

Nico Heubach

**Therapeutische Wohngruppe und dann?
Untersuchung zur Umsetzung des rehabilitativen
Auftrags von Therapeutischen Wohngruppen**

<http://opus.bsz-bw.de/hsrt/>

© Nico Heubach 2014

MASTERTHESIS
FÜR DEN STUDIENGANG SONDERPÄDAGOGIK
AN DER
FAKULTÄT FÜR SONDERPÄDAGOGIK
DER PÄDAGOGISCHEN HOCHSCHULE
LUDWIGSBURG MIT SITZ IN REUTLINGEN

Thema:

Therapeutische Wohngruppe und dann? Untersuchung zur Umsetzung des rehabilitativen Auftrags von Therapeutischen Wohngruppen

1. Betreuer: Prof. Dr. Kastl

2. Betreuer: Dr. Jauch

Heubach, Nico

Abgabedatum: 29.04.2014

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
Teil I: Menschen mit geistiger Behinderung und Schwerwiegend Herausforderndem Verhalten.....	5
2. Herausforderndes Verhalten.....	5
2.1 Begriffsklärung.....	5
2.2 Parallelbezeichnungen und Begriffsabgrenzungen	8
2.3 Kennzeichen von HV	11
2.4 Erscheinungsweisen von HV	12
2.5 Epidemiologie	14
2.6 Die systemtheoretische Betrachtungsweise	17
2.7 Die soziale Zuschreibung von herausforderndem Verhalten.....	20
2.8 Lebenssituation von Menschen mit HV.....	22
Exkurs: Entwicklung von Parallelgesellschaften für Menschen mit hohem Hilfebedarf.....	24
2.9 Zum Begriff Geistige Behinderung.....	27
2.9.1 Definition und Schweregrade	27
2.9.2 Zum Verständnis von geistiger Behinderung.....	30
3. Fachliche Unterstützung	33
3.1 Leitideen für die Hilfestaltung	33
3.2 Dienste für Menschen mit SHV.....	38
3.3 Fachspezifische Zugänge	39
3.3.1 Zugang der Psychiatrie	39
3.3.2 Zugang der Psychologie	41
3.4 Interdisziplinäre Diagnostik	42
3.4.1 Aufbereitung der Lebensgeschichte.....	43
3.4.2 Funktionales Assessment	44
3.4.3 Stärken-Assessment	46
3.4.4 Zusammenfassung der Bausteine eines multidimensionalen Assessments	46
3.5 Interventionen.....	48
3.5.1 Pädagogische Interventionen	48
3.5.2 Therapeutische Interventionen	51
3.6 Krisenintervention	52
3.6.1 Deeskalation	54
3.6.2 Physische Intervention	55
3.6.3 Notfallhandeln	56

4. Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung 59

4.1 Wohnformen für Menschen mit Behinderung 59

4.1.1 Wohnen im Elternhaus 60

4.1.2 Stationär betreutes Wohnen 61

4.1.3 Ambulant betreutes Wohnen 63

4.1.4 Begleitetes Wohnen in Familien 64

4.2 Bedeutung und Bedürfnisse des Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung 65

5. Der Modellversuch als Ursprung der TWG 69

5.1 Vorgeschichte 69

5.2 Vorstellung des Modellversuchs 70

5.3 Effekte des TWG-Aufenthalts 72

5.3.1 Teilhabe am gesellschaftlichen Leben 72

5.3.2 Schwerwiegend Herausforderndes Verhalten 73

5.3.3 Kompetenzentwicklung 74

5.3.4 Lebenssituation 74

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse 75

Teil II: Die Umsetzung des rehabilitativen Auftrags in einer TWG77

6. Methodisches Vorgehen 77

7. Darstellung der Ergebnisse 83

7.1 Historischer Abriss zu den untersuchten Einrichtungen 83

7.1.1 Paulus-Hilfe 83

7.1.2 David-Stiftung 83

7.2 Die rechtlichen Grundlagen zum Leistungsangebot „Therapeutische Wohngruppe“ 84

7.3 Die Arbeitsweise in TWGs 86

7.3.1 Aufnahme 86

7.3.2 Verlauf 88

7.3.3 Reintegration 93

7.4 Betreuung 99

7.5 Therapeutische Maßnahmen 104

7.6 Krisenintervention 107

7.7 Ergebnisse der TWG-Maßnahme 110

7.8 Schwierigkeiten beim TWG-Prozess 118

8. Problembezogene Vertiefungen	123
8.1 TWG zwischen Institutions- und Personenzentrierung.....	123
8.2 Die Rolle der Therapie	130
8.3 Wirksamkeit der TWG-Maßnahme.....	134
9. Zusammenfassung.....	141
Teil III: Fallbeispiele ehemaliger TWG-Klienten.....	145
Vorbemerkung.....	145
1) Timo Gartling.....	146
2) Peter Reinhard	149
3) Achim Paschke.....	153
4) Britta Conrad	157
Verwendete Literatur.....	163
Anhang	173
Anhang A: Transkriptionen der Experteninterviews	174
Anhang B: Transkriptionen der Klienteninterviews.....	222
Anhang C: Versicherung	256

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Traditionelles Modell von geistiger Behinderung und HV (nach Hennische 1999, S. 87)	17
Abbildung 2: Systemisches Modell (nach Hennische 1999, S. 89)	18
Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (nach DIMDI 2005, S. 23).....	31
Abbildung 4: Bausteine eines multidimensionalen Assessments (nach Theunissen 2005, S. 75f.)	47
Tabelle 1: Schweregrade von geistiger Behinderung und deren Merkmale nach ICD-10 und DSM-IV	29
Tabelle 2: Personenzentrierung vs. Institutionszentrierung (vgl. Schulte-Kemna 2013, S. 3)	35
Tabelle 3: Verteilung der Wohnformen aller Leistungsempfänger der Eingliederungshilfe nach §§ 53ff. SGB XII 2011 in Baden-Württemberg (vgl. KVJS 2013, S. 25).....	59
Tabelle 4: Verteilung der betreuten Wohnformen aller Leistungsempfänger nach §§ 53ff. SGB XII 2011 in Baden-Württemberg und Deutschland (vgl. ebd.; con_sens 2012, S. 42)	60

Abkürzungsverzeichnis

ABW	Ambulant betreutes Wohnen
AWG	Außenwohngruppe
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BWF	Begleitetes Wohnen in Familien
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen)
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
FuB	Förder- und Betreuungsbereich
GG	Grundgesetz
HV	Herausforderndes Verhalten
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IPT	Integriertes Psychologisches Therapieprogramm
KVJS	Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg
LHeimG	Landesheimgesetz
LibW	Längerfristig intensiv betreutes Wohnen
LWV	Landeswohlfahrtsverband
MfAS	Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
SBW	Stationär betreutes Wohnen
SGB	Sozialgesetzbuch
SHV	Schwerwiegend Herausforderndes Verhalten
SKT	Soziales-Kompetenz-Training
StGB	Strafgesetzbuch
STWG	Sozialtherapeutische Wohngruppe
TWG	Therapeutische Wohngruppe
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen

1. Einleitung

Infolge der Psychiatrieenquete im Jahr 1975 kam es zur Korrektur der Fehlplatzierung von Menschen mit geistiger Behinderung¹ in psychiatrischen Krankenhäusern (vgl. Kastl et al. 2011, S. 30). Zu diesen Bewohnern² könnten auch Menschen mit geistiger Behinderung und sog. Herausforderndem Verhalten (HV) gezählt haben. Diese Verhaltensweisen werden oftmals mit psychischen Störungen in Verbindung gebracht, da sie eine dazugehörige Symptomatik aufweisen wie Fremd- oder Selbstverletzungen, emotionale Explosionen, soziale Isolation etc. Das Verhalten wirkt auf die Umgebung herausfordernd, weshalb es zu dieser Bezeichnung kam. Aufgrund der Nähe und der oftmals vorhandenen Zusammenhänge zu psychischen Störungen ist davon auszugehen, dass diese Menschen nach der Psychiatrieenquete in der Behindertenhilfe untergebracht wurden. Doch auch dort war man vermutlich konzeptionell nicht auf diese Klientel eingestellt. Es mussten zuerst Lösungsansätze zur adäquaten Betreuung und Versorgung gefunden werden, wie z.B. die Anfang der 1980er Jahre gegründeten Intensivgruppen der Johannes-Anstalten in Mosbach (vgl. Rösinger et al. 2007, S. 119). Aufgrund fehlender räumlicher Ressourcen konnten diese Wohngruppen nur für einen geringen Teil der Zielgruppe von Menschen mit geistiger Behinderung und HV eingerichtet werden. Die nicht untergebrachten Personen lebten weiterhin in Regelwohngruppen der Behindertenhilfe, die mit personellen und finanziellen Ressourcen anderer Wohngruppen quersubventioniert wurden (vgl. ebd.). Sowohl in den eingerichteten Intensivgruppen, als auch in „herkömmlichen“ Wohngruppen erfuhren die Menschen mit HV aufgrund ihrer Verhaltensweisen starke Ausgrenzung von Gemeinschaft und Gesellschaft.

Dieser Status Quo war erwartungsgemäß nicht lange haltbar, da zudem die Nachfrage nach dem stationär betreuten Wohnen (SBW) für diesen Personenkreis immer mehr wuchs. Schon damals wurde erkannt, dass das schlichte Unterbringen und Beschäftigen dieser Menschen ihren Bedürfnissen nicht gerecht wird. Hinzu kommt, dass auch das unmittelbare Umfeld der Personen, also Angehörige, Bekannte, ebenso wie Mitarbeiter, nach wie vor mit der Lebens- und Betreuungssituation überfordert und überlastet waren (vgl. ebd.).

¹ Der Begriff „Behinderung“ wird häufig und besonders von Selbstvertretungsgruppen kritisiert und abgelehnt, da er eine abwertende und stigmatisierende Wirkung erziele. Dennoch konnte sich keiner der Vorschläge zur alternativen Bezeichnung der Personengruppe durchsetzen. Deshalb wird der Begriff „Behinderung“ aufgrund des allgemeinen Verständnisses in der vorliegenden Arbeit verwendet, ohne damit eine diskreditierende Haltung einzunehmen.

² Aus Zwecken der Leserlichkeit werden in der vorliegenden Arbeit für männliche und weibliche Personen keine geschlechtsbezogenen Varianten, sondern nur die männliche Form verwendet. Dies ist jedoch nur dann der Fall, wenn das Geschlecht dabei keine Rolle spielt. Wenn das Geschlecht in einem bestimmten Zusammenhang relevant ist, wird es dementsprechend markiert.

Für die Beteiligten stand also fest, dass die damalige Wohnsituation der Menschen mit HV nicht mehr haltbar war. Diese Personen brauchten spezifische und passgenaue Unterstützung, um zurückgebildete Kompetenzen wieder aufzubauen und sich angemessene Verhaltens- und Interaktionsweisen anzueignen. Insgesamt musste für den Personenkreis ermöglicht werden, ein Leben mit mehr Lebensqualität und Teilhabe zu führen und Entlastung für ihr soziales Umfeld zu bewirken (vgl. David-Stiftung 2012, S. 3).

Zu diesem Schluss kam auch eine vom damaligen Sozialministerium Baden-Württembergs zusammengestellte Expertengruppe Anfang der 1990er, die die Wohn- und Lebensbedürfnisse dieser Zielgruppe klären sollte. Es ging um die Einschätzung der notwendigen fachlichen Konzepte und Rahmenbedingungen, um dem Personenkreis die Voraussetzungen für ein Leben und Wohnen ohne gesellschaftliche Ausgliederung und damit mit mehr Teilhabe zu schaffen (s. Kapitel 5). Letztendlich kam es dann im Jahr 2002 zu dem Modellversuch „Therapeutische Wohngruppe³“ (TWG), eine speziell für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und Schwerwiegend Herausfordernden Verhaltensweisen (SHV) eingerichtete Leistungsmaßnahme im Bereich Wohnen. Der Modellversuch wurde zudem im Rahmen einer Evaluationsstudie wissenschaftlich begleitet.

Bei diesem Modellversuch hatte die zeitlich befristete Wohnform der TWG einen rehabilitativen Auftrag: Mithilfe einer hohen Ausstattung an personellen, sächlichen und räumlichen Ressourcen sollte die drohende soziale Ausgrenzung der Personen verhindert und ihre gesellschaftliche Eingliederung wieder hergestellt werden. Damit ist die Wiedereingliederung in eine Regelwohnform⁴ der Eingliederungshilfe gemeint, da diese im Gegensatz zu Sonderwohnformen als nicht-aussondernd und Teilhabe-ermöglichend gelten (vgl. Dieckmann/Giovis 2006, S. 6). Obwohl die an dem Modellversuch teilnehmenden Einrichtungen erfolgreich arbeiteten und ein Drittel der TWG-Bewohner ins Regelwohnen der Eingliederungshilfe reintegrieren konnte, kam es nicht zur geplanten Aufnahme der TWG-Leistungsmaßnahme in den Rahmenvertrag Baden-Württembergs für stationär betreute Wohnformen (vgl. ebd., S. 40; KVJS 2012). Dennoch bestehen auch heute TWG-Einrichtungen in Baden-Württemberg, von deren Existenz aufgrund ihrer geringen Anzahl jedoch nur sehr wenige Personen, auch aus der Fachwelt, wissen.

³ Wie sich herausstellte, existieren auch andere Leistungsangebote, die den Titel „Therapeutische Wohngruppe“ tragen. Diese anderen Angebote spezialisieren sich nicht auf Menschen mit geistiger Behinderung und SHV, sondern auf andere Zielgruppen, wie z.B. Jugendliche oder Erwachsene mit psychischer Erkrankung.

⁴ Hiermit sind die sich im abgeschlossenen Rahmenvertrag (KVJS 2012) befindenden Wohnformen als Leistungstypen gemeint, z.B. Leistungstyp I.2.1 – Stationär betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger und/oder Mehrfachbehinderung (vgl. KVJS 2012, S. 26). Im Folgenden werden diese als Regelwohnform, Regelwohnen oder Wohnheim der Eingliederungshilfe bzw. der Behindertenhilfe bezeichnet.

Bei der hospitierenden Teilnahme an einer Arbeitsgruppe aus Vertretern eines Wohlfahrtsverbands lernte der Autor der vorliegenden Arbeit die TWG-Leistung kennen. In dem Arbeitskreis ging es um Leistungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen SHV. In diesem Zusammenhang war auch am Rande die Rede von der TWG und deren klarer Ausrichtung durch den o.g. rehabilitativen Auftrag und die zeitliche Befristung. Schon damals eröffnete sich die Frage, ohne dabei die Wirksamkeit der Maßnahme anzuzweifeln: „Wie kann das gelingen?“.

Da zu diesem Zeitpunkt die Vorbereitung und Anmeldung der Abschlussarbeit des Masterstudiums bevorstand, entschloss sich der Autor, sich dem Thema TWG durch weiteres Literaturstudium anzunähern. Anfangs stand dazu nur die Auswertung des genannten Modellversuchs zu Verfügung (vgl. Dieckmann/Giovis 2006). Diese Quelle genügte, um das Forschungsinteresse des Autors zu wecken und die Abschlussarbeit zum Thema TWG zu verfassen. Denn die Studie zum o.g. Modellversuch war größtenteils quantitativ angelegt, daher interessierten besonders die tatsächliche Realität der TWG, die damit verbundenen Hintergründe, Prozesse und etwaige Schwierigkeiten. Aus diesem Grund sollte das Leistungsangebot der TWG auf qualitative Weise untersucht werden, wozu sich Befragungen mit Mitarbeitern der TWG als „Experten“ für deren Wirklichkeit anboten. Auch die Perspektive der Klienten sollte mithilfe von Interviews zur Sprache kommen.

Das Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit besteht darin, wie der konzeptionell-rehabilitative Auftrag der TWG in der Praxis umgesetzt wird. Dazu gehören weitere, vertiefende Fragestellungen:

- Welche allgemeinen und spezifischen Maßnahmen werden zur Umsetzung des rehabilitativen Auftrags ergriffen?
- Wer ist an dieser Umsetzung beteiligt?
- Welche Effekte haben die ergriffenen Maßnahmen?
- Wie gestaltet sich der Prozess der Wiedereingliederung mit allen Beteiligten?
- Welche Schwierigkeiten ergeben sich bei diesem Prozess?

Aufgrund des rehabilitativen Auftrags spielt die Lebenssituation der Klienten im Anschluss an die TWG automatisch eine wichtige Rolle. Es stellt sich somit für die Bewohner, ihr soziales Umfeld, aber auch für die beteiligten Leistungserbringer und Leistungsträger die Frage: „Therapeutische Wohngruppe und dann?“.

Dadurch entsteht eine weitere Fragestellung für die vorliegende Arbeit:

- Wie gestaltet sich die heutige Lebenssituation ehemaliger TWG-Klienten?

Zur Beantwortung all dieser Fragen wurden zwei TWGs in Baden-Württemberg untersucht und dort Interviews mit Mitarbeitern sowie ehemaligen Klienten geführt. Die Ergebnisse werden in der vorliegenden Arbeit dargestellt, die sich in drei Teile untergliedern lässt.

Menschen mit geistiger Behinderung und SHV bilden die Zielgruppe der TWG-Leistung. Für manchen Leser mag dabei die Formulierung „(Schwerwiegend) Herausforderndes Verhalten“ neu und ungewöhnlich erscheinen, weshalb dieser Personenkreis und seine Lebens- und Wohnsituation in Teil I ausführlich dargestellt wird. Die spezifische Lebenslage von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV (Kapitel 2) erfordert eine ebenso komplexe fachliche Unterstützung. Diese spezifischen Maßnahmen werden in Kapitel 3 aufgeführt. Die Bedürfnisse und die Bedeutung des Wohnens von Menschen mit oder ohne Behinderung sind prinzipiell dieselben, wie sich in Kapitel 4 zeigt. Dennoch werden diese Bedürfnisse in Einrichtungen der Behindertenhilfe oftmals übergangen. Deshalb lohnt sich der genaue Blick sowohl auf die Bedürfnisse und Funktionen des Wohnens von Menschen mit Behinderung, als auch auf die verschiedenen Wohnformen für diesen Personenkreis. Im Jahr 2002 fand die TWG in dem damals durchgeführten Modellversuch gewissermaßen ihren Ursprung. Die wissenschaftliche Begleituntersuchung bietet dabei zahlreiche interessante und für diese Arbeit wichtige Erkenntnisse, deren Darstellung in Kapitel 5 erfolgt.

In Teil II wird die durchgeführte Untersuchung zur Umsetzung des rehabilitativen Auftrags vorgestellt. Nachdem das methodische Vorgehen (Kapitel 6) erläutert wurde, geht es in Kapitel 7 um die konkreten Ergebnisse dazu, die durch qualitative Befragungen und durch das Studium verschiedener Unterlagen und Akten erzielt wurden. Bei der Analyse der Äußerungen der befragten TWG-Experten kristallisieren sich verschiedene, diskussionswürdige Sachverhalte hinsichtlich der Umsetzung des rehabilitativen Auftrags heraus. Diese Sachverhalte werden nach der Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 8 vertieft.

Da sich oft erst im Nachhinein erweist, mit welcher Wirksamkeit der rehabilitative Auftrag der TWG umgesetzt wurde, ist es notwendig, den Blick auf die ehemaligen Klienten der TWG und ihre Lebenslage zu werfen. Auch diese Menschen wurden besucht und zu ihrer vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen Lebenssituation hinsichtlich ausgewählter Bereiche befragt. Die Vorstellung dieser Fallbeispiele bildet Teil III dieser Arbeit.

Abschließend gilt noch allen beteiligten Personen ein großer Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der durchgeführten Untersuchung. Erst durch ihr Entgegenkommen und ihre Mitwirkung konnte das geplante Vorhaben realisiert werden.

Teil I: Menschen mit geistiger Behinderung und Schwerwiegend Herausforderndem Verhalten

2. Herausforderndes Verhalten

2.1 Begriffsklärung

Bei der Planung und Organisation von sozialen Diensten ist es notwendig, einen Begriff klar zu fassen. Auch an dieser Stelle hilft diese Begriffsklärung bei der Betrachtung von TWGs, um ein Verständnis für deren Klientel zu erzielen (vgl. Dieckmann/Giovis 2006, S. 4). Andererseits zeigt sich bei der Recherche einschlägiger Literatur, dass eine eindeutige und zufriedenstellende Definition des Begriffs HV oder seiner Parallelbegriffe nach wie vor äußerst schwierig ist, wie sich in Kapitel 2.2 zeigt (vgl. Theunissen 2005, S. 49).

Seinen Ursprung findet der Begriff „Herausforderndes Verhalten“ (HV) im US-amerikanischen Raum. Dort wurde er als „*challenging behavior*“ von der „*Association for People with Severe Handicaps*“ in die Fachdiskussion eingeführt. In den 1990er Jahren hat sich der Begriff in der internationalen Erforschung der geistigen Behinderung etabliert (Dieckmann et al. 2007, S. 16).

Mit dem Begriff soll deutlich gemacht werden, dass ein Verhalten durch seine Auswirkungen für die Mitmenschen, aber auch für das Individuum selbst, zur Herausforderung wird. Deshalb unterliegt HV den subjektiven Deutungsmustern, ist sozial konstruiert und abhängig von

- den speziellen, situativen Erwartungen der sozialen Umwelt an ein bestimmtes Setting und die damit verbundenen Verhaltensweisen, Normen und Werte,
- den Verhaltenseffekten und deren Zumutbarkeit für den Menschen selbst und seine Umwelt sowie
- der Möglichkeit der Mitmenschen, die Effekte des Verhaltens zu tolerieren oder zu verändern (durch Abwendung oder Minimierung) (vgl. ebd.).

Dabei ist die Herausforderung, die durch das Verhalten des Individuums hervorgerufen wird, nicht als Provokation und nur bedingt als Aufforderung der Umgebung zu verstehen. Vielmehr muss sie als Aufgabe an die Bezugspersonen (Eltern, Betreuer etc.) gedeutet werden, die Ursachen und Auslöser dieser Verhaltensweisen zu ermitteln. Nur so können die Umfeldbedingungen verändert und die betroffene Person dabei unterstützt werden, gesellschaftlich akzeptierte Wege zu finden, um die eigenen Bedürfnisse, Probleme etc. zu bewältigen (vgl. Hennische 2003, S. 72).

Eric Emerson (2001 zit. bei: Dieckmann et al. 2007, S. 16), ein bedeutender Forscher auf dem Gebiet des „*challenging behaviour*“, zählt HV zur Unterklasse von „kulturell abweichenden Verhaltensweisen“. Eine Verhaltensweise wird demnach erst dann als herausfordernd bezeichnet, wenn Menschen dadurch

- a) die körperliche Gesundheit von sich selbst oder ihren Mitmenschen bedrohen und/oder
- b) ihre Zugangsmöglichkeiten zu Angeboten, Diensten und Settings der Allgemeinheit infolge der Verhaltensweisen beschränkt bis gänzlich verhindert werden (vgl. ebd.).

Menschen können durch aggressives Verhalten gegenüber sich selbst, ihren Mitmenschen oder Sachobjekten das Zusammenleben bedrohen bis unmöglich machen. Dazu gehören Verhaltensweisen wie Wutanfälle, starke Emotionsausbrüche, sehr störendes Lautieren, permanentes Klagen und Schreien, Schmieren mit Kot oder extremes Zwangsverhalten. Demgegenüber stehen Verhaltensweisen von Personen, die ihre eigene Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe durch extremes Rückzugs- und Isolationsverhalten enorm einschränken, ohne dabei Anzeichen von Aggression oder Gefährdung zu zeigen (vgl. ebd., S. 17).

Die Abgrenzung zu „Schwerwiegendem Herausforderndem Verhalten“ (SHV) (*„severely challenging behaviour“*) kennzeichnet das Ausmaß der wahrgenommenen Herausforderung und ist ebenfalls an o.g. Faktoren gebunden: Der gewohnte Grad an auffälligem Verhalten, die eingeschätzte Zumutbarkeit der Auswirkungen des Verhaltens und die Verhaltenskontrolle sind dafür entscheidend, wie stark die Mitmenschen von einem Verhalten herausgefordert werden. Emerson et al. (1987 zit. bei: Dieckmann et al. 2007, S. 16) definieren SHV folgendermaßen:

„Severely challenging behaviour refers to behaviour of such an intensity, frequency or duration that the physical safety of the person or others is likely to be placed in serious jeopardy or behaviour which is likely to limit seriously or deny access to and use of community facilities“

Nach dieser Definition bezieht sich SHV auf ein Verhalten von solcher Intensität, Häufigkeit oder Dauer, dass die körperliche Sicherheit einer Person oder anderer wahrscheinlich gefährdet wird oder dass durch das Verhalten der Zugang zu Einrichtungen des Gemeinwesens wahrscheinlich eingeschränkt oder verweigert wird. Herausforderndes Verhalten gilt dann als schwerwiegend, erheblich oder gravierend, wenn es stärker, häufiger und fortgesetzt gezeigt wird. Damit ergeben sich Schwierigkeiten bei der Abgrenzung, da diese wiederum von Gewohnheiten und Erwartungen bestimmt wird. In diesem Zusammenhang haben

Qureshi/Alborz (1992 zit. bei: Dieckmann/Giovis 2006, S. 4f.) SHV erforscht und eine operationale Beschreibung dessen gegeben. Demnach spricht man von SHV, wenn eines der folgenden Kriterien zutrifft:

- (a) „has at some time caused more than minor injuries to themselves or others;*
 - (b) has at some time resulted in the destruction of their immediate or working environment;*
 - (c) occurs at least weekly... (and) either places the person in danger, or requires intervention by more than one member of staff for control, or causes damage which cannot be rectified by immediate care staff, or causes at least an hour's disruption; or*
 - (d) has caused disruption lasting more than a few minutes at least daily.“*
- (Qureshi/Alborz 1992 zit. bei: Dieckmann/Giovis 2006, S. 4f.)

Sinngemäß übersetzt wird SHV hier messbar gemacht als Verhalten, das

- a) zu irgendeinem Zeitpunkt den betreffenden Personen selbst oder Anderen größere Verletzungen zufügte,
- b) zu irgendeinem Zeitpunkt Zerstörung im unmittelbaren oder dem Arbeitsumfeld zur Folge hatte,
- c) mindestens wöchentlich auftritt und dabei
 - entweder die Person gefährdet,
 - eine Intervention durch mehr als einen Mitarbeiter zur Kontrolle erfordert,
 - Schaden verursacht, der vom momentanen Pflegepersonal nicht beseitigt werden kann
oder
 - für eine Störung von mindestens einer Stunde sorgtoder
- d) täglich für eine Störung von einigen Minuten sorgt.

Nach dieser Operationalisierung geht es bei SHV also um ein Zusammenspiel der Faktoren Intensität („*more than minor injuries*“, „*damage*“, „*disruption*“), Häufigkeit („*weekly*“, „*daily*“) und Dauer („*an hour*“, „*more than a few minutes*“). Von besonderer Wichtigkeit ist an dieser Stelle, dass dieses Zusammenspiel eine Wirkung des Verhaltens entfaltet, welche eine Intervention durch mehrere Mitarbeiter zur Situationskontrolle erfordert. Dies stellt einen wesentlichen Unterschied zwischen HV und SHV für das hier angelegte Verständnis dar.

2.2 Parallelbezeichnungen und Begriffsabgrenzungen

Die Bezeichnung HV dient als Ersatz für (frühere) Begriffe wie „Problemverhalten“, „Verhaltensstörung“, „abnormales Verhalten“ oder „Verhaltensprobleme“ (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 16). Dennoch werden diese Begriffe nach wie vor verwendet (vgl. Ratz 2012; Stein 2008; Irblich 2003), während daneben noch zahlreiche weitere Bezeichnungen für den Personenkreis von Menschen mit HV benutzt werden. Dabei wird oftmals dasselbe Phänomen in den Blick genommen, während sich je nach Begriff der Fokus und die Verortung des Problems verschieben, andere Faktoren miteinbezogen werden und das Ausmaß des problematischen Verhaltens unterschiedlich eingeschätzt wird. Diese Begriffsvielfalt legt erstens nahe, dass es bei der Einschätzung von Verhaltensweisen große Unsicherheiten aufgrund fehlender objektiver, normativer Kriterien gibt. Zweitens zeigt das große Begriffsspektrum, dass man bei der Ermittlung adäquater Bezeichnungen bemüht ist, damit die betreffende Person nicht zu denunzieren oder zu stigmatisieren (vgl. Theunissen 2011, S. 52).

Eine enge Verknüpfung mit dem Begriff HV ist die Bezeichnung „Verhaltensstörung“, da hiermit ähnliche Merkmale verbunden sind, wie bereits oben erwähnt. Wichtig ist dabei, dass der Störungsbegriff auf einer zeitgemäßen Interpretation basiert und damit „auf das bio-psycho-soziale Zusammenwirken problemauslösender Bedingungen sowie auf Interaktionsstörungen verweist“ (ebd., S. 54). Andernfalls droht die Gefahr, die Störung im Wesen des Individuums zu verorten und das Problem ausschließlich mit der Person zu verknüpfen. Wie sich später zeigt, drückt sich im HV die gestörte Wechselwirkung zwischen Individuum und Umfeld aus. Die beteiligten Personen mit ihren Wahrnehmungen, Einschätzungen und Bewertungen einer erlebten Verhaltensweise müssen deshalb zwingend miteinbezogen werden. Ansonsten würde die Ursache der SHV ausschließlich der betroffenen Person im Sinne eines „Täters“ zugeschrieben werden (vgl. ebd.).

Mit dem Begriff „Verhaltensbesonderheiten“ (Kinderheilstätte Nordkirchen zit. bei: Theunissen 2011, S. 53) bestimmt man HV als ein besonderes, spezielles Verhalten, um damit ebenfalls das Individuum nicht zu stigmatisieren. Paradox ist hier, dass man sich damit gegenläufig zu den Bestrebungen von Vertretern der Sonderpädagogik bewegt. Diese wollen seit einiger Zeit die eigene Sonderrolle ablegen, um Ausgrenzungen durch Sonderbehandlungen des Personenkreises zu verhindern. Um dies im hier vorliegenden Kontext ebenfalls zu vermeiden, ist die Verwendung des Begriffs der „Verhaltensbesonderheiten“ bedenklich (vgl. ebd.).

Ebenso kritisch zu sehen ist die Bezeichnung des „originellen Verhaltens“ (Finger 1995 zit. bei: Theunissen 2011, S. 53), obwohl auch hier eine Denunzierung und Herabsetzung der betroffenen Personen verhindert

werden soll. Von diesem Euphemismus für HV ist jedoch abzusehen, da die Verhaltensweisen (z.B. Wände mit Kot beschmieren, Selbstverstümmelung) damit als schöpferisch und kreativ betrachtet werden (ebd.).

Heijkoop (2009) bevorzugt den Begriff des „festgefahrenen Verhaltens“, um Stigmatisierungen der betroffenen Personen zu verhindern und ein empathisches Verständnis für sie aufrechtzuerhalten. Dabei wird impliziert, dass sich alle Menschen festfahren und in eine aussichtslose Lage geraten können, wenn sie gemeinsam mit ihrer Umgebung in eine solche Vielzahl von Problemen geraten. Menschen mit festgefahretem Verhalten zeigen teilweise fremdartige Verhaltensweisen als Reaktion auf ihre extremen Gefühle von Unsicherheit und fehlendem Vertrauen. Sie antworten mit ihrem Verhalten auf das Unverständnis des Umfelds und ihre eigene wahrgenommene Hilflosigkeit, die Geschehnisse der Umgebung zu begreifen. Manchmal verlieren diese Personen die Kontrolle über ihr eigenes Verhalten und isolieren sich aus Angst davor. Ihre Lebenswelt wird dadurch immer kleiner, während die Furcht vor den eigenen Handlungen zunimmt. Der Begriff des *festgefahrenen Verhaltens* legt eine verstehende und empathische Ansicht der betroffenen Person nahe, da alle Menschen auf die genannten Gefühle von Unsicherheit, Schwäche, Verletzlichkeit und Panik ähnlich reagieren würden und die Gefahr des Festfahrens bei jedem Menschen besteht (vgl. Heijkoop 2009, S. 16ff.).

Die im angloamerikanischen Fachdiskurs⁵ übliche Bezeichnung „*challenging behavior*“ soll eine Abgrenzung zu folgenden Möglichkeiten psychischer Probleme und Störungen darstellen:

- „*psychiatric disorders*“ (psychiatrische Störungen),
- „*serious behavior problems*“ (schwere Verhaltensprobleme),
- „*serious behavior disorders*“ (schwere Verhaltensstörungen),
- „*mental health disorders*“ (psychische Störung),
- „*mental health problems*“ (psychische Probleme) oder
- „*mental illness*“ (psychische Krankheit).

Diese Differenzierung gilt als wesentlich für die Praxis, da sie über den Einsatz der Interventionen entscheidet. So werden bei „*challenging behaviors*“ pädagogisch-therapeutische Hilfen und bei „*psychiatric disorders*“ interdisziplinäre Vorgehensweisen mit Ansätzen aus Pädagogik, Psychologie, Psychiatrie oder Psycho-

⁵ Bambara/Kern 2005; Carr et al. 1999; 2000; Dunlap/Carr 2007; Koegel/Koegel/Dunlap 2001; Meeting Report 2009, 7; Westling/Fox 2009 in: Theunissen 2011, S. 54

therapie vorgenommen (vgl. Theunissen 2011, S. 54). Diese multiprofessionelle Unterstützung kommt auch bei SHV zum Tragen. Denn zwischen psychischen Störungen und SHV bestehen vier mögliche Zusammenhänge (vgl. Emerson 2001 in: Dieckmann et al. 2007, S. 30):

- 1) Kritische familiäre Verhältnisse im Kindes- und Jugendalter können einerseits als Ursache für eine Störung des Sozialverhaltens als ICD-10⁶-Diagnose (DIMDI 2013, F91), andererseits als Grund für SHV (v.a. Aggressionen) bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung gelten.
- 2) Liegt eine schwere geistige Behinderung vor, kann sich SHV als atypische Form einer psychischen Störung äußern (z.B. Autoaggressionen bei Zwangsstörungen).
- 3) Ebenso kann SHV ein sekundäres Begleitmerkmal einer psychischen Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung sein (z.B. motorische Unruhe bei einer depressiven Störung).
- 4) Psychische Störungen (z.B. bipolare Störung, F31) können betroffenen Personen als Motivation dienen, sich unter bestimmten Umweltbedingungen herausfordernd zu verhalten.

Trotz diesen Zusammenhängen und weiteren Überschneidungen darf SHV nicht mit einer psychischen Störung gleichgesetzt werden: Einerseits bedrohen nicht alle psychischen Störungen die Sicherheit des Individuums oder der Mitmenschen bzw. verhindern den Zugang zu Settings des Gemeinwesens. Andererseits können SHV eine funktional adaptive Reaktion auf spezifische Gegebenheiten im sozialen Umfeld ohne psychopathologischen Hintergrund sein (vgl. Dieckmann/Giovis, S. 5; Theunissen 2013c, S. 402). Herausfordernde Verhaltensweisen und psychische Störungen müssen als ineinander übergehende Phänomene begriffen werden: Sie befinden sich auf einem „Kontinuum, bei dem an einem Ende klar psychiatrische Merkmale liegen (etwa in Form einer Psychose), am anderen Ende ‚Verhaltensstörungen‘, die unmittelbar auf den erzieherischen Kontext zurückzuführen sind“ (Petry 1999, S. 15). Ob SHV nun einer psychischen Störung zugeordnet wird, ist zum einen abhängig von der Sichtweise und dem zugrunde gelegten Klassifikationsschema zum Problemverhalten (z.B. ICD-10 oder DSM-IV⁷). Zum anderen ist es eine Frage der Zuständigkeit des Hilfesystems (z.B. medizinisch-psychiatrisch oder Behindertenhilfe), welches die Unterstützung der betroffenen Person bereitstellt (vgl. Bradl 1999, S. 42).

⁶ ICD-10 = 10. Ausgabe der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ („Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“) (vgl. DIMDI 2013)

⁷ DSM-IV = 4. Ausgabe des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ („Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen“) (vgl. Saß et al. 2003)

Am Begriff des HV wird in der Fachliteratur kritisch angemerkt, dass das Wort „herausfordernd“ eher an einen Sportwettkampf erinnere oder dem Individuum mit seinem Verhalten provozierende Motive unterstelle (Irblich 2003, S. 318). Zugegebenermaßen liegt die Assoziation mit einem Wettkampf nahe, aber wie sich in Kapitel 2.6 zeigt, wird in der vorliegenden Arbeit das Phänomen HV systemisch betrachtet. Dadurch liegen die Situationen, Interaktionen und Wechselwirkungen eines Individuums mit seinem Umfeld im Mittelpunkt der Analyse der Verhaltensweisen. Dem betroffenen Menschen dient das eigene Verhalten als subjektiv sinnvolle Problemlösungsstrategie, um die Störung im Verhältnis zu seiner Umwelt zu bewältigen. Dieses Verhalten wird erst in der Wahrnehmung und Bewertung des Umfelds zur Herausforderung, weshalb mit dem Begriff HV dem Individuum nicht grundsätzlich eine provokative Absicht zugeschrieben werden kann.

Von Theunissen (2011, S. 54) wird am Begriff des HV kritisiert, dass die internalen, nach innen gerichteten Verhaltensweisen (z.B. Isolationstendenzen, apathisches, depressives oder ängstliches Verhalten) gegenüber externalen, nach außen gerichteten SHV (z.B. Selbst- oder Fremdaggression, Unruhe) nicht als Herausforderung ausgelegt werden könnten. Dazu kann als Einwand genannt werden, dass die jeweiligen Arten der Herausforderung von internem und externem SHV nicht auf einer Ebene gesehen werden sollten. Internes SHV schränkt die Teilhabe und Lebensqualität eines Individuums in gravierendem Maße ein und wird auf diese Weise zur Herausforderung für seine Mitmenschen und Bezugspersonen. Diese sind besorgt um die betroffene Person, seine Lebensqualität, Gesundheit und seinen Mangel an Interaktion und Kommunikation durch gesellschaftliche Teilnahme. Somit lässt sich auch bei internalen Verhaltensweisen eine Herausforderung erkennen. Diese betrifft jedoch generell nicht nur das Individuum selbst oder seine direkten Betreuer, sondern alle Lebenssysteme des Individuums (s. Kapitel 2.6).

2.3 Kennzeichen von HV

Theunissen (2011, S. 47f) verwendet die Bezeichnung „Verhaltensauffälligkeiten“, die sich seiner Meinung nach in der Behindertenhilfe etabliert hat. Demnach kennzeichnet der Begriff Verhaltens- und Erlebensweisen, die

1. als normabweichend und altersunangemessen in einem oder mehreren lebensweltlichen Bereich (Wohngruppe, Schule, Arbeitsplatz) wahrgenommen werden,
2. eine Störung im Verhältnis des Individuums und seiner Umwelt (Menschen, Dinge, Situationen) anzeigen,

3. für das Individuum eine Problemlösungsmöglichkeit bedeuten und deshalb eine zweckmäßige und funktionale Bedeutung, aber keine soziale Akzeptanz haben,
4. die Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten und die Lebensqualität des Individuums einschränken,
5. ein Gesundheitsrisiko für das Individuum und seine Mitmenschen darstellt,
6. eine Belastung für die Kommunikation, Interaktion, Zusammenleben und –Arbeiten des Individuums bedeuten,
7. Symptome, Folgen oder Wegbereiter einer psychischen Störung sein können, ohne dabei ein psychopathologisches Syndrom zu sein,
8. auf beschränkte Kommunikationsformen (z.B. bei körperlichen Problemen oder Schmerzen) und erzieherische bzw. soziale Kontexte zurückzuführen sind, da in der Regel kein organ-pathologischer Hintergrund vorliegt und deshalb von psychischen Störungen (Krankheit) getrennt werden müssen,
9. in der Regel über einen längeren Zeitraum entstanden sind und sich verfestigt haben, aber auch in Krisensituationen gezeigt werden können,
10. den Handlungsspielraum allgemeiner Erziehungsmaßnahmen aufgrund ihres Belastungsgrades, Ausmaßes, Frequenz oder Chronizität beschränken und
11. deshalb spezifische pädagogisch-therapeutische Maßnahmen, in der Regel aber (noch) keine psychiatrische oder psychotherapeutische Intervention erfordern (beim Fehlen einer psychopathologischen Grundlage) (vgl. ebd.).

Nach diesem Verständnis von HV als Verhaltensauffälligkeit genügen pädagogisch-therapeutische Maßnahmen als Intervention, um positiv darauf einzuwirken, während eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Psychiater, (Heil-) Pädagogen oder Psychotherapeuten (wie bei SHV) nicht notwendig ist (vgl. ebd., S. 48). Die genannten Kennzeichen der Verhaltensweisen sind für die vorliegende Arbeit sehr hilfreich, um eine möglichst genaue Vorstellung und ein gemeinsames Verständnis des Verhaltens zu erzielen. Die aufgeführten Kennzeichen können mithilfe o.g. Kriterien auf SHV übertragen werden.

2.4 Erscheinungsweisen von HV

Herausforderndes Verhalten zeigt sich in verschiedenen Bereichen des individuellen Verhaltens. Dabei kann es sich bei allen untenstehenden Beispielen für Problemverhalten je nach Intensität, Häufigkeit oder Dauer um ein Beispiel für HV oder SHV handeln. Die Kriterien zur Abgrenzung von HV und SHV finden sich im Kapitel 2.1, unterliegen aber dennoch subjektiven Einschätzungen und situativen Kontextfaktoren. Deshalb wird

auf eine Zuordnung der Beispiele durch den Autor verzichtet. Das Spektrum der Erscheinungsformen von Verhaltensauffälligkeiten ist sehr breit und lässt sich nach Theunissen (2011, S. 48f.) in folgende Bereiche des menschlichen Verhaltens einteilen:

1) HV und SHV im Sozialverhalten

Beispiele: Streiten, fremdverletzendes Verhalten (Beschimpfen, Beleidigen, Spucken, Schlagen, Treten, Kneifen), Missachten von Absprachen, Anweisungen, „Führungsresistenz, aufsässiges Verhalten“ (Dieckmann/Giovis 2006, S. 29), sozialer Rückzug, soziale Isolation

2) HV und SHV im psychischen/emotionalen Bereich

Beispiele: Schreien, Weinen, Wutanfälle, sich auf den Boden Werfen, ängstliches Verhalten, apathisches Verhalten, Gefühlsausbrüche

3) HV und SHV im Arbeits- und Leistungsbereich

Beispiele: Arbeitsverweigerung, Arbeitsflucht, Mangel an Konzentration oder Aufmerksamkeit, fehlende Ausdauer

4) HV und SHV im Umgang mit Sachobjekten

Beispiele: Zerstören/Wegwerfen/Verstecken/Klauen von Sachobjekten, Essen ungenießbarer Dinge, stereotyper Umgang mit Dingen

5) HV und SHV im somato-psychischen (körperlichen) Bereich

Beispiele: leichte Ermüdbarkeit, fehlende Ausdauer, geringe Belastbarkeit, motorische Unruhe, Ablehnung von Nahrung, übermäßige Nahrungsaufnahme

6) HV und SHV durch selbstverletzende Verhaltensweisen

Beispiele: Kopfschlagen, sich Kratzen, sich Beißen, Selbstverletzungen mit Objekten, sich Haare Ausreißen

7) HV und SHV durch irritierende Verhaltensweisen

Beispiele: Distanzloses Verhalten, Mitmenschen Anfassen/Beschnuppeln, rituelles Verhalten (ständiges Lichtanknippen), ständiges Fragen/Klagen, plötzliches Aufschreien, Lautieren, Brummen

Sicherlich ist diese Kategorisierung artifiziieller Art und manche Beispiele können genauso anderen Bereichen zugeordnet werden. Dennoch kann diese Liste als Orientierungshilfe zum Zweck einer gemeinsamen Vorstellung möglicher Verhaltensweisen bei HV und SHV herangezogen werden (vgl. Theunissen 2011, S. 49).

2.5 Epidemiologie

Bei der Betrachtung epidemiologischer Studien fällt auf, dass zwischen den Ergebnissen der Untersuchungen erhebliche Unterschiede liegen. Dafür gibt es mehrere Erklärungsansätze (vgl. Irblich 2003, S. 323f.; Dieckmann et al., S. 22):

- a) Unterschiede bei der Repräsentativität: Es gibt nur sehr wenige repräsentative Studien, die Formen von HV bei Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesamtbevölkerung eines geographisch abgegrenzten Raums untersuchen. Stattdessen werden Stichproben von Personen genommen, die sich zu diesem Zeitpunkt in einer Behinderteneinrichtung befanden.
- b) Verwendung unterschiedlicher Untersuchungsinstrumente und –Methoden, z.B. qualitative Methoden (Verhaltensbeobachtung, Interviews) und quantitative Methoden (standardisierte Bögen zur Verhaltensbeurteilung durch Mitarbeiter)
- c) Zuordnungsprobleme der Beobachtungen zu feststehenden diagnostischen Kriterien, besonders bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung⁸
- d) Die Kriterien zur Bewertung von Häufigkeit, Intensität und Ausmaß von HV sind uneinheitlich festgelegt und weisen Ermessensspielräume auf.
- e) Unterschiedliche Einschätzung der Symptome: als Teil-Symptom der geistigen Behinderung oder als eigenständige Störung
- f) Unterschiedliche Trends bei der Diagnostik: Im Vergleich verschiedener Länder und Zeiten gibt es beträchtliche Unterschiede bei der Diagnose von Krankheiten und Störungen, so wird beispielsweise im angelsächsischen Raum eine Psychose weitaus häufiger diagnostiziert als in Deutschland.

⁸ Gefahr des „*diagnostic overshadowing*“ (Reiss) = auffällige Verhaltensweisen werden für eine Folge der geistigen Behinderung gehalten

Die Prävalenzraten von HV bei Menschen mit geistiger Behinderung sind relativ hoch und liegen je nach Untersuchung zwischen 30 und 50 Prozent:

- Theunissen und Schirbort (2003, S. 37ff.) untersuchten Schulen für Geistigbehinderte und konnten dort in ca. 40 Prozent der Klassen mindestens einen Schüler mit Verhaltensauffälligkeiten ausmachen. Dies gelte jedoch nur als Orientierungswert und bedürfe weiterer Überprüfung.
- Došen (1997 in: Irblich 2003, S. 323) schätzt die Wahrscheinlichkeit psychischer Auffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung drei bis fünf Mal so hoch ein wie bei nichtbehinderten Menschen, bei denen ca. zehn Prozent eine solche Störung aufweisen.
- In einer repräsentativen Untersuchung von 264 Kindern im Alter von fünf bis 15 Jahren konnte Emerson (2003 in: Sarimski 2008, S. 5) eine psychiatrische Diagnose bei 39 Prozent stellen. Am häufigsten wurden dabei oppositionelle und soziale Verhaltensstörungen mit 13,3 Prozent ausgemacht.
- Von Theunissen/Schirbort/Kulig (2006, S. 7ff.) stammt eine empirische Erhebung zur Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten in 85 Wohneinrichtungen der Lebenshilfe e.V. in Sachsen-Anhalt. Bei der Bewohnerschaft gelten 27,1 Prozent (N=114) als Menschen mit einer leichten, 35,5 Prozent (N=187) mit einer mittelgradigen und 42,8 Prozent (N=225) mit einer schweren bis schwersten geistigen Behinderung. Die Mehrheit der Wohngruppen sind Wohnheimgruppen (88,2%), während nur ein geringer Teil in Außenwohngruppen (8,2%) bzw. in einer betreuten Wohngruppe (3,5%) lebt. Die Gruppenleiter (70% der Befragten) und Mitarbeiter schätzten 272 von 623 Bewohnern als verhaltensauffällig ein, was einem Anteil von 43,6 Prozent entspricht. Die Stärke der Verhaltensauffälligkeiten wurde zu einem Prozentsatz von 27,1 Prozent als „kaum ausgeprägt“ angegeben, 57,1 Prozent beurteilten das Verhalten als „mittel bis stark auffällig“ und 37 Prozent als „sehr stark verhaltensauffällig“ (vgl. ebd.).

Kiernan/Qureshi (1993 in: Dieckmann et al. 2007, S. 22) untersuchten die Prävalenz von SHV im Nordwesten Englands. Sie konnten einen Anteil von 0,00019 Prozent von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV an der Gesamtpopulation feststellen (1,9 Menschen mit geistiger Behinderung und SHV pro 10.000 Einwohner). Innerhalb des Personenkreises der Menschen mit geistiger Behinderung (n=7.286) betrug der Anteil der Menschen mit SHV 7 Prozent, wovon 2,1 Prozent Fremdaggressionen, 1,9 Prozent schwerwiegende Autoaggressionen, 1,3 Prozent Aggressionen gegenüber Sachobjekten und 3,4 Prozent andere SHV zeigten (vgl. ebd.).

Borthwick-Duffy (1994 in: Dieckmann et al. 2007, S. 22) ermittelte in Kalifornien (USA) bei 2,1 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung (n=91.164) fremdverletzende, bei 2,2 Prozent schwerwiegend selbst-

verletzende und bei 7,1 Prozent destruktive Verhaltensweisen (SHV). Bei 9,3 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung konnten bei dieser Untersuchung weniger folgenreiches Verhalten (i.S.v. HV) beobachtet werden.

In Baden-Württemberg wurden laut einer Dokumentation des Landgesundheitsamts (1993 in: Dieckmann et al. 2007, S. 23) in Großeinrichtungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistiger Behinderung bei drei bis fünf Prozent eine zusätzliche schwerere Verhaltensstörung festgestellt.

Die meisten HV treten bei Männern wesentlich häufiger auf als bei Frauen, dies kann vor allem bei Störungen des Verhaltens oder der Persönlichkeit festgestellt werden. Depressionen und emotionale Störungen sind hingegen bei Frauen häufiger vertreten (vgl. Irblich 2003, S. 124). Besonders groß sind die Geschlechterunterschiede bei fremdverletzendem und destruktivem Verhalten, bei SHV und in institutionellen Settings (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 23).

Hinsichtlich des Alters kommt HV besonders bei älteren Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung gehäuft vor, sodass der Anteil der 15- bis 24-Jährigen mit HV überproportional vertreten ist. Nach dem jungen Erwachsenenalter sinkt der Anteil der Personen mit HV. Bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung lassen sich bis ins mittlere Erwachsenenalter durchgehend höhere Werte für Personen mit HV finden (vgl. ebd.). Einzelne HV treten in verschiedenen Altersstufen und bei verschiedenen Behinderungsarten unterschiedlich gehäuft auf, wie z.B. der hohe Anteil psychischer Störungen bei älteren Menschen mit Trisomie 21, da im Alter oftmals eine Demenzerkrankung einsetzt (vgl. Irblich 2003, S. 324).

Bei zunehmender Schwere der geistigen Behinderung erhöht sich die Auftretenswahrscheinlichkeit von HV, was mit der negativen Korrelation von HV und dem Niveau der Kommunikations- und Sozialkompetenzen erklärt werden kann. Außerdem ist HV bei bestimmten Syndromen (z.B. Autismus, Rett-Syndrom, Fragiles X-Syndrom) und psychischen Störungen häufiger feststellbar (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 23).

In krisenhaften Lebenssituationen häufen sich HV, dazu gehören Trennung oder der Verlust einer Bezugsperson, Konflikte mit nahestehenden Menschen, Übergänge (Ablösung und Eingewöhnung) und „traumatische Erlebnisse von Gewalt, Missbrauch und Misshandlung“ (ebd.).

Bereits im Kindesalter können Ansätze von SHV ausgemacht werden. Follow-Up-Studien belegen, dass SHV über mehrere Jahre fortbestehen kann, was besonders für autoaggressives Verhalten gilt. Therapeutische Maßnahmen sorgen für einen Rückgang des SHV, trotzdem bleibt es häufig in geringerem Ausmaß bestehen. Um die Nachhaltigkeit der therapeutischen Erfolge zu sichern, müssen das Individuum und dessen Bezugsperson langfristig begleitet werden (vgl. ebd.).

2.6 Die systemtheoretische Betrachtungsweise

In den nicht mehr zeitgemäßen „traditionellen Modellen“ vom Zusammenhang von geistiger Behinderung und HV (s. Abbildung 1) aus Pädagogik, Psychologie, Psychiatrie und Medizin wird ein Verständnis zugrunde gelegt, das die beiden Phänomene in einem linear-kausalen Zusammenhang erklärt. Nach diesem Ursache-Wirkung-Prinzip fokussiert man die geistige Behinderung als alleiniges Problem und lässt die Lebensgeschichte sowie das soziale Umfeld des Individuums vollkommen unberücksichtigt. Die Folgen einer solchen Betrachtungsweise können bedrohliche Züge für die betroffene Person und seine Umwelt annehmen (s.u.) (vgl. Hennische 1999, S. 87f.).

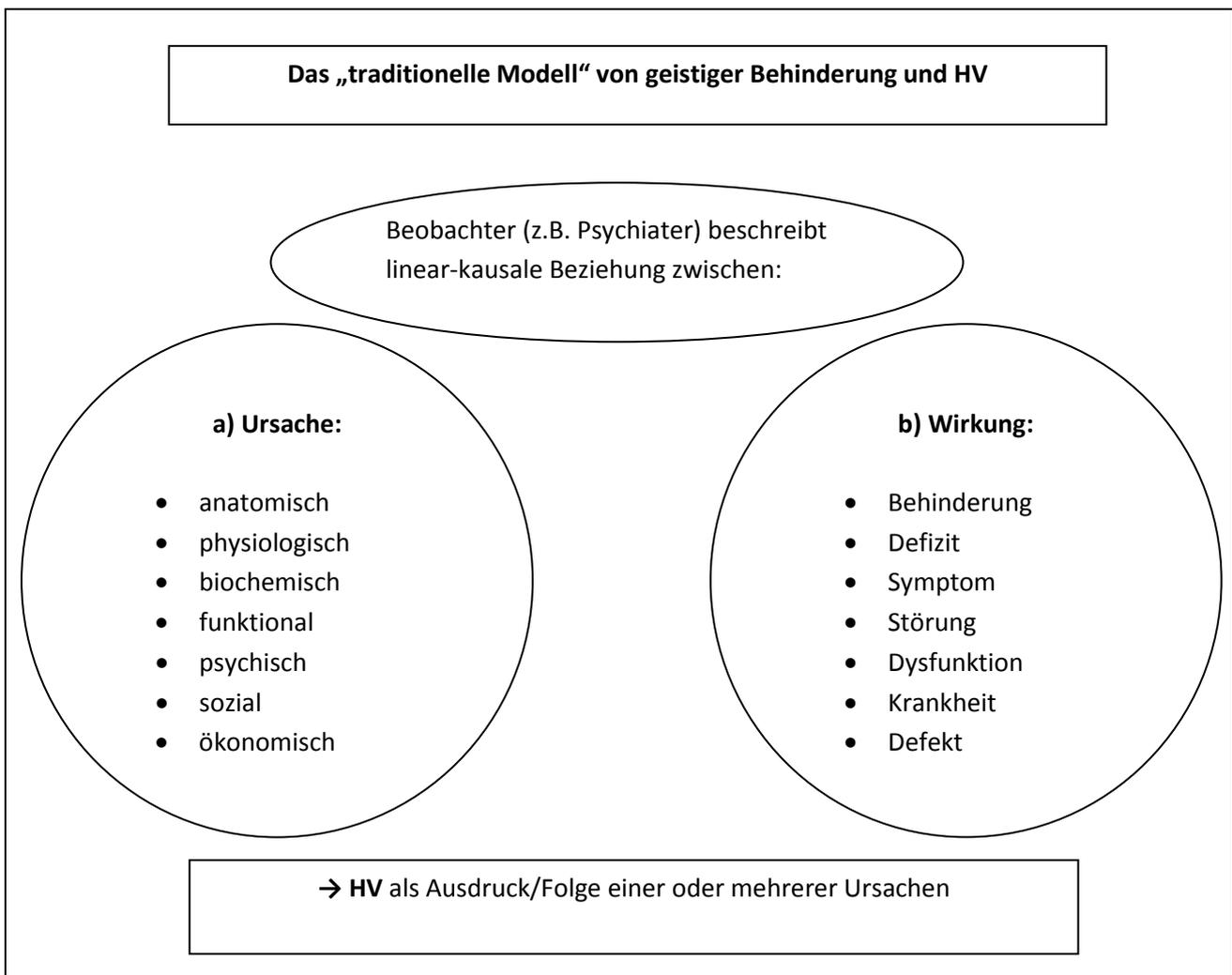


Abbildung 1: Traditionelles Modell von geistiger Behinderung und HV (nach Hennische 1999, S. 87)

Für die vorliegende Arbeit wird das sog. „systemische Modell“ (s. Abbildung 2) verwendet, das medizinische, psychiatrische, psychologische und pädagogische Perspektiven und Konzepte vereint. Mittlerweile nutzen diese Disziplinen das systemtheoretische Denkmuster eigenständig, um die Entstehung, Verfestigung und Auswirkungen von HV zu erörtern und ein Verständnis für die Lebenssituation der Individuen, ihrer Mitmenschen und Bezugspersonen zu entwickeln (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 17).

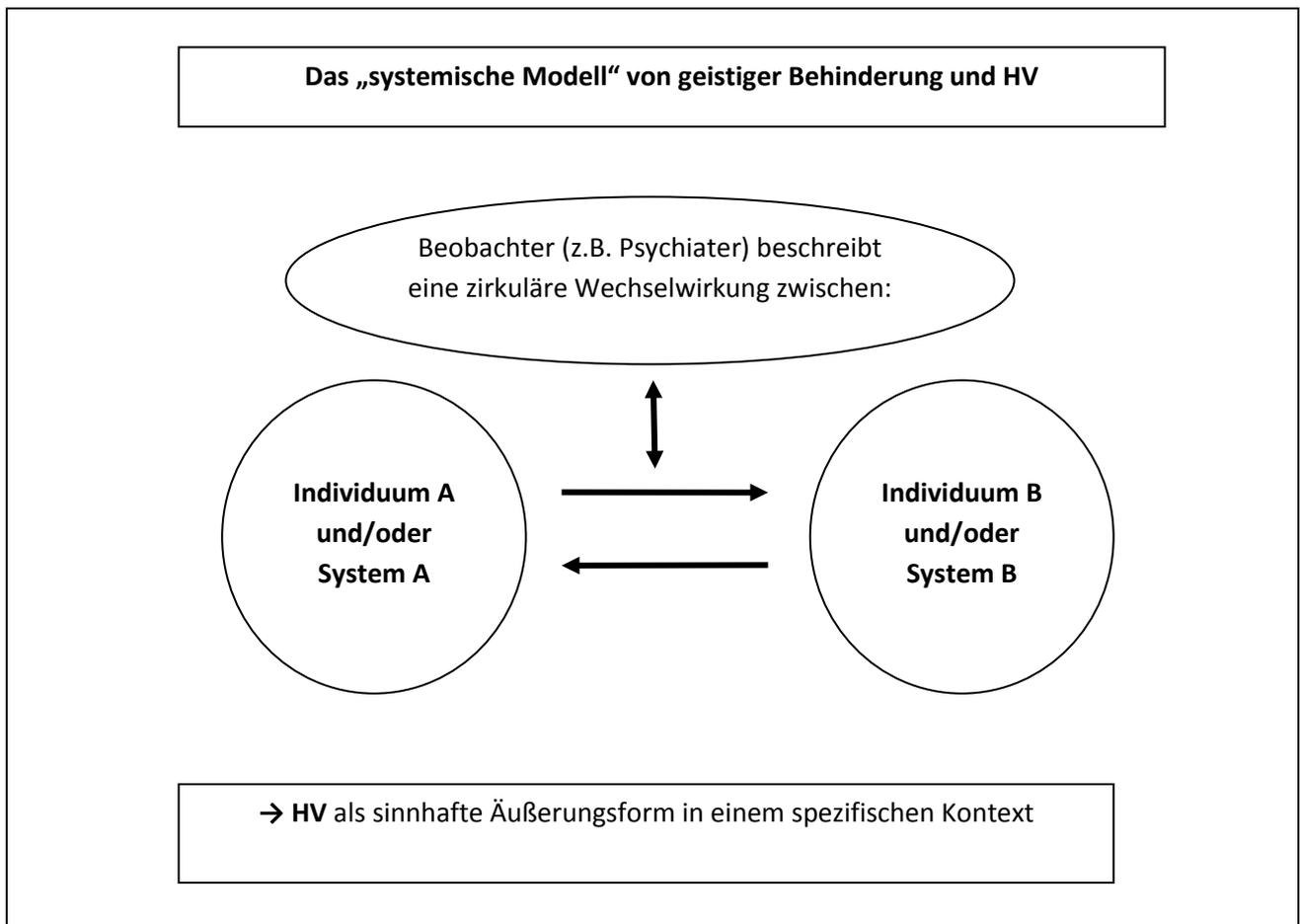


Abbildung 2: Systemisches Modell (nach Hennis 1999, S. 89)

Mit der Lebenswelt als Ausgangspunkt werden bei diesem Modell die Interaktions- und Deutungsweisen aller Personen in einem Setting in den Fokus der Analyse gestellt. Versteht man HV als soziales Phänomen, müssen die interpersonellen Wechselwirkungen in den Blick genommen werden, in denen eine Verhaltensweise herausfordernd erscheint (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 17). Dazu ein Beispiel:

In einer Wohngruppe versucht der Bewohner Alfred, durch Schreien seine Sehnsucht nach seiner verstorbenen Mutter zu bewältigen. Dieses Problemlöseverhalten wird dabei vom Mitarbeiter Bernhard als störend für das Zusammenleben bewertet. Seine pädagogische Antwort folgt dann möglicherweise in Form

eines Time-Outs für Alfred oder dessen Verlegung in den Snoezelen-Raum. Die Analyse der Interaktions- und Deutungsmuster der beteiligten Personen zeigt: Aus Sicht von Alfred ist sein Verhalten funktional, zielgerichtet und subjektiv sinnvoll, um die belastende Situation zu bewältigen. Ebenso ist die pädagogische Reaktion von Bernhard in seinen Augen zweckmäßig, impliziert aber, dass er das Verhalten als normabweichend und sozial unerwünscht bewertet (vgl. ebd.; Theunissen 2011, S. 60).

Hier wird deutlich, dass HV immer eine Geschichte haben: Jeder Interaktionspartner antwortet seinem Gegenüber mit neu etablierten Handlungen, Gefühlen und Wertungen und es entsteht ein interpersoneller Handlungskreislauf. Dieser entwickelt eine Eigendynamik, verfestigt sich und wirkt unbeeinflussbar. Es werden dabei belastende, bedrohliche oder verletzliche Effekte erzeugt, ohne dass ein gegenseitiges Verständnis oder konstruktive Problemlösungen möglich scheinen. Es zeigt sich, dass beide Seiten am Problem beteiligt sind und durch ihr Verhalten beim Gegenüber Gefühle, Bewertungen und Handlungen auslösen, die wiederum auf sie selbst zurückwirken. Jede Seite fordert von der anderen eine Verhaltensänderung und weil diese nicht erfolgt, nehmen das Ausmaß an HV auf der einen und die Sanktionen auf der anderen Seite immer mehr zu. Letztlich scheint kaum noch ein Ausstieg aus diesem Interaktionskreislauf im Sinne einer Problemlösung möglich zu sein (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 18; Theunissen 2011, S. 60f.).

Betrachtet man HV auf systemorientierte Weise, folgt, dass es keinesfalls zulässig ist, die problematische Verhaltensweise einseitig als Störung zu begreifen und an einer Person festzumachen. Vielmehr muss sie als subjektiv sinnvolle Handlung verstanden werden, mit der eine Person die wahrgenommenen, äußeren oder personeninternen Anforderungen zu bewältigen versucht. Diese Anforderungen entstehen durch eine Störung in der Wechselwirkung zwischen Individuum und seinem ökologischen Kontext. Durch die Bewertung des Verhaltens durch die Mitmenschen als normabweichend, störend und sozial unerwünscht wird die betreffende Person allzu häufig und vorschnell mit Definitionen oder Etikettierungen versehen (vgl. ebd.).

Bei der systemischen Betrachtungsweise wird ein Raumbegriff herangezogen, um die Wechselwirkungen und Funktionen von Interaktionen zu erfassen, während die Geschichte des HV noch ungeklärt bleibt. Zu diesem Zweck empfiehlt Theunissen (2011, S. 62) zunächst die Analyse der Lebensgeschichte des Individuums. So können Hintergründe erfasst werden, die das HV, individuelle Krisen und deren Bewältigungsformen, die Interessen und Wünsche sowie das aktuelle Verhalten einer Person möglicherweise verstehbarer machen (s.u.).

Zweitens sollte man bei einem verstehenden, systemischen Zugang zum gezeigten HV „biologisch-konstitutionelle und psychologisch-identitätsspezifische Aspekte“ (Theunissen 2011, S. 62) im Sinne eines „personalen Systems“ (ebd.) stärker beachten. Denn es wird angenommen, dass sich bei Menschen mit

geistiger Behinderung durch frühkindliche Hirnschädigungen, genetische Syndrome oder extreme Belastungserfahrungen eine erhöhte Vulnerabilität für HV, psychische Störungen oder Krisen entwickelt. Manche dieser Menschen zeigen deshalb auch bei üblichen Alltagsanforderungen Kurzschlussreaktionen oder panikartige Verhaltensweisen. Wie bereits oben aufgezeigt, hängt dabei die Entwicklung von festgefahretem HV von der Wahrnehmung, Bewertung und Bewältigung der Situation durch den betroffenen Menschen ab. Auch die Auswirkungen der Wechselwirkung zwischen Individuum und Umfeld spielen eine wichtige Rolle, da sich dabei u.U. Veränderungen im Zentralnervensystem bei der Person ergeben (vgl. ebd.).

