

Projektbericht



Projektdach 2 Inklusive Arbeitswelten



Projektgruppe 2.1 Pflege bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in außerschulischen Kontexten



Projektjahr 2017 / 2018



Lehrende: Dr. Gwendolin Bartz, Dipl. Päd. Heike Bücheler



Abgabedatum: 11.07.2018



Forschungsfrage: Haben Pflegesituationen und -strukturen Einfluss auf die selbstbestimmte Freizeitgestaltung in Wohneinrichtungen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung?



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Freizeitmodell nach Opaschowski (eigene Darstellung nach Opaschowski, 1987)	12
Abbildung 2 Selbstbestimmtes Leben aus anthropologischer Sicht (eigene Darstellung nach Hahn, 2000)	14
Abbildung 3 Verlauf der Forschungsmethodik (eigene Darstellung)	22
Abbildung 4 Transkriptionsregeln (eigene Darstellung nach Kuckartz, 2016).....	26
Abbildung 5 Phasen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (eigene Darstellung nach Kuckartz, 2016).....	27
Abbildung 6 Meilensteinplan (eigene Darstellung).....	59
Abbildung 7 Organigramm (eigene Darstellung).....	67
Tabelle 1 Die vier Zieldimensionen und die SMART Regel, eigene Darstellung	57
Tabelle 2 Operationalisierung der Zielelemente, eigene Darstellung.....	57
Tabelle 3 Strukturplan (eigene Darstellung)	60
Tabelle 4 Definition der Arbeitspakete (eigene Darstellung).....	62
Tabelle 5 Vorgangsliste (eigene Darstellung)	63
Tabelle 6 Kostenanalyse (eigene Darstellung)	64
Tabelle 7 Stakeholderanalyse (Darstellung nach Bea et al (2011, S.103)).....	66
Tabelle 8 Erkenntnisse aus den Toolboxen (eigene Darstellung).....	69
Tabelle 9 Verantwortung für die Richtigkeit der Quellen (eigene Darstellung).....	77

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	5
2 Problemlage.....	6
3 Fragestellung, Erkenntnisinteresse und Ziele.....	10
4 Theoretische Fundierung.....	11
4.1 Freizeit.....	11
4.2 Selbstbestimmung.....	13
4.3 Wohneinrichtung.....	15
4.4 Pflege.....	16
4.5 Pflegestruktur.....	19
5 Projektmethodik.....	21
5.1 Stichprobe.....	21
5.2 Methodenauswahl.....	22
5.3 Auswertungsmethode.....	26
6 Projektergebnisse.....	28
6.1 Kategorie: Freizeit.....	29
6.2: Kategorie: Wohneinrichtung.....	31
6.3 Kategorie: Tagesablauf.....	32
6.4 Kategorie: Pflege.....	35
6.5 Kategorie: Medizin.....	38
6.6 Kategorie: Mitarbeiter_innen.....	40
6.7: Kategorie: Soziale Kontakte.....	43
6.8 Kategorie: Termine.....	44
6.9 Kategorie: Mobilität und Begleitung.....	45

6.10 Kategorie: Weitere wichtige Aussagen	46
6.11 Nicht gefüllte Kategorien.....	47
7 Handlungsempfehlung.....	48
8 Evaluation und Reflexion	50
8.1 Beantwortung der Frage	50
8.2 Bewertung und Reflexion der Ergebnisse.....	51
8.3 Bewertung der Projektziele	54
9. Ausblick	55
10 Projektmanagement.....	56
10.1 Projektziele	56
10.2 Verlauf	58
10.3 Organisation	64
10.4 Beurteilung und Reflexion.....	69
11. Literaturverzeichnis.....	71
12. Zuständigkeitenlisten	76

1 Einleitung

Im Rahmen des Bachelorstudienganges der Rehabilitationspädagogik an der Technischen Universität Dortmund absolvieren die Student_innen ein zehn monatiges Projektstudium, welches eine intensive Auseinandersetzung mit einem wissenschaftlichen Projekt ermöglicht. Die elf Mitglieder der Projektgruppe 2.1 erarbeiten in einem Zeitraum von zehn Monaten ein eigenes Projekt zum Thema: „Pflege bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in außerschulischen Kontexten“. Die Aufgaben erstrecken sich von der Entwicklung einer Fragestellung, über die Planung des Forschungsdesigns, bis zur Abgabe und Ergebnispräsentation. Der folgende Projektbericht stellt den Verlauf und die Ergebnisse des Projektes zusammen und bezieht sich hier vorwiegend auf die Forschung.

Zu Beginn des Berichtes werden im zweiten Kapitel Problemlagen aufgezeigt, welche die Relevanz dieses Forschungsbeitrages unterstreichen. Hierbei werden gesamtgesellschaftliche Prozesse, wie der demographische Wandel, betrachtet. Es wird auf die Situation von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung eingegangen. Hierbei werden Bereiche der Pflege und der Selbst- und Fremdbestimmung betrachtet. Das Erkenntnisinteresse, die Ziele der Forschung und die Fragestellung werden im dritten Kapitel erörtert. Die Fragestellung, unter der diese Forschung stattgefunden hat, lautet: *Haben Pflegesituationen und -strukturen Einfluss auf die selbstbestimmte Freizeitgestaltung in Wohneinrichtungen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung?* Die theoretischen Grundlagen, welche die Basis der Fragestellung bilden, werden im vierten Kapitel dargelegt. Die Thematiken Freizeit, Selbstbestimmung, Wohneinrichtung und Pflege werden durch einschlägige Theorien erläutert. Im fünften Kapitel (Projektmethodik) wird näher auf den Aufbau der Interviews und auf die Wahl der Forschungs- und Auswertungsmethoden eingegangen. Die Forschungs- und Auswertungsmethodik wird erläutert. In diesem Kapitel befinden sich Informationen über die Forschung mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Die Ergebnisse der Forschung werden im sechsten Kapitel dargestellt. Hier werden die verschiedenen Kategorien aus der Auswertung zusammenfassend vorgestellt. Es wird deutlich, welche Informationen in den Interviews enthalten sind. Die Meinungen der Bewohner_innen werden hier umfassend dargestellt. Es gibt einen Einblick in das

Material unserer Forschung. Eine Handlungsempfehlung befindet sich im siebten Kapitel. Hier wurden die Materialien ausgearbeitet. Sie ist das zentrale Produkt, welches durch unsere Forschung entstanden ist. Es gibt konkrete Empfehlungen für die Kooperationseinrichtungen und alle Interessent_innen. Abschließend erfolgt im achten Kapitel die Evaluation und Reflexion der Forschungsarbeit und die Beantwortung der Fragestellung. Hier werden die Ergebnisse zusammenfassend betrachtet und in einen Gesamtzusammenhang gesetzt. Das neunte Kapitel enthält den Ausblick und Inspirationen für weitere Forschung. Um den internen Ablauf und die Entwicklung des Projektes und der Projektgruppe zu verstehen, wird im zehnten Kapitel das Projektmanagement dargestellt. Damit beinhaltet dieser Bericht zusätzlich zur Darstellung der erfolgten Forschung eine Erörterung des Gruppenprozesses. Dieser Teil befindet sich am Ende des Berichts, damit der Forschungsprozess klar getrennt von den Projektgruppen internen Strukturen und Abläufen betrachtet werden kann. Dieser Teil richtet sich besonders an Leser_innen, die sich für einen beispielhaften Verlauf des Projektstudiums interessieren.

2 Problemlage

Die anfängliche Literaturrecherche ergab, dass nur wenig Forschung zu den Zusammenhängen von Pflege und intellektueller Beeinträchtigung existiert. Unter Berücksichtigung des demographischen Wandels lässt sich eine zunehmende Relevanz dieser Thematik feststellen. Eine weitere Problemlage besteht darin, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung häufig die Fähigkeit zu selbstbestimmten Entscheidungen abgesprochen wird (Speck, 2001). Nach Keeley (2015) findet sich das in der Forschung wieder. Es wird meist nicht mit den Menschen mit Behinderung, sondern über sie gesprochen. Diese Problemlagen werden folglich genauer ausgeführt.

Im Bereich der Pflege lassen sich die Auswirkungen des demographischen Wandels beobachten. Der Anteil der älteren Menschen, die versorgungsbedürftig sein können, wird zukünftig wachsen. Das Risiko auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, steigt mit zunehmendem Alter. Zum Beispiel wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Beeinträchtigungen (Pfaff, 2008). Der wenig erforschte Bereich der Pflege im

Zusammenhang mit intellektueller Beeinträchtigung stellt durch diesen Prozess ein relevantes Forschungsgebiet dar. Im Vorwort zu Köhnkes Werk „Alt und Behindert“ äußern sich Lampart und Klingholz (2009) wie folgt:

In den vergangenen Jahrzehnten ist die Lebenserwartung der Menschen mit Behinderung deutlich angestiegen, und sie wird sich vermutlich zukünftig weiter der allgemeinen Lebenserwartung annähern. In dieser positiven Entwicklung spiegeln sich die verbesserten Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung und ihre fortschreitende Integration in die Gesellschaft wieder (S. 4).

Die Autorin Ylva Köhnke (2009) stellt heraus, dass sich der Unterstützungsbedarf durch die demographischen Veränderungen erhöht. Sie weist darauf hin, dass mehr als ein Drittel der über 85-jährigen Altersdemenz aufweisen. Sie bilden, nach dem Personenkreis mit einer langjährigen Behinderung, in Zukunft eine weitere große unterstützungs- und pflegebedürftige Personengruppe. Es handelt sich um eine Bevölkerungsgruppe, deren Lebenserwartung und somit der zusätzliche Pflegebedarf steigt. In dem Zusammenhang wird im Vorwort des Werkes von Lampart und Klingholz (2009) darauf hingewiesen, dass die Pflege- und Unterstützungsbedarfe von Demenzpatienten und Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung vergleichbar sind. Die Anbieter und Behörden in der Behinderten- und Altenhilfe wissen zwar um die ansteigenden Zahlen, sie sind aber nicht ausreichend vorbereitet. Es lässt sich schlussfolgern, dass die Pflege im Bereich der Behindertenhilfe zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Eine weitere Problemlage ist die von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung erfahrene Fremd- und Selbstbestimmung. Menschen, die intellektuell beeinträchtigt sind, wird oftmals zugeschrieben, dass sie nicht im Stande sind für sich selbst Entscheidungen zu treffen (Speck, 2001). Heutzutage wird der veralteten Ansicht die Theorie der „multiplen Intelligenz“ (Speck, 2001, S. 21) entgegengestellt. Nach dieser Theorie von Speck (2001) ist davon auszugehen, dass sich eine „linguistische, musikalische, eine logische mathematische, eine räumliche, eine körperlich-kinästhetische und zwei personale Intelligenzen unterscheiden“ (S. 21). Die Theorie besagt,

dass viele Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ein größeres Potenzial besitzen und dieses mit Hilfe hervorbringen könnten. Speck schlussfolgert, dass Aussagen über die Unfähigkeit von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, Selbstständigkeit zu entwickeln, unhaltbar sind. „Es gibt vielmehr genügend Grund zu der Annahme, daß zahlreiche der geistig behinderten Menschen als irreversibel zugeschriebenen Verhaltensauffälligkeiten auf eine übergroße soziale Abhängigkeit und ein entmündigendes Aufdrängen von Hilfe zurückzuführen sind [...]“ (Speck, 2001, S. 21). Die Autoren Schwalb und Theunissen (2009) erläutern, dass mit der beginnenden Inklusion ein sogenanntes Autonomie-Modell gefordert wird, das sich auf die Menschen- und Bürgerrechte behinderter Menschen bezieht. In dem Modell geht es im Sinne von Empowerment darum, die vorhandenen Machtstrukturen grundlegend zu ändern und Zuständigkeiten zu tauschen. Menschen mit Behinderung sollen selbst entscheiden können, was für sie gut, sinnvoll oder hilfreich ist und als Experten in eigener Sache angesehen werden (Schwalb & Theunissen, 2009, S. 12).

Nach Bolz (2016) herrscht in vielen Einrichtungen des Pflegebereichs eine paternalistische Einstellung, obwohl der Selbstbestimmungsbegriff, zumindest in der Öffentlichkeit, eine hohe Relevanz innehat. Unter Paternalismus wird ein Konzept verstanden, dass nach Kulig (2007) auf „vormundschaftlichen Prinzipien“ (S.251) basiert. Hierbei entscheidet eine Person A über Person B (beispielsweise einen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung). Diese Entscheidung geschieht zum Wohle von Person B und wird gegen ihren Willen durchgesetzt (Kulig, 2007). Eine beispielhafte Frage in diesem Pflegebereich wäre, ob die Patient_innen sich selbstständig waschen oder gewaschen werden möchten (Bolz, 2016).

Die Selbst- und Fremdbestimmung ist in der Forschung mit Menschen mit Behinderung ein zentraler Bestandteil. Caren Keeley (2015) stellt in ihrem Aufsatz über qualitative Forschung mit Menschen mit geistiger Beeinträchtigung die Notwendigkeit heraus, diese mit einzubeziehen. Sie benennt die Problematik, dass dies häufig nicht geschieht:

Forschung zum Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung ist in erster Linie immer noch eine Forschung über sie. Auch wenn im Sinne erfolgreicher Partizipation die Teilhabe dieser Personengruppe unabdingbar erscheint, fehlt es an forschungstheoretischen und methodischen Überlegungen, die die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung in den Fokus nehmen und entsprechende Handlungsmöglichkeiten entwickeln (Keeley, 2015, S. 108).

Keeley (2015) stellt heraus, dass es zunehmend mehr Studien gibt, die sich auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beziehen. Wie dem Zitat zu entnehmen ist, wird hierbei meist über die Menschen statt mit ihnen gesprochen. Oftmals finden standardisierte Interviews oder Befragungen mit standardisierten Fragebögen statt, wobei dritte einbezogen werden. Der im Gesetz verankerte Leitgedanke von Partizipation und Teilhabe würde den Betroffenen die Möglichkeit zur Meinungsäußerung geben. In Bezug auf solche Forschungsinhalte ist es nötig, die Betroffenen selbst zu befragen. (Keeley, 2015). Die Autoren Janz und Terfloth (2009) führen folgende Gründe auf, warum Menschen mit Behinderung nicht direkt in die Forschung einbezogen werden:

Die Heterogenität dieses Personenkreises, gepaart mit den oftmals auftretenden Verständigungsproblemen erschwert den Einsatz von quantitativen Methoden und die Einbeziehung großer Stichproben. Dies mag ein Grund dafür sein, dass qualitativen Methoden häufig der Vorzug gegeben wird, oder sogar dafür die subjektive Sichtweise dieses Personenkreises außer Acht zu lassen (Janz und Terfloth, 2009, S. 11).

Es ist es unverzichtbar Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung einzubeziehen, wenn es sich bei der Forschung um subjektive Sichtweisen oder lebensweltliche Aspekte handelt (Keeley, 2009). Eine erschwerte Datenerhebung darf kein Hindernis darstellen, sondern muss als Herausforderung betrachtet werden, die Personengruppe an subjektiver Forschung teilhaben zu lassen und die nötigen forschungsmethodischen Möglichkeiten zu stellen (Keeley, 2009). Menschen mit Behinderung wurde es lange Zeit verwehrt, aktiv an Forschungsprozessen teilzunehmen. Inzwischen

werden sie international als „Experten ihres Alltags“ (Seifert, 2009, S. 73) angesehen. Hierbei ist jedoch die Möglichkeit zur Kommunikation bei der Forschung eine Grundvoraussetzung (Seifert, 2009). Für das Forschungsprojekt ergibt sich die Aufgabe, eine methodische Lösung zu finden. Wie genau diese Lösung aussieht wird im fünften Kapitel Projektmethodik dargelegt.

Bei der Auseinandersetzung mit den Thematiken „Pflege“ und „intellektuelle Beeinträchtigung“ hat sich herausgestellt, dass viel Literatur zu finden ist, wenn separat nach beiden Schlagworten gesucht wird. Jedoch fällt die Literaturrecherche überschaubar aus, wenn gezielt nach der Thematik gesucht wird und beide Begrifflichkeiten verbunden werden. Auf die genaue Fragestellung, die sich aus der ersten Literaturrecherche ergeben hat, wird im nachfolgenden Kapitel eingegangen.

3 Fragestellung, Erkenntnisinteresse und Ziele

Um auf die herausgearbeiteten Problemlagen einzugehen, wurde folgende Fragestellung entwickelt: *Haben Pflegesituationen und –strukturen Einfluss auf die selbstbestimmte Freizeitgestaltung in Wohneinrichtungen?* Die einzelnen Komponenten der Fragestellung werden im vierten Kapitel beschrieben und analysiert.

Die Forschung kann bestehende Probleme ausfindig machen, darauf hinweisen sowie Lösungsmöglichkeiten aufzeigen. Dies kann durch Forschung gelingen, die sich an die Betroffenen selbst wendet. Wie zuvor dargestellt, werden Studien häufig über Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung geführt anstatt mit ihnen. Die Meinung oder Position der Betroffenen bleibt außen vor. Das Erkenntnisinteresse liegt in der Meinung der Bewohner_innen.

Ziel der Studie ist es einen Forschungsbeitrag für die Praxis zu leisten, das heißt adäquate Forschungsmethoden zu finden, Forschungslücken zu füllen und produktive Zusammenarbeiten mit Kooperationspartnern durchzuführen und auf mögliche Problemlagen aufmerksam zu machen, Tipps für Kooperationseinrichtungen zu erarbeiten und eine Grundlage für weitere Forschungen zu schaffen.

4 Theoretische Fundierung

Um die genannte Fragestellung zu erläutern, werden zunächst die theoretischen Bezüge der Fragestellung definiert. Sie geben einen Einblick in die Felder der Freizeit, des Wohnens, der Pflege und der Selbstbestimmung. Das hier verwendete Verständnis von Freizeit bezieht sich auf das Modell von Opaschowski (1990). Im Abschnitt Wohneinrichtung wird die Bedeutung der Wohneinrichtung für den Hintergrund dieser Studie deutlich. Es werden Bezüge zu der Thematik der Freizeit und der Selbstbestimmung erläutert. Das Kapitel zum Thema Pflege beginnt mit einer Definition nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO), anschließend findet eine Auseinandersetzung mit dem Pflegeverständnis statt, die verdeutlicht, wie vielseitig Pflege verstanden werden kann. Um das Pflegeverständnis im Gesetz darzustellen, werden relevante gesetzliche Grundlagen des Sozialgesetzbuches (SGB) genannt. Das letzte Kapitel der theoretischen Bezüge befasst sich mit der Selbstbestimmung. Es bezieht sich auf das Modell der Selbstbestimmung nach Hahn (2000), welches die Balance zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit beschreibt.

4.1 Freizeit

Als Grundlage zur Bestimmung des Freizeitbegriffs kategorisiert Opaschowski (1990) den Freizeitbegriff in vier verschiedene und grundlegende Phasen. Dies trägt zum Verständnis der drei verschiedenen Zeitabschnitte des Modells bei. Die vier Phasen beschreiben die Entwicklung des Begriffs von Anfang der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. In den 50ern hat Freizeit die Funktion sich nach langer und getaner Arbeit auszuruhen und zu erholen. (Markowitz & Cloerkes, 2000) In den 60ern und 70ern fokussiert Freizeit sich mehr auf eine gesellschaftliche Ebene. Der Konsumgenuss und die damit verbundene Selbstdarstellung galten als wesentlicher Bestandteil der freien Zeit. Im folgenden Jahrzehnt galten „die Bedürfnisse des gemeinsamen Erlebens und der Entwicklung eines eigenen Lebensstils“ (Markowitz & Cloerkes, 2000, S.10) als bestimmend für die Freizeit. Ab den 90ern wird die Zeitspanne, in der die freie Zeit erlebt wird, als ein Ort der Ruhe und inneren Stille angesehen. Zu diesem Zeitpunkt entwickelt sich eine Wechselwirkung zwischen

Selbstbestimmung und Freizeit, die eine neue Sicht auf das Ausleben der freien Zeit und die damit einhergehenden positiven Veränderungen der Lebensqualität voraussetzt (Markowitz & Cloerkes, 2000).

Diese einschneidende Veränderung definiert Opaschowski als Positive Freizeit (Opaschowski, 1987). Freie Zeit wird nicht mehr durch die verschiedenen Tätigkeiten der Arbeit, wie beispielsweise durch die Vorbereitung auf den nächsten Arbeitstag oder Nacharbeitung nicht abgeschlossener Aufgaben beeinflusst. Die hier genannte Positive Freizeit beruht auf der freien und bewussten Selbstbestimmung und -gestaltung der Zeit, die nicht abhängig von Verpflichtungen ist. Ziel ist es, „die Spaltung der menschlichen Existenz in Arbeit und Freizeit tendenziell aufzuheben und zu einem ganzheitlichen Lebenskonzept zurückzufinden“ (Opaschowski, 1994, zitiert nach Markowitz & Cloerkes, 2000, S. 11). Der Perspektivwechsel des Phänomens wirkt sich somit auf das Handeln jedes einzelnen Menschen aus. Die Selbstentscheidung ist der Schlüssel zur Freizeitgestaltung. Dadurch entsteht bei der Entwicklung oder Auswahl individueller Aktivitäten ein viel breiterer und vielfältigerer Handlungsspielraum (Opaschowski, 1987). Opaschowski entwickelte auf dieser Grundlage ein Modell des Freizeitbegriffes mit drei verschiedenen Arten von Zeitabschnitten (siehe Abb. 1). Diese sind abhängig bzw. bestimmt von der eigenen zeitlichen Verfügbarkeit und beeinflusst durch individuelle Wahl-, Entscheidungs- und Handlungsfreiheit.

