er auch längere Strecken mit dem Zug mit mehreren Umstiegen zurücklegt, um seine Großmutter zu besuchen (s. hierzu auch Kap. 7.2.4 **Familie und externe Unterstützungssysteme** → *Sonstige Familienangehörige*).

Insgesamt 8 der 19 interviewten Personen (B3, B7, B8, B9, B14, B15, B16 und B18) äußerten sich im Kontext von einkaufen und essen gehen im öffentlichen Raum. Festzustellen ist, dass die getätigten Aussagen in vielen Fällen im Zusammenhang mit dem ebenfalls angesprochenen Bereich → *Umgang mit Geld* thematisiert wurden (s. hierzu Kap. 7.2.2 **Wohneinrichtung** → *Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung*). Sechs Personen (B3, Pos. 354-362; B8, Pos. 76-80, 240-254, 427-439; B14, Pos. 208-225; B15, Pos. 36-40; B16, Pos. 120, 129-138; B18, Pos. 323-328) berichteten, dass sie allein Lebensmittel für den täglichen Bedarf (B14, ebd.; B15, ebd.; B16, ebd.; B18, ebd.; s. hierzu u.a. auch → *Mobilität*) oder in Begleitung von Mitarbeitenden der Wohngruppe Kleidung (B3, ebd.) und technische Geräte (B8, ebd.; s. hierzu auch → *Angst vor Diskriminierung/Gewalt*) außerhalb der Wohnstätte/Wohneinrichtung einkaufen. Ein Teilnehmender (B7, Pos. 430-445, 464) schilderte, dass er gelegentlich in seiner freien Zeit allein zu einem Restaurant in einer nahegelegenen Stadt frühstücken fährt (s. auch → *Mobilität*). Eine Person (B9, Pos. 500), die einen E-Rollstuhl nutzt, führte aus, dass sie bei dem Besuch von Geschäften, die nicht „barrierefrei“ (ebd.) sind, aufgrund der „Menschenmengen oder [...] Gänge“ (ebd.) auf Unterstützung angewiesen ist.

Drei interviewte Personen (B8, B14 und B17) thematisierten Aspekte im Kontext von Angst vor Diskriminierung und Gewalt im öffentlichen Raum. Ein Teilnehmender (B8,

Pos. 76-100) gab an, dass er sich nicht mehr ohne Begleitung einer\*s Mitarbeitenden zutraut, mit dem Bus in die Stadt zu fahren, aus Angst, in der Öffentlichkeit aufgrund seines Rückens ausgelacht zu werden (s. hierzu auch → *Mobilität* sowie Kap. 7.2.1 **Person** → *Bedürfnisse, Wünsche und Ziele* → *Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung*). Ein Interviewter (B14, Pos. 693-729) berichtete, dass er aufgrund einer vergangenen Gewalterfahrung im öffentlichen Raum (s. hierzu Kap. 7.2.1 **Person** → *Lebensgeschichtliche Erfahrungen* → *Kritische Lebensereignisse* sowie → *Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit*) Ängste entwickelt hat, die teilweise hochkommen, und er sich in diesen Situationen von Menschen außerhalb der Einrichtung bedroht fühlt. Eine Befragte (B17, Pos. 36-38) schilderte eine für sie „ziemlich unangenehm“ (B17, Pos. 36) wahrgenommene Erfahrung in der Öffentlichkeit, als sie auf ihre Schutzhose angesprochen und gefragt wurde, was sie da „Dickes“ (ebd.) trägt und ob sie nicht allein auf die Toilette gehen kann.

Eine Zusammenführung zentraler Erkenntnisse aus dem Ergebnisteil erfolgt in Kap. 8.

## **8 Zu den Lebenslagen aus Sicht der Zielgruppe im Spannungsfeld Gesundheit, Pflege und Teilhabe**

Die in Kap. 7 dargestellten Ergebnisse im Rahmen der explorativen Befragung zur erfahrenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung aus Sicht der Zielgruppe erwachsener Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, die in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe leben, geben einen sehr vielschichtigen und dezidierten Einblick in die Lebens-, Wohn- und Versorgungssituation der interviewten Personen. Mit dem Ziel, eine übersichtliche und zugleich ganzheitliche Betrachtung der erhobenen Befunde für die Diskussion zu eröffnen, werden diese zunächst in Kap. 8.1 mittels der Einordnung in den in Kap. 5 aus dem zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Bezugsrahmen entwickelten integrativen Ansatz (s. Kap. 5.6) - basierend auf der aus der *Feldtheorie* nach K. Lewin (s. Kap. 5.1) stammenden *PUA* von G. C. Schulze (s. Kap. 5.2), auf dem Ansatz der *Lebenslagen* zur Konzeptualisierung des Teilhabebegriffes (s. Kap. 5.3), auf dem in dieser Arbeit hergeleiteten Verständnis von Gesundheit in Anlehnung an das Modell der *Salutogenese* von A. Antonovsky und der Weiterentwicklung von T. Faltermaier (s. Kap. 5.4) sowie Pflege als elementarer Bestandteil von Gesundheit (s. Kap. 5.5) - zusammengefasst und kontextualisiert. Im Zuge dessen werden mehrere Arbeitsschritte vollzogen: Es findet eine Modifikation des in Kap. 5.6 entwickelten vorläufigen multidimensionalen Bezugssystems im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe auf Grundlage der subjektiven Perspektive der Interviewten statt. Zudem werden erfahrene Ressourcen, Barrieren sowie Auswirkungen identifiziert und schließlich innerhalb der relevanten Dimension/Wirkungsräume visualisiert. Anschließend werden in Kap. 8.2 mit Bezug zu den grafischen Darstellungen



zentrale Erkenntnisse unter Berücksichtigung von aktueller Literatur diskutiert. Handlungsleitend für dieses Vorgehen sind die in Kap. 4 vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit entwickelten Forschungsfragen:

1. *Welche Lebensbereiche (Wirkungsräume) und dazugehörige Indikatoren sind, ausgehend von einem multidimensionalen Bezugssystem, aus Perspektive der befragten Zielgruppe im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe, von Bedeutung?*
2. *Welche förderlichen und hemmenden Einflussfaktoren (Ressourcen und Barrieren) werden von der befragten Zielgruppe in den relevanten Lebensbereichen (Wirkungsräumen), ausgehend von der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, wahrgenommen?*
3. *Welche Auswirkungen und/oder Wechselwirkungen haben die wahrgenommenen Ressourcen und Barrieren auf Gesundheit und Teilhabe der befragten Zielgruppe?*

In Kap. 8.3 werden die Limitationen dieser Studie dargelegt, reflektiert und daraus abgeleitete Implikationen angeführt.

### **8.1 Zusammenführung, Kontextualisierung und Visualisierung zentraler Erkenntnisse**

Wie einleitend formuliert, folgt in diesem Kapitel eine Zusammenführung und Kontextualisierung zentraler Erkenntnisse dieser Studie in Form von grafischen Darstellungen (s. Abbildungen 20 bis 26), ausgehend von dem in Kap. 5 hergeleiteten integrativen Ansatz.

Abbildung 20 zeigt zunächst eine Übersicht des abschließend ermittelten multidimensionalen Bezugssystems *Lebenslagen aus Sicht von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Spannungsfeld Gesundheit, Pflege und Teilhabe* und den darin relevanten Wirkungsräumen basierend auf den Befunden dieser Arbeit:

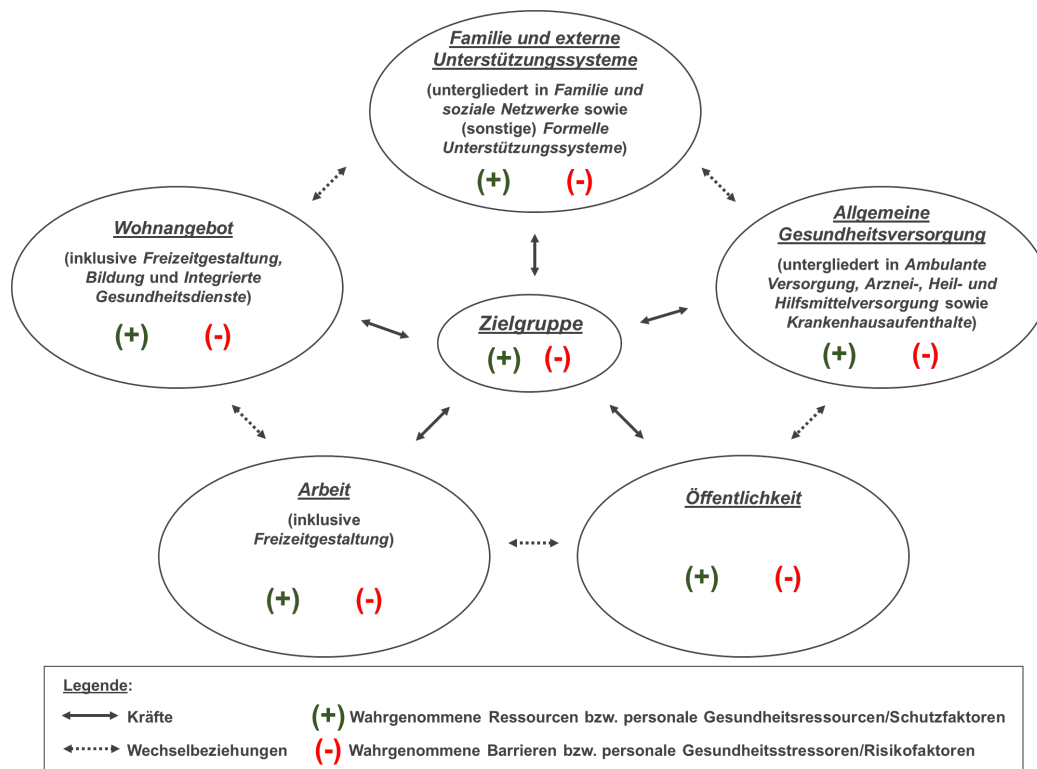


Abbildung 20: Abschließend hergeleitetes multidimensionales Bezugssystem - Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung im Spannungsfeld Gesundheit, Pflege und Teilhabe (eigene Darstellung)

Die nachfolgenden Abbildungen 21 bis 25 verdeutlichen die aus Sicht der Befragten auf unterschiedlichen Ebenen (struktureller Ebene, Beziehungsebene), hinsichtlich informeller und formeller Unterstützungssysteme sowie in Bezug auf involvierte Professionen identifizierten Ressourcen, Barrieren und zum Teil direkt benannte oder indirekt hergeleitete Auswirkungen (↓) in den als bedeutsam ermittelten Wirkungsräumen<sup>14</sup> im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe (s. Abbildung 20):

- Wohneinrichtung/Wohnstätte - hier bezeichnet als *Wohnangebot* - (inklusive der Dimensionen *Freizeitgestaltung*, *Bildung* und *Integrierte Gesundheitsdienste* (Wohnformen b und c), s. Abbildung 21 und 22)
- *Allgemeine Gesundheitsversorgung* (untergliedert in *Ambulante Versorgung*, *Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung* sowie *Stationäre Versorgung*, s. Abbildung 23)
- *Familie und externe Unterstützungssysteme* (untergliedert in *Familie und soziale Netzwerke* sowie (sonstige) *formelle Unterstützungssysteme*, s. Abbildung 24)
- *Arbeit* (inklusive der Dimension *Freizeitgestaltung*, s. Abbildung 25)
- *Öffentlichkeit* (s. ebenfalls Abbildung 25).

<sup>14</sup> Die elliptische Form der Wirkungsräume wird in den nachfolgenden Abbildungen lediglich aus Platzgründen rechteckig dargestellt.



## Wirkungsraum Wohnangebot

[...]

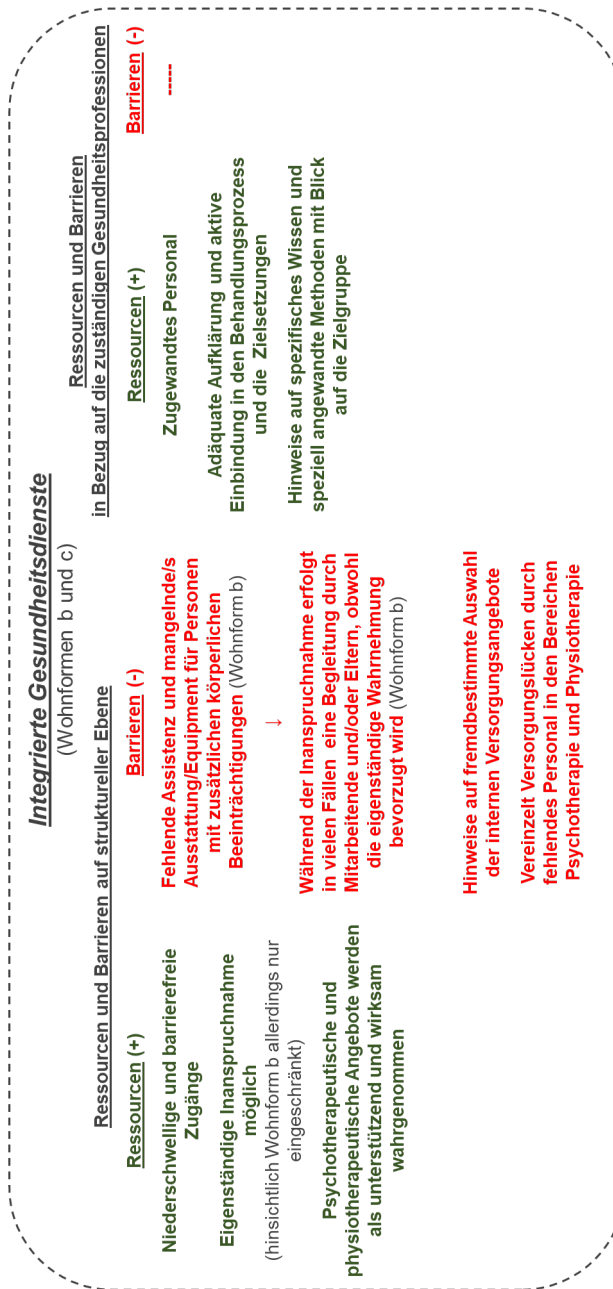
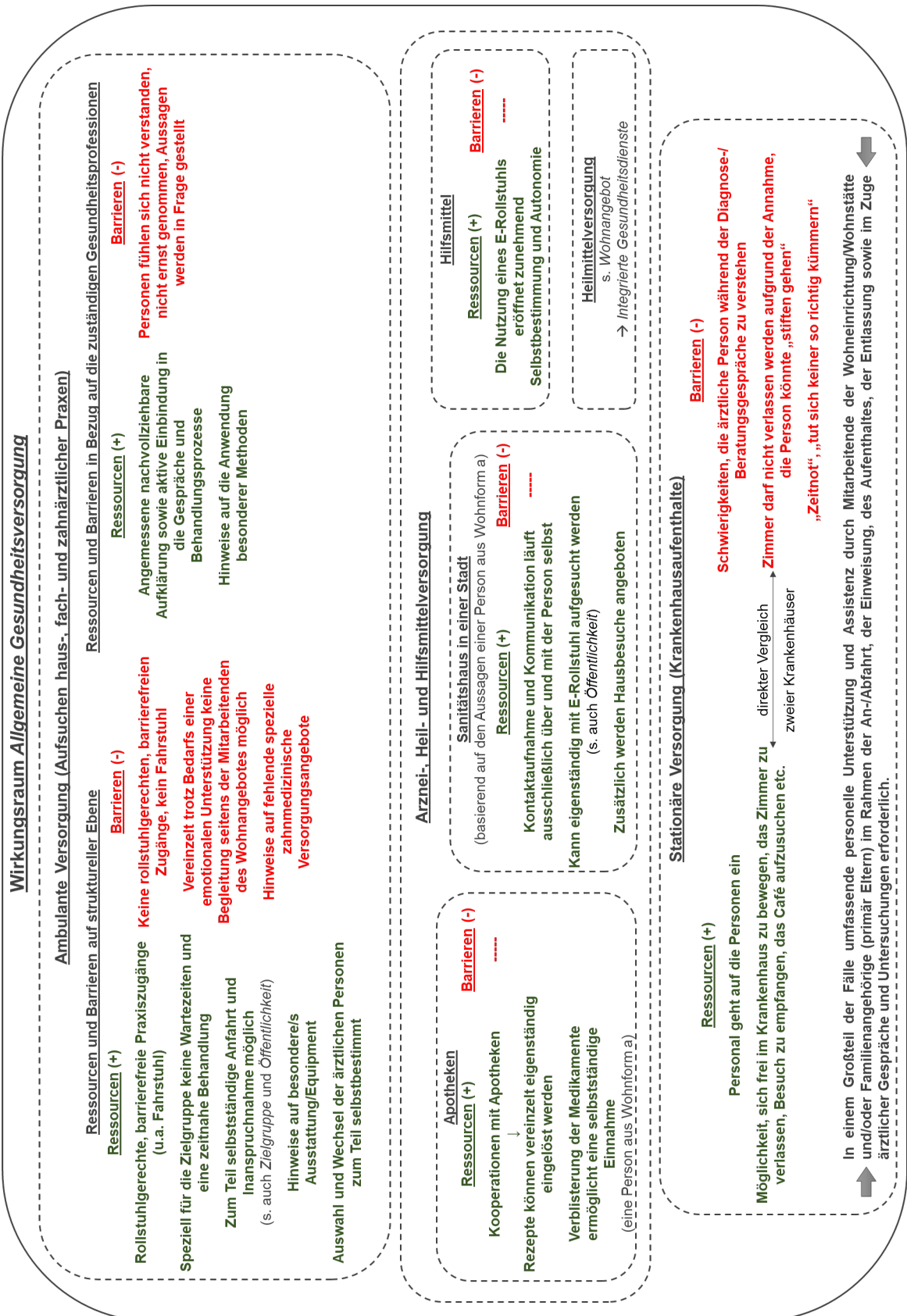


Abbildung 22: Aus Sicht der Interviewten identifizierte Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen im Wirkungsraum Wohnangebot - Integrierte Gesundheitsdienste (eigene Darstellung)



**Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung**

**Ressourcen (+)**

**Apotheken**

Kooperationen mit Apotheken

Rezepte können vereinzelt eigenständig eingelöst werden

Verblisterung der Medikamente ermöglicht eine selbstständige Einnahme (eine Person aus Wohnform a)

**Barrieren (-)**

Personen fühlen sich nicht verstanden, nicht ernst genommen, Aussagen werden in Frage gestellt

**Ressourcen (+)**

Ressourcen und Barrieren in Bezug auf die zuständigen Gesundheitsprofessionen

**Barrieren (-)**

**Ressourcen (+)**

Sanitätshaus in einer Stadt (basierend auf den Aussagen einer Person aus Wohnform a)

Kontaktaufnahme und Kommunikation läuft ausschließlich über und mit der Person selbst

Kann eigenständig mit E-Rollstuhl aufgesucht werden (s. auch Öffentlichkeit)

Zusätzlich werden Hausbesuche angeboten

**Barrieren (-)**

Personen fühlen sich nicht verstanden, nicht ernst genommen, Aussagen werden in Frage gestellt

**Ressourcen (+)**

Ressourcen und Barrieren in Bezug auf die zuständigen Gesundheitsprofessionen

**Barrieren (-)**

**Ressourcen (+)**

Heilmittelversorgung (s. Wohnangebot → Integrierte Gesundheitsdienste)

**Barrieren (-)**

Personen fühlen sich nicht verstanden, nicht ernst genommen, Aussagen werden in Frage gestellt

**Ressourcen (+)**

Ressourcen und Barrieren in Bezug auf die zuständigen Gesundheitsprofessionen

**Barrieren (-)**

**Stationäre Versorgung (Krankenhausaufenthalte)**

**Ressourcen (+)**

Personal geht auf die Personen ein

Möglichkeit, sich frei im Krankenhaus zu bewegen, das Zimmer zu verlassen, Besuch zu empfangen, das Café aufzusuchen etc.

direkter Vergleich zweier Krankenhäuser

**Barrieren (-)**

Schwierigkeiten, die ärztliche Person während der Diagnose-/ Beratungsgespräche zu verstehen

Zimmer darf nicht verlassen werden aufgrund der Annahme, die Person könnte „stiften gehen“

„Zeitnot“, „tut sich keiner so richtig kümmern“

In einem Großteil der Fälle umfassende personelle Unterstützung und Assistenz durch Mitarbeitende der Wohneinrichtung/Wohnstätte und/oder Familienangehörige (primär Eltern) im Rahmen der An-/Abfahrt, der Einweisung, des Aufenthaltes, der Entlassung sowie im Zuge ärztlicher Gespräche und Untersuchungen erforderlich.

Abbildung 23: Aus Sicht der Interviewten identifizierte Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen im Wirkungsraum Allgemeine Gesundheitsversorgung (eigene Darstellung)

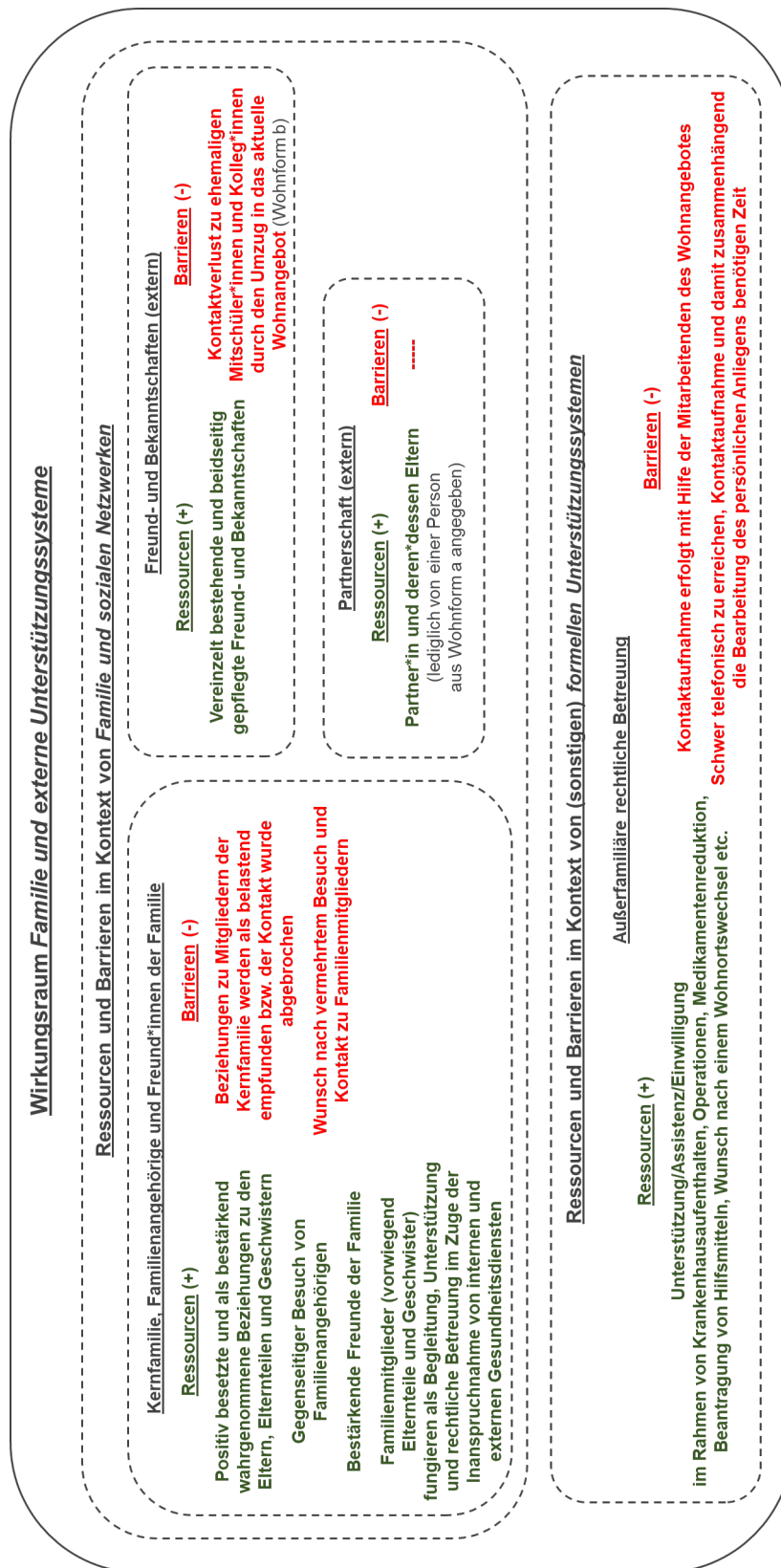


Abbildung 24: Aus Sicht der Interviewten identifizierte Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen im Wirkungsraum Familie und externe Unterstützungssysteme (eigene Darstellung)

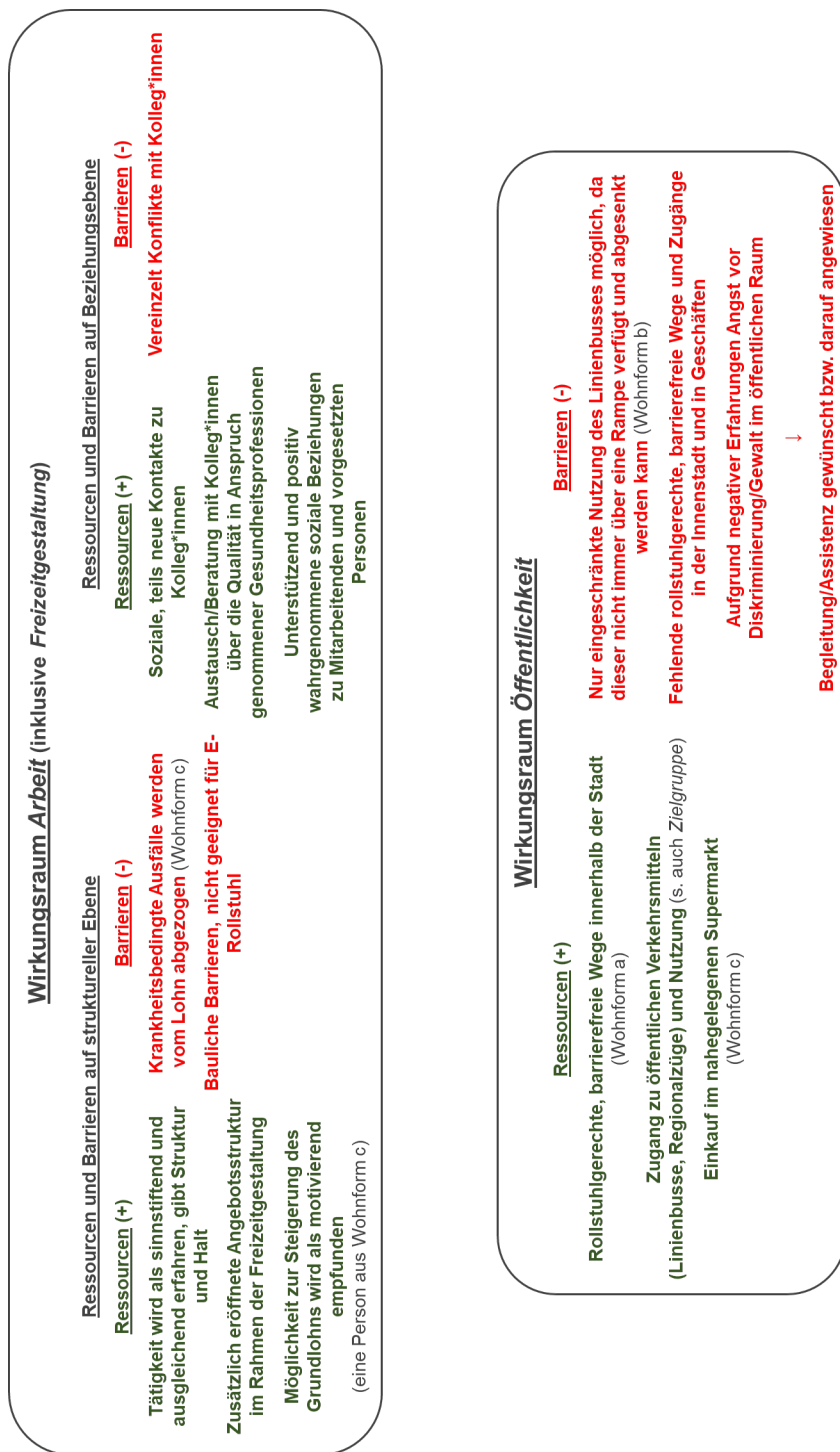


Abbildung 25: Aus Sicht der Interviewten identifizierte Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen in den Wirkungsräumen Arbeit (inklusive Freizeitgestaltung) und Öffentlichkeit (eigene Darstellung)

Abbildung 26 zeigt hinsichtlich der Zielgruppe basierend auf den Ergebnissen ermittelte personale Gesundheitsressourcen und Schutzfaktoren, personale Gesundheitsstressoren und Risikofaktoren sowie explizit von den Teilnehmenden thematisierte oder vor dem Hintergrund des zugrunde gelegten Verständnisses von Gesundheit in Anlehnung an den erweiterten Ansatz der Salutogenese implizit hergeleitete Auswirkungen (↓) der erfahrenen Lebenslagen im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe (s. Abbildungen 20 bis 25).

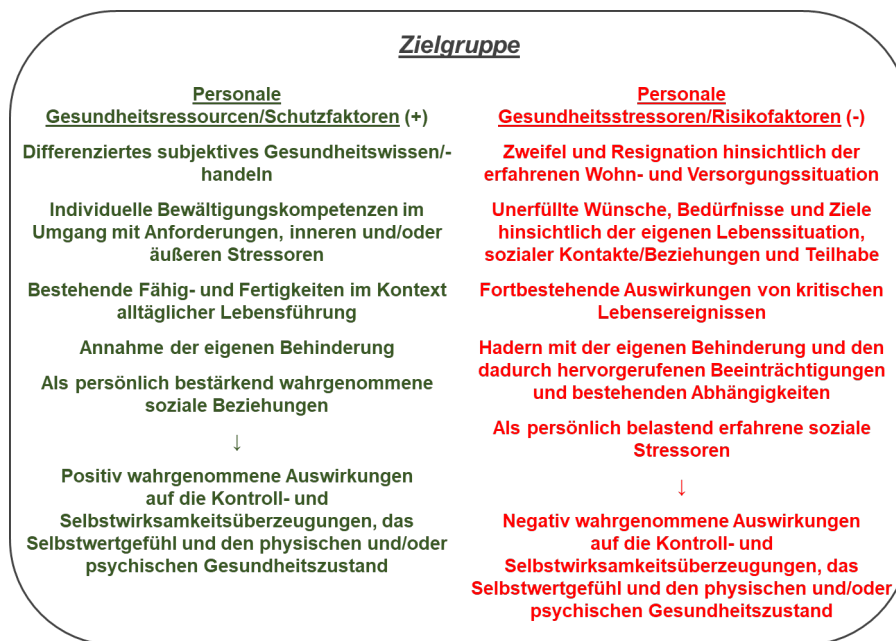


Abbildung 26: Aus Sicht der Interviewten identifizierte personale Gesundheitsressourcen/Schutzfaktoren sowie Gesundheitsstressoren/Risikofaktoren (eigene Darstellung)

Die aus Abbildung 20 bis 26 hervorgehenden eruierten Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen sowie in diesen Zusammenhängen ermittelte Wechselwirkungen in dem interdependenten Gefüge von Gesundheit, Pflege und Teilhabe aus Perspektive der befragten Zielgruppe werden nachfolgend (s. Kap. 8.2) im Rahmen der Diskussion mit entsprechenden Querverweisen wieder aufgenommen und daher an dieser Stelle nicht näher beschrieben.

## 8.2 Diskussion der Ergebnisse

Ausgehend von den in Kap. 8.1 im Zuge der Verortung und Kontextualisierung innerhalb des theoretisch-methodisch begründeten multidimensionalen Bezugssystems Lebenslagen im Spannungsfeld von Gesundheit, Pflege und Teilhabe identifizierten und visuell dargestellten, von den Interviewten wahrgenommenen Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen (s. Abbildung 20 bis 26) werden nun vor dem Hintergrund der in Kap. 4 formulierten Zielsetzung und den daraus abgeleiteten Forschungsfragen zentrale Befunde dieser Studie unter Bezugnahme zu aktuellen Erkenntnissen aus der Literatur im Rahmen der folgenden Themen diskutiert:

- Mangelnde personelle und zeitliche Ressourcen für eine bedürfnis- und bedarfsangemessene Förderung, Versorgung und Assistenz (s. Kap. 8.2.1)
- Autonomiebeschränkungen durch weitere strukturell hervorgerufene Barrieren innerhalb des Systems der Behindertenhilfe (s. Kap. 8.2.2)
- Wahrgenommene Ressourcen und Barrieren im Rahmen der intern und extern in Anspruch genommenen ambulanten Gesundheitsversorgungsangebote (s. Kap. 8.2.3)



- Wahrgenommene Ressourcen und Barrieren im Zuge von Krankenhausaufenthalten (s. Kap. 8.2.4)
- Zu den Wirkmechanismen der wahrgenommenen Ressourcen und Barrieren auf Gesundheit und Teilhabe der Zielgruppe (s. Kap. 8.2.5)

### **8.2.1 Mangelnde personelle und zeitliche Ressourcen für eine bedürfnis- und bedarfsangemessene Förderung, Versorgung und Assistenz**

Ein zentraler, als sich vielschichtig hemmend auswirkender und als belastend wahrgenommener Einflussfaktor, der von einem Großteil der Interviewten in unterschiedlichen Bezügen wiederholt explizit oder implizit thematisiert wurde, ist ein zu geringer Personalschlüssel und vereinzelt eine hohe Mitarbeitendenfluktuation in den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe (s. Abbildung 21 und 26). Von den Befragten wurden unzureichend zur Verfügung stehende Zeit im Rahmen der individuellen Förderung, Bildung, Unterstützung sowie pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung im Kontext der alltäglichen Lebensführung (s. Abbildung 21) und fehlende Möglichkeiten, eine erforderliche Assistenz und/oder emotionale Begleitung im öffentlichen Raum (s. Abbildung 25) oder beim Aufsuchen von ärztlichen Praxen der allgemeinen Gesundheitsversorgung (s. Abbildung 23) sicherzustellen, angesprochen.

Aus den Ergebnissen wird ferner deutlich, dass Bedürfnissen nach sinnstiftenden Aktivitäten inner- und außerhalb der Wohneinrichtung/Wohnstätte aufgrund mangelnder Personalausstattung nur eingeschränkt nachgegangen werden kann und insbesondere bei zunehmender körperlicher Beeinträchtigung passgenaue Freizeitangebote fehlen (s. Abbildung 21). Zudem geht vereinzelt aus den Aussagen der befragten Personen hervor, dass sie den durch den Zeitmangel entstehenden Druck und die Überforderung auf Seiten des Personals sehr bewusst wahrnehmen, mit der Folge, dass sie eigene Bedürfnisse zurückstellen oder nur noch eingeschränkt äußern, um den zuständigen Mitarbeitenden nicht zur Last zu fallen.

Es ist anzunehmen, die dargelegten Ergebnisse aus Sicht der befragten Zielgruppe spiegeln das Resultat der in Kap. 3.1 und 3.2 angeführten Befunde wider, dass im Spannungsfeld der unterschiedlichen zuständigen Kostenträger im Rahmen der Eingliederungshilfe trotz der stufenweisen Umsetzung des BTHG sowie des PSG weiterhin keine ausreichenden Verknüpfungen geschaffen werden konnten, um eine angemessene personelle und sächliche Ausstattung in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe zu ermöglichen. Zusammenfassend lässt sich aus den hier eruierten Befunden ableiten, dass aufgrund des fehlenden Personals und der daraus resultierenden mangelnden Zeit zentrale Prämissen wie der Auf- und Ausbau von Fähig- und Fertigkeiten sowie die Förderung zu einem individuellen Höchstmaß an

selbstbestimmter Lebensführung (s. hierzu auch Kap. 8.2.2) und zudem eine bedürfnisorientierte und bedarfsangemessene gesundheitliche und pflegerische Versorgung nur unzureichend sichergestellt werden können. Vielmehr scheint die Wahrung der Selbstbestimmungs-, Freiheits- und Persönlichkeitsrechte der Bewohnenden unter den berichteten Bedingungen gefährdet (s. Abbildung 21). So geben die Schilderungen der Interviewteilnehmenden dieser Studie Hinweise, dass in einigen Fällen durch die strukturell hervorgerufenen Gegebenheiten und daraus resultierenden Zwänge sogar grundlegende Bedürfnisse nicht abgedeckt werden können bzw. missachtet werden, sodass sich diesbezüglich die Frage stellt, ob die Wohnsituation in Einzelfällen, insbesondere bei zunehmender Komplexität der Behinderung/en (hier speziell bei zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen), nicht schon als menschenunwürdig einzustufen ist. Angesichts dieser Erkenntnisse liegt die Vermutung nahe, dass sich aus dem in den Wohnangeboten zugeteilten Personalschlüssel massive Missstände ergeben und sich die daraus resultierenden wahrgenommenen Barrieren umfassend auf die Lebenswirklichkeit, das Wohlbefinden, die Gesundheit und schlussendlich auch auf die Teilhabemöglichkeiten der dort lebenden Menschen auswirken (s. Abbildung 26), wie sich auch aus den in den folgenden Kapiteln diskutierten Themen ergibt und in Kap. 8.2.5 abschließend resümiert wird. Die Beziehung zu den Mitarbeitenden und deren Arbeit hingegen wurde von den Teilnehmenden überwiegend als zugewandt, unterstützend bzw. positiv bewertet (s. Abbildung 21), was die Annahme bestärkt, dass es sich um ein strukturell hervorgerufenes Problem im Bereich der Behindertenhilfe handelt, wie nachfolgend in Kap. 8.2.2 noch weitergehend diskutiert werden soll.

Es lassen sich deutliche Hinweise finden, dass Personen, die im Rollstuhl sitzen, im Fall dieser Studie altersunabhängig aufgrund eines höheren Abhängigkeitsverhältnisses in besonderem Maße von der defizitären Förder- und Versorgungssituation in den Wohneinrichtungen/Wohnstätten betroffen waren, sodass dieser Personenkreis als besonders vulnerabel einzustufen ist.

Eingrenzend ist anzumerken, dass sich mit einer Ausnahme nur Personen aus den *Wohnformen a* und *b* bezüglich des Personalschlüssels und den damit erfahrenen Barrieren äußerten. Ein möglicher Grund könnte sein, dass die Interviewten aus *Wohnform c* (ausgenommen einer Person, die im Rollstuhl sitzt) keine körperlichen Beeinträchtigungen aufwiesen, von einem hohen Maß an selbstständiger Lebensführung berichteten und daher grundlegend auf weniger personelle Unterstützung und Assistenz angewiesen waren. Ein weiterer Unterschied konnte hinsichtlich der vorhandenen Angebotsstrukturen im Kontext von Freizeitgestaltung und Bildung festgestellt werden. Im Gegensatz zu den anderen Befragten berichteten die Interviewten aus *Wohnform c* von intern vielfältig eröffneten Möglichkeiten,

sinnstiftenden Tätigkeiten nachgehen zu können. Möglicherweise profitieren die Teilnehmenden davon, dass die *Wohnform c* primär ein Wohn-, Förder- und Versorgungsangebot für Menschen mit sogenannter *seelischer Behinderung* zur Verfügung stellt. Hinsichtlich dieser Zielgruppe bilden sinnstiftende und tagesstrukturierende Elemente sowie ganzheitliche Förder- und Therapiekonzepte bereits einen fest etablierten Bestandteil.

Die dargelegten Erkenntnisse mit Blick auf den in den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe unzureichenden Personalschlüssel und den daraus resultierenden Auswirkungen zeigen Parallelen, allerdings stellvertretend aus der Perspektive der Mitarbeitenden, zu Untersuchungsbefunden von Hasseler (2016b) sowie von Habermann-Horstmeier & Limbeck (2016, 2017, 2018). Hasseler (2016b, S. 295-299) identifiziert im Rahmen ihrer qualitativen Befragung zur erfahrenen pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung von 15 Mitarbeitenden aus ambulanten und stationären Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* in Norddeutschland eine Vielzahl von wahrgenommenen Herausforderungen hinsichtlich deren täglichen Arbeit. Auch von den in den Wohnangeboten tätigen Personen wird - wie in der hier vorliegenden Studie - ein umfassendes Spektrum an Aufgaben und Verantwortungsbereichen benannt. Des Weiteren werden Aspekte, wie z.B. fehlende fachliche Qualifikationen, zu wenig Personal und mangelnde Zeit thematisiert, um den zunehmenden gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfen der Bewohnenden adäquat nachkommen zu können (ebd., S. 299-305), in diesen Fällen vor allen Dingen im Zuge des demografischen Wandels eines immer älter werdenden Personenkreises. Zu vergleichbaren Ergebnissen, basierend auf einer umfassenderen Erhebung, kommen auch Habermann-Horstmeier & Limbeck (ebd.). An ihrer (ebd., 2016, S. 518; 2017, S. 27f.; 2018, S. 434f.) bundesweit durchgeführten Studie *Betreuung von Menschen mit Behinderung* [BMBD-Studie] nahmen insgesamt 400 Mitarbeitende aus unterschiedlichen Wohnformen für Menschen mit Behinderung (davon 51,4 % für Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*) der Eingliederungshilfe verschiedener Träger teil. Ziel war es, mittels 51 primär geschlossener Fragen die subjektive Einschätzung zu den Arbeitsbedingungen in dem jeweiligen Wohnangebot, zum eigenen Gesundheitszustand, zu wahrgenommenen Arbeitsbelastungen, Einflussfaktoren und deren Auswirkungen zu eruieren (ebd.). Habermann-Horstmeier & Limbeck (2016, S. 518; 2018, S. 435ff.) stellten dabei fest, dass weit mehr als die Hälfte der befragten Mitarbeitenden unabhängig von Art, Größe und Standort der Arbeitsstätte ihre Arbeitssituation als „sehr“ (11,1 %) oder „etwas“ (45 %) belastend beurteilen. Dabei wurden von den Teilnehmenden aus einer Auswahl vorgegebener Kriterien die folgenden sechs Faktoren am häufigsten als belastend empfunden angegeben:

- „Zu wenig Zeit für eine gute Betreuung der Bewohner[\*innen] (59,7%)“ (ebd., 2016, S. 518)
- „Zunehmendes Alter der Bewohner[\*innen] und dadurch höherer Pflegebedarf (39,5%)“ (ebd., S. 518f.)
- „Häufiges kurzfristiges Einspringen für Kolleg[\*innen] (37,1%)“ (ebd., S. 519)
- „Ungünstige Arbeitszeiten (34,8%)“ (ebd.)
- „Auffälliges Bewohner[\*innen]verhalten (34,0%)“ (ebd.)
- „Stress durch Gefühl der Überforderung (31,9%)“ (ebd.)

Anhand der BMBD-Studienergebnisse ermittelten die Autorinnen (ebd., S. 519ff., 523f.) zudem Zusammenhänge in Form von negativen Auswirkungen durch die von den Mitarbeitenden als belastend bewerteten Arbeitsbedingungen und dem wahrgenommenen Zeitdruck auf das Arbeitsklima, die persönliche Arbeitszufriedenheit, die Qualität der Arbeit und den eigenen Gesundheitszustand. Sie (ebd.) kommen zu der Schlussfolgerung, dass die aus Perspektive des Personals identifizierten Belastungsfaktoren vorwiegend explizit oder implizit durch die strukturellen Bedingungen, d.h. durch die Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung in den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe hervorgerufen werden, was sich mit den zuvor angeführten Erkenntnissen aus der hier vorliegenden Arbeit aus Sicht der Zielgruppe deckt und auch in Kap. 8.2.2 weiter ausgeführt werden wird. Neben den defizitären Arbeitsbedingungen ermittelten Habermann-Horstmeier & Limbeck (2017, S. 37ff.) ferner die Sorge um das Wohlbefinden und die Gesundheit der Bewohnenden als weiteren primären Belastungsfaktor aus Sicht des Personals. So finden sich, wie hier schrittweise diskutiert und in Kap. 8.2.5 abschließend dargelegt wird, auch im Rahmen dieser Studie aus Perspektive der Zielgruppe deutliche Hinweise, dass die von den Mitarbeitenden geäußerte Sorge zutrifft.

### **8.2.2 Autonomiebeschränkungen durch weitere strukturell hervorgerufene Barrieren innerhalb des Systems der Behindertenhilfe**

Eng verzahnt mit dem zu geringen Personalschlüssel in den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe wurden von einer Vielzahl der Interviewteilnehmenden aller Wohnformen überwiegend erfahrene Grenzen im Rahmen von Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Autonomie thematisiert (s. Abbildung 21). Die in diesem Kontext eruierten Barrieren gestalten sich sehr vielfältig. Sie betreffen u.a. wahrgenommene Einschränkungen hinsichtlich der Auswahl des Wohnangebotes, der Mitbewohnenden der Wohngruppe bzw. der Bewohnenden der Einrichtung/Stätte sowie der in unterschiedlichen Lebensbereichen zuständigen Professionen (s. hierzu auch Kap. 8.2.3) und umfassen geäußerte Bedürfnisse nach mehr Freiheit, selbst entscheiden zu dürfen, vermehrten Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der eigenen Lebensführung, der individuell oder kollektiv bestehenden Regelungen und Vorgaben im Wohnalltag und im Zuge des Zusammenlebens (s. Abbildung 21 bis 23 und 26). Die vereinzelt bestehenden regelmäßig stattfindenden Wohngruppensitzungen oder Vollversammlungen wiegen dieses Ungleichgewicht nicht auf (s. Abbildung 21).

Auch wenn aufgrund der Vielschichtigkeit der Ergebnisse keine abschließenden Schlussfolgerungen getroffen werden können, lassen sich doch eindeutige Hinweise erkennen, dass die Lebensbedingungen aus Sicht der befragten Personen unterschiedlich stark durch Fremdbestimmung, Bevormundung sowie Abhängigkeit geprägt und ihr Handlungsspielraum hinsichtlich eines Höchstmaßes an selbstbestimmter Lebensführung und Teilhabe durch die vorherrschenden Strukturen des jeweiligen Wohnangebotes begrenzt scheinen. Ein weiterer eruiertes Aspekt, der ebenfalls darauf hindeutet bzw. diese Vermutung bestärkt, spiegelt sich darin wider, dass sich ein Großteil der von den Teilnehmenden aller Wohnformen formulierten Wünsche auf die Verbesserung der gegenwärtigen Wohn- und Lebenssituation bezieht, woraus geschlossen werden kann, dass nur begrenzt Mitgestaltungsmöglichkeiten eröffnet werden (s. Abbildung 21 und 26). Diese Annahme führt zurück zu dem vorab diskutierten, seitens der Befragten thematisierten zu geringen Personalschlüssel, der damit verbundenen mangelnden Zeit im Rahmen der Förderung, Unterstützung und Versorgung sowie zu den gegenwärtigen Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe. Um Selbstbestimmung, Partizipation und Autonomie zu ebnet, bedarf es etablierter, transparenter, im Optimalfall gemeinsam durch Mitarbeitende und Bewohnende ausgehandelter und gestalteter, regelmäßig überprüfter und weiterentwickelter Organisationsstrukturen, entsprechend aufbereiteter Angebote, zielgruppenspezifischer Materialien, Zeit zur Implementierung und zur Vor- und Nachbereitung. Vor allen Dingen benötigt es aber ausreichend Personal oder die Möglichkeit, adaptiv Personen/Professionen, beispielsweise in Kooperation mit externen Anbietern/Trägern oder längerfristig auch im Rahmen von Peer-Verfahren, zu integrieren, um Impulse zu schaffen, die Bewohnenden zu befähigen und sie schließlich aktiv in die persönliche und gemeinschaftliche Ausgestaltung der Wohn- und Lebenssituation einzubinden, um ein individuelles Höchstmaß an Selbst- und Mitbestimmung im Sinne einer selbstbestimmten Lebensführung und Autonomie zu eröffnen.

Auch in der Literatur finden sich Erkenntnisse, dass weiterhin - entgegen den Grundsätzen der UN-BRK für ein Höchstmaß an selbstbestimmter Lebensführung und der Prämisse *ambulant vor stationär* - die Ausgestaltung der eigenen Lebenssituation von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* durch die bestehenden Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen in den nach wie vor größtenteils stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie durch die dort tätigen Personen bestimmt wird (u.a. Schädler & Rohrkamp, 2016, S. 22-29; Schäfers & Schachler, 2022, S. 133; Trescher, 2017b, S. 187-192; Römisch, 2019a, S. 133f., 138f., 141f.; Schrooten & Tiesmeyer, 2022, S. 123f., 134f.). So wird beispielsweise auch im *Dritten Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit*

*Beeinträchtigungen* [Dritter Bundesteilhaberbericht] (BMAS, 2021, S. 396) als „problematisch“ (ebd.) eingestuft, dass basierend auf den Erhebungen ein Großteil der hiesigen Zielgruppe alternative Wohnorte und Wohnmöglichkeiten anstelle eines in vielen Fällen stationären Angebotes vorziehen würde. Aus dem Abschlussbericht zur *Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen* (Schäfers & Schachler, 2022, S. 117) geht hervor, dass Personen, die in stationären Einrichtungssettings für Menschen mit Behinderung lebten, am häufigsten angaben, dass ihr Leben von Fremdbestimmung geprägt ist.

Eng mit diesen Befunden im Zusammenhang stehend lassen die Aussagen von fast der Hälfte der Teilnehmenden den Rückschluss zu, dass das Zusammenleben mit den - durch strukturell bedingte Vorgaben hinsichtlich der Wohngruppenszusammensetzung - nicht selbstgewählten Mitbewohnenden der Wohngruppe und/oder den Bewohnenden der Einrichtung/Stätte und deren Verhalten als Stressoren wahrgenommen werden und sich diese Erfahrungen nachhaltig negativ auf das Gefühl von Sicherheit, Schutz und die Privatsphäre auswirken (s. Abbildung 21 und 26). In diesen Fällen können verschiedene Formen von psychischen Gewalterfahrungen konstatiert werden, die wiederum durch unterschiedliche Arten von struktureller Gewalt, verursacht durch die Organisation und Rahmenbedingungen des jeweiligen Wohnangebotes, hervorgerufen werden (s. Abbildung 21). Diese Erkenntnisse decken sich erneut mit Befunden aus der Literatur. So wird im *Dritten Bundesteilhaberbericht* festgestellt: „Von subjektiven Gewalterfahrungen sind Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich häufiger betroffen als Menschen ohne Beeinträchtigungen. Besonders gefährdet sind Frauen sowie Menschen mit Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen leben.“ (BMAS, 2021, S. 647). Römisch (2019b, S. 179) konstatiert in diesem Zusammenhang, dass Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* im Zuge ihres gesamten Lebens in besonders hohem Ausmaß vielfältigen Formen von Gewalt sowie gleichzeitig sich wechselseitig bedingenden „gewaltförderlichen Lebensbedingungen“ (ebd., S.179-190) ausgesetzt sind, insbesondere hervorgerufen durch bestehende, mit Zunahme der Institutionalisierung des Wohnsettings verstärkt verankerte Machtstrukturen und einem damit einhergehend wachsenden Machtungleichgewicht. Diesbezüglich zieht die Autorin das Fazit: „Grundsätzlich sind die Einrichtungen am wenigsten gefährdet, in denen möglichst hohe Mitgestaltungsmöglichkeiten bestehen.“ (ebd., S. 190). Basierend auf den Ergebnissen dieser Studie scheinen diese Optionen in vielen Fällen zu fehlen. Um dem Machtungleichgewicht und den damit hervorgerufenen Gewalterfahrungen entgegenzuwirken und stattdessen gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen, empfiehlt Römisch (ebd., S. 189-192), vielschichtige Maßnahmen im Rahmen von Gesundheitsförderung und Gewaltprävention sowohl auf personaler (zur Befähigung der Bewohnenden sowie der Mitarbeitenden) als auch auf institutioneller Ebene zu

implementieren. Zu vergleichbaren Erkenntnissen und Handlungsempfehlungen kommen auch die Autor\*innen Schröttle, Puchert, Arnis, Sarkissian, Lehmann, Zinsmeister, Paust & Pölzer (2021) im Rahmen ihres *Abschlussberichtes Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen – Bestandsaufnahme und Empfehlungen* im Auftrage des BMAS.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Faktoren mangelndes Gefühl von Sicherheit, Schutz und fehlende Privatsphäre sowie Ruhe neben den durch den zu geringen Personalschlüssel hervorgerufenen Barrieren (s. Kap. 8.2.1) durch die in mehreren Fällen berichteten baulichen und weiteren strukturellen Gegebenheiten in den Wohnangeboten, wie z.B. nicht barrierefreie Wohngebäude, vereinzelt vorhandene Doppelzimmer, keine Möglichkeit, das persönliche Eigentum zu schützen, fehlende Bäder und eine daraus resultierende fremdbestimmte Zuteilung der Nutzung, verstärkt werden (s. Abbildung 21). Vereinzelt geht aus den Interviews hervor, dass die Tages- und Duschpläne primär zur internen Organisation des Wohnalltages anstatt zur individuellen Förderung der Personen dienen (s. Abbildung 21). Diesbezüglich lassen sich ebenfalls Ergebnisse in der Literatur finden, die diese Zusammenhänge bestätigen. Mit Bezug zu den Erkenntnissen von Trescher (2017) kommen Schrooten & Tiesmeyer (2022, S. 123f.) im Rahmen ihrer kritischen Auseinandersetzung mit nachweisbaren Merkmalen der nun sogenannten *besonderen Wohnformen* zu dem folgenden Schluss:

„Mit dem Ziel, zeitliche Abläufe zu optimieren, finden sich innerhalb des Wohnraums diverse Pläne, die materieller Ausdruck einer inneren, formell vorgegebenen Praxis sind. Durch diese Pläne wird der Wohnalltag in bearbeitbare, zeitlich festgelegte Handlungsanweisungen erfasst. Für die Bewohner\*innen führt diese Durchstrukturierung durch Duschpläne, Essenspläne, Tagesabläufe oder Dienstpläne häufig zu unterschiedlichen Einschränkungen.“ (ebd., S. 124)

Basierend auf den eruierten Erkenntnissen im Rahmen der hier vorgestellten Studien wird zudem deutlich, dass der Handlungsspielraum der Interviewten auch dahingehend durch die vorherrschenden Strukturen begrenzt wird, indem nur eingeschränkt und primär innerhalb des Systems der Behindertenhilfe positive, als bestärkend wahrgenommene soziale Beziehungen in Form von Freund- oder Partnerschaften zu Mit-/Bewohnenden, Kolleg\*innen und/oder zum Teil zu Mitarbeitenden bestehen bzw. aufgebaut und gepflegt werden können (s. Abbildungen 21, 25 → *Arbeit* und 26) sowie sich außerhalb fast ausschließlich auf soziale Kontakte zu Familienangehörigen beschränken (s. Abbildung 24). Diese Grenzen spiegeln sich auch in dem bereits angeführten Abschlussbericht zur *Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen* wider. So konstatieren Schäfers & Schachler (2022, S. 134), dass besonders Personen, die in stationären Einrichtungen leben, vor allen Dingen im höheren Alter, verstärkt gefährdet sind, sozialer Isolation ausgesetzt zu sein. Hinsichtlich des Alters zeigen sich im Rahmen der hier vorliegenden Studie dahingehend keine

Unterschiede, dass Wünsche nach vermehrt sozialen Beziehungen altersunabhängig von den Befragten geäußert wurden.

Mehrere Autor\*innen (DHG, 2021, S. 19; Schädler & Rohrkamp, 2016, S. 22f.; Seifert, 2016b, S. 66ff.; Dworschak, 2022, S. 144f.) zeigen auf, dass das Ausmaß an Abhängigkeit und Fremdbestimmung mit zunehmender Komplexität der Behinderung/en sowie mit der Größe der Einrichtung zunimmt, sodass insbesondere der Handlungsspielraum von Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen und von Personen, die in großen, in der Regel ländlich gelegenen, stationären Wohnformen (ehemals sogenannten Komplexeinrichtungen) leben, betroffen sind. Im Rahmen dieser Studie können diesbezüglich keine eindeutigen Unterschiede zwischen den Aussagen der in *Wohnformen a, b* und *c* lebenden Teilnehmenden festgestellt werden, auch wenn die *Wohnformen b* und *c* die Kriterien einer Komplexeinrichtung erfüllen. Allerdings sind auch nur bedingt Vergleiche möglich, da nur 4 der 19 an der Hauptuntersuchung teilnehmenden Personen ein Angebot in *Wohnform a* wahrnahmen, zudem in unterschiedlichen Wohnstätten und zum Teil gar in verschiedenen Städten lebten. Allerdings lassen sich auch hier Hinweise finden, dass der Handlungsspielraum im Kontext von Selbstbestimmung und Autonomie mit dem Bestehen von zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen verstärkt begrenzt ist (s. auch Kap. 8.2.1).

Die von den Interviewten thematisierten Möglichkeiten und Grenzen der selbstbestimmten Auswahl im Zusammenhang mit den in Anspruch genommenen internen und externen Gesundheitsprofessionen und Versorgungsangeboten werden in Kap. 8.2.3 diskutiert.

Zusammenfassend lässt sich aus den vorab diskutierten Befunden ableiten, dass die Lebenssituation und der Handlungsspielraum der Interviewteilnehmenden hier wohnformunabhängig in vielfältiger Weise von Fremdbestimmung und Abhängigkeit geprägt sind, die einerseits Formen der strukturellen Gewalt darstellen und andererseits durch andere Formen der strukturellen Gewalt, wie defizitäre Rahmenbedingungen (s. auch Kap. 8.2.1), Organisationsstrukturen und bauliche Gegebenheiten des Wohnangebotes hervorgerufen werden (s. Abbildung 21 und 26). Des Weiteren lassen die Ergebnisse die Rückschlüsse zu, dass diese Strukturen direkt oder indirekt weitere Gewaltarten, hier speziell psychische Gewalt/Stressoren, produzieren (s. Abbildung 21 und 26). Ferner kann konstatiert werden, dass die Befragten mit komplexen körperlichen Beeinträchtigungen (wie bereits in Kap. 8.2.1 im Kontext der aus einem zu geringen Personalschlüssel resultierenden defizitären Förder- und Versorgungssituation ermittelt) altersunabhängig in besonders hohem Ausmaß von Abhängigkeit und Fremdbestimmung betroffen sind und somit auch das Risiko, unterschiedliche Formen



von struktureller und psychischer Gewalt zu erfahren bzw. dieser ausgesetzt zu sein, zunimmt (s. Abbildung 21).

### **8.2.3 Wahrgenommene Ressourcen und Barrieren im Rahmen der intern und extern in Anspruch genommenen ambulanten Gesundheitsversorgungsangebote**

Aus den Interviews wird deutlich, dass alle Befragten, die angaben, eigenständig haus- und fachärztliche Angebote der allgemeinen Gesundheitsversorgung aufzusuchen (sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum), einerseits in der Lage waren und andererseits die Möglichkeiten bestanden, selbstständig öffentliche Verkehrsmittel nutzen, sich im öffentlichen Raum orientierten, sich barrierefrei fortbewegten sowie rollstuhlgerechte Zugänge in den Praxen vorfanden und nutzen konnten (s. Abbildung 23, 25 und 26). Aus den hier ermittelten Erkenntnissen ergeben sich Anforderungen auf mehreren Ebenen, die gegeben sein müssen, um eine eigenständige Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgungsangeboten zu eröffnen und zudem gleichzeitig den ratifizierten Zielen im Rahmen der UN-BRK nachzukommen:

- eröffnete Bildungsangebote im Kontext von Teilhabe am öffentlichen Leben, Mobilität sowie Gesundheitskompetenz seitens der Träger der Eingliederungshilfe und/oder Träger der Erwachsenenbildung zur Befähigung der Zielgruppe (s. hierzu auch Kap. 3.2, u.a. die Erkenntnisse von Rathmann & Dadaczynski (2020, S. 14) sowie Spaett (2017, S. 249ff.))
- Barrierefreiheit in Praxen, die weitaus mehr umfasst als bauliche Gegebenheiten<sup>15</sup>, sondern auch, wie in Kap. 3.2 dargestellt, personenkreisspezifisch aufbereitetes Informationsmaterial, den Einsatz von zielgruppenangemessener Kommunikation, ggf. unter Verwendung zusätzlich unterstützender Mittel und Medien, sowie die Anwendung spezieller Methoden beinhaltet (s. hierzu auch die Ausführungen zur zahnmedizinischen Versorgung in diesem Kapitel)
- barrierefreie Stadtentwicklungskonzepte und eine barrierefreie Infrastruktur sowie deren konsequente Umsetzung durch die Kommunen (s. hierzu auch BMAS, 2022, S. 348-368)

So wird auch in dieser Studie berichtet, dass die Nutzung des von der zuständigen Verkehrs-AG eingesetzten Linienbusses auf der Strecke von der ländlich gelegenen Einrichtung (*Wohnform b*) in die nächstgelegene Großstadt für Rollstuhlfahrende nur

---

<sup>15</sup> Im *Dritten Bundesteilhabebereicht* (BMAS, 2021, S. 431-434) wird auf die Entstehung eines neuen deutschlandweit einheitlich eingeführten Kodier-Schlüssels der Kassenärztlichen Vereinigung [KV] hingewiesen, mit dessen Hilfe zukünftig die Barrierefreiheit von Praxen eingeschätzt werden kann. Zu den zu bewertenden Kriterien gehören u.a. rollstuhlgerechte Zugänge und Fahrstühle, ebene ausreichend (unter Angabe bestimmter Maße) große Bewegungsflächen sowie Türrahmen, höhenverstellbares Untersuchungsmobiliar und barrierefreie Sanitäranlagen.

eingeschränkt möglich ist, da nicht jeder Bus mit einer absenkbaren Rampe ausgestattet ist (s. Abbildung 25 → *Öffentlichkeit*). Vor dem Hintergrund, dass die Haltestelle des öffentlichen Nahverkehrs und die dazugehörige Straße ausschließlich von Angebotsstrukturen des Wohnangebotes umgeben ist, sodass davon ausgegangen werden muss, dass der Bus an dieser Stelle primär von Bewohnenden benutzt wird, erscheint dieser Aspekt hochgradig irritierend.

Im Gegensatz zu den vorangegangenen Ausführungen fällt hinsichtlich der Äußerungen der Interviewten aus *Wohnform b* auf, dass selbst die intern bestehenden Gesundheitsversorgungsangebote nur sehr eingeschränkt, d.h. mit einer Ausnahme ausschließlich bei kleinen oder routinemäßigen Behandlungsanlässen, eigenständig aufgesucht werden (s. Abbildung 22). Da ein Großteil der Befragten dieses Wohnangebotes im Rollstuhl sitzt, kann davon ausgegangen werden, dass zumindest barrierefreie Anfahrtswege auf dem Einrichtungsgelände und barrierefreie Zugänge zu den Gesundheitsdiensten bestanden (s. Abbildung 22), was allerdings in Einrichtungen speziell für diesen Personenkreis auch Grundvoraussetzung sein sollte, aber - wie in Kap. 8.2.2 ausgeführt - nicht immer der Fall ist. Die - zumindest partiell - selbstständige Wahrnehmung der internen Versorgungsangebote kann als förderlich wirkender Faktor und bestehende Ressource auf persönlicher und einrichtungsbezogener Ebene dahingehend bewertet werden, dass - auch wenn nur eingeschränkt - Selbstbefähigungsprozesse angestoßen werden und ein niederschwelliger Zugang zur medizinischen Grundversorgung eröffnet wird (s. Abbildung 22), der - wie in Kap. 3.2 dargelegt - in der allgemeinen Gesundheitsversorgung, insbesondere für Personen mit zunehmend komplexen Behinderungen, meist nicht gegeben ist. Demgegenüber steht allerdings die Erkenntnis, dass in einer Vielzahl der Fälle eine Begleitung durch Mitarbeitende der Wohngruppe oder bei zwei Interviewten durch die Mutter, die zudem als rechtliche Betreuung fungierte, auch während der Inanspruchnahme der internen Gesundheitsdienste erfolgte, obwohl vereinzelt explizit geäußert wurde, dass bevorzugt wird, diese Versorgungsleistungen allein wahrzunehmen (s. Abbildung 22 und 24). Ob die Mütter auf Wunsch der Personen in Funktion der rechtlichen Betreuung oder um das Personal zu entlasten die Begleitung übernehmen, bleibt unklar.

Hinsichtlich der personellen Assistenz im Rahmen der internen allgemeinmedizinischen Versorgung lassen die vorliegenden Ergebnisse keine abschließenden Rückschlüsse zu. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit der Einwilligungsfähigkeit der Interviewteilnehmenden. Andererseits bedeutet die Installation einer rechtlichen Betreuung nicht per se, dass die zu betreuende Person nicht mehr befähigt ist, selbstbestimmt und ausschließlich allein in medizinische Maßnahmen einzuwilligen (s. hierzu u.a. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2021, S. 19f.). Dies gilt selbstverständlich auch für diese Zielgruppe. Ferner könnten die Ergebnisse auf

fehlendes zusätzlich assistierendes Personal seitens der integrierten Gesundheitsdienste sowie auf eine mangelnde spezifische Ausstattung hinweisen, sodass insbesondere Personen, die mobilitätseingeschränkt sind, zusätzlicher Unterstützung bedürfen (s. Abbildung 22), wie anhand der Befunde zur internen zahnmedizinischen Versorgung deutlich und nachfolgend diskutiert wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich auch hier die in Kap. 3.2 als vielschichtig unzureichend zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel im Rahmen der Eingliederungshilfe sowie im Zuge der Gesundheitsversorgung von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* niederschlagen. Ein anderer Grund für die in vielen Fällen erfolgende Begleitung könnte ferner sein, dass analoge und/oder digitale Kommunikationsstrukturen und Kommunikationssysteme fehlen, auch in Form von *Leichter Sprache* zuzüglich entsprechender Symbol- und Piktogrammsammlungen, um anamnestische Daten, beobachtete und/oder wahrgenommene Symptome zur Diagnostik, relevante Informationen zur Fortführung einer indizierten Therapie oder für weiterführende Maßnahmen unter aktiver Einbindung der Zielperson zwischen der zuständigen Wohngruppe und den integrierten Gesundheitsdiensten in beide Richtungen zu übermitteln. Wie in Kap. 3.2 aufgezeigt, finden sich zumindest im Kontext der allgemeinen Gesundheitsversorgung Erkenntnisse in der Literatur, dass fehlende Kommunikationsstrukturen und mangelndes Überleitungsmanagement zwei von vielen Barrieren hinsichtlich einer bedarfsangemessenen gesundheitlichen Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe darstellen. Auch wenn der Aspekt im Rahmen dieser Studie nur unvollständig aufgedeckt werden kann, ist die thematisierte Begleitung in vielen Fällen aus Sicht der Interviewten als ein sich hemmend auswirkender Faktor im Sinne von Selbstbestimmung, Empowerment und Partizipation zu identifizieren. So konstatiert beispielsweise Römisch (2019a, S. 140) mit Bezugnahme auf Erkenntnisse des *Ersten Berichtes der Zivilgesellschaft zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland - Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion!* [BRK-Parallel-Bericht] (BRK-Allianz, 2013, S. 52), dass eine Begleitung während der Inanspruchnahme eines Versorgungsangebotes immer die Gefahr birgt, dass über, nicht mit der zu behandelnden Person kommuniziert wird. Diese potenzielle Gefahr kann basierend auf den hier eruierten Erkenntnissen weder ausgeräumt noch bestätigt werden. Vielmehr wird aus den Ergebnissen deutlich, dass die zuständigen Gesundheitsprofessionen und deren Haltung, sowohl im Rahmen der intern als auch der extern in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und physiotherapeutischen Versorgungsangebote, weitestgehend unabhängig davon, ob eine zusätzliche Begleitung erfolgte, von den Interviewten überwiegend als positiv bewertet werden (s. Abbildung 22 und 23). In diesen Zusammenhängen werden Kriterien, wie „sich Zeit nehmen“, eine verständliche

und umfassende Aufklärung, das Aufzeigen von alternativen Lösungswegen und möglichen Unterstützungssystemen, die aktive Einbindung in die Ausgestaltung des Behandlungsprozesses und die Zielsetzung angeben. Ob oder inwieweit während der Kommunikation nachweislich unterstützende Elemente (s. hierzu die in Kap. 3.2 und 6.1 angeführten Erkenntnisse), wie *Leichte Sprache*, Symbol- und Piktogrammsammlungen oder sonstige Aspekte, zum Einsatz kommen, wurde von den Teilnehmenden nicht explizit benannt, sodass sich diesbezüglich keine Rückschlüsse ziehen lassen. Deutlich geht aus den Aussagen hervor, dass die Kommunikation auf Augenhöhe, die Prämissen, „ernst“ oder „für voll genommen“ zu werden und die aktive Einbindung von den Befragten eingefordert wird, sodass in Einzelfällen auch zuständige Professionen gewechselt wurden, was zum nächsten Diskussionspunkt überleitet, zu den von den Befragten thematisierten Möglichkeiten und Grenzen der selbstbestimmten Auswahl der aufgesuchten Gesundheitsprofessionen und Versorgungsangebote (s. Abbildung 22 und 23). Diesbezüglich finden sich in den Interviews vereinzelt Hinweise, dass im Rahmen der intern bestehenden Versorgungsstrukturen (*Wohnform b*) nur in Ausnahmefällen alternative Wahlmöglichkeiten außerhalb der Wohneinrichtung eröffnet werden und auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung nur eingeschränkt die aufgesuchten Gesundheitsprofessionen eigenständig gewählt werden können. Auch wenn es sich lediglich um Äußerungen einzelner Interviewteilnehmer handelt, lassen sich doch Parallelen u.a. zu Erkenntnissen von Römisch (2019a) erkennen. So stellt die Autorin (2019a, S. 139) erneut vor dem Hintergrund des BRK-Parallel-Berichtes (ebd.) fest, dass die freie Wahl der ärztlichen Personen bei Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* zunächst grundsätzlich durch mangelnde Barrierefreiheit (hier im Sinne von bestehenden baulichen und kommunikativen Barrieren) der Praxen stark beschränkt ist. Diese Ergebnisse decken sich mit den in Kap. 3.2 aus der Literatur sowie basierend auf dieser Studie zuvor und nachfolgend diskutierten Befunden. In Bezug zu ehemals als stationäre Wohneinrichtung bezeichnete Wohnangebote (nun *besondere Wohnformen*) der Eingliederungshilfe zeigt Römisch zudem auf: „[i]m institutionellen Setting gibt es häufig von der Einrichtung bevorzugte Ärzt\_innen, die kollektiv aufgesucht werden oder sogar einrichtungsinterne Ärzt\_innen. Eine eigene Entscheidung ist selten möglich.“ (ebd., S. 139), was sich mit Ergebnissen dieser Arbeit deckt (s. Abbildung 22 und 23).

Ferner weist Römisch (2019a, S. 139) im Kontext der fremdbestimmten Auswahl ärztlicher Angebote darauf hin, dass dabei in der Regel gezielt Fachpersonen ausgewählt werden, die über erforderliche personenkreispezifische Kenntnisse verfügen (s. hierzu auch Kap. 3.2) und dieses Vorgehen somit wiederum den Vorteil mit sich bringt, eine bessere Versorgung zu gewährleisten. So lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass das Phänomen der fremdbestimmten Auswahl ärztlicher

Personen auch aus den nachweislich fehlenden (s. Kap. 3.2) zielgruppenspezifischen Angebotsstrukturen im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung resultiert. Diesbezüglich finden sich ebenfalls Hinweise in den Aussagen der Interviewteilnehmenden dieser Studie. So wurden beispielsweise gezielt Praxen aufgesucht, in denen besondere Techniken angewendet werden und über eine gesonderte Ausstattung verfügt wird oder keine Wartezeiten speziell für den Personenkreis bestehen (s. Abbildung 23).