Eine weitere Bereicherung beim Verständnis von HV stellt die sozioökologische Perspektive als Ergänzung zur systemischen Denkweise dar. Die damit in den Blick genommenen Lebenswelten, wie z.B. Familie, Wohngruppe, Arbeitsplatz, Schule oder kulturelle Orte beeinflussen einen Menschen in seiner Entwicklung, während er ebenso auf sie eine reziproke Wirkung hat⁹. In den Lebenswelten können konträre pädagogische Interventionen und Interaktionen, grundlegende Diskrepanzen und eine instabile, brüchige Struktur des Systems zu finden sein. Dadurch wird die individuelle Entwicklung beeinträchtigt und die Wahrscheinlichkeit für Probleme des Zusammenlebens, Konflikte und Krisen erhöht. Solche Konstellationen können als Grundlage für die Entwicklung von HV dienen, weshalb die Reflexion der verschiedenen Lebenswelten bei einer verstehenden Sichtweise auf das Problem äußerst wichtig ist (vgl. Theunissen 2011, S. 64).

Nach der sozioökologischen Perspektive stellen HV nicht nur für die betreffende Person oder beispielsweise seine Betreuer eine Herausforderung dar. Vielmehr vereinnahmt diese auch die weiteren Lebenssysteme der Person: Angehörige, Bezugspersonen und Mitglieder des engen sozialen Netzwerks sorgen sich um eine geliebte Person und haben Ängste; Wohngruppenmitarbeiter fühlen sich möglicherweise gedemütigt oder können den Umgang mit der Person nicht mehr aushalten; für die Institution und die Behindertenhilfe wird es zunehmend schwieriger, der Person einen geeigneten Wohnraum zur Verfügung zu stellen und auch die Gesellschaft scheint ratlos, wie mit diesen Personen umgegangen werden soll.

2.7 Die soziale Zuschreibung von herausforderndem Verhalten

Bei der Einschätzung von SHV kommen die Mitmenschen aus dem sozialen Umfeld der Person wohl am ehesten zu einer einheitlichen Einschätzung des Verhaltens, wenn es sich dabei um extreme Ausprägungen handelt. Schwieriger wird die Erzielung eines Konsens', wenn es um Verhaltensweisen geht, die sich im

⁹ vgl. dazu: Bronfenbrenner 1981

Grenzbereich zwischen „normalem“ bzw. „typischem“ und „abnormalem“ bzw. „auffälligem“ Verhalten befinden. Dazu einige Beispiele (vgl. Theunissen 2011, S. 50):

- Das stereotype Händewedeln oder Sich-im-Kreis-Drehen einer Person stellt bei einer Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung keine Abweichung von einer beliebig gesetzten Norm dar.
- Ein Schüler mit schwerer Mehrfachbehinderung brummt und schaukelt im Unterricht ununterbrochen, was von den Lehrkräften als sehr störend empfunden wird. Für die Eltern ist dieses Verhalten jedoch völlig normal, da sie sich daran gewöhnt und individuelle Lösungen gefunden haben (z.B. Hängematte, Schaukelsessel).
- Das Schreien eines Menschen mit geistiger Behinderung auf einer Wohngruppe interpretieren und tolerieren manche Mitarbeiter als Artikulation von Wünschen, Bedürfnissen oder Schmerzen. Für sie scheint es die einzige Möglichkeit des Bewohners zu sein, diese Bedürfnisse zu äußern. Andere (z.B. Eltern von Mitbewohnern) empfinden das Verhalten als Normabweichung und starke Störung für das harmonische Zusammenleben auf der Wohngruppe.
- Eine Gruppenleiterin einer Wohngruppe mit pädagogischer Ausbildung schätzt das Rückzugsverhalten einer Bewohnerin als ruhig, normal und sozial angepasst ein. Dasselbe Verhalten beurteilt eine Krankenschwester sehr bedenklich und als Symptom einer Depression.
- Gleichzeitig sind sich sowohl die Gruppenleiterin, als auch die Krankenschwester darüber einig, dass das selbstverletzende Verhalten (Kratzen, Beißen) derselben Bewohnerin sehr beunruhigend und problematisch ist.

Es wird deutlich, dass die Verhaltenseinschätzung und –Definition aus der Außenperspektive sehr stark von Normen und Werten, Wahrnehmung, Gewohnheiten, Erleben und Einschätzung des Beobachters abhängig sind. Dieser muss sich bewusst sein, dass er dabei stets wertgebunden, situationsabhängig und subjektiv handelt und es keine objektiven Kriterien bei der Einstufung von HV gibt (vgl. ebd).

SHV fallen zwar nicht in den o.g. Grenzbereich von auffälligem und nicht-auffälligem Verhalten und werden meist von den Beobachtern einstimmig als solches wahrgenommen und eingestuft. Diese soziale Zuschreibung stellt dennoch einen sehr wertenden und stigmatisierenden Vorgang dar, wodurch Autoritäts- und Machtverhältnisse aufgebaut werden. Die betroffene Person verliert dabei ihre Subjekthaftigkeit und wird als Objekt behandelt. Die Etikettierung eines Menschen kann des Weiteren bestimmte Maßnahmen und Handlungskonzepte legitimieren, die zu einseitig auf Änderung und Abmilderung des Problemverhaltens abzielen und die Umfeldfaktoren unberücksichtigt lassen. Dann besteht die Gefahr, dass sich das Problemverhalten festfährt und sich weiterentwickelt sowie verletzend und bedrohliche Effekte erzeugt (vgl. ebd.).

Bei der Bewertung von SHV gilt es deshalb, die Wechselwirkungen der betroffenen Person mit seiner Umwelt zu berücksichtigen und sich selbst bewusst zu sein, welche Vorstellungen von Normalität als Richtlinien gesetzt werden, da diese über die Zuschreibung von HV entscheiden.

2.8 Lebenssituation von Menschen mit HV

Herausforderndes Verhalten hat direkte, unmittelbare Konsequenzen für die Person und deren Lebenssituation. Dennoch beeinflussen die Antworten und Reaktionen der Bezugspersonen, der Mitarbeiter in Wohngruppen, der Dienste der Behindertenhilfe und der Kostenträger auf das Verhalten die Lebenslage der betreffenden Person meist wesentlich mehr (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 23). Im Gegensatz zu internationalen Entwicklungen (USA, Skandinavien) kommen in Deutschland die vielerorts geforderten Dezentralisierungs- und Ambulantisierungsprozesse erst seit wenigen Jahren ins Rollen. Abgesehen von den noch im Elternhaus lebenden Menschen mit geistiger Behinderung lebt der Großteil dieser Personen im SBW statt im ambulant betreuten Wohnen (ABW) (vgl. Theunissen 2013a, S. 412; Thesing 2009, S. 75).

Besonders in Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe (Verbund von Wohnen, Arbeiten/Tagesstruktur, Fachdiensten, Krankenhäusern, Freizeitangeboten an einem Ort, s. Kapitel 4.1) häufen sich Menschen mit geistiger Behinderung und SHV. Begründet wird dies zum einen durch die Re-Hospitalisierung bzw. Umhospitalisierung infolge der Psychatrieenquete und zum anderen durch die Anfragen von psychiatrischen Akutkrankenhäusern mehrheitlich an Komplexeinrichtungen. Nach deren Ansicht ist dort die notwendige Versorgung der Menschen mit SHV durch vorhandene interdisziplinäre Fachkompetenzen aus Pädagogik, Psychiatrie und Psychologie sowie durch verfügbare Kapazitäten eher bereitgestellt (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 25). Im Gegensatz dazu werden die bisherigen Dienste (Wohnheime etc.) und Bezugspersonen (Eltern, Angehörige) zur Versorgung und Betreuung der Menschen mit SHV als heillos überfordert betrachtet. Wohnortnahe Dienste verhalten sich außerdem hinsichtlich der Aufnahme dieser Personen eher ablehnend, da weder deren konzeptionelle Ausgestaltung noch ihre finanziellen Ressourcen und Mitarbeiterqualifikation den Ansprüchen einer adäquaten Betreuung des Personenkreises genügt. Ein für die Beratung und Qualifizierung der Mitarbeiter benötigter Fachdienst ist meist ebenso wenig vorhanden. Außerdem fühlen sich manche Träger von sozialraumorientierten, ambulant betreuten Wohneinrichtungen nicht für die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV in ihrem Einzugsgebiet verantwortlich (vgl. ebd.).

Grundsätzlich können bei Wohneinrichtungen gegenüber Menschen mit SHV eine „abschiebende („remover“), eine verwahrende („container“) und eine entwicklungsfördernde („developer“) Haltung“ (ebd.) unter-

schieden werden. Diese Aufnahmedynamik sorgte dafür, dass Groß- und Komplexeinrichtungen zu einer Art Sammelstelle für Menschen mit SHV geworden sind, wo sie dann in homogenen Spezialgruppen ohne realistische Reintegrationschancen versorgt werden (vgl. ebd.). Diese Lösungen führten u.a. dazu, dass sich die Lebenslage der betroffenen Personen in den 1980ern und 1990ern wie folgt darstellte (Emerson 2001; Allen/Felce 1999 in: ebd.):

- Sie nehmen kaum an sozial bedeutsamen Angeboten teil und werden oftmals bei institutionellen Aktionen von diesen ausgeklammert.
- Das Personal neigt dazu, Menschen mit SHV zu meiden oder ihnen gegenüber eine Haltung einzunehmen, die sich auf die negativen Aspekte des SHV konzentriert. Ihre Reaktionsweisen auf die Verhaltensauffälligkeiten bestehen aus restriktiven und autoritären Kommunikations- und Handlungsmustern.
- Es erfolgt keine Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner mit SHV.
- Sie nehmen nicht am Gemeinwesen teil.
- Medikamente werden in unangemessenem Verhältnis verabreicht, sodass beispielsweise Psychopharmaka ohne eindeutige Indikation und Beachtung der Nebenwirkungen verabreicht werden. Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FEM) werden auf überzogene Weise angewandt, sodass vereinzelt von Körpermisshandlung gesprochen werden muss.
- Therapeutische oder psychologische Hilfen werden sehr selten vorgenommen.

In der heutigen Zeit haben sich in institutioneller Hinsicht einige dieser Aspekte verändert: Durch das Bezugspersonensystem haben Mitarbeiter vermutlich mehr positive Wechselwirkungen und Erfahrungen mit Menschen mit SHV trotz des als schwierig geltenden Umgangs mit ihnen (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 25). Den betroffenen Personen wurde der Zugang zu Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) bzw. Förder- und Betreuungsbereichen (FuB) oder Tagesstätten und dadurch ein zweiter Lebensbereich ermöglicht. Außerdem erarbeiteten Fachdienste von Komplexeinrichtungen ein interdisziplinäres Kompetenzspektrum im Umgang mit dem Personenkreis, das für die Umgestaltung restriktiver Maßnahmen genutzt wird. Dennoch werden in vielen Groß- und Komplexeinrichtungen keine rehabilitativen bzw. reintegrativen Ziele angestrebt. Ebenso wird die individuelle Lebensführung der Personen kaum unterstützt (vgl. ebd.). Sie befinden sich „unter sozial isolierenden, konflikträchtigen und wenig normalisierten Bedingungen in homogenen Heimbereichen[...]. Geistig behinderte Menschen mit SHV leben also nach wie vor in einer Parallelgesellschaft“ (ebd.).

Bei dieser angesprochenen Entwicklung zu Parallelgesellschaften von Menschen mit SHV spielen auch finanzielle Aspekte eine Rolle, die konträr zu den heutigen Leitideen der Behindertenhilfe stehen. Zum Verständnis dieses Zusammenhangs bietet sich ein Exkurs zu dieser drohenden Entwicklung an.

Exkurs: Entwicklung von Parallelgesellschaften für Menschen mit hohem Hilfebedarf

Dalferth (2010) sieht die Gefahr, dass sich Groß- und Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe zu Parallelgesellschaften entwickeln, in denen ausschließlich Menschen mit hohem Hilfebedarf leben. Er bezieht sich dabei auf Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung. Obige Ausführungen lassen vermuten, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung und SHV davon betroffen sein könnten, da auch sie einen hohen Bedarf an Unterstützungsleistungen aufweisen. Im Folgenden soll deshalb Dalferths Argumentationsstrang nachgezeichnet werden.

Auch heute bestimmen die sog. Leitideen wie Inklusion, Ambulantisierung, Dezentralisierung, Enthospitalisierung, Sozialraumorientierung etc. pp. die Behindertenhilfe und die behindertenpolitische Diskussion. Demgegenüber steht die finanzielle Haushaltskrise und der damit verbundene Druck zur Kostensenkung, wie z.B. in der Behindertenhilfe, wo man durch verschiedene Maßnahmen die Ausgaben einzusparen versuchte (Pflegesatz-Deckelung, Nullrunden bei prospektiven Kostensätzen, Aufbau homogener Pflegegruppen, Senkung des Betreuungsschlüssels und der Fachkraftquote etc.). Kostenträger zeigen deshalb reges Interesse am Auf- und Ausbau des ABW im Gemeinwesen, da sie sich davon einen Rückgang der Ausgaben für kostenintensive, stationär betreute Wohnaufenthalte erhoffen (vgl. Dalferth 2010, S. 120). Dabei gilt es als utopisch, Menschen mit hohem Hilfebedarf ambulant und gemeinwesenorientiert zu versorgen, wenn die Bedingung der Kostensenkung von Seiten der Kostenträger aufgestellt wird. Allgemein wird von diesen derzeit tendenziell die Haltung eingenommen, die Finanzierung von Leistungen abzulehnen, die nicht in einem abgeschlossenen Rahmenvertrag nach § 79 SGB XII enthalten sind (vgl. ebd.). Somit sind die Chancen auf eine dezentrale, sozialraumorientierte Betreuung von Menschen mit hohem Hilfebedarf äußerst gering, was auf eine Ungleichbehandlung durch die Differenzierung zwischen Menschen mit niedrigem und hohem Hilfebedarf hinausläuft: Günstigere Lebensbedingungen im Sinne einer dezentralen und ambulanten Betreuung können nur für Menschen mit einem eher niedrigen Hilfebedarf entwickelt werden. Dies gilt nicht für Menschen mit hohem Hilfebedarf, sie müssen als „Restgruppe“ oder als „harter Kern“ (Maas 1987 zit. bei: Dalferth 2010, S. 122) in den Großeinrichtungen zurückgelassen werden. Wenn also die Ökonomie in der Behindertenhilfe als Handlungsmaxime bei der Planung und Organisation von Leistungen gilt und von

den o.g. Leitprinzipien entkoppelt wird, hat dies verheerende Folgen für all jene Menschen, die vermeintlich nicht ambulant betreut werden können (vgl. Dalferth 2010, S. 122).

Stationär betreute Einrichtungen drohen sich also nach und nach in ein Zentrum für Menschen mit hohem und höchstem Hilfebedarf zu entwickeln. Dabei ist weder von Seiten der Mitarbeiter noch der Eltern dieses Personenkreises zu erwarten, dass sie den Dezentralisierungsprozess und den Ausbau des ABW fördern (vgl. ebd., S. 123). Die Mitarbeiter fürchten den Aufbau von Parallelgesellschaften, in denen nur noch homogene Sondergruppen mit Menschen mit hohem Hilfebedarf leben und geben sich deshalb mit dem derzeitigen Stand zufrieden. Von den Eltern wird die Gefahr gesehen, dass die Versorgung ihrer Kinder mit Behinderung im ABW langfristig nicht aufrechterhalten werden könne ohne Unterstützung ihrerseits. Damit würde die Betreuung ihrer Kinder wieder in die private Verantwortung rückverlagert, weshalb sich die Eltern eher für das SBW und damit für die sichergestellte Versorgung entscheiden. Durch die jahrzehntelange Entwöhnung der Gesellschaft von Menschen mit geistiger Behinderung wurde schließlich dafür gesorgt, dass ein nachbarschaftliches Zusammenleben mit diesem Personenkreis von der Öffentlichkeit eher kritisch und misstrauisch betrachtet wird (vgl. ebd., S. 122f.).

Zusammenfassend können folgende Entwicklungen derzeit ausgemacht werden (vgl. ebd., S. 123f.):

1. Durch die ökonomisch legitimierte Eingruppierung von Menschen mit Behinderung in Hilfsbedarfsgruppen (HBG) nach dem HMB-W-Verfahren nach Metzler¹⁰ wurden bereits ganze Heime und Gruppen ausschließlich für Menschen mit hohem Hilfebedarf eingerichtet.
2. Menschen mit hohem Hilfebedarf sind von einem hohen Betreuungsschlüssel, einer hohen Fachkraftquote und umfangreichen Unterstützungs-, Pflege- und Therapieleistungen abhängig. Zusätzlich ist für das gemeinwesenorientierte Wohnen ein individualisierter Hilfeplan mit interdisziplinärer, ambulanter Unterstützung erforderlich. All diese Leistungen und Maßnahmen sind nach gängigen Meinungen im ABW unter keinen Umständen kostengünstiger als im SBW, weshalb Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf in letzterem verweilen müssen.
3. Durch den Ausbau von „Schwerbehindertengruppen“ (ebd., S. 124) verschlechtert sich in den Einrichtungen die Lebensqualität für die Bewohner drastisch, da sie einer deutlich erhöhten Belastung durch die eingeschränkten Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten ausgesetzt sind. Zwangs- und Freiheitsentziehende Maßnahmen werden tendenziell eher eingesetzt. Dabei herrscht eine anregungsarme und passive Atmosphäre, da die Gruppenmitglieder untereinander nicht agieren und sich beispielsweise gegenseitig unterstützen können. All diese Faktoren führen mitunter

¹⁰ HMBW-Verfahren nach Metzler: Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen

zur Kumulation von Verhaltensauffälligkeiten. Für die Mitarbeiterschaft wird der Arbeitsalltag beherrscht von den notwendigen Pflegeleistungen und häufige Kriseninterventionen stellen eine zusätzliche Belastung dar. Diese Faktoren sorgen für eine erhöhte Anfälligkeit für Burn-Out, was für vielfache Personalwechsel und eine weitere Abnahme der Lebensqualität der Bewohner sorgt.

4. Die erforderliche Betreuung und Versorgung der Menschen mit hohem Hilfebedarf kann durch deren Zusammenlegung in stationär betreuten Sondergruppen mit dem momentanen Personalschlüssel häufig nicht sichergestellt werden.

Betroffene Personen, deren Eltern, Mitarbeiter und Fachleute stehen nun in dem Dilemma, dass man Deinstitutionalisierungsprozesse weiterhin vorantreiben möchte, aber dadurch nicht zu einem Verbleib der Menschen mit hohem Hilfebedarf in den Groß- und Komplexeinrichtungen als Parallelwelten beitragen will (vgl. ebd.). Dabei sind die finanziellen Maßstäbe der Kostenträger nicht nachvollziehbar: Im nationalen und internationalen Raum stehen zahlreiche Beispiele und Erfahrungen zur Verfügung, die das gemeinwesenorientierte Wohnen in kleinen Einheiten auch für Menschen mit hohem Hilfebedarf umsetzen konnten. Dabei wurden die notwendigen Betreuungs- und Unterstützungsleistungen zu einem mit der institutionellen Versorgung vergleichbaren Tagessatz realisiert¹¹ (vgl. ebd., S. 125). Dadurch wurde bewiesen, dass die vom Kostenträger unterstellte Diskrepanz zwischen den Leitideen der Behindertenhilfe und den ökonomischen Ressourcen hinfällig ist. Die Diskrepanz scheint sich vielmehr zwischen den aktuellen Paradigmen und „einem tief verwurzelten Gesellschaftsverständnis der Bürger zu handeln, die sich nur schwer vorstellen können, mit schwerbehinderten Menschen in der Nachbarschaft zu leben“ (ebd.).

Dennoch muss festgehalten werden, dass es im angloamerikanischen Raum bei der Umsetzung von gemeinwesenorientiertem Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung mitunter zu katastrophalen Zuständen hinsichtlich der Lebensqualität der Personen im ABW kam (vgl. Dalferth 1997). Diese Entwicklungen stellen jedoch lediglich eine Warnung dar, dass Kostensenkungen nicht handlungsleitend bei der Umsetzung von Unterstützungsleistungen sein dürfen. Besonders bei Menschen mit hohem Hilfebedarf gilt es, sich an den Leitprämissen der Behindertenhilfe zu orientieren, um die Lebensqualität der Personen sicherzustellen. Die Leitideen sollten von daher in bindende Rahmenbedingungen und Standards für die Realisierung von zeitgemäßem, gemeinwesenorientiertem Wohnen gefasst werden (vgl. Dalferth 2010, S. 125). Diese angesprochenen Standards werden an dieser Stelle mit Verweis auf die o.g. Quelle nicht genannt, da

¹¹ Dalferth (2010, S. 125) nennt als Beispiele: Dalferth 1998; 2000, 90; Beck 2004, 10; Seifert 2003, 10; Janßen et al. 2003; Grunewald 2004

vergleichbare Rahmenbedingungen hinsichtlich des Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung in der vorliegenden Arbeit noch aufgeführt werden (s. Kapitel 3.1).

2.9 Zum Begriff Geistige Behinderung

2.9.1 Definition und Schweregrade

Grundlegend muss betont werden, dass eine geistige Behinderung keine Krankheit ist, obwohl dies durch die ICD-10 nahegelegt wird. Bei dem Punkt, was eine geistige Behinderung stattdessen ist, gehen in allen relevanten Fachdiskussionen die Meinungen bereits auseinander. Beispielsweise definiert das DSM-IV geistige Behinderung als Entwicklungsverzögerung (Kategorien 317-319), während nach der ICD-10 eine geistige Behinderung eine Intelligenzstörung (F70-F79) darstellt. Laut ICD-10 sind dann geistige Behinderung als Intelligenzstörung auf der einen und eine Entwicklungsstörung (F80-F89: z.B. Störungen der Sprache, Motorik oder schulischen Fähigkeiten) auf der anderen Seite unterschiedliche Diagnosen. Und gleichzeitig betont Georg Feuser (1996, S. 1): „Geistigbehinderte gibt es nicht!“.

Schon jetzt zeigt sich, dass eine einheitliche und allgemein anerkannte Definition von geistiger Behinderung nicht existiert. Dennoch sind für die vorliegende Arbeit bestimmte Begriffsklärungen notwendig, um das eigene Verständnis des Phänomens geistige Behinderung darzustellen und Fehldeutungen möglichst auszuschließen.

Eine vorhandene geistige Behinderung gilt als Voraussetzung für die Aufnahme in eine TWG. Die in dieser Einrichtung erhaltenen Dienste entsprechen Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53ff. SGB XII. Die Bewohner sind leistungsberechtigt, da „ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (§ 1 Abs. 1 SGB IX). Diese Definition ist hinsichtlich des Erhalts der TWG-Leistungen das Hauptkriterium (vgl. Kapitel 7.2).

Bei der Untersuchung der Klientel einer TWG trifft man oftmals auf Mitarbeiter-Einschätzungen zum individuellen Schweregrad der vorhandenen geistigen Behinderung (vgl. Dieckmann/Giovis 2006, S. 70; ebd., S. 23f.). Diese Beurteilungen folgen dabei meist der Klassifikationsstruktur der ICD-10 bzw. DSM-IV, obgleich sie im Gegensatz zu diesen Systemen vermutlich nicht durch Intelligenztests festgestellt wurden, sondern mittels eigener Berufserfahrung. Die verschiedenen Schweregrade sollen gemeinsam mit den jeweiligen Definitionen der Klassifikationsschemata dennoch zum Verständnis der Einschätzungen wiedergegeben werden.

Die ICD-10 (DIMDI 2013) definiert geistige Behinderung als Intelligenzminderung und deshalb als „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten“ (DIMDI 2013, Kapitel V, F70-F79).

Nach DSM-IV (vgl. Saß et al. 2003, S. 73) zeichnet sich eine geistige Behinderung als sog. Entwicklungsstörung hauptsächlich durch einen unterdurchschnittlichen IQ als intellektuelle Leistungsfähigkeit aus (Kriterium A). Als Kriterium B gelten zusätzlich mindestens zwei eingeschränkte Bereiche der Anpassungsfähigkeit (Kommunikation, eigenständige Versorgung, häusliches Leben, soziale/zwischenmenschliche Fertigkeiten, Nutzung öffentlicher Einrichtungen, Selbstbestimmtheit, funktionale Schulleistungen, Arbeit, Freizeit, Gesundheit und Sicherheit). Außerdem muss die Störung bereits vor der Vollendung des 18. Lebensjahrs eingetreten sein (Kriterium C).

Folgende Tabelle zeigt die verschiedenen Schweregrade der geistigen Behinderung mit ihren jeweiligen Merkmalen nach ICD-10 (vgl. DIMDI 2013) bzw. DSM-IV (vgl. Saß et al. 2003, S. 75f.):

	ICD-10	DSM-IV
Leichte geistige Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> - Kategorie F70 - IQ-Bereich zwischen 50 und 69 - Intelligenzalter bei Erwachsenen zwischen 9 und 12 Jahren - schulische Lernschwierigkeiten - Kompetenzen im Erwachsenenalter: arbeiten, Unterhaltung sozialer Beziehungen, gesellschaftliche Beiträge leisten 	<ul style="list-style-type: none"> - Kategorie 317 - IQ-Bereich zwischen 50-55 und 70 - vorschulische Entwicklung sozialer und kommunikativer Kompetenzen - minimale, sensomotorische Beeinträchtigung - Kompetenzen im Erwachsenenalter: soziale und berufliche Fähigkeiten zur möglichen Selbstversorgung - ggf. Unterstützung unter belastenden Bedingungen möglich - erfolgreiche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (ggf. mit Unterstützung)
Mittelgradige geistige Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> - Kategorie F71 - IQ-Bereich zwischen 35 und 49 - Intelligenzalter bei Erwachsenen zwischen 6 und 9 Jahren - deutlich verzögerte Entwicklung seit Kind- 	<ul style="list-style-type: none"> - Kategorie 318.0 - IQ-Bereich zwischen 35-40 und 50-55 - Erwerb von Kommunikationskompetenzen in früher Kindheit - Selbstversorgung mit geringer Unterstüt-

	<p>heit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzen im Erwachsenenalter: mäßig ausgeprägte Unabhängigkeit, Kommunikationsfertigkeiten, Ausbildung, erforderliche Unterstützung im Alltag und bei der Arbeit in unterschiedlichen Dimensionen 	<p>zung möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzen im Erwachsenenalter durch Förderung: soziale und berufliche Fähigkeiten, Unabhängigkeit in vertrauter Umgebung
<p>Schwere geistige Behinderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kategorie F72 - IQ-Bereich zwischen 20 und 34 - erforderliche, kontinuierliche Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> - Kategorie 318.1 - IQ-Bereich zwischen 20-25 und 35-40 - mangelhafte bis fehlende Entwicklung von Kommunikationskompetenzen in früher Kindheit - möglicher Erwerb von Sprach- oder Selbstversorgungsfähigkeiten im Schulalter - geringer Profit von Schulunterricht, möglicher Erwerb einiger essentieller Wörter - Kompetenzen im Erwachsenenalter: Durchführung einfacher Arbeiten unter Aufsicht, soziale Anpassung
<p>Schwerste geistige Behinderung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kategorie F73 - IQ-Bereich unter 20 - Intelligenzalter bei Erwachsenen unter 3 Jahren - schwerwiegende Beeinträchtigung von Selbstversorgung, Kontinenz, Kommunikation, Mobilität 	<ul style="list-style-type: none"> - Kategorie 318.2 - IQ-Bereich unter 20-25 - häufige Diagnose einer neurologischen Krankheit - schwerwiegende sensomotorische Beeinträchtigung in früher Kindheit - mögliche weitere Entwicklungsschritte nur durch Unterstützung, Aufsicht und strukturierte Umgebung sowie Beziehung zu individueller Bezugsperson - Fördermöglichkeiten im Bereich der Motorik, Selbständigkeit und Kommunikation - einfache Arbeiten im beschützten und beaufsichtigten Umfeld vereinzelt möglich

Tabelle 1: Schweregrade von geistiger Behinderung und deren Merkmale nach ICD-10 und DSM-IV

2.9.2 Zum Verständnis von geistiger Behinderung

Die Merkmale der ICD-10 bzw. DSM-IV mögen aufschlussreich hinsichtlich der Mitarbeiter-Einschätzungen des Schweregrads einer geistigen Behinderung sein. Sie offenbaren dennoch eine sehr defizitorientierte Sichtweise auf Menschen mit geistiger Behinderung, ohne die Rolle des sozialen Umfelds und der Gesellschaft in den Blick zu nehmen. Dadurch werden die Ursachen der Behinderung ausschließlich im Individuum verortet. Diese Ansicht stimmt nicht mit der systemischen Sichtweise in einer TWG überein, die dort als Rahmentheorie zu Diagnostik, Assessment, Therapie und Verständnis von HV gilt (vgl. Kapitel 2.6). Da auch der Autor der vorliegenden Arbeit im Hinblick auf das Verständnis von geistiger Behinderung ein systemisches Denkmuster verfolgt, soll das bio-psycho-soziale Modell der ICF knapp vorgestellt werden.

Das wesentliche Merkmal der ICF-Klassifikation ist für die vorliegende Arbeit, dass Behinderung keine individualisierte Eigenschaft einer Person ist. Behinderung bedeutet eine Beeinträchtigung der individuellen Funktionsfähigkeit, die aus vier Komponenten besteht. Folgende Bereiche können dabei beeinträchtigt werden (vgl. DIMDI 2005, S. 17ff.):

- Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung
 - 1) Körperfunktionen und Körperstrukturen: Unter Körperfunktionen werden alle physiologischen und psychologischen Funktionen des menschlichen Körpersystems verstanden (z.B. Sehfunktion oder mentale Funktionen). Die Körperstrukturen beinhalten alle anatomischen Bestandteile des menschlichen Körpers (z.B. Organe). Eine Schädigung ist als Beeinträchtigung der körperlichen Funktionen bzw. Strukturen im Sinne einer Abweichung (Anomalie, Defekt oder Verlust) vom gesunden Zustand zu verstehen.
 - 2) Aktivität und Partizipation: Alle Aktionen und Handlungen sind Aktivitäten des Menschen. Bei einer beeinträchtigten Aktivität fällt es dem Menschen schwer, eine Handlung auszuführen, seine Handlungsmöglichkeiten sind eingeschränkt. Die Einbezogenheit in eine Lebenssituation wird als Partizipation oder Teilhabe begriffen. Beeinträchtigungen der Teilhabe liegen vor, wenn ein Mensch Schwierigkeiten damit hat, in eine Lebenssituation einbezogen zu sein.

- Teil 2: Kontextfaktoren

Kontextfaktoren bilden den umfassenden Lebenshintergrund des Menschen und liegen außerhalb (Umweltfaktoren) oder innerhalb (personbezogene Faktoren) des Individuums.

- 3) Umweltfaktoren: Die menschliche Lebensführung und -Gestaltung findet innerhalb dieser Umweltfaktoren statt. Sie beziehen sich sowohl auf die gegenständliche (materielle) und soziale

Umwelt, als auch auf die gesellschaftlichen und kulturellen Einstellungen. Unter Umweltfaktoren werden alle Einflüsse der Systeme auf das menschlichen Leben gefasst (Mikro-, Meso-, Exo-, Makrosystem, vgl. Bronfenbrenner 1981). Diese Faktoren können positiv oder negativ in Form von Barrieren, Einschränkungen oder Hindernissen wirken.

- 4) Personbezogene Faktoren: Hiermit sind die individuellen Voraussetzungen des Menschen gemeint, die kein Teil des Gesundheitsproblems darstellen. Darunter fallen z.B. Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Lebensweise, Bildung, Beruf, Verhaltensweisen und Bewältigungsstrategien. All diese Merkmale stehen ebenfalls in Wechselwirkung mit den anderen Komponenten.

Im Sinne der ICF wird Behinderung in der vorliegenden Arbeit als Resultat der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem und den individuellen Faktoren auf der Seite der Person und den Faktoren, Gegebenheiten und Bedingungen auf der Seite der äußeren Umwelt verstanden. Folgendes Schaubild illustriert die dynamischen Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem und Kontextfaktoren:

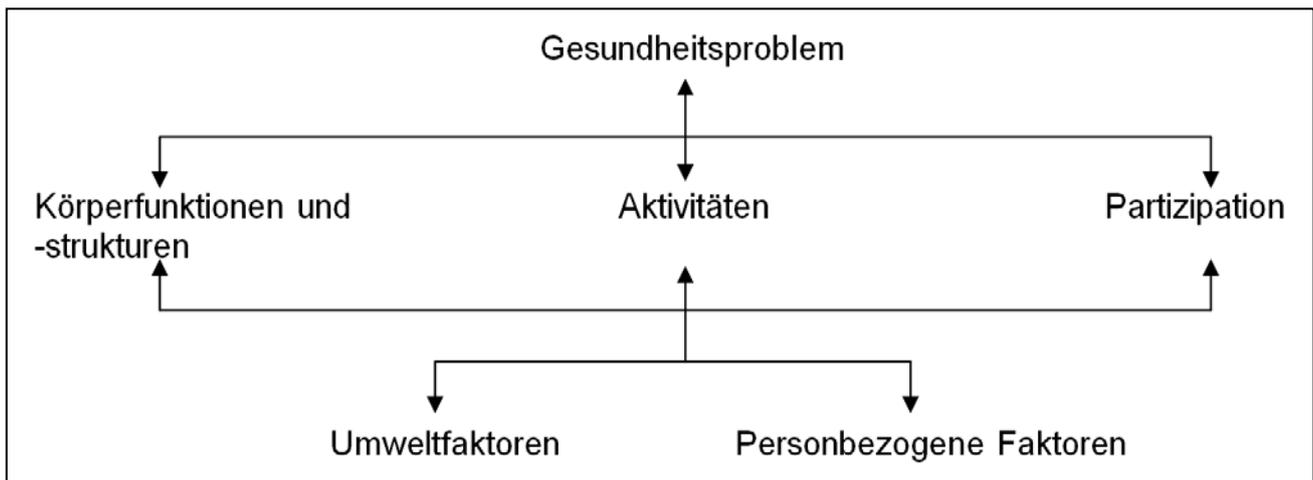


Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (nach DIMDI 2005, S. 23)

Aus diesem Verständnis folgt, dass Behinderung nicht als alleinige Ursache für die beeinträchtigte Leistungsfähigkeit eines Menschen gesehen werden darf. Ebenso müssen beispielsweise gesellschaftliche Erwartungen, Normen und Werte mitberücksichtigt werden. Diese können Hindernisse und Barrieren aufbauen, welche das Individuum wesentlich in seinen Handlungs- und Teilhabemöglichkeiten einschränkt.

Im Zusammenhang mit der ICF spricht man von einem bio-psycho-sozialen Modell, da Aspekte medizinischer, psychischer und sozialer Konstrukte von Behinderung vereint werden (vgl. DIMDI 2005, S. 5). Nach dem medizinischen Modell wird Behinderung als individuelles Problem und als unmittelbare Folge einer Krankheit betrachtet. Demnach bedürfen Menschen mit Behinderung der medizinischen Versorgung, die

auf die Heilung der Krankheit abzielt. Im Sinne des sozialen Modells hingegen wird Behinderung durch die gesellschaftlichen Bedingungen verursacht, die dem Individuum die umfassende Integration in die Gemeinschaft verwehren. Es ist daher eine Frage des sozialen Umgangs mit Behinderung, um die betroffenen Personen in die Gesellschaft miteinzubeziehen und ihnen die Entfaltung ihrer Funktionsfähigkeit zu ermöglichen. Auch psychische Faktoren müssen in einem wechselseitigen, sich gegenseitig bedingenden Zusammenhang mit medizinischen und sozialen Aspekten gesehen werden.

3. Fachliche Unterstützung

Zunächst scheint die Frage des Wohnorts von Menschen mit geistiger Behinderung und HV hinsichtlich der Verbesserung ihrer Lebensqualität zweitrangig zu sein. An erster Stelle steht die benötigte fachlich-spezifische Unterstützung zur Entlastung der betroffenen Menschen und ihrer Bezugspersonen. Damit können die Interaktions- und Handlungsmuster sowie die vorhandenen Ressourcen aller Beteiligten neu strukturiert werden. Dies ist die Voraussetzung, um eine wirksame Unterstützung der Menschen mit HV und deren Umfeld zu planen und umzusetzen. Erst dann rückt die Frage der Teilhabe und der Rehabilitation der Individuen in den Mittelpunkt und damit auch, in welcher Wohnform diese Ziele am ehesten realisiert werden (vgl. Dieckmann/Giovis 2006, S. 5).

3.1 Leitideen für die Hilfestaltung

Beim Aufbau von Unterstützungssystemen für Menschen mit SHV müssen ebenso die allgemeinen, sog. Paradigmen der Behindertenhilfe berücksichtigt werden. Aufgrund der Lebenslage dieser Menschen gilt es darüber hinaus, bestimmte Leitideen besonders akzentuieren, welche nun erläutert werden (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 31):

- Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben durch Inklusion

Seit dem Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 gilt „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (§ 1 SGB IX) als erklärtes Ziel aller Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung. Diesen Personen sollen dieselben Bürgerrechte zugestanden werden wie anderen Menschen auch. Alle Menschen sollen das Recht haben, ihr Leben individuell zu gestalten sowie gemeindeintegriert und heimatnah wohnen, leben und arbeiten zu können. In diesem Sozialraum müssen die Menschen die Möglichkeit haben, Hilfe und Unterstützung durch ihre primären Netzwerke sowie barrierefreien Zugang zu allen Diensten, Angeboten und Aktivitäten des Gemeinwesens zu erhalten. Diese allgemeinen Dienste und generell alle Bürger müssen sich gleichzeitig auf die Heterogenität ihrer Mitmenschen einstellen und lernen, mit dieser Verschiedenartigkeit im Zusammenleben umzugehen und zurechtzukommen (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 31).

Teilhabe verwirklicht sich in sozialen Beziehungen und in allen Lebensbereichen des Menschen, die es ihm ermöglichen, verschiedene Rollen einzunehmen und dadurch ganz unterschiedliche Erfahrungswerte zu erreichen (vgl. ebd.). Angelehnt an die ICF-Klassifikation (vgl. DIMDI 2005, S. 42ff.) kann Teilhabe hinsicht-

lich der Hilfestaltung mit Menschen mit SHV in folgende Bereiche differenziert werden (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 31):

- Wohnen/häusliches Leben
- Arbeit/Beschäftigung
- Selbstversorgung
- Freizeitgestaltung (Selbstbeschäftigung bzw. Angebote)
- Bildung/Lernen
- Mobilität
- Kommunikation
- Wichtige soziale Netzwerke und Beziehungen (Interaktion)
- Leben im Gemeinwesen
- Umgang mit SHV

Bei der Hilfestaltung gilt als Maßstab, inwiefern die Unterstützungsmaßnahmen zur Ermöglichung einer individuellen Lebensführung beitragen. Die Qualität des erzielten Ergebnisses wird an subjektiven und objektiven Kriterien der Lebensqualität überprüft und dient als Steuerungsgröße von sozialen Diensten (vgl. ebd.).

- Subjektzentrierte Hilfeplanung und Selbstbestimmung

In der subjektzentrierten Hilfeplanung werden Wohn- und Unterstützungsangebote erarbeitet, die sich primär an den individuellen Interessen, Wünschen, Bedürfnissen und Fähigkeiten orientieren müssen. An dieser Planung nehmen die betreffende Person, Vertreter ihrer primären sozialen Netzwerke, Leistungserbringer und Leistungsträger teil. Generell verbieten sich dabei standardisierte Lösungen, die i.S.v. „*one size fits all*“ vermeintlich auf jede Person mit geistiger Behinderung passen (vgl. ebd., S. 31).

Manche Menschen mit SHV haben dabei Schwierigkeiten, ihre Mitspracherechte bzw. ihre Regiekompetenz im Prozess der Hilfeplanung auszuüben. Um dennoch ihre Selbst- und Mitbestimmungsrechte zu verwirklichen, brauchen diese Personen vertraute Mitmenschen, die ihre individuellen Bedürfnisse, Wünsche und (Lebens-) Träume kennen und in dem Prozess verantwortungsvoll vertreten. Nur so können die Unterstützungsangebote subjektzentriert koordiniert und die individuelle Lebensperspektive in den Fokus der Hilfeplanung gerückt werden (vgl. ebd.).

- Personenzentrierung

Das Paradigma der Personenzentrierung scheint auf den ersten Blick eng mit dem der Subjektzentrierung zusammenzuhängen. An dieser Stelle wird Personenzentrierung aber als Gegenpol zur institutionszentrierten Steuerung und Gestaltung von Hilfen verstanden (vgl. Schulte-Kemna 2013, S. 3). Einrichtungszentrierung meint, dass Institutionen stets festgelegte Leistungen haben, zu denen die Menschen mit Behinderung je nach ihren individuellen Bedürfnissen zugewiesen werden. Wie folgende Gegenüberstellung zeigt, geht das Paradigma der Personenzentrierung bei der Hilfestaltung von der anderen Seite aus:

Personenzentrierte Hilfestaltung	Institutionszentrierte Hilfestaltung
<i>Ausgangspunkt Individuum:</i> individuelle Lebensziele, Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten des Umfelds	<i>Ausgangspunkt Institution:</i> festgelegte Platzzahlen und Leistungen, homogene Finanzierung
Berücksichtigung vorhandener Beeinträchtigungen und Störungen	Zuweisung von Menschen mit Behinderung zu Institution: möglichst enge Passung zwischen Bedürfnissen und institutionellen Ressourcen
„integrierte Hilfeplanung“: Vereinbarung der erforderlichen, professionellen und nicht-professionellen Hilfen mit allen Beteiligten	Homogenität der institutionellen Maßnahmen: Wechsel der Institution bei verändertem Hilfebedarf
passgenaue Komplexleistung: Sicherstellung und Koordination der Hilfen	Rehabilitation = Durchlaufen von Institution („Reha-Kette“)

Tabelle 2: Personenzentrierung vs. Institutionszentrierung (vgl. Schulte-Kemna 2013, S. 3)

Letztendlich dient das Prinzip der Personenzentrierung, wie im Grunde alle Leitideen, der Verbesserung der individuellen Lebensqualität und der Ermöglichung von Teilhabe. Durch die Abkehr von institutionalisierten Kontexten sollen die Voraussetzungen für eine selbstbestimmte, individualisierte Lebensführung hergestellt werden (vgl. Lebenshilfe-Landesverband Bayern 2012, S. 7).

- Positive Verhaltensunterstützung bei SHV

Wenn sich das gesamte Lebensumfeld des Menschen auf „sein SHV“ als Problem konzentriert, trägt man zur „Aufrechterhaltung und Verschärfung des Problemverhaltens“ (Dieckmann et al. 2007, S. 32) bei. Dabei geht oftmals das eigentliche Ziel der Unterstützung verloren, nämlich die Vergrößerung von Teilhabe in den individuellen Beziehungen und Lebensbereichen für mehr Lebensqualität. Es ist wenig sinnvoll, SHV durch sanktionierende oder restriktive Maßnahmen „auszulöschen“. Vielmehr sollte das Ziel sein, Verhaltenswei-

sen aufzubauen, die dem Individuum aufgrund ihrer höheren Attraktivität als Alternative zu den SHV dienen. Diese neuen Verhaltensweisen müssen der Person demnach interessanter und lohnender erscheinen sowie einen höheren Motivationswert beinhalten. Wichtig ist die Schaffung von Umgebungsbedingungen, die dem Individuum die Möglichkeit geben, Tätigkeiten auszuüben, die von persönlichem Interesse sowie von Teilhabe, Kommunikation und Interaktion bestimmt sind. Unter diesen Bedingungen können frühere Lebensbereiche und –Möglichkeiten wiedergefunden werden, was die Menschen mit SHV dazu verleitet, ihre individuellen Stärken auszuprägen, Funktionsfähigkeit wiederzuerlangen und ihre problematischen Verhaltensweisen aufzugeben (vgl. ebd.).

Im englischsprachigen Raum hat sich für diese Methodik der Begriff „*Positive Behaviour Support*“ durchgesetzt. Theunissen (2008) hat hierzu das deutschsprachige Pendant der „Positiven Verhaltensunterstützung“ entwickelt.

- Empowerment

Menschen mit SHV haben aufgrund deprivierender Lebensumstände oftmals den Glauben in ihre eigenen Stärken, in ihre Selbstwirksamkeit und/oder in ihre Funktionsfähigkeit verloren. Aufgrund dessen zielen Unterstützungsmaßnahmen darauf ab, dass die Individuen ihre eigenen Stärken, Fähigkeiten und Selbstbefähigungs- bzw. Selbstverfügungskräfte wiedergewinnen. Diese Selbstermächtigung („*Empowerment*“) spielt z.B. eine wesentliche Rolle, wenn es darum geht, TWG-Bewohner in Regelwohnformen zu reintegrieren, da sie aufgrund der geringeren Betreuungsdichte hier häufiger auf sich allein gestellt sind. In der Vorbereitung auf die Wiedereingliederung in ein Regelangebot der Eingliederungshilfe ist deshalb das Training von Selbstständigkeit und der Nutzung eigener Ressourcen und Kompetenzen außerordentlich wichtig (vgl. Theunissen 2013b, S. 104).

- Unbedingte Achtung vor dem Wert des anderen Menschen

Dieser Anspruch muss jedem Menschen zuteil werden (vgl. Art. 1 GG) und gilt deshalb ebenso im Umgang mit Menschen mit SHV. Unbeeinflusst von jeglicher Einschätzung von sozialem oder finanziellem Nutzen wird jeder Mensch als Subjekt und als Person wahrgenommen und respektiert. Aufgrund mancher Verhaltensproblematik, beispielsweise fremd- oder selbstverletzenden Verhaltensweisen, besteht die Gefahr, diese ethische Maxime zu vernachlässigen, weshalb sie an dieser Stelle zur Sprache gebracht wird (vgl. Theunissen 2011, S. 68).

- Kommunikative Beziehungsgestaltung

Auch wenn das Bedürfnis nach sozialen Beziehungen und Kommunikation oftmals verborgen bleibt und mitunter von SHV überschattet wird, brauchen Menschen mit SHV ebenso vertraute und verlässliche Mitmenschen. Eine solche Vertrauensbasis gilt es deshalb in der Arbeit mit Menschen mit SHV herzustellen und zu bewahren, da sich kommunikative Beziehungsverhältnisse positiv auf die Lernentwicklung und die psychische Verfassung auswirken (vgl. ebd.).

- Ganzheitlichkeit

Begreift man den Menschen als „Einheit von ‚Körper, Seele und Geist‘ “ (ebd., S. 69), muss sich diese ganzheitliche Betrachtungsweise auch in der Arbeit mit Menschen mit SHV widerspiegeln. Dies gelingt in der alltäglichen Arbeit ebenso wie bei der Konzeptentwicklung durch die Berücksichtigung und Verbindung von emotionalen, physischen, psychischen, kognitiven und sozialen Elementen sowie der individuellen Lebensbereiche. Beispielsweise nützt in der Praxis ein auf die SHV ausgerichtetes Verhaltenstraining wenig, wenn es von der betroffenen Person physisch (z.B. Verkrampfung) oder psychisch (z.B. Ängste) abgewehrt wird (vgl. ebd.).

- Entwicklungsgemäßheit

Grundsätzlich muss jedem Menschen, unabhängig von Behinderung oder SHV, die „prinzipielle Lern- und Entwicklungsfähigkeit“ (ebd., S. 70) zugesprochen werden. Deshalb sollte sich die pädagogische wie therapeutische Arbeit stets am derzeitigen Entwicklungs- und Handlungsstand des Menschen orientieren und sich im Bereich der „Zone der nächsten Entwicklung“ (Wygotski) abspielen. Denn über- oder unterfordern- de Situationen ebnet in manchen Fällen erst den Weg für SHV (vgl. ebd.).

- Vertrauen in die Ressourcen

Bei allen pädagogischen und therapeutischen Angeboten und Programmen muss darauf geachtet werden, Menschen mit SHV als Zielgruppe dieser Maßnahmen nicht zu überschütten oder zu überfordern. Auch ihr Recht auf Selbstdarstellung, Eigenleben und Lebenserfülltheit gilt es zu respektieren und ihnen Freiraum für zweckfreie und selbstbestimmte Lebensmomente zu lassen. Man stellt dadurch eine angenehme, emotional tragfähige und vertrauensvolle Atmosphäre her, die allen Beteiligten die Möglichkeit zu individuellem Wohlbefinden gibt. Dazu gehört neben der Achtung und Wertschätzung des Gegenübers auch, ihn in seinem „So-Sein“ zu respektieren und ihm Vertrauen in seine individuellen Ressourcen zu vermitteln (vgl. ebd., S. 74).

- Lebensweltorientierung

Alle aufgeführten Leitideen und Unterstützungsmaßnahmen kommen erst durch ihre Integration in die subjektiv bedeutsamen lebensweltlichen Systeme zur Geltung. Die Zusammenarbeit primärer (Familie, Arbeit/Beschäftigung, Wohngruppe etc.) Lebenssysteme ist dringend erforderlich, will das Konzept nicht zum Scheitern verurteilt sein (vgl. ebd.).

3.2 Dienste für Menschen mit SHV

In heutiger Zeit steht ein umfangreiches Wissen zur Verfügung, wie SHV bei Menschen in verschiedenen Altersstufen und mit unterschiedlichen Diagnosen entstehen, sich ausbreiten und verfestigen. Diese Ergebnisse stammen aus den Disziplinen Neurobiologie, Psychologie, Psychiatrie und Pädagogik. Man verfügt über Handlungsmodelle für das Assessment als verstehende Diagnostik, für die Prävention, Krisenintervention, Therapie und Beratung bei SHV, die sich in der Praxis erfolgreich gezeigt haben und teilweise empirisch geprüft wurden (vgl. Dieckmann/Haas 2007, S. 9).

Auf der anderen Seite stellt man fest, dass dieses Wissensspektrum das Leben von Menschen mit SHV und ihre Bezugspersonen oftmals gar nicht erreicht. Für diese Menschen bestehen nur sehr eingeschränkte Zugangsmöglichkeiten zu Diensten, die über das benötigte Fachwissen verfügen und eine gezielte Unterstützung auf interdisziplinärer Basis anbieten können. Die Kooperation mit diesen Diensten scheitert an deren fehlender Einbindung in regionale Hilfesysteme und in individuelle Hilfeplanungsverfahren. Von psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelangeboten (Krankenhäuser, Ärzten, Therapeuten) können diese Aufgaben nicht alleinig übernommen werden, da sie auf den Personenkreis konzeptionell nicht eingestellt sind (vgl. ebd.).

Europaweit entstanden in den letzten 20 Jahren vor allem zwei Arten von Diensten, die sich auf Menschen mit geistiger Behinderung und SHV als Zielgruppe spezialisiert haben (vgl. ebd.):

- Spezifische Dienste beraten betroffene Menschen und ihr soziales Umfeld und leiten ggf. weiterführende Maßnahmen ein. Ein Beispiel hierfür wären die unabhängig arbeitenden Konsulententeams, die in den Niederlanden entstanden und vereinzelt mittlerweile auch in Deutschland zur Verfügung stehen¹².

¹² Die Unterstützung von Konsulententeams wird meist von den Bezugspersonen bei Bedarf erbeten. Es sind ambulant und interdisziplinär arbeitende Teams, die in ihrer Zusammensetzung flexibel auf die jeweilige Problemlage als externe Berater reagieren können. Die Fachexperten erheben vor Ort die Vorgeschichte, Ausgangslage und Zukunftspers-

- TWGs nehmen auf stationär betreuter Ebene mit einer zeitlichen Befristung Menschen mit geistiger Behinderung und SHV auf. Diese Betreuung sorgt zuallererst für die Entlastung der beteiligten Personen, dadurch werden erst die Voraussetzungen für das Assessment als verstehende Diagnostik geschaffen. Auf dieser Grundlage werden therapeutische Interventionen zur Rehabilitation der betroffenen Personen geplant und umgesetzt. TWGs wurden beispielsweise in Großbritannien¹³ oder in einem Modellversuch in Baden-Württemberg (s. Kapitel 5) untersucht.

Bei diesen Diensten kommen spezifische Unterstützungsmaßnahmen zum Tragen, um förderlich auf die äußerst komplexe Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV einzuwirken. Dabei ist ein multidisziplinärer Zugang zu dieser Problemlage erforderlich, der nun ausgeführt wird.

3.3 Fachspezifische Zugänge

Die Komplexität der Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV erfordert ein ebenso komplexes, wie interdisziplinäres Unterstützungssystem für die betroffenen Personen. Hinsichtlich Diagnostik und Interventionen werden deshalb vor allem psychiatrische und psychologische Fachpersonen beteiligt. Diesbzgl. entwickelten beide Professionen eine jeweils eigene Sichtweise auf SHV und haben bei der Unterstützung der Menschen verschiedene Aufgabenbereiche (vgl. Dieckmann et al. 2007, S. 27).

3.3.1 Zugang der Psychiatrie

Schwerwiegend Herausfordernde Verhaltensweisen wurden vor einiger Zeit von Psychiatern noch als Begleiterscheinung der geistigen Behinderung und damit als wesensbedingt angesehen. Die Möglichkeit einer diagnostizierten psychischen Störung ließ man damit völlig außer Acht. Da Behinderung als unheilbare

spektiven des Menschen mit SHV. Sie empfehlen praktische Handlungsmethoden für die Betreuung, beobachten deren Effektivität mit den Betreuern und evaluieren die Ergebnisse des veränderten Umgangs. Dabei werden die Beziehungen zwischen betroffener Person und sozialem Umfeld verändert, um die Probleme in der Interaktion mit dem sich herausfordernd verhaltenden Menschen und seinem Umfeld zu lösen (Ziel der Konsulentenarbeit). Die längerfristig angelegte Alltagsbegleitung in einer Einrichtung bietet auch den Mitarbeitern wertvolle Lernprozesse, die die Erweiterung der eigenen Handlungskompetenz bietet und effektive Präventionsmaßnahmen bei zukünftigen Problemlagen ermöglicht (vgl. dazu Seifert 2007, S. 41).

¹³ vgl. dazu: Allen/Felce.: Service responses to challenging behaviour. In: Bouras, N. (Hrsg.): Psychiatric and behavioural disorders on developmental disabilities and mental retardation. Cambridge (University Press) 1999: S. 279 - 294

Krankheit betrachtet wurde, kam es bis in die 1970er Jahre von psychiatrischer Seite nicht zur Entwicklung diagnostischer oder therapeutischer Ansätze. Dann erfolgte im medizinisch-psychiatrisch Bereich ein Umdenken, sodass man psychische Störungen als eigenständige Krankheitsbilder neben einer geistigen Behinderung anerkannte und dafür die Bezeichnung der „dualen Diagnose“ („*dual diagnosis*“) wählte (vgl. Irblich 2003, S. 316).

Heutzutage lässt sich in der Psychiatrie ein deutlicher Fortschritt bei der Sicht auf Ursachen und Erklärungsansätze von SHV feststellen. So werden mithilfe der systemischen Sichtweise die Verhaltensweisen als Resultat einer gestörten Wechselwirkung zwischen Individuum und Umfeld gedeutet und nicht ausschließlich in der betroffenen Person verortet. Bei der psychiatrischen Untersuchung müssen deshalb drei Komponenten berücksichtigt werden (vgl. Došen 2010, S. 79):

1. das Individuum mit seinen biologischen und psychischen Voraussetzungen sowie seinen Problemen auf medizinischer, funktioneller oder psychiatrischer Ebene
2. die physischen, personalen, sozialen, pädagogischen und kulturellen Umweltbedingungen, systemische Faktoren und deren Auswirkung auf das Individuum
3. das individuelle Verhalten als sichtbares Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Person und Umfeld

Dieser Zugang ist demnach bio-psycho-sozialer Art und nimmt eine Vielzahl von kausalen Zusammenhängen in den Blick (z.B. Entwicklungsverzögerung, körperliche bzw. gesundheitliche Erkrankungen, genetische Dispositionen, ungünstige Umweltbedingungen etc.) (vgl. Theunissen 2011, S. 57).

Ein Problem stellt sich bei der psychiatrischen Befragung der betroffenen Personen, wenn sich diese nur begrenzt sprachlich mitteilen können oder sie Schwierigkeiten haben, die erfragten Symptome und deren Merkmale (zeitliche Zusammenhänge, Häufigkeit, subjektives Empfinden etc.) zu verstehen (vgl. Sarimski 2008, S. 10). Dann fallen verlässliche, psychiatrische Befunde zu den Diagnosekriterien von ICD-10 oder DSM-IV schwer und es droht die Gefahr, dass psychische Störungen bei geistiger Behinderung im Sinne des „*diagnostic overshadowing*“ (Reiss) unbemerkt bleiben. Eine wenig sinnvolle Lösung bei mangelnden psychiatrischen Erkenntnissen ist die Zuordnung der SHV in die verallgemeinerten, uneindeutigen „Ausweichkategorien“ des ICD-10, welche keine spezifischen Anhaltspunkte zu Behandlung und Therapie geben (z.B. F7x.1: Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung erfordert; F7x.8 Intelligenzminderung mit sonstiger Verhaltensstörung) (vgl. DIMDI 2012; Dieckmann et al. 2007, S. 29).

3.3.2 Zugang der Psychologie

Auch in der Psychologie blieben SHV bei Menschen mit geistiger Behinderung lange Zeit unberücksichtigt. In den 1970er Jahren wurde die Ansicht vertreten, dass SHV eine erlernte Verhaltensweise und mithilfe derselben Lerngesetze wie jedes andere Verhalten erklärbar sei. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass selbstverletzende Verhaltensweisen erfolgreich durch verhaltenstherapeutische Methoden behandelt werden konnten (vgl. Irblich 2003, S. 317). Lediglich aufgrund seiner sozialen Unerwünschtheit wurde SHV als Verhaltensstörung betrachtet, während man intrapsychische oder nicht-beobachtbare Faktoren bei der Problemanalyse außer Acht ließ. Die Erfahrungen aus psychotherapeutischen Methoden führten dann zu einem weitergehenden Verständnis für den Zusammenhang zwischen geistiger Behinderung einerseits und der Lebensgeschichte, des Erlebens und Verhaltens der betroffenen Person andererseits. Dadurch wurde der Blick für den bedeutsamen Umstand geschärft, dass SHV bei Menschen mit geistiger Behinderung auf eine individuelle, intrapsychische Problematik hinweisen können, die durch psychotherapeutische Maßnahmen versteh- und behandelbar wird (vgl. ebd.).

Aus psychologischer Sicht geht man deshalb von folgendem Erklärungszusammenhang aus (vgl. Sarimski 2005, S. 118): Die Entwicklung von SHV vollzieht sich in einem komplexen Wechselspiel von eingeschränkten, biologischen Funktionsmöglichkeiten und den intrapsychischen Konflikten durch die negativen sozialen Erfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung. Aufgrund ihrer kognitiven und kommunikativen Handicaps haben die betroffenen Personen oftmals Schwierigkeiten, soziale Situationen zu verstehen, adaptive Handlungsmuster aufzubauen oder soziale Konflikte adäquat zu lösen. Weiterhin sind ihre Entwicklung von sozial-kognitiven Kompetenzen und der Aufbau sozialer Beziehungen beeinträchtigt. Soziale Situationen wirken auf Menschen mit geistiger Behinderung deshalb häufig als Stressoren, auf die sie mit Angst, Abwehr oder Dysfunktionalität reagieren (vgl. ebd.).

Ebenso geht die Psychologie davon aus, dass die individuelle Lebensgeschichte und die momentanen Lebensbedingungen eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung von HV spielen (vgl. Kapitel 3.4). Die Eltern-Kind-Beziehung in den frühen Lebensjahren ist oftmals durch die elterliche Auseinandersetzung mit der Behinderung ihres Kindes unsicher und belastet. Aufgrund ihrer eigenen Erziehungsunsicherheit können die Eltern ihr Kind nicht zu emotionaler Selbstregulation anleiten, es entwickeln sich ungünstige Interaktionsmuster und HV verfestigen sich (vgl. ebd.).

Menschen mit geistiger Behinderung haben nur eingeschränkten Zugang zu Ressourcen, die den Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls oder emotionaler Zufriedenheit ermöglichen (z.B. allgemeine Anerkennung durch individuelle Leistungen, Selbstbestätigung durch Freundeskreis, zufriedenstellender Arbeitsplatz). Sie machen Erfahrungen von Macht- und Hilflosigkeit, sozialer Ausgrenzung und Ablehnung und entwickeln nur sehr eingeschränkt Selbstvertrauen. Somit steht auch aus psychologischer Sicht nicht die

Diagnostik einer psychischen Störung an erster Stelle, sondern die Analyse des individuellen Verhältnisses zur Umwelt mit den dazugehörigen protektiven und Risikofaktoren (vgl. ebd., S. 119).

3.4 Interdisziplinäre Diagnostik

Diagnostik und Assessment sind im Rahmen der fachlichen Unterstützung für Menschen mit SHV von zentraler Bedeutung. Sehr häufig kommen diese Personen aus Hilfesystemen, die aufgrund fehlender Ressourcen ihren Bedürfnissen nicht gerecht werden können. Hierzu gehören auch unzulängliche Diagnosen bzgl. der SHV, die eine bedürfnisgerechte Unterstützung in der Hilfeplanung verhindern.

Um dem Anspruch einer individuellen, wirkungsvollen Hilfeplanung gerecht zu werden, eignet sich das Konzept der verstehenden Diagnostik nach Jantzen (1996), das von Theunissen (2005) weiter ausgearbeitet wurde. Dieser Ansatz ist kompatibel mit der aufgezeigten systemischen Sichtweise (Kapitel 2.6), da bei diesem diagnostischen Vorgehen wechselseitige Interdependenzen zwischen Individuum und dessen Lebenssituationen und Lebenswelten analysiert werden. Auf umfassende Weise werden dabei die Lebensgeschichte und aktuelle Lebensereignisse der betroffenen Personen wahrgenommen und rekonstruiert, um einen verstehenden Zugang zur Bedeutung und dem subjektiven Sinn des SHV herzustellen. Zu diesem Zweck werden Hypothesen zu den Wechselwirkungen zwischen Individuum und Lebenswelt formuliert und auf ihren Geltungsbereich hin überprüft. Erst dieses verstehende Vorgehen ermöglicht die Erkenntnis, dass sämtliche Verhaltens- und Erlebensweisen stets im Zusammenhang mit der umfassenden, individuellen Entwicklung stehen (vgl. Theunissen 2005, S. 64; Dieckmann et al. 2007, S. 26).

Die interdisziplinäre Diagnostik verfolgt einen lösungsorientierten Ansatz: Die Wünsche, Bedürfnisse und Interessen des Menschen mit SHV sowie die Erwartungen, Stärken und verfügbaren Ressourcen aller beteiligten Personen stehen im Fokus der Zukunftsplanung. Damit wird versucht, eine harmonische Beziehung des gestörten Mensch-Umwelt-Verhältnisses wiederherzustellen. Die verstehende Diagnostik kann als Bestandteil eines multidimensionalen und multiprofessionellen Assessments bei der individuellen Hilfeplanung begriffen werden. Dazu wird das Assessment als pädagogisch-therapeutische Maßnahme auf drei Schwerpunkte verteilt, die miteinander verflochten werden müssen, um tragfähige Interventionen herauszuarbeiten (vgl. Theunissen 2005, S. 64):

1. Aufbereitung der Lebensgeschichte
2. Funktionale Verhaltensanalyse
3. Erfassung von Stärken

Diese Vorgehensweise hat den entscheidenden Vorteil, dass sie nicht einseitig auf die Beseitigung des SHV abzielt, da solche Ansätze lediglich an den Symptomen und nicht an den Ursachen ansetzen und von daher nur kurzfristige Wirkung entfalten können. Die drei Schwerpunkte des multidimensionalen Assessments sollen nun zusammengefasst und verbunden mit notwendigen Ergänzungen aufgeführt werden (vgl. ebd.).

3.4.1 Aufbereitung der Lebensgeschichte

Ohne die Kenntnis der lebensgeschichtlichen Hintergründe, Interessen und Bedürfnisse eines Menschen mit SHV im Zuge einer „Rehistorisierung“ (Jantzen 1996, S. 9) kann kein Verständnis für seine Verhaltensweisen entwickelt werden. Diese werden dann nicht als individuelle und subjektiv sinnvolle Bewältigungsstrategien wahrgenommen und damit meist fehlgedeutet. Denn kritische Erfahrungen aus früher Kindheit und Jugend spiegeln sich nicht selten auf verschlüsselte Weise im derzeitigen Verhalten wieder. Die Kenntnis der Lebensgeschichte eignet sich zudem dazu, die Effektivität von bisherigen Methoden abwägen zu können (z.B. TEACCH¹⁴, Positive Verhaltensunterstützung, aber auch fremdbestimmende, unterdrückende Maßnahmen). Des Weiteren lassen sich durch die biographische Arbeit verschüttete, zurückgebildete Fähigkeiten, Kompetenzen und Potenziale, bedeutsame Erfolgsgeschichten, positive Erinnerungen und Interessen in der Lebensgeschichte einer Person auffinden (vgl. Theunissen 2005, S. 126).

Die Analyse der Lebensgeschichte ist somit keinesfalls mit der Überprüfung einer „Krankenakte“ gleichzusetzen, da nicht nur Daten zur Anamnese (z.B. erlittene Krankheiten), sondern auch soziale und psychologische Faktoren aufgespürt werden. Diese werden in einen Zusammenhang gebracht mit der subjektiven Wahrnehmung und Bewältigung der Ereignisse auf der einen und den sozialen Ressourcen, Settings und Reaktionen auf der anderen Seite (vgl. ebd., S. 65).

Bei der verstehenden Aufbereitung der Lebensgeschichte befindet man sich auf einer Gratwanderung zwischen dem „methodische[n] Kunstgriff des Nachempfindens und Nacherlebens“ (ebd., S. 66) und dem erforderlichen fachlichen Abstand. Zu starke Empathie sorgt bei der Deutung und Sinngebung von lebensgeschichtlichen Ereignissen durch die entstandene Nähe zur eigenen Person genauso wie übermäßige Distanz für Missdeutungen und Verzerrungen. Deshalb sollte die Lebensgeschichte mit einer „reflexiven Haltung“ (Jantzen 1996, S. 27) und im Diskurs analysiert werden, um Sachverhalte aus vielfältiger Perspektive zu betrachten und dadurch verschiedene Interpretationsweisen zuzulassen (vgl. ebd.). Theunissen (2005., S. 67f.) gibt eine umfassende Liste von Aspekten, die bei der Aufbereitung der Lebensgeschichte berücksich-

¹⁴ vgl. dazu: Häußler 2012

tigt werden sollten. Dieser idealtypische Index dient als erste Orientierung, um eine Richtung und Akzentuierung der relevanten Informationen zu finden (vgl. ebd.).