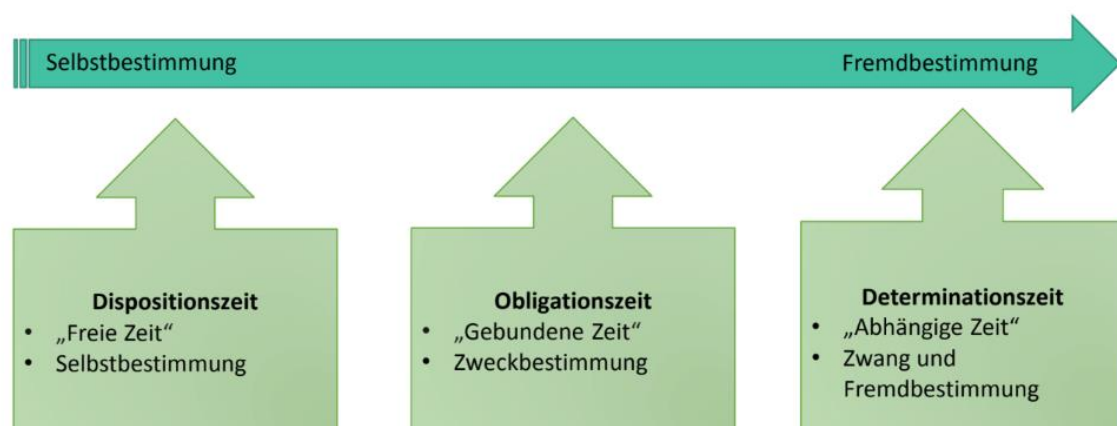


Abbildung 1 Freizeitmodell nach Opaschowski (eigene Darstellung nach Opaschowski, 1987)

Der erste Zeitbegriff wird definiert durch die frei verfügbare, einteilbare und selbstbestimmte „Dispositionszeit“. Kennzeichnend ist hier die Selbstbestimmung und Qualität

der Lebenszeit. Die zweite ist die verpflichtende, einteilbare und verbindliche „Obligationszeit“. Sie ist gebunden an äußere Gegebenheiten, wie Essen oder Schlafen und damit zweckbestimmt. „Obligationszeit liegt vor, wenn sich das Individuum subjektiv zu einer bestimmten Tätigkeit verpflichtet fühlt bzw. objektiv aus beruflichen, familiären, sozialen, gesellschaftlichen u. a. Gründen an die Tätigkeit gebunden ist“ (Opaschowski, 1987, S. 86). Die letzte Zeit ist die festgelegte, fremdbestimmte und abhängige „Determinationszeit“. Ihr Kennzeichen ist die Fremdbestimmung, die sich beispielsweise bei der Arbeit, Schule oder bei Terminen zeigt (Opaschowski, 1987). Der Zwang spielt hier eine große Rolle, da die Handlung inhaltlich, zeitlich und räumlich festgesetzt wird. Alle drei Zeitabschnitte beschreiben die Lebenszeit jedes Individuums und bewegen sich auf einem schwankenden Kontinuum zwischen Selbst- und Fremdbestimmung (Markowetz und Cloerkes, 2000).

4.2 Selbstbestimmung

„Menschenleben ist wesentlich gekennzeichnet durch permanente selbstbestimmte Einflussnahme auf das eigene Wohlbefinden“ (Hahn, 2000, S.15). Für das individuelle Wohlbefinden bedarf der Mensch Freiheit, selber Entscheidungen zu treffen, aber auch der Abhängigkeit von anderen Menschen, die ihm helfen seine Entscheidungen zu realisieren. Um dies zu ermöglichen, ist es wichtig, dass lange bestehende Paradigma der Abhängigkeit in der Heilpädagogik und somit die defizitorientierte Sichtweise zu überwinden. Das Recht auf Selbstbestimmung und die Fähigkeit dazu soll Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht abgesprochen werden. Denn Selbstbestimmung und Autonomie gelten als Grundprinzip des Menschlichen, unabhängig von einer Behinderung (Speck, 2001). Unter Selbstbestimmung wird eine konstitutive Bedingung jeglichen Menschseins (Speck, 2001) verstanden. Die positive Bedeutung des Selbst und das Recht auf Selbstbestimmung müssen in den Fokus gerückt werden (Speck, 2001).

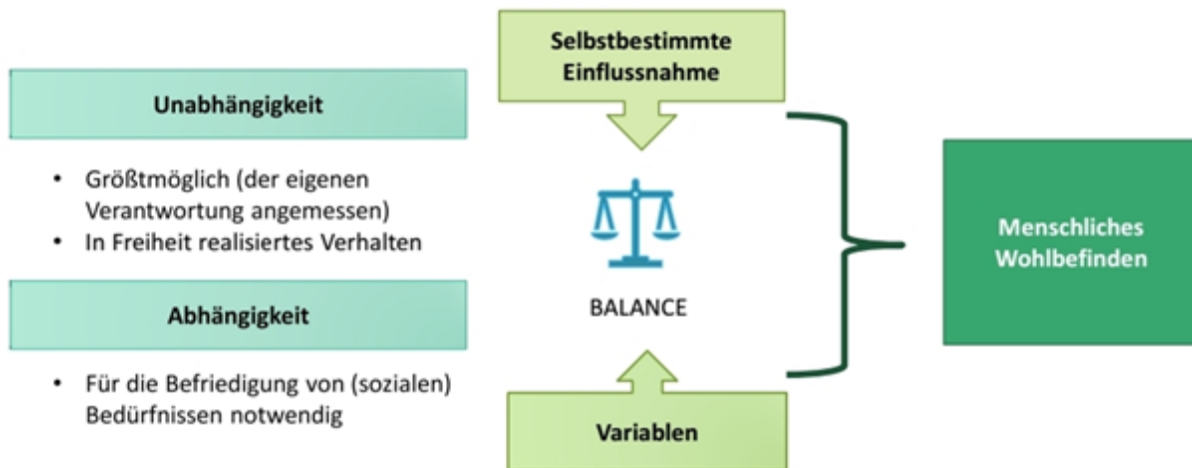


Abbildung 2 Selbstbestimmtes Leben aus anthropologischer Sicht (eigene Darstellung nach Hahn, 2000)

Hahn (2000) beschreibt den Menschen als instinktives Mängelwesen, das durch die Befriedigung von Bedürfnissen menschliches Wohlbefinden erreicht. Die Befriedigung der Bedürfnisse soll einerseits durch die selbst realisierte Unabhängigkeit und andererseits durch die selbstbestimmte Abhängigkeit von anderen erreicht werden. Daraus ergibt sich eine Balance, die für ein selbstbestimmtes Wohlbefinden ausschlaggebend ist und immer wieder durch die selbstbestimmte Einflussnahme von den Menschen selbst hergestellt wird. Die Unabhängigkeit beschreibt die Freiheit, ein realistisches Verhalten ohne fremde Einflussnahme auszuüben. Ein Beispiel ist die Entscheidung selbst ein Duschgel auszusuchen, welches bei der Körperpflege verwendet wird. Die Abhängigkeit beschreibt Dinge, die nur im sozialen Kontext befriedigt werden können und den Menschen als soziales Wesen einbezieht. Ein Beispiel ist die Unterstützung bei der Körperpflege auf die die Bewohner_innen angewiesen sind.

Die Balance zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit entsteht durch das richtige Maß selbstbestimmter Einflussnahme und ist abhängig von bestimmten Variablen (Hahn, 2000). Bei der selbstbestimmten Einflussnahme geht es darum, Einfluss auf eine Situation zu nehmen. Zum Beispiel das die Bewohner_innen entscheiden dürfen, von wem sie gepflegt werden. Einflussnehmend sind zusätzlich die individuellen, dinglichen, soziokulturellen und sozialen Variablen. Das bedeutet, dass es sein kann, dass Frau X nicht im Dienst ist und daher der/die Bewohner_in nicht von ihr gepflegt

werden kann. Durch die ständige Bemühung ein Gleichgewicht zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit zu erreichen, entwickelt der Mensch eine Identität. Wird die Fremdbestimmung zu groß, kann dies zu einer Dysbalance führen und Auswirkungen auf das Wohlbefinden haben. Fremdbestimmung gefährdet das Wohlbefinden und die Identität, sowie die Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz. Das Spezifikum des Menschlichen ist die selbstbestimmte Einflussnahme auf das eigene Wohlbefinden. Wird diese durch Fremdbestimmung missachtet, wird der Mensch zum Objekt.

4.3 Wohneinrichtung

In dieser Arbeit wurde bewusst der Begriff der Wohneinrichtung gewählt. Die „Begriffe Wohneinrichtung, Wohnstätte und Wohneinrichtungen werden in Literatur und Praxis synonym verwendet“ (Sonnenberg, 2004, S.13). Der häufig gewählte Begriff Heim wirft oft eine negative Konnotation auf. Die Wohnsituation intellektuell beeinträchtigter Menschen kann vielfältig Auskunft darüber geben, inwieweit die Selbstbestimmung vorhanden ist und die Einbeziehung in die Gemeinschaft möglich ist (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2013). 2016 lebten 211.943 Menschen mit Behinderungen in einer stationären Einrichtung, fast zwei Drittel von ihnen hatten eine intellektuelle Beeinträchtigung (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, 2018). Die Untersuchung der Wohnform der Wohneinrichtung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist von besonderer Relevanz, da die Bewohner_innen hier in einem hohen Maß abhängig sind und “innerhalb der Landschaft des Wohnens zu einer der politisch und ökonomisch schwächsten Gruppen” (Sonnenberg, 2004, S. 16) gehören (Sonnenberg, 2004).

Wohnen erfüllt unterschiedlichste Bedürfnisse, deren Bedeutungen grundlegend für den Menschen sind (Keeley, 2017). Daraus lässt sich ableiten, dass Wohnen ein Grundbedürfnis des Menschen und für jeden gleichbedeutend ist. Die Bedingungen des Wohnens erheblichen Einfluss auf die individuelle Lebensqualität (Keeley, 2017). Beck (2001) bezeichnet den Zusammenhang von Wohnen, Freizeit und Selbstbestimmung so, dass Wohnen eine besondere Rolle in den „Möglichkeiten der freien Entscheidung und der selbstbestimmten sozialen, kreativen, zeitlichen Gestaltung“ (Beck 2001, S. 348) hat. Für Sonnenberg (2004) ist daher der „Wohn- und

Lebensraum der zentrale Ort zur Ermittlung der Zufriedenheit und Selbstbestimmung der Menschen, die in ihm leben" (Sonnenberg, 2004, S. 7). Wohneinrichtungen für erwachsene Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nehmen bei dieser Betrachtungsweise eine besondere Rolle in der Freizeitgestaltung der Bewohner_innen ein. So finden Freizeitangebote häufig innerhalb der Wohneinrichtung statt und sind „physisch und sozial auf die Institutionsgrenze beschränkt" (Trescher, 2016, S. 37).

4.4 Pflege

Der Begriff der Pflege unterliegt einem historischen Wandel. Wurde Pflege 1860 noch als Linderung von Leiden und Schmerzen verstanden, werden in aktuellen Definitionen andere Ansichten deutlich. „Pflege ist ein interaktiver Beziehungsprozess, verbunden mit der Auffassung von sorgender Obhut und Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens" (Schulze Höing, 2016, S.21). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht in ihrer Definition von Pflege auf den Prozess der interaktiven Beziehung ein. Laut WHO ist es

der gesellschaftliche Auftrag der Pflege [...], dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potential zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit anspruchsvollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt. Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheiten verhindern. Zur Pflege gehört auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, und sie umfasst zudem die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben. Pflegende gewährleisten, dass der Einzelne und die Familie, seine Freunde, die soziale Bezugsgruppe und die Gemeinschaft gegebenenfalls in alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einbezogen werden, und unterstützen damit Selbstvertrauen und Selbstbestimmung. Pflegende arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligten Gruppen zusammen (WHO 1993, zit. nach. Brieskorn-Zinke, 2007, S. 15).

Die gegebenen Definitionen verdeutlichen, wie komplex die Thematik ist und wie viele Tätigkeitsprofile die Pflege beinhaltet. „Die Tätigkeitsprofil[e] leitet die WHO einerseits aus den neuen Erfordernissen für eine zeitgemäße und patientenorientierte Gesundheitsversorgung ab und andererseits aus der Tradition der Pflege“ (Brieskorn-Zinke, 2007, S.15).

Der Begriff „Pflegeverständnis“ bezeichnet die Auffassung von Pflege. Diese kann aus Sicht von Individuen, Institutionen oder des Gesetzgebers unterschiedlich ausfallen. Beeinflusst wird das Pflegeverständnis auf individueller Ebene durch Erfahrungen, soziale Herkunft, kultureller und religiöser Hintergrund, Erwartungshaltungen der Gesellschaft, geschlechtliches Rollenverständnis und Bildungsstand. Auf institutioneller Ebene spielt die Art der Einrichtung, ihre Größe, die religiöse Prägung sowie die finanzielle Ausstattung eine Rolle. (Schwenke, 2015)

Menker und Waterboer (2006) wählen für die institutionelle Ebene den Begriff Pflegeleitbild. Dieses umfasst die Darstellung der Ziele und die wesentlichen Kriterien von Pflege. Das Pflegeleitbild gilt als Summe der Leitsätze, die die Pflegeverständnisse der Gruppenmitglieder zusammenführen. Dieses gemeinsame Verständnis dient der Erhöhung der Qualität der geleisteten Pflege.

Im Gesetz vereinen sich nach Schwencke (2015) die Wünsche der Gesellschaft an Pflegeleistungen mit der Machbarkeit der Umsetzung, insbesondere unter finanziellen Aspekten. In § 14 Abs. 1 des SGB XI wird Pflegebedürftigkeit wie folgt definiert:

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit 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 selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen (Wasmund, 2018).

In §15 werden anschließend die Kriterien definiert, die vorliegen müssen, um die Pflegebedürftigkeit in einen der fünf Pflegegrade einzuteilen. Die Pflegegrade ermöglichen es, Pflegedienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, mit dem Pflegegrad 2-5, die in einer vollstationären Einrichtung leben haben nach SGB XII, § 55 einen Anspruch auf Pflegeleistungen. Welche Pflegeleistungen durch die Einrichtung zu erbringen sind, ist jedoch nicht klar definiert. (Schulze Höing, 2016)

Pflegeleistungen können in zwei Bereiche unterteilt werden. In SGB V, § 37, Abs.1 erfolgt diese Teilung in Grund- und Behandlungspflege. Alltägliche und regelmäßig wiederholte Pflege wird als Grundpflege verstanden. Hier drunter fällt die Unterstützung in den Bereichen: Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Ausscheidungsvorgänge und Förderung von Mobilität (SGB XI, §14, Abs.4). Nach Vorgaben des SGB XI (SGB XI, §75 Abs.2) dürfen diese von nicht pflegfachlich ausgebildeten Personen übernommen werden. In der Pflegepraxis kann die Trennung von Grund- und Behandlungspflege daher nach Schulze Höing (2016) zu einer Abwertung der Grundpflege führen, sie wird in ihrer Komplexität häufig unterschätzt. Die Behandlungspflege befasst sich mit jenen Leistungen, die vom behandelnden Ärzt_innen angeordnet werden, beispielsweise Wundversorgung, Medikamentengabe und Blutdruckmessung. Sie darf ausschließlich durch ausgebildetes Personal ausgeführt werden (SGB V, § 37, Abs. 1,2). (Schulze Höing, 2016)

Eine Besonderheit der Pflege von Menschen mit Behinderungen besteht darin, dass diese in der Bewältigung ihres Alltags auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind. In den Einrichtungen der Behindertenhilfe findet sie häufig jedoch kein großes Augenmerk, es fehlt an fachlicher Anleitung. (Schulze Höing, 2016)

„Menschen mit einer Behinderung benötigen in unterschiedlichen Bereichen, in unterschiedlichen Intensitäten Hilfeaktivitäten anderer, die wir allgemeinsprachlich mit Pflege umschreiben“ (Fröhlich, 2016, S. 269). Spezifische Pflegekonzepte für Menschen mit Behinderung sind jedoch selten (Seifert, 2001). Neue Konzepte der Pflege haben sich in der Praxis noch nicht überall durchgesetzt und sind somit noch stark krankheits- und defizitorientiert ausgelegt. In den aktuelleren Konzepten ergibt sich

eine veränderte Sicht auf Pflege. Im Zentrum der Pflgetheorien steht die Selbstpflege. Fröhlich (2016) bezieht sich auf Orem (1997). Dieser geht davon aus, dass ein Individuum durch erlernte und zielgerichtete Aktivitäten, die eigene Entwicklung, lebenswichtige Funktionen, Gesundheit und Wohlbefinden selbstständig sicherstellen kann (Fröhlich, 2016). In der Pflege und in der Pädagogik wird das Ziel verfolgt, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu fördern, sodass die Selbstpflegekompetenzen erweitert werden und eine Fremdpflege überflüssig wird. Wird diese Überlegung der Selbstbestimmung auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung übertragen, fällt auf, dass vergleichbare Zielsetzungen definiert sind. Somit wird offensichtlich, dass Pflege und Pädagogik zwei sich ergänzende Richtungen sind. Dies ist besonders im Bereich der Akut-Krankenpflege von Relevanz. Pädagog_innen können in diesem Bereich unterstützend sein, wenn sich das Pflegepersonal und die Ärzt_innen sich, im Hinblick auf besondere Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, überfordert fühlen. (Fröhlich, 2016)

4.5 Pflegestruktur

Durch die sich im vorherigen Abschnitt herausgestellte Komplexität des Begriffes Pflege hat sich für die Forschung die Notwendigkeit aufgezeigt, den Begriff einzuklammern und auf die institutionellen Gegebenheiten einzugrenzen. Im Kontext Wohneinrichtung sind für die Fragestellung vor allem die umgebenden Strukturen von Pflege relevant.

Die Vorgaben des Wohn- und Teilhabegesetzes des Landes NRW (WTG) geben der Pflegestruktur ihren Rahmen, in welchem sie sich bilden und entwickeln kann. Die Vorgaben bezüglich der Mitarbeiter_innen beziehen sich unter anderem auf die Qualifizierung, Anzahl und Weiterbildung. Laut §4 Abs. 8 müssen alle Mitarbeiter_innen die erforderlichen Qualifizierungen besitzen, welche zur Ausübung ihrer Tätigkeiten nötig sind. Pflegende Maßnahmen dürfen nur durch Fachkräfte oder unter angemessenem Beiwohnen von Fachkräften ausgeführt werden. Dabei müssen die Leistungsanbieter_innen die fachlichen Standards der Ausübung, die betreuenden Tätigkeiten und Verantwortungsbereiche und die Qualifizierung festlegen und überwachen (WTG §4 Abs. 10). Außerdem fordert § 21 Abs. 2 eine mindestens 50 prozentige Anzahl an

Fachkräften der sozial- oder pflegerisch beschäftigten Mitarbeiter_innen. Zu jeder Tages- und Nachtzeit muss zudem eine für die Pflegesituation qualifizierte Fachkraft anwesend sein, um die Pflege durchzuführen (WTG §21 Abs. 3). Eine Pflegesituation kann durch akute oder krankheits- bzw. behinderungsbedingte Zustände entstehen. Dabei sind die Personen gegebenenfalls nicht mehr in der Lage sich selber zu versorgen (Hedtke-Becker und Schmidtke, 1985). Definiert wird die individuelle Situation unter anderem durch persönliche Daten, wie Alter und Geschlecht sowie die Krankheit bzw. Behinderung. Da sich die Charakteristika über die Zeit verändern, wird eine Pflegesituation als dynamisch angesehen (Kellmayer, 1998). Weiterhin sind die Qualifizierungen durch Weiter- und Fortbildungen zu gewährleisten und auszubauen (WTG §4 Abs 8). Die Anzahl der Mitarbeiter_innen wird nach dem fünften, elften und zwölften Sozialgesetzbuch geregelt und ist bei Erfüllung der Kriterien in diesen laut §21 Abs. 2 des WTG ausreichend. Die Einrichtungen müssen außerdem ein Qualitätsmanagement betreiben, welches unter anderem die Qualitätsziele beschreibt, für Fortbildungen sorgt, die Zufriedenheit der Beschäftigten abfragt und festgelegte Maßnahmen zur Entwicklung und Sicherung der Qualität gestaltet und umsetzt (WTG § 4 Abs. 3). Laut Schmidts (2016) Ergebnisqualität wird die Zufriedenheit der Mitarbeiter_innen in unmittelbarem Zusammenhang zu der Zufriedenheit der Klient_innen gesehen, was die Wichtigkeit der oben genannten Maßnahmen verdeutlicht (Schmidt, 2016).