Vereinzelt zeigt sich in den Interviews, dass hinsichtlich aller drei Wohnformen Kooperationen zu niedergelassenen Apotheken bestehen, wodurch Abläufe im Zuge der Arzneimittelversorgung erleichtert werden und die Autonomie in Einzelfällen gefördert wird, da Rezepte eigenständig abgeholt und Medikamente aufgrund einer Verblisterung selbstständig von den Befragten eingenommen werden können (s. Abbildung 23). In einem Interview wird zudem von einer sehr konstruktiven und gleichzeitig als vorbildhaft zu bewertenden Zusammenarbeit mit einem Sanitätshaus berichtet (s. Abbildung 23). Aus den Schilderungen geht deutlich hervor, dass die Befragte als gleichberechtigte Kundin und alleinige Ansprechpartnerin angesehen wird und zusätzlich Hausbesuche durchgeführt werden. Nur bei der Abrechnung mit den Krankenkassen wird unterstützend die Mutter als rechtliche Betreuung einbezogen, indem die Briefe an sie verschickt werden. Sowohl im Zusammenhang mit der Apotheke als auch dem Sanitätshaus lässt sich hinsichtlich eines Falls konstatieren (da die Person im Rollstuhl sitzt), dass die Teilhabe zudem wiederum auch davon abhängt (wie auch in Bezug auf die ärztlichen Praxen bereits festgestellt), dass die Wege innerhalb der Stadt sowie die Zugänge zu den beiden Unternehmen barrierefrei gestaltet sein müssen, sodass nur durch das Zusammenwirken von Akteuren auf verschiedenen Ebenen entsprechende Teilhabemöglichkeiten eröffnet werden können.

Vor dem Hintergrund des von einer Vielzahl der Teilnehmenden angesprochenen fehlenden Personals und der mangelnden Zeit im Wohnalltag liegt die Vermutung nahe, dass durch die Übernahme der Assistenz im Zuge intern oder extern in Anspruch genommener Versorgungsangebote ein weiterer Belastungsfaktor dahingehend entsteht, dass in der Wohngruppe in dem Zeitraum Personal fehlt und möglicherweise Termine, die eine Begleitung erfordern, nur eingeschränkt wahrgenommen werden können (s. hierzu auch Kap. 8.2.4). Diesbezüglich finden sich vereinzelt weitere Hinweise in den Interviews, in denen geschildert wurde, dass trotz Bedarfs nach einer emotionalen Unterstützung während der Inanspruchnahme eines ambulanten Angebotes im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung eine Begleitung seitens des Personals der Wohngruppe nicht möglich war und zudem allerdings auch kein alternatives, in diesen Fällen ein spezielles zahnärztliches Angebot, in Anspruch

genommen werden konnte, was gleichzeitig auf bestehende Versorgungslücken hinweist (s. Abbildung 23).

Mit Bezug zur internen allgemeinmedizinischen Versorgung in *Wohnform b* lassen sich im Kontext der internen zahnmedizinischen Versorgung hingegen deutliche Hinweise für die erfolgende Begleitung seitens des Personals oder in einem Fall der Mutter finden. So geht aus den Aussagen der Interviewten hervor, dass die zusätzliche Assistenz neben einer emotionalen Unterstützung primär dazu dient, aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen die sichere Umlagerung auf den - wie sich herausstellt - herkömmlichen Behandlungsstuhl zu ermöglichen sowie im Fall von motorischer Unruhe/unkontrollierbaren Bewegungen eine erfolgreiche zahnärztliche Behandlung zu gewährleisten, da z.B. Gliedmaßen teilweise festgehalten und/oder gestützt werden müssen oder eine Allgemeinanästhesie erforderlich ist. Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass im Rahmen des intern angebotenen zahnmedizinischen Gesundheitsdienstes nur eine angemessene Versorgung sichergestellt werden kann, wenn eine Begleitung erfolgt. Ferner fehlt offensichtlich speziell für Personen mit zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen adäquates Untersuchungsmobiliar und sonstiges Equipment. Auch hier liegt die Vermutung nahe, dass notwendige finanzielle Mittel nicht zur Verfügung stehen oder abgerufen werden, um erforderliche zusätzliche Assistenzleistungen sowie eine bedarfsangemessene Ausstattung zu gewährleisten (s. Abbildung 22). Die dargelegten Erkenntnisse im Rahmen dieser Studie decken sich mit Befunden von Geraedts et al. (2017, S. 79) und Elsässer (2017, S. 30, 32f.), die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einen deutlich höheren Zeitaufwand sowie in vielen Fällen eine notwendige zusätzliche Assistenz (vor, während und nach) der zahnärztlichen Behandlung von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* konstatieren. Elsässer (ebd.) zeigt allerdings auf, dass eine bedarfsgerechte Behandlung der Zielgruppe im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nur eingeschränkt möglich ist, da der vielschichtige Mehraufwand durch die bestehenden Kassenrichtlinien - wie nachweislich in den anderen Versorgungssegmenten auch (s. Kap. 3.2) - nicht abzubilden ist. Kritisch merkt der Autor (ebd., S. 30, 32f.) in diesem Zusammenhang an, dass seitens des Kostenträgers „bisher keinerlei erkennbare Bestrebungen“ (ebd., S. 32) bestehen, zukünftig notwendige zusätzliche Leistungen für den Personenkreis zu eröffnen und somit den seitens der Bundesrepublik 2009 ratifizierten Forderungen der UN-BRK, insbesondere mit Blick auf das im Artikel 25 postulierte Recht zur Sicherstellung eines individuellen und gleichberechtigten Höchstmaßes an Gesundheit durch die Eröffnung bedarfsangemessener Versorgungsstrukturen und Leistungen für Menschen mit und ohne Behinderung, nicht zielführend nachgekommen wird. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch Schulte & Schmidt (2021, S. 800f.) und weisen zudem auf die Notwendigkeit hin, dass entsprechende Inhalte in das Studium

der Zahnmedizin aufgenommen werden müssen, was allerdings auch in der neuen Approbationsordnung nicht vorgesehen ist. Die Autoren (2021, S. 800) stellen fest, dass zumindest dahingehend eine Verbesserung erzielt werden konnte, dass seit 2018 die gesetzlichen Krankenversicherungen bei Personen mit einem festgestellten Pflegegrad oder Eingliederungsbedarf präventive zahnärztliche Leistungen<sup>16</sup> übernehmen.

Als sich positiv auswirkende und das Gefühl von Sicherheit vermittelnde Komponenten wurden von mehreren Interviewten sowohl im Rahmen des internen als auch im Zuge eines externen zahnärztlichen Versorgungsangebotes angeführt, dass die zahnärztliche Person die einzelnen Schritte während der Behandlung nachvollziehbar beschreibt, in einem Fall zusätzlich auf einem Bildschirm zeigt, sich kontinuierlich nach dem Befinden erkundigt und eine Lokalanästhesie anbietet (s. Abbildung 22 und 23). Ob oder inwiefern dabei auch *Leichte Sprache* oder einfache Sprache zum Einsatz kommen, bleibt erneut unklar. Die Schilderungen der Teilnehmenden weisen allerdings Parallelen zu den von Schmidt (2018, S. 37f.) als förderlich identifizierten Vorgehensweisen zur Verbesserung der zahnmedizinischen Betreuung von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* auf. Der Autor (ebd.) empfiehlt die Übertragung von bewährten Methoden aus der Kinder- und Jugendzahnmedizin sowie aus der Behandlung von Angstpatient\*innen und führt in diesem Kontext beispielsweise die kontinuierliche Absicherung der Kooperationsfähigkeit (*Compliance*) sowie die Anwendung der *Tell-Show-Do-Technik* während der Behandlung an, die sich in den zuvor angeführten Aussagen der Befragten widerspiegeln könnten. So finden sich basierend auf den hier erhobenen Studienergebnissen Hinweise, dass diese bzw. vergleichbare Vorgehensweisen auch aus der Perspektive der Patient\*innen als sich förderlich auf den Behandlungsprozess auswirkend wahrgenommen werden. Diese Methoden stellen somit ein probates Element im Zuge der zahnärztlichen Versorgung dar, die niederschwellig und ohne Mehraufwand angewandt und zudem auch in andere medizinische Behandlungskontexte der Zielgruppe übertragen werden können.

Aus den Schilderungen der Interviewteilnehmenden wird deutlich, dass die eröffneten und wahrgenommenen physio- und psychotherapeutischen Angebote, insbesondere auch das Vorgehen und die Haltung der zuständigen Fachpersonen, durchweg als sich positiv auf die psychische und körperliche Gesundheit auswirkend erfahren werden (s. Abbildung 22 und 26). Eingrenzend ist festzustellen, dass sich diesbezüglich mit einer Ausnahme ausschließlich Personen aus den *Wohnformen b* und *c* hinsichtlich interner Angebote äußerten. Ob die Personen aus *Wohnform a* keine entsprechenden Leistungen in Anspruch nahmen oder diese lediglich nicht erwähnten (nur in einem Fall

---

<sup>16</sup> s. SGB V, § 22a - Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

eine psychologische Fachkraft, deren Inanspruchnahme aber nicht näher ausgeführt wurde), bleibt offen. Vereinzelt finden sich allerdings auch hier Hinweise auf mögliche finanzielle und/oder personelle Engpässe im Rahmen der intern bestehenden physio- und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen (s. Abbildung 22 und 23). Über welchen Zeitraum sich die festgestellten Versorgungslücken ziehen, geht nicht aus den Interviews hervor. Auch wenn basierend auf den vorliegenden Ergebnissen keine abschließenden Schlussfolgerungen der aus Sicht der befragten Personen bestehenden Barrieren getroffen werden können, decken sich die Aussagen mit Erkenntnissen aus der Literatur. Im Kontext der Heilmittelversorgung kommen u.a. Geraedts et al. (2017, S. 97, s. hierzu Kap. 3.2) im Rahmen ihres Abschlussberichtes zu dem Modellprojekt *Gesundheitsuntersuchungen für Menschen mit geistiger Behinderung* zu dem Schluss, dass auch hinsichtlich dieses Leistungssegmentes eine Erweiterung und entsprechende Bereitstellung von zusätzlichen Mitteln notwendig ist, um eine adäquate zielgruppenspezifische physiotherapeutische Versorgung zu gewährleisten. Im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* weisen u.a. Glasenapp (2016, S. 14-18), Kufner & Bengel (2016, S. 19-24), Janßen (2018, S. 344f.) und die *Fachverbände für Menschen mit Behinderung* im Rahmen ihrer *Problemanzeigen und Forderungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen* (Die Fachverbände, 2019) auf vielschichtig bestehende Barrieren und einer daraus resultierenden Unterversorgung im Rahmen der eröffneten psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen in Deutschland hin. Laut der Autorenschaft (ebd.) und des Fachverbandes (ebd.) fehlen, wie auch in den anderen Versorgungssegmenten dargestellt und diskutiert, bedarfsangemessene Abrechnungsmöglichkeiten, um flexiblere Konzepte und alternative Settings zu eröffnen, entsprechend weiterqualifizierte Psycholog\*innen und Psychiater\*innen und im Zusammenhang damit Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die Entwicklung interdisziplinärer Kooperationen, zielgruppenspezifische diagnostische Verfahren und Methoden sowie barrierefreie Zugänge zu ambulanten und stationären Angeboten. Ferner wird im *Dritten Bundesteilhabebericht* (BMAS, 2021, S. 434) aufgezeigt, dass in besonders hohem Ausmaß „die Praxen der Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie, ärztliche Psychotherapie [...] und psychologische Psychotherapie“ (ebd.) als nicht barrierefrei einzustufen sind. Speziell mit Blick auf die intern im Rahmen der stationären Wohnangebote der Eingliederungshilfe bestehenden Versorgungsstrukturen, wie im Fall dieser Studie, konstatiert Rost (2016, S. 69), dass ein schrittweiser Abbau psychotherapeutischer Angebote zu verzeichnen ist, „da die Tagessätze eine Refinanzierung solcher Leistungen zusehends unmöglich machen“ (ebd.) mit der Folge,



dass auf Angebote der ambulanten Regelversorgung zurückgegriffen werden muss, die ebenfalls als defizitär einzustufen sind. Diese Erkenntnisse sind zudem vor dem Hintergrund einzuordnen, dass bei dem Personenkreis u.a. nach Schäper & Glasenapp (2016, S. 5) und den *Fachverbänden für Menschen mit Behinderung* (Die Fachverbände, 2019, S. 2) ein im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung deutlich höheres Risiko besteht (s. hier auch Kap. 2.4, mindestens drei- bis viermal so hoch), zusätzlich eine psychische Erkrankung auszubilden und somit gleichzeitig ein „überdurchschnittlich hoher Versorgungsbedarf“ (ebd., S. 1) festzustellen ist. So weisen auch in dieser Studie 12 der 19 Interviewten mindestens eine zusätzliche seelische Beeinträchtigung auf und mehr als die Hälfte schätzt ihren seelischen Gesundheitszustand als tagesformabhängig ein oder nimmt eine Verschlechterung wahr. Durch diese Befunde erscheint die Diskrepanz zwischen der eröffneten Angebotsstruktur und dem Bedarf der Zielgruppe umso bedenklicher. Ein bedeutsamer Meilenstein zur Ebnung einer flexibleren, verbesserten und bedarfsgerechteren psychotherapeutischen Versorgung konnte nach Glasenapp (2019, S. 12) durch die am 18.10.2018 beschlossenen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinien<sup>17</sup> erzielt werden. Diese Novellierung war allerdings zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht wirksam.

Zusammenfassend zeichnet sich aus Sicht der befragten Zielgruppe ein sehr ambivalentes Bild hinsichtlich der erfahrenen Ressourcen und Barrieren im Kontext ihrer intern sowie extern wahrgenommenen ambulanten Gesundheitsversorgungsangebote ab. Ferner lassen sich kaum Unterschiede zwischen den identifizierten Ressourcen und Barrieren im Rahmen der erfahrenen internen und externen Versorgungsstrukturen ausmachen. Vielmehr scheint insbesondere bei den intern eröffneten Angeboten der *Wohnform b*, speziell mit Blick auf Personen mit zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen, eine adäquate räumliche, technische und personelle Ausstattung zu fehlen, sodass oftmals eine Assistenz seitens der Mitarbeitenden oder gar von Eltern erforderlich ist. So sind auch in diesem Zusammenhang die Teilnehmenden mit komplexen körperlichen Beeinträchtigungen erneut als besonders vulnerabel zu identifizieren. Ferner scheint die Möglichkeit, selbstbestimmt auf alternative externe Angebote außerhalb der einrichtung-internen Versorgungsstrukturen zurückzugreifen, nur in Ausnahmefällen möglich, wahrscheinlich auch bedingt durch die räumliche Lage und einen dadurch entstehenden allerdings schwer zu realisierenden zusätzlichen Personal- und Zeitaufwand. Im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung hingegen scheinen in vielen Fällen gezielt, zum Teil auch durch die Befragten selbst, Praxen ausgesucht zu werden, die zielgruppenspezifische Anforderungen erfüllen bzw.

---

<sup>17</sup> initiiert durch die seitens der *Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.* [DGSGb] 2015 an den *Gemeinsamen Bundesausschuss* übermittelten *Vorschläge zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinien* (DGSGb, 2015)

auf den Personenkreis eingestellt sind. Vereinzelt lassen sich zudem Versorgungsengpässe ausmachen. Positiv hervorzuheben ist, dass das Vorgehen und die Haltung der involvierten Professionen in allen Versorgungssegmenten (intern sowie extern) fast durchweg von den Interviewten als förderlich erfahren werden. Des Weiteren geht deutlich aus den Aussagen hervor, dass der Personenkreis selbst einfordert, als gleichberechtigte\*r Kunde\*in bzw. Patient\*in auf Augenhöhe wahrgenommen und aktiv in den Behandlungsprozess eingebunden zu werden. Zu konstatieren ist, dass eine Vielzahl der identifizierten Barrieren und ungedeckter Versorgungsbedarfe sowohl im Kontext der intern als auch der extern in Anspruch genommenen Gesundheitsdienste primär auf struktureller Ebene zu verorten ist, d.h. auf unzureichend zur Verfügung gestellte Leistungen im Rahmen der Sozialgesetzgebung zurückzuführen ist. Als weitere grundlegende Voraussetzungen für eine uneingeschränkte und selbstbestimmte Teilhabe an ambulanten Versorgungsangeboten lassen sich - neben barrierefreien Praxen - eine barrierefreie Infrastruktur, barrierefreie Städte sowie die Befähigung der Zielgruppe durch spezielle Bildungsangebote durch die Träger der Eingliederungshilfe sowie der Erwachsenenbildung festhalten.

#### **8.2.4 Wahrgenommene Ressourcen und Barrieren im Zuge von Krankenhausaufenthalten**

Hinsichtlich der von den Interviewten geschilderten Krankenhausaufenthalte wird deutlich, dass bei einem Großteil eine umfassende personelle Unterstützung im Rahmen der Anfahrt, der Aufnahme, des Aufenthaltes, der Entlassung, der ärztlichen Gespräche und Untersuchungen erforderlich ist (s. Abbildung 23). Die Assistenz wird hierbei primär durch Mitarbeitende der jeweiligen Wohneinrichtung/Wohnstätte und/oder durch Eltern/Elternteile (in mehreren Fällen gleichzeitig auch in Funktion der rechtlichen Betreuung) sichergestellt (s. Abbildung 23 und 24). Hinsichtlich Situationen, in denen die Interviewten auf sich gestellt waren, wurde von fehlender Zeit seitens der zuständigen Gesundheitsprofessionen oder von Schwierigkeiten berichtet, die ärztlichen Personen zu verstehen (s. Abbildung 23). In Einzelfällen finden sich zudem Hinweise, dass aufgrund positiver Erfahrungen mit dem Personal und den Rahmenbedingungen im direkten Vergleich zu einem anderen Krankenhaus der Aufenthalt in einem bestimmten Krankenhaus bevorzugt wird (s. Abbildung 23). So lassen die vorliegenden Ergebnisse den Schluss zu, dass die in vielen Fällen erfolgende personelle Begleitung dazu dient bzw. notwendig ist, eine angemessene Versorgung der Zielpersonen im Krankenhaus zu gewährleisten. Es ist davon auszugehen, dass die erforderliche Assistenz auch zu Belastungen und Herausforderungen auf Seiten der begleitenden Familienangehörigen und der Mitarbeitenden der Wohnangebote, insbesondere vor dem Hintergrund des auch in dieser Studie festgestellten zu geringen Personalschlüssels (s. Kap. 8.2.1), führt.

Die eruierten Erkenntnisse und daraus abgeleiteten Folgerungen decken sich mit Befunden aus der Literatur (Bössing, Schrooten & Tiesmeyer, 2019, S. 69; Habermann-Horstmeier, 2019, S. 16-19; Hasseler, 2015b, S. e220ff., s. hierzu auch Kap. 3.2), die einheitlich darauf hindeuten, dass die Krankenhausversorgung von Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, in besonders hohem Ausmaß bei zunehmender Komplexität, während aller Phasen des Aufenthaltes, d.h. im Zuge der Aufnahme, Diagnostik und Behandlung, im Rahmen der Grundversorgung sowie des Entlass- oder Überleitungsmanagements, als vielschichtig defizitär einzustufen und von einer Vielzahl von Mangelerfahrungen geprägt ist, sodass eine Assistenz durch vertraute Personen unabdingbar scheint, um eine in Ansätzen bedarfs- und bedürfnisangemessene Versorgung sowie gleichzeitig emotionale Unterstützung zu gewährleisten. Als Gründe werden von den angeführten Autor\*innen (ebd.) - wie auch in den anderen Sektoren - fehlende finanzielle Mittel, Qualifikationen, Zeit sowie eine mangelnde personelle Ausstattung in den Krankenhäusern der allgemeinen Gesundheitsversorgung angeführt. Eine ausreichende Finanzierungsmöglichkeit der in vielen Fällen notwendigen 24-stündigen personellen Assistenz durch eine private Bezugsperson oder eine Eröffnung von entsprechenden Entschädigungsleistungen für den Dienstausfall der begleitenden Mitarbeitenden des Wohnangebotes war bis vor kurzem nur sehr eingeschränkt oder gar nicht möglich (Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., 2020, S. 5f.). Diesbezüglich konnte zumindest ein kleiner Meilenstein im Zuge der Umsetzung des BTHG gelegt werden, indem durch eine ab dem ersten November 2022 wirksame Neureglung erforderliche Leistungen entweder über die gesetzlichen Krankenkassen (im Fall einer Begleitung durch eine private Vertrauensperson) oder über die Eingliederungshilfe (im Fall einer Begleitung durch das Personal des jeweils zuständigen Trägers) ausreichend zur Verfügung gestellt bzw. übernommen werden (Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V., 2021, S. 1). Vor dem Hintergrund des auch im Rahmen dieser Studie festgestellten Personalmangels in den Wohnangeboten stellt sich allerdings die Frage, inwieweit dadurch tatsächlich schon Entlastung und Unterstützung im Sinne der Zielgruppe geschaffen werden können. Gleichermaßen gilt dies für die Familienangehörigen, die in vielen Fällen eine notwendige Begleitung übernehmen. Ein weiterer kleiner Baustein könnte in dem defizitären Versorgungsgefüge in der Implementierung des im Rahmen des Forschungsvorhabens „Klinik inklusiv“ (Laufzeit 2016-2019) an der *Fachhochschule Diakonie* in Bielefeld entwickelten mehrphasigen Pflegemodells zuzüglich eines entsprechenden Weiterbildungsangebotes zur Qualifizierung von sogenannten *Klinischen Pflege-Experte\*innen* (Tacke, Steffen, Möhle, Doer, Nadolny & Ott-Ordelleide, 2021, S. 26-30) bestehen, der einerseits zur Entlastung auf Seiten der begleitenden Personen, aber vor allen Dingen zur Partizipation der Zielgruppe (hier speziell Menschen mit *Komplexer Behinderung*) beitragen würde.

Die Aufgabe dieser Expert\*innen liegt dann darin, vor, während und nach einem Krankenhausaufenthalt unter kontinuierlicher aktiver Einbindung der Zielperson und einer Bezugs-Pflegeperson eine bedürfnis- und bedarfsangemessene Versorgung und Begleitung sicherzustellen (ebd.).

### **8.2.5 Zu den Wirkmechanismen der wahrgenommenen Ressourcen und Barrieren auf Gesundheit und Teilhabe der Zielgruppe**

Vor dem Hintergrund des in dieser Arbeit zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Bezugsrahmens gehen aus den vorangegangenen Ausführungen eine Vielzahl von nicht zu bewältigenden Barrieren, daraus resultierende personale Gesundheitsstressoren und Risikofaktoren hervor, die sich vielschichtig hemmend auf die Gesundheit und die Teilhabemöglichkeiten des Personenkreises auswirken. Andererseits lassen sich aus den Interviews in vielen Fällen auch bestehende Ressourcen, personale Gesundheitsressourcen und Schutzfaktoren entnehmen, die sich im Sinne des Ansatzes der *Salutogenese*, aber zum Teil auch direkt von den Interviewten benannt, förderlich auf die Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen sowie auf die Bewältigung von den erfahrenen Stressoren auswirken und damit einen positiven Beitrag zur Gesunderhaltung leisten. In diesem Zusammenhang sind u.a. ein differenziertes subjektives Gesundheitswissen, individuelle Bewältigungs- und Handlungskompetenzen im Umgang mit als belastend wahrgenommenen Situationen oder im Rahmen der alltäglichen Lebensführung sowie allerdings in der Regel auf Personen aus dem System der Behindertenhilfe und auf Familienmitglieder begrenzte kleine Unterstützungssysteme und als bestärkend erfahrene soziale Beziehungen auf Seiten der Teilnehmenden zu nennen (s. Abbildungen 21, 24, 25 und 26). Inwieweit das bestehende Gesundheitswissen der Interviewten auf Fachwissen oder Alltagskonzepten von Gesundheit aufbaut, kann auf Grundlage der Ergebnisse dieser Studie nicht abschließend beantwortet werden. So zeigen Rathmann, Zelfl, Kleine & Dadaczynski (2022, S. 60-63) im Zuge ihrer Querschnittsstudie mittels einer standardisierten Befragung in *Leichter Sprache* in Werkstätten und Wohneinrichtungen für Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* zur Erfassung der Gesundheitskompetenz, des Gesundheitsbewusstseins sowie weiterer Indikatoren von Gesundheit hingegen auf, dass mehr als ein Drittel der 351 Teilnehmenden sein Gesundheitsbewusstsein als gering ausgeprägt einschätzt und fast zwei Drittel der Befragten Schwierigkeiten im Beschaffen, im Umgang sowie bei der kritischen Auseinandersetzung mit relevanten Gesundheitsinformationen haben (s. auch Kap. 3.1 und 3.2). Wiederum stehen diese Erkenntnisse nicht in direktem Widerspruch zu den hiesigen Ergebnissen, sondern sprechen vielmehr für die unabdingbare Notwendigkeit, das in dieser Arbeit festgestellte dezidierte subjektive Gesundheitswissen - unabhängig, ob basierend auf Fachwissen

oder Laienvorstellungen - um fundiertes Wissen und dazugehörige Kompetenzen mittels zielgruppenspezifisch aufbereiteter Angebote zur Gesundheitsförderung zu erweitern, zu vernetzen und zu verdichten, um den Personenkreis zu befähigen, zunehmend selbstbestimmt im Rahmen der alltäglichen Lebensführung sowie während der Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Versorgungsleistungen für seine Gesunderhaltung und gesundheitlichen Belange eintreten zu können (s. hierzu auch Rathmann et al. (2022, S. 63ff.), Kap. 3.1, 3.2 sowie Kap. 9).

Den in dieser Studie eruierten Ressourcen, personalen Gesundheitsressourcen und Schutzfaktoren stehen allerdings die ebenfalls im Rahmen dieser Arbeit ermittelten Erkenntnisse gegenüber, dass die von den Teilnehmenden wahrgenommenen und zuvor diskutierten primär strukturell hervorgerufenen Barrieren sowie die daraus resultierenden Gesundheitsstressoren und Risikofaktoren, so überbordend und schwerwiegend sind, dass sie sich umfassend und nachhaltig negativ auf Gesundheit und Teilhabe der befragten Zielgruppe auswirken. So werden in mehreren Interviews explizit Resignation und Zweifel hinsichtlich der erfahrenen Lebenssituation insbesondere in Bezug auf den zu geringen Personalschlüssel in den Wohnangeboten und die dadurch erfahrenen Grenzen sowie bezüglich der wahrgenommenen sozialen Stressoren im Zusammenleben mit den Mit-/Bewohnenden (s. Kap. 8.2.1 und 8.2.2) thematisiert und damit zusammenhängend direkte Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeits- und Kontrollüberzeugungen, das Selbstwertgefühl, die psychische Gesundheit und die Teilhabe beschrieben (s. Abbildung 21, 24 bis 26). Aus diesen Befunden lässt sich zudem die Schlussfolgerung ziehen, dass das *Kohärenzgefühl*, das im Sinne der *Salutogenese* eine Schlüsselkomponente im Rahmen eines förderlichen und erfolgreichen Umgangs mit bestehenden Anforderungen darstellt und die Bewegung in Richtung des positiven (gesunden) Pols auf dem Gesundheitskontinuum bewirkt, d.h. maßgeblich zur Gesunderhaltung beiträgt (s. Ausführungen in Kap. 5.4), ebenfalls in erheblichem Ausmaß durch die vorherrschenden Gegebenheiten beeinträchtigt wird. Vielmehr kann auf Grundlage der Perspektive der Befragten davon ausgegangen werden, dass die berichteten Lebensbedingungen, die erfahrene gesundheitliche und pflegerische Unterversorgung, die bestehenden Barrieren in der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsangebote (intern sowie extern) und ein stark begrenzter Handlungsspielraum und Möglichkeiten im Kontext von individueller Förderung, Selbstbestimmung, Autonomie und Teilhabe als vielschichtig gesundheitsgefährdend und gesundheitsbeeinträchtigend einzustufen sind und mit Komplexität der Behinderung/en (hier bereits bei komplexeren körperlichen Beeinträchtigungen) zunehmen. Diese Aspekte sind ferner vor dem Hintergrund zu bewerten, dass der Personenkreis bereits deutlich erhöhte Gesundheitsrisiken aufweist, altersunabhängig mehrfache körperliche und/oder psychische Erkrankungen und/oder

Gesundheitsprobleme sowie sekundäre Erkrankungen auszubilden (s. hierzu Kap. 2.4). So zeigen auch die Interviewten dieser Studie unabhängig vom Alter komplexe Bedarfskonstellationen (s. Kap. 7.1, Ø 3,6 zusätzliche Mehrfachdiagnosen und/oder Mehrfachbeeinträchtigungen) und ein Großteil der Befragten nimmt altersunabhängig bereits Verschlechterungen insbesondere des körperlichen Gesundheitszustandes wahr. Des Weiteren spiegeln die hier vorliegenden Ergebnisse das in der Literatur mit Blick auf den Personenkreis konstatierte Phänomen der *gesundheitlichen Ungleichheit* wider (Haveman & Stöppler, 2014, S. 15f., 236ff.; Emerson et al., 2016, S. 7; Hatton & Emerson, 2015, S. 6; s. hierzu auch Kap. 5.3.1). Geleitet von dem in dieser Arbeit zugrunde gelegten Verständnis, dass Gesundheit und Teilhabe Voraussetzung füreinander bilden und sich wechselseitig bedingen (s. Kap. 5.3 bis 5.6), kann basierend auf den hier vorliegenden Befunden ferner die Annahme formuliert werden, dass sich die Zielgruppe in einer (mit steigender Komplexität der Behinderung/en zunehmend) nicht mehr selbst zu durchbrechenden Abwärtsspirale im Spannungsfeld von Gesundheit und Teilhabe befindet. Aus der vorangegangenen Diskussion wird deutlich, dass diese Spirale nur durchbrochen werden kann, wenn entschlossen entsprechende Neuregelungen auf den unterschiedlichen sozialpolitischen Ebenen verabschiedet (hier insbesondere im Rahmen der Eingliederungshilfe, sozialen Pflegeversicherung und gesetzlichen Krankenversicherung) und entschieden Strategien, Konzepte und Maßnahmen auf gesellschaftlicher, organisationsbezogener und personenbezogener Ebene unter aktiver Einbindung von Vertreter\*innen aller Beteiligten implementiert, realisiert, kontinuierlich reflektiert und modifiziert werden (s. hierzu auch Kap. 9).

### **8.3 Limitationen dieser Studie**

Eine kritische Reflexion des methodischen Vorgehens hinsichtlich der Auswahl der Stichprobe, des Feldzugangs, der gewählten Erhebungs- und Datenauswertungsmethode unter Berücksichtigung des Einflusses der Forschenden sowie eine Einordnung und kritische Reflexion vor dem Hintergrund von Gütekriterien qualitativer Sozialforschung sowie im Rahmen forschungs- und wissenschaftsethischer Prämissen wurde bereits in Kap. 6 vorgenommen. Nachfolgend liegt der Schwerpunkt daher auf der Auseinandersetzung mit den Grenzen der Aussagekraft und der Übertragbarkeit der hier erhobenen und diskutierten Erkenntnisse und vereinzelt auf den abgeleiteten weiterführenden Forschungsbedarfen (s. hierzu auch Kap. 9).

Das gezielt offen gewählte Format und methodische Vorgehen vor und während der Interviewdurchführung (s. Kap. 6 und 6.1) hat sich dahingehend bewährt, dass die Teilnehmenden ihre soziale Wirklichkeit differenziert darlegten und sich eindeutig kritisch mit der eigenen Lebenssituation auseinandersetzten. Die in der Literatur dem Personenkreis zugeschriebenen diskutierten Phänomene, sozial bzw. institutionell

erwünscht zu antworten oder trotz objektiv schlechter Lebensbedingungen positive Einschätzungen vorzunehmen (s. hierzu Kap. 6.1.3, Buchner (2008, S. 517ff.), Hagen (2002, S. 294f.) und Schallenkammer (2016, S. 47) mit Bezug zu Erkenntnissen von Zapf (1984) und Gromann (1996, 1998)), waren mit einer Ausnahme nicht beobachtbar. In den fünf Fällen, in denen Mitarbeitende während der Interviews anwesend waren, bleibt deren Einfluss auf die Qualität der Aussagen der Teilnehmenden allerdings unklar. Auch wenn primär der Eindruck entstand, dass die Interviewten sich trotzdem offen und kritisch äußerten und das Personal zurückhaltend und/oder unterstützend wirkte, war es doch in einem Fall so, dass eine befragte Person erst nachdem der\*die Mitarbeitende den Raum verlassen hatte negative Erfahrungen mit dem zuständigen Personal in ihrer Wohngruppe thematisierte, sodass eine Einschränkung der Aussagen in diesen Fällen nicht ausgeschlossen werden kann.

Die im Rahmen dieser explorativen qualitativen Studie gewonnenen Erkenntnisse beruhen auf der subjektiven Perspektive einer kleinen Gruppe von Interviewteilnehmenden aus einem Bundesland in Deutschland, die einer äußerst heterogenen Bevölkerungsgruppe angehören, sodass in mehrerlei Hinsicht keine Übertragbarkeit der Ergebnisse möglich ist. Nicht einbezogen wurden mit einer Ausnahme ältere Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*, die sich im Ruhestand befinden, sowie aufgrund der gewählten kommunikationsbasierten Erhebungsmethode Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen, die sich nicht oder nur eingeschränkt verbal äußern können, vorzugsweise oder ausschließlich über alternative Kommunikationsmöglichkeiten verfügen. Da diese beiden Personengruppen als besonders vulnerabel einzustufen sind (s. Kap. 3.1 und 3.2), ergibt sich hieraus ein dringender Forschungsbedarf unter aktiver Einbindung der beiden Zielgruppen.

Die vorgenommenen Vergleiche hinsichtlich der strukturellen Merkmale der *Wohnformen a, b* und *c* eröffnen erste Einblicke und Hinweise, aus denen sich bereits bedeutsame Aspekte vor dem Hintergrund der Zielsetzung dieser Arbeit ableiten lassen. Da nur vier der Befragten aus *Wohnform a* stammten und zudem aus unterschiedlichen Städten kamen, konnte in diesem Zusammenhang allerdings keine Sättigung im Sinne des *Prinzips der Saturierung* nach Helfferich (2011, S. 174f., s. Kap. 6.1.1) erzielt werden. Bei einer größeren Stichprobenanzahl hätte diesbezüglich die Möglichkeit bestanden, dezidierter und fundierter Unterschiede oder auch Gemeinsamkeiten zwischen der Lebenssituation im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe in kleineren Wohnstätten im städtischen Raum und komplexen ländlich gelegenen Wohneinrichtungen herausarbeiten zu können.

Ziel dieser Studie war es, einen ersten Einblick und eine Annäherung an die Lebenswirklichkeit von erwachsenen Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung*

im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe zu erhalten und das nicht stellvertretend, sondern aus Sicht der Zielgruppe, um bedeutsame Lebensbereiche sowie erfahrene Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen in diesem Spannungsfeld zu eruieren. Diesem Anspruch, einem ersten „Status der Illustration“ (Helfferich, 2011, S. 172, s. Kap. 6.1.1), werden die dargelegten Erkenntnisse gerecht. Neben der hier zugrunde gelegten Annahme, dass ausschließlich aus Sicht einer Zielgruppe selbst bedarfs- und bedürfnisangemessene Implikationen und Handlungsempfehlungen erarbeitet werden können (s. Kap. 1 und 4), wird die Aussagekraft der hier vorliegenden Ergebnisse ferner durch die in Kap. 8.2 aufgezeigten Parallelen zu Befunden aus der Literatur, auch wenn fast ausschließlich aus stellvertretender Perspektive, gestützt.

Dem Anliegen, einen mittels der gewählten Interviewmethode möglichst offenen Erzählraum zu konstruieren, in dem seitens der Teilnehmenden subjektiv bedeutsame Themen im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe angesprochen werden können, konnte mit der Wahl des Forschungsansatzes angemessen nachgegangen werden. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass über die Themenschwerpunkte des Interviewleitfadens hinausgehende Inhalte und die auf Grundlage dessen identifizierten Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen noch lückenhaft sind. In diesem Zusammenhang würde sich anbieten, bereits im Zuge der *kommunikativen Validierung*, nicht wie hier stellvertretend ein *peer debriefing* (s. Kap. 6.3), sondern ein sogenanntes *member checking* (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 251) durchzuführen, z.B. mit Einzelnen oder einer Gruppe der Studienteilnehmenden mittels der Durchführung einer Fokusgruppe eine Diskussion und Verdichtung der Ergebnisse (den aus Sicht der Interviewten als bedeutsam eruierten Wirkungsräumen im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe sowie den darin ermittelten Ressourcen, Barrieren und Auswirkungen) vorzunehmen. Hieraus lässt sich auch gleichzeitig ein Bedarf für weiterführende Forschung ableiten, um das entwickelte multidimensionale Bezugssystem unter aktiver Einbindung der Zielgruppe auszudifferenzieren (s. Kap. 9).

## 9 Schlussbetrachtung

Mit der vorliegenden explorativen qualitativen Studie *Lebenslagen aus Sicht von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Spannungsfeld Gesundheit, Pflege und Teilhabe* wurde das Ziel verfolgt, nicht stellvertretend, sondern aus Perspektive des Personenkreises selbst in diesem interdependenten Gefüge relevante Lebensbereiche, dazugehörige Indikatoren sowie wahrgenommene Barrieren, Ressourcen, Aus- und/oder Wechselwirkungen zu eruieren (s. Kap. 1 bis 4). Mittels eines basierend auf einem theoretisch-methodischen Bezugsrahmen konzipierten vorläufigen multidimensionalen Bezugssystems im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe (s. Kap. 5), der Entwicklung, Erprobung und Durchführung eines speziellen



leitfadengestützten Interviews zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Elemente, der gewählten Auswertungsmethode sowie des Analysevorgehens (s. Kap. 6) konnten in dieser Untersuchung eine Annäherung an die soziale Wirklichkeit der befragten Personen in diesen Zusammenhängen hergestellt, subjektiv bedeutsame Einflussfaktoren identifiziert und analysiert werden (s. Kap. 7 und 8).

Vor dem Hintergrund des hergeleiteten Erkenntnisinteresses und der daraus entwickelten Forschungsfragen zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit, dass die gegenwärtigen Organisationsstrukturen und Rahmenbedingungen in den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe, insbesondere der als zu gering bewertete Personalschlüssel und die daraus resultierende mangelnde Zeit, zu vielschichtig wahrgenommenen Beschränkungen hinsichtlich einer bedürfnis- und bedarfsangemessenen Förderung, Unterstützung und Versorgung sowie im Rahmen von Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Teilhabe führen. Diesbezüglich wird anhand der Befunde deutlich, dass die Lebenssituation von Personen, die im Rollstuhl sitzen, in dieser Studie altersunabhängig in besonders hohem Ausmaß von Fremdbestimmung, Abhängigkeit und Exklusionsrisiken gekennzeichnet war. So geht aus der Analyse hervor, dass Angebotsstrukturen zur aktiven Mitgestaltung und Einbindung im Zuge der alltäglichen Lebensführung sowie im Kontext von Freizeitgestaltung (im Sinne von persönlich sinnstiftenden Tätigkeiten) und Bildung fehlen oder nur begrenzt ausschließlich über die Dimensionen Wohnen und Arbeit innerhalb des Systems der Behindertenhilfe eröffnet werden. Ferner zeigt sich, dass die Teilhabe im öffentlichen Raum außerhalb der Wohnstätten/Wohneinrichtungen in vielen Fällen nur begrenzt möglich ist, da eine zusätzliche Begleitung durch Mitarbeitende notwendig ist, aber nicht realisiert werden kann, und insbesondere bei Mobilitätsbeschränkungen eine mangelnde barrierefreie Infrastruktur vorliegt. Vorhandene soziale Unterstützungssysteme begrenzen sich fast ausschließlich auf Mit-/Bewohnende, Arbeitskolleg\*innen sowie auf Angehörige und Freund\*innen der eigenen Familie, obwohl Bedürfnisse nach vermehrten sozialen Beziehungen, wie Freund- und Partnerschaften, bestehen. Außerdem wird aus den Ergebnissen deutlich, dass das Zusammenleben mit den nicht selbstgewählten Mit-/Bewohnenden bei fast der Hälfte der Teilnehmenden vielfältig wahrgenommene Stressoren auslöst, wie ein fehlendes Gefühl von Sicherheit und Schutz, mangelnde Ruhe, Privatsphäre und Akzeptanz, und zu psychischen Belastungen führt.

Mit Blick auf die in Anspruch genommenen Leistungen in der ambulanten Gesundheitsversorgung, insbesondere der haus- und fachärztlichen Personen, finden sich deutliche Hinweise, dass die selbstbestimmte Auswahl durch fehlende auf die zielgruppenspezifischen Bedarfe ausgerichtete Angebote begrenzt wird oder außerhalb

der Versorgungsstrukturen in den Wohneinrichtungen nur in Ausnahmefällen auf Alternativen zurückgegriffen werden kann. Hinsichtlich der internen Gesundheitsdienste geht ferner hervor, dass eine gesonderte Ausstattung und spezielles Untersuchungsmobiliar nicht zur Verfügung stehen, sodass insbesondere Personen mit zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen auf eine Begleitung seitens der Mitarbeitenden der Wohngruppe oder zum Teil von Eltern angewiesen sind. Des Weiteren lassen sich vereinzelt Versorgungslücken im Kontext der internen physiotherapeutischen, psychotherapeutischen und einer in der allgemeinen Gesundheitsversorgung spezifischen zahnmedizinischen Behandlung ausmachen. Erneut zeigt sich, dass die eigenständige Inanspruchnahme mit der Befähigung der Person selbst sowie mit einer bestehenden Barrierefreiheit im öffentlichen Raum sowie in den Praxen korreliert. In Hinblick auf die involvierten Gesundheitsprofessionen ist festzustellen, dass sie von den Interviewten als positiv auf den Versorgungsprozess einwirkend wahrgenommen werden. Diesbezüglich zeigen die Befunde, dass die aktive Einbindung in den Behandlungsverlauf und die Kommunikation auf Augenhöhe dabei von besonderer Bedeutung waren. Im Rahmen der stationären Regelversorgung, hier speziell in Krankenhäusern, lassen die Auswertung der Ergebnisse den Rückschluss zu, dass die Befragten auf eine Begleitung durch Mitarbeitende und/oder Familienangehörige vor, während und nach dem Aufenthalt angewiesen sind, damit eine adäquate Versorgung, Kommunikation und Überleitung sichergestellt werden können.

Vor dem Hintergrund des in dieser Studie zugrunde gelegten theoretisch-methodischen Bezugsrahmens lässt sich aus den erhobenen Ergebnissen schlussfolgern, dass die von den Teilnehmenden primär wahrgenommenen Barrieren im Kontext von Gesundheit, Pflege und Teilhabe, speziell auch im Hinblick auf die vorherrschenden Strukturen und den dadurch begrenzten Handlungsspielraum in den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe, in vielschichtig interdependenten gesundheitsbeeinträchtigenden und gesundheitsgefährdenden Lebensbedingungen und Teilhabebeschränkungen resultieren, die durch die eruierten Hemmnisse und Engpässe in der internen und externen ambulanten sowie stationären Gesundheitsversorgung noch verstärkt werden. Darüber hinaus verdeutlicht die Analyse, dass mit zunehmender Komplexität der Behinderungen die Gefahr steigt, den vorwiegend strukturell hervorgerufenen Wirkmechanismen in diesen Zusammenhängen machtlos ausgesetzt zu sein. Angesichts dieser Erkenntnisse und dem in der Literatur in Bezug auf den hier fokussierten Personenkreis konstatierte Phänomen der Vulnerabilität (s. Kap. 4) sind die Lebenslagen im Spannungsfeld von Gesundheit, Pflege und Teilhabe als hochgradig prekär einzustufen, woraus dringende Handlungsbedarfe auf unterschiedlichen Ebenen resultieren. Zum einen ergibt sich daraus eine gesamtgesellschaftliche Verpflichtung und Aufgabe, u.a. auf sozialpolitischer Ebene entsprechende finanzielle Mittel ausreichend

zur Verfügung zu stellen, um eine bedarfs- und bedürfnisangemessene Versorgung in den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe sowie im Rahmen der Regelversorgung engmaschig verzahnt mit einer flächendeckenden spezifischen Gesundheitsversorgung durch die *Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung* zu ermöglichen. Zum anderen sind umfassende Veränderungsprozesse innerhalb des Systems der Behindertenhilfe sowie eine Öffnung nach außen über den Aufbau von Netzwerken und Kooperationen mit Akteur\*innen in sämtlichen hier eruierten Wirkungsräumen notwendig. Intern müssen u.a. gezielt Konzepte und Maßnahmen auf Organisationsebene und vor allen Dingen auf der personalen Ebene realisiert werden, die den hier ermittelten Formen der strukturellen Gewalt entgegenwirken, und stattdessen für die dort lebenden und arbeitenden Menschen gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen geschaffen werden, die die Persönlichkeitsrechte und das Recht auf Selbstbestimmung der Bewohnenden wahren. Des Weiteren müssen Befähigungsprozesse und Mitgestaltungsmöglichkeiten etabliert werden, um aktiv, autonom und gleichberechtigt den persönlichen und gemeinschaftlichen Wohn- und Lebensraum ausgestalten und ein individuelles Höchstmaß an selbstbestimmter Lebensführung erlangen zu können. Um für die persönlichen Belange speziell im Hinblick auf die in Anspruch genommene gesundheitliche und pflegerische Versorgung und die eigene Gesunderhaltung selbstbestimmt und auf Augenhöhe eintreten zu können, sind gezielt und personenkreisspezifisch aufbereitete Bildungsangebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz weiterzuentwickeln und zugänglich zu machen (s. hierzu das Forschungsprojekt *GESUND!*, Kap. 3.1).

Mit der vorliegenden Studie konnte ein Beitrag geleistet werden, die identifizierte Forschungslücke in Bezug auf die fehlende Einbindung des Personenkreises im Rahmen von Gesundheits- und Versorgungsforschung ein Stück weiter zu schließen. Auch wenn sich Grenzen aus dem gewählten Erhebungszugang ergeben (s. Kap. 8.3), hat sich das entwickelte zielgruppenspezifische offene leitfadengestützte Interview als probate Methode herausgestellt, einerseits einen Erzählraum für die Teilnehmenden zu schaffen, differenziert ihre persönliche Sicht zu entfalten und hier speziell ihre Lebenslagen im Kontext Gesundheit, Pflege und Teilhabe kritisch zu reflektieren und andererseits einen wissenschaftlichen Zugang zur subjektiven Perspektive und einen Einblick in die soziale Wirklichkeit eines Teils der äußerst heterogenen Bevölkerungsgruppe zu eröffnen. Das in dieser Arbeit hergeleitete, theoretisch-methodisch begründete, auf den Ergebnissen modifizierte multidimensionale Bezugssystem mit den dazugehörigen Wirkungsräumen hat sich im hiesigen Verwendungszusammenhang als Analyseinstrument zur Ermittlung von wahrgenommenen Barrieren, Ressourcen und Aus- und/oder Wechselwirkungen aus Sicht der befragten Personen bewährt. Doch unabdingbar mit den Paradigmen

Selbstbestimmung, Empowerment, Mitbestimmung und Partizipation verknüpft, ist perspektivisch auf Methoden aus der partizipativen Forschung unter Einsatz von erprobten Elementen, wie *Leichter Sprache*, Materialien und Medien aus dem Bereich der *Unterstützten Kommunikation* und eventuell vorgeschaltete Bildungs- und Befähigungsprozesse zurückzugreifen. So könnten beispielsweise gemeinsam mit Vertreter\*innen der Zielgruppe Menschen mit sogenannter *geistiger Behinderung* als Co-Forschende und alleinige Expert\*innen ihrer Lebenswelt das vorliegende multidimensionale Bezugssystem um weitere bedeutsame Wirkungsräume und/oder Indikatoren ausdifferenziert und ein personenkreisspezifisch aufbereitetes konkretes Analyse- und Planungsinstrument konzipiert werden, um im Sinne der ursprünglichen *Person-Umfeld-Analyse* nach G. C. Schulze bestehende Ressourcen und Barrieren zu ermitteln und diese als Grundlage für die Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Handlungsstrategien und Maßnahmen auf organisationsbezogener und vor allen Dingen auf personenbezogener Ebene nutzen zu können.

## 10 Quellenverzeichnis

- Alber, J., Kaiser, S. & Schulze, G. C. (Hrsg.). (2018). *Die Person-Umfeld-Analyse in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik. Lehrbuch zur Theorie mit Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Backes, G. M. (1997). Lebenslage als soziologisches Konzept zur Sozialstrukturanalyse. *Zeitschrift für Sozialreformen*, 43(9), 704–727.
- Bartelheimer, P., Behrisch, B., Daßler, H., Dobslaw, G., Henke, J. & Schäfers, M. (2020). *Teilhabe – eine Begriffsbestimmung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bastine, R. H. E. (2020). Ätiologie. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (19., überarb. Aufl., 214f.). Bern: Hogrefe.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.). (2017). *Die UN-Behindertenrechtskonvention - Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Convention of the United Nations on the rights of persons with disabilities*. Berlin. Zugriff am 31.08.2021. Verfügbar unter: [https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2)
- Beck, I. (2016). Der Bedarfsbegriff "revisited" - Aspekte der Begründung individueller Ansätze zur Bedarfserhebung und -umsetzung. In M. Schäfers & G. Wansing (Hrsg.), *Teilhabebedarfe von Menschen mit Behinderungen. Zwischen Lebenswelt und Hilfesystem* (1. Aufl., S. 24-56). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Beck, I. & Greving, H. (2012). Lebenswelt, Lebenslage. In I. Beck, H. Greving & W. Jantzen (Hrsg.), *Lebenslage und Lebensbewältigung* (Behinderung, Bildung, Partizipation, enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik; Bd. 5, 1. Aufl., S. 15-59). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bentele, V. (2017). Vorwort. In Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.), *Die UN-Behindertenrechtskonvention - Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Convention of the United Nations on the rights of persons with disabilities*. Berlin.
- Bernasconi, T. & Keeley, C. (2021). Auswirkungen der Coronapandemie auf Menschen mit geistiger und komplexer Behinderung mit Fokus auf den Bereich des Wohnens. *Teilhabe*, 60(1), 4-10.
- Bogner, D. P. (2017). *Die Feldtheorie Kurt Lewins. Eine vergessene Metatheorie für die Erziehungswissenschaft*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bösebeck, F. (2017). Ambulante und stationäre Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. *Zeitschrift für Epileptologie*, 30(4), 258-265.

Bössing, C., Schrooten, K. & Tiesmeyer, K. (2019). Barrieren in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In K. Walther & K. Römisch (Hrsg.), *Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit* (S. 51-87). Wiesbaden: Springer VS.

Buchner, T. (2008). Das qualitative Interview mit Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung - Ethische, methodologische und praktische Aspekte. In G. Biewer, M. Luciak & M. Schwinge (Hrsg.), *Begegnung und Differenz: Menschen, Länder, Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik* (S. 516-528). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (Hrsg.). (2021). *BAGüS - Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2021 für das Berichtsjahr 2019*. Münster. Zugriff am 14.07.2021. Verfügbar unter: [https://www.lwl.org/spur-download/bag/Bericht\\_2019\\_final.pdf](https://www.lwl.org/spur-download/bag/Bericht_2019_final.pdf)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM (Hrsg.) (2021). *Wann kommt die ICD-11?* Zugriff am 23.06.2021. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/fag/fag/Wann-kommt-die-ICD-11/>

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM (Hrsg.). (Stand: 2020, 18. September). *ICD-10-GM - Version 2021. Kapitel V - Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Intelligenzstörung (F70-F79)*. Zugriff am 08.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlqgm2021/block-f70-f79.htm>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2013, August). *Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung*. Bonn. Zugriff am 26.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?blob=publicationFile&v=1>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2016, Dezember). *Zweiter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung*. Bonn. Zugriff am 27.07.2022. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-16l-teilhabebericht-leichte-sprache.pdf?blob=publicationFile&v=1>

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2021, April). *Dritter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung*. Bonn. Zugriff am 26.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?blob=publicationFile&v=4>

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.). (2021, August). *Betreuungsrecht. Mit ausführlichen Informationen zur Vorsorgevollmacht*. Zugriff am 09.06.2022. Verfügbar unter: <https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Betreuungsrecht.pdf?blob=publicationFile&v=33>

- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (Hrsg.). (2019, 7. März). *Europäische Datenschutz-Grundverordnung*. Zugriff am 17.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Artikel/Digitale-Welt/europaeische-datenschutzgrundverordnung.html>
- Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e. V. (Hrsg.). (2021, 8. Dezember). *Neue Regelungen zur Assistenz im Krankenhaus für Menschen mit Behinderung. Änderungen in SGB V und SGB IX sorgen mit Wirkung ab November 2022 für eine bessere Finanzierung der Begleitung*. Düsseldorf. Zugriff am 05.07.2022. Verfügbar unter: [https://bvkm.de/wp-content/uploads/2021/06/assistenz\\_im\\_krankenhaus.pdf](https://bvkm.de/wp-content/uploads/2021/06/assistenz_im_krankenhaus.pdf)
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (Hrsg.). (2020, September). *Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessern! Positionspapier*. Marburg. Zugriff am 05.07.2022. Verfügbar unter: [https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Positionspapiere/Positionspapier\\_BVLH\\_2020-09\\_Gesundheitliche\\_Versorgung\\_von\\_Menschen\\_mit\\_Behinderung\\_verbessern.pdf](https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Positionspapiere/Positionspapier_BVLH_2020-09_Gesundheitliche_Versorgung_von_Menschen_mit_Behinderung_verbessern.pdf)
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). (2010). *Teilhabe und Pflege. Überlegungen zum Verhältnis von Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung und Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung. Positionspapier*. Marburg. Zugriff am 08.09.2021. Verfügbar unter: <https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Positionspapiere/2010-09-01-Teilhabe-und-Pflege.pdf>
- Burtscher, R. (2015). „Wir haben die Hoffnung nie aufgegeben, aber ...“. Zur Lebenssituation von älteren Eltern und erwachsenen Kindern mit Behinderung zu Hause. *Teilhabe*, 54(1), 18-23.
- Callus, A.-M. (2017). 'Being friends means helping each other, making coffee for each other': reciprocity in the friendships of people with intellectual disability. *Disability & Society*, 32(1), 1-16 [hier: 1-31]. Zugriff am 11.07.2022. Verfügbar unter: [https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/32947/1/Being\\_friends\\_means\\_helping\\_each\\_other\\_making\\_coffee\\_for\\_each\\_other.pdf](https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/32947/1/Being_friends_means_helping_each_other_making_coffee_for_each_other.pdf)
- Cameron, L. & Matthews, R. (2017). More than pictures: developing an accessible resource. *Tizard Learning Disability Review*, 22(2), 57-65.
- Carl von Ossietzky Universität Oldenburg (Hrsg.). (2021, 22. Dezember). Ordnung über die Grundsätze zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis an der Carl von Ossietzky Universität. Amtliche Mitteilungen / 40. Jahrgang - 068/2021. Zugriff am 30.03.2022. Verfügbar unter: [https://uol.de/uni/amtliche\\_mitteilungen/dateien/AM2021-068\\_Ordnung\\_Grundsätze\\_Sicherung\\_guter\\_wissPraxis.pdf](https://uol.de/uni/amtliche_mitteilungen/dateien/AM2021-068_Ordnung_Grundsätze_Sicherung_guter_wissPraxis.pdf)
- Cloerkes, G., Felkendorff, K. & Markowetz, R. (2007). *Soziologie der Behinderten. Eine Einführung* (Edition S, 3., neu bearb. und erw. Aufl.). Heidelberg: Winter.

- Cooper, S.-A., Hughes-McCormack, L., Greenlaw, N., McConnachie, A., Allan, L., Baltzer, M. et al. (2017). Management and prevalence of long-term conditions in primary health care for adults with intellectual disabilities compared with the general population: A population-based cohort study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 31 Suppl 1, 1-14.
- Cooper, S.-A., McLean, G., Guthrie, B., McConnachie, A., Mercer, S., Sullivan, F. et al. (2015). Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disabilities: population-based cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*, 16: 110, 1-11.
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 27–35.
- Dederich, M. (2017). Ethische Aspekte der Forschung an Menschen mit geistiger Behinderung. *Teilhabe*, 56(1), 4-10. Zugriff am 13.01.2022. Verfügbar unter: [https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Zeitschrift\\_Teilhabe/TH\\_2017\\_1.pdf](https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Zeitschrift_Teilhabe/TH_2017_1.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. [DGSGB] (Hrsg.). (2015, 16. November). *Vorschläge der DGSGB zur Überarbeitung der PT-Richtlinien*. Zugriff am 13.06.2022. Verfügbar unter: [https://dgsgeb.de/downloads/stellungnahmen/vorschlag\\_pt\\_richtlinie.pdf](https://dgsgeb.de/downloads/stellungnahmen/vorschlag_pt_richtlinie.pdf)
- Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft [DHG] (Hrsg.). (2021). *Standards zur Teilhabe von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und komplexem Unterstützungsbedarf*. Standards für die Teilhabe (Praxis Heilpädagogik - Grundlagen, 1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI] (Hrsg.). (2005). ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health. Zugriff am 22.06.2021. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/icf/icfbp2005.zip>
- Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e.V. [DNGK] (2019). *Vorschlag für eine erweiterte Definition von Health Literacy*. Zugriff am 03.08.2021. Verfügbar unter: <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/definition-health-literacy-august-2019/>
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2008, 8. November). *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. 16/10808*. Zugriff am 08.09.2021. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/16/108/1610808.pdf>



Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.). (2020, 27. Februar). Projekt „Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz“: Informationen zur Arbeit der AG - Leistungsberechtigter Personenkreis. Zugriff am 07.07.2021. Verfügbar unter: <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/w/files/umsetzungsstand/informationen-zur-arbeit-der-ag-leistungsberechtigter-personenkreis.pdf>

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (Hrsg.). (2019, 1. Oktober). *Problemanzeigen und Forderungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen. Stellungnahme im Dialog des Bundesministeriums für Gesundheit zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen*. Zugriff am 13.06.2022. Verfügbar unter: [https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2019-10-01\\_Position-Fachverbaende-zur-Weiterentwicklung-der-Hilfen-f-psychisch-erkrankte-Menschen.pdf](https://www.diefachverbaende.de/files/stellungnahmen/2019-10-01_Position-Fachverbaende-zur-Weiterentwicklung-der-Hilfen-f-psychisch-erkrankte-Menschen.pdf)

Dieckmann, F., Giovis, C. & Röhm, I. (2016). Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. In S. V. Müller & C. Gärtner (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen* (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft, 1. Aufl., S. 55-89). Wiesbaden: Springer VS.

Dieckmann, F. & Metzler, M. (2013). *Alter erleben - Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht* (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Hrsg.). Stuttgart. Zugriff am 23.07.2021. Verfügbar unter: [https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/Muenster/Downloads/Forschung\\_und\\_Entwicklung/Alter\\_erleben/FV\\_Alter\\_erleben\\_-\\_Abschl-Bericht-2013-05-06.pdf](https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/Muenster/Downloads/Forschung_und_Entwicklung/Alter_erleben/FV_Alter_erleben_-_Abschl-Bericht-2013-05-06.pdf)

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe Verlag.

Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (Springer-Lehrbuch, 5. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Dworschak, W. (2022). Lebensqualität im privaten Lebensbereich Wohnen. In P. Zentel (Hrsg.), *Lebensqualität und geistige Behinderung. Grundlagen, Aufgabenfelder, Lebensbereiche* (1. Aufl., S. 141-156). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Ehret, A. M. & Berking, M. (2013). DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert? *Verhaltenstherapie*, 23(4), 258-266.

Elkeles, T. & Mielck, A. (1997). Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. *Gesundheitswesen*, 59, 137-143.

- Elsässer, G. (2017). Die zahnmedizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention - eine Bestandsaufnahme. *Inklusive Medizin*, 14, 29-34.
- Emerson, E., Hatton, C., Baines, S. & Robertson, J. (2016). The physical health of British adults with intellectual disability: cross sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 15:11, 1-9.
- Engels, D. (2013). Lebenslagen. In K. Grundwald, G. Horcher & B. Maelicke (Hrsg.), *Lexikon der Sozialwirtschaft* (2. Aufl., S. 615-618). Baden-Baden: Nomos.
- Engels, D. (INSTITUT FÜR SOZIALFORSCHUNG UND GESELLSCHAFTSPOLITIK - ISG, Hrsg.). (2006). *Lebenslagen und soziale Exklusion. Thesen zur Reformulierung des Lebenslagenkonzepts für die Sozialberichterstattung*. Zugriff am 26.08.2021. Verfügbar unter: <https://www.isg-institut.de/download/Lebenslagen%20und%20soziale%20Exklusion.pdf>
- Europäisches Parlament. (04.05.2016). Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung). Datenschutz-Grundverordnung - DS-GVO. Amtsblatt der Europäischen Union - DE. Zugriff am 17.01.2022. Verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679&from=DE>
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W. et al. (Hrsg.). (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5®* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Faltermaier, T. (2018a). Salutogenese – Resilienz – Gesundheitskompetenz: Anregungen zur Gesunderhaltung von Menschen mit Behinderungen. In N. J. Maier-Michalitsch (Hrsg.), *Leben pur - Gesundheit und Gesunderhaltung bei Menschen mit komplexer Behinderung* (S. 18-28). Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben.
- Faltermaier, T. (2018b). Salutogenese und Ressourcenorientierung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (1. Aufl., S. 85-97). Bern: Hogrefe.
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie* (2., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Flick, U. (2019). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 473-488). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Fornfeld, B. (2020). *Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. Mit 29 Abbildungen, 14 Tabellen und 69 Übungsaufgaben* (UTB Sonderpädagogik, 6. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Frey, D. (2012). Noch heute inspirierend und verbindlich. Gedanken zur «Feldtheorie» von Kurt Lewin. In K. Lewin (Hrsg.), *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften* (Psychologie Klassiker, 1. Aufl.; Faks.-Ausg. der Erstausg. von 1963, S. 7-10). Bern: Huber.
- Friedrichs, J. (2019). Forschungsethik. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 67-76). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Geraedts, M., Schwalen, S., Leibner, R., Kraska, R. & de Cruppé, W. (2017, 6. September). *Gesundheitsuntersuchungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Modellprojekt zur Erfassung der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Abschlussbericht*. Zugriff am 04.08.2021. Verfügbar unter: [https://www.lzq.nrw.de/\\_php/login/dl.php?u=/\\_media/pdf/versorgung/Gesundheitsuntersuchung\\_Menschen\\_Mit\\_Geistiger\\_Behinderung\\_Abschlussbericht\\_2017\\_09\\_06.pdf](https://www.lzq.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/versorgung/Gesundheitsuntersuchung_Menschen_Mit_Geistiger_Behinderung_Abschlussbericht_2017_09_06.pdf)
- Girimaji, S. & Pradeep, A. V. (2018). Intellectual disability in international classification of Diseases-11: A developmental perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 34(5), 68-74.
- Glaserapp, J. (2019). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Änderungen der Richtlinie machen den Weg frei zu einer verbesserten Versorgung. *Projekt Psychotherapie*, (2), 12-14.
- Glaserapp, J. (2016). Zur Einführung: Barrierefreie Psychotherapie. In J. Glaserapp & S. Schäper (Hrsg.), *Barrierefreie Psychotherapie Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel* (S. 13-18). Berlin. Zugriff am 13.06.2022. Verfügbar unter: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/glasenap-schaper-barrierefreie-pt-intelligenzminderung-dgsgb2016.pdf>
- Glover, G., Williams, R., Heslop, P., Oyinlola, J. & Grey, J. (2017). Mortality in people with intellectual disabilities in England. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 61(1), 62-74.
- Habermann-Horstmeier, L. (2021). Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Public Health Forum*, 29(1), 64-67.
- Habermann-Horstmeier, L. (2020). Betriebliches Gesundheitsmanagement in Einrichtungen der Behindertenhilfe. *Teilhabe*, 59(2), 56-63.
- Habermann-Horstmeier, L. (2019). Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus. *PFLEGE Zeitschrift*, 72(4), 16-19.
- Habermann-Horstmeier, L. (2018). *Gesundheitsförderung in Behindertenwohneinrichtungen. Zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe.

- Habermann-Horstmeier, L. & Limbeck, K. (2017). Burnout-Gefährdung in der Behindertenarbeit. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 12(1), 27-40.
- Habermann-Horstmeier, L. & Limbeck, K. (2016). Arbeitsbelastung: Welchen Belastungen sind die Beschäftigten in der Behindertenbetreuung ausgesetzt? *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed - ASU - Zeitschrift für medizinische Prävention*, 51(07), 517-525.
- Habermann-Horstmeier, L. & Limbeck, K. (2018). Einflussfaktoren auf die Arbeitsbelastung in der stationären Behindertenhilfe. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* [Factors Influencing the Workload of Carers in the Field of Disability Work in Residential Facilities], 80(5), 433-443.
- Hagen, J. (2002). Zur Befragung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. *Geistige Behinderung*, 41(4), 293-306.
- Hasseler, M. (2016a). Gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigung. *Teilhabe*, 55(2), 71-77.
- Hasseler, M. (2016b). Anforderungen und Herausforderungen an gesundheitliche und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. *Pflege & Gesellschaft*, 21(4), 293-313.
- Hasseler, M. (2015a). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in der gesundheitlichen Versorgung. *Die Rehabilitation* [People with Intellectual and Multiple Disabilities as a Vulnerable Population Group in Health Care], 54(6), 369-374.
- Hasseler, M. (2015b). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in der akut-stationären Versorgung. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946) [People with Intellectual and Multiple Disabilities in the Acute-In-Patient Care - Selected Results of a Qualitative Exploratory Study], 140(21), e217-223.
- Hasseler, M. (2014). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946) [People with intellectual and multiple disabilities as a vulnerable population group in health care], 139(40), 2030-2034.
- Hatton, C. & Emerson, E. (2015). Introduction. In *Health Disparities and Intellectual Disabilities* (International Review of Research in Developmental Disabilities, Bd. 48, S. 1-9). Elsevier.
- Haveman, M. & Stöppler, R. (2014). *Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Helfferich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 669-686). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (Lehrbuch, 4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Henderson, V. (2008). Das Wesen der Pflege. In D. Schaeffer, U. Enderwitz, H. Steppe & A. Meleis (Hrsg.), *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA* (Pflegetheorie, 2., erg. Aufl., S. 39-54). Bern: Huber.
- Hopf, C. (2019). Forschungsethik und qualitative Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, Bd. 55628, 13. Aufl., S. 589-600). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, S. Stock, T. Altgeld, O. von dem Knesebeck et al. (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien* (5., vollst. überarb. Aufl., S. 23-33). Bern: Hogrefe.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (Grundlagentexte Soziologie, 8., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- International Council of Nurses - ICN (Hrsg.). *Nursing Definitions. Definition of Nursing*. Zugriff am 08.09.2021. Verfügbar unter: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- Janßen, C. (2018). Psychotherapie mit Menschen mit geistiger Behinderung. Besonderheiten einer vernachlässigten Klientel in der Praxis. *Psychotherapeutenjournal*, (4), 337-345.
- Joél, T. (2017). Das Dilemma der Intelligenzdiagnostik in der Sonderpädagogik – erläutert anhand der neuen KABC-II. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 68, 12-21. Zugriff am 23.06.2021. Verfügbar unter: <https://www.testseminare.de/Artikel%20KABC-II.pdf>
- Kaiser, R. (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung* (Lehrbuch). Wiesbaden: Springer VS.
- Kaiser, S. (2018). Die Person-Umfeld-Analyse in der qualitativen Sozialforschung. Ein methodischer Rahmen zur kommunikativen Validierung von Studienergebnissen. In J. Alber, S. Kaiser & G. C. Schulze (Hrsg.), *Die Person-Umfeld-Analyse in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik. Lehrbuch zur Theorie mit Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern* (S. 37-49). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Keeley, C. (2015). Qualitative Forschung mit Menschen mit geistiger Behinderung. Notwendigkeit und methodische Möglichkeiten zur Erhebung subjektiver Sichtweisen unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 66, 108-119.

- Kemmerich, R. (2013). Menschen mit geistiger Behinderung sind gesundheitlich unterversorgt. *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*, 10(1), 32-35.
- Kinnear, D., Morrison, J., Allan, L., Henderson, A., Smiley, E. & Cooper, S.-A. (2018). Prevalence of physical conditions and multimorbidity in a cohort of adults with intellectual disabilities with and without Down syndrome: cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(2), e018292, 1-9.
- Klauß, T. (2017). Gute Pflege für Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung. In A. Fröhlich, N. Heinen, T. Klauß & W. Lamers (Hrsg.), *Schwere und mehrfache Behinderung - interdisziplinär* (Impulse, Bd. 1, S. 87-108). Oberhausen: ATHENA.
- Koch, K. (2010). Bildung, Behinderung und soziale Ungleichheit. In A. Kaiser, D. Schmetz, P. Wachtel & B. Werner (Hrsg.), *Bildung und Erziehung* (Bildung, Erziehung und Sozialisation, S. 155-158). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Krahn, G. L. & Fox, M. H. (2014). Health disparities of adults with intellectual disabilities: what do we know? What do we do? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 27(5), 431-446.
- Krebs, D. & Menold, N. (2019). Gütekriterien quantitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl. 2019, S. 489–504). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz* (Grundlagentexte Methoden, 2., überarb. und erg. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (Grundlagentexte Methoden, 4. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden* (Grundlagentexte Methoden, 5. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2019). Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 441-456). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kufner, K. & Bengel, J. (2016). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung – Hintergründe. In J. Glasenapp & S. Schäper (Hrsg.), *Barrierefreie Psychotherapie Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel* (S. 19-31). Berlin. Zugriff am 13.06.2022. Verfügbar unter: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/glasenap-schaper-barrierefreie-pt-intelligenzminderung-dgsgb2016.pdf>

- Küster, A., Schrader, K. & Strasser, A. (2019). 10. Schnittstellen zu anderen Sozialleistungsbereichen. In Der Paritätische Wohlfahrtsverband (Hrsg.), *BTHG-Umsetzung - Eingliederungshilfe im SGB IX. Ein Praxishandbuch* (Wissen für die Praxis, S. 148-170). Regensburg: Walhalla u. Praetoria Verlag.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material* (6., überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 1-61.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. GESUNDHEITSBERICHT-ERSTATTUNG DES BUNDES GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS* (Robert Koch-Institut, Hrsg.). Berlin. Zugriff am 27.08.2021. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gesundheitsliche\\_ungleichheit\\_lebensphasen.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gesundheitsliche_ungleichheit_lebensphasen.pdf?blob=publicationFile)
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J. & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Social inequality and health: Status and prospects of socio-epidemiological research in Germany], 59(2), 153-165.
- Lampert, T. & Mielck, A. (2008). Gesundheit und soziale Ungleichheit. *GGW*, 8(3), 7-16. Zugriff am 27.08.2021. Verfügbar unter: [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/GGW/wido\\_ggw\\_0208\\_lampert\\_mielck.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/GGW/wido_ggw_0208_lampert_mielck.pdf)
- Latteck, Ä.-D. & Weber, P. (2018). Die Einschätzung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs bei Menschen mit geistiger Behinderung. In A. Meißner (Hrsg.), *Begutachtung von Pflegebedürftigkeit. Praxishandbuch zur Pflegebedarfseinschätzung bei Erwachsenen* (1. Aufl., S. 143-162). Bern: Hogrefe.
- Lindmeier, C. (2013a). ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). In G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 175-177). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lindmeier, C. (2013b). *Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit* (Edition Sozial, 4. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Lück, H. E. (2020). Feldtheorie, psychologische. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (19., überarb. Aufl., S. 603-604). Bern: Hogrefe.