Um die Umfeldbedingungen einschätzen zu können, kann Bronfenbrenners (1981) ökologisches Modell herangezogen werden. Durch diesen Ansatz wird der (mittelbare) Einfluss von äußeren, übergeordneten Systemen auf das (unmittelbare) Lebensumfeld und das Individuum in seiner Entwicklung, seinem Verhalten und Erleben beschrieben. Somit können entwicklungsförderliche und –hemmende Faktoren bzgl. folgender Systeme ausgemacht werden (vgl. Theunissen 2005, S. 68; Irlich 2003, S. 340):

- Mikrosystem: primäres Lebensumfeld des Individuums, z.B. Verhältnisse in Familie, Wohngruppe, Arbeitsplatz
- Mesosystem: Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Mikrosystemen (z.B. Wohngruppe und Arbeitsplatz), erweiterte soziale Netzwerke (z.B. Nachbarn)
- Exosystem: keine Zugehörigkeit des Individuums, deshalb nur mittelbarer Einfluss durch die dem Exosystem angehörenden Bezugspersonen (z.B. Situation im System Mitarbeiterteam oder Eltern)
- Makrosystem: Übergeordnete Systeme wie Heimordnung, Leitidee des Leistungserbringers, Sozialgesetzgebung (SGB)

3.4.2 Funktionales Assessment

Mithilfe eines funktionalen Assessments können Vermutungen zum individuellen Sinn und Zweck von gezeigten SHV aufgestellt werden. Dabei werden folgende, beispielhafte Aspekte aufgegriffen (vgl. Theunissen 2005, S. 69):

- In welcher Situation und durch welche Reize wurde das SHV ausgelöst? Was geschah davor?
- Welche Personen sind auf welche Weise daran beteiligt?
- Welche Aspekte des individuellen Organismus' stehen in Zusammenhang mit der Reaktion auf die auslösende Situation?
- Welche äußeren (konkretes Verhalten), kognitiven (verhaltensbegleitendes Denken), emotionalen (verhaltensbegleitende Gefühle) und physischen (Begleiterscheinungen, z.B. Schwitzen) Reaktionen können ausgemacht werden?

- Erfolgt die Konsequenz auf ein SHV nach einem regelhaften, zeitlichen Muster? Könnte also die Konsequenz (z.B. Aufmerksamkeit) auf das SHV (z.B. Fremdaggression) als dessen Ziel gedeutet werden?
- Haben die Konsequenzen positive oder negative Folgen für die sich herausfordernd verhaltende Person?

Hinter dem funktionalen Assessment steht die bereits aufgezeigte Einsicht, dass SHV immer im Zusammenhang mit sozialen Variablen stehen, die möglichst genau erkannt werden müssen. Neben der Verhaltensbeobachtung können essentielle Informationen auch in Gesprächen mit den betroffenen Personen, ihren Eltern oder anderen beteiligten Personen gesammelt werden (vgl. ebd.).

Von besonderer Wichtigkeit ist die Erörterung von Hintergrundinformationen zu Ereignissen und Situationen, durch die auslösende Faktoren für das SHV festgestellt werden können. Ein Beispiel illustriert die Relevanz von hintergründigen Informationen (vgl. ebd., S. 72):

- Christian konnte aufgrund einer medikamentösen Umstellung nachts zuvor nur sehr schlecht schlafen (Ereignis).
- Da man in seiner WfbM-Gruppe mit einem Auftrag im Rückstand ist, ermahnt der Gruppenleiter mehrere Male mit zunehmender Vehemenz zu zügigerem Arbeiten (auslösende Situation).
- Christian antwortet auf diese Aufrufe sehr gereizt und launisch. Schließlich versucht er, schneller zu arbeiten, geht aber zu hastig und zu unkonzentriert vor, weshalb er viele Fehler macht (Problemverhalten A).
- Der Gruppenleiter ermahnt Christian (Reaktion A des Umfelds).
- Christian reagiert auf die Ermahnung mit Schimpfen und Schreien (Problemverhalten B) und weigert sich, weiterzuarbeiten.
- Der Gruppenleiter weist Christian eindringlich und laut zurecht (Reaktion B des Umfelds).
- Die Situation eskaliert und Christian wirft mit Werkzeugen um sich und trifft dabei auch eine Arbeitskollegin (Problemverhalten C).
- Christian wird aus der Gruppe geworfen und sein Lohn für den betreffenden Tag wird gekürzt (Konsequenz).

Anstelle der Ermahnung des Gruppenleiters (Reaktion A) wäre es bei einer anderen Reaktion auf das Problemverhalten A möglicherweise gar nicht erst zur Eskalation gekommen. Der Gruppenleiter hätte Christian bei einer Frage nach seinem Befinden eine Auszeit zur Erholung anbieten können. Falls in dem aufgezeigten

Beispiel vergleichbare Konflikte bei Christian aufgrund von Schlafmangel häufiger auftreten, muss die Intervention an diesem Sachverhalt ansetzen. Dann könnte man ihm die Möglichkeit geben, selbständig auf seine Müdigkeit hinzuweisen und sich dadurch eine abgesprochene Pause zu nehmen (vgl. Theunissen 2005, S. 72).

3.4.3 Stärken-Assessment

Häufig kommt es vor, dass sich trotz intensiven Beobachtungen im Rahmen des funktionalen Assessments keine Umfeldfaktoren erkennen lassen, welche die subjektive Bedeutung von SHV erklären. In diesen Situationen bietet es sich an, das SHV positiv umzudeuten (vgl. ebd.). Statt der Konzentration auf die störenden Verhaltensweisen sollen dabei die Stärken der sich herausfordernd verhaltenden Person in den Blick genommen. Beim Stärken-Assessment werden individuelle Ressourcen und Kompetenzen aus aktuellen Situationen oder der Lebensgeschichte ausgemacht, die dann zum Aufbau alternativer Verhaltensweisen genutzt werden (vgl. Positive Verhaltensunterstützung). Diese Verhaltensweisen müssen sich dem Individuum als funktional äquivalent zum SHV darstellen und dadurch mehr Attraktivität für ihn ausstrahlen. Das Zerstören von Dingen könnte beispielsweise als Aufmerksamkeitsbedürfnis gedeutet werden, andererseits aber auch beweisen, dass eine Person über sehr viel Kraft verfügt. Diese könnte nun im Sinne der Stärken-Perspektive für Tätigkeiten genutzt werden, die der Person auf sozial verträgliche Weise Aufmerksamkeit zuteilwerden lässt. Ein Beispiel hierfür wäre das regelmäßige Transportieren von schweren Objekten (Sprudelkisten, Essenswägen, etc.). Die individuellen Stärken können sowohl in der Lebensgeschichte in Form von Fortschritten und Erfolgen, aber auch in Gesprächen mit den Bezugspersonen und Verhaltensbeobachtungen gefunden werden (vgl. ebd., S. 72ff.).

Das Stärken-Assessment im unmittelbaren und erweiterten Lebensumfeld dient dazu, Ressourcen in diesen lebensweltlichen Systemen als „*Enabling Niches*“ (ebd., S. 75) zu erkennen, die dem Menschen mit SHV Unterstützung in seiner Entwicklung bieten können (vgl. ebd.).

3.4.4 Zusammenfassung der Bausteine eines multidimensionalen Assessments

Die Darstellung des multidimensionalen Assessments zeigt eindrucksvoll, dass es sich dabei um ein sehr mannigfaltiges, anspruchsvolles und aufwändiges Vorhaben handelt, um zu einem Verständnis des SHV des Menschen mit geistiger Behinderung zu gelangen. Das multiperspektivische Vorgehen hilft dabei, Interventionen zu finden, die den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Person entsprechen. Folgende Bausteine sind im Rahmen eines multidimensionalen Assessments wesentlich:

- Anamnese und Aufbereitung der Lebensgeschichte (krisenhafte Lebensereignisse, Erfolgserlebnisse, positive Lebenserinnerungen)
- Erfassung individueller Interessen, Bedürfnisse, Wünsche, Zukunftspläne, Träume, Lebensperspektiven, Stärken, Fähigkeiten, Entwicklungspotentiale, positive Signale, Ressourcen
- Erfassung des individuellen Lebensstils (Alltags- und Freizeitverhalten)
- Erfassung sozialer Netzwerke (Freundschaften, Partnerschaften, Gruppen)
- Beschreibung der Identität (Selbst- und Fremdwahrnehmung)
- Erfassung des aktuellen Entwicklungsstands bzgl. kognitiver, sensorischer, motorischer, lebenspraktischer Kompetenzen
- Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustands (z.B. durch medizinische Untersuchung)
- Erfassung spezieller klinischer Bilder oder gesundheitlicher Beeinträchtigungen (neurologische, psychologische, psychiatrische oder klinische Störungen bzw. Syndrome)
- Beobachtung und Erfassung „sozial erwünschter“ Verhaltensweisen
- Beschreibung und Analyse der Funktion, Bedeutung und Situationen von „sozial erwünschten“ Verhaltensweisen
- Erfassung und Hierarchisierung von herausfordernden Verhaltens- und Erlebensweisen in Häufigkeit, Dauer und Intensität
- Beschreibung und Analyse der Funktion und Bedeutung von SHV (negative Zuschreibungen und positive Deutungen des Verhaltens)
- Darstellung der Situationen, in denen SHV auftritt (auslösende Momente, aufrechterhaltende Bedingungen, Verhalten des Umfelds, Konsequenzen für das Problemverhalten)
- Beschreibung und Analyse des erweiterten sozialen Umfelds der betroffenen Personen und dessen Bedeutung bzgl. des SHV
- Beschreibung des Alltagslebens, des Tagesablaufs und der Zeiten ohne SHV
- Beschreibung der Ressourcen der sozialen Netzwerke und Unterstützungsmöglichkeiten (Stärken, protektive soziale Faktoren)
- Beschreibung der bisherigen Interventionen zur Bewältigung der Verhaltensproblematik
- Erfassung der Rahmenbedingungen (z.B. auf der Wohngruppe, am Arbeitsplatz, Personalsituation, soziale Konstellationen, Infrastruktur, Leitideen des Leistungsträgers)

Abbildung 4: Bausteine eines multidimensionalen Assessments (nach Theunissen 2005, S. 75f.)

Damit ein multidimensionales Assessment seinem Anspruch gerecht wird, müssen die psychologische, medizinisch-psychiatrische und neurologische Diagnostik miteinfließen. Die neurologische Untersuchung dient

dabei der Feststellung biologischer Defizite, welche große Auswirkungen auf psychische Funktionen haben können (vgl. Petry 1999, S. 17). Die Zugänge der Psychiatrie und der Psychologie zu SHV wurden im vorigen Kapitel erörtert.

3.5 Interventionen

Grundsätzlich lässt sich bei der Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV zwischen drei Ebenen unterscheiden, auf denen meist parallel interveniert wird (vgl. ebd.):

- (1) Auf der ersten, basalen Ebene gilt es, existenzielle, psychosoziale und vitale Bedürfnisse sowie die physiologischen Funktionen zu berücksichtigen und zu befriedigen (z.B. Pharmakotherapie).
- (2) Auf der zweiten Ebene werden jene psychosozialen Vorgänge gefördert und begleitet, die für die Persönlichkeitsentwicklung und die Herstellung psychischer Funktionsfähigkeit erforderlich sind (z.B. heilpädagogische Unterstützung).
- (3) Auf der dritten Ebene erfolgen spezifische Therapiemaßnahmen hinsichtlich der diagnostizierten Störung (z.B. psychotherapeutische Angebote).

Unter den beiden ersten Ebenen versteht man vor allem pädagogische Interventionen bei Menschen mit geistiger Behinderung und SHV. Das pädagogische Handeln wird im nun folgenden Unterkapitel dargestellt. Anschließend werden in Kapitel 3.5.2 die therapeutischen Interventionen der Ebene (3) erläutert.

3.5.1 Pädagogische Interventionen

Da die Wohngruppe in der institutionalisierten Behindertenhilfe das primäre soziale Bezugssystem von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV darstellt, kommt dem pädagogischen Handeln der Mitarbeiter besondere Bedeutung zu. Dabei müssen zuerst die essentiellen vitalen Grundbedürfnisse auf physiologischer, emotionaler und sozialer Ebene gesichert werden, wie z.B. die Bedürfnisse nach Sicherheit, Vertrautheit, Geborgenheit Zugehörigkeit, Achtung, Selbstverwirklichung (vgl. Bradl 1999, S. 49).

In der vorliegenden Arbeit werden SHV als Störung des Verhältnisses zwischen Individuum und Umwelt verstanden. Deshalb müssen besonders die sozialen Interaktionen und Beziehungen auf der Wohngruppe zwischen Mitarbeitern und Bewohnern gründlich reflektiert werden. Zu den pädagogischen Aufgaben der Gestaltung und Reflexion dieser Beziehungen gehören (vgl. ebd.):

- Anbieten einer verlässlichen, vertrauten und kontinuierlichen Beziehung
- Übernahme des Systems der Bezugsbetreuung bzw. Bezugsassistenten
- Reflexion der eigenen Rolle als professioneller Bezugsbetreuer (z.B. eigener Verantwortungsbereich, eigene Grenzen, Verhältnis Nähe-Distanz)
- Überprüfung der eigenen Sympathien und Antipathien gegenüber den Bewohnern
- Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Ausdrucksformen und Reaktionen (Selbsterfahrung), v.a. in schwierigen oder krisenhaften Situationen
 - ggf. Handlungsalternativen betrachten und sich mehr Gelassenheit erlauben
- Beachtung von möglichen Übertragungsprozessen eigener Gefühle
- situativer und reflektierter Einsatz individueller Zuwendung
- Bewusstmachung der eigenen Gefühle gegenüber Bewohnern (v.a. nonverbale Signale oder „Spiegeln“)

Besonders in Krisensituationen zeigt sich die belastete Interaktion zwischen Mitarbeitern und Menschen mit SHV. Hierfür sind spezielle Handlungsstrategien erforderlich, die in Kapitel 3.6 ausgeführt werden. Im Allgemeinen können beim pädagogischen Handeln drei Handlungsperspektiven ausgemacht werden (vgl. ebd., S. 45f.):

1) Das *situative Handeln* bezieht sich auf

- angemessene Reaktionen auf die gezeigten Symptome, z.B. Beruhigen, Zuwendung, Ignorieren, Aktivierung oder dem Vereinbaren von Grenzen,
- den kommunikativen Umgang mit dem Symptom selbst, z.B. durch Varianten der Methode der Widerspiegelung oder auf
- Kriseninterventionen bei eskalierenden bzw. bedrohlichen Situation (s.u.).

2) Beim *präventiven Handeln* versucht man die Lebens- und Betreuungsbedingungen in einem lebensweltlichen System so zu modifizieren, dass SHV-auslösende Situationen weniger oder gar nicht mehr auftreten.

Dies kann erreicht werden durch

- Klärung und Veränderung der eigenen Haltung gegenüber dem SHV,
- effektive Nutzung pädagogischer Interaktionsmuster, z.B. der Fähigkeit des Zuhörens oder dem direkten Aufgreifen spontaner Äußerungen,
- Verbesserung der Gruppenatmosphäre,

- Berücksichtigung individueller Differenzierungsmöglichkeiten, z.B. Veränderungen der Anforderungen, Flexibilisierung des Tagesablaufs,
- Ermöglichung von so viel Autonomie und Selbständigkeit wie möglich,
- Wahrnehmung und Befriedigung physischer und psychischer Grundbedürfnisse,
- Entwicklung individuell abgestimmter Kommunikationsformen und
- die rechtzeitige, präventive Veränderung von erkennbaren Auslösern, z.B. durch Veränderungen bei der Sitzordnung oder bei der Zimmerverteilung (vgl. ebd.).

3) Das *systemverändernde Handeln* ist ein „längerer, konzeptionell geleiteter Veränderungsprozess“ (ebd., S. 46) und vergleichbar mit der Individuellen Hilfeplanung, die auch in TWGs stattfindet. Dabei geht es um die passgenaue Unterstützung für eine Person, die sich an ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten, Ressourcen und Wünschen orientiert. Gemeinsam planen die betreffende Person, ihre Bezugspersonen, weitere Mitglieder ihrer Lebenswelten (z.B. Wohngruppe, Arbeit/Beschäftigung) und ggf. Vertreter des Kostenträgers ausgehend von der aktuellen Lebenssituation zukünftige Unterstützungsmaßnahmen und formulieren dazu individuelle Ziele. Beim nächsten Treffen werden diese Ziele evaluiert, ggf. überarbeitet und neue Ziele hinzugefügt. Alle Beteiligten erhalten für die Zielerreichung individuelle Verantwortungsbereiche.

Bei diesem Prozess kann es auch zur Entscheidung kommen, ein neues lebensweltliches System für die Person zu finden, um dadurch ihren Bedürfnissen und Kompetenzen eher gerecht zu werden und ihre Lebensqualität so zu erhöhen (vgl. ebd.).

Besonders die Stärkung der Selbstbestimmung der Bewohner hat beim pädagogischen Alltagshandeln große Bedeutung. Zu diesem Zweck gilt es auch, die individuellen Kommunikationsmöglichkeiten auszuschöpfen. Für die in der TWG stattfindenden Hilfeplangespräche ist es für die Mitarbeiter wichtig, die Wünsche, Träume und Bedürfnisse der Klienten wahrzunehmen und dazu die Verwirklichungswege zu planen. Im Alltag werden Möglichkeiten zur eigenen Entscheidung und Auswahl geschaffen (z.B. Freiwilligkeit bei Angeboten, Rückzugsmöglichkeiten, Privatheit zulassen) und die Bewohner dazu motiviert, ihre Interessen und Bedürfnisse zu kommunizieren. Dadurch lernen sie, sich ihre eigenen Gefühle zu vergegenwärtigen und auf sozial erwünschte Weise auszudrücken (vgl. Dieckmann/Giovis 2006, S. 37).

Die Unterstützung sozialer Beziehungen ist auf den Auf- und Ausbau der Kontakte zwischen Mitbewohnern und Mitarbeitern sowie auf die Angehörigenarbeit eingeschränkt. Bewusst werden die Beziehungen zu Personen aus früheren Wohnmilieus nicht miteinbezogen, da eine Wiedereingliederung in diese frühere, stark exkludierende Wohnform meist nicht erstrebenswert ist (vgl. ebd.)

Bezüglich der SHV zielen spezifische pädagogische Maßnahmen darauf ab, die Kontrolle über das eigene Verhalten wiederzuerlangen. Über- oder Unterforderungssituationen werden möglichst immer vermieden. Mit den Bewohnern werden individuelle Lösungsmöglichkeiten zur Problem- und Konfliktbewältigung besprochen und trainiert, um sozial akzeptierte Verhaltensweise kennenzulernen, auszuprobieren und sich anzueignen. Generell spielt die Förderung der sozialen Kompetenzen der Bewohner eine große Rolle, wie z.B. bei der gemeinsamen Klärung und Aushandlung von Gruppenregeln oder bei Gruppengesprächen (vgl. ebd.).

Bei vielen Maßnahmen geht es darum, Verhaltensweisen aufzubauen, die Schutz und Ausgleich gegenüber den SHV bieten und „die Selbständigkeit erhöhen, den Selbstwert steigern, die Selbstwahrnehmung schärfen, für emotionale und körperliche Ausgeglichenheit sorgen oder den eigenverantwortlichen Umgang mit risiko-behaftetem, aber genussvollem Verhalten erlauben“ (ebd.). Zentrale Bedeutung haben dabei die Einzelgespräche, die individuelle Themen, Befindlichkeiten, Zukunftsperspektiven und Bedürfnisse fokussieren.

Wie sich bei der Betreuung von Menschen mit SHV in Regelangeboten zeigt, reichen die dortigen (heil-)pädagogischen Bemühungen nicht aus, um den Bedürfnissen des Personenkreises gerecht zu werden und die benötigte Unterstützung bereitzustellen. In diesen Fällen sind speziell medizinisch-psychiatrische sowie psychologische Interventionen notwendig, die von dem dafür qualifizierten Fachpersonal übernommen werden, wie es auch in TWGs geschieht.

3.5.2 Therapeutische Interventionen

Das Wort „therapeutisch“ leitet sich von dem Begriff „Therapie“ ab, worunter man eine „Kranken- oder Heilbehandlung“ versteht (griech. *therapeion* = das Dienen; Dienst; Pflege) (vgl. Dudenredaktion 2007a, S. 846). Unter einer Therapie lassen sich mittlerweile unzählige Formen fassen, wie z.B. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Klientenzentrierte Gesprächstherapie, Gestalttherapie, aber auch Maltherapie, Hippotherapie oder Delphintherapie. Wie bereits beschrieben, sind zur Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV Maßnahmen auf pädagogischer, psychologischer und medizinisch-psychiatrischer Ebene notwendig. Diese Interventionen sind therapeutischer Art, da sie darauf abzielen, beim Menschen mit SHV Veränderungsprozesse im „Fühlen, Denken, Wollen und Handeln“ (vgl. Došen 2010, S. 101) herbeizuführen. Die Angebote müssen ganzheitlich ausgerichtet sein und besonders die lebensweltlichen Systeme sowie die sich darin ereignenden Interaktionsprobleme mit einbeziehen. Nur durch die Analyse dieser Wechselwirkungen gelingt eine individuell passgenaue Kombination der therapeutischen Interventionen, wie diese aufeinander abgestimmt und in welcher Reihenfolge sie

angewandt werden. Damit ist auch gemeint, dass jegliche genutzte Methode durch Diagnostik und Assessment begründet und indiziert sein muss (vgl. ebd., S. 91).

Da die therapeutischen Interventionen in der TWG sehr individualisiert erfolgen und ein großes Spektrum an möglichen Maßnahmen vorliegt, sollen die obigen, allgemeinen Ausführungen für eine erste Annäherung genügen.

3.6 Krisenintervention

Bevor die fachliche Unterstützung von Menschen mit SHV in Krisensituationen erörtert wird, werden einige Anmerkungen zum Krisenbegriff vorausgeschickt, da dessen heutiger Gebrauch im Alltag wie in Fachkreisen etwas diffus erscheint.

Der Begriff der Krise wird heutzutage fast beliebig verwendet und scheint passend für jedwede Problemsituation, wie z.B. in Ehen oder Beziehungen, im Beruf, bei der Lebensgestaltung oder im Krankheitsumgang. Etymologisch lässt sich der Krisenbegriff vom griechischen Wort „*krinein*“ ableiten, was so viel meint wie „trennen, scheiden oder entscheiden“. Das dazugehörige griechische Substantiv „*krisis*“ bedeutet „Beurteilung, Entscheidung, Urteil, Scheidung“ (Bollnow 1959, S. 27f. zit. bei: Wüllenweber 2001, S. 12). Im Lateinischen findet man das Wort „*crisis*“, das sich mehr auf Krankheiten bezieht und dabei eine Doppelbedeutung hat (vgl. Wüllenweber 2001, S. 12): Zum einen wird es mit Gefahr und Tod, zum anderen mit Chance, Leben und Heilung in Verbindung gebracht. Ursprünglich hat der Krisenbegriff also eine medizinische und ambivalente Bedeutung. Auch in der Medizin bezeichnete man mit Krise den Wendepunkt bei einem Fieberanfall, der über die Heilung entscheidet (vgl. ebd.).

Bei der Betrachtung der dominanten Alltagsverwendung des Krisenbegriffs fällt auf, dass dieser mit verschiedenen, mehr oder weniger naheliegenden anderen Phänomenen gleichgesetzt wird, wie z.B. mit sozialen Problemen, Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen oder sozialen Konflikten. Dabei zeigen sich zwar oftmals Überschneidungen und gewisse Zusammenhänge, meist ist die Gleichstellung mit dem Krisenbegriff jedoch fachlich unzulässig. Auf der anderen Seite fällt es schwer, bei der schier Fülle der Krisendefinitionen der verschiedenen Fachdisziplinen eine einheitliche Begriffsklärung zu erfassen (vgl. Wüllenweber 2003, S. 4ff.). Dennoch können dabei drei Grundmerkmale einer Krise ausgemacht werden (vgl. ebd., S. 3f.):

- 1) Mit einer Krise ist ein hohes Maß an Belastung verbunden.
- 2) Diese Belastung wird für das Individuum zur Überforderung seiner Ressourcen und Kompetenzen. Deshalb geht es bei Krisen vor allem darum, individuelle Kompetenzen neu zu entwickeln, ob mit oder ohne Unterstützung von außen.
- 3) Krisen beinhalten immer eine zeitliche Dimension, sie sind weder kurzfristig oder punktuell noch dauerhaft. Sie sind aber immer zeitlich befristet und temporär.

Psychosoziale Krisen von Menschen mit geistiger Behinderung stellen oft für sie eine sehr problematische und belastende Lebenssituation dar. Wenn für diese Menschen eine Belastung überfordernd und nicht mehr bewältigbar wirkt, äußern sie sich oftmals mit auffälligen Verhaltensweisen. Die Ursache bleibt dann häufig unerkannt und die Verhaltensweisen werden als Verhaltensstörung fehlgedeutet (vgl. ebd., S. 4). Auf der anderen Seite wäre es jedoch auch nicht zulässig, jede auffällige Verhaltensweise oder SHV als Krisensituation zu bezeichnen, wie die Definitionen von SHV einerseits und die aufgeführten Krisenmerkmale andererseits beweisen. Dennoch muss festgestellt werden, dass sich viele Krisen in SHV äußern, wodurch u.U. akut gefährliche Situationen entstehen. Aufgrund dessen sollen nun diese Kriseninterventionsmaßnahmen in Akutsituationen beschrieben werden (vgl. ebd.).

Das Ziel einer jeden Krisenintervention in Notsituationen ist die unmittelbare „Abwendung von Gefahren und die Vermeidung von Kampf- oder Fluchtreaktionen“ (Wüllenweber 2004, S. 11). Für die eingreifenden Mitarbeiter bestehen dabei unterschiedliche Unwägbarkeiten (vgl. ebd., S. 11f.):

- *Unsicherheit in der Problemeinschätzung:* Bei der Abwägung des Gefährdungspotentials einer Situation ist eine gute Kenntnis des Bewohners essentiell. Damit können Mitarbeiter einschätzen, ob beispielsweise ein verbal aggressiver Anfall die Folge einer Überforderungssituation ist oder der Beginn eines Gewaltausbruchs auf die Mitmenschen.
- *Unsicherheit im Eingreifen:* Muss die Intervention direkt und unmittelbar vorgenommen werden? Welche Handlungsstrategien ergreift man? Wäre es sinnvoller, erst abzuwarten und zu beobachten?
- *Unsicherheit im Zuständigkeitsbereich:* Mitarbeiter mit pädagogischer Ausbildung wissen oft nicht, ob die Intervention in ihren eigenen Zuständigkeits- und Kompetenzbereich fällt oder ob es Aufgabe anderer Dienste ist, wie z.B. von Psychologen, Therapeuten oder Psychiatern.

- *Rechtliche Unsicherheiten*: Vor allem bei körperlichen Interventionen oder FEM besteht große Unklarheit über die rechtlichen Vorgaben, was die Genehmigung für deren Anwendung oder die Verteidigung anderer Personen betrifft.

Der hier gewählte Schwerpunkt der pädagogischen Krisenintervention auf die Akutsituationen soll nun in drei Themenbereiche aufgegliedert und ausgeführt werden: Deeskalation, physische Intervention, Notfallhandeln (vgl. ebd., S. 11).

3.6.1 Deeskalation

Eskalierende Konfliktsituationen treten bei einer Zuspitzung der SHV auf, wo dann deeskalierende Maßnahmen von Seiten der Mitarbeiter gefordert sind. Das Ziel dieser Handlungen in der Notsituation ist, die sich entwickelnde oder bereits ausgeprägte Eskalationsdynamik (v.a. Aggressionen) zu unterbrechen und zu beenden. Exemplarisch sollen nun verschiedene, deeskalierend wirkende Handlungsstrategien dargestellt werden (vgl. ebd., S. 13):

- *Wertschätzung*: Die Äußerung von Anerkennung, Respekt und Gleichberechtigung gegenüber der Person, die sich in einer Krise befindet, hilft dabei, sie zu beruhigen und ihr das Gefühl von Ernstgenommen-Sein und Wertschätzung zu vermitteln.
- *Umgang mit verletzbaren Punkten*: Manche Personen zeigen sich als sehr reizbar und empfindlich in ihrer Persönlichkeit und in ganz spezifischen Momenten und Situationen, so zum Beispiel bei Vorwürfen oder einer spontanen Veränderung ihres gewohnten Tagesablaufs. Das Respektieren und Ernstnehmen solcher Punkte kann einen deeskalierenden Effekt haben.
- *Beruhigung demonstrieren*: Stark erregte Menschen haben oftmals eine eingeschränkte Wahrnehmung („Tunnelblick“). Das ggf. überdeutliche und der Person zugewandte Aussenden von beruhigenden Signalen kann deeskalierend wirken und ihre Wahrnehmung angleichen.
- *Ablenkungstechniken*: Das gezielte Ablenken einer sich in einer akuten Krise befindenden Person kann sich als sehr wirkungsvoll erweisen. Dabei beschäftigt sich der Mitarbeiter bewusst nicht mit dem krisenhaften Geschehen, sondern beispielsweise mit der Kleidung der Person oder dem heutigen Mittagessen. Die starke Emotionalität der Situation wird so abrupt abgebrochen und binnen weniger Sekunden zeigt sich eine völlig andere Lage.
- *Selbstkontrolle des Mitarbeiters*: In der Akutsituation ist von entscheidender Bedeutung, dass der beteiligte Mitarbeiter seine eigenen Gefühle wie Wut oder Angst kontrollieren kann und sich erst

später mit diesen auseinandersetzt. Dies ermöglicht ihm, in der Notsituation handlungsfähig zu bleiben und die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Die sprachliche Kommunikation ist bei Deeskalationsmaßnahmen also von besonderer Bedeutung. Mitunter kann andererseits auch die Äußerung eines Mitarbeiters erst dafür sorgen, dass eine Situation eskaliert. Bei Personen, die empfindlich auf solche Mitteilungen reagieren und in eine Krise geraten, müssen diese Aussagen dann in „deeskalierende Formulierungen“ (ebd., S. 14) modifiziert werden. Um beispielsweise einen Streit zwischen dem leicht reizbaren und stimmungslabilen Stefan und seinem Mitbewohner Markus zu verhindern, sollte Stefan nicht mit „*Lass den Markus in Ruhe! Wie oft muss ich dir das noch sagen?!*“ angesprochen werden. Eine solche Formulierung würde dann vermutlich genau das Gegenteil ihrer Intention bewirken und eine eskalierende Funktion haben. Deeskalierend hingegen folgende Mitteilung an Stefan wirken: „*Wenn der Markus nachher reinkommt, geh bitte gleich erstmal in dein Zimmer, damit ihr nicht in Streit geratet!*“ (vgl. ebd.)

3.6.2 Physische Intervention

Eine körperliche Auseinandersetzung zwischen Mitarbeiter und Bewohner gilt in der Behindertenhilfe nach wie vor als Tabuthema (vgl. ebd., S. 15). Dennoch ist es lohnend, sich der Bedeutung der physischen Intervention bewusst zu werden, da sie neben Gefahren auch Chancen bietet.

Mit physischer Intervention ist nicht die Anwendung körperlicher Gewalt i.S.v. Schlagen, Verletzen oder Hinzufügen von Schmerz gemeint. Vielmehr ist es eine „Notwehrmethode“ und dient dazu, sich selbst zu verteidigen, Selbst- oder Fremdgefährdung zu verhindern oder eine aggressive Eskalationssituation zu kontrollieren und zu beenden. Physische Interventionen dienen der eigenen Befreiung, beispielsweise wenn man sich aus einem Würgegriff oder einem Griff in die Haare herauslöst. Darüber hinaus gibt es Methoden des Festsetzens einer angreifenden Person auf dem Boden (vgl. ebd.).

Die Festlegung der Grenzen von physischen Intervention stellt ein Problem dar: Gehört jede körperliche, beruhigende Berührung ebenso dazu, wie o.g. Festsetzen eines Angreifers? Wüllenweber (ebd., S. 16) hat zur Beantwortung dieser ungeklärten Fragen eine eigene Definition von physischer Intervention aufgestellt: „Unter dem Begriff ‚physische Intervention‘ ist zielgerichtetes, körperliches Handeln in pädagogisch-therapeutischen Zusammenhängen zu verstehen.“

Dieses körperliche Handeln zielt darauf ab, den Klienten zu beruhigen und mit ihm zu kommunizieren, um sein Verhalten lenkbar und kontrollierbar zu machen. Es dient dem Schutz der eigenen und der anderen

Personen sowie der Befreiung aus Notsituationen. Physische Interventionen können unterteilt werden in Befreiungs-, Verteidigungs- und Festhaltetechniken (vgl. ebd., S. 16f.).

Generell besteht bei physischen Interventionen die Gefahr der Grenzüberschreitung zwischen körperlichem Handeln mit Selbstverteidigungs- bzw. Befreiungszweck und dem bloßen Kampf mit einem Klienten. Deshalb gelten als Leitlinien bei der Anwendung von physischen Interventionen, dass sie

- 1) möglichst gering in Umfang und Intensität sind (mit dem geringsten Eingriff soll das maximale Ziel erreicht werden),
- 2) eine angemessene Reaktion auf eine Gefahr darstellen (bei einem verbalen Angriff darf nicht ein Festhaltegriff angewandt werden) und dass sie
- 3) die Würde des Gegenübers achten müssen (keine Bestrafungsfunktion) (vgl. ebd.).

Rechtliche Vorgaben lassen sich in § 1906 BGB (Vorgaben für Freiheitsentziehung), §§ 32, 34 StGB (Notwehr bzw. Notstand) und § 104 GG (Rechtsgarantie bei Freiheitsentziehung) finden. Obige Ausführungen zeigten, dass es auch die Grundrechte (Art. 1 - 19 GG) und hier vor allem das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) zu achten gilt (vgl. ebd., S. 21).

3.6.3 Notfallhandeln

Zusätzlich zu deeskalierenden bzw. physischen Interventionen kann eine akute Krisensituation auch weitergehende Maßnahmen erforderlich machen. Zu diesen Notfallhandlungen gehören komplementäre Hilfen, FEM und Psychiatrieeinweisungen (vgl. ebd.).

- **Komplementäre Hilfen**

Als *komplementäre Hilfe* werden meist Mitarbeiter zur Situationsbewältigung hinzugerufen. Möglich ist dabei auch die Einrichtung eines speziellen Rufsystems, z.B. über Telefon, Handy oder Pieper, um die benötigte Unterstützung direkt anzufordern. Es wird häufig von Mitarbeitern betont, dass alleine die Gewissheit über mögliche Unterstützung als Beruhigung diene (vgl. ebd.).

- **Freiheitsentziehende Maßnahmen**

Da FEM beträchtliche Missbrauchsgefahren beinhalten, gibt es eindeutige Rechtsprechungen, um dies zu verhindern bzw. entsprechend zu ahnden. Rechtliche Vorgaben sind die Zustimmung der betroffenen Person, insofern diese einwilligungsfähig ist und ein Beschluss durch das Betreuungsgericht (§ 1906 BGB).

Herrscht ein akuter Notstand i.S.v. § 34 StG, sind FEM auch kurzfristig ohne Genehmigung durch das Betreuungsgerecht möglich (vgl. ebd., S. 22).

In verschiedenen Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie auch in einer TWG, werden FEM vereinzelt angewandt trotz des massiven Eingriffs in die Grundrechte des Klienten. Generell dürfen diese Maßnahmen nicht präventiv eingesetzt werden und dienen auch nicht als Ersatz für pädagogische Mittel, sondern nur zur Gefahrenabwendung. Beim Einsatz von FEM gilt es immer abzuwägen, wie stark der Klient seiner Freiheit beraubt wird und wie gravierend der Eingriff in seine Grundrechte ist. Das Spektrum von FEM beginnt bereits beim Abschließen der Haustür von Wohngruppen, da es eine Freiheitseinschränkung darstellt. Auch das Einsperren eines Klienten im sog. „Time-Out-Raum“ gehört dazu. Fixierungen müssen zu den schwerwiegendsten FEM gezählt werden, dazu gehören z.B. Gurte zur Fixierung an Bett, Stuhl etc. oder Zwangsjacken. Des Weiteren erfordert jeder Einsatz von FEM eine schriftliche, detaillierte Dokumentation (vgl. ebd., S. 22ff.)

- **Einweisung in die Psychiatrie**

Menschen mit geistiger Behinderung und SHV geraten vereinzelt in eine solch schwere Krisensituation, dass eine psychiatrische Indikation für die Notwendigkeit einer Psychatrieeinweisung vorliegt. Dies ist z.B. bei starken Schüben einer Psychose oder bei massiv bedrohlicher Fremd- oder Selbstgefährdung der Fall. Generell sollten Psychatrieeinweisungen als letztes Mittel der Krisenintervention gelten, da sie den Klienten auf drastische Weise aus seinem gewohnten Lebensumfeld herausreißen und deshalb für ihn mit negativen und sehr belastenden Erfahrungen verbunden sind (vgl. ebd., S. 24).

4. Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung

4.1 Wohnformen für Menschen mit Behinderung

Eine TWG stellt eine zeitlich befristete Wohnform für Menschen mit geistiger Behinderung und SHV dar. Das erklärte Ziel des Leistungsangebots ist u.a. die Reintegration in ein nicht-aussonderndes (Teilhabermöglichendes) Milieu. Bei der gemeinsamen Auswahl einer zukünftigen Wohnumgebung mit der betreffenden Person gilt es genau abzuwägen, welche Merkmale der jeweiligen Wohnform die Reintegration in diese erleichtern bzw. erschweren. Die verschiedenen Wohnformen für Menschen mit Behinderung können zunächst grob unterschieden werden in:

1. Wohnen im Elternhaus
2. Stationär betreutes Wohnen (SBW)
3. Ambulant betreutes Wohnen (ABW) inkl. begleitetes Wohnen in Familien (BWF)

Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Wohnformen aller Leistungsempfänger der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII in Baden-Württemberg im Jahr 2011:

	Baden-Württemberg	
	Anzahl der Leistungsempfänger	Prozentualer Anteil
Privates Wohnen ¹⁵	27.071	44,6 %
Stationär betreutes Wohnen	22.926	37,8 %
Ambulant betreutes Wohnen	9.528	15,6 %
Begleitetes Wohnen in Familien ¹⁶	1.178	2 %
Gesamt ¹⁷	60.703	100 %

Tabelle 3: Verteilung der Wohnformen aller Leistungsempfänger der Eingliederungshilfe nach §§ 53ff. SGB XII 2011 in Baden-Württemberg (vgl. KVJS 2013, S. 25)

¹⁵ Privates Wohnen findet in einer Privatwohnung ohne zusätzliche Unterstützung der Eingliederungshilfe beim Wohnen statt, dazu gehört beispielsweise das Wohnen im Elternhaus.

¹⁶ Zur genauen Ablesbarkeit des Anteils aller Leistungsempfänger im BWF wurde dieser Wert ausgerechnet. Das BWF wird üblicherweise zum ABW dazugerechnet, davon beträgt der Anteil der im BWF lebenden Menschen 11 Prozent (vgl. KVJS 2012, S. 54).

¹⁷ Nicht berücksichtigt wurden 971 Leistungsempfänger mit Persönlichem Budget.

Um genaue Auskunft über das Verhältnis von SBW, ABW und BWF zu bekommen, ist es notwendig, die privat wohnenden Menschen mit Behinderung auszublenken. Dann zeigt sich folgende Verteilung¹⁸ im Vergleich zwischen Baden-Württemberg und Deutschland:

	Baden-Württemberg	Deutschland
Stationär betreutes Wohnen	68,3 %	59,1 %
Ambulant betreutes Wohnen	28,2 %	40,3 %
Begleitetes Wohnen in Familien	3,5 %	0,6 %

Tabelle 4: Verteilung der betreuten Wohnformen aller Leistungsempfänger nach §§ 53ff. SGB XII 2011 in Baden-Württemberg und Deutschland (vgl. ebd.; con_sens 2012, S. 42)

Im Folgenden werden die Merkmale der verschiedenen Wohnformen für Menschen mit Behinderung nach obiger Einteilung aufgeführt.

4.1.1 Wohnen im Elternhaus

Ein Großteil der Menschen mit geistiger Behinderung lebt vom Kindesalter ab und teilweise bis ins hohe Erwachsenenalter bei den Eltern. In der Fachdiskussion wird zu dieser Tatsache oftmals kritisch Stellung genommen. So würden die Kinder bzw. Erwachsenen mit geistiger Behinderung von ihren Eltern häufig überversorgt und überbehütet, was ihnen die Aneignung von Selbständigkeit und Selbstversorgung erschwere. Das Leben in Elternhaus stelle für sie teilweise eine unnötige gesellschaftliche Isolierung dar und hemme die Persönlichkeitsbildung, da ihr Verhalten und Gefühlsleben weiterhin kindlich bleibe (vgl. Theising 2009, S. 75). Zweifellos kann behauptet werden, dass ein unnötig langes Verweilen im Elternhaus nicht dem Lebensverlauf von gleichaltrigen und nicht behinderten Menschen entspricht. Zwar zeigt sich, dass immer mehr Menschen mit geistiger Behinderung ambulant und in ihrer eigenen Wohnung betreut werden (vgl. con_sens 2012, S. 48), doch das private Wohnen macht nach wie vor die Mehrheit unter allen Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung aus (s.o.). Es ist davon auszugehen, dass hiervon ein Großteil im Elternhaus wohnt.

Die Ablösung vom Elternhaus und der Übergang in eine (stationär oder ambulant) betreute Wohnform stellt eine schwer zu bewältigende Aufgabe dar sowohl für die Menschen mit geistiger Behinderung, als auch für ihre Eltern. Den Menschen mit geistiger Behinderung fehlen ab diesem Übergang ihre bisher engs-

¹⁸ Um die Verteilung von SBW, ABW und BWF zu erhalten, wurden die verschiedenen Dichtewerte für die einzelnen Wohnformen zueinander in ein Verhältnis gesetzt.

ten Bezugspersonen, aber auch deren Versorgung und Behütung. Dadurch müssen sie ab der Trennung vom Elternhaus ihr Leben selbständiger und eigenverantwortlicher führen, wobei dies stark von der Anschlusswohnform abhängig ist. Die Eltern lernten im Laufe der gemeinsamen Lebenszeit mit ihrem Kind seine Abhängigkeit von ihnen zu akzeptieren und können sich deshalb besonders kurz nach der Ablösung nie sicher sein, ob die Bedürfnisse ihres Kindes bei der Betreuung befriedigt werden. Die Kinder bestimmten häufig einen Großteil des elterlichen Lebens und wurden zu ihrem zentralen Lebensinhalt. Auch dies ist ein Grund für das oftmals nur sehr zögerliche und schwerfallende Loslassen des Kindes und seine möglichst lange Betreuung zuhause (vgl. Theunissen 2013a, S. 15f.).

4.1.2 Stationär betreutes Wohnen

Stationär (lat. *stationarius* = stillstehend, vgl. Dudenredaktion 2007b, S. 800) meint im wörtlichen Sinne „an einen festen Ort gebunden“ (Dudenredaktion 2007a, S. 987). Demzufolge versteht man unter stationärer Betreuung, dass die Versorgung des Menschen am Standort einer Einrichtung bzw. Institution erfolgt, die dem Wohnort der Person entspricht. Die Leistungen zum Wohnen (z.B. Miete) und zur Betreuung erfolgen aus einer Hand (Träger der Einrichtung) und sind aneinander gekoppelt. Einrichtungen sind vororganisierte, vorgefertigte Wohnsettings, in die man als Bewohner eintritt und aufgenommen wird. Dort gibt es Plätze, die unabhängig vom Wechsel und der Anzahl der Bewohner existieren. Ein wichtiges Merkmal des SBW ist aus juristischer Sicht, dass es zu einer Aufnahme in die Einrichtung kommt (vgl. Kastl et al. 2011, S. 18). Der Träger der Einrichtung hat dann als Konsequenz eine umfassende Gesamtverantwortung für die alltägliche Lebensführung des Leistungsempfängers. Dies stellt ein wichtiges Kriterium zur Unterscheidung von anderen Wohnleistungen dar, wie z.B. von einem Asylbewerberheim, da hier ausschließlich Wohnraum zur Verfügung gestellt wird. Der Wohnaufenthalt im SBW hingegen ist konzeptionell an die Betreuung und Versorgung des Hilfeempfängers gebunden. Für die Bezeichnung einer (stationär betreuten) Einrichtung ist somit die Verbindung aus sächlichen, personellen und räumlichen Ressourcen zu einem bestimmten Zweck unter der Verantwortung und Leitung des Trägers der Einrichtung wesentlich (ebd., S. 18ff.). Diese Kennzeichen werden im Landesheimgesetz für Baden-Württemberg folgendermaßen zusammengefasst (§1 Abs. 1 LHeimG):

„Heime im Sinne dieses Gesetzes sind Einrichtungen, die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder volljährige pflegebedürftige oder psychisch kranke oder behinderte Menschen aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhal-

ten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.“

In der Regel sind die stationär betreuten Wohneinrichtungen in Wohngruppen gegliedert, die sich in ihrer Größenordnung von privaten Haushalten unterscheiden. So bestehen 38,5 Prozent aller Wohngruppen aus acht bis elf und 26,3 Prozent aus mehr als zwölf Bewohnern (vgl. Rohrman 2011, S. 279). Diese Wohneinrichtungen zählen zum SBW:

a) Anstalten und Komplexeinrichtungen

Das entscheidende Kennzeichen für Anstalten und Komplex- bzw. Großeinrichtungen ist die vollumfassende Versorgung der Menschen in nahezu allen Lebensbereichen. An einem Standort werden den Bewohnern Angebote zu Wohnen, Arbeit, Freizeit und Bildung gemacht, meist findet auch die medizinische und therapeutische Versorgung hier statt. Diese Einrichtungen sind aus historischen Gründen meist möglichst weit außerhalb vom Zentrum der Stadt oder des Dorfs gelegen, in manchen Fällen besteht gar keine Anbindung an einen anderen Ort. Die Bewohner nehmen deshalb auch nur sehr bedingt an Lebensbereichen der Außenwelt teil (vgl. Thesing 2009, S. 79). Komplexeinrichtungen verstehen sich als für Menschen mit Behinderung geschaffene, „eigene kleine Welt, als Soziotop für Menschen, die nicht so leben können wie der Durchschnitt der Bevölkerung“ (ebd.). Zu dieser Wohnform zählen auch Dorf- und Lebensgemeinschaften auf anthroposophischer Grundlage (vgl. Thesing 2009, S. 79.; MfAS 2011, S. 131).

b) Wohnheime

Wohnheime haben meist eine Gesamtgröße von ca. 20 – 40 Plätzen und bieten im Gegensatz zu Komplexeinrichtungen keine allumfassende Versorgung für die Klienten. Sie beschränken sich konzeptionell größtenteils auf das Wohnen und sind deshalb oftmals organisatorisch an Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten (z.B. WfbM bzw. FuB) angebunden. Mittlerweile besitzen viele Wohnheime ein differenziertes Angebotsspektrum mit Trainings- und Außenwohngruppen oder Einzel- und Paarwohnungen (vgl. Thesing 2009, S. 77f.; MfAS 2011, S. 131).

c) Pflegeheime

Pflegeheime sind ihrem Namen nach besonders auf die medizinisch-pflegerische Versorgung ausgerichtet und tragen somit weniger zur Rehabilitation der Bewohner bei (vgl. Thesing 2009, S. 80). Um in diesen Institutionen neben Leistungen der Eingliederungshilfe (nach §§ 53ff. SGB XII) auch pflegerische Leistungen (nach SGB XI) anbieten zu können, müssen die gesetzlichen Vorgaben nach § 71 Abs. 2 SGB XI erfüllt sein

(vgl. MfAS 2011, S. 131). Zur Klientel der Pflegeeinrichtungen zählen neben alten und schwerst chronisch kranken Menschen deshalb auch Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung, die pflegebedürftig sind. So weisen Einrichtungsverzeichnisse der Behindertenhilfe auch einige Pflegeheime auf, obwohl diese in Fachkreisen aufgrund fehlender konzeptioneller und fachlicher Ausrichtung als ungeeignet für Menschen mit Behinderung gelten (vgl. Thesing 2009, S. 80).

4.1.3 Ambulant betreutes Wohnen

Ambulante (lat. *ambulans* = herumgehend, vgl. Dudenredaktion 2007b, S. 33) Betreuung bedeutet, dass diese nicht an den festen Ort einer Einrichtung gebunden ist (Dudenredaktion 2007a, S. 57). Die Wohnunterstützung eines Menschen mit Behinderung erfolgt stattdessen bei ihm zuhause, da Wohn- und Betreuungsleistungen entkoppelt voneinander und nicht aus der einen Hand des Trägers einer Einrichtung erfolgen. Der Träger der Sozialhilfe hat keine allumfassende Verantwortung für den Klienten und ist lediglich für die Assistenzleistungen zuständig. Ambulante Dienste übernehmen dabei im notwendigen Maße Beratungs- und Unterstützungsfunktionen bei der praktischen Lebensführung (vgl. Thesing 2009, S. 80).

Die Kennzeichen von ABW können folgendermaßen zusammengefasst werden (Aselmeier et al. 2001 in: Hanslmeier-Prockl 2009, S. 31):

- Die Unterstützung wird auf die notwendige Assistenz eingegrenzt und soll möglichst keine darüber hinausgehenden Maßnahmen bei der individuellen Lebensführung ergreifen.
- Im Gegensatz zum SBW werden Grundrechte, wie das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) oder das Recht auf die Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 3 Abs. 1 GG), nicht eingeschränkt.
- Es besteht eine Dienstleistungsbeziehung auf vertraglicher Grundlage zwischen dem Mitarbeiter der Behindertenhilfe und dem Leistungsempfänger, wodurch individuelle Abhängigkeitsverhältnisse vermieden werden.
- Der Hilfeempfänger bestimmt durch seinen selbst gewählten Wohnort, wo die Betreuung erfolgt. Diese kann also prinzipiell in jeder üblichen Wohnform stattfinden, also auch in Einzel- oder Paarwohnungen oder in Wohngemeinschaften. Dadurch wird die hohe Nachfrage nach dem SBW verringert.
- Der Hilfeempfänger legt den Zeitrhythmus der Leistungserbringung durch seine individuellen Lebensgewohnheiten fest.
- Der Hilfeempfänger hat maßgeblichen Einfluss auf die Auswahl der ihn unterstützenden Personen.

- Da der Hilfeempfänger nicht mehr allumfassend von einem bestimmten Einrichtungsträger abhängig ist (wie beim SBW), kann er diesem gegenüber eher seine Mitsprache- und Mitbestimmungsrechte in Interessenvertretungen wahrnehmen.

Beim ABW sind Handlungsabläufe, Verhaltensmuster und soziale Kontexte weniger institutionalisiert als beim SBW und ermöglichen deshalb mehr Selbstbestimmung und Selbstentfaltung. Der von den Hilfeempfängern gewählte Wohnort befindet sich meist im Sozialraum ihrer Gemeinde, dadurch werden die Teilhabemöglichkeiten für die Person deutlich erhöht (vgl. Kastl et al. 2011, S. 22).

Grundsätzlich sollen nach dem SGB XII ambulanten Leistungen der Vorzug gegenüber stationären Leistungen gegeben werden, es sei denn, sie sind mit „unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden“ (§ 13 Abs. 1 SGB XII). Letztendlich entscheidet also nicht das Wunsch- und Wahlrecht des Menschen mit geistiger Behinderung (§ 1 SGB IX) über dessen Wohnort, sondern die damit verbundenen Kosten.

4.1.4 Begleitetes Wohnen in Familien

Das BWF (auch „Familienpflege“, „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“, „Pflegefamilie“) ist eine weitere Möglichkeit im Bereich Wohnen für Menschen mit Behinderung und eine wichtige Alternative zu Wohnformen mit stationärer oder ambulanter Betreuung. Es verbessert die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe für Menschen mit Behinderung und individualisiert ihre Lebensformen und -Verläufe (vgl. BAGüs 2006, S. 19). Durch das BWF haben die Leistungsberechtigten eine weitere Option im Bereich Wohnen, wenn sie noch nicht für das ABW bereit sind. Für manche dieser Menschen stellt dann das BWF die geeignetere Möglichkeit gegenüber dem SBW dar (vgl. ebd.).

Beim BWF werden Menschen mit Behinderung in geeignete und aufnahmebereite Gastfamilien vermittelt und in deren Familienleben integriert. Die aufgenommene Person erhält von der Familie Wohnraum und wird von ihr ganzheitlich betreut und unterstützt hinsichtlich der individuellen Basisversorgung, Lebensführung, Tagesstrukturierung, Freizeitgestaltung, Kommunikation etc. Für diese Leistungen erhält die Familie vom zuständigen Sozialhilfeträger ein monatliches Betreuungsentgelt. Darüber hinaus werden die Familie und die betreute Person von sog. Familienpflegeteams unterstützt und beraten. Durch das BWF kann außerdem die stetig vorhandene Nachfrage nach dem SBW verringert werden, allerdings zeigt sich, dass es zahlenmäßig nur in Baden-Württemberg eine gewisse Rolle spielt (vgl. Landratsamt Ortenaukreis 2007; con_sens 2012, S. 37).

4.2 Bedeutung und Bedürfnisse des Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung

Die Reintegration in eine allgemeine Wohnform der Eingliederungshilfe stellt das übergeordnete Ziel von TWGs dar. Folglich spielt sowohl der Wohnaufenthalt in der TWG, als auch das (Anschluss-) Wohnen eine wichtige Rolle hinsichtlich des rehabilitativen Auftrags. Dabei hat das Wohnen selbst eine hohe Bedeutung für die Bewohner, da es mit ihm zahlreiche Bedürfnisse zu versorgen gilt.

Allein an der synonymen Verwendung von „Ich *wohne* in Reutlingen“ und „Ich *lebe* in Reutlingen“ zeigt sich, dass Wohnen mehr ist, als der Aufenthalt an einem bestimmten Ort. So bedeutet auch im englischen Sprachgebrauch „*to live*“ gleichzeitig „wohnen“ und „leben“ (vgl. Speck 1982, S. 10). Speck (ebd.) kennzeichnet Wohnen als „ein Aspekt des Ganzen menschlicher Lebensbedürfnisse und –bedingungen“. Darin kommt zum Ausdruck, dass es sich beim Wohnen nicht nur um die Versorgung der physiologischen Grundbedürfnisse handelt, wie z.B. nach Unterkunft, Ernährung oder Pflege. Wenn Wohnen eine „Grundverfassung des menschlichen Lebens“ (Bollnow 1963, S. 125) ist, äußert sich diese Daseinsform an zwei Polen: Der äußere Pol meint das menschliche Bedürfnis nach einem Lebensraum, nach einem eigenen Territorium, nach den „eigenen vier Wänden“ (Speck 1982, S. 10). Und gerade in diesem Raum kommt der innere Pol zum Ausdruck, nämlich das Bedürfnis nach Zuhause- und Beheimatet-Sein. Hier kann der Mensch seine psychischen Grundbedürfnisse nach Geborgenheit, Sicherheit, Liebe, Vertrautheit, Eigentum, Achtung, Freiheit und Selbstbewusstheit befriedigen. Die Erfüllung dieser Bedürfnisse ist die Voraussetzung für die menschliche Sehnsucht nach Selbstverwirklichung (vgl. ebd., S. 9; Bollnow 1963, S. 125). Die Bedeutung von Wohnen als menschliche Daseinsform an zwei Polen wird auch vom deutschen Grundgesetz (GG) hervorgehoben durch die Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 1 Abs. 1 GG) und durch das Recht auf die freie Persönlichkeitsentfaltung (Art. 2 Abs. 1 GG) (vgl. Kastl et al. 2011, S. 17).

Auch hinsichtlich des äußeren Pols des Wohnens, dem Lebensraum, haben Menschen mit geistiger Behinderung dieselben Bedürfnisse wie Menschen ohne Behinderung. Metzler/Rauscher (2004 in: Dieckmann 2012, S. 239) fanden heraus, dass junge Erwachsene mit geistiger Behinderung zu 42 Prozent mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin leben möchten. Weitere 20 Prozent würden gerne mit Familienmitgliedern und 18 Prozent mit Freunden in einer Wohngemeinschaft zusammenwohnen, während 16 Prozent alleine leben wollen. Bei der Befragung wurde die ambulante Betreuung gegenüber der stationären eindeutig bevorzugt. Diese Wünsche entsprechen den üblichen Lebensmustern von Erwachsenen ohne Behinderung. Außerdem zeigen diese Hoffnungen das Bedürfnis von Menschen mit geistiger Behinderung „einen gesellschaftlich anerkannten Erwachsenenstatus einzunehmen“ (Kastl et al. 2011, S. 20).

Thesing (2009, S. 34ff.) benennt ausgehend von einem phänomenologischen Ansatz nach Bollnow (1963) die verschiedenen Funktionen des Wohnens und damit, welche Bedürfnisse sie erfüllen:

- *Raum für Privatheit, Schutz und Sicherheit:* Die Wohnung ist ein Ort, von dem der Mensch ausgeht und an den er immer wieder zurückgehen kann. Dies vermittelt ihm Halt. Außerdem gibt die Wohnung Schutz und ermöglicht Privatheit vor ungewollten äußeren Einflüssen.
- *Raum für Geborgenheit, Vertrautheit und Beständigkeit:* Der Mensch richtet sich in seiner Wohnung mit eigenen sowie für ihn vertrauten und dadurch bedeutsamen Dingen ein. Dadurch fühlt er sich geborgen und mit diesem Ort verbunden. Ein längerer Eingewöhnungsprozess ist dabei zwingend erforderlich, damit die Wohnung für ihn zu einem Ort wird, an dem er sich beheimatet fühlt.
- *Raum für Selbstverwirklichung und Selbstverfügung:* Die eigene Gestaltung des Wohnraums dient auch dem menschlichen Bedürfnis nach Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung. Es verleiht Gefühle von Unabhängigkeit und von eigener Autonomie, wenn ein Mensch seine Wohnung nach eigenen Bedürfnissen ausrichten und so zu etwas Persönlichem machen kann.
- *Raum für Kommunikation und Zusammenleben:* Der Mensch als Sozialwesen bedarf des gemeinschaftlichen Zusammenlebens sowie der damit einhergehenden Kommunikation und Interaktion. Gleichzeitig sind jedoch auch Zonen erforderlich, die Privatheit und Rückzugsmöglichkeiten bieten.
- *Raum für Selbstdarstellung:* Wie oben erläutert wurde, verwirklicht sich der Mensch selbst beim Wohnen und beeinflusst dadurch die Atmosphäre und die Ausstrahlung der Wohnung. Er möchte die Wahrnehmung seiner eigenen Person nach außen hin verändern und zeigen, wie er gerne gesehen wird und worauf er stolz ist. In Bezug auf Wohnheime für Menschen mit Behinderung existieren bestimmte Leitbilder, die Aufschluss darüber geben, welches Bild die Planer von den Bewohnern und deren gesellschaftlichen Status haben.

Mit Kastl et al. (2011, S. 18) kann ergänzt werden:

- *Raum für Verwurzelung und „Zuhause-Sein“:* Die Wohnung ist eingebettet in ein Wohnumfeld, das dem Menschen soziale Kontakte bietet und ihm ermöglicht, sich sozial zu verorten und sich beheimatet zu fühlen.

Wohnen kann auch als Gegenstück zur Arbeit gesehen werden und dient dann der Erholung von den Arbeitsbelastungen sowie der „Reproduktion der Arbeitsleistung“ (Hanslmeier-Prockl 2009, S. 27).

Aus o.g. Funktionen des Wohnens ergeben sich für den Verlauf des TWG-Aufenthalts folgende Leitfragen (vgl. Thesing 2009, S. 35ff.):

- Wird der Klient in den Entscheidungsprozess zur zukünftigen Wohnform miteinbezogen?
- Können Sicherheit und Schutz der Bewohner jederzeit sichergestellt werden?
- Gibt es für den Bewohner Rückzugsmöglichkeiten und wird Privatheit ermöglicht?
- Wird persönlicher Besitz zugelassen und respektiert?
- Inwieweit dürfen die Bewohner ihre Zimmer nach eigenen Wünschen gestalten?
- Darf ein Bewohner Wünsche und Bedürfnisse äußern, mitbestimmen und mitwirken? Werden diese Äußerungen respektiert und berücksichtigt?
- Achtet man bei den Regeln des Zusammenlebens und des Tagesablaufs auf individuelle Bedürfnisse oder werden diese uniform aufgestellt?
- Werden das Zusammenleben und die Kommunikation auf der Gruppe gefördert?
- Werden bestimmte Kommunikationsformen regelmäßig gepflegt (informell, in der Gruppe, im Haus, in der Einrichtung)?
- Welches Außenbild gibt die Wohngruppe ab? Welchen Eindruck (privat oder institutionell) vermittelt sie?

Im hier angelegten Rahmen können diese Fragen aus arbeitsökonomischen Gründen nicht beantwortet werden. Dennoch zeigen sich bei den Ergebnissen der durchgeführten Untersuchung einige Hinweise darauf, welche Rolle die aufgeführten Fragestellungen bei der TWG-Arbeit spielen.

5. Der Modellversuch als Ursprung der TWG

5.1 Vorgeschichte

Zu Beginn der 1990er Jahre wurde das Thema der Betreuung und Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV Gegenstand von Forschungen und Diskussionen in Baden-Württemberg. Das Sozialministerium Baden-Württemberg stellte damals eine Arbeitsgruppe zusammen aus Delegierten von Leistungserbringern der Behindertenhilfe, Delegierten der damaligen überörtlichen Leistungsträger (Landeswohlfahrtsverbände Baden und Württemberg-Hohenzollern [LWV]) sowie Landesärzten für Menschen mit Behinderung. Ihr Auftrag war, den o.g. Personenkreis zu definieren, dessen Größe einzuschätzen sowie relevante fachliche Konzepte und erforderliche Rahmenbedingungen zu klären und zu beschreiben (vgl. Dieckmann/Giovis 2007, S. 6). Menschen mit geistiger Behinderung und SHV wurden dabei starke Entwicklungsverzögerungen auf emotionaler und sozialer Ebene und/oder eine psychische Störung attestiert. Sie würden ausgeprägtes selbst- und/oder fremdgefährdendes Verhalten zeigen und/oder ihre Mitmenschen massiv beeinträchtigen. Schwierigkeiten in der Selbststeuerung und eingeschränkte Möglichkeiten der pädagogischen und sozialen Beeinflussung würden dabei verhindern, das Individuum ohne einen Mehraufwand an Betreuung sozial zu integrieren (vgl. ebd.). Stattdessen wurde festgestellt, dass der Personenkreis auch im Milieu eines Wohnheims dauerhaft von der Gemeinschaft und Gesellschaft isoliert wird. Ein wichtiges Ziel der Betreuung und Förderung sei deshalb, dass ein drohender sozialer Ausschluss abgewendet wird bzw. bisherige Ausgrenzungsprozesse rückgängig gemacht werden. Dieses Vorhaben könne dann durch eine „Integrative Einzelbetreuung/-förderung“ (ebd.) im bisherigen Wohnumfeld oder durch einen zeitlich befristeten Aufenthalt in einer „Therapeutischen Wohngruppe“ (ebd.) umgesetzt werden. In der Arbeitsgruppe schätzten die Mitglieder der Leistungserbringer, dass ca. drei bis fünf Prozent aller Klienten in Heimen für Menschen mit geistiger Behinderung SHV zeigen. Deshalb existierten schon in den 1980er und 1990er Jahren in Deutschland Sondergruppen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe mit spezifischer personeller und struktureller Ausstattung. Es war jedoch unklar, ob in den auf unbestimmte Zeit angelegten Sondergruppen eine rehabilitative Zielsetzung verfolgt wurde oder überhaupt verfolgt werden könne (vgl. ebd.).

Trotz dieser Umstände begannen erst zu Anfang des vergangenen Jahrzehnts intensive Verhandlungen zur Einführung besonderer Unterstützungsleistungen für Menschen mit geistiger Behinderung und SHV. Diese Hilfeleistungen sollten als TWGs nach dem Beispiel der zeitlich befristeten Maßnahme der „*residential treatment units*“ aus England konzipiert werden. Dort wurde dieser Wohnform gegenüber homogenen Sondergruppen der Vorzug gegeben, da letztere sozial isolierende und ausgrenzende Auswirkungen auf die Klientel haben würden (vgl. ebd., S. 7). Bei den Verhandlungen zur einzuführenden TWG-Maßnahme war deren

Vergütung von besonderem Belang, da sie einen erheblichen personellen und strukturellen Mehraufwand beinhalte. Bevor die TWG als neuer Leistungstyp 1.7 in den Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII für Baden-Württemberg eingeführt werden sollte, musste deshalb zunächst ihre Wirksamkeit als zeitliche befristete Intensivbetreuung mit einem rehabilitativen Auftrag untersucht werden. Die Durchführung dieses dreijährigen Modellversuchs von 2002 bis 2005 wurde am 19.06.2001 vom Verbandsausschuss des LWV Württemberg-Hohenzollern beschlossen. Dabei wurde im Rahmen einer Evaluationsstudie die Wirksamkeit der TWG-Leistung wissenschaftlich untersucht (vgl. ebd.).

5.2 Vorstellung des Modellversuchs

- **Ziel**

Menschen mit geistiger Behinderung und SHV sollte während des auf drei Jahre befristeten TWG-Aufenthalts ein angemessener Lebensraum geboten werden. Der rehabilitative Auftrag der TWG-Leistung bestand in der Wiedereingliederung (Reintegration) der Bewohner in eine allgemeine Betreuungsform im Anschluss an die TWG. Dies sollte durch die Lösung und Veränderung der SHV der Bewohner mittels fördernden und therapeutischen Maßnahmen ermöglicht werden (vgl. ebd., S. 7).