Innerhalb der Gesetzesvorgaben können die Einrichtungen die Pflegestruktur eigenständig entwickeln. Hierbei vorangestellt ist das im Kapitel Pflege bereits erwähnte Leitbild der Einrichtung, welches unter anderem die Ziele im Bereich der Qualität, des Personals und die generellen Ziele der Einrichtung festhält (Kellmayer, 1998). Der Personalmix, das heißt die unterschiedlichen Berufsgruppen und Qualifizierungen innerhalb einer Schicht, werden durch das Leitbild und die Gesetzesvorgabe bestimmt (Kellmayer, 1998).

Weitere einflussnehmende Faktoren sind die Arbeitszeiten bzw. Schichtdienste, Sachmittel, wie Räume oder Pflegehilfsmittel, die zu Verfügung stehenden finanziellen Mittel und die Mitarbeiter_innen (Kellmayer, 1998). Die Mitarbeiter_innen müssen sich laut Nagel besonders den Prämissen der Ethik und der professionellen Empathie

stellen (Nagel, 2016). Kellmayer spricht von einer individuellen Beziehung der Pflegenden zu den Klient_innen, welche die Struktur und Einstellung der Mitarbeiter_innen und Einrichtung beeinflusst.

Durch die begrenzte Anzahl an qualifiziertem Personal, zur Verfügung stehenden Räumen oder Sachmitteln sowie Aufgabenverteilung wird der Problembereich des Zeitmanagements erkennbar. Durch die vielen Beschränkungen zeigt sich ein Problem in der flexiblen und selbstbestimmten Einteilung der Obligations- und Dispositionszeit in Bezug auf die Pflege. Diese könnte durch die Pflegestruktur in der Einrichtung stark eingegrenzt sein. Laut Voss (1990) sollte sich alle zeitliche Planung auf den individuellen Rhythmus der Bewohner_innen beziehen. Das WTG verweist außerdem darauf, die Selbstbestimmung der zu pflegenden Personen bei der Planung und Durchführung der Pflegemaßnahmen zu achten. Dies bedeutet eine Einbindung in die Planungs- und Durchführungsprozesse sowie die Achtung von Wünschen und Forderungen (WTG § 4 Abs 13).

5 Projektmethodik

In den folgenden Abschnitten wird zunächst die Stichprobe der Erhebung dargestellt. Unter Berücksichtigung der Kompetenzen der Bewohner_innen werden für die Entwicklung eines passenden Forschungsdesigns unterschiedliche Überlegungen angestellt. Es wird eine Forschungsmethode I entwickelt. Mit einem Pretest wird überprüft, ob die Forschungsfrage mit Hilfe der gewählten Forschungsmethode I zu beantworten ist. Nach einer Kontrolle der Ergebnisse aus dem Pretest wird die Forschungsmethode I begutachtet. Mit Hilfe der Ergebnisse aus dem Pretest wird die Forschungsmethode II entwickelt. Im Anschluss wird das Vorgehen für die Findung der Auswertungsmethode erörtert.

5.1 Stichprobe

Die Kooperationseinrichtungen für dieses Projekt sind zwei Standorte der Diakonie im Kirchenkreis Recklinghausen und eine Einrichtung des evangelischen Johanneswerks in Bochum. In den Wohneinrichtungen leben Menschen mit intellektueller

Beeinträchtigung und unterschiedlichen Pflege- und Unterstützungsbedarfen. Die Bewohner_innen wurden gefragt, ob ein Interesse an einer Befragung besteht. Die befragten Personen haben einen Pflegebedarf und verfügen über ein Mindestmaß an selbständiger oder gestützter Kommunikation. Die selbstständige oder gestützte Kommunikation ist eine Grundlage der Erhebung durch die Forschungsinstrumente. Es handelt sich um eine Teilerhebung einer Zufallsstichprobe aus einer definierten Grundgesamtheit (Schnell, Esser & Hill, 2011). Die Grundgesamtheit stellen die Bewohner_innen der Kooperationseinrichtungen dar, die pflegebedürftig sind und über ein Mindestmaß an selbstständiger verbaler oder gestützter Kommunikation verfügen.

5.2 Methodenauswahl

Für die Beantwortung der Fragestellung wurde ein leitfadengestütztes Interview gewählt. Weil es sich um eine Pilotstudie handelt, wurde ein qualitatives Forschungsverfahren gewählt. Pflegesituationen sind persönlich und intim, daher wurde das Instrument der Beobachtung ausgeschlossen. Zunächst wurde ein fragebogengestütztes Interview entwickelt, welches unter Forschungsmethode I beschrieben ist. Nach der Durchführung des Pretests wurden Änderungen vorgenommen und die Forschungsmethode zu einem leitfadengestützten Interview verändert. Unter Forschungsmethode II wird das Forschungsinstrument dargestellt.

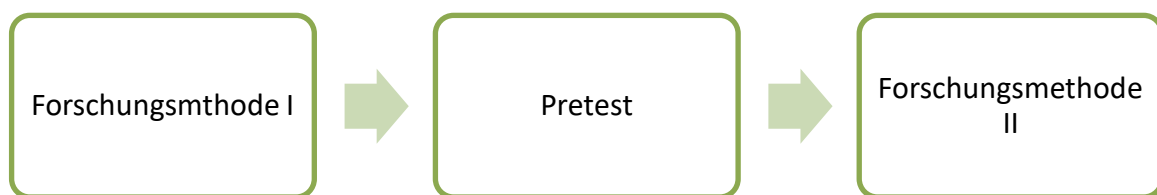


Abbildung 3 Verlauf der Forschungsmethodik (eigene Darstellung)

Forschungsmethode I

Es wurde ein Fragebogen im Likert-Format erstellt. In diesem Zusammenhang wurden vier Abstufungen gewählt, um eine differenzierte Meinung zu erhalten und keine Überforderung der Bewohner_innen herbeizuführen. Zudem wird durch die gerade Anzahl der Antwortmöglichkeiten eine Tendenz zur Mitte verhindert (Schnell et al., 2011). Zusätzlich wurde die Möglichkeit gegeben, die getroffenen Einschätzungen in

einer offenen Antwort zu bewerten, zu kritisieren oder zu präzisieren. Für eine barrierefreie Kommunikation der Befragung wurde ein haptisches und optisches Instrument in Form einer Schiebereglerkala erstellt.

Pretest

Der Pretest wurde in der Einrichtung der Diakonie im Kirchenkreis Recklinghausen durchgeführt. In den privaten Räumlichkeiten der Personen erfolgte die Befragung in einer eins-zu-eins Situation. Während der Befragung fand ein kommunikativer Austausch zwischen den Projektgruppenmitgliedern und den Bewohner_innen statt. Die Interviews dauerten zehn bis zwanzig Minuten. Die Gespräche wurden mit Hilfe eines Tonbandgerätes aufgenommen. Die Bewohner_innen benötigten keine weitere Unterstützung zur Kommunikation, sodass eine barrierefreie Kommunikation erfolgen konnte. Während der Befragung fand ein großer narrativer Anteil durch die Bewohner_innen statt, den der Fragebogen nicht erfasste. Um die Daten des narrativen Anteils mit zu erheben, wurde im Anschluss ein Methodenwechsel vollzogen.

Forschungsmethode II

Die Befragungsform wurde zu einem Leitfadeninterview verändert. Der Vorteil von einem Leitfadeninterview ist die offene Gesprächsführung. Die Antworten der befragten Personen lassen mögliche Erweiterungen der Fragen zu. Diese bieten die Möglichkeit, die persönlichen Erfahrungen der befragten Personen mit einzubeziehen (Schnell et al., 2011). Bei der Erstellung des Leitfadeninterviews wird die Erfassung der Forschungsrelevanten Themen sichergestellt. Darüber hinaus werden Schlüsselfragen, welche in jedem Interview gestellt werden sollen, festgehalten sowie Fragen die unter Berücksichtigung des Interviewverlaufs gestellt werden können (Friedrichs, 1990).

Als Einstiegsimpuls sollen die Bewohner_innen ihren Tages- beziehungsweise Wochenablauf schildern. Im Anschluss wird auf die verschiedenen Themenblöcke eingegangen:

- Freizeit
- Pflege
- Selbstbestimmung

Beim Thema Freizeit ist wichtig festzuhalten, was für die Bewohner_innen Freizeit bedeutet und wie sie diese gerne verbringen. In diesem Zusammenhang ist zu erfragen, welchen Aktivitäten die Person nachgeht und inwieweit diese Unterstützungsbedarf benötigt. Des Weiteren soll eine Einschätzung der persönlichen Empfindung von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung festgehalten werden. Der Themenblock Pflege bezieht sich auf das Erfragen der benötigten Unterstützung bei der eigenen Pflege. Darüber hinaus soll festgehalten werden, in welchen Pflegebereichen die Bewohner_innen selbstständig handeln können. Eine Zufriedenheit der Zeiten bezüglich der unterstützenden Pflege durch Mitarbeiter_innen soll erfragt werden. Die Selbstbestimmung kann indirekt in den Themenblöcken von Freizeit und Pflege abgefragt werden. Ergänzend können die getroffenen Aussagen der Bewohner_innen aufgegriffen werden und bezüglich der Zufriedenheit kann nachgefragt werden. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, Verknüpfungen zu vorangegangenen Aussagen zu erstellen und diese in Bezug auf Selbstbestimmung zu hinterfragen.

Das Interview erfolgt in einem angemessenen Sprachstil. Es empfiehlt sich, die Leichte Sprache zu verwenden (Schäfers, 2008, Keeley, 2015). Auf der inhaltlichen Ebene wird von den Interviewer_innen beachtet, wie abstrakt die Inhalte der Fragen sein dürfen. Keeley (2015) sieht die Erhebung abstrakter Inhalte als eine Herausforderung, die Erhebung von konkreten Sachverhalten soll für die Befragten leichter sein. Das Leitfadenterview bezieht sich deswegen auf konkrete alltägliche Situationen der Bewohner_innen. Eine weitere Herausforderung für die Befragten ist die Beantwortung von Fragen, die auf der quantitativen Ebene stattfinden und somit ein hohes Abstraktionsniveau haben (Keeley, 2015, Schäfers, 2008). Der Leitfaden umgeht absichtlich quantitative Einschätzungen.

Die Interviewer_innen beeinflussen das Interview durch ihr Verhalten maßgeblich (Bortz und Döring, 2016). Sie nehmen eine wichtige Funktion ein und werden selbst zu einem Erhebungsinstrument (Schäfers, 2008, Keeley, 2015). Die Bedeutung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen der Interviewer_innen wird in der Literatur häufig benannt (Schäfers, 2008, Bortz und Döring, 2016).

Das Interview sollte in einer vertrauten und möglichst natürlichen Umgebung stattfinden (Hagen, 2002). Dennoch sollte ein separater Raum aufgesucht werden, damit

die Interviewpartner_innen frei und ohne Angst vor Sanktionen Institutionsangehöriger kritische Äußerungen nicht vermeiden (Hagen, 2002). Die Interviews finden in den privaten Räumlichkeiten der Bewohner_innen statt. Für eine vertrauensvolle Interviewsituation findet vor dem tatsächlichen Interview bereits ein lockeres Kennen lernen der Interviewpartner_innen statt (Hagen, 2002). Der Personenkreis hat möglicherweise negative Erfahrungen in Befragungs- und Interviewsituationen gesammelt (Keeley, 2015, Hagen, 2002). Deswegen wird zu Beginn des Interviews darauf hingewiesen, dass es sich nicht um eine Testsituation handelt, wie zum Beispiel bei einem medizinischen Test zur Diagnose einer Behinderung (Hagen, 2002). Um das Misstrauen gegenüber der Interviewsituation zu reduzieren, wird auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Anonymisierung der Daten hingewiesen (Keeley, 2015). So soll in der Forschung ein Fokus auf der Wahrnehmung der Personen mit intellektueller Beeinträchtigung selbst liegen. Keeley (2009) legt in ihrer Forschung einen großen Wert darauf, dass die betroffenen Menschen selbst zu Wort kommen.

Bei der Dokumentation gilt es, die Intim- und Privatsphäre der zu befragenden Personen zu schützen. Das Festhalten der gewonnenen Daten erfolgt bei dieser Forschungsmethode mit Hilfe von Audioaufnahmen. Mittels dieser Datenerfassung erfolgt eine qualitative Auswertung der Daten (Schnell, Esser & Hill, 2011).

5.3 Auswertungsmethode

Für die geführten Interviews werden Transkripte angefertigt, welche sich an Kuckartz (2016) orientieren. Es wurden folgende Transkriptionsregeln beachtet:

- Es erfolgt eine wörtliche Transkription – nicht lautsprachlich oder zusammenfassend
- Dialekte werden nicht mit transkribiert
- Sprache und Interpunktion wird geglättet und somit an das Schriftdeutsch angelehnt
- Rückschlüsse zu einer Person werden, zur Vereinfachung nach Transkription, anonymisiert
- Unterbrechungen wie Aufstehen, auf etwas Zeigen oder ähnliches werden in Klammern notiert
- Nach Sprecherwechsel erfolgen zwei Leerzeilen
- Pausen werden durch drei Auslassungspunkte „(...)“ markiert; unterbrochener Redefluss von drei Sekunden gilt als Pause
- Einwürfe von Personen werden in Klammern „()“ gesetzt
- Lautäußerungen wie Lachen, Seufzen oder ähnliches werden in Klammern notiert
- Unverständliche Äußerungen werden durch „(..)“ gekennzeichnet
- Vermuteter Wortlaut wird in Klammern mit Fragezeichen „(blabla?)“ dargestellt
- Mit einem Bindestrich werden Wortabbrüche markiert –
 - zum Beispiel „(einf-)“
- Gleichzeitig gesprochenes wird mit „/“ und „\“ markiert
- Im Transkript werden Zeilen gezählt – Zeiten werden nicht angegeben

Abbildung 4 Transkriptionsregeln (eigene Darstellung nach Kuckartz, 2016)

In Bezug auf die Auswertung wird die inhaltliche qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) herangezogen. Eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse hat sich in zahlreichen Forschungsprojekten bewährt. In der Methodenliteratur werden verschiedene Varianten beschrieben, als ausführliches „Beispiel für eine inhaltlichreduktive Auswertung“ (Lamnek, 1993). Die inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalysen ermöglichen eine deduktive und induktive Auswertung (Kuckartz, 2016). Aufgrund der Pilotstudie besteht das Interesse an einer deduktiven Auswertung. Diese Form der Auswertung eignet sich insbesondere für Leitfadenterviews, welche bei der Befragung der Menschen angewendet werden (Flick, 2007). Die gewählte inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

(2016) besteht aus sieben aufeinander aufbauenden Phasen, an denen es sich zu orientieren gilt:



Abbildung 5 Phasen der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (eigene Darstellung nach Kuckartz, 2016)

In der ersten Phase der initiierenden Textarbeit werden die Transkripte aufmerksam gelesen und Bemerkungen, Interpretationsideen notiert. Darauf folgt die zweite Phase, in der Hauptkategorien deduktiv und induktiv gebildet werden. Die Hauptkategorien sollten in dieser Phase mit ca. 10-25% des Materials auf Anwendbarkeit überprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden. Beim ersten Codierungsprozess, die dritte Phase, wird das gesamte Material den Hauptkategorien zugeordnet. Um eine hohe Objektivität zu gewährleisten, soll der Codierungsprozess mit mehreren Forscher_innen durchgeführt und diskutiert werden. (Kuckartz, 2016) Deshalb wurden in dieser Forschung die Transkripte mindestens von zwei Forscher_innen codiert. In der vierten Phase werden alle Textstellen einer Hauptkategorie zusammen dargestellt (z.B. in Form einer Tabelle). Aus diesen Aussagen werden in der fünften Phase systematisierende und zusammenfassende Subkategorien gebildet. Diese Phase wurde im Sinne der Objektivität im Team durchgeführt. Das gesamte Material wird im zweiten Codierprozess, die sechste Phase, den gebildeten Subkategorien zugeordnet. Dabei können bei Bedarf noch weitere Subkategorien ergänzt werden. In der

letzten Phase, die Analyse, können unterschiedliche Analyseformen gewählt werden. In dieser Forschung erfolgt die Analyse anhand der kategorienbasierten Auswertung der Hauptkategorien. Weiterhin wird ein Zusammenhang zwischen den Hauptkategorien hergestellt. (Kuckartz,2016)

In der Phase der Analyse sind vielfältige Analyseformen denkbar (Kuckartz, 2016).Es wird sich für die kategorienbasierte Auswertung anhand der Hauptkategorien sowie der Analyse von Zusammenhängen zwischen Hauptkategorien entschieden. Diese Analyseformen sind besonders zur Beantwortung der Fragestellung geeignet (Kuckartz, 2016).

Andere Auswertungsmethoden werden bei der Entscheidung für die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nicht berücksichtigt. Es wurde sich unter anderem gegen die evaluativ qualitative Inhaltsanalyse oder die Grounded Theory entschieden. So findet bei der evaluativ qualitativen Inhaltsanalyse viel Interpretationsarbeit statt (Kuckartz, 2016). Die Aussagen der Befragten sind wichtig und eine starke Interpretation die falsche Methode für dieses Projekt. Die Auswertung mit der Grounded Theory basiert auf der Voraussetzung eines permanenten Vergleichs (Glaser, Strauss & Paul, 1998). Ein permanenter Vergleich ist aufgrund dieser Pilotstudie nicht gegeben.

6 Projektergebnisse

Zwecks der Auswertung qualitativer Interviews wurde sich an den Schritten einer inhaltlichen Analyse nach Kuckartz (2016) orientiert. Nachdem die Interviews verschriftlicht wurden, mussten die Aussagen Kategorien zugeordnet werden, die vorab anhand der Fragestellung und des Interviewleitfadens generiert wurden. Es wurden neun Hauptkategorien erstellt, von denen sechs deduktiv (Freizeit, Wohneinrichtung, Pflege, Tagesablauf, Mitarbeiter_innen, soziale Kontakte) und drei induktiv (Mobilität und Begleitung, Termine, Medizin) gebildet wurden. Eine weitere Kategorie für wichtige Aussagen, die nicht in die Hauptkategorien passen, wurde angelegt. Innerhalb der Hauptkategorien wurden Subkategorien gebildet, denen die Aussagen der

Bewohner_innen zugeordnet wurden, um somit gleiche oder ähnliche Aussagen verschiedener Bewohner_innen identifizieren zu können. Aus den Aussagen einer Subkategorie wurde anschließend eine Generalaussage erstellt, die daraufhin interpretiert werden kann. Die folgenden Abschnitte beinhalten diese Generalaussagen, deren Interpretationen sowie prägnante Aussagen der Bewohner_innen, die exemplarisch mit Originalaussagen aus den Interviews belegt werden.

6.1 Kategorie: Freizeit

Die Hauptkategorie „Freizeit“ umfasst insgesamt sechs Subkategorien. Diese werden hier in zusammengefasster Form dargestellt. Das Begriffsverständnis von Freizeit ist bei den Bewohner_innen einheitlich. Freizeit findet außerhalb der Einrichtung und am Wochenende statt, worunter organisierte Urlaube fallen. Für eine Person findet Freizeit im eigenen Zimmer statt. Die erwähnten Urlaube werden häufig von der Wohneinrichtung organisiert und beinhalten verschiedene Aktivitäten. Selbständig organisierte Urlaube werden in den Interviews nicht erwähnt. Die Familie ist nur in einem Fall für die Organisation von Urlauben zuständig. Die Wohneinrichtung scheint an dieser Stelle die einzige Anlaufstelle zu sein.

Bezüglich der *Aktivitäten innerhalb der Einrichtung* stellte sich heraus, dass die meisten Bewohner_innen den Fernseher nutzen oder Musik hören. Das Fernsehgucken wird teilweise als Ruhezeit angesehen. Zudem werden Malen, Nähen, Sammeln und das Spielen von Gesellschaftsspielen genannt. Außerdem rauchen die Bewohner_innen draußen und drehen die Zigaretten teilweise in Eigenverantwortung. Eine Person sieht das Rauchen als Möglichkeit sich zurückzuziehen: „B01: Ich bin immer für ne Stunde oder für fünf Minuten, bin ich immer draußen alleine. Da bin ich auch schon ganz froh, dass ich ein bisschen abschalten kann [...]“ (I07B01, Z. 443-445).