- Lück, H. E. (2018a). Kurt Lewin. Principles of Topological Psychology (1936). In H. E. Lück, R. Miller & G. Sewz (Hrsg.), *Klassiker der Psychologie. Die bedeutenden Werke: Entstehung, Inhalt und Wirkung* (2., erw. und überarb. Aufl., S. 151-157). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Lück, H. E. (2018b). Vorwort. In J. Alber, S. Kaiser & G. C. Schulze (Hrsg.), *Die Person-Umfeld-Analyse in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik. Lehrbuch zur Theorie mit Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern* (S. 7-9). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Lück, H. E. (1996). *Die Feldtheorie und Kurt Lewin. Eine Einführung*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Lüders, C. (2010). Gütekriterien. In R. Bohnsack (Hrsg.), *Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch* (UTB Soziologie, Erziehungswissenschaft, Bd. 8226, 3. Aufl., S. 80-82). Opladen: Leske + Budrich.
- Macha, T. & Petermann, F. (2020). Intelligenzminderung. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (19., überarb. Aufl., S. 845-847). Bern: Hogrefe.
- Markowetz, R. (2016). Freizeit. In I. Hedderich, G. Biewer, J. Hollenweger & R. Markowetz (Hrsg.), *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik* (S. 459-465). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M. N., Mathers, C. D., Dua, T. & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419-436.
- Mayer, Th.; Lutz, M. (2017): Geistige Behinderung: Nomenklatur, Klassifikation und die Beziehung zu Epilepsien. In: *Z. Epileptol.* 30 (4), S. 251-257.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 633-648). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (Pädagogik, 6., überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- McDermott, S.; Durkin, M. S.; Schupf, N.; Stein, Z. A. (2007): Epidemiology and Etiology of Mental Retardation. In M. C. Roberts, L. Peterson, J. W. Jacobson, J. A. Mulick und J. Rojahn (Hrsg.): *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (S. 3-40). Boston, MA: Springer US (Issues on Clinical Child Psychology).
- McKenzie, K., Milton, M., Smith, G. & Ouellette-Kuntz, H. (2016). Systematic Review of the Prevalence and Incidence of Intellectual Disabilities: Current Trends and Issues. *Current Developmental Disorders Reports*, 3(2), 104-115.



- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. & GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021, Mai). *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches* (3. aktualisierte Aufl.). Zugriff am 13.09.2021. Verfügbar unter: [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/21\\_05\\_17\\_BRi\\_Pflegebeduerftigkeit.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/21_05_17_BRi_Pflegebeduerftigkeit.pdf)
- Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V. (Hrsg.). *Wer sind wir*. Zugriff am 26.07.2021. Verfügbar unter: <http://www.menschzuerst.de/pages/startseite/wer-sind-wir/verein.php>
- Merrells, J., Buchanan, A. & Waters, R. (2019). "We feel left out": Experiences of social inclusion from the perspective of young adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(1), 13-22.
- Mielck, A. & Helmert, U. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (6., durchges. Aufl., S. 493-515). Weinheim: Beltz Juventa.
- Musenbergh, O. (2016). Geistige Entwicklung. In I. Hedderich, G. Biewer, J. Hollenweger & R. Markowetz (Hrsg.), *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik* (Bd. 8643, S. 213-218). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Murphy, C. C., Boyle, C., Schendel, D., Decouflé, P. & Yeargin-Allsopp, M. (1998). Epidemiology of mental retardation in children. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 4(1), 6-13.
- Murphy, J., Cameron, L. & Boa, S. (2013). *Talking Mats. A resource to enhance communication*. (third edition). Talking Mats Ltd.
- Murphy, J. & Cameron, L. (2008). The effectiveness of Talking Mats® with people with intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 36(4), 232-241.
- Neuhäuser, G. (2013). Klinische Syndrome. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4. Aufl., S. 61-140). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Neuhäuser, G. & Steinhausen, H.-C. (2013). Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4. Aufl., S. 15-29). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Nicklas-Faust, J. (2017). Schwere und mehrfache Behinderung - Medizinische Aspekte. In A. Fröhlich, N. Heinen, T. Klauß & W. Lamers (Hrsg.), *Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär. Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung* (Bd. 1, 2. Aufl., S. 61-86). Oberhausen: ATHENA.

- Niediek, I. (2016). Wer nicht fragt, bekommt keine Antworten – Interviewtechniken unter besonderen Bedingungen. *Zeitschrift für Inklusion*, (4), online - keine Seitenzahlen angegeben. Zugriff am 30.09.2021. Verfügbar unter: <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/323/275>
- Niediek, I. (2014). Auf die Frage kommt es an. Das Problemzentrierte Interview bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. *Teilhabe*, 53(3), 100-105.
- Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.). (2019a). *Kerncurriculum für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Primarbereich Schuljahrgänge 1 - 4*. Hannover. Zugriff am 22.06.2021. Verfügbar unter: [https://www.nibis.de/uploads/nlq-huhn/kc\\_foerderschwerpunkt\\_geistige\\_entwicklung\\_primarbereich.pdf](https://www.nibis.de/uploads/nlq-huhn/kc_foerderschwerpunkt_geistige_entwicklung_primarbereich.pdf)
- Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.). (2019b). *Kerncurriculum für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Sekundarbereich I Schuljahrgänge 5 - 9*. Hannover. Zugriff am 22.06.2021. Verfügbar unter: [https://www.nibis.de/uploads/nlq-huhn/kc\\_foerderschwerpunkt\\_geistige\\_entwicklung\\_sekundarbereich\\_i.pdf](https://www.nibis.de/uploads/nlq-huhn/kc_foerderschwerpunkt_geistige_entwicklung_sekundarbereich_i.pdf)
- Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.). (2016). *Kerncurriculum für den Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung. Sekundarbereich II Schuljahrgänge 10 - 12*. Hannover. Zugriff am 22.06.2021. Verfügbar unter: <https://www.cuvo.nibis.de/cuvo.php?p=download&upload=60>
- Niedersächsisches Kultusministerium. (2005). Erlass Sonderpädagogische Förderung. *Schulverwaltungsblatt für Niedersachsen* (2), 49–75. Zugriff am 22.06.2021. Verfügbar unter: [https://www.mk.niedersachsen.de/download/113556/Erlass\\_Sonderpaedagogische\\_Foerderung.pdf](https://www.mk.niedersachsen.de/download/113556/Erlass_Sonderpaedagogische_Foerderung.pdf)
- Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (Hrsg.). (2019). Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Zugriff am 07.07.2021. Verfügbar unter: [https://soziales.niedersachsen.de/startseite/menschen\\_mit\\_behinderung/eingliederungshilfe\\_fur\\_behinderte\\_menschen/aufgaben\\_und\\_grundlagen\\_der\\_eingliederungshilfe/allgemeines/leistungsberechtigte-der-eingliederungshilfe-107308.html](https://soziales.niedersachsen.de/startseite/menschen_mit_behinderung/eingliederungshilfe_fur_behinderte_menschen/aufgaben_und_grundlagen_der_eingliederungshilfe/allgemeines/leistungsberechtigte-der-eingliederungshilfe-107308.html)
- Office of National Statistics (Hrsg.). (2021, 26. February). *Avoidable mortality in the UK: 2019. Deaths from causes considered avoidable, treatable or preventable given timely and effective healthcare or public health interventions*. Zugriff am 28.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/avoidablemortalityinenglandandwales/latest>

- Paritätischer Wohlfahrtsverband Niedersachsen e.V. (Hrsg.). (2019). *Beschluss der GK vom 15.07.2019 im Umlaufverfahren. Ergänzender Beschluss für Menschen mit hohen Pflegegraden, hier: Zeitpunkt der Neueinstufung*. Zugriff am 02.08.2021. Verfügbar unter: [https://www.paritaetischer.de/fileadmin/Mitgliedsorganisationen/Fachbereiche\\_und\\_Arbeitskreise/Fachbereiche\\_und\\_Arbeitskreise/Behindertenhilfe/Fortfuehrungsvertrag\\_zum\\_Landesrahmenvertrag\\_nach\\_79\\_SGB\\_XII\\_FFV\\_LRV\\_/Ergaenzender\\_Beschluss\\_fuer\\_Menschen\\_mit\\_hohen\\_Pflegegraden.pdf](https://www.paritaetischer.de/fileadmin/Mitgliedsorganisationen/Fachbereiche_und_Arbeitskreise/Fachbereiche_und_Arbeitskreise/Behindertenhilfe/Fortfuehrungsvertrag_zum_Landesrahmenvertrag_nach_79_SGB_XII_FFV_LRV_/Ergaenzender_Beschluss_fuer_Menschen_mit_hohen_Pflegegraden.pdf)
- PartKommPlus. (2021, 2. Juni). *Wirkungsbeschreibung des Teilprojekts „GESUND!“*. Zugriff am 03.08.2021. Verfügbar unter: <http://partkommplus.de/wirkungen/wirkungsbeschreibungen/gesund-wirkungsbeschreibung/>
- Pflegeberufegesetz (PflBG) - Gesetz über die Pflegeberufe. Zuletzt geändert durch Art. 13a G v. 24.2.2021 I 274. Zugriff am 08.09.2021. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/BJNR258110017.html#BJNR258110017BJNG000300000>
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video* (Lehrbuch). Wiesbaden: Springer VS.
- Rathmann, K., Zelfl, L., Kleine, A. & Dadaczynski, K. (2022). Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(1), 59-66.
- Rathmann, K., Kostka, J. & Olukcu, S. (2021). Medizinische Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger und schwerstmehrfacher Behinderung (MZEB): eine qualitative Studie zu aktuellen Herausforderungen aus Sicht der Behandler\_innen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 16(1), 1-8.
- Rathmann, K. & Dadaczynski, K. (2020). *Gesundheitskompetenz von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen und Arbeiten: Ergebnisse der GeKoMB-Studie*. Zugriff am 03.08.2021. Verfügbar unter: [https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/868/file/Rathmann\\_Dadaczynski+2020\\_Gesundheitskompetenz\\_Eingliederungshilfe\\_Bericht.pdf](https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/868/file/Rathmann_Dadaczynski+2020_Gesundheitskompetenz_Eingliederungshilfe_Bericht.pdf)
- Rathmann, K., Frings, S. & Rüster, C. (2019). Gesundheitsverständnis und -verhalten von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen: eine qualitative Studie. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(2), 131-137.
- Raynham, H., Gibbons, R., Flint, J. & Higgs, D. (1996). The genetic basis for mental retardation. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 89(3), 169-175.
- Reich, K. & Schäfers, M. (2021). Lebensqualität und Lebensperspektiven von Familien mit behinderten Angehörigen im Erwachsenenalter. Ergebnisse des Projekts „Familien. Stärken“. *Teilhabe*, 60(3), 100-106.

- Reichert, J. (2019). Empirische Sozialforschung und soziologische Theorie. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 31-48). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2016). Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 3-19). Wiesbaden: Springer VS.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfrage und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Aufl., S. 13-33). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Römisch, K. (2019a). Das Leben nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen. Selbstbestimmt (un)gesund leben. In K. Walther & K. Römisch (Hrsg.), *Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit* (S. 133-144). Wiesbaden: Springer VS.
- Römisch, K. (2019b). Wenn die Selbstbestimmung massiv verletzt wird. Gewalt und ihre gesundheitlichen Folgen (2019b). In K. Walther & K. Römisch (Hrsg.), *Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit* (S. 177-195). Wiesbaden: Springer VS.
- Rost, J. (2016). „Von einem der auszog, das Fürchten, zu klären“ oder Das Projekt „barrierefrei gesund“ als Ansatz zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. In J. Glasenapp & S. Schäper (Hrsg.), *Barrierefreie Psychotherapie Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel* (S. 68–75). Berlin. Zugriff am 13.06.2022. Verfügbar unter: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/glasenap-schaper-barrierefreie-pt-intelligenzminderung-dgsgb2016.pdf>
- Rothgang, H., Hasseler, M. & Fünfstück, M. (2015, März). *Evaluation des NBA. Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EViS). Endbericht*. Bremen. Zugriff am 13.09.2021. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de//media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Pflege\\_EViS-Endbericht\\_mit\\_Anhang\\_05-2015.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de//media/dokumente/pflegeversicherung/pflegebeduerftigkeitbegriff/Pflege_EViS-Endbericht_mit_Anhang_05-2015.pdf)
- Rudolph, U. (2013). *Motivationspsychologie kompakt. Mit Online-Materialien* (3., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz.
- Sandforth, E. & Hasseler, M. (2014). Gesundheitsförderung bei Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9(2), 80-84.
- Sappok, T. & Steinhart, I. (2021). Leave No One Behind: Kognitiv beeinträchtigt und (psychisch) krank – eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. *Psychiatrische Praxis* [Leave No One Behind: Intellectual Disability and (Mental) Illness - A Challenge for Health Care], 48(3), 115-118.

- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Schädler, J. & Rohrkamp, A. (2016). Die Wohnsituation von Menschen mit Behinderung im Überblick: Theorie, Konzepte und rechtliche Bestimmungen. In G. Theunissen & W. Kulig (Hrsg.), *Inklusives Wohnen. Bestandsaufnahme, Best Practice von Wohnprojekten für Erwachsene mit Behinderung in Deutschland* (S. 21-43). Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag.
- Schaeffer, D., Enderwitz, U., Steppe, H. & Meleis, A. (2008). Einführung. Das Wesen der Pflege. Virginia Henderson. In D. Schaeffer, U. Enderwitz, H. Steppe & A. Meleis (Hrsg.), *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA* (Pflegetheorie, 2., erg. Aufl., S. 39). Bern: Huber.
- Schäfers, M. & Schachler, V. (2022). Selbstbestimmung und soziale Einbindung. In infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (Hrsg.), *Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales* (S. 116-134). Bonn. Zugriff am 11.07.2022. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-598-abschlussbericht-repraesentativumfrage-teilhabe.pdf?blob=publicationFile&v=4>
- Schäfers, M. (2008). *Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen* (VS Research Gesundheitsförderung - Rehabilitation - Teilhabe, 1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Schallenkammer, N. (2016). Offene Leitfadeninterviews im Kontext sogenannter geistiger Behinderung. In D. Katzenbach (Hrsg.), *Qualitative Forschungsmethoden in der Sonderpädagogik* (1. Aufl., S. 45-55). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schäper, S. (2016). Bedürfnisse und Bedarfslagen von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter - Anforderungen an die Sozial- und Teilhabeplanung. In S. V. Müller & C. Gärtner (Hrsg.), *Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen* (Gesundheit. Politik - Gesellschaft - Wirtschaft, 1. Aufl., S. 91-119). Wiesbaden: Springer VS.
- Schäper, S. & Glasenapp, J. (2016). Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung - Einschätzungen und Eindrücke zum aktuellen Stand. In J. Glasenapp & S. Schäper (Hrsg.), *Barrierefreie Psychotherapie Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel* (S. 4-12). Berlin. Zugriff am 11.06.2022. Verfügbar unter: <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/glasenap-schaper-barrierefreie-pt-intelligenzminderung-dgsgb2016.pdf>
- Schmidt, P. (2018). Die zahnmedizinische Behandlung von Menschen mit Behinderungen. *Der junge Zahnarzt*, (02), 36-39.

- Schrader, K. (2019). Leistungsberechtigter Personenkreis und Partizipationsmöglichkeiten. In Der Paritätische Wohlfahrtsverband (Hrsg.), *BTHG-Umsetzung - Eingliederungshilfe im SGB IX. Ein Praxishandbuch* (Wissen für die Praxis, S. 28-45). Regensburg: Walhalla u. Praetoria Verlag.
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol 15, No 1 (2014). Zugriff am 03.01.2022. Verfügbar unter: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3636>
- Schrooten, K. & Tiesmeyer, K. (2022). Wohnen für Menschen mit Komplexer Behinderung. In K. Tiesmeyer & F. Koch (Hrsg.), *Wohnwunschermittlung bei Menschen mit Komplexer Behinderung. Wahlmöglichkeiten sichern* (1. Aufl., S. 120-137). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schröttle, M., Puchert, R., Arnis, M., Sarkissian, A. H., Lehmann, C., Zinsmeister, J. et al. (2021, November). *Gewaltschutzstrukturen für Menschen mit Behinderungen. Bestandsaufnahme und Empfehlungen*. Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie. Zugriff am 29.06.2022. Verfügbar unter: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-584-gewaltschutzstrukturen-fuer-menschen-mit-behinderungen.pdf;jsessionid=8079DDD88A1F0F52DC2B3109DF1A282F.delivery1-replication? blob=publicationFile&v=2>
- Schulte, A. G. & Schmidt, P. (2021). Mundgesundheit bei Menschen mit Behinderung in Deutschland - eine Literaturübersicht. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Oral health in persons with disability in Germany - an overview of the literature], 64(7), 793-801.
- Schulze, G. C. & Wittrock, M. (2018). Von der Feldtheorie zur Person-Umfeld-Analyse. Entwicklung eines Anamnese- und Förderinstruments in der cross-kategorialen Sonderpädagogik. In J. Alber, S. Kaiser & G. C. Schulze (eds.), *Die Person-Umfeld-Analyse in der Sonder- und Rehabilitationspädagogik. Lehrbuch zur Theorie mit Praxisbeispielen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern* (S. 17-36). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Schulze, G. C. & Wittrock, M. (2008). Schulaversives Verhalten. In B. Gasteiger-Klicpera, H. Julius & C. Klicpera (Hrsg.), *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung* (Handbuch Sonderpädagogik, Band 3, S. 219-233). Göttingen: Hogrefe.
- Schulze, G. C. (2004). Der Feldtheoretische Ansatz nach Kurt Lewin. In M. Wittrock & M. A. Vernooij (Hrsg.), *Verhaltensgestört. Perspektiven, Diagnosen, Lösungen im pädagogischen Alltag* (UTB Sonderpädagogik, Bd. 2523, S. 173-198). Paderborn: Schöningh.

- Schulze, G. C. (2003). Die feldtheoretische Lebensraumanalyse. Ein Konzept für eine prozessgeleitete Diagnostik zur Entwicklung von Fördermaßnahmen im Rahmen einer „cross-categorialen“ Sonderpädagogik. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 5(54), 204-212.
- Schulze Höing, A. (2016). *Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen. Pflegebedarfsanalyse und integrierte Hilfeplanung* (2., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Seidel, M. (2006). Geistige Behinderung - medizinische Grundlagen. In E. Wüllenweber, G. Theunissen & H. Mühl (Hrsg.), *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis* (S. 160-170). Stuttgart: Kohlhammer.
- Seifert, M. (2016a). Individuelle Lebensqualität im Bereich des Wohnens unter inklusiven Bedingungen. In K. Terfloth, U. Niehoff, T. Klauß & S. Buckenmaier (Hrsg.), *Inklusion - Wohnen - Sozialraum: Grundlagen des Index für Inklusion zum Wohnen in der Gemeinde* (S. 52-63). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Seifert, M. (2016b). Wohnen von Menschen mit komplexen Unterstützungsbedarfen. Aktueller Stand und Perspektiven. In G. Theunissen & W. Kulig (Hrsg.), *Inklusives Wohnen. Bestandsaufnahme, Best Practice von Wohnprojekten für Erwachsene mit Behinderung in Deutschland* (S. 65-81). Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag.
- Seidel, M. (2016c). Wohnen. In I. Hedderich, G. Biewer, J. Hollenweger & R. Markowetz (Hrsg.), *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik* (S. 454-458). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland - IVC/Statistik (Hrsg.). (2021, 17. März). *Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen) - 2019/2020*. Berlin. Zugriff am 14.07.2021. Verfügbar unter: [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Aus\\_Sopae\\_2\\_019.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Aus_Sopae_2_019.pdf)
- Sheehan, R., Hassiotis, A., Walters, K., Osborn, D., Strydom, A. & Horsfall, L. (2015). Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 351, 1-9.
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V): Gesetzliche Krankenversicherung. Zugriff am 01.07.2022. Verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Neuntes Buch (IX): Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Zuletzt geändert durch Art. 13 G v. 4.5.2021 I 882. Zugriff am 06.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/2.html>
- Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung. § 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit. Zuletzt geändert durch Art. 46 G v. 20.8.2021. Zugriff am 13.09.2021. Verfügbar unter: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/14.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/14.html)

Sozialgesetzbuch (SGB) - Zwölftes Buch (XII): Sozialhilfe. Zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 10.3.2021 I 335. Zugriff am 06.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxii/1.html>

Spaett, T. (2017). Ein inklusiver Blick auf die Gesundheitsversorgung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. In E. Fischer & Ratz, C. (Hrsg.), *Inklusion - Chancen und Herausforderungen für Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 242-262). Weinheim: Beltz Juventa.

Speck, O. (2018). *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung* (13., aktualisierte Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Stamm, C. (2009). Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung im Elternhaus - familiäre Situation und Zukunftsperspektiven aus Sicht der Hauptbetreuungspersonen. Ergebnisse einer empirischen Studie. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, (7), 255-264.

Statistisches Bundesamt - Destatis. (2020). Pressemitteilung 230. 7,9 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Zugriff am 26.05.2021. Verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20\\_230\\_227.htm](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/06/PD20_230_227.htm)

Steinke, I. (2019). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (Rororo Rowohlt Enzyklopädie, Bd. 55628, 13. Aufl., S. 319-331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Stockmann, J. (2018). Leben mit schwerer Behinderung. Was hält gesund? Was macht krank? Und was wissen wir überhaupt darüber? In N. Maier-Michalitsch (Hrsg.), *Gesundheit und Gesunderhaltung bei Menschen mit Komplexer Behinderung* (S. 43–59). Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben.

Stöltzing, L., Hasseler, M. & Busch, A. (2021). Auf dem Weg zu einem zielgruppenspezifischen Einschätzungsinstrument: Eine explorative Studie zur gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfserhebung bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung im Rahmen des Projektes EIBeMeB. In C. Ding-Greiner (Hrsg.), *Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis* (2., erw. und überarb. Aufl., S. 79-101). Stuttgart: Kohlhammer.

Stöltzing, L. & Hasseler, M. (2020). Erste Ergebnisse einer explorativen Studie zur pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Ein zielgruppenspezifischer Interviewleitfaden. *Pflege & Gesellschaft*, 25(3), 242-255.

Stöppler, R. (2017). *Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung* (Basiswissen der Sonder- und Heilpädagogik, Bd. 4135, 2., aktualisierte Aufl.). München, Basel, München: Ernst Reinhardt Verlag; UTB.



- Stöppler, R. (2015). „Neue Alte“ inklusive?! Risiken und Chancen der Teilhabe von älteren Menschen mit geistiger Behinderung. In U. Meier-Gräwe (Hrsg.), *Die Arbeit des Alltags* (S. 165-180). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Tacke, D., Steffen, H.-T., Möhle, C., Doer, K., Nadolny, S. & Ott-Ordelheide, P. (2021). In der Balance bleiben - ein inklusives Pflegemodell. *PFLEGE Zeitschrift*, 74(6), 26-30.
- Theunissen, G. (2016a). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Lehrbuch für Schule, Heilpädagogik und außerschulische Unterstützungssysteme* (utb Sonderpädagogik, Pädagogik, Bd. 3545, 6., überarb. und erw. Aufl.). Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Theunissen, G. (2016b). Erwachsenenbildung. In M. Dederich, I. Beck, U. Bleidick & G. Antor (Hrsg.), *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (3., erw. und überarb. Aufl., S. 255-257). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (Hrsg.). (2020). *Leitfaden zur sonderpädagogischen Diagnostik im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung*. Erfurt. Zugriff am 22.06.2021. Verfügbar unter: [https://bildung.thueringen.de/fileadmin/schule/inklusion/Diagnostik Geistige Entwicklung.pdf](https://bildung.thueringen.de/fileadmin/schule/inklusion/Diagnostik_Geistige_Entwicklung.pdf)
- Trescher, H. (2017a). *Behinderung als Praxis. Biographische Zugänge zu Lebensentwürfen von Menschen mit "geistiger Behinderung" (unter Mitarbeit von Michael Börner)*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Trescher, H. (2017b). *Wohnräume als pädagogische Herausforderung. Lebenslagen institutionalisiert lebender Menschen mit Behinderung* (Research, 2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Voges, W. (2006). Indikatoren im Lebenslagenansatz: das Konzept der Lebenslage in der Wirkungsforschung. *ZeS Report*, 11(1), 1-6. Zugriff am 27.08.2021. Verfügbar unter: [https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/35739/ssoar-zesrep-2006-1-voges-Indikatoren im Lebenslagenansatz das.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-zesrep-2006-1-voges-Indikatoren im Lebenslagenansatz das.pdf](https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/35739/ssoar-zesrep-2006-1-voges-Indikatoren%20im%20Lebenslagenansatz%20das.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-zesrep-2006-1-voges-Indikatoren%20im%20Lebenslagenansatz%20das.pdf)
- Voges, W., Jürgens, O., Mauer, A. & Meyer, E. (2003). Methoden und Grundlagen des Lebenslagenansatzes. Endbericht (Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Hrsg.). Bremen. Zugriff am 26.08.2021. Verfügbar unter: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/forschungsprojekt-a350-methoden-und-grundlagen-des-lebenslagenansatzes.pdf;jsessionid=9D072F6F4CA88195205FAF557DF36DD4.deli-very2-replication? blob=publicationFile&v=1](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/forschungsprojekt-a350-methoden-und-grundlagen-des-lebenslagenansatzes.pdf;jsessionid=9D072F6F4CA88195205FAF557DF36DD4.deli-very2-replication?blob=publicationFile&v=1)
- von Gontard, A. (2013). Genetische und biologische Grundlagen. In G. Neuhäuser, H.-C. Steinhausen, F. Häßler & K. Sarimski (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4. Aufl., S. 30-43). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- von Unger, H. (2014). Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In H. von Unger, P. Narimani & R. M'Bayo (Hrsg.), *Forschungsethik in der qualitativen Forschung* (S. 15-39). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Wacker, E. (2008). Soziologische Ansätze: Behinderung als soziale Konstruktion. In S. Nußbeck, A. Biermann & H. Adam (Hrsg.), *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung* (Handbuch Sonderpädagogik, Herausgeber der Reihe: Prof. Dr. Johann Borchert und Prof. Dr. Herbert Goetze; Bd. 4, S. 115-158). Göttingen: Hogrefe.
- Walther, K. (2019). Gesundheit inklusive: Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. In K. Walther & K. Römisch (Hrsg.), *Gesundheit inklusive. Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit* (S. 3-15). Wiesbaden: Springer VS.
- Warner, L. M. (2020). Resilienz. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (19., überarb. Aufl., S. 1517-1518). Bern: Hogrefe.
- Wellkamp, R., de Cruppé, W., Schwalen, S. & Geraedts, M. (2021). Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung, eine Querschnittstudie in 3 Werkstätten. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* [Health Care Use by Intellectually Disabled People: A Cross-Sectional Study in three Sheltered Workshops], 1-9.
- Welti, F. & Schmidt-Ohlemann, M. (2020, 6. November). Leistungsberechtigter Personenkreis der Eingliederungshilfe. Online-Workshop der Kommission SGB XII des Deutschen Sozialgerichtstags. Zugriff am 07.07.2021. Verfügbar unter: <https://www.sozialgerichtstag.de/wp-content/uploads/2020/11/SGT-Welti061120.pptx>
- Wingenfeld, K. (2014). Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In D. Schaeffer (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (Studienausgabe, S. 263-290). Weinheim: Beltz Juventa.
- Wirtz, M. A. (2020). Normierung. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (19., überarb. Aufl., S. 1254-1255). Bern: Hogrefe.
- Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A., Danielson, M. L., Bitsko, R. H. et al. (2019). Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017. *Pediatrics*, 144(4).
- Züll, C. & Menold, N. (2019). Offene Fragen. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 855-862). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

## 11 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Lina Stölting, dass ich diese Arbeit selbstständig und ohne fremde unzulässige Hilfe angefertigt und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken als solche kenntlich gemacht habe. Dies gilt auch für in dieser Arbeit verwendete Illustrationen wie Abbildungen und Tabellen sowie für angeführte Quellen aus dem Internet.

Des Weiteren versichere ich, dass der Inhalt dieser Dissertation nicht schon überwiegend für eine Bachelor-, Master-, Diplom- oder ähnliche Prüfungsarbeit verwendet wurde.

Außerdem erkläre ich, dass ich die allgemeinen Prinzipien wissenschaftlicher Arbeit und Veröffentlichung, wie sie in den Leitlinien guter wissenschaftlicher Praxis der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg festgelegt sind, befolgt habe und im Zusammenhang mit dem Promotionsvorhaben keine kommerziellen Vermittlungs- oder Beratungsdienste (Promotionsberatung) in Anspruch genommen worden sind.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# Anhang

## Lebenslagen aus Sicht von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Spannungsfeld Gesundheit, Pflege und Teilhabe

Von der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Fakultät I Bildungs- und Sozialwissenschaften  
zur Erlangung des Grades eines  
Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

genehmigte Dissertation von  
Lina Stölting  
geboren am 18. Juni 1984 in Braunschweig

Referentin: Prof. Dr. Martina Hasseler  
Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften –  
Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel  
Fakultät Gesundheitswesen, Standort Wolfsburg

Korreferentin: Prof. Dr. Gisela C. Schulze  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Korreferentin: Prof. Dr. Annett Thiele  
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg  
Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Tag der Disputation: 11. September 2023

## **Anhangsverzeichnis**

|   |     |
|---|-----|
| Tabellenverzeichnis des Anhangs.....  | 225 |
| Anhang A: Vorlage - Informationsschreiben und Einverständniserklärung inklusive<br>Widerrufserklärung in Anlehnung an <i>Leichte Sprache</i> .....              | 227 |
| Anhang B: Vorlage - Datenerhebungsbogen.....  | 233 |
| Anhang C: Interviewleitfaden .....  | 236 |
| Anhang D: Postskript .....  | 240 |
| Anhang E1: Kategorienleitfaden - Gliederung .....   | 241 |
| Anhang E2: Kategorienleitfaden - Definitionen, Anwendungsbeispiele und Hinweise.....  | 244 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten.....  | 278 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B1.....   | 279 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B2.....   | 282 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B3.....   | 285 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B4.....   | 288 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B5.....   | 290 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B6.....   | 294 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B7.....   | 297 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B8.....   | 300 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B9.....   | 303 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B10.....  | 306 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B11.....  | 309 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B12.....  | 312 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B13.....  | 315 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B14.....  | 319 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B15.....  | 323 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B16.....  | 326 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B17.....  | 329 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B18.....  | 332 |
| Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B19.....  | 334 |
| Anhang G: Kategoriensystem aus der MAXQDA-Arbeitsdatei .....  | 337 |
| Anhang H und I: USB-Stick mit der MAXQDA-Arbeitsdatei inklusive Codebuch (s. Ordner<br>„Anhang H“) sowie den Interviewtranskripten (s. Ordner „Anhang I“) ..... | 344 |

## **Tabellenverzeichnis des Anhangs**

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 1: Kategorienleitfaden - Definitionen, Anwendungsbeispiele und Hinweise ..   | 244 |
| Tabelle 2: Tabellarische Einzelfallübersicht - B1 .....  | 279 |
| Tabelle 3: Tabellarische Einzelfallübersicht - B2 .....  | 282 |
| Tabelle 4: Tabellarische Einzelfallübersicht - B3 .....  | 285 |
| Tabelle 5: Tabellarische Einzelfallübersicht - B4 .....  | 288 |
| Tabelle 6: Tabellarische Einzelfallübersicht - B5 .....  | 290 |
| Tabelle 7: Tabellarische Einzelfallübersicht - B6 .....  | 294 |
| Tabelle 8: Tabellarische Einzelfallübersicht - B7 .....  | 297 |
| Tabelle 9: Tabellarische Einzelfallübersicht - B8 .....  | 300 |
| Tabelle 10: Tabellarische Einzelfallübersicht - B9 .....   | 303 |
| Tabelle 11: Tabellarische Einzelfallübersicht - B10 .....  | 306 |
| Tabelle 12: Tabellarische Einzelfallübersicht - B11 .....  | 309 |
| Tabelle 13: Tabellarische Einzelfallübersicht - B12 .....  | 312 |
| Tabelle 14: Tabellarische Einzelfallübersicht - B13 .....  | 315 |
| Tabelle 15: Tabellarische Einzelfallübersicht - B14 .....  | 319 |
| Tabelle 16: Tabellarische Einzelfallübersicht - B15 .....  | 323 |
| Tabelle 17: Tabellarische Einzelfallübersicht - B16 .....  | 326 |
| Tabelle 18: Tabellarische Einzelfallübersicht - B17 .....  | 329 |
| Tabelle 19: Tabellarische Einzelfallübersicht - B18 .....  | 332 |
| Tabelle 20: Tabellarische Einzelfallübersicht - B19 .....  | 334 |
| Tabelle 21: Übersicht Kategoriensystem - Anzahl der codierten Textsegmente nach<br>Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-<br>Arbeitsdatei) .....                      | 337 |
| Tabelle 22: HK 1. Person - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und<br>Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei) ...  | 338 |
| Tabelle 23: HK 2. Wohneinrichtung I - Anzahl der codierten Textsegmente nach<br>Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-<br>Arbeitsdatei) .....                         | 339 |
| Tabelle 24: HK 2. Wohneinrichtung II - Anzahl der codierten Textsegmente nach<br>Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-<br>Arbeitsdatei) .....                        | 340 |
| Tabelle 25: HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung - Anzahl der codierten<br>Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-<br>Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei) .....          | 341 |
| Tabelle 26: HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme - Anzahl der codierten<br>Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-<br>Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei) ..... | 342 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 27: HK 5. Arbeit - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei) ...           | 342 |
| Tabelle 28: HK 6. Öffentlichkeit - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei) ..... | 343 |

## Anhang A: Vorlage - Informationsschreiben und Einverständniserklärung inklusive Widerrufserklärung in Anlehnung an *Leichte Sprache*



Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften  
– Hochschule Braunschweig/Wolfenbüttel  
Fakultät Gesundheitswesen  
Lina Stölting  
Förderschullehrerin/Promotionsstudentin  
E-Mail: l.stoelting@ostfalia.de  
Tel.: 0511 21946643 (Home-Office)  
Mobil: 0176 23175215

*Ort, Datum*

### Info-Schreiben und Einverständnis-Erklärung<sup>1</sup>

Liebe Interessierte,

vielen Dank für Ihre Zeit.

Mein Name ist Lina Stölting.

Ich bin Promotions-Studentin an der Universität in Oldenburg.

Mein Promotions-Projekt heißt:

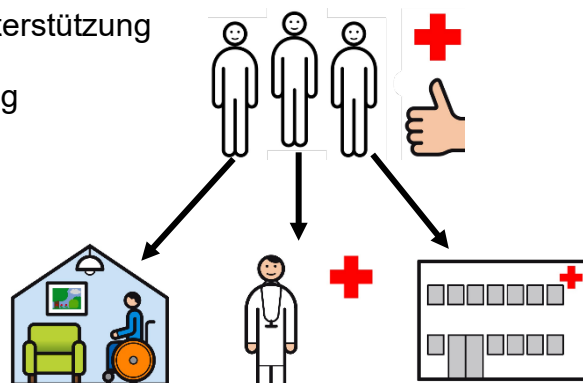
Lebens-Lagen aus Sicht von Menschen mit geistiger Behinderung im  
Spannungs-Feld Gesundheit, Pflege und Teilhabe



### **Worum geht es in meinem Projekt?**

Es geht um Gesundheit, Pflege und Unterstützung  
von Menschen mit geistiger Behinderung

- in der Wohn-Einrichtung
- bei Ärzten
- im Kranken-Haus



<sup>1</sup> Alle verwendeten Symbole sind von METACOM © Annette Kitzinger.



## **Befragung**

Ich bin an Ihrer Meinung interessiert.

Daher möchte ich Sie befragen.



In der Befragung geht es um Ihre Gesundheit und Pflege.

- Welche Dinge machen Sie allein?
- Wobei brauchen Sie Unterstützung?
- Wie viel Unterstützung brauchen Sie?
- Welche Dinge sind Ihnen wichtig?
- Wobei wünschen Sie sich mehr Unterstützung?



Die Befragung wird auf-genommen  
und auf-geschrieben.



Diese **Infos** werden auch gefragt  
und auf-geschrieben:

- Sind Sie weiblich, männlich oder divers?
- Wie alt sind Sie?
- Haben Sie Krankheiten?
- Haben Sie körperliche Beeinträchtigungen?
- Haben Sie seelische Beeinträchtigungen?
- Haben Sie andere Beeinträchtigungen?



### **Was passiert mit Ihren Infos?**

Nur Frau Stölting arbeitet mit Ihren Infos.

Ihre Infos werden nicht weiter-gegeben.

Ihre Infos sind auf dem Computer von Frau Stölting gesichert  
oder in einem Schrank eingeschlossen.

Nach dem Projekt werden Ihre Infos gelöscht.

Keiner weiß, dass es um Sie geht.

Ihr Name, Ihre Adresse und andere Infos über Ihre Person  
werden nicht genannt.

Sie bleiben a-no-nym.



### **Zur Einverständis-Erklärung**

**Mit meiner Unter-Schrift bestätige ich:**



- Ich möchte bei dem Projekt mitmachen.
- Meine Befragung darf auf-genommen und auf-geschrieben werden.
- Infos über mich dürfen auch auf-geschrieben werden.
- Frau Stölting darf in ihrem Projekt mit meiner Befragung und meinen Infos arbeiten.
- Ich bleibe a-no-nym.

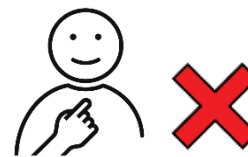
**Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch:**



- Ich habe das Info-Schreiben, die Einwilligungs-Erklärung und Widerrufs-Erklärung bekommen.
- Ich habe verstanden, worum es in dem Projekt geht.
- Ich hatte genug Zeit, mich zu entscheiden.
- Ich mache frei-willig mit.



- Ich kann immer sagen, wenn ich nicht mehr teil-nehmen möchte.
- Dann benutze ich die Widerrufs-Erklärung auf der letzten Seite.
- Alle Infos über mich werden gelöscht.
- Mir passiert dadurch nichts.



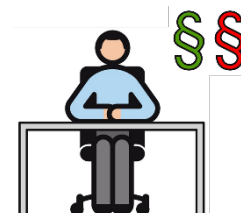
**Rechts-Grundlage**

Zum Schutz Ihrer Infos und Ihrer Person gibt es die Datenschutz-Grundverordnung. Kurz heißt sie DSGVO.



**Haben Sie Fragen zu Ihrem Daten-Schutz?**

Dann schreiben Sie dem Datenschutz-Beauftragten. Der Datenschutz-Beauftragte heißt Professor Ulrich Klages. Seine E-Mail-Adresse lautet [u.klages@ostfalia.de](mailto:u.klages@ostfalia.de).



**Haben Sie noch Fragen zum Projekt?**

Dann rufen Sie mich an

oder schreiben Sie mir.



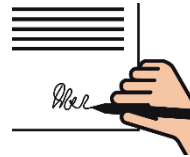
Lina Stölting

Telefon-Nummer: 0511 21946643

Handy-Nummer: 0176 23175215

E-Mail-Adresse: l.stoelting@ostfalia.de oder lina.stoelting@gmx.de

**Unter-Schriften – Ja, ich mache mit.**



\_\_\_\_\_  
Vor-Name und Nach-Name in Druck-Schrift (Teilnehmer)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unter-Schrift (Teilnehmer)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unter-Schrift (ggf. rechtliche Betreuung)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unter-Schrift (Projekt-Leiterin Lina Stölting)

**Widerrufs-Erklärung**



**Hiermit möchte ich,**

dass die Befragung mit mir  
und alle Infos über mich  
sofort gelöscht werden.



**alles löschen**



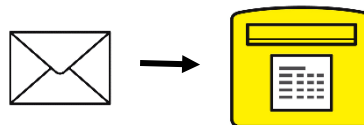
Meine Nummer heißt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unter-Schrift (Teilnehmer)

**Bitte schicken Sie die Widerrufs-Erklärung an:**

Lina Stölting  
Flüggestraße 19  
30161 Hannover



**Anhang B: Vorlage - Datenerhebungsbogen**

**Persönliche Angaben**

|                                |
|--------------------------------|
| Alter (TT.MM.JJJJ):            |
| Geschlecht (m/w/d):            |
| Geburtsort/-land:              |
| Ggf. seit wann in Deutschland: |

**Haben Sie eine rechtliche Betreuung?**

|                       |      |
|-----------------------|------|
| <input type="radio"/> | Ja   |
| <input type="radio"/> | Nein |

**Aktuelle Wohnsituation**

**Bitte kreuzen Sie Ihr aktuell wahrgenommenes Wohnangebot an.**

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Eigene Wohnung mit ambulanter Assistenz/Unterstützung                   |
| <input type="radio"/> | Wohngemeinschaft mit ambulanter Assistenz/Unterstützung                 |
| <input type="radio"/> | Wohngruppe in einer Wohnstätte mit stationärer Assistenz/Unterstützung  |
| <input type="radio"/> | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung |
| <input type="radio"/> | Sonstiges Wohnangebot (bitte angeben):                                  |

**Wie lange wohnen Sie in dem aktuell wahrgenommenen Wohnangebot?**

Seit: \_\_\_\_\_

**Bestehende (Haupt-)Diagnosen und Beeinträchtigungen**

Liegen eine oder mehrere (Haupt-)Diagnosen vor?

|                       |      |
|-----------------------|------|
| <input type="radio"/> | Ja   |
| <input type="radio"/> | Nein |

Wenn „ja“, welche (Haupt-)Diagnose/n liegt/liegen vor?

---

---

---

---

Liegen zusätzliche körperliche Beeinträchtigungen vor?

|                       |      |
|-----------------------|------|
| <input type="radio"/> | Ja   |
| <input type="radio"/> | Nein |

Wenn „ja“, welche Beeinträchtigung/en liegen vor?

---

---

---

---

Liegen zusätzliche seelische Beeinträchtigungen vor?

|                       |      |
|-----------------------|------|
| <input type="radio"/> | Ja   |
| <input type="radio"/> | Nein |

Wenn „ja“, welche Beeinträchtigung/en liegen vor?

---

---

---

---

**Liegen zusätzliche gesundheitliche und/oder sonstige Beeinträchtigungen vor?**

|                       |      |
|-----------------------|------|
| <input type="radio"/> | Ja   |
| <input type="radio"/> | Nein |

**Wenn „ja“, welche Beeinträchtigung/en liegen vor?**

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme und Unterstützung!**

Hinweis:

Alle von Ihnen getätigten Angaben werden strengstens vertraulich behandelt und pseudonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Auf die Wahrung Ihrer Anonymität wird strengstens geachtet.

Genauere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, zu dem vertraulichen Umgang, der Wahrung Ihrer Anonymität, zu dem Prinzip der Freiwilligkeit, zu Ihrem Recht auf Widerruf und Löschung Ihrer Daten finden Sie in Ihrer Einverständniserklärung.

**Bei aufkommenden Fragen kontaktieren Sie mich bitte jederzeit:**

Lina Stölting

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen  
Promotionsstudentin, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik  
Tel.: 0511 21946643 (Homeoffice)

Mobil: 0176 23175215

E-Mail: l.stoelting@ostfalia.de oder lina.stoelting@gmx.de



## Anhang C: Interviewleitfaden

### Zur Befragung der persönlichen Erfahrungen und möglichen Perspektiven bezüglich der erfahrenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

#### Aufbau:

- I. Gesprächseinstieg mittels Fotos
- II. Persönliche Erfahrungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung
- III. Eigene Wahrnehmung der Veränderung der individuellen Bedürfnisse in Bezug auf den gesundheitlichen und pflegerischen Bedarf
- IV. Werden aus Sicht der befragten Person die veränderten Bedürfnisse und/oder Bedarfe von der Außenwelt (Bezugsbetreuer\*in, Assistent\*in, Freund\*innen, Eltern, Gesundheitsprofessionen, sonstigen Personen) wahrgenommen?
- V. Perspektiven/Wünsche in Bezug auf die erfahrene gesundheitliche und pflegerische Versorgung und darüber hinaus

#### **I. Gesprächseinstieg mittels zweier mitgebrachter Fotos**

*Der\*Die Interviewpartner\*in wurde im Vorfeld gebeten, ein aktuelles Foto sowie ein Foto, was sie\*ihn als junge erwachsene Person zeigt, mitzubringen. Zunächst soll unabhängig von dem tatsächlichen Fokus der Befragung über die Fotos gesprochen werden, um eventuelle Nervosität/Aufregung abbauen zu können und die befragte Person mit ihrer Lebenswelt in den Mittelpunkt zu stellen.*

#### **II. Persönliche Erfahrungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung**

- Was machen Sie *-hiervon-* allein?  
*(unterstützt mit dem Foto „allein“ und Impulskarten; auf Teppichfliese anordnen → Foto „aktuell“ oben links, Karten darunter)*
  - aufstehen
  - waschen/duschen/Zähne putzen
  - an-/ausziehen
  - Toilettengänge
  - essen/trinken
  - Tabletten oder Tropfen nehmen, Salben benutzen, einen Verband anlegen
  - zum Arzt gehen
  - ins Krankenhaus gehen
  - Was machen Sie bei Schmerzen? Sprechen Sie jemanden an? Wer hilft Ihnen?

↓

- Bei welchen Dingen brauchen Sie manchmal/teilweise Hilfe?  
(unterstützt mit Bildkarte „ich/wir“ und Impulskarten; auf Teppichfliese zuordnen ggf. umordnen → Bildkarte „ich/wir“ oben Mitte, Bildkarten darunter)
  - Wer hilft Ihnen?
  - Wen bitten Sie um Hilfe?
- Bei welchen Dingen brauchen Sie immer Hilfe?  
(unterstützt mit Bildkarte „wir“ und Impulskarten; auf Teppichfliese zuordnen ggf. umordnen → Bildkarte „wir“ oben rechts, Bildkarten darunter)
  - Wer hilft Ihnen?
  - Wen bitten Sie um Hilfe?

(Hilfe-)Plan (ggf. neue Teppichfliese; Bildkarte „Plan“)

- Für welche von diesen Dingen (bei denen Sie Hilfe brauchen) machen Sie zusammen mit Ihren Betreuern einen Plan?
- Treffen Sie sich mit -Name-?
- Machen Sie zusammen mit Frau/Herrn -Name- einen Plan, wobei Sie Hilfe brauchen? (zusätzliche Bildkarte „Plan“)
- Wie sprechen Sie miteinander, z.B. über Bilder, mit den Händen ...? Klappt das immer?
- Weiß Frau/Herr -Name-, was Sie möchten?
- Woran merken Sie das?

### III. Eigene Wahrnehmung der Veränderung der individuellen Bedürfnisse in Bezug auf den gesundheitlichen und pflegerischen Bedarf

- Als Sie jünger waren (Einsatz Foto „früher“), was konnten Sie von diesen Dingen (Bezug auf die bereits gelegten Karten auf Teppichfliese) allein/besser/mit weniger Hilfe machen? (neue Teppichfliese mit Foto „früher“ oben in der Mitte, Karten zuordnen lassen)
  - Warum brauchen Sie jetzt mehr Hilfe? Was hat sich verändert? Was hat sich noch verändert?
  - Bitte nennen Sie ein Beispiel. (Bezugnahme Karten)

-Sollte der\*die Interviewpartner\*in keine Fotos verfügbar haben, wird nach der Zeit in der Abschlussstufe (in der Regel Förderschule Geistige Entwicklung), nach dem Eintritt in das Erwachsenenleben, ersten Arbeitsstelle etc. gefragt, um Erinnerungen zu aktivieren.-

- Was hat sich noch verändert? (Hinzuziehen Foto „früher“ und Foto „heute“) z.B.:
  - mit Ihrem Körper (Bildkarte „Körper“),
  - mit Ihrem Gedächtnis (Bildkarte „Gedächtnis“)
  - mit Ihrer Stimmung, wie Sie sich fühlen (Bildkarte „Gefühle“)
  - Können Sie ein Beispiel nennen?



- Wie schätzen Sie Ihren Zustand ein? (Foto „früher“ und Skalierungskarten „schlecht“, „mittel“, „gut“ und Bildkarten „Körper“, „Gedächtnis“, „Stimmung“)
  - Körper
  - Gedächtnis
  - Stimmung
- Wie schätzen Sie Ihren Zustand ein? (Foto „heute“ und Skalierungskarten „schlecht“, „mittel“, „gut“)
  - Körper
  - Gedächtnis
  - Stimmung
- Was ist jetzt anders? -mit *Bezug auf die vorgenommene Einschätzung*- Bitte nennen Sie ein Beispiel.

*-weitere Fragen-*

- Mussten Sie deshalb *-konkret benennen-* schon einmal zum Arzt gehen? Möchten Sie deshalb *-konkret benennen-* zum Arzt gehen? (*Bildkarte „Arzt“*)
  - Was hat der\*die Arzt\*in gesagt?
  - Wie sprechen Sie miteinander, z.B. über Bilder, mit den Händen ...? Klappt das immer?
  - Wer geht mit Ihnen zum\*r Arzt\*in?
  - Welche Hilfe haben Sie vom Arzt\*in bekommen?
- Mussten Sie deshalb *-konkret benennen-* schon einmal ins Krankenhaus? (*Bildkarte „Krankenhaus“*)
  - Wie lange waren Sie da, zwei Tage, eine Woche?
  - Was haben die Ärzte\*innen gemacht?
  - Was haben die Ärzte\*innen gesagt?
  - Wie haben Sie miteinander gesprochen, z.B. über Bilder, ...? Hat das immer geklappt?
  - Wer hat Ihnen geholfen im Krankenhaus? Wer war bei Ihnen, z.B. Ihre Eltern, Ihre Betreuer\*in ...?
- Was ist seitdem *-konkret benennen-* anders? z.B.:
  - Bekommen Sie mehr Hilfe zu Hause?
  - Wobei bekommen Sie mehr Hilfe? Können Sie ein Beispiel nennen?
  - Nehmen Sie Medikamente, z.B. Tabletten, bekommen Sie Spritzen ...?
- Gehen Sie regelmäßig zum Arzt\*in, z.B. jede Woche, einmal im Monat?
  - Gehen Sie allein? Begleitet Sie jemand?

↓

**IV. Werden aus Sicht des\*der Bewohners\*in die veränderten Bedürfnisse von der Außenwelt (Bezugsbetreuer\*in, Assistent\*in, Pflegepersonal, ärztliches Personal, Eltern, sonstige Personen) wahrgenommen?**

- -Bezugnahme Zuordnung „früher“ und „heute“- primär Teppichfliese „heute“ mit Skalierung → Bezug vorgenommene Zuordnung III.)
- Wer hat bemerkt, dass sich mit Ihrem Körper/Ihrem Gedächtnis/Ihrer Stimmung etwas verändert hat?
  - Sagen Sie, dass Sie mehr Hilfe brauchen?
  - Wem sagen Sie, dass Sie mehr Hilfe brauchen?
  - Sagen Sie ihrem\*r Arzt\*in, dass Sie mehr Hilfe brauchen? (Bildkarte „Arzt\*in“)
- Fragt Ihr/e Bezugsbetreuer/in -Name-
  - Ein\*e Betreuer\*in,
  - Ihr\*e Arzt\*in,
  - ein\*e Freund\*in, ein\*e Mitbewohner\*in oder ein Elternteil,ob Sie mehr Hilfe brauchen?
- Wobei bekommen Sie mehr Hilfe? Können Sie ein Beispiel nennen? (Impuls-/Bildkarten)
- Von wem bekommen Sie mehr Hilfe? z.B.:
  - von Ihrem\*r Arzt\*in
  - von Frau/Herrn ... im Wohnheim
- Können Sie ein Beispiel nennen?

**V. Perspektiven/Wünsche in Bezug auf die Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung**

- Wenn Sie sich Ihre Hilfen anschauen (Bezugnahme auf zugeordnete Bildkarten), was finden Sie gut? Was finden Sie so mittelmäßig? Was finden Sie schlecht? (neue Teppichfliese, Skalierungskarten „gut“, „mittel“, „schlecht“; Bildkarten erneut zuordnen; übergeordnetes Bild „wir“ als Themenkomplex: „Hilfen“)
  - -Bezug auf vorgenommene Zuordnung- Warum finden Sie diese Hilfe -konkret benennen- gut/mittel/schlecht?
  - Bitte nennen Sie ein Beispiel.
  -
- Bei welchen Dingen möchten Sie Hilfe? Welche Hilfen wünschen Sie sich?
- Bei welchen Dingen brauchen Sie *mehr* Hilfe?
- Wie kann man Ihre Hilfen verbessern? Haben Sie Ideen?
- Können Sie ein Beispiel nennen? (Impuls-/Bildkarten)
- Gibt es weitere Dinge, die Sie sich wünschen?

**Anhang D: Postskript**

**Protokollbogen: Interviewdurchführung**

**Informationen zum Interview:**

Interviewvariable: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Dauer: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten während des Interviews:**

(z.B. Teilnahme von weiteren Personen, Gesprächsatmosphäre, Befindlichkeiten, Gesprächsverlauf, Verständnis der Fragen und Skalen, Konzentration, besondere Themen, Störungen und Unterbrechungen, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Anhang E1: Kategorienleitfaden - Gliederung**

**Legende:** HK = Hauptkategorie SK = Subkategorie SSK = Sub-Subkategorie SSSK = Sub-Sub-Subkategorie

### **HK 1. Person**

#### SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen

- SSK 1.1.1 Positive Erlebnisse
- SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse
- SSK 1.1.3 Biografische Informationen

#### SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen

- SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen
- SSK 1.2.2 Negative Überzeugungen

#### SK 1.3 Glaube an Gott

#### SK 1.4 Persönliches Eigentum

#### SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele

- SSK 1.5.1 Person
- SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation
  - SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung
  - SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung
  - SSSK 1.5.2.3 Freizeitgestaltung und Reisen
  - SSSK 1.5.2.4 Soziale Kontakte und Freundschaften
  - SSSK 1.5.2.5 Partnerschaft/Heirat
  - SSSK 1.5.2.6 Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz
  - SSSK 1.5.2.7 Bauliche Gegebenheiten
- SSK 1.5.3 Allgemeine Gesundheitsversorgung
- SSK 1.5.4 Familienangehörige und Heimat

#### SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit

- SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert
- SSK 1.6.2 Zustand hat sich verbessert
- SSK 1.6.3 Zustand ist unverändert
- SSK 1.6.4 Aktueller Zustand ist gut

#### SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit

- SSK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert
- SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert
- SSK 1.7.3 Zustand ist gleichbleibend gut
- SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig

#### SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen

### **HK 2. Wohneinrichtung**

#### SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung

- SSK 2.1.1 Essen und Trinken
  - SSSK 2.1.1.1 Selbstständig
  - SSSK 2.1.1.2 Mit Unterstützung
- SSK 2.1.2 An- und Ausziehen, Kleidung aussuchen
  - SSSK 2.1.2.1 Selbstständig
  - SSSK 2.1.2.2 Mit Unterstützung
- SSK 2.1.3 Aufstehen
  - SSSK 2.1.3.1 Selbstständig
  - SSSK 2.1.3.2 Mit Unterstützung
- SSK 2.1.4 Körperpflege und -hygiene
  - SSSK 2.1.4.1 Selbstständig
  - SSSK 2.1.4.2 Mit Unterstützung
- SSK 2.1.5 Umgang mit Geld
  - SSSK 2.1.5.1 Selbstständig
  - SSSK 2.1.5.2 Mit Unterstützung
  - SSSK 2.1.5.3 Umgang unklar
- SSK 2.1.6 Wäsche waschen



## **HK 2. Wohneinrichtung**

### SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen

#### SSK 2.2.1 Schmerz erleben

##### SSSK 2.2.1.1 Selbstständiger Umgang

##### SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung

#### SSK 2.2.2 Hilfsmittel

##### SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln

##### SSSK 2.2.2.2 Selbstständiger Umgang

##### SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung

#### SSK 2.2.3 Medikation

#### SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen

### SK 2.3 (Mit-)Bewohner\*innen

#### SSK 2.3.1 Bestehende Freund- und Bekanntschaften

#### SSK 2.3.2 Bestehende Partnerschaften

#### SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren

#### SSK 2.3.4 Diebstahl und Sachbeschädigung

### SK 2.4 Wohngruppenvertretung

### SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe

#### SSK 2.5.1 Positive Wahrnehmung/Beurteilung

#### SSK 2.5.2 Negative Wahrnehmung/Beurteilung

#### SSK 2.5.3 Wertfreie Aussagen/ambivalente Wahrnehmung

#### SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung

### SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit

### SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste

#### SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote

##### SSSK 2.7.1.1 Selbstständig

##### SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung

##### SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen

##### SSSK 2.7.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen

##### SSSK 2.7.1.5 Behandlungsabläufe, Versorgungsstrukturen und

##### Sonstiges

#### SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote

##### SSSK 2.7.2.1 Selbstständig

##### SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung

##### SSSK 2.7.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen

##### SSSK 2.7.2.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen

##### SSSK 2.7.2.5 Behandlungsanlässe, -abläufe und Sonstiges

#### SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung)

#### SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote

### SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote

#### SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies

#### SSK 2.8.2 Freizeitangebote

#### SSK 2.8.3 Urlaub und Reisen

### SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote

### SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten

### SK 2.11 Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation



### **HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung**

#### SK 3.1 Ambulante Versorgung

- SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis
  - SSSK 3.1.1.1 Selbstständig
  - SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung
  - SSSK 3.1.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen
  - SSSK 3.1.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen
  - SSSK 3.1.1.5 Behandlungsanlässe und -abläufe
- SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis
  - SSSK 3.1.2.1 Selbstständig
  - SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung
  - SSSK 3.1.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen
  - SSSK 3.1.2.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen
  - SSSK 3.1.2.5 Anlässe, Frequenz und Behandlung
- SSK 3.1.3 Psychotherapie
- SSK 3.1.4 Auswahl der ärztlichen Personen

#### SK 3.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung

#### SK 3.3 Stationäre Versorgung

- SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte
  - SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung
  - SSSK 3.3.1.2 Besuch
  - SSSK 3.3.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen
  - SSSK 3.3.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen
  - SSSK 3.3.1.5 Aufnahmegründe, Aufenthaltsdauer und Sonstiges
- SSK 3.3.2 Psychiatrieaufenthalte

### **HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme**

#### SK 4.1 Freund- und Bekanntschaften (extern)

#### SK 4.2 Partnerschaft (extern)

#### SK 4.3 Eltern und Geschwister

- SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung
- SSK 4.3.2 Wahrgenommene soziale Kontakte/Beziehungen

#### SK 4.4 Sonstige Familienangehörige

#### SK 4.5 Außerfamiliäre rechtliche Betreuung

### **HK 5. Arbeit**

#### SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben

#### SK 5.2 Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte)

#### SK 5.3 Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte)

#### SK 5.4 Arbeitslohn

#### SK 5.5 Veranstaltungen und Projekte über die Arbeitsstätte

#### SK 5.6 Sonstige Rahmenbedingungen

### **HK 6. Öffentlichkeit**

#### SK 6.1 Mobilität

#### SK 6.2 Einkaufen und essen gehen

#### SK 6.3 Angst vor Diskriminierung/Gewalt



## Anhang E2: Kategorienleitfaden - Definitionen, Anwendungsbeispiele und Hinweise

Tabelle 1: Kategorienleitfaden - Definitionen, Anwendungsbeispiele und Hinweise

**Legende:** HK = Hauptkategorie SK = Subkategorie SSK = Sub-Subkategorie SSSK = Sub-Sub-Subkategorie

| Name der Hauptkategorien und den zugehörigen Sub-(Sub-Sub-)kategorien | Inhaltliche Beschreibung und Anwendung   | Anwendungsbeispiele  | Weitere Codierhinweise<br>(z.B. Schlagwörter, weitere Anwendungen, Abgrenzungen zu anderen Kategorien, Hinweise für die weiterführende Analyse)   |
|---|--|--|---|
| <b>HK 1. Person</b>   |  |  |   |
| <u>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</u>                        | Unter dieser Kategorie (Begriff „lebensgeschichtliche Erfahrungen“ in Anlehnung an Faltermaier, 2017, S. 231) werden alle Textpassagen bzw. Aussagen der interviewten Personen summiert, die biografische Informationen, Berichte über vergangene Lebensabschnitte, Ereignisse, soziale Beziehungen und Erfahrungen im Kindes-, Jugend- und -abhängig vom aktuellen Alter - ggf. im jungen Erwachsenenalter enthalten. | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK zugeordnet. | <p>Unter dieser Kategorie sind auch Aussagen der Interviewteilnehmenden erfasst, die inhaltlich den anderen HK (Wirkungsräumen) zuzuordnen wären, sobald die genannten Aspekte, Personen und Beziehungen gegenwärtig nicht mehr fortbestehen (abgesehen von ihren Auswirkungen). Eine Ausnahme bilden geschilderte Erfahrungen zu vergangenen Krankenhausaufenthalten und Kontakten mit haus- und fachärztlichem Personal, die nicht mit Schlagwörtern wie „schon lange her“ o.ä. beschrieben werden oder im Kindes- und Jugendalter stattgefunden haben. Diese Textsegmente werden unter SK 2.7 <i>Integrierte Gesundheitsdienste</i>, SK 3.1 <i>Ambulante Versorgung</i> oder SK 3.3 <i>Stationäre Versorgung</i> summiert.</p> <p>Kontextbezogen können aus den unter dieser Kategorie summierten Aussagen gegenwärtig bestehende Barrieren und Ressourcen hervorgehen, wie z.B. bestehende Ängste, positive sowie negative Auswirkungen auf die Identitätsbildung und/oder Bewältigungskompetenzen und -strategien (s. hierzu SK 1.2), emotionale Befindlichkeit (s. z.B. SK 1.7 <i>Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</i>) etc., die ggf. im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten und ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen werden.</p> |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| SSK 1.1.1 Positive Erlebnisse                       | Unter dieser Kategorie sind alle von den befragten Personen positiv beschriebenen lebensgeschichtlichen Erfahrungen - wie unter SK 1.1 genauer skizziert - erfasst.  | B14: Das bin ich, noch als kleiner Junge. I: Wie alt sind Sie auf dem Bild? B14: Oh (...) M14: Du hast doch gesagt, irgendwas von Konfirmation, oder? B14: Wir hatten eine Konfirmation hinter uns. I: Ah, okay. B14: Ja. I: War das Ihre Konfirmation? B14: Ja. Das war richtig toll. Haben wir eine schöne Uhr geschenkt gekriegt und war richtig klasse mit Buffet. I: Mhm. B14: Ja, richtig klasse. (B14, Pos. 86-96)  | → s. Hinweise unter SK 1.1<br><br>Die Schilderungen enthalten positiv besetzte Adjektive („toll“, „schön“) und/oder lebhaftere Erzählungen, z.B. die befragte Person klatscht währenddessen in die Hände, lacht.  |
| SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse                | Unter dieser Kategorie werden alle von den Interviewteilnehmenden negativ besetzten lebensgeschichtlichen Erfahrungen sowie kritische Lebensereignisse summiert, z.B. der Verlust von Familienmitgliedern und nahestehenden Personen, die Trennung der Eltern, Unfälle und schwere Erkrankungen, Erfahrungen verschiedener Formen von Gewalt, Fremdbestimmung und Diskriminierung in unterschiedlichen Lebenskontexten in der Vergangenheit.   | B5: Aber die Klinik, wo ich geboren bin, die war so klein, die gibt es nicht mehr und den Arzt gibt es Gott sei Dank auch nicht mehr, weil (...) der Arzt gesagt hat, „Geben Sie der nur mal was zu essen. Geben Sie ihr eine frische Windel. Die lebt nur noch ein paar Tage und dann ist sie (...)“. Aber das (...) früher, wenn mich einer danach gefragt hat, wie fühlst du dich, habe ich immer gesagt, dass ich nicht darüber sprechen will. Jetzt kann ich da schon mit umgehen, so ein bisschen, ne. Ab und zu sage ich auch nochmal pää. (B5, Pos. 286) | → s. Hinweise unter SK 1.1<br><br>Neben der in der Spalte „inhaltliche Beschreibung“ angeführten Beispiele werden unter dieser Kategorie zudem Aussagen über lebensgeschichtliche Erfahrungen summiert, die negativ besetzte Adjektive enthalten.   |
| SSK 1.1.3 Biografische Informationen                | Unter dieser Kategorie sind Textsegmente summiert, die Aussagen über vergangene lebensgeschichtliche Erfahrungen, biographische Informationen aus der Kindheit, Jugendzeit und/oder - abhängig vom aktuellen Alter - ggf. aus dem jungen Erwachsenenalter enthalten, die keine bzw. keine eindeutig vorgenommene Bewertung seitens der Person aufweisen.   | I: Und waren Sie schon einmal in einem richtigen Krankenhaus, was außerhalb war in den letzten Jahren? B5: Aber das ist schon lange her. I: Okay. B5: Wegen einer Hüft-OP. Da habe ich acht Stunden im OP gelegen, um wieder zu richten, weil die mir herausgerutscht waren. I: Wie alt waren Sie da in etwa, können Sie das sagen? B5: Dreizehn. (B5, Pos. 172-177)   | → s. Hinweise unter SK 1.1<br><br>Die Aussagen enthalten allgemeine rein biografische Informationen, keine positiv oder negativ besetzten Adjektive oder die Person schwankt im Laufe der Erzählung zwischen positiv und negativ besetzten Aussagen in Bezug auf einen Aspekt, sodass die Bewertung der Person nicht eindeutig ableitbar ist.   |
| <u>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</u> | Unter dieser Kategorie sind alle Textstellen erfasst, die Informationen über die Einschätzung der eigenen Person (Identität), der persönlichen Bewältigungsstrategien und/oder Handlungskompetenzen beinhalten.<br>↓<br>In Anlehnung an Faltermaier (2017, S. 308f.; 2018a) untergliedert sich das Konzept der <i>Identität</i> in eine kognitive Komponente (das Selbstkonzept), eine emotionale Dimension (das Selbstwertgefühl) und eine motivationale Komponente (die Kontrollüberzeugung). Zu bedenken gibt es dabei nach Faltermaier (2017, S. 309), dass die Wahrnehmung und Beurteilung des Selbst immer im reflexiven wechselseitigen Interaktionsprozess mit der gegenwärtig subjektiv erfahrenen sozialen Umwelt erfolgt. Bewältigungskompetenzen beinhalten Fähig- und Fertigkeiten, mit An- und | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK zugeordnet.   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf bestehende personale Schutzfaktoren und Ressourcen oder auch personale Risikofaktoren und Barrieren und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.<br><br>Abgrenzung: Handlungskompetenzen im Sinne von Fähig- und Fertigkeiten, die im Zusammenhang mit speziellen Aktivitäten der alltäglichen Lebensführung und Selbstversorgung, bestimmten gesundheitsbedingten Anforderungen oder der Wahrnehmung von internen oder externen Versorgungsangeboten stehen, werden unter den |