- **Vorbedingungen für die Ausgestaltung einer TWG**

Die angebotenen Leistungen einer TWG beinhalteten Wohnen und tagesstrukturierende Angebote, wofür die einrichtungsinternen Möglichkeiten ausgeschöpft werden sollten. Es wurden Unterkunft und Verpflegung, Beratungs-, Förderungs- und Pflegemaßnahmen sowie die betriebsnotwendigen Anlagen zur Verfügung gestellt (vgl. ebd., S. 8).

Der Personalschlüssel für den Bereich Betreuung/Förderung/Fachdienst betrug 1 : 0,71 (Mitarbeiter : Bewohner). Eine Voraussetzung dabei war eine deutlich erhöhte Fachkraftquote im Vergleich zu einem Regelwohnheim der Eingliederungshilfe. Hinsichtlich des Arbeitsbereichs Leitung/Verwaltung und Hauswirtschaft wurden separate Vereinbarungen getroffen (vgl. ebd.).

Für die notwendigen räumlichen und baulichen Voraussetzungen wurde für jeden Bewohner ein Einzelzimmer bereitgestellt. Weitere Räumlichkeiten waren Gruppenräume, Räume für therapeutische Maßnahmen, Arbeits- und Beschäftigungszimmer und ein abgeschlossener Außenbereich. Die Bedingungen einer geschlossenen Unterbringung mussten gegeben sein (vgl. ebd.).

Die von der Platzzahl abhängige Vergütungspauschale lag insgesamt oberhalb der Summe aus der Vergütung nach HBG 5 nach dem HMB-W-Verfahren und der Vergütungspauschale für Tagesstrukturierende Maßnahmen (vgl. ebd.).

- **Teilnehmer**

Die am Modellprojekt beteiligten Einrichtungen aus Baden-Württemberg (vier aus Baden, sechs aus Württemberg) schlugen geeignete Teilnehmer vor, die größtenteils aus ihren eigenen stationär betreuten Wohngruppen stammten. Aufgrund ihrer SHV lebten diese meist in sozial stark ausgrenzenden Sondergruppen. Ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl der Teilnehmer war die potentielle Möglichkeit einer Reintegration in eine nichtaussondernde Wohnform (vgl. ebd.).

Insgesamt nahmen 255 Personen am Modellprojekt teil, von denen 62 Prozent männlichen und 38 Prozent weiblichen Geschlechts waren. Die Altersspanne lag zwischen 21 und 71 Jahren, das durchschnittliche Alter war 39 Jahre. Im Durchschnitt lebten die Menschen vor dem Modellprojekt bereits 25 Jahre in einer stationär betreuten Einrichtung. 74 Prozent der Teilnehmer hatten einen oder mehrere Aufenthalte in einem psychiatrischen Krankenhaus (1-2 Aufenthalte = 33,7%; 3-4 Aufenthalte = 14,5%; 5-6 Aufenthalte = 8,6%; mehr als 7 Aufenthalte = 9%). Bei 58 Prozent der Teilnehmer wurde die Diagnose von mindestens einer psychischen Störung nach ICD-10 gestellt (21% mit schizophrener Störung; 10% mit autistischer Störung; 8% mit Epilepsie). Daneben verfügten 21 Prozent über eine körperliche und 15,7 Prozent über eine Sinnesbehinderung. Der Schweregrad der geistigen Behinderung der Teilnehmer wurde von den Mitarbeitern mit 18 Prozent als leicht, mit 39,2 Prozent als mittelgradig, mit 30,6 Prozent als schwer und mit 9,0 Prozent als schwerst ausgeprägt eingeschätzt. Der Großteil der Teilnehmer (48,6 %) gehörte der HBG 4 an (HBG 2 = 0,4%; HBG 3 = 18%; HBG 5 = 28,2 %). Viele der Teilnehmer zeigten körperlich-aggressive oder selbstverletzendes Verhaltensweisen, daneben war andauerndes und/oder zwanghaftes Verhalten häufig anzutreffen. Diese Verhaltensweisen ließen sich meist unabhängig von sozialen Situationen beobachten (52,7%), bei 22,6 Prozent traten sie im Beisein eines Betreuers auf (vgl. ebd., S. 17ff.).

- **Evaluation**

Der Medizinisch-Pädagogische Dienst der LWV führte als wissenschaftliche Begleitung die Evaluation des Modellprojekts durch. Diese sollte Aufschluss darüber geben, ob und unter welchen Voraussetzungen die rehabilitative Zielsetzung einer TWG durch intensivierete Betreuung und Förderung erreicht werden kann. Besonders interessant war dabei, inwiefern ein Zusammenhang zwischen der Zielerreichung und individuellen Merkmalen der Bewohner bzw. Unterschieden in Konzeption oder Methodik zwischen den Einrichtungen besteht. Es wurde untersucht, ob sich der TWG-Aufenthalt auf die Lebensbedingungen der Bewohner

auswirkt und ob mit dem zeitlich begrenzten Konzept überhaupt eine Reintegration ermöglicht werden kann. Es sollten Faktoren ausgemacht werden, die sich als förderlich oder als hinderlich für die Reintegration erwiesen (vgl. ebd., S. 10). Die erforderlichen Daten wurden mithilfe strukturierter Dokumentationsbögen über die Teilnehmer erhoben, die von den Einrichtungen ausgefüllt wurden. Zusätzlich machten Mitarbeiter der TWGs Angaben zu wichtigen Aspekten des Modellversuchs in freier Form.

5.3 Effekte des TWG-Aufenthalts

Die Ergebnisse der Auswirkungen des Modellversuchs TWG werden zusammengefasst wiedergegeben und dabei diesen vier Kategorien zugeordnet:

1. Teilhabe
2. Schwerwiegend Herausforderndes Verhalten
3. Kompetenzentwicklung
4. Lebenssituation

5.3.1 Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Im Sinne der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs kann sich Teilhabe in dreierlei Hinsicht realisieren: durch die Wohnform, durch Arbeit/Beschäftigung oder durch soziale Netzwerke.

- **Teilhabe durch Reintegration in allgemeine Wohnform**

Von den Mitarbeitern der TWG wurden zu jedem Bewohner Einschätzungen gemacht, ob die Reintegration in eine allgemeine Wohnform möglich und deshalb kein weiterer Aufenthalt in einer TWG notwendig ist. Für 55 Prozent der Bewohner wurde diese Bewertung getroffen, von denen letztendlich 32 Prozent tatsächlich in eine allgemeine Wohnform eingegliedert wurden. Die Wahl des Wohnorts fiel bei jeweils zwei Personen auf die ehemalige Wohngruppe bzw. auf ein Appartement mit Angliederung an ein Wohnheim. Für die restlichen Bewohner wurden neue Wohnmilieus gefunden. Bei 45 Prozent sahen die Mitarbeiter keine Möglichkeit zur Reintegration und betrachteten stattdessen ein weiteres Verbleiben des Bewohners in einer TWG als erforderlich. Die Art der psychischen Störung scheint hinsichtlich der Reintegrationsprognose kein aussagekräftiger Indikator zu sein (vgl. ebd., S. 39ff.).

Die Träger der TWGs gaben an, bei der Suche von Anschlusswohnformen immer wieder auf Ablehnung bei anderen Wohneinrichtungen zu stoßen. Als mögliche Erklärungen dafür wurden genannt, dass für deren Träger die Aufnahme eines Menschen mit SHV mit finanziellen Unwägbarkeiten verbunden und deshalb zu riskant sei. Außerdem seien die TWG-Bewohner durch ihren Aufenthalt stigmatisiert. So würden die Angehörigen der potentiellen Mitbewohner anderer Wohngruppen die Aufnahme eines TWG-Bewohners nicht akzeptieren. Weitere Gründe für die Ablehnung anderer Leistungserbringer waren die fehlende Qualifikation ihrer Mitarbeiterschaft und der Mangel an räumlicher, sächlicher und struktureller Ausstattung für den Personenkreis von Menschen mit SHV (vgl. ebd., S. 40).

- **Teilhabe durch Beschäftigung**

Die erneute Aufnahme bzw. der Erhalt einer Beschäftigung der TWG-Bewohner außerhalb ihres Wohnumfelds wurde als wichtige Maßnahme auf dem Weg zur Reintegration in eine allgemeine Wohnform betrachtet. Zum Abschluss des Modellversuchs wurden 85 Prozent der Teilnehmer außerhalb der TWG beschäftigt (41% im Arbeitsbereich einer WfbM, 39% im FuB, 20% mit anderweitiger Beschäftigung). Diese hohe Beschäftigungsquote konnte durch flexibilisierte Zeiten der Beschäftigung, abgestimmte Tätigkeiten an die individuellen Fähigkeiten der Klienten und eine stärker unterstützte individuelle Tagesgestaltung durch TWG-Mitarbeiter erreicht werden (vgl. ebd., S. 41ff.).

- **Teilhabe durch soziale Netzwerke**

Innerhalb der TWG haben 29 Prozent der Klienten am Ende der Maßnahme Kontakt zu ihren Mitbewohnern. 85 Prozent der TWG-Bewohner hatten während ihres Aufenthalts durchgängigen Kontakt zu ihren Angehörigen. Dabei kam es zu keiner Erhöhung der Häufigkeit der Kontakte, sondern lediglich zu Verschiebungen innerhalb der Frequenzen. Der Anteil der Bewohner mit Kontakten zu Personen außerhalb ihrer Wohngruppe hat sich von 18 Prozent vor dem Einzug auf 26 Prozent nach Ablauf der drei Jahre erhöht. Im Laufe des Aufenthalts bilden sich bei den Bewohnern immer mehr Präferenzen zu Mitarbeitern innerhalb (56%) und außerhalb der TWG (37%) aus (vgl. ebd., S. 44ff.).

5.3.2 Schwerwiegend Herausforderndes Verhalten

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass Anzahl, Häufigkeit und Gefährdungspotential der SHV kontinuierlich abnahmen. Bemerkenswert ist dabei die Reduktion der Häufigkeit von „unentwegt gezeigten Verhaltensweisen“ (ebd., S. 47), die also mehr als zweimal täglich auftraten. Die Mitarbeiter schätzten zum Ende des dreijährigen Aufenthalts die anvisierten Veränderungen der Verhaltensweisen mit einem Anteil von 19

Prozent als vollständig erreicht an. Für 61 Prozent der Bewohner seien die Veränderungsziele nur teilweise und für 16 Prozent kaum bis gar nicht erreicht worden zu sein (vgl. ebd., S. 51).

Psychopharmaka wurden von 93 Prozent der Bewohner regelmäßig und von 63 Prozent bei Bedarf eingenommen. So wurden durchschnittlich 2,8 Medikamente regelmäßig verabreicht, wobei es zu keiner Reduktion dieser Anzahl im Laufe des TWG-Aufenthalts kam (vgl. ebd., S. 56).

Bei manchen Bewohnern wurden in Krisensituationen FEM in Form von Fixierungen oder Auszeiten angewandt. Sie dienten der „vorübergehende[n] Beschränkung des Bewegungsfreiraums“ (ebd., S. 57). Dies betraf vor dem Einzug in die TWG 69 Prozent der Bewohner, während es beim Auszug bei 49 Prozent festgestellt werden konnte. Fixierungen bzw. Auszeiten wurden zu Beginn bei 57 bzw. 47 Personen eingesetzt, was sich auf 27 bzw. 22 Personen beim Auszug reduzierte (vgl. ebd., S. 57).

Sowohl Länge als auch Anzahl der Aufenthalte in stationär betreuten, psychiatrischen Krankenhäusern konnten während des TWG-Aufenthalts massiv reduziert werden (vgl. ebd., S. 58).

5.3.3 Kompetenzentwicklung

Beim Vergleich der Kompetenzen zwischen Ein- und Auszug konnten folgende Feststellungen bei den Bewohnern gemacht werden (vgl. ebd, S. 60):

- Beim Sprachverständnis haben sich 22 Prozent der Teilnehmer verbessert.
- 17,5 Prozent der Bewohner steigerten ihre Sprechfähigkeiten.
- Die Lenkbarkeit der Teilnehmer erhöhte sich bei 33 Prozent.
- Bei 28 Prozent der Bewohner konnte eine gewachsene Frustrationstoleranz ausgemacht werden.
- Verschlechterungen der Kompetenzen betreffen je nach Fähigkeit 3 bis 9 Prozent der Bewohner.

5.3.4 Lebenssituation

Jeweils nach einem, zwei und drei Jahren der TWG-Maßnahme äußerten die Mitarbeiter ihre Bewertung zur Veränderung der Lebenssituation ihrer Klienten im Vergleich zu deren Zustand bei der Aufnahme. Nach einem Jahr nahmen ca. 66 Prozent der Mitarbeiter bereits eine verbesserte Lebenssituation wahr. Beim Auszug stellten 64 Prozent eine bessere und 14 Prozent eine viel bessere Lebenssituation bei den Teilnehmern fest. Demgegenüber konstatierten 18,9 Prozent eine unveränderte, 1,5 Prozent eine schlechtere und 0,5 Prozent eine viel schlechtere Lebenslage bei den Teilnehmern des Modellversuchs (vgl. ebd., S. 62).

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse

Im Modellversuch wurde gezeigt, dass sich empirisch keine feststellbaren Personenmerkmale (Alter, psychische Störung, Schweregrad der geistigen Behinderung) zur Prognose der Reintegration bzw. der Veränderung von SHV nachweisen lassen. Dazu sollten eher der Fortschritt des gestörten Mensch-Umwelt-Verhältnisses betrachtet werden (z.B. bzgl. Steuerungsfähigkeit durch sich selbst oder andere Personen), da der möglichst frühe Einsatz von Interventionen vermutlich entscheidend ist. Damit wird unterstellt, dass zu diesem frühen Zeitpunkt noch wenige Lebensbereiche vom SHV betroffen sind. Die Person sei dann eher in der Lage, sich selbst zu steuern (Frustrationstoleranz) bzw. könne wirksamer von außen gesteuert werden (Lenkbarkeit) (vgl. ebd., S. 87).

Die TWG-spezifischen Leistungen (umfassende Diagnostik und Assessment, Veränderung der Medikation, therapeutische Angebote) hängen am engsten mit der Verringerung der Anzahl der SHV zusammen (höchste Korrelation). Diese Leistungen einer TWG können deshalb als Merkmale zielorientierter und interdisziplinärer Arbeit begriffen werden (vgl. ebd., S. 70).

Hinsichtlich der SHV konnten Gefährdungspotential und Häufigkeit kontinuierlich reduziert werden. Besonders bei Verhaltensweisen, die auf ernste bis hochkritische Momente hinsteuern, hat diese Verringerung große Bedeutung. Auch die verminderte Häufigkeit von Verhalten, das das Gruppengeschehen fortgesetzt stört, ist wesentlich für die Reintegration in eine allgemeine Wohnform und das damit verbundene Zusammenleben auf einer Wohngruppe (vgl. ebd., S. 87).

Die Anzahl erfolgter Reintegrationen stieg erst im dritten und letzten Jahr des TWG-Aufenthalts an. Als Ursache hierfür wurde der späte Beginn der Suche einer Anschlusswohnform durch die Mitarbeiter genannt. Ein weiterer Grund sei die Ablehnung anderer Einrichtungen zur Aufnahme der TWG-Klienten (vgl. ebd., S. 89). Zwischen den als möglich bewerteten Reintegrationen (55 %) und den tatsächlich erfolgten Wiedereingliederungen (32 %) bestand eine große Diskrepanz, die auf die großen Schwierigkeiten bei der Bestimmung der Anschlusswohnform zurückgeht (vgl. ebd., S. 89f.).

Letztendlich konnte die Leistungsmaßnahme der TWG nicht in den Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII aufgenommen werden (vgl. KVJS 2012). Dies liegt vermutlich an den damit verbundenen, enorm hohen Mehrkosten für die Stadt- und Landkreise als Kostenträger. Dennoch besteht für Leistungserbringer die Möglichkeit, eine TWG durch Einzelvereinbarungen mit dem örtlichen und überörtlichen Kostenträger (KVJS) zu gründen, wie sich an den sechs Einrichtungen in Baden-Württemberg zeigt.

Teil II: Die Umsetzung des rehabilitativen Auftrags in einer TWG

6. Methodisches Vorgehen

Um einen Zugang zum Feld zu erlangen, konnten über eine Mitarbeiterin eines Wohlfahrtsverbands Namen und Ansprechpartner von TWGs erfahren werden. Diese sollten sich in Baden-Württemberg befinden, um den Aufwand für die geplante Untersuchung in einem leistbaren Rahmen zu halten. Außerdem könnte damit eine Vergleichbarkeit der zu untersuchenden Einrichtungen hergestellt werden, da ähnliche Leistungsvereinbarungen aufgrund der Zuständigkeit desselben überörtlichen Sozialhilfeträgers (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, KVJS) zu erwarten waren. Durch den Ansprechpartner des Wohlfahrtsverbands konnten vier TWG-Einrichtungen und dazugehörige Ansprechpartner in Baden-Württemberg ausgemacht werden. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden noch zwei weitere Anbieter in Erfahrung gebracht. Die sechs Einrichtungen wurden mit einer groben Darstellung des Forschungsvorhabens kontaktiert. Von den sechs Kontaktaufnahmen wurden vier beantwortet, darunter zwei Absagen aus zeitlichen Gründen und zwei Einladungen zu einem Vorabgespräch, wo das Untersuchungsvorhaben näher besprochen werden sollte.

Zu diesem Zeitpunkt konnte das Forschungsinteresse durch weitere Informationen zu den TWGs klarer umrissen werden, wodurch sich eine präzisere Fragestellung formulieren ließ. Die zentrale Leitfrage der Untersuchung lautet, wie der rehabilitative Auftrag in einer TWG umgesetzt wird. Von Beginn an sollte es dabei jedoch nicht nur um die ergriffenen pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen während des TWG-Aufenthalts gehen. Vielmehr war auch der Prozess der Wiedereingliederung in eine Regelwohnform von großem Interesse. Auf die Praxis bezogen bedeutet dies, wer an der Umsetzung des rehabilitativen Auftrags beteiligt ist, wie sich dieser Prozess gestaltet, welche Schwierigkeiten dabei auftreten und auch welche Faktoren sich dabei als förderlich oder hinderlich erweisen. Für dieses Interesse wurden qualitative Befragungen sowohl der Mitarbeiter, als auch der ehemaligen Bewohner von TWGs als sinnvoll erachtet. Mit den Interviews der Mitarbeiter als „Experten“ für die Realität der TWG sollten vor allem Erkenntnisse zu o.g. Fragestellungen erzielt werden. Auch in den Befragungen der ehemaligen Bewohner sollte es um ihre Sichtweise zur TWG-Arbeit gehen. Viel wichtiger waren bei den Klienteninterviews jedoch Einblicke in ihre heutige Lebenssituation, um Aufschluss über die Wirksamkeit der TWG-Maßnahme zu erhalten. Dazu soll-

ten sowohl Bewohner befragt werden, bei denen die Wiedereingliederung in eine Regelwohnform gelungen ist, als auch jene Klienten, die nicht in eine solche reintegriert werden konnten. Dadurch ließen sich möglicherweise förderliche oder hinderliche Faktoren bei der Wiedereingliederung aus der Perspektive der TWG-Klienten ausmachen.

Dieses Forschungsvorhaben wurde dann vor Ort bei den angesetzten Gesprächen mit Herrn Kerner, Vorstand der David-Stiftung, und Herrn Eckert, Heimleitung der Paulus-Hilfe, vorgestellt. Beide Personen erklärten sich bereit, das Vorhaben in ihrer Einrichtung zu unterstützen und zu realisieren. Es wurde vereinbart, jeweils zwei Mitarbeiter zu suchen, um damit verschiedene Sichtweisen auf die Umsetzung des rehabilitativen Auftrags erheben zu können. Ein Anliegen bei der Mitarbeiterauswahl war, dass diese als Aufgabengebiet entweder die Gruppenleitung oder die Therapieleitung innehaben. Dadurch befanden sie sich in ihrer täglichen Arbeit sehr nahe an der Praxis und waren durch ihr gesammeltes „Expertenwissen“ imstande, Auskünfte zu o.g. Fragestellungen zu geben. Hinsichtlich der Bewohner sollten für jede TWG jeweils eine Person als Beispiel für eine „gelungene“ sowie für eine „nicht-gelungene“¹⁹ Wiedereingliederung befragt werden. Dieses Vorhaben gaben Herr Kerner und Herr Eckert an ihre Mitarbeiterteams weiter, von denen sich jeweils zwei bereit erklärten, sich zu den o.g. Themen befragen zu lassen. Mit diesen vier Personen wurde dann der Kontakt aufgenommen und Termine für das Interview vereinbart. Folgende Mitarbeiter wurden in dieser Reihenfolge befragt:

- 1) Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung
- 2) Claudia Schneider (Therapieleitung²⁰) und Rosemarie Weller (Sozialdienst²¹), TWG David-Stiftung
- 3) Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe
- 4) Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe

¹⁹ Darunter werden Klienten verstanden, die nicht in eine Regelwohnform reintegriert werden konnten, da sie auch nach der TWG-Maßnahme Betreuungsstrukturen benötigen, die über das übliche Maß einer Regelwohnform hinausgehen.

²⁰ Der Psychologische Fachdienst der David-Stiftung und die Therapieleitung der Paulus-Hilfe haben laut den Konzeptionen der beiden TWGs dieselben Aufgabengebiete. Deshalb werden beide mit dem Titel „Therapieleitung“ benannt, um eine bessere Lesbarkeit zu ermöglichen

²¹ Da Frau Schneider zum Zeitpunkt des Interviews erst kürzlich ihre Arbeitsstelle als Therapieleitung antrat, äußerte sie sich unsicher, ob sie schon über genügend Wissen zur Beantwortung der Interviewfragen verfüge. Deshalb wünschte sie sich, dass auch Frau Weller aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit als Sozialdienst der TWG am Interview teilnimmt.

Die Interviews fanden in den jeweiligen Büros der Personen vor Ort statt. Nach dem Interview wurden gemeinsam die für die Klienteninterviews infrage kommenden ehemaligen Bewohner ausgewählt. Diese wurden anschließend über die jeweilige Wohngruppe kontaktiert und dabei entweder persönlich oder über einen Mitarbeiter zu ihrer Bereitschaft zur Interviewteilnahme befragt. Auch von den gesetzlichen Betreuern wurde das jeweilige Einverständnis eingeholt. Die ehemaligen Bewohner wurden für das Interview auf ihrer Wohngruppe in folgender Reihenfolge besucht:

- 1) Timo Gartling, David-Stiftung
- 2) Peter Reinhard, David-Stiftung
- 3) Achim Paschke, Paulus-Hilfe
- 4) Britta Conrad, Paulus-Hilfe

Insgesamt waren die Terminvereinbarungen und vor allem die Anreise zu den Interviews mit großem (zeitlichen) Aufwand verbunden, da die verschiedenen Treffen meist nicht gebündelt an einem Tag stattfinden konnten. Aufgrund dessen war es aus arbeitsökonomischen Gründen nicht möglich, Vorgespräche mit den Interviewpartnern zu führen. Dennoch nahm man sich vor jedem Interview genügend Zeit, um sich bekannt zu machen, eine angenehme und möglichst vertraute Atmosphäre herzustellen sowie den Ablauf der Befragung zu klären (vgl. dazu Helfferich 2005).

Für die Befragungen wurde ein Leitfaden erstellt, um das Interview thematisch vorzustrukturieren. Damit sollte man dem Interviewpartner in seiner Expertenrolle gerecht werden und gleichzeitig eine eigene Kompetenz hinsichtlich der Thematik erweisen. Außerdem galt es, die Befragung auf das „funktionsbezogene Sonderwissen“ (Meuser/Nagel 2003, S. 58) der Mitarbeiter hinzulenken. Dennoch wurde der Leitfaden in den Interviews stets flexibel gehandhabt. Zu einem Teil wurden die Befragungen als Experteninterviews angelegt, um das spezifische Rollenwissen des Gesprächspartners zu erfragen (vgl. ebd.). Dennoch mussten auch narrativ-beschreibende Anteile zum Einsatz kommen, weshalb das Interview als Mischform angelegt wurde. Vor allem zu Beginn wurden deshalb möglichst offene Fragen gewählt, um dem Interviewpartner zu ermöglichen, in eine „Erzählstimmung“ zu kommen. Dadurch sollten seine Erfahrung und sein Wissen zum Gegenstandsbereich aktiviert und durch die offene Frageform eine selbstläufige Beschreibung des Sachverhalts stimuliert werden (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010, S. 132). Zudem war mit der allerersten Frage des Interviews dem Gegenüber die Möglichkeit gegeben, sich selbst als Experte für die institutionelle Wirklichkeit der TWG zu präsentieren. Es galt deshalb für den Interviewer, Interesse an dem spezifischen Rollenwissen des Experten zu bekunden und ihn als Zugangsmedium zur institutionellen Realität der TWG zu

betrachten. Dennoch sollte das erarbeitete Vorwissen des Interviewers dazu dienen, die Rollen während der Befragung trotz des Wissensvorsprungs des Experten nicht zu ungleichmäßig zu verteilen (vgl. ebd., S. 131ff.; Meuser/Nagel, S. 57).

Diese zu Beginn größtmögliche Offenheit der Fragen wurde im Laufe des Interviews mehr und mehr eingeschränkt. Nachdem Fragen gestellt wurden, die sich direkt auf die Beschreibungen der Wirklichkeit durch die Experten bezogen, folgten gezielte Fragen zu Themen, die bisher noch nicht besprochen wurden. Grundsätzlich wurde dabei versucht, das Expertenwissen im Zusammenhang mit Fallbeispielen und konkreten Prozessen hervorzurufen. Damit sollte der praktische Charakter dieses Wissens und seine Entstehung ersichtlich gemacht sowie in einen erkennbaren Kontext eingebettet werden (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010, S. 136). Mit der letzten Frage wurde dann dem Interviewpartner Gelegenheit gegeben, seine Einschätzung zur TWG-Maßnahme zu geben, um dadurch seine eigenen Erfahrungen zu bilanzieren und zu verallgemeinern.

Die Interviews mit den ehemaligen Klienten wurden im Gegensatz zu der Mischform bei den TWG-Experten mehr narrativ-erzählend gestaltet. Es sollte eine möglichst offene Anfangsfrage gestellt werden, um beim Interviewpartner eine Erzählung über seine eigene Wohnbiographie oder über seine heutige Wohnsituation zu generieren (vgl. Riemann 2003, S. 121). Daran schlossen sich immanente Nachfragen an, die sich direkt auf diese Erzählung bezogen. Auch hier wurde die Offenheit der Fragen im Verlauf des Interviews eingeschränkt, um dann exmanente Fragen zu stellen, die nicht auf die bisherigen Darstellungen zurückgehen (vgl. ebd., S. 122). Generell sollten alle Fragen möglichst narrativ gestaltet werden, um beim Interviewpartner das „Erzählpotential auszuschöpfen“ (ebd.). Für die Klienteninterviews wurde ebenfalls ein Leitfaden erstellt, der nur als Erinnerungsstütze diente, um möglichst alle relevanten Informationen zu erfragen.

Nach jeder Befragung wurden in einem Interviewprotokoll erste Eindrücke zur Befragungssituation, dem Interviewverlauf sowie weiteren Merkmalen der Kommunikation und Interaktion während des Interviews notiert. Alle acht Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Dabei wurden sämtliche personen- und trägerbezogenen Daten (Namen, Straßen, Orte etc.) anonymisiert, um keinerlei Rückschlüsse auf die jeweilige Person bzw. den jeweiligen Träger zuzulassen. Manche dieser Daten (z.B. Alter der Klienten) erwiesen sich als wichtig hinsichtlich der Datenauswertung und wurden deshalb nur geringfügig verändert. Damit konnte der Informationsgehalt der Daten bewahrt und gleichzeitig die Anonymität der Person weiterhin garantiert werden.

7. Darstellung der Ergebnisse

7.1 Historischer Abriss zu den untersuchten Einrichtungen

7.1.1 Paulus-Hilfe

Die Paulus-Hilfe wurde 1871 unter dem Titel „Philippuswerk“ gegründet und hielt diesen Namen bis zur Eigenständigkeit im Jahr 1975. Heute bildet die Paulus-Hilfe ein Tochterunternehmen der Dachgesellschaft „Philippuswerk Baden-Württemberg“. Ursprünglich geht die Organisation auf die private Initiative eines Lehrers zurück und bestand anfangs lediglich aus einer Krankenabteilung und einigen „Unheilbaren“ sowie sechs Krankenschwestern (vgl. Paulus-Hilfe 2014a). Es wurde eine Bewahr- und Pflegeanstalt errichtet, um Langzeiterkrankte und Menschen aufzunehmen, die aufgrund ihres Betreuungsaufwands, Aussehens oder Verhaltens nirgendwo anders Hilfe erhielten. Hierzu gehörten von Anfang an auch Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung, welche damals „Wahnsinnige“, „Idioten“, „Tolle“, „Kretins“ etc. genannt wurden. Von Beginn an sollte die Anstalt den Charakter einer karitativen und auf christlichen Werten beruhenden Privatanstalt haben (vgl. Paulus-Hilfe 2014b).

Im Laufe der Zeit wird die Heil- und Pflegeanstalt baulich erweitert und es kommen weitere Bewahranstalten sowie Heilanstalten und Schulen für Kinder und Jugendliche hinzu. In der Mitte des 20. Jahrhunderts werden WfbM eingerichtet. Die Krankenabteilung des Philippuswerks wird 1875 in ein Fachkrankenhaus umgewandelt und zieht als neu gegründete Paulus-Hilfe in ein eigenes Gebäude. Hinzu kommt später eine eigene Schule für Kranke, welche die in der Klinik stationär betreuten Kinder und Jugendlichen besuchen (vgl. ebd.). Zusätzlich wird an das Fachkrankenhaus ein Sozialtherapeutisches Heim angegliedert. Dort wohnen und leben Menschen dauerhaft, deren Betreuungsbedürfnisse die Regelstrukturen der Behindertenhilfe übersteigen. Auf diese Zielgruppe hat sich die Paulus-Hilfe mittlerweile spezialisiert. Darunter werden Menschen mit geistiger und/oder Mehrfachbehinderung gefasst, die zusätzlich eine psychische oder körperliche Erkrankung oder schwere Kommunikationsstörungen haben (vgl. Paulus-Hilfe 2014a).

7.1.2 David-Stiftung

Zur Gründung der David-Stiftung als ursprüngliche Heil- und Pflegeanstalt kam es im Jahr 1850. Da die Anstalt von einem Arzt errichtet wurde, spielte zu Beginn besonders die medizinische Konzeption eine große Rolle (vgl. Keller 1996, S. 15ff.). Dadurch sollte die Heilanstalt für „blödsinnige“ Kinder immer auch den Charakter eines Krankenhauses tragen, welches die Heilung der Kinder herbeiführt. Später übernahmen Lehrer die Leitung der „Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige“ (ebd., S. 41), die sich dadurch eher pädagogisch ausrichtete (vgl. ebd., S. 40ff.). Durch eine Erweiterung um eine Beschäftigungsanstalt konnten zum

Ende des 19. Jahrhunderts auch erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung betreut werden. Diesen haus- und landwirtschaftlichen Beschäftigungen wurde eine pädagogische Bedeutung zugemessen. Bis zu diesem Zeitpunkt war die Heil- und Pflegeanstalt auf die Bildung und Heilung der Kinder und Erwachsenen mit geistiger Behinderung ausgerichtet. Da sich aber herausstellte, dass bei manchen dieser Menschen die Bildungsziele nicht erreicht werden konnten, wurde zusätzlich eine Verwahranstalt gegründet. Dort wurde all jenen Menschen einen Platz zum Leben angeboten, die nicht „geheilt“ aus der Anstalt entlassen werden konnten („Unheilbare“) (vgl. ebd.). Aufgrund der Abgeschiedenheit und der erzieherischen Ausrichtung hatte die Anstalt bald den Charakter einer „pädagogischen Insel“ (ebd., S. 83).

Nach und nach wurden für die Klientel der Menschen mit geistiger Behinderung weitere Anstaltsgebäude, Werkstätten und verschiedene Sonderschulen errichtet. Heute bietet die David-Stiftung Leistungen der Behinderten- und der Jugendhilfe in den Bereichen Frühförderung, Familienarbeit, schulische und berufliche Bildung sowie Arbeit und Wohnen an. Der Leistungsträger verfügt durch Dezentalisierungsmaßnahmen über zahlreiche Außenwohngruppen. Eine weitere Spezialisierung des Tätigkeitsbereichs besteht durch das Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. David-Stiftung 2014).

7.2 Die rechtlichen Grundlagen zum Leistungsangebot „Therapeutische Wohngruppe“

Das Leistungsangebot TWG stellt eine Ergänzung des Rahmenvertrags für Baden-Württemberg nach § 79 Abs. 1 SGB XII dar. In diesem Rahmvertrag zu Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII werden Grundsätze der Leistungserbringung von stationärer bzw. ambulanter Betreuung sowie tagesstrukturierenden Maßnahmen geregelt. Der Vertrag wurde zwischen zahlreichen Leistungserbringern (darunter auch die David-Stiftung) und dem KVJS als überörtlichem Träger der Sozialhilfe in Baden-Württemberg sowie dem Landkreis-, Städte- und Gemeindetag Baden-Württembergs abgeschlossen. Die Paulus-Hilfe zählt in diesem Zusammenhang nicht zu den unterzeichnenden Partnern des Rahmenvertrags (vgl. KVJS 2012).

Die TWG ist eine Leistung der Eingliederungshilfe, weshalb Menschen mit geistiger Behinderung als leistungsberechtigt i.S.v. §§ 53ff. SGB XII gelten. Zur Zielgruppe der TWG zählen erwachsene²² Menschen mit wesentlicher geistiger und/oder Mehrfachbehinderung und zusätzlichen SHV. Auf der rechtlichen Ebene werden darunter die Gefährdung der eigenen oder anderer Personen, die schwerwiegende Beeinträchti-

²² Für die nach §§ 53ff. SGB XII leistungsberechtigten Kinder mit geistiger Behinderung wurden die sog. „Sozialtherapeutischen Wohngruppen“ (STWG) eingerichtet, welche in der vorliegenden Arbeit unberücksichtigt bleiben.

gung von Mitmenschen oder häufige Zerstörung von Sachobjekten gefasst. Aufgrund dessen würden diese Personen oftmals oder regelmäßig FEM und/oder medikamentöse Interventionen benötigen. Diesem Personenkreis werde weiterhin aufgrund des gezeigten Verhaltens die Teilnahme an Regelangeboten der Eingliederungshilfe verwehrt (vgl. David-Stiftung 2012, S. 3f.; Paulus-Hilfe 2012, S. 2).

Das Leistungsangebot TWG umfasst vollstationäre Hilfen und tagesstrukturierende Maßnahmen. Dazu zählen Unterkunft, Verpflegung, Betreuungs- und Beratungsmaßnahmen, Förderung und Pflege sowie die Bereitstellung der betriebsnotwendigen Anlagen und Personal. Vom Leistungserbringer werden tagesstrukturierende Angebote bereitgestellt, wie z.B. WfbM, FuB oder Schule. Leistungsumfang und Leistungsinhalte orientieren sich an §§ 53 ff. SGB XII und insbesondere an den individuellen Bedürfnissen der betreuten Personen sowie dem nach § 58 SGB XII zu erstellenden individuellen Gesamtplan (vgl. David-Stiftung 2012, S. 3f.; Paulus-Hilfe 2012, S. 3).

Als übergeordnetes Ziel der TWG-Leistung gilt die (Wieder-)Eingliederung in reguläre Betreuungsangebote der Eingliederungshilfe (rehabilitativer Auftrag). Erreicht werden soll dieses Ziel durch Förderung und therapeutische Maßnahmen. Diese streben Verbesserungen der SHV und bei der medikamentösen Intervention sowie die Reduktion der FEM an (vgl. David-Stiftung 2012, S. 4; Paulus-Hilfe 2012, S. 3). Für die therapeutischen Maßnahmen wird ein interdisziplinäres Team zusammengestellt, bestehend aus Pädagogen, Psychologen und Psychiater. Letzterer hat die Aufgabe, an Diagnostik und Assessment sowie an der Erstellung individueller Betreuungs- und Therapiepläne mitzuarbeiten. Außerdem steht er als fester Ansprechpartner dem Mitarbeiterteam der TWG zur Verfügung (vgl. David-Stiftung 2012, S. 3; Paulus-Hilfe 2012, S. 3).

Die Hauptverantwortung für die für jeden Bewohner zu erstellenden, individuellen Betreuungs- und Therapiepläne obliegt der Therapieleitung, die mit einem Pädagogen oder einem Psychologen besetzt wird. Diese Personen sind dafür verantwortlich, dass Betreuungs- und Therapieleistungen geplant, umgesetzt und dokumentiert werden. Zusätzlich sind sie an der Organisation von Aufnahmen in die TWG bzw. der Organisation und Begleitung des Transfers in eine andere Wohnform beteiligt (vgl. David-Stiftung 2012, S. 3; Paulus-Hilfe, S. 3).

Für den Bereich Betreuung/Förderung/fachliche Begleitung wird ein Personalschlüssel von 1 : 0,71 festgelegt. Dieser Wert stellt das Verhältnis von angestellten Mitarbeitern zu betreuten Klienten dar und bedeutet hier, dass mehr als ein vollzeittätiger Mitarbeiter (= 100% Stellenumfang) pro Klient vorgesehen ist. Für eine TWG-Gruppe von sechs Personen können demnach 845 Prozent an Personal vergeben werden²³. Des

²³ Rechnung: Wird der Personalschlüssel 1 : 0,71 auf 1 Bewohner umgerechnet, ergibt sich ein Verhältnis von 1,4 : 1 (Mitarbeiter : Bewohner). In einer Gruppe mit sechs Bewohnern können demnach 8,45 Mitarbeiter mit einem Stellenumfang von 100 % angestellt werden .

Weiteren ist eine Fachkraftquote von 70 Prozent vorgesehen, Nicht-Fachkräfte dürfen nur neben Fachkräften im Dienst sein. Das Personal sollte für die Arbeit in der TWG qualifiziert sein und über ausreichend Kenntnisse, Kompetenzen und Erfahrungen im Umgang mit der Zielgruppe verfügen (vgl. David-Stiftung 2012, S. 5; Paulus-Hilfe 2012, S. 4).

An sächlicher Ausstattung sollen in einer TWG zusätzlich zu den gemäß dem Landesheimgesetz (LHeimG) üblichen Standards ein Therapie- und ein Beschäftigungszimmer für die interne Tagesstruktur, eine abgeschlossene Außenanlage, ein Schmierzimmer und ein Schutzraum vorhanden sein. Jegliche räumliche und sächliche Ausstattung verfügt über eine belastbare Ausführung (vgl. David-Stiftung 2012, S. 5; Paulus-Hilfe 2012, S. 4).

Vom Leistungsträger erhält der Leistungserbringer der David-Stiftung bei Abschluss einer Vereinbarung eine Kostenzusage für 18 Monate mit der Option auf eine Verlängerung um sechs Monate in begründeten Einzelfällen (vgl. David-Stiftung 2012, S. 9). Beim Leistungserbringer der Paulus-Hilfe beträgt die genehmigte Zeitdauer der Maßnahme 24 Monate, wobei Abweichungen von dieser Dauer in begründeten Einzelfällen ebenfalls möglich sind (vgl. Paulus-Hilfe 2012, S. 2).

Als Gesamtplatzzahlen sind bei beiden Leistungserbringern 24 TWG-Plätze vorgesehen. Diese werden in jeweils vier Gruppen à sechs Personen untergebracht (vgl. David-Stiftung 2012, S. 6; Paulus-Hilfe 2012, S. 3).

7.3 Die Arbeitsweise in TWGs

Um ein Verständnis für die Umsetzung des rehabilitativen Auftrags von TWGs zu erzielen, ist es hilfreich, sich die Arbeitsweise des gesamten, interdisziplinären Teams zu vergegenwärtigen. Diese lässt sich anhand des idealtypischen Prozesses eines TWG-Aufenthalts anschaulich darstellen. Darin kommen bereits erste Andeutungen zu Besonderheiten des TWG-Leistungsangebots zum Vorschein. Insgesamt finden sich bei den untersuchten Einrichtungen zahlreiche Gemeinsamkeiten hinsichtlich aller hier genannten Bereiche, diese werden deshalb einheitlich dargestellt. Unterschiede tauchen hingegen nur marginal auf und werden dann als solche gekennzeichnet.

7.3.1 Aufnahme

Die Klientel von TWGs kommt zum Großteil aus stationär betreuten Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Dabei handelt es sich meist um reguläre Wohnheime der Eingliederungshilfe (s.o.), die weder von

ihrer Konzeption noch von ihren verfügbaren Ressourcen auf die Zielgruppe von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV eingestellt sind. Die dort gezeigten Verhaltensweisen dieser Menschen belegen, dass sie andere Wohn- und Lebensbedürfnisse haben, denen die Ressourcen in den Regeleinrichtungen der Eingliederungshilfe bisher nicht gerecht werden konnten. Deshalb haben Menschen mit SHV in ihrer bisherigen Lebensgeschichte bereits zahlreiche negative Erfahrungen machen müssen, wozu auch häufige und langwierige Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern zählen. Zu diesen Einweisungen kommt es meist aufgrund eskalierender Situationen in den bisherigen Wohnformen und da die dortige Mitarbeiterschaft mit diesen Menschen schlichtweg nicht zurechtkommt. Da sich auch nach den Psychiatrieaufenthalten die Situation im bisherigen Wohnsetting der Menschen mit SHV als Notlage darstellt, kommt es zur Anfrage nach einem freien Wohnplatz in der TWG:

„sie haben, ähm, in der regel eine NOT, äh, weil irgendwo jemand nich klarkommt und deswegen, wegen dieser not wird bei uns angefragt, habt ihr n platz für den menschen, wir kommen nich mehr zurecht.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 199, Z. 23)

Durch den gesetzlichen Betreuer erfolgt dann sowohl die Anfrage nach einem freien TWG-Platz in der Einrichtung selbst, als auch die Leistungsbeantragung beim zuständigen Sozialamt des Stadt- oder Landkreises der betreffenden Person. Eine Kostenzusage des Sozialamts wird dann erteilt, wenn von den dortigen Case-Managern der Bedarf einer anderen Wohnform für den zu betreuenden Menschen ebenfalls erkannt wird. Der rehabilitative Auftrag mit den verbundenen Erwartungen wird in diesem Sinne sowohl vom gesetzlichen Betreuer bzw. den Angehörigen und der Familie des Klienten, als auch vom Kostenträger gestellt. Die Aufnahmeanfrage durch den gesetzlichen Betreuer bei der TWG wird von der Therapieleitung und dem Sozialdienst bearbeitet. Dabei werden die erhaltenen Unterlagen zum „Bewerber“ gesichtet und überprüft, wie z.B. Akten, Entwicklungsberichte oder Protokolle von Hilfeplangesprächen. Dadurch können die Therapieleitungen eine erste Einschätzung zur Eignung der betreffenden Person für die TWG abgeben. Nach der Kontaktaufnahme mit dem gesetzlichen Betreuer findet mit ihm ein Informationsaustausch zusammen mit einem Vertreter des Sozialamts, Wohngruppenmitarbeitern und Therapieleitung statt. Hier werden bereits erste Ziele und deren Richtung besprochen und vereinbart. Ob der Klient zu diesem Gespräch eingeladen wird, handhaben die beiden untersuchten Einrichtungen unterschiedlich:

- *„[...] is man im, im gespräch mit, ähm, in der regel mehr mit den UM-gebenden menschen, weniger mit der person selber. also die sind selten so weit, äh, von, von ihrer intellektuellen fähigkeit und*

oder auch von ihrer Persönlichkeit her, dass sie sagen, JA, ich will jetzt hier ne zeit lang und dann will ich das und das können und dann will ich wieder rauskommen.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 198, Z. 34)

- *„die gesetzlichen betreuer sind dran beteiligt, natürlich au, äh, dr klient, des isch ja <lacht> ganz klar, immer in seine möglichkeita natürlich.“*

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 184, Z. 11)

Wie sich an beiden Zitaten zeigt, spielen auf Seiten des Klienten sowohl die Motivation zur Teilnahme an Maßnahmen und Angeboten, als auch die individuellen Ressourcen eine große Rolle beim gesamten Prozess des TWG-Aufenthalts, was in Kapitel 7.7 erörtert wird.

Ob es in der Paulus-Hilfe vor der Zusage eines TWG-Platzes zu einem Probewohnen kommt, kam weder in den vorhandenen Unterlagen, noch in den durchgeführten Interviews zur Sprache. Von Seiten der David-Stiftung wird der „Bewerber“ zu einem zwei- bis dreitägigen Probewohnen in die TWG eingeladen. Dieses dient dem Kennenlernen der Person und ihren Bedürfnissen, Fähigkeiten, Ressourcen und ihrem Entwicklungsstand. Außerdem erfolgt eine Untersuchung durch den Psychiater der David-Stiftung. Zum Ende des Probewohnens erfolgt dessen Auswertung mit der betreffenden Person, einem Gruppenmitarbeiter und der Therapieleitung. Sowohl hier, als auch bei weiteren internen Gesprächen, die auch in der Paulus-Hilfe stattfinden, wird überprüft, ob die verfügbaren TWG-Ressourcen der individuellen Bedarfslage entsprechen und ob alle weiteren Voraussetzungen vorhanden sind. Äußern sich alle Beteiligten hierzu positiv, muss unter den Bewerbern ein Auswahlverfahren getroffen werden aufgrund der hohen Nachfrage nach TWG-Plätzen. Kommt es zur Zusage eines TWG-Platzes, erhält der Bewerber einen Heimvertrag. Dabei ist noch wichtig zu erwähnen, dass dieser Heimvertrag im Falle der David-Stiftung befristet ausgestellt wird, während er in der Paulus-Hilfe nicht auf den Zeitraum des TWG-Aufenthalts festgelegt ist. Das bedeutet, dass dem Klienten in der Paulus-Hilfe weiterhin ein Wohnplatz zusteht, auch wenn die Wiedereingliederung in eine Regelwohnform nicht gelingen sollte.

7.3.2 Verlauf

Als fachliche Grundlagen gelten in der David-Stiftung heilpädagogische, verhaltenstherapeutische und systemisch-integrative Ansätze. Im multiprofessionellen Team arbeiten Sozial- und Heilpädagogen, Jugend- und Heimerzieher, (Arbeits-) Erzieher, Heilerziehungspfleger sowie Auszubildende für Sozialpädagogik (vgl. David-Stiftung 2013, S. 2ff.). Eine vergleichbare fachliche Zusammensetzung ist auch in der Paulus-Hilfe

vorzufinden. Die Multiprofessionalität des Mitarbeiterteams ermöglicht die ganzheitliche Wahrnehmung des Klienten sowie Kreativität und Vielfalt bei der Suche nach Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 6). Da sich der Heimbereich der Paulus-Hilfe aus einem Fachkrankenhaus heraus entwickelte, ist die dortige Arbeitsweise sehr medizinisch orientiert mit der Ausrichtung auf die vorrangige psychische Störung.

Die allgemeinen Leitziele sind in beiden Einrichtungen:

- 1) Abmilderung der psychopathologischen Symptomatik
- 2) Verbesserung des Sozialverhaltens
- 3) Weitervermittlung in ein allgemeines, weniger intensives Betreuungssetting (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 2f.; David-Stiftung 2013, S. 3)

Zu Beginn des Aufenthalts stehen das gegenseitige Kennenlernen aller Beteiligten und die Eingewöhnung des Klienten im Vordergrund. Es werden umfangreiche Maßnahmen zu Diagnostik und Assessment vorgenommen, wozu Gespräche zwischen dem Klienten und der Therapieleitung sowie Untersuchungen durch den Psychiater und den Allgemeinarzt stattfinden. In diesen Prozess werden auch die Angehörigen eingebunden, die weitere wichtige Informationen zum bisherigen Lebensverlauf des Klienten beisteuern. Beim Assessment werden Informationen erhoben zur individuellen Biographie, den bedeutsamen Lebensereignissen sowie den damit verbundenen Lebens- und Sozialisationserfahrungen. Bisherige Diagnosen werden überprüft und ggf. überarbeitet. Durch die verschiedenen Gespräche und Untersuchungen sowie die Alltagsbeobachtungen erhält man Einblicke in die Verhaltensweisen des Klienten und zu seinen individuellen Bedürfnissen, Ressourcen, Fähigkeiten, Stärken und Schwächen. Auf Basis dieser entstandenen Kenntnisse werden in Kombination mit Wissen über verschiedene Störungsbilder die Betreuungs- und Therapiepläne von der Therapieleitung erstellt. Diese Pläne bilden die Basis für den gesamten Prozess des TWG-Aufenthalts hinsichtlich jeglicher Unterstützung des Klienten auf seinem Weg in Richtung des vereinbarten Ziels der Wiedereingliederung. Die Erarbeitung der Pläne erfolgt in enger Zusammenarbeit mit Wohngruppenteam und Mitarbeitern der Tagesstruktur, weiterhin beteiligt sind Psychiater und Allgemeinarzt. Orientiert an der individuellen Bedarfslage, den Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten versucht man durch die geplanten Maßnahmen und Umgangsstrategien das vereinbarte Ziel der Reintegration in eine reguläre Wohnform der Behindertenhilfe zu erreichen (vgl. David-Stiftung 2013, S. 8; Paulus-Hilfe 2005, S. 7).

In dem individuell erarbeiteten Betreuungs- und Therapieplan werden Handlungsmuster für die Mitarbeiter zum Umgang und zum Beziehungsaufbau mit dem Klienten beschrieben. Jeder Bewohner erhält einen bis zwei sog. Bezugsassistenten, die für ihn hinsichtlich aller erfolgenden Maßnahmen in der TWG zuständig

sind. In den ersten Wochen des TWG-Aufenthalts geht es vor allem um das Einleben des Bewohners, das Herstellen einer gewissen Wohnlichkeit und das Zusammenleben auf der Wohngruppe. Dazu werden Regeln vermittelt und Absprachen getroffen. Dies dient dem Aufbau sozialer Kompetenzen und der Herstellung von Gemeinschaftsfähigkeit, wenn der Bewohner damit noch gewisse Schwierigkeiten aufgrund seiner Verhaltensweisen hat. Außerdem wird der Klient in erste alltägliche Abläufe eingebunden, wie zum Beispiel Hauskonferenzen, hauswirtschaftliche Dienste oder lebenspraktische Tätigkeiten (vgl. David-Stiftung 2013, S. 8ff.).

Weiterhin fließen in den Betreuungs- und Therapieplan erste Entwürfe zur Krisenprävention und –Intervention ein, an deren Erarbeitung die Therapieleitung, der Psychiater und der Allgemeinarzt mitwirken. Im Laufe des TWG-Aufenthalts wird der Betreuungs- und Therapieplan fortgeschrieben und bei neuen Erkenntnissen überarbeitet. Dazu findet eine wöchentliche Besprechung zwischen Wohngruppenteam und Therapieleitung statt.

Ein zentrales Element des Betreuungs- und Therapieplans ist die individuelle Tages- und Wochenstruktur. Dabei geht es vor allem um den Beginn von tagesstrukturierenden Maßnahmen, die auf der Wohngruppe oder extern in der WfbM oder dem FuB stattfinden. Gemeinsam mit Mitarbeitern der Tagesstruktur erarbeitet die Therapieleitung mit den Bezugsassistenten dazu die inhaltliche Ausgestaltung. Dauer, Häufigkeit und Anforderungsgrad der tagesstrukturierenden Maßnahme müssen sich dabei zuerst an der individuellen Verfassung und Belastungsfähigkeit orientieren. Das Ziel der Wiedereingliederung in eine Regelwohnform der Eingliederungshilfe beinhaltet letztendlich auch, dass der Klient imstande ist, ganztägig einer tagesstrukturierenden Maßnahme nachzugehen:

- *„letztendlich MÜSSEN wir aber mit-, immer mitberücksichtigen, dass wir am ende in irgendeiner form kucken, dass der tagsüber, ähm, möglichst lange tagsüber nicht mehr auf der gruppe ist <..> ja (I: okay) und dass, ja, das, und das machts manchmal schwierig. wenn ich jetzt ANSCHLUSSLÖSUNGEN hätte mit, in wohngruppen, wo einfach gesagt wird, ja, man kann auch mal ne krise haben und kann auch mal daheim bleiben (I: mh), des wär also deutlich einfacher.“*

Isabell Berg, Therapieleitung Paulus-Hilfe (S. 221, Z. 17)

- *„wenn die au selber, äh, regelmäßig in der lage sind, a tagesstruktur halt, an ra tagesstruktur teilzunehma, DANN ham se große chanca (I: mh), dass se wiedr in a regelangebot eingegliedert werda könnat“*

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 190, Z. 31)

Da sich in TWGs tagsüber meist zwei Mitarbeiter im Dienst befinden, können die tagesstrukturierenden Maßnahmen flexibilisiert werden. Der Klient hat dadurch nicht den Druck, regelmäßig und durchgehend an der Tagesstruktur teilzunehmen. Stattdessen lassen sich auch stundenweise Beschäftigungsangebote an wenigen Tagen pro Woche realisieren. Der Bewohner kann außerdem je nach individueller Tagesverfassung darüber entscheiden, ob er später am Tag zur Tagesstruktur erscheint bzw. diese früher beendet oder einen Tag aussetzt:

„und hier kann dr klient saga, i kann erscht am am neune gehen, i komm et ausm bett oder des plagt mi grad, i möcht heut mal n halba tag urlaub oder wie au immer. do simmir oifach breiter gfüchert, was die möglichkeiten angeht.“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 177, Z. 16)

Da in manchen Fällen Überforderungssituationen als Auslöser von SHV gelten, müssen diese Momente auch in der Tagesstruktur jederzeit ausgeschlossen werden. Je nach individueller Leistungsfähigkeit werden die gestellten Anforderungen in Form von Dauer (Beschäftigungsstunden am Stück), Häufigkeit (Tage pro Woche) und Anspruch der Tätigkeit angepasst. Wenn möglich, werden die Anforderungen dann im Laufe der Zeit sukzessive erhöht, damit der Klient am Ende der TWG-Maßnahme imstande ist, möglichst ganztägig und regelmäßig an der Tagesstruktur teilzunehmen. Der Bewohner tauscht sich bzgl. seines derzeitigen Leistungsvermögens und seiner Belastbarkeit regelmäßig mit Tagesstrukturmitarbeitern und Bezugsassistenten aus (vgl. David-Stiftung 2013, S. 10). Die Beschäftigung durch eine tagesstrukturierende Maßnahme spielt auch hinsichtlich der (Wieder-) Herstellung eines zweiten, sinnstiftenden Lebensbereichs eine wichtige Rolle für das Individuum:

„also das heißt, also da steht kein, kein arbeits- und kein produktionsdruck dahinter. sondern, ähm, man GEHT außer haus, quasi, man GEHT auch irgendwie zur arbeit, ähm, und kann dort sein und kann da gewisse arbeitstugenden erlernen, ohne dass da am ende so ne stückzahl mit verbunden is (I: ja) oder sowas. das is natürlich auch ganz wertvoll.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung Paulus-Hilfe (S. 200, Z. 36)

Weiterhin sind im Tages- und Wochenplan regelmäßige Gespräche vorgesehen mit der Therapieleitung und dem Sozialdienst sowie Visiten und Untersuchungen durch Psychiater und Allgemeinärzte. Die dabei erho-

benen diagnostischen Erkenntnisse²⁴ zu den individuellen Bedürfnissen und der momentanen psychischen Verfassung ermöglichen die kontinuierliche Überprüfung und Anpassung der Betreuungs- und Therapie-maßnahmen.

Auch die Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuer werden am Betreuungsplan beteiligt. Sie werden über die verschiedenen Maßnahmen und Verläufe in regelmäßig stattfindenden Gesprächen mit Bezugsassistenten und Therapieleitung informiert. Außerdem vereinbart man, wenn vom Klient gewünscht, individuelle Kontaktzeiten für Telefongespräche, Besuche und Heimfahrten. In Einzelfällen müssen diese Kontaktzeiten ausgeklammert werden, wenn das Herkunftssystem der Familie und die dabei stattfindenden Interaktionen eine Belastung für den Klient darstellen (vgl. David-Stiftung 2013, S. 14).

Außerdem enthält der Tages- und Wochenplan des Klienten Freiräume zur individuellen Freizeitgestaltung. Dadurch kann er, ob mit oder ohne Unterstützung, für sich eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung finden und dieser nachgehen (vgl. David-Stiftung, S. 10).

Sämtliche Beratungsgespräche des Klienten mit Bezugsassistent, Therapieleitung und Sozialdienst sowie die psychiatrischen und ärztlichen Visiten werden bis zum Ende des TWG-Aufenthalts regelmäßig durchgeführt. Hinzu kommen noch gemeinsame Fallgespräche mit Klient, Bezugsassistent, Therapieleitung und Sozialdienst. Dabei werden die kurz-, mittel- und langfristigen Ziele von jedem Teilnehmer vorgestellt und der weitere Fortgang der Maßnahme sowie die fernere Zukunft des Klienten besprochen. Hilfeplangespräche finden zu Beginn und etwa ein halbes Jahr vor dem Ende der vereinbarten TWG-Laufzeit statt. An diesen Treffen nehmen auch der gesetzliche Betreuer sowie der Kostenträger statt. Hier werden nochmals die gemeinsamen Ziele vereinbart und der konkrete rehabilitative Auftrag von außen an die TWG gestellt:

„aber sie ham, der betreuer, weil der beauftragt is, für diese person irgendwas zu suchen und weil die andern strukturen nich mehr tragen und die sagen, heimplatz gekündigt oder es geht da nich mehr. <.> insofern ham sie den betreuer, sie ham den kostenträger, der ja, ähm, sagen, <.> auch SAGT, wir brauchen was anderes. und, ähm, ja dann auch die formulierung hat, gut, wenn das bei ihnen is, aber is auch nur für'n begrenzten zeitraum und so weiter und dann soll und dann und das.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 199, Z. 30)

Dieser von außen gestellte rehabilitative Auftrag wirkt sich förderlich auf die Arbeitsweise in TWGs aus, auch weil er mit einer selbstgestellten, internen Aufgabenstellung korreliert:

²⁴ Auf regelmäßiger Basis werden dabei auch Tests vorgenommen, z.B. „CBCL“ (*child behaviour checklist*), ein Fragebogen zur Einschätzung von SHV, der für den Erwachsenenbereich angepasst wurde.

- *„er [der rehabilitative Auftrag, NH], er isch insofern hilfreich, dass mer n klara auftrag hat (I: mh) und dass dr klient et auf d gruppe kommt oder bei uns einzieht und no hoißts, jetzt mach mol irgendwie, sondern, dass mer scho ganz klar a ziel vor augen hot, dass mer des mitm klient au besprechen kann. also <.> die, die in dr lage und des isch doch dr großtteil, zu dene kann mer saga, deshalb bisch du jetzt hier und da woll mer hin“*

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 176, Z. 22)

- *„aber wir ham selber auch irgendwo das gefühl, wir möchten ja für diesen menschen HILFREICH sein (I: ja) in irgendeiner form. das heißt, da entwickelt so auch ne eigene, interne aufgabenstellung, quasi, ne.“*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 199, Z. 38)

7.3.3 Reintegration

Im elften (David-Stiftung) bzw. 17. (Paulus-Hilfe) Monat des TWG-Aufenthalts findet das zweite Hilfeplangespräch statt. Hier werden der bisherige Verlauf und die Entwicklung des Bewohners zusammen mit dem Kostenträger, den Eltern und dem gesetzlichen Betreuer sowie, wenn möglich, dem Klienten besprochen. Die zentrale Frage ist dabei, ob dieser in eine Regelwohnform der Eingliederungshilfe integriert werden kann und ob die dabei erforderlichen Fähigkeiten im Sinne der Zielvereinbarung erreicht wurden. Dazu äußern alle am Gespräch beteiligten Personen ihre eigenen Vorstellungen hinsichtlich der Zukunftsperspektive des Klienten, dessen Wünsche an erster Stelle stehen (vgl. David-Stiftung 2013, S. 10). Dabei ergeben sich jedoch häufig gewisse Diskrepanzen:

„aber manchmal klafft da der wunsch und mit den eigenen möglichkeiten doch ziemlich gewaltig auseinander.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 198, Z. 38)

Äußert der Klient dabei unrealistische und nicht erreichbare Zukunftsvorstellungen, entscheiden die anderen Personen über das Schicksal des Bewohners. Dabei hat die Einschätzung der TWG-Mitarbeiter aufgrund ihrer Erfahrung in der Arbeit und im Umgang mit dem Klienten das größte Gewicht (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 6). Das letzte Wort hat im Endeffekt jedoch immer der Kostenträger, der darüber entscheidet, welcher Maßnahme er zukünftig eine Kostenzusage geben möchte:

„einfach durch eingreifen des kostenträgers, der dann irgendwann sagt, jetzt (I: mh), ähm, in den nächsten drei monaten muss hier was passieren, sonst zahlen wir nich mehr.“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 213, Z. 35)

Abhängig von den in der TWG erreichten Fortschritten des Klienten hinsichtlich der Leitziele stehen drei Möglichkeiten offen, was nach der TWG-Maßnahme passiert und in welcher Wohnform der Klient im Anschluss daran wohnt. Diese Entscheidung ist ausschlaggebend für die letzten sechs Monate des TWG-Verlaufs und die dabei erfolgenden Unterstützungsmaßnahmen.

1) (Wieder-) Eingliederung in eine Regelwohnform der Eingliederungshilfe

Konnten in der TWG so weitreichende Fortschritte erzielt werden, dass der Klient keiner intensiven Betreuungsstrukturen mehr bedarf, gibt es verschiedene Möglichkeiten der Anschlusswohnform. Dazu zählen die Rückführung in die Herkunftsfamilie, das BWF, das ABW und die Reintegration in das SBW (vgl. David-Stiftung 2013, S. 10f.). Aufgrund des meist jungen Alters der TWG-Klienten wird eine Rückkehr ins Elternhaus möglichst vermieden:

„s ziel isch <.> weniger a reintegration ins elternhaus (I: mh). des, äh, weil mir ham ja a junges klientel (I: mh), wo dann au bissle die selbständigkeit, s erwachsa-wera im vordergrund steht und do isch nicht s ziel die mit zwanzig jehr nach hause zu schicka (I: okay). die ham au selber s ziel, dr großteil, dass se dann doch selbständig oder so selbständig wie möglich irgendwo leba und, äh, arbeita möchtet“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 179, Z. 14)

Deshalb wird häufig die Eingliederung in eine stationär betreute Außenwohngruppe (AWG) gewählt. Das selbständige ABW scheint aufgrund der großen Differenz zu der Betreuungsstruktur der TWG sehr selten infrage zu kommen:

„also sie kommen ja wirklich mit nem gehörigen potential an schwierigkeiten in, in, in vielerlei hinsicht und wenn wir denn, äh, was verändern können, dann SIND SIE noch nicht so weit, dass sie in, äh, ambulant betreute strukturen können (I: okay). das wäre, is bei manchen n wunsch, aber, ähm, <.> da brauchts no andere schritte (I: mh). also der nächste schritt wäre ein wohnheim der behindertenhilfe.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 207, Z. 42)

Als wesentliche Voraussetzungen für eine zukünftige Reintegration in eine Regelwohnform gelten erstens die individuellen Verbesserungen der SHV hinsichtlich Art, Häufigkeit und Intensität, zweitens die Verbesserung der sozialen Kompetenzen und drittens die Herstellung der Fähigkeit zur ganztägigen Tagesstrukturierung. Diese drei Faktoren bedingen sich gegenseitig: Aufgrund der SHV ist der Bewohner meist nicht in der Lage, sich in einer Gruppengemeinschaft aufzuhalten. Sozial erwünschte Verhaltensweisen sind auch während der Tagesstruktur gefordert, da hier die Betreuungsstrukturen für Interventionen bei SHV nicht ausreichen. Die SHV verhindern zudem auch, dass der Klient in der Lage ist, sich über mehrere Stunden in der Tagesstruktur aufzuhalten und das Zusammensein zu ertragen, wie es von Frau Schneider und Frau Weller beschrieben wird (vgl. S. 191, Z. 12).

All diese Faktoren korrelieren dann mit den weniger intensiven Betreuungsstrukturen in Regelwohnformen: Die dortige Besetzung ist nicht darauf ausgerichtet, jederzeit bei auftretenden SHV, Krisen oder Konflikten zwischen Bewohnern zu intervenieren. Hinsichtlich dieser individuellen Bereiche müssen deshalb entscheidende Verbesserungen erreicht werden, um das Ziel der Reintegration in eine Regelwohnform zu erreichen. Denn dort ist in den meisten Fällen keine ganztägige Betreuung von jenen Klienten möglich, die nicht an tagesstrukturierenden Maßnahmen teilnehmen können. Die Bewältigung von Krisen fällt aufgrund der dünnen Besetzung in Regelwohnformen besonders schwer:

„aber die problematiken sind doch oft imstande, weil se allein auf sich gstellt warat, weil keiner do war, weil in den krisen, die au nachts aufkomma sent oder oifach am, am tag, wo dann dr mitarbeiter eingebunden war, weil bloß einer im dienst war, <.> hat dr klient dann dementsprechend reagiert und kam in ne krise.“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 176, Z. 48)

Aufgrund der geringen Möglichkeiten der Krisenintervention in Regelwohnformen müssen Krisen deshalb in ihrer Häufigkeit, Art und Intensität für eine Wiedereingliederung verändert werden.