Zu *Aktivitäten außerhalb der Einrichtung* werden Einkaufen, Sport, Kaffeetrinken, der Besuch kultureller und musikalischer Aktivitäten und das Treffen mit Freunden genannt. Kulturelle Aktivitäten schließen das Besuchen von Städten, musikalische Veranstaltungen und den Besuch einer Bildungseinrichtung ein. Musikalische Aktivitäten beziehen sich auf den Besuch des Musikunterrichts und Konzerten. Lediglich eine Person gibt an, ihre/seine Freizeit mit einer Person außerhalb der Wohneinrichtung

zu verbringen. Alle sportlichen Aktivitäten finden außerhalb der Wohneinrichtung statt, hier wird Spaziergehen oder Kegeln genannt. Einige Bewohner_innen können aus gesundheitlichen Gründen keinen Sport mehr machen. Sportliche Aktivitäten, welche in der Wohneinrichtung stattfinden, werden nicht genannt. Die Aktivitäten werden größtenteils selber organisiert. Die Planung von Ausflügen nimmt die Tagesbetreuung in die Hand.

Die (außer- und innerhalb der Einrichtung) selbstständige *Planung und Organisation von Freizeit* umfasst kreative Dinge, Fernsehgucken, den Besuch von Veranstaltungen, Spazieren und Musik hören. Die fremdorganisierten Freizeitaktivitäten werden von der Familie, der Wohneinrichtung oder externen Stellen übernommen. Die Teilnahme ist freiwillig und erfolgt nach Abfrage. Aktivitäten sind häufig Ausflüge oder Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung. In der Kategorie „Freizeit richtet sich nach Gruppenbeschlüssen“ sind die Aktivitäten von der Wohneinrichtung festgelegt und die Teilnahme ist freiwillig: „B02: Weil die Betreuer uns fragen "Wollt ihr da und da hin?" und dann können wir entweder "Ja" oder "Nein" sagen“ (I07B02, Z. 741-742). In anderen Einrichtungen werden die Vorschläge der Bewohner_innen aufgenommen und in der Gruppe besprochen. Unter anderem sind Aktivitäten und deren Zeitpunkt abhängig von der Verfügbarkeit der Mitarbeiter_innen und der Anzahl an Teilnehmer_innen: „I07: Schön und dann kannst du dir auch aussuchen zu welchem Zeitpunkt das ist, oder wird das bestimmt? B02: Ja, da müssen wir gucken wie die Mitarbeiter können“ (I07B02, Z. 480-483). So muss sich eine Mindestanzahl an Personen für eine Aktivität melden, damit diese stattfinden kann. Einige von den Bewohner_innen vorgeschlagenen Aktivitäten können aufgrund des Personalschlüssels nicht durchgeführt werden. Im Bereich der Organisation von Freizeit gibt es folglich eine wiederkehrende Verbindung zu der Kategorie „Mitarbeiter_innen“.

Die Pflege von Mitbewohner_innen und Tagesabläufe wie Essenszeiten oder Duschzeiten in der Wohneinrichtung, haben *Einfluss auf die Gestaltung der Freizeit*. Teilweise fehlen Mitarbeiter_innen, die mit der Pflege anderer beschäftigt sind: „B01: Und ich konnte überhaupt keinen Mitarbeiter mehr fragen und das war. Das war für mich psychisch eine starke Belastung“ (I05B01, Z. 32-34); „B01: [...] die sagen zum Beispiel: "Wir üben jetzt Bus fahren" so und dann freut man sich drauf, dann

kommt man von der Arbeit und dann heißt es: "Ich kann nicht mit dir Bus fahren, weil ich mit dem und dem zum Arzt muss." Und dann ist man innerlich richtig sauer, das war auch schon so oft vorgekommen [...]" (I03B01, Z.836-843). Hier findet sich erneut der Bezug zur Kategorie „Mitarbeiter_innen“. Der Hauptgrund der Beeinflussung der Freizeitgestaltung stellt die Verfügbarkeit von Mitarbeiter_innen dar. Weiterhin beeinflusst die selbständige Pflege der Mitbewohner_innen die Gestaltung der Freizeit durch die Belegung von Badezimmern: „B01: Aber, aber damit ich überhaupt den Raum frei habe, da steh ich eher auf“ (I05B01, Z.25).

Positive Bewertungen bezüglich der Freizeit finden sich am häufigsten in Bezug auf stattfindende Ausflüge und Urlaube wieder. Der Klavierunterricht und das Fernsehgucken werden als positiv bewertet. Lediglich eine negative Aussage bezüglich der Reha-Gymnastik wird geäußert. Es scheint, dass besonders Ausflüge und Urlaube von den Bewohner_innen als positiv wahrgenommen werden.

Die *subjektive Einschätzung der Selbstbestimmung* wird in den Aussagen als positiv deutlich. Die Aktivitäten und der Zeitpunkt der Unternehmungen kann selbständig gewählt werden. Dazu zählt das Kommen und Gehen in der Wohneinrichtung. Eine Person muss wegen den Mitbewohner_innen die Musiklautstärke anpassen und bewertet dies als negativ. Anhand dieses Beispiels lässt sich erkennen, dass die Wohneinrichtungen großen Wert auf eine positive Gruppendynamik legen. Die Gruppendynamik wiederum stellt eine Subkategorie der Hauptkategorie „Wohneinrichtung“ dar.

6.2: Kategorie: Wohneinrichtung

In der Hauptkategorie „Wohneinrichtung“ ist festzustellen, dass Wohneinrichtungsstrukturen in Form von *festen Plänen*, wie beispielsweise ein Waschplan, Einfluss auf die selbstbestimmte Freizeitgestaltung der befragten Bewohner_innen nehmen. Alle Befragten können Aussagen zu Küchen-, Wäsche- oder Essensplänen tätigen, welche mehrfach als positiv oder neutral bewertet werden. Es kann angenommen werden, dass die Strukturen und Vorgaben der Wohneinrichtung in bestimmten Lebensbereichen als Erleichterung empfunden werden können, da die genannten Pläne die Funktion einer Gedächtnisstütze erfüllen können.

Die Bewohner_innen benennen *Einschränkungen und Stressfaktoren*. Eine/ein Bewohner_in merkt mehrmals an, dass die vorgegebenen Ausgangszeiten als Einschränkung empfunden werden. Dieser Faktor lässt sich dem Aspekt der Fremdbestimmung zuordnen. Des Weiteren werden das Teilen des Badezimmers und die Gruppengröße als Stressfaktoren identifiziert: „B01: Weil wir sind ja hier wie eine große WG eigentlich, wenn man so überlegt. Und das hier nicht immer Sonnenschein ist, das ist ja auch klar. [...] Es gibt hier auch schon Stress“ (I03B01, Z. 752-757).

Das Maß an *empfundener Selbstbestimmung* innerhalb der Kategorie „Wohneinrichtung“ wird mehrfach positiv beschrieben. Die Bewohner_innen bemerken, in welchen Lebensbereichen sie uneingeschränkt selbst entscheiden können. Instrumente zur Selbstbestimmung, wie beispielsweise ein Hausschlüssel, werden als besonders positiv bewertet.

Auffällig ist, dass sich die Aussagen zu den Kategorien „Gruppendynamik“, „Umgang zwischen Bewohner_innen“ und „Wohnsituation unter Mitbewohner_innen“ nicht zu gemeinsamen Aussagen zusammenfassen lassen. Ein möglicher Grund dafür kann sein, dass die drei genannten Bereiche von jeder Person anders empfunden und bewertet werden. So merkt eine/ein Bewohner_in an, dass sich untereinander bezüglich der Badezimmernutzung geeinigt werden kann. Eine /ein andere_r Befragte_r sagt, dass die gemeinsame Badezimmernutzung und -reinigung ein regelmäßiges Konfliktpotential bietet. Lediglich eine/ein Befragte_r äußert, dass sie/er ein eigenes Badezimmer nutzt.

Die Kategorie „Wohneinrichtung“ lässt sich mit den Kategorien „Tagesablauf“ und „Freizeit“ verknüpfen, da die vorgegebenen Strukturen durch die Wohneinrichtung den individuellen Tagesablauf und somit die Freizeitgestaltung beeinflussen.

6.3 Kategorie: Tagesablauf

Die Hauptkategorie „Tagesablauf“ umfasst insgesamt viele Subkategorien. Anhand der gesammelten Aussagen lässt sich grundsätzlich feststellen, dass die Bewohner_innen den gesamten *Tagesablauf positiv bewertet* haben. Dies betrifft die Zeit innerhalb der Woche, wenn gearbeitet wird, und am Wochenende. „I03: Ja ok, und

ehm ist das dann manchmal so, dass du deswegen zum Beispiel eine Serie verpasst oder so, oder irgendwas anderes in deiner Freizeit nicht machen kannst? B01: Mh, nein“ (I03B01, Z. 387-388). Dieses Zitat einer/eines Bewohner_in weist auf die Flexibilität der Freizeitgestaltung hin. Diese spiegelt sich beispielsweise anhand der Aussagen in der eigenen Entscheidung wieder, wann etwas gekocht oder ob zusammen gegessen wird.

Die Kategorie „Positive Bewertung des Tagesablaufs“ hängt eng mit der Kategorie „Mitarbeiter_innen“ zusammen, da sich gezeigt hat, dass ein *kommunikativer Austausch* in verschiedenen Bereichen der Alltagsbewältigung eine wesentliche Rolle spielt. Der kommunikative Austausch ist für den Umgang unter Mitbewohner_innen von Bedeutung. Das zeigt sich insbesondere bei der Absprache, wann gemeinsam gegessen wird. „I07: Und wie findest du so die gemeinsamen Essen? B02: Bisschen laut, unruhig oder so. Ich meine jetzt, da wo ich arbeite, ist es unruhig. I07: Okay, ja. B02: Hier am Wochenende ist da ruhiger, weil wir, glaube ich, nur mit sechs Mann sind. I07: Und wie gefällt dir das? B02: Gut“ (I07B02, Z. 273-285). Durch dieses Zitat wird deutlich, dass eine ausgeglichene Zufriedenheit bei der Gestaltung des Tagesablaufs vorherrscht. Es werden Bewältigungsstrategien in störenden Situationen entwickelt. So bleibt eine positive Grundhaltung gegenüber alltäglichen Strukturen bestehen. Darüber hinaus lässt sich eine Verbindung zwischen der Kategorie „Mitarbeiter_innen“ und den persönlichen Tagesstrukturen Anderer, hier „Mitbewohner_innen“, finden. Es zeigt sich, dass der kommunikative Austausch für die Koordination der Tagesstruktur essentiell ist, insbesondere wenn Räumlichkeiten, wie beispielsweise ein Badezimmer, geteilt werden. Es wird deutlich, dass Absprachen von wesentlicher Bedeutung sind. Ohne Absprachen und eindeutige Kompromisse könnten die Freizeit oder bestimmte individuelle Tagesabläufe eingeschränkt werden, da die Unwissenheit über die verschiedenen Tagesgestaltungen der Mitbewohner_innen nicht in den Alltag einbezogen werden können. Durch die subjektiven Bewertungen der einzelnen Befragten wird grundsätzlich deutlich, dass Transparenz auf Seiten der Bewohner_innen und Mitarbeiter_innen untereinander von wesentlicher Bedeutung für ein selbstständiges Gestalten der Freizeit ist: „B01: Brauch ja nur Bescheid sagen, dann komme ich abends. Manchmal lasse ich auch von den Betreuern ein Taxi bestellen, wenn die Party lange geht. Und das klappt. [...]“ (I07B01, Z. 752-758).

Die Aussagen zur *Einnahme von Medikamenten* stellen heraus, dass die Mitarbeiter_innen einen Einfluss auf die Einnahmezeitpunkte nehmen. Es hat sich nicht herauskristallisiert, ob sich dieser Einfluss negativ auf die Stimmung und die Tagesstruktur auswirkt. Die Bewohner_innen empfinden die Kontrolle der verschiedenen Einnahmen als nicht störend. Es hat sich gezeigt, dass den Betroffenen durch die kontrollierte Übernahme der Mitarbeiter_innen geholfen wird, sich an die Einnahme zu erinnern.

„I01: Morgens und abends. Musst du auch dann aufstehen, um die Medikamente zu nehmen? B01: Ne die Mitarbeiter warten bis ich unten bin. Aber Sonntag kommen die immer hoch. Klopfen an an die Tür. I01: Auch wenn du noch am Schlafen bist dann? B01: Ne. Bin ich ja, bin ich ja dann schon auf, morgens dann (...) I01: Also stört das nicht beim /schlafen, wenn du Medikamente nimmst?/ B01: /ne, stört mich nicht/ I01: Okay. (...)“ (I01B01, Z. 526-539).

Bei der Frage, ob die *Wohneinrichtungsstruktur Einfluss auf die individuelle Tagesstruktur der Bewohner_innen* nimmt, ist eindeutig festzuhalten, dass jede/jeder Einzelne von geregelten und feststehenden Zeiten abhängig ist. Dies spiegelt sich bei der Einnahme von Medikamenten und in den Arbeits-, Essens-, Wasch- und Hygieneplänen wieder. Anhand der Aussagen wird sichtbar, dass die Bewohner_innen selbst entscheiden können, an welchen alltäglichen Wohnstrukturen persönlich teilgenommen wird. Es wird deutlich, dass das tägliche gemeinsame Kaffeetrinken, welches durch viele Aussagen als positiv aufgefasst wird, ausgelassen werden darf. Die einzelnen Bewohner_innen werden nur an verschiedenen strukturellen Begebenheiten von den Mitarbeiter_innen erinnert. Die einzige Struktur, die von einigen Betroffenen als negativ und störend wahrgenommen wird, ist die Funktion der Nachtwache:

„[...] ich sag ja wenn ich müde bin, sag ich den (nennt Namen von Mitarbeiter B) ich seh den dann noch. Also ich seh (..), wenn ich dann müde bin, viertel nach acht, halb neun, dann geh ich, sag gut Nacht, bis morgen. Dann geh ich, dann geh ich ins Bett. Bis die Nachtwache kommt. Ich will

ja keinen Ärger kriegen. Von der Nachtschwester“ (I04_I06B01, Z. 333-337).

Auf der einen Seite könnte die Rolle der Nachtwache dem Schutz der Bewohner_innen dienen, auf der anderen Seite kann dies als Eingriff in die Privatsphäre der Bewohner_innen wahrgenommen werden. Dies könnte als Kontrolle aufgefasst werden. Somit ist diese Kategorie verbunden mit der Kategorie „Freizeit“, da die Bewohner_innen sich beispielsweise in der freien Zeit, hier Schlafenszeit, durch die Mitarbeiter_innen beeinflusst fühlen könnten. Diese Beeinflussung wird durch die/den Bewohner_in negativ aufgefasst.

Der Schwerpunkt der Forschungsfrage liegt auf dem Zusammenhang zwischen den Pflegestrukturen und der selbstbestimmten Freizeitgestaltung der Bewohner_innen in den Wohneinrichtungen. Aufgrund dessen werden anschließend die Ergebnisse der Interviewaussagen bezüglich der Hauptkategorie „Pflege“ erörtert.

6.4 Kategorie: Pflege

Der Hauptkategorie „Pflege“ konnten Aussagen innerhalb der sechs Subkategorien „Pflegebereiche“, „Begriffsverständnis der Person“, „zeitlicher Aspekt der Pflegeplanung“, dem „subjektiven Empfinden“ und der „Einschätzung der Selbstbestimmung“ sowie der „selbstständigen, angeleiteten oder fremdübernommenen Pflege“ zugeordnet werden. Viele befragte Bewohner_innen haben keinen Pflegegrad, weshalb von manchen Personen keine Aussagen zu diesem Thema getroffen werden konnten.

Die Kategorie „Pflegebereiche“ orientiert sich an den zuvor theoretisch festgelegten Bereichen der Pflege. Die Aussagen der Interviewer_innen zu den *Pflegebereichen* lassen sich den Subkategorien „Essen und Trinken“ und „Körper und Zahnpflege“ zuordnen. Durch die Aussagen in der Kategorie „Essen und Trinken“ lässt sich vermuten, dass die Bewohner_innen, die ihr Frühstück selbstständig zubereiten, selbst entscheiden können, was sie essen und trinken möchten: „B01: Ähm, frühstücken tue ich morgens nicht so gerne, weil ich habe auch irgendwie keinen Appetit. Aber dafür trinke ich zwei Tassen Kaffee mehr und so“ (I07B01, Z. 128-130); „B02: [...] die fragen, was wir wollen. Dann haben wir mal nach der Wurstsorte gefragt und dann

sagten sie "Kein Thema. Können wir holen." Dann wird die gekauft und dann können wir die essen" (I07B02, Z. 636-638). Beim Mittagessen scheinen die Auswahlmöglichkeiten begrenzt zu sein, da das Essen unter der Woche meist aus einer Großküche geliefert wird: „B01: Ne das hat immer die Küche für uns gemacht. Hier machen wir das ja selber am Wochenende“ (I07B01, Z. 789-790). Demnach lässt sich vermuten, dass sich die Bewohner_innen am Wochenende mehr bei der Zubereitung des Mittagessens einbringen können. Die Kategorie „Essen und Trinken“ scheint somit hinsichtlich der Selbstbestimmung der Bewohner_innen durch Tagesabläufe und Wohneinrichtungsstrukturen beeinflusst zu werden. Die Kategorie „Körper- und Zahnpflege“ wird von den Bewohner_innen unterschiedlich beschrieben. So werden Haare beispielsweise von Mitarbeiter_innen oder in einem Friseurladen geschnitten. „B08: [...] ich geh zum (..) zum Frisör“ (I08B08, Z. 830); „B01: Das machen die Mitarbeiter“ (I07B01, Z. 254). Die Duschzeiten unterscheiden sich ebenfalls zwischen den Bewohner_innen. Zum Thema Zahnpflege lassen sich keine einheitlichen Aussagen treffen. Es können innerhalb dieser Pflegebereiche keine Einschränkungen auf oder durch andere Kategorien erfasst werden.

Das *Begriffsverständnis für Pflege* scheint sich für die Bewohner_innen im Bereich Körperhygiene zu definieren: „B01: Eigentlich eher so, dass wenn einer sich nicht mehr so alleine waschen kann und so“ (I03B01, Z. 320). „Also ich putz meine Zähne und dann gucken se noch mal drüber, ob alles, ob ich überall drüber gegangen bin und gucken noch mal, wo noch, wo noch, wo noch ich nicht richtig geputzt hab und so“ (I04_I06B01, Z. 262-264).

Dies kann damit zusammenhängen, dass die befragten Bewohner_innen in diesen Bereichen *Unterstützung* benötigen. Die meisten Bewohner_innen benötigen eine Übernahme der Pflege bei der Fußpflege oder beim Haarschneiden. „B02: Ja, weil ich die Füße nicht selbst schneiden darf, dass macht dann immer eine Fußpflege“ (I07B02, Z. 141-142); „B02: [...] ich lass mir das von jemandem, der hier arbeitet auch ab und zu mal machen und manchmal gehe ich auch zum Frisör“ (I07B02, Z. 195-196). Unterstützung in der Pflege kann zudem in Form von Anleitung und Unterstützung durch die Mitarbeiter_innen gegeben werden.

Die Bewohner_innen *fordern Pflege teilweise selbständig ein*: „Dann mach ich um zehn nach, zehn nach, viertel nach sechs klinge ich. Das einer mir den Rücken wäscht, weil das kann ich nicht selber. Also ich brauche schon ein bisschen Unterstützung, zum Waschen hinten rum“ (I04_I06B01, Z. 13-15). Um diese Selbstständigkeit zu fördern ist es nötig, dass genügend Mitarbeiter_innen zur Verfügung stehen, um die Bewohner_innen zu unterstützen: „B02: Naja, es wäre schön, wenn ich es alleine könnte, aber Hilfe wurde mir angeboten. Aber da müssen mehrere Betreuer im Dienst sein, weil es muss ja einer sein, der mich auch halten kann“ (I07B02, Z. 382-384).

Durch die Kategorie „Mitarbeiter_innen“ könnten demnach *Einschränkungen der Selbstständigkeit und der Freizeit* entstehen, wenn eine/ein Bewohner_in gerne baden würde und aufgrund mangelnder Unterstützungsmöglichkeiten duscht. Diese Einschränkungen entstehen nicht bei den Bewohner_innen die ihre Pflege selbstständig durchführen. So sind Duschzeiten bei ihnen nicht an die Verfügbarkeit der Mitarbeiter_innen gebunden: „B02: Also nachmittags, wenn ich nach Hause komme und ich bin so gestresst, dann geh ich auch ganz gerne erstmal duschen, sodass ich wieder runterkomme“ (I02B02, Z. 114-116). Die Mehrheit der Befragten kann weitestgehend selbstständig die eigene Körperpflege durchführen.

Die *zeitliche Planung der Pflege* orientiert sich nicht an den Mitarbeiter_innen, sondern an den persönlichen Bedürfnissen der Befragten: „B01: Ja, dann wasche ich mich, rasiere ich mich erstmal. Ich dusche auch ganz gerne morgens. Muss immer frisch sein“ (I07B01, Z. 22-23).