|                                       |   |  |   |
|---------------------------------------|---|--|---|
|                                       | Herausforderungen umzugehen und erfolgreich zu meistern. Nach dem hiesigen Verständnis in Anlehnung an Faltermaier (2018a, S. 22f.) stehen sie in engem Zusammenhang mit der Identitätsbildung.   |  | zugehörigen SSK bzw. SSSK von SK 2.1, 2.2, 2.7, 3.1, 3.2 oder 3.3 summiert.   |
| SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen      | Unter SSK 1.2.1 werden alle von den befragten Personen getätigten Äußerungen summiert, die positive Überzeugungen und Zuversicht in Bezug auf die eigene Person, Lebenssituation, die eigene Behinderung und/oder Selbstwirksamkeit beinhalten sowie Textpassagen, in denen vorhandene Fähig- und Fertigkeiten und/oder Bewältigungsstrategien angesprochen werden. | B11: Manchmal habe ich auch so Phasen, wo ich die Spastik am liebsten zum Mond schießen würde. I: Mhm. B11: Manchmal geht sie mir echt auf den Keks. I: Mhm. Hast du dann irgendetwas? (...) Hörst du dann wieder Musik oder hast du dann irgendwas anderes, um dann auf andere Gedanken zu kommen? B11: Wenn meine Spastik mich echt nervt, dann nehme ich mein Kuschelbär und (...) I: Nimmst den dann in Arm? B11: Ja. (B11, Pos. 402-408; Anmerkung: B11 hat darum gebeten, geduzt zu werden.) | → s. Hinweise unter SK 1.2  |
| SSK 1.2.2 Negative Überzeugungen      | Unter SSK 1.2.2 werden alle getätigten Äußerungen der Interviewteilnehmenden summiert, die negative Überzeugungen, Zweifel und/oder Resignation in Bezug auf die eigene Person, Lebenssituation, Selbstwirksamkeit, den Umgang mit als bedeutsam empfundenen Situationen und/oder in Bezug auf die eigenen Handlungskompetenzen beinhalten.                         | B5: Das ist manchmal (...). Ich weiß auch schon, die Betreuer haben gar nicht so viel Zeit bei so vielen. I: Mhm. B5: Das weiß ich auch, ne. I: Ja. B5: Das kriege ich auch alles mit und das Mitkriegen (...) manchmal sage ich mir selbst, „Ich bin froh, dass ich so bin wie ich bin.“, aber manchmal sage ich mir auch, „Wärst du doch ein bisschen matschig.“, ne. Dann würde ich das alles nicht mehr so mitbekommen. Nicht so viel matschig, sondern so leicht. (B5, Pos. 751-755)          | → s. Hinweise unter SK 1.2<br><br>Wie auch anhand des Anwendungsbeispiels deutlich wird, muss zum Teil der Kontext mit einbezogen werden, sodass es bei der Kodierung zu Überschneidungen kommen kann, die aber auch gleichzeitig Hinweise auf Wechselwirkungen geben können (s. hier B5: „Ich weiß auch schon, die Betreuer haben gar nicht so viel Zeit bei so vielen.“ → SK 2.6 <i>Fehlende/s Personal/Zeit</i> ). |
| SK 1.3 Glaube an Gott                 | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen der Glaube an Gott thematisiert und als bestärkend wahrgenommen wird.   | B6: Alles. Ah hoi, ich mach vieles, alles, meine Haare waschen. Allein anziehen. Ich mach vieles, da staunen auch viele. Ja, das ist Gottes Hilfe. Ich bete auch immer, dass Gott so lieb ist. Und mir helfen tut. (B6, Pos. 98)   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf bestehende Schutzfaktoren und Ressourcen und werden im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.   |
| SK 1.4 Persönliches Eigentum          | Unter dieser Kategorie werden alle Textpassagen summiert, in denen Gegenstände benannt und ggf. näher beschrieben werden, die der Person gehören, wie z.B. ein Fernseher, Kühlschrank, eine Kaffeemaschine auf dem Zimmer oder ein Fahrrad.   | B8: Den Fotoapparat habe ich mir selbst gekauft. I: Oh, wo haben Sie denn den Fotoapparat? B8: Da liegt er. Der Blaue. I: Oh, eine Digitalkamera. B8: Ja. I: Ja. B8: 100 Euro. I: Wo haben Sie die gekauft? B8: -GESCHÄFT- in -ORT_d-. Mit Zubehör. 130 Euro wurde ich los. (B8, Pos. 427-435)   | Kontextbezogen lässt sich zum Teil herleiten, dass die genannten Aspekte von hoher persönlicher Bedeutung sind.   |
| SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele | Unter dieser Kategorie werden alle Textpassagen summiert, in denen persönliche Bedürfnisse, Wünsche und/oder Ziele in Bezug auf die eigene Person, die persönliche Lebens- und Wohnsituation und/oder die erfahrene Gesundheitsversorgung von den Interviewten angesprochen werden.   | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK und SSSK zugeordnet.  | Als Abgrenzung zu den anderen Kategorien werden unter SK 1.5 ausschließlich Textsegmente summiert, in denen Schlagwörter wie „ich/wir brauche/n“, „ich will“, „ich möchte“, „ich wünsche mir“, „ich würde gern“ verwendet werden oder in anderer Form eindeutig hervorgeht, dass es sich um ein bisher  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   |   | <p>nicht erfülltes Bedürfnis, Ziel oder einen Wunsch handelt.</p> <p>Viele der Aussagen, die unter diese Kategorie fallen, finden sich in der letzten Phase des Interviews, in der es um die Wünsche bezüglich der erfahrenen Versorgungssituation und darüber hinausgehende Wünsche geht.</p> <p>Aus den unter Kategorie 1.5 summierten Textpassagen lassen sich teilweise Hinweise auf bestehende Barrieren und Ressourcen (auch wirkungsraumübergreifend) entnehmen, die in den tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen werden.</p> |
| SSK 1.5.1 Person                           | Unter dieser Kategorie werden Bedürfnisse, Wünsche und/oder Ziele summiert, die die persönliche Weiterentwicklung und/oder die eigene Gesundheit/Gesunderhaltung betreffen.   | <p>B6: Was soll ich mir sonst wünschen. Leben. Dass ich hier lebe. Und immer gesund bleiben (I: Ja) und dann da toll bleiben. Das ist wichtig.</p> <p>I: Und was wünschen Sie sich für sich selbst? B6: Gesundheitlich. Und dass mein Kopf immer klar bleibt, wenn man älter wird. I: Ja. B6: Dass der nicht immer viel verwirbelt wird oder so, nech. (B6, Pos. 490-494)</p>   | → s. Hinweise unter SK 1.5   |
| SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation        | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen im Sinne von Wünschen, Bedürfnissen und/oder Zielen summiert, die sich auf die gegenwärtige Lebenssituation in der aktuellen Wohneinrichtung beziehen, wie z.B. strukturelle und räumliche Bedingungen, Förder-, Unterstützungs- und Freizeitangebote, eröffnete Möglichkeiten der Selbst- und Mitbestimmung und soziale Beziehungen. | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.   | → s. Hinweise unter SK 1.5   |
| SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung | Unter dieser Kategorie sind Wünsche, Bedürfnisse und/oder Ziele im Kontext von mehr Selbstbestimmung in Bezug auf die eigene Lebensführung und Mitbestimmung im Wohnalltag summiert.  | <p>B13: Ich würde mir ganz oft wünschen, aber da stoße ich auf Granit, das weiß ich jetzt schon, dass wir als Gruppe mehr zusammenarbeiten. Jetzt nicht nur von den Mitarbeitern, sondern auch von den Teilnehmern im Rahmen ihrer Möglichkeit, dass wir (...). Wir hatten das am Anfang, als die Gruppe angefangen hat, sich aufzubauen, dass wir egal mit welchem Mitarbeiter männlich oder weiblich ein Gruppengespräch gemacht haben. I: Ja. Hat das regelmäßig stattgefunden, oder? B13: Am Anfang schon. Dann kam eine Bewohnerin und hat gesagt,</p> | → s. Hinweise unter SK 1.5   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | „Wir brauchen das nicht.“ I: Mhm. B13: Aus welchen Gründen auch immer, wie gesagt, das ist schon lange her. Aber so ist es in meinem Kopf festgeblieben. I: Ja. B13: Und seitdem haben sie dann gesagt, dass wir das nicht mehr brauchen. Das wäre mein Wunsch für hier, also jetzt speziell auch für meine Gruppe. Weil ich das wichtig finde, dass man sich gegeneinander austauscht. (B13, Pos. 428-434)  |   |
| SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen summiert, die Wünsche und/oder Bedürfnisse nach mehr Personal und in diesem Zusammenhang nach mehr Zeit und/oder Unterstützung im Wohnalltag und/oder im Zuge der alltäglichen Lebensführung beinhalten. | B13: Also jetzt hier in meiner Gruppe speziell würde ich mir wünschen, dass mehr zu zweit gearbeitet wird. Damit man auch was machen kann so nachmittags. (B13, Pos. 424)  | → s. Hinweise unter SK 1.5<br><br>Unter dieser Kategorie werden alle Passagen codiert, in denen der Personalschlüssel (in der Regel zu wenig Mitarbeitende) in Zusammenhang mit zu wenig Zeit und Unterstützung genannt werden. Wird der Wunsch nach mehr Freizeitangeboten, Austausch und Kommunikation unabhängig vom Personal(-schlüssel) formuliert, wird das zugehörige Textsegment unter SSSK 1.5.2.3 oder 1.5.2.4 summiert |
| SSSK 1.5.2.3 Freizeitgestaltung und Reisen             | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen summiert, in denen Wünsche und/oder Bedürfnisse nach mehr Angeboten und Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und/oder nach Ausflügen und Reisen von den befragten Personen benannt werden.               | B1: Ja, wir fahren zu wenig weg, finde ich. I: Ja. B1: Das ist mir eigentlich zu wenig, was die hier anbieten. (...) I: Haben Sie da Ideen, wo es hingehen könnte? B1: Ja, ins -FREIZEITPARK_a- zum Beispiel oder -FREIZEITPARK_b-. Naja, (...) ist zu weit, das liegt ja schon bei -STADT-, ne. Kennen Sie das? So ein Park, da gibt es Autoscooter, Pferde, Wasserrutsche, Turm, einen Walk, dann gibt es da eine Kartbahn und alles. (B1, Pos. 827-831) | → s. Hinweise unter SK 1.5 und SSSK 1.5.2.2   |
| SSSK 1.5.2.4 Soziale Kontakte und Freundschaften       | Unter dieser Kategorie werden alle Textpassagen summiert, in denen der Wunsch nach Freundschaften, (vermehrten) sozialen Beziehungen und/oder Kontakten von den Interviewteilnehmenden genannt werden.   | I: Haben Sie noch weitere Wünsche, auch vielleicht, was das Wohnen hier betrifft, wo Sie gerne Verbesserungen haben würden oder auch was das Angebot hier betrifft? B7: Mmm (...) Nee, das ist vielleicht ein bisschen komisch. Freundschaften. I: Mhm. B7: Freundschaften kann ich nicht knüpfen, das haut nicht hin. Dafür bin ich meistens allein. Neue Freunde finden, die mir guttun. (B7, Pos. 467-470)  | → s. Hinweise unter SK 1.5 und SSSK 1.5.2.2   |
| SSSK 1.5.2.5 Partnerschaft/Heirat                      | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen das Bedürfnis nach einem Partner*in oder bei bestehender Partnerschaft der Wunsch nach einer Heirat angesprochen werden.  | B9: Ich würde mir halt wünschen, dass hier ein fester Freund für mich gefunden wird. (B9, Pos. 476)  | → s. Hinweise unter SK 1.5  |
| SSSK 1.5.2.6 Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz          | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen das Bedürfnis nach Privatsphäre und/oder Ruhe in der   | B19: Und das Theater, sage ich, das muss weg. I: Mhm. Also das Theater auch bei Ihnen in der Wohngruppe muss weg, oder? B19: Bitte? I: Das   | → s. Hinweise unter SK 1.5  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  | Wohngruppe und/oder Akzeptanz seitens der Mitbewohnenden angesprochen werden.  | Theater bei Ihnen in der Wohngruppe muss weg, oder? B19: Ja. I: Mhm. (...) Was würden Sie sich denn da wünschen? B19: Dass ich da wegziehe und dass ich irgendwo noch einen Platz finde. (...) Und dann (...) dass ich da meine Ruhe habe. (B19, Pos. 438-444)  |   |
| SSSK 1.5.2.7 Bauliche Gegebenheiten                | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen der Wunsch nach veränderten baulichen Bedingungen - im Sinne von Barrierefreiheit - in der Wohneinrichtung formuliert wird.   | B13: Für -EINRICHTUNG- jetzt speziell wünsche ich mir, dass die Wege flacher sind, weil wir haben ein (...). Ich weiß nicht, ob du das gesehen hast, wenn du bei uns reinkommst in die Einfahrt, da ist ja so ein Gullideckel, der steht hoch. I: Ja. B13: Und als Rollifahrer kommt man da immer gegen. Wenn der flacher wäre, wäre das besser. (B13, Pos. 663-665)                              | → s. Hinweise unter SK 1.5  |
| SSK 1.5.3 Allgemeine Gesundheitsversorgung         | Unter dieser Kategorie werden Aussagen summiert, die von den befragten Personen genannte Bedürfnisse, Wünsche und/oder Ziele im Rahmen der wahrgenommenen ambulanten und/oder stationären Gesundheitsversorgung beinhalten, z.B. Begleitung zu einer ärztlichen Person, alternative Behandlungen und/oder Behandlungsorte. | B14: Ich möchte mir gerne wünschen, dass, dass ich in ein anderes Krankenhaus komme, wenn das irgendwann mal an-, das stattfindet, irgendwie. Dass ich dann nicht nach -ORT_f- komme, sondern dass ich in -KRANKENHAUS_ORT_d- komme. I: Mhm. Da, wo Sie das letzte Mal waren? B14: Ja, das ist sowas von toll. (B14, Pos. 1051-1053)  | → s. Hinweise unter SK 1.5  |
| SSK 1.5.4 Familienangehörige und Heimat            | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen der Wunsch nach mehr Kontakt zu Familienangehörigen und/oder die Rückkehr in die (ehemalige) Heimat benannt wird.  | B16: Nein. Ich habe Familie, aber die kommen, ich bin traurig auf meine Familie. Ich hatte die Wünsche ausgesprochen, dass sie mir mal alle drei Viertel Jahr ein Paket schicken. Gehen sie nicht drauf ein. Die kommen nur zweimal im Jahr zum Geburtstag und zu Weihnachten. Und das für zwei Stunden, das ist nicht viel. Das macht mich traurig, dass ich die so selten sehe. (B16, Pos. 408) | → s. Hinweise unter SK 1.5  |
| <u>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</u> | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen summiert, die die (subjektive) Einschätzung des eigenen physischen und/oder physiologischen Gesundheitszustandes sowie wahrgenommene Veränderungen der physischen und/oder physiologischen Konstitution umfassen.  | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK zugeordnet.  | Viele unter dieser Kategorie summierten Textsegmente/Aussagen finden sich in der Interviewphase, in der es schwerpunktmäßig um die wahrgenommenen Veränderungen der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse geht.<br><br>Die Textsegmente können Hinweise auf subjektive Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitswissen enthalten, die ggf. im Rahmen der Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgenommen werden. |
| SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert          | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden berichten, dass und/oder wie sich ihr physischer und/oder physiologischer Gesundheitszustand und   | I: Also, das war, wie du das früher alles einschätzt. Wie schätzt du das mit deinem, das hattest du ja auch eigentlich schon angedeutet, mit deinem Körper heute ein? (...) Eher so mittelmäßig. Kannst   | → s. Hinweise unter SK 1.6  |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | die Konstitution - im Vergleich zu früher - verschlechtert haben.   | du dazu nochmal was sagen, warum du das jetzt so einschätzt? Du hattest es ja eben schon mal angedeutet. B2: Weil meine Bewegungen immer schlechter werden. (B2, Pos. 206-207; Anmerkung: B2 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)  |  |
| SSK 1.6.2 Zustand hat sich verbessert                         | Unter dieser Kategorie werden alle Textpassagen erfasst, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder wie sich ihr physischer und/oder physiologischer Gesundheitszustand und die Konstitution - im Vergleich zu früher - verbessert haben. | B3: Ja. Und ma-, und manchmal kriege ich einen Pikser. (I: Mhm.) (...) das EEG ist, (...) ob ich schon wieder An-, wieder Anfälle hatte oder nicht. (I: Mhm.) Weil ich bin epileptisch. I: Ah, okay. Und mit der Dokt-, mit der Ärztin verstehen (B3: Deswegen kriege ich Tabletten.) Und helfen die ganz gut bei Ihnen? Haben Sie den Eindruck, dass es Ihnen dadurch besser geht? (...)<br>B3: Ich habe schon, schon lange keine Anfälle mehr. (B3, Pos. 138-140) | → s. Hinweise unter SK 1.6   |
| SSK 1.6.3 Zustand ist unverändert                             | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewpartner*innen angeben, dass ihr physischer und/oder physiologischer Gesundheitszustand und ihre Konstitution - im Vergleich zu früher - unverändert sind.               | I: Mhm. Und die körperliche Fitness und die Verfassung ist seitdem gleichgeblieben oder hat sich da was verändert? B13: Ja. Nein, das ist gleichgeblieben. (B13, Pos. 505-506)  | → s. Hinweise unter SK 1.6   |
| SSK 1.6.4 Aktueller Zustand ist gut                           | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden berichten, dass und/oder warum sie ihren aktuellen Gesundheitszustand als gut einschätzen - bei Bezugnahme zu früher im Sinne von gleichbleibend gut.     | B14: Ich war fit. I: Ja und wenn Sie jetzt mal überlegen, damals haben Sie gesagt, waren Sie fit und hatten eine gute Kondition. Ist das heute noch genauso gut, wie damals oder ist es ein bisschen schlechter geworden oder gar nicht gut? B14: Ich finde es beides gut. I: Okay. Also es ist immer noch nach wie vor so geblieben. B14: Ja. (B14, Pos. 853-857)  | → s. Hinweise unter SK 1.6   |
| <u>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</u> | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, die die (subjektive) Einschätzung des eigenen seelischen und/oder geistigen Gesundheitszustandes sowie diesbezüglich wahrgenommene Veränderungen widerspiegeln.        | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK zugeordnet.  | Viele unter dieser Kategorie summierten Textsegmente/Aussagen finden sich in der Interviewphase, in der es schwerpunktmäßig um die wahrgenommenen Veränderungen der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse geht.<br><br>Oftmals erschließen sich die Einschätzungen über längere Textpassagen mit thematischen Unterbrechungen. |
| SKK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert                     | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder wie sich ihre seelische und/oder geistige Gesundheit im Vergleich zu früher verschlechtert hat.                                      | I: Wie ist es mit deiner Stimmung, wie du dich fühlst? Hat sich da etwas verändert? B2: Das ist (...) abhängig, wie es so läuft. I: Mhm, also auch eher so im mittelmäßigen Bereich? Mal gut, mal nicht so gut? (B2: Ja.) Und auch im Vergleich zu früher? Ist das ähnlich geblieben oder hat sich da etwas verändert? B2: Es ist im Gegensatz zu früher ein  | → s. Hinweise unter SK 1.7   |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   | bisschen schlechter geworden. (B2, Pos. 212-215; Anmerkung: B2 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)  |  |
| SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert                        | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder wie sich ihre seelische und/oder geistige Gesundheit im Vergleich zu früher verbessert hat.  | I: Wie würden Sie Ihre Stimmung damals einordnen? Gut? Mittelmäßig? Oder eher nicht so gut? B17: Nicht so gut. I: Ich hänge das mal daneben. Sie haben ja eben schon ein bisschen geschildert, warum. Wie ist das heute? B17: Also, heute ist das sehr gut. I: Schön. Dann hänge ich das mal ein bisschen zur Seite, dass das da noch gut hinpasst. Woran machen Sie das fest, dass das heute sehr gut ist? B17: Ja, weil ich nicht mehr so dolle heule wie früher. Und dann hatte ich früher halt auch schon so Stimmungen, weil es mir da so schlecht ging. Und ich wusste wirklich keinen Halt mehr. Ich war völlig verzweifelt. Habe völlig Angstzustände gehabt. Habe mich kaum noch zur Schule getraut. Habe mir ständig in die Hosen gemacht vor Angst. Ja. I: Und das ist heute besser? B17: Ja. I: Können Sie das auch an etwas anderem festmachen, warum es Ihnen jetzt wieder besser geht? B17: Ja, weil ich habe nicht mehr diese Gedanken eigentlich im Kopf. Und das ist ein bisschen weniger geworden, das finde ich toll. (B17, Pos. 322-331) | → s. Hinweise unter SK 1.7   |
| SSK 1.7.3 Zustand ist gleichbleibend gut                     | Unter dieser Kategorie werden alle Textpassagen erfasst, in denen die Interviewteilnehmenden berichten, dass sie ihren seelischen und/oder geistigen Zustand als unverändert - in diesen Fällen ausschließlich im Vergleich zu früher als gleichbleibend gut - einschätzen. | I: Wie ist das heute? Hast du da irgendwie eine Veränderung festgestellt? Oder ist das nach wie vor so? B11: Nach wie vor (...) ja. I: Mhm. Das ist sehr gut. B11: Also, ich bin immer sehr fröhlich. I: Mhm. B11: Es sei denn, es gibt da irgendetwas, was mich sehr runterzieht, aber das kommt auch selten vor. (B11, Pos. 779-784; Anmerkung: B11 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)   | → s. Hinweise unter SK 1.7   |
| SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig            | Unter dieser Kategorie sind alle Textsegmente summiert, in denen die befragten Personen ihren aktuellen seelischen und/oder geistigen Zustand - im Vergleich zu früher oder ohne direkten zeitlichen Bezug - als tagesformabhängig oder variierend einschätzen.             | I: Wo würden Sie denn diese Karte einordnen, also für heute? Gut? Mittelmäßig? Oder nicht so gut? B19: Mmm, heut geht es. I: Mhm. Und so allgemein, so die letzten Wochen, Monate, wie ist es da? B19: Die letzten Wochen bis jetzt, heute geht es, glaube ich. Ich weiß ja nicht, wie es morgen ist. Das ist das Problem immer. I: Mhm. Also das ist bei Ihnen sehr unterschiedlich? B19: Genau, das ist sehr, das ist echt unterschiedlich. (B19, Pos. 339-344)   | → s. Hinweise unter SK 1.7   |
| <u>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen</u> | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente erfasst, in denen die befragten Personen - auch ohne einen direkten zeitlichen Bezug herzustellen - von aktuell bestehenden körperlichen, seelischen,   | B9: Ich habe schwache Hände, also, naja, gelähmte Hände. (I: Mhm.) Teils kann ich allein greifen oder zum Beispiel ein Glas oder so, wenn es so schwer ist. Dann zittern meine Hände und dann versteifen  | Eine Doppelcodierung von einzelnen Textpassagen der unter <i>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</i> , <i>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</i> sowie ggf. <i>SSK 3.1.3</i> |



|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | kognitiven und/oder sonstigen Beeinträchtigungen und/oder von bestehenden Erkrankungen berichten.  | sie sich und verkrampfen. Die rechte Hand verkrampft sich und die linke Hand verkrampft sich. (I: Mhm.) Beides ist dann schwächer. (B9, Pos. 16) | <i>Psychotherapie oder SSK 2.2.2 Hilfsmittel</i> (z.B. Brille) summierten Segmente ist möglich.<br><br>Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen können Hinweise auf subjektive Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitswissen enthalten. Die genannten Beeinträchtigungen/Erkrankungen werden im Rahmen der Einzelfallübersichten und ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgenommen.  |
| <b>HK 2. Wohneinrichtung</b>                                 |  |  |   |
| <u>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung</u> | Unter dieser Kategorie sind alle Textsegmente summiert, in denen Aktivitäten und ggf. erforderliche Assistenz, Förderung und Pflege im Rahmen der alltäglichen Lebensführung und Selbstversorgung - im engeren Sinne - genannt werden. | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK und SSSK zugeordnet.  | Viele unter dieser Kategorie summierten Textsegmente/Aussagen finden sich in der Interviewphase, in der es schwerpunktmäßig um die Einschätzung der erfahrenen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung geht.<br><br>Die unter dieser Kategorie erfassten Textsegmente geben zum Teil Hinweise auf bestehende Kompetenzen, Ressourcen und Barrieren und werden ggf. im Rahmen der Einzelfallübersichten und ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgenommen. |
| SSK 2.1.1 Essen und Trinken                                  | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen es um das Essen und/oder Trinken geht.   | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.  | → s. Hinweise unter SK 2.1<br><br>Oftmals handelt es sich um sehr kurze Textsegmente (Satzteile).   |
| SSSK 2.1.1.1 Selbstständig                                   | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass sie selbstständig - allein, ohne Unterstützung - Nahrung zu sich nehmen und trinken.   | B3: Das mach ich allein, „Essen“ (I: Ja.) (...) Ich esse, ich esse allein. (B3, Pos. 52)   | → s. Hinweise unter SK 2.1 und 2.1.1<br><br>Die Kategorie „selbstständig“ wird auch gewählt, wenn die Zubereitung nicht eigenständig übernommen wird, sondern nur die Nahrungsaufnahme selbstständig erfolgt.   |
| SSSK 2.1.1.2 Mit Unterstützung                               | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder wie sie mit Unterstützung (Art und Form der Unterstützung) essen und/oder trinken.                                  | B2: [...] Bloß Fleisch, also die Sachen kleinschneiden, das krieg ich nicht hin. (B2, Pos. 8)  | → s. Hinweise unter SK 2.1 und 2.1.1<br><br>Der Grad der Unterstützung geht aus dem Kontext hervor und wird anhand der Kategorien nicht weiter untergliedert.   |
| SSK 2.1.2 An- und Ausziehen, Kleidung aussuchen              | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen es um  | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.  | → s. Hinweise unter SK 2.1  |

|                                |  |   |   |
|--------------------------------|--|---|---|
|                                | das An-, Ausziehen von Kleidung und Schuhen und/oder die Auswahl der Kleidung geht.  |   | <p>Oftmals handelt es sich um sehr kurze Textsegmente.</p> <p>Abgrenzung: Das An- und Ausziehen bzw. Anlegen von Hilfsmitteln (wie z.B. Windeln, Stützstrümpfe, Orthesen oder orthopädischen Schuhen) werden unter SSK 2.2.2 <i>Hilfsmittel</i> summiert. Zum Teil überschneiden sich die Textsegmente, da die Aspekte in einem Satz genannt werden. In diesen Fällen dürfen die Passagen doppelt codiert werden.</p> |
| SSSK 2.1.2.1 Selbstständig     | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass sie sich selbstständig an-, ausziehen und/oder die Kleidung aussuchen.   | B7: Also, anziehen kann ich mich allein. (B7, Pos. 12)  | → s. Hinweise unter SK 2.1 und SSK 2.1.2  |
| SSSK 2.1.2.2 Mit Unterstützung | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder wie sie sich mit Unterstützung an-, ausziehen und/oder die Kleidung aussuchen.                            | I: Wie ist es mit Kleidung, mit anziehen? B11: Da komplette Hilfe. I: Mhm. Suchst du dir die Sachen aus, oder? B11: Wobei die Brille teilweise, wenn ich im Rolli sitze, selbst aufsetze. I: Ja. B11: Aber die Sachen suche ich mir selbst aus. Also, die werden mir gezeigt und ich sage ja, nein und vielleicht. ((lacht)) I: Ah, das ist sehr gut. B11: Das ist halt immer tagesformabhängig. I: Ja, was einem so gefällt, ne? B11: Ja. (B11, Pos. 132-141; Anmerkung: B11 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)                 | <p>→ s. Hinweise unter SK 2.1 und SSK 2.1.2</p> <p>Der Grad der Unterstützung geht aus dem Kontext hervor und wird anhand der Kategorien nicht weiter untergliedert.</p>  |
| SSK 2.1.3 Aufstehen            | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen es um das morgendliche Aufstehen und ggf. Wecken geht.  | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.   | → s. Hinweise unter SK 2.1  |
| SSSK 2.1.3.1 Selbstständig     | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen erfasst, in denen die befragten Personen berichten, dass sie selbstständig aufstehen.  | B16: Ich stehe von allein auf. Ich brauche nicht geweckt werden. Ich habe die Uhr im Kopf. Um fünf stehe ich auf oder halb sechs. I: Wo würden Sie die Karte hinlegen? B16: Also da brauche ich nicht geweckt werden. (B16, Pos. 288-290)   | → s. Hinweise unter SK 2.1  |
| SSSK 2.1.3.2 Mit Unterstützung | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass sie Unterstützung beim Wecken und/oder Aufstehen benötigen und/oder wie sich Art und Form der Unterstützung gestalten. | B9: Aufstehen passt gar nicht. Also da brauche ich sehr Hilfe, weil ich kann nicht allein das Gleichgewicht halten. Ich kann nicht allein stehen. Also von der Eigenkraft her kann ich nur fünf, sagen wir jetzt mal, oder zwei Minuten lang stehen und das macht es wieder „Pfff“. I: Mhm. B9: Dann ist die Kraft alle und dann brauche ich Hilfe. Ich merke das immer, wenn meine Beine anfangen zu zittern. I: Mhm. B9: Dann knicken mir die Füße weg und dann funktioniert es nicht mehr richtig so gut. Ja. (B9, Pos. 106-110) | <p>→ s. Hinweise unter SK 2.1</p> <p>Passagen innerhalb der Textsegmente, in denen verwendete Hilfsmittel genannt werden, werden doppelt codiert (→SSK 2.2.2).</p> <p>Der Grad der Unterstützung geht aus dem Kontext hervor und wird anhand der Kategorien nicht weiter untergliedert.</p>   |

|                                     |   |   |   |
|-------------------------------------|---|---|---|
| SSK 2.1.4 Körperpflege und -hygiene | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen von den Interviewteilnehmenden Aktivitäten im Rahmen der Körperpflege und -hygiene angesprochen werden, z.B. duschen, waschen, abtrocknen, Toilettengänge, rasieren, Zähne putzen.             | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.   | → s. Hinweise unter SK 2.1  |
| SSSK 2.1.4.1 Selbstständig          | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden beschreiben, dass und/oder wie sie selbstständig Aktivitäten im Rahmen der Körperpflege und -hygiene verrichten.  | B5: Ja, Zähne putzen mache ich auch allein. (B5, Pos. 81)   | → s. Hinweise unter SK 2.1  |
| SSSK 2.1.4.2 Mit Unterstützung      | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass sie Unterstützung bei der Durchführung von Aktivitäten im Rahmen der Körperpflege und -hygiene benötigen und/oder wie sich die Unterstützung gestaltet. | B8: Ich bade lieber. Und da brauche ich Hilfe. [...] I: Ja. Und wobei brauchen Sie dann Hilfe, wenn ich fragen darf? B8: In der Badewanne. Für Rücken waschen. Wo ich allein nicht hin kann. (I: Ja.) Wenn ich Haare wasche (I: Ja.), dann habe ich das Gefühl, dass ich so viel vergesse (I: Ah.) und nur die Hälfte mache. I: Ja, weil Sie nicht so gut dran kommen an den Kopf? (B8: Mhm.) Ja. Wo würden Sie das dann hinhängen? Bei teilweiser Hilfe oder kompletter Hilfe? (...) Genau. Ja. Genau. Abtrocknen. B8: Das hinten macht ein Mitarbeiter und vorne mache ich selbst. (B8, Pos. 220-228) | → s. Hinweise unter SK 2.1<br><br>Passagen innerhalb der Textsegmente, in denen verwendete Hilfsmittel genannt werden, werden doppelt codiert (→SSK 2.2.2).<br><br>Der Grad der Unterstützung geht aus dem Kontext hervor und wird anhand der Kategorien nicht weiter untergliedert.                            |
| SSK 2.1.5 Umgang mit Geld           | Unter dieser Kategorie sind alle Textsegmente summiert, in denen die befragten Personen berichten, wie sie ihr Geld verwalten, einteilen und/oder damit für den täglichen Bedarf einkaufen und/oder wie das Geld für sie verwaltet und ihnen zugeteilt wird.  | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.   | Die unter dieser Kategorie erfassten Textsegmente geben zum Teil Hinweise auf bestehende Kompetenzen, Ressourcen und Barrieren und werden ggf. im Rahmen der Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgenommen. |
| SSSK 2.1.5.1 Selbstständig          | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen summiert, in denen die Interviewteilnehmenden berichten, dass und/oder wie sie selbstständig ihr Geld einteilen und/oder für den täglichen Bedarf einkaufen.  | B16: Ja, einmal die Woche kriege ich mein Geld und dafür kaufe ich ein. I: Ja. B16: -GELDBETRAG- in der Woche. I: Bekommen Sie? B16: Und ich habe am Ende der Woche immer noch etwas zu essen. I: Und wo gehen Sie dann einkaufen? B16: Bei -SUPERMARKTKETTE-. (B16, Pos. 130-136)  | → s. Hinweis unter SSK 2.1.5<br><br>Die Kategorie „selbstständig“ ist auch zu codieren, wenn eine wöchentliche oder monatliche Zuteilung des Geldes erfolgt und das Geld nicht komplett eigenständig verwaltet wird.  |
| SSSK 2.1.5.2 Mit Unterstützung      | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen von Schwierigkeiten im Umgang mit Geld berichtet und/oder Art und Form der Unterstützung im Zuge der Verwaltung von Geld thematisiert wird.                             | B1: Weil ich bin so einer, der mit Geld ((macht Wischgeräusch/-bewegung)) macht. I: Mhm. B1: Kann ich aber nicht mehr, weil ich jetzt das Geld eingeteilt kriege von meinen Betreuern. I: Ach so, Sie haben das vorher immer so (...) sehr viel ausgegeben. B1: Ja. Nein, ich bekomme -NAME_MITARBEITER/IN_y- immer Geld. Von -NAME_MITARBEITER/IN_y- bekomme ich jeden   | → s. Hinweis unter SSK 2.1.5<br><br>Abgrenzung zu SSSK 2.1.5.1: Erfolgt eine tägliche Zuteilung eines Geldbetrages, ist die Kategorie „mit Unterstützung“ zu codieren.  |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   |  | Tag fünf Euro. I: Mhm. B1: Jetzt bekomme ich jeden, jeden zweiten Tag fünf Euro. (B1, Pos. 464-470)  |   |
| SSSK 2.1.5.3 Umgang unklar                                  | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen der Umgang mit Geld thematisiert wird, aber die Frequenz der Zuteilung und/oder Art und Umfang der Unterstützung nicht eindeutig aus den Aussagen hervorgehen.  | B7: Ab und zu ins -NAME_RESTAURANT- fahren, wenn das Geld stimmt und wenn ich nicht gerade bestohlen wurde, ne. I: Bestohlen worden? B7: Ja, letztes Mal haben sie mich wirklich mal meine ganzen fünfundzwanzig Euro weggenommen (..) vom Zimmer, ne. I: -NAME- ist das ein Freund oder ist das der Name eines Restaurants? B7: Nee, dieses Restaurant in -ORT_b-. I: Ah, oh ja. B7: Wo ich gerne mal gefrühstückt hätte, jetzt. I: Ach, mit dem Buffet. Ja, das ist eine tolle Sache. Aber Sie sagten, Sie fahren regelmäßig nach -ORT_a-, ne? B7: Ich will gerne regelmäßiger wieder fahren. I: Mhm. B7: Eine Zeit lang gab es das immer, wo ich dachte, das schaffe ich nicht, wegen Geld mäßig. I: Mhm. B7: Ich habe für mich dann eingekauft meistens. Oh Mensch, ich bin ja doof, warum gehe ich nicht einfach ins -NAME_RESTAURANT- als wenn ich mir hier etwas hole, dann immer. (B7, Pos. 430-442) | → s. Hinweis unter SSK 2.1.5  |
| SSK 2.1.6 Wäsche waschen                                    | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden berichten, dass sie im Rahmen eines Wäschetrainings ihre Wäsche selbst waschen.  | B16: Und Donnerstag, Freitag und Mittwoch habe ich immer frei, wegen meiner Wäsche (...) Waschtraining. (B16, Pos. 308)  | Satzteile der unter dieser Kategorie summierten Textsegmente werden doppelt codiert (Wäschettraining → SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote).  |
| <u>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</u> | Unter dieser Kategorie sind alle Textsegmente summiert, in denen der Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen und ggf. erforderliche Assistenz, Förderung, Unterstützung und Pflege genannt und/oder näher beschrieben werden.  | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK und SSSK zugeordnet.  | Die Textsegmente enthalten zum Teil Hinweise auf subjektive Gesundheitsvorstellungen, Gesundheitswissen und Kompetenzen, bestehende Ressourcen und Barrieren und werden ggf. im Rahmen der Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgenommen. |
| SSK 2.2.1 Schmerzerleben                                    | Unter dieser Kategorie sind alle Textsegmente erfasst, in denen die befragten Personen von Schmerzen - in Form von körperlich wahrnehmbaren Symptomen - berichten und/oder schildern, wie sie damit umgehen, ob und wann sie sich im Zuge eines Schmerzerlebens Unterstützung holen. | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.  | → s. Hinweis unter SK 2.2<br><br>Die unter dieser Kategorie summierten Textsegmente/Aussagen finden sich vornehmlich in der Interviewphase, in der explizit nach dem Umgang mit Schmerz gefragt wird.   |
| SSSK 2.2.1.1 Selbstständiger Umgang                         | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen sie von Situationen berichten, in denen sie ein Schmerzerleben eigenständig kompensieren bzw. kompensiert haben.   | B3: Also Kopfschmerzen habe ich öfters mal. (I: Mhm.) Aber die gehen ja mit der Zeit wieder weg. (B3, Pos. 248)  | → s. Hinweise unter SK 2.2 und SSK 2.2.1  |

|                                       |  |  |   |
|---------------------------------------|--|--|---|
| SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen sie von Situationen berichten, in denen sie sich im Falle eines Schmerzerlebens Unterstützung holen und/oder Art und Form der Unterstützung beschreiben.                       | B19: Mir tut jetzt schon das Kreuz weh. Ah, wenn ich so nach hinten gehe, das drückt so. Schade, dass es nicht knackt, ej. Das wäre ganz gut. Aber wenn das, wenn ich im Bett liege und das tut noch weh, dann gehe ich zur Nachtwache hin. Ich sage, ich brauche Pferdesalbe. Weil ich habe jetzt so eine Dose gekriegt. Und die juckt ja (...) I: Und hilft die? B19: Hä? I: Hilft die Pferdesalbe? B19: Ja, die juckt nicht. Und denn später, wenn ich im Bett liege, denn ist die warm. Dann geht das. I: Haben Sie diese Rückenschmerzen regelmäßig? Oder manchmal? (...) Wie oft haben Sie diesen Rückenschmerz? Ist das meistens abends so, dass Sie Rückenschmerzen haben? B19: Abends. Außer jetzt auch so ein bisschen auch. Was soll es (...) Es hilft mir ja nichts. (B19, Pos. 352-358) | → s. Hinweise unter SK 2.2 und SSK 2.2.1<br><br>Textpassagen, in denen die Einnahme von (Bedarfs-)Medikation benannt wird, werden zudem mit SSK 2.2.3 <i>Medikation</i> codiert.  |
| SSK 2.2.2 Hilfsmittel                 | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden eingesetzte bzw. verwendete Hilfsmittel benennen und/oder den Umgang und die Handhabung damit skizzieren.  | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.  | → s. Hinweis unter SK 2.2<br><br>Textsegmente, die Informationen zur Hilfsmittelversorgung enthalten, werden mit SK 3.2 <i>Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung</i> - wenn in einem Satz, ggf. auch doppelt - codiert.                        |
| SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln   | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, die Informationen zur Art des eingesetzten Hilfsmittels (in der Regel der Name) und/oder Informationen zur Dauer und/oder zum Grund des Einsatzes enthalten.   | I: Mhm. (...) Dürfte ich fragen, den Katheter, wie lange hast du den schon? B2: Fast sieben Jahre, (I: Mhm.) im -MONAT- sieben Jahre. (I: Ja.) Weil ich einen Unfall hatte. (I: Ja.) Ich habe zehn Wochen im Bett gelegen und den ganzen Tag Windeln. Da habe ich gesagt, „Nee, will ich nicht.“ (B2, Pos. 208-209; Anmerkung: B2 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)  | → s. Hinweise unter SK 2.2 und SSK 2.2.1<br><br>Zum Teil werden die Informationen über die Art und den Umgang mit einem Hilfsmittel in einem Satz benannt, sodass in diesem Fall einzelne Textpassagen doppelt codiert werden (s. folgende SSSK). |
| SSSK 2.2.2.2 Selbstständiger Umgang   | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen ein selbstständiger Umgang mit einem eingesetzten Hilfsmittel beschrieben wird.  | B5: Dieser Rolli, mit dem kann ich aufstehen, damit ich ganz gerade stehe. I: Mhm. B5: Meine Stehübungen machen. (B5, Pos. 215-217)  | → s. Hinweise unter SK 2.2, SSK 2.2.1 und mögliche Doppelcodierung → s. Hinweis 2.2.2.1   |
| SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen summiert, in denen die Interviewteilnehmenden berichten, dass sie Unterstützung im Rahmen der Verwendung von Hilfsmitteln erhalten und/oder in welcher Art und Form sich die Unterstützung in diesem Zusammenhang gestaltet. | B12: Also, da werde ich dann aus dem Bett gehoben mit der Aufstehhilfe. I: Mhm. B12: Je nachdem, wer gerade im Dienst ist und wer sich damit nicht so auskennt. I: Mhm. B12: Den lerne ich dann immer ein. I: Wie machst du das dann? B12: Den gebe ich Anweisungen, halt wie er den Gurt um mich rum legen muss. I: Mhm. Und funktioniert das dann gut oder eher nicht so gut? Wie würdest du das einschätzen? B12: Ich denke mal, das klappt schon ganz gut, von meiner Seite. I: Und wie geht es dann weiter, wenn der Gurt angelegt ist? B12: Dann   | → s. Hinweise unter SK 2.2, SSK 2.2.1 und mögliche Doppelcodierung → s. Hinweis 2.2.2.1   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  |   | fahren sie mich rüber auf die Toilette. (B12, Pos. 71-81; Anmerkung: B12 hat gebeten, geduzt zu werden.)  |   |
| SSK 2.2.3 Medikation                                       | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen Informationen zur Einnahme von Medikamenten (inklusive Bedarfsmedikation), zur Art, Dauer, Frequenz und/oder Unterstützung enthalten sind.  | B2: Medikamente nehmen kann ich eigentlich weitgehend allein. I: Mhm. Wie machst du das? B2: Ich mach sie mir raus aus der Tüte und stecke sie mir in den Mund. I: Mhm. Und woher weißt du, wann du welche Sachen nehmen musst? B2: Das steht drauf. I: Okay. B2: Und ich kann ja lesen, ne. (...) (B2, Pos. 119-125; Anmerkung: B2 hat darum gebeten, geduzt zu werden.) | → s. Hinweis unter SK 2.2   |
| SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen den Umgang mit akuten gesundheitsbedingten Anforderungen, Vor- oder Notfällen im Wohnalltag schildern, z.B. im Falle einer Verletzung (in den Finger geschnitten), eines Allergieanfalls oder der Wahrnehmung von (Krankheits-) Symptomen (mit Ausnahme von Schmerz). | B1: Ich habe am Wochenende gedacht, was das ist, ne, ob ich Durch-, Magen-Darm oder nicht, ne. Durchfall hatte ich ja nicht. Auch kein Pinkeldurchfall. Alles normal, aber der Arzt hat mich krankgeschrieben. Cola trinken und Salzstangen essen sollte man bei Durchfall. (B1, Pos. 70)   | → s. Hinweis unter SK 2.2   |
| <u>SSK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</u>                        | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden über bestehende Freund-, Bekannt- und/oder Partnerschaften, über das Zusammenleben, bestehende Konflikte mit Mitbewohner*innen der aktuellen Wohngruppe und/oder mit Bewohnenden der Wohneinrichtung berichten.   | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK zugeordnet.  | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf bestehende personale und soziale Schutzfaktoren und Ressourcen oder auch Risikofaktoren und Barrieren und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen. |
| SSK 2.3.1 Bestehende Freund- und Bekanntschaften           | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen von den befragten Personen positiv besetzte soziale Beziehungen zu Mitbewohner*innen, Freund- und Bekanntschaften innerhalb der Wohngruppe und/oder der Wohneinrichtung benannt und/oder über Art und Form der Beziehung näher berichtet wird.   | B7: Ja und (...) der ist ja auch nicht so. Ich habe ja einen guten Freund hier, aber der wohnt in (unv.). I: Mhm. B7: Den sehe ich immer seltener, weil ich öfters mal nach -ORT_b- will wieder. Du kannst das gut machen, da habe ich überhaupt nichts dagegen. I: Mhm. Ach, der wohnt in -ORT_b-. B7: Nein, der wohnt hier in -WOHNSTÄTTE- hier. (B7, Pos. 476-480)     | → s. Hinweis unter SK 2.3   |
| SSK 2.3.2 Bestehende Partnerschaften                       | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen von den Interviewteilnehmenden Partner*innen benannt werden und/oder über bestehende Partnerschaften berichtet wird.   | B16: [...] Ich habe einen ganz lieben Freund, der passt auf mich auf. Ich auf ihn und er auf mich. I: Wohnt der auch hier? B16: Hier im -WOHNGRUPPE-, ja. -ADRESSE-, -VORNAME- -NACHNAME-. Ganz lieber. I: Das ist schön, wenn man so jemanden gefunden hat. B16: Ich bin seine erste Frau, ne. Der schwärmt so von mir. Meine -VORNAME B16-. (B16, Pos. 266-270)         | → s. Hinweis unter SK 2.3   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die Interviewteilnehmenden wahrgenommene soziale Stressoren im Zusammenleben, Konflikte und/oder Streit mit Mitbewohnenden ihrer Wohngruppe und/oder Bewohnenden der Wohneinrichtung benennen und/oder näher darüber berichten und/oder in denen die befragten Personen negativ besetzte soziale Beziehungen zu den zuvor genannten Personenkreisen beschreiben. | B5: Aber wie gesagt, man macht sich (...) und Streitigkeiten gibt es, (...) wie wir auch schon mal sagten, mit meiner einen Mitbewohnerin (...) Streitereien gibt es manchmal auch. I: Ja. B5: Und das gibts ja in jedem, das gibt es ja in jedem (...) I: Ja, das gehört irgendwie ein Stück dazu. B5: Und ich bin auch manchmal nicht so mit der Einrichtung zufrieden. I: Mhm. B5: Ne. I: Können Sie das ein bisschen genauer beschreiben, woran das liegt? B5: Von der Gymnastik her wohl ((hustet)), aber so mit den ganzen Menschen, ne. Ich bin nicht menschenscheu. Nicht dass Sie jetzt denken, ich bin menschenscheu, aber was die so für Behinderungen haben, da komme ich manchmal nicht so. Und da ist das so wie bei der -VORNAME_k-, ne, die will dann immer gleich alles sofort. I: Mhm. B5: Und die kann dann auch nicht abwarten. Und die will immer viel geschenkt kriegen und so, ne. I: Mhm. B5: Mit manchen Bewohnern werde ich auch nicht so einfach. Wie gesagt, Streitigkeiten gibt es immer. (B5, Pos. 375-387) | → s. Hinweis unter SK 2.3   |
| SSK 2.3.4 Diebstahl und Sachbeschädigung   | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von Diebstahl und/oder Sachbeschädigung von eigenem oder fremdem Eigentum durch Mitbewohner*innen der Wohngruppe oder Bewohnende der Wohneinrichtung berichten.   | B7: Ab und zu ins -NAME_RESTAURANT- fahren, wenn das Geld stimmt und wenn ich nicht gerade bestohlen wurde, ne. I: Bestohlen worden? B7: Ja, letztes Mal haben sie mich wirklich mal meine ganzen fünfundzwanzig Euro weggenommen (...) vom Zimmer, ne. (B7, Pos. 430-432)  | → s. Hinweis unter SK 2.3<br><br>Zudem geben die unter dieser Kategorie summierten Aussagen auch Hinweise auf die Dimensionen Sicherheit und Schutz.  |
| <u>SK 2.4 Wohngruppenvertretung</u>        | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von bestehenden Strukturen (z.B. Zusammenkünften und Besprechungen zwischen den Mitbewohnenden einer Wohngruppe oder Bewohnenden einer Wohneinrichtung) zur Organisation der Selbst- und Mitbestimmung im Wohnalltag und/oder zur Klärung von Konflikten berichten.   | B1: Ja, ich bin auch in der Wohnvertretung mit. Da machen wir auch so Plakate. Die machen wir auch mit. -NAME_MITARBEITER/IN_z-, die/der hier oben ist, die/der ist unser/e Assistent/in. Oder -NAME_unv.-, die/den ich mal fragen kann. Dann machen wir Plakate vorne fertig. I: Was sind das für Plakate? B1: Was wir so vorhaben, der nächste Urlaub. I: Ach, für den Urlaub, dass Sie den auch ein bisschen durchplanen? B1: Wo wir hinfahren und wo wir nicht hinfahren wollen, so. Ich habe drei Vorschläge: -ORT_m-, -ORT_n-, -ORT_o- und wenn das gar nicht geht nach -ORT_p-. (B1, Pos. 729-733)   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf bestehende Ressourcen und Barrieren und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen. |
| <u>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</u> | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Mitarbeitenden der Wohngruppe benannt werden und/oder die soziale Beziehung, Kommunikation, die erfahrene Förderung und Unterstützung im Wohnalltag  | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK zugeordnet.  | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf bestehende Ressourcen oder auch Barrieren und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | und/oder die Begleitung zu ärztlichem Personal innerhalb und außerhalb der Einrichtung sowie ins Krankenhaus beschrieben und ggf. beurteilt werden.  |  | <p>Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.</p> <p>Abgrenzungen:<br/>Textsegmente, in denen der Personalschlüssel und der Faktor Zeit im Kontext von Förderung, Unterstützung, Gesundheit und Pflege genannt und/oder Aspekte diesbezüglich näher ausgeführt werden, werden unter 2.6 <i>Fehlende/s Personal/Zeit</i> summiert.</p> <p>Wird der Aspekt Personal im Kontext von Wünschen und Bedürfnissen formuliert, wird die Kategorie SSSK 1.5.2.2 gewählt.</p> <p>Da der Kontext jeweils mit einbezogen wird, kann es u.U. zu Überschneidungen der codierten Textsegmente der zuvor genannten Kategorien kommen.</p> |
| SSK 2.5.1 Positive Wahrnehmung und Beurteilung           | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen die Beziehung zu den Mitarbeitenden in der Wohngruppe (zu einzelnen, mehreren oder im Kollektiv) und/oder deren Arbeit als positiv und/oder unterstützend beschrieben werden.  | B13: Hier gehen sie auch auf die Bedürfnisse ein. Wenn einem nicht so danach ist, dann wird man so geschoben und wenn einem gut ist, dann muss ich in den anderen Rollstuhl. Und dann akzeptiert man das auch. (B13, Pos. 158)   | → s. Hinweise unter SK 2.5  |
| SSK 2.5.2 Negative Wahrnehmung und Beurteilung           | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen die Beziehung und/oder die Arbeit der in der Wohngruppe tätigen Mitarbeitenden als negativ wahrgenommen beschrieben werden.  | B1: Ja, ich fühle mich ungerecht behandelt von denen. (B1, Pos. 484)   | → s. Hinweise unter SK 2.5  |
| SSK 2.5.3 Wertfreie Aussagen/ambivalente Wahrnehmung     | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen Mitarbeitende der Wohngruppe benannt und/oder allgemeine Arbeitsabläufe beschrieben werden und/oder aus denen keine eindeutig positive oder negative Bewertung hervorgeht. | I: Fühlen Sie sich von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in dem Haus verstanden? B5: Manchmal, aber manchmal auch nicht. Aber die wissen das auch schon, dass ich mich dann auch zurückziehe (...), wenn sie mich den ganzen Tag nicht sehen, dann wissen sie auch schon, bei - VORNAME_B5- läuft es heute mal nicht oder das passiert auch, dass sie mich einen ganzen Tag nicht sehen. Dass mein Betreuer, dass - VORNAME_BETREUER - schon gefragt hat, „Geht es dir gut?“. (B5, Pos. 566-567) | → s. Hinweise unter SK 2.5  |
| SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewten summiert, in denen die Mitarbeitenden der Wohngruppe als begleitende Person im Zuge der Wahrnehmung von internen und externen   | I: Ja. Und wer hat dich da dabei begleitet? B12: Mein Vater und hier von der Wohngruppe ein Mitarbeiter. I: Mhm. Und wobei hast du, während du dort warst, Unterstützung bekommen?   | Hinweis zur Doppelcodierung:<br>Die unter dieser Kategorie summierten Textsegmente werden unter SK 2.7 <i>Integrierte Gesundheitsdienste</i> , SK 3.1 <i>Ambulante Versorgung</i>   |



|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
|   | Versorgungsangeboten sowie während eines Krankenhausaufenthalts (inklusive Anfahrt, Aufnahme und Entlassung) genannt werden.   | B12: Auf die Liege zum Beispiel, da kann ich nicht allein drauf, das wäre ja schlecht. I: Oh ja. B12: Und bei der Hose ausziehen, da habe ich dann halt auch noch ein bisschen Unterstützung bekommen. I: Und wie war das während des Gesprächs mit dem Arzt? Warst du allein? B12: Nee, mein Papa und der Mitarbeiter waren beide dabei. I: Mhm. Mit wem hat der Arzt dann gesprochen? B12: Mit mir und dann habe ich nicht mehr weitergewusst. I: Mhm. B12: Und dann hat der Papa mich halt unterstützt. I: Ja. B12: Sowas, ich nicht mehr so weiterweiß, das hat er dann halt weitervermittelt. (B12, Pos. 467-480; Anmerkung: B12 hat darum gebeten, geduzt zu werden.) | und SK 3.3 <i>Stationäre Versorgung</i> - je mit der Kategorie „mit Unterstützung“- doppelt codiert und ggf. zusätzlich mit SSK 4.3.1 <i>Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung</i> unter SK 4.3 <i>Eltern und Geschwister</i> , SK 4.4 <i>Sonstige Familienangehörige</i> oder 4.5 <i>Außerfamiliäre rechtliche Betreuung</i> und/oder SK 5.3 <i>Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte)</i> , wenn mehrere dieser Personenkreise im Satz genannt werden (s. Anwendungsbeispiel).  |
| <u>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit</u>                  | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen die Aspekte fehlendes Personal und/oder fehlende Zeit im Rahmen der erfahrenen Unterstützung, Förderung, gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in der Wohneinrichtung und/oder im Zuge der Begleitung zu ambulanten und stationären Versorgungsangeboten benannt und/oder näher ausgeführt werden. | B2: Im guten Bereich. [Einschätzung körperliche Verfassung – damals] I: Dann lege ich das einmal hierhin. Kannst du da ein paar Beispiele zu nennen, warum du das als gut beschreibst? B2: Weil ich mich da noch ein bisschen besser bewegen konnte. (I: Mhm.) Da hat ich halt noch nicht so viel (unv.), wie ich heute habe. I: Mhm. (...) Weitere Dinge, warum es damals gut war? B2: Weil halt auch mehr Mitarbeiter da waren und der Mitarbeiter sich dann auch mehr Zeit nehmen konnte, (I: Mhm.) mit mir die Sachen zu machen. (B2, Pos. 189-193; Anmerkung: B2 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben Hinweise - in diesen Fällen ausschließlich - auf bestehende Barrieren und werden im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.<br><br><i>Abgrenzung zu SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</i> In den unter 2.6 summierten Aussagen, sind keine Schlagwörter, wie „ich wünsche“, „ich brauche“ etc. enthalten.<br><br>Werden die Aspekte Personalschlüssel und Zeit in direktem Zusammenhang mit dem wahrgenommenen körperlichen und/oder psychischen Gesundheitszustand (→SK 1.6 und SK 1.7) genannt, werden ggf. Textpassagen doppelt codiert (s. Anwendungsbeispiel). |
| <u>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</u>            | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen von den befragten Personen in der Wohneinrichtung integrierte Gesundheitsdienste genannt, die Wahrnehmung eines Angebots beschrieben und/oder die Leistungen beurteilt werden.  | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK und SSSK zugeordnet.   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf bestehende Ressourcen und Barrieren und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.  |
| SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen vorhandene medizinische Versorgungsangebote innerhalb der Einrichtung benannt werden und/oder wahrgenommene integrierte medizinische   | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.   | → s. Hinweis unter 2.7<br><br><i>Abgrenzung:</i> Integrierte zahnärztliche Versorgungsangebote werden separat unter SSK 2.7.2 summiert.  |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|   | Versorgungsleistungen beschrieben und/oder bewertet werden.   |  |   |
| SSSK 2.7.1.1 Selbstständig                    | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder wie sie selbstständig ein integriertes medizinisches Versorgungsangebot wahrnehmen und/oder in welchen Fällen sie keine Begleitung/Unterstützung benötigen.                            | I: Gehen Sie da allein hin, oder? B6: Joa. Ja, das kommt drauf an, ja, was das ist. I: Erzählen Sie mal. B6: Joa, manchmal gehe ich allein, wenn so Kleinigkeit ist oder so, nech. Wenn ich zum Verbandswechsel muss oder so, dann geh ich allein. (B6, Pos. 248-251)  | → s. Hinweise unter 2.7 und 2.7.1   |
| SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung                | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder in welchen Fällen und/oder wie sie mit Unterstützung/in Begleitung ein integriertes medizinisches Versorgungsangebot wahrnehmen.   | B11: Es sei denn, es ist so, wie Rezept holen oder Rezept für Logo oder so beantragen. Dann müssen die Mitarbeiter mitkommen. I: Wer muss dann mit? Ach, die Mitarbeiter. Mhm. B11: Also, ich kann zwar sprechen, aber die begleiten mich trotzdem. I: Ja. Begleiten die dich immer oder fährst du ab und an auch allein hin? B11: Lieber fahre ich allein. Heute musste mal einer mitkommen. (B11, Pos. 283-287; Anmerkung: B11 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)   | → s. Hinweise unter 2.7 und 2.7.1<br>Hinweise zur Doppelcodierung unter SSK 2.5.4   |
| SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von positiven Erfahrungen im Rahmen eines wahrgenommenen integrierten medizinischen Versorgungsangebotes berichten und/oder in denen erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig positiv bewertet werden. | I: Ja. Und hast du den Eindruck, die Ärzte hier, dass (...). Gehen die auf dich ein? Fühlst du dich von denen verstanden? Wie ist das? Sprechen die mit dir, oder? B9: Also, ich fühle mich von denen verstanden. Die sprechen auch mit mir. Also ich fühle mich da auch sehr wohl. I: Mhm. Woran machst du das fest, dass du dich da wohl fühlst? Was führt dazu? B9: Na ja, bei meinen früheren Arztbesuchen, wo ich war, konnte er nicht so gut rauskommen. Der hat kein Fahrstuhl und sowas. I: Ah. B9: Sondern nur Treppen und das war nicht barrierefrei und hier ist ja barrierefrei und hier kann ich alles machen. I: Mhm. Und warum fühlst du dich dann auch bei dem Arzt selber wohl? Was macht der, dass du dich wohl fühlst? B9: Weil er sehr persönlich ist und er geht auf die Menschen ein. I: Mhm. B9: Und manche Ärzte gehen nicht auf Menschen ein, die sagen so, „Das und das sollst du jetzt machen.“ I: Mhm. B9: Sondern die gehen auf Menschen ein und erklären das auch ja. (B9, Pos. 123-134; Anmerkung: B9 hat darum gebeten, geduzt zu werden.) | → s. Hinweise unter 2.7 und 2.7.1<br>Um den Kontext vollständig mit einzubeziehen, werden die unter dieser Kategorie summierten Textsegmente ggf. zusätzlich mit SK 3.1.4 <i>Auswahl der ärztlichen Personen</i> codiert. |
| SSSK 2.7.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von negativen Erfahrungen im Rahmen eines wahrgenommenen integrierten medizinischen Versorgungsangebotes berichten und/oder in denen  | I: Mhm. Du hattest gesagt, es gibt auch einige Arzttermine, die du außerhalb von -EINRICHTUNG- wahrnimmst. B13: Ja, Frauenarzt zum Beispiel. Der, das (...). Wir haben zwar auch einen hier. Aber wir haben den ausprobiert, also die Rollstühle haben   | → s. Hinweise unter 2.7 und 2.7.1<br>Hinweis zur Doppelcodierung unter 2.7.1.3 (s. hier auch Anwendungsbeispiel)  |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig negativ bewertet werden.  | den ausprobiert und es war nicht so toll. Und Arzttermine, Gott sei Dank, sag ich, dass man sich wenigstens einen Frauenarzt aussuchen darf. (B13, Pos. 309-310; Anmerkung: B13 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)   |  |
| SSSK 2.7.1.5<br>Behandlungsabläufe,<br>Versorgungsstrukturen und<br>Sonstiges | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden erfasst, in denen allgemeine Informationen über ein integriertes medizinisches Versorgungsangebot genannt werden oder Aussagen, die den zuvor angeführten SSK nicht eindeutig zuzuordnen sind.                                     | I: Und der neue Doktor? B6: Den kenne ich eben nicht so viel. Weil ich fast gar nicht lange da war. I: Ah okay, ja. B6: Weißte. I: Ja. B6: Sehe mal, wenn ich da drüben bin und was hole oder bring was hin, dass ich den mal so sehe, ja, paar Worte rede ich mit ihm, wenn es klappt, ne. Und so, aber komplett, ne. (B6, Pos. 306-311)   | → s. Hinweise unter 2.7 und 2.7.1  |
| SSK 2.7.2 Wahrnehmung<br>zahnärztlicher<br>Versorgungsangebote                | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen bestehende zahnmedizinische Versorgungsangebote innerhalb der Einrichtung benannt werden und/oder wahrgenommene Leistungen beschrieben und/oder beurteilt werden.   | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK zugeordnet.  | → s. Hinweis unter 2.7   |
| SSSK 2.7.2.1 Selbstständig  | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder wie sie selbstständig ein integriertes zahnmedizinisches Versorgungsangebot wahrnehmen und/oder in welchen Fällen sie keine Begleitung/Unterstützung benötigen.                            | B7: Arzt. I: Mhm, hier dann speziell der Zahnarzt. B7: Gehe ich so allein hin. I: Mhm. Können Sie dazu ein bisschen was erzählen, das ist ja hier auch etwas Besonderes, hier in -EINRICHTUNG-? B7: Ja, wir haben hier einen Zahnarzt. I: Mhm. B7: Der ist unten in unserem Keller. I: Mhm. B7: Da gehe ich meist auch allein hin. (B7, Pos. 21-29)   | → s. Hinweis unter 2.7   |
| SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung  | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder in welchen Fällen und/oder wie sie mit Unterstützung/in Begleitung ein integriertes zahnmedizinisches Versorgungsangebot wahrnehmen.   | B5: Beim Zahnarzt ist Mama dabei. Die hält den einen Arm fest, damit der nicht in die Geräte kommt. (I: Ja.) B5: Sonst mache ich das auch alles allein, nur auf den Stuhl setzen und sowas (...) I: Ja und was machen Sie daran allein? B5: Mama setzt mich auf den Stuhl. (I: Mhm.) (...) Oder dann die Person, die gerade mit mir fährt. I: Ja. B5: Aber meistens ist es im Moment meine Mama und sonst mache ich das ganz allein, Mund auf und so, wenn der Zahnarzt mir das sagt. (I: Ja.) Ich habe auch nicht dabei die Spastik so drin, habe ich auch nicht. (B5, Pos. 18-22) | → s. Hinweis unter 2.7<br><br>Hinweise zur Doppelcodierung unter SSK 2.5.4 |
| SSSK 2.7.2.3 Positive<br>Erfahrungen/Bewertungen                              | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von positiven Erfahrungen im Rahmen eines wahrgenommenen integrierten zahnmedizinischen Versorgungsangebotes berichten und/oder in denen erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig positiv bewertet werden. | I: Und wie der Zahnarzt selbst mit dir umgeht? Wie fühlst du dich dabei? B12: Gut. I: Mhm. B12: Gut aufgehoben. I: Mhm. Woran machst du das fest, dass du dich in der Situation von ihm, wie er mit dir umgeht, gut aufgehoben fühlst? B12: Ja, weil er mir das gut erklärt. I: Mhm. B12: Was er jetzt so macht und wie er das so macht und wie er das so (...) Ich   | → s. Hinweis unter 2.7   |

|   |   |  |                           |
|---|---|--|---------------------------|
|   |   | finde halt seine Art locker. I: Mhm. B12: Locker so. Das Erklären, wie ich das von mir selbst halt so kenne. (B12, Pos. 415-424; Anmerkung: B12 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)  |                           |
| SSSK 2.7.2.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen                 | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von negativen Erfahrungen im Rahmen eines wahrgenommenen integrierten zahnmedizinischen Versorgungsangebotes berichten und/oder in denen erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig negativ bewertet werden. | I: Ja. Und wie fühlst du dich bei dem Zahnarzt, wie der mit dir umgeht? Fühlst du dich dabei gut aufgehoben oder eher unsicher? B12: Ein bisschen unsicher. I: Mhm. Kannst du das ein bisschen beschreiben, warum du dich dann in der Situation unsicher fühlst? B12: Weil dann meine Füße immer so schnell von dem Stuhl abhauen. I: Mhm. Ja. (...) Du fühlst dich also nicht so sicher in dem Stuhl selbst? B12: Ich fühle mich zwar schon in dem Stuhl sicher. I: Mhm. B12: Aber zur Sicherheit wäre mir noch ganz gut, wenn meine Füße von unten so gegengehalten werden. I: Mhm. Ist das schon ein spezieller Stuhl, in dem du dann sitzt? B12: Nein, das ist ein ganz normaler Zahnarztstuhl. (B12, Pos. 405-414; Anmerkung: B12 hat darum gebeten, geduzt zu werden.) | → s. Hinweis unter 2.7    |
| SSSK 2.7.2.5 Behandlungsanlässe, -abläufe und Sonstiges       | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden erfasst, in denen allgemeine Informationen über ein integriertes zahnmedizinisches Versorgungsangebot genannt werden oder Aussagen, die den zuvor angeführten SSSK nicht eindeutig zuzuordnen sind.                                | B9: Zahnarztbesuche habe ich hinter mir. Da wurde mir ein Zahn gezogen dieses Jahr. I: Mhm. B9: Der war schon schwarz. Das habe ich wirklich nicht gemerkt, bis er angefangen hat, zu drücken. Dann musste er raus. (B9, Pos. 170-172)   | → s. Hinweis unter SK 2.7 |
| SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung) | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen integrierte Therapieangebote im Rahmen der Heilmittelversorgung genannt werden und/oder in denen von den Inhalten, erreichten Fortschritten und Zielen der wahrgenommenen Therapien berichtet wird.                   | B5: Und ich muss auch noch dazu sagen, bei meiner KG, die jetzt drei Wochen Urlaub hat, da habe ich auch viel gelernt, sodass ich das auch noch mal selber kann, so wie das Laufen mit dem Gehwagen, das ist auch schon besser geworden. Da brauche ich jetzt auch schon keine Sitzhose mehr, wo ich früher einmal noch in dem Gehwagen eine zusätzliche Sitzhose gebraucht habe. Die hängt jetzt nur noch da mit drin, falls beim Notfall ich die brauche. (B5, Pos. 225)   | → s. Hinweis unter SK 2.7 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen wahrgenommene integrierte psychiatrische und/oder psychotherapeutische Angebote genannt werden und/oder näher beschrieben werden.  | B12: Oder ich fahre zu meiner Psychologin. I: Mhm. B12: Rede mit der darüber. I: Ja. B12: Die kann mir auch ein bisschen bessere Tipps geben, wie ich mich jetzt in dem Alltag so integriere. Oh Gott, das kann ich nicht aussprechen, In-te-gr-, also, so wie ich mich halt so einbringe. I: Ja. Wie oft (...) hast du da regelmäßige Termine oder je nach Bedarf? B12: Nach Bedarf, wenn mir einfach hier das Gespräch aus der Wohngruppe zu viel wird. I: Mhm. B12: Dann fahre ich raus und dann komme ich wieder und dann geht es mir halt besser. (B12, Pos. 352-360; Anmerkung: B12 hat darum gebeten, geduzt zu werden. | → s. Hinweis unter SK 2.7  |
| <u>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</u>                         | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen von den befragten Personen nachgegangene persönlich bedeutsame Aktivitäten, Interessen und/oder Hobbies, bestehende oder fehlende Angebote zur Gestaltung der freien Zeit im Wohnalltag und/oder seitens des Trägers der Wohneinrichtung organisierte Urlaubsreisen benannt werden und/oder näher beschrieben werden. | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK zugeordnet.   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben zum Teil Hinweise auf bestehende Ressourcen und Barrieren (im Sinne von bestehenden oder fehlenden Möglichkeiten, persönlich sinnstiftenden Tätigkeiten und Aktivitäten) und werden ggf. im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen. |
| SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies                   | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen erfasst, in denen das Nachgehen eigeninitiativer Beschäftigungen, persönlicher Interessen und/oder Hobbies zur Ausgestaltung der freien Zeit innerhalb und außerhalb der Wohneinrichtung benannt und/oder näher beschrieben werden.  | B16: [...] Was habe ich denn gestern gemacht, das weiß ich nicht mehr. Da war ich beim Kegeln. I: Oh ja. B16: Ich bin leidenschaftliche Keglerin. (B16, Pos. 140-142)  | → s. Hinweis unter SK 2.8  |
| SSK 2.8.2 Freizeitangebote   | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von der Wohneinrichtung angebotene oder auch fehlende Aktivitäten, Ausflüge und/oder Veranstaltungen benennen und/oder näher darüber berichten.  | B1: Ja, wir waren auf einer Show, Reptilienshow, ne, in so einem Park. Statt sieben Euro haben wir nur drei Euro gezahlt. Die Betreuer sind umsonst reingekommen, weil sie einen B-Ausweis mithatten. Wir drei Euro, die Betreuer umsonst. Da kannst du die Spinnen angucken, Schlangen angucken. Richtige lebende Tiere. Neben einer Spinne, neben einer Schlange, neben Vogelspinnen und (...) wagh. (B1, Pos. 855)  | → s. Hinweis unter SK 2.8  |
| SSK 2.8.3 Urlaub und Reisen  | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen Urlaub und von Seiten des Trägers der Wohneinrichtung organisierte Reisen benannt werden und/oder von Erlebnissen im Rahmen dessen berichtet wird.   | I: Sie haben gerade Urlaub, oder? B7: Ja, Urlaub im Augenblick. I: Ach, wie schön. B7: Ich bin dieses Mal an der Ostsee gewesen. Zwei Tage in -ORT-. I: Hatten Sie gutes Wetter dort? Das war ja jetzt immer so ein bisschen durchwachsen. Mal geregnet- B7: Da war tolles Wetter. I: Ach schön. B7: Wir waren im -MONAT- da oben. Das Wetter war total herrlich. I:   | → s. Hinweis unter SK 2.8  |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|   |  | Mhm. B7: Die zwei Tage waren ein bisschen kurz. I: Mhm. Das glaube ich. Man hat dann ja auch eine etwas längere Anfahrt, bis nach da oben. M7: Aber es war eine 1:1-Betreuung, von -TAG- bis -TAG- [drei Tage] und das ist dann schon- I: Ach, sind Sie beide zusammen gefahren? M7: Genau. (B7, Pos. 175-188)  |   |
| <u>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote</u>                            | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen seitens der Wohneinrichtung eröffnete oder fehlende Angebote der Erwachsenenbildung und/oder Unterstützungsangebote zur Förderung einer eigenständigen und selbstbestimmten Lebensführung im Wohnalltag oder zur Teilhabe am öffentlichen Leben benannt und/oder näher beschrieben werden. | B5: Einen Plan? I: Mhm. B5: Den gibt es bis jetzt nur am Computer. (...) Der Betreuer, der wollte mit mir auch so einen Tagesplan machen, mit Bildern und wo ich sehen kann, dass ich auch weiß (...) M5: Wo deine Termine draufstehen, ne. B5: Ja. Und die Betreuer, die nachmittags da sind oder vormittags, dass ich nicht immer jemanden fragen muss, dass ich den Plan in meinem Zimmer irgendwo habe und wenn ich da drauf gucken kann, schon von selbst weiß, die kommen und der kommt. I: Oder was Sie vorhaben? B5: Ja. I: Und das ist in Planung? Aber der hängt noch nicht bei Ihnen? Aber das wird dann jetzt irgendwo gemacht? B5: Das wird dann irgendwann (...) (B5, Pos. 522-530) | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben zum Teil Hinweise auf bestehende Ressourcen und Barrieren und werden ggf. im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.           |
| <u>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten</u> | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen Informationen zur räumlichen Lage, zu den baulichen, strukturellen und/oder organisatorischen Gegebenheiten, zu den allgemeinen Abläufen und/oder Regeln in der aktuellen Wohneinrichtung enthalten sind.  | B19: Ich habe ein Doppelzimmer. I: Mhm. B19: Da war ja auch ein Balkon und alles, ne. Bloß ich muss mit -NAME_PERSONAL- noch mal sprechen, ob ich (...) das Fahrrad auf den Balkon stellen kann. Also ich habe Angst, dass es mir kaputt gemacht wird. I: Ja. Und mit wem wohnen Sie zusammen in diesem Doppelzimmer? B19: Mit -NAME_ZIMMERNACHBAR/IN-. I: Mit -NAME_ZIMMERNACHBAR/IN-. Okay. Haben Sie sich das selbst ausgesucht, dass Sie beide da zusammen- B19: Nee, die haben mich da reingesteckt. (B19, Pos. 400-406)   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf wahrgenommene Ressourcen und Barrieren und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgenommen. |
| <u>SK 2.11 Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation</u>                  | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der interviewten Personen summiert, in denen eine allgemeine Einschätzung der gegenwärtigen Wohnsituation vorgenommen wird und/oder über die Wohndauer und/oder den Prozess des Einlebens in der aktuelle Wohneinrichtung berichtet wird.  | I: Wie lange wohnen Sie denn eigentlich schon hier? B3: Das wird dieses Jahr, am -DATUM- fünf Jahre. (I: Oh ja.) Wenn Sie es nicht glauben, können Sie -NAME_BETREUER/IN_s- fragen. (I: Oh, das-) ((lachen)) Der hat mich hier reingebracht. (I: Ja.) Mit -NAME_BETREUER/IN_c-, die jetzt krank ist. I: Ach ja. Und fühlen Sie sich hier wohl? (B3: Mhm.) Schön. B3: Deswegen mag ich -NAME_BETREUER/IN_s- so gerne. (B3, Pos. 207-210)   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben Hinweise auf erfahrene Ressourcen und Barrieren und werden ggf. im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.                     |

| <b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung</b>           |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <u>SK 3.1 Ambulante Versorgung</u>                      | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die interviewten Personen wahrgenommene ambulante Versorgungsangebote außerhalb der Einrichtung im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung benennen und/oder näher berichten, z.B. über die Anfahrt, Zugangsmöglichkeiten, erbrachte Leistungen, gemachte Erfahrungen, ggf. erforderliche Begleitung und Unterstützung. | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK und SSSK zugeordnet.   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben Hinweise auf bestehende personale Kompetenzen, erfahrene Ressourcen und Barrieren im Kontext der wahrgenommenen Gesundheitsversorgung sowie Überleitung und werden im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.<br><br>Aspekte bezüglich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelsektoren werden separat unter SK 3.2 summiert. |
| SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden wahrgenommenes haus- und/oder fachärztliches Personal benennen und/oder von der Anfahrt zur Praxis, einer erforderlichen Begleitung, Unterstützung, den erbrachten Leistungen berichten und/oder diese bewerten.  | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.   | → s. Hinweise unter SK 3.1<br><br>Aussagen zur Wahrnehmung zahnärztlicher Leistungen werden separat unter SK 3.1.2 summiert.   |
| SSSK 3.1.1.1 Selbstständig                              | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder wie und/oder in welchen Fällen sie selbstständig ihre haus- und/oder fachärztlichen Personen aufsuchen und/oder Termine vereinbaren.   | B2: Wenn ich zu meinem Hausarzt fahre, dann fahr ich immer eine halbe Stunde oder 20 Minuten vor dem Termin los. Der ist hier vorne am - STRAßENNAME- am -STÄTTE- oben und ich brauche da 20 Minuten Weg. (I: Ja.) Der hat einen Fahrstuhl im Haus. (I: Mhm.) Also ich kann auch in die Praxis direkt rein. I: Ja. Und den Weg dorthin fährst du da mit dem Bus, oder (B2: Nee.) fährst du da mit deinem Rollstuhl hin, oder? B2: Fahr ich zu Fuß. (I: Ja.) Allein. Allein ist für mich immer auch schöner an frischer Luft. (I: Ja.) zu sein. I: Und wie ist das dann mit den Straßen und so? Teilweise sind ja dann die Bordsteine auch ein bisschen höher, oder? B2: Nee, hier wo, wo ich langfahre ist hier in - STADT- ist alles abgeflacht. (I: Mhm.) Zum Glück, weil sonst würde das auch gar nicht gehen. I: Ja (...) Und der Hausarzt, sagst du, da fährst du ganz allein hin. Wie ist das mit den Terminen? B2: Die mach ich auch allein. I: Mhm. Und wie machst du das? Kannst du das auch einmal so erzählen? (...) B2: Ich rufe an. Sage was los ist und ob die mir heute oder am nächsten Tag einen Termin geben können. I: Ja. | → s. Hinweise unter SK 3.1 und SSK 3.1.1<br><br>Wird die Terminvereinbarung beispielweise von Mitarbeitenden übernommen, aber die haus- und/oder fachärztliche Person selbstständig aufgesucht, wird trotzdem diese Kategorie gewählt.   |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|   |  | <p>Und wenn du dann einen Termin bekommen hast, wie merkst du dir den Termin? (...) B2: Ich sage, wenn ich während der Arbeitszeit hinmuss, zum Arzt, dann sag ich meiner Chefin Bescheid. - NAME_VORGESETZTE/R_ARBEIT- ich bin dann und dann, muss ich zum Arzt, das ist wichtig. Weil sie/er eigentlich nicht möchte, dass das während der Arbeitszeit abgewickelt wird. (I: Ja.) Aber manche (...) Termine, wie meinen Schlauch in der Blase wechseln, das geht nur während der (I: Ja.) Arbeitszeit. Weil der immer nur bis 14:00 Uhr auf hat. I: Ja. Und dann erinnert sie/er dich, die - NAME_VORGESETZTE/R_ARBEIT- daran, dass der Arzttermin ist? B2: Nein (I: Mhm.) Nein, ich sage ihr/ihm nur Bescheid, wenn ich da (unv.). I: Mhm, okay. Und notierst du dir den Termin oder wie, wie merkst du dir den?</p> <p>B2: Im Kopf. I: Oh, wunderbar, okay. (...) Wenn du noch Wasser möchtest, sagst du Bescheid bitte, ja? Hier haben wir noch was. (...) Wie ist das bei anderen Ärzten, bei deinem Hausarzt sagst du, da fährst du, das machst du allein. B2: Orthopäde mache ich allein. (B2, Pos. 20-36; Anmerkung: B12 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)</p> |   |
| SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung                | <p>Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die interviewten Personen berichten, dass und/oder wie und/oder in welchen Fällen sie mit Unterstützung und/oder in Begleitung ihre haus- und/oder fachärztliche Person aufsuchen und/oder in welcher Form sich die Unterstützung während des Aufenthalts gestaltet.</p> | <p>B3: Ja, dass jemand mitkommen muss, das ist klar. I: Mhm. Aber so wie das dann abläuft, das ist so für Sie gut? B3: Weil ich ja nicht weiß, wo die Ärzte liegen. I: Mhm. (...) Wenn Sie dann beim Arzt sind, sprechen Sie dann allein mit dem Arzt? Oder ist da noch jemand dabei dann? (...) B3: Mei-, meine, meine Betreuerin. I: Und spricht sie dann mit dem Arzt über Sie? Oder sprechen Sie mit dem Arzt? B3: Nee, macht meine Betreuerin, (I: Mhm.) weil die hat meine ganzen Akten. I: Mhm. (...) Und sprechen Sie dann auch mit? Oder sitzen Sie nur da? B3: (...) Nee, wenn sie mich (...) kommt drauf an, wo ich hinmuss, ne? (I: Mhm.) (...) Dann spricht sie auch mit mir. (B3, Pos. 374-382)</p>   | <p>→ s. Hinweise unter SK 3.1, SSK 3.1.1 und SSSK 3.1.1.1</p> <p>Hinweise zur Doppelcodierung unter SSK 2.5.4</p> |
| SSSK 3.1.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen | <p>Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von positiven Erfahrungen im Rahmen eines Besuchs einer haus- und/oder fachärztlichen Praxis berichten und/oder in denen erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig positiv bewertet werden.</p>   | <p>I: Und was schätzen Sie an Ihrer Ärztin, wenn Sie da sind? B16: Na, da gehe ich ja nicht so oft hin. Da kann ich mir nicht so ein Bild machen, aber weil ich da nicht so oft bin, ne. Aber sie ist sehr entgegenkommend, ne, sehr nett. I: Können Sie das so ein bisschen ausführen, was meinen Sie mit entgegenkommend? B16: Ja, die versteht das auch. Dann will sie mich immer krankschreiben. Und dann</p>   | <p>→ s. Hinweise unter SK 3.1 und SSK 3.1.1</p>   |



|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   |   | sage ich, -NAME_ÄRZTIN-, das kann ich nicht. Dann kriege ich kein Geld vom -ARBEITSORT-. Haben Sie Stress, machen Sie zu viel, fragt sie nach dann. Ja, ist ja auch viel, ne. Dann will sie mich immer krankschreiben ((lacht kurz auf)) und das ist nicht so gut, ne. I: Haben Sie den Eindruck, dass sie Ihnen zuhört und auf Sie eingeht, wenn Sie da sind? B16: Mhm, die ist sehr nett. (B16, Pos. 271-276)                       |   |
| SSSK 3.1.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von negativen Erfahrungen im Rahmen eines Besuchs einer haus- und/oder fachärztlichen Praxis berichten und/oder in denen erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig negativ bewertet werden.                                       | B2: Auch an seiner ganzen Persönlichkeit (I: Mhm.) und seiner Art. (...) ich hatte einen Orthopäden, der war mir zu ruppig. (I: Mhm.) Darum bin ich da weggegangen. I: Ja. Was meinen Sie mit zu ruppig, wenn ich fragen darf? B2: Der hat alles was ich gesagt habe in Frage gestellt, ob das wirklich so ist. (I: Mhm.) Und so einen Arzt brauch ich nicht. (B2, Pos. 75-77)  | → s. Hinweise unter SK 3.1 und SSK 3.1.1<br><br>Werden positive (s. SSK 3.1.1.3) und negative Erfahrungen in einem Satz genannt, werden die Textpassagen doppelt codiert, um den Kontext einbeziehen zu können.                               |
| SSSK 3.1.1.5 Behandlungsanlässe und -abläufe  | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der befragten Personen summiert, die den vorherigen SSSK nicht eindeutig zuzuordnen sind und/oder allgemeine Informationen über aufgesuchte haus- und/oder fachärztliche Personen, Anlässe und/oder Sitzungen enthalten.  | I: Andere Ärzte, zu denen Sie gehen, -Name_B16-? B16: Ja, in -ORT_a- meine Ärztin, -NAME_ÄRZTIN_f-, da gehe ich nicht so oft hin. I: Ja, ist das eine Hausärztin, oder? B16: Mhm. I: Fühlen Sie sich bei der gut aufgehoben oder nicht so gut aufgehoben? B16: Da gehe ich jetzt nicht so oft hin, ne. Wenn ich jetzt nicht ernsthaft krank bin, dann gehe ich nicht zum Arzt. Nicht wegen jeder Kleinigkeit, ne. (B16, Pos. 229-234) | → s. Hinweise unter SK 3.1 und SSK 3.1.1  |
| SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis  | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden wahrgenommene zahnärztliche Versorgungsangebote (extern, außerhalb der Wohneinrichtung) benennen und/oder von der Anfahrt, erforderlichen Begleitung, Unterstützung, den erbrachten Leistungen berichten und/oder diese bewerten. | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.   | → s. Hinweise unter SK 3.1<br><br>Um den Kontext jeweils einzubeziehen, überschneiden sich die unter dieser Kategorie summierten Textsegmente zum Teil mit den nachfolgend aufgeführten SSSK, sodass die Textpassagen doppelt codiert werden. |
| SSSK 3.1.2.1 Selbstständig                    | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass und/oder wie und/oder in welchen Fällen sie selbstständig eine zahnärztliche Praxis aufsuchen und/oder Termine vereinbaren.   | B2: Zahnarzt mach ich allein, wenn es möglich ist und ich nicht unter Narkose muss. (B2, Pos. 36)   | → s. Hinweise unter SK 3.1 und SSK 3.1.2  |
| SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung                | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die interviewten Personen berichten, dass und/oder wie und/oder in welchen Fällen sie mit Unterstützung und/oder in Begleitung eine zahnärztliche Praxis aufsuchen und/oder in welcher Form sich die Unterstützung während des Aufenthalts gestaltet.            | B4: Für einen Zahnarzt. I: Mhm. (...) B4: Ja. I: Warum haben Sie die jetzt da eingeordnet? (B4: Ja.) Mhm. (...) Und warum haben Sie sie dort eingeordnet? B4: Ich gehe immer mit Betreuer mit zum Zahnarzt. (I: Ja.) Von hier aus. I: Ja. (...) Und machen Sie selbst den Termin oder wer macht die Termine? B4: Meistens die Betreuerin. I: Mhm. Wie   | → s. Hinweise unter SK 3.1 und SSK 3.1.2<br><br>Hinweise zur Doppelcodierung unter SSK 2.5.4  |