Das Wohnen in Regeleinrichtungen erfordert weiterhin für den Personenkreis ein gewisses Maß an Selbstständigkeit und Selbstverantwortung sowie hauswirtschaftliche und lebenspraktische Fertigkeiten. Deshalb werden in einer TWG bei einer anstehenden Reintegration in eine Regelwohnform diese Fähigkeiten kontinuierlich geübt und erweitert:

„und dass ihnen so langsam verantwortung erst in teilbereichen übertragen wird. dass sie AUCH lernen, sowas is ja dann auch <.> so diese hauswirtschaftlichen und lebenspraktischen fähigkeiten, die

sind ja auch etwas, was in einem normalen wohnheim der behindertenhilfe, wo man da auch ne gewisse kompetenz haben muss, um reinzukommen“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 204, Z. 33)

Da die TWGs der David-Stiftung sich selbst versorgen und nicht an der Zentralversorgung des Einrichtungsträgers teilnehmen, werden die dortigen Bewohner in die damit verbundenen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten miteinbezogen. Diese Arbeiten zählen zu den internen tagesstrukturierenden Maßnahmen und haben große Auswirkungen auf die Fähigkeiten der Bewohner hinsichtlich ihrer Selbständigkeit, Selbstversorgung und Verantwortungsübernahme:

„die wäscheversorgung und so weiter (I: mh), die reinigung der zimmer, des machet die komplett selber (I: oh, okay). also des isch oifach au <.> aus dr <atmet tief aus> <.> ja, des dr not, kömmer jetzt net saga, aber es ging ja drum, a tagesstruktur zu schaffa (I: ja) für die klienta, weil se net in, in a externa können. oder die meischte net GLEI ganz, dr ganze tag. und do war oifach klar, s diese hausarbeit hilft. do kammer oifach dann au mit dene was kocha, ma kann dies und jenes vorbereita und sie sin dann au beschäftigt und tun was (I: mh) und des hot sich was ganz positiv heraus und des ham, die hen natürlich dann au als ressource, wenn se aus re gehn, aus dr twg, also sie können tatsächlich sich stück weit au selber versorga, ja.“

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 186, Z. 43)

Im Rahmen des Vorbereitungsprozesses sind auch Arbeitspraktika möglich, um dem Klienten den Einstieg in eine regelmäßige und ganztägige Beschäftigung oder in einen neuen Arbeitsbereich zu erleichtern. Diese Praktika haben zusätzlich den Zweck einer Art Belastungserprobung, anhand derer überprüft wird, wie der Klient mit den neuen Anforderungen zurechtkommt (vgl. S. 213, Z. 22).

Ab dem 12. Monat des TWG-Aufenthalts beginnt die von Sozialdienst und Therapieleitung initiierte Entlassplanung. Die Suche einer Anschlusswohnform spielt dabei die zentrale Rolle. Diese Aufgabe haben der gesetzliche Betreuer und der Kostenträger, wobei die Therapieleitung unterstützend mitwirkt. Wichtig ist dabei, dass die dortigen Betreuungsstrukturen den individuellen Bedürfnissen des Klienten entsprechen. Zu diesem Zweck besteht die Möglichkeit, dass die Therapieleitung gemeinsam mit dem Klienten infrage kommende Wohngruppen besucht und ihn den dortigen Mitarbeitern und Bewohnern vorstellt. Wenn möglich, wird ein Probewohnen des Klienten vereinbart, damit er erste Erfahrungen mit dem neuen Wohnumfeld sammeln kann. Das dortige Mitarbeiterteam überprüft während des Probewohnens die Pas-

sung des Klienten in ihr Wohnsetting und die Übereinstimmung ihrer Ressourcen und konzeptionellen Ausrichtung mit seinen individuellen Bedürfnissen.

Wenn sich alle Beteiligten über eine zukünftige Wohneinrichtung einig wurden, steht das Übergabegespräch zwischen den Mitarbeitern der TWG und der Anschlusswohnform an. Darin geht es vor allem um die (pädagogische) Beratung des neuen Teams. Die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen und Besonderheiten des Klienten werden weitergegeben, um die zukünftigen Betreuungsstrukturen auf diese individuellen Faktoren auszurichten. Die Therapieleitung der Paulus-Hilfe bietet, wenn nötig, zur Erleichterung der Integration in das neue Wohnumfeld eine übergreifende Begleitung und Betreuung für sechs Monate an. Ein Gruppenwechsel stellt für manche Bewohner eine starke emotionale Belastung dar aufgrund des Abbruchs langjähriger Beziehungen und der fremden Wohnumgebung. Die übergreifende Begleitung durch die Therapieleitung bietet dem Klienten Sicherheit und Orientierung, wenn für ihn das neue Wohnsetting mit Angst, Sorgen und Verunsicherung verbunden ist. Grundsätzlich stehen die Mitarbeiter beider TWGs für weitere Fragen der neuen Einrichtung telefonisch zur Verfügung und können auch zu Gesprächen über die Betreuung des Klienten eingeladen werden (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 6).

2) Eingliederung in Sondereinrichtungen

In manchen Fällen wird eine Regelwohnform für bestimmte Personen mit ausgeprägten SHV voraussichtlich nie eine geeignete Wohnform darstellen, da sie weiterhin intensive Betreuungsstrukturen benötigen:

„also nicht erreicht, <.> werden kann, äh, konnte es bei personen, wo das sozialverhalten so ausgeprägt gestört war, dass, ähm, <.> da diesem menschen nicht geholfen werden konnte in diesem bereich. also es gibt leute mit ner dissozialen persönlichkeitsstörung, da ist, äh, ne soziale verträglichkeit, <atmet tief aus> nicht mehr zu schaffen (I: okay). die BRAUCHEN einfach aufsicht, wenn die mit andern zusammen sind, ne.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 208, Z. 36)

Der Umzug in eine Sondereinrichtung ist dann erforderlich, wenn obige Voraussetzungen für eine Reintegration nicht erreicht wurden. In diesen Fällen sind die SHV noch so ausgeprägt, dass der Klient kontinuierliche Beaufsichtigung in der Gemeinschaft mit anderen benötigt und er nicht in der Lage ist, regelmäßig einer tagesstrukturierenden Maßnahme nachzugehen. Auch Krisen treten in diesen Fällen häufiger auf und erfordern entsprechende Interventionen.

Als übliche Anschlusswohnform mit intensiver Betreuung gibt die sog. LibW-Einrichtung (Langfristig intensiv betreutes Wohnen). Zwischen dem LibW- und dem TWG-Leistungsangebot bestehen viele Gemeinsamkeiten, besonders was die Zielgruppe, den erhöhten Personalschlüssel sowie die feste und regelmäßige Zusammenarbeit mit einem Psychiater und einem Psychologen betrifft. Das Ziel einer LibW-Maßnahme ist, dem Bewohner einen angemessenen Lebensraum zu bieten und eine Eingliederung in ein allgemeines Betreuungsangebot zu ermöglichen (vgl. KVJS o. J.). Auf dem Gelände der David-Stiftung befindet sich eine LibW-Einrichtung, weshalb der Umzug in das dortige Setting naheliegt, wenn eine Reintegration in eine Regelwohnform nicht gelingt. In der Paulus-Hilfe werden momentan die Voraussetzungen für zukünftige LibW-Plätze geschaffen. Bisher werden dort die Bewohner, die weiterhin intensive Betreuungsstrukturen benötigen, innerhalb des Sozialtherapeutischen Heims des Trägers der Einrichtung untergebracht. Dieser Heimbereich ist auf die Klientel von Menschen mit Behinderung und SHV bzw. akuten psychischen Erkrankungen spezialisiert und weist ähnliche Betreuungsstrukturen wie in einer TWG auf:

„bislang haben wir eigentlich nur normale wohngruppen, die eigentlich auch sozialtherapeutische wohngruppen hei-heißen, die im grund sich nich GROß inhaltlich, wie sie ausgestattet sind und wie gearbeitet wird, von denen unterscheiden, in denen die leistungstypen-menschen²⁵ leben.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 206, Z. 48)

3) Verlängerung der TWG-Leistung

Wenn die individuellen Ressourcen für ein Wohnen in einer Regeleinrichtung beim Klienten vorhanden sind, er aber zum Ende der TWG-Laufzeit noch nicht dafür bereit ist, besteht die Möglichkeit einer sechsmonatigen Verlängerung. Dies ist auch der Fall, wenn noch mehr Zeit für die Suche nach einer aufnahmebereiten Anschlusswohnform benötigt wird:

- *„also die verlängerung musst ja dann au begründet sein, wenn mer (I: mh) hofft. desch dr oine grund, dass mer sagt <hustet> tschuldigung, ma isch grad derbei, des oin oder andere, äh, folgeangebot aufzubaue (I: mh) und diese sechs monate helfet jetzt oifach nomol (I: okay), um des in trockene tücher zu kriega (I: mh). und dann wird des in der regel dann au nomol verlängert, also wenn mer grad in dr intensiva sucha isch“*

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 189, Z. 23)

²⁵ Damit sind die TWG-Bewohner gemeint, für die nach dem Modellversuch der Leistungstyp 1.7 vorgesehen war, zu dessen Gründung es jedoch nicht kam (vgl. Kapitel 5)

- *„oder dann au scho recht frühzeitig noml a längere verlängerung, also wenn mer zum beispiel sagt, ja in, in sechs monat erreichen mir nix und, äh, <.> es geht immer drum, was für ressourcen gibt's“*

Dirk Heinrich, Gruppenleitung TWG David-Stiftung (S. 180, Z. 19)

Wie viele Verlängerungen letztendlich möglich sind, ist dabei immer vom jeweiligen Sozialamt des Stadt- oder Landkreises des Bewohners abhängig, nach drei Jahren wird die TWG-Maßnahme aber meist beendet. Der Prozess der Entlassung aus der TWG verschiebt sich dann je nach Länge und Anzahl der Verlängerungen.

7.4 Betreuung

Die TWG-Klienten galten in ihren bisherigen Wohnformen als etwas, was häufig als „Systemsprenger“ bezeichnet wird. Mit einem eigenen Annäherungsversuch sind damit Menschen gemeint, die durch ihre SHV das System der Wohngruppe oder der Familie zum Zusammenbruch bringen. Sie beeinträchtigen oder gefährden ihre Mitmenschen massiv, verweigern sich jedweder Kooperation oder zeigen starke Isolations-, Flucht- oder suizidale Tendenzen etc. Durch diese Verhaltensweisen beanspruchen sie das System so intensiv und häufig, dass dieses „gesprengt“ wird, also nicht mehr funktionsfähig ist, weil sich alles um die betreffende Person dreht. Ein solcher Systemzusammenbruch einer Wohneinrichtung durch die SHV ist vermutlich häufig der Grund für die Aufnahme in eine TWG. Zuvor kommt es zum „Hilfeschrei“ dieses Systems, wie es Frau Berg am Beispiel einer ehemaligen TWG-Bewohnerin darstellt. Diese Klientin wurde erst aus der TWG in eine Regelwohnform reintegriert, hatte dort aber große Schwierigkeiten und brachte das dortige System an den Rand eines Zusammenbruchs:

„und das hat ihr riesige probleme gemacht. sie hat das gefühl, wenn sie ein problem haben könnte und hätte den impuls sich was anzutun, dann wäre die tür auf (I: mh). <.> ähm und das hat mit dazu geführt, dass sie alle strukturen dort überprüft hat auf ihre sicherheit hin mit massivsten maßnahmen, also, ja, wirklich auch mit, mit suizid-DROHUNGEN, mit, mit fremdaggressiven überbringen, -griffen, mit, ähm, <.> damit, dass sie mit sämtlichen männern, die irgendwie zur verfügung standen, weggegangen is (I: mh) und ähm, so dass die strukturen einfach nur noch um hilfe geschrieen haben, weil sie gesagt haben, wir schaffen das nich mehr mit ihr.“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 216, Z. 41)

Der Grund dieses „Hilferufs“ der Wohneinrichtung ist deren drohender Zusammenbruch, verursacht durch die SHV der Klientin. Dieses Verhalten kann als erster, ursprünglicher „Hilferuf“ der Bewohnerin begriffen werden, da es nach obigem Verständnis von SHV eine Störung des Verhältnisses zwischen Individuum und Umwelt signalisiert. Die Störung liegt dann in der fehlenden Passung zwischen den individuellen Bedürfnisse und den umgebenden Strukturen, woraufhin das SHV gezeigt wird. Dirk Heinrich (S. 176, Z. 47) hat hierzu festgestellt, dass die Betreuungsstruktur in einer Regelwohnform den Menschen mit geistiger Behinderung und SHV nicht ausreicht und ihre individuellen Bedürfnisse dort nicht erfüllt werden könnten. So komme es beispielsweise zu Krisen, wenn die Person bei individuellen Problemen nicht direkt einen Ansprechpartner vorfinde.

Das Fazit dieser Herleitung zum Betreuungssystem in TWGs stellt somit die Rechtfertigung der dortigen Rahmenbedingungen der Betreuung dar: Die Klientel der Menschen mit geistiger Behinderung und SHV benötigen intensivere und engere Betreuungsstrukturen, welche die Individualität jeder einzelnen Person weitaus mehr berücksichtigt, als dies in regulären Wohnformen der Behindertenhilfe der Fall ist. Wie diese Forderung in der TWG-Praxis realisiert wird, wird nun dargestellt.

Das Betreuungssystem wird in einer TWG folgendermaßen strukturiert:

„also mir sind vierundzwanzig stunden besetzt. des (I: okay) heißt, es gibt, äh, von sechs uhr dreißig bis einazwanzig uhr n tagdienst und von einazwanzig uhr bis sechs uhr dreißig eine nachtWACHE (I: mh). <.> ähm <.>, dann gehts au zum teil um die, um die besetzung, also mir hent doppeldienschte hier“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 176, Z. 33)

Hier zeigen sich große Unterschiede zu den Betreuungsstrukturen in Regelwohnformen: Diese sind tagsüber meist nicht durchgängig doppelt besetzt, sondern nur in Kernzeiten wie zum Frühstück- und Abendessen. Dies liegt daran, dass die Bewohnerschaft in den meisten Fällen einer Tagesstruktur in einer WfbM oder einem FuB nachgeht und eine durchgängige Doppelbesetzung deshalb nicht erforderlich ist. Die Fähigkeit zur ganztägigen Beschäftigung scheint somit eine ganz wesentliche Voraussetzung für das Leben in einem Regelwohnheim entwickelt zu sein:

- *„regelwohngruppe, außawohngruppe, do heißts, so jetzt ischs, äh, jetzt ischs halb sieba, um acht gehsch ausm haus (I: mh), um vier kommsch wieder.“*

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 177, Z. 15)

- „ähm, es HEIßT, die vorgabe is ja immer, dass jemand n vormittag und n nachmittag außer haus beschäftigt wird (I: ja). maximal, dass mer jemand über mittag, zum mittagessen heimkommen kann.“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 221, Z. 12)

Außerdem ist eine Nachtwache außerhalb der Tagzeiten für die Betreuung der TWGs zuständig. Dadurch ist gewährleistet, dass die Klienten bei Bedarf auch nachts umgehend einen Ansprechpartner finden.

Da die Wohngruppe der zentrale Lebensort der Menschen mit SHV darstellt, müssen den Bedingungen dieses Systems auf besonderer Weise Rechnung getragen werden. Die Doppelbesetzung als struktureller Hauptunterschied in der Wohngruppenbetreuung im Vergleich zu einer Regelwohnform ermöglicht zahlreiche Tätigkeiten und Maßnahmen, die bei weniger intensiven Betreuungssystemen nicht realisierbar wären. Wichtig ist dabei die kontinuierliche Präsenz von Mitarbeitern, die dem Bewohner ermöglichen, direkt Unterstützung anzufordern oder Gesprächsbedarf zu signalisieren. Darunter fällt auch die effektive Prävention, Intervention und Bewältigung von Krisen (s. Kapitel 7.6). Durch die Doppelbesetzung werden Einzelangebote möglich wie Spaziergänge, Entspannungsübungen, kreative Tätigkeiten oder Freizeitaktivitäten, die dann als interne Tagesstruktur dienen und den Aufbau einer individuellen Freizeitgestaltung fördern. Zur internen Tagesstruktur gehört auch die gemeinsame Durchführung hauswirtschaftlicher und lebenspraktischer Tätigkeiten für sich selbst und die Gemeinschaft zur Erweiterung von Selbständigkeit und Verantwortungsübernahme (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 5).

Die Mitarbeiter sind dafür zuständig, die im Betreuungsplan erarbeiteten Umgangsmaßnahmen und –Strategien im Alltag umzusetzen. Durch das direkte Erleben und Beobachten der Bewohner können seine Besonderheiten dokumentiert werden, was als Grundlage für die Reflexion und Anpassung der Betreuungsstrategien und –Ziele dient. Die Dokumentation ermöglicht Auskünfte zu individuellen Entwicklungsverläufen. Hier kommt ein umfassendes Berichtswesen zum Zuge, in dem zu jedem Klienten täglich die Gemütslage, Tätigkeiten und besondere Ereignisse dokumentiert werden (vgl. ebd., S. 7; David-Stiftung 2012, S. 12). Je nach Betreuungs- und Therapieplan schaffen die Mitarbeiter Übungssituationen im Alltag, beispielsweise zur Förderung der Informationsverarbeitung, der Selbst- und Fremdwahrnehmung oder der Aufmerksamkeit. Des Weiteren kommen individuelle Umgangsstrategien zum Einsatz, die je nach Bedarfslage jedes einzelnen Bewohners ausgearbeitet wurden (vgl. David-Stiftung 2012, S. 17). Grundsätzlich treten die Mitarbeiter in einen vertrauensvollen Kontakt mit dem Klienten und bieten ihm Bindung und Beziehung an. Die Betreuer dienen als Modell für den sozialen Umgang aller Gruppenmitglieder und unterstützen den respektvollen und verantwortungsbewussten Beziehungsaufbau der Bewohner untereinander. Jeder Klient

wird mit all seinen individuellen Besonderheiten angenommen und respektiert. Er erfährt individuelle Wertschätzung im Alltag ohne Leistungs- oder Veränderungsdruck sowie Hilfe und Unterstützung im Tagesablauf. Dadurch bietet das Milieu einer TWG familienähnliche Strukturen und ermöglicht jeder Person, sich wohl und geborgen zu fühlen. Der verlässliche und stabile Rahmen der Betreuung vermittelt den Klienten Sicherheit, Orientierung und Halt (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 4ff.; David-Stiftung 2012, S. 12f.).

Da SHV oftmals bei der Bewältigung von Alltagssituation aufkommen, ist es wichtig, die individuellen und oftmals ganz verschiedenen Bedürfnisse der Bewohner zu achten, wahrzunehmen und zu berücksichtigen:

„die eina brauchet des, dass ma permanent do isch, die brauchet a a stunde am tag gesprächszeit (I: mh). die andere, äh, brauchet viel freiraum und viel ruhe, oder halt viel freiraum isch hier relativ, aber mehr freiraum und au rückzugsmöglichkeita und dann die gelegenheit jemand anzusprecha, wenn wenn mer was braucht kurz.“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 178, Z. 21)

Die vielfältigen Erfahrungen des Bewohners in einem Milieu, das Verlässlichkeit, Geborgenheit und Sicherheit vermittelt, ermöglichen den (Wieder-) Aufbau von Selbstwert und Selbstachtung (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 4; David-Stiftung 2012, S. 13). Verschiedene Beziehungen zu Mitarbeitern und Mitbewohnern sorgen für einen Zuwachs an Gemeinschafts- und Bindungsfähigkeit:

„es geht sehr oft ja um sozialverhalten, um auseinandersetzungen mit meiner peergruppe, um auseinandersetzungen mit meiner lebensgeschichte, ähm, wo einfach viel über beziehung und bindung läuft und das findet auf den wohngruppen statt (I: mh) und deswegen sind die relativ gut ausgestattet personell.“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 214, Z. 28)

Das Leben in der Gemeinschaft fördert den (Wieder-) Aufbau von sozialen Kompetenzen, Kommunikationsfähigkeiten und von Selbst- und Fremdwahrnehmung. Damit dient die Wohngruppe als Lernort zur Verhaltensänderung sowie zum Erwerb und zur Erprobung von neu- oder wiedergewonnenen Kompetenzen (vgl. David-Stiftung 2013, S. 13).

Gleichzeitig stellt die Wohngruppe auch ein Konfliktfeld dar. Es geht um das Treffen und Einhalten von Regeln, Absprachen und Vereinbarungen. Die Befolgung des Regelwerks wird positiv verstärkt, ebenso wie die Nichtbeachtung konsequent sanktioniert wird (vgl. ebd.). Dazu ist es mitunter erforderlich, der sich heraus-

fordernd verhaltenden Person gegenüberzutreten, um klare Grenzen aufzuzeigen, da dies letztendlich einen Lerneffekt erzeugt:

„das heißt, jedes Verhalten hat eine Konsequenz, eine positive oder auch eine, eine ja, löschende oder negative Konsequenz oder sowas. und das gibt diesem auch Orientierung. also ich glaube, früher ist da oder da wo sie VORHER herkommen, ist man eher zurückgewichen, wenn <.> eine Schwierigkeit auftrat (I: mh), wenn, wenn eine Krise auftrat, ähm, auch, ähm, berechtigt zurückgewichen, also so, ähm, man <.> wenn jemand droht einem etwas zu tun, dann ist man klug, wenn man dem aus dem Weg versucht zu gehen (I: mh). aber, ähm, mit solch einem Verhalten fördert man natürlich dann auch die FEHLENTWICKLUNG des Menschen. und wenn da nicht die Grenze kommt und sagt, nee, bei uns ist das anders. bei uns hat das die und die Folge und so weiter, dann könnten, dann kann daraus lernen erfolgen, ne.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 202, Z. 29)

Die entschlossene Verfolgung des Regelwerks durch die Betreuer zielt auf eine langfristige Verhaltensmodifikation beim Bewohner ab. Daneben beinhalten die Konfliktsituationen auf einer TWG weitere Lernsituationen für den Klienten, die mit dem Betreuer reflektiert und von diesem begleitet werden (vgl. David-Stiftung 2012, S. 9). Beispielsweise können Situationen in der Gemeinschaft auf die einzelnen Bewohner aufregend, erregend oder überfordernd wirken:

„in dem Moment, wo ich in der Wohngruppe lebe, habe ich gewisse Belastungssituationen, die, die jemand, der allein wohnt eh nicht hat (I: ja). ich muss mich ständig auseinandersetzen mit irgendwelchen Erziehern, ich muss mich ständig auseinandersetzen mit meinen Mitbewohnern, die alle ja auch nicht ganz einfach gestrickt sind. und da, denk ich, so ein gewisser Kompetenzzuwachs ist bei denen, die dann erfolgreich vermittelt werden können schon DA“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 217, Z. 47)

Solche Situationen können mitunter SHV hervorrufen oder Krisen erzeugen. Die Lernsituation besteht dann beim Klienten sowie beim Mitarbeiter darin, diese „Früh-Warnsignale“ als solche wahrzunehmen und adäquate Bewältigungsstrategien anzuwenden. Wenn die Atmosphäre im Gruppenraum der TWG zu hektisch ist, zieht der Bewohner sich beispielsweise für einige Zeit auf sein Zimmer zurück. Gemeinsam mit dem Klienten werden zudem die soziale Eigen- und Fremdwahrnehmung reflektiert. In der Gemeinschaft kann mit den Bewohnern außerdem ein individuelles Gespür für Nähe und Distanz erarbeitet werden. Bestimmte

Konflikte zwischen Klienten oder die Verhaltensweisen von Einzelnen können bei Bedarf in den wöchentlichen Hausbesprechungen mit der ganzen Wohngruppe besprochen werden. Durch die Diskussion individueller Probleme wird gegenseitige Akzeptanz, Verständnis und Empathie erzeugt (vgl. David-Stiftung 2013, S. 12).

Den Betreuern obliegt die Aufgabe, den individualisierten Alltag jedes Bewohners zu strukturieren. Ausgehend vom Betreuungs- und Therapieplan wird ein Tages- und Wochenplan erstellt, der sich an den Wünschen und Bedürfnissen des Klienten orientiert. Darin kommen Alltagstätigkeiten, tagesstrukturierende Maßnahmen, Freizeitangebote und freie Zeit vor. Unter Alltagstätigkeiten werden täglich wiederkehrende Aufgaben verstanden wie Aufstehen, Mahlzeiten, Gruppendienste oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Ihre Bewältigung fördert Selbständigkeit, lebenspraktische, hauswirtschaftliche und soziale Kompetenzen. Zu den Freizeitaktivitäten zählen Spaziergänge, Spiele, Sport, Kino-, Café- oder Discobesuche. Diese werden als Einzel- oder Gruppenangebote durchgeführt (vgl. ebd., S. 12f.).

Die soeben erfolgten Maßnahmen werden in der Konzeption der Paulus-Hilfe unter dem „Milieuthérapeutischen Ansatz“ (Paulus-Hilfe 2005, S. 4f.) gefasst. Laut der Konzeption der David-Stiftung gelten diese Handlungsmuster jedoch als „Alltagspädagogik“ (David-Stiftung 2013, S. 12f.). Auch in der vorliegenden Arbeit werden die verschiedenen Maßnahmen als Elemente der Betreuung aufgeführt: Zwar haben viele der genannten Schritte zweifelsfrei eine therapeutische Wirkung, lassen andererseits aber wenig Rückschlüsse auf ein tatsächlich therapeutisches Vorgehen zu. Stattdessen werden sie als Elemente der Betreuung verstanden, eben da sie von den Betreuern und nicht von der Therapieleitung geleistet werden. Deshalb sollen nun die therapeutischen Interventionen klar abgegrenzt von den Betreuungsmaßnahmen aufgezeigt werden.

7.5 Therapeutische Maßnahmen

Die in einer TWG erfolgenden therapeutischen Maßnahmen erfolgen auf Grundlage des von der Therapieleitung erstellten Therapieplans. Erste Ansätze dafür ergeben sich aus den Maßnahmen zu Diagnostik und Assessment sowie den medizinisch-psychiatrischen Untersuchungen zu Beginn des TWG-Aufenthalts. Durch Angehörigengespräche, Aktenstudium und ersten Begegnungen mit dem Klient erhält die Therapieleitung Einblicke in dessen individuelle Lebensgeschichte sowie seine bisherigen Lebens- und Sozialisierungserfahrungen. Auf Basis dieser Informationen und des Wissens über Krankheitsbilder werden die ersten Aspekte zu seinen individuellen Bedürfnissen, Wünschen, Ressourcen, Entwicklungsverläufen, Stärken und Schwächen ermittelt (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 7; David-Stiftung 2012, S. 15). Diese Aspekte dienen der Ausarbei-

tung individueller Entwicklungsmöglichkeiten und –Ziele sowie den dafür erforderlichen Betreuungsstrukturen und Therapiemaßnahmen, die in der TWG vorgenommen werden sollen:

„was kann man denn jetzt für den tun? und was kann von ihm erwarten? und in welchem bereich sind denn entwicklungsschritte eigentlich möglich?“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 201, Z. 4)

Die Therapieleitung arbeitet gewissermaßen auf einer „Metaebene“ (Heidrun Albertz, S. 198, Z. 17). Dadurch werden alle relevanten individuellen Aspekte des Klienten im Überblick gehalten und mit den Informationen verarbeitet, die man im direkten Kontakt mit der betreffenden Person sowie von den Gruppenmitarbeitern erhält. Die Betreuungsstrukturen, Krisenpräventions- und –Interventionspläne sowie die therapeutischen Maßnahmen stehen damit in ständiger Reflexion und Überarbeitung. Außerdem erhalten die Wohngruppenmitarbeiter von der Therapieleitung Beobachtungsbögen zu bedeutsamen, individuellen Bereichen, welche Aufschluss über bestimmte Verhaltensweisen geben können (vgl. David-Stiftung 2012, S. 15). Generell stehen Gruppenmitarbeiter und Therapieleitung im engen Kontakt, beispielsweise finden gemeinsam wöchentliche Besprechungen zu den Bewohnern statt. In diesen werden die Mitarbeiter zur Umsetzung der entwickelten Betreuungs- und Umgangsstrategien angeleitet (vgl. ebd.; Paulus-Hilfe 2005, S. 7).

Eine weitere wichtige Aufgabe der Therapieleitung ist die Zusammenarbeit mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern. Diese werden in den Behandlungs- und Therapieprozess miteingebunden und liefern wichtige Informationen zur Lebensgeschichte des Klienten für Assessment und verstehende Diagnostik (s.o.). Der Fortbestand der familiären Beziehungen wird dabei angestrebt durch Kontakte zwischen Bewohner und seinen Angehörigen mittels Telefonaten, Besuchen, Heimfahrten und Familientagen. Diese emotionale Unterstützung des Klienten kann einen entscheidenden Beitrag beim therapeutischen Prozess darstellen. Außerdem ermöglicht die Zusammenarbeit und Beratung der Angehörigen durch die Therapieleitung den akzeptierenden Umgang mit der psychischen Erkrankung oder der Behinderung ihres Familienmitglieds. Grundsätzlich muss die Einbindung der Angehörigen mit der Zustimmung des Klienten erfolgen, da sich in manchen Fällen sein Herkunftssystem der Familie als Teil seines Problems darstellt. Dann gilt es, die Zusammenarbeit mit den Angehörigen so zu gestalten, dass keine negativen Einflüsse auf den therapeutischen Verlauf des Klienten zugelassen werden (vgl. David-Stiftung 2012, S. 14; Paulus-Hilfe 2005, S. 6f.) . Zusätzlich bietet die Therapieleitung Fortbildungen für Gruppenmitarbeiter zu bestimmten Störungsbildern an. Außerdem hält die Therapieleitung Kontakt zum Betreuungsgericht bzgl. der Beantragung von FEM.

Diese Aufgabe kommt in der David-Stiftung dem Sozialdienst zu (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 7; David-Stiftung 2012, S. 15).

Neben dem Assessment zu Beginn des TWG-Aufenthalts und der kontinuierlichen Verlaufsdagnostik durch Therapieleitung, Ärzte und Psychiater stellt der Wohngruppenalltag eine wichtige Quelle für die Erarbeitung therapeutischer Angebote dar. Die Klienten zeigen hier individuelle Stärken, Schwächen, Bedürfnisse, Wünsche, Ressourcen und Einschränkungen, die als Basis für die individuelle Therapieplanung dienen. Da auch die Therapieleitungen über verschiedene Qualifikationen verfügen (z.B. Systemische Therapie, Gestalttherapie), kann man mit einem breit gefächerten Angebot auf die Klienten zugehen:

„das geht von, von einfach diesen, ähm, äh, kurzen reflexions-einheiten nach irgendwelchen konflikt- oder krisensituationen bis hin zu irgendwelchen, ähm, äh, token-plänen oder verstärker-plänen über, eben wie ich gesacht hab, die dbt-gruppen, die, die im haus laufen. die ja dann auch wieder damit verbunden sind, dass die in den wohngruppen skills-trainings durchgeführt werden und im kontakt-zeiten bestimmte dinge immer wieder wi-, wiederholt werden (I: mh) und mit allem geübt werden, mh. bis hin zu soziale trainingsgruppen (I: mh) und so weiter.“

Isabell Berg, Therapieleitung Paulus-Hilfe (S. 214, Z. 39)

Die Therapieleitung macht therapeutische Einzel- oder Gruppenangebote, die je nach individueller Bedarfslage zum Einsatz kommen. Zu den therapeutischen Angeboten zählen u.a. (vgl. Paulus-Hilfe 2005, S. 7; David-Stiftung 2012, S. 8ff.):

- Soziales-Kompetenz-Training (SKT)
- Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) für Menschen mit psychotischen Erkrankungen
- Psychoedukation zum erleichterten Umgang mit der eigenen Beeinträchtigung
- Therapeutische Einzelgespräche (Beratung)
- Medikamentöse Therapie
- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
- Verhaltenstherapeutische Maßnahmen, z.B. Rollenspiele, operante Verfahren, Verhaltenslöschung, Kontraktregelungen
- Soziale Trainingsgruppen

- Einzelinterventionen: Reflexionsgespräche nach Krisen oder Konflikten, Entspannungs- und Atemübungen, Traumreisen
- Familientherapie

Hinzu kommen noch medizinisch-psychiatrische Angebote (nach SGB V), die von Ärzten bzw. Psychiatern durchgeführt werden und ebenfalls therapeutisch orientiert sind. Darunter fällt die regelmäßige ärztliche und psychiatrische Betreuung und Behandlung, insbesondere die Pharmakotherapie und bei Bedarf Ergo- und Physiotherapie sowie Logopädie (vgl. David-Stiftung 2012, S. 18).

Die Therapieleitung plant und konzipiert die oben aufgelisteten therapeutischen Maßnahmen. Sie setzt manche Angebote (z.B. Familientherapie, Einzelgespräche) eigenständig um, während andere Maßnahmen in Zusammenarbeit vorgenommen werden (z.B. medikamentöse Therapie gemeinsam mit Ärzten, Psychiatern). Viele der Maßnahmen werden hingegen nur von der Therapieleitung angeleitet und dann vom Betreuungsteam umgesetzt und in den Alltag integriert (z.B. IPT).

7.6 Krisenintervention

Wie bereits erwähnt, erarbeiten Therapieleitung und Mitarbeiterteam gemeinsam mit dem zuständigen Psychiater und Allgemeinarzt für jeden Klienten einen Plan zur Krisenprävention und Krisenintervention. Als wichtiges Mittel zur Verhinderung eines Krisenausbruchs gehört die Fähigkeit der Mitarbeiter, anbahnende Krisen nach längerer Kenntnis der Klienten als solche frühzeitig zu erkennen („Frühwarnsignale“) und deren Ausbruch möglichst zu verhindern:

„s gute isch, wenn mir die klienta länger, über n längere zeitraum do hot, sieht mer des schon (I: mh), jetzt kommts zu ner krise, sprich, wenn dr klient weniger kommuniziert, wanner sich eher zurückzieht, wanner, ääh, gleich schroff reagiert, wenn ma n anspricht, dann weisch, okay, jetzt musch in die und die richtung gehen.“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 182, Z. 1)

Durch ständig präsente Ansprechpartner auf der Wohngruppe können die Klienten selbständig eigenen Gesprächsbedarf ankündigen, um aufkommende Krisen abzuwenden. Treten in der Tagesstruktur krisenerzeugende Situationen auf, besteht für den Klienten die Möglichkeit, die Tagesstruktur abubrechen und in die TWG zurückzukehren, um dort vertraute Ansprechpartner zu finden:

„und bei uns ischs beispielsweise au so, wenn se rer tagesstruktur nachgehen, schule, werkstatt, förder- und betreuungsbereich, dass die dann jederzeit auf d gruppe kömma könnet. also sprich, ähm, ma kann krisen besser handeln“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 176, Z. 39)

In den Kriseninterventionsplänen sind individuelle Maßnahmen für jeden Klienten aufgeführt, um dessen Krisen ohne größere Aufregungen, aber auch ohne Gefahren für die Person und dessen Mitmenschen, zu bewältigen:

„wir versuchen mit den krisen, die diese menschen immer wieder haben und in den krisen verhalten sie sich ja unsozial und überwiegend auch aggressiv (I: mh), dass man damit klarkommt. dass man das bewältigen kann, beherrschen kann, sodass es für keinen gefährlich ist (I: ja). und, ähm, möglichst auch, angstfrei und auch unaufgeregt passiert. weil, das is dann ne große hilfstellung, dass man das gefühl hat, okay, ich hab jetzt grade n problem, aber die kommen damit klar. ich komm nich mehr damit klar, aber die wissen jetzt, was zu tun ist.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 200, Z. 24)

Zu den Maßnahmen der Krisenintervention zählen Bedarfsmedikamente, FEM und der „reizarme Raum“ bzw. „Time-Out-Raum“:

- *„mir ham hier en, en time-out-raum im haus. des hoißt, mir könnat mit <.> bedarfsmedikamenten und mit, mit ner time-out-maßnahme, ähm, krisa handeln (I: mh). fixiera dürf mer hier nicht, was mitunter au in, in psychiatrisch ge-ge-an-einrichtungen vorkommt. äh, aber wie gsagt, GRUNDSätzlich kriegat mers mit bedarf und time-out hin.“*

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 182, Z. 10)

- *„wir HABEN die möglichkeit, dass die wohngruppentür auch ZU ist. und wir ham auch ansonsten möglichkeiten einer begre-, äh, zeitweisen begrenzung von FREIHEIT dann, wenn diese person mit der freiheit nich umgehen kann (I: mh) und, äh, es zu selbstschädigendem rea-, hm, ja, folgen kommen könnte, ne. also da, dass wir auch diese dinge, äh, möglich machen können, und, ähm, <.> uns da auch nich vor scheuen, das einzusetzen, wenn wir den eindruck haben, die person BRAUCHT das zu ihrem eigenen schutz“*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 202, Z. 14)

Die Kriseninterventionsmaßnahme der Psychatrieeinweisung dient in der TWG nur noch als letztes Mittel:

„und das mein ich auch mit krisenbewältigung, dass man innerhalb dieser wohngruppe solche situationen beherrschen kann, ohne dass da gleich ne verlegung in ne akutpsychiatrie (I: mh) notwendig sein muss.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 201, Z. 36)

Die verschiedenen Möglichkeiten zur Krisenintervention und die Doppelbesetzung i.S.v. „man-power“ (David-Stiftung 2012, S. 17) ermöglichen die Bewältigung von Krisen ohne größere Situationen von Aufregung oder Angst für den betreffenden Klienten, seine Mitbewohner und die Mitarbeiter. Krisen werden damit von den Klienten als zum Alltag gehörend angesehen und sie verlieren ihre individuelle Bedeutsamkeit:

„wenn die krise überwunden is, dann geht man auch wieder unmittelbar in den alltag über. also so und die krisen kriegen dann nich so ein gewicht von, um gottes willen, das wird sich nie verändern. sondern OKAY, das gehört zum alltag (I: okay) und das kriegen wir hin und nachher zum mittagesen is alles wieder in ordnung.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 201, Z. 39)

Somit erleben die Klienten ihre eigenen Krisen als überwindbar, ohne dass es zu einer Psychatrieeinweisung kommen muss. Dieses „Aushalten“ einer Krisensituation beinhaltet dabei für manche einen Lernprozess:

„auch das DURCHSTEHEN von krisen in wohngruppen erleb ich als n, als n großen vorteil. ähm, ich erleb immer wieder leute, die auch hierher kommen und s gewohnt sind einfach, ich mach n bisschen rabatz und dann komm ich mal wieder auf, ins krankenhause (I: mh) und da hab ichs auch fein, da hab ich n bisschen ABWECHSLUNG, ich muss gar nichts tun, ja. und dieses zu DURCHBRECHEN und dass die leute erleben können, ich kann auch mal, äh, ja, furchtbar schräg drauf sein und ich g-, ich werde, ich komme nicht weg, sondern ich bleibe hier (I: mh), äh, und muss mich dann vielleicht auch hinterher mit allen, die ich da genervt hab, auseinandersetzen, des find ich, äh, find ich sehr positiv.“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 220, Z. 15)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in einer TWG sehr wirksame Maßnahmen zur Krisenprävention und –Intervention aufgrund der intensivierten Betreuungsstrukturen vorhanden sind. Dadurch können anbahnende Krisen von den Klienten bzw. den Mitarbeitern frühzeitig wahrgenommen und damit abgewendet werden. Dies senkt die Häufigkeit von Krisen und Psychatrieeinweisungen als Interventionsmaßnahme. Durch die effektive Bewältigung von Krisen verlieren diese ihren gravierenden und drastischen Charakter für die betroffenen Klienten selbst.

7.7 Ergebnisse der TWG-Maßnahme

Ein TWG-Aufenthalt wirkt sich sehr unterschiedlich auf die Klienten aus. Dennoch treten einige Veränderungsprozesse, die durch Maßnahmen während des TWG-Aufenthalts hervorgerufen wurden, bei vielen der Bewohner ein. Dies betrifft besonders die Abschwächung der psychiatrischen Symptomatik bzw. die Reduktion der Krankheitssymptome. Damit ist eine gewisse psychische Stabilisierung gemeint, sodass z.B. fremd- oder selbstverletzende Verhaltensweisen seltener auftreten, Krisen weniger häufig ausbrechen und deshalb auch Psychatrieeinweisungen reduziert werden:

- *„also bewirkt sicher erschtmol, dass die psychiatrische problematik oder symptomatik, äh, sich verbessert (I: mh). des hot ma eigentlich bei viele, die dann kommet, dass die klinikaufenthalte weniger oder ganz aufhöret (I: mh) in dr erschta zeit, weil die betreuung oifach sehr eng isch und au <.> dr arzt vor ort <.>. und ma kann oifach auf die verschiedene, äh, psychiatrische symptomatik besser eigeht, des auf jeden fall“.*

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 186, Z. 23)

- *„äh, so GROB gehts da um erstmal die krankheitssym-symptomatik ein bisschen zu reduzieren. ham wir da die möglichkeit, das durch die medikation, durch den umgang, durch die struktur, und, und- und so weiter, da ne gewisse entlastung und beruhigung reinzubringen, sodass die symptomatiken weniger zeigen. weniger ausgeprägt, weniger häufig, wie auch immer, ne. also was wir hinkriegen is, dass in der regel die aggressionsbereitschaft zurückgeht“*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 204, Z. 8)

Diese Veränderungen stellen auch die ehemaligen TWG-Bewohner bei sich selbst:

- „ja <.> also früher war des so, ähm, ich hab mich ja an GAR KEINE REGELN GEHALTEN [...] und wo ich halt dann wirklich auf die paulus kam und au auf die gruppe 2, ham se halt klipp und klar gleich gesagt, also wenn du abhausch, bisch halt im zimmer eingesperrt, darfsch au den ganzen tag nich mehr raus (I: mh) und da hats dann, also ich BIN DANN AU, die erschte zeit auf dr PAULUS, bin ich EINMAL ABGEHAUEN, übern gartenzaun geklettert und bin aber dann au FREIWILLICH gekommen (I: mh), weil ich mir gedacht hab, okay, du machsch den schritt jetzt und fängsch genauso an wie dervor. eigentlich bringts dir nix, weil du kommsch eigentlich wieder ZURÜCK, egal mit polizei oder mit sonscht no irgendjemanden. dann bin ich selber zurück gekommen, da war halt dann die konsequenz schon eher so, ich durfte halt dann nich mehr allein zum RAUCHEN GEHN (I: mh) und, ja, deswegen hab ich dann au von vornherein, äh, bin ich dann gar nich mehr abgehauen, hab mich dann teilweise au an die regeln gehalten (I: mh), joa. [...] also s hat mir au sehr geholfen so.“

Britta Conrad, ehemalige Bewohnerin TWG Paulus-Hilfe (S. 254, Z. 6)

- I: hat des bei IHNEN irgendwas verändert?

P: <..> n bissle.

I: wie? wie denn?

P: weil ich jetzt nich mehr so viel scheiss mach.

Interview mit Achim Paschke, ehemaliger Bewohner TWG Paulus-Hilfe (S. 246, Z. 12)

- I: und denksch du, der, dass du hier gewohnt hasch auf der twg, hat dir des geholfen?

G: scho (I: okay), si- ich hab mir ja s-ziemlich gut gebessert.

I: okay, in, bei was gebessert?

G: mit meine krankheit halt, pschyschose.

I: mhm. des heißt du bisch jetzt /1/ ruhiger?//

G: /1/ ruhiger// ja.

I: mhm, okay. gut. und, fühlsch du dich auch irgendwie besser seitdem?

G: ja.

I: okay. <.> und, w-hat sich des dann auch irgendwie auf deine arbeit ausgewirkt? dass du hier warsch?

G: ja.

I: und wie? dann? <.> also, al- /2/ wo hasch du //

G: /2/ überanstrengung// halt und so.

Interview mit Timo Gartling, ehemaliger Bewohner TWG David-Stiftung (S. 223, Z. 36)

Beim Interview mit Herrn Gartling ist außerdem der häufig eintretende Effekt der Erhöhung der individuellen Belastungsfähigkeit erkennbar. Die Senkung der Häufigkeit von Krisen trägt zusätzlich dazu bei, dass der Klient die Fähigkeit zur möglichst ganztägigen Tagesstrukturierung (wieder-) erlangt:

„also dadurch, dass die krisen seltener auftreten isch dr klient a besser in dr lage soziale kontakte zu pflegen (I: mh), was au die familien angeht und die freunde und verwandten (I: mh). b kann er häufiger an freizeitaktivitäten teilnehmen, was au für a ausgeglichene gemütslage dann beiträgt (I: mh). und, äh, c isch dr klient überhaupt in dr lage au a tagesstruktur nachzugehen.“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 177, Z. 11)

Neben der Möglichkeit, an Freizeitangeboten teilzunehmen, betreffen die Veränderungen durch den TWG-Aufenthalt auch die Fähigkeit, (wieder) in den sozialen Kontakt mit Angehörigen, Freunden oder Mitbewohnern zu treten:

„dann schaffen wir es, <.> auch, dass das soziale miteinander ein bisschen besser wird (I: okay), dass diese leute lernen, äh, in einer sozialen gruppe, mmm, soweit klarzukommen, dass sie zum beispiel in der lage sind, doch dann wieder in der gemeinschaft zu essen. das is, ab-nich <lacht>, schaffen wir auch nich immer, aber OFT kriegen wir das hin (I: okay), ne, ne gemeinschaftsfähigkeit.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung Paulus-Hilfe (S. 204, Z. 24)

Die Bilanz an „gelungenen“ Wiedereingliederungen in eine Regelwohnform muss differenziert werden nach dem Alter der Klienten. Nach den Schätzungen der interviewten Mitarbeiter können etwa 20 bis 30 Prozent der eher jüngeren Klientel im Alter von ca. 20 Jahren in ein allgemeines Angebot der Eingliederungshilfe reintegriert werden. In beiden untersuchten Einrichtungen wurde dieser Wert ungefähr gleich eingeschätzt. Bei Bewohnern, die sich im Gegensatz dazu in einem fortgeschrittenen Alter befinden, wird der Anteil an erfolgreichen Reintegrationen auf zehn Prozent taxiert.

Wie es an diesen Angaben ersichtlich wird, dient das Alter der Bewohner als Prognosefaktor für die Reintegration, da mit fortgeschrittenem Alter meist auch zahlreiche, verfestigte Erfahrungen negativer Lebensereignisse, wie z.B. Psychiatrieaufenthalte, einhergehen:

„wenn sie n mensch haben, der vierzig mal inner akutpsychiatrie war, bevor er zu ihnen kommt, dann ham sie nich mehr viel möglichkeiten da was zu verändern und wenn der vierzig oder noch älter is, ne. also je jünger die leute sind, desto besser sind die prognosen.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 207, Z. 34)

Ein weiterer wichtiger Faktor hinsichtlich der Reintegration ist eine selbst gesetzte Zielvorgabe des Klienten. Dabei geht es um seinen eigenen Willen, die TWG wieder zu verlassen und an den TWG-Angeboten teilzunehmen, um die für die Entlassung notwendige Verhaltensänderung zu bewirken. In diesen Fällen steht ein gemeinsames Ziel zwischen Einrichtung und Klient, was einen prognostischen Wert für die Reintegration beinhaltet:

- *„was ich als nen GÜNSTIGEN faktor ansehe, is jetzt eher subjektiv, is aber SCHON ne gewisse <.> ne gewisse motivation <.> ähm <.> dieses setting hier wieder verlassen zu wollen (I: mh). ähm <.> ja, ne gewisse motivation auch, sich auf, auf bestimmte therapeutische angebote einzulassen, auch zu sagen, ICH MACH DA MIT, ich geh DAHIN (I: mh). ALLEIN DIE BEREITSCHAFT regelmäßig an was teilzunehmen, is ja nich-nich-nich überall gegeben (I: ja). und bei denen, wo das gegeben is und die sagen, ich hab, ähm, ich kann für sich, äh, n ziel ermitteln, was ich, was ich gern erreichen will und mir is klar, dass ich, dass ne GEWISSE VERÄNDERUNG von meiner seite aus vonnöten is. das is schon ne relativ gute voraussetzung.“*

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 218, Z. 10)

- *„er [ehemaliger TWG-Bewohner, NH] hatte auch kognitiv die möglichkeit ein bisschen zu, zu reflektieren und er konnte ziele formulieren für sich (I: mh), also er wollte WIEDER WEG von uns (I: okay). und das war natürlich n großer faktor, äh, der sagt, okay, wenn sie wieder weg wollen, dann muss aber das und das funktionieren, sonst geht das nich. und über diese ebene war es dann möglich, mit ihm zu arbeiten.“*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 206, Z. 12)

Wichtig für die Wiedereingliederung in eine Regelwohnform ist auf Seiten der TWG auch der Erfolg bei der medikamentösen Einstellung:

„wenn de jetzt ne, ne schizophrenie wieder bei dem einen ganz gut einstellbar is medikamentös, is-ses sicherlich dann, oder sieht die prognose ganz gut aus (I: mh). wir ham auch einige, wo wir einfach medikamentös fast nichts erreichen, dann siehts einfach gleich mal richtig schlecht aus.“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 218, Z. 29)

Im Zusammenhang mit der gemeinsamen Zielvereinbarung wird der Grad der Behinderung als ein erschwerendes Element betrachtet. Denn ab einer sog. mittelgradigen geistigen Behinderung scheint sich ein gemeinsames Verständnis für die zu erreichenden Ziele zu verbieten:

„erschwerend is auch n faktor, wenn die, ähm, kognitive beeinträchtigung sehr ausgeprägt ist (I: okay). also bei, bei schwerer beeinträchtigung, da, die nehmen wir gar nich erst auf in, in so ner twg. aber so ne mittelgradige kognitive beeinträchtigung, die is auch n großer hemmfaktor (I: okay), um ne fortentwicklung, ähm, voranzutreiben, weil sie können, ähm, dem menschen gar nich begreiflich machen, was er verändern soll oder wie ers verändern soll und weil-weil ers nicht versteht (I: mh). das is dann auch ganz schwer, mh. <.> da <.> was-was zu verändern.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 209, Z. 6)

Als aussagekräftigster Prognosefaktor gilt für alle TWG-Experten die Fähigkeit zur ganztägigen Beschäftigung in der Tagesstruktur. Da diese als Voraussetzung für die Reintegration gilt, muss sie durch die TWG-Maßnahme (wieder-) hergestellt werden:

- *„also klienta, was GELINGT, dass die in dr tagesstruktur ankommt, dass (I: mh) die do regelmäßig hingehn, isches viel, viel einfacher (I: ja), die dann au wirklich in a regelwohnangebot unterzubringa. also des isch so des a und s o.“*

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 187, Z. 25)

- *„es is DA gelungen, menschen, ähm, aus, in ein anderes wohnheim der behindertenhilfe, ähm, zu verlegen, wenn diese personen, ähm, schon vorher in der lage waren, arbeiten zu gehen (I: mh). äh, also diese ganztägige arbeitsfähigkeit war da der ganz entscheidende faktor, dass, <.> ähm, die uns wieder verlassen konnten.“*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 205, Z. 43)

Diese Fähigkeit zur ganztägigen Tagesstrukturierung ist von solch eminenter Bedeutung für die Reintegration in eine Regelwohnform, weil somit dort nicht zwingend rund um die Uhr Betreuungspersonal vorgehalten werden muss:

I: damit die Wiedereingliederung in ne Regelwohnform gelingt, da is quasi die Fähigkeit, ähm, dass mer ner Arbeit über MEHRERE Stunden am Tag nachgeht, is da schon n entscheidender Faktor?

B: ähm <.> ja, leider (I: mh), also, ähm, es gibt ZUNEHMEND weniger Wohnformen, ähm, die den ganzen Tag über Personal vorhalten, sodass jemand (I: ja) einfach auch STUNDENWEISE irgendwo hingehen (I: mh) kann (I: ja). ähm, es HEIßT, die Vorgabe is ja immer, dass jemand n Vormittag und n Nachmittag außer Haus beschäftigt wird (I: ja). maximal, dass mer jemand über Mittag, zum Mittagessen heimkommen kann.

Interview mit Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 221, Z. 6)

Das Ziel der Wiedereingliederung kann also in den Fällen nicht erreicht werden, wenn die Klienten aufgrund ihrer SHV, ihrer Krankheitssymptomatik oder ihres psychischen Befindens weiterhin intensive Betreuungsstrukturen benötigen. Dies äußert sich, wenn es dem Klienten nicht gelingt, regelmäßig einer Tagesstruktur nachzugehen oder er kontinuierlich präsenzte Betreuer als Ansprechpartner oder als Aufsichtspersonen beim Zusammenleben benötigt:

- *„aber ansoschta bei dene, wo mas mit dr Tagesstruktur net richtig hinkriegt, <atmet tief ein> muss ma wirklich wieder in a Intensivangebot entlassa.“*

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 188, Z. 25)

- *„also nicht erreicht, <.> werden kann, äh, konnte es bei Personen, wo das Sozialverhalten so ausgeprägt gestört war, dass, ähm, <.> da diesem Menschen nicht geholfen werden konnte in diesem Bereich. also es gibt Leute mit ner dissozialen Persönlichkeitsstörung, da ist, äh, ne soziale Verträglichkeit, <atmet tief aus> nicht mehr zu schaffen (I: okay). die BRAUCHEN einfach Aufsicht, wenn die mit andern zusammen sind.“*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 208, Z. 36)

Bei der Suche einer langfristigen Anschlusswohnform mit intensiver Betreuung für den Klienten sind die Möglichkeiten sehr spärlich. Die Paulus-Hilfe wählt dann den Weg des internen Umzugs in den eigenen Wohnbereich des Sozialtherapeutischen Heims:

„also, wenn man jetzt das gefühl hat, okay, das wird was langfristiges (I: mh), ja, der wird uns im, im haus ent-erhalten bleiben (I: mh), des, des lässt sich ja ein, zwei jahren ganz gut ablesen (I: mh). dann, dann kucken wir zum teil, dass wir dann, ähm, innerhalb des hauses wechseln, weil wir ja auch wohngruppen haben, wo leute leben, die einfach schon länger da sind und wo, wo ne gewisse stabilität einfach mehr sinn macht.“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 217, Z. 22)

Dieser Heimbereich weist TWG-ähnliche Betreuungsstrukturen und –Ziele auf und wird für manche Bewohner zu einer neuen Heimat:

„darunter sind auch menschen, die eigentlich auch nich wegwollen, s gibts auch (I: mh, klar) <lacht>. die wissen, das was sie hier an halt haben und das in irgendeiner weise auch zu schätzen lernen und sagen, ich, ähm, ohne, dass sie das so konkret jetzt äußern können, sondern das gefühl haben, okay, das is für mich das richtige und das soll so bleiben (I: mh), mh. <..> und TROTZDEM bestehen da unverändert diese, diese weiteren, die ziele weiterhin, krankheitssymptomatik möglichst zurück zu entwickeln und-und-und soziale verträglichkeit erhalten oder noch weiter zu fördern und zu schauen, was is an-an, ähm, beschäftigungsstruktur möglich.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 206, Z. 38)

Für die David-Stiftung bleiben als Anschlusslösung mit intensiver Betreuung nur die LibW-Einrichtungen:

„wenn mers mol so nimmt, von dene sechs, die mer so im im durchschnitt da haben, vielleicht zwei krieget den weg hin (I: mh). und äh <..> für dr rescht isch libw mehr oder weniger dann da.“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 177, Z. 38)

Nach dem Umzug in diese LibW-Einrichtungen scheinen die Zukunftsperspektiven hinsichtlich einer Rehabilitation der Klientel weniger optimistisch auszufallen, wie es von Herrn Heinrich dargestellt wird:

- *„da musste man nach zweiahalb jahr saga, der, für ihn isch die einzige option mittlerweile libw und au do sind die zukunfts aussichte so, dass es nimmr andersch sein wird (I: mh).“ (S. 179, Z. 48)*
- *„weil libw isch dann oifach so, da bisch dann über jahre hinaus dort feschtgfahra und hasch die möglichkeit WENIGER, wie bei uns jetzt hier nen sprung zu macha.“ (S. 180, Z. 28)*

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung

Für TWG-Bewohner, die diesen „Sprung“ geschafft haben und in eine Regelwohnform eingegliedert werden konnten, bieten sich einige Chancen hinsichtlich der eigenen Lebensplanung:

- *„chancen <..> in dem sinne, dass mer seine ziele verfolga kann. die kommet ja alle mit, mit unterschiedliche ziele. die wollet (I: mh) dr führerschein macha, die wollet selbständig wohna, äh, die wollet geld verdiena und so weiter und so fort. und die chance haben se dadurch.“*

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 177, Z. 44)

- *„der hot dann tatsächlich au, äh, an <.> n externa arbeitsplatz sogar kriegt in ra (I: mh) externa firma, KEINE wfb. <.> und konnte dann von diesem, also s fing dann au mim bve und konnte wirklich, indem ma ihn in dr twg so gut strukturiert hat und au gut betreut hat, konnt der tatsächlich in dieser firma dann au überwechsle (I: mh). und donoch dann au in a, in a externes wohnangebot. also in a, wohn-, wohnungen. der isch immer no, noml wieder no a etwas schwierig, oifach, was seine verhaltensweisa anbelangat, aber jetzt fürs tagesstrukturmäßig, funktioniert des, ne (I: mh). also des hot dr, des war wirklich a gute geschichte.“*

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 187, Z. 9)

Die hohe Bedeutung der individuellen Fähigkeit der Klienten, für sich eigene Ziele zu ermitteln und diesen nachzugehen, kommt bei den Fallbeispielen in Teil III nochmals besonders deutlich zum Ausdruck.

Dennoch birgt die Wiedereingliederung in eine Regelwohnform auch Risiken für den Klienten, da die starke Reduktion der Betreuungsdichte für manche sehr abrupt geschieht:

„die gefahr isch, dass se wieder in des system kommet, des ihne damals nicht gut tat. sprich zu selbständig, äh, zu wenig betreut (I: mmh). und da hammer au scho beispiele ghabt, wo des dann eba nicht funktioniert hat (I: okay). aber des isch selten so. aber einfach die, die umgebung, die ihnen damals nicht gut tat, wo die probleme auftreta sind, in die kommet se ja wieder zurück (I: mh). und wenn mer da dann damit nicht umgehen kann, dann hot mer schwierigkeit.“

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 177, Z. 46)

Oftmals steht in diesen Fällen die Rückführung in die TWG an, da diese Menschen offensichtlich auf den großen Schritt der Wiedereingliederung noch nicht vorbereitet sind. Dies ist dann an den wieder stärker gezeigten SHV erkennbar, wie es Frau Berg von einer reintegrierten Klientin berichtete (s.o.).

7.8 Schwierigkeiten beim TWG-Prozess

Problematische Situationen ergeben sich größtenteils zum Ende der TWG-Maßnahme. Als erste Schwierigkeit wird von den interviewten Experten erkannt, dass es keine bedarfsgerechten Anschlusswohnformen in der Behindertenhilfe gibt. Einerseits werden Regelangebote als zu großen Sprung bzgl. der reduzierten Betreuungsintensität betrachtet, andererseits scheinen Sonderwohnformen mit einer hohen Betreuungsdichte ebenfalls als ungeeignet. Das Fehlen einer Anschlusswohnform, die in diese große Lücke tritt, erschwert dann zum einen die Suche eines zukünftigen Wohnangebots und zum anderen die weitere TWG-Arbeit, da diese keine Zielrichtung mehr hat:

- *„UND was mir fehlt sind die, noch stärker die, die anschlusslösungen und die zwischenlösungen, die die trainingsmöglichkeiten (I: mh). was, ja, also, da fehlt mir auch so n bisschen n konzept, ma sacht jetzt, an dem und dem punkt steht mer und ab dem und dem punkt fangen wir an mit <.> der und der geschichte, WEIL WIR SCHON WISSEN, wohins geht (I: okay), weil dadurch dass die anschlusslösungen so schwer zu finden sind, ähm, weiss man manchmal AM ENDE nich mehr so genau, auf was arbeiten wir jetzt genau hin? (I: mh) was wär jetzt noch wichtig, ähm, was wir noch trainieren müssten (I: okay). wenn mer des genauer hätte, könnte man da einfach nochmal viel SPEZIFISCHER mit den leuten sich des anschauen, was, was brauchts jetzt grad noch?“*

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 220, Z. 26)

- *„und des isch nun im zwei-einser²⁶ nicht (S: mh) gegeben. da hat ma dann halt oft ein mitarbeiter <.> für zehn klienta [...] und damit kommet, äh, die dann oft net klar, also dann, dann scheitert des au, wenn se wirklich, wenns ihne schlecht geht, wenn je-je-net net glei jemand präsent isch (I: mh). odr au, dass gespräche geführt worda in dr woch und was allem a-andre. dafür isch n regelwohna auf KEINE ZEIT und <.> des fast so a zwischending, bräuchts oft au, ne.“*

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 189, Z. 3)

Das Wohnangebot der Eingliederungshilfe ist demzufolge nicht am tatsächlichen Bedarf der Menschen mit geistiger Behinderung und SHV orientiert. Da die Wiedereingliederung in eine Regelwohnform für die zu vermittelnde Zielgruppe der TWG oftmals einen zu großen Schritt darstellt, bleiben als Anschlusslösungen nur die Sonderwohnformen, wie z.B. LibW:

²⁶ Leistungstyp I.2.1 der Eingliederungshilfe

„jemand mag vielleicht von seiner psychischen verfassung her so stabil sein, ne, also (I: mh), des, des krieg mer dann schon hin. aber er schafft halt net oder er und sie schafft halt net regelmäßig, sag i jetzt mal, ner, ner, ner tagesstruktur nachzugehen (I: mh) und dann kickts n bei den regelwohngruppen raus. da sitzen dann vielleicht, also und des isch jetzt so meine hypothese, manchmal kann, bleibt ja auch da gar nix anderes wie libw.“

Claudia Schneider, Therapieleitung TWG David-Stiftung (S. 188, Z. 36)

Generell wird die Suche nach einer Anschlusswohnform, mit oder ohne intensive Betreuungsstruktur, als äußerst mühsam und langwierig dargestellt:

- *„also ERSCHWEREND bei dem prozess is tatsächlich, die ne anschlusslösung zu finden (I: mh). ähm, das is letztendlich immer die, ähm, die größte schwierigkeit.“*

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 213, Z. 33)

- *„und dann wirts schwierig, weil diese libw-gruppa und libw-gruppa oifach dünn gesät sind (I: ja). des hoißt, dann simmer derbei, bund- äh ja nee, landesweit zu kucka. aber net kreis- <.> -weit (I: mh) oder wie au immer. und dann dauert des no, also dann fragt mer da zwar an und wird dann au gehört, aber kriegt oft au ja, zur zeit kein platz, wartezeit ein jahr oder wie auch immer. und dann wirts richtig (S: heftig) knifflig [...] HIER in der david-stiftung such mer schon au, also wenn die klienta hier von der david-stiftung kommat, (I: mh) dränga mer schon drauf, dass die dann au hier a angebot kriegat. aber au die hen natürlich nur begrenzte kapazität, des hoißt, wenn die gruppa voll sind, sind se halt voll. und ähm <atmet tief aus>, dann muss ma eventuell au dann woandersch sucha, also es isch sehr schwierig, a intensives angebot nach twg zu finda isch schwierig.“*

Rosemarie Weller, Sozialdienst TWG David-Stiftung (S. 184, Z. 39)

Auch für die Klienten stellt sich diese langwierige Wartezeit bei der Suche einer Anschlusswohnform als kaum ertragbare und sehr unglückliche Situation dar. Dies wirkt sich drastisch auf ihre psychische Verfassung aus und es kommt zu therapeutischen Rückschritten:

„und was als schwierigkeit noch hinzukommt, isch, dass es dann oft so isch, wenn <.> UNKLAR isch, wie lange, also WANN jemand gehen kann, weil kein nachfolgeplatz (I: mh) da isch und mer kriegt verlängerung für drei monate oder für vier monate, ischs oft so, dass des für viele leute <.> verständlicherweise für viele klienten ne fast unaushaltbare situation isch. des heißt wir können dann schon

sehen und jetzt was ich jetzt so mitbekommen hab, dass die klinikeinweisungen wirklich zunehmen, dass, äh, viele therapeutische fortschritte, die in den letzten jahren gemacht wurden, einfach zunichte gemacht werden.“

Claudia Schneider, Therapieleitung TWG David-Stiftung (S. 185, Z. 24)

Die Zusammenarbeit mit vereinzelt Sozialämtern der verschiedenen Stadt- und Landkreise wird von den interviewten Personen ebenfalls als verbesserungsbedürftig dargestellt. Bemängelt wird dabei der ausgeübte Druck durch die Sachbearbeiter in Bezug auf die Ergebnisse der TWG-Maßnahme. Durch die hohen Kosten der TWG wird eine gleichsam hohe Erwartungshaltung hinsichtlich der individuellen Fortschritte der Bewohner angesetzt, ohne dabei jedoch ein Verständnis für die Lebenssituation dieser Menschen zu haben:

- *„verbesserungsbedarf im grunde, äh, bei dem kostenträger (I: mh). also so diesem motto, wenn wir da n bestimmtes geld reinstecken und dann kommt der mensch repariert heraus <lacht> dass es so nicht ist (I: ja). das würd ich mir wünschen, also dass da ein bisschen, äh, von-von-von der anderen seite auch ein bisschen mehr verständnis für die realität der personen irgendwie auftaucht und dieses schematische denken, investition und ergebnis (I: mh), ne, da, da, es handelt sich um menschen.“*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 211, Z. 20)

- *„und je nach landkreis, so was ich jetzt schon so mitbekommen hab, korrigieren se mich, wenn ses anders sehen, aber da ischs manchmal auch so, dass mers immer in so ner rechtfertigungsposition drin isch (W: mh), also warum kostet ihr so viel? (W: mhm) und warum seid ihr net bereit, jetzt zu nem günstigeren satz irgendwas zu macha?“*

Claudia Schneider, Therapieleitung TWG David-Stiftung (S. 195, Z. 19)

Laut den interviewten Personen ist die in der Leistungsvereinbarung festgelegte Dauer der TWG-Maßnahme zu kurz, um die Bewohner auf ein Wohnen in einem Regelauftrag ausreichend vorzubereiten. Dies zeigt sich auch an den häufig notwendigen Verlängerungen der Kostenzusagen. Für jeden Klienten sollte eine gewisse Zeit verfügbar sein, um in seinem neuen Wohnsetting anzukommen und sich einzugewöhnen sowie die noch unbekanntenen Personen kennenzulernen, ohne dass sofort mit der therapeutischen Arbeit begonnen wird. Insgesamt ist die Dauer der TWG-Maßnahme also zu knapp bemessen, was auch Stress für den Bewohner bedeutet:

„is häufig zu kurz (I: okay, mh), ja, also, find ich definitiv grad bei geistig, äh, bei intellektuell beeinträchtigten menschen rechne ICH in den wohngruppen, bis wir GENAU jemanden KENNENGELERNT ham, is schon mal n halbes jahr rum (I: mh), [...] und dann BRAUCHEN wir einfach noch ne gewisse zeit, was nicht drum geht, was arbeitet der oder wie sieht der zweite lebensbereich aus (I: mh) oder was kommt dann und dann. sondern ne gewisse zeit muss es einfach auch mal wirklich drum gehen, wie LEB ich mit anderen menschen zusammen (I: ja) und wie komm ich dahin? dann gehts vielleicht auch noch um FAMILIE, um n bisschen was aufarbeiten oder heimfahrten regulieren oder wo liegen die knackpunkte? und, ähm, bis mer dann zu kuckt zu kommen, okay, jetzt hammer den bereich vielleicht angeschaut, jetzt kuck mer mal, wie isses mit ner öffnung, wie isses, wenn jetzt andere strukturen dazu kommen, muss mer eigentlich schon wieder kucken, wo kann der hingehen (I: mh). äh, und dann komm wir in, in zugzwang und, ähm, und für die bewohner isses sehr, sehr stressig, sich, sich eingelebt und dann kommt schon das nächste und das vielleicht dann noch möglichst schnell (I: mh).“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 220, Z. 39)

Für das gegenseitige Kennenlernen und die Eingewöhnung im neuen Milieu der TWG müssen also mit sechs Monaten Dauer gerechnet werden. Anschließend besitzt die Therapieleitung genügend Einblicke in die Persönlichkeit des Klienten, um individuelle Bereiche (Zusammenleben, Familie) in den Fokus der therapeutischen Arbeit zu stellen. Erst dann kann der Blick auf eine Beschäftigung in einer tagesstrukturierenden Maßnahme und damit auf die Gründung eines zweiten Lebensbereichs gerichtet werden. Wenn hier begonnen wird, die Voraussetzungen für die Reintegration zu erarbeiten, sollte die Suche nach einer Anschlusswohnform im Grunde schon im Gange sein. Dadurch kompliziert sich einerseits die TWG-Arbeit, andererseits wirkt die Situation auf den Klienten sehr belastend. Wenn der Bewohner in der TWG tatsächlich angekommen ist, steht schon baldmöglichst sein Auszug aus dem neuen Zuhause an.