Die *Bewertung der Pflegesituation* ist bei den meisten Bewohner_innen positiv. Die Einschätzung der Selbstbestimmung fällt bei den Bewohner_innen positiv aus: „Die Klamotten such ich mir dann aus, dann such ich mir die sauberen Klamotten raus. Krieg ich auch selber hin“ (I04_I06B01, Z. 404-405). Neutrale Bewertungen der Pflege basieren womöglich auf der Erkenntnis ihrer Notwendigkeit: „B02: Muss ja auch gemacht werden. Wenn ich die ja nicht machen lassen würde, dann würde ich ja ein Problem bekommen mit dem Laufen, weil die ja wachsen“ (I07B02, Z. 168-170). Nur eine Person hat Pflegesituationen negativ bewertet. Hierbei handelt es sich nicht um

die eigene Pflege der befragten Person, sondern um den Mangel an verfügbaren Mitarbeiter_innen, aufgrund ihrer Pfllegetätigkeiten bei anderen Mitbewohner_innen:

„B01: Auch das finde ich doof, dass es dann so ist [...]. Klar machen wir das meiste alleine, aber ist doch trotzdem schön, wenn der Lieblingsansprechpartner oder ein anderer Ansprechpartner, der jetzt nicht Lieblings- aber trotzdem auch man sich gut versteht, dann sagt: „Komm wir machen dann jetzt mal was.“ Klar, das geht nicht immer, das ist ja auch klar, aber dann heißt es, das geht nicht“ (I03B01, Z. 836-841).

Es könnte erneut eine Verbindung zur Kategorie „Mitarbeiter_innen“ hergestellt werden, weil die negative Bewertung der Pflege durch den Zeitmangel der Mitarbeiter_innen begründet wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass die beiden Hauptkategorien „Pflege“ und „Medizin“ ebenfalls in einem starken Zusammenhang zueinanderstehen. Ein wichtiger Bereich der Pflege ist die medizinische Versorgung, weswegen diese als Hauptkategorie gebildet wurde.

6.5 Kategorie: Medizin

Innerhalb der Hauptkategorie „Medizin“ lassen sich die Aussagen in Subkategorien zuordnen. Die Subkategorien sind „Medikation“, „selbstständige Einnahme“, „Vergabe durch Pflegepersonal“, „Arztbesuche“ und „medizinische Hilfsmittel“.

Zur *Medikation* werden von den Bewohner_innen unterschiedliche Angaben gemacht: „B01: Ja, ich glaub nur die Pille und für die Schilddrüse, sonst eigentlich nicht“ (I03B01, Z. 342); „B02: Ja, da kriege ich nur Augentropfen“ (I07B02, Z. 205).

Mehrere Bewohner_innen geben an, ihre *Medikamente selbstständig einnehmen* zu können: „B01: Die Tabletten nehme ich auch alleine“ (I03B01, Z. 717). Dadurch könnte die Abhängigkeit von Pflegepersonal und damit verbundene mögliche Einschränkungen der Freizeit vermindert werden: „B01: Und wenn ich abends von der Tanz-, oder äh hier von der Party wiederkomme, hör mal, da nehme ich sie und so“ (I07B01, Z. 156-157).

Wenn Medikamente *nicht selbstständig eingenommen* werden, kann sich mit dem Personal abgesprochen werden, um die Freizeitgestaltung nicht negativ zu beeinflussen: „B02: Ja, da muss man nur darauf achten, dass man um eine bestimmte Uhrzeit zurückkommt und die nimmt. Aber dann planen die das so, dass ich die dann vorher kriege, dann brauche ich nicht extra den Weg zurückzulaufen“ (I07B02, Z. 233-235). Anhand der Aussagen lässt sich vermuten, dass sich solche Absprachen bei den befragten Personen positiv auf deren Freizeit auswirken. Die Kategorie „Medikamente“ lässt sich demnach in Verbindung mit der Kategorie „Mitarbeiter_innen“ und „Freizeit“ setzen.

Einige Bewohner_innen berichten zudem von ihren *Arztbesuchen*: „B01: Ich war ja Freitag da gewesen, zum Zahnarzt. Und dann haben sie mich gemessen und übermorgen muss ich wieder hinkommen“ (I02B01, Z. 358-360). Hier lässt sich erneut ein Zusammenhang zur Kategorie „Mitarbeiter_innen“ herstellen, welche laut der Aussagen häufig die Begleitung oder den Transport der Bewohner_innen zu Arztbesuchen übernehmen: „B08: D-der hat mich dahin gefahren zum O-or-orthopäde“ (I08B08, Z. 1497); „B01: Ähm letztes Mal, da war ich mit der (nennt Name von Mitarbeiterin A) beim Arzt“ (I02B01, Z. 242).

Diese Angewiesenheit auf die Mitarbeiter_innen lässt sich innerhalb der Kategorie „*Medizinische Hilfsmittel*“ erkennen. Hier gibt eine/ein Bewohner_in an, Hilfe beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe zu benötigen: „B08: Mach nicht alleine. [...] Ich meine für diesen Betreuer“ (I08B08, Z. 1374, 1380).

Insgesamt scheinen die meisten Bewohner_innen die Notwendigkeit der medizinischen Versorgung zu erkennen: „B02: Wäre schön, wenn ich die nicht nehmen müsste, aber wenn ich die nicht nehmen würde, dann besteht die Gefahr, dass ich blind werde“ (I07B02, Z. 228-229). Sie können Einnahmezeiten der Medikamente mit dem Pflegepersonal absprechen und sind möglicherweise deshalb zufrieden damit:

„B02: Also ich sag mal ehm, ich muss die so früh nehmen eben, weil ich am nächsten Tag sonst nicht ausgeschlafen bin. Also deswegen hab ich mir das selber bestimmt, dass ich die um 7 Uhr nehme und ehm, dass ich

dann eben noch Zeit zum Schlafen hab und am nächsten Morgen auch fit für die Arbeit bin“ (I02B02, Z. 167-270).

Mitarbeiter_innen spielen, wie auch in der medizinischen Versorgung, in vielen Kategorien eine wichtige Rolle. Die Hauptkategorie „Mitarbeiter_innen“ wird im Folgenden näher umschrieben.

6.6 Kategorie: Mitarbeiter_innen

Für die Auswertung der Interviews wurde induktiv die Kategorie der Mitarbeiter_innen gebildet. Diese Kategorie umfasst insgesamt sechs Subkategorien. Eine dieser Subkategorien befasst sich mit der *Aufgabenübernahme* der Mitarbeiter_innen. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die Mitarbeiter_innen den Bewohner_innen bei der Bewältigung von alltäglichen Aufgaben Hilfestellung leisten. Teilweise werden Aufgaben komplett von ihnen übernommen. Ein Beispiel hierfür stellt das gemeinsame Frühstück dar. Die Mitarbeiter_innen stellen den Bewohner_innen eine Auswahl an Lebensmitteln zur Verfügung, aus welcher diese eigenständig wählen können: „B01: [...] Kaffee steht auf dem Tisch, ähm Milch steht auf dem Tisch ne? Butter und Margarine, Butter äh Margarine, Wurst und Marmelade ne?“ (I02B01, Z. 78-80). Die Bewohner_innen übernehmen feste Aufgaben, welche ihnen von den Mitarbeiter_innen zugeordnet werden. Hier sind feste Wohneinrichtungsstrukturen zu erkennen. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die Mitarbeiter_innen den Bewohner_innen Aufgaben erteilen, welche diese dann auszuführen haben. Diese erledigen sie weitestgehend selbstständig. Darunter fällt zum Beispiel das Tischdecken: „B01: Dann machen wir uns Brot auf den Teller, Gläser und dann tuen wir auch selber Wasser [...]“ (I02B01, Z. 329-330). Die Bewohner_innen erledigen viele Aufgaben selbstständig. Es werden im Einzelfall Aufgaben komplett von den Mitarbeiter_innen übernommen. Dies geschieht insbesondere im Hinblick auf den Unterstützungsbedarf der Bewohner_innen: „B01: Ja, auch schon mal dass Zimmer geputzt, weil ich kann mich auch nicht mehr richtig bücken“ (I07B01, Z. 399-400). Nach Bedarf werden die Bewohner_innen bei ihren alltäglichen Aufgaben von den Mitarbeiter_innen unterstützt. Dies geschieht immer dann, wenn die Bewohner_innen eine Aufgabe nicht selbstständig erfüllen können. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die

Hilfsanforderungen von den Bewohner_innen ausgehen. Ein Beispiel hierfür stellt das Beziehen von Betten dar. (I01B01, Z. 232)

Die *Bewertung der Unterstützung* ist meist positiv. Besonders positiv wird empfunden, dass die Mitarbeiter_innen den Bewohner_innen regelmäßig ihre Hilfestellung anbieten und bei Bedarf bestimmte Aufgaben übernehmen. Darüber hinaus wird es als positiv gewertet, dass die Mitarbeiter_innen Konflikte unter den Bewohner_innen lösen und manchmal sogar Entscheidungen für die Bewohner_innen treffen. In einigen Fällen wird dies als störend empfunden, da die Bewohner_innen Konflikte lieber untereinander lösen möchten: „I03: Was sind das für Sachen, bei denen du es nicht so gut findest? B01: Wenn man so kleine Auseinandersetzungen hat. Also jetzt nicht so große, sondern so ein bisschen, ganz kleine hat, dass die sich da am besten nicht so einmischen sollen.“ (I03B01, Z. 668-671). Hierbei stellt sich die Frage, inwiefern die Mitarbeiter_innen die Selbstbestimmung der Bewohner_innen in Bezug auf Konflikte respektieren. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Mitarbeiter_innen den Bewohner_innen zutrauen, Konflikte selbstständig zu lösen. Konflikte werden in Form von persönlichen Gesprächen gelöst. Außerdem kommt es mitunter vor, dass die Mitarbeiter_innen Vereinbarungen nicht immer einhalten können. Die Gründe dafür werden den Bewohner_innen nicht bekannt gegeben. Dies wird von ihnen als negativ empfunden. Die Bewohner_innen empfinden es als positiv, dass sie ihre Freizeit selbstbestimmt gestalten können. Die Bewohner_innen müssen die Mitarbeiter_innen über ihre geplanten Aktivitäten in Kenntnis setzen. Des Weiteren respektieren die Mitarbeiter_innen die individuelle Privatsphäre der Bewohner_innen, in dem sie zum Beispiel deren Wohnungen nicht ohne ihre Erlaubnis betreten: „[...] Die dürfen nicht einfach so reinspaziert kommen und sagen, sondern die müssen klopfen und dann“ (I03B01, Z. 484-486).

Außerdem hat die Auswertung der Interviews ergeben, dass das *Verhältnis zwischen den Bewohner_innen und den Mitarbeiter_innen* personenabhängig geprägt ist. Teilweise wird der Umgang als respektvoll wahrgenommen. Es gibt Bewohner_innen, die das Gegenteil erachten. Dies gilt dann, wenn bestimmte Mitarbeiter_innen, im

Vergleich zu anderen Mitarbeiter_innen, als weniger sympathisch empfunden werden. Teilweise wird der Umgangston der Mitarbeiter_innen als aggressiv wahrgenommen. Andererseits werden Späße mit den Bewohner_innen gemacht, was diese als angenehm interpretieren: „B01: [...] Sagt er: liih (lacht) Da habe ich ihn nass gespritzt (lacht) Aber so machen es alle mal, der ähm, der (Nennt Name von Mitarbeiter B) und die der (Nennt Name von Mitarbeiterin A) ne?“ (I02B01, Z. 145-147). Der Umgang der Mitarbeiter_innen mit den Bewohner_innen wird demnach unterschiedlich wahrgenommen.

Es stehen nicht immer ausreichend Mitarbeiter_innen zur Verfügung, es lässt sich ein *Mangel an der Anzahl von Mitarbeiter_innen* feststellen. Dies hat Einfluss auf die Wohneinrichtungsstrukturen und die Freizeitgestaltung der Bewohner_innen, da gemeinsame Freizeitaktivitäten nur dann ausgeführt werden können, wenn ausreichend Mitarbeiter_innen zur Begleitung bereitstehen. Dass die Mitarbeiter_innen einen großen *Einfluss auf die selbstbestimmte Freizeitgestaltung* der Bewohner_innen ausüben, zeigt sich am Beispiel der Nachtwache (I04_06B01, Z. 89-89). Hierbei handelt es sich um Mitarbeiter_innen, die in den Abendstunden die Wohnungen der Bewohner_innen betreten und diese dann auffordern zu schlafen. Es kann angenommen werden, dass die Wohneinrichtungsstrukturen Vorrang vor der Selbstbestimmung der Bewohner_innen haben. Damit wird noch einmal die Annahme bestätigt, dass die Wohneinrichtungsstrukturen einen negativen Einfluss auf die selbstbestimmte Freizeitgestaltung der Bewohner_innen haben können. Dies ist, in Hinblick auf die Forschungsfrage, eine relevante Erkenntnis. „I04: [...] ob die Nachtwache zum Beispiel sagt, ihr müsst jetzt schlafen oder ob das jetzt zum Beispiel ok wäre, wenn du jetzt sagen würdest, ja ich möchte noch meinen Film zu Ende gucken, ob du dann zum Beispiel den noch zu Ende gucken könntest B01: Der ist dann schon bis viertel nach acht zu Ende und dann gehe ich schlafen. Und dann kommt die Nachtwache um neun I06: Also ihr müsst dann auch schlafen B01: Genau. (I04_06B01, Z. 5596-569).

Neben den Mitarbeiter_innen pflegen die Befragten auch zu anderen Personen soziale Kontakte, auf die nun näher eingegangen wird.

6.7: Kategorie: Soziale Kontakte

In der Kategorie „soziale Kontakte“ lässt sich die Kernaussage treffen, dass im familiären Bereich insbesondere die Eltern eine wichtige Rolle im Leben der Bewohner_innen spielen. Sie übernehmen unter anderem die Gestaltung der Freizeit außerhalb der Wohneinrichtung oder pflegerische Tätigkeiten.

Auffällig ist, dass Kontakte zu Freund_innen und Nachbar_innen jeweils nur in einer Interviewaussage erwähnt werden, wohingegen der Kontakt zu Mitbewohner_innen in mehreren Interviews erwähnt wird. Dabei stellte sich heraus, dass die Bewohner_innen ihre Freizeit miteinander verbringen, sich dabei über Erlebnisse austauschen und gegenseitig unterstützen: „B01: Man muss ja immer sehen, dass man sich helfen muss und so. Aber meistens tun wir den anderen auch ein bisschen untereinander ähm Helfen und so“ (I07B01, Z. 168-170). Mehrere Bewohner_innen erwähnen, dass sie in einer Partnerschaft sind und zu der/dem Partner_in regelmäßigen Kontakt besteht. Die Bewertung der sozialen Kontakte fällt einmalig positiv und einmalig neutral aus.

Aus den ermittelten Aussagen der Bewohner_innen lässt sich der Schluss ziehen, dass sich die sozialen Kontakte hauptsächlich auf die Mitbewohner_innen und die Eltern fokussieren. Ein möglicher Grund hierfür kann sein, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Wohneinrichtungskontexten häufig wenigen Aktivitäten außerhalb der Einrichtung nachgehen. Wohneinrichtung und Werkstatt können dadurch als Lebensmittelpunkt und somit als Hauptquelle für soziale Kontakte betrachtet werden (Haveman & Stöppler, 2014).

Die Kategorie der „sozialen Kontakte“ lässt sich mit den Hauptkategorien „Freizeit“ und „Pflege“ verknüpfen, da die sozialen Kontakte in der Freizeit eine tragende Rolle für die Bewohner_innen spielen und teilweise pflegerische Aufgaben oder unterstützende Maßnahmen durch diese Kontakte übernommen werden.

6.8 Kategorie: Termine

Die Hauptkategorie „Termine“ hängt mit der Kategorie „Mitarbeiter_innen“ zusammen. Dies wird in der *Terminvergabe* deutlich, da sich anhand der Befragung zeigt, dass die Mitarbeiter_innen einen Einfluss auf die Gestaltung der internen und externen Termine nehmen können: „B01: Ne, die rufen ja immer an. Unten im Büro rufen sie ja immer an, wann ich überhaupt einen Termin habe ne? Und wenn die dann sagen: Ja da und da. Wenn ich ja sage, ja, dann fahre ich ne? Aber das machen immer die Mitarbeiter“ (I02B01, Z. 382-384). Einige können ihre Termine selbst organisieren, der größte Teil lässt die Terminvergabe durch die Mitarbeiter_innen strukturieren. Die Zufriedenheit der Übernahme der Terminvergabe spiegelt sich in den einzelnen Aussagen der Betroffenen wieder: „I02: Ok, würdest du dir wünschen, dass du das machen könntest? Oder ist das in Ordnung? B01: Ne, das machen mal lieber die Mitarbeiter. Die wissen auch, wann ich dann den Termin habe. Ne, ich mache das nicht selber“ (I02B01, Z. 374-378). Warum die Übernahme der Terminvergabe geringe bis keine Problematiken für die Gestaltung der Freizeit aufweist, könnte eng damit zusammenhängen, wie über den Begriff „Termine“ nachgedacht wird. Es hat sich anhand der Befragung herausgestellt, dass Termine relevant und Teil der alltäglichen Gestaltung des Alltags sind. Somit werden sie nicht als Belastung angesehen. Alles in allem wird sogar die Übernahme der Terminvergabe positiv aufgefasst: „I03: Aber wann genau der Termin ist, ob der jetzt montags oder donnerstags ist, entscheidest du das? Oder entscheiden das die Betreuer? B01: Meistens die Betreuer. I03: Und wie findest du das? B01: Das finde ich schon gut, weil ich so mit Ärzten nicht so“ (I03B01, Z. 680-687). Dies könnte daran liegen, dass somit die eigenständige Koordination und das Behalten der einzelnen Termine keine große Rolle in der Alltagsbewältigung spielen müssen. Die Bewohner sind zufrieden mit der übernehmenden Vergabe einzelner Termine.

Mitunter kann es vorkommen, dass die Bewohner_innen aufgrund von diversen individuellen Einschränkungen begleitet werden müssen. Dies bezieht sich auf die Freizeitgestaltung und auf die Wahrnehmung von Terminen.

6.9 Kategorie: Mobilität und Begleitung

Einige Bewohner_innen geben an, zur Arbeit bzw. zu Terminen gefahren sowie beim Einkaufen begleitet zu werden. Es scheint Begleitung aufgrund von Gefahrenverhütung, gesundheitlichen Gründen oder Unsicherheiten der Bewohner_innen zu erfolgen. Dies ist beispielsweise in der Äußerung „B01: Aber alleine sagt die (Nennt Name von Mitarbeiterin A) ist das zu gefährlich“ (I02B01, Z. 225-226) zu erkennen. Somit könnte hier eine Verbindung zu der Kategorie „Medizin“ hergestellt werden. Andere Interviewpartner_innen äußern, dass sie selbständig den Nahverkehr nutzen, Einkaufen und Veranstaltungen besuchen. Daraus könnte geschlossen werden, dass Mobilität und Begleitung sich individuell an den Bewohner_innen orientiert. Eine/ein Bewohner_in äußert: „B01: Viele fahren da auch mit dem Bus hin, aber ich lasse mich lieber fahren“ (I07B01, Z. 203-204). Dies könnte implizieren, dass Bewohner_innen selbstbestimmt entscheiden können, ob sie den Nahverkehr nutzen oder lieber von den Betreuer_innen gefahren werden. Es kann die Aussage getroffen werden, dass die Bewohner_innen zufrieden mit der Begleitung durch die Mitarbeiter_innen sind.

Eine Person äußert ihre Freizeit nicht alleine bzw. mit Freunden gestalten zu können, da sie beispielsweise nicht mit dem Nahverkehr fahren und schlecht lesen könne:

„B01: Zum Beispiel, wenn wir jetzt nach (nennt Namen des Ortes) zum Zoo gehen wollten, könnten wir ja nicht alleine hinfahren. Und andere könnten mit ihrer Clique, dann könnten die ja alleine dahinfahren, weil die können ja lesen und wir können das nicht. Also sind wir in sowas ein bisschen eingesperrt, also nicht eingesperrt, aber so ein bisschen eng, also ein bisschen schwächer“ (I03B01, Z. 940-943).

Durch die Begleitung der Mitarbeiter_innen werden viele Freizeitaktivitäten erst möglich gemacht. Daraus könnte abgeleitet werden, dass die Begleitung der Mitarbeiter_innen relevant für die Freizeitgestaltung ist. Manche Bewohner_innen äußern, dass gewünschte Begleitung beispielsweise zum Arzt oder beim Einkaufen teilweise nicht umgesetzt werden können. Eine/Ein Bewohner_in gibt an, dass die Mitarbeiter_innen, besonders an Wochenenden, dünn besetzt seien und daher teilweise Freizeitaktivitäten nicht begleitet werden können. An dieser Stelle könnte eine Verbindung zu Freizeit und Personalschlüssel angenommen werden.

Für die Auswertung der Interviews wurden außerdem relevante Aussagen herausgefiltert, welche keiner spezifischen Kategorie zugeordnet werden konnten.

6.10 Kategorie: Weitere wichtige Aussagen

Unter diese wichtigen Aussagen fallen in erster Linie persönliche Wünsche und Interessen der Bewohner_innen. So werden mit unter *Zukunftspläne* entwickelt. Dabei werden realistische Ziele für die Zukunft eingeplant. Dazu gehört zum Beispiel das eigenständige Wohnen (I03B01, Z. 438-450).