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
|   |  | lange gehen Sie zu dem Zahnarzt schon? B4: Schon, schon lange. I: Mhm (...) Und wenn Sie da beim Zahnarzt sind, ist der Betreuer da mit im Raum (B4: Ja) oder sind Sie dann allein? B4: Die ist mit dabei. (B4, Pos. 48-58)  |   |
| SSSK 3.1.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die Interviewteilnehmenden von positiven Erfahrungen im Rahmen eines Besuchs einer zahnärztlichen Praxis berichten und/oder in denen erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig positiv bewertet werden. | I: Und bei dem Zahnarzt, wie ist das da? Wie fühlen Sie sich da aufgehoben? B15: Mm, ich fühl mich da, ich habe keine Angst vorm Zahnarzt. Ich habe aber Angst vor Spritzen, (I: Ja.) das ist das Problem. I: Und woran, wie machen Sie das fest, dass Sie da keine Angst haben oder dass Sie sich bei dem ganz gut fühlen, bei dem Zahnarzt. B15: Weil (...) er sagt immer, ja, -NAME_B15-, so, jetzt bohrt er mich oder brauchst du so eine Betäubung oder so. Er redet, er redet mit einem, sagt, ja, -NAME_B15-, wir machen jetzt das und dann machen wir das und dann das. Er sagt mir Bescheid. Die Leute, die da hinkommen, sagt er Bescheid, okay, so -NAME_B15-, oder die Leute, so jetzt bohren wir, pass auf, erschreck dich nicht. So macht er das immer. I: Okay. B15: Weil (...) sowas, ja, der ist immer top. (B15, Pos. 69-74) | → s. Hinweise unter SK 3.1 und SSK 3.1.2  |
| SSSK 3.1.2.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von negativen Erfahrungen im Rahmen eines Besuchs einer zahnärztlichen Praxis berichten und/oder in denen erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig negativ bewertet werden.     | B16: Dass der Zahnarzt den Leuten, es gibt Zahnärzte, die den Leuten die Angst nehmen und das ist dann nicht so. Es gibt solche Zahnärzte, die da auch voll drauf eingehen, aber -NAME_ZA- macht das nicht. Es gibt ja auch Angstpatienten und da gibt es extra solche Zahnärzte. Ich weiß nicht, wo es so etwas gibt. Da würde ich eher hingehen als zu -NAME_ZA-, weil ich das nicht in Ordnung finde, was die mit mir macht. (B16, Pos. 388)  | → s. Hinweise unter SK 3.1 und SSK 3.1.2  |
| SSSK 3.1.2.5 Anlässe, Frequenz und Behandlung | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der interviewten Personen summiert, die Informationen über zahnärztliche Behandlungsanlässe, die Frequenz der wahrgenommenen Sitzungen und/oder eine Behandlung enthalten.   | B15: Weil sie, ich habe ja alle dreieinhalb Monate mal Zahnreinigung, weil meine Zähne sind kaputt. Ich wurde auch schon operiert. (I: Ja.) Also in -ORT_a-, da Zahnarztpraxis da (I: Ja.) da wurde ich operiert. Weil mein Weisheitszahn, der war hier runter und, also hier, musste ich operiert werden auf beiden Seiten. Joa. (B15, Pos. 68)   | → s. Hinweise unter SK 3.1 und SSK 3.1.2  |
| SSK 3.1.3 Psychotherapie                      | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die interviewten Personen wahrgenommene ambulante psychotherapeutische Angebote (extern, außerhalb der Wohneinrichtung) benennen.   | B1: Meine Psychologin, die habe ich immer noch. (B1, Pos. 488)   | → s. Hinweis unter SK 3.1   |
| SSK 3.1.4 Auswahl der ärztlichen Personen     | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, aus denen Informationen zur Auswahl der besuchten haus-   | B3: Eine, ich habe schon lange, oh ganz schön lange (...) da war ich noch zu Hause. I: Mhm (...) Da waren Sie auch schon bei der Ärztin? (...) B3: Mhm.  | → s. Hinweise unter SK 3.1 (zzgl. Aspekte der Dimension Selbst- und Mitbestimmung), SSK 3.1.1 und SSK 3.1.1.1 |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  | und/oder fachärztlichen (inklusive zahnärztlichen) Personen hervorgehen.  | (I: Mhm.) Aber nur die eine, die, die andern sind alle neu. Das hat, hat mir meine (unv.) -betreuerin (I: Ja.) -NAME-BETREUER/IN_k-. I: Sie hat Sie an sie empfohlen oder da die Termine gemacht? B3: Die, die hat die neu-, neuen Arzt gemacht, (I: Mhm.) weil die alle so weit weg sind wahrscheinlich. (B3, Pos. 148-152)  | Hinweis zur Doppelcodierung unter 2.7.1.3<br><br>Finden sich die Informationen zur Wahl der ärztlichen Person in den unter SK 3.1 summierten Textsegmenten, werden die Textpassagen ebenfalls doppelt codiert.   |
| <u>SK 3.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung</u> | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen der Interviewten summiert, in denen Aspekte und Institutionen (Krankenkassen, Apotheken, Sanitätshäuser etc.) im Rahmen der Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung benannt und/oder Leistungen und/oder Abläufe näher beschrieben werden.   | I: Du hattest gesagt, du bekommst jetzt einen neuen Rollstuhl. Suchst du dir dann einen aus oder wie ist das? B2: Na, ich muss. Also es wird ein Antrag bei der Kasse gestellt. (I: Mhm.) Und wenn die Kasse den genehmigt, den Rollstuhl, so wie der Arzt verordnet hat (I: Mhm.) dann geht es ins Detail, dann wird er ausgesucht und nochmal angepasst. (I: Mhm.) (...) Und den hier habe ich jetzt neun Jahre lang gehabt. I: Neun Jahre? ((B2 gähnt.)) Und das machst du alles allein? B2: Ja. I: Mhm. Und du sagtest vorhin, dass deine Mutter dich auch unterstützt. Wer hilft dir denn dabei bei den ganzen Anträgen? B2: Das macht das Sanitätshaus (I: Mhm.) in Absprache mit mir. I: Die kommen dann hierher und sprechen mit dir darüber oder fährst du dorthin, wie ist das? B2: Oder ich fahr hin (I: Mhm.) Je nachdem, so wie es halt ist. I: Und die Leute von dem Sanitätshaus kennst du die schon? Oder sind das immer andere? B2: Nein, da sind immer dieselben. Gott sei Dank. (I: Mhm.) Ich bin da jetzt seit achtundzwanzig, achtunddreißig Jahren Kunde. (I: Ja) Und dann kennt man sich natürlich (I: Ja) im Laufe der Zeit, ne. (B2, Pos. 50-59; Anmerkung: B2 hat darum gebeten, geduzt zu werden.) | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf bestehende personale Kompetenzen, erfahrene Ressourcen und Barrieren im Kontext der wahrgenommenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung und werden im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen. |
| <u>SK 3.3 Stationäre Versorgung</u>                    | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die befragten Personen wahrgenommene stationäre Versorgungsangebote - außerhalb der Einrichtung im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung - benennen und/oder näher davon berichten, z.B. über die Anfahrt, Zugangsmöglichkeiten, erbrachte Leistungen, gemachte Erfahrungen, ggf. erforderliche Begleitung und Unterstützung. | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK und SSSK zugeordnet.   | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben Hinweise auf bestehende personale Kompetenzen, erfahrene Ressourcen und Barrieren im Kontext der wahrgenommenen Gesundheitsversorgung sowie Überleitung und werden im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.       |
| SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte                       | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden Krankenhausaufenthalte benennen und/oder näher darüber berichten.   | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSSK zugeordnet.   | → s. Hinweis unter SK 3.3  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
|   |   |  | Um den Kontext einzubeziehen, werden zum Teil Passagen der unter den nachfolgenden SSSK summierten Textsegmente doppelt codiert. |
| SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung                | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen berichten, dass, von wem, in welcher Form und/oder in welchen Fällen sie Begleitung und/oder Unterstützung während der Aufnahme, im Rahmen von ärztlichen/r Gesprächen/Aufklärung und/oder der Entlassung erfahren haben. | I: Und als Ihr Onkel, wie war das dann im Krankenhaus? Ist Ihr Onkel dann bei Ihnen geblieben? B1: Nein, ich war allein da, aber er kam öfter. Er kam öfter. I: Mhm. B1: Er hat mich eingewiesen und auch wieder abgeholt. Hat er gemacht. Ich soll entlassen am -TAG-. Ich so „Äh, (...) -KOSENAME-, -KOSENAME-, ich werde entlassen.“ I: Mhm. B1: „-NAME_ONKEL-“, ich so, „-NAME_ONKEL-, ej, ich soll entlassen, ne. Und er, und er, „Ich hol dich ab.“ Ich so, „Ja, um neun.“ „Okay, um neun bin ich da.“ Dann saß ich auf dem Flur. Er hat mich nicht gesehen. „-NAME_ONKEL-, hier bin ich hinter der Scheibe, hallo.“ (...) Dann haben wir einen Kaffee getrunken und meine Tante kam im Bus hinterher, meine Tante. (...) (B1, Pos. 203-208)   | → s. Hinweise unter SK 3.3 und SSK 3.3.1<br><br>Hinweise zur Doppelcodierung unter SSK 2.5.4                                     |
| SSSK 3.3.1.2 Besuch                           | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die Interviewten von Besucher*innen während ihres Krankenhausaufenthaltes berichten bzw. von Personen, die regelmäßig anwesend waren, ohne dass explizit Formen der Unterstützung thematisiert werden.   | I: Und haben Sie Besuch bekommen in der Zeit? B4: Ja. (I: Mhm.) (...) I: Von wem? B4: Von den Arbeitskollegen. (B4, Pos. 37-40)  | → s. Hinweise unter SK 3.3 und SSK 3.3.1   |
| SSSK 3.3.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von positiven Erfahrungen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes berichten und/oder in denen erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig positiv bewertet werden.  | I: Und dort vor Ort, wie ist das da mit den Ärzten? B12: Komme ich auch gut klar. I: Mhm. B12: Also, ich hatte einen, nicht speziellen, aber ich hatte einen guten Draht, sag ich mal. I: Mhm. B12: Halt, womit ich gut klarkam. I: Wie sah denn dieser gute Draht aus? Warum kamt ihr denn gut klar? B12: Wir haben uns so gut verstanden. Er wusste, was ich sagen wollte und ich wusste, seine Art hat mir das dann so locker, sag ich jetzt mal, rübergebracht. I: Mhm. Ja. B12: Also ich habe ihm meine Art vermittelt. Und er hat seine Art mir vermittelt, dass wir halt einen guten Draht zueinander aufgebaut haben. I: Mhm. Hat er dann auch erklärt, was sie dann machen vor Ort? B12: Ja. Also ich bin dahin gegangen, um meine Beine mal angucken zu lassen und meine Spastik halt, damit die besser, flüssiger wird. So bin ich da rangekommen. (B12, Pos. 455-466; Anmerkung: B12 hat darum gebeten, geduzt zu werden.) | → s. Hinweise unter SK 3.3 und SSK 3.3.1   |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <p>SSSK 3.3.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen</p> | <p>Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die Interviewteilnehmenden von negativen Erfahrungen im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes berichten und/oder in denen erbrachte Leistungen beschrieben und gleichzeitig negativ bewertet werden.</p> | <p>I: Ja. Und in -ORT_f- war das anders? B14: -ORT_f- war das richtig komisch. Die Leute waren da auch ein bisschen komisch. I: Können Sie das mal genauer ausführen, was komisch war? B14: Also, man darf nicht raus. Die haben immer Angst, dass man (...) Gut, kann man ja verstehen, da sind auch damals viele Leute abgehauen in -ORT_f- aus dem Krankenhaus. I: Mhm. B14: Sind einfach mit so einer Flasche sind sie einfach früher abgehauen, was sie gar nicht gedurft haben. I: Mhm. B14: Da haben sie so eine Spritze gehabt mit einem Katheter drin, sind sie irgendwie wieder abgehauen, was ich nicht verstehen kann. I: Und Sie durften dann nicht aus dem Zimmer, oder? B14: Ich durfte nicht nach unten gehen. Da haben sie aufgepasst, dass ich ja nicht nach unten gehen kann. I: Wie haben sie darauf aufgepasst? Wie haben die das gemacht? B14: Die sind dann durchs Zimmer gegangen, haben dann gesagt, Sie gehen bitte nicht nach unten. Ich habe Angst, dass Sie stiften gehen. Ich sage, das mache ich nicht, also das wird nicht passieren. Weil die schon genug Erfahrung mit Bewohnern hatten, die abgehauen sind mit Kanülen und alles Mögliche. I: Ja. B14: Haben die ein bisschen Angst gehabt. I: Mhm. Haben die Ihnen auch erklärt, warum die da sind und (...) wie es Ihnen geht? B14: Ja, ich bin da reingekommen, dass es mir nicht so gut ging in (...) I: Okay, was fanden Sie da noch nicht so gut in -ORT_f-? B14: Also dieses ganze Krankenhaus. Die Erzieher, die das geleitet haben, fand ich nicht so ganz nett. I: Was fanden Sie an denen nicht so ganz nett, wenn ich fragen darf? B14: Unfreundlich (...) für die Leute so gegenüber. I: Mhm. B14: Wenn man im Krankenhaus liegt, muss man auch nett zu den Bewohnern sein. Mal ab und zu nett sein, reinkommen. I: Mhm. B14: Früher gab es noch ein Kiosk (?) im Krankenhaus. I: Mhm. B14: Das gab es heute nicht. Da gab es eine Tasse Kaffee am Bett. I: Mhm. B14: Ob es das noch gibt, ist die Frage. I: Und wie war das in -KRANKENHAUS_ORT_d-? B14: Das war schön. Da habe ich jeden Tag eine Stunde, ab drei Uhr gab es einen Keks. Dann haben sie mir eine Tablette reingebracht. Da gab es einen Keks und eine Tasse Kaffee. Da wurde ich gefragt, was ich für einen Kaffee haben will. I: Mhm. B14: Milch</p> | <p>→ s. Hinweise unter SK 3.3 und SSK 3.3.1</p> |
|--|---|---|---|

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|   |   | und Zucker. Gerne. Und du bekommst noch ein Keks dazu. (B14, Pos. 658-689)   |   |
| SSSK 3.3.1.5 Aufnahmegründe, Aufenthaltsdauer und Sonstiges   | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden im Kontext von Krankenhausaufenthalten über den Grund für eine Aufnahme, die Aufenthaltsdauer, Behandlungsabläufe und/oder sonstige Details, die den anderen Kategorien nicht eindeutig zuzuordnen sind, berichten. | B2: Also eigentlich, das ist noch gar nicht so lange her, das ist grad mal fünf Wochen her oder so (...) als ich hier zusammengebrochen bin, (I: Mhm.) weil ich Nierenschmerzen und Blasenschmerzen hatte (I: Mhm.) und fast 40 Fieber (I: Mhm.) Von einer Sekunde auf die andere, bumm, lag ich da. (I: Ja.) Und in puncto, ich konnte grade noch mit meinem Rollstuhl bis vorne in die Küche fahren (I: Ja.) und zur Mitarbeiterin sagen, „Du, mir geht es überhaupt nicht gut. Leg mich hin, rufe einen Arzt.“, (I: Mhm.) fertig. Weil da war ich nicht imstande, (I: Mhm.) da hatte ich die Kraft nicht, (I: Ja.) um das selbst zu machen. (I: Ja.) Weil, weil ich auch einen zu hohen Blutdruck habe und der dann auch noch immer hin und her. Und der Notarzt hat mich dann gleich ins Krankenhaus eingewiesen. (I: Mhm.) Dann war ich sechs Tage stationär im Krankenhaus. (B2, Pos. 151; Anmerkung: B2 hat darum gebeten, geduzt zu werden.) | → s. Hinweise unter SK 3.3 und SSK 3.3.1  |
| SSK 3.3.2 Psychiatrieaufenthalte                              | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen summiert, in denen die Interviewten Psychiatrieaufenthalte benennen, über den Grund und/oder währenddessen gemachte Erfahrungen berichten.  | B17: Also, wenn es mir mal ganz schlecht geht, dann war ich auch mal in der Psychiatrie in - VORORT_ORT_a-, aber das war da nicht so schön. I: Können Sie sagen, warum das nicht so schön war? Oder möchten Sie das nicht so gerne sagen? B17: Nee, ich möchte das nicht so gern. (B17, Pos. 257-259)  | → s. Hinweis unter SK 3.3   |
| <b><u>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme</u></b> |   |  |   |
| <u>SK 4.1 Freund- und Bekanntschaften (extern)</u>            | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen von aktuell bestehenden Freund- und/oder Bekanntschaften außerhalb der Wohneinrichtung und/oder von Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung solcher berichten.  | B12: Also, nicht immer so, weil ich die alten Schüler, die alten Kollegen, mit denen ich mich so gut verstanden habe, sag ich mal, aufgeben. I: Also, deine Mitschüler? B12: Ja. Weil ich die aufgeben musste und dann konnte ich nicht. Gut, wir telefonieren zwar häufiger, aber das reißt dann doch langsam ein. I: Ja. B12: Ich sage mal, das schläft dann so ein bisschen. I: Ja. B12: Einfach den persönlichen Kontakt pflegt. I: Mhm. B12: Was früher häufiger war, da habe ich dann früher viel Kontakt gehabt. I: Mhm. B12: Jetzt nicht mehr so, wo ich hier bin. (B12, Pos. 711-721; Anmerkung: B12 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)  | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben zum Teil Hinweise auf erfahrene bzw. bestehende Ressourcen und Barrieren (im Sinne von sozialen Unterstützungssystemen) und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen. |
| <u>SK 4.2 Partnerschaft (extern)</u>                          | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die interviewten Personen eine   | B1: Also, bei mir geht es darum, dass ich mich viel mehr zeige. I: Von sich selbst mehr zeigen? B1:  | → s. Hinweis unter SK 4.1   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | aktuell bestehende Partnerschaft zu einer Person außerhalb der Wohneinrichtung benennt und/oder über die Qualität der Beziehung berichtet.   | Nicht hier, aber ich zeige meiner Freundin mehr. Weil ich mit meiner Freundin darüber offen reden kann. (B1, Pos. 608-610)   |   |
| <u>SK 4.3 Eltern und Geschwister</u>                         | Unter dieser Kategorie sind alle Textsegmente summiert, in denen die Eltern, ein Elternteil und/oder die Geschwister, ein Geschwisterteil von den Interviewteilnehmenden benannt werden/wird und/oder die durch die angeführte/n Person/en erfahrene Unterstützung im Alltag, im Zuge der Wahrnehmung von Versorgungsangeboten und/oder die bestehende Beziehung näher beschrieben werden. | Die Anwendungsbeispiele sind den zugehörigen SSK zugeordnet.   | → s. Hinweis unter SK 4.1   |
| SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen die Eltern, ein Elternteil und/oder Geschwister, ein Geschwisterteil als Begleitung und/oder Unterstützung im Wohnalltag und/oder im Zuge der Gesundheitsversorgung und/oder als rechtliche Betreuung fungieren.   | B2: Das mache alles ich und was die, was so Briefe von Krankenkassen angeht, die gehen an meine Mutter. (I: Mhm.) Und meine, meine Mutter, meine gesetzliche Betreuerin ist. (B2, Pos. 36)   | → s. Hinweise unter SK 4.1 und zur Doppelcodierung unter SSK 2.5.4  |
| SSK 4.3.2 Wahrgenommene soziale Kontakte/Beziehungen         | Unter dieser Kategorie werden alle Textsegmente summiert, in denen die Interviewteilnehmenden die wahrgenommene Beziehung und/oder bestehende Kontakte zu ihren Eltern, einem Elternteil und/oder Geschwistern, einem Geschwisterteil beschreiben und/oder bewerten.   | B1: [...] Und meine Schwester wohnt da immer noch. I: Ah ja. B1: Die holt mich Weihnachten, da holt sie mich meistens. I: Mhm. B1: Und die holt mich auch Pfingsten, holt sie mich auch manchmal. I: Mhm. B1: Und nächste Woche holt sie mich auch ein Wochenende, will sie mich einfach holen, will nur. Am -DATUM- habe ich, am -DATUM- habe ich Geburtstag, ne. I: Mhm. B1: Und da, und da will sie mich dann holen am -DATUM-. (B1, Pos. 182-190)            | → s. Hinweis unter 4.1  |
| <u>SK 4.4 Sonstige Familienangehörige</u>                    | Unter dieser Kategorie sind alle Textsegmente summiert, in denen von den Interviewten sonstige Familienangehörige benannt werden und/oder die durch die angeführte/n Person/en erfahrene Unterstützung im Alltag, im Zuge der Wahrnehmung von Versorgungsangeboten und/oder die bestehenden Kontakte näher beschrieben werden.   | B7: Da habe ich meine Cousine immer noch, -VORNAME_COUSINE-. I: Kommt die ab und zu Sie hier besuchen oder besuchen Sie sie mal, oder? B7: Sie war das letzte Mal zum -FEST- hier und ich war bei meiner anderen Cousine in -Ort_n-. Da war die dann auch dabei. I: Mhm. B7: Ach, das war herrlich. I: Wie lange waren Sie dann dort? B7: Einige Stunden. I: Mhm. Und was hat Ihnen besonders gut gefallen? B7: Ach, der ganze Tag war schön. (B7, Pos. 348-356) | → s. Hinweise unter SK 4.1 und zur Doppelcodierung unter SSK 2.5.4  |
| <u>SK 4.5 Außerfamiliäre rechtliche Betreuung</u>            | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen eine rechtliche Betreuung außerhalb des Familien- oder Bekanntenkreises benannt und/oder Art und Form der Unterstützung näher beschrieben werden.  | B17: Das hat er, der Arzt, über meine gesetzliche Betreuerin zu entscheiden. Weil -NAME_VORMUND- ist mein Vormund. Die entscheidet, das, was für mich gut ist, was nicht. Und da spricht sie aber mal mit dem Arzt drüber. Weil (...) man muss es weniger reduzieren, aber man muss langsam damit anfangen. Weil das kann  | → s. Hinweis zur Doppelcodierung unter SSK 2.5.4<br><br>Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf bestehende Ressourcen und Barrieren (im Sinne von formellen Unterstützungssystemen) und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen |

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  |   | ja immer mal sein, dass man (...) wie soll ich das sagen, (...) reduzieren, es dauert, bis es (unv.) ein paar Tage. I: Und Sie sagten gerade, die gesetzliche Betreuerin bespricht das dann mit dem Arzt und entscheidet für Sie, was gut und was nicht so gut ist. Werden Sie da mit einbezogen, was für Sie gut ist und nicht so gut ist? B17: Also mein - NAME_MEDIKAMENT_a- ist sehr gut. Das habe ich am Anfang auch gekriegt. Und ich denke, das hilft sehr gut. I: Und werden Sie bei diesen Gesprächen auch mit einbezogen, wenn sie (...) also spricht Ihre gesetzliche Betreuerin auch mit Ihnen? B17: Ja, genau. Die fragt mich einmal im Monat, wie es mir geht, ob es mir gut geht, ob ich (...) das auch einfach so machen, ob ich auch das mache, was die Betreuer sagen. (B17, Pos. 201-205) | Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.   |
| <b>HK 5. Arbeit</b>                                      |   |  |   |
| <u>SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben</u>                   | Unter dieser Kategorie sind alle Aussagen summiert, in denen die Interviewten ihre Tätigkeiten und Aufgaben am Arbeitsplatz benennen und/oder näher beschreiben.  | B15: Ich arbeite bei den -ABTEILUNG-. I: Mhm. B15: So wir bauen so ein paar (...) aus Paletten (I: Ja.) Tische und Bänke. (I: Ja.) Und das macht mir ja, sag ich mal, sehr Spaß, was ich da für Sachen be-, machen kann. Ich meine, die daraus zu machen. Das macht mir Spaß. I: Das ist schön. B15: Wo du dein Kopf einsetzt, ach das könnte man so machen oder so machen. So (...) Leute zu begeistern, was man aus die Sachen draus macht, also, was man draus baut, was, was schön aussieht. (I: Ja.) Wo sich andere Leute auch freuen (...) oh das hat er gebaut. Oder mein Chef sagt mir immer (...) der ist ja leider krank. Und er sagt immer zu den Leuten, ja, ich mach die Paletten immer, fragt - NAME_B15-, der macht die Planung. (...) Ja. Und dann mach ich das fertig. (B15, Pos. 48-52)    | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben zum Teil Hinweise auf wahrgenommene Ressourcen und Barrieren (im Sinne von sinnstiftenden Tätigkeiten) und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen.                        |
| <u>SK 5.2 Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte)</u> | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen Kolleg*innen benennen und/oder über zu den genannten Personen bestehende soziale Beziehungen und/oder über erfahrene Unterstützung inner- und/oder außerhalb der Arbeitsstätte näher berichten. | I: Und haben Sie Besuch bekommen in der Zeit? B4: Ja. (I: Mhm.) (...) I: Von wem? B4: Von den Arbeitskollegen. I: Ach, das ist ja schön, ja. (...) Und haben Sie dann hier auch noch mal angerufen? Wie es Ihnen geht oder hat das- B4: Hier wohne ich, hier habe ich noch nicht gewohnt. (B4, Pos. 37-42)   | → s. Hinweis unter SK 5.1 (im Sinne von wahrgenommenen positiv oder negativ besetzten sozialen Beziehungen)<br><br>Ggf. werden die unter dieser Kategorie summierten Textsegmente aufgrund des Kontexts doppelt codiert, wie im Anwendungsbeispiel exemplarisch dargelegt → zusätzliche Summierung der Textpassage unter SSK 3.3.1 <i>Krankenhausaufenthalte</i> → SSSK 3.3.1.2 <i>Besuch</i> . |
| <u>SK 5.3 Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte)</u> | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die Interviewteilnehmenden das   | B13: Zum Beispiel, der Mitarbeiter in meiner Werkstatt und ich verstehen uns blendend. Wir   | → s. Hinweis unter SK 5.1 zzgl. Ergänzung unter SK 5.2  |



|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
|   | Personal der Arbeitsstätte und/oder vorgesetzte Personen benennen und/oder über zu den angeführten Personen bestehende soziale Beziehungen und/oder erfahrene Unterstützung inner- und/oder außerhalb der Arbeitsstätte näher berichten.     | brauchen uns manchmal nur angucken und dann weiß er, was ich meine und ich weiß, was er meint. I: Ja. Kannst du herleiten, wie es dazu gekommen ist, dass ihr euch so versteht? B13: Ich gehe mit ihm ehrlich um. Er geht mir ehrlich um. Er nimmt mich für voll. (B13, Pos. 657-659; Anmerkung: B13 hat darum gebeten, geduzt zu werden.)  | Hinweise zur Doppelcodierung unter SSK 2.5.4 → Fungiert das Personal und/oder eine vorgesetzte Person als Begleitung und Unterstützung im Rahmen der von der befragten Person wahrgenommenen Gesundheitsversorgung, werden die Textsegmente entsprechend doppelt codiert. |
| <u>SK 5.4 Arbeitslohn</u>   | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der interviewten Personen summiert, in denen der ausgezahlte Arbeitslohn benannt und/oder über Maßnahmen zur Steigerung des Geldbetrags entsprechend der geleisteten Arbeitszeit berichtet wird. | B15: Nee, die sollen (...) bei mir ist, sag ich mal, zu mein Chef, -NAME_CHEF_ARBEIT-, lob mich nicht so viel. Ich will doch nur meine Leistung zeigen. Und sag ich mal, ich habe gesagt zu ihm, sehe das an meinem Arbeitsgeld, -GEHALT- ist das Volle, ne. Habe ich gesagt, ich seh genau, wenn ich volles Arbeitsgeld habe. Und wenn ich sage, ich, ich habe so wenig Arbeitsgeld gekriegt, sag ich mal, vierzig Euro, das spornt mich an. I: Ah okay. B15: Um mehr zu arbeiten. I: Ja. B15: Mehr (...) um wieder auf -VOLLES_GEHALT- zu kommen. I: Ja. B15: Das spornt mich an. I: Ach so, Sie kriegen halt, also je nachdem wie viel Leistung Sie bringen, kriegen Sie dafür Geld, oder? B15: Ja, wie viel Stunden. (B15, Pos. 268-276)  | → s. Hinweis unter SK 5.1   |
| <u>SK 5.5 Veranstaltungen und Projekte über die Arbeitsstätte</u> | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die Interviewten über die Teilnahme an über die Arbeitsstätte organisierten Veranstaltungen und Projekten berichten.  | B1: Das ist auch mit -LIEDTITEL-. Da haben wir morgen Generalprobe. Und dann singen wir am -TAG-. Dann singen wir dann. I: Oh, schön. Was singen Sie? B1: Ach, -LIEDTITEL_a-, -LIEDTITEL_b-, -LIEDTITEL_c- oder noch so andere Lieder. I: Aufregend, ja. B1: Nee, ist nicht aufregend. Die haben wir ja alle drauf. Wir singen ja jeden -WOCHENTAG-. Von -UHRZEIT- bis -UHRZEIT- haben wir Probe (...) mit Pause. Also ich bin von -UHRZEIT- bis um -UHRZEIT- da. Wir haben eine halbe Stunde Pause bis -UHRZEIT-. Und um -UHRZEIT- machen wir weiter. I: Oh ja. B1: Also, wir haben erst einmal eine Pause von -UHRZEIT- bis -UHRZEIT-. I: Mhm. B1: Dann haben wir Pause von -UHRZEIT- bis -UHRZEIT-. -WOCHENTAG- um -UHRZEIT-. I: Mhm. B1: Bis -UHRZEIT-. I: In der Werkstatt dann, oder? B1: Ja. Und -WOCHENTAG- haben wir um -UHRZEIT- Pause. Und -WOCHENTAG- haben wir um -UHRZEIT- nicht Pause, da haben wir um -UHRZEIT- Schluss. (B1, Pos. 226-238) | → s. Hinweis unter SK 5.1   |
| <u>SK 5.6 Sonstige Rahmenbedingungen</u>                          | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der befragten Personen summiert, in denen der  | I: Und warum geht der E-Rolli nicht auf der Arbeit? B12: Weil da zu schmale Türen sind. I: Ah, okay.  | → s. Hinweis unter SK 5.1   |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | Fahrdienst zur Arbeitsstätte, grundlegende Regelungen, Arbeitszeiten und/oder räumliche Bedingungen im Rahmen der Arbeitsstätte thematisiert werden.   | B12: Und wenn ich dann damit dann durch die Türen fahre, habe ich Angst, dass ich das kaputt mache, weil das nicht mir gehört. (B12, Pos. 551-554)   |  |
| <b>HK 6. Öffentlichkeit</b>                    |  |  |  |
| <u>SK 6.1 Mobilität</u>                        | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen der Interviewteilnehmenden summiert, in denen die Fortbewegung und Orientierung im öffentlichen Raum und/oder die Nutzung des öffentlichen Nah- und/oder Fernverkehrs mit und ohne Unterstützung sowie ggf. bestehende Unsicherheiten thematisiert werden. | I: Mhm. Könntest du auch mit dem Bus fahren? B13: Ja, wenn es ein Niederfuhrbus ist, schon. I: Mhm. B13: Aber halt mit Begleitung. I: Ach, Niederfuhr (...) heißt, dass der das denn absenken kann und dann so etwas ausfährt? B13: Eine Rampe. I: Mhm. Und diese Busse haben hier- B13: Man muss gucken. Wenn man jetzt zum Beispiel montags, angenommen Montag fahren würde, würden wir jetzt beide in die Stadt fahren. Angenommen, du würdest jetzt kommen und für eine Stunde meine Betreuerin sein, also mich betreuen in die Stadt, dann müsste man gucken, ob der wirklich ein Niederfuhrbus ist. I: Mhm. Also, die öffentlichen Busse, da ist leider nicht jeden Tag der Bus so ausgestattet? Okay. B13: Nee. I: Mhm. Aber das geht dann auch nur, wenn dich da auch jemand begleitet. B13: Das ist dann wieder mit Hilfe, wie beim Frauenarzt zum Beispiel. (B13, Pos. 616-627; Anmerkung: B13 hat darum gebeten, geduzt zu werden.) | Die unter dieser Kategorie summierten Aussagen geben ggf. Hinweise auf wahrgenommene Ressourcen und Barrieren und werden in diesen Fällen im Rahmen der tabellarischen Einzelfallübersichten sowie ggf. im Zuge der Ergebnisdarstellung und Diskussion zu den wahrgenommenen Barrieren und Ressourcen wieder aufgegriffen. |
| <u>SK 6.2 Einkaufen und essen gehen</u>        | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die Interviewteilnehmenden von Einkaufen oder Restaurantbesuchen in einem Stadtzentrum berichten.   | B7: Da habe ich in -ORT_b- richtig schön gefrühstückt. Ganz schön billig. (B7, Pos. 464)   | → s. Hinweis unter SK 6.1  |
| <u>SK 6.3 Angst vor Diskriminierung/Gewalt</u> | Unter dieser Kategorie werden alle Aussagen summiert, in denen die befragten Personen über Ängste, Diskriminierung, psychischer und/oder physischer Gewalt im öffentlichen Raum ausgesetzt zu sein, berichten.   | I: Ja. Und aber es gibt auch Tage, wo Sie sich das zutrauen, dass Sie dann allein dort hinfahren, oder ist das schon länger her? B8: Ist schon ein bisschen länger her. I: Mhm. B8: Ich habe immer das Gefühl, dass ich ausgelacht werde in -ORT_d- durch meinen Rücken. I: Ach so, und das - B8: Seitdem ist das ganz weg. Dann traue ich mich nur noch mit Mitarbeiter. (B8, Pos. 93-98)   | → s. Hinweis unter SK 6.1<br><br>Kontextbezogen können Doppelcodierungen vorgenommen werden.   |

## **Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten**

In Anlehnung an Kuckartz (2018, S. 115ff.) fand im Zuge der Erstellung der tabellarischen Einzelfallübersichten eine Komprimierung und Abstrahierung aller codierten Textsegmente in Bezug auf die Einzelfälle statt. Die unter den Kategorien summierten Aussagen wurden vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses dieser Arbeit interpretativ zusammengefasst und reduziert.

Die tabellarischen Einzelfallübersichten entstanden auf Grundlage der in der MAXQDA-Arbeitsdatei mittels der gleichnamigen Funktion generierten Summary Grids (Pfad: jeweiliges Dokument in Liste der Dokumente markieren → Analyse → Summary Grid). Die vollständigen Quellen (codierten Segmente aus den Interviews), die als Grundlage für die hier vorliegenden Zusammenfassungen dienen, können in der dieser Arbeit beigefügten MAXQDA-Arbeitsdatei (s. USB-Stick → Anhang H) über die zuvor genannte Funktion voll umfänglich abgerufen und nachvollzogen werden.

Ab der nächsten Seite folgen die tabellarischen Einzelfallübersichten zu den Interviewteilnehmenden B1 bis B19.

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B1

Tabelle 2: Tabellarische Einzelfallübersicht - B1

| <b>Daten zur Person - B1</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)   |              |                                       |  |                               |
|--|--------------|---------------------------------------|--|-------------------------------|
| <b>Geschlecht</b>  | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b> | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |                               |
| männlich   | 30 Jahre     | Leicht                                | Wohngruppe in einer Wohnstätte mit stationärer Assistenz/Unterstützung im städtischen Raum; Wohndauer: ca. 2 Jahre; kein integriertes Versorgungsangebot |                               |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>   |              | <b>Körperliche ↓</b>                  | <b>Seelische ↓</b>   | <b>Sonstige<sup>2</sup> ↓</b> |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>   |              | G71.1 Myotones Syndrom                | Keine Angaben  | Trägt Brille                  |
| <b>Quelle: Interview →</b>   |              | Keine Angaben                         | Wahrnehmung eines psychologischen Angebots (s. hierzu SK 1.8)  | Keine Angaben                 |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>   |              |                                       |  |                               |
| Dauer des Interviews: 1 h 14 min (74 min)<br>Das Thema „eigenständige Verwaltung von Geld“ spielt eine zentrale Rolle während des Interviews und wird von B1 immer wieder aufgegriffen.  |              |                                       |  |                               |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |                                       |  |                               |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br>Die Eltern von B1 sind verstorben. B1 ist vor circa 2 Jahren im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt in die aktuelle Wohneinrichtung gezogen. Allerdings wäre er stattdessen lieber in der Wohnung seiner Eltern geblieben, da sie ihm vertraut ist. In der Wohngruppe hingegen hat er sich noch nicht eingelebt (s. hierzu auch SK 2.11 <i>Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation</i> ).   |              |                                       |  |                               |
| <b>SK 1.4 Persönliches Eigentum:</b><br>B1 besitzt ein eigenes Fahrrad. Näheres führt er dazu nicht aus, nur dass er einen Schlüssel ausgehändigt bekommen muss, um an das Fahrrad zu gelangen.  |              |                                       |  |                               |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung:</b><br>B1 würde gern lernen, sein Geld besser einzuteilen. Zudem möchte er es eigenständig verwalten und einen höheren Betrag ausgezahlt bekommen. Aktuell wird ihm täglich ein Betrag zugeteilt. In Zusammenhang mit der Zuteilung des Geldes berichtet B1, dass er sich mehr Vertrauen seitens der in der Wohngruppe tätigen Mitarbeitenden wünscht.<br>Des Weiteren äußert B1 den Wunsch, seine ihm zugeteilte*n Bezugsbetreuer*in zu wechseln und dabei mehr Unterstützung zu erhalten. Er hat schon mehrere Mitarbeitende angesprochen, war aber bisher erfolglos.<br>Zusätzlich möchte B1 entscheiden, wann er abends nach Hause kommt. Aktuell besteht die Regelung, dass alle Bewohnenden um 22 Uhr in der Wohngruppe sein müssen.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>B1 wünscht sich mehr Unterstützung beim Rasieren, allerdings ist der*die Mitarbeiter*in nicht immer da, der*die ihm dabei hilft.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.3 Freizeitgestaltung und Reisen:</b><br>B1 wünscht sich seitens der Wohneinrichtung mehr organisierte Ausflugsangebote und alternative Ausflugsziele. |              |                                       |  |                               |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B1 berichtet, dass er im Vergleich zu früher bei der Arbeit langsamer geworden ist, er vermehrt Ruhepausen während der Durchführung seiner Tätigkeit (Bereich: Montage) benötigt und seine Arbeit ihm schwerer fällt.   |              |                                       |  |                               |
| <b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br>B1 schildert, dass seine Finger im Laufe des Tages mehrmals einschlafen und beim Aufwachen brennen. Seine hausärztliche Person konnte ihm diesbezüglich allerdings nicht weiterhelfen.<br>B1 gibt an: „Einen Schaden habe ich, ja.“ (Interview_B1, Pos. 488). In diesem Zusammenhang berichtet er, dass er ein psychotherapeutisches Angebot wahrnimmt, ob regelmäßig oder bei Bedarf bleibt unklar (s. hierzu auch HK 3. <i>Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> → SK 3.1 <i>Ambulante Versorgung</i> → SSK 3.1.3 <i>Psychotherapie</i> ).   |              |                                       |  |                               |

<sup>2</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

| <b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |
|--|
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>B1 führt fast alle unter SK 2.1 aufgeführten Aktivitäten/Tätigkeiten selbstständig durch. Beim Rasieren wünscht B1 sich mehr Unterstützung (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung</i>), um feinere Rückstände zu entfernen, kann sich aber grundsätzlich allein rasieren. Bei der Verwaltung von Geld erhält B1 Unterstützung. Das Geld wird ihm täglich zugeteilt (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung</i>).</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>→ <b>SSK Medikation:</b><br/>B1 nimmt nach eigenen Aussagen keine Medikamente ein.<br/>→ <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>Im Notfall holt sich B1 Hilfe bei den Mitarbeitenden der Wohngruppe, indem er sie anspricht.<br/>Auf Rat seiner hausärztlichen Person gibt B1 an, dass man im Falle einer Durchfallerkrankung Salzstangen essen und Cola trinken sollte.</p>  |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/>→ <b>SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren:</b><br/>B1 berichtet, dass sich ein*e Mitbewohner*in ihm gegenüber „unmöglich“ (Interview_B1, Pos. 662) verhält und sein*e Bezugsbetreuer*in aus seiner Sicht nichts dagegen tut, obwohl er es bei ihm*ihr angesprochen hat.</p>  |
| <p><b>SK 2.4 Wohngruppenvertretung:</b><br/>B1 ist stellvertretendes Mitglied in der Wohngruppenvertretung. Die Sitzungen finden regelmäßig morgens oder abends im Wohnzimmer statt. Vertreten sind drei Bewohner*innen und ein*e Mitarbeitende*r der Wohngruppe. Schwerpunktmäßig werden Ausflugswünsche und -ziele besprochen, organisiert und zugehörige Plakate erstellt.</p>  |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>→ <b>SSK 2.5.2 Negative Wahrnehmung/Beurteilung:</b><br/>B1 fühlt sich von den Mitarbeitenden ungerecht behandelt. Er gibt an, dass er unter Druck gesetzt wurde, um eine Vereinbarung im Rahmen der Zuteilung eines täglichen Geldbetrages zu unterzeichnen (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung</i>).<br/>B1 kommt mit seiner*m Bezugsbetreuer*in nicht zurecht. Er findet die Person manchmal „zickig und garstig“ (Interview_B1, Pos. 628). Er kann mit ihr sprechen, aber es ändert sich seiner Auffassung nach nichts. Daher wünscht er sich einen Wechsel (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung</i>).</p>  |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br/>→ <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br/>B1 berichtet, dass er gern mit dem Regionalexpress eines privaten Anbieters in eine benachbarte Großstadt fährt. Zudem besitzt er ein Pflegepferd, das er regelmäßig besucht und die dort tätigen Personen bei der Arbeit unterstützt.<br/>→ <b>SSK 2.8.2 Freizeitangebote:</b><br/>Einige von der Einrichtung angebotene Ausflugsziele sind B1 nach eigenen Aussagen zu „kindisch“ (Interview_B1, Pos. 596). Er berichtet, dass er nicht immer teilnehmen kann, da er die anfallenden Kosten nicht bezahlen kann.<br/>→ <b>SSK 2.8.3 Urlaub und Reisen:</b><br/>Es steht ein Urlaub mit zwei Mitbewohnenden an.</p>  |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>B1 hat einen Duschplan in seinem Zimmer hängen, der gemeinsam mit der*m Bezugsbetreuer*in erarbeitet wurde. Es bleibt unklar, ob der Plan auch dazu dient, dass B1 regelmäßig duscht oder vornehmlich aus organisatorischen Gründen erstellt wurde, um die Badbenutzung zu regeln (s. hierzu auch <i>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten</i>).</p>   |
| <p><b>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</b><br/>Nach Aussagen von B1 gibt es in der Wohngruppe ein Badezimmer mit Badewanne und ein Badezimmer mit Dusche. B1 badet gerne. Der Raum mit der Badewanne ist allerdings den weiblichen Bewohnenden zugeteilt. Die Dusche teilt sich B1 mit einem Mitbewohner. B1 duscht abends, sein Mitbewohner morgens. Der Schlüssel für das Bad wird ausgehändigt.</p>  |
| <p><b>SK 2.11 Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation:</b><br/>Das Leben in der Wohngruppe ist B1 noch nicht vertraut (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</i> → <i>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse</i>). Er gibt an, dass ihm vieles in der Wohngruppe nicht gefällt.</p>  |
| <b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>→ <b>SSSK 3.1.1.1 Selbstständig:</b><br/>B1 vereinbart die Termine bei der hausärztlichen Person selbstständig und fährt allein mit dem Linienbus (öffentliche Verkehrsmittel) hin. Die in der Gemeinschaftspraxis tätigen Personen kennen B1 schon, seitdem er 18 Jahre alt war (s. hierzu auch <i>SSK 3.1.4 Auswahl der ärztlichen Personen</i>).<br/>→ <b>SSSK 3.1.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B1 fühlt sich bei der hausärztlichen Person gut aufgehoben. Er begründet das damit, dass sie ihm zuhört, B1 seine Meinung frei äußern kann und die hausärztliche Person auf seine Bedürfnisse eingeht, ihn z.B. auch länger krankschreibt (steht allerdings in Widerspruch mit B1 Aussage unter <i>HK 5. Arbeit</i> → <i>SK 5.3 Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte)</i>).<br/>→ <b>SSSK 3.1.1.5 Behandlungsanlässe und -abläufe:</b><br/>B1 berichtet, dass ihm seine hausärztliche Person aufgrund einer Durchfallerkrankung 10 Euro gegeben hat, damit er sich Cola und Salzstangen kaufen kann. B1 gibt an, dass er sonst zur Bank gemusst hätte und ihm das die hausärztliche Person aufgrund seines Zustandes nicht hätte zumuten wollen. Trotzdem äußert B1 Verwunderung darüber, dass sie ihm Geld gegeben hat.<br/>→ <b>SSK 3.1.3 Psychotherapie:</b><br/>B1 hat nach eigenen Angaben eine Psychologin. Näheres führt er dazu nicht aus.</p> |

|  |
|--|
| <p>→ <b>SSK 3.1.4 Auswahl der ärztlichen Personen:</b><br/>Auf die Frage, wie B1 auf seine aktuelle hausärztliche Person gestoßen ist, gibt er an, dass seine Mutter und seine Schwester auch bei dieser Person waren bzw. seine Schwester noch ist.</p>   |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>→ <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>Nach einem Vorfall bei der Arbeit, bei dem er ohnmächtig wurde, wurde B1 von seiner*m Chef*in ins Krankenhaus begleitet. Sie*Er war die ganze Zeit anwesend. B1 konnte am gleichen Tag das Krankenhaus wieder verlassen.<br/>B1 Onkel unterstützt in Funktion der rechtlichen Betreuung die Aufnahme und Entlassung ins Krankenhaus (s. hier auch <i>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme</i> → <i>SK 4.4 Sonstige Familienangehörige</i>).<br/>→ <b>SSSK 3.3.1.2 Besuch:</b><br/>Während eines anderen Krankenhausaufenthalts erhielt B1 regelmäßig Besuch von seinem Onkel. Zur Entlassung wurde B1 von seinem Onkel und seiner Tante abgeholt.</p> |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 4.2 Partnerschaft (extern):</b><br/>B1 hat seit drei Jahren eine Partnerin, die außerhalb der Wohneinrichtung bei ihren Eltern lebt. B1 besucht sie zu Hause, auch über Nacht. B1 berichtet, dass er sich ihr gegenüber - im Gegensatz zu den Mitarbeitenden und Bewohnenden seiner Wohngruppe - wirklich zeigen und öffnen kann. Sie merkt, wenn es ihm nicht gut geht. Er kann mit ihr über Dinge sprechen, die ihn beschäftigen.</p>   |
| <p><b>SK 4.3 Eltern und Geschwister</b><br/>→ <b>SSK 4.3.2 Wahrgenommene soziale Kontakte/Beziehungen:</b><br/>Die Eltern von B1 sind verstorben (s. <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</i> → <i>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse</i>). B1 hat weiterhin Kontakt zu seiner Schwester. Sie fährt das Auto ihrer Eltern und holt ihn teilweise am Wochenende oder über verschiedene Feiertage, u.a. zu seinem Geburtstag oder Weihnachten, ab.</p>   |
| <p><b>SK 4.4 Sonstige Familienangehörige:</b><br/>B1 Onkel fungiert als rechtliche Betreuung, regelt u.a. die Krankenhausaufenthalte oder die Zuteilung des Geldes in der Wohngruppe.</p>  |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 5.3 Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte):</b><br/>B1 benennt mehrmals sein*e Chef*in. Sie*Er hat ihn nach einem Vorfall bei der Arbeit ins Krankenhaus begleitet und war die ganze Zeit bei ihm (s. <i>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> → <i>SK 3.3 Stationäre Versorgung</i> → <i>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</i> → <i>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung</i>). B1 gibt an, dass sie*er eine der wenigen Personen ist, die ihm zuhört. Zudem berichtet B1, dass er sich ungern krankschreiben lässt, da sein*e Chef*in ihn bei der Arbeit braucht.</p>  |
| <p><b>SK 5.5 Veranstaltungen und Projekte über die Arbeitsstätte:</b><br/>B1 nimmt an einem Chorangebot der Arbeitsstätte teil. Die Proben finden regelmäßig statt. Der Chor wird während eines von der Arbeitsstätte organisierten anstehenden Festes auftreten.<br/>B1 berichtet zudem von einer, wie er sie nennt, über die Arbeitsstätte organisierten ehrenamtlichen Tätigkeit, die er wahrnimmt. Während eines Schwimmwettbewerbs wurden an einem Stand Getränke und Essen verkauft. Als ehrenamtlich tätige Person hat er Essen und Getränke umsonst bekommen.</p>  |
| <p><b>SK 5.6 Sonstige Rahmenbedingungen:</b><br/>B1 fährt in der Regel mit den öffentlichen Verkehrsmitteln (Linienbus) zur Arbeit. Nur bei schlechten Witterungsbedingungen wird er vom Fahrdienst abgeholt.</p>  |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 6.1 Mobilität:</b><br/>B1 nutzt selbstständig öffentliche Verkehrsmittel im Rahmen des öffentlichen Nahverkehrs, wie z.B. Stadtbusse oder den Regionalexpress eines privaten Anbieters, um z.B. zur Arbeit, zur hausärztlichen Person oder in eine nahegelegene Großstadt zu gelangen.</p>  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B2

Tabelle 3: Tabellarische Einzelfallübersicht - B2

| <b>Daten zur Person - B2</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |   |   |
|---|--------------|---|---|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>                                   | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>   |
| weiblich  | 44,92 Jahre  | Leicht  | Wohngruppe in einer Wohnstätte mit stationärer Assistenz/Unterstützung im städtischen Raum; Wohndauer: 27 Jahre und 1 Monat; kein integriertes Versorgungsangebot |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>  | <b>Seelische ↓</b>  |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Tetraspastik  | Keine Angaben   |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Sitzt im Rollstuhl; kann nur eine Hand aktiv nutzen (s. SK 1.8)         | Keine Angaben   |
| <b>Sonstige<sup>3</sup> ↓</b>   |              |   |   |
|   |              | Übergewicht; trägt Blasenkatheter (dadurch häufiger Blasenentzündungen) |   |
|   |              | Blasenkatheter (s. u.a. SK 1.8 und Angaben Datenerhebungsbogen)         |   |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |   |   |
| Dauer des Interviews: 45 min  |              |   |   |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |   |   |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br>B2 hatte vor ca. 7 Jahren einen schweren Unfall. Sie musste 10 Wochen im Bett liegen und Windeln tragen. Aufgrund dieser Erfahrung hat sich B2 entschieden, sich statt der Windeln dauerhaft einen Blasenkatheter legen zu lassen.  |              |   |   |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>B2 berichtet von einem zu geringen Personalschlüssel in der Wohngruppe. Sie wünscht sich mehr Zeit seitens der Mitarbeitenden für Gespräche und Austausch im Alltag sowie im Rahmen erforderlicher Unterstützung, z.B. bei Toilettengängen.   |              |   |   |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B2 berichtet, dass ihre Bewegungen zunehmend schlechter werden. Seit etwa vier Wochen kann sie zudem einen Arm nicht mehr richtig heben.   |              |   |   |
| <b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br>→ <b>SKK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B2 berichtet, dass ihre Stimmung immer schon tagesformabhängig war, sich aber im Vergleich zu früher etwas verschlechtert hat. In direktem Zusammenhang nennt sie auch die Organisation in der Wohneinrichtung, die sich ebenfalls verschlechtert hat (s. hierzu auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit).<br>→ <b>SSK 1.7.3 Zustand ist gleichbleibend gut:</b><br>Ihre Gedächtnisleistungen beschreibt B2 als gleichbleibend gut, auch wenn sie ab und zu mal schon ein paar „Lücken“ (Interview B2, Pos. 211) hat und Termine vergisst. |              |   |   |
| <b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br>B2 kann nur eine Hand aktiv nutzen. B2 trägt einen dauerhaften Blasenkatheter (s. hierzu auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen → SSK 2.2.2 Hilfsmittel → SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln).   |              |   |   |
| <b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |   |   |
| <b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br>Aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen benötigt B2 bei den meisten unter dieser Kategorie angeführten Tätigkeiten/Aktivitäten Unterstützung. Essen und Trinken - mit Ausnahme von Fleisch klein schneiden - sowie Zähneputzen führt B2 selbstständig durch. Die Aspekte aufstehen, Umgang mit Geld sowie Wäsche waschen werden nicht thematisiert. Aufgrund B2 körperlicher Beeinträchtigungen ist davon auszugehen, dass sie beim Aufstehen aus dem Bett ebenfalls auf Assistenz angewiesen ist.  |              |   |   |
| <b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br>→ <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br>→ <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b>  |              |   |   |

<sup>3</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|  |
|--|
| <p>B2 trägt seit sieben Jahren einen (Dauer-)Blasenkateter (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</i> → <i>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse</i>). Sie berichtet, dass es wichtig ist, viel zu trinken, damit der Katheter gut durchgespült wird.<br/>         → <b>SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>         Der Katheter wird einmal pro Woche gewechselt.<br/>         → <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>         B2 berichtet, dass die Wohngruppe die Medikamente verblistert (Verblistierung = Portionieren von Arzneimitteln in einer Sichtverpackung) von der Apotheke erhält. Da sie lesen kann, nimmt sie ihre Medikamente selbstständig ein.</p>  |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/>         → <b>SSK 2.3.1 Bestehende Freund- und Bekanntschaften:</b><br/>         B2 hat eine gute Freundin, die in einer Nachbarwohngruppe des Wohnhauses eine Etage über ihr lebt. B2 kann sie nicht besuchen, da sie Treppen bewältigen müsste, was ihr nicht möglich ist (s. hierzu auch <i>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten</i>). Daher besucht ihre Freundin sie fast täglich. Sie streiten zwar auch, haben sich aber ihrer Einschätzung nach trotzdem lieb. Sie gibt an, dass ihrer Freundin auffällt, wenn es ihr nicht gut geht. Als Autistin spricht ihre Freundin aber nicht darüber.</p>   |
| <p><b>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit:</b><br/>         B2 weist an mehreren Stellen auf den zu geringen Personalschlüssel in der Wohngruppe hin. Aus ihrer Sicht fehlt dadurch die Zeit im Alltag für Gespräche, Austausch, Aktivitäten und alle Bewohnenden angemessen und gleichermaßen zu unterstützen (s. hierzu auch <i>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</i> → <i>SSK 2.8.2 Freizeitangebote</i>).</p>  |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br/>         → <b>SSK 2.8.2 Freizeitangebote:</b><br/>         Aufgrund des geringen Personalschlüssels können die Bewohnenden nicht mehr so viel außerhalb der Wohngruppe unternehmen oder einfach rausgehen/-fahren.</p>   |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>         B2 berichtet, dass Fördermaßnahmen gemeinsam besprochen und vereinbart werden. Die Förderbögen sind auf dem Computer - „im Intranet“ (Interview_B2, Pos. 169) - gespeichert, liegen den Bewohnenden nicht in Papierform vor.</p>   |
| <p><b>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</b><br/>         B2 berichtet, dass sie ihre Freundin, die eine Etage über ihr im gleichen Haus wohnt, nicht besuchen kann, da sie die Treppen nicht bewältigen kann. Möglicherweise gibt es keinen Fahrstuhl, der in die oberen Etagen des Hauses der Einrichtung führt.</p>  |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>         Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>         → <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>         → <b>SSSK 3.1.1.1 Selbstständig:</b><br/>         B2 fährt allein mit dem E-Rollstuhl zu ihrer hausärztlichen Person. Sie berichtet, dass die Wege durch die Stadt den etwa 20-minütigen Weg zulassen (s. hierzu auch <i>HK 6. Öffentlichkeit</i> → <i>6.1 Mobilität</i>). Die Praxis hat einen Fahrstuhl, sodass B2 selbstständig hineingelangt. Die Termine vereinbart B2 ebenfalls eigenständig. Wenn möglich, versucht sie die Termine außerhalb der Arbeitszeit in den Nachmittagsbereich zu legen (s. hierzu auch <i>HK 5. Arbeit</i> → <i>SK 5.3 Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte)</i>). Die Besuche bei der orthopädisch-medizinischen Fachperson regelt und führt B2 ebenfalls eigenständig durch.<br/>         → <b>SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>         Unterstützung benötigt B2 lediglich, wenn sie mit Fieber im Bett liegt. In diesen Fällen kommt eine ärztliche Person in die Wohneinrichtung.<br/>         → <b>SSSK 3.1.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>         B2 fühlt sich von ihrer hausärztlichen Person verstanden und ernst genommen.<br/>         → <b>SSSK 3.1.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>         B2 hat bereits ärztliche Fachpersonen gewechselt, da sie sich nicht verstanden und ernst genommen gefühlt hat. Ihre orthopädisch-medizinische Fachperson wechselte sie, da die ihr „zu ruppig“ (Interview_B2, Pos. 75) war.<br/>         → <b>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</b><br/>         → <b>SSSK 3.1.2.1 Selbstständig:</b><br/>         Die zahnärztliche Person sucht B2 in der Regel ebenfalls eigenständig auf.<br/>         → <b>SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>         Im Falle einer Behandlung unter Narkose ist eine Begleitung erforderlich.</p> |
| <p><b>SSK 3.1.4 Auswahl der ärztlichen Personen:</b><br/>         B2 sucht ihre ärztlichen Personen selbst aus. Da sie unzufrieden mit der Behandlung war, hat sie bereits mehrere ärztliche Personen gewechselt (s. hierzu <i>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</i> → <i>SSSK 3.1.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen</i>).</p>  |
| <p><b>SK 3.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung:</b><br/>         B2 regelt vieles im Rahmen ihrer Versorgung selbstständig, z.B. Dinge rund um ihren Rollstuhl, den Kontakt und den Austausch mit dem zuständigen Sanitätshaus (in dem sie schon lange Kundin ist) sowie das Einlösen von Rezepten in der Apotheke. Briefe der Krankenkasse werden von ihrer Mutter in Funktion der rechtlichen Betreuung bearbeitet (s. hierzu auch <i>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme</i> → <i>SK 4.3 Eltern und Geschwister</i> → <i>SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung</i>).</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>         → <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>         → <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>         Während eines 6-tägigen Krankenhausaufenthalts hat B2 überwiegend allein mit dem Klinikpersonal gesprochen. Ab 14 Uhr waren täglich ihre Mutter und ab 16 Uhr zusätzlich ihr Vater da, die abends gemeinsam wieder gefahren sind.<br/>         → <b>SSSK 3.3.1.2 Besuch:</b><br/>         siehe zuvor; B2 berichtet, dass sie selbst, wenn das Krankenhaus für sie erreichbar ist, Personen besuchen fährt.</p>   |



|   |
|---|
| <b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |
| <b>SK 4.3 Eltern und Geschwister</b><br>→ <b>SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung:</b><br>Die Mutter von B2 unterstützt sie als rechtliche Betreuung bei der Bearbeitung von Briefen der Krankenkasse.                                      |
| <b>HK 5. Arbeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |
| <b>SK 5.3 Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte):</b><br>Sollte es nicht anders möglich sein, z.B. wenn der Schlauch in der Blase gewechselt werden muss, Termine bei ärztlichem Personal außerhalb der Arbeitszeit zu legen, sagt B2 ihrer*m Chef*in Bescheid. |
| <b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |
| <b>SK 6.1 Mobilität:</b><br>B2 kann mit ihrem Rollstuhl selbstständig zu haus- und fachärztlichen Praxen fahren, da sie Wege wählt, die „abgeflacht“ (Interview_B2, Pos. 24) sind, was sie als Glück empfindet, da es sonst eigenständig nicht möglich wäre.        |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B3

Tabelle 4: Tabellarische Einzelfallübersicht - B3

| <b>Daten zur Person - B3</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |                                       |  |
|---|--------------|---------------------------------------|--|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b> | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |
| weiblich  | 58,75 Jahre  | Leicht                                | Wohngruppe in einer Wohnstätte mit stationärer Assistenz/Unterstützung im städtischen Raum; Wohndauer: fast 5 Jahre (Quelle: Interview_B3, Pos. 208); kein integriertes Versorgungsangebot |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>                  | <b>Seelische ↓</b>   |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben  |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben  |
| <b>Sonstige<sup>4</sup> ↓</b>   |              |                                       |  |
| Epilepsie (seit langem anfallsfrei); trägt Stütz- oder Kompressionsstrumpf an einem Bein (beides s. hierzu SK 1.8)  |              |                                       |  |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |                                       |  |
| Dauer des Interviews: 56 min  |              |                                       |  |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |                                       |  |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br>Als kritisches Ereignis benennt B3 den Tod ihrer Mutter.<br>B3 berichtet zudem von einem Krankenhausaufenthalt, den sie - wie sie sagt - gehasst hat, da sie sich aufgrund der Einnahme eines Medikaments eingekotet hat.<br>→ <b>SSK 1.1.3 Biografische Informationen:</b><br>B3 ist auch im Erwachsenenalter viel gemeinsam mit ihren Eltern und deren Bekannten verweist.  |              |                                       |  |
| <b>SK 1.4 Persönliches Eigentum:</b><br>B3 berichtet, dass sie dringend neue Hausschuhe benötigt, da ihre so kaputt sind, dass sie damit nicht mehr sicher die Treppen gehen kann. Aktuell trägt sie die Schuhe ihres Freundes. Sie muss mit dem Einkauf warten, bis der nächste gemeinsame „Bekleidungseinkauf“ (Interview_B3, Pos. 102) im folgenden Monat ansteht (s. hierzu auch HK 6. Öffentlichkeit → 6.2 Einkaufen und essen gehen).   |              |                                       |  |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>B3 wünscht sich, dass die Mitarbeitenden mehr Zeit in der Wohngruppe verbringen. Die Bewohnenden sind dort überwiegend allein. In der Regel kommt nur zur Medikamentenausgabe eine Person aus der anderen Wohngruppe hoch.  |              |                                       |  |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B3 muss seit geraumer Zeit spezielle Strümpfe (unklar, ob Stütz- oder Kompressionsstrümpfe) tragen, da ihr Bein und ihr Fuß anschwellen.<br>→ <b>SSK 1.6.2 Zustand hat sich verbessert:</b><br>B3 hat Epilepsie, ist aber seit langem anfallsfrei.   |              |                                       |  |
| <b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit:</b><br>→ <b>SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert:</b><br>Sie berichtet, dass sich ihre Konstitution dahingehend verbessert hat, dass sie manchmal „hellsehen“ (Interview_B3, Pos. 332) kann und weiß, was eine Person während eines Gesprächs als Nächstes sagen wird.<br>→ <b>SSK 1.7.3 Zustand ist gleichbleibend gut:</b><br>B3 gibt an, auch wenn sie manchmal verärgert ist, dass sie meistens gut gelaunt ist und keine Veränderung im Vergleich zu früher wahrnimmt. |              |                                       |  |
| <b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br>B3 berichtet, dass sie Epilepsie hat (s. SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit → SSK 1.6.2 Zustand hat sich verbessert). Ein Bein und ihr Fuß schwellen an. Daher trägt sie spezielle Strümpfe (s. SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit → SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert).   |              |                                       |  |