8. Problembezogene Vertiefungen

8.1 TWG zwischen Institutions- und Personenzentrierung

Unter den Leitideen bei der Hilfestaltung wurde das Prinzip der Personenzentrierung aufgeführt, das im Gegensatz zur einrichtungszentrierten Steuerung steht. Bei der Umsetzung des rehabilitativen Auftrags gilt es zu untersuchen, ob die Hilfsmaßnahme der TWG eher personen- oder einrichtungszentriert gestaltet wird, da dies weitreichende Veränderungen für die Lebenssituation des Individuums beinhaltet. Dabei geht es besonders darum,

- was den Ausgangspunkt der Maßnahme bildet,
- welche individuellen Merkmale berücksichtigt werden,
- wie flexibel die Unterstützungsleistungen auf veränderte Hilfebedarfe reagieren und
- was in diesem System Rehabilitation überhaupt bedeutet.

Bei dieser Analyse sollen Merkmale von TWGs dargestellt werden, die in den Interviews mit den Experten und den ehemaligen Bewohnern erhoben wurden. Diese Merkmale werden daraufhin untersucht, ob sie *eher* einer institutionszentrierten oder *eher* einer personenzentrierten Steuerung der Hilfsmaßnahme entsprechen. Dabei soll kein Schwarzweiß-Denken entfaltet werden. Vielmehr geht es darum, bestimmte Momente aufzuzeigen, in denen sich die Arbeit in der TWG an institutionellen Faktoren orientiert, statt von den Bewohnern und ihren individuellen Lebenssituationen auszugehen. Außerdem soll es bei dieser Analyse nicht darauf ankommen, TWGs als Institutionen und deren Arbeitsweise negativ darzustellen. Ein Großteil der im Folgenden genannten Aspekte besteht eo ipso durch die Leistungsvereinbarung mit dem KVJS und den damit einzuhaltenden Bestimmungen (vgl. Paulus-Hilfe 2012; David-Stiftung 2012). Somit müssen viele der genannten und eher kritisch zu sehenden Faktoren als Basis und Begründung der TWG-Arbeit betrachtet werden. Dennoch sollen diese Aspekte nicht unerwähnt bleiben, da sie eine Reichweite bis in den Alltag der Klienten entfalten.

Ein Merkmal, das in sämtlichen Interviews mit Experten und Klienten heraussticht, ist die Dichotomie des *Drinnen-Draußen*. Diese spiegelt sich beispielsweise darin wider, dass die Eingangstür der TWG als Sicherheitsmaßnahme verschlossen bleibt, dass den Klienten eine Ausgangssperre auferlegt wird oder dass es zu Klinik- oder Psychatrieeinweisungen als Krisenintervention kommt. Der konzeptionell angelegte, rehabilitative Auftrag von TWGs sorgt außerdem dafür, dass deren gesamte Arbeit ganz wesentlich von dieser Dichotomie des *Drinnen-Draußen* bestimmt wird. Diese Beeinflussung findet quasi schon vor dem TWG-Einzug

statt, denn der Ausgangspunkt einer TWG-Maßnahme ist meist eine nicht mehr zu haltende Situation in der vorigen Wohnform des Klienten und damit seine „Entlassung“:

„sie haben, ähm, in der regel eine NOT, äh, weil irgendwo jemand nich klarkommt und deswegen, wegen dieser not wird bei uns angefragt, habt ihr n platz für den menschen, wir kommen nich mehr zurecht.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 199, Z. 23)

Kaum ist der Klient in die TWG gezogen, beginnt schon der Prozess der Wiedereingliederung und damit die Vorbereitung auf den Auszug des Bewohners:

„also im grunde muss man ja schon anfangen, äh, bei der aufnahmeanfrage (l: mh) zu kucken, ne, dass man so über-äh-überlegt, wie schätzt man denn die entwicklungschancen, äh, dieser person gerade ein, für die angefragt wird.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 198, Z. 30)

Erwartungsgemäß wirkt sich diese Zwiespältigkeit auch auf die Empfindung der Bewohner aus:

„und für die bewohner isses sehr, sehr stressig, sich, sich eingelebt und dann kommt schon das nächste und das vielleicht dann noch möglichst schnell.“

Isabell Berg, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 221, Z. 1)

Aufgrund des rehabilitativen Auftrags der TWG ist deren gesamtes Hilfesetting auf das Ziel der Wiedereingliederung ausgerichtet. Die Unterstützungsleistungen der TWG orientieren sich deshalb immer an jenen Fähigkeiten, die für ein Wohnen in einer Regelwohnform mit niedriger Betreuungsintensität benötigt werden. Einerseits bestimmt dieser rehabilitative Auftrag im Grunde die gesamte TWG-Arbeit, ist aber andererseits gleichzeitig eine gewisse Hilfe, da er eine klare Zielrichtung der Hilfsmaßnahme TWG vorgibt:

- *„also er [der rehabilitative Auftrag, NH] isch, er isch insofern hilfreich, dass mer n klara auftrag hat (l: mh) und dass dr klient et auf d gruppe kommt oder bei uns einzieht und no hoißts, jetzt mach mol irgendwie, sondern, dass mer scho ganz klar a ziel vor augen hot, dass mer des mitm klient au besprechen kann“*

Dirk Heinrich, Gruppenleiter TWG David-Stiftung (S. 176, Z. 22)

- *„und dann könn sie eigentlich starten mit dem ja und was kann diese persönlichkeit dennoch lernen? was, wo sin- wo sin-wo sin denn die entwicklungsschritte? und dann, ähm, immer vor dem hinblick, ja was braucht man denn alles? was muss man denn KÖNNEN, wenn man uns verlassen will? also was is, ähm, was sin die grundvoraussetzungen in einem normalen be-, äh, wohnheim der behindertenhilfe, um dort leben zu können?“*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 198, Z. 44)

Nach dem rehabilitativen Auftrag einer TWG ist deren oberstes Leitziel die Wiedereingliederung in eine Regelwohnform der Behindertenhilfe. Aus diesem Vorhaben ergeben sich die verschiedenen Unterziele, wie

- 1) Reduktion der psychopathologischen Symptomatik,
- 2) Erhöhung von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung im Alltag,
- 3) Förderung der sozialen Integration,
- 4) schulische und berufliche Integration und Förderung,
- 5) Entwicklung einer sinnvollen und hilfreichen Lebensperspektive und
- 6) Förderung lebenspraktischer Fähigkeiten (vgl. David-Stiftung 2013, S. 5).

Zur Erfüllung des rehabilitativen Auftrags müssen diese Aufgaben gemeistert werden, da sie die Basis für ein Wohnen in einer Regeleinrichtung darstellen. Daraus folgt, dass die Anschlusswohnform einer TWG im Grunde das einzige Kriterium für die TWG-Arbeit darstellt. Sicherlich besteht ein interner Anspruch, dem Bewohner als Menschen gerecht zu werden, ihn wertzuschätzen und ihm einen angemessenen Lebensraum zu bieten. Dennoch zeigen die Äußerungen der interviewten Experten über jene Klienten, die nicht reintegriert werden konnten, dass es am Schluss ausschließlich um die Anschlusswohnform als einziges Kriterium der TWG-Arbeit geht. Diese Äußerungen handeln davon, dass die SHV nicht in dem Maße verändert werden konnten, dass ein Regelwohnen ermöglicht wird oder von der mühsamen und oftmals erfolglosen Suche nach einer Anschlusswohnform mit intensiver Betreuung (LibW). Auch der Umzug in eine solche Wohnform bedeutet für die Experten, dass das alleinherrschende Kriterium der Wiedereingliederung in diesem Fall nicht erreicht werden konnte. Denn die Zukunftsperspektiven auf ein Leben mit mehr Teilhabe sind auf einer LibW-Gruppe offenbar gering, da dort rehabilitative Ziele eher zweitrangig sind. Die Begründung dafür, dass der rehabilitative Auftrag einer TWG keinen Arbeitsdruck erzeugt, da man sich ja auf einen Platz in der LibW-Gruppe verlassen könne, scheint in diesem Zusammenhang etwas problematisch. Hinzu kommt, dass diese Plätze in Baden-Württemberg meist schon besetzt und auch sehr dünn gesät sind.

Das Erreichen der o.g. Ziele als Basiskompetenzen bedeutet im System der TWG, dass sich der Bedarf des Klienten verändert hat. Er benötigt nun nicht mehr die intensiven Betreuungsstrukturen und die über Jahre aufgebauten, engen Beziehungen zu den Mitarbeitern. Auch therapeutische, psychiatrische und psychologische Unterstützung scheint nicht mehr vonnöten zu sein. Denn der rehabilitative Auftrag wurde schließlich erfüllt, die Ziele gelten als erreicht und der individuelle Bedarf hat sich gewandelt. Nun ist die Zeit gekommen für die Wiedereingliederung in eine Regelwohnform, der Umzug in eine neue Wohngruppe und damit auch der Abbruch von teilweise langjährigen Bindungen zu Bezugspersonen. Hier gestalten und steuern also die Institutionen wiederum die Unterstützung und die Hilfe, die der Klient erhält und erst an weiterer Stelle stehen individuelle Lebenswünsche. Wenn Rehabilitation nach dieser Perspektive also das „Durchlaufen von Einrichtungen“ (Schulte-Kemna 2013, S. 3) bedeutet, stellt die TWG eine Zwischenstation in einer solchen „Reha-Kette“ (ebd.) dar.

Führt man diese Metapher der TWG als Zwischenstation auf der Route der „Reha-Kette“ weiter, kann festgestellt werden, dass der Zwischenstopp der TWG auch eine Weiche für die weitere Fahrt der Wohnbiographie des Klienten beinhaltet. Wie beschrieben wurde, hat Wohnen generell eine herausragende Bedeutung im Leben des Menschen (s. Kapitel 4.2). Je nach dem, wie die Weichen in einer TWG gestellt werden konnten, geht dann die Zukunft des Klienten weiter in Richtung besondere und damit eher aussondernde Wohnform oder in Richtung allgemeiner und damit eher Teilhabe-ermöglichender Wohnform. Nach den Schätzungen der Experten kann diese Weiche nur in wenigen Fällen in die Richtung eines Wohnens in weniger aussondernden und Teilhabe-ermöglichenden Wohnformen gestellt werden. Viel öfter verläuft die Route der Reha-Kette in die Richtung von Wohnformen wie LibW o.Ä., wo die Möglichkeiten für ein Leben mit mehr Teilhabe für den Klienten weniger ausgeprägt sind. In diesen Fällen ist mit dieser Wohnform die Endstation der Fahrt der Wohnbiographie und damit der Reha-Kette erreicht:

- *„odr mer geht glei in richtung libw (I: okay), was i aber dann schwierig find, weil libw isch dann oifach so, da bisch dann über jahre hinaus dort feschtgfahra und hasch die möglichkeit WENIGER, wie bei uns jetzt hier nen sprung zu macha.“ (S. 180, Z. 28)*
- *„für ihn isch die einzige option mittlerweile libw und au do sind die zukunftsaussichte so, dass es nimmr andersch sein wird“ (S. 179, Z. 48)*

Dirk Heinrich, Teamleitung TWG David-Stiftung

Auf der Zwischenstation der TWG geht es für die Mitarbeiter dann auch darum, die Übergänge der Klienten zu verwalten und zu managen. Dies kommt besonders deutlich in den Äußerungen der Experten zum Vorschein, wenn es um ihr eigenes Tätigkeitsfeld geht:

„gut, ähm, i bin teamleitung (I: mh) in ner therapeutische wohngruppe. des heißt, i bin verantwortlich für die, sag mer mal, fachliche umsetzung der konzeptiona der twgs (I: mh). des heißt, dass i regelmäßig überprüf, ob die inhalte hier umgesetzt, gelebt werden, so in dem sinne. dann bin i für personelle gschichta zuständig, des hoißt dienstplanung, ressourcenorientierter einsatz der mitarbeiter, aufgabaverteilung auch. und, ähm, im groÿa und ganza könnt ma saga, dass i oifach so s bissle s controlling bin von dr gruppe, dass i oifach nach dr umsetzung kuck (I: okay) und, äh, ja fachliche gschichta au, dass des umgesetzt wird, dass tagespläne eingehalten und geschrieben werden. im prinzip isch ma, hat ma so a kontrollfunktion (I: okay) und, äh, aber gleichzeitig au hundertprozent gruppadienstmitarbeiter.“

Dirk Heinrich, Teamleitung TWG David-Stiftung (S. 175, Z. 5)

Abgesehen von der Erwähnung der TWG deutet keine Nennung der eigenen Aufgabenbereiche auf die tatsächliche Position eines Leiters einer Wohngruppe für Menschen mit geistiger Behinderung und SHV hin. Es wird eine schematische und systematische Perspektive offenbart, es geht viel um Administration und Verwaltung. Kasuistische Merkmale, die sich auf konkrete Bewohner beziehen, werden bis auf wenige Ausnahmen eher ausgeblendet und auch das ganz spezielle, originäre Setting einer TWG kommt nicht zum Ausdruck. Dies zeigt sich auch bei der Frage nach dem Arbeitsmodell in einer TWG:

„da gehts hauptsächlich um die art der betreuung (I: mh). also mir sind vierundzwanzig stunden besetzt. des (I: okay) heißt, es gibt, äh, von sechs uhr dreißig bis einazwanzig uhr n tagdienst und von einazwanzig uhr bis sechs uhr dreißig eine nachtWACHE (I: mh). <.> ähm <.>, dann gehts au zum teil um die, um die besetzung, also mir hent doppeldienschte hier, des isch au in dr konzeption so festgeschriebe (I: okay), mir hent en klara stellaschlüssel [...].“

Dirk Heinrich, Teamleitung TWG David-Stiftung (S. 176, Z. 33)

Als Betreuungsarten wären verschiedene Formen, Stile oder Maßnahmen von Betreuung und Therapie oder deren inhaltliche Bestimmung denkbar gewesen. Stattdessen geht es um das strukturelle Schema der Betreuung, also wie intensiv diese auf einer TWG erfolgt.

Auch die Aufgabenbereiche der Therapieleitung und des Sozialdiensts sind ganz wesentlich von der Administration der Wohnübergänge der Klienten („Aufnahme- und Entlassmanagement“, Claudia Schneider, S. 183, Z. 9) bestimmt. Wiederum spielt die Dichotomie des *Drinnen-Draußen* eine herausragende Rolle. Denn auch hier gilt die Anschlusswohnform als einziges Kriterium ihres Arbeitsbereichs und deshalb stellen administrative Vorgänge den Kern ihrer Tätigkeit dar. Dabei scheint es vor allem darum zu gehen, sich mit

externen Erwartungen auseinanderzusetzen, vor allem derer des Kostenträgers, aber auch des gesetzlichen Betreuers. Wie sich der Klient selbst seine Zukunft vorstellt, spielt besonders zu Beginn der TWG-Maßnahme eine zweitrangige Rolle:

„is man im, im gespräch mit, ähm, in der regel mehr mit den UM-gebenden menschen, weniger mit der person selber. also die sind selten so weit, äh, von, von ihrer intellektuellen fähigkeit und oder auch von ihrer persönlichkei her, dass sie sagen, JA, ich will jetzt hier ne zeit lang und dann will ich das und das können und dann will ich wieder rauskommen. das gibts in vereinzelt fällen schon auch, aber manchmal klafft da der wunsch und mit den eigenen möglichkeiten doch ziemlich gewaltig auseinander (I: okay). also dass man mit den, mit den betreuenden personen und auch mit dem kostenträger im gespräch is und, und vereinbart JA für diesen gewissen zeitraum versuchen wird dahin zu kommen.“

Heidrun Albertz, Therapieleitung Paulus-Hilfe (S. 198, Z. 34)

Für diese Ausgangslage zeichnet sich die Zusammenarbeit mit dem Kostenträger als maßgeblich verantwortlich. Unzählige Schilderungen der Therapieleitungen belegen, dass diese Kooperation den Tätigkeitsbereich ganz wesentlich bestimmt. Die Zusammenarbeit mit dem Kostenträger wird dabei als äußerst mühsam, arbeitsaufwändig und schwierig beschrieben. Von Seiten der Sachbearbeiter der Stadt- und Landkreise wird versucht, Druck hinsichtlich des Ergebnisses der TWG-Maßnahme auszuüben, wobei sie oftmals ein Verständnis für die Realität der Klienten vermissen lassen. Stattdessen blenden die Sachbearbeiter individuelle Lebenssituationen vollkommen aus und offenbaren eine starre und schematische Denkhaltung von Investition und Ergebnis. Bei der Erteilung einer Kostenzusage, ist diese häufig mit Bedingungen an die Ergebnisse der TWG-Arbeit verbunden. Dabei wird die tatsächliche, individuelle Lebenssituation der Klienten kaum bis gar nicht berücksichtigt, wie es Frau Schneider und Frau Weller mit der Imitation eines Sachbearbeiters darlegen :

- S: <rufend> *UND WENN WIR DES JETZT NOCHMAL UM FÜNF MONATE VERLÄNGERN UND DREI MONATE, DANN KRIEGEN SIE DES ABR AU BITTE THERAPEUTISCH HIN!* (I: <lacht>) (S: *genau*) *weil des /47/ erwarten wir//*
W: */47/ dann erwarten wir// a, b /48/ c, d, e <lacht>//*

S: */48/ dann erwarten// wir a, b, c, d, e, f und, ähm, man kann da schon drauf hinweisen, dass man n therapeutisch schon, äh, in fünf monaten was reißen kann, WENN dr klient mitmacht und WENN die rahmenbedingungen stimmen und so weiter.*

Interview mit Claudia Schneider (Therapieleitung) und Rosemarie Weller (Sozialdienst), TWG David-Stiftung (S. 196, Z. 41)

- *„das würd ich mir wünschen, also dass da ein bisschen, äh, von-von-von der anderen seite auch ein bisschen mehr verständnis für die realität der personen irgendwie auftaucht und dieses schematische denken, investition und ergebnis (I: mh), ne, da, da, es handelt sich um menschen.“*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe (S. 211, Z. 22)

Die Auswirkungen dieser angesprochenen Vorgaben des Kostenträgers lassen sich in den Befragungen sehr anschaulich nachweisen. Im Grunde als Reaktion auf die starre und schematische Denkhaltung der Kostenträger abstrahieren die Interviewpartner ebenfalls von den verschiedenen Maßnahmen, Tätigkeiten und der Bewohnerschaft und sprechen im Allgemeinen über diese. Auch bei Fragen nach Beispielen für gelungene oder nicht-gelungene Reintegrationen wird deshalb von den Experten oftmals eine generalisierende und schematische Perspektive eingenommen. Individuelle Merkmale werden dabei tendenziell ausgeblendet und es wird eher die Verwaltung des Wohnens beschrieben.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Hilfsmaßnahme der TWG eher einrichtungszentriert gesteuert wird, da viele der o.g. Kriterien erfüllt werden. Bei einer erzielten Veränderung des Hilfebedarfs des Klienten wird ein Einrichtungswechsel vorgenommen und damit die „Reha-Kette“ fortgeführt. Durch die Leistungsvereinbarung und den daraus resultierenden rehabilitativen Auftrag wird ein Großteil der Arbeitsbereiche der Mitarbeiter von der Dichotomie des *Drinnen-Draußen* bestimmt. Die Erfüllung des rehabilitativen Auftrags ist mit einem weiteren Einrichtungswechsel gleichzusetzen und die Anschlusswohnform stellt das alleinige Kriterium der TWG-Arbeit dar. Bei diesem gesamten Prozess spielen individuelle Merkmale zunächst nur dahingehend eine Rolle, wie diese für ein Wohnen in einer Regeleinrichtung verändert werden können. Welche Auswirkungen diese Maßnahmen auf die individuelle Lebenssituation des Klienten haben und was dessen Lebensziele sind, muss zum Zweck der Erfüllung des rehabilitativen Auftrags ausgeklammert werden.

Diese Ergebnisse sollen die täglich in einer TWG erfolgende Arbeit in keinsten Weise in Abrede stellen. Wie bereits gezeigt wurde, stellen bei dem zentralen Betreuungs- und Therapieplan die individuellen Merkmale der Klienten die Basis für die verschiedenen Maßnahmen dar. Die TWG-Arbeit als Übergangsmanagement

und die allumfassende Bedeutung des *Drinnen-Draußen* sind eine zwangsläufige Folge der abgeschlossenen Leistungsvereinbarung. Der rehabilitative Auftrag sorgt also eo ipso dafür, dass die Anschlusswohnform als alleiniges Kriterium der TWG-Maßnahme gilt und dadurch die tägliche Arbeit maßgeblich beeinflusst.

8.2 Die Rolle der Therapie

Nach obiger Definition versteht man unter Therapie eine Kranken- oder Heilbehandlung. Die klassische Art einer Therapie mit der Therapeut-Klient-Beziehung oder dem eigentlich notwendigen Therapieauftrag findet man in einer TWG höchstwahrscheinlich selten bis gar nicht. Vielmehr gestaltete sich die Überprüfung der geführten Interviews mit den TWG-Experten auf therapeutische Maßnahmen als schwierig, wie nun aufgezeigt wird.

In Kapitel 7.5 wurden die verschiedenen Möglichkeiten zu therapeutischen Maßnahmen aufgezeigt. Diese werden von der Therapieleitung nach den individuellen Bedürfnissen und dem bisherigen Verlauf des TWG-Aufenthalts in den Betreuungs- und Therapieplan eingebaut. Auf der anderen Seite geben die geführten Interviews mit den Therapieleitungen wenig bis keine Hinweise darauf, welche Therapieformen angewandt werden oder wie man sich die therapeutische Vorgehensweise bzw. die damit verbundenen Maßnahmen vorzustellen habe. Diese Tatsachen verleiten zur Annahme, dass von Seiten der Mitarbeiter den therapeutischen Maßnahmen selbst kein allzu hoher Stellenwert beigemessen wird. So sind sich diese auch darüber einig, dass die größte Stärke der TWG-Arbeit die intensive Betreuung bzw. die Mitarbeiter sind, die mit den Klienten in eine Beziehung treten. So lautet beispielsweise die Antwort von Frau Albertz (S. 201, Z. 27) auf die Frage nach den therapeutischen Maßnahmen zur Veränderung von Verhaltensauffälligkeiten. Auch die anderen befragten TWG-Mitarbeiter erkennen die hohe Wichtigkeit der intensiven Betreuungsstruktur bei der Umsetzung des rehabilitativen Auftrags an. Ein weiterer Beleg für die untergeordnete Bedeutung therapeutischer Maßnahmen offenbart sich sowohl in der Befragung des Gruppenleiters Dirk Heinrich (S. 176, Z. 33), als auch der Therapieleitung Frau Schneider (S. 191, Z. 44): Beide nennen die intensiven Betreuungsstrukturen als ersten Unterschied zwischen den Arbeitsmodellen einer TWG und einer Regelwohnform. Unterstellt man hier, dass die erste Nennung der antwortenden Person nach ihrer Meinung die höchste Bedeutung hat, belegt dies die Hypothese der untergeordneten Rolle therapeutischer Maßnahmen. Eine weitere Bestätigung findet sich in der Antwort von Frau Schneider auf die Frage nach ihren Aufgabengebieten als Therapieleitung: Hier wird zuerst das omnipräsente „Aufnahme- und Entlassmanagement“ (S. 183, Z. 9) genannt.

Bei den aufgeführten Fragen nach den Aufgabenbereichen der Therapieleitungen war anzunehmen, dass darauf Beschreibungen folgen, bei denen es um Therapieformen geht, die verschiedenen Vorgehensweisen, Beispiele für therapeutische Maßnahmen oder um den Betreuungs- und Therapieplan. Auch im Zusammenhang mit erfragten Fallbeispielen für gelungene oder nicht-gelungene Reintegrationen werden keinerlei exemplarische therapeutische Angebote aufgeführt. Stattdessen werden in allen Experteninterviews meist auf abstrahierende und systematisierende Weise die allgemeinen Abläufe in einer TWG beschrieben. Wie bereits aufgeführt, scheint durch den gesamten Organisationskomplex von Aufnahme und Entlassung eher das Verwalten des TWG-Aufenthalts eine der Hauptaufgaben der Therapieleitung zu sein. Belegt werden kann diese Vermutung durch die Häufigkeit der mit diesen Tätigkeiten zusammenhängenden Äußerungen der Interviewpartner. So steht ein Großteil der Antworten der Therapieleitungen in Verbindung mit Ein- und Auszug, Suche einer Anschlusswohnform, Zusammenarbeit mit Kostenträgern etc. Vereinzelt kommen verschiedene Therapieformen zur Sprache (Einzel-, Gruppenangebote, Therapeutische Gespräche), welche dann aber wiederum im Allgemeinen aufgeführt werden, ohne dass ein konkretes Vorgehen beschrieben wird. Daneben werden Beispiele zu den genannten Einzelinterventionen oder zu Gruppenangeboten ebenso wie konkrete Bezüge zu den Klienten vermisst. Von den Therapieleitungen wird darauf hingewiesen, dass sie keine streng einzeltherapeutischen Angebote an die Klienten stellen, da ihnen diese keinen Therapieauftrag erteilen (S. 202, Z. 42). Ebenso würde der zeitliche Umfang solcher Maßnahmen die verfügbaren Ressourcen der Therapieleitungen bei weitem übersteigen (S. 194, Z. 9).

Ein einzelner konkreter Hinweis zu einer klientenbezogenen, therapeutischen Maßnahme kann in einem Klienteninterview vorgefunden werden:

„also wir hatten jeden diensttag auf gruppe 2 hatten wir des forum. da konnten wir dann au unsre probleme (I: mh) der psychologin dann erzählen“

Britta Conrad, ehemalige Bewohnerin TWG Paulus-Hilfe (S. 251, Z. 23)

An dieser Stelle wird eine therapeutische Intervention zum ersten Mal wirklich veranschaulicht und konkretisiert. Die Rede ist wohl von einer Art Gruppentherapie mit der Therapieleitung, bei der die Klienten ihre individuellen Sorgen und Schwierigkeiten vortragen können und die dann gemeinsam besprochen werden. Zwar gibt auch Frau Berg den Hinweis auf das Angebot einer Gruppentherapie (S. 214, Z. 10), jedoch erhält man ansonsten von den TWG-Mitarbeitern nie anschauliche Hinweise zu Ablauf, Durchführung oder Ziel von jeglichen therapeutischen Maßnahmen.

In einer TWG geht es also, wie vermutet, um eine andere Art und Weise der Therapie als nach o.g. Verständnis. Dieser Eindruck verhärtet sich, wenn im Interview mit Frau Albertz der *milieutheraeutische* Ansatz erläutert wird (S. 203, Z. 22). Es geht dabei um das Leben des Klienten auf der Wohngruppe als seinem zentralen Lebensraum. Ebenso zeigen die Befragungen der Mitarbeiter der David-Stiftung, als auch die Konzeption der Einrichtung, dass dort ein vergleichbarer Ansatz verfolgt wird, auch wenn dabei das Stichwort „Milieutheraeutie“ nicht fällt. Bei der für diese Arbeit zentralen Frage nach der Umsetzung des rehabilitativen Auftrags der TWG sind gerade jene therapeutisch wirkenden Maßnahmen von besonderem Interesse, welche die TWG von einer „herkömmlichen“ Regelwohnform der Eingliederungshilfe unterscheiden lassen. Hier scheint der in beiden Einrichtungen verfolgte, milieutheraeutische Ansatz mit all seinen Voraussetzungen und Faktoren eine wichtige Rolle zu spielen. Deshalb soll das Konzept und seine therapeutische Wirkung auf die Klienten anhand der Ergebnisse der Befragungen an dieser Stelle ausdifferenziert werden. Vereinzelt sind dabei Rückgriffe auf die Konzeptionen der TWGs notwendig, da die Interviews bisweilen Auskünfte zu den verschiedenen Maßnahmen vermissen lassen, wie oben beschrieben wurde.

Bei dem in einer TWG verfolgten milieutheraeutischen Ansatz geht es darum, die Bedingungen in den verschiedenen Lebensbereichen des Klienten so zu gestalten, dass sich diese an dessen individuellen Bedürfnissen orientieren. Denn ihre bisherige Lebensgeschichte zeigt, dass die bisherigen Settings dazu nicht in der Lage waren. Eine essentielle Rolle spielt bei diesem Konzept die Therapieleitung, die als Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung des Ansatzes und damit auch des rehabilitativen Auftrags betrachtet werden muss. So wird auch von Frau Berg (S. 214, Z. 4) festgestellt, dass die Rolle der Therapieleitung den Hauptunterschied zu einer Regelwohnform ausmacht. Ausgehend von Diagnostik und Assessment und ersten Einblicken in die Persönlichkeit des Klienten entwickelt sie die notwendigen Strukturen und Gegebenheiten des Milieus in Form des Betreuungs- und Therapieplans. Dafür ist das psychologische Fachwissen der Therapieleitung zu Störungsbildern unerlässlich. Hinzu kommen vereinzelt therapeutische Einzel- und Gruppenangebote. Dennoch sind sich alle interviewten Personen darüber einig, dass das wesentliche therapeutische Moment in den Milieustrukturen zu finden ist. Im Alltag und der Wohngruppe als zentralem Lebensort sollen die Klienten zu diesem Zweck Sicherheit und Geborgenheit vorfinden. Dabei haben die Wohngruppenmitarbeiter die zentrale Aufgabe, für ein verträgliches Zusammenleben (S. 201, Z. 32) zu sorgen und zu den Klienten eine Beziehung aufzubauen. Dadurch erfahren die Bewohner Verlässlichkeit und Empathie und fühlen sich von den Mitarbeitern angenommen und wertgeschätzt. Der alltägliche Tagesablauf entspricht den individuellen Bedürfnissen der Klienten und ist flexibel handhabbar. Zum einen werden lebenspraktische und hauswirtschaftliche Fertigkeiten trainiert, zum anderen hat das Zusammenleben auf der Wohngruppe durch verschiedene Regeln eine förderliche Wirkung auf die sozialen Kompetenzen.

Da mit der Tagesstruktur ein zweiter Lebensbereich für die Bewohner geschaffen werden muss (als Voraussetzung für die Wiedereingliederung), ist auch dieses System beim milieutherapeutischen Ansatz von Bedeutung. Die Beschäftigung wird den individuellen Fähigkeiten des Klienten angepasst. Dabei ist meist notwendig, die Anforderungen zunächst zu reduzieren und sie anschließend langsam und sukzessive zu steigern, um am Ende der TWG-Maßnahme die Fähigkeit zur möglichst ganztägigen Tagesstrukturierung zu erreichen. Auch der Bereich der Freizeit wird beim milieutherapeutischen Ansatz in den Blick genommen. Gemeinsame Aktivitäten fördern dabei die sozialen Kompetenzen und regen die individuelle Fähigkeit zur eigenen Freizeitgestaltung an. Diese Freizeitunternehmungen behielten auch die ehemaligen TWG-Klienten positiv in Erinnerung. Die Doppelbesetzung auf einer TWG erleichtert die Verhinderung sowie die Bewältigung und das Durchstehen von Krisen. Dadurch verlieren diese ihre Bedeutung und scheinen für den Klient weniger verheerend, sondern vielmehr als etwas Überwindbares und Veränderliches.

Bei der Betrachtung der einzelnen Faktoren des milieutherapeutischen Ansatzes fällt auf, dass deren Realisierung mit der Betreuungsintensität der TWG steht und fällt. Wie bereits erwähnt, sehen auch die befragten TWG-Experten in den intensiven Betreuungsstrukturen den entscheidenden Vorteil gegenüber einer Regelwohnform. In der Tat wird erst durch die Doppelbesetzung die Umsetzung des Betreuungs- und Therapieplans nach dem milieutherapeutischen Ansatz ermöglicht:

- Dadurch dass mehrere Mitarbeiter gleichzeitig anwesend sind, können sie sich effektiver mit Klienten beschäftigen, Gespräche mit ihnen führen und eine Bindung zu ihnen aufbauen.
- Dazu zählt, dass Einzel- oder Gruppenangebote mit verhaltenstherapeutischen Effekten (z.B. aus SKT oder DBT) auf der Wohngruppe gemacht werden können.
- Um das Zusammenleben auf der Wohngruppe für alle erträglich zu gestalten, ist die Doppelbesetzung zur Einhaltung der Gruppenregeln notwendig.
- Durch die intensiven Betreuungsstrukturen wird (zumindest tagsüber) eine durchgängige Beaufsichtigung und Kontrolle der Bewohner ermöglicht.
- Diese kontinuierliche Überwachung der Klienten schafft erst die Voraussetzung zur Früherkennung und Prävention bzw. zur Bewältigung und Intervention ihrer Krisen.
- Die Flexibilisierung der Tagesstruktur erfordert mehrere Mitarbeiter, die gleichzeitig im Dienst sind, beispielsweise wenn ein Klient aufgrund seiner Befindlichkeit vom FuB in die TWG zurückkehrt.
- Wäre nur ein Mitarbeiter im Dienst, könnten keine Freizeitangebote für einzelne oder mehrere Klienten gemacht werden.

Dennoch kann sich die Wirksamkeit der TWG-Maßnahme nicht alleinig durch die Intensivierung der Betreuungsstrukturen begründen. Dies zeigt sich nicht zuletzt an den Einschätzungen zur Quote an erfolgreich reintegrierten Klienten. Um die therapeutische Wirkung des Milieus der TWG zur Geltung zu bringen, scheint das Zusammenspiel von Therapieleitung und Betreuungsteam sehr bedeutungsvoll zu sein. Erst durch das spezifische Fachwissen zu Störungsbildern und die diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen der Therapieleitung kann das Milieu der TWG nach den individuellen Bedürfnissen der TWG gestaltet werden. Andererseits können die erforderlichen Alltagsstrukturen nur durch eine Intensivierung der Betreuungsdichte umgesetzt werden. Weitere einzel- oder gruppentherapeutische Maßnahmen sowie die optimale medikamentöse Einstellung durch Ärzte und Psychiater verstärken im Einzelfall die Wirksamkeit der TWG-Maßnahme.

Im Sinne dieses milieutherapeutischen Ansatzes wirkt also der TWG-Alltag wie eine Therapiesitzung. Diese stellt günstige Voraussetzungen für die Klienten dar, ihre SHV durch adäquate Verhaltensalternativen zu ersetzen und Kompetenzfortschritte in vielen weiteren Bereichen zu erzielen. Dafür scheint ein recht strafes Regelwerk und kontinuierliche Überwachung notwendig zu sein, um das Sicherheitsbedürfnis der Bewohner zu befriedigen. Auch wenn diese strengen Regeln und die Kontrolle eine Last für manchen Klienten darstellen, wirken sie sich sehr förderlich auf ihre Entwicklung aus, wie auch die ehemaligen TWG-Klienten bestätigen (s.u.).

8.3 Wirksamkeit der TWG-Maßnahme

Von den befragten Mitarbeitern der TWGs wird ein Prozentsatz von zehn bis 30 Prozent an reintegrierten Personen angegeben. Wiederum soll hier nicht zur Debatte stehen, ob dies einen besonders hohen oder besonders niedrigen Wert darstellt. Auch die Überschrift dieses Unterkapitels soll nicht zu der Annahme verleiten, dass nun die Wirkung der TWG-Maßnahme bewertet wird. Wie bereits in Kapitel 7.8 beschrieben, gibt es auch zahlreiche (z.B. strukturelle) Bedingungsfaktoren, die sich erschwerend auf die Möglichkeiten zur Wiedereingliederung auswirken. Hinsichtlich der Reintegrationschancen muss von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge gesprochen werden, das die TWG-Arbeit nur begrenzt positiv beeinflussen kann. Deshalb handelt der jetzige Abschnitt von jenen individuellen Bereichen der Klienten, auf die sich die Maßnahmen der TWG förderlich zum Zwecke einer Reintegration auswirken können. Bei der Betrachtung dieser individuellen Faktoren existieren ebenso Bereiche, die von der TWG-Arbeit unberührt bleiben und die die Möglichkeiten zur Wiedereingliederung einerseits erhöhen, andererseits verringern können.

Aufgrund der Einzigartigkeit jedes Klienten mit all seinen individuellen Eigenschaften, Verhaltensweisen und Lebenshintergründen fällt den TWG-Mitarbeitern eine Verallgemeinerung der erzielten Veränderungsprozesse schwer. Dennoch werden dabei übereinstimmend einige, sich bei den Klienten einstellende Effekte genannt, die durch den TWG-Aufenthalt hervorgerufen werden. Hierzu zählen die Abmilderung der Verhaltensproblematik, die Verringerung der Aggressionsbereitschaft und die Herstellung einer gewissen Gemeinschaftsfähigkeit. Letzteres meint die Fähigkeit des Individuums, sich zumindest für einen begrenzten Zeitraum mit anderen Personen aufzuhalten, um beispielsweise mit ihnen zu essen oder Freizeitaktivitäten zu unternehmen, ohne dass es zu eskalierenden Situationen kommt. Die genannten Veränderungen haben zur Folge, dass sich zum einen die Häufigkeit der Klinikeinweisungen reduziert und zum anderen der Klient und sein soziales Umfeld entlastet werden. Die psychische Stabilisierung bewirkt außerdem die Möglichkeit zur Aufnahme einer tagesstrukturierenden Maßnahme, wenn zuvor die dabei gestellten Anforderungen den individuellen Fähigkeiten angepasst werden. Somit kommt es weiterhin zur Zunahme der Belastungsfähigkeit der Klienten. Gelingt es einem Bewohner schon zu Beginn der TWG-Maßnahme einer tagesstrukturierenden Maßnahme regelmäßig nachzugehen, bestehen laut den TWG-Mitarbeitern große Chancen auf eine Reintegration. Als weiterer Prognosefaktor zählt, wenn der Klient in seinem bisherigen Leben bereits regelmäßig eine Tagesstruktur besuchte. In diesen Fällen sind die individuellen Hürden, die mit einer regelmäßigen Beschäftigung verbunden sind, für die betreffende Person vermutlich deutlich niedriger, sodass die Eingewöhnung leichter fällt.

Wie bereits beschrieben, gilt die Fähigkeit zur ganztägigen Beschäftigung in der Tagesstruktur als entscheidender Faktor für die Reintegration in eine Regelwohnform. Weitere Voraussetzungen zur Erfüllung des rehabilitativen Auftrags sind entsprechende Veränderungen der SHV und die Verbesserung der sozialen Kompetenzen der Klienten. Dieses angesichts der Dauer der TWG-Maßnahme straffe Programm stellt sehr umfangreiche und hohe Anforderungen an die TWG-Arbeit. Denn im Abgleich mit obigen Ausführungen zu den SHV kommen die Klienten mit einer „Vielzahl von Problemen“ (Heidrun Albertz, S. 199, Z. 9) in die TWG, angesichts derer die Anforderungen des rehabilitativen Auftrags nur in wenigen Fällen gemeistert werden können. Oftmals sind diese Probleme in unzähligen, negativen Erlebnissen begründet, beispielsweise in Form von Klinik- bzw. Psychatrieeinweisungen. Diese Schicksalsschläge sind so tief im Erfahrungsschatz der Menschen verwurzelt, dass sie durch die TWG-Maßnahmen kaum erreicht werden können und dadurch die Reintegrationsmöglichkeiten sehr gering sind. Zu diesen unbeeinflussbaren Faktoren zählen auch stark ausgeprägte, psychische Störungen und ein bereits fortgeschrittenes Alter der Bewohner. Diese Menschen brauchen in den Augen der Therapieleitungen längerfristige und damit tiefergehende Erfahrungen, die sich erst nach einigen Jahren intensiver therapeutischer Bemühungen ereignen können.

Als Zwischenfazit soll festgehalten werden, dass der rehabilitative Auftrag hohe Anforderungen an die TWG-Arbeit stellt. Gleichzeitig ist bei den Klienten aber nur eine „kleine Stellschraube“ (Heidrun Albertz, S. 199, Z. 5) vorhanden, durch die individuelle Veränderungen in kurzer Zeit bewirkt werden können. Eine solche Ausgangssituation mag für die TWG-Mitarbeiter Anlass geben, ihre eigene Position gewissermaßen als machtlos zu betrachten, da sie sich gleichzeitig dafür berufen fühlen, die Lebenssituation ihrer Klienten zu verbessern. Auch in den Experteninterviews kam diese Ausgangslage der TWG-Arbeit direkt oder indirekt zur Sprache. Auffallend ist in diesen Interviewmomenten, dass die Mitarbeiter ihre eigene Lage oftmals mit einem Lachen quittieren:

- *„was muss man denn KÖNNEN, wenn man uns verlassen will? also was is, ähm, was sin die grundvoraussetzungen in einem normalen be-, äh, wohnheim der behindertenhilfe, um dort leben zu können? und das is, ähm, ne große kluft, dies da zü-zu-zu überbrücken geht. und, ähm, an dieser kluft ham WIR nur ne, ne kleine stellschraube, nämlich diese person, die bei uns jetzt lebt, äh, <lacht> (l: mm) ja da ein bisschen was zu entwickeln und zu fördern.“ (S. 199, Z. 2)*
- *„dass diese leute lernen, äh, in einer sozialen gruppe, mmm, soweit klarzukommen, dass sie zum beispiel in der lage sind, doch dann wieder in der gemeinschaft zu essen. das is, ab-nich <lacht>, schaffen wir auch nich immer, aber OFT kriegen wir das hin“ (S. 204, Z. 25)*
- [auf die Frage nach Fällen mit nicht gelungener Wiedereingliederung] *„mh <sucht in unterlagen> da hamwer n paar namen mehr <lacht>“ (S. 208, Z. 36)*

Heidrun Albertz, Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe

- *„wo hemmer denn ein gelungenen <lacht> wiedereingliederungsprozess?“*

Rosemarie Weller, Therapieleitung TWG David-Stiftung (S. 184, Z. 1)

Hier kann das Lachen so interpretiert werden, dass es dazu dient, einen anderen Blickwinkel auf die für die Person eigentlich so schwierige Situation einzunehmen. Das Lachen verhindert dann den Ausbruch der Emotionen, zu denen die eigene Lage eigentlich Anlass gäbe. Allgemeiner formuliert tritt das Lachen der Interviewpartner häufig dann auf, wenn sich in ihrem Bericht eine krasse Gegensätzlichkeit offenbart. Dies ist an besonders vielen Stellen der Interviews der Fall. Bezogen auf obige Interpretationsweise liege dieser Gegensatz dann in den Anforderungen des rehabilitativen Auftrags einerseits und der wenig wirksamen Einflussnahme der TWG-Mitarbeiter andererseits. Durch das Lachen der Interviewpartner in diesen Momenten könnten sie dann versuchen, diese auch für sie schwierige Situation zu bewältigen.

Sicherlich kann nur ein geringer Teil aller mit einem Lachen verbundenen Interviewstellen auf obige Weise interpretiert werden und selbst diese Auslegungen sind nur Vermutungen, welche inneren Vorgänge der Interviewpartner das Lachen hervorrufen. Ebenso könnte eine Erinnerung an einen bestimmten Klienten oder eine Komik der momentanen Situation der Grund für das Lachen sein. Besonders die oben aufgeführten Zitate zeigen jedoch, dass in diesen Momenten die Rede von der Wirksamkeit der eigenen Arbeit ist. In manchen Fällen bleiben diese Wirksamkeit und damit die Veränderungen auf Seiten der Klienten jedoch aufgrund mangelnder Beeinflussbarkeit nur sehr gering. Das Lachen in den Momenten während dieser Berichte ermöglicht dann die Unterdrückung der Gefühle von eigener Machtlosigkeit und lässt die eigene Position aus einem anderen Blickwinkel betrachten.

In Anbetracht obiger Ausführungen kann angenommen werden, dass der rehabilitative Auftrag aufgrund seiner hohen Anforderungen eine gewisse Drucksituation auf die TWG-Arbeit generell auswirkt. Da diese Vermutung schon zu Beginn der Untersuchung nahelag, bestand ein Interesse an diesem Sachverhalt und wurde teilweise auch explizit erfragt. Nach den Äußerungen der Interviewpartner kann die Hypothese eines durch den rehabilitativen Auftrag direkt oder indirekt ausgeübten Erfolgsdrucks keinesfalls bestätigt werden. Auch die unrealistische Erwartungshaltung von Vertretern des Kostenträgers hinsichtlich der Ergebnisse der TWG-Arbeit bringen die Mitarbeiter offensichtlich nicht in größere Bedrängnis. Denn in der TWG befindet man sich näher an der tatsächlichen Lebenssituation der Klienten und kann ihre Reintegrationsmöglichkeiten besser abschätzen. Im Großteil der Fälle werden diese Möglichkeiten auch zum Ende der TWG-Maßnahme als gering betrachtet. Dann steht in beiden Einrichtungen der interne Umzug an in eine Wohngruppe mit den für die Klienten notwendigen, intensiven Betreuungsstrukturen. Diese Option nimmt zumindest für die Mitarbeiter ganz offenkundig den potentiellen Druck des rehabilitativen Auftrags.

Aufgrund der räumlichen und strukturellen Nähe dieser Anschlusswohnformen (LibW bzw. Sozialtherapeutisches Heim) bereitet also in beiden Einrichtungen die Weiterbetreuung in einer betreuungsintensiven Wohnform zumindest auf dem Papier keine größeren Schwierigkeiten oder Umstände. Andererseits sind die Wohnplätze zumindest in den LibW-Einrichtungen aufgrund ihrer geringen Verbreitung und der gleichzeitig hohen Nachfrage im Grunde dauerhaft belegt. Von daher ist der Umzug in die LibW-Einrichtung der David-Stiftung doch mit sehr großen Schwierigkeiten verbunden: Wie von Frau Weller und Frau Schneider dargestellt (S. 189, Z. 36), müssen für den Umzug lange Wartezeiten in Kauf genommen werden. Eine solche Situation wirkt sich dann sehr negativ auf die individuelle Verfassung des Klienten aus und es kommt u.U. zu therapeutischen Rückschritten und vermehrten Klinikeinweisungen. Deshalb muss die Suche nach einem Wohnplatz mit intensiver Betreuung auf ganz Baden-Württemberg ausgedehnt werden, womit die Chance für den Klienten auf eine heimatnahe, sozialraumorientierte Betreuung zunichte gemacht wird. Des

Weiteren wurde bereits oben aufgezeigt, dass sowohl vom LibW, als auch vermutlich vom Sozialtherapeutischen Heim (angesichts dessen konzeptioneller Ausrichtung) behauptet werden kann, dass diese die gesellschaftliche Teilhabe ihrer Klienten langfristig eher einschränken als ermöglichen. Das „Sich-Verlassen“ auf den Umzug in eine solche Wohnform als Ausweichmöglichkeit, wenn der rehabilitative Auftrag nicht erreicht wird, erscheint dann als bedenklich. Andererseits bestehen in diesen Fällen keinerlei Alternativen aufgrund fehlender, bedürfnisgerechter Zwischenlösungen für die Menschen mit geistiger Behinderung und SHV im Anschluss an die TWG (s. Kapitel 7.8).

Im bisherigen Verlauf dieses Unterkapitels ging es meist um Merkmale, welche sich erschwerend auf die Reintegrationsmöglichkeiten auswirken. Abschließend soll jedoch nun der Fokus auf einen individuellen Faktor gerichtet werden, der hohen Einfluss auf die Chancen zur Wiedereingliederung ausübt, dabei sich jedoch gleichzeitig der Beeinflussbarkeit durch die TWG-Arbeit entzieht.

Neben der Fähigkeit zur ganztägigen Tagesstrukturierung zählt der Wille des Klienten, die TWG wieder verlassen zu wollen, zu einem wichtigen Prognosefaktor hinsichtlich der Wiedereingliederung. Dies wird häufig von den Therapieleitungen als ein solcher, günstiger Faktor genannt und erscheint auf den ersten Blick etwas widersprüchlich. Denn eigentlich gilt doch die Herstellung eines „Beheimatet-Seins“, eines heimischen Gefühls, zu den Wohnbedürfnissen des Menschen und vermutlich auch zu den unausgesprochenen Zielen der TWG. Aufgrund der Befristung der Leistungsmaßnahme stellt die TWG jedoch eher ein „Wohnen auf Zeit“ dar, weil der rehabilitative Auftrag einen erneuten Umzug des Bewohners vorsieht. Deshalb erweist sich der Wille des Klienten zum Verlassen der TWG als ein günstiger Faktor, da dieser die Zusammenarbeit an einem gemeinsamen Ziel sowohl für den Klienten als auch für die Mitarbeiter ermöglicht. In den Experteninterviews zeigt sich dies an den Berichten zu ehemaligen, erfolgreich reintegrierten Personen besonders deutlich. Die Motivation dieser Klienten, die TWG wieder zu verlassen, stellt dabei die Möglichkeit her, sich über die dafür notwendigen Veränderungsprozesse zu verständigen. Um diese Veränderungen herbeizuführen, lässt sich der Klient auf die verschiedenen Maßnahmen und Angebote der TWG ein und nimmt an ihnen teil. Letztendlich findet dadurch auch ein Umdenken des Bewohners statt, das ihn dazu motiviert, sein eigenes Verhalten zu verändern. Diese veränderte Denkweise lässt sich eindrucksvoll am Beispiel von Frau Conrad illustrieren:

„die erschte zeit auf dr PAULUS, bin ich EINMAL ABGEHAUEN, übern gartenzaun geklettert und bin aber dann au FREIWILLICH gekommen (I: mh), weil ich mir gedacht hab, okay, du machsch den schritt jetzt und fängsch genauso an wie davor. eigentlich bringts dir nix, weil du kommsch eigentlich wieder ZURÜCK, egal mit polizei oder mit sonst no irgendjemanden. dann bin ich selber zurück

gekommen, da war halt dann die Konsequenz schon eher so, ich durfte halt dann nicht mehr allein zum RAUCHEN GEHN (I: mh) und, ja, deswegen hab ich dann au von vornherein, äh, bin ich dann gar nicht mehr abgehauen, hab mich dann teilweise au an die Regeln gehalten (I: mh), joa.“

Britta Conrad, ehemalige Bewohnerin TWG Paulus-Hilfe (S. 254, Z. 14)

Es zeigt sich, dass die Einsicht des Klienten in notwendige Veränderungsprozesse erst die Motivation zur Teilnahme an Angeboten und damit die Zusammenarbeit an einem gemeinsamen Ziel ermöglicht. Auf der anderen Seite müssen jenen Klienten, die sich weniger einsichtig hinsichtlich der eigenen Verhaltensveränderung zeigen, die Ziele auferlegt und „übergestülpt“ werden. Da die Maßnahmen und Angebote der TWG dann nicht ihrem eigenen Willen entsprechen, sehen sie (verständlicherweise) auch keine Sinnhaftigkeit, an diesen teilzunehmen. Diese Ausgangslage wirkt sich erschwerend auf die Reintegration aus, da die Klienten zu allen Angeboten, Maßnahmen, Regeln und Absprachen motiviert werden müssen und sie keine Notwendigkeit darin sehen, das eigene Verhalten zu verändern. Diese Menschen sind vermutlich weiterhin auf intensive Betreuungsstrukturen mit der damit verbundenen Beaufsichtigung und Kontrolle durch die Mitarbeiter angewiesen. So scheint es sich auch bei Achim Paschke zu verhalten, der sein Leben seit nunmehr sechs Jahren (mit einer kurzen Unterbrechung) auf einer intensiv betreuten Wohngruppe verbringt. Diese Strukturen scheinen ihm durch die Regeln zu helfen, die Orientierung hinsichtlich seines eigenen Verhaltens zu bewahren:

I: <.> was finden se denn gut hier?

P: <.> ma hier n geschützten rahmen hat (I: mh), jip.

I: <.> was hei, was heißt des, geschützter rahmen?

P: da ich nicht mehr so viel scheiße mach wie, wie in bergdorf. <grinst>

I: in BERGDORF?

P: ja.

Interview mit Achim Paschke, ehemaliger Bewohner TWG Paulus-Hilfe (S. 239, Z. 18)

Nach der TWG zog Herr Paschke in eine offene Wohngruppe nach Bergdorf, wo Betreuung und Beaufsichtigung der Bewohner vermutlich weniger intensiv waren. Deshalb fiel er wieder in alte Verhaltensweisen zurück und begann „Scheiße zu machen“, wozu laut seiner Akte v.a. die Nichteinhaltung der Ausgangsregeln zählte. In der offenen Wohngruppe fehlte Herr Paschke vermutlich die Orientierung und der Halt, die durch die intensive Betreuungsstruktur und die damit verbundene Beaufsichtigung ermöglicht werden.

Deshalb wurde die Eingliederung in die offene Wohngruppe als gescheitert betrachtet und Herr Paschke zog wieder in das Sozialtherapeutische Heim der Paulus-Hilfe.

Zusammenfassend muss dem Willen des Klienten, die TWG wieder zu verlassen, also eine hohe Bedeutung hinsichtlich seiner Reintegrationschancen beigemessen werden. Klient und Mitarbeiter können sich dann über die für einen Auszug erforderlichen Verhaltensänderungen verständigen und an einem gemeinsamen Ziel arbeiten. Mangelt es jedoch an diesem Bewusstsein des Klienten, das eigene Verhalten zu überdenken und zu verändern, kommt es oftmals nicht zu einer Umgestaltung der SHV. Dadurch sinken auch die Möglichkeiten zur Wiedereingliederung des Klienten. Insgesamt bestehen zur Verwirklichung des rehabilitativen Auftrags hohe Ansprüche an die TWG-Arbeit. Zwar können einige Verhaltensveränderungen bei den Klienten bewirkt werden, dennoch werden innerhalb der kurzen Zeit des TWG-Aufenthalts nur wenige der für die Wiedereingliederung benötigten Fähigkeiten erreicht. Auch wenn die TWG-Maßnahmen nicht ihre intendierte Wirkung entfalten und sich gewisse Gefühle von Machtlosigkeit bei den Mitarbeitern einstellen können, übt der rehabilitative Auftrag keinerlei Druck auf die tägliche Arbeit aus. Wird das Ziel der Wiedereingliederung nicht erreicht, stehen die LibW-Einrichtungen bzw. das Sozialtherapeutische Heim als Anschlusswohnformen zur Verfügung, auch wenn sich für die Klienten damit die Teilhabemöglichkeiten verringern.

9. Zusammenfassung

Zum Abschluss der Darstellung der Untersuchung sollen deren zentrale Ergebnisse noch einmal zusammengefasst werden. Anschließend zeigen die Fallbeispiele, welche Auswirkungen der rehabilitative Auftrag und die TWG-Arbeit auf die heutige Wohn- und Lebenssituation ehemaliger Klienten haben.

Angesichts der bisherigen Lebenslage von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV (vgl. Kapitel 2) stellt der rehabilitative Auftrag immense Anforderungen an die TWG-Arbeit. Um dennoch die Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten und eine Wirksamkeit der TWG-Maßnahme herzustellen, bieten die TWGs eine klare Struktur für den Aufenthalt der Klienten. Für die Umsetzung des rehabilitativen Auftrags ist ein multiprofessionelles Team mit klar umgrenzten Aufgabenbereichen verantwortlich. Der Auftakt einer jeden TWG-Leistung erfolgt in Form von Diagnostik und Assessment durch Therapieleitung, Psychiater und Allgemeinarzt. Diese Erkenntnisse dienen verbunden mit ersten Eindrücken zum Klienten sowie theoretischem Hintergrundwissen zu verschiedenen psychischen Störungsbildern der Ausarbeitung des Betreuungs- und Therapieplans. Dieser wird an den individuellen Bedürfnissen des Klienten ausgerichtet. Für die Erstellung, Umsetzung und Überarbeitung der Pläne zeichnet sich die Therapieleitung verantwortlich. Darin befinden sich allgemeine wie spezifische Handlungsmuster und Anhaltspunkte für die erfolgenden Betreuungs- und Therapiemaßnahmen.

Die Anwendung einzeltherapeutischer Maßnahmen erfolgt dabei weder systematisch noch in einem regelmäßigen Turnus. Stattdessen werden therapeutische Elemente in den Alltag des Klienten eingebaut und dabei von den Mitarbeitern unterstützt. Diese Elemente können beispielsweise aus den Gruppentherapien von DBT oder SKT stammen. Bei Bedarf bietet die Therapieleitung Einzel- oder Gruppentherapien oder Einzelinterventionen an. Die enge Zusammenarbeit zwischen Therapieleitung und Wohngruppenteam ermöglicht die kontinuierliche Überprüfung und Überarbeitung der Betreuungs- und Therapiepläne. Erst dadurch kann auf veränderte individuelle Bedürfnisse umgehend reagiert werden, um neue therapeutische Elemente spontan in den Alltag des Klienten zu integrieren.

Die therapeutischen Maßnahmen einer TWG folgen nicht dem „klassischen“ Verständnis einer Therapie, beispielsweise mit einer Therapeut-Klient-Beziehung und einem Therapieauftrag. Deshalb bleibt die Suche nach Methoden, die so interpretiert werden, in einer TWG bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Gruppentherapie) erfolglos. Denn die Therapieleitungen erhalten von den Klienten keinen Therapieauftrag und bieten deshalb Einzel- oder Gruppenangebote nur selten und im Einzelfall an. Der Klient wird deshalb in seinem Wohngruppenalltag von der Therapieleitung vielmehr beraten und begleitet und erhält bei situativem Bedarf spontane Einzelinterventionen.

Dennoch stellte sich heraus, dass therapeutische Interventionen bei der TWG-Arbeit eine eher zweitrangige Rolle spielen. Von viel entscheidenderer Bedeutung scheinen die Gestaltung des Milieus der Wohngruppe und die Alltagsbegleitung durch die Mitarbeiter zu sein. Im Sinne des milieutherapeutischen Ansatzes gilt es, das Leben auf der Wohngruppe für den Klienten so zu gestalten, dass er Sicherheit und Geborgenheit erfährt. Dies gelingt durch die betreuenden Mitarbeiter, die zu jedem Klienten eine individuelle Beziehung aufbauen und ihm mit Wertschätzung und Empathie begegnen. Außerdem wird für jeden Bewohner ein individueller Tages- und Wochenplan erstellt, der alltägliche Aufgaben beinhaltet, um beispielsweise lebenspraktische oder hauswirtschaftliche Fertigkeiten zu fördern.

Die Ansprüche dieses milieutherapeutischen Ansatzes machen eine Intensivierung der Betreuungsstrukturen in einer TWG unerlässlich. Erst durch die Doppelbesetzung kann das Maßnahmenpaket umgesetzt werden, das der Realisierung des rehabilitativen Auftrags dient. Ein weiteres wichtiges Element stellt dabei die Flexibilisierung des individuellen Tagesablaufs und damit der tagesstrukturierenden Maßnahme dar. Diese Maßnahme dient dazu, den Klienten im Laufe seines TWG-Aufenthalts in die Lage zu versetzen, einer regelmäßigen und ganztägigen Beschäftigung nachzugehen. Denn diese Fähigkeit zur Tagesstrukturierung bildet eine essentielle Voraussetzung für eine realistische Chance zur Reintegration in eine Regelwohnform der Behindertenhilfe. Auch in diesem Zusammenhang ist die Doppelbesetzung der TWG dringend erforderlich, um die Anforderungen der Tagesstruktur den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen des Klienten anpassen zu können. Weiterhin ermöglichen die intensivierten Betreuungsstrukturen, die Krisen der Klienten präventiv zu behandeln und dadurch abzufangen. Auch die Maßnahmen der Krisenintervention und das „Durchstehen“ krisenhafter Situationen geschehen durch die Doppelbesetzung sehr effektiv und sind mit Lernprozessen für die Klienten verbunden.

Wie sich zeigte, können die Anforderungen des milieutherapeutischen Ansatzes erst durch die Erhöhung der Betreuungsintensität erfüllt werden, um damit alle Lebensbereiche des Klienten (Wohnen, Arbeit, Freizeit, Soziale Kontakte) beeinflussen zu können. Diese Alltagsbetreuung gestaltet das Milieu der Wohngruppe als zentralen Lebensort des Klienten nach dessen Bedarf nach Sicherheit, Orientierung und Wertschätzung. Der Alltag der TWG fungiert damit als Therapiesitzung und die intensive Betreuung stellt die Rahmenbedingungen zur Entfaltung einer verhaltenstherapeutischen Wirkung her. Infolge der Doppelbesetzung ist für die Klienten tagsüber mindestens ein Mitarbeiter permanent verfügbar, um ihre individuellen Bedürfnisse (z.B. nach Gesprächen) zu erfüllen. Gleichzeitig bedeutet diese intensive Betreuung für die Bewohner aber auch, dass sie ebenso permanent unter der Aufsicht und Kontrolle der Mitarbeiter stehen, was ihnen Sicherheit vermittelt. Ebenso gibt erst die Doppelbesetzung die Möglichkeit, ein transparentes und recht straffes Regelwerk zu verfolgen und jedes Verhalten der Klienten mit Konsequenzen zu versehen.

Auch dieses Element verschafft den Bewohnern ein Gefühl von Orientierung und wirkt verhaltenstherapeutisch, auch wenn die kontinuierliche Überwachung für sie mit gemischten Gefühlen verbunden ist.

Dadurch dass die Reintegration in eine Regelwohnform das erklärte Leitziel einer TWG-Leistung darstellt, muss die Anschlusswohnform automatisch als primäres Kriterium der TWG-Arbeit betrachtet werden. Diese Tatsache hat jedoch auch eine entscheidende Wirkung auf die Wohn- und Lebenssituation der Klienten, da die Forderung nach Rehabilitation hier immer das Durchqueren weiterer Einrichtungen („Reha-Kette“) beinhaltet. Dadurch verlagert sich sein zentraler Lebensort immer wieder und sein Leben wird von der genannten Dichotomie des *Drinnen-Draußen* maßgeblich bestimmt. Der rehabilitative Auftrag sorgt eo ipso für diese einrichtungszentrierte Steuerung der TWG. Dies hat weiterhin zur Folge, dass das Aufgabengebiet der TWG-Mitarbeiter immer stark beeinflusst wird vom Verwalten des Wohnens der TWG-Klienten.

Leistungsangebote für Menschen mit geistiger Behinderung und SHV sind in der Eingliederungshilfe immer noch eine Seltenheit. Vermutlich werden diese Leistungsvereinbarungen aufgrund der vielfach höheren Vergütungen durch den Kostenträger tendenziell eher abgelehnt. Gleichzeitig zeigt sich jedoch bei den Befragungen der TWG-Mitarbeiter, dass ein hoher Bedarf nach genau diesen Wohnangeboten vorherrscht. Deshalb kann die Wichtigkeit des TWG-Leistungsangebots nicht hoch genug eingeschätzt werden. Der TWG-Aufenthalt hat zuallererst eine entlastende Funktion auf die bisher äußerst prekäre Lebenslage der Klienten und ihres sozialen Umfelds. Anschließend helfen die intensivierten und interdisziplinären Betreuungsstrukturen bei einer psychischen Stabilisierung und der Reduktion der SHV. Hinsichtlich dieser Bereiche beweist die Wirksamkeit der TWG-Maßnahme, dass die bisherigen Wohnsettings nicht den Bedürfnissen der Menschen mit SHV entsprechen. Aufgrund dessen besteht eine Notwendigkeit nach weiteren TWG-ähnlichen Unterstützungssystemen, um die hohe Nachfrage nach diesen Settings zu decken. Damit sich diese jedoch nicht zu Sondereinrichtungen oder „Parallelwelten“ (s.o.) entwickeln und dabei die gesellschaftliche Teilhabe der Klienten verhindern, müssen die zu gründenden Hilfesysteme gleichzeitig eine rehabilitative Zielrichtung vorweisen. Rehabilitation bedeutet in diesem Sinne, den Status der Klienten als teilhabende Mitglieder der Gesellschaft (wieder-) herzustellen.