Für die Forschungsfrage ist vor allem die Tatsache relevant, dass sich in einer Einrichtung mindestens drei Bewohner_innen für eine Freizeitaktivität interessieren müssen, damit diese stattfinden kann: „B01: [...] Spätestens- also höchstens wenn drei Leute sagen die wollen, wie beim Schwimmen, dann geht das“ (I03B01, Z. 224-227).

Freizeitangebote, welche nicht durch die Mitarbeiter_innen organisiert werden, werden nur ungerne wahrgenommen. Es wird vermutet, dass der Grund dafür in einer möglichen *Stigmatisierung* durch die Gesellschaft liegt.

Außerdem gibt es unter einigen Bewohner_innen *Konkurrenz bezüglich der Mitarbeiter_innen*. Es wird subjektiv empfunden, dass einige Bewohner_innen mehr Aufmerksamkeit von den Mitarbeiter_innen bekommen, als andere.

Die Bewohner_innen können ihre Freizeit in einem bestimmten Rahmen selbstbestimmt gestalten. Dies war in der Vergangenheit nur bedingt der Fall. Oftmals konnten Bewohner_innen mit Mobilitätseinschränkungen bestimmte Freizeitangebote nicht wahrnehmen. Heutzutage haben diese Bewohner_innen eine Chance auf Teilhabe. Dadurch dass die Mitarbeiter_innen teilweise Freizeitaktivitäten organisieren, äußert eine/ein Bewohner_in, dass sie/er sich dadurch übergangen fühlt. Außerdem stehen nicht immer alle Ressourcen zur selbstbestimmten Freizeitgestaltung zur Verfügung: „B01: [...] Mich ärgert ja nur, ich bin auch jemand der gerne Tonarbeit machen will, aber da haben sie ja nicht dieses Dings [...]“. (I07B01, Z. 658-669).

Da nicht alle erstellten Kategorien gefüllt werden konnten, werden die nicht gefüllten Kategorien im Folgenden aufgeführt.

6.11 Nicht gefüllte Kategorien

Das Kategoriensystem wurde vorab auf Basis der Forschungsfrage und des Interviewleitfadens erstellt. Hierbei wurden aus der theoretischen Fundierung Kategorien gebildet, die anhand der vorbereiteten Fragen erwartungsgemäß durch die Antworten gefüllt werden sollten. Folgende Kategorien wurden, entgegen der Annahme, nicht mit Aussagen durch die Befragten gefüllt:

- Neutrale/ keine spezielle Bewertung der Terminvergabe/-situation
- Negative Bewertung der Terminvergabe/-situation
- Negative Bewertung der Mobilitätssituation/Begleitung
- Freizeit muss begleitet/unterstützt werden
- Person benötigt Unterstützung bei der Fortbewegung in der Freizeit
- Person benötigt Pflege in der Freizeit
- Konflikte und Konfliktlösung unter Bewohner_innen
- Neutrale/ keine spezielle Bewertung des Tagesablaufes
- Negative Bewertung des Tagesablaufs
- Tagesablauf vom Wohneinrichtung vorgegeben
- Neutrale/ keine spezielle Bewertung der medizinischen Situation
- Negative Bewertung der medizinischen Situation
- Positive Bewertung der medizinischen Situation
- Bewertung der Pflegezeiten durch Bewohner_innen
- Mobilität und Lagerung in der Pflege

Da es sich bei den vorliegenden Ergebnissen um eine explorative Studie mit neun ausgewerteten Interviews handelt, ist es möglich, dass es bei einer erneuten Befragung mit mehr Teilnehmer_innen zu einer Füllung der genannten Kategorien kommen könnte. Es ist prägnant, dass die situativen Bewertungskategorien häufig nicht gefüllt worden sind. Dies könnte damit begründet sein, dass sich die Interviews nicht auf eine Qualitätsanalyse fokussiert haben. Aus der Auswertung der Daten ergibt sich eine Handlungsempfehlung, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

7 Handlungsempfehlung

Die Auswertung der Interviews hat vier Teilbereiche ergeben, in welchen eine Handlungsempfehlung für die alltägliche Praxis in Wohneinrichtungen ausgesprochen werden kann. Zu diesen Teilbereichen gehören Urlaube, Instrumente zur Selbstbestimmung, Absprachen zwischen den Mitarbeiter_innen und den Bewohner_innen sowie die Problematik des Personalmangels. Der Personalschlüssel stellt eine kategorienübergreifende Problematik dar.

Im vorangegangenen Kapitel wurde bereits erwähnt, dass die Urlaube der Bewohner_innen in der Regel durch die Wohneinrichtungen selbst organisiert werden. Die befragten Bewohner_innen haben wenig Mitbestimmungsrecht bei der Organisation der Urlaube. Aus den Ergebnissen der Befragung ergibt sich die Handlungsempfehlung, die Bewohner_innen der Wohneinrichtungen mehr in die Organisation und Planung miteinzubeziehen. Im Rahmen der Möglichkeiten könnte ein Mitbestimmungsrecht bei der Urlaubsplanung und -organisation das empfundene Maß an Selbstbestimmung bei den Bewohner_innen erhöhen. Der Urlaub sollte möglichst kostengünstig gestaltet werden, da die finanziellen Ressourcen der Bewohner_innen begrenzt sind. Da die Begleitung von Menschen mit Pflegebedarfen im Urlaub ein hoher Kostenfaktor ist, könnte beispielsweise durch das Gewinnen ehrenamtlicher Kräfte eine Kostenersparnis erfolgen.

Der Personalschlüssel ist ein Kernelement, das die selbstbestimmte Freizeitgestaltung der Bewohner_innen beeinflusst. Teilweise können die Wünsche von Bewohner_innen nicht berücksichtigt werden, da das Personal andere Bewohner_innen pflegen muss oder keine Einzelbetreuungen möglich sind. Es gibt mehr Bedarf an pädagogischen und/ oder Assistenzkräften in Wohneinrichtungen, die den weniger pflegebedürftigen Bewohner_innen ihre selbstbestimmte Freizeitgestaltung ermöglichen. Ehrenamtler_innen können eine Erleichterung für Wohneinrichtungen darstellen.

Die Selbstbestimmung spielt, mit Blick auf die Forschungsfrage, eine kategorienübergreifende Rolle in den Wohneinrichtungen. Auf Grundlage der Ergebnisse braucht es Instrumente, welche die selbstbestimmte Alltags- und Freizeitgestaltung der

Bewohner_innen unterstützen. Beispielhaft ist der Besitz eines eigenen Wohnungsschlüssels. Weiter ergibt sich die Handlungsempfehlung, mit den Bewohner_innen einen verantwortlichen Umgang mit Hausschlüsseln zu üben. So kann eine Verbesserung des selbstempfundenen Maßes an Selbstbestimmung erreicht werden.

Innerhalb der Wohngruppen kann es dazu kommen, dass Einzelwünsche nicht berücksichtigt werden können. Beispielhaft sind spezielle Essenswünsche oder Einzelbegleitungen zu Unternehmungen, die nicht notwendig aber gewünscht sind. Der Personalschlüssel spielt eine entscheidende Rolle. Unabhängig vom Personalschlüssel ergibt sich die Handlungsempfehlung, mit den Bewohner_innen deutlich zu kommunizieren, aus welchen Gründen ihre individuellen Wünsche nicht berücksichtigt werden können. Nach Möglichkeit sollte eine Alternative angeboten werden. Zur Vermeidung von Frustration oder Konflikten bietet sich eine stetige Kommunikation zwischen Mitarbeiter_innen und Bewohner_innen an. Die Mitarbeiter_innen sollten den Bewohner_innen offenlegen, dass ihre Kapazität aufgrund des Personalmangels zeitlich begrenzt ist. Absprachen, welche sich zum Beispiel auf gemeinsame Aktivitäten beziehen, sollten nach Möglichkeit nicht kurzfristig geplant werden, weil der Personalmangel immer wieder ein spontanes Einspringen der Mitarbeiter_innen erfordert. Eine langfristige Planung von Absprachen ermöglicht eine gemeinsame Suche nach Alternativen, falls eine gemeinsame Aktivität kurzfristig ausfallen muss.

Als essentielle Komponenten lassen sich zusammenfassend der Personalschlüssel und die Kommunikation zwischen Mitarbeiter_innen und Bewohner_innen identifizieren. Um mehr Personal einstellen zu können, das nicht auf die Pflege der Bewohner_innen spezialisiert ist, sondern auf deren Begleitung und Unterstützung bei Freizeitaktivitäten, benötigen die Einrichtungen mehr Gelder für pädagogische Fachkräfte. Für eine gelingende Kommunikation sind regelmäßige Aussprachen zwischen Bewohner_innen und Mitarbeiter_innen notwendig, beispielsweise in Form von Gruppensitzungen. Diese waren in den untersuchten Einrichtungen bereits erfolgreich umgesetzt. Die Kommunikation zwischen einzelnen Personen sollte durch einen respektvollen und sensiblen Umgang miteinander geprägt sein.

8 Evaluation und Reflexion

Im Folgenden Kapitel wird die Forschung reflektiert und bewertet. Zu Beginn wird die Forschungsfrage beantwortet, indem auf die Einflussnahme der Pflege und der Strukturen auf die selbstbestimmte Freizeitgestaltung eingegangen wird. Danach erfolgt die Bewertung und Reflexion der Ergebnisse. Dabei werden ausschlaggebende Punkte der Ergebnisse berücksichtigt und genauer erläutert. Im letzten Punkt wird auf die Erfüllung der Projektziele eingegangen.

8.1 Beantwortung der Frage

Die Fragestellung „Haben Pflegesituationen und -strukturen Einfluss auf die selbstbestimmte Freizeitgestaltung in Wohneinrichtungen für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung?“ lässt sich aufgrund der Forschungsergebnisse vielschichtig beantworten, so hat die Kategorie „Mitarbeiter_innen“ einen direkten und die Kategorien „Pflege“ und Pflegestrukturen einen indirekten Einfluss.

Eine direkte Auswirkung auf die selbstbestimmte Freizeitgestaltung geht von den Mitarbeiter_innen aus. Dies kann damit begründet werden, dass sich die Kategorie „Mitarbeiter_innen“ durch alle weiteren herausgearbeiteten Kategorien zieht und mit diesen verknüpft ist. Da die Mitarbeiter_innen nach der theoretischen Ausarbeitung zu Pflegestrukturen gezählt werden können, lässt sich schlussfolgern, dass Pflegestrukturen einen Einfluss auf die Selbstbestimmung der Freizeit haben. Dies äußert sich indirekt, da die Mitarbeiter_innen auf vielfältige Weise Einfluss auf die Freizeit von Bewohner_innen nehmen können. Als besonders relevant zeigt sich der Zeitmangel der Mitarbeiter_innen, welcher durch die Pflege anderer entsteht. Dies kann durch das folgende Zitat verdeutlicht werden: „[...] da waren wirklich Leute die mehr Hilfe brauchen. Ich sag mal wie beim Stuhlgang, Urin, Rollstuhlfahrer, Essen reichen [...] Und ich konnte überhaupt keinen Mitarbeiter mehr fragen und das war. Das war für mich psychisch eine starke Belastung“ (I0501, Z. 29-34).

In den Interviews kann nicht festgestellt werden, dass der eigene Pflegebedarf ausschlaggebend für die selbstbestimmte Freizeitgestaltung ist. Damit lässt sich festhalten, dass Pflege und Pflegestrukturen die selbstbestimmte Freizeitgestaltung indirekt

beeinflussen können. Des Weiteren kann bei den Mitarbeiter_innen Zeitmangel, beispielsweise durch die Übernahme von alltäglichen Aufgaben und Entscheidungsfindung, entstehen.

Zusammengefasst ist festzustellen, dass ein dringender Bedarf besteht. Es werden Mitarbeiter_innen für die Einhaltung der Wohnstrukturen und für die Pflege benötigt, und welche, die die individuelle Freizeitgestaltung der Bewohner_innen begleiten. Die Auswertung der Interviews hat ergeben, dass die selbstbestimmte Freizeitgestaltung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung einen wichtigen Aspekt für die Knüpfung von sozialen Kontakten darstellt. Dafür werden Mitarbeiter_innen benötigt, welche die Freizeitaktivitäten der Bewohner_innen begleiten. Mit einer Aufstockung des Personalschlüssels kann eine höhere Selbstbestimmung der Freizeit erreicht werden. Dafür müssen mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Aus den Ergebnissen dieser Forschung geht hervor, dass kulturelle Aktivitäten und soziale Interaktionen in der Freizeit der Bewohner_innen realisiert werden. Somit ist Freizeit ein wichtiger Parameter für soziale Kontakte und dem damit verbundenen Leben in der Gemeinschaft.

8.2 Bewertung und Reflexion der Ergebnisse

Durch die explorative Forschung war eine offene Gestaltung der Interviews gefordert. Dies äußerte sich in der Verwendung eines leitfadengestützten Interviews, welches es erlaubt die für die Bewohner_innen relevanten Themen mit in das Interview einzubringen.

Im Folgenden wird eine Verbindung zwischen den Ergebnissen der Forschung und rechtlichen bzw. gesundheitspolitischen Aspekten hergestellt. So sollen laut UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK, 2008) Artikel 30 §5 Maßnahmen getroffen werden, die es Menschen mit Behinderung ermöglichen, gleichberechtigt an Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschung legen nahe, dass strukturelle Aspekte und der Pflegebedarf der Mitbewohner_innen die Freizeitgestaltung von den interviewten Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

einschränken. Dies deutet darauf hin, dass die beschriebene Forderung der UN-BRK, auch zehn Jahre nach Inkrafttreten der UN-BRK, nicht umgesetzt werden konnte.

Die Relevanz der Ergebnisse lässt sich auf verschiedenen Ebenen bewerten. Laut der Bundesgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS, 2016) lebten 2016 bundesweit 211.943 Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in stationären Einrichtungen, davon haben fast zwei Drittel eine sogenannte geistige Behinderung. Diese Menschen haben, wie oben beschrieben, ein Recht, selbstbestimmt über ihre Freizeit verfügen zu dürfen. Das Recht wird beispielsweise in Artikel 3 der UN-BRK (2008) festgehalten: „Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind [...] die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft [...]“ (UN-BRK, 2008, S.9).

Das Bundesministerium für Gesundheit (2017) beschreibt einen Fachkräftemangel in der Pflege. „Bereits heute fehlen in allen Pflegeberufen Fachkräfte. [...] Stellenangebote für examinierte Altenpflegefachkräfte und -spezialisten sind demnach im Bundesdurchschnitt 171 Tage unbesetzt. Auf 100 gemeldete Stellen [...] kommen rechnerisch lediglich 29 Arbeitslose.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2017). Laut BAGüS, (2016) wurden 2016 knapp 9,5 Milliarden Euro in stationäre Wohneinrichtungen investiert. Eine Möglichkeit, um die Einhaltung der UN_BRK zu gewährleisten, wäre diesen Betrag weiter, unter Beachtung des Personalschlüssels, aufzustocken.

Grundlegend lässt sich feststellen, dass die Beantwortung der Fragestellung mit Hilfe der Ergebnisse der erhobenen Stichprobe erfolgen konnte. Trotz einer kleinen Stichprobe konnten aussagekräftige Erkenntnisse gezogen werden. Zudem konnten nicht alle Bewohner_innen der kooperierenden Einrichtungen bei den Interviews berücksichtigt werden, da hier aufgrund der kommunikativen Barrieren lediglich eine Beobachtung möglich gewesen wäre. Zudem war die Teilnahme am Interview freiwillig.

Um die qualitative Forschung wissenschaftlich zu reflektieren, werden im folgenden Abschnitt die sechs Gütekriterien nach Lamnek (2005) beschrieben.

1. Verfahrensdokumentation

In der qualitativen Forschung ist die detaillierte und weitreichende Darstellung des Vorgehens unumgänglich, um den Forschungsprozess intersubjektiv nachprüfen zu können (Lamnek, 2005). Im vorliegenden Projektbericht wurden die Zielgruppe, die Forschungsmethode und die theoretischen Hintergründe erläutert und beschrieben. Des Weiteren wurden die Transkriptionsregeln und Auswertungsmethoden transparent dargelegt. Somit ist der Punkt Verfahrensdokumentation belegt.

2. Argumentative Interpretationsabsicherung

Um bei umfangreicher Interpretation die Willkür oder Beliebigkeit zu vermeiden, ist es von großer Relevanz, dass die gegebenen Interpretationen intersubjektiv nachvollziehbar sind (Lamnek, 2005). Bei der Interpretation dieser Forschungsarbeit wurden die Aussagen mit direkten Zitaten belegt und im Konjunktiv geschrieben, um diese kenntlich zu machen.

3. Regelgeleitetheit

Damit die Auswertung systematisch erfolgen kann, müssen Regeln aufgestellt und eingehalten werden (Lamnek, 2005). Dennoch gibt es eine Uneinigkeit, inwieweit die Regeln die Offenheit und Flexibilität einschränken dürfen (Lamnek, 2005). In dieser Forschung wurden die Regeln der Auswertung nach Kuckartz (2016) angewandt.

4. Nähe zum Gegenstand

Die Nähe zum Gegenstand wird als Grundprinzip der qualitativen Forschung angesehen (Lamnek, 2005). Das bedeutet, dass sich die Forschung auf die natürlichen Lebenswelten der Betroffenen bezieht und somit die Interessen und Relevanzsysteme vertritt (Lamnek, 2005). Um das Gütekriterium in der vorliegenden Forschung zu erfüllen, wurden die Interviews mit den Betroffenen in ihrem Wohnumfeld geführt. Zusätzlich lässt sich sagen, dass die Themen Pflege und selbstbestimmte Freizeitgestaltung eine bedeutsame Rolle in ihrem Alltag spielen.

5. Kommunikative Validierung

Die/der Forscher_in kann wichtige Informationen über die Relevanz der Ergebnisse erlangen, indem sie/er eine Rückmeldung von den Interviewpartner_innen einholt und diese als Absicherung von intersubjektiven Bedeutungen nutzen kann (Lamnek, 2005). Dieses Kriterium wird in diesem Forschungsprojekt nicht beachtet. Das liegt an dem knappen Zeitfenster, in dem das Projekt durchgeführt werden muss.

6. Triangulation

Mit der Triangulation ist die erweiterte Darstellung der Ergebnisse gemeint. Dies bedeutet, dass die Daten umfassender betrachtet werden. Dazu werden verschiedene Methoden hinzugezogen, unter anderem die Daten- oder Forscher_innentriangulationen. Unter der Datentriangulation wird verstanden, dass die Daten aus unterschiedlichen Personenkreisen gezogen werden. (Lamnek, 2005) Im vorliegenden Forschungsprojekt wurden Menschen aus zwei verschiedenen Einrichtungen befragt, um einen weiteren Personenkreis einbeziehen zu können. Die Forscher_innentriangulation verweist auf die Bearbeitung des Projektes durch mehrere Forscher_innen. (Lamnek, 2005) Im vorliegenden Fall wurden die Interviews von mehreren Forscher_innen analysiert und interpretiert. Durch dieses Kriterium wird die Objektivität erhöht. Anhand der vorliegenden Gütekriterien wird deutlich, dass das Forschungsprojekt, bis auf kommunikative Validierung, alle Gütekriterien erfüllt und somit ausreichend wissenschaftlich reflektiert wurde.

8.3 Bewertung der Projektziele

Ein Ziel der Forschung war die Einbeziehung der Bewohner_innen und ihre Stimme in der Forschung hörbar zu machen. Dies wurde erreicht, indem die Interviews mit den Bewohner_innen geführt wurden und nicht über sie, wie beispielsweise durch Familienangehörige oder den Mitarbeiter_innen der Einrichtungen.

Durch die Interviews wurden konkrete Aussagen gesammelt, welche wegweisend für die Handlungsempfehlung sind. Die Handlungsempfehlungen können so direkt auf die gegebene Stichprobe angepasst werden. Das Forschungsprojekt konnte so einen direkten Beitrag für die Praxis leisten.

Ein weiteres Ziel war der Beitrag zur Forschung. Wie bereits im Teil Problemlagen beschrieben, existieren nicht viele Studien im Bereich Pflege, die mit den Betroffenen geführt wurden. Daher war es ein Anliegen einen Beitrag zur Forschung zu leisten und Anregungen für zukünftige Forschungsprojekte zu liefern. Durch die Veröffentlichung soll gewährleistet werden, dass viele Gruppen Zugang zu dem Bericht erhalten. Dafür wird der Bericht den Kooperationseinrichtungen zur Verfügung gestellt und auf der Internetseite des Projektstudiums der Fakultät Rehabilitationswissenschaften veröffentlicht. Auf diese Weise soll eine Nachhaltigkeit ermöglicht werden.

9. Ausblick

An dieser Stelle wird darauf eingegangen, was zukünftige Forschung beachten könnte. Auf der Basis dieser explorativen Forschung muss weiter an dem Thema gearbeitet werden. Wie im Kapitel Problemlagen beschrieben, handelt es sich um ein Thema, welches in Zukunft große Bedeutung hat.