<sup>4</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|  |
|--|
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –</b><br/> <b>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>                 B3 führt fast alle unter SK 2.1 aufgeführten Aktivitäten/Tätigkeiten selbstständig durch. Lediglich beim Bekleidungseinkauf erhält sie Unterstützung. Der Einkauf wird gemeinsam mit anderen Mitbewohnenden unter Begleitung von Personal durchgeführt. In welcher Form B3 Assistenz im Rahmen des Bekleidungseinkaufs erhält (Umgang mit Geld, Beratung bei der Auswahl etc.) wird nicht deutlich. Der Aspekt Wäsche waschen wird nicht angesprochen.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>                 → <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>                     → <b>SSSK 2.2.1.1 Selbstständiger Umgang:</b><br/>                     Bei Schmerzen, die ihr bekannt sind, wie z.B. Kopfschmerzen, wartet B3 erst einmal ab, bevor sie sich Unterstützung holt, da sie in der Regel von selbst weggehen.<br/>                     → <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>                     Bei Schmerzen, die ihr unbekannt sind oder die plötzlich auftreten, sagt sie einer*m Mitarbeitenden Bescheid und schildert ihr Schmerzerleben.<br/>                 → <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/>                     → <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>                     B3 berichtet, dass sie seit geraumer Zeit Stützstrümpfe tragen muss, da ihr Bein anschwillt (s. hierzu auch SK 1.6 <i>Einschätzung: körperliche Gesundheit</i> → SSK 1.6.1 <i>Zustand hat sich verschlechtert</i>).<br/>                 → <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>                 B3 nimmt viermal täglich Tabletten gegen ihre Epilepsie (morgens, mittags, abends und nachts) ein. Die Medikamente werden in der Wohngruppe durch Mitarbeitende ausgehändigt.</p>   |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/>                 → <b>SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren:</b><br/>                 B3 berichtet, dass sie es „nicht haben kann“ (Interview_B3, Pos. 320), wenn jemand in der Wohngruppe schreit.</p>   |
| <p><b>SK 2.4 Wohngruppenvertretung:</b><br/>                 In der Wohngruppe werden regelmäßig Besprechungen unter den Bewohnenden durchgeführt, in denen Konflikte geklärt und das Zusammenleben besprochen werden. Es wird nicht klar, ob die Besprechung komplett eigenständig durch die Bewohnenden organisiert wird oder Personal assistierend anwesend ist.</p>  |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>                 → <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>                 B3 berichtet, dass sie in der Regel von einer*m Mitarbeitenden der Wohngruppe zu ärztlichen Untersuchungen außerhalb der Wohneinrichtung begleitet wird. Als Gründe für die Begleitung gibt B3 eine ihrerseits erforderliche emotionale Unterstützung während der Besuche einer zahnärztlichen Praxis an, da sie große Angst hat, als Assistenz während der Gespräche und zur örtlichen Orientierung, um zu den Praxen zu gelangen (s. hierzu auch HK 3. <i>Allgemeine Gesundheitsversorgung SK 3.1 Ambulante Versorgung</i> → SSK 3.1.1 <i>Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</i> → SSSK 3.1.1.2 <i>Mit Unterstützung</i>).</p>   |
| <p><b>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit:</b><br/>                 Als B3 mehrere Zähne gezogen werden mussten, konnte kein*e Mitarbeiter*in sie begleiten. Ihr wurde stattdessen ein Zettel mitgegeben. Die Hin- und Rückfahrt erfolgte allein in einem Taxi.</p>  |
| <p><b>SK 2.11 Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation:</b><br/>                 B3 wohnt seit fast fünf Jahren in der Wohneinrichtung. B3 berichtet, dass zwei Mitarbeitende der aktuellen Einrichtung ihr den Platz vermittelt haben und sie sie daher sehr gern hat. B3 fühlt sich in der Wohngruppe wohl.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –</b><br/> <b>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>                 → <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>                     → <b>SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>                     Die Termine werden vom Frühdienst der Wohneinrichtung vereinbart. B3 berichtet, dass sie Begleitung benötigt, da sie nicht weiß, wo die Praxen liegen. Zudem gibt sie an, dass die begleitende Person bei den Gesprächen dabei ist, da sie ihre „ganzen Akten“ (Interview_B3, Pos. 380) hat.<br/>                     → <b>SSSK 3.1.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                     B3 fühlt sich bei den zuständigen ärztlichen Personen gut aufgehoben mit der Begründung, dass B3 ihnen zuhört und ihr gesagt wird, dass alles gut ist.<br/>                 → <b>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</b><br/>                     → <b>SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>                     Termine s. SSSK 3.1.1.2; Da B3 Angst vor zahnärztlichen Behandlungen hat, benötigt sie eine Person, die sie während der Sitzung begleitet und ihre Hand hält.<br/>                     → <b>SSSK 3.1.2.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                     B3 äußert, dass sie Angst vor zahnärztlichen Behandlungen und möglichen Schmerzen hat, wenn mit Werkzeugen in ihrem Mund hantiert wird.<br/>                 → <b>SSK 3.1.4 Auswahl der ärztlichen Personen:</b><br/>                 Außer der ärztlichen Person, die für die Behandlung der Epilepsie zuständig ist, wurden alle ärztlichen Personen seit dem Einzug in die Wohngruppe von den Mitarbeitenden gewechselt. B3 nimmt an, weil die von ihr ursprünglich besuchten Praxen zu weit weg sind.</p> |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –</b><br/> <b>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p> <p style="text-align: center;">---</p>  |
| <p><b>HK 5. Arbeit –</b><br/> <b>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p> <p style="text-align: center;">---</p>   |

| <b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |
|---|
| <b>SK 6.2 Einkaufen und essen gehen:</b><br>Über die Wohngruppe werden regelmäßig Bekleidungsinkäufe organisiert, bei denen gemeinsam erforderliche Kleidung und Schuhe gekauft werden. |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B4

Tabelle 5: Tabellarische Einzelfallübersicht - B4

| <b>Daten zur Person - B4</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |                                       |  |
|---|--------------|---------------------------------------|--|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b> | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |
| männlich  | 61,38 Jahre  | Leicht                                | Wohngruppe in einer Wohnstätte mit stationärer Assistenz/Unterstützung im städtischen Raum; Wohndauer: ca. 6 Jahre; kein integriertes Versorgungsangebot |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>                  | <b>Seelische ↓</b>   |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben  |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben  |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |                                       |  |
| Dauer des Interviews: 32 min<br>B4 äußert sich durchweg sehr knapp und verlässt nach Beendigung des Interviews schnell den Raum.  |              |                                       |  |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |                                       |  |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.4 Soziale Kontakte und Freundschaften:</b><br>B4 berichtet, dass er „ganz allein“ (Interview_B4, Pos. 224) ist und sich Besuch von außen wünscht, kann aber keine konkreten Personen benennen.  |              |                                       |  |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B4 gibt an, dass sich sein körperlicher Zustand im Vergleich zu früher etwas verschlechtert hat, führt dies aber nicht näher aus.  |              |                                       |  |
| <b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |                                       |  |
| <b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br>B4 führt alle unter SK 2.1 angeführten Aktivitäten/Tätigkeiten selbstständig aus. Zum Teil hat B4 nur die Symbolkarten zugeordnet und die einzelnen Aspekte nicht weiter ausgeführt. Der Umgang mit Geld sowie das Waschen von Wäsche werden nicht thematisiert.   |              |                                       |  |
| <b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br>B4 nimmt selbstständig morgens eine Tablette vor dem Essen für den Magen ein.  |              |                                       |  |
| <b>SK 2.4 Wohngruppenvertretung:</b><br>B4 berichtet, dass sich die Bewohnenden zusammensetzen und gemeinsam besprechen, was sie „so machen wollen“ (Interview_B4, Pos. 150). Näheres führt er dazu nicht aus.  |              |                                       |  |
| <b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br>B4 wird von einer*m Mitarbeitenden zu ärztlichen Untersuchungen begleitet (s. hierzu u.a. auch <i>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> → <i>SK 3.1 Ambulante Versorgung</i> → <i>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</i> und → <i>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</i> → <i>SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung</i> ).                                       |              |                                       |  |
| <b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br>→ <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br>B4 berichtet, dass er mit anderen Bewohnenden gemeinsam den Garten am Wohnhaus pflegt.  |              |                                       |  |
| <b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |                                       |  |
| <b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br>→ <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br>→ <b>SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung:</b><br>Ein*e Mitarbeitende*r der Wohneinrichtung vereinbart die Termine und begleitet B4. Während der Behandlung wartet die Person draußen.<br>→ <b>SSSK 3.1.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br>B4 bewertet die Besprechung mit dem ärztlichen Personal als „ganz gut“ (Interview_B4, Pos. 110), führt die Bewertung aber auf Nachfrage nicht näher aus. |              |                                       |  |

<sup>5</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|   |
|---|
| <p>→ <b>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</b><br/>         → <b>SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>         Die Termine für zahnärztliche Untersuchungen werden ebenfalls über eine*n Mitarbeitende*n vereinbart und B4 begleitet. Während der Behandlung ist die Person im Behandlungsraum anwesend.<br/>         → <b>SSSK 3.1.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>         B4 gibt an, dass er gut mit seiner zahnärztlichen Fachperson zurechtkommt, beschreibt es aber nicht näher.</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>         → <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>         → <b>SSSK 3.3.1.2 Besuch:</b><br/>         B4 berichtet, dass er während seines letzten Krankenhausaufenthalts von Arbeitskollegen*innen besucht wurde.<br/>         → <b>SSSK 3.3.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>         B4 berichtet, dass er während eines Krankenhausaufenthaltes allein war und Schwierigkeiten hatte, die ärztliche Person während der Diagnose-/Beratungsgespräche zu verstehen, da sie „so undeutlich gesprochen hat“ (Interview B4, Pos. 28).</p> |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –</b><br/> <b><u>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b></p>   |
| <p>---</p>  |
| <p><b>HK 5. Arbeit –</b><br/> <b><u>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b></p>  |
| <p>---</p>  |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –</b><br/> <b><u>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b></p>  |
| <p>---</p>  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

**Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B5**

Tabelle 6: Tabellarische Einzelfallübersicht - B5

| <b>Daten zur Person - B5</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |  |  |
|---|--------------|--|--|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>              | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |
| weiblich  | 45 Jahre     | Leicht   | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: 4 Jahre; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von haus-, zahn-, fachärztlichen, psycho- und physiotherapeutischen Leistungen |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>                               | <b>Seelische ↓</b>   |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Spastische tetraplegische Zerebralparese; Skoliose | Depressive Episoden  |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Sitzt im Rollstuhl                                 | Wahrnehmung eines psychologischen Angebots (s. hierzu SK 1.8)  |
|   |              |  | Nahrungsmittel-unverträglichkeit/Allergie (s. hierzu SK 1.8)   |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |  |  |
| Dauer des Interviews: 1 h 49 min (109 min)<br>Während des Gesprächs ist eine in der Wohngruppe von B5 tätige Person anwesend. Die Person wird von der Interviewerin als zurückhaltend und eher unterstützend für B5 wahrgenommen. B5 scheint sich offen und frei äußern zu können.  |              |  |  |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |  |  |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.1 Positive Erlebnisse:</b><br>B5 berichtet, dass sie in einer ehemaligen Wohneinrichtung eines anderen Trägers sehr viel für sich im Kontext von Selbstbestimmung und Autonomie gelernt und dadurch an Selbstbewusstsein gewonnen hat. Vieles davon konnte sie auch in die aktuelle Einrichtung mitnehmen.<br>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br>B5 hadert immer wieder mit den ihr übermittelten Worten der während ihrer Geburt zuständigen ärztlichen Person: „Geben Sie der nur mal was zu essen. Geben Sie ihr eine frische Windel. Die lebt nur noch ein paar Tage und dann ist sie (...).“ (Interview_B5, Pos. 286).<br>B5 berichtet, dass ihre Mutter früher viel für sie über sie hinweg bestimmt hat. Zudem wurde ihr wenig zugetraut oder gesagt, dass sie bestimmte Fähigkeiten nicht erlangen wird, was sie traurig und wütend gemacht hat. Diese Erfahrungen beschäftigen sie auch aktuell teilweise noch.  |              |  |  |
| <b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br>B5 nimmt ihre durch die in der Einrichtung angebotene Physiotherapie (nennt sie KG [Krankengymnastik]) angestoßenen körperlichen Fortschritte an sich selbst wahr. Sie führt die Übungen auch eigenständig weiter, um zunehmend Kraft und Stabilität im Körper zu erlangen und ihre Mobilität zu steigern.<br>B5 berichtet, dass sie über die Jahre - auch über die KG - viel Selbstbewusstsein erlangt, viel für sich allein gelernt und mittlerweile Strategien entwickelt hat, mit kritischen Erlebnissen aus der Vergangenheit (s. hierzu auch SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen → SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse), als akut belastend empfundenen Situationen sowie mit ihrer eigenen Behinderung besser umzugehen bzw. diese anzunehmen gelernt hat, auch wenn es ihr noch nicht immer gelingt oder sie teilweise etwas Zeit benötigt. Findet sie keine Lösung, holt sie sich bei den Mitarbeitenden der Wohngruppe Hilfe.<br>→ <b>SSK 1.2.2 Negative Überzeugungen:</b><br>Manchmal hadert B5 noch mit ihrer Behinderung, speziell mit ihren körperlichen Beeinträchtigungen und den daraus resultierenden Grenzen in Bezug auf Autonomie. Sie würde gern noch viel mehr Dinge eigenständig machen können und leidet unter diesem Zustand.<br>Von fremden Personen („draußen“ (Interview_B5, Pos. 603) – außerhalb der Einrichtung) fühlt sich B5 aufgrund der von ihr wahrgenommenen Reaktionen teilweise nicht gleichberechtigt als Mensch anerkannt und hinterfragt sich selbst und ihre Behinderung.<br>B5 leidet zudem darunter, dass sie den Eindruck hat, den Mitarbeitenden aufgrund ihres hohen Unterstützungsbedarfs zur Last zu fallen, da zu wenig Personal und zu wenig Zeit für die einzelnen Mitbewohnenden zur Verfügung steht (s. hierzu u.a. auch SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele<br>→ SSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung sowie HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit). Um diesen Aspekt als weniger belastend zu empfinden, wünscht sich B5 manchmal, „ein bisschen matschig“ (Interview_B5, Pos. 755) zu sein, um diese Umstände weniger bewusst wahrzunehmen. |              |  |  |

<sup>6</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|   |
|---|
| <p><b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br/> → <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br/> B5 wünscht sich mehr Personal und Zeit, damit die Bedürfnisse aller Mitbewohnenden angemessen abgedeckt werden können.</p>   |
| <p><b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br/> → <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br/> B5 hat mit zunehmendem Alter mehrere Allergien/Unverträglichkeiten entwickelt (Anzahl bleibt unklar).<br/> → <b>SSK 1.6.2 Zustand hat sich verbessert:</b><br/> B5 körperlicher Zustand hat sich im Vergleich zu früher etwas verbessert, u.a. auch durch die Förderung der KG (s. hierzu auch <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i>). Zudem ist ihre Mobilität durch die Anschaffung eines E-Rollstuhls gesteigert worden.</p>   |
| <p><b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br/> → <b>SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert:</b><br/> B5 berichtet, dass ihre Fähigkeiten zur Handlungsplanung und -ausführung im Vergleich zu früher etwas besser geworden sind. Aufgrund des erworbenen Selbstbewusstseins, der verstärkten Selbstbestimmung und Autonomie hat sich zudem B5 Stimmung etwas verbessert (s. hierzu auch <i>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</i> → <i>SSK 1.1.1 Positive Erlebnisse und SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i>).<br/> → <b>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig:</b><br/> Manchmal hat B5 auch schlechte Tage, an denen sie traurig oder wütend ist oder an denen ihr nichts gelingen will. Dann zieht sie sich oftmals in ihr Zimmer zurück, teilweise den gesamten Tag.</p>  |
| <p><b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br/> B5 hat mindestens eine Nahrungsmittelunverträglichkeit/Allergie (s. hierzu auch <i>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</i> → <i>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert</i> und <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</i> → <i>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</i> → <i>SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen</i>). B5 nimmt regelmäßig ein psychologisches Angebot wahr (s. hierzu auch <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</i> → <i>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische</i>).</p>   |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/> Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/> B5 berichtet, dass sie bei vielen Aktivitäten der alltäglichen Lebensführung und Selbstversorgung aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen Unterstützung benötigt. Beim Aufstehen, im Zuge der Körperpflege und während Toilettengängen kommen auch Hilfsmittel, z.B. eine Drehscheibe und ein Lift zum Einsatz (s. <i>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</i> → <i>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</i> → <i>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln</i>). B5 sucht sich ihre Kleidung selbst aus. Beim Anziehen braucht sie nach eigenen Aussagen viel Unterstützung. Einige Tätigkeiten im Rahmen der Körperpflege kann B5 auch allein durchführen, wie z.B. Hände eincremen oder die Haare kämmen und legen. Allerdings fehlt morgens vor der Arbeit oft die Zeit, sodass diese Dinge vom Personal übernommen werden müssen, was sich negativ auf ihr Wohlbefinden niederschlägt. Essen, gibt B5 an, kann sie allein - auch wenn die anwesende mitarbeitende Person anfügt, dass B5 auch berücksichtigen möge, dass es die Kategorie „mit teilweiser Unterstützung“ gibt-. Der Umgang mit Geld sowie der Aspekt Wäsche waschen werden nicht thematisiert.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/> → <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/> → <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/> B5 hat ein Pflegebett mit Notfalklingel. Zum Schlafen nutzt sie ein spezielles Keilkissen zur Entlastung der Hüfte. B5 besitzt einen E-Rollstuhl. Während des Aufstehens, der Körperpflege und -hygiene werden eine Drehscheibe und/oder ein Lift verwendet. B5 trainiert mit einem Gehwagen und besitzt für den Notfall eine Sitzhose, falls die Stabilität in den Beinen nicht ausreicht. Zudem trägt B5 ein Stützkorsett, um den Oberkörper aufrecht zu halten, sowie orthopädische Schuhe und Kompressionstrümpfe.<br/> → <b>SSSK 2.2.2.2 Selbstständiger Umgang:</b><br/> B5 kann den E-Rollstuhl sicher bedienen und sich damit selbstständig aufrichten. Sie demonstriert diese Funktion während des Interviews. Das Training mit dem Gehwagen führt B5 auch außerhalb der KG eigenständig fort.<br/> → <b>SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung:</b><br/> Der Umgang mit der Drehscheibe und das Training mit dem Gehwagen werden bei der KG geübt (s. hierzu u.a. auch <i>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</i> → <i>SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung)</i>).<br/> → <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/> Die Medikamente werden in einem Becher vom Personal ausgehändigt. B5 nimmt sie in der Regel selbstständig ein. Sie weiß genau, was sie bekommt und weist ggf. auch darauf hin, wenn Medikamente fehlen oder fehlerhaft ausgegeben wurden.<br/> → <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/> In Notfällen, z.B. im Zuge eines Allergieanfalls, sagt B5 Bescheid soweit das noch möglich ist oder nutzt die Notfalklingel an ihrem Bett.</p> |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/> → <b>SSK 2.3.2 Bestehende Partnerschaften:</b><br/> B5 hat einen Partner, der in der Einrichtung wohnt. Er fungiert auch als offizielle Begleitung, wenn sie mit dem Linienbus in eine nahegelegene Stadt fährt (s. hierzu auch <i>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</i> → <i>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies und HK 6. Öffentlichkeit</i> → <i>6.1 Mobilität</i>).<br/> → <b>SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren:</b><br/> B5 berichtet, dass Streit im Alltag vorkommt und ein Stück weit dazugehört. Sie bezeichnet sich als „nicht menschenscheu“ (Interview_B5, Pos. 383), gibt aber an, dass sie teilweise mit den Menschen, die noch in der Einrichtung leben, aufgrund ihrer Behinderungen und ihres für sie zum Teil irritierenden Verhaltens nicht immer zurechtkommt.</p>   |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/> → <b>SSK 2.5.1 Positive Wahrnehmung/Beurteilung:</b></p>   |



|   |
|---|
| <p>B5 berichtet, dass die Mitarbeitenden von sich aus teilweise auch auf sie zukommen und nachfragen, wenn sie den Eindruck haben, dass es ihr nicht gut geht.</p> <p>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>                 In der Regel wird B5 von ihrer Mutter begleitet, teilweise springt ihre Schwester ein (beide in Funktion als rechtliche Betreuung s. hierzu auch <i>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme</i> → <i>SK 4.3 Eltern und Geschwister</i> → <i>SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung</i>). Wenn sie verhindert sind, wird B5 von einem*r Mitarbeitenden zu internen und externen Versorgungsangeboten begleitet.</p>  |
| <p><b>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit:</b><br/>                 B5 berichtet, dass die Mitarbeitenden im Wohnalltag oftmals zu wenig Zeit haben, alle Mitbewohnenden adäquat und individuell zu unterstützen. Zudem muss es teilweise schnell gehen, z.B. morgens vor der Arbeit, sodass B5 Tätigkeiten, die sie durchaus selbstständig durchführen kann, abgenommen werden. B5 hat oft das Gefühl, dass sie den Mitarbeitenden aufgrund ihres hohen Unterstützungsbedarfs zeitlich zur Last fällt, was ihr sehr zusetzt (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.2 Negative Überzeugungen</i>). Sie berichtet, dass seit längerem die Erstellung von Tagesplänen für sie vorgesehen ist, damit sie sich selbstständig orientieren kann, weiß, welche Person Dienst hat und nicht immer nachfragen muss. Bisher konnten die Pläne allerdings aufgrund von Zeitmangel noch nicht umgesetzt werden, sondern existieren nur am Computer.</p>   |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b><br/>                 → <b>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</b><br/>                 → <b>SSSK 2.7.1.1 Selbstständig:</b><br/>                 Ambulante medizinische Versorgungsangebote innerhalb der Einrichtung nimmt B5 in der Regel eigenständig wahr, indem sie mit ihrem E-Rollstuhl hinfährt.<br/>                 → <b>SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>                 In Ausnahmefällen, z.B. bei einer stationären Aufnahme, stößt die Mutter von B5 zu den ärztlichen Gesprächen dazu, ggf. ihre Schwester (beide rechtliche Betreuung) oder ein*r Mitarbeitende*r der Wohngruppe.<br/>                 → <b>SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 B5 fühlt sich bei der ärztlichen Person gut aufgehoben, da diese erkannt hat, was sie noch alles kann und zudem ihre Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-allergie diagnostiziert hat, was vorher nicht ernst genommen wurde, obwohl B5 Schwierigkeiten zeigte.<br/>                 → <b>SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote</b><br/>                 → <b>SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>                 Die Mutter von B5 oder eine andere Person begleiten B5 zur zahnärztlichen Untersuchung, um ihr auf den Behandlungsstuhl zu helfen und ihre Arme wegen der Spastik während der Sitzung zu halten, damit B5 nicht irgendwo gegenstößt. B5 gibt an, dass sie während der Behandlung ihre Spastik weitgehend unter Kontrolle hat.<br/>                 → <b>SSSK 2.7.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 B5 fühlt sich bei der zahnärztlichen Person gut aufgehoben. Sie wird als angenehm und vorsichtig beschrieben und erklärt B5, was sie macht.<br/>                 → <b>SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung):</b><br/>                 B5 nimmt zweimal wöchentlich eine physiotherapeutische Behandlung (KG) in der Einrichtung wahr. Sie bewertet die Therapie und die durchführende Person als sehr positiv, sowohl was die Förderung ihrer Körperkontrolle, -stabilität und -kraft betrifft als auch mit Blick auf die Steigerung ihres Selbstbewusstseins.<br/>                 → <b>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote:</b><br/>                 B5 sucht einmal pro Woche ein psychotherapeutisches Angebot innerhalb der Einrichtung auf.</p> |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br/>                 → <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br/>                 B5 geht gern nach „draußen“ (Interview_B5, Pos. 265; Öffentlichkeit - außerhalb der Einrichtung) und fährt mit dem Linienbus in Begleitung ihres Partners in eine nahegelegene Stadt (s. hierzu auch u.a. <i>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote</i> und <i>HK 6. Öffentlichkeit</i> → <i>6.1 Mobilität</i>).</p>  |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>                 B5 nimmt im Rahmen der angebotenen Erwachsenenbildung der Einrichtung an einem Busfahrtraining teil, um zunehmend selbstständiger - in Begleitung einer Person - öffentliche Verkehrsmittel nutzen, sich im öffentlichen Raum orientieren und eigenständig fortbewegen zu können.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>                 → <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>                 → <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>                 Im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes war die Mutter von B5 bei den ärztlichen Gesprächen dabei, da B5 sich zum Teil unsicher fühlt. Wenn ihre Mutter verhindert ist, wird sie durch die Schwester von B5 (ebenfalls rechtliche Betreuung) oder durch eine*n Mitarbeitende*n der Wohngruppe vertreten.</p>   |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 4.3 Eltern und Geschwister</b><br/>                 → <b>SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung:</b><br/>                 Die Mutter und die Schwester von B5 fungieren als rechtliche Betreuung und unterstützen - primär die Mutter - im Zuge der Wahrnehmung von internen und externen Versorgungsangeboten.<br/>                 Die Schwester wohnt in einem anderen Bundesland und hat daher lange Anfahrtszeiten zu bewältigen. B5 gibt an, dass sie ggf. zu ihrer Schwester ziehen wird, wenn ihre Mutter die Aufgaben im Rahmen der rechtlichen Betreuung nicht mehr ausüben kann.</p>  |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben:</b><br/>                 B5 berichtet, dass sie Deckel für Sprühdosen anfertigt.</p>   |

| <b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |
|--|
| <b>SK 6.1 Mobilität:</b><br>B5 nutzt durch ein über die Einrichtung angebotenes Busfahrtraining zunehmend selbstständig den Linienbus und fährt in einen/mehrere nahegelegene Orte. Da sie ein „B“ im Schwerbehindertenausweis als Merkzeichen stehen hat, muss eine Person sie begleiten. Im Fall von B5 wurde ihr Partner offiziell bestimmt, als Begleitperson zu fungieren (s. hierzu u.a. auch <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</i> → <i>SSK 2.3.2 Bestehende Partnerschaften</i> ). |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie   SK = Subkategorie   SSK = Sub-Sub-Kategorie   SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B6

Tabelle 7: Tabellarische Einzelfallübersicht - B6

| <b>Daten zur Person - B6</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |                                       |   |   |
|---|--------------|---------------------------------------|---|---|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b> | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>   |   |
| weiblich  | 88,21 Jahre  | Leicht                                | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: 12 Jahre; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von haus-, zahn-, fachärztlichen, psycho- und physiotherapeutischen Leistungen |   |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>                  | <b>Seelische ↓</b>  | <b>Sonstige<sup>7</sup> ↓</b>   |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben   | Demenz (seit mehr als 3 Jahren; mal gute, mal schlechtere Tage); künstlicher Darmausgang; Analprolaps |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben   | Erbblindung auf einem Auge; trägt Brille (beides s. hierzu SK 1.8)                                    |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |                                       |   |   |
| Dauer des Interviews: 1 h 8 min (68 min)<br>Die Mitarbeitenden der Wohngruppen geben an, dass B6 einen guten Tag hat (s. zuvor unter „Sonstige“). Aussagen, die immer wieder fallen sind: „Ich kann nicht klagen.“, „Mit Gottes Hilfe“, „Ich mache vieles für mein Alter noch allein.“  |              |                                       |   |   |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |                                       |   |   |
| <b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br>B6 gibt an, dass sie für ihr Alter noch viele Dinge im Alltag selbstständig machen kann und viele staunen, was sie noch alles kann.<br>Da sie oft vergisst, wo sie ihre Sachen (vornehmlich Kleidung) hingelegt hat, hat sie mit Unterstützung einer*s Mitarbeitenden die Strategie entwickelt, immer alles auf einen bestimmten Stuhl zu legen.<br>Wenn es Streit in der Wohngruppe gibt, hat sie gelernt, wegzugehen anstatt sich aufzuregen oder mitzuwirken (s. hierzu auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen → SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren). |              |                                       |   |   |
| <b>SK 1.3 Glaube an Gott:</b><br>B6 betet zu Gott, dass er sie unterstützt und lieb ist. Dass es ihr körperlich noch so gut geht, führt sie auch auf Gottes Hilfe zurück.   |              |                                       |   |   |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.1 Person:</b><br>B6 wünscht sich Gesundheit und dass sie im Kopf klar bleibt und nicht so viel durcheinanderbringt.<br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.4 Soziale Kontakte und Freundschaften:</b><br>B6 wünscht sich weiterhin liebe Leute um sich, Mitarbeitende und Freunde, mit denen man auch mal einen Kaffee trinken kann.   |              |                                       |   |   |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B6 gibt an, dass sie mit dem Alter körperlich abgebaut hat, schwächer und langsamer geworden ist und nicht mehr so viel Luft hat. Zudem ist sie auf dem einen Auge erblindet (s. hierzu auch SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen).   |              |                                       |   |   |
| <b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B6 gibt an, dass sie manchmal gedankenlos ist und ihre Gedanken durcheinandergeraten, sie dann aber Unterstützung seitens der Mitarbeitenden bekommt.<br>→ <b>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig:</b><br>B6 hat gute und schlechte Tage.   |              |                                       |   |   |
| <b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br>B6 gibt an, dass sie auf einem Auge erblindet ist und eine Brille tragen muss (s. hierzu auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen → SSK 2.2.2 Hilfsmittel → SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln).   |              |                                       |   |   |
| <b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |                                       |   |   |
| <b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b>   |              |                                       |   |   |

<sup>7</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|  |
|--|
| <p>B6 führt alle unter SK 2.1 angeführten Aktivitäten der alltäglichen Lebensführung und Selbstversorgung nach eigenen Aussagen selbstständig durch. Die Aspekte Umgang mit Geld sowie Wäsche waschen werden nicht thematisiert.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>         → <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>         → <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>         Im Falle eines Schmerzerlebens gibt B6 an, dass jemand angerufen wird, sie eine Tablette oder Spritze erhält, damit sie sich beruhigt.<br/>         → <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/>         → <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>         B6 trägt eine Brille und hat für Ober- und Unterkiefer eine (Voll-)Zahnprothese.<br/>         → <b>SSSK 2.2.2.2 Selbstständiger Umgang:</b><br/>         Die Vollprothese nimmt sie über Nacht heraus und legt sie in ein spezielles Behältnis auf ihrem Waschbecken, sodass sie sie am nächsten Morgen wieder einsetzen kann.<br/>         → <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>         B6 muss Tabletten einnehmen, weiß aber nicht, wofür sie sind. Sie werden ihr morgens angereicht.<br/>         → <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>         B6 trägt ein großes Pflaster am Bauch, das von jemandem aufgeklebt wird.</p>  |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/>         → <b>SSK 2.3.1 Bestehende Freund- und Bekanntschaften:</b><br/>         B6 gibt an, dass sie nicht mehr viele Freunde von früher hat. Aber es gibt noch eine Freundin, mit der sie viel Spaß hat.<br/>         → <b>SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren:</b><br/>         B6 berichtet von Streit und dass manche Leute versuchen, sie „hochzubringen“ (Interview B6, Pos. 506). Mittlerweile hat sie gelernt, dem auszuweichen, indem sie einfach geht (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i>).</p>  |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>         → <b>SSK 2.5.1 Positive Wahrnehmung/Beurteilung:</b><br/>         B6 beschreibt die Mitarbeitenden der Wohngruppe mehrmals als sehr lieb, hilfsbereit und immer freundlich. Wenn sie Unterstützung braucht oder Probleme hat, helfen sie ihr.<br/>         → <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>         Teilweise, wenn sie nicht allein kann, z.B. in einem Rollstuhl gefahren werden muss, wird sie bei der Wahrnehmung interner Versorgungsangebote von einer*m Mitarbeitenden begleitet (s. hierzu auch <i>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</i> → <i>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</i> → <i>SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung</i>). Zur Wahrnehmung von Terminen außerhalb der Einrichtung kommt immer ein*e Mitarbeiter*in mit (s. <i>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> → <i>SK 3.1 Ambulante Versorgung</i> → <i>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</i> → <i>SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung</i> sowie → <i>SK 3.3 Stationäre Versorgung</i> → <i>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</i>).</p>  |
| <p><b>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit:</b><br/>         B6 berichtet, dass es auch Situationen im Alltag gibt, in denen die Mitarbeitenden nicht sofort unterstützen können und sie warten muss, da es in dem Moment wichtigere Sachen gibt, die erledigt werden müssen. Schließlich sind die Mitarbeitenden keine „Dampfwalzen“ (Interview B6, Pos. 195) und müssen auch anderen Mitbewohnenden helfen. In diesen Fällen wartet B6, bis sie Zeit haben. B6 gibt an, dass sie aber nicht klagen möchte, um nicht undankbar zu sein, denn das wäre aus ihrer Sicht nicht richtig.</p>   |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b><br/>         → <b>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</b><br/>         → <b>SSSK 2.7.1.1 Selbstständig:</b><br/>         Bei Kleinigkeiten, wie B6 es nennt, geht sie selbstständig zum ärztlichen Personal, z.B. für einen Verbandswechsel.<br/>         → <b>SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>         Teilweise wird sie auch von einer*m Mitarbeitenden begleitet (s. hierzu auch <i>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</i> → <i>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung</i>)<br/>         → <b>SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>         B6 gibt an, dass vor Ort sehr nette Leute sind, führt aber auf Nachfragen nicht näher aus, woran sie das festmacht.<br/>         → <b>SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote</b><br/>         → <b>SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>         Da in der Regel die gesamte Wohngruppe gemeinsam zur zahnärztlichen Behandlung innerhalb der Einrichtung geht, werden sie von einer*m Mitarbeitenden begleitet.<br/>         → <b>SSSK 2.7.2.5 Behandlungsanlässe, -abläufe und Sonstiges:</b><br/>         Aufgrund ihrer Vollprothese muss B6 nicht mehr zur zahnärztlichen Person.</p> |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>         B6 hat einen Wochenplan, visualisiert mit Piktogrammen, in ihrem Zimmer hängen, gibt aber an, dass sie den nicht braucht, da sie alles im Kopf hat.</p>  |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>         Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>         → <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>         → <b>SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>         Ärztliche Behandlungstermine außerhalb der Einrichtung werden wegen der Anfahrt gemeinsam in Begleitung einer*s Mitarbeitenden wahrgenommen (s. hierzu <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</i> → <i>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung</i>).</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>         → <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>         → <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b></p>  |

|   |
|---|
| <p>B6 wurde während der Fahrt zu einem Krankenhaus von einer*m Mitarbeitenden im Krankenwagen begleitet (s. hierzu <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</i> → <i>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung</i>).</p> <p>→ <b>SSSK 3.3.1.2 Besuch:</b></p> <p>B6 berichtet zunächst, dass sie als einzige keinen Besuch erhalten hat, da sie (die Mitarbeitenden) ja nicht die Wohngruppe allein lassen können und man ihnen daher auch keinen Vorwurf machen kann. Dann gibt sie an, dass dann meistens doch jemand kam.</p> <p>→ <b>SSSK 3.3.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b></p> <p>B6 berichtet, dass sie sich während ihres letzten Krankenhausaufenthalts wohlfühlt hat, da die Gesundheits- und Krankenpflegenden „so bombe waren“ (Interview_B6, Pos. 297) und sie nette Zimmernachbar*innen hatte.</p> |
| <p><b><u>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b></p>   |
| <p>---</p>  |
| <p><b><u>HK 5. Arbeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b></p>  |
| <p>---</p>  |
| <p><b><u>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b></p>  |
| <p>---</p>  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B7

Tabelle 8: Tabellarische Einzelfallübersicht - B7

| <b>Daten zur Person - B7</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)   |              |  |  |
|--|--------------|--|--|
| <b>Geschlecht</b>  | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>  | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |
| männlich   | 60 Jahre     | Leicht   | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer in der aktuellen Wohngruppe: 7 Jahre; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von haus-, zahn-, fachärztlichen, psycho- und physiotherapeutischen Leistungen |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>   |              | <b>Körperliche ↓</b>   | <b>Seelische ↓</b>   |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>   |              | Spastische Diplegie-Zerebralparese; mehrere Bandscheibenvorfälle   | Keine Angaben  |
| <b>Quelle: Interview →</b>   |              | Teilweise Rückenschmerzen, die medikamentös behandelt werden (s. SK 1.8 und Angaben Datenerhebungsbogen)           | Keine Angaben  |
| <b>Sonstige<sup>8</sup> ↓</b>  |              |  |  |
|  |              | Gleichgewichtsstörungen; zum Teil Schwierigkeiten, den Stuhl zu halten (s. SK 1.8 und Angaben Datenerhebungsbogen) |  |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>   |              |  |  |
| Dauer des Interviews: 1 h 7 min (67 min)<br>Während des Interviews ist der*die Bezugsbetreuer*in von B7 anwesend, die*der B7 auch als 1:1-Begleitung bei Urlauben assistiert. Nach Einschätzung der Interviewerin hat die Person unterstützend gewirkt. B7 scheint sich offen und frei äußern zu können.   |              |  |  |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |  |  |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br>B7 wurde im Kindesalter von seinen Eltern in die aktuelle Einrichtung gebracht. Er dachte zunächst, der Aufenthalt wäre nur ein Urlaub, übergangsweise geplant. Ihm war nicht klar, dass er dauerhaft bleiben sollte. Dieses Ereignis hat ihn sehr verletzt und beschäftigt ihn nach wie vor sehr.<br>B7 hat im Rahmen vergangener Freundschaften außerhalb der Wohneinrichtung Diskriminierung aufgrund seiner Behinderung erfahren. Seitdem fällt es ihm schwer, Freundschaften einzugehen.<br>B7 musste eine Arbeitstätigkeit, die ihm sehr gefallen hat, aufgrund seiner*s damaligen Chef*in*s aufgeben.   |              |  |  |
| <b>SK 1.4 Persönliches Eigentum:</b><br>B7 besitzt ein eigenes Smartphone, hat einen kleinen Kühlschrank auf dem Zimmer mit eigenen Getränken (u.a. Bier) sowie eine Kaffeemaschine.   |              |  |  |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>B7 hat in der Einrichtung psychologische Unterstützung erhalten. Die Person ist irgendwann ersatzlos weggefallen. Manchmal wünscht sich B7, wieder ein entsprechendes Angebot wahrnehmen zu können (s. hierzu auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste → SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote).<br>→ <b>SSSK 1.5.2.3 Freizeitgestaltung und Reisen:</b><br>B7 würde gern vermehrt in die nahegelegene Stadt in einem Restaurant frühstücken fahren.<br>B7 wünscht sich, zeitnah ein weiteres Mal in 1:1-Begleitung für drei Tage in ein Inklusionshotel an die See zu fahren.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.4 Soziale Kontakte und Freundschaften:</b><br>B7 wünscht sich Freundschaften, Personen, die ihm guttun. B7 berichtet, dass es ihm schwerfällt, Freundschaften zu knüpfen. Er beschreibt sich eher als Einzelgänger. B7 wünscht sich positive Rückmeldungen in Bezug auf seine Person und keine Kritik, die er oftmals von seinen Mitbewohnenden erfährt (s. hierzu u.a. folgende SSSK und SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit → SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig).<br>→ <b>SSSK 1.5.2.6 Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz:</b><br>B7 trägt zum Schlafen gern ein Damennachthemd, wird aber deshalb oftmals, wenn er damit morgens über den Flur geht, von seinen Mitbewohnenden kritisiert, was ihn belastet. Er wünscht sich mehr Akzeptanz.<br>→ <b>SSK 1.5.4 Familienangehörige und Heimat:</b><br>B7 möchte gern zurück in seine Heimat und zudem seine Verwandten einmal wiedersehen. |              |  |  |

<sup>8</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|  |
|--|
| <p><b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br/>                 → <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br/>                 B7 berichtet, dass er Schwierigkeiten entwickelt hat, seinen Stuhlgang zu kontrollieren und teilweise mehr in die Windel als in die Toilette geht, was ihm sehr unangenehm ist. Seit einer Operation am Rücken leidet B7 zum Teil unter Rückenschmerzen. Zudem fällt ihm das Laufen schwerer als früher in Verbindung mit zunehmenden Gleichgewichtsschwierigkeiten.</p>   |
| <p><b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br/>                 → <b>SSK 1.7.3 Zustand ist gleichbleibend gut:</b><br/>                 B7 berichtet, dass sein Gehirn immer noch gut funktioniert.<br/>                 → <b>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig:</b><br/>                 B7 gibt an, dass er gute und schlechte Tage hat. Manchmal bereitet ihm seine Stuhlinkontinenz Sorgen. Zum Teil ist B7 sehr traurig und zieht sich zurück. Das kritische Lebensereignis mit seinen Eltern (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</i> → <i>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse</i>) kommt immer wieder hoch und verstimmt ihn.<br/>                 Teilweise empfindet B7 den Kontakt zu seinen Mitbewohnenden als belastend und er hat an manchen Tagen das Gefühl, er schafft es nicht (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSSK 1.5.2.6 Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz</i> sowie <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</i> → <i>SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren</i>).</p>   |
| <p><b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br/>                 s. hierzu <i>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</i> → <i>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert</i> → zum Teil Schwierigkeiten, den Stuhl zu halten, teilweise Rückenschmerzen, die medikamentös behandelt werden, und Gleichgewichtsstörungen</p>   |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>                 B7 führt alle Tätigkeiten weitgehend selbstständig durch. Wenn B7 zur Arbeit muss, wird er in der Regel vom Nachtdienst geweckt. Seinen Kaffee bereitet er bereits abends vor, damit er morgens etwas Zeit einsparen kann. Für die morgendlichen Abläufe hat B7 einen Plan mit den einzelnen Handlungsabfolgen (s. hierzu auch <i>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote</i>) im Zimmer hängen. B7 fährt eigenständig außerhalb der Einrichtung in ein Restaurant frühstücken, sonst wird der Umgang mit Geld nicht näher beschrieben. Der Aspekt Wäsche waschen wird nicht thematisiert.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>                 → <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>                 → <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>                 Gegen seine Rückenschmerzen nimmt B7 Tabletten ein. Bei einem akuten Schmerzerleben holt sich B7 bei den Mitarbeitenden der Wohngruppe Rat.<br/>                 → <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/>                 → <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>                 B7 trägt aufgrund seiner Stuhlinkontinenz Windelhosen.<br/>                 → <b>SSSK 2.2.2.2 Selbstständiger Umgang:</b><br/>                 Da er Windelhosen trägt, zieht er sie eigenständig an und aus.<br/>                 → <b>SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung</b><br/>                 → <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>                 B7 erhält die Tabletten in einem Schälchen angereicht und nimmt sie selbstständig ein. Bei einer Tablette kann er den Grund der Einnahme benennen.<br/>                 → <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>                 Um kleine Verletzungen, bei denen ein Pflaster ausreicht, kümmert sich B7 eigenständig. Beim Anlegen von Verbänden benötigt B7 Hilfe.</p> |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/>                 → <b>SSK 2.3.1 Bestehende Freund- und Bekanntschaften:</b><br/>                 B7 hat einen Freund in der Wohneinrichtung, den er allerdings immer seltener sieht, da B7 gern in eine nahegelegene Stadt fährt.<br/>                 → <b>SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren:</b><br/>                 B7 wird morgens oftmals von seinen Mitbewohnenden kritisiert, wenn er vergisst, seinen Morgenmantel überzuziehen und nur im Damennachthemd über den Flur zur Toilette geht. Diese Reaktionen belasten ihn teilweise sehr (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSSK 1.5.2.6 Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz</i> sowie → <i>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</i> → <i>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig</i>).<br/>                 → <b>SSK 2.3.4 Diebstahl und Sachbeschädigung:</b><br/>                 B7 berichtet, dass aus seinem Zimmer Geld entwendet wurde.</p>   |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>                 → <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>                 Im Rahmen von stationären Aufenthalten außerhalb der Einrichtung wird B7 von Mitarbeitenden begleitet (s. hierzu auch <i>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> → <i>SK 3.3 Stationäre Versorgung</i> → <i>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</i> → <i>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung</i>).</p>   |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b><br/>                 → <b>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</b><br/>                 → <b>SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 B7 bejaht, dass er sich von dem ärztlichen Personal verstanden fühlt und es auf ihn eingeht, führt dies aber nicht näher aus, sondern berichtet nur, dass sie über seine Probleme sprechen.<br/>                 → <b>SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote</b><br/>                 → <b>SSSK 2.7.2.1 Selbstständig:</b><br/>                 B7 sucht die zahnärztliche Person im Rahmen des integrierten Versorgungsangebotes der Einrichtung in der Regel selbstständig auf.<br/>                 → <b>SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>                 Die Termine werden von den Mitarbeitenden vereinbart.<br/>                 → <b>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote:</b></p>   |

|   |
|---|
| <p>B7 hat in der Einrichtung ein psychotherapeutisches Angebot wahrgenommen. Allerdings hat die Fachperson die Einrichtung verlassen und B7 keinen Ersatz erhalten, wünscht sich allerdings manchmal noch entsprechende Unterstützung (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung</i>).</p>   |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br/>                 → <b>SSK 2.8.3 Urlaub und Reisen:</b><br/>                 B7 berichtet von einem dreitägigen Urlaub mit seiner*m Bezugsbetreuer*in (1:1-Betreuung) an der See. Er empfand den Aufenthalt als etwas zu kurz, aber schön.</p>   |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>                 B7 hat einen Wochenplan für morgendliche und abendliche Handlungsabläufe in seinem Zimmer hängen.</p>   |
| <p><b>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</b><br/>                 B7 berichtet, dass teilweise der Fahrstuhl in dem Wohngebäude defekt ist und er in diesen Fällen Schwierigkeiten hat, das Haus zu verlassen.<br/>                 Der Genuss von Alkohol ist in der Regel verboten, auch wenn B7 gerne einmal ein Bier trinkt. Die Regelungen wurden etwas aufgeweicht, sodass - sollte aus medizinischer Indikation nichts dagegensprechen - der Genuss von Alkohol am Wochenende oder im Urlaub erlaubt ist.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 3.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung:</b><br/>                 Die Windeln werden über die Mitarbeitenden bestellt.</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>                 → <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>                 → <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>                 Zum Teil ist ein*e Mitarbeitende*r während eines Krankenhausaufenthaltes dabei (s. hierzu auch <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</i> → <i>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung</i>). In welcher Funktion wird nicht näher erläutert.<br/>                 → <b>SSSK 3.3.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 Den letzten Krankenhausaufenthalt empfand B7 als „mies“ (Interview_B7, Pos. 95), da ihm „langweilig“ (Interview_B7, Pos. 97) war.</p> |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 4.4 Sonstige Familienangehörige:</b><br/>                 B7 bekommt teilweise von seinen Cousinen*s Besuch. Das letzte Mal waren sie während eines Sommerfestes da. B7 gibt an, dass es „herrlich“ (Interview_B7, Pos. 352) und der gesamte Tag schön war.</p>  |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben:</b><br/>                 B7 beschreibt seine Tätigkeit im Bereich Montage detailliert.</p>   |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 6.1 Mobilität:</b><br/>                 B7 nutzt den Linienbus eigenständig und fährt in die nächstgelegene Stadt.<br/> <b>SK 6.2 Einkaufen und essen gehen:</b><br/>                 Wenn das Geld stimmt, geht B7 gern in ein Restaurant in der nahegelegenen Stadt frühstücken. Es gibt Buffet, was nach B7 Einschätzung günstig ist.</p>   |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie



## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B8

Tabelle 9: Tabellarische Einzelfallübersicht - B8

| <b>Daten zur Person - B8</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)   |              |  |  |  |
|--|--------------|--|--|--|
| <b>Geschlecht</b>  | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>  | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |  |
| männlich   | 54 Jahre     | Leicht   | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: aktuelle Wohngruppe seit 3 Jahren, in der Einrichtung seit den Achtzigern (Quelle: Interview_B8, Pos. 44); mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von haus-, zahn-, fachärztlichen, psycho- und physiotherapeutischen Leistungen |  |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>   |              | <b>Körperliche ↓</b>   | <b>Seelische ↓</b>   | <b>Sonstige<sup>9</sup> ↓</b>  |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>   |              | Schwerste Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule; Hyperlordose der Lendenwirbelsäule | Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen  | Neurofibromatose (Von-Recklinghausen-Krankheit; nicht bösartig)  |
| <b>Quelle: Interview →</b>   |              | Gekrümmter Körperbau/Rücken (s. hierzu SK 1.8 und Angaben Datenerhebungsbogen)   | Wahrnehmung eines psychologischen Angebotes (s. hierzu u.a. SK 1.8)  | Magenbeschwerden und zum Teil Atemprobleme beim Gehen durch den Körperbau; nicht näher definierte Herz-Kreislauf-Erkrankung, die medikamentös behandelt wird (beides s. hierzu SK 1.8) |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>   |              |  |  |  |
| Dauer des Interviews: 48 min   |              |  |  |  |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |  |  |  |
| <p><b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br/>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br/>B8 berichtet von Erfahrungen während eines Krankenhausaufenthaltes, der schon länger her ist, die er nie wieder erleben möchte. Er lag 24 Stunden auf der Intensivstation, den ärztlichen Gesprächen konnte er nicht ganz folgen.<br/>→ <b>SSK 1.1.3 Biografische Informationen:</b><br/>B8 ist schon mehrmals umgezogen und hat u.a. auch in einem Wohnangebot eines anderen Trägers in einer nahegelegenen Stadt gelebt und dort fußläufig erreichbar in einer WfbM gearbeitet.</p>   |              |  |  |  |
| <p><b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br/>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br/>B8 weiß, dass er meistens um die Weihnachtszeit aufgrund eines Unfalls psychologische Unterstützung benötigt und lässt sich daher rechtzeitig und vorsorglich für diesen Zeitraum einen Termin im Rahmen des integrierten Versorgungsangebots der Einrichtung geben (s. hierzu auch SK 1.7 <i>Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</i> → SSK 1.7.4 <i>Aktueller Zustand ist tagesformabhängig</i> sowie HK 2. <i>Wohnrichtung</i> → SK 2.7 <i>Integriertes Versorgungsangebot</i> → SSK 2.7.4 <i>Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote</i>).<br/>Als B8 aufgrund einer Straßensperrung mit der Straßenbahn nicht an dem tatsächlichen Zielort angekommen war, wusste er sich nach eigenen Aussagen zu helfen, indem er in einem Hotel um Hilfe gebeten hat. Er wurde schließlich von der Polizei abgeholt und nach Hause gefahren.<br/>B8 beschreibt sich selbst als hilfsbereit („Ich helfe gerne andere Leuten.“ (Interview_B8, Pos. 172)) und führt diesbezüglich eine Situation während eines Reiturlaub an, wo er einem Mädchen geholfen hat, das vom Pferd gefallen war.</p> |              |  |  |  |
| <p><b>SK 1.4 Persönliches Eigentum:</b><br/>B8 berichtet, dass er einen eigenen Fernseher und eine Digitalkamera besitzt. Beide Gegenstände hat er in Begleitung selbst gekauft, als er noch in der nahegelegenen Stadt gewohnt hat. In seinem Zimmer hat er zudem einen eigenen Kühlschrank, eine Kaffeemaschine sowie eine Kiste Bier stehen, die er über die Mitarbeitenden bestellen lässt. B8 besitzt ein eigenes Zweirad, fährt damit allerdings aktuell nicht.</p>  |              |  |  |  |
| <p><b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br/>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br/>→ <b>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung:</b><br/>B8 würde gern wieder in seine alte Wohneinrichtung in der nahegelegenen Stadt zurückgehen, da er sich dort selbstständig bewegen und auch wieder in einer Kneipe arbeiten kann, in der er nach eigenen Aussagen schon einmal tätig war.<br/>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b></p>   |              |  |  |  |

<sup>9</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|   |
|---|
| <p>B8 wünscht sich eine Begleitung, wenn er in die nahegelegene Stadt fahren möchte, da er sich das aktuell allein nicht zutraut. B8 gibt an, dass er das Gefühl hat, aufgrund seines Rückens ausgelacht zu werden (s. hierzu auch <i>HK 6. Öffentlichkeit</i> → <i>6.3 Angst vor Diskriminierung/Gewalt</i>). Aufgrund des geringen Personalschlüssels (es müssten mindestens zwei Personen im Dienst sein), ist eine Begleitung nicht möglich. B8 möchte es aber weiterhin versuchen und bei den Mitarbeitenden nachfragen, wenn zwei Personen anwesend sind.</p> <p>B8 wünscht sich mehr Mitarbeitende, um auch außerhalb der Einrichtung gemeinsam mit der Wohngruppe etwas unternehmen zu können.</p> <p>→ <b>SSSK 1.5.2.3 Freizeitgestaltung und Reisen:</b><br/>B8 berichtet, dass bei ihm ab mittags nach der Arbeit „die Langeweile“ (Interview_B8, Pos. 306) aufkommt, er dann meistens bis zum Abendbrot auf dem Bett liegt (auch aufgrund seiner Rückenschmerzen) und er noch kein passgenaues Angebot in der Einrichtung gefunden hat, diesem Gefühl entgegenzuwirken.</p> <p>→ <b>SSK 1.5.3 Allgemeine Gesundheitsversorgung:</b><br/>Wenn B8 ins Krankenhaus kommen sollte, wünscht er sich eine Begleitung, eine*n Mitarbeitende*n, der*die im Notfall, wenn B8 die Fragen nicht beantworten kann, unterstützt.</p> |
| <p><b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br/>→ <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br/>B8 hat eine nicht näher beschriebene Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems entwickelt und muss seitdem Tabletten einnehmen. B8 berichtet, dass sich sein körperlicher Zustand im Vergleich zu früher verschlechtert hat. Spazieren gehen fällt ihm schwerer. Auch wenn er langsam geht, bekommt er Probleme mit seiner Atmung. Er führt das auch auf seine gekrümmte Körperhaltung zurück.</p>  |
| <p><b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br/>→ <b>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig:</b><br/>B8 beschreibt seinen seelischen Zustand als tagesformabhängig. Wenn es gar nicht mehr geht, kann er ein integriertes psychotherapeutisches Angebot aufsuchen (s. hierzu auch <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.7 Integriertes Versorgungsangebot</i> → <i>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote</i>). Um die Weihnachtszeit lässt er sich vorsorglich einen Termin geben (s. hierzu auch <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i> sowie <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.7 Integriertes Versorgungsangebot</i> → <i>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote</i>).</p>  |
| <p><b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br/>B8 gibt an, dass sein Magen aufgrund seines Körperbaus, seiner gekrümmten Wirbelsäule, eingeengt ist. Zudem berichtet B8 von einer bestehenden nicht näher beschriebenen Herz-Kreislauf-Erkrankung, die medikamentös behandelt wird. Durch seine Körperhaltung leidet er beim Gehen schnell unter Atemproblemen. (s. hierzu auch <i>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</i> → <i>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert</i>). Bei Bedarf nimmt B8 ein psychologisches Angebot wahr, „wenn es gar nicht mehr geht“ (Interview_B8, Pos. 58), meist um Weihnachten (s. hierzu auch <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</i> → <i>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische</i>).</p>  |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>Aufgrund seiner körperlichen Beeinträchtigungen benötigt B8 bei vielen der unter SK 2.1 angeführten Tätigkeiten/Aktivitäten punktuell Unterstützung, z.B. beim Anziehen der Strümpfe, Rasieren, Baden und Abtrocknen, da er nicht alle Regionen des Körpers erreicht. Beim Essen und Trinken benötigt B8 keine Unterstützung. In welcher Form B8 sein Geld eigenständig verwaltet, bleibt unklar. Der Aspekt Wäsche waschen wird nicht thematisiert.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>Bei akut aufkommenden Schmerzen holt sich B8 Beratung seitens einer*s Mitarbeitenden der Wohngruppe und erhält ggf. Bedarfsmedikation.<br/>→ <b>SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung</b><br/>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>B8 bekommt morgens, mittags und abends Tabletten und ggf. Bedarfsmedikation (s. zuvor). Er weiß im Detail nicht, was er bekommt, aber die Mitarbeitenden wissen Bescheid.</p>   |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>Wenn eine Magenspiegelung ansteht, benötigt B8 Hilfe bei der Terminvereinbarung. Stehen größere zahnärztliche Behandlungen im Rahmen des integrierten Versorgungsangebotes der Einrichtung an, wird B8 von einer*m Mitarbeitenden begleitet, „wenn es klappt“ (Interview_B8, Pos. 168).</p>  |
| <p><b>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit:</b><br/>B8 gibt an, es sei nicht immer möglich, dass ihn jemand zu größeren zahnärztlichen Untersuchungen begleitet (s. zuvor).</p>  |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b><br/>→ <b>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</b><br/>→ <b>SSSK 2.7.1.1 Selbstständig:</b><br/>Die integrierten Versorgungsangebote nimmt B8 in der Regel selbstständig wahr.<br/>→ <b>SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B8 bewertet die vor Ort tätigen ärztlichen Personen als gut, da sie ihm auch zuhören.<br/>→ <b>SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote</b><br/>→ <b>SSSK 2.7.2.1 Selbstständig:</b><br/>In der Regel geht B8 allein zu dem integrierten zahnärztlichen Versorgungsangebot der Einrichtung.<br/>→ <b>SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>Nur wenn größere Behandlungen anstehen, begleitet B8 ein*e Mitarbeitende*r, „wenn es klappt“ (Interview_B8, Pos. 168; s. hierzu auch <i>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</i> → <i>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung</i> sowie <i>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit</i>).<br/>→ <b>SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung):</b><br/>B8 nimmt einmal wöchentlich eine Hydrotherapie inklusive Fangopackung innerhalb der Einrichtung wahr.</p>  |

|   |
|---|
| <p>→ <b>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote:</b><br/>                 Wenn es ihm nicht gut geht, holt B8 sich psychotherapeutische Hilfe im Rahmen des integrierten Versorgungsangebotes (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen sowie SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</i> → <i>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig</i>).</p>  |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br/>                 → <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br/>                 B8 berichtet, dass er selbstständig versucht, in die nahegelegene Stadt zu fahren und sich Kleidung zu kaufen, was er sich allerdings aktuell nicht allein zutraut (s. hierzu <i>HK 6. Öffentlichkeit</i> → <i>6.3 Angst vor Diskriminierung/Gewalt</i>). Abends schaut er Fernsehen. (s. hierzu „Langeweile“ <i>HK 1. Person SK 1.5</i> → <i>Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.3 Freizeitgestaltung und Reisen</i>)<br/>                 → <b>SSK 2.8.2 Freizeitangebote:</b><br/>                 Einmal pro Woche wird eine Radtour seitens der Einrichtung angeboten. B8 kann daran aktuell nicht teilnehmen, da er seinen Körper erst wieder „in Griff“ (Interview_B8, Pos. 330) bekommen möchte.<br/>                 → <b>SSK 2.8.3 Urlaub und Reisen:</b><br/>                 B8 berichtet, dass er in diesem Jahr zwei Wochen Urlaub auf einem Reiterhof gemacht hat, in dem er vormittags und nachmittags unter Begleitung auf einem Pferd saß. Er war dort allein in einer Gruppe von Kindern.</p> |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>                 Über die Einrichtung wird ein Busfahrtraining angeboten, das B8 aktuell aber nicht wahrnimmt.</p>   |
| <p><b>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</b><br/>                 B8 badet gern. Es muss allerdings geschaut werden, wann das Bad frei ist.</p>  |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>                 → <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>                 → <b>SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>                 Bei der Anmeldung für eine Magenspiegelung nach ärztlicher Verordnung im Rahmen des integrierten Versorgungsangebotes benötigt B8 Unterstützung. Es geht nicht aus dem Interview hervor, ob B8 dorthin auch begleitet wird.</p>  |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p>---</p>  |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 5.6 Sonstige Rahmenbedingungen:</b><br/>                 B8 arbeitet von montags bis freitags von 8 bis 12 Uhr.</p>  |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 6.1 Mobilität:</b><br/>                 Zur Orientierung während der Nutzung von Öffentlichen Verkehrsmittel (in diesem Fall dem Linienbus) benötigt B8 die Durchsagen der Haltestellen.<br/> <b>SK 6.2 Einkaufen und essen gehen:</b><br/>                 Als B8 noch in der Stadt gewohnt hat, ist er häufiger in den Geschäften einkaufen gegangen.<br/> <b>SK 6.3 Angst vor Diskriminierung/Gewalt:</b><br/>                 B8 hat Angst aufgrund seines Rückens ausgelacht zu werden und traut sich daher nicht mehr allein zu, in die nahegelegene Stadt zu fahren (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung</i>).</p>  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B9

Tabelle 10: Tabellarische Einzelfallübersicht - B9

| <b>Daten zur Person - B9</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |                                       |   |   |
|---|--------------|---------------------------------------|---|---|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b> | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>   |   |
| weiblich  | 25,65 Jahre  | Leicht                                | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: 1 Jahr und 1 Monat (lebte vorher bei ihren Eltern); mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von haus-, zahn-, fachärztlichen, psycho- und physiotherapeutischen Leistungen |   |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>                  | <b>Seelische ↓</b>  | <b>Sonstige<sup>10</sup> ↓</b>  |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Keine Angaben                         | Leichte Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert  | Trägt Brille  |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Sitzt im Rollstuhl                    | Keine Angaben   | Durchblutungsstörungen; Inkontinenz; Krampfanfälle; Mitteltaubheit; Schlafstörungen (alle s. hierzu SK 1.8) |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |                                       |   |   |
| Dauer des Interviews: 1 h 6 min (66 min)  |              |                                       |   |   |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |                                       |   |   |
| <p><b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br/>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br/>B9 berichtet, dass sie in ihrer ehemaligen Arbeitsstelle (zu dem Zeitpunkt hat sie noch zu Hause gewohnt) aufgrund des geringen Personalschlüssels nicht zur Toilette gebracht werden konnte, sondern den ganzen Tag von morgens bis zum späten Nachmittag in ihrem Urin sitzen musste. Zum Teil waren ihre Hose und der Rollstuhl durchnässt und es hat „gestunken“ (Interview_B9, Pos. 94). Diese Situation wurde von ihr als sehr unangenehm empfunden. Sie gibt an, dass in der aktuellen Einrichtung bessere Möglichkeiten bestehen.<br/>Zudem berichtet B9 von einer Situation mit einer ärztlichen Person im Krankenhaus, die aufgrund einer Durchblutungsstörung die Amputation eines Beins als erforderlich gesehen habe. Der Eingriff wurde nicht durchgeführt. B9 hat einige Zeit gebraucht, dieses Erlebnis zu verarbeiten. Sie wurde damals von ihrem ehemaligen Partner unterstützt.<br/>Die Eltern von B9 haben sich getrennt, als sie Kind war. Ihr Vater habe sie abgelehnt und sie nach eigenen Aussagen fast in den Selbstmord getrieben. Sie hat viel Zeit gebraucht, damit umzugehen. B9 ist bei ihrer Mutter aufgewachsen.<br/>Des Weiteren berichtet B9 von einem sexuellen Übergriff eines Mitbewohners, der sie in einer vergangenen Einrichtung morgens auf dem Weg zum Bus abgefangen hat. [Es wurde im Rahmen des Interviews sichergestellt, dass dieser Vorfall bekannt ist.]</p> |              |                                       |   |   |
| <p><b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br/>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br/>B9 verfügt über viele Kenntnisse in Bezug auf ihre körperlichen Beeinträchtigungen, beschreibt diese zum Teil detailliert und gibt an, welche Kräftigungsübungen oder Maßnahmen sie durchführt, um den Beeinträchtigungen entgegenzuwirken.<br/>Gegen ihre Einschlafstörungen hört sie Hörbücher.<br/>Zur Einnahme größerer Tabletten nutzt sie einen Löffel mit Joghurt, um sie besser hinunterschlucken zu können.<br/>Da sie weiß, dass Aufregung und Ärger bei ihr zu Krampfanfällen führen können, versucht sie sich in solchen Fällen selbstständig in ihr Zimmer zurückzuziehen oder bittet eine*n Mitarbeitende*n um Unterstützung.<br/>Sie berichtet, dass sie sich mit ihrer Behinderung abgefunden hat und ihre Eltern (B9 benutzt in diesem Zusammenhang den Begriff „Eltern“) sie so normal wie andere Kinder auch haben aufwachsen lassen. Sie möchte keine Sonderbehandlung oder „in Watte gepackt“ (Interview_B9, Pos. 368) werden.<br/>Sie möchte so viel wie möglich allein machen, da ihr Selbstständigkeit wichtig ist und sie so erzogen wurde. Bei Dingen, die sie nicht allein kann, holt sie sich Unterstützung.</p>  |              |                                       |   |   |
| <p><b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br/>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br/>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br/>B9 wünscht sich im Rahmen ihrer Ausbildung (WfbM) mehr Pläne, die auf ihre individuellen Bedürfnisse, Fähig- und Fertigkeiten eingehen, z.B. mehr Unterstützung beim Trinken, Essen und Einkaufen in den Pausen. Aktuell muss sie sich eigenständig eine*n Arbeitskollegen*in suchen, der*die sie unterstützt.</p>  |              |                                       |   |   |

<sup>10</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|  |
|--|
| <p>→ <b>SSSK 1.5.2.4 Soziale Kontakte und Freundschaften:</b><br/>B9 wünscht sich mehr Anschluss zu gleichaltrigen Personen in der Einrichtung. Ihre Mitbewohnenden in der Wohngruppe sind alle wesentlich älter als sie.</p> <p>→ <b>SSSK 1.5.2.5 Partnerschaft/Heirat:</b><br/>B9 möchte Unterstützung, einen festen Partner in der Einrichtung zu finden, mit dem sie „wie normale Partner auch“ (Interview_B9, Pos. 528) in der Stadt einen Kaffee oder etwas anderes trinken gehen kann. Zudem braucht sie „einen Läufer“ (Interview_B9, Pos. 486), der sie unterstützen oder ihr im Falle eines Krampfanfalls helfen kann.</p>   |
| <p><b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b></p> <p>→ <b>SSK 1.7.3 Zustand ist gleichbleibend gut:</b><br/>Kognitiv hat sich nichts verändert. B9 bewertet ihren Zustand als immer noch gut.</p> <p>→ <b>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig:</b><br/>Ihren seelischen Zustand, ihre Stimmung, beschreibt B9 als tagesformabhängig, „[...] teils, teils [...] einmal glücklich, einmal wütend.“ (Interview_B9, Pos. 454).</p>  |
| <p><b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br/>B9 benennt mehrere bestehende Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen: Durchblutungsstörungen, Inkontinenz, Krampfanfälle, Mitteltaubheit, Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen</p>   |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>Aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen benötigt B9 bei den unter SK 2.1 angeführten Tätigkeiten personelle Unterstützung. Bei Toilettengängen muss noch eine zweite Kraft dabei sein. B9 berichtet, dass sie Geld in der auf oder neben dem Gelände der Einrichtung befindlichen Bankfiliale abholt. Der Umgang mit Geld wird nicht näher ausgeführt. Der Aspekt Wäsche waschen wird nicht thematisiert.</p>  |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b></p> <p>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b></p> <p>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>Im Falle eines Schmerzerlebens sagt B9 Bescheid oder nutzt die Notfallklingel in ihrem Zimmer.</p> <p>→ <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b></p> <p>→ <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>B9 sitzt im Rollstuhl. Sie trägt Windeln. Zudem hat sie eine Notfallklingel im Zimmer.</p> <p>→ <b>SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>Die Windeln kann sie nicht allein anlegen.</p> <p>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>B9 bekommt ihre Medikamente angereicht und nimmt sie selbstständig ein. Für größere Tabletten nimmt sie einen Löffel Joghurt, um sie besser hinunterschlucken zu können (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i>).</p> <p>→ <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>B9 berichtet, dass sie auch zu Krampfanfällen neigt, wenn sie sich zu sehr emotional erregt und/oder geärgert wird. Sie versucht dem entgegenzuwirken, indem sie sich in solchen Situationen rechtzeitig zurückzieht (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i>).</p>               |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b></p> <p>→ <b>SSK 2.3.1 Bestehende Freund- und Bekanntschaften:</b><br/>Eine Freundin, die B9 schon seit ihrer Kindheit kennt, wohnt in der gleichen Einrichtung, allerdings nicht in derselben Wohngruppe. Sonst hat B9 noch nicht richtig Anschluss gefunden, u.a. weil in ihrer Wohngruppe ausschließlich ältere Menschen wohnen (s. hierzu u.a. auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.4 Soziale Kontakte und Freundschaften</i>).</p> <p>→ <b>SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren:</b><br/>B9 kommt mit einer Mitbewohnerin nicht gut zurecht. Diesbezüglich gibt sie an, dass man dagegen allerdings nichts machen kann, da die Mitbewohnerin krank ist.</p> <p>→ <b>SSK 2.3.4 Diebstahl und Sachbeschädigung:</b><br/>B9 berichtet, dass ihr Besteck, eine Dose und ihre Trinkflasche aus dem Zimmer gestohlen wurden.</p>   |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b></p> <p>→ <b>SSK 2.5.1 Positive Wahrnehmung/Beurteilung:</b><br/>B9 gibt an, dass sie „eigentlich mit den Mitarbeitern zufrieden“ (Interview_B9, Pos. 522) ist. Bei Dingen, die sie nicht allein kann, erhält sie Unterstützung.</p> <p>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>Im Rahmen größerer ärztlicher Besuche wird B9 von der Gruppenleitung und/oder von ihrer Mutter begleitet.</p>  |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b></p> <p>→ <b>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</b></p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.1 Selbstständig:</b><br/>Um die Monatsspritze verabreicht zu bekommen, fährt B9 selbstständig zur ärztlichen Person auf dem Einrichtungsgelände.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>Bei größeren ärztlichen Untersuchungen und Aufklärungsgesprächen kommt die Gruppenleitung und/oder die Mutter, die als rechtliche Betreuung fungiert, mit.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B9 gibt an, dass sie sich bei den ärztlichen Personen gut aufgehoben und sich von ihnen verstanden fühlt. Sie gehen auf ihre Bedürfnisse ein und erklären die Sachverhalte. Zudem sind die Zugänge barrierefrei, sodass sie alles eigenständig machen kann.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.5 Behandlungsabläufe, Versorgungsstrukturen und Sonstiges:</b><br/>B9 berichtet, dass ihre Mutter, wenn sie Termine nicht wahrnehmen kann, über den aktuellen medizinischen Stand informiert bleiben möchte.</p> <p>→ <b>SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote</b></p> <p>→ <b>SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>Da B9 Angst vor zahnärztlichen Behandlungen hat, begleitet ein*e Mitarbeitende*r sie. Die Entfernung eines Weisheitszahns wurde unter Vollnarkose durchgeführt.</p> |

|   |
|---|
| <p>→ <b>SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung):</b><br/>B9 nimmt ein physiotherapeutisches Angebot wahr.</p>   |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>B9 berichtet von einem Toiletentraining, um die Blase zu trainieren. Näheres führt sie dazu nicht aus.</p>   |
| <p><b>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</b><br/>B9 berichtet, dass sie beim Geld abholen in der ansässigen Bank zu bestimmten Zeiten Schwierigkeiten hat, wenn es zu voll ist, sich mit ihrem Rollstuhl sicher in den Räumlichkeiten zu bewegen.<br/>Sie beschreibt sich als einzige jüngere Person in ihrer Wohngruppe und nennt das als Grund, dass es ihr schwerfällt, richtig Anschluss zu finden (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.4 Soziale Kontakte und Freundschaften</i>).</p>   |
| <p><b>SK 2.11 Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation:</b><br/>B9 gibt an, dass sie sich noch nicht vollständig in der Wohneinrichtung eingelebt hat.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>→ <b>SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>Im Rahmen von ärztlichen Gesprächen ist Begleitung und Unterstützung seitens der Mutter und/oder eine*s Mitarbeitenden (Gruppenleitung) erforderlich.<br/>→ <b>SSSK 3.1.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B9 berichtet, dass zum Teil von ihr aufgesuchte Praxen nicht barrierefrei sind.</p>   |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>→ <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>Im Rahmen von Krankenhausaufenthalten wird B9 von ihrer Mutter begleitet.</p>   |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 4.1 Freund- und Bekanntschaften (extern):</b><br/>B9 berichtet, dass - neben ihrer Mutter und ihrer Tante - Freunde*innen und Bekannte ihrer Familie ihr „mehr Kraft geben als alles andere“ (Interview_B9, Pos. 146), führt dies aber nicht näher aus.</p> <p><b>SK 4.3 Eltern und Geschwister</b><br/>→ <b>SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung:</b><br/>Die Mutter von B9 fungiert als rechtliche Betreuung, nimmt, wenn sie Zeit hat und nicht arbeiten muss, an ärztlichen Gesprächen innerhalb der Einrichtung teil und begleitet B9 zu ambulanten und stationären Versorgungsangeboten außerhalb der Einrichtung. Zudem möchte sie auf dem Laufenden gehalten werden.<br/>→ <b>SSK 4.3.2 Wahrgenommene soziale Kontakte/Beziehungen:</b><br/>B9 gibt an, dass ihre Mutter immer für sie da war, sie unterstützt und ihr Kraft gibt.<br/>Ihre Eltern haben sich getrennt, als sie Kind war. Ihr Vater hat sie nicht akzeptiert, was sie psychisch sehr belastet hat bzw. belastet (s. hierzu <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</i> → <i>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse</i>).<br/>Es besteht kein Kontakt zu ihrer Schwester. Das Verhältnis zu ihrer Schwester beschreibt B9 wie folgt: „Und ja, meine Schwester will auch nichts mehr von mir wissen.“ (Interview_B9, Pos. 154).</p> <p><b>SK 4.4 Sonstige Familienangehörige:</b><br/>B9 führt noch ihre Tante als unterstützend wahrgenommene Person an.</p> |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 5.2 Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte):</b><br/>B9 berichtet, dass sie in den Pausen auf Unterstützung von Arbeitskollegen*innen angewiesen ist, z.B. beim Essen oder Geld holen (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung</i>).</p> <p><b>SK 5.6 Sonstige Rahmenbedingungen:</b><br/>B9 gibt an, dass in der aktuellen Arbeitsstätte bessere Möglichkeiten bestehen, auf die Toilette zu gehen (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</i> → <i>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse</i>), führt aber nicht näher aus, ob es an dem Personalschlüssel und/oder den räumlichen Gegebenheiten liegt.</p>   |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 6.1 Mobilität:</b><br/>B9 berichtet, dass ihr die örtliche Orientierung fehlt, selbstständig mit dem Linienbus in die nahegelegene Stadt zu fahren. Sie benötigt eine Begleitung, um wieder zu Hause anzukommen.</p> <p><b>SK 6.2 Einkaufen und essen gehen:</b><br/>Um sich selbstständig in Geschäften zu bewegen, müssen sie barrierefrei angelegt sein, sonst ist B9 auch in diesen Fällen auf eine Begleitung angewiesen, z.B. um Artikel aus höheren Regalebenen zu nehmen.</p>  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B10