Hinsichtlich eines Ausblicks soll an dieser Stelle nicht der Anspruch erhoben werden, Tipps zu geben zur Erhöhung der Wirksamkeit der TWG-Maßnahme oder zur Entwicklung einer mehr individuumszentrierten Hilfestellung. Wie sich mehrfach zeigte, scheinen im Übrigen eher die Anschlussstrukturen der Behindertenhilfe die Schwierigkeiten während eines TWG-Prozesses zu verursachen. Insgesamt existieren in der Behindertenhilfe nur sehr wenige Unterstützungssysteme, die auf die Zielgruppe von Menschen mit geistiger Behinderung und SHV ausgerichtet sind. Bisher besteht zwischen den Regelwohnformen nach dem Rahmenvertrag und den Sonderwohnformen (z.B. LibW) eine klaffende Lücke. Zwar konnte mithilfe der

TWG-Leistung dieser Abstand ein wenig verringert werden, dennoch besteht großer Bedarf im Hinblick auf weitere Zwischenlösungen für all jene TWG-Klienten, die für das Regelwohnen noch nicht bereit sind. Für diese Personen birgt die Reintegration bisher die Gefahr des Scheiterns, wie es auch von den Interviewpartnern berichtet wurde. Andererseits würde der Umzug in das LibW einen Rückschritt darstellen. Das Schaffen von Zwischenlösungen könnte außerdem den hohen Anspruch des rehabilitativen Auftrags senken, da sich dessen Ziele nicht mehr an den benötigten Fähigkeiten orientieren müssten, die für eine Regelwohnform benötigt werden. Weiterhin könnte das als sehr aufwändig und mühsam beschriebene Verwalten des TWG-Wohnens vereinfacht werden. Denn für die Rehabilitation der Klienten könnte bei einer Erweiterung der Behindertenhilfe um diese Zwischenlösungen langfristiger geplant werden. Dies käme all jenen Menschen zugute, die nicht in der Lage sind, in der kurzen Zeit des TWG-Aufenthalts so tiefgreifende Verhaltensfortschritte zu erzielen. Dadurch würde die Unterstützung der Menschen mit SHV weniger maßnahmen- und einrichtungsorientiert erfolgen und stattdessen von der individuellen Lebensplanung ausgehen und sich mehr in Richtung Individuumszentrierung bewegen.

Denn wie sich im nun folgenden dritten Teil zeigen wird, entwickeln auch Menschen mit SHV ganz eigene Lebensentwürfe und Wünsche für die Zukunft. Zu deren Realisierung gilt es für diese Menschen jedoch, ihr Leben voranzutreiben und die gegenwärtige Lebenssituation zu bewältigen, die auch von der Vergangenheit maßgeblich beeinflusst wird. Wie ihnen dies gelingt und vor allem, welche Rolle dabei die TWG-Arbeit einnimmt, kommt nun zum Abschluss dieser Arbeit zur Sprache.

Teil III: Fallbeispiele ehemaliger TWG-Klienten

Vorbemerkung

Anhand der heutigen Lebenssituation ehemaliger TWG-Klienten lässt sich ebenfalls ablesen, inwiefern der rehabilitative Auftrag einer TWG umgesetzt wurde. Damit ist nicht intendiert, den Erfolg bei dieser Umsetzung zu bewerten, obwohl dieser die heutige Lebenslage der ehemaligen Klienten stark beeinflusste. Auf der anderen Seite bleibt festzuhalten, dass die TWG-Maßnahmen trotz aller Bemühungen dennoch in manchen Fällen ohne größere Wirkung bzgl. der Verhaltensweisen und der Störungssymptomatik blieben. Bei diesen Fallbeispielen soll es stattdessen darum gehen, wie sich der TWG-Prozess bei jeder einzelnen Person gestaltete. Dazu gehören auch die umfangreichen diagnostischen Maßnahmen und das Assessment und damit die frühere Lebensgeschichte der Klienten. Wie sich häufig aus den Akten dieser Personen entnehmen lässt, wird bei ihrem TWG-Einzug zum ersten Mal überhaupt eine umfassende Diagnose gestellt und ihr Lebenslauf zusammen mit familiärem Hintergrund, Bildungsgang etc. aufgearbeitet. Da die Lebensgeschichte der Klienten (vor der TWG) auch hinsichtlich der Störungssymptomatik und damit der TWG-Maßnahmen eine große Bedeutung hat, wird eine „Vorgeschichte“ dargestellt. Daran schließt sich die Beschreibung des Verlaufs des TWG-Aufenthalts an, verbunden mit den dabei ergriffenen Maßnahmen, soweit dies aus den Akten ersichtlich war. Darauf folgt die Darstellung der heutigen Lebenssituation der ehemaligen TWG-Klienten bzgl. der Bereiche Wohnen, Arbeiten, Soziale Netzwerke und Freizeit, insofern diese in den Interviews erfragt werden konnten. Durch die Auskünfte sollte versucht werden, eine Vorstellung von den heutigen Teilhabemöglichkeiten der Personen zu erzielen, da dies das erklärte Ziel der TWG-Maßnahme ist (wie im Grunde alle Leistungen der Eingliederungshilfe, vgl. § 1 SGB IX und § 53 SGB XII). Abschließend soll zu jedem Klienten eine Zusammenfassung gegeben werden, bei der die wichtigen Aspekte resümiert und reflektiert werden.

1) Timo Gartling

- **Vorgeschichte**

Als Herr Gartling 1988 geboren wird, findet er sozial sehr deprivierte und auch gewaltbereite Familienverhältnisse vor. Laut Akte wird er bereits in frühen Kinderjahren körperlich misshandelt und wird deshalb im Alter von sechs Jahren in einem Kinderheim untergebracht. Er besucht einen Sprachheilkindergarten, wo er später aufgrund auffälliger Verhaltensweisen vom Schulbesuch zurückgestellt wird. Beim Besuch der Regelgrundschule wirkt Herr Gartling überfordert, weshalb er in eine Schule für Erziehungshilfe umgeschult wird. Mit diesem Schulwechsel geht außerdem der Einzug in ein Kinderheim (Stefanshaus) einher. Danach kommt es zur Umschulung in eine SfG und zum Umzug in ein Jugendheim (Dortdorf). Schließlich landet Herr Gartling in einer AWG der David-Stiftung und besucht die SfG des Trägers. In der AWG führt er ein Außenseiterdasein, wird sexuell übergriffig und reagiert in Konfliktsituationen mit körperlicher Gewalt. Deshalb wird Herr Gartling in die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) der David-Stiftung eingewiesen, wo man bei ihm eine verzögerte kindliche Entwicklung sowie Schizophrenia Simplex (F20.6) feststellt. Aufgrund dessen steht für ihn der Umzug in die STWG (Dinos) an. Dort äußert er mehrfach Suizidgedanken und wird körperlich aggressiv. Da sich sein psychischer Zustand stark verschlechtert und er massive und häufige psychotische Schübe zeigt, muss Herr Gartling zweimal in eine Klinik als Krisenintervention überwiesen werden. Im Alter von 18 Jahren kommt er dann im Jahr 2006 in die TWG der David-Stiftung.

- **TWG-Aufenthalt**

In der ersten Zeit seines TWG-Aufenthalts zeigt Herr Gartling starkes Rückzugsverhalten sowie selbstverletzendes Verhalten wie absichtliches Hinfallen, Händeeinklemmen oder Augenbohren. Er streitet dieses selbststimulierende Verhalten immer ab und macht seine Mitbewohner dafür verantwortlich. In der Schule kann er meist nur für sehr geringe Zeit Konzentration und Anstrengung aufbringen, sodass er oftmals nach einer Stunde wieder in die TWG zurückkehren muss. Außerdem verhält er sich seinen Mitmenschen gegenüber aggressiv, wenn er sich unter Druck gesetzt fühlt oder um damit eigenen Wünschen Nachdruck zu verleihen.

Für Herrn Gartling wird von Seiten der TWG-Mitarbeiter versucht, ihm eine strukturierte und zufriedenstellende Beschäftigung zu ermöglichen. Deshalb werden die Anforderungen in der Schule zuerst stark reduziert, um ihm den dortigen Aufenthalt erträglicher zu gestalten. Anschließend wird seine Belastungsfähigkeit und Ausdauer schrittweise wiederaufgebaut. Er wird durch Einzelgespräche mit Betreuern in seiner Persönlichkeitsentwicklung gefördert. Im TWG-Alltag finden Übungen zum Aufbau seiner sozialen und le-

benspraktischen Kompetenzen statt. Die Therapieleitung führt mit Herrn Gartling als therapeutische Maßnahmen ein Konflikttraining sowie eine Gruppen- und eine Gesprächstherapie durch. Nach dem Ende seiner Schulzeit besucht er den Berufsbildungsbereich der WfbM der David-Stiftung. Diese tagesstrukturierende Maßnahme besucht er täglich für drei Stunden, während er an der internen Tagesstruktur der TWG für vier Stunden teilnimmt. Seine Ausdauer und Belastungsfähigkeit in der Tagesstruktur können so stark erweitert werden, dass er zum Ende seiner TWG-Zeit die WfbM von acht bis 16 Uhr besucht. Auch hinsichtlich seiner persönlichen Lebenssituation und seiner Verhaltensweisen wird ihm eine vollständige Zielerreichung attestiert. Dadurch ist es ihm möglich, nach der TWG-Regellaufzeit von zwei Jahren wieder in einer Regelwohnform zu wohnen. Dazu wird eine AWG (Georgshaus) der David-Stiftung ausgewählt. Als Erfolgsfaktoren gelten in seinem Fall die im Vergleich zu seinen früheren Wohnformen veränderte Zusammensetzung der Wohngruppe, da er in der TWG weniger Mitmenschen um sich herum hatte. Auch die Betreuungsdichte scheint bei ihm ein erfolgsversprechendes Element gewesen zu sein, da er bei individuellen Problemen zu jeder Uhrzeit direkt einen Ansprechpartner finden konnte, um über seine Probleme zu reden.

- **Heutige Lebenssituation**

Auf eigenen Wunsch wechselte Herr Gartling die Wohngruppe nach einiger Zeit und zog von der AWG des Georgshauses in das Christopherushaus, das ebenfalls eine AWG der David-Stiftung ist. Begründet wird dies von ihm durch die Nähe zu der angrenzenden Stadt (Hierstadt), um dort einkaufen zu gehen. Seine weiteren Hobbies sind Computer, sich mit Freunden treffen, in eine Kneipe gehen oder Instrumente spielen. In seiner heutigen Wohngruppe gefällt es ihm gut, er hat Freunde und Kollegen, die ihm heutzutage als Ansprechpartner bei Problemen helfen. Nach seinen Angaben braucht er nun nicht mehr die permanente Verfügbarkeit von Betreuern, wie es in der TWG noch der Fall war. Dennoch halfen ihm diese Ansprechpartner dabei, über seine Probleme zu sprechen und sich von diesen zu befreien, beispielsweise was die Symptome seiner psychischen Störung anbelangt („Stimmen gehört“, S. 229, Z. 1). Als positiv werden von ihm außerdem die vielen Freizeitaktivitäten in der TWG bewertet. Die abgeschlossene Außentür der TWG wird von ihm hingegen bemängelt, da man dadurch abends nicht mehr raus gekonnt habe. Herr Gartling setzte seine Tagesstruktur auch während der beiden Umzüge fort und arbeitet deshalb heute noch ganztägig in der WfbM.

Als Zukunftswünsche äußert Timo Gartling, dass er gerne selbständig wohnen würde, da er dann freier und nicht mehr auf Betreuer angewiesen sei. Außerdem bringt er sich derzeit mit autodidaktischem Training Lesen und Schreiben bei, um sich später den Traum eines Führerscheins erfüllen zu können.

- **Zusammenfassung**

Timo Gartling kann als „Paradebeispiel“ (Dirk Heinrich, S. 177, Z. 28) für eine gelungene Reintegration in eine Regelwohnform betrachtet werden. Dem Klienten gelang es, seine Arbeitsfähigkeit in dem Maße zu steigern, dass er einer regelmäßigen und ganztägigen Tagesstruktur folgen kann. Er verfügt über soziale Kontakte und ist in der Lage, seine Freizeit selbständig zu gestalten. Die TWG half ihm dabei, mit seiner psychischen Störung umzugehen, Hilfe in Form von Gesprächspartnern anzunehmen und diese in Eigeninitiative aufzusuchen. Außerdem äußert Herr Gartling Lebensträume, die er ehrgeizig verfolgt, wie beispielsweise den Führerschein. Als junger Mensch wäre er gerne unabhängiger und freier hinsichtlich seiner Lebensgestaltung, was sich in dem Lebenswunsch des selbständigen Wohnens darstellt. Dadurch kommen auch die von ihm negativ beurteilten Aspekte der TWG zum Vorschein. Herr Gartling bemängelt die FEM der abgeschlossenen Außentür und dadurch die in einer TWG übliche, permanente Überwachung der Klienten. Andererseits halfen ihm diese enge Betreuung und Aufsicht dabei, den Mitarbeitern Gesprächsbedarf zu signalisieren und über seine Probleme zu reden.

Des Weiteren ist Herr Gartling heute dazu imstande, sehr reflektiert über seine Krankheit zu sprechen und seine damit verbundene Problematik darzustellen. Er erkennt die Veränderung seiner psychischen Störung und benennt klar die dabei hilfreichen Faktoren. Diese Fähigkeit zur Eigenwahrnehmung könnte ein Ergebnis der in der TWG durchgeführten Gesprächstherapie sein.

Eine kurze Erwähnung gilt noch der Erzählung von Herrn Gartling über seinen Aufenthalt im Jugendheim in Dortmund, wo man nach seiner Angabe „Gebrauch von Hitlerzeit“ (S. 226, Z. 48) nahm. Möglicherweise sind damit die anschließend genannten, militanten und gewalttätigen Umgangsformen mit den Bewohnern gemeint. Später erzählt Herr Gartling, dass er aus diesem Jugendheim von seinen Eltern abgeholt wurde. Diese Äußerung stellt sich im Nachhinein als fragwürdig dar, da Herr Gartling laut seiner Akte ab seinem sechsten Lebensjahr im Kinderheim lebte und vermutlich keinen Kontakt mehr zu seiner Familie hatte. Aufgrund dessen sind gewisse Zweifel an dieser Episode seiner Erzählung berechtigt, auch weil die berichteten Gewalttaten der Nonnen in dem Jugendwohnheim etwas unwahrscheinlich scheinen.

2) Peter Reinhard

- **Vorgeschichte**

Im Jahr 1986 kommt Peter Reinhard als Frühgeburt zur Welt. Aufgrund des diagnostizierten frühkindlichen Autismus' nimmt er an einer Autismus-Therapie teil. Hier zeigen sich Anzeichen einer Schizophrenie wie z.B. starke Probleme bei der Informationsverarbeitung. Hinsichtlich seiner Schulbildung ist bekannt, dass er 2003 eine Schule für Sehbehinderte besuchte. Von 2004 bis 2010 wohnt er in einem Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung (Bergort). Anschließend kommt Herr Reinhard in einen Wohnbereich mit intensivierten Betreuungsstrukturen (Waldstadt). In psychisch instabilen Phasen äußert Herr Reinhard hier Wahnvorstellungen und zeigt Weglauftendenzen, da ihm dies von einer Stimme befohlen werde. Er hat Schwierigkeiten bei der Integration in soziale Gruppen. Eine psychologische Gesprächstherapie wird von ihm konsequent verweigert, da er keine Einsicht in seine Behinderung oder in seine psychische Störung zeigt. In Überforderungssituation verhält sich Herr Reinhard zunehmend aggressiv. Außerdem droht er mit Suizid als Provokation der Gruppenmitarbeiter. Da die Wohnsituation in Waldstadt nicht mehr tragbar ist, kommt Herr Reinhard 2010 in die TWG der David-Stiftung.

- **TWG-Aufenthalt**

Bei der üblichen Eingangsdiagnostik werden bei Herrn Reinhard eine Paranoide Schizophrenie (F20), eine leichte Intelligenzminderung mit deutlichen Verhaltensauffälligkeiten (F70.1) und frühkindlicher Autismus (F84) festgestellt. Auch in der TWG kann seine Störungssymptomatik kaum reduziert werden. Herr Reinhard hat Schwierigkeiten, seine Krankheit zu akzeptieren und zeigt ein psychotisches und autistisches Störungsbild. Seine Persönlichkeitsentwicklung scheint stark beeinträchtigt zu sein. In labilen Phasen isoliert er sich komplett von seinen Mitmenschen und lässt die Rollläden in seinem Zimmer herunter. Auch sonst beschränkt er den Kontakt zu den Mitarbeitern aufs Nötigste, während er seine Mitbewohner komplett ignoriert. In Krisensituation zeigt Herr Reinhard fremd- und autoaggressive Verhaltensweisen. Seine tagesstrukturierende Maßnahme in der WfbM muss aufgrund dieser Verhaltensweisen mehrere Male abgebrochen werden. Herr Reinhard äußert immer wieder, dass ihm seine innere Stimme sein Verhalten vorgibt. Sein Wunsch, in seine Familie zurückzukehren, wird als unrealistisch beurteilt aufgrund des distanzierten Verhältnisses seiner Eltern zu ihrem Sohn.

Zum Zweck der emotionalen Stabilisierung werden klare Strukturen im Tagesablauf geschaffen, um Herrn Reinhard das Gefühl von Sicherheit, Halt und Orientierung zu ermöglichen. Einzelgespräche mit den Gruppenmitarbeitern sollen ihm helfen, mit seiner Behinderung und seiner psychischen Störung umzugehen. In

Zusammenarbeit mit der Therapieleitung werden zur Krisenprävention sog. Krisenfrühwarnsignale für Herrn Reinhard ausgearbeitet. Außerdem werden individuelle Bewältigungs- und Copingstrategien sowie alternative Handlungsmuster zum Konfliktmanagement erstellt. Im Therapieplan ist außerdem ein integriertes psychologisches Therapieprogramm (IPT) für Kleingruppen zur Verbesserung der Informationsverarbeitung, der sozialen Wahrnehmung und der sozialen Kompetenzen vorgesehen. Zusätzlich berät die Therapieleitung die Eltern von Herrn Reinhard, um ihre Kompetenzen im Umgang mit seinen SHV zu stärken.

Im Laufe der TWG-Maßnahme gelingt es, die Anforderungen der Tagesstruktur sukzessive zu erhöhen, da Herr Reinhard viel Freude an der Beschäftigung im FuB zeigt. Während er zu Beginn nur nachmittags an drei Tagen pro Woche für zwei Stunden den FuB besucht, kommen nach und nach mehr Stunden am Nach- und am Vormittag sowie zwei weitere Tage hinzu. Auch der Beziehungsarbeit mit den Eltern wird große Beachtung geschenkt. Jede Woche telefoniert Herr Reinhard zweimal mit seinen Eltern, es werden Heimfahrten sowie Besuche von ihnen mit Übernachtung in der TWG vereinbart.

Am Ende der TWG-Maßnahme steht entgegen der Meinung von Herrn Reinhard für alle Beteiligten fest, dass er weiterhin intensiver Betreuungs- und Begleitungsstrukturen sowie psychologischer und psychiatrischer Beratung bedarf. Herr Reinhard hingegen möchte weiterhin an den Wohnort (Drübenort) seiner Eltern ziehen, das Verhältnis zu ihnen wird jedoch nach wie vor als distanziert beschrieben. Außerdem zeigt er immer wieder Fremd- und Selbstaggressionen, infolge derer es zu Abbrüchen der Tagesstruktur und zu vier Psychatrieeinweisungen als Krisenintervention kommt. Herr Reinhard zeigt fortgesetzt nur geringe soziale Interaktion aus Eigeninitiative und versucht jeden sozialen Kontakt zu meiden. Dies liegt vermutlich an seinen Schwierigkeiten bei der Informationsverarbeitung des Gegenübers. Insgesamt ist es sehr schwierig, ihn verbal zu erreichen, da ihm seine Handlungen von seinen inneren Stimmen befohlen werden.

Obwohl schon recht früh feststeht, dass Herr Reinhard weiterhin intensive Betreuung benötigt, dehnt sich sein TWG-Aufenthalt auf zwei Jahre und neun Monate aus. Da in der angebahnten LibW-Gruppe kein Platz frei wird, müssen zwei Verlängerungen der TWG-Maßnahme beantragt werden, bis Herr Reinhard im Jahr 2013 umziehen kann.

- **Heutige Lebenssituation**

Herr Reinhard geht nach wie vor seiner Tagesstruktur im FuB nach, die ihm Spaß macht, wie er selbst sagte. In seiner LibW-Wohngruppe gefällt es ihm nach eigenen Angaben gut, auch wenn er sich nach wie vor sozial isoliert. So nahm er beispielsweise das im Anschluss an das Interview stattfindende Vesper getrennt von seinen Mitbewohnern ein. In dem Gespräch erinnerte er sich an einzelne Episoden seiner früheren Wohn-

formen, darunter auch an die TWG. Bei diesen Erinnerungen dominierten negative Episoden, wo Herr Reinhard „Theater“ (S. 232, Z. 19) oder „Blödsinn“ (S. 235, Z. 2) gemacht habe oder „abgehauen“ (S. 232, Z. 36) sei. Vermutlich stehen diese Bezeichnungen für SHV, da ihm zum Beispiel als Reaktion darauf von einem Busfahrer angedroht wird, dass er aus dem Bus aussteigen soll. Außerdem berichtet Herr Reinhard von einer Episode, bei der er möglicherweise „Fusseln“ (S. 234, Z. 5) für „Würma“ (S. 234, Z. 1) oder „Viecha“ (S. 233, Z. 34) gehalten hat. Vermutlich als Reaktion darauf sei er von einem damaligen Mitarbeiter der STWG, Herrn Zimmer, „gepackt“ (S. 234, Z. 16) und vermutlich „auf den Boden“ (S. 234, Z. 25) gedrückt worden. Dieses „Auf-den-Boden-Drücken“ scheint eine zweckmäßige Maßnahme zur Bewältigung von SHV oder Krisen zu sein. Denn in seiner Akte wird berichtet, dass er einen Tag nach dem geführten Interview auf dem Heimweg von der Tagesstruktur „Randale“ gemacht hat und nur durch „vereinte Kräfte zu Boden gedrückt“ werden konnte. Umgehend wurde Herr Reinhard daraufhin in die Psychiatrie als Krisenintervention eingewiesen und blieb dort für anderthalb Monate.

Auch beim Interview erzählte Herr Reinhard, nachdem das Aufnahmegerät abgeschaltet wurde, von seiner inneren Stimme, die ihm sein Handeln vorgebe. So sage ihm diese Stimme zum Beispiel, dass er den „Spaßteufel vergackeiert“ habe oder dass er bei der Arbeit „Pech gehabt“ habe. Die dazu gemachten Notizen mussten jedoch auf eindringlichen Wunsch von Herrn Reinhard wieder dick durchgestrichen werden.

- **Zusammenfassung**

Viele der Äußerungen von Herrn Reinhard weisen daraufhin, dass bei ihm nach wie vor eine psychotische Krankheitssymptomatik besteht. Dafür sprechen seine Aussagen zu seiner inneren Stimme oder seine etwas wirren Erzählungen. Weiterhin auffallend sind die häufigen und oftmals sehr langen Pausen mitten im Satz. Diese Unterbrechungen des Redeflusses könnten so verstanden werden, dass es für Herrn Reinhard sehr heikle und schwierige Situationen waren, da er sich dabei an die für ihn problematischen Episoden erinnerte. Für diese Behauptung spricht, dass lange Pausen besonders dann auftreten, wenn Herr Reinhard davon erzählt, wie er „Theater“ oder „Blödsinn“ machte oder wie er von einem Mitarbeiter „gepackt“ wurde. Auch bei den für „Viecher“ gehaltenen „Fusseln“ macht Herr Reinhard sehr lange Unterbrechungen seiner Erzählung. Die Pausen während dieser Erinnerungen zeigen, dass sich der Bewohner sehr stark damit beschäftigte. Außerdem haben all diese erzählten Episoden gemeinsam, dass es sich wohl um schlimme und traumatische Erlebnisse für Herrn Reinhard handelt. Auch das Studium von Herrn Reinhard's Akte lässt darauf schließen, dass er in seiner Lebensbiographie bereits sehr viele negative Erfahrungen machen musste, wie z.B. das schwierige Verhältnis zu seinen Eltern, die Psychiatrieeinweisungen oder die Schwierigkeiten, seine Behinderung zu akzeptieren.

Herr Reinhard erinnerte sich im Interview an fast alle seiner früheren Wohnformen. Bei diesen Rückblicken ging es hauptsächlich um sein abweichendes Verhalten bzw. negative Erlebnisse. Sehr häufig berichtete er von Ausflügen, Reisen oder Kofferpacken. Diese Äußerungen können als Synonyme für seine häufigen Umzüge und die damit verbundenen Aufnahmen und Entlassungen in verschiedene Wohnformen gelesen werden. Dies würde die in Kapitel 8.1 aufgestellte These zur TWG als Übergangsmangement und Zwischenstation in der Reha-Kette bestätigen. Denn Herr Reinhard befand sich bereits in einigen Wohnformen mit intensivierten Betreuungsstrukturen und die TWG stellte die o.g. Weiche dar, bei der die Zukunft des Klienten entscheidend beeinflusst wurde. In seinem Fall führte die Fahrt der Wohnbiographie bzw. die Reha-Kette zur mutmaßlichen Endstation des LibW. Denn die dortigen Zukunftsaussichten auf ein Leben mit mehr Teilhabe sind eher gering, wie es oben beschrieben wurde (s. Kapitel 8.3). So erlebte auch der Autor beim Gespräch mit Herrn Reinhard eine bedrückende und passive Atmosphäre auf dessen LibW-Gruppe.

Diese eben aufgestellte Argumentationslinie geht auf die Interpretation der von Herrn Reinhard geäußerten Reisen als Umzüge in andere Wohnformen zurück. Sicherlich ist hier auch die Lesart dieser Reisen als tatsächliche Ausflüge möglich. Dann könnte vermutet werden, dass Herr Reinhard vor diesen Reisen abgehauen ist bzw. seine Koffer nicht gepackt hat, da er die Interaktion mit anderen auf dem Ausflug meiden wollte und keine Rückzugsmöglichkeiten hätte.

Die o.g. Dichotomie des *Drinnen-Draußen* lässt sich auch an Herrn Reinhard's Lebensgeschichte ablesen. Mittlerweile besteht seine Wohnbiographie aus vier verschiedenen Wohnheimen für Menschen mit geistiger Behinderung, von denen drei seinen Bedürfnissen nicht gerecht werden konnten und er deshalb umziehen musste. Nun ist Herr Reinhard in seiner vierten Wohnform angekommen, wo er vermutlich längere Zeit verbringen wird. Dort scheint man konzeptionell auf seine Zielgruppe ausgerichtet zu sein, andererseits sind rehabilitative Zielsetzungen vermutlich eher zweitrangig. Das Angebot eines angemessenen Lebensraums für diese Klientel ist der primäre Auftrag der LibW-Maßnahme (vgl. KVJS o. J.), gerade weil die bisherigen Wohnformen dieser Klienten mit der Erfüllung ihrer Bedürfnisse überfordert waren. In Krisensituationen scheinen die Ressourcen der LibW dennoch nicht auszureichen, da es immer noch zu häufigen und längeren Psychiatrieaufenthalten kommt. Dies ist an Herrn Reinhard's Beispiel ganz offensichtlich, da er bereits mehrere und längere Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken hinter sich hat. Auch hier kommt das auffällige Moment des *Drinnen-Draußen* wiederum sehr deutlich zum Ausdruck.

3) Achim Paschke

- **Vorgeschichte**

Achim Paschke kommt 1989 zur Welt. Er lebt bei seinen Eltern und besucht einen Sonderkindergarten sowie eine Schule für Geistigbehinderte, da bei ihm eine leichte geistige Behinderung mit einem IQ von 50 Punkten festgestellt wird. Nach seiner Schulzeit arbeitet Herr Paschke in einer Förderwerkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung. Als die geplante Aufnahme in ein Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung scheitert, wohnt er bei einem Bekannten, der dann jedoch stirbt. Daraufhin taucht Herr Paschke unter und lebt auf der Straße in zwielichtigen Verhältnissen. Seine Arbeitstätigkeit in der WfbM hat er 2007 abgebrochen. Aufgrund verschiedener Delikte kommt Herr Paschke 2008 in Untersuchungshaft in einer Jugendvollzugsanstalt. Vor Gericht wird außerdem festgestellt, dass er Opfer von Gewalt und sexuellem Missbrauch wurde und sachaggressives Verhalten sowie Verwahrlosungstendenzen zeigt. Als Bewährungsaufgabe wird Herr Paschke 2008 in die TWG der Paulus-Hilfe aufgenommen.

- **TWG-Aufenthalt**

In der TWG steht Herr Paschke unter strenger Aufsicht. Aufgrund seiner Fluchtendenzen werden FEM vorgenommen und er wird bei all seinen Tätigkeiten begleitet und überwacht. Die Freude von Herrn Paschke an gestalterischen Tätigkeiten kann für maltherapeutische Angebote genutzt werden. Weitere förderliche Ressourcen sind seine Arbeitsmotivation und sein damit verbundener Wunsch nach Struktur und sinnstiftenden Tätigkeiten. Auch von seiner WfbM kommen positive Rückmeldungen zu seinem Engagement bei der Arbeit. In seiner Freizeit hört Herr Paschke gerne Musik und nimmt an den Freizeitangeboten der TWG teil. Darüber hinaus hat er jedoch Schwierigkeiten, sich selbst zu beschäftigen, da ihm die Ideen dazu fehlen und es ihm schwerfällt, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen. Außerdem zeigt Herr Paschke mangelnde Abgrenzungsfähigkeit und ist stark beeinflussbar von äußeren Einwirkungen. Dennoch stellt man bei ihm viele positive Veränderungen fest, wie z.B. den Rückgang seines autoaggressiven Verhaltens, was auch von ihm selbst so eingeschätzt wird. Im Jahr 2010 kommt es deshalb nach zweijährigem TWG-Aufenthalt zum Umzug in eine offene Wohngruppe nach Bergdorf.

- **Heutige Lebenssituation**

Auf der offenen Wohngruppe scheinen die Betreuungsstrukturen für Herrn Paschkes Bedürfnisse nicht ausgereicht zu haben. Es kommt zu Problemen hinsichtlich der Ausgangsregeln, die von ihm fortgesetzt missachtet werden. Stattdessen trifft er sich mit Freunden:

P: da ich nich mehr so viel scheiße mach wie, wie in bergdorf. <grinst>

I: *in BERGDORF?*

P: *ja.*

I: <lacht> *was ham se n da gemacht?*

P: *da hab ich mich nich an die ausgangszeiten gehalten <..> ja.*

I: *und dann?*

P: *hats immer ärger gegeben.*

I: <...> *wa-w-was heißt des, nich an die ausgangszeiten gehalten?*

P: *bin, nn, bin dann gekommen, wann ich wollte oder gegangen.*

I: *mh <...> auch nachts dann (I: jip) oder? okay. wo sin se da hin?*

P: *nach hierstadt.*

I: *aha <..> un was ham se da gemacht?*

P: <..> *mit kumpels getroffe.*

I: *ah <..> aber des durften se eigentlich gar nich?*

P: *jip.*

Interview mit Achim Paschke, ehemaliger TWG-Bewohner der Paulus-Hilfe (S. 239, Z. 24)

Da die Probleme mit den offenen Betreuungsstrukturen anhalten, kehrt Herr Paschke im selben Jahr wieder in das Sozialtherapeutische Heim der Paulus-Hilfe zurück. Hier wird wieder verstärkt auf seine Ausgangszeiten geachtet und die Ausgangstür bleibt immer verschlossen. Dennoch benötigt Herr Paschke nicht mehr so viel Aufsicht wie bei seinem TWG-Aufenthalt und ihm steht mehr Freiraum und Selbstverantwortung zu. Nach seiner Aussage nimmt er nun nicht mehr an psychologischen Angeboten teil, da er sich bei diesen Terminen bei der Arbeit befinde. Herr Paschke geht täglich in die WfbM von 7:00 bis 17:00 Uhr. Er ist nun kein Empfänger der TWG-Leistung mehr, dennoch kommen ihm die intensiven Betreuungsleistungen des Sozialtherapeutischen Heims zugute.

Bei einer ärztlichen Untersuchung im Jahr 2012 werden bei ihm neben seiner leichten Intelligenzminderung mit Verhaltensauffälligkeiten (F70.1) eine Alkoholabhängigkeit (F10) und eine abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7) diagnostiziert. Als Wunsch für die Zukunft äußert er den Umzug in eine offene Wohnform, da

er dort nicht mehr auf die Absprachen mit den Mitarbeitern für die Besuche seiner Freundin angewiesen sei.

- **Zusammenfassung**

Achim Paschke muss als Beispiel für eine misslungene Reintegration betrachtet werden. Seine SHV verhindern das Leben in einer offenen Wohngruppe, da er weiterhin intensive Betreuungsstrukturen in Form von kontrollierender Aufsicht benötigt. Auch von ihm selbst wird diese These zu seiner heutigen Wohnform indirekt bestätigt:

I: *okay <.> und, ähm, gefällts ihnen hier?*

P: *joa, scho.*

I: *<.> was finden se denn gut hier?*

P: *<.> ma hier n geschützten rahmen hat (I: mh), jip.*

I: *<..> was hei, was heißt des, geschützter rahmen?*

P: *da ich nich mehr so viel scheiße mach wie, wie in bergdorf. <grinst>*

Interview mit Achim Paschke, ehemaliger TWG-Bewohner der Paulus-Hilfe (S. 239, Z. 14)

Herr Paschke zeigt eine gespaltene Einstellung gegenüber den strengen Regeln und der Beaufsichtigung. Auf der einen Seite freut er sich darüber, dass ihm heutzutage mehr Selbstverantwortung und Freiraum zugestanden wird. Außerdem bewertet er die intensive Begleitung bei all seinen Tätigkeiten während seiner TWG-Zeit als negativ. Auf der anderen Seite erkennt auch Herr Paschke rückblickend, dass er ein Bedürfnis nach klaren Strukturen und Regelungen zu den Ausgangszeiten hat. Er weiß, dass ihm der „geschützte[n] Rahmen“ (S. 239, Z. 20) seiner jetzigen Wohnform in Form der intensivierten Betreuungsstruktur hilft und Orientierung gibt. Gleichzeitig missfällt ihm die dadurch entstehende Abhängigkeit von den Mitarbeitern, beispielsweise was Absprachen hinsichtlich der Besuchskontakte seiner Freundin angeht. Deshalb ist Herr Paschke in seinen Wünschen gespalten und würde gerne wieder in einer offenen Wohngruppe leben, obwohl ihm dort die notwendigen Betreuungsstrukturen offensichtlich fehlen. Ob dies einen realistischen Wunsch darstellt, kann und soll hier nicht zur Debatte stehen. Die Vergangenheit von Herr Paschke zeigte jedoch, dass eine Reduktion der Betreuungs- bzw. Überwachungsstrukturen ihn zu Grenz- und Regelüberschreitungen veranlasst hat. Diese werden von ihm als „Scheiße machen“ (S. 239, Z. 24) bezeichnet. Ob die 2012 diagnostizierte Alkoholabhängigkeit weiterhin besteht, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden.

Mit diesem Fallbeispiel sollte dargestellt werden, dass eine Reintegration auch die Gefahr eines Rückfalls birgt, wie es auch von den TWG-Experten geäußert wurde. Außerdem zeigt sich, welche unterschiedlichen Lebenshintergründe die TWG-Klienten haben können. Hier offenbart sich eine delinquente Biographie mit Lebensabschnitten in zwielfichtigen Milieus, auf der Straße und in Untersuchungshaft. Die TWG-Maßnahme tritt dabei als Bewährungsaufgabe an die Stelle einer Jugendvollzugsanstalt.

4) Britta Conrad

- **Vorgeschichte**

Nachdem Frau Conrad im Jahr 1990 zur Welt kommt, findet sie bereits in ihren ersten Lebensjahren ein zerrüttetes Eheverhältnis ihrer Eltern vor, die sich trennen, als sie vier Jahre alt ist. Anschließend lebt sie die ersten Jahre bei ihrer Mutter, die mit Alkoholproblemen zu kämpfen hat. Nach Regelkindergarten und Grundschule besucht Frau Conrad eine Hauptschule, bei der sie jedoch keinen Abschluss erreichen kann. Zu diesem Zweck beginnt sie eine Sonderberufsfachschule, die ebenfalls ohne Abschluss beendet wird. Frau Conrad gilt als Schulverweigerin, sie fehlt oft tagelang und ist bei ihrer Anwesenheit von den Lerninhalten überfordert. In ihrem letzten Schuljahr zieht Frau Conrad für einige Monate zu ihrem Vater, bei dem sie jedoch ebenfalls problematische Verhältnisse vorfindet. Während ihrem 17. Lebensjahr kommt es zu drei Klinikaufenthalten. Hier werden die Diagnosen einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8) sowie einer sekundären Enkopresis (F98.1) gestellt. Außerdem wird ihr eine unterdurchschnittliche Intelligenz attestiert. Nachdem Frau Conrad in ein Kinder- und Jugendheim (Blumendorf) aufgenommen wird, kommt es nach zwei Monaten zur Psychatrieeinweisung als Krisenintervention. Dabei sollen ihre fremd- und selbstgefährdenden Verhaltensweisen eingeschätzt werden. Als Ergebnis wird Frau Conrad 2007 in die TWG der Paulus-Hilfe aufgenommen.

- **TWG-Aufenthalt**

Als Gründe für die TWG-Aufnahme werden bei Frau Conrad verbal-, sach- und autoaggressive Verhaltensweisen und eine drohende Verwahrlosung angegeben. Folgende Diagnosen werden bei der Aufnahme in die TWG gestellt:

- Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.8)
- Leichte Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung (F70.1), IQ von 71 Punkten
- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)
- Nichtorganische Enkopresis (F98.1)

Während ihres TWG-Aufenthalts kommt es zu mehreren Gruppenwechseln. Frau Conrad hat Schwierigkeiten, sich auf die verschiedenen Behandlungen und Angebote einzulassen. Dies äußert sich in einer Verweigerungshaltung gegenüber Medikamentenverabreichungen und dem vorstrukturierten Tagesablauf sowie an Rebellionen, Verbalaggressionen und Grenzüberschreitungen. Aufgrund o.g. Diagnosen geht Frau Conrad wahllos mit Beziehungen um und zeigt hohes Spaltungspotential in Form von Bedrohungen, Erpressungen, Lügen und Diebstählen. Außerdem hat sie Schwierigkeiten mit dem Konsum von Alkohol, Nikotin und

Drogen. Verbal- und sachaggressive Verhaltensweisen und Schreien werden von ihr besonders bei emotionaler Überforderung und empfundener ungerechter Behandlung gezeigt. Frau Conrad flüchtet immer wieder von der TWG, hält sich nicht an die Ausgangszeiten und droht mehrere Male mit Suizid.

In dem für sie klar strukturierten Tagesablauf werden ihr zahlreiche Regelungen und Vorschriften auferlegt. Die Häufigkeit der Telefon- und Besuchskontakte werden reguliert, sie erhält feste Pausen- und Arbeitszeiten, ihr Zigarettenkonsum wird beschränkt und es werden Umgangsregeln sowie eine Anwesenheitspflicht im Forum (Gesprächsrunde mit Psychologen) festgelegt. Wie auch Frau Conrad selbst rückblickend reflektiert, hat sie zu Beginn starke Schwierigkeiten mit diesem strengen Regelwerk:

„ja am anfang bissle schwierig, weil ich war das nicht gewohnt, irgendwie so die türen zu zu haben (I: mh), sodass man nich rausgehen, wies jetzt grad eim passt (I: ja). dann, ähm, auch die zigaretten-einteilung, dervor konnt ich nur, also konnt ich rauchen, WANN ICH WOLLTE (I: mh). da gings dann so darum, so drei zigaretten pro tag (I: mh), morgens, mittags, abends. und, ja auch die zimmerpausen, die hab ich nie irgendwie davor gekannt, so vorm mittagesessen ne pause, dann nachm mittagesessen so ne pause, vorm abendessen (I: mh) ne pause. dann selbscht am wochenende um acht uhr ins bett, des war so irgendwie so ganz komisch für mich am anfang (I: okay), weil ich immer eher so auf achse war abends am wochenende, joa <lacht>.“

Britta Conrad, ehemalige TWG-Bewohnerin Paulus-Hilfe (S. 251, Z. 7)

Außerdem führt Frau Conrad Einzelgespräche mit Bezugspersonen der Wohngruppe und erhält eine Gruppenpsychotherapie sowie eine Arbeits- und Beschäftigungstherapie. In deren Rahmen besucht Frau Conrad die Schule, den Berufsbildungsbereich (BBB) und macht ein Praktikum in einer Wäscherei. Sie gibt selbst an, dass ihr die therapeutischen Maßnahmen halfen, sich psychisch zu stabilisieren, da sie dadurch die Möglichkeit hatte, über ihre Probleme zu sprechen. Ihre Stimmungslabilität verbessert sich und sie wirkt fröhlich und motiviert. Frau Conrad bindet sich in das Gruppengeschehen auf der TWG ein und profitiert dabei selbst durch ihre Unterstützung ihrer Mitbewohner mit schwereren Beeinträchtigungen. Gleichzeitig hat sie Probleme mit der Anpassung an ihre Mitbewohner, da sie manche davon als „schwierig“ (S. 252, Z. 1) empfindet. Auch die Anwendung des Time-Out-Raums als Intervention bei Krisen anderer Klienten stellt für sie eine Herausforderung dar, weil sie dann als Sicherheitsmaßnahme in ihrem Zimmer eingeschlossen wird. Ähnlich zwiespalten scheint Frau Conrads Verhältnis gegenüber dem Regelwerk der TWG und dem engen Betreuungsrahmen zu sein. So beklagt sie im Interview die auferlegten Pausen- und Zigarettenregelungen, die frühe Nachtruhe und Ausgangssperre sowie die abgeschlossene Ausgangstür. Auf der anderen Seite

empfindet sie die verhängten Konsequenzen bei Nichtbeachtung der Regeln als sehr hilfreich auf ihrem Weg der Verhaltensbesserung:

„und wo ich halt dann wirklich auf die Paulus kam und au auf die Gruppe 2, ham se halt klipp und klar gleich gesagt, also wenn du abhausch, bisch halt im Zimmer eingesperrt, darfsch au den ganzen tag nich mehr raus (I: mh) und da hats dann, also ich BIN DANN AU, die erschte zeit auf dr PAULUS, bin ich EINMAL ABGEHAUEN, übern gartenzaun geklettert und bin aber dann au FREIWILLICH gekommen (I: mh), weil ich mir gedacht hab, okay, du machsch den schritt jetzt und fängsch genauso an wie davor. eigentlich bringts dir nix, weil du kommsch eigentlich wieder ZURÜCK, egal mit polizei oder mit sonst no irgendjemanden. dann bin ich selber zurück gekommen, da war halt dann die konsequenz schon eher so, ich durfte halt dann nich mehr allein zum RAUCHEN GEHN (I: mh) und, ja, deswegen hab ich dann au von vornherein, äh, bin ich dann gar nich mehr abgehauen, hab mich dann teilweise au an die regeln gehalten (I: mh), joa. <.> hatt ja auch paar regelverstoss, wo ich dann damals erwischt worden bin, aber hab mit den konsequenzen halt dann trotzdem leben können. also s hat mir au sehr geholfen so.“

Britta Conrad, ehemalige TWG-Bewohnerin Paulus-Hilfe (S. 254, Z. 11)

Auch aus den Evaluationsbögen zum TWG-Verlauf geht hervor, dass die enge Begleitung auf Frau Conrad eine sehr entlastende Wirkung hat und die Reduktion ihrer Freiräume bei ihr für Erleichterung sorgt. Die permanente Überwachung und Steuerung von außen helfen Frau Conrad dabei, wieder Kontrolle über ihr eigenes Verhalten zu erlangen. Durch die FEM der abgeschlossenen Ausgangstür werden ihre Weglauftendenzen minimiert, sodass Frau Conrad auch nicht mehr die Flucht ergreift, wenn sie die Möglichkeit dazu hätte. Die klaren Strukturen und Regeln geben ihr äußere Orientierung und dadurch inneren Halt, sodass sich ihr sozialer Umgang stark verbessert. Dadurch verhält sie sich in der Gemeinschaft sowohl freundlich, als auch kommunikativ und zeigt altersentsprechendes Verhalten.

Die Freizeitangebote wurden von Frau Conrad ebenfalls positiv bewertet. Besonders der Eintritt in einen Fußballverein half ihr dabei, ihre Freizeit selbständiger zu gestalten und sich selbst zu beschäftigen. Während des TWG-Aufenthalts pflegt Frau Conrad außerdem regelmäßigen, telefonischen Kontakt zu ihrer Mutter.

Aufgrund dieser beeindruckenden Verhaltensfortschritte gelang Frau Conrad der Umzug in eine Gastfamilie im Anschluss an die TWG. Die Diagnosen konnten als Folge dieser Verbesserungen modifiziert und reduziert werden. Ihre anfangs diagnostizierte leichte geistige Behinderung wurde angepasst in eine (nicht näher

bezeichnete) Entwicklungsstörung (F89.1). Die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung besteht beim Auszug weiterhin, ansonsten wurde keine weitere Störung festgestellt.

- **Heutige Lebenssituation**

Das Einleben in die Gastfamilie scheint Frau Conrad sehr gut gelungen zu sein. Sie profitiert davon, dass an das Haus ein Pferdehof angegliedert ist, da sie eine Leidenschaft für Tiere hat und sie regelmäßig ihrem Reithobby nachgehen kann. Als tagesstrukturierende Maßnahme arbeitet Frau Conrad in einem Kiosk, in einer Gärtnerei und in einer Kunst- und Handwerksgruppe. Zusätzlich kann sie sich durch eine Bildungsmaßnahme auf ihre geplante Ausbildung vorbereiten. Ihr Bedürfnis an therapeutischen Maßnahmen konnte auf eine monatlich stattfindende Gesprächstherapie reduziert werden. Diese Unterstützung möchte Frau Conrad beibehalten, da sie von ihr als hilfreich bei individuellen Problemen bewertet wird. Zusätzlich erhält sie Ergotherapie, um ihre Konzentrationsfähigkeit zu erhöhen. Die Teilnahme am Fußballverein der Paulus-Hilfe wurde von ihr fortgesetzt und dient neben dem Reiten als weitere Freizeitgestaltung. Außerdem trifft sich Frau Conrad gerne mit ihren Freunden und geht mit ihnen weg. Für ihre Zukunft plant sie den Beginn einer Ausbildung im kommenden Jahr und den späteren Umzug ins ABW gemeinsam mit ihrem Freund.

- **Zusammenfassung**

Durch die TWG-Maßnahme gelangen Frau Conrad zahlreiche und massive Veränderungen ihres Verhaltens, was sich besonders an Art und Anzahl der Diagnosen vor und nach der TWG ablesen lässt. Als besonders hilfreich wurden von ihr das strikte Regelwerk und der enge Betreuungsrahmen der TWG bewertet, auch wenn sie als junger Mensch damit verständlicherweise ihre Schwierigkeiten hat. Die Transparenz der Regeln und der Konsequenzen bei deren Nichtbeachtung ermöglichen ihr, dass sie in Eigeninitiative ihr Verhalten ändert. Eine wichtige Ressource ist für sie dabei die Fähigkeit, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren und über dessen Folgen nachzudenken, wie es auch im Gespräch mit ihr offensichtlich wurde. Auch das Zusammenleben mit ihren Mitbewohnern in der TWG unter der Aufsicht der Mitarbeiter hilft ihr bei der Verbesserung ihrer sozialen Kompetenzen hinsichtlich Interaktion und Kommunikation.

Die TWG-Maßnahme ermöglichte Frau Conrad die Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Sie hat eine familiäre Anbindung durch ihre Gastfamilie, sie geht regelmäßig arbeiten, verfügt über soziale Kontakte und hat verschiedene Möglichkeiten zur selbständigen Freizeitgestaltung. Außerdem besitzt sie klare Vorstellungen davon, wie ihr zukünftiges Leben auszusehen hat, wovon sie schon während der TWG profitierte. Als Lebenswunsch äußert sie das gemeinsame Wohnen mit ihrem Freund im ABW. Dabei setzt sie jedoch

Prioritäten und möchte zuerst ihr Ziel einer Ausbildung erreichen, wozu sie Bildungsangebote in Anspruch nimmt.

Frau Conrads Beispiel belegt eindrucksvoll die potentiellen Möglichkeiten einer TWG unter bestimmten Umständen. Hier zeigt sich, dass die dortigen Betreuungs- und Therapiemaßnahmen den Klienten in die Lage versetzen können, ein Umdenken selbständig herbeizuführen. Diese veränderte Haltung motiviert ihn zu eigenständigen Verhaltensverbesserungen, um sein Leben selbst in die Hand zu nehmen und realistische Lebensträume zu verfolgen.

Verwendete Literatur

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüs) (Hrsg.): Wohnformen und Teilhabeleistungen für behinderte Menschen. Münster 2006

Bradl, Christian: Problemverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung.

In: Petry, Detlef/Bradl, Christian: Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Praxis. Bonn (Psychiatrie-Verlag) 1999: S. 31 – 55

Bronfenbrenner, Urie: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart 1981

con_sens (Hrsg.): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2011. Münster: 2012

Internetressource: <http://www.lwl.org/spur-download/bag/kennzahlenvergleich2011.pdf> - abgerufen am 22.04.2014

Dalferth, Matthias: Zurück in die Institutionen? Probleme der gemeindenahen Betreuung geistig behinderter Menschen in den USA, in Norwegen und Großbritannien.

In: Geistige Behinderung 4, 1997: S. 344 – 357.

Dalferth, Matthias: Leben in „Parallelgesellschaften“? Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung zwischen den Idealen der neuen Leitideen und Entsolidarisierungsprozessen.

In: Theunissen, Georg/Schirbort, Kerstin (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote. Stuttgart (Kohlhammer) 2010: S. 116 – 128

Dieckmann, Friedrich/Haas, Gerhard (Hrsg.): Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart (Kohlhammer) 2007

Dieckmann, Friedrich/Haas, Gerhard: Einleitung.

In: Dieckmann, Friedrich/Haas, Gerhard: Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart (Kohlhammer) 2007: S. 7 – 13

Dieckmann, Friedrich/Haas, Gerhard/Bruck, Birgit: Herausforderndes Verhalten bei geistig behinderten Menschen – zum Stand der Fachdiskussion.

In: Dieckmann, Friedrich/Haas, Gerhard (Hrsg.): Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart (Kohlhammer) 2007: S. 15 – 40

Dieckmann, Friedrich/Giovis, Christos: Therapeutische Wohngruppen für geistig behinderte Erwachsene mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten. Evaluationsstudie im Auftrag des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg. Münster, Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen 2006

Dieckmann, Friedrich: Wohnen.

In: Beck, Iris/Greving, Heinrich (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik (Band 5). Stuttgart (Kohlhammer) 2012: S. 234 – 240

DIMDI: ICD-10-WHO Version 2013. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision Version 2013. Genf (WHO) 2012

Internetressource: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/index.htm>
- abgerufen am 22.04.2014

DIMDI: ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf (WHO) 2005

Internetressource: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf
- abgerufen am 22.04.2014

Došen, Anton: Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen (Hogrefe) 2010

Dudenredaktion (Hrsg.): Duden – Das Fremdwörterbuch. Mannheim (Dudenverlag) 2007a

Dudenredaktion (Hrsg.): Duden – Das Herkunftswörterbuch. Mannheim (Dudenverlag) 2007b

Feuser, Georg: Zum Verhältnis von Menschenbild und Integration – „Geistigbehinderte gibt es nicht!“. Innsbruck 1996.

Internetressource: <http://bidok.uibk.ac.at/library/feuser-menschenbild.html?hls=Zum> – abgerufen am 22.04.2014

Goffman, Erving: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main (Suhrkamp) 1973

Hanslmeier-Prockl, Gertrud: Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung. Empirische Studie zu Bedingungen der Teilhabe im Ambulant betreuten Wohnen in Bayern. Bad Heilbrunn (Klinkhardt) 2009

Häußler, Anne: Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus: Einführung in Theorie und Praxis. Dortmund (verlag modernes lernen) 2012

Heijkoop, Jacques: Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München (Juventa) 2009

Helfferich, Cornelia: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden (VS) 2005

Hennicke, Klaus: Psychische Störungen und aggressives Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung.
In: Furger, Martha/Kehl, Doris (Hrsg.): „... und bist du nicht willig, so brauch ich Gewalt“. Luzern (Edition SZH/CSPS): S. 67 - 114

Hennicke, Klaus: Der andere Blick. Traditionelle und systemische Sichtweisen.

In: Petry, Detlef/Bradl, Christian: Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Praxis. Bonn (Psychiatrie-Verlag) 1999: S. 83 – 106

Irblich, Dieter: Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen.

In: Irblich, Dieter/Stahl, Barbara: Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen (Hogrefe) 2003: S. 312 - 388

Jantzen, Wolfgang: Diagnostik, Dialog und Rehistorisierung.

In: Jantzen, Wolfgang/Lamwer-Koppelin, Willehad (Hrsg.): Diagnostik als Rehistorisierung.

Methodologie und Praxis einer verstehenden Diagnostik am Beispiel schwer behinderter Menschen. Berlin (Edition Marhold) 1996: S. 9 - 32

Kastl, Jörg Michael/Lavorano, Stefano/Neges, Dirk/Thiemke, Andreas: Selbständig leben – Ambulantisierung mit anderen Mitteln. Reutlingen (BruderhausDiakonie) 2011.

KVJS (Hrsg.): Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2011. Stuttgart: 2013.

Internetressource: http://www.kvjs.de/soziales/menschen-mit-behinderung/statistik.html?eID=dam_frontend_push&docID=4987 – abgerufen am 22.04.2014

KVJS: Musterleistungsvereinbarung im Rahmen eines längerfristig intensiv betreuten Wohnangebots. Stuttgart o.J.

KVJS: Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII für Baden-Württemberg für stationäre und teilstationäre Einrichtungen und Dienste. Stuttgart 2012

Internetressource: <http://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/soziales-mitglieder/rundschr/2013/anl3-rs-01-2013.pdf>
- abgerufen am 22.04.2014

Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel (Beltz) 2010

Lebenshilfe-Landesverband Bayern: Diskussionsbeitrag zum Thema Personenzentrierung. Erlangen 2012

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike: Experteninterview.

In: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen (Leske + Budrich) 2003: S. 57 – 58.

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg (Hrsg.): Einrichtungen für Menschen mit Behinderung in Baden-Württemberg. Ein Wegweiser. Stuttgart 2011

Oppolzer, Wolfgang/Klinger, Werner: Therapeutische Wohngruppen für Menschen mit herausforderndem Verhalten im Heimbereich der St. Lukas-Klinik der Stiftung Liebenau.

In: Dieckmann, Friedrich/Haas, Gerhard (Hrsg.): Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart (Kohlhammer) 2007: S. 161 - 184

Petry, Detlef: Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Psychiatrie und Behindertenhilfe.

In: Petry, Detlef/Bradl, Christian: Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Praxis. Bonn (Psychiatrie-Verlag) 1999: S. 14 – 30

Pfeil, Brigitta/Glasenapp, Jan/Svoboda, Frank: Intensivgruppen in der Stiftung Haus Lindenhof. Entwicklungen und Erfahrungen im Modellprojekt „Therapeutische Wohngruppen“.

In: Dieckmann, Friedrich/Haas, Gerhard (Hrsg.): Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart (Kohlhammer) 2007: S. 140 – 160

Przyborski, Agkaja/Wohlrab-Sahr, Monika: Qualitative Sozialforschung. München (Oldenbourg) 2010

Ratz, Christoph (Hrsg.): Verhaltensstörungen und geistige Behinderung. Oberhausen (Athena) 2012

Riemann, Gerhard: Narratives Interview.

In: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen (Leske + Budrich) 2003: S. 120 – 122

Rohrmann, Eckhard: Wohnen im Stadtteil erfordert mehr als nur eine Wohnung.

In: Wacker, Elisabeth (Hrsg.): Teilhabe – Wir wollen mehr als nur dabei sein! Marburg (Lebenshilfe): S. 199 – 210

Rösinger, Peter/Albrecht, Ingrid/Bender, Claudia: Therapeutische Wohngruppen in den Johannes-Anstalten Mosbach.

In: Dieckmann, Friedrich/Haas, Gerhard (Hrsg.): Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart (Kohlhammer) 2007: S. 119 - 139

Rohrmann, Eckhard: Leben im Heim.

In: Beck, Iris/Greving, Heinrich (Hrsg.): Lebenslage und Lebensbewältigung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik (Band 5). Stuttgart (Kohlhammer) 2012: S. 277 – 281

Sarimski, Klaus: Verhaltensbeobachtung und Verhaltenseinschätzung.

In: Stahl, Burkhard/Irblich, Dieter (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen (Hogrefe) 2005: S. 113 – 135

Sarimski, Klaus/Steinhausen, Hans-Christoph: Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Göttingen (Hogrefe) 2008

Saß, Henning/Wittchen, Hans-Ulrich/Zaudig, Michael/Houben, Isabel: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR. Göttingen (Hogrefe) 2003

Schulte-Kemna, Georg: Personenzentrierung, Ambulantisierung und Sozialraumorientierung (Vortrag). Psychiatrie-Jahrestagung des Bundesverbands evangelische Behindertenhilfe (BeB). Erkner 2013

Seifert, Monika: Das Konsulentenprojekt der Heilpädagogischen Heime des Landschaftsverbands Rheinland.

In: Dieckmann, Friedrich/Haas, Gerhard (Hrsg.): Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart (Kohlhammer) 2007: S. 41 - 64

Speck, Otto: Die Bedeutung des Wohnens für den geistig behinderten Menschen aus philosophisch-anthropologischer Sicht.

In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hrsg.): Humanes Wohnen – seine Bedeutung für das Leben geistig behinderter Erwachsener. Marburg (Lebenshilfe-Verlage) 1982: S. 5 – 15.

Stein, Roland: Grundwissen Verhaltensstörungen. Hohengehren (Schneider) 2008

Strübing, Jörg: Grounded Theory. Wiesbaden (VS) 2004

Thesing, Theodor: Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. Freiburg im Breisgau (Lambertus) 2009

Theunissen, Georg: Ablösung, Trennung vom Elternhaus.

In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hrsg): Handlexikon Geistige Behinderung. Stuttgart (Kohlhammer) 2013a: S. 15 – 16

Theunissen, Georg: Empowerment.

In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hrsg): Handlexikon Geistige Behinderung. Stuttgart (Kohlhammer) 2013b: S. 104 – 105

Theunissen, Georg: Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Bad Heilbrunn (Klinkhardt) 2011

Theunissen, Georg: Lebensweltbezogene Behindertenarbeit und Sozialraumorientierung. Freiburg (Lambertus) 2012

Theunissen, Georg: Positive Verhaltensunterstützung. Marburg (Lebenshilfe-Verlag) 2008

Theunissen, Georg: Verhaltensauffälligkeiten.

In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hrsg): Handlexikon Geistige Behinderung. Stuttgart (Kohlhammer) 2013c : S. 401 – 403

Theunissen, Georg: Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Bürgerschaftliches Engagement.

In: Theunissen, Georg/Schirbort, Kerstin (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart (Kohlhammer) 2010: S. 59 - 96

Theunissen, Georg/Schirbort, Kerstin: Verhaltensauffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung.

In: Theunissen, Georg: Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung und Autismus. Stuttgart (Kohlhammer) 2003: S. 37 – 65

Theunissen, Georg/Schirbort, Kerstin/Kulig, Wolfram: Verhaltensauffälligkeiten und Stärken bei Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen der Lebenshilfe e.V. – Eine Studie aus Sachsen-Anhalt .

In: Hennicke, Klaus (Hrsg.): Psychologie und geistige Behinderung. Berlin (DGSGB) 2006: S. 7 – 21

Vanja, Christina: Vom Hospital zum Betreuten Wohnen – Die institutionelle Versorgung behinderter Menschen seit dem späten Mittelalter.

In: Cloerkes, Günther/Kastl, Jörg Michael (Hrsg): Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderungen im Netz der Institutionen. Heidelberg (Universitätsverlag) 2007: S. 79 – 100

Wüllenweber, Ernst: Krise, Intervention, Krisenintervention: Schlüsselbegriffe der psychosozialen Versorgung.

In: Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg: Handbuch Krisenintervention – Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart (Kohlhammer) 2001: S. 11 - 27

Wüllenweber, Ernst: Krisen und Verhaltensauffälligkeiten.

In: Theunissen, Georg (Hrsg.): Krisen und Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung und Autismus. Stuttgart (Kohlhammer) 2003: S. 1 – 16

Anonymisierte Quellen:

David-Stiftung: Konzeption Therapeutische Wohngruppen. 2013

David-Stiftung: Leistungs- und Prüfungsvereinbarung im Rahmen der Therapeutischen Wohngruppen zwischen der David-Stiftung und dem Landkreis A. 2012

David-Stiftung: Über uns. 2014. Internetressource: abgerufen am 22.04.2014

Keller, Peter: 150 Jahre Paulus-Hilfe. 1996

Paulus-Hilfe: Die Geschichte der Paulus-Hilfe. 2014a. Internetressource: abgerufen am 22.04.2014

Paulus-Hilfe: Konzeption Sozialtherapeutische Wohngruppen. 2005

Paulus-Hilfe: Über uns. o.J. Internetressource: abgerufen am 22.04.2014

Paulus-Hilfe: Vereinbarung über Therapeutische Wohngruppen zwischen dem Landkreis B und der Paulus-Hilfe. 2012

Anhang

Anhang A: Transkriptionen der Experteninterviews	174
Dirk Heinrich	175
Claudia Schneider & Rosemarie Weller	183
Heidrun Albertz.....	198
Isabell Berg	213
Anhang B: Transkriptionen der Klienteninterviews.....	222
Timo Gartling	223
Peter Reinhard.....	231
Achim Paschke.....	239
Britta Conrad	250
Anhang C: Versicherung.....	256

Anhang A: Transkriptionen der Experteninterviews

Interviewpartner: Dirk Heinrich
Gruppenleiter TWG-1 David-Stiftung
Ort: TWG-1
Datum: 17.12.2013, 10:30 – 11:00 Uhr

1 I: so, dirk, wie du weisch, schreib ich meine abschlussarbeit grad über therapeutische wohngruppen (D: mh)
2 und solcher, in einer solcher arbeitest du ja hier grad in der david-stiftung. kansch du mir jetzt mal zuer-
3 scht erzählen, was du hier für ne position hasch (D: mh) und was da deine aufgabenbereiche sind?
4

5 H: gut, ähm, i bin teamleitung (I: mh) in ner therapeutische wohngruppe. des heißt, i bin verantwortlich für
6 die, sag mer mal, fachliche umsetzung der konzeptiona der twgs (I: mh). des heißt, dass i regelmäßig über-
7 prüf, ob die inhalte hier umgesetzt, gelebt werden, so in dem sinne. dann bin i für personelle gschichta
8 zuständig, des hoißt dienstplanung, ressourcenorientierter einsatz der mitarbeiter, aufgabaverteilung auch.
9 und, ähm, im groÿa und ganza könnt ma saga, dass i oifach so s bissle s controlling bin von dr gruppe, dass i
10 oifach nach dr umsetzung kuck (I: okay) und, äh, ja fachliche gschichta au, dass des umgesetzt wird, dass
11 tagespläne eingehalten und geschrieben werden. im prinzip isch ma, hat ma so a kontrollfunktion (I: okay)
12 und, äh, aber gleichzeitig au hundertprozent gruppadienstmitarbeiter (I: okay). genau.
13

14 I: gut, ähm, also bei meiner abschlussarbeit, da solls besonders um die chancen und die schwierigkeiten
15 gehen (D: mh), die bei ner wiedereingliederung in ne regelwohnform entstehen können (D: mh). kansch
16 du mir, zue, zunächst anhand von nem beispiel erklären, wie sich so der prozess darstellt mit allen beteilig-
17 ten?
18

19 H: mh. also, die klienten kommen entweder aus ra vorheriga einrichtung, also vollstationär, aus dr kinder-
20 jugendpsychiatrie, wo se davor bis zu drei monat, sag mer mol, gewohnt haben oder ausm elternhaus. Dann
21 wird übers jugendamt beziehungsweise bei uns über die eingliederungshilfe ne anfrage gestellt. die kommt
22 dann zum sozialdienst, des isch die frau weller bei uns und die wird dann gemeinsam mit dr frau schneider,
23 unsrer psychologin und m psychiater bearbeitet (I: mh). dann wird da a auswahlverfahra troffa und die, die
24 in engre auswahl kommat, kommat dann zu uns, stellat sich vor und dann werdat se im idealfall aufge-
25 nommen (I: mh). gemeinsam mit koschdaträger, mit, ähm, gesetzliche betreuer oder betreuer bestellten
26 betreuern und unsre fachdienschte wird dann a zielvereinbarung troffa. des hoißt, klient xy kommt, wurde
27 von mir aus straffällig als beispiel (I: mh) und s ziel isch re-reintegration in, in die allgemeinheit, im, im sozi-
28 alwesen und so weiter und so fort. dann wird ausgmacht, wie lang soll der arbeiten gehen, was muss in
29 dem prozess dann vorhanda sein, also so kleine ziele steckt mer sich, nach nem halba jahr wird dann refle-
30 xion, nenn ichs mal, mit dem koschdaträger und allen beteiligten gemacht und im idealfall erfolgt nach
31 achtzehn monaten dann dr auszug in a regelwohnform (I: okay). des isch dr idealfall (I: mh). genau.
32

33 I: und ähm, also wennis jetzt quasi auf die, ähm, reintegration zugeht (D: mh), wie wird des dann bespro-
34 chen und wer wird da alles miteinbezogen?
35

36 H: miteinbezoga sind die, wo i grad gnannt hab (I: mh), also dr sozialdienst (I: mh), dr psychologische fach-
37 dienst, dr psychiater, die gruppamitarbeiter, wobei sich des dann auf a vorherige unterhaltung im team
38 bezieht und die assischtenta, ma hat bei jedem klient zwei assischtenta (I: mh), an dem gespräch teilneh-
39 men (I: okay). dr koschenträger isch dabei, wenn möglich dr klient und die gesetzlichen betreuer (I: okay).
40 und do wird dann praktisch dr verlauf besprochen, was dr klient erreicht hat und inwiefern möglich isch,
41 ihn in a regelwohnform zu entlassen (I: okay). genau.
42

43 I: ähm, und also bei, bei den besprechungen, nimmt da auch dann die aufnehmende einrichtung teil?
44

- 1 H: wens die schon sicher gibt, ja (I: okay). des isch, ähm, meischtens so, dass ma a halbes jahr bis zu drei-
2 viertel jahr vor auszug sich dann drüber unterhält mitm koschenträger (I: mmh), wo kanns hingehen, da
3 gibts meischtens noch keine abnehmende einrichtung oder oder folgeeinrichtung <.> ähm, wens dann
4 konkret wird, wird dann noml a gespräch gführt mit dene (I: okay). entweder in dem rahma, wie en gnannt
5 hab mit alle beteiligte oder durch die mitarbeiter vor ort oder durch die mitarbeiter von der folgeeinrich-
6 tung hier.
7
- 8 I: mh. und, also wenn jetzt zum beispiel fürn, fürn klient feststeht, JA, der kann, der kann reintegriert wer-
9 den (D: mh) in ne regelwohnform, klappt des dann immer gut oder gibts da auch manchmal schwierigkeit-
10 ten?
11
- 12 H: äh,<.> mer muss dazusaga, des sind die WENIGEREN fälle bei uns, die ausziehen, die in a regelwohnform
13 könnet (I: okay). und die, wo des bisher den schritt machen konnten, des hat sich bewährt (I: okay). Also die
14 hent ihren schritt, ihren, ihren weg gmacht, die gehen acht stunden arbeiten, da wo i no dr kontakt hab und
15 wo is no weiß (I: mh). und äh, wohnt nach wie vor recht selbständig und ja eba, hauptsächlich auf außa-
16 wohngruppa (I: mh) und des funktioniert ganz gut.
17
- 18 I: okay <.> und ähm dieser <.> die twg hat ja so n ausdrücklich rehabilitativen auftrag (D: mh). wie drückt
19 sich der so in dr alltäglichen arbeit aus? ist der irgendwie hilfreich oder verspürt mer da auch manchmal
20 druck?
21
- 22 H: ääh, druck weniger (I: okay). also er isch, er isch insofern hilfreich, dass mer n klara auftrag hat (I: mh)
23 und dass dr klient et auf d gruppe kommt oder bei uns einzieht und no hoißts, jetzt mach mol irgendwie,
24 sondern, dass mer scho ganz klar a ziel vor augen hot, dass mer des mitm klient au besprechen kann. also
25 <.> die, die in dr lage und des isch doch dr großteil, zu dene kann mer saga, deshalb bisch du jetzt hier und
26 da woll mer hin (I: mh). und an druck spüre mir insofern nicht, da es ja jetzt die libw gibt beispielsweise (I:
27 okay) und da ma uns au, was des angeht, keine ziele gsetzt hot. also mer sagt et zum beispiel, von dene
28 sechs, die jetzt hier wohnt, müsset fünf in a regelwohngruppe. also <.> do hammer keinen druck.
29
- 30 I: okay <.> ahm, welche unterschiede gibts denn, ähm, bei der konzeption und beim arbeitsmodell im un-
31 terschied zu ner regelwohngruppe, hier in ner twg.
32
- 33 H: da gehts hauptsächlich um die art der betreuung (I: mh). also mir sind vierundzwanzig stunden besetzt.
34 des (I: okay) heißt, es gibt, äh, von sechs uhr dreißig bis einazwanzig uhr n tagdienst und von einazwanzig
35 uhr bis sechs uhr dreißig eine nachtWACHE (I: mh). <.> ähm <.>, dann gehts au zum teil um die, um die be-
36 setzung, also mir hent doppeldienst hier, des isch au in dr konzeption so festgschrieba (I: okay), mir hent
37 en klara stellenschlüssel (I: mh) und auf, äh, außawohngruppa, auf regelwohngruppa ischs do zum teil, oder
38 hauptsächlich so, dass die acht stunden arbeiten gehen MÜSSEN (I: mh okay) und dass do zum teil bloß ein
39 mitarbeiter do isch für MEHRERE klienten. und bei uns ischs beispielsweise au so, wenn se rer tagesstruktur
40 nachgehen, schule, werkstatt, förder- und betreuungsbereich, dass die dann jederzeit auf d gruppe kömma
41 könnet. also sprich, ähm, ma kann krisen besser handeln und des isch au in dr konzeption so geplant (I:
42 okay), dass des möglich sein muss.
43
- 44 I: okay <.> ähm <.> kannsch du <.> irgendwie, so bisher bei den, bei den bewohnern bestimmte verände-
45 rungen feststellen, die sich jetzt unabhängig von individuellen merkmalen ergeben?
46
- 47 H: ähm <.> kamma insofern, dass die, sag mer mal ganzheitliche betreuung den bewohnern helfen. also (I:
48 mh), mir hent hier, äh, schon beispiele ghabt, da gang i et jetzt so weit ins detail, aber die problematiken
49 sind doch oft imstande, weil se allein auf sich gstellt warat, weil keiner do war, weil in den krisen, die au
50 nachts aufkomma sent oder oifach am, am tag, wo dann dr mitarbeiter eingebunden war, weil bloß einer

1 im dienst war, <.> hat dr klient dann dementsprechend reagiert und kam in ne krise. bei uns isch die mög-
2 lichkeit ebe wirklich do rund um die uhr jemand zu erreichen. (I: mh) des isch für dr klient, gibt a sicherheit.
3 des hoißt et, dass mir krisa ausschlieða können, aber dieses modell benötigen die klienten hier und nutzen
4 des au. und do kamma dann au tatsächliches vieles abfanga, was ma auf ra normala wohngruppe nicht
5 kann oder konnte.