Das explorative Forschungsdesign bildet die Basis für weitere Forschungsideen. Weitere Forschung könnte sich zum Beispiel auf eine größere Stichprobe beziehen, um mehr Einstellungen und Meinungen der Bewohner_innen zusammenzutragen. Die Auswahl der Stichprobe kann in Zukunft heterogener ausfallen. Hier ist ein Aspekt, wie sich die Einstellungen der Bewohner_innen in Abhängigkeit von ihrem Pflegegrad unterscheiden. So könnten in die Forschung Personen mit einem höheren Pflegegrad einbezogen werden.

Die partizipative Forschung ist eine Methodik, die in diesem Bereich bisher nur wenig genutzt wurde. Dies ergab sich aus der Literaturrecherche zu Beginn. In zukünftigen Arbeiten zur Thematik sollen weiterhin die Betroffenen selbst zu Wort kommen, damit die persönlichen Erfahrungen und Einstellungen von Ihnen in der Forschung wahrgenommen werden.

Die Mitarbeiter_innen bilden die zentrale Kategorie in unserer Forschung. Dies wurde erst deutlich, als die Auswertung begann. In zukünftigen Arbeiten könnte der Einfluss der Mitarbeiter_innen von Beginn an eine zentrale Rolle spielen. Weiterhin wäre es

interessant zu erfassen, wie konkret der Personalschlüssel und die Qualifikation des Personals ausfallen muss, damit selbstbestimmte Freizeitgestaltung möglich ist.

Des Weiteren besteht die Chance, andere Einrichtungen miteinander zu vergleichen. Mit Hilfe dieses Vergleichs können andere Handlungsempfehlungen generiert werden, welche durch einen kommunikativen Austausch der Einrichtungen auf die Interessen der Bewohner_innen eingehen.

10 Projektmanagement

In diesem Abschnitt wird das Projektmanagement der Projektgruppe 2.1 dargestellt. Das Projektmanagement umfasst vielseitige Aufgaben im Verlauf eines Projektes. Zu Beginn werden Projektziele festgelegt, anschließend wird der Projektablauf durch verschiedene Werkzeuge strukturiert. Die Organisation des Projektes wird anhand des Organigramms dargestellt. Abschließend wird das Projektmanagement der Projektgruppe 2.1 reflektiert und beurteilt.

10.1 Projektziele

Die fest definierten Ziele sind ein entscheidendes Merkmal von Projekten (Schels, 2008). Die Zieldefinition ist eine der Hauptaufgaben zu Beginn des Projektes und hilft, die weitere Arbeit zu strukturieren (Hofmann, 2011). Diese Aufgabe wurde zu Beginn des Projektes bearbeitet. Bei der Zielformulierung musste die Vollständigkeit der Ziele berücksichtigt werden, dies gelang durch die Beachtung der vier Zieldimensionen. Die Projektziele mussten klar messbar und nachvollziehbar sein, dies konnte mit der SMART Regel überprüft werden. Die theoretischen Hintergründe der vier Zieldimensionen und der SMART Regel sollen in tabellarischer Form kurz erläutert werden.

Die vier Zieldimensionen	Die SMART Regel
1. Ziel-Inhalt (Was soll erreicht werden?) 2. Ziel-Ausmaß (Wie soll etwas mit welchem Einsatz erreicht werden?) 3. Ziel- Zeit (Bis wann soll das Ziel erreicht werden?) 4. Sachlicher Geltungsbereich (Für welches Betätigungsfeld soll das Ziel gelten?)	S= Spezifisch (präzise Formulierung) M= Messbar (Woran ist zu erkennen, dass das Ziel erreicht wurde?) A= Attraktiv, Akzeptiert (Alle sind einverstanden) R= Realistisch (Anspruchsvoll, aber erreichbar?) T= Terminiert (Fester Endtermin festgelegt?)
(Bea, Scheurer & Hesselmann, 2008; Hofmann, 2011)	(Schels, 2008)

Tabelle 1 Die vier Zieldimensionen und die SMART Regel, eigene Darstellung

Es wurde unter Beachtung dieser theoretischen Hintergründe ein globales Ziel formuliert: *Wir wollen die Forschungsfrage detailliert, effizient und praxisnah beantworten und so bis zum 11.7.2018 einen relevanten Forschungsbeitrag leisten.* Die Operationalisierung der Elemente erfolgte in anschließender Gruppendiskussion und wird nun in tabellarischer Form dargestellt.

Element der Zielformulierung	Operationalisierung
„detailliert“	Der explorative Charakter der Forschungsfrage soll in einer intensiven Auseinandersetzung mit der Thematik gewürdigt werden.
„effizient“	Die Projektgruppe möchte sich nicht in irrelevanten Auseinandersetzungen verlieren.
„praxisnah“	Die Ergebnisse sollen so gestaltet werden, dass sie in der Praxis genutzt und verstanden werden können.
„relevant“	Der Forschungsbeitrag soll eine hohe Qualität haben und bedeutsame Themen in Forschung und Praxis beinhalten.

Tabelle 2 Operationalisierung der Zielelemente, eigene Darstellung

In der Projektgruppe sind solche Situationen neben der Literaturrecherche ebenfalls durch persönliche Praxiserfahrungen zur Sprache gekommen und wurden diskutiert. Das umfasst beispielsweise Fälle, in denen in die Intim- und Privatsphäre eingegriffen wurde. In der individuellen Praxiserfahrung ist die Annahme entstanden, dass die Pflege oft ein Aspekt ist, der möglicherweise in die Freizeit der Menschen eingreift und dazu führt, dass diese in Teilen nicht selbstbestimmt gestaltet werden kann. Der Bereich der Freizeit wird nach Wilken (2016) mit verschiedenen Erwartungen von Lebensqualität verknüpft und ist in den Menschenrechten verankert. Da in Wohneinrichtungen besondere Strukturen bestehen, die einschränkend wirksam werden können, ist ein Aspekt in der Fragestellung die selbstbestimmte Freizeitgestaltung in Wohneinrichtungen.

10.2 Verlauf

Dieser Abschnitt umfasst den geplanten Verlauf des Projektes, dessen Veränderungen sowie die Organisation des Projektes und einen Teil der genutzten Werkzeuge innerhalb der Projektarbeit.

Die Planung des Projektverlaufes erfordert detaillierte Informationen über das Projekt (Schels, 2008). Der Projektablauf sollte überschaubar sein und strukturiert werden. Hierzu wurde die Bottom-up-Methode verwendet. Dabei erfolgte eine schrittweise Annäherung an das spätere Vorgehen im Projekt. Die Bottom-up-Methode wird vornehmlich bei neueren Projekten mit geringem Erfahrungswert genutzt (Drees, Lang & Schöps, 2014). Einzelne Meilensteine und Arbeitspakete waren durch die Struktur des Projektjahres und den E-Learning Kurs bereits vorgegeben und definiert. Sie bildeten die Basis der Überlegungen zum Projektverlauf. Die Projektgruppe orientierte sich an den Vorgaben und überlegte sich eine passende Struktur und mögliche Unterpunkte. Ein Projekt umfasst bestimmte Projektphasen: Initiierung, Planung, Durchführung & Controlling und Abschluss (Burghardt, 2013). Diese Phasen mussten für die Strukturierung des Projektablaufes geplant werden. Zur Veranschaulichung des zeitlichen Verlaufs wurde ein Meilensteinplan entwickelt:

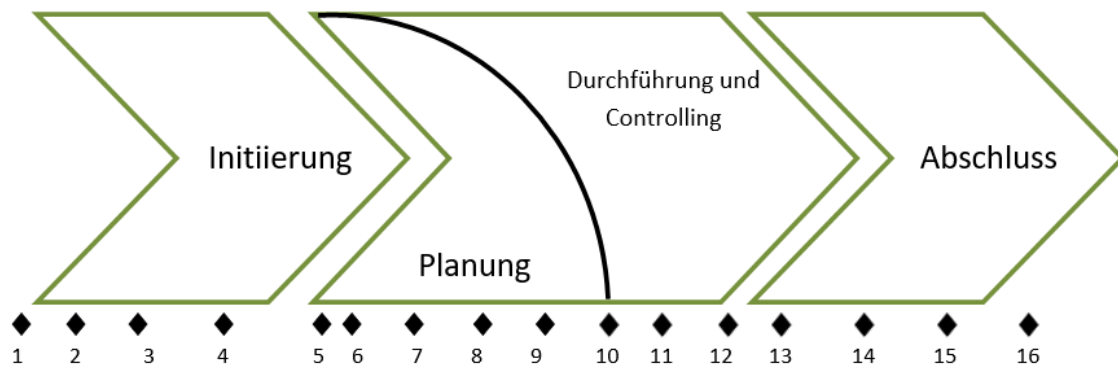


Abbildung 6 Meilensteinplan (eigene Darstellung)

Ein Meilenstein ist ein prägnanter Entscheidungspunkt. Er liegt meist am Ende einer Projektphase, wenn wichtige Entscheidungen getroffen oder Zwischenergebnisse gesichert werden (Drees et al., 2014). Die Meilensteine umfassten und definierten die Projektphasen:

1. *Projektmarkt*
2. *Austausch über Interessen/ Erfahrungen, mögliche Themen des Forschungsschwerpunktes*
3. *Erstellung von Gruppenregeln*
4. *Festlegung von Rollen innerhalb der Gruppe*
5. *Festlegung der Forschungsfrage*
6. *Anfrage an Kooperationspartner*
7. *Festlegung der Ziele des Projektes*
8. *Literaturrecherche*
9. *Entwicklung Forschungsdesign*
10. *Pretest*
11. *Anpassung der Instrumente*
12. *Durchführung der Befragung*
13. *Auswertung der Befragung*
14. *Reflexion*

15. Bericht abschließen

16. Rückmeldung an Kooperationseinrichtungen

Nach Abschluss der groben Phasenplanung erfolgte die Strukturplanung. Die Planung des Verlaufs erhielt so einen detaillierteren Grad. Die Strukturplanung beachtet, im Gegensatz zum Meilensteinplan, alle Aktivitäten des Projektes und nicht nur die Termine und Zwischenergebnisse (Schels, 2008). Der Strukturplan „[...] bildet das Gesamtprojekt mit allen Teilprojekten, Hauptaufgaben und Arbeitspaketen ab.“ (Drees et al., 2014, S. 92).

Strukturplan		
Gruppendynamik	Organisatorisches rund um das Forschungsprojekt	Uniinternes
<p>Konstruktive Zusammenarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gute Kommunikation • Einhaltung der Gruppenregeln und Aufgaben 	<p>Konzeption eines Forschungsdesigns</p> <ul style="list-style-type: none"> • Festlegung einer Forschungsfrage • Theoretische Konzepte und Hintergründe kennen • Festlegung einer Forschungsmethode • Auswahl einer Zielgruppe <p>Kooperationseinrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme • Absprachen und Termine • Persönliche Kontakte nutzen <p>Durchführung der Befragung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konzeption eines adäquaten Fragebogens / Interviewleitfadens • Pretest • Ggf. Anpassung des Instrumentes • Durchführung <p>Auswertung und Verschriftlichung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse auswerten, interpretieren und verschriftlichen 	<p>P1 und P2 Prüfung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prüfungs-informationen einholen • Verschiedene Prüfungsvariationen beachten <p>E-Learning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufgaben (Team- und Einzelaufgaben, Übungen) • Als Informationsmöglichkeit nutzen

Tabelle 3 Strukturplan (eigene Darstellung)

Ein Arbeitspaket ist ein konkreter Arbeitsauftrag, welcher sich einem Mitglied des Projektes oder einer Gruppe zuordnen lässt (Drees et al., 2014). Es ist die kleinste Planungseinheit (Drees et al., 2014). Die Definition der einzelnen Arbeitspakete erfolgt anschließend:

Name des Arbeitspaketes	Definition
Gute Kommunikation	Die Kommunikation soll intern sowie extern, höflich, direkt und wertschätzend verlaufen. Missverständnisse oder Uneinigkeiten sollen sofort zur Sprache gebracht werden. Feedback soll stets konstruktiv und sachlich gegeben werden.
Einhaltung der Gruppenregeln und Aufgaben	Die besprochenen Regeln und Aufgaben sollen eingehalten werden (Bei Verstoß muss ein „Strafkuchen“ gebacken werden).
Festlegung der Forschungsfrage	Es soll eine relevante Forschungsfrage gefunden werden, mit der sich jedes Gruppenmitglied identifizieren kann.
Theoretische Konzepte und Hintergründe kennen	Es soll eine Literaturrecherche zu relevanten Begriffen der Forschungsfrage durchgeführt werden, auf die sich die Befragung stützt.
Festlegung einer Forschungsmethode	Es soll begründet eine Entscheidung zwischen qualitativen Verfahren (Interview) oder quantitativen Verfahren (Fragebogen) getroffen werden.
Auswahl der Zielgruppe	Entschieden werden soll, welche Personengruppen wir zu unserer Fragestellung befragen wollen (und somit welche Perspektive wir betrachten). Wir haben uns dazu entschlossen, die Bewohner_innen zu befragen. Bei der Auswahl der Kooperationseinrichtungen achten wir darauf, dass die gewünschte Zielgruppe beachtet wird.
Kontaktaufnahme	Angemessene Kontaktaufnahme mit den möglichen Kooperationseinrichtungen via E-Mail oder Telefon. Die Ergebnisse der Gespräche werden schriftlich festgehalten und der Gruppe mitgeteilt. Für eine effiziente Suche nach Kooperationseinrichtungen werden bestehende Kontakte genutzt.
Absprachen und Termine	Wir vereinbaren in Gesprächen mit den Kooperationseinrichtungen feste Termine und Absprachen.
Konzeption eines adäquaten Fragebogens/ Interviews	Besonderen Wert legen wir darauf, dass unser Instrument auch von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung verstanden wird und beantwortet werden kann.

Pretest & ggf. Überarbeitung	Um herauszufinden, ob unser Instrument geeignet ist, wollen wir einen Pretest durchführen. Wir wollen unser Instrument verbessern, sofern der Pretest dies nahelegt.
Durchführung der Befragung mit den Kooperationseinrichtungen	Die Befragung soll nach hohen ethischen Standards und einem sensiblen Umgang mit den erhobenen Daten durchgeführt werden.
Auswertung	Die Daten sollen anonymisiert und wissenschaftlich korrekt ausgewertet und interpretiert werden.
Verschriftlichung der Befragungsergebnisse	Die Ergebnisse sollen nach wissenschaftlichen Standards (richtiges Belegen, Zitieren, Gendern) festgehalten werden.
Prüfungsinformationen einholen	Wir informieren uns im Vorfeld über die Prüfungsanforderungen (P1 und P2).
Verschiedene Prüfungsvariationen beachten	Wir besprechen die Leitfäden der jeweiligen Prüfung (P1 und P2) und klären offene Fragen. Wir bereiten uns auf die speziellen Anforderungen vor.
Aufgaben (Team- und Einzelaufgaben, Übungen)	Wir erfüllen die Aufgaben im E-Learning fristgerecht und produktiv. Wir besprechen die Aufgaben und tauschen uns über die Ergebnisse aus
Informationsmöglichkeit	Wir nutzen zu gegebenen Zeitpunkten das E-Learning als Informationsquelle.

Tabelle 4 Definition der Arbeitspakete (eigene Darstellung)

Im Anschluss an den detaillierten Strukturplan mussten die Termine für die einzelnen Arbeitspakete festgelegt werden. „Der oberste Grundsatz der Projektplanung lautet: Planen Sie realistisch und mit Puffer!“ (Drees et al., 2014, S.89). Für eine realistische Planung sollen alle für das Projekt relevanten Faktoren berücksichtigt werden und alle Beteiligten an dem Entwurf teilhaben (Drees et al., 2014). In einer zeitlich intensiven Auseinandersetzung sollten alle relevanten Faktoren beachtet werden. Die Projektgruppe hielt Rücksprache mit den Dozentinnen und der Tutorin bezüglich der Projektplanung. Das Ergebnis der Auseinandersetzung war eine Vorgangsliste, hierbei wurden zusätzlich zur Phasenplanung die Abhängigkeiten der Arbeitspakete und die Dauer der Arbeitspakete einbezogen.

Vorgangs-nummer	Vorgangsbezeichnung	Vorgänger	Nachfolger	Dauer/ Tage
1	gute Kommunikation	-	2	Dauerhaft
2	Einhaltung der Gruppenregeln und Aufgaben	1	3	Dauerhaft
3	Festlegung der Forschungsfrage	2	4	30 Tage
4	theoretische Konzepte und Hintergründe kennen	3	5	60 Tage
5	Festlegung einer Forschungsmethode	4	6	60 Tage
6	Auswahl der Zielgruppe	5	7	30 Tage
7	Kontaktaufnahme	6	8	30 Tage
8	Absprachen und Termine	7	9	240 Tage
9	Konzeption eines adäquaten Fragebogens/ Interviews	8	10	90 Tage
10	Pretest & ggf. Überarbeitung	9	11	30 Tage
11	Durchführung der Befragung mit den Kooperationspartner_innen	10	12	60 Tage
12	Auswertung	11	13	90 Tage
13	Verschriftlichung der Befragungsergebnisse	12	14	90 Tage
14	Prüfungsinformationen einholen	13	15	150 Tage
15	verschiedene Prüfungsvariationen beachten	14	16	150 Tage
16	Aufgaben (Team- und Einzelaufgaben, Übungen)	15	17	Dauerhaft
17	Informationsmöglichkeit	16	-	Dauerhaft

Tabelle 5 Vorgangsliste (eigene Darstellung)

Der Zeitplan konnte trotz einiger Überarbeitungen am Forschungsinstrument eingehalten werden. Dafür engagierten sich die Projektgruppenmitglieder intensiv.

Die Kostenplanung sollte der Projektgruppe einen Überblick über das benötigte Budget ermöglichen. Sie diene der Planungssicherheit des Projektbüros. Auf Basis des Phasen- und Strukturplans konnten mögliche Kosten gesammelt werden. Die Kostenplanung umfasste auch die Auseinandersetzung mit der Beantragung für Projektmittel über das Projektbüro.

Posten	Kostenvoranschlag in Euro
Haptisches Erhebungsinstrument	10,00
Ausfertigungen Bericht für Lehrende (2x), Projektbüro (1x) und Kooperationseinrichtungen (2x)	101,50
Projektwerbung (Flyer, Kugelschreiber)	40,00
Druck der Fragebögen	10,00
Dankeskarten für die Kooperationseinrichtung	6,00
Gesamt:	167,50




Tabelle 6 Kostenanalyse (eigene Darstellung)

10.3 Organisation

Die Organisation des Projektes wird durch ein Organigramm verdeutlicht. Ein Organigramm stellt alle Funktionen und Rollen innerhalb des Projektes dar, es ist ein Mittel zur grafischen Darstellung der Aufbauorganisation (Kuster et al., 2011). Es werden Positionen abgebildet und Weisungs- und Kommunikationsbeziehungen miteinander verknüpft (Kuster et al., 2011).

Für die Entwicklung des Organigramms fand zu Beginn eine Umfeldanalyse statt. Das Umfeld des Projektes gliederte sich, je nach Nähe zum Projekt, in ein engeres und weiteres Projektumfeld (Bea et al., 2011). Die Projektgruppe zählte zum engeren Projektumfeld und benannte dieses als Projektteam. Zum engeren Umfeld gehörten die Projektbeteiligten, zum Beispiel die Lehrenden, die Tutorin oder die

Kooperationseinrichtungen inklusive der Bewohner_innen. Das weitere Umfeld umfasste die Gesellschaft und deren Bezug zum Projektthema sowie ethische und politische Diskussionen in Bezug zu Pflege, Freizeit und Selbstbestimmung. So konnte das Projekt abgegrenzt werden. Nach der Abgrenzung erfolgte die Stakeholderanalyse. Stakeholder sind direkt bzw. indirekt beteiligte Personen, die in Bezug zum Projekt stehen, ein Interesse am Projekt haben und von diesem betroffen sind (Bea et al., 2011). Die Stakeholder können unterschiedliche Einstellungen und Interessen in Bezug auf das Projekt vertreten. Als Stakeholder werden benannt: Lehrende, Tutorin, Kooperationseinrichtungen, das Projektbüro und die Bewohner_innen der Einrichtungen. Die Stakeholderanalyse erfolgte in Anlehnung an Bea et al. (2011) S.103.