Tabelle 11: Tabellarische Einzelfallübersicht - B10

| <b>Daten zur Person - B10</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |  |  |  |
|--|--------------|--|--|--|
| <b>Geschlecht</b>  | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>    | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |  |
| männlich   | 42 Jahre     | Leicht<br>(im Erwachsenenalter erworben) | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: 1 Jahr und 2 Monate; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von haus-, zahn-, fachärztlichen, psycho- und physiotherapeutischen Leistungen |  |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>   |              | <b>Körperliche ↓</b>                     | <b>Seelische ↓</b>   | <b>Sonstige<sup>11</sup> ↓</b>                       |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>   |              | Myelitis (s. „Sonstige“)                 | Keine Angaben  | Enzephalitis durch Herpesviren; trägt Brille         |
| <b>Quelle: Interview →</b>   |              | Sitzt im Rollstuhl                       | Keine Angaben  | Trägt einen (Dauer-) Blasenkatheter (s. u.a. SK 1.8) |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>   |              |  |  |  |
| Dauer des Interviews: 41 min<br>Während des Interviews ist ein*e Mitarbeiter*in der Wohngruppe anwesend. Nach Einschätzung der Interviewerin war sie*er zurückhaltend und wirkte unterstützend. B10 schien sich frei äußern zu können.   |              |  |  |  |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |  |  |  |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.3 Biografische Informationen:</b><br>B10 berichtet, dass er die Realschule besucht hat und häufiger nachsitzen musste. In diesem Zusammenhang gibt er an, dass er damals noch wusste, wo seine Verwandten wohnten.<br>Zudem hat er im Vergleich zu seiner aktuellen Situation viel mit Freunden*innen und seiner Familie unternommen (s. hierzu HK 2. Wohnrichtung → SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote → SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies)  |              |  |  |  |
| <b>SK 1.4 Persönliches Eigentum:</b><br>„Ich habe ein Kopfkissen, eine Zudecke, das Bett, einen Fernseher, einen Computer und einen Tisch und einen Kleiderschrank, das habe ich leider nur, richtig?“ (Interview B10, Pos. 177).  |              |  |  |  |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung:</b><br>B10 wünscht sich sein Lieblingsessen zum Mittag, führt das aber nicht näher aus.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>B10 wünscht sich, dass ein*e spezielle*r Mitarbeiter*in bei ihm ist, die*der gerade Urlaub hat, da sie*er viel mit ihm unternimmt, was ihm Freude bereitet und ihn glücklich macht.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.3 Freizeitgestaltung und Reisen:</b><br>B10 wünscht sich mehr Unterhaltung, eine Person, die etwas mit ihm unternimmt, bei schönem Wetter mit ihm spazieren geht oder mit ihm eine Autofahrt macht. Zudem wünscht sich B10 mehr (Lern-)Spiele für seinen Computer und mehr Frischluft in Bezug auf das Fenster in seinem Zimmer, das er nicht selbst öffnen kann. Zum Schluss des Interviews entsteht folgende Gesprächssituation: „I: Haben Sie jetzt noch etwas, was Sie gerne sagen möchten? Was Ihnen gerade einfällt? Haben Sie noch irgendwelche Fragen? (..) Ansonsten wären wir nämlich, also von meiner Seite zumindest, fertig. B10: Wenn du mir bei einer Sache noch helfen würdest, hilfst du mir noch etwas heute? M10: Na klar. B10: (lacht) Das Leichteste, was geht (lacht) M10: Was denn? B10: Rauszufahren. (lacht)“ (Interview B10, Pos. 349-354). |              |  |  |  |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B10 berichtet, dass er früher nicht im Rollstuhl saß und körperlich sehr aktiv war, viel Sport getrieben hat. Laufen, stehen und gehen fallen ihm nun sehr schwer.  |              |  |  |  |
| <b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B10 gibt an, dass sich sein Gedächtnis im Vergleich zu früher verschlechtert hat, da er teilweise Dinge „nach einer Zeit“ (Interview B10, Pos. 271) vergisst.<br>→ <b>SSK 1.7.3 Zustand ist gleichbleibend gut:</b><br>Seine Stimmung beschreibt B10 als gleichbleibend gut, da er immer gute Unterhaltung hat.  |              |  |  |  |
| <b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b>  |              |  |  |  |

<sup>11</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|   |
|---|
| <p>B10 trägt einen (Dauer-)Blasenkatheter (s. hierzu auch <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</i> → <i>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</i> → <i>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln</i>).</p>  |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>Bei vielen der unter SK 2.1 aufgeführten Tätigkeiten benötigt B10 Unterstützung. Essen, trinken, rasieren und Zähne putzen macht B10 eigenständig. Allerdings muss ihm die Zahnbürste geholt werden. Der Umgang mit Geld sowie waschen von Wäsche werden nicht thematisiert.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.1.1 Selbstständiger Umgang:</b><br/>Wenn B10 Schmerzen hat, wartet er zunächst eine halbe Stunde, ob sie weggehen. B10 gibt an, dass er Schmerzen im Mund verspürt.<br/>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>Gehen die Schmerzen nach einer halben Stunde nicht weg, holt sich B10 Unterstützung beim Tages- oder Nachtdienst und zeigt, wo die Schmerzen sind. Bei Bauchschmerzen erhält B10 manchmal eine Verdauungstablette.<br/>→ <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>B10 trägt Windeln und einen (Dauer-)Katheter.<br/>→ <b>SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>Die Windeln werden zweimal am Tag gewechselt, wenn B10 sich einkotet dreimal. B10 gibt an, dass er eine Tages- und eine Nachtwindel bekommt, „[d]afür ist sonst die Zeit nur.“ (Interview_B10, Pos. 68). (s. hierzu auch <i>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit</i>).<br/>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>B10 gibt an, dass er drei- bis viermal am Tag Tabletten einnehmen muss. Sie befinden sich in einer Tablettenschachtel und werden ihm angereicht.<br/>→ <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>Salben für seinen Oberschenkel und erforderliche Pflaster werden aufgetragen bzw. angelegt, wenn B10 im Bett liegt.</p> |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>Finden keine Hausbesuche statt, wird B10 von einer*m Mitarbeitenden begleitet (s. hierzu <i>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</i> → <i>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</i> → <i>SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung</i>).</p>   |
| <p><b>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit:</b><br/>B10 gibt an, dass er in der Regel eine Tages- und eine Nachtwindel erhält, mit der Anmerkung: „Dafür ist sonst die Zeit nur.“ (Interview_B10, Pos. 68).</p>  |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b><br/>→ <b>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</b><br/>→ <b>SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>B10 berichtet, dass er in der Regel von der ärztlichen Person zu Hause besucht wird. Sucht B10 eine ärztliche Person auf, begleitet ihn ein*e Mitarbeitende*r.<br/>→ <b>SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B10 gibt an, dass die ärztliche Person ihn nach seinem Befinden fragt und er die Sitzung selbst immer als „schön“ (Interview_B10, Pos. 99) wahrnimmt, führt diesen Aspekt aber nicht näher aus.<br/>→ <b>SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote</b><br/>→ <b>SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>B10 berichtet, dass die zahnärztlichen Untersuchungen in der Regel auch im Bett liegend durchgeführt werden.<br/>→ <b>SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung):</b><br/>B10 nimmt ein physiotherapeutisches Angebot in der Einrichtung wahr. Zum Teil führt er die Übungen im Bett liegend durch, ob selbstständig oder unter Anleitung bleibt unklar.</p>   |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br/>→ <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br/>B10 berichtet, dass er im Vergleich zu früher, als er sich mit Freunden*innen getroffen oder etwas mit der Familie unternommen hat, viel am Computer sitzt, Lernspiele spielt oder spazieren geht.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>→ <b>SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>B10 wird von einer*m Mitarbeitenden der Einrichtung begleitet.</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>→ <b>SSSK 3.3.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B10 bejaht die Frage, dass er sich gut bei der ärztlichen Person aufgehoben gefühlt hat und gibt als Grund an „[d]ie Bedienung, die alles ans Bett bringt (lacht). Naja, ein bisschen die Narkose vielleicht.“ (interview_B10, Pos. 124) an.</p>   |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p>---</p>  |



|  |
|--|
| <b><u>HK 5. Arbeit –</u></b><br><b><u>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b>         |
| ---  |
| <b><u>HK 6. Öffentlichkeit –</u></b><br><b><u>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b> |
| ---  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B11

Tabelle 12: Tabellarische Einzelfallübersicht - B11

| <b>Daten zur Person - B11</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)   |              |  |  |   |
|---|--------------|--|--|---|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>                                  | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |   |
| weiblich  | 23 Jahre     | Leicht   | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: 3 Jahre; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von haus-, zahn-, fachärztlichen, psycho- und physiotherapeutischen Leistungen |   |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>   | <b>Seelische ↓</b>   | <b>Sonstige<sup>12</sup> ↓</b>  |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Linksbetonte spastische Tetraparese                                    | Keine Angaben  | Porenzephalie   |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Sitzt im Rollstuhl; Spastik (s. SK 1.8 und Angabe Datenerhebungsbogen) | Keine Angaben  | Zunehmende Beeinträchtigung der Verbalsprache durch die Spastik (s. SK 1.8) |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |  |  |   |
| Dauer des Interviews: 1 h 14 min (74 min)<br>Während des Interviews ist teilweise ein*e Mitarbeitende*r der Wohngruppe anwesend. Die Interviewerin nimmt den Einfluss nicht hemmend wahr. Allerdings äußert sich B11 erst kritisch über eine in der Wohngruppe tätige Person, als er*sie den Raum verlassen hat.  |              |  |  |   |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |  |  |   |
| <b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br>Wenn es B11 nicht gut geht, zieht sie sich auf ihr Zimmer zurück und hört Musik, da ihr das gut tut.<br>Sie berichtet, dass sie im Winter mit zwei Decken schläft, um die Schwere zu spüren. B11 empfindet dieses Gefühl als angenehm, es gibt ihr Sicherheit.<br>Wenn ihre Spastik sie sehr stört, nimmt sie ein Kuscheltier ganz fest in den Arm, um das Gefühl und die Spastik zu kompensieren.<br>→ <b>SSK 1.2.2 Negative Überzeugungen:</b><br>B11 gibt an, dass es Tage gibt, an denen sie ihre „Spastik am liebsten auf den Mond schießen würde“ (Interview B11, Pos. 402). Manchmal fällt es ihr schwer, zu akzeptieren, dass sie nicht allein gehen kann oder wie sie aufgrund ihrer Beeinträchtigungen spricht. Dieser Zustand verstimmt sie dann. |              |  |  |   |
| <b>SK 1.4 Persönliches Eigentum:</b><br>B11 besitzt einen Computer mit einer speziellen Tastatur, mit dem sie viel selbstständig arbeitet (s. hierzu auch HK 2. Wohnrichtung → SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote → SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies).   |              |  |  |   |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.1 Person:</b><br>B11 wünscht sich, dass die Spastik in den Armen und Beinen verschwindet und sie laufen kann.<br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung:</b><br>B11 wünscht sich mehr Freiheit im Sinn von mehr im Wohnalltag frei entscheiden zu können. Was konkret, führt sie nicht näher aus.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>B11 wünscht sich mehr Zeit seitens der Mitarbeitenden für mehr Unterstützung oder auch für die Ausgestaltung der freien Zeit, z.B. zusammen Kaffee trinken oder Discos veranstalten. Zudem wünscht sich B11 mehr Unterstützung beim Essen.   |              |  |  |   |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B11 gibt an, dass sich ihre (Aus-)Sprache aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen verschlechtert hat. Zudem nimmt sie wahr, dass sie sich im Vergleich zu früher schlechter im Bett drehen kann.  |              |  |  |   |
| <b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.7.3 Zustand ist gleichbleibend gut:</b><br>B11 gibt an, dass ihre seelische und geistige Gesundheit im Vergleich zu früher (in der Schulzeit) gleichbleibend gut ist. Sie kann sich nach wie vor gut Dinge merken und beschreibt sich grundsätzlich als einen fröhlichen Menschen.  |              |  |  |   |

<sup>12</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|  |
|--|
| <p><b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br/>B11 beschreibt, dass ihre bestehende Spastik in besonderem Maße ihre Beine, Arme und ihre Sprache beeinträchtigt.</p>   |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>Bei allen unter SK 2.1 angeführten Tätigkeiten erhält B11 aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen personelle Unterstützung. Der Umgang mit Geld und der Aspekt Wäsche waschen werden nicht thematisiert.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.1.1 Selbstständiger Umgang:</b><br/>Wenn B11 akut Schmerzen hat, wartet sie erst einmal ab, ob sie von allein weggehen. Kopfschmerzen hat sie sehr selten. Wenn sie Bauchschmerzen hat, liegt es in der Regel daran, dass sie Appetit hat.<br/>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>Sollten die Schmerzen nicht weggehen, fragt B11 eine*n Mitarbeitende*n um Hilfe.<br/>→ <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>B11 hat ein Gitter, damit sie nicht aus dem Bett fällt. Im Rahmen der Pflege kommt ein Lifter zum Einsatz. B11 besitzt einen E-Rollstuhl und zusätzlich einen Faltrollstuhl. Das Rückenpolster am E-Rollstuhl musste vor kurzem aufgrund der Spastik verstärkt werden. B11 besitzt eine spezielle Tastatur für ihren Computer.<br/>→ <b>SSSK 2.2.2.2 Selbstständiger Umgang:</b><br/>B11 kann sich mit ihrem E-Rollstuhl eigenständig fortbewegen.<br/>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>B11 hat eine Tablettenschachtel und denkt selbst daran, ihre Medizin einzunehmen. Wenn ihre Spastik nicht zu stark ist, nimmt sie die Tabletten eigenständig ein, sonst werden sie ihr verabreicht.<br/>→ <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>Pflaster etc. kann sie nicht selbstständig aufkleben.</p> |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/>→ <b>SSK 2.3.2 Bestehende Partnerschaften:</b><br/>B11 hat einen Freund in der Einrichtung. Näheres führt sie dazu nicht aus.</p>  |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>→ <b>SSK 2.5.2 Negative Wahrnehmung/Beurteilung:</b><br/>B11 berichtet von einer*m Mitarbeitenden der Wohngruppe, die*der nicht auf ihre Bedürfnisse eingeht, die*den sie nicht mag.<br/>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>Abhängig von der anstehenden Behandlung wird B11 von einer*m Mitarbeitenden begleitet (s. hierzu auch SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste → SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote → SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung sowie → SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote → SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung).</p>   |
| <p><b>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit</b><br/>B11 berichtet, dass es morgens vor der Arbeit bis der Fahrdienst kommt, in der Regel schnell gehen muss, sodass sie schnell abgeduscht wird. Wenn am Wochenende Zeit ist, kann sie auch einmal allein den Duschkopf halten, in Ruhe duschen oder baden.</p>  |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b><br/>→ <b>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</b><br/>→ <b>SSSK 2.7.1.1 Selbstständig:</b><br/>Teilweise fährt B11 selbstständig zu der ärztlichen Person in der Einrichtung. Sie gibt an, dass sie lieber allein fährt.<br/>→ <b>SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>Wenn Rezepte abgeholt oder neue Verordnungen beantragt werden müssen, begleitet in der Regel ein*e Mitarbeitende*r sie.<br/>→ <b>SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote</b><br/>→ <b>SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>B11 möchte nur in Begleitung zur zahnärztlichen Behandlung gehen, damit die Person sie während der Behandlung ablenken und ggf. die Hände festhalten kann. Bei größeren Eingriffen erhält B11 eine Narkose.</p>  |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br/>→ <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br/>B11 beschäftigt sich viel an ihrem Computer (s. hierzu auch HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme → SK 4.1 Freund- und Bekanntschaften (extern)).</p>   |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>Bisher gibt es keine schriftlich festgehaltenen gemeinsam besprochenen Förderpläne.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p> <p style="text-align: center;">---</p>   |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 4.1 Freund- und Bekanntschaften (extern):</b><br/>B11 hat nach wie vor Kontakt zu einer ehemaligen Lehrkraft. Sie schreiben per E-Mail oder Chat und telefonieren. Einmal im Jahr besucht die Person sie in der Einrichtung oder sie treffen sich bei einer*m Verwandten. B11 äußert den Eindruck, dass ihrer*m Lehrer*in dieser Kontakt auch sehr wichtig ist.</p>   |

|   |
|---|
| <b><u>HK 5. Arbeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b>         |
| ---   |
| <b><u>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b> |
| ---   |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie   SK = Subkategorie   SSK = Sub-Sub-Kategorie   SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B12

Tabelle 13: Tabellarische Einzelfallübersicht - B12

| <b>Daten zur Person - B12</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |   |  |                                |
|--|--------------|---|--|--------------------------------|
| <b>Geschlecht</b>  | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>   | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |                                |
| weiblich   | 38 Jahre     | Mittel  | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: 5 Jahre; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von haus-, zahn-, fachärztlichen, psycho- und physiotherapeutischen Leistungen |                                |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>   |              | <b>Körperliche ↓</b>  | <b>Seelische ↓</b>   | <b>Sonstige<sup>13</sup> ↓</b> |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>   |              | Spastische Tetraparese; Bandscheibenschleiß (Osteochondrose) an der Lendenwirbelsäule | Keine Angaben  | Epilepsie; trägt Brille        |
| <b>Quelle: Interview →</b>   |              | Sitzt im Rollstuhl; Spastik (s. SK 1.8 und Angabe Datenerhebungsbogen)                | Wahrnehmung eines psychologischen Angebots (s. hierzu SK 1.8)  | Keine Angaben                  |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>   |              |   |  |                                |
| Dauer des Interviews: 1 h 21 min (81 min)  |              |   |  |                                |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |   |  |                                |
| <b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br>B12 gibt an, dass sie viel offener und selbstbewusster geworden ist, sich mehr Sachen zutraut. Sie ist nicht mehr so schüchtern und geht stattdessen auf Menschen zu. Zudem fährt sie vermehrt allein auf dem Einrichtungsgelände spazieren und kauft eigenständig mit einem mitgegebenen Zettel im Lebensmittelladen ein.<br>B12 berichtet, dass sie ggf. die Mitarbeitenden, die sie morgens mit dem Lifter aus dem Bett manövrieren, anleitet, sollten sie sich mit der Bedienung nicht auskennen.   |              |   |  |                                |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>B12 wünscht sich mehr Personal und mehr Zeit seitens der Mitarbeitenden der Wohngruppe, damit die Bewohnenden nicht warten müssen, vermehrt gemeinsam Absprachen getroffen werden und häufiger Unternehmungen stattfinden können. Nur teilweise sind die Mitarbeitenden zu zweit im Dienst.<br>B12 führt in diesem Zusammenhang an, dass sie sich manchmal vernachlässigt und allein fühlt. Zudem merkt sie, dass die Mitarbeitenden unter Druck stehen.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.3 Freizeitgestaltung und Reisen:</b><br>B12 möchte vermehrt hinausfahren, Eis essen gehen, etc.. |              |   |  |                                |
| <b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br>→ <b>SKK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B12 berichtet, dass sich ihr Gedächtnis im Vergleich zu früher verschlechtert hat. Sie kommt schnell durcheinander und vergisst Sachen, wenn sie sich keine „Gedächtnisstützen“ (Interview B12, Pos. 697) macht.   |              |   |  |                                |
| <b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br>B12 berichtet von einer bestehenden Spastik. Sie nimmt bei Bedarf ein psychologisches Angebot wahr (s. hierzu auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste → SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote).   |              |   |  |                                |
| <b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |   |  |                                |
| <b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br>B12 gibt bei allen unter SK 2.1 aufgeführten Tätigkeiten an, dass sie Unterstützung benötigt. Die Unterstützung ist aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen erforderlich. Der Umgang mit Geld sowie der Aspekt Wäsche waschen werden nicht thematisiert.   |              |   |  |                                |
| <b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br>→ <b>SSSK 2.2.1.1 Selbstständiger Umgang:</b><br>Wenn B12 Schmerzen hat, legt sie sich ins Bett oder stellt zunächst ihren Rollstuhl nach hinten, um Entlastung zu schaffen.<br>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b>  |              |   |  |                                |

<sup>13</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|  |
|--|
| <p>Wenn B12 Rückenschmerzen hat, holt sie sich Unterstützung, wird massiert oder eingecremt. Teilweise erhält sie bei Schmerzen auch eine Tablette.</p> <p>→ <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b></p> <p>→ <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>B12 besitzt einen E-Rollstuhl und einen Faltrollstuhl. B12 hat eine Notfallklingel. B12 trägt Orthesen an den Beinen. Zum Aufstehen und Manövrieren ins Bad etc. wird ein Lifter genutzt. Im Bad wird zusätzlich ein Duschstuhl verwendet. Bei der Toilette befindet sich ebenfalls eine Notfallklingel.</p> <p>→ <b>SSSK 2.2.2.2 Selbstständiger Umgang:</b><br/>B12 kann ihren E-Rollstuhl selbstständig bedienen und sich damit fortbewegen.</p> <p>→ <b>SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>Bei allen anderen angeführten Hilfsmitteln - mit Ausnahme der Notfallklingeln - benötigt B12 Unterstützung.</p> <p>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>Die Medikamente werden von den Mitarbeitenden zusammengestellt und B12 morgens, mittags und abends angereicht.</p> <p>→ <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>Für Notfälle, wenn nachts etwas ist, hat B12 einen Klingelknopf (ob am Bett, am Körper oder im Zimmer, wird nicht benannt).</p>   |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b></p> <p>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>B12 berichtet, dass ein*e Mitarbeitende*r sie teilweise im Rahmen der Gesundheitsfürsorge begleitet (s. hierzu auch SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste → SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote → SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung, → SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote → SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung sowie 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung → SK 3.3 Stationäre Versorgung → SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte → SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung).</p>   |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b></p> <p>→ <b>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</b></p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.1 Selbstständig:</b><br/>Zum Teil nimmt B12 selbstständig die integrierten medizinischen Versorgungsangebote wahr.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>Wenn sie Unterstützung, z.B. beim Ausziehen der Orthesen benötigt, begleitet ein*e Mitarbeitende*r sie.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B12 fühlt sich bei den ärztlichen Personen gut aufgehoben. Als Grund gibt sie an, dass sie sich Zeit nehmen, auf sie eingehen, ihr zuhören und auch mal Ratschläge geben.</p> <p>→ <b>SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote</b></p> <p>→ <b>SSSK 2.7.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>Aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen kann sie nicht eigenständig auf den Behandlungsstuhl gelangen und benötigt daher Begleitung und Unterstützung.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B12 fühlt sich bei der zahnärztlichen Person gut aufgehoben, da sie gut erklärt, was sie macht, und eine „lockere Art“ (Interview_B12, Pos. 422) hat. Trotzdem ist B12 immer etwas aufgeregt.</p> <p>→ <b>SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung):</b><br/>B12 hat zweimal pro Woche Physiotherapie, um ihre Muskulatur und Stabilität zu trainieren. Die physiotherapeutische Fachperson begleitet B12 auch im Rahmen der Anfertigung einer neuen Orthese.</p> <p>→ <b>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote:</b><br/>Nach Bedarf nimmt B12 zudem ein psychotherapeutisches Angebot wahr. Sie gibt an, dass es ihr nach den Gesprächen besser geht.</p> |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b></p> <p>→ <b>SSK 2.8.2 Freizeitangebote:</b><br/>B12 berichtet, dass sie an den Wochenenden gemeinsam in der Wohngruppe ein Mittag- oder Abendessen planen, dafür einkaufen und zusammen kochen.</p>  |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>B12 hat eine Wochenübersicht an der Tür hängen, wann welche*r Mitarbeitende*r in der Wohngruppe tätig ist. Sie berichtet, dass sie Schüler*innen hatten und der Plan in dieser Zeit angefertigt wurde.</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b></p> <p>→ <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b></p> <p>→ <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>Als B12 wegen der Anfertigung ihrer neuen Orthesen im Krankenhaus war, wurde sie von ihrem Vater, einer*m Mitarbeitenden sowie der physiotherapeutischen Person der Einrichtung begleitet. Sie benötigte beim Aus- und Anziehen sowie Umlagern auf die Liege viel Unterstützung. Während des ärztlichen Gesprächs assistierte ihr Vater, wenn B12 nicht weiterwusste.</p> <p>→ <b>SSSK 3.3.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B12 berichtet, dass sie einen guten Draht zu der während des Aufenthalts zuständigen ärztlichen Person hatte, mit ihr gut zurechtkam und sie sich gut verstanden haben.</p>   |
| <p style="text-align: center;"><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 4.1 Freund- und Bekanntschaften (extern):</b><br/>B12 berichtet, dass es ihr schwerfällt, Kontakt zu ehemaligen Mitschülern*innen und Kollegen*innen, mit denen sich B12 gut verstanden hat, aufrechtzuerhalten. Der Kontakt wird zunehmend weniger. Näheres führt sie dazu nicht aus.</p> <p><b>SK 4.3 Eltern und Geschwister</b></p> <p>→ <b>SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung:</b><br/>B12 führt mehrmals ihren Vater als Begleitung und Unterstützung im Rahmen der Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote an.</p>  |

| <b>HK 5. Arbeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |
|--|
| <p><b>SK 5.2 Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte):</b><br/>Im Zusammenhang damit, dass alte Freund-/Bekanntschaften außerhalb der Einrichtung langsam abbrechen (s. hierzu HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme → SK 4.1 Freund- und Bekanntschaften (extern)), berichtet B12, dass sie neue Arbeitskollegen*innen gefunden hat, mit denen sie gut auskommt.</p> <p><b>SK 5.3 Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte):</b><br/>B12 gibt an, dass sie auch ein gutes Verhältnis zu den Mitarbeitenden ihrer Arbeitsstätte hat.</p> <p><b>SK 5.6 Sonstige Rahmenbedingungen:</b><br/>Da die Türen zu schmal sind, muss B12 auf ihren Faltrollstuhl umsteigen, um am Arbeitsleben teilzuhaben, obwohl sie in dem Faltrollstuhl vermehrt Rückenschmerzen bekommt und sich zudem weniger eigenständig fortbewegen kann.</p> |
| <b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |
| ---  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B13

Tabelle 14: Tabellarische Einzelfallübersicht - B13

| <b>Daten zur Person - B13</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |   |  |                                |
|--|--------------|---|--|--------------------------------|
| <b>Geschlecht</b>  | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>                                 | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |                                |
| weiblich   | 38,67 Jahre  | Leicht  | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: 5 Jahre; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von haus-, zahn-, fachärztlichen, psycho- und physiotherapeutischen Leistungen |                                |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>   |              | <b>Körperliche ↓</b>  | <b>Seelische ↓</b>   | <b>Sonstige<sup>14</sup> ↓</b> |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>   |              | Tetraspastik  | Keine Angaben  | Keine Angaben                  |
| <b>Quelle: Interview →</b>   |              | Sitz im Rollstuhl; Spastik (s. SK 1.8 und Angabe Datenerhebungsbogen) | Kratzen der Haut zum Abbau psychosozialer Stressfaktoren (s. SK 1.8)   | Trockene Haut (s. SK 1.8)      |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>   |              |   |  |                                |
| Dauer des Interviews: 1 h 7 min (67 min)   |              |   |  |                                |
| <b>HK 1. Person – Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |   |  |                                |
| <p><b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br/>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br/>B13 berichtet, dass es in dem ersten Wohnheim, in dem sie gelebt hat, eine*n Mitarbeitende*n gab, der*die die Bewohnenden im Rollstuhl „nachgemacht“ (Interview_B13, Pos. 154) hat. Es wurde nicht auf die Bedürfnisse eingegangen, sondern aus B13 Sicht ausgenutzt, dass sie im Rollstuhl saßen. Für sie war es ein „steiniger Weg“ (Interview_B13, Pos. 478). B13 gibt an, dass sie „im Allgemeinen“ (Interview_B13, Pos. 488) trockene Haut hat. Die mitarbeitende Person hat sie damals so wütend gemacht, dass sie damals keinen anderen Ausweg mehr wusste, außer sich die Haut aufzukratzen.</p>  |              |   |  |                                |
| <p><b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br/>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br/>B13 hat einen E-Rollstuhl und einen Faltrollstuhl. Den Faltrollstuhl nutzt B13 gezielt für kürzere Strecken, um die Handmotorik zu trainieren. In diesem Zusammenhang sagt sie: „Man sollte sich nicht behinderter machen als man ist, denke ich.“ (Interview_B13, Pos. 136).<br/>B13 schreibt seit langem (hat schon zu Hause damit begonnen) am Computer ein Tagebuch. „Dann geht es mir hinterher besser. Ich habe dann einen Kloß im Bauch. Aber wenn ich darüber schreibe, dann löst er sich so langsam auf.“ (Interview_B13, Pos. 198).<br/>B13 tauscht sich gezielt mit anderen Bewohnenden, Kollegen*innen, insbesondere mit anderen Rollstuhlfahrenden, über die Qualität von unterschiedlichem ärztlichem Personal (intern und extern) aus, um eine Entscheidung zu treffen, wen sie aufsuchen möchte (s. hierzu auch u.a. HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung → SK 3.1 Ambulante Versorgung → SSK 3.1.4 Auswahl der ärztlichen Personen).<br/>B13 gibt an, dass sie nun alles um sich wahrnehmen kann, gute und schlechte Dinge. Sie kann sich in andere Personen (sie unterscheidet zwischen normalen und behinderten Menschen) hineinversetzen, spürt, wenn es ihnen nicht gut geht und wendet sich ihnen zu. Wenn sie und ihre Mitbewohnenden etwas in der Wohngruppe stört, sprechen sie es gemeinsam an und „hauen auf den Putz“ (Interview_B13, Pos. 697), wie sie es nennt.<br/>B13 gibt an, dass die Freude in ihrem Leben überwiegt. Wenn es ihr einmal nicht gut geht, sie „einen Tiefpunkt“ (Interview_B13, Pos. 572) hat, zieht sie sich raus, hört Musik oder schreibt ihr Tagebuch weiter, macht Dinge, die ihr Spaß machen.<br/>→ <b>SSK 1.2.2 Negative Überzeugungen:</b><br/>In Zusammenhang mit dem geringen Personalschlüssel in der Wohngruppe, den sie als belastend empfindet, sagt B13: „Es ist nicht alles gut, Gold, was glänzt, aber das hat man im normalen Alltag auch.“ (Interview_B13, Pos. 166).<br/>Möglicherweise ist das ein Hinweis, dass Resignation eingetreten ist. (s. hierzu auch SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele → SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation → SSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung oder HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit).</p> |              |   |  |                                |
| <p><b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br/>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br/>→ <b>SSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung:</b><br/>B13 wünscht sich, auch wenn sie nach eigenen Aussagen „auf Granit“ (Interview_B13, Pos. 428) stößt, dass die Mitbewohnenden der Wohngruppe mehr zusammenarbeiten würden und mehr Austausch untereinander stattfinden würde. Sie berichtet, dass es in der Vergangenheit regelmäßig Wohngruppensitzungen gegeben hat, bei denen auch Protokoll geführt wurde. Durch den regelmäßigen</p>   |              |   |  |                                |

<sup>14</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.



|   |
|---|
| <p>Austausch war es nach ihrer Wahrnehmung ruhiger in der Gruppe geworden. Irgendwann fanden die Gespräche nicht mehr statt. B13 wünscht sich für die Zukunft, dass wieder regelmäßig Sitzungen stattfinden. Sie fügt hinzu: „weil wir sitzen alle in einem Boot (...) Wir müssen doch auch Bescheid wissen, egal ob es jetzt positiv ist oder negativ.“ (B13, Pos. 601). Sie wünscht sich Transparenz.</p> <p>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br/>B13 wünscht sich, dass mehr zu zweit in der Wohngruppe gearbeitet wird, grundsätzlich mehr Personal da ist und nicht ständig ein Personalwechsel stattfindet. Sie wünscht sich in diesem Zusammenhang, dass mehr Rücksicht auf die Bewohnenden („die Behinderten“ (Interview_B13, Pos. 697), wie sie sagt) genommen und mehr auf die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe eingegangen wird, z.B. mehr Zeit für Ausflüge am Nachmittag, für Austausch und Kommunikation oder während Toilettengängen. B13 wünscht sich zudem, dass sich „ein normaler Mensch“ (Interview_B13, Pos. 649) einmal in den Rollstuhl setzen würde, um die Perspektive der Rollstuhlfahrenden einzunehmen und nachzuvollziehen (s. hierzu <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit</i>).</p> <p>→ <b>SSSK 1.5.2.7 Bauliche Gegebenheiten:</b><br/>Nicht alle Wege auf dem Einrichtungsgelände sind rollstuhlgeeignet, sodass B13 teilweise auf eine Person angewiesen ist, die sie schiebt. B13 wünscht sich flache, barrierefreie Wege.</p> |
| <p><b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br/>→ <b>SSK 1.6.3 Zustand ist unverändert:</b><br/>Ihre körperliche Konstitution und Fitness bewertet sie im Vergleich zu früher als gleichbleibend mittelmäßig.</p>   |
| <p><b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br/>→ <b>SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert:</b><br/>B13 berichtet, dass das Kratzen ihrer trockenen Haut noch da ist („Das kann man von heute auf morgen nicht abstellen.“ (Interview_B13, Pos. 498)), es aber besser geworden ist.</p> <p>→ <b>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig:</b><br/>B13 gibt an, dass ihre Stimmung tagesformabhängig ist, aber die Freude am Leben trotzdem überwiegt. Wenn es ihr nicht gut geht, zieht sie sich selbst raus und tut sich etwas Gutes (s. hierzu auch <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i>).</p>   |
| <p><b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br/>B13 berichtet, dass sie im Allgemeinen trockene Haut hat. Das Kratzen der Haut als Kompensation von wahrgenommenen psychischen Spannungen/Stressoren ist seltener geworden, aber noch nicht vollständig überwunden (s. hierzu auch <i>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</i> → <i>SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert</i>). Zudem benennt B13 ihre Spastik als bestehende Beeinträchtigung.</p>  |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>Aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen erhält B13 bei vielen unter SK 2.1 aufgeführten Tätigkeiten/Aktivitäten personelle Unterstützung, zum Teil unter dem zusätzlichen Einsatz von Hilfsmitteln. Ihre Kleidung für den kommenden Tag wählt B13 am Abend vorher basierend auf der Wetterprognose eigenständig aus. Essen erfolgt ebenfalls selbstständig. Der Umgang mit Geld sowie das Waschen von Wäsche werden nicht thematisiert.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>B13 würde auf jeden Fall eine*n Mitarbeitende*n „mit ins Boot holen“ (Interview_B13, Pos. 392) und die Person informieren, dass sie Schmerzen hat, auch wenn sie ggf. wieder von allein weggehen.</p> <p>→ <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>B13 besitzt einen E-Rollstuhl und einen Faltrollstuhl. Zum Aufstehen nutzt B13 einen „Galgen“ (Interview_B13, Pos. 58) über ihrem Bett. Unterstützend beim Aufstehen, Anziehen, zum Anlegen von Hygieneartikel sowie während der Körperpflege und -hygiene kommen zudem ein Lifter sowie ein Duschstuhl zum Einsatz.<br/>→ <b>SSSK 2.2.2.2 Selbstständiger Umgang:</b><br/>Für kurze Strecken, um auch die Handmotorik zu trainieren (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i>), nutzt B13 den Faltrollstuhl, sonst den E-Rollstuhl.<br/>→ <b>SSSK 2.2.2.3 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>Der Einsatz der anderen Hilfsmittel erfolgt mit Unterstützung seitens einer*s Mitarbeitenden.</p> <p>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>B13 nimmt morgens, mittags und abends Medikamente ein. Sie werden ihr in einer Schale angereicht. Sie weiß, wann sie was nehmen muss und kennt die Indikation.</p>  |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>→ <b>SSK 2.5.1 Positive Wahrnehmung/Beurteilung:</b><br/>Im Vergleich zu einer ehemaligen Einrichtung gibt B13 an, dass in der aktuellen Wohngruppe besser auf die Bedürfnisse eingegangen wird.</p> <p>→ <b>SSK 2.5.3 Wertfreie Aussagen/ambivalente Wahrnehmung:</b><br/>B13 berichtet, dass es abhängig von der in der Wohngruppe tätigen Person ist, ob sie sich verstanden fühlt und auf ihre Bedürfnisse eingegangen wird. Zwei Mitarbeitende, insbesondere eine Person, mag B13 sehr gern und kann sowohl über dienstliche als auch über private Angelegenheiten sprechen.</p> <p>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>Teilweise, wenn es die ärztliche Person anfordert, wird B13 von einer*m Mitarbeitenden im Zuge der Wahrnehmung eines integrierten Versorgungsangebotes begleitet.</p>   |
| <p><b>SK 2.6 Fehlende/s Personal/Zeit:</b><br/>B13 berichtet, dass in der Wohngruppe - inklusive ihr selbst - drei Mitbewohnende im Rollstuhl leben. Morgens sind die Abläufe zeitlich getaktet. Aufgrund der Busse zur Arbeit muss alles schnell gehen. Da es bei ihr „relativ zügig geht“ (Interview_B13, Pos. 72), sie einige Dinge, wie sich z.B. obenherum waschen und anziehen, eigenständig durchführen kann, wird sie als letzte Person der Rollstuhlfahrenden geweckt.</p>   |

|   |
|---|
| <p>B13 gibt an, dass die Rollstuhlfahrenden der Wohngruppe, um die Mitarbeitenden nicht zu belasten, oftmals lange Harn und Stuhl aufhalten, obwohl ihnen bewusst ist, dass das nicht gesund ist, bevor sie Bescheid sagen. Teilweise geht so nach B13 Aussagen auch etwas in die Hose, weil sie es nicht rechtzeitig schaffen. In Fällen, in denen die Rollstuhlfahrenden häufiger oder kurz nacheinander auf die Toilette mussten, mussten sie sich auch schon einen „dummen Spruch“ (Interview_B13, Pos. 170) anhören oder die Aussage „[d]ann machen wir lieber eine Windel um. Dann haben wir einen Arbeitsgang weniger.“ (Interview_B13, Pos. 176). B13 gibt an, dass sie sich in diesen Situationen schlecht fühlt, sie darüber wütend und traurig ist. Aus ihrer Sicht haben solche Personen den Beruf verfehlt. Manchmal wünscht sie sich, dass sie auch einmal im Rollstuhl säßen, um die Situation der Rollstuhlfahrenden nachvollziehen zu können (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</i> → <i>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung</i>).</p>   |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b></p> <p>→ <b>SSK 2.7.1 Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote</b></p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.1 Selbstständig:</b><br/>B13 nimmt die integrierten medizinischen Versorgungsangebote in der Einrichtung in der Regel selbstständig wahr und fährt mit ihrem Rollstuhl hin. Die Informationen über den Besuch werden via E-Mail an die Mitarbeitenden der Wohngruppe übermittelt.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>In bestimmten Fällen ist seitens der ärztlichen Personen die Anwesenheit von Personal erforderlich, sodass ein*e Mitarbeitende*r B13 begleitet. Näheres führt B13 dazu nicht aus. Sollte sie nicht in der Lage sein, das integrierte Versorgungsangebot aufzusuchen, finden Hausbesuche statt.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B13 fühlt sich gut bei der ärztlichen Person aufgehoben. Sie nimmt sie ernst, nimmt sich Zeit und hört ihr zu, was sonst selten der Fall sei. Zum Teil gibt die ärztliche Person B13 auch die Rezepte für Medikamente mit, da sie ihr vertraut, dass sie sie abgibt.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>Mit einer fachärztlichen Person war B13 sehr unzufrieden, u.a. weil sie eine Erkrankung nicht diagnostiziert hat. B13 konnte daraufhin die Person wechseln und nimmt nun ein entsprechendes externes fachärztliches Versorgungsangebot wahr.</p> <p>→ <b>SSK 2.7.2 Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote</b></p> <p>→ <b>SSSK 2.7.2.1 Selbstständig:</b><br/>Wenn es sich um eine reine Vorsorgeuntersuchung handelt, fährt B13 allein zur zahnärztlichen Person innerhalb der Einrichtung.</p> <p>→ <b>SSSK 2.7.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B13 fühlt sich gut bei der zahnärztlichen Person aufgehoben, das „Zwischenmenschliche“ (Interview_B13, Pos. 332) stimmt. Sie fährt mit einem guten Gefühl hin. Die Person beschreibt, was sie macht.</p> <p>→ <b>SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung):</b><br/>B13 nimmt ein integriertes physiotherapeutisches Angebot wahr. Sie bewertet die Arbeit ihrer physiotherapeutischen Person als gut, da sie individuell auf ihre Bedürfnisse eingeht und B13 in den Prozess einbezogen wird, was B13 sehr wichtig ist.</p> |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b></p> <p>→ <b>SSK 2.8.2 Freizeitangebote:</b><br/>Am Wochenende (samstags und sonntags) kocht die Wohngruppe zusammen. Am Freitag wird über zwei Essensvorschläge abgestimmt.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b></p> <p>→ <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b></p> <p>→ <b>SSSK 3.1.1.2 Mit Unterstützung:</b><br/>Augenärztliche und frauenärztliche Fachpersonen sucht B13 außerhalb der Einrichtung auf und benötigt dabei Begleitung und Unterstützung, führt die Assistenz aber nicht näher aus. Die Anfahrt erfolgt mit dem PKW.</p> <p>→ <b>SSSK 3.1.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B13 hat sich aufgrund negativer Erfahrungen eine neue frauenärztliche Fachperson gesucht, bei der sie sich gut aufgehoben fühlt, da sie vorsichtig mit ihr umgeht und um ihre Situation weiß.</p> <p>→ <b>SSK 3.1.4 Auswahl der ärztlichen Personen:</b><br/>B13 gibt an, dass sie froh ist, sich wenigstens die frauenärztliche Person auswählen zu dürfen und so zu einem externen Versorgungsangebot wechseln konnte. Sie berichtet, dass sie sich mit Freunden*innen und Kollegen*innen über Erfahrungen von wahrgenommenen internen und externen ärztlichen Versorgungsangeboten austauscht und sie sich gegenseitig Empfehlungen aussprechen.</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b></p> <p>→ <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b></p> <p>→ <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>Während eines Krankenhausaufenthalts wurde B13 von ihren Eltern begleitet. Sie kamen morgens und fuhren abends wieder.</p> <p>→ <b>SSSK 3.3.1.5 Aufnahmegründe, Aufenthaltsdauer und Sonstiges:</b><br/>Ihr wurden innerhalb von zwei Jahren zwei Tumore entfernt.<br/>B13 schildert einen Aufenthalt im Krankenhaus sehr ambivalent. Abhängig von dem tätigen Pflegepersonal fühlte sie sich entweder gut oder nicht gut aufgehoben und unterstützt. Sie führt in diesem Kontext an, dass grundsätzlich in den Bereichen der Pflege oftmals „Zeitnot“ (Interview_B13, Pos. 362) besteht, aber dieser Zustand nicht dazu führen darf, die Menschen zu vernachlässigen.</p>  |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 4.3 Eltern und Geschwister</b></p> <p>→ <b>SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung:</b></p>   |

B13 nennt ihre Eltern im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt, bei dem sie tagsüber bei ihr waren (s. hierzu HK 3. *Allgemeine Gesundheitsversorgung* → SK 3.3 *Stationäre Versorgung* → SSK 3.3.1 *Krankenhausaufenthalte* → SSSK 3.3.1.1 *Mit Unterstützung*).

**HK 5. Arbeit –**  
**Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente**

**SK 5.2 Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte):**

B13 berichtet, dass sie sich auch mit Kollegen\*innen über Erfahrungen mit externen und internen medizinischen Versorgungsangeboten austauscht (s. HK 3. *Allgemeine Gesundheitsversorgung* → SK 3.1 *Ambulante Versorgung* → SSK 3.1.4 *Auswahl der ärztlichen Personen*).

**SK 5.3 Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte):**

B13 gibt an, dass sie sich mit einer\*m Mitarbeitenden der Werkstatt „blendend“ (Interview\_B13, Pos. 657) versteht und sie gegenseitig ehrlich miteinander umgehen.

**HK 6. Öffentlichkeit –**  
**Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente**

**SK 6.1 Mobilität:**

B13 berichtet, dass sie in Begleitung mit dem Linienbus, der direkt am Einrichtungsgelände hält, fährt. Allerdings ist sie darauf angewiesen, dass der Bus abgesenkt und eine Rampe ausgefahren werden kann, was nicht immer der Fall ist.

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B14

Tabelle 15: Tabellarische Einzelfallübersicht - B14

| <b>Daten zur Person - B14</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)   |              |                                       |   |                                     |
|---|--------------|---------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b> | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>   |                                     |
| männlich  | 48 Jahre     | Leicht                                | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung (Doppelzimmer mit Partnerin) im ländlichen Raum; Wohndauer: 5 Jahre; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von psychiatrischen, psychotherapeutischen, sport-, ergo- und physiotherapeutischen Leistungen |                                     |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>                  | <b>Seelische ↓</b>  | <b>Sonstige<sup>15</sup> ↓</b>      |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben   | Keine Angaben                       |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Keine Angaben                         | Leidet unter Ängsten (s. u.a. SK 1.8)   | Trägt eine Brille (s. SSSK 2.2.2.1) |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |                                       |   |                                     |
| Dauer des Interviews: 1 h 10 min (70 min)<br>Während des Interviews ist ein*e Mitarbeitende*r in leitender Position anwesend. B14 nennt sie*ihn Chef*in, da er in seinem*ihrem Büro tätig ist. Die Person hakt teilweise noch einmal mit Fragen nach, wenn B14 aus seiner*ihrer Sicht nicht differenziert genug antwortet. Trotzdem hat die Interviewerin den Eindruck, dass er*sie B14 in seinen Antworten nicht negativ beeinflusst oder hemmt. Er scheint sich offen und frei zu äußern.   |              |                                       |   |                                     |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |                                       |   |                                     |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.1 Positive Erlebnisse:</b><br>B14 berichtet aufgrund eines Fotos, das er mitgebracht hat, von seiner Konfirmation, die er als „richtig toll“ (Interview_B14, Pos. 94) empfunden hat. Es gab Buffet und er hat eine „schöne Uhr“ (ebd.) geschenkt bekommen.<br>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br>B14 erzählt, dass sein Vater alkoholabhängig war, dadurch mehrere Schlaganfälle erlitten hat und verstarb. Seine Mutter litt an Krebs. Sein Bruder ist ebenfalls bereits verstorben. Er litt an einer Viruserkrankung. B14 gibt an, dass er seine Eltern und seinen Bruder sehr vermisst.<br>B14 berichtet, dass aktuell manchmal noch Ängste aufkommen, da er früher auf einem Schützenfest von Personen betrunken gemacht wurde, sie ihn provoziert und dann jeden Tag geschlagen haben (s. hierzu auch HK 6. Öffentlichkeit → 6.3 Angst vor Diskriminierung/Gewalt).  |              |                                       |   |                                     |
| <b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br>Da B14 Kaffee nicht mehr bekommt, hat er seinen Kaffeekonsum reduziert.  |              |                                       |   |                                     |
| <b>SK 1.4 Persönliches Eigentum</b><br>B14 besitzt ein Keyboard (s. hierzu auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies und → SSK 2.8.2 Freizeitangebote).   |              |                                       |   |                                     |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung:</b><br>B14 möchte irgendwann einmal eine Band gründen und beruflich selbstständig werden. Auf den internen Festen macht B14 teilweise schon Musik und legt auf.<br>Im Zusammenhang mit den Mitarbeitenden (s. hierzu folgende SSSK) gibt B14 an, dass er lieber auf seinem Zimmer essen wollen würde, da dort etwas mehr Ruhe ist, anstatt gemeinsam am Küchentisch mit den anderen Bewohnenden sitzen zu müssen. Diese Option bestand schon einmal, ist aktuell aber nicht mehr gültig.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>B14 wünscht sich eine neue Gruppenleitung, „die auch mal ein bisschen netter zu uns sind.“ (Interview_B14, Pos. 1055).<br>→ <b>SSSK 1.5.2.5 Partnerschaft/Heirat:</b><br>B14 möchte gern seine Partnerin, mit der er auch ein Zimmer teilt, heiraten, wenn sie zustimmt, wie er sagt.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.6 Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz:</b><br>B14 wünscht sich eine eigene Wohnung, die er mit seiner Partnerin beziehen kann, in der sie etwas Ruhe haben bzw. es etwas „ruhiger zugeht“ (Interview_B14, Pos. 1029). B14 gibt an, dass er aktuell mit seiner Partnerin in einer gemischten Wohngruppe lebt (Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit |              |                                       |   |                                     |

<sup>15</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|  |
|--|
| <p>seelischer Beeinträchtigung) und dass ihm das auf Dauer nicht guttut, „[...] da kriegst du eine Macke von den Leuten.“ (B14, Pos. 1006)“. (s. hierzu auch „Wunsch nach Ruhe“ → SSSK 1.5.2.1 <i>Selbstbestimmte Lebensführung</i>) Sein*e Chef*in und er suchen schon nach einer Alternative in der Nähe.<br/>Zudem berichtet B14, dass eine Mitbewohnerin immer die Dusche für die Männer benutzt, was ihn sehr stört und was er unbedingt klären möchte (s. hierzu auch <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten</i>).<br/>→ <b>SSK 1.5.3 Allgemeine Gesundheitsversorgung:</b><br/>B14 wünscht sich, das nächste Mal in das Krankenhaus in Ort_d, statt Ort_f, zu kommen, da es ihm dort gut gefallen hat (s. hierzu auch <i>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> → <i>SK 3.3 Stationäre Versorgung</i> → SSSK 3.3.1.3 <i>Positive Erfahrungen/Bewertungen</i> und → SSSK 3.3.1.4 <i>Negative Erfahrungen/Bewertungen</i>).</p> |
| <p><b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br/>→ <b>SSK 1.6.4 Aktueller Zustand ist gut:</b><br/>B14 beschreibt seinen körperlichen Zustand als gut. Sein Körper arbeitet gut, alles funktioniert.</p>  |
| <p><b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br/>→ <b>SSK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br/>Aufgrund von negativen Erfahrungen in der Vergangenheit hat B14 Ängste entwickelt, die manchmal noch hochkommen (s. hierzu auch <i>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</i> → <i>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse</i> und <i>HK 6. Öffentlichkeit</i> → 6.3 <i>Angst vor Diskriminierung/Gewalt</i>). Seine Stimmung hat sich im Vergleich zu früher etwas verschlechtert.<br/>→ <b>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig:</b><br/>B14 berichtet, dass er mal schlechte und mal gute Phasen hat, was sich in seiner Laune widerspiegelt.</p>   |
| <p><b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br/>B14 berichtet, dass er teilweise unter Angstzuständen leidet (s. hierzu u.a. auch <i>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</i> → <i>SSK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert</i>).</p>  |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>B14 führt die unter SK 2.1 angeführten Tätigkeiten/Aktivitäten selbstständig durch. Teilweise muss er daran erinnert werden, regelmäßig zu duschen. B14 bekommt mehrmals die Woche einen Geldbetrag ausbezahlt, den er für Dinge des täglichen Bedarfs nutzen kann. Er gibt an, dass er bei der Verwaltung von Geld Unterstützung benötigt, da er sonst alles wahllos ausgeben würde. Der Aspekt Wäsche waschen wird nicht thematisiert.</p>  |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>→ <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>B14 trägt eine Brille und fühlt sich ohne sehr eingeschränkt.<br/>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>B14 berichtet, dass die Tabletten gestellt und von den Mitarbeitenden direkt an die Personen ausgehändigt werden, damit keine andere sie einnimmt.<br/>→ <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>Um Rezepte kümmert sich B14 selbst. Merkt er, dass es ihm psychisch schlechter geht, sagt er den Mitarbeitenden Bescheid, damit er psychologische und/oder medikamentöse Unterstützung erhält.</p>  |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/>→ <b>SSK 2.3.2 Bestehende Partnerschaften:</b><br/>B14 hat eine Partnerin, mit der er gemeinsam - nach einer Phase des Probewohnens - in einem Zimmer in einer Wohngruppe in der Einrichtung lebt. Er möchte seine Partnerin gern heiraten und in eine eigene Wohnung ziehen (s. hierzu <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → SSSK 1.5.2.5 <i>Partnerschaft/Heirat</i>).<br/>→ <b>SSK 2.3.4 Diebstahl und Sachbeschädigung</b><br/>B14 berichtet, dass ihm schon mehrere persönliche Gegenstände aus dem Zimmer gestohlen wurden. Er hat einen Schlüssel für seinen Schrank und schließt diesen ab, damit er sich sicherer fühlt.</p>   |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>Zu Terminen, die weiter außerhalb sind, wird B14 von seiner*m Chef*in gefahren.</p>   |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b><br/>→ <b>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote:</b><br/>Es gibt eine psychiatrische und/oder psychologische Fachperson vor Ort, die B14 aufsucht. Die Person ist u.a. für die Einstellung der Medikamente zuständig. B14 bewertet den Kontakt als positiv. Die Person „kann ja auch gut mit Leuten umgehen“ (Interview_B14, Pos. 482) - im Gegensatz zu einer anderen Fachperson, die er nicht benennt - und ihm erklärt, welche Möglichkeiten es gibt und „[w]ie kann man die Leute rankriegen, dass was gemacht wird.“ (Interview_B14, Pos. 488).</p>   |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br/>→ <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br/>B14 interessiert sich für Musik. Er besitzt ein Keyboard und spielt darauf. Auf einrichtungsinternen Festen kümmert er sich teilweise auch um die Musik, singt oder legt auf.<br/>→ <b>SSK 2.8.2 Freizeitangebote:</b><br/>Über die Einrichtung werden regelmäßig Feste organisiert (s. zuvor).<br/>B14 berichtet zudem, dass sie vor kurzem in Begleitung von Mitarbeitenden eine Kirmes besucht haben.<br/>→ <b>SSK 2.8.3 Urlaub und Reisen:</b><br/>B14 berichtet anhand eines von ihm mitgebrachten Fotos, dass er an einer über die Einrichtung organisierten Reise ins Ausland teilgenommen hat. Sie sind mit dem Auto gefahren, haben zusammen gekocht und abends am Kamin gesessen. „Jedenfalls war es eine schöne Fahrt. Mir hat es Spaß gemacht.“ (Interview_B14, Pos. 145).</p>  |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>Bevor B14 mit seiner Partnerin ein Zimmer teilen durfte, mussten sie zunächst ein Probewohnen absolvieren. An den Hilfeplankonferenzen nimmt B14 nicht teil, da sie nicht vor Ort stattfinden.<br/>Innerhalb der Wohngruppe gibt es mündlich vereinbarte Absprachen zwischen B14 und den Mitarbeitenden. „Duschen, sauber sein (...) arbeiten gehen“ (Interview_B14, Pos. 764), sonst dürfe B14 nicht mehr mit seiner Partnerin zusammenleben, gibt er an.</p>  |

|   |
|---|
| <p><b>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</b><br/>                 B14 und seine Partnerin haben ein Zimmer in einer Wohngruppe, in der drei weitere Mitbewohnende leben (weiblich und männlich gemischt). Sie teilen sich mit den anderen die Küche und das Bad (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSSK 1.5.2.6 Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz</i>).<br/>                 B14 berichtet, dass es in der Wohngruppe feste Zeiten für Besucher*innen gibt.</p>  |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>                 → <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>                 → <b>SSSK 3.1.1.1 Selbstständig:</b><br/>                 Zur hausärztlichen Person fährt B14 allein mit den öffentlichen Verkehrsmitteln.<br/>                 → <b>SSSK 3.1.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 B14 beschreibt die hausärztliche Person als freundlich. Zudem muss man nicht lange warten. Die Praxis ist nicht überfüllt. B14 gibt an, ihm wurde gesagt, dass die Bewohnenden der Einrichtung in der Praxis einen Anspruch darauf haben, gleich an die Reihe zu kommen. Im Gegensatz zu seiner früheren ärztlichen Person ist diese Praxis für ihn gut zu erreichen (s. folgende SSSK).<br/>                 → <b>SSSK 3.1.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 Die frühere hausärztliche Praxis war für B14 schwerer zu erreichen, da sie weiter entfernt lag. Das fand B14 „irgendwie nicht so toll.“ (Interview_B14, Pos. 519).<br/>                 → <b>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</b><br/>                 → <b>SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>                 Die Praxis der zahnärztlichen Person liegt in einer benachbarten Stadt und ist besser mit dem PKW als mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Daher wird B14 von seiner*m Chef*in gefahren.<br/>                 → <b>SSSK 3.1.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 B14 ist sehr zufrieden mit der zahnärztlichen Behandlung. Das gesamte Personal ist freundlich. Die zahnärztliche Person erklärt, was sie macht. Die Behandlung wird zudem auf einen Bildschirm übertragen, sodass B14 alles verfolgen kann.<br/>                 → <b>SSSK 3.1.2.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 Die ehemalige zahnärztliche Person von B14 hat einfach begonnen, gebohrt ohne Betäubung, was B14 nicht gut fand. B14 gibt in dem Zusammenhang an, dass man der*m Patient*in auch parallel erklären muss, was gemacht wird.</p> |
| <p><b>SK 3.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung:</b><br/>                 B14 bekommt die Rezepte von den ärztlichen Personen ausgestellt und übergibt sie an das Personal der Einrichtung.</p>   |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>                 → <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>                 → <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>                 Zu einem seiner letzten Krankenhausaufenthalte wurde B14 von einer*m Mitarbeitenden gefahren.<br/>                 → <b>SSSK 3.3.1.2 Besuch:</b><br/>                 Sein*e Chef*in sowie ein*e ehemalige*r Mitarbeiter*in haben ihn besucht.<br/>                 → <b>SSSK 3.3.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 B14 hat sich in einem Krankenhaus in Ort_d sehr gut aufgehoben gefühlt. Das Personal war „klasse“ (Interview_B14, Pos. 643). B14 konnte mit dem Personal gut reden. Wenn er die Klingel betätigt hat, kam sofort jemand. Er durfte sich frei bewegen, auf den Flur oder in die Eingangshalle gehen. Es gab Bücher und ein Restaurant/Café.<br/>                 → <b>SSSK 3.3.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 In einem Krankenhaus in Ort_f hingegen hat sich B14 nicht gut aufgehoben gefühlt. Er empfand das Personal als unfreundlich und durfte sein Zimmer nicht verlassen, da sie Erfahrungen mit Bewohnenden seiner Einrichtung gemacht hatten, die einfach das Krankenhaus verlassen hatten. Aufgrund dieser Erfahrungen möchte B14 auch zukünftig nur noch in das Krankenhaus in Ort_d (s. hierzu <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSK 1.5.3 Allgemeine Gesundheitsversorgung</i>).</p>  |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 4.1 Freund- und Bekanntschaften (extern):</b><br/>                 B14 hat immer noch Kontakt zu einer ehemaligen zivildienstleistenden Person, die ihn einmal im Monat besuchen kommt. Zeitweise war der Kontakt abgebrochen. B14 freut sich, dass der Kontakt wieder besteht.</p>  |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben:</b><br/>                 B14 arbeitet bei seiner*m Chef*in im Büro. Näheres führt er zu seiner Tätigkeit nicht aus.<br/> <b>SK 5.4 Arbeitslohn:</b><br/>                 Sein ausgezahlter Lohn variiert. B14 erläutert diesen Aspekt nicht weiter.</p>  |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 6.1 Mobilität:</b><br/>                 B14 nutzt selbstständig öffentliche Verkehrsmittel (Linienbusse), um z.B. zur hausärztlichen Person zu gelangen (s. hierzu <i>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> → <i>SK 3.1 Ambulante Versorgung</i> → <i>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</i> → <i>SSSK 3.1.1.1 Selbstständig</i>).</p> <p><b>SK 6.2 Einkaufen und essen gehen:</b><br/>                 B14 kauft teilweise für das Büro oder für sich im Supermarkt in der Nähe der Einrichtung ein. Wenn er für das Büro einkauft, vergisst er manchmal etwas und muss dann noch einmal los, berichtet er. (s. hierzu auch „Umgang mit Geld“ <i>HK 2. Wohnrichtung</i> → <i>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung</i>)</p> <p><b>SK 6.3 Angst vor Diskriminierung/Gewalt:</b></p>  |

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B14

Aufgrund kritischer Lebensereignisse in der Vergangenheit (s. hierzu *HK 1. Person* → *SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen* → *SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse*), hat B14 teilweise Angst vor Menschen außerhalb der Einrichtung, dass Bewohnende von fremden Personen mitgenommen werden oder davor, allein rauszugehen.