6
7 I: mh <.> und ähm <.> jetzt hinsichtlich der verschiedenen lebensbereiche, also arbeit (D: mh), freizeit, sozi-
8 ale kontakte, gibts da irgendwelche veränderungen, die sich oftmals einstellen <.> bei den bewohnern oder
9 isch des ganz unterschiedlich?

10
11 H: ääh, des isch <.>, nee ma kanns scho verallgemeinern (I: mh). also dadurch, dass die krisen seltener
12 auftreten isch dr klient a besser in dr lage soziale kontakte zu pflegen (I: mh), was au die familien angeht
13 und die freunde und verwandten (I: mh). b kann er häufiger an freizeitaktivitäten teilnehmen, was au für a
14 ausgeglichene gemütslage dann beiträgt (I: mh). und, äh, c isch dr klient überhaupt in dr lage au a tages-
15 struktur nachzugehen (I: okay). also, mol so a beispiel: regelwohngruppe, außawohngruppe, do heißts, so
16 jetzt ischs, äh, jetzt ischs halb sieba, um acht gehsch ausm haus (I: mh), um vier kommsch wieder. und hier
17 kann dr klient saga, i kann erscht am am neune gehen, i komm et ausm bett oder des plagt mi grad, i möcht
18 heut mal n halba tag urlaub oder wie au immer. do simmir oifach breiter gfächert, was die möglichkeiten
19 angeht.

20
21 I: okay <.> gut, ähm, jetzt würd ich gern auf die erfolgreich integrierten leute (D: mh) zu sprechen kommen.
22 kansch du mir da zunächscht n paar typische beispiele nennen (D: mh), bei denen des gelungen isch?

23
24 H: mh, ähm <.> muss i derzu saga, twg gibts seit zweitausendsechs (I: mh), im mai wurde die damals ge-
25 gründet. und vom anfangsklientel, des wir do hatten, des waren sechs bewohner, sind drei <.> in a normale
26 wohnform integriert (I: okay) oder reintegriert worden. ääh, einer isch noch am am standort <.> isch dr
27 timo gartling (I: mh), zu dem hemmir immer no kontakt, der kommt au immer no gern zu uns und desch so
28 a paradebeispiel für jetzt geht er acht ta- acht stunden am tag arbeiten. früher hot ers mol a stunde in dr
29 schule ausghalta, wo er frisch zu uns kam. dann hemmir domols no a türkische bewohnerin ghabt, die isch
30 jetzt in kreisstadt in a regelwohnform integriert worden (I: mh). und dr dritte isch in drübenort, wenn i's
31 wenn i's richtig weiß HEUTE noch. und die äh <.> kamat damals mit, mit GROÙE schwierigkeit, also die die
32 twg, do hot mer mehr oder weniger drauf, drauf gwartet, dass es sowas endlich mol gibt (I: okay). und, äh,
33 die kamat und warat, äh, im prinzip, wenn mers genau nimmt, et mol a lage in dr stund, äh, a stunde sich
34 außerhalb dr wohngruppe aufzuhalta ohne dass was passiert isch (I: mh). und mittlerweile krieget se des
35 wieder hin. also da hammer gnug erfolge. letschtes jahr, was au no so für uns a tolles, a tolle gschichte isch,
36 hat einer dr weg zrück ins elternhaus gfunda (I: mh) und geht jetzt ra tätigkeit, die zwar reduziert isch oder
37 begrenzt isch, aber er macht des. kann dort stundaweise au alleine sein, ohne dass was isch und des isch au
38 so n erfolg, den mer da hatten. und <.>, wenn mers mol so nimmt, von dene sechs, die mer so im im durch-
39 schnitt da haben, vielleicht zwei krieget den weg hin (I: mh). und äh <.> für dr rescht isch libw mehr oder
40 weniger dann da (I: okay) oder solche libw-gschichten in der, in der region, sag mers mol so.

41
42 I: okay. ahm, welche chancen, aber auch vielleicht gefahren siehst du für den reintegrierten bewohner?

43
44 H: <.> ääh, chancen <.> in dem sinne, dass mer seine ziele verfolga kann. die kommet ja alle mit, mit un-
45 terschiedliche ziele. die wollet (I: mh) dr führerschein macha, die wollet selbständig wohna, äh, die wollet
46 geld verdiena und so weiter und so fort. und die chance haben se dadurch (I: mh). die gefahr isch, dass se
47 wieder in des system kommet, des ihne damals nicht gut tat. sprich zu selbständig, äh, zu wenig betreut (I:
48 mmh). und da hammer au scho beispiele ghabt, wo des dann eba nicht funktioniert hat (I: okay). aber des
49 isch selten so. aber einfach die, die umgebung, die ihnen damals nicht gut tat, wo die probleme auftreta

- 1 sind, in die kommet se ja wieder zurück (I: mh). und wenn mer da dann damit nicht umgehen kann, dann
2 hot mer schwierigeita.
3
- 4 I: okay. was passiert dann bei, bei so nem rückfall?
5
- 6 H: desch ganz unterschiedlich (I: mh). äh, aus, aus welcher, aus welchem bereich der, der damal- aus die
7 damaligen probleme kamen (I: mh). wir hatten hier scho jemand, der hot mit alkohol probleme ghabt, der
8 hot dann durch diesen enga rahma gar koi möglichkeit ghabt des zu konsumiera oder do dranzukomma. tat
9 ihm dann ganz gut und er hot er dann au gmerkt, er kann ohne und dann wurde er in a relativ offene wohn-
10 form entlassa und <.> er hat jetzt doch massive probleme wieder dermit (I: okay). also die, sag mers mol so,
11 s klientel, des zu uns kommt, braucht im prinzip den enga rahma (I: mh), hot dann au achtzehn bis vier-
12 zwanzig monat oder gegebenfalls länger zeit <.> zu lerna dermit umzugehen, sich dran zu gwöhna und,
13 äh, drauf vorzubereita, dass mer dann wieder selbständiger wohnt. und wenn mer des aber von, von dr
14 grunderkrankung, von dr eigena problematik oder vom m charakter au et hinkriegt, dann (I: mh) isch des
15 schwierig.
16
- 17 I: okay <.> ähm, konntesch du irgendwelche personenmerkmale oder auch merkmale vom kontext allge-
18 mein feststellen, die sich jetzt förderlich auf die reintegration auswirken?
19
- 20 H: äh, des isch jetzt schwierig zu verallgemeinern (I: okay), also des des isch, äh. wirklich klientabezoga. die
21 (I: mh), die eina brauchet des, dass ma permanent do isch, die brauchet a a stunde am tag gesprächszeit (I:
22 mh). die andere, äh, brauchet viel freiraum und viel ruhe, oder halt viel freiraum isch hier relativ, aber mehr
23 freiraum und au rückzugsmöglicheita und dann die gelegenheit jemand anzusprecha, wenn wenn mer was
24 brauchet kurz. des isch ganz unterschiedlich, also des zu all-verallgemeinern (I: okay). s isch sehr unter-
25 schiedlich, aber im prinzip, <.> wenn mer do a allgemeinmerkmal dann doch haben möchte, isch es wirklich
26 so, dass die erreichbarkeit und au die zeit (I: mh) für dr klient äh do sein muss (I: okay). also sprich, mer
27 kann net saga, du in vier wocha am montag kriegsch n termin, sondern des sollte scho zeitnah geschehen (I:
28 mh). des brauchet alle.
29
- 30 I: okay. also ich frag jetzt deshalb, weil, weils damals bei dem modellversuch (D: mh), der auch hier stattge-
31 funden hat, da wurden ja auch die mitarbeiter gefragt, ob, ahm, welche merkmale zum beispiel induwe-
32 individuelle personenmerkmale sie als förderlich (D: mh) oder hinderlich sehen (D: mh). da haben zum bei-
33 spiel viele mitarbeiter gesagt, dass der grad der behinderung (D: mh) eher, ähm, kontraproduktiv isch (D:
34 mh). hasch du da irgendwelche erfahrungen gemacht?
35
- 36 H: äh, keine schlechten (I: okay). also mir ham wirklich a breites spektrum, mir hant, äh, <.> was grad die
37 geistige behinderung angeht, äh, a bandbreite von vierzig bis siebzig (I: mh), ähm, und trotzdem kriegt mer
38 alle unter ein hut, man kann gemeinsam mit de leut aktivitäta macha. mir ham von de krankheitsbilder her,
39 von de psychischa, keine zwei gleichen auf dr gruppe (I: mh), mir ham immer sechs bis sieben verschiedene.
40 und i fend, des machts a weng aus, die klienta können sich au untranander helfa. also eine, die sag mer mol.
41 depressiv-verstimmt isch, die kann durch jemanden, der, äh, rent-hyperaktiv isch (I: mh), doch au bissle
42 wieder lebensfreude bekommen (I: mh). dr andere kann au durch so jemand, wenn do eher gsprache geführt
43 werat, wie wenn mer jetzt dr ganze tag durchs hause rennt, dann au a bissle zur ruhe komma, i fend des
44 eher förderlich.
45
- 46 I: okay. also und, jetzt zum beispiel so au, wenn mer jetzt n, eine person betrachtet und da, dass du dann
47 zum beispiel <.> denksch du dann, da kammer net saga, WEIL ER JETZT eine, ähm, höh-schwerwiegendere
48 behinderung hat, ischs für ihn schwieriger, in ne regelwohnform integriert werden zu können.
49
- 50 H: <atmet tief ein> ääh

1 I: so im sinne von prognosefaktoren.

2

3 H: hatta mir hier bisher nicht (I: okay). also s gibts mit sicherheit (I: mh). ma hat im wohnverbund scho je-
4 mand ghabt, wo mer weiß, des isch a krankheit, die fortschreitet und mit, sag mer mol, vierzig dr höhe-
5 punkt erreicht (I: mh). da isch der reha-gedanke meiner meinung nach verfehlt (I: mh), aber mir hier auf dr
6 gruppe hatten des noch nich (I: okay). also mir ham hier zum beispiel ein, der isch gehbehindert. da (I: mh)
7 muss natürlich a gruppe gsucht wera, die koine fünfhundert treppa hot bis in sei zimmer (I: mh), des isch
8 klar, aber von dr psychische grundproblematik hatten wir des nich bisher.

9

10 I: okay <..>. und kamman irgendwie verallgemeinert sagen, in was für wohnformen die menschen dann
11 wiedereingegliedert werden? also, isch des jetzt, ahm, oftmals s elternhaus, isses oft ne ganz normale
12 wohngruppe hier aufm gelände (D: <atmet tief ein>) oder isses auch ganz unterschiedlich?

13

14 H: äh des isch a ganz unterschiedlich, aber ma kann scho saga, s ziel isch <.> weniger a reintegration ins
15 elternhaus (I: mh). des, äh, weil mir ham ja a junges klientel (I: mh), wo dann au bissle die selbständigkeit, s
16 erwachsa-wera im vordergrund steht und do isch nicht s ziel die mit zwanzig johr nach hause zu schicka (I:
17 okay). die ham au selber s ziel, dr großteil, dass se dann doch selbständig oder so selbständig wie möglich
18 irgendwo leba und, äh, arbeita möchtet (I: okay). s gibt vereinzelt so, so gschichta, wo se, äh, au scho bissle
19 älter warat wie jetzt des, äh, normalklientel bei uns, wo se dann gsagt hent, die wohnt seit fünfzwanzig
20 johr do drin und i möcht dort wieder hin (I: mh). aber im grunde sollte es ne regelwohnform sein, vielleicht
21 ne außawohngruppe <.> aber nicht eben nach hause (I: okay). eben hauptsächlich, also hauptsächlich so, dr
22 größere teil möchte des nicht und streb mers au et an.

23

24 I: okay <.> und wenn jetzt, ahm, n bewohner hier ausgezogen is (D: mh), gibts da dann, ahm, von eurer
25 seite noch irgendwelche unterstützenden maßnahmen, also jetzt nachm auszug dann?

26

27 H: des isch ganz unterschiedlich. also, äh, was mir immer sind, mir sind immer telefonisch erreichbar (I:
28 mh). in dr anfangzeit natürlich mehr, wenn mer en klient aufm aufm gelände in a andere wohnform entlas-
29 sen, simmer natürlich au präsent (I: mh), äh, also körperlich au präsent. dann, ähm, bei dem fall, wo mer
30 den junge mann ins elternhaus letztes jahr wieder integrieren konnten, da simmer telefonisch auch heute
31 noch erreichbar (I: mh). dann <.> gibts die möglichkeit uns au zu, zu irgendwelche gespräche einzulada oder
32 so, des isch nich so, dass der geht und mir sind (I: ja) dann einfach raus vom schuss. äh <.> was zu ner <..>
33 korrekta, was zu ner korrekta übergang für uns dazughört isch einfach a übergabegespräch (I: ja), au die,
34 die, s weitergeba von de besonderheiten, was, ähm, stellt sich ja doch ein, des machter immer und so
35 gschichta passieret immer mal wieder, da muss mer drauf achten. des ghört zum, zum regelablauf, und
36 ansonschta wie gsagt, die erreichbarkeit isch weiterhin da.

37

38 I: okay <.> gut, ahm <.> kannsch du mir jetzt, ahm, von prägnanten fällen erzählen, bei denen die reintegra-
39 tion nicht gelungen isch?

40

41 H: <..> ja <.>. also mir haben en junga mann, der isch no aufm gelände (I: mh). der war in ra <.> schule für
42 normalbegabte, also der hot dadu-, also i, wie viel jahre der do jetzt do gmacht hat, weiß i (I: mh), des kann
43 i dir jetzt et saga, aber der war oder isch normalbegabt, hat dann, isch in a psychose verfalla und wurde au
44 körperlich aggressiv und übergriffig. und der kam dann zu uns und do war tatsächlich s ziel, der soll wieder
45 in sei heimatregion, des war in tal-region (I: mh), äh, zurückkommen. entweder ins, ins elternhaus oder
46 dort in a offene wohnform. der hot sich am anfang sehr, sehr angepasst verhalten und hot au fortschritte
47 gmacht und isch irgendwann dann wieder in a schwere psychose gfalla, aus der meiner und unsrer meinung
48 nach heute noch nicht wieder rauskomma isch (I: okay). da musste man nach zweiahalf jahr saga, der, für
49 ihn isch die einzige option mittlerweile libw und au do sind die zukunftsaussichte so, dass es nimmr ander-
50 sch sein wird (I: mh). des wär für uns <.> persönlich so <.> mit dr schwierigste fall, weil mir do am meisch-

1 ta potential gseha hent und am wenigschta erreicht haben (I: mh). des gibts immer mal wieder. dann <.>
 2 hammer aktuell n klient au bei uns, wo au die zukunftsaussichta scho jetzt <.> miserabel sind, wenn i des so
 3 saga darf, äh, da wird et mehr drin sein. und mir hatten <.> eine klientin <.>, des isch so für, für mi immer
 4 no so s schwierigste mit, die hot an, an schwera unfall ghabt und isch jetzt (I: mh) als <.> leicht geischtigbe-
 5 hindert und, äh, als teilweise übergriffig zu uns komma und die isch jetzt körperbehindert in ra einrichtung
 6 der david-stiftung, wo se ihr leba lang verbringa wird. des sin so die prägnanten beispiele, die mer hier hat-
 7 ten (I: okay). was au immer wieder schwierig isch, isch, hammer scho lang nimmer ghabt, aber mir hatten
 8 hier scho viele borderlinerinna (I: mh). <.> do isch es grundsätzlich kaum machbar, äh, in a regelwohnform
 9 zu tendiera, do muss ma dann saga, do ischs ziel, dass mer von ra twg in a offenera, aber trotzdem eng
 10 betreute wohnform dann gehen kann (I: mh). und do gabs bei oira zum beispiel was in, in berg-region, was
 11 <.> ma scho als erfolg werten muss, aber für uns oifach an, an scheitern darstellt (I: okay). so hammer doch
 12 au scho leider mehrere beispiele hier ghabt.

13
 14 I: okay. <.> und jetzt so im allgemeinen, ähm, also, wa-was, was gibts da alles für möglichkeiten, wenn
 15 nach achtzehn monaten die reintegration noch nicht in, erreichbar scheint?

16
 17 H: grundsätzlich immer die option auf a halbs jahr verlängerung (I: okay). dann die, die libw aufm gelände
 18 (I: mh). dann die libw-ähnlichen, also was heißt, wie heißt, libw nennt mers, glaub i (I: m), äh, wohnfoma
 19 in bada-württaberg, drübenstadt, kreisstadt und (I: mh) was es do alles gibt. oder dann au scho recht früh-
 20 zeitig noml a längere verlängerung, also wenn mer zum beispiel sagt, ja in, in sechs monat erreichen mir nix
 21 und, äh, <.> es geht immer drum, was für ressourcen gibts. also wenn ma bei ma klient nach achtzehn mo-
 22 nat feststellt, der wird koin weitera schritt als libw macha könne, isch twg verschwendet, sag mers mol so.
 23 wenn mer sagt, da sind die ressourcen do, der braucht aber no weng mehr zeit, kammer au scho drauf ten-
 24 diera, dass mer vielleicht über die vierazwanzig monate hinaus verlängert. <.> ähm, auf jeden fall muss mer
 25 nach achtzehn monat des mim kostaträger einfach abklära, weil der isch ja im prinzip der des finanziert und
 26 der des mitentscheidet. und die möglichkeita gibts im prinzip, also mer kann, mir kriegat hier koine unbe-
 27 frischtete kostazusaga (I: mh), aber mer kann saga, mir brauchet no länger, wie die sechs monate zusätzlich
 28 (I: okay). odr mer geht glei in richtung libw (I: okay), was i aber dann schwierig find, weil libw isch dann
 29 oifach so, da bisch dann über jahre hinaus dort feschtgfahra und hasch die möglichkeit WENIGER, wie bei
 30 uns jetzt hier nen sprung zu macha.

31
 32 I: okay. <.> ahm, gibts auch manchmal abbrüche des twg- /1/aufenthalts?//

33
 34 H: /1/ja// gabs au schon. des isch au
 35 im heimvertrag, also heimverträge, i woiß et, ob wir des scho mol besprocha ham. jeder gesetzliche be-
 36 treuer und jeder klient kriegt am anfang n heimvertrag vorglegt (I: mh). do steht dann drin, mir ham, also
 37 banale sacha, mir ham ruhe, äh, nachtruhe ab achtzehn, a ab zwanzig uhr (I: mh). ähm, morgens gehts je-
 38 der do und do ausm haus, mer derf des und des im zimmer haben und des und des nicht. und do steht au
 39 drin, dass bei schwere körperliche übergriffe die maßnahme abgebrochen werden kann. <.> außer jetzt, äh,
 40 körperliche übergriffe, müsste es a sonder- <.> be-besprechung geba (I: mh), sag mers mol so, also s steht
 41 nicht drin, wenn mer nach vier monat feststellt, twg isch nix dann, kammer nach vier monat raus. do isch
 42 bisher einzig und alleine körperliche gewalt (I: okay) n grund (I: okay). und nach achtzehn monat ka ma im
 43 prinzip dann saga, also die maßnahme isch hier gescheitert, brauch mer nimmer, dann kamma des dort
 44 abbrecha oder eba in ausnahmefäll, wenn mer noch sechs monat sagt, des hot hier koin wert (I: okay),
 45 wenn ma, von dr betreuungsform her.

46
 47 I: <.> okay <.> ahm, jetzt wü-wüird mich doch nochmal interessieren, also, so im sinne von prognosefakto-
 48 ren (H: mh), wenn, wenn leute hier aufgenommen werden, also dass man, die ham ja dann bestimmte di-
 49 agnosen (H: mh) <.> DIE ham deiner meinung nach KEIN einfluss jetzt auf die, auf die reintegration, also auf
 50 die chancen? also jetzt bestimmte psychische störungen oder <.> der grad der behinderung oder so.

1
2 H: äähm, gut, einfluss nimmts immer (I: okay). aber i denk jetzt koin bedeutenda, weil mir nemmat koi
3 klientel auf, des zum beispiel a chronische psychose oder, äh, sonscht irgendwie was, weil dann gibts koin
4 reha-gedanke (I: ja). wenn jetzt a prognose hot, die nägschte fuffzich johr hot er des und des problem kam
5 ma et saga, der braucht n twg-platz. ähm <.> natürlich begünstigt's manches (I: mh), äh, die reintegration
6 und manches behinderts au bissel, aber SO graviererende gschichta hat mer hier wie gsagt noch, noch
7 nicht, dass (I: okay) mer saga kann, des wird jetzt, äh, oder isch kaum noch möglich, dass mern reintegriert,
8 des gabs nicht (I: okay). also mir nemmat hier au koine strafträter auf, des macht dann die forensik in
9 drübendorf (I: mh) und so weiter und so fort. also von daher, es beeinflusst schon, aber et so tragisch, würd
10 i jetzt mol saga, weil sonscht wird der klient nicht aufgenommen.

11
12 I: okay. <.>gut, ähm, so abschließend würd ich dich gern noch nach ner eigenen bilanzierung fragen vom
13 twg-leistungsangebeot (H: mh). wie bewertesch du des selber, gibts irgendwo noch verbesserungsbe-
14 darf?

15
16 H: <.> ähm <.> i sags jetzt mol so, da i seit anfang dabei bin (I: mh) mit einem jahr unterbrechung, war des
17 anfang bissle so, dass ma ins kalte wasser geschmissen wurde. des hoißt, mir hen jetzt hier a twg, des isch
18 unser konzept und, äh, jetz gucket mol, wies dann in der praxis tatsächlich läuft. ma hat zwar den modell-
19 versuch ghabt, aber s war doch irgendwie so, das ma dann mit dieser twg, die mer gmacht hent, erscht
20 sieht, wie, wie funktioniert's. und von doher hammir mittlerweile ganz viel modifiziert, ganz viel (I: mh) ge-
21 ändert und sehr viele fortschritte gmacht (I: okay). i würd saga, so wies jetzt momentan aussieht, au von dr
22 ausstattung her, mir ham drei twgs, mir ham zwei stwgs, mir ham fünfadreißig plätze (I: mh) im prinzip, äh,
23 isches GUT. mir sind auf jedes klientel, sag i mol, gut vorbereitet. mir hent hier hauptsächlich fachkräfte,
24 mir ham hier erzieher in dr andera wohngruppe, mir ham jugend- und heiler- jugend- und heimerzieher,
25 mir ham heilerziehungspfleger. also im prinzip kömmer uns gut aufs klientel vorbereita. mir ham a gutes
26 berichtswesa. mir hant, äh, tolle unterstützung durch sozialdienscht, fachdienscht, psychiater (I: mh). und,
27 ähm, von doher würd i jetzt am sysctem, wies jetzt momentan isch, <.> nichts ändern wollen, sag mers
28 mol so (I: okay). ma hat hier scho mehrere gedanka ghabt, wie macht ma nomal a wohngruppe, wo nur
29 gleich, gleiches klientel isch, also, was woiß i, nur autischta oder wie au immer. <.> des hab i et für gut ghal-
30 ta und des hot ma jetzt au et umgesetzt. so wies jetzt momentan isch, ischs glaub au fürs klientel okay (I:
31 mh), also au von de plazzahla her, au von de räumlichkeita, jeder hot sei einzelzimmer. <.> ja, also mir
32 sind jetzt, seit ma jahr hammer nomal fortschritte gmacht, do gabs au en, en wechsel in de fachdienschte
33 und i denk, jetzt simmer so ganz gut aufgschtellt.

34
35 I: okay. <.> jetzt isch mir doch noch was eingefallen, was ich, was ich vorhin noch fragen wollte (H: mh). du
36 hasch, ahm. immer von krisen gesprochen (H: mh), wie können die aussehen? so einfach mal ganz

37
38 H: /2/ desch ganz//

39
40 I: /2/ offen gefragt?//

41
42 H: ganz unterschiedlich (I: mh). also bei einer person kanns, äh, a krise sei, wenn se dr
43 ganze tag nicht ausm zimmer und einfach total müde isch (I: mh). bei ra andra person kanns a krise sei,
44 wenn se dr ganze tag nur am, am heula und traurig isch. bei ner weitra person kanns a krisa sei, wenns,
45 wenn se so aufdreht isch, dass se gar koi ruh findet und durchs haus rennt. <.> die körperlichen krisen sind
46 mitunter hier so, dass es zu verletzunga kam (I: mh) und dass es au zu freiheitsentziehende maßnahma
47 kam, dass es dann, wenns gar nimmer andersch geht, zuu klinikaufenthalten kam. also es isch wirklich ganz
48 unterschiedlich (I: okay). mir ham momentan eher diese<.> psychische krise im vordergrund, <.> körperli-
49 che krisa hammir hier grad, also übergriffe hammer selta (I: mh). aber vor, sag mer mol, achtzehn monat
50 wars grad anderschrum, da hat ma jetzt diese psychische auffälligkeit a weniger, da hats klientel dann

- 1 meischens dann glei draufhaue (I: okay). <.> s gute isch, wenn mir die klienta länger, über n längere zeit-
2 raum do hot, sieht mer des schon (I: mh), jetzt kommts zu ner krise, sprich, wenn dr klient weniger kom-
3 muniziert, wenner sich eher zurückzieht, wenner, ääh, gleich schroff reagiert, wenn ma n anspricht, dann
4 weisch, okay, jetzt musch in die und die richtung gehen. <.> aber wie gsagt, des verallgemeinern isch
5 schwierig, wir ham hier wirklich die ganze bandbreite von i werd mal angschriea tagelang über dr klient
6 haut glei drauf, wenn jetzt irgendwas isch oder so.
7
8 I: <.> okay.
9
10 H: was da vielleicht au no interessant oder derzughört (I: mh), mir ham hier en, en time-out-raum im haus.
11 des hoißt, mir könnat mit <.> bedarfsmedikamenten und mit, mit ner time-out-maßnahme, ähm, krisa
12 handeln (I: mh). fixiera därf mer hier nicht, was mitunter au in, in psychiatrisch ge-ge-an-einrichtungen
13 vorkommt. äh, aber wie gsagt, GRUNDSätzlich kriegat mers mit bedarf und time-out hin (I: okay). genau.
14
15 I: <.> gut, ähm, ich wär jetzt mit meinen fragen am ende (H: mh). hasch du noch irgendwas auf dem her-
16 zen?
17
18 H: /3/ auf dem herzen. <lacht>//
19
20 I: /3/oder was dir noch wichtig wär?//
21
22 H: ähm, so spontan jetzt nicht (I: okay). ähm, aber gut, falls mir noch was einfallen würde, kann i mi dann
23 noch melden (I: okay). aber i denk <.> mir hent jetzt au alles so <.> klärt, was mir kläre könnet. des was (I:
24 mh) mit aufnahmegschichta und so weiter angeht, do hasch ja dein termin (I: ja), also von daher, passts so
25 weit.
26
27 I: gut, dann vielen dank /4/für deine auskunft.//
28 H: /4/bitteschön// gerne

Interviewpartnerinnen: Claudia Schneider & Rosemarie Weller
Therapieleitung/Sozialdienst TWG David-Stiftung
Ort: Büro von Frau Schneider
Datum: 18.12.2013, 08:30 – 09:15 Uhr

1 I: frau schneider, frau weller, wie sie wissen, schreib ich grad meine abschlussarbeit über therapeutische
2 wohngruppen und da sind sie ja hier auch in der david-stiftung beteiligt. könnten sie mir zunägscht, ähm,
3 erzählen, was sie hier für ne position haben in bezug mhier die david-stiftung und auf die twg und was ihre
4 aufgabenbereiche da sind.

5
6 S: <..> okay, also <.> ich bin die frau schneider, ich bin jetzt seit september erst hier, des heißt, ich kann
7 vielleicht manche fragen nich so in aller ausführlichkeit beantworten. ähm, meine position hier, ich bin hier
8 als leitung vom psychologischen fachdienst angestellt (I: mh), ähm, zu meinen aufgabengebieten gehört,
9 ähm, die gemeinsam mit frau haug die aufnahme- und entlassmanagement. ähm, sprich, wer kommt in
10 unsre wohngruppe, w-wo geht jemand dann schlussendlich hin. ähm, es geht um therapieplanung, also,
11 ähm, diagnostik bei den, äh, klienten, die wir haben. ähm und teamberatung. so, des sind so im wesentli-
12 chen die wichtigsten aufgabenfelder.

13
14 W: <...> ja und ich bin die frau weller <.> im, tätig im sozialdienscht für die therapeutische wohngruppe (I:
15 mh). zuständig für, äh, aufnahmemanagement ganz gro-, also im umfassenda bereich. des heißt die auf-
16 nahmeanfrage landet als erschtes bei mir und ich sichte die <.> und nehm dann schon bei, bei infragekom-
17 mende anfraga de kontakt auf mit <.> eltern, angehörige, koschtaträger und so weiter, klär des erschtmol
18 im vorfeld, wies zu ra therapeutischa oder zur aufnahme in a therapeutische wohngruppe komme KÖNNTE,
19 ob überhaupt alles, äh, alle voraussetzunga da sind. also isch dr koschtaträger mit im boot, würde der die
20 koschtazusage erteila? wie sind die eltern dabei? wer fragt an, fragt a amt glei an oder kommt die anfrage
21 von de eltern, je (I: mh) nachdem muss ma ja dann au die kontakte dann erschtmol knüpfa <.>. also dieses
22 ganze vorsortiera. dann wenn die klienta da sind, oifach zu kucka, im verlauf, die ganze, ja dass die gesprä-
23 che dann au terminiert werdat. hilfeplangespräche, aber au, äh,<.> ja, mit betreuer, wie kanns dann auch
24 weitergeha. also wo, wo <.> wo sind die mit im boot und wo müss- unterstützt von, von de betreuer au.
25 dann federführend oder eigentlich allein zuständig für die beantragung von de freiheitsentziehende maß-
26 nahma, wenn solche, äh <.> dann au gebraucht werden. des heißt, zu kucka, werdn die informationa <.>
27 erhoba, isch dr doktor beteiligt. und des kommt dann alles zu mir, i schick des, also i hol mir die anträge von
28 de betreuer, i schick des dann ans betreuungsgericht, ins zuständige (I: mh) und, äh, ja, kontrollier des
29 oifach au im verlauf, des hoißt, wie lang sind die befrischtet, wann muss mers erneuern und so weiter und
30 so fort. immer im, in zusammenarbeit natürlich mit de wohngruppa, weil die jo do ganz eng dran sind. <at-
31 met tief ein> genau, und wenss dann in d entlassung geht, gemeinsame mit de betreuer zu gucka, wo
32 kanns hingeha, au unterstützend. <.> dass mer do mal den oin in die neue einrichtung fährt <.> aber des
33 soll eher so unterstützend sei, also eigentlich isch des die aufgabe der betreuer. und (I: mh) halt au, wenn
34 die koschtazusaga auslaufat, die wieder, die weiter-bew-äh-bewegung zu beantraga, in der regel wird für
35 achtzehn monate erteilt, in der REGEL, wobei des manschmal au nur für ein jahr wird, manschmal dann glei
36 für vierazwanzig monate, also des <.> liegt oft im ermessen der landratsämter, obwohls eigentlich so nicht
37 sein sollte. und da oifach zu kontrolliera und (I: okay) mit de ämter des zu klära und so weiter und so fort,
38 also ganz viel so verwaltungsgschichta oifach au, genau.

39
40 I: okay <lacht kurz>. ahm, also bei meiner abschlussarbeit solls besonders drum gehen, ahm, um den pro-
41 zess der wiedereingliederung (W: mh) und was der jetzt speziell für chancen und schwierigkeiten auch bie-
42 tet. könnten sie mir an nem beispiel beschreiben, wie sich der darstellt, der prozess, und wer alles beteligt
43 isch?

44

- 1 W: mh <.> okay, an nem beispiel. wo hemmer denn ein gelungenen <lacht> wiedereingliederungsprozess?
2 ähm, /1/also erschtmol guckt ma//
3
- 4 S: /1/ am am am am//
5
- 6 W: bitte?
7
- 8 S: der jetzt, ahm, von de, nee, des war stwg, der dann in die martinus-einrichtung zoga isch.
9
- 10 W: also s erschte, steht, ähm, s hilfepangespräch mitm landratsamt (I: mh) steht oifach, äh, an. da be-
11 spricht ma, wos hingeha kann. genau, da kuckt ma quasi, dass da s landratsamt mer mit dran beteiligt. die
12 gesetzlichen betreuer sind dran beteiligt, natürlich au, äh, dr klient, des isch ja <lacht> ganz klar (I: mh),
13 immer in seine möglichkeita natürlich. die wohngruppa, die aktuelle twg, auf der er isch. <.> und <.> da
14 werd'n quasi dann erschtmal die modalitäten geklärt, wer kuckt wo. in der regel sollten die landratsämter
15 anfragen, gemeinsam mit de gesetzliche betreuer bei den infragekommende folgeeinrichtunga. also do
16 muss mer oifach kucka, gibts a wohnangebot im leistungstyp zwei-eins, wo könnte des sein? <.> s ein oder
17 andere landratsamt bringt dann schonmal, äh, mitarbeiter von dieser folgeeinrichtung mit (I: mh), um des
18 schomol eifach in die wege zu leita, dass die den klienta dann au kennalernat, wobei des dann dort au nur
19 übergreifende, also sozialdienschtmitarbeiter sind, also net direkt gruppamitarbeiter. genau. und dann <.>
20 wird ka quasi gekuckt, wann kann der platz freiwerda, weil mir ja immer dann a koschtazusage BIS haben (I:
21 mh). passt des zu diesem zeitpunkt? könnt's eventuell früher passiera? brauch mer no paar monate später?
22 also mer, dass mer denn zeitpunkt so UNGEFÄHR dann au abklopft. <.> kommt mir jetzt dr zacharias, viel-
23 leicht dr /2/wenn mer des als beispiel nemmt//
24
- 25 S: /2/ ja, des hab ich auch grad dacht.//
26
- 27 W: gell, des, kann do glei jemand mit von dr folgeeinrichtung, die dann au mit em klienta gsprocha hot, die
28 hot mit de eltern gsprocha, dass der scho mol dr kontakt da isch. genau und dann gehts quasi <.> in die
29 kontaktaufnahme mit em klienta, des hoißt, mer versucht, do macht mer scho mol probewohna aus (I: mh),
30 dass der klient dorthin kann und sich des a erschtmol besucht und a probewohna, ja und dass die des dann
31 so ab-,ähm, klärt, was wer wann macht. des isch so dr idealfall (I: okay), ja, also wenn au tatsächlich was
32 gefunden wird, a einrichtung, die ja sagt, ja, mir fühlet uns zuständig, mir könnet au aufnehma. <.> genau.
33 schwierig wirts, wenn <.> der klient halt nach wie vor eine intensive betreuung braucht, was au immer mol
34 wieder, was, ja, also wenn mer jetzt so kuckt, so siebzig achtzig prozent muss mer fascht saga, dr fall isch,
35 dass es weiter in a intensive betreuung gehen sollte. aber dr koschtaträger sagt, ja, aber twg isch jetzt zu
36 ende, bitte suchat sie nach libw. <atmet tief ein> also twg zahla mer maximal vierazwanzig monate (I: mh),
37 so stehts in dr leistungvereinbarung, des hen se mit ihrem landkreis so vereinbart, mir möchtat uns an
38 diese leistungvereinbarung HALTEN. mir sehat zwar ei, dass es weiterhin intensiv (I: mh) soll, aber nicht
39 twg. und dann wirts schwierig, weil diese libw-gruppa oifach dünn gesät sind (I: ja). des hoißt, dann simmer
40 derbei, bund- äh ja nee, landesweit zu kucka. aber net kreis- <.> -weit (I: mh) oder wie au immer. und dann
41 dauert des no, also dann fragt mer da zwar an und wird dann au gehört, aber kriegt oft au ja, zur zeit kein
42 platz, wartezeit ein jahr oder wie auch immer. und dann wirts richtig (S: heftig) knifflig, ja. dann verhandla
43 wirklich teilweise mit koschtaträger immer um drei monate (S: mm) (I: mh). und dann wird immer wieder
44 nachfragt, isch immer noch nichts da? und dann, also des isch sehr arbeitsaufwändig, no muss mers wie-
45 der beantraga, mer muss wieder berichte schreiben, muss saga, do, do steht mer jetzt, aber des isch dann
46 nach drei monate oft au net andersch wie vor drei monaten. <atmet tiefein> ja, des isch so die geschichte.
47 HIER in der david-stiftung such mer schon au, also wenn die klienta hier von der david-stiftung kommat, (I:
48 mh) dränga mer schon drauf, dass die dann au hier a anbot kriegat. aber au die hen natürlich nur be-
49 grenzte kapazität, des hoißt, wenn die gruppa voll sind, sind se halt voll. und ähm <atmet tief aus>, dann
50 muss ma eventuell au dann woandersch sucha, also es isch sehr schwierig, a intensives anbot nach twg

1 zu finda isch schwierig. deswega sin mir <.> mal auf die strategie verfalla, dass mer saga, also wenn, wenn
2 des scho von vornherein eigentlich KLAR ISCH, dass es donoch au nomal intensiv weitergeha soll, dann <.>
3 müssta mer eigentlich glei an libw-platz anbieta oder aber au absaga (I: mh) <.>. lässt sich so net immer<.>,
4 äh, durchzieha, weil dr bedarf da isch, diese leut unterbrocht werda müssat, die libw-plätze oft au net DA
5 SIND. dann sagt mer, gut, bevor die jetzt halt wirklich GAR NIX hent, <.> no krieget se halt doch nomal zwei
6 jahr twg oder wie auch immer. <.> was gar net funktionier, also die idee, wo ma die twgs anfanga hat, war,
7 dass ma rücknahmeverpflichtung sich unterschreiba lässt (I: mh), aber des macht keine einrichtung mit,
8 weil d keine einrichtung kann saga, wies nach zwei jahr aussieht a und b, ähm, <.> wie der klient oifach au
9 noch zwoi jahr gestellt isch, ne. die sag, die sagat, klar simmir bereit, den wieder aufzunehma, wens PASST
10 <.> aber viel (I: m) mehr unterschreiba mir au net, ne. also des sind halt so die gschichta und dann kammer
11 au niemand derzu zwinga, weil dann passts halt net (I: mh). des sin <lacht> und die hen, die könnet ja au
12 koin platz tatsächlich /3/ zwei jahr//

13
14 S: /3/ zwei jahr//

15
16 W: lang freihalta, des passt ja au net. also wenn se dann an platz frei hen und wens okay isch, dann <.>
17 kucket die natürlich schon, dass die do was gestaltet, aber, ähm, <.> also mer hat grad a mol aufm, <.>auf
18 dr twg-eins en klienta, der kam aus de fortdorf-einrichtung, glaub i, genau. der isch dann au tatsächlich dort
19 wieder hinganga (I: mh), aber au erscht, als die dann ihr libw-gruppe dort aufgmacht hatte, ne <lacht> (I:
20 <lacht>) also die hen dann scho gsagt, mir nemmat den wieder, des isch kein thema, aber, ähm, es muss
21 halt au erschtmol passa und des sind dann au aus zwoi jahr twg sins glaub au dreiahalf oder so (I: okay)
22 dann au worda. also es hat dann oifach au gedauert.

23
24 S: und was als schwierigkeit noch hinzukommt, isch, dass es dann oft so isch, wenn <.> UNKLAR isch, wie
25 lange, also WANN jemand gehen kann, weil kein nachfolgeplatz (I: mh) da isch und mer kriegt verlängerung
26 für drei monate oder für vier monate, ischs oft so, dass des für viele leute <.> verständlicherweise für viele
27 klienten ne fast unaushaltbare situation isch. des heißt wir können dann schon sehen und jetzt was ich jetzt
28 so mitbekommen hab, dass die klinikeinweisungen wirklich zunehmen, dass, äh, viele therapeutische fort-
29 schritte, die in den letzten jahren gemacht wurden, einfach zunichte gemacht werden (I: mh). und des isch
30 sehr, also find ich ne sehr traurige situation (W: mh) oder ne <.> (W: des isch sehr anschtrenge) a
31 schlimme situation einfach, weil mer sich ja fragt, was, äh, <.> warum tun wir des, wenn, äh, wens
32 manchmal dann so isch, dass es <.> einfach alles wieder zusammenbricht (I: mh) und des isch schon <.>
33 sehr frustrierend (W: genau). ja.

34
35 W: <.> des zur weitera sache <lacht>.

36
37 I: <lacht> ahm, wie, wie is die bereitschaft von, von anderen wohngruppen, also jetzt mal vorausgesetzt, sie
38 hätten n platz frei und hier, ahm, ahm, steht n auszug an von nem bewohner und der scheint auch, ähm,
39 quasi reintegrierbar zu sein. wie, wie reagieren da die anderen einrichtungen?

40
41 W: <.> äh <.> ja isch unterschiedlich. also i bin da net von dr reaktion bei de andere einrichtungen net SO,
42 äh, nah dran bei de, wie bei de koschtträger-gruppa oder aber au die (I: mh) gesetzliche betreuer, i kann
43 bloß des jetzt <.>, also mir hattet einmal noch eine klientin, da war oifach au, äh, <.> der, s landratsamt
44 gsagt, die so und so lang zahla mir des net, noch muss des woandersch hingehen (I: mh) und wo mir dann
45 au sehr, äh, hart warn und gsagt, no dann sucht. und da hat dann dr, dr sachbearbeiter, dr, dr case-
46 manager scho irgendwann mal gsagt, also des isch wie a stigma, wenn mer mol auf ra twg war. so jemand
47 woandersch unterzubringa, isch wohl sehr schwierig. also s war seine erfahrung. jetzt hier bei uns, m-muss
48 mer schon au saga, also die gruppa schreiat nicht hurra, wenn se höret, do kommt jemand, der war in dr
49 twg. <.> also dann, äh, hört mer schon au immer mol wieder so die gschichta die, eure braucha mehr jetzt
50 net (I: mh). also des isch tatsächlich schon au <.> a stück weit dann au, des, des belaschtet, ne. <.> des isch

- 1 schwierig. <.> wobei jetzt, dadurch dass jetzt wieder mehr, also mehr diese intensivgruppe dann au kom-
 2 mat und die ein- also viele einrichtunga se au haben (I: mh), isch dann die akzeptanz wieder größer (I: okay)
 3 zu au, dass mer vielleicht die erfahrunga mit so ma schwieriga klientel jetzt oifach au da sin und au die er-
 4 fahrung, es muss net immer schwierig bleiba. <.> und mir hattet au jetzt tatsächlich zwoi entlassung oder
 5 zwoi, ja doch, zwoi entlassunga, einmal in, äh, wohna in gaschtfamilia (I: mh), was ganz gut funktioniert hat
 6 <flüsternd zu S> au wenn se jetzt schwanger isch und a kind kriegt.<lauter> aber egal. <lacht>
 7
 8 S: kannsch doch nix, da ka ja d gaschtfamilie nix derfür. <lacht>
 9
 10 W: ähm und ins abw, war a mal (I: okay). also des hat funktioniert, ne, des hat dann wirklich au <.> ja. <at-
 11 met tief aus> <.> aber au jetzt, no hemmer welche in,in, ins regelwohna entlassa, also in leistungstyp
 12 zwei-eins ischs se dann und funktioniert au.
 13
 14 I: <..,> okay, also da isch quasi auch alles dabei (W: mh) jetzt an anschluss- (W: mh) wohnforma? okay. <.>
 15 gut, ähm, ham sie bisher so bestimmte veränderunga oder effekte feststella könnn von dem twg-aufenthalt
 16 in bezug auf die bewohner, jetzt UNABHÄNGIG von individuelle merkmale? <.> wisst se, wie ich mein?
 17
 18 W: nee <lacht>
 19
 20 I: okay, also, ähm, kamma, kamma saga, dass zum beispiel n twg-aufenthalt, der bewirkt bei de meischte
 21 bewohner, dass <.> so und so?
 22
 23 W: also bewirkt sicher erschtmol, dass die psychiatrische problematik oder symptomatik, äh, sich verbes-
 24 sert (I: mh). des hot ma eigentlich bei viele, die dann kommet, dass die klinikaufenthalte weniger oder ganz
 25 aufhöret (I: mh) in dr erschta zeit, weil die betreuung oifach sehr eng isch und au <.> dr arzt vor ort <.>. und
 26 ma kann oifach auf die verschiedene, äh, psychiatrische symptomatik besser eigehta, des auf jeden fall.
 27
 28 S: selbständigkeit verändert /4/sich//
 29
 30 W: /4/ s // bewirkt sich, ähm,
 31
 32 S: also, dass viele (W: genau) viele werden, i (W: ja) mein, twg hat natürlich ne andere struktur wie des jetzt
 33 zuhause isch oder in ner, in ner akutpsychiatrie, des heißt so diese (I: mh) ganze übernahme von verant-
 34 wortung im rahmen dessen (W: mh), was mer selber auch leisten kann, ähm, nimmt auf jeden fall zu. also
 35 stichworte putzen, kochen, /5/ wäsche waschen//
 36
 37 W: /5/ im lebenspraktischen bereich//
 38
 39 S: beim lebenspraktischen bereich einfach, des isch des, was sie schon deutlicher erfüllen.
 40
 41 W: do sin die twgs tatsächlich viel weiter wie jetzt bei uns die regelwohngruppen, die (S: ja) von außa ver-
 42 sorgt werdet (S: mh), die hier zentral versorgt werdat, was es mittagessa oder aber au sonst s essa oder
 43 die, die wäscheversorgung und so weiter (I: mh), die reinigung der zimmer, des machet die komplett selber
 44 (I: oh, okay). also des isch oifach au <.> aus dr <atmet tief aus> <.> ja, des dr not, kömmer jetzt net saga,
 45 aber es ging ja drum, a tagesstruktur zu schaffa (I: ja) für die klienta, weil se net in, in a externa könnnet.
 46 oder die meischte net GLEI ganz, dr ganze tag. und do war oifach klar, s diese hausarbeit hilft. do kammer
 47 oifach dann au mit dene was kocha, ma kann dies und jenes vorbereita und sie sin dann au beschäftigt und
 48 tun was (I: mh) und des hot sich was ganz positiv heraus und des ham, die hen natürlich dann au als res-
 49 source, wenn se aus re gehn, aus dr twg, also sie könnnet tatsächlich sich stück weit au selber versorga, ja.
 50

- 1 I: okay <.>, ahm, jetzt mal, ahm, zu den ERFOLGREICH reintegrierten bewohnern. könnten sie da n paar
2 beispiele erzählen, bei denen des gelungen is, die wiedereingliederung?
3
- 4 W: mh. also gut, des war jetzt die eine, die <atmet tief ein> <.>, nee, mir machas andersch, mu grad
5 gschwind überlega, wo haba mer denn jetzt welche? mir sin noml jetzt, grad in oi externes angebot vor, vor
6 ma jahr, glaub i, en junga mann <.> entlassa. der war vorher, i moin der kam dann au von der david-
7 stiftung, <.> war da in ra wohnung mit assischtanz und des war oifach au schwierig, weil dann doch au die
8 ansprechpartner zu wenig waret (I: mh). <.> der konnte aber dann, also der hot aber was jetzt tagesstruk-
9 tur, muss mer derzu saga, hat der, hat der immer beibehalta könnna. der hot dann tatsächlich au, äh, an <.>
10 n externa arbeitsplatz sogar kriegt in ra (I: mh) externa firma, KEINE wfb. <.> und konnte dann von diesem,
11 also s fing dann au mim bve und konnte wirklich, indem ma ihn in dr twg so gut strukturiert hat und au gut
12 betreut hat, konnt der tatsächlich in dieser firma dann au überwechsle (I: mh). und donoch dann au in a, in
13 a externes wohnangebot. also in a, wohn-, wohnungen. der isch immer no, noml wieder no a etwas schwie-
14 rig, oifach, was seine verhaltensweisa anbelangat, aber jetzt fürs tagesstrukturmäßig, funktioniert des, ne
15 (I: mh). also des hot dr, des war wirklich a gute gschichte. <atmet tief aus> <.> dann a andre klientin, die mir
16 jetzt, die wirklich auch mal, auch mal die twg wechsle musste, weils in dr erschte eher SCHWIERIG war (I:
17 okay), die isch jetzt au erfolgreich noch landstadt zoga. aber au da muss mer derzu saga, hat die tagesstruk-
18 tur immer funktioniert (I: mh). also des heißt <.> <atmet tief ein>, die war oifach fähig, zumindescht halb-
19 tags des zu macha und au dort <atmet tief ein> <.>, des hat immer irgendwie, des hat geklappt, ne. GENAU
20 <atmet tief aus> ansonschta <.> erfolg, also m ja gut, erfolgreich, oi klientin MUSSTA mer au abgeba in a
21 regelwohnangebot <atmet tief ein >, des isch dort nach wie vor schwierig, die stemmat des irgendwie (I:
22 mh), aber, ähm, <.> sag i mol so, mit hängen und würgen, ne, also (I: okay) des hot do au besser komma
23 könnna. aber, i denk die oine, die jetzt ins abw zoga isch, des hot gut funktioniert. des mit dieser <atmet tief
24 ein>, äh, wohna in gaschtfamilia, hot au gut funktioniert. aber au do muss mer saga, boide warn immer
25 regelmäßig in dr tagesstruktur, ne, also klienta, wos GELINGT, dass die in dr tagesstruktur ankommat, dass
26 (I: mh) die do regelmäßig hingehn, isches viel, viel einfacher (I: ja), die dann au wirklich in a regelwohnan-
27 gebot unterzubringa. also des isch so des a und s o.
28
- 29 I: okay <.> ahm, wenn, wenn jetzt n klient, äh, in ne andre wohnform kommt, wird da, wird des dann noch
30 weiterbegleitet hier von dr twg?
31
- 32 W: m-m <schüttelt den kopf> des (I: okay) hört dann auf.
33
- 34 S: s gibt ne übergabe (I: mh). also im idealfall trifft mer sich mit den kollegen und tauscht sich aus, des fin-
35 det dann auf wohngruppenebene dann statt.
36
- 37 W: mir schreibat en abschlussbericht /6/ und dann endets//
38
- 39 S: /6/ mir schreibat n abschlussbericht// und (I: okay) dann, ähm, en-
40 det die ganze sache (I: okay). <.> des isch auch übe, es vom kosten, also in den kostenvereinbarungen nich
41 vorgesehen (W: mh), dass wir da ne nachbetreuung machen /7/können//
42
- 43 W: /7/ genau// des isch oifach so net (S: ja),
44 gewollt, gewünscht <atmet tief aus> ja.
45
- 46 I: okay <.>. können sie mir jetzt von prägnante fälle erzähla, bei denen die wiedereingliederung NICHT funk-
47 tioniert hat?
48
- 49 W: <.> mh, mol überlega. also mir ham eine klientien auf dr twg eins, genau. <atmet tief ein> die isch jetzt
50 eigentlich letschtendlich seit zehn johr, glaub i, in dr david-stiftung war. lang auf dr twg (I: mh), also von dr

1 stwg auf die twg übernomma worda. und als ich kam, domols eigentlich relativ stabil war (I: mh), die dann
 2 au ins regelwohna entlassa wurde, auf ne wohngruppe, muss au ehrlich saga, mit weit über zehn, äh neun,
 3 mitklenta, also insgesamt zehn bewohner. <.> und des isch <.> zunehmend schwieriger worda, sodass sie
 4 tatsächlich vor ma jahr, oder so, wahrscheinlich wars jetzt, ischs jetzt a johr her (S: wer isch des?) <flüs-
 5 ternd> carolin zeitler (S: ah) <lauter> ähm, wieder zurückkam (S: mh) auf die twg (S: mh). und des sch jetzt,
 6 sch jetzt au da, noml ganz schwierig. also da ischs tatsächlich gescheitert (I: mh), die isch dort wieder
 7 fremdaggressiv worda (W: mh). <.> des, äh, war da nicht mehr zu halten und in libw konnt mer se net über-
 8 nehma und dann isch die wieder bei uns gelandet. also des isch wirklich tatsächlich n scheitern (I: mh), die
 9 isch wieder zurückkomma. bloß war jetzt eigentlich die einzigschte, wos wirklich SO gescheitert isch. anson-
 10 schta alle andern, die mir halt saga, gut, da wär jetzt halt libw angesagt, ne also wo twg dann net ausge-
 11 reicht hat (I: mh). die sin zwar lang da, aber es sin nach wie vor oifach von ihra psychischa oder au psychiat-
 12 rischa verfassung her so, dass, dass a regelwohngruppa net geht, weil se NICHT <atmet tief ein>, äh, <.>
 13 und des sin wirklich die, die halt blo, äh net, net, äh, kontinuierlich in a tagesstruktur könnat oder mansch-
 14 mal net a mal halbtags. mir hen jetzt grad auf dr twg-zwei au oin klienta und des krieg mer oifach net hin (I:
 15 mh), den überhaupt (S: in dr twg-drei au) in a, in a tagesstruktur zu kriega. <atmet tief ein und aus>

16
 17 S: twg-drei au.

18
 19 W: <.> ja, /8/ stimmt, stimmt also oiner//

20
 21 S: /8/ sin auch, also au da (unverständlich)//

22
 23 W: wobei, do sotts, do würd jetzt vielleicht au libw funktioniera, aber, do gehts dann in libw, ne, mer (I:
 24 okay) noch des mit der tagesstruktur NICHT hinkriegt <atmet tief ein>, ähm, <.> des war jetzt bei dera and-
 25 re klienta net so, die wiedr in, in twg komma isch, do ging des mit dr tagesstruktur. aber ansonschta bei
 26 dene, wo mas mit dr tagesstruktur net richtig hinkriegt, <atmet tief ein> muss ma wirklich wiedr in a inten-
 27 sivangebot entlassa.

28
 29 S: WEIL die regelwohngruppen natürlich so besetzt sind, dass zum teil die kollegen dann einfach nicht da
 30 sind.

31
 32 I: /9/ ja//

33
 34 W: /9/ ja// die sind gschlossa

35
 36 S: äh, des heißt, es ge-jemand mag vielleicht von seiner psychischen verfassung her so stabil sein, ne, also
 37 (I: mh), des, des krieg mer dann schon hin. aber er schafft halt net oder er und sie schafft halt net regel-
 38 mäßig, sag i jetzt mal, ner, ner, ner tagesstruktur nachzugehen (I: mh) und dann kickts n bei den regel-
 39 wohngruppen raus. da sitzen dann vielleicht, also und des isch jetzt so meine hypothese, manchmal kann,
 40 bleibt ja auch da gar nix anderes wie libw, weil was

41
 42 W: ja gut und die betreuungsdichte isch /10/ oifach viel niedriger//

43
 44 S: /10/ und die betreuungsdichte// isch viel dichter bei libw (I: mh).

45
 46 W: die brauchet, au wenn se jetzt ins regelwohnangebot gehen würden, äh, immer noch

47
 48 S: un anspruch /11/ an betreuung//

49
 50 W: /11/ mehr anspruch, ne//

- 1 S: genau.
2
- 3 W: und des isch nun im zwei-einser nicht (S: mh) gegeben. da hat ma dann halt oft ein mitarbeiter <.> für
4 zehnten klienten, wenns, wenn die alle sehr selbstständig sind, also wenn die keine pflege (I: ja) und keine pflege da-
5 bei (W: hm) hant, dann isch des so. in der psychiatrischen, äh, schiene ischs ja eins zu zwölf oftmals, also des
6 isch ja dann <.> (S: ja) noch weniger. und damit kommt, äh, die dann oft net klar, also dann, dann scheitert
7 des auch, wenn sie wirklich, wenns ihnen schlecht geht, wenn je-je-net net gleich jemand präsent isch (I: mh). oder
8 auch, dass gespräche geführt worden in der woch und was allem a-andre. dafür isch n regelwohna auf KEINE ZEIT
9 und <.> des fast so a zwischending, bräuchts oft auch, ne. etwas (I: mh) kleinere wohnheiten wäre da net
10 schlecht (S: mh).
11
- 12 I:<.> okay, des heißt so nach achtzehn monaten, gibts so als möglichkeiten die verlängerung
13
- 14 W: genau, dass mer nomal sechs (S: bis zu sechs monaten) monate verlängert.
15
- 16 I: okay /12/ und//
17
- 18 W: /12/ des// ja
19
- 20 I: gibts da auch fälle, bei denen dann also, die verlängerung wirklich so, ähm, irgendwie <.> fruchtbar war,
21 dass, dass danach dann die wiedereingliederung /13/ gelungen is?//
22
- 23 W: /13/ also die verlängerung// musst ja dann auch begründet
24 sein, wenn mer (I: mh) hofft. desch der oine grund, dass mer sagt <hustet> tschuldigung, ma isch grad der-
25 bei, des oin oder andere, äh, folgeangebot aufzubaue (I: mh) und diese sechs monate helfet jetzt oifach
26 nomal (I: okay), um des in trockene tücher zu kriegen (I: mh). und dann wird des in der regel dann auch nomal
27 verlängert, also wenn mer grad in der intensiven sucha isch. muss aber AU net immer gelingen, also twg-drei
28 grad, des hot, do war genau mit der begründung immer in die verlängerung ganga (S: ja) und do isch dann
29 auch wirklich der sozialdienst vom koschtaträger intensiv auf die suche gegangen, aber s hot halt <.> (W: nix)
30 nicht gefruchtet. aber des sind oft so, des sind in der regel die, die gründe, worum mer dann auch verlängert (I:
31 mh). genau.
32
- 33 I: <.> okay. und wenn jetzt die wiedereingliederung nicht möglich scheint, dann is wohl libw die einzige (W:
34 genau) ausweichmöglichkeit?
35
- 36 W: und dann sitzt die halt oft in der warteschleife und dann wirds auch schwierig in der twgs.
37
- 38 I: /13/mh//
39
- 40 S:/13/ja//
41
- 42 W: bis die dann mal was finden.
43
- 44 S: und dann hammer des problem mit den therapeutischen rückschritten, /14/ also//
45
- 46 I: /14/ ja//
47
- 48 W: mh.
49
- 50 S: wos den zunehmend schlechter unds, äh, beziehungsweise vakuumsituationen entsteht.

- 1 I: <.> okay.
2
3 W: <.> also für alle, ne.
4
5 S: für alle beteiligten (I: ja), also für, für mitarbeiter, fürn fachdienst, für frau weller, äh, an sozialdienst, weil
6 mer ständig am telefon hängt (W: mh), sagt wie siehts jetzt aus (: ja)? wann kömmer? und wann und wie
7 isch des? und grad die, äh, die klientin, die frau, hammer vorhin angesprochen, wie isch des und die warte-
8 zeit war (W: ho)? also seit ich da bin /15/ bin seit september da//
9
10 W: /15/ seit september auf jeden fall//
11
12 S: die wartet, seit sommer hat die ne feste zusage fürn platz (I: mh). aber der typ, der auf diesem platz
13 draufsitzt, der isch bisher no net ausgezogen, weil die KEIN folgeangebot finden (I: mh), des heißt, des isch
14 so n, desch so n rattenschwanz (I: mh). also mir ham jetzt dann eh so n drehtür (W: mh) psychiatrie mecha-
15 nismus da grad drin. wo wir au, des krieg mer, was wir immerhin gar net erscht in griff kriegen. s isch sehr
16 frustrierend.
17
18 I: mh <..>. ähm, gabs, ähm, odr konnten sie jetzt bisher so, sowas wie prognosefaktoren irgendwie ausma-
19 chen? (W: hm) bei dr person odr beim kontext, die jetzt irgendwie, wo mer jetzt sagt, des isch jetzt förder-
20 lich zum beispiel für ne wiedereingliederung odr au hinderlich?
21
22 S: tagesstruktur wahrscheinlich, also s isch jetzt natürlich net (W: ja) signifikant abge-, nicht statistisch
23 /16/ abgeseget, oder?//
24
25 I: /16/ klar, des muss es// auch gar nich sein.
26
27 W: also /17/ i denk au die tagesstruktur und//
28
29 S: /17/ (unverständlich) tagesstruktur sind//
30
31 W: des gelingt odr wenn die au selber, äh, regelmäßig in der lage sind, a tagesstruktur halt, an ra tages-
32 struktur teilzunehma, DANN ham se große chanca (I: mh), dass se wiedr in a regelangebot eingegliedert
33 werda könnat <...> ja und ansonschta <..>
34
35 S: vom störungsbild her vielleicht, also wenn mer jetzt zumindescht mol des zu rate zieht, was jetzt im, im
36 bereich der psychologie, äh, ne rolle spielt, dann sicherlich auch, ähm, je weniger aggressive verhaltenswei-
37 sen (I: okay, ja) einfach auch da sind (S: mh). also fremdaggression isch n großes problem (I: mh), äh, und je
38 weniger, äh, zu wie weniger fremdaggression jemand neigt, umso wahrscheinlicher isch es oder so
39 LEICHTER isch es, ihn in ne