Personen, Interessengruppen	Einstellung zum Projekt	Projekt-relevante Ziele für die Stakeholder	Bedeutung, Macht, Einfluss (1-5)	+Erwartungen -Befürchtungen Der Projektgruppe	Maßnahmen, Strategien
Lehrende		<ul style="list-style-type: none"> Forschung vorantreiben 	5	+Fachliche Unterstützung -zu wenig Zeit für Treffen	<ul style="list-style-type: none"> Transparente Kommunikation Abfrage der Bedarfe und Wünsche Stetige Information über Projektstand Unterstützung einfordern
Tutorin		<ul style="list-style-type: none"> Gruppendynamik und Organisation vermitteln 	3	+Beratung bei Krisen -Widersprüche mit Lehrenden	
Kooperationseinrichtungen		<ul style="list-style-type: none"> Neue Erkenntnisse über Abläufe in der Einrichtung 	4	+Engagement -kurzfristige Absagen	



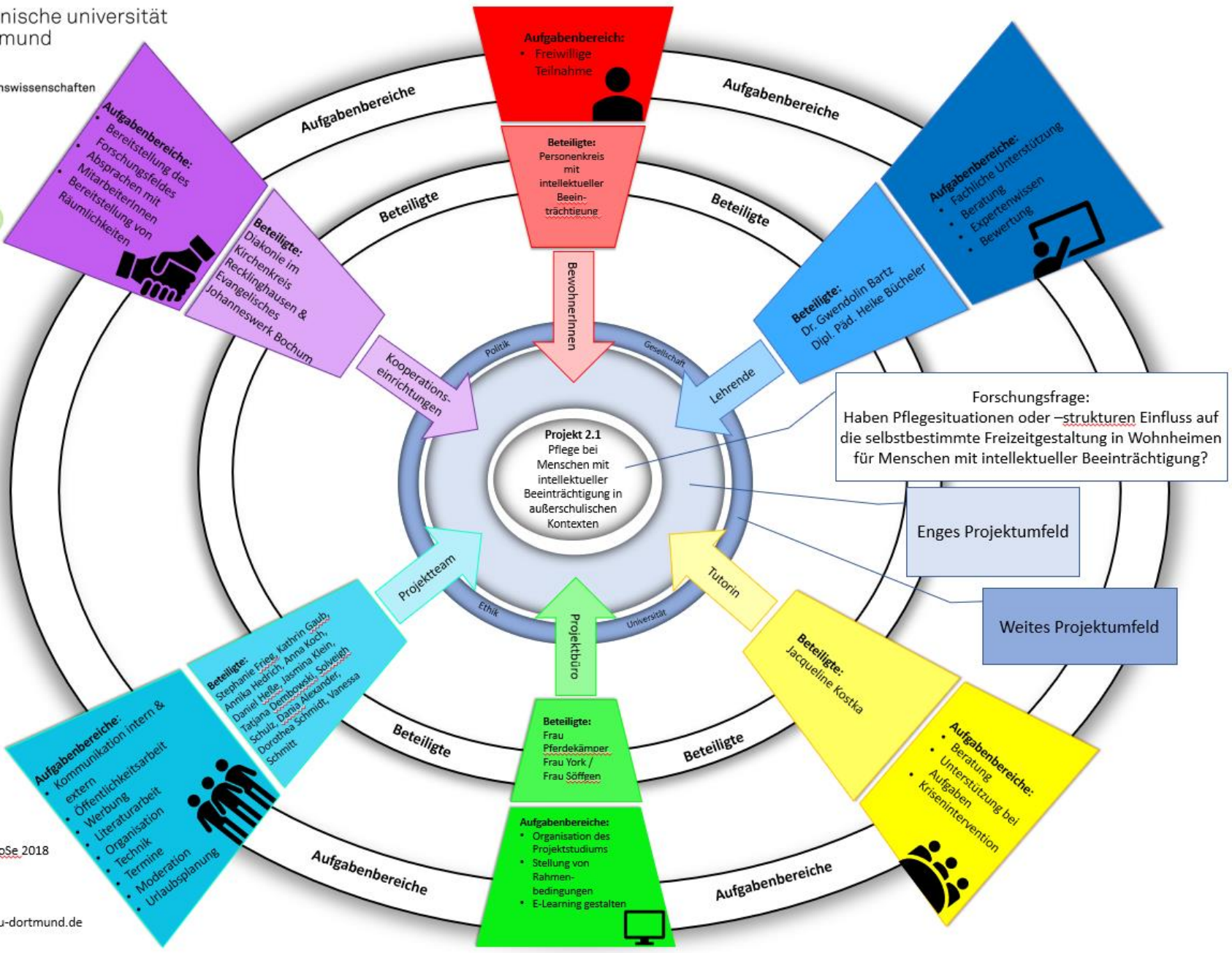
Projektbüro		<ul style="list-style-type: none"> • Beachtung der Rahmenbedingungen 	2	<ul style="list-style-type: none"> +übersichtliche Organisation -mangelnde zeitliche Synchronisation 	
Bewohner_innen		<ul style="list-style-type: none"> • Analyse / Verbesserung der Wohnsituation 	3	<ul style="list-style-type: none"> +Bereitschaft, Motivation -Forschungs-instrument unpassend 	

Tabelle 7 Stakeholderanalyse (Darstellung nach Bea et al (2011, S.103))

Aus diesen Erkenntnissen ergab sich das folgende Organigramm der Projektgruppe 2.1

Abbildung 7 Organigramm (eigene Darstellung)



Es wurden weitere Werkzeuge zur Organisation des Projektes verwendet. Als Werkzeug für die Terminplanung wurde ein Online Kalender angelegt. Über die Plattform „Google Kalender“ hatten alle Projektgruppenmitglieder Zugriff auf einen gemeinsamen Kalender. Gruppentreffen und Termine konnten so geplant werden. Zur Aufgabenübersicht wurde eine To-Do Liste mit Cloud Funktion erstellt. Die Aufgaben der einzelnen Projektgruppenmitglieder waren stets für alle einzusehen.

Das Toolbox Angebot, welches durch das Projektbüro angeboten wurde, wurde von den Projektgruppenmitgliedern genutzt. Die Besuche der Toolbox brachten neue Erkenntnisse für die Arbeit im Projekt:

Nr.	Name der Toolbox	Erkenntnisse für das Projekt	Teilnehmer_in
12	Vielfaltssensible Sprache	Wichtigkeit der Berücksichtigung verschiedener Personenkreise in Sprache und Schrift. Informationen, wie die Sprache so gestalten werden kann, dass keine Diskriminierung stattfindet.	Anna Maren Koch
12	Vielfaltssensible Sprache	Das Seminar macht darauf aufmerksam, wie vielfältig und kreativ Sprache angewendet und neu formuliert werden kann, um alle Menschen einzuschließen. Der sensible Umgang mit diesem Medium wurde deutlich.	Solveigh Schulz
04	Qualitative Methoden	Professioneller Erfahrungsaustausch bezüglich der angewendeten Forschungsmethoden mit anderen Projektgruppen.	Jasmina Klein
04	Qualitative Methoden	Austausch mit den anderen Projektgruppen über qualitative Forschungsmethoden. Themenschwerpunkte waren Transkription, Kategorienbildung und entsprechende Programme, die zur Hilfe genutzt werden können.	Kathrin Gaub
03	Verlässliche Kommunikation	Formalia der Kommunikation im beruflichen Kontext, Methoden der Datenverwaltung und Besonderheiten des Interviews von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.	Annika Hedrich

01	Literaturrecherche	Übung der effizienten fachspezifischen Literaturrecherche, Umgang mit Datenbanken und die schnelle Analyse der Literatur.	Dorothea Schmidt
02	Ein sicherer Auftritt	Es wurden Informationen zu verbalen und non-verbalen Kommunikation vermittelt, die für eine gute Präsentation relevant sind. Weiterhin wurde der Aufbau einer interessanten Präsentation diskutiert. Die Inhalte wurden in Form eines Kurzvortrages mit Kamerafeedback reflektiert.	Dania Alexander
05	Moderationstraining	In dieser Toolbox wurden Techniken vermittelt, um Aussagen und Ideen in Gruppen zu ordnen und zu strukturieren. Dabei wurde besprochen, wie möglichst viele Informationen aus der Gruppe generiert werden können.	Dania Alexander
06	Präsentationstraining mit Kamera Feedback	Die Interaktion mit dem Publikum während einer Präsentation wurde geübt. Es wurde deutlich, wie die Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum gehalten werden kann.	Stephanie Frieg
08	Wissenschaftliches Schreiben	Informationen darüber, wie eine Arbeit wissenschaftlich sinnvoll aufgebaut wird.	Dania Alexander
09	Workshops der Flex-Forschungswerkstatt: Von der Idee bis zur Abgabe	Nutzung von verschiedenen Techniken zur Findung einer Fragestellung und Erstellung eines Konzepts.	Vanessa Schmitt

Tabelle 8 Erkenntnisse aus den Toolboxes (eigene Darstellung)

10.4 Beurteilung und Reflexion

Auch detaillierte Planung kann nicht alle komplexen Faktoren eines Projektverlaufs berücksichtigen. Die bestehende Unsicherheit des Projektverlaufs am Anfang des Projektes ist eine herausfordernde Phase (Drees et al., 2014). Die Beteiligten des Projektes mussten sich auf eine flexible Arbeitsweise einstellen, um auf Veränderungen und Herausforderungen reagieren zu können. Drees et al. (2014) beschreiben Flexibilität als Voraussetzung für eine optimale Planung. Diese Arbeitsweise wurde von der Gruppe gefordert, um das Forschungsinstrument inhaltlich überarbeiten zu können. Hier musste besonders engagiert gearbeitet werden, um den Zeitplan einzuhalten.

Die Projektgruppe stand zudem einigen Herausforderungen gegenüber, die durch das stattgefundene Projektmanagement nicht richtig berücksichtigt wurden. Das Projektmanagement bezieht sich besonders auf zeitliche und organisatorische Bereiche. Zum Ende des Projektstudiums wird deutlich, dass die emotionale und zwischenmenschliche Ebene im Projektmanagement beachtet werden sollte. Eine harmonische Zusammenarbeit und die hohe Motivation zu Beginn des Projektes wurden beinahe als Selbstverständlichkeit betrachtet. Diesem Thema hätte mehr Zeit und Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen, damit die Motivation und Produktivität bis zum Ende des Projektes Bestand gehabt hätte. Dieser Konflikt wurde durch eine Aussprache gelöst, wodurch eine bessere Arbeitsatmosphäre erreicht werden konnte.

11. Literaturverzeichnis

- BAGüS. (2016). *Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe*. (15.06.2018). Verfügbar unter: http://www.lwl.org/spur-download/bag/05_2018an.pdf
- Bea, F. X.; Scheurer, S. & Hesselmann, S. (2011). *Projektmanagement*. (2. überarb. und erw. Aufl.). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Beck, I. (2001). Wohnen. In: G. Antor, & U. Bleidick. (Hrsg.), *Handlexikon der Behindertenpädagogik*. (S. 347-350). Stuttgart: W Kohlhammer GmbH.
- Bolz, H. (2016). *Befragung von Pflegekunden*. Zielsetzung - Inhalte - Planung – Umsetzung. (1. Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. (5., vollst. überarb., akt. und erw. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Brieskorn-Zinke, M. (2007). *Public Health Nursing- Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Hrsg.). (2018). *Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe*. (11.06.2018). Verfügbar unter: http://www.lwl.org/spur-download/bag/05_2018an.pdf
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2013). *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe- Beeinträchtigung- Behinderung*. Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (2017). *Beschäftigte in der Pflege. Pflegekräfte nach SGB XI – Soziale Pflegeversicherung*. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html> [15.6.2018]
- Burghardt, M. (2013): *Einführung in Projektmanagement: Definition, Planung, Kontrolle und Abschluss*. Hoboken: Wiley (EBL-Schweitzer).
- Drees, J., Lang, C. & Schöps, M. (2014). *Praxisleitfaden Projektmanagement*. Tipps, Tools und Tricks aus der Praxis für die Praxis (2. überarb. Aufl.). München: Hanser.

- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (Rororo Rowohlt's Enzyklopädie, Bd. 55694, Orig.-Ausg., vollst. überarb. und erw. Neuausg., [1. Aufl. der Neuausg.]. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Friedrichs, J. (1990). *Methoden empirischer Sozialforschung* (14. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L. & Paul, A. T. (1998). *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: H. Huber.
- Hagen, J. (2002). Zur Befragung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. In: *Geistige Behinderung* 41 (4), S. 293-306.
- Hahn, M. (2000). *Selbstbestimmung als Begegnung mit dem Menschen*. Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben.
- Haveman, M. & Stöppler, R. (2014) Gesundheit, Alter und Erkrankungen im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Beitrag in: R. Bruhn, B. Straßer (Hrsg.), *Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Hedtke-Becker, A. & Schmidtke, C. (1985). *Frauen pflegen ihre Mütter. Eine Studie zu Bedingungen häuslicher Altenpflege* (Dissertationen, Diplomarbeiten, Dokumentationen, Bd. 5). Frankfurt am Main: Dt. Verein für Öffentl. und Private Fürsorge (Zugl.: Oldenburg, Univ., Diplomarbeit).
- Pfaff, H., Statistisches Bundesamt (Destatis), (Hrsg.). (2008). *Pflegebedürftige heute und in Zukunft*. (05.12.2017). Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Soziales/2008_11/2008_11Pflegebeduerftige.html
- Hofmann, Y. E. (2011). *30 Minuten Projektmanagement*. (4. Aufl.). Offenbach: GABAL Verlag.
- Janz, F. & Terfloth, K. (2009). Forschung im Kontext geistiger Behinderung. In F. Janz & K. Terfloth (Hrsg.), *Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung* (S. 9-21). Heidelberg: Winter.
- 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*, 3, 108-119.

- Keeley, C. (2017). Wohnen. In: K. Ziemer (Hrsg.), *Lexikon Inklusion*. (S. 248-250). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kellmayer, M. (1998). *Personalbedarfsplanung in der ambulanten Kranken- und Altenpflege von Sozialstationen auf der Grundlage eines klientenorientierten Konzepts. Pflegesituation und häusliches Umfeld als wesentliche Determinanten des Mitarbeiterbedarfs* (Schriftenreihe betriebswirtschaftliche Forschungsergebnisse, Bd. 80). Hamburg: Kovac (Zugl.: Stuttgart, Univ., Diss., 1997).
- Köhncke, Y. (2009). *Alt und behindert*. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt (1. Aufl.). Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (3., überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kulig, W. (2007). Paternalismus. In G. Theunissen, W. Kulig & K. Schirbort (Hrsg.), *Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik* (S. 251–252). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fröhlich, A. (2016). Pflege. In: M. Dederich, G. Antor, I. Beck, & U. Bleidick. (Hrsg.), *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (3. erweiterte und überarbeitete Auflage). (S. 269-272). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Kuster, J., Huber, E., Lippmann, R., Schmid, A., Schneider, E., Witschi, U. & Wüst, R. (2011). *Handbuch Projektmanagement* (3.Aufl.). Berlin: Springer.
- Lamnek, S. (1993). *Methoden und Techniken* (Qualitative Sozialforschung, Bd. 2). Weinheim: Psychologie-Verl.
- Lampart, K. & Klingholz, R., (2009) Vorwort. In: Y. Köhncke. *Alt und behindert*. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt (1. Aufl.). Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Markowetz, R. & Cloerkes, G. (Hrsg.). (2000). *Freizeit im Leben behinderter Menschen. Theoretische Grundlagen und sozialintegrative Praxis*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.
- Menker, K. & Waterboer, C. (Hrsg.). (2006). *Altenpflege konkret: Pflegelehre und -praxis*. München: Elsevier GmbH.

Nagel, R. (2016). Pflegeethik -Werteorientierung als Voraussetzung und Kraftquelle einer erfolgreichen, pflegerischen Dienstleistung-Zeichen setzen an meinem Platz.". *Pflegekongress 2016*. (20.12.2017). Verfügbar unter: www.pflegekongress.at/html/publicpages/148067150729993.pdf.

Opaschowski, H. W. (1987). *Pädagogik und Didaktik der Freizeit (Freizeit- und Tourismusstudien, Bd. 1)*. Opladen: Leske + Budrich.

Opaschowski, H. W. (1990). *Pädagogik und Didaktik der Freizeit (Freizeit- und Tourismusstudien, Bd. 1, 2. durchgesehene Auflage)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schäfers, M. (2008). *Lebensqualität aus Nutzersicht. Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH.

Schels, I. (2008). *Projektmanagement mit Excel 2007*. Projekte budgetieren, planen und steuern (Business & Computing). München: Addison-Wesley.

Schmidt, S. (2016). *Das QM-Handbuch: Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege* (3. Aufl.). Berlin: Springer Gabler.

Schulze Höing, A. (2016). *Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen. Pflegebedarfsanalyse und integrierte Hilfeplanung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schwalb, H. & Theunissen, G. (Hrsg.). (2009). *Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best Practice-Beispiele: Wohnen - Leben - Arbeit - Freizeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schwencke, S. (2015). Beruf konkret. In: *I care - Pflege*, (S.30-52). Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Seifert, M. (2001). *Zielperspektive Lebensqualität*. Bielefeld: Bethel Verlag.

Seifert, M. (2009). Forschung zur Angebotsqualität im Bereich des Wohnens von Menschen mit schwerer Behinderung. In F. Janz & K. Terfloth (Hrsg.), *Empirische Forschung im Kontext geistiger Behinderung* (S.73–92). Heidelberg: Winter.

Sonnenberg, K. (2004). *Wohnen und geistige Behinderung. Eine vergleichende Untersuchung zur Zufriedenheit und Selbstbestimmung in Wohneinrichtungen*. Dissertation, Universität zu Köln.

Speck, O. (2001). *Autonomie und Gemeinsinn Zur Fehldeutung und Bedrohung von Selbstbestimmung in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. In: G. Theunissen, *Verhaltensauffälligkeiten - Ausdruck von Selbstbestimmung?: Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen* (S. 15-37). Bad Heilbrunn: Obb: Klinkhardt.

Trescher, H. (2016). *Inklusive Freizeitgestaltung für ältere Menschen mit geistiger Behinderung -ein Strukturproblem*. In: *Teilhabe*, 1/2016, 55, 37-43.

UN-BRK (2008). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung*. (15.06.2018). Verfügbar unter: www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Wasmund, S. (2018). *Sozialgesetzbuch*. (21.06.2018). Verfügbar unter: www.sozialgesetzbuch-sgb.de

Wilken, U. (2016). *Freizeit*. In: M. Dederich, G. Antor, I. Beck & U. Bleidick (Hrsg.), *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (3., erweiterte und überarbeitete Auflage) (S.258–260). Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Wohn- und Teilhabegesetz NRW (2014), Ministerium NRW

Voss, H. (1990). *Motivation und Organisation im Altenheim. Theorie und Praxis individueller Altenpflege (Wegweiser für Verantwortliche in der Altenhilfe)*. Hannover: Vincentz Verl.

12. Zuständigkeitslisten

An der Verfassung des Projektberichts waren alle Personen der Projektgruppe gleichermaßen beteiligt.

Projektgruppenmitglieder: Dania Alexander, Tatjana Dembowski, Stephanie Frieg, Kathrin Gaub, Annika Hedrich, Daniel Heße, Jasmina Klein, Anna Koch, Dorothea Schmidt, Vanessa Schmitt, Solveigh Schulz

Die Verantwortung über die Richtigkeit der Quellen wurde unter den Personen der Projektgruppe aufgeteilt. Sie lässt sich der folgenden Tabelle entnehmen:

Abschnitt	Quellenverantwortung
Einleitung	Annika Hedrich, Vanessa Schmitt
Problemlage	Vanessa Schmitt
Fragestellung, Erkenntnisinteresse und Ziele	Vanessa Schmitt
Theoretische Fundierung	
-Freizeit	Annika Hedrich
-Selbstbestimmung	Stephanie Frieg, Anna Koch
-Wohneinrichtung	Annika Hedrich
-Pflege &	Stephanie Frieg, Annika Hedrich
-Pflegestrukturen	Tatjana Dembowski
Projektmethodik	Daniel Heße
-Stichprobe	Daniel Heße
-Methodenauswahl	Daniel Heße
-Auswertung	Daniel Heße, Dania Alexander
Projektergebnisse	
-Kategorie Freizeit	Tatjana Dembowski

-Kategorie Wohneinrichtung	Dorothea Schmidt
-Kategorie Tagesablauf	Solveigh Schulz
-Kategorie Pflege	Kathrin Gaub
-Kategorie Medizin	Kathrin Gaub
-Kategorie Mitarbeiter_innen	Jasmina Klein
-Kategorie Soziale Kontakte	Dorothea Schmidt
-Kategorie Termine	Solveigh Schulz
-Kategorie Mobilität und Begleitung	Dania Alexander
-Kategorie weitere wichtige Aussagen	Jasmina Klein
-Nicht gefüllte Kategorien	Dorothea Schmidt
Handlungsempfehlung	Keine Literaturangaben vorhanden
Evaluation und Reflexion	
-Beantwortung der Frage	Annika Hedrich, Daniel Heße, Solveigh Schulz, Jasmina Klein
-Bewertung und Reflexion der Ergebnisse	s.o.
-Bewertung der Projektziele	Keine Literaturangaben vorhanden
Projektmanagement	Anna Koch
-Projektziele	Anna Koch
-Verlauf	Anna Koch
-Organisation	Anna Koch
-Beurteilung und Reflexion	Anna Koch
Ausblick	Keine Literaturangaben vorhanden

Tabelle 9 Verantwortung für die Richtigkeit der Quellen (eigene Darstellung)