### **Legende:**

HK = Hauptkategorie   SK = Subkategorie   SSK = Sub-Sub-Kategorie   SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

**Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B15**

Tabelle 16: Tabellarische Einzelfallübersicht - B15

| <b>Daten zur Person - B15</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |                                       |  |                                |
|--|--------------|---------------------------------------|--|--------------------------------|
| <b>Geschlecht</b>  | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b> | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |                                |
| männlich   | 27 Jahre     | Leicht                                | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: fast 9 Jahre (Quelle: Interview_B15, Pos. 86); mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von psychiatrischen, psychotherapeutischen, sport-, ergo- und physiotherapeutischen Leistungen |                                |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>   |              | <b>Körperliche ↓</b>                  | <b>Seelische ↓</b>   | <b>Sonstige<sup>16</sup> ↓</b> |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>   |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben  | Keine Angaben                  |
| <b>Quelle: Interview →</b>   |              | Keine Angaben                         | Spielsucht, Alkohol- und Drogenabhängigkeit (aktuell unter Kontrolle; s. SK 1.8)   | Keine Angaben                  |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>   |              |                                       |  |                                |
| Dauer des Interviews: 43 min   |              |                                       |  |                                |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |                                       |  |                                |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br>B15 berichtet, dass seine Familie arm war und sie von Hartz IV gelebt haben. Sein Vater hat sich zu Tode getrunken. Seine Mutter ist an einer Überdosis Heroin gestorben. Zudem hat er kurz darauf seinen Onkel und seinen Bruder verloren. Als Jugendlicher hatte er keine Lust mehr, zur Schule zu gehen, hat angefangen, Drogen und Alkohol in hohen Mengen zu konsumieren, hat tagsüber geschlafen und ist nachts mit Freunden*innen unterwegs gewesen. Im Jugendalter ist er schließlich in ein Heim gekommen, in dem er geschlagen wurde. B15 gibt an, dass er damals deshalb sehr aggressiv war. Er beschreibt die Erfahrungen als schlimme Zeit, dass niemand ihn erreichen konnte und er das Gefühl hatte, dass alle gegen ihn sind. Deshalb hat er sich damals auch keine Hilfe geholt.  |              |                                       |  |                                |
| <b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br>B15 berichtet, dass er jetzt in der Lage ist, Hilfe anzunehmen und sich Unterstützung zu holen, wenn es ihm psychisch nicht gut geht.<br>B15 nimmt die positive Entwicklung vor dem Hintergrund seiner schwierigen Vergangenheit an sich selbst wahr. Er gibt an, dass er seit vier Jahren seine Alkohol- und Drogensucht unter Kontrolle hat.<br>Wenn er merkt, dass er unruhig oder aggressiv wird, versucht er zunächst, sich selbst mit Aktivitäten zu beruhigen und abzulenken, indem er einen „Kumpel“ (Interview_B15, Pos. 180) in der Einrichtung besucht, bevor er sich bei den Mitarbeitenden emotionale und/oder medikamentöse Unterstützung holt.<br>→ <b>SSK 1.2.2 Negative Überzeugungen:</b><br>B15 gibt an, dass er schwer mit Lob umgehen kann. Positive Rückmeldungen führen bei ihm eher dazu, dass sein Handeln in gegenteiliges Verhalten umschlägt, z.B. wenn er Lob für seine Arbeit erhält, er den folgenden Tag verschläft, zu spät oder gar nicht zur Arbeit kommt. |              |                                       |  |                                |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>B15 wünscht sich mehr Unterstützung, seinen Schulabschluss nachholen zu können.  |              |                                       |  |                                |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.2 Zustand hat sich verbessert:</b><br>B15 betrachtet seinen körperlichen Zustand in engem Zusammenhang mit seiner psychischen Konstitution. Beides hat sich im Vergleich zu früher verbessert (s. hierzu auch SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen → SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse).  |              |                                       |  |                                |
| <b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert:</b><br>B15 berichtet, dass es ihm im Vergleich zu früher (s. hierzu SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen → SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse) viel besser geht. Er hat seine Süchte (Spiel-, Drogen- und Alkoholsucht) überwunden. Durch die Arbeits- und Sportangebote seitens der Einrichtung hat er eine Tagesstruktur erlangt, die er früher nicht hatte.   |              |                                       |  |                                |

<sup>16</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.



|   |
|---|
| <p><b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br/>B15 berichtet, dass er spielsüchtig, alkohol- und drogenabhängig war, seine Süchte aber seit vier Jahren mit Unterstützung unter Kontrolle hat.</p>  |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>Die unter SK 2.1 aufgeführten Tätigkeiten/Aktivitäten führt B15 fast ausschließlich eigenständig durch. Morgens wird er vom Personal geweckt. Es kommt zum Teil ein weiteres Mal in sein Zimmer, wenn B15 nicht aufsteht. B15 bekommt wöchentlich einen Geldbetrag ausbezahlt und verwaltet diesen selbstständig. Der Aspekt Wäsche waschen wird nicht thematisiert.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>B15 berichtet, dass er sich im Falle von Kopfschmerzen oder wenn es ihm psychisch nicht gut geht, an die Mitarbeitenden wendet, um mit ihnen zu reden oder ggf. Bedarfsmedikation ausgehändigt zu bekommen. Bevor er die Medikamente erhält, soll er in der Regel zunächst eine halbe Stunde versuchen, den Zustand auszuhalten und eigenständig zu kompensieren.<br/>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>Die Medikamente werden gestellt. B15 holt sie morgens, mittags und abends ab und nimmt sie selbstständig ein. Wenn er seine Großmutter für ein Wochenende oder eine Woche besucht (s. hierzu auch <i>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme</i> → <i>SK 4.4 Sonstige Familienangehörige</i>), gibt B15 an, dass er sich selbst um die Einnahme kümmert. Vorab wird die Einnahme mit der in der Einrichtung zuständigen psychiatrischen Fachperson abgesprochen und die Medikamente ausgehändigt.<br/>→ <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>Wenn es B15 psychisch nicht gut geht, geht er zum Personal, um zu sprechen und/oder ggf. Bedarfsmedikation zu erhalten (s. hierzu <i>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</i> → <i>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung</i>).<br/>Verspürt B15 Unruhe oder Aggressionen, versucht er zunächst, sich abzulenken und zu beruhigen, indem er einen „Kumpel“ (Interview_B15, Pos. 180) in der Einrichtung besucht und sie etwas zusammen unternehmen (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i> und folgende SSK).</p> |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/>→ <b>SSK 2.3.1 Bestehende Freund- und Bekanntschaften:</b><br/>B15 berichtet von einem „Kumpel“ (Interview_B15, Pos. 46, 180, 182) in der Einrichtung, mit dem er Computerspiele spielt oder Aktivitäten außerhalb der Einrichtung unternimmt. Er sucht ihn auch auf, wenn es ihm nicht gut geht (s. hierzu auch SK zuvor, <i>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</i> → <i>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies</i> und <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i>).</p>   |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>→ <b>SSK 2.5.1 Positive Wahrnehmung/Beurteilung:</b><br/>Wenn B15 Redebedarf hat oder sonstige Unterstützung benötigt, führt er mehrere Mitarbeitende mit Namen an, an die er sich wendet. Er gibt an, dass er sich unterstützt fühlt und die eröffnete Hilfe annehmen kann.<br/>→ <b>SSK 2.5.4 Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung:</b><br/>B15 wird zur zahnärztlichen Praxis mit einem PKW von einer*m Mitarbeitenden gefahren.</p>   |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b><br/>→ <b>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote:</b><br/>B15 nimmt nach Bedarf ein integriertes psychiatrisches und/oder psychotherapeutisches Versorgungsangebot wahr, z.B. wenn er Redebedarf hat, er seine Großmutter besuchen möchte, um die Medikamente ausgehändigt zu bekommen oder in Absprache mit der psychiatrischen Person und seiner rechtlichen Betreuung Medikamente reduziert werden sollen.</p>  |
| <p><b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br/>→ <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br/>Nach der Arbeit geht B15 nach Hause und raucht in Ruhe eine Zigarette. Im Anschluss und sonst - in seiner freien Zeit - trifft sich B15 mit einem „Kumpel“ (Interview_B15, Pos. 46, 182), der auch in der Einrichtung lebt. Sie unterhalten sich, spielen Spiele oder unternehmen Aktivitäten außerhalb der Einrichtung.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>→ <b>SSSK 3.1.1.1 Selbstständig:</b><br/>B15 fährt eigenständig zur hausärztlichen Praxis. Allerdings nimmt er das Angebot nur in Ausnahmefällen wahr. Zudem ist die Anfahrt sehr zeitaufwendig.<br/>→ <b>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</b><br/>→ <b>SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>B15 wird zur zahnärztlichen Praxis von einer*m Mitarbeitenden mit dem PKW gefahren. Die Terminvereinbarung erfolgt über das Personal. Da für eine Zahn-OP eine Narkose erforderlich war, wurde B15 in dem Fall zusätzlich von seiner rechtlichen Betreuung (s. hierzu auch <i>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme</i> → <i>SK 4.5 Außerfamiliäre rechtliche Betreuung</i>) im Rahmen des Vorgesprächs begleitet.<br/>→ <b>SSSK 3.1.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B15 fühlt sich bei seiner zahnärztlichen Person gut aufgehoben. Die zahnärztliche Person spricht während der Behandlung mit ihm, erläutert die einzelnen Arbeitsschritte und bietet ihm eine Betäubung an, sollten Schmerzen auftreten.<br/>→ <b>SSSK 3.1.2.5 Anlässe, Frequenz und Behandlung:</b><br/>B15 sucht die Praxis alle drei Monate zur Zahnreinigung auf.</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b></p>  |

|   |
|---|
| <p>→ <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>                 Während eines Vorgesprächs für eine erforderliche Operation wurde B15 von seiner rechtlichen Betreuung begleitet (s. hierzu auch <i>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme</i> → <i>SK 4.5 Außerfamiliäre rechtliche Betreuung</i>). Er wurde gleichermaßen über den Eingriff aufgeklärt. Es wurde ein Video über die Operation gezeigt. Die rechtliche Betreuung und er haben gemeinsam die Dokumente unterzeichnet.</p> <p>→ <b>SSK 3.3.2 Psychiatrieaufenthalte:</b><br/>                 B15 berichtet von einem vergangenen Psychiatrieaufenthalt, den er als „schrecklich“ (Interview B15, Pos. 164) empfunden hat und unbedingt dort weg wollte. Er berichtet von Gewalterfahrungen und dass er die Klienten*innen dort als bedrohlich empfunden hat.</p>  |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 4.4 Sonstige Familienangehörige:</b><br/>                 B15 berichtet, dass er, wenn es ihm gut geht, seine Großmutter für ein Wochenende oder eine Woche besuchen fährt. Er nutzt für die Anreise den Zug (s. hierzu auch <i>HK 6. Öffentlichkeit</i> → <i>Mobilität</i>).</p> <p><b>SK 4.5 Außerfamiliäre rechtliche Betreuung:</b><br/>                 B15 hat eine rechtliche Betreuung, die*der ihn während ärztlichen Aufklärungsgesprächen im Rahmen von anstehenden Operationen begleitet und zusätzlich unterzeichnet.</p>   |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben:</b><br/>                 B15 ist in einer Holzabteilung tätig und baut Tische und Bänke aus Paletten. Er berichtet, dass ihm die Arbeit Spaß macht und ihm die Tätigkeit guttut. Auch wenn er nach der Arbeit kaputt ist, weiß er, dass er bei der Arbeit etwas geschafft hat. Dieses Gefühl motiviert ihn und spornt ihn an. Zudem ist es ihm bei der Arbeit wichtig, zu zeigen, dass er in der Lage ist, auch ohne Drogen zu leben, pünktlich ist und Leistung erbringen kann.</p> <p><b>SK 5.4 Arbeitslohn:</b><br/>                 B15 bekommt einen Grundlohn ausgezahlt. Je nachdem wie viele Stunden er in der Woche arbeitet, kann er sein ausgezahltes Gehalt steigern. Das motiviert ihn zusätzlich. Mit Lob hingegen kann er nicht umgehen (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.2 Negative Überzeugungen</i>).</p> |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 6.1 Mobilität:</b><br/>                 B15 nutzt öffentliche Verkehrsmittel (Linienbusse und Zug), um zu seiner hausärztlichen Person zu gelangen oder seine Großmutter zu besuchen.</p> <p><b>SK 6.2 Einkaufen und essen gehen:</b><br/>                 B15 holt sich Genussmittel aus dem nahegelegenen Supermarkt.</p>  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B16

Tabelle 17: Tabellarische Einzelfallübersicht - B16

| <b>Daten zur Person - B16</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)   |              |                                       |  |  |
|---|--------------|---------------------------------------|--|--|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b> | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |  |
| weiblich  | 54 Jahre     | Leicht                                | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: keine Angaben; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von psychiatrischen, psychotherapeutischen, sport-, ergo- und physiotherapeutischen Leistungen |  |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>                  | <b>Seelische ↓</b>   | <b>Sonstige<sup>17</sup> ↓</b>   |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben  | Keine Angaben  |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Keine Angaben                         | Alkoholabhängigkeit (seit mehreren Jahrzehnten unter Kontrolle); psychische Erkrankung (beides s. SK 1.8)  | Beschwerden im Rahmen der Wechseljahre; Asthma; nicht näher beschriebene Schwierigkeiten mit der Lunge (alles s. SK 1.8) |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |                                       |  |  |
| Dauer des Interviews: 42 min  |              |                                       |  |  |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |                                       |  |  |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br>B16 berichtet, dass sie als Kleinkind aus ihrer Kernfamilie genommen wurde und bei Verwandten aufgewachsen ist. Sie gibt an, dass in dieser Zeit viel passiert ist. Als sie volljährig war, zog sie aus. „Dann ist das bei mir ein bisschen den Bach runtergegangen.“ (Interview_B16, Pos. 356).<br>B16 berichtet zudem, dass sie in der Vergangenheit in der Küche ihrer damaligen Wohngruppe unter Atemnot zusammengebrochen ist und beinahe gestorben wäre. Ein*e Mitbewohnende*r hat sofort reagiert und Hilfe geholt. Sie ist dieser Person nach wie vor sehr dankbar. Sie wurde ins Krankenhaus gebracht (s. hierzu auch HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung → SK 3.3 Stationäre Versorgung → SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte → SSK 3.3.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen).  |              |                                       |  |  |
| <b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br>B16 berichtet, dass sie seit mehreren Jahrzehnten trockene Alkoholikerin ist, es geschafft hat, seitdem nichts mehr zu trinken und die Leute sie dafür bewundern.<br>Wenn es B16 psychisch nicht gut geht, versucht sie sich - auch auf Rat der Mitarbeitenden - über ihre Arbeit und dort durch verschiedene Tätigkeiten abzulenken (s. hierzu auch HK 5. Arbeit → SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben).<br>→ <b>SSK 1.2.2 Negative Überzeugungen:</b><br>B16 berichtet, dass sie und die Einrichtung schon eine lange Geschichte zusammen haben, dass es manchmal besser sein könnte, aber es nicht immer möglich ist, neu anzufangen und eine eigene Wohnung zu beziehen. B16 hat versucht, mit dem Rauchen aufzuhören, da sie Schwierigkeiten mit ihrer Atmung hat, häufiger nicht richtig Luft bekommt. Sie raucht schon weniger, aber ganz aufzuhören schafft sie nicht.   |              |                                       |  |  |
| <b>SK 1.4 Persönliches Eigentum:</b><br>B16 besitzt ein Mountainbike, das sie innerhalb und außerhalb der Einrichtung nutzt.  |              |                                       |  |  |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.1 Person:</b><br>B16 hat einen großen Traum. Sie würde gern einmal mit einer Schauspielerin einer Serie, die sie sehr gern guckt, einen Polizeieinsatz fahren.<br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br>Da sie Angst vor zahnärztlichen Untersuchungen hat, wünscht sich B16 eine Begleitung zur zahnärztlichen Person (s. hierzu auch folgende SSK).<br>→ <b>SSK 1.5.3 Allgemeine Gesundheitsversorgung:</b><br>B16 würde lieber zu einer zahnärztlichen Person gehen, die auf Angstpatienten*innen spezialisiert ist (s. hierzu auch HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung → SK 3.1 Ambulante Versorgung → SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis → SSK 3.1.2.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen).<br>→ <b>SSK 1.5.4 Familienangehörige und Heimat:</b><br>B16 wünscht sich, dass ihre Familienangehörigen regelmäßig ein Paket schicken und sie häufiger besuchen würden (s. hierzu auch HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme → SK 4.4 Sonstige Familienangehörige). |              |                                       |  |  |

<sup>17</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|   |
|---|
| <p><b><u>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</u></b><br/>                 → <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert</b><br/>                 B16 gibt an, dass sich ihr körperlicher Zustand im Vergleich zu früher verschlechtert hat. Sie ist älter geworden und hat zunehmend gesundheitliche Probleme bekommen.</p>  |
| <p><b><u>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</u></b><br/>                 → <b>SSK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br/>                 B16 gibt an, dass sich ihr psychischer Zustand verschlechtert hat. Als junge Frau ist sie ohne Medikamente ausgekommen. Nun ist sie auf Medikamente angewiesen. Sie ist manchmal sehr traurig und weint oft. Ihre Alkoholsucht hingegen hat sie überwunden (s. hierzu auch <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i>)<br/>                 → <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen).</b><br/>                 → <b>SSK 1.7.3 Zustand ist gleichbleibend gut:</b><br/>                 Ihren geistigen Zustand beschreibt B16 als unverändert gut.</p>                                     |
| <p><b><u>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</u></b><br/>                 B16 berichtet, dass sie sich in den Wechseljahren befindet und unter Hitzewallungen leidet. Sie hat Asthma, Schwierigkeiten mit der Lunge und bekommt teilweise schlecht Luft. Zudem gibt sie an, dass sie alkoholabhängig war (s. u.a. SSK zuvor) und an einer psychischen Erkrankung leidet.</p>   |
| <p><b><u>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b></p>  |
| <p><b><u>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</u></b><br/>                 B16 führt alle unter SK 2.1 angeführten Tätigkeiten/Aktivitäten selbstständig durch. Sie bekommt einmal wöchentlich einen Geldbetrag ausbezahlt, mit dem sie sich selbst versorgt. Am Ende der Woche hat sie immer noch etwas Geld übrig. Im Rahmen eines Wäschetrainings wäscht sie eigenständig ihre Wäsche.</p>   |
| <p><b><u>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</u></b><br/>                 → <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>                 Die Medikamente werden gestellt. B16 holt sie morgens, mittags und abends an der Medikamentenausgabe ab und nimmt sie selbstständig ein.<br/>                 → <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>                 Wenn es ihr psychisch nicht gut geht, versucht sie, sich durch ihre Arbeit abzulenken (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i><br/>                 → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> → <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i> und <i>HK 5. Arbeit</i> → <i>SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben</i>).</p>  |
| <p><b><u>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</u></b><br/>                 → <b>SSK 2.3.2 Bestehende Partnerschaften:</b><br/>                 In direktem Zusammenhang mit der Aussage, dass B16 an ihrem Leben hängt und jeden Tag genießt, berichtet sie, dass sie einen „ganz lieben“ (Interview_B16, Pos. 266) Partner in der Einrichtung hat. Sie passen gegenseitig aufeinander auf.</p>  |
| <p><b><u>SK 2.4 Wohngruppenvertretung:</u></b><br/>                 B16 berichtet von monatlich stattfindenden Vollversammlungen, auf denen Themen angesprochen werden können, die die Bewohnenden beschäftigen, u.a. auch welche gemeinsamen Aktivitäten organisiert werden sollen.</p>  |
| <p><b><u>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</u></b><br/>                 → <b>SSK 2.5.1 Positive Wahrnehmung/Beurteilung:</b><br/>                 B16 beschreibt die Mitarbeitenden der Einrichtung als sehr nett und unterstützend. Sie sind immer für sie da, wenn sie Gesprächsbedarf hat, was sie gut findet.</p>   |
| <p><b><u>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</u></b><br/>                 → <b>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote:</b><br/>                 B16 nimmt regelmäßig das integrierte psychiatrische und/oder psychotherapeutische Versorgungsangebot der Einrichtung wahr. Sie liest ihre Gesundheitskarte eigenständig quartalsweise in der Station ein. Gespräche führt sie nur nach Bedarf.</p>  |
| <p><b><u>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</u></b><br/>                 → <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br/>                 B16 bezeichnet sich selbst als „leidenschaftliche Keglerin“ (Interview_B16, Pos. 142).<br/>                 → <b>SSK 2.8.2 Freizeitangebote:</b><br/>                 B16 berichtet über unterschiedliche Veranstaltungen, Ausflüge und Freizeitaktivitäten, die über die Einrichtung angeboten werden und an denen sie teilnimmt. Es findet regelmäßig eine Musikshow statt, bei der sie auftritt. Sie nimmt zweimal pro Woche an einem Kegelangebot teil. Während eines anstehenden Festes wird B16 über ihre Arbeitsstätte mit ihrer*in Chef*in zusammen Kuchen, Waffeln und Kaffee verkaufen.</p> |
| <p><b><u>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</u></b><br/>                 Dreimal pro Woche nimmt B16 an einem Wäschetraing und einmal pro Woche an einem Musikunterricht teil. Sie berichtet, dass es auch ein Frauengruppen-Angebot gibt, „Gewalt über Frauen oder so“ (Interview_B16, Pos. 168). Daran nimmt sie aber nicht teil.</p>   |
| <p><b><u>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</u></b><br/>                 B16 wohnt in einer Dreier-Wohngemeinschaft mit gemeinsamer Küche und Bad. Sie versorgen sich selbst (s. hierzu <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung</i>).</p>  |
| <p><b><u>SK 2.11 Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation:</u></b><br/>                 B16 berichtet, dass die ihr eröffnete Wohnmöglichkeit gut funktioniert und sie diese als angenehm empfindet.</p>   |
| <p><b><u>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</u></b></p>   |
| <p><b><u>SK 3.1 Ambulante Versorgung</u></b><br/>                 → <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>                 → <b>SSSK 3.1.1.1 Selbstständig:</b><br/>                 B16 organisiert ihre ärztlichen Termine selbst und fährt eigenständig hin.<br/>                 → <b>SSSK 3.1.1.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 Sie führt an, dass sie ihre hausärztliche Person lange nicht mehr aufgesucht hat. Sie beschreibt sie als „sehr entgegenkommend (...) [und] sehr nett (B16, Pos. 272). Sie geht auf ihre Bedürfnisse ein.<br/>                 → <b>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</b><br/>                 → <b>SSSK 3.1.2.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b></p>     |

|  |
|--|
| <p>Aufgrund einer für sie als sehr unangenehm empfundenen Behandlung vor einigen Jahren geht B16 nicht mehr zu ihrer zahnärztlichen Person, da sie seitdem Angst hat (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSK 1.5.3 Allgemeine Gesundheitsversorgung</i>).</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>                 → <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>                 → <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>                 Im Falle eines Krankenhausaufenthalts müsste ihre rechtliche Betreuung dazustoßen, um ihr Einverständnis abzugeben, falls eine Operation geplant ist (s. hierzu auch <i>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme</i> → <i>SK 4.5 Außerfamiliäre rechtliche Betreuung</i>).<br/>                 → <b>SSSK 3.3.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                 Als B16 ihren Zusammenbruch hatte (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</i> → <i>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse</i>), lag sie lange Zeit in einem Raum und wurde nicht behandelt. Erst sehr spät sprach eine ärztliche Person sie an. Sie hat daraufhin aus Ärger das Krankenhaus sofort verlassen.<br/>                 B16 berichtet, dass ein bestimmtes Krankenhaus keinen guten Ruf in der Einrichtung hat.</p> |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 4.4 Sonstige Familienangehörige:</b><br/>                 Zweimal im Jahr (zum Geburtstag und Weihnachten) wird B16 von Familienangehörigen besucht. Es macht sie allerdings traurig, dass sie sie so selten sieht (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSK 1.5.4 Familienangehörige und Heimat</i>).<br/> <b>SK 4.5 Außerfamiliäre rechtliche Betreuung:</b><br/>                 B16 gibt an, dass sie im Falle einer Operation das Einverständnis ihrer rechtlichen Betreuung benötigt.</p>   |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben:</b><br/>                 Für B16 hat ihre Arbeitstätigkeit einen besonderen Stellenwert im Leben. Nach eigenen Aussagen erhält sie viel Anerkennung und die Leute mögen sie, weil sie dort arbeitet. Zudem dient die Tätigkeit für sie als Ablenkung, wenn es ihr nicht gut geht (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</i> <i>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen</i>).<br/> <b>SK 5.4 Arbeitslohn:</b><br/>                 B16 berichtet, dass sie im Falle einer ärztlichen Krankschreibung keinen Arbeitslohn ausgezahlt bekommt und sie das daher in der Regel ablehnt.<br/> <b>SK 5.5 Veranstaltungen und Projekte über die Arbeitsstätte:</b><br/>                 Während eines anstehenden Festes der Einrichtung werden B16 und ihr*e Chef*in an einem Stand Kuchen, Waffeln und Getränke verkaufen. B16 darf dann das erste Mal auch die Kasse bedienen.</p>  |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>                 Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 6.1 Mobilität:</b><br/>                 B16 sucht eigenständig ihre hausärztliche Person auf (wie, wird nicht klar) und geht im Supermarkt in der Nähe des Einrichtungsgeländes einkaufen.<br/> <b>SK 6.2 Einkaufen und essen gehen:</b><br/>                 B16 verwaltet eigenständig ihr Geld, schreibt eine Einkaufsliste und kauft im Supermarkt in der Nähe der Einrichtung Lebensmittel für die Woche ein. (s. <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung</i>).</p>  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B17

Tabelle 18: Tabellarische Einzelfallübersicht - B17

| <b>Daten zur Person - B17</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)   |              |  |   |  |
|---|--------------|--|---|--|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>    | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>   |  |
| weiblich  | 27 Jahre     | Leicht                                   | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: 1 Jahr; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von psychiatrischen, psychotherapeutischen, sport-, ergo- und physiotherapeutischen Leistungen |  |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>                     | <b>Seelische ↓</b>  | <b>Sonstige<sup>18</sup> ↓</b>                         |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Spastische tetraplegische Zerebralparese | Organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung   | Keine Angaben  |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Sitzt im Rollstuhl                       | Nimmt ein Psychopharmakon ein (s. SK 1.8)   | Trägt eine Brille; trockene Haut, Juckreiz (s. SK 1.8) |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |  |   |  |
| Dauer des Interviews: 54 min  |              |  |   |  |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |  |   |  |
| <p><b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br/>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br/>B17 berichtet von kritischen Lebensereignissen (physischer und psychischer Gewalt seitens der Lehrkräfte und der Mitschüler*innen) während der Schulzeit, unter denen sie gelitten hat. Die geschilderten Erfahrungen bleiben allerdings etwas diffus. B17 gibt an, dass sie damals Depressionen hatte und die erst spät erkannt wurden. Die Erlebnisse kommen immer wieder in Form von Gedanken auf.<br/>B17 berichtet zudem, dass sie eine*n Arbeitskollegen*in verloren hat, die*der hoch frequentiert unter Anfällen litt, was sie nicht mit ansehen konnte.</p> <p><b>SK 1.2 Identität und Bewältigungskompetenzen</b><br/>→ <b>SSK 1.2.1 Positive Überzeugungen:</b><br/>In Zusammenhang mit dem Konflikt mit ihrer Mutter (s. hierzu auch <i>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme</i> → <i>SK 4.3 Eltern und Geschwister</i> → <i>SSK 4.3.2 Wahrgenommene soziale Kontakte/Beziehungen</i>) sowie der Einnahme von Psychopharmaka gibt B17 an, dass sie gedanklich mehr bei sich bleiben und Sorge tragen muss, dass es ihr selbst psychisch gutgeht. Es gibt auch Tage, an denen sie viel darüber nachdenkt, „[a]ber ich finde, man darf auch nicht ins Grübeln kommen, weil das macht es dann nur noch schlimmer.“ (Interview_B17, Pos. 44).<br/>B17 berichtet, dass sie ihre Angstzustände (s. hierzu auch <i>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</i> → <i>SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert</i>) überwunden hat und mit negativ aufkommenden Gedanken - wenn es ihr gutgeht - besser umgehen kann oder zum Teil - auf Anraten - ihre Kopfhörer aufsetzt und Musik hört, damit sie abklingen.</p> <p><b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br/>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br/>→ <b>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung:</b><br/>B17 würde sich gern allein anziehen und sich selbstständig etwas zu essen zubereiten (kochen) können. (s. hierzu auch folgende SSSK)<br/>→ <b>SSSK 1.5.2.2 Personalschlüssel, Zeit und Unterstützung:</b><br/>B17 wünscht sich noch mehr Unterstützung beim Kochen, sodass sie das irgendwann allein kann (s. hierzu auch <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote</i>).</p> <p><b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br/>→ <b>SSK 1.6.4 Aktueller Zustand ist gut:</b><br/>B17 gibt an, dass sie zwar eingeschränkt ist, aber manches auch kann. Ihren körperlichen Zustand schätzt sie als gut ein.</p> <p><b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br/>→ <b>SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert:</b><br/>B17 gibt an, dass sich ihr psychischer Zustand verbessert hat. Sie hat die Angstzustände überwunden. Sie berichtet, dass im Vergleich zu früher seltener negative Gedanken aufkommen, was sie „toll“ (Interview_B17, Pos. 331) findet. Sie führt auch die Einnahme eines Medikaments an, dessen Wirkung dazu führt, dass sie sich besser auf sich fokussieren kann, und dieser Zustand zu mehr Wohlbefinden führt.</p> <p><b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b></p> |              |  |   |  |

<sup>18</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|   |
|---|
| <p>B17 berichtet, dass ihre linke Körperhälfte von Geburt an gelähmt ist und sie daher den linken Arm und die linke Hand nur eingeschränkt bewegen kann. Sie leidet zum Teil an Gleichgewichtsstörungen. Ihre Hüfte ist schief. Zudem hat sie Probleme mit ihrer Haut (Juckreiz, rote Stellen). B17 berichtet, dass sie ein Medikament für ihre „Psyche“ (Interview B17, Pos. 183) einnimmt.</p>  |
| <p><b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>Aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen benötigt B17 bei fast allen unter SK 2.1 aufgeführten Tätigkeiten/Aktivitäten Unterstützung. Essen und trinken führt sie selbstständig durch. Teilweise muss sie erinnert werden, ausreichend zu trinken. Sie trägt daher eine Flasche an ihrem Rollstuhl. Der Umgang mit Geld sowie das Waschen von Wäsche werden nicht thematisiert.</p>  |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>B17 berichtet, dass sie während ihrer Regelblutung Unterleibsschmerzen hat oder ihr übel ist. In diesen Fällen spricht sie sofort eine*n Mitarbeiter*in an und bittet um ein Körnerkissen.<br/>→ <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>B17 trägt eine „Schutzhose“ (Interview_B17, Pos. 30), falls sie es einmal nicht rechtzeitig auf die Toilette schafft. B17 trägt eine Brille. Sie besitzt ein Pflegebett, dessen Höhe verstellbar ist und dessen Kopf- und Fußteil hochgefahren werden können.<br/>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>B17 erhält morgens und abends Medikamente. Zum Teil kann sie die Indikation benennen.</p> |
| <p>→ <b>SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung):</b><br/>B17 nimmt ein ergotherapeutisches sowie ein physiotherapeutisches Angebot wahr. Aktuell finden allerdings keine Therapien statt, was B17 nicht näher ausführt.<br/>→ <b>SSK 2.7.4 Integrierte psychiatrische und psychotherapeutische Angebote:</b><br/>B17 nimmt zudem regelmäßig ein psychiatrisches und/oder psychotherapeutisches Angebot wahr. Als es ihr einmal sehr schlecht ging, kam die Fachperson zu ihr in die Wohngruppe.</p>   |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>B17 nimmt einmal pro Woche an einem Kochkurs-Angebot teil, das aktuell von Auszubildenden einer Berufsschule durchgeführt wird.</p>  |
| <p><b>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</b><br/>B17 berichtet, dass es auf der Toilette keine Griffe gibt. Die Beantragung eines speziellen Sitzes mit Griffen bei ihrer Krankenkasse ist in Planung, damit B17 eigenständiger auf die Toilette gehen kann.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p>→ <b>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</b><br/>→ <b>SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>B17 gibt an, dass sie Unterstützung benötigt, führt diese allerdings nicht näher aus.<br/>→ <b>SSSK 3.1.2.3 Positive Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>B17 berichtet, dass sie sich bei der zahnärztlichen Person gut aufgehoben fühlt, „[w]eil das ist eine Vertrauensperson, die einem nichts tut.“ (Interview_B17, Pos. 223). Sie begründet diesen Aspekt auf Nachfragen nicht genauer.<br/>→ <b>SSSK 3.1.2.5 Anlässe, Frequenz und Behandlung:</b><br/>B17 nimmt ein zahnärztliches Angebot einmal im Jahr wahr.</p>   |
| <p><b>SK 3.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung:</b><br/>s. HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.3.2 Psychiatrieaufenthalte:</b><br/>Als es ihr sehr schlecht ging, war sie in einer Psychiatrie, „aber das war da nicht so schön.“ (Interview_B17, Pos. 257). Sie möchte die dort gemachten Erfahrungen nicht näher ausführen.</p>  |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 4.3 Eltern und Geschwister</b><br/>→ <b>SSK 4.3.2 Wahrgenommene soziale Kontakte/Beziehungen:</b><br/>B17 berichtet von ihrer Mutter und ihrer Schwester. Das Verhältnis zu ihrer Mutter beschreibt sie als belastend. Sie besucht sie selten, da ihr der Kontakt nicht guttut. Zudem fühlt sie sich von ihrer Mutter zum Teil bevormundet.<br/><b>SK 4.5 Außerfamiliäre rechtliche Betreuung:</b><br/>Aus dem Interview geht hervor, dass B17 eine außerfamiliäre rechtliche Betreuung hat. B17 gibt an, dass diese Person gemeinsam mit einer ärztlichen Person entscheidet, was für B17 gut ist, nicht ihre Mutter.</p>   |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p>---</p>  |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 6.3 Angst vor Diskriminierung/Gewalt:</b><br/>Im Zusammenhang mit der Schutzhose, die B17 tragen muss, berichtet sie, dass sie schon in der Öffentlichkeit gefragt wurde, was sie da „Dickes“ (Interview_B17, Pos. 36) trage und ob sie denn nicht allein auf die Toilette gehen könne. Diese Erfahrungen beschreibt sie als unangenehm.</p>   |

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B17

### **Legende:**

HK = Hauptkategorie   SK = Subkategorie   SSK = Sub-Sub-Kategorie   SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie



## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B18

Tabelle 19: Tabellarische Einzelfallübersicht - B18

| <b>Daten zur Person - B18</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)  |              |                                       |  |
|--|--------------|---------------------------------------|--|
| <b>Geschlecht</b>  | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b> | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |
| männlich   | 27 Jahre     | Leicht                                | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum; Wohndauer: keine Angaben; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von psychiatrischen, psychotherapeutischen, sport-, ergo- und physiotherapeutischen Leistungen |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>   |              | <b>Körperliche ↓</b>                  | <b>Seelische ↓</b>   |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>   |              | Keine Angaben                         | Paranoide Schizophrenie  |
| <b>Quelle: Interview →</b>   |              | Keine Angaben                         | Keine Angaben  |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>   |              |                                       |  |
| Dauer des Interviews: 26 min<br>B18 gibt kurze Antworten und führt seine Perspektive auf Nachfrage meist sehr knapp aus. Das Interview ist daher im Vergleich zu den anderen Interviews relativ kurz.  |              |                                       |  |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |              |                                       |  |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung:</b><br>B18 würde gern noch häufiger für sich selbstständig im Supermarkt einkaufen gehen.   |              |                                       |  |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.4 Aktueller Zustand ist gut:</b><br>B18 gibt an, dass er sehr gesund ist.   |              |                                       |  |
| <b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert:</b><br>B18 berichtet, dass seine Stimmung früher mittelmäßig und aktuell gut ist. Er führt in diesem Zusammenhang seine Partnerin an, die auch in der Einrichtung wohnt, ihm zur Seite steht und ihn unterstützt (s. hierzu auch <i>HK 2. Wohneinrichtung</i> → <i>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</i> → <i>SSK 2.3.2 Bestehende Partnerschaften</i> ).   |              |                                       |  |
| <b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |                                       |  |
| <b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br>B18 führt alle unter SK 2.1 angeführten Tätigkeiten/Aktivitäten eigenständig durch. Der Umgang mit Geld wird nur indirekt (geht ab und zu im Supermarkt einkaufen) und der Aspekt Wäsche waschen nicht thematisiert.  |              |                                       |  |
| <b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br>Im Falle eines Schmerzerlebens gibt B18 an, dass er traurig wird und das Personal anspricht.<br>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br>B18 nimmt drei- bis viermal (?) am Tag Medikamente ein. Sie werden ihm ausgehändigt. Er weiß nicht, was er einnehmen muss. Er hat den Eindruck, dass es ihm durch die Einnahme besser geht.<br>→ <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br>Im Falle einer Verletzung hilft ihm das Personal („Aufpasser“ (Interview B18, Pos. 86)). |              |                                       |  |
| <b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br>→ <b>SSK 2.3.2 Bestehende Partnerschaften:</b><br>B18 hat seit fast einem Jahr eine Partnerin in der Einrichtung. Sie tut ihm gut (s. hierzu auch <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</i> → <i>SSK 1.7.2 Zustand hat sich verbessert</i> ), unterstützt ihn, wenn es ihm emotional nicht gutgeht, oder liest ihm vor.  |              |                                       |  |
| <b>SK 2.8 Freizeitgestaltung und -angebote</b><br>→ <b>SSK 2.8.1 Persönliche Freizeitgestaltung und Hobbies:</b><br>B18 fährt Fahrrad und gibt an, dass ihm die Bewegung guttut.   |              |                                       |  |
| <b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br>B18 berichtet, dass er einmal in der Woche an einem Kochkurs-Angebot teilnimmt.   |              |                                       |  |
| <b>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</b>   |              |                                       |  |

<sup>19</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

|   |
|---|
| <p>B18 teilt ein Zimmer mit einer anderen Person, deren Namen er nicht kennt bzw. während des Interviews nicht benennen kann.<br/>Das Frühstück ist immer um halb acht.</p>   |
| <p><b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>                 → <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>                     → <b>SSSK 3.1.1.1 Selbstständig:</b><br/>                     B18 gibt an, dass er den Mitarbeitenden Bescheid sagt und allein zur ärztlichen Person geht. Der letzte Besuch ist aber schon lange her. Wie er in die Praxis gelangt, benennt B18 nicht.<br/>                 → <b>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</b><br/>                     → <b>SSSK 3.1.2.2 Mit Unterstützung:</b><br/>                     B18 berichtet, dass er zur zahnärztlichen Praxis von einer*m Mitarbeitenden begleitet wird, allerdings nur hingehet, wenn er Schmerzen hat.</p>                            |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>                 → <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>                     → <b>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung:</b><br/>                     Während eines längeren Krankenhausaufenthalts waren B18 Eltern anwesend. Es geht aus den Aussagen nicht deutlich hervor, ob seine Eltern bzw. seine Mutter nur zu Besuch dort waren oder auch unterstützend tätig wurden.<br/>                     → <b>SSSK 3.3.1.2 Besuch:</b><br/>                     s. zuvor (nicht eindeutig zuzuordnen)<br/>                     → <b>SSSK 3.3.1.4 Negative Erfahrungen/Bewertungen:</b><br/>                     B18 berichtet, dass er während des Aufenthaltes traurig war, da er seine Freunde vermisst hat.</p> |
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 4.3 Eltern und Geschwister</b><br/>                 → <b>SSK 4.3.1 Begleitung, Unterstützung und rechtliche Betreuung:</b><br/>                 B18 nennt seine Eltern im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt (s. hierzu <i>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> → <i>SK 3.3 Stationäre Versorgung</i> → <i>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</i> → <i>SSSK 3.3.1.1 Mit Unterstützung</i>), sonst werden sie nicht angesprochen.</p>   |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben:</b><br/>                 B18 berichtet, dass er unter der Woche mit einer*m Kollegen*in zusammen die Brötchen in den einzelnen Wohnbereichen der Einrichtung verteilt.</p>   |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 6.1 Mobilität:</b><br/>                 B18 gibt an, dass er mit dem Fahrrad zum nahegelegenen Supermarkt außerhalb des Einrichtungsgeländes fährt.<br/> <b>SK 6.2 Einkaufen und essen gehen:</b><br/>                 B18 berichtet, dass er sich teilweise etwas zum Essen für die Arbeit in dem Supermarkt kauft (s. zuvor).</p>  |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang F: Tabellarische Einzelfallübersichten - B19

Tabelle 20: Tabellarische Einzelfallübersicht - B19

| <b>Daten zur Person - B19</b><br>(Die Daten basieren auf den Angaben aus dem Datenerhebungsbogen (s. Anhang B) sowie auf den Aussagen der befragten Person im Rahmen des Interviews.)   |              |   |  |   |
|---|--------------|---|--|---|
| <b>Geschlecht</b>   | <b>Alter</b> | <b>Grad der geistigen Behinderung</b>         | <b>Art der Wohnform, Wohndauer und bestehende integrierte Versorgungsangebote</b>  |   |
| männlich  | 54 Jahre     | Leicht  | Wohngruppe in einer Einrichtung mit stationärer Assistenz/Unterstützung im ländlichen Raum (teilt sich ein Doppelzimmer); Wohndauer: keine Angaben; mit integriertem Versorgungsangebot im Rahmen von psychiatrischen, psychotherapeutischen, sport-, ergo- und physiotherapeutischen Leistungen |   |
| <b>Art der Beeinträchtigung/en →</b>  |              | <b>Körperliche ↓</b>                          | <b>Seelische ↓</b>   | <b>Sonstige<sup>20</sup> ↓</b>                      |
| <b>Quelle: Datenerhebungsbogen →</b>  |              | Keine Angaben                                 | Organische Persönlichkeitsstörung  | Keine Angaben                                       |
| <b>Quelle: Interview →</b>  |              | Leidet unter Rückenschmerzen (s. u.a. SK 1.8) | Keine Angaben  | Benötigt eine Fern- und Lesebrille (s. u.a. SK 1.8) |
| <b>Anmerkungen zur Interviewdurchführung</b>  |              |   |  |   |
| Dauer des Interviews: 53 min<br>B19 thematisiert immer wieder bestehende Konflikte (Lärm, Sachbeschädigung, Diebstahl, Wahrung der Privatsphäre) mit direkten Mitbewohnenden der Wohngruppe, Bewohnenden bzw. Kollegen*innen der Einrichtung, die ihn sehr belasten. Er leitet das Interview mit diesem Thema auch ein.   |              |   |  |   |
| <b>HK 1. Person –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |              |   |  |   |
| <b>SK 1.1 Lebensgeschichtliche Erfahrungen</b><br>→ <b>SSK 1.1.2 Kritische Lebensereignisse:</b><br>B19 berichtet, dass seine Eltern krank geworden sind. Zunächst sein Vater, der an Krebs erkrankt ist, dann seine Mutter, die am Rollator gehen musste. B19 berichtet in diesem Zusammenhang, dass ihm seine rechtliche Betreuung unterstellt hat, dass er das Geld seiner Eltern vom Konto abgehoben habe. Schließlich wurde sein Konto gesperrt. Er ist dann in die Einrichtung gekommen. (chronologisch sind die Ereignisse nicht klar einzuordnen → s. folgenden Punkt)<br>→ <b>SSK 1.1.3 Biografische Informationen:</b><br>B19 hat in der Vergangenheit in einer Stadt gewohnt und in einer Werkstätte eines anderen Trägers der Eingliederungshilfe gearbeitet. |              |   |  |   |
| <b>SK 1.4 Persönliches Eigentum:</b><br>B19 besitzt ein eigenes Fahrrad, mit dem er auch zum Interviewtermin kommt. Er bietet an, es der Interviewerin nach dem Gespräch zu zeigen. Er äußert Bedenken, dass es beschädigt oder gestohlen werden könnte (s. hierzu auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen → SSK 2.3.4 Diebstahl und Sachbeschädigung).  |              |   |  |   |
| <b>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</b><br>→ <b>SSK 1.5.2 Wohn- und Lebenssituation</b><br>→ <b>SSSK 1.5.2.1 Selbstbestimmte Lebensführung:</b><br>B19 schmeckt das ausgegebene Essen in der Einrichtung nicht. Er wünscht sich andere Gerichte.<br>→ <b>SSSK 1.5.2.6 Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz:</b><br>B19 gibt mehrmals an, dass das Theater in der Wohngruppe ein Ende haben muss (s. hierzu u.a. auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen → SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren).<br>Er möchte umziehen, damit er seine Ruhe hat.  |              |   |  |   |
| <b>SK 1.6 Einschätzung: körperliche Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.6.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B19 berichtet, dass er körperlich ab und zu etwas Ruhe benötigt und sich schlafen legt, insbesondere nach der Arbeit. Zudem hat er vermehrt Rückenschmerzen, besonders abends.   |              |   |  |   |
| <b>SK 1.7 Einschätzung: seelische und geistige Gesundheit</b><br>→ <b>SSK 1.7.1 Zustand hat sich verschlechtert:</b><br>B19 berichtet, dass sich sein kognitiver Zustand im Vergleich zu früher verschlechtert hat. Er vergisst vermehrt Dinge. Besonders fällt ihm die Verschlechterung auf, wenn es ihm psychisch nicht gut geht.<br>→ <b>SSK 1.7.4 Aktueller Zustand ist tagesformabhängig:</b><br>Die Stimmung von B19 schwankt und ist tagesformabhängig. Am Tag des Interviews „geht es“ (Interview_B19, Pos. 340). B19 weiß nicht, wie es am folgenden Tag sein wird.  |              |   |  |   |
| <b>SK 1.8 Bestehende Beeinträchtigungen und Erkrankungen:</b><br>B19 leidet unter Rückenschmerzen. B19 benötigt eine Fern- und Lesebrille (s. hierzu auch HK 2. Wohneinrichtung → SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen → SSK 2.2.2 Hilfsmittel → SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln).  |              |   |  |   |

<sup>20</sup> „Sonstige“ beinhaltet Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die den anderen Kategorien nicht oder nicht eindeutig zuzuordnen waren, wie z.B. Adipositas und/oder Diagnosen und/oder gesundheitliche Beeinträchtigungen in den Bereichen des Herz-Kreislauf-Systems, der Haut, der Atmung, des Verdauungs- und Harnsystems.

| <b>HK 2. Wohneinrichtung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>  |
|--|
| <p><b>SK 2.1 Alltägliche Lebensführung und Selbstversorgung:</b><br/>B19 führt die unter SK 2.1 aufgeführten Tätigkeiten weitgehend eigenständig durch. Beim Nassrasieren benötigt B19 Unterstützung, damit er sich nicht schneidet. Die Auszahlung eines variierenden Arbeitslohns sowie der Umgang mit Geld werden thematisiert. Es bleibt aber unklar, ob oder inwieweit B19 sein Geld eigenständig verwaltet. B19 wäscht mit personeller Unterstützung seine Wäsche.</p>   |
| <p><b>SK 2.2 Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen</b><br/>→ <b>SSK 2.2.1 Schmerzerleben</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.1.2 Umgang mit Unterstützung:</b><br/>Im Falle von Schmerzen (Kopf, Bauch- oder Rückenschmerzen) sagt B19 sofort dem Personal Bescheid und bekommt Bedarfsmedikation. Gegen seine Rückenschmerzen holt er für die Nacht oftmals Pferdesalbe beim Nachtdienst ab.<br/>→ <b>SSK 2.2.2 Hilfsmittel</b><br/>→ <b>SSSK 2.2.2.1 Arten von Hilfsmitteln:</b><br/>B19 trägt eine Fernsichtbrille und benötigt eine Lesebrille. Die Lesebrille ist aktuell defekt. B19 trägt eine Zahnvollprothese.<br/>→ <b>SSK 2.2.3 Medikation:</b><br/>B19 nimmt dreimal täglich verschreibungspflichtige Medikamente zu sich, die ihm ausgehändigt werden. Er ist froh, dass er nachts nichts einnehmen muss.<br/>→ <b>SSK 2.2.4 Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen:</b><br/>B19 hat aktuell eine Verletzung am Knie und kann daher nicht schwimmen gehen (s. hierzu SK 2.8 <i>Freizeitgestaltung und -angebote</i> → SSK 2.8.2 <i>Freizeitangebote</i>). Mal wechselt er, mal das Personal das Pflaster.</p>   |
| <p><b>SK 2.3 (Mit-)Bewohner*innen</b><br/>→ <b>SSK 2.3.3 Wahrgenommene soziale Stressoren:</b><br/>B19 berichtet von körperlichen Auseinandersetzungen zwischen Bewohnenden, Personen, die nachts an seine Zimmertür klopfen, die nachts auf dem Zimmer rauchen, sodass der Feualarm losgeht oder die während des Essens oder in anderen Situationen laut herumschreien. Zum Teil ist er von dem Verhalten der Bewohnenden sehr irritiert. B19 fühlt sich sehr unwohl (s. hierzu auch folgende SSK) und möchte umziehen, sodass er seine Ruhe hat (s. hierzu auch HK 1. <i>Person</i> → SK 1.5 <i>Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → SSSK 1.5.2.6 <i>Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz</i>). B19 gibt an, dass er das schon mehrmals mit seiner rechtlichen Betreuung (s. hierzu auch HK 4. <i>Familie und externe Unterstützungssysteme</i> → SK 4.5 <i>Außerfamiliäre rechtliche Betreuung</i>) besprochen hat, aber bisher noch nichts passiert sei.<br/>→ <b>SSK 2.3.4 Diebstahl und Sachbeschädigung:</b><br/>Zudem berichtet B19 von Sachbeschädigung und Diebstahl seitens der Bewohnenden der Einrichtung. Er möchte daher einen Mitarbeitenden ansprechen, ob er sein Fahrrad auf den an sein Zimmer angrenzenden Balkon stellen kann. Sein Zimmer ist abschließbar.</p> |
| <p><b>SK 2.5 Mitarbeitende der Wohngruppe</b><br/>→ <b>SSK 2.5.1 Positive Wahrnehmung/Beurteilung:</b><br/>B19 berichtet, dass er mit dem Personal keine Probleme hat.</p>   |
| <p><b>SK 2.7 Integrierte Gesundheitsdienste</b><br/>→ <b>SSK 2.7.3 Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung):</b><br/>B19 berichtet, dass er Sport macht und regelmäßig zum Schwimmen geht. Aktuell muss er allerdings eine Knieverletzung auskurieren.</p>  |
| <p><b>SK 2.9 Förder- und Bildungsangebote:</b><br/>B19 nimmt an einem Wäschetraining und alle vierzehn Tage an einem Kochkurs-Angebot teil.</p>  |
| <p><b>SK 2.10 Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten:</b><br/>Es gibt einen Zeitplan für die Duschbelegung.<br/>B19 wohnt in einem Doppelzimmer. Auf die Frage, ob er sich seinen Zimmernachbarn ausgesucht hat, antwortet er: „Nee, die haben mich da reingesteckt.“ (Interview B19, Pos. 406). Er hat einen eigenen Schlüssel für das Zimmer.</p>  |
| <b>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b>   |
| <p><b>SK 3.1 Ambulante Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.1.1 Besuch einer haus- oder fachärztlichen Praxis</b><br/>→ <b>SSSK 3.1.1.1 Selbstständig:</b><br/>B19 sucht seine hausärztliche Person eigenständig mit dem Linienbus auf.<br/>→ <b>SSK 3.1.2 Besuch einer zahnärztlichen Praxis</b><br/>→ <b>SSSK 3.1.2.1 Selbstständig:</b><br/>Zur zahnärztlichen Praxis ist B19 ebenfalls selbst hingefahren (s. folgende SSSK).<br/>→ <b>SSSK 3.1.2.5 Anlässe, Frequenz und Behandlung:</b><br/>Seitdem B19 eine Zahnvollprothese hat, gibt er an, dass er nicht mehr zur zahnärztlichen Untersuchung muss.</p>   |
| <p><b>SK 3.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung:</b><br/>B19 benötigt unbedingt eine neue Lesebrille. Er gibt an, dass er seine rechtliche Betreuung schon mehrmals darauf angesprochen hat, „[a]ber die treibt sie ja nicht auf.“ (Interview B19, Pos. 438).</p>  |
| <p><b>SK 3.3 Stationäre Versorgung</b><br/>→ <b>SSK 3.3.1 Krankenhausaufenthalte</b><br/>→ <b>SSSK 3.3.1.5 Aufnahmegründe, Aufenthaltsdauer und Sonstiges:</b><br/>B19 gibt an, dass er das letzte Mal im Krankenhaus war, als er noch zu Hause bei seinen Eltern gelebt hat.<br/>↓</p>  |

|   |
|---|
| <p><b>HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>  |
| <p><b>SK 4.5 Außerfamiliäre rechtliche Betreuung:</b><br/>B19 hat eine außerfamiliäre rechtliche Betreuung. Er gibt an, dass sie teilweise schwer telefonisch zu erreichen ist und es immer etwas dauert, bis sie vorbeikommt. Im nächsten Gespräch würde er gern ein weiteres Mal seine Wohnsituation thematisieren (s. hierzu <i>HK 1. Person</i> → <i>SK 1.5 Bedürfnisse, Wünsche und Ziele</i> → <i>SSSK 1.5.2.6 Privatsphäre, Ruhe und Akzeptanz</i>) und zudem die dringend benötigte Lesebrille ansprechen (s. hierzu auch <i>HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung</i> → <i>SK 3.2 Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung</i>).</p>  |
| <p><b>HK 5. Arbeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 5.1 Tätigkeiten und Aufgaben:</b><br/>B19 hat gebeten, schrittweise seine Arbeitszeit erhöhen zu dürfen, da ihm langweilig war. Nun arbeitet B19 ganztags. Auf die Frage, ob B19 die ganztätige Arbeit nun guttut, gibt er an, dass das unterschiedlich sei. Abends ist er von der Arbeit erschöpft.</p> <p><b>SK 5.2 Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte):</b><br/>B19 berichtet von einem Vorfall bei der Arbeit, als ihn ein*e Kollege*in ins Gesicht geschlagen und dabei seine Brille zerbrochen hat.</p> <p><b>SK 5.3 Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte):</b><br/>Wenn B19 einen schlechten Tag hat, sagt er seiner*m Chef*in Bescheid, dass ihn das Kollegium bei der Arbeit in Ruhe lassen soll.</p> <p><b>SK 5.4 Arbeitslohn:</b><br/>B19 berichtet, dass ihm aufgrund eines arbeitsunfallbedingten Ausfalls gleich Arbeitslohn abgezogen wurde, was ihn sehr verärgert hat. Er hat die Situation nachträglich klären können, sodass ihm der ausstehende Lohn schließlich doch noch überwiesen wurde.</p> |
| <p><b>HK 6. Öffentlichkeit –<br/>Zusammenfassende inhaltliche Darstellung der unter dieser Kategorie codierten Textsegmente</b></p>   |
| <p><b>SK 6.1 Mobilität:</b><br/>B19 bewegt sich selbstständig außerhalb des Einrichtungsgeländes mit seinem Fahrrad oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Linienbus) fort.</p>   |

**Legende:**

HK = Hauptkategorie    SK = Subkategorie    SSK = Sub-Sub-Kategorie    SSSK = Sub-Sub-Sub-Kategorie

## Anhang G: Kategoriensystem aus der MAXQDA-Arbeitsdatei

Tabelle 21: Übersicht Kategoriensystem - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei)










| lesystem   | B1  | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |
|--|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
|  Person                                   | 20  | 12 | 14 | 2  | 27 | 27 | 29 | 26 | 32 | 14  | 20  | 11  | 26  | 30  | 18  | 21  | 26  | 3   | 15  | 373   |
|  Wohnrichtung                             | 40  | 24 | 24 | 15 | 48 | 42 | 33 | 33 | 42 | 30  | 36  | 55  | 48  | 39  | 23  | 36  | 28  | 16  | 38  | 650   |
|  Allgemeine Gesundheitsversorgung         | 16  | 18 | 12 | 9  | 3  | 3  | 3  | 1  | 3  | 2   | 1   | 3   | 6   | 17  | 9   | 10  | 7   | 5   | 7   | 135   |
|  Familie u. externe Unterstützungssysteme | 6   | 2  |    |    | 2  |    | 1  |    | 7  |     | 1   | 2   | 1   | 1   | 4   | 2   | 3   | 1   | 4   | 37    |
|  Arbeit                                   | 10  | 1  | 1  | 2  | 1  |    | 1  | 1  | 3  |     |     | 3   | 2   | 2   | 5   | 4   |     | 1   | 7   | 44    |
|  Öffentlichkeit                           | 3   | 1  | 1  |    | 1  |    | 3  | 5  | 2  |     |     |     | 1   | 6   | 6   | 4   | 1   | 2   | 2   | 38    |
|  Ressource/n                              | 5   | 4  |    | 1  | 8  |    |    |    | 5  |     | 1   | 1   | 7   | 4   | 4   | 4   | 1   |     |     | 45    |
|  Barriere/n                               | 9   | 4  | 3  | 2  | 8  | 1  | 3  | 7  | 5  | 3   | 2   | 4   | 12  | 4   | 2   | 3   | 5   |     | 2   | 79    |
|  SUMME                                    | 109 | 66 | 55 | 31 | 98 | 73 | 73 | 73 | 99 | 49  | 61  | 79  | 103 | 103 | 71  | 84  | 71  | 28  | 75  | 1401  |

Tabelle 22: HK 1. Person - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| System   | B1        | B2        | B3        | B4       | B5        | B6        | B7        | B8        | B9        | B10       | B11       | B12       | B13       | B14       | B15       | B16       | B17       | B18      | B19       | SUMME      |
|--|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|
| Person   |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |          |           | 0          |
| Lebensgeschichtliche Erfahrungen               |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |          |           | 0          |
| Positive Erlebnisse                            | 1         |           |           |          | 1         |           |           |           |           |           |           |           |           | 1         |           |           |           |          |           | 3          |
| Kritische Lebensereignisse                     | 1         | 1         | 2         |          | 3         | 1         | 4         | 2         | 5         |           |           |           | 3         | 5         | 4         | 2         | 3         |          | 1         | 37         |
| Biografische Informationen                     | 2         |           | 1         |          | 2         | 5         | 1         | 2         | 3         | 3         | 1         | 2         |           | 1         |           | 1         | 2         |          | 1         | 27         |
| Identität u. Bewältigungskompetenzen           |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |          |           | 0          |
| Positive Überzeugungen                         | 1         |           |           |          | 8         | 5         |           | 3         | 9         |           | 5         | 4         | 9         | 1         | 2         | 2         | 6         |          |           | 55         |
| Negative Überzeugungen                         |           | 1         |           |          | 3         |           | 1         |           |           |           | 2         |           | 2         |           | 1         | 2         |           |          |           | 12         |
| Glaube an Gott                                 |           |           |           |          |           | 6         |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |          |           | 6          |
| Persönliches Eigentum                          | 1         |           | 1         |          |           |           | 2         | 4         |           | 1         | 1         |           |           | 1         |           | 2         |           |          | 2         | 15         |
| Bedürfnisse, Wünsche u. Ziele                  |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |          |           | 0          |
| Person   |           |           |           |          |           | 2         |           |           |           |           | 1         |           |           |           |           | 1         |           |          |           | 4          |
| Wohn- und Lebenssituation                      |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |          |           | 0          |
| Selbstbestimmte Lebensführung                  | 8         |           |           |          |           |           |           | 1         |           | 1         | 1         |           | 2         | 3         |           |           | 2         | 1        | 1         | 20         |
| Personalschlüssel, Zeit u. Unterstützung       | 1         | 1         | 1         |          | 1         |           | 1         | 4         | 1         | 1         | 2         | 1         | 4         | 2         | 1         | 1         | 1         |          |           | 23         |
| Freizeitgestaltung u. Reisen                   | 2         |           |           |          |           |           | 3         | 2         |           | 3         |           | 1         |           |           |           |           |           |          |           | 11         |
| Soziale Kontakte u. Freundschaften             |           |           |           | 1        |           | 1         | 1         |           | 1         |           |           |           |           |           |           |           |           |          |           | 4          |
| Partnerschaft/Heirat                           |           |           |           |          |           |           |           |           | 2         |           |           |           |           | 2         |           |           |           |          |           | 4          |
| Privatsphäre, Ruhe u. Akzeptanz                |           |           |           |          |           |           | 1         |           |           |           |           |           |           | 3         |           |           |           |          | 1         | 5          |
| Bauliche Gegebenheiten                         |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           | 1         |           |           |           |           |          |           | 1          |
| Allgemeine Gesundheitsversorgung               |           |           |           |          |           |           |           | 1         |           |           |           |           |           | 1         |           | 2         |           |          |           | 4          |
| Familienangehörige u. Heimat                   |           |           |           |          |           |           |           |           | 2         |           |           |           |           |           |           | 1         |           |          |           | 3          |
| Einschätzung: körperliche Gesundheit           |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |          |           | 0          |
| Zustand hat sich verschlechtert                | 1         | 4         | 1         | 1        | 1         | 2         | 4         | 2         |           | 2         | 2         |           |           |           |           | 1         |           |          | 2         | 23         |
| Zustand hat sich verbessert                    |           |           | 2         |          | 1         |           |           |           |           |           |           |           |           |           | 1         |           |           |          |           | 4          |
| Zustand ist unverändert                        |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           | 1         |           |           |           |           |          |           | 1          |
| Aktueller Zustand ist gut                      |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           | 2         |           |           | 1         | 1        |           | 4          |
| Einschätzung: seelische u. geistige Gesundheit |           |           |           |          |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |           |          |           | 0          |
| Zustand hat sich verschlechtert                |           | 2         |           |          |           | 1         |           |           |           | 1         |           | 1         |           | 3         |           | 2         |           |          | 2         | 12         |
| Zustand hat sich verbessert                    |           |           | 1         |          | 3         |           |           |           |           |           |           |           | 1         |           | 5         |           | 4         | 1        |           | 15         |
| Zustand ist gleichbleibend gut                 |           | 1         | 2         |          |           |           | 1         |           | 1         | 1         | 2         |           |           |           |           | 1         |           |          |           | 9          |
| Aktueller Zustand ist tagesformabhängig        |           |           |           |          | 1         | 2         | 5         | 1         | 1         |           |           |           | 1         | 3         |           |           |           |          | 2         | 16         |
| Bestehende Beeinträchtigungen u. Erkrankungen  | 2         | 2         | 3         |          | 3         | 2         | 3         | 4         | 9         | 1         | 3         | 2         | 2         | 2         | 4         | 3         | 7         |          | 3         | 55         |
| <b>SUMME</b>                                   | <b>20</b> | <b>12</b> | <b>14</b> | <b>2</b> | <b>27</b> | <b>27</b> | <b>29</b> | <b>26</b> | <b>32</b> | <b>14</b> | <b>20</b> | <b>11</b> | <b>26</b> | <b>30</b> | <b>18</b> | <b>21</b> | <b>26</b> | <b>3</b> | <b>15</b> | <b>373</b> |

Tabelle 23: HK 2. Wohneinrichtung I - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| system   | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Wohneinrichtung                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Alltägl. Lebensführung u. Selbstversorgung       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Essen u. Trinken                                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                                    | 2  | 1  | 2  | 1  | 1  | 2  | 1  | 2  |    | 3   |     |     | 1   | 1   | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 26    |
| Mit Unterstützung                                |    | 1  |    |    |    |    |    |    | 2  | 1   | 1   | 1   |     |     |     |     |     |     |     | 6     |
| An- u. ausziehen, Kleidung aussuchen             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                                    | 1  |    | 2  | 1  |    | 3  | 1  |    |    |     |     |     | 1   | 1   | 1   | 1   |     | 1   | 1   | 14    |
| Mit Unterstützung                                |    | 2  |    |    | 1  |    |    | 1  | 1  | 1   | 1   | 3   | 1   |     |     |     | 2   |     |     | 13    |
| Aufstehen  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                                    | 1  |    | 1  | 1  |    | 1  | 1  | 1  |    |     |     |     |     |     | 1   | 1   |     | 1   | 1   | 10    |
| Mit Unterstützung                                |    |    |    |    | 1  |    | 1  | 1  | 1  | 1   | 2   | 3   | 3   |     | 2   |     | 2   |     |     | 17    |
| Körperpflege u. -hygiene                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                                    | 3  | 1  | 2  | 3  | 1  | 2  | 4  | 2  | 1  | 2   |     |     | 1   | 5   | 2   | 5   |     | 3   | 5   | 42    |
| Mit Unterstützung                                | 2  | 4  |    |    | 5  |    |    | 2  | 4  | 4   | 5   | 8   | 5   | 1   |     |     | 8   |     | 1   | 49    |
| Umgang mit Geld                                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständig                                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     | 1   | 2   |     |     |     | 3     |
| Mit Unterstützung                                | 4  |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 2   |     |     |     |     |     | 6     |
| Umgang unklar                                    |    |    |    |    |    |    | 1  | 2  | 2  |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 2   | 7     |
| Wäsche waschen                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     | 1   | 2     |
| Umgang mit gesundheitsbedingten Anforderungen    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Schmerzerleben                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Selbstständiger Umgang                           |    |    | 1  |    |    |    |    |    |    | 1   | 2   | 2   |     |     |     |     |     |     |     | 6     |
| Umgang mit Unterstützung                         |    | 1  | 1  | 1  |    | 1  | 2  | 1  | 1  | 1   | 2   | 2   | 1   |     | 1   |     | 1   | 1   | 2   | 19    |
| Hilfsmittel                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Arten von Hilfsmitteln                           |    | 2  | 2  |    | 3  | 2  | 1  |    | 2  | 1   | 4   | 7   | 3   | 1   |     |     | 4   |     | 3   | 35    |
| Selbstständiger Umgang                           |    |    |    |    | 3  | 1  | 1  |    |    |     | 2   | 2   | 2   |     |     |     |     |     |     | 11    |
| Umgang mit Unterstützung                         |    | 1  |    |    | 1  |    |    |    | 1  | 3   |     | 6   | 4   |     |     |     |     |     |     | 16    |
| Medikation                                       | 1  | 1  | 2  | 1  | 4  | 1  | 1  | 2  | 3  | 2   | 2   | 2   | 1   | 2   | 4   | 3   | 3   | 1   | 2   | 38    |
| Sonstige akute gesundheitsbedingte Anforderungen | 3  | 2  | 1  | 2  | 3  | 1  | 1  |    | 3  | 2   | 1   | 2   |     | 4   | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   | 30    |
| (Mit-)Bewohner*innen                             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| Bestehende Freund- u. Bekanntschaften            |    | 1  |    | 1  |    | 1  | 1  |    | 2  |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     | 7     |
| Bestehende Partnerschaften                       |    |    |    |    | 1  |    |    |    |    |     | 1   |     |     | 5   |     | 2   |     | 3   |     | 12    |
| Wahrgenommene soziale Stressoren                 | 1  |    | 1  |    | 1  | 2  | 2  |    | 1  |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     | 6   | 15    |
| Diebstahl und Sachbeschädigung                   |    |    |    |    |    |    | 1  |    | 1  |     |     |     |     | 2   |     |     |     |     | 4   | 8     |
| Σ SUMME  | 18 | 17 | 15 | 11 | 25 | 17 | 19 | 14 | 25 | 22  | 23  | 38  | 23  | 25  | 16  | 18  | 23  | 12  | 31  | 392   |



Tabelle 24: HK 2. Wohneinrichtung II - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| system  | B1        | B2       | B3       | B4       | B5        | B6        | B7        | B8        | B9        | B10      | B11       | B12       | B13       | B14       | B15      | B16       | B17      | B18      | B19      | SUMME      |
|---|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|----------|------------|
| Wohneinrichtung   |           |          |          |          |           |           |           |           |           |          |           |           |           |           |          |           |          |          |          | 0          |
| Wohngruppenvertretung                                   | 3         |          | 2        | 1        |           |           |           |           |           |          |           |           |           |           |          | 1         |          |          |          | 7          |
| Mitarbeitende der Wohngruppe                            |           |          |          |          |           |           |           |           |           |          |           |           |           |           |          |           |          |          |          | 0          |
| Positive Wahrnehmung/Beurteilung                        |           |          |          |          | 1         | 11        |           | 2         |           |          |           | 2         |           | 2         | 2        | 3         |          |          | 1        | 22         |
| Negative Wahrnehmung/Beurteilung                        | 4         |          |          |          |           |           |           |           |           |          | 2         |           |           |           |          |           |          |          |          | 6          |
| Wertfreie Aussagen/ambivalente Wahrnehmung              | 3         | 1        |          |          | 1         |           |           |           |           |          | 1         | 2         | 2         |           |          | 1         |          |          |          | 11         |
| Begleitung im Rahmen der Gesundheitsversorgung          |           |          | 3        | 2        | 1         | 3         | 1         | 2         | 3         | 1        | 2         | 2         | 1         | 1         | 1        |           |          |          |          | 23         |
| Fehlende/s Personal/Zeit                                |           | 4        | 2        |          | 5         | 2         |           | 1         |           | 1        | 2         |           | 5         |           |          |           |          |          |          | 22         |
| Integrierte Gesundheitsdienste                          |           |          |          |          |           |           |           |           |           |          |           |           |           |           |          |           |          |          |          | 0          |
| Wahrnehmung medizinischer Versorgungsangebote           |           |          |          |          |           |           |           |           |           |          |           |           |           |           |          |           |          |          |          | 0          |
| Selbstständig   |           |          |          |          | 1         | 2         |           | 1         | 1         |          | 1         | 2         | 1         |           |          |           |          |          |          | 9          |
| Mit Unterstützung                                       |           |          |          |          | 1         | 1         |           | 1         | 1         | 1        | 1         | 1         | 1         |           |          |           |          |          |          | 7          |
| Positive Erfahrungen/Bewertungen                        |           |          |          |          | 2         | 2         | 1         | 1         | 1         | 1        |           | 1         | 2         |           |          |           |          |          |          | 11         |
| Negative Erfahrungen/Bewertungen                        |           |          |          |          |           |           |           |           |           |          |           |           | 2         |           |          |           |          |          |          | 2          |
| Behandlungsabläufe, Versorgungsstrukturen u. Sonstiges  |           |          |          |          | 2         | 1         | 1         |           | 1         |          | 1         |           |           |           |          |           |          |          |          | 6          |
| Wahrnehmung zahnärztlicher Versorgungsangebote          |           |          |          |          |           |           |           |           |           |          |           |           |           |           |          |           |          |          |          | 0          |
| Selbstständig   |           |          |          |          |           |           | 1         | 1         |           |          |           |           | 1         |           |          |           |          |          |          | 3          |
| Mit Unterstützung                                       |           |          |          |          | 1         | 1         |           | 1         | 1         | 1        | 1         | 1         | 1         |           |          |           |          |          |          | 8          |
| Positive Erfahrungen/Bewertungen                        |           |          |          |          | 1         |           |           |           |           |          |           | 1         | 1         |           |          |           |          |          |          | 3          |
| Negative Erfahrungen/Bewertungen                        |           |          |          |          |           |           |           |           |           |          |           | 1         |           |           |          |           |          |          |          | 1          |
| Behandlungsanlässe, -abläufe u. Sonstiges               |           |          |          |          |           | 1         | 1         | 3         | 1         | 1        |           |           | 1         |           |          |           |          |          |          | 8          |
| Integrierte Therapieangebote (Heilmittelversorgung)     |           |          |          |          | 3         |           |           | 1         | 1         | 1        |           | 2         | 3         |           | 1        |           | 2        |          | 1        | 15         |
| Integr. psychiatrische u. psychotherapeutische Angebote |           |          |          |          | 1         |           | 1         | 1         |           |          | 1         |           | 2         | 2         | 1        | 2         | 1        |          |          | 10         |
| Freizeitgestaltung u. -angebote                         |           |          |          |          |           |           |           |           |           |          |           |           |           |           |          |           |          |          |          | 0          |
| Persönliche Freizeitgestaltung u. Hobbies               | 2         |          |          | 1        | 1         |           | 2         | 2         |           | 1        | 1         |           | 1         | 1         | 2        | 1         |          | 1        |          | 16         |
| Freizeitangebote  | 2         |          |          |          |           |           |           | 1         |           |          |           | 2         | 1         | 2         |          | 5         |          |          |          | 13         |
| Urlaub u. Reisen  | 1         |          | 1        |          |           |           | 2         | 2         |           |          |           |           |           | 1         |          |           |          |          |          | 7          |
| Förder- und Bildungsangebote                            | 3         | 1        |          |          | 2         | 1         | 2         | 1         | 2         |          | 1         | 1         |           | 3         |          | 3         | 1        | 1        | 2        | 24         |
| Räumliche, bauliche und organisatorische Gegebenheiten  | 2         | 1        |          |          |           |           | 2         | 1         | 2         |          |           |           |           | 4         |          | 1         | 1        | 2        | 3        | 19         |
| Sonstiges zur aktuellen Wohnsituation                   | 2         |          | 1        |          |           |           |           |           | 1         |          |           |           |           |           |          | 1         |          |          |          | 5          |
| <b>SUMME</b>  | <b>22</b> | <b>7</b> | <b>9</b> | <b>4</b> | <b>23</b> | <b>25</b> | <b>14</b> | <b>19</b> | <b>17</b> | <b>8</b> | <b>13</b> | <b>17</b> | <b>25</b> | <b>14</b> | <b>7</b> | <b>18</b> | <b>5</b> | <b>4</b> | <b>7</b> | <b>258</b> |

Tabelle 25: HK 3. Allgemeine Gesundheitsversorgung - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| system   | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |     |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|
| ○ Allgemeine Gesundheitsversorgung               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 0   |
| ▼ ○ Ambulante Versorgung                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 0   |
| ▼ ○ Besuch einer haus- o. fachärztlichen Praxis  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 0   |
| ○ Selbstständig                                  | 3  | 2  |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 3   | 1   | 2   |     |     |     | 2     | 13  |
| ○ Mit Unterstützung                              |    |    | 3  | 2  |    |    |    | 1  |    |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |       | 7   |
| ○ Positive Erfahrungen/Bewertungen               | 1  | 2  | 2  | 1  |    |    |    |    |    |     |     |     | 1   | 1   |     | 1   |     |     |     |       | 9   |
| ○ Negative Erfahrungen/Bewertungen               |    | 2  |    |    |    |    |    |    | 2  |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     |     |       | 5   |
| ○ Behandlungsanlässe u. -abläufe                 | 2  |    |    | 1  |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     | 1   | 1   | 1   |     |       | 6   |
| ▼ ○ Besuch einer zahnärztlichen Praxis           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 0   |
| ○ Selbstständig                                  | 3  | 1  |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 1     | 5   |
| ○ Mit Unterstützung                              |    | 1  | 2  | 1  |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 1   | 2   |     | 2   | 1   |     |       | 10  |
| ○ Positive Erfahrungen/Bewertungen               |    |    |    | 1  |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 2   | 1   |     |     |     |     |       | 4   |
| ○ Negative Erfahrungen/Bewertungen               |    |    | 3  |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     | 2   |     |     |     |       | 5   |
| ○ Anlässe, Frequenz u. Behandlung                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     | 1   |     | 2   |     | 1   |       | 4   |
| ○ Psychotherapie                                 | 1  |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 1   |
| ○ Auswahl der ärztlichen Personen                | 1  | 3  | 2  |    |    |    |    |    |    |     |     |     | 1   | 1   |     |     |     |     |     |       | 7   |
| ○ Arznei-, Heil- u. Hilfsmittelversorgung        |    | 3  |    |    | 2  |    | 1  |    |    |     | 1   |     |     | 1   |     |     | 1   |     | 2   |       | 11  |
| ▼ ○ Stationäre Versorgung                        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 0   |
| ▼ ○ Krankenhausaufenthalte                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 0   |
| ○ Mit Unterstützung                              | 2  | 1  |    |    | 1  | 1  | 1  |    | 1  |     |     | 1   | 1   | 1   | 1   | 1   |     |     |     |       | 12  |
| ○ Besuch   | 1  | 2  |    | 1  |    | 1  |    |    |    |     |     |     |     | 1   |     |     |     |     | 1   |       | 7   |
| ○ Positive Erfahrungen/Bewertungen               |    |    |    |    |    | 1  |    |    |    | 1   |     |     |     | 2   |     |     |     |     |     |       | 5   |
| ○ Negative Erfahrungen/Bewertungen               |    |    |    | 1  |    |    | 1  |    |    |     |     |     |     | 3   |     | 2   |     | 1   |     |       | 8   |
| ○ Aufnahmegründe, Aufenthaltsdauer und Sonstiges | 2  | 1  |    | 1  |    |    |    |    |    | 1   |     | 1   | 2   | 1   | 2   | 1   |     | 1   | 1   |       | 14  |
| ○ Psychiatrieaufenthalte                         |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     | 1   |     | 1   |     |     |       | 2   |
| Σ SUMME  | 16 | 18 | 12 | 9  | 3  | 3  | 3  | 1  | 3  | 2   | 1   | 3   | 6   | 17  | 9   | 10  | 7   | 5   | 7   |       | 135 |

Tabelle 26: HK 4. Familie und externe Unterstützungssysteme - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| system  | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |    |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|----|
| Familie u. externe Unterstützungssysteme          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 0  |
| Freund- u. Bekanntschaften (extern)               |    |    |    |    |    |    |    |    | 1  |     | 1   | 1   |     | 1   |     |     |     |     |     |       | 4  |
| Partnerschaft (extern)                            | 4  |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 4  |
| Eltern und Geschwister                            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 0  |
| Begleitung, Unterstützung u. rechtliche Betreuung |    | 2  |    |    | 2  |    |    |    | 3  |     |     | 1   | 1   |     |     |     |     |     | 1   |       | 10 |
| Wahrgenommene soziale Kontakte/Beziehungen        | 1  |    |    |    |    |    |    |    | 2  |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 2   |       | 5  |
| Sonstige Familienangehörige                       | 1  |    |    |    |    |    | 1  |    | 1  |     |     |     |     |     | 3   | 1   |     |     |     |       | 7  |
| Außerfamiliäre rechtliche Betreuung               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     | 1   | 1   | 1   |     |     | 4     | 7  |
| SUMME   | 6  | 2  | 0  | 0  | 2  | 0  | 1  | 0  | 7  | 0   | 1   | 2   | 1   | 1   | 4   | 2   | 3   | 1   | 4   |       | 37 |

Tabelle 27: HK 5. Arbeit - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| system   | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |    |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|----|
| Arbeit   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |       | 0  |
| Tätigkeiten u. Aufgaben                            | 1  |    |    | 1  | 1  |    | 1  |    |    |     |     |     |     | 1   | 3   | 2   |     | 1   | 2   |       | 13 |
| Kollegium (Beschäftigte der Arbeitsstätte)         | 1  |    |    | 1  |    |    |    |    | 2  |     |     | 1   | 1   |     |     |     |     |     |     | 3     | 9  |
| Personal (Mitarbeitende der Arbeitsstätte)         | 4  | 1  |    |    |    |    |    |    |    |     |     | 1   | 1   |     | 1   |     |     |     |     | 1     | 9  |
| Arbeitslohn  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     | 1   | 1   | 1   |     |     |     | 1     | 4  |
| Veranstaltungen u. Projekte über die Arbeitsstätte | 2  |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     | 1   |     |     |     |       | 3  |
| Sonstige Rahmenbedingungen                         | 2  |    | 1  |    |    |    |    | 1  | 1  |     |     | 1   |     |     |     |     |     |     |     |       | 6  |
| SUMME  | 10 | 1  | 1  | 2  | 1  | 0  | 1  | 1  | 3  | 0   | 0   | 3   | 2   | 2   | 5   | 4   | 0   | 1   | 7   |       | 44 |

Tabelle 28: HK 6. Öffentlichkeit - Anzahl der codierten Textsegmente nach Kategorien und Dokumenten (Auszug aus dem Code-Matrix-Browser der MAXQDA-Arbeitsdatei)

| system                             | B1 | B2 | B3 | B4 | B5 | B6 | B7 | B8 | B9 | B10 | B11 | B12 | B13 | B14 | B15 | B16 | B17 | B18 | B19 | SUMME |
|------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| ☉ Öffentlichkeit                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0     |
| ☉ Mobilität                        | 3  | 1  |    |    | 1  |    | 1  | 1  | 1  |     |     |     | 1   | 3   | 5   | 2   |     | 1   | 2   | 22    |
| ☉ Einkaufen u. essen gehen         |    |    | 1  |    |    |    | 2  | 3  | 1  |     |     |     |     | 2   | 1   | 2   |     | 1   |     | 13    |
| ☉ Angst vor Diskriminierung/Gewalt |    |    |    |    |    |    |    | 1  |    |     |     |     |     | 1   |     |     | 1   |     |     | 3     |
| Σ SUMME                            | 3  | 1  | 1  | 0  | 1  | 0  | 3  | 5  | 2  | 0   | 0   | 0   | 1   | 6   | 6   | 4   | 1   | 2   | 2   | 38    |

**Anhang H und I: USB-Stick mit der MAXQDA-Arbeitsdatei inklusive Codebuch (s. Ordner „Anhang H“) sowie den Interviewtranskripten (s. Ordner „Anhang I“)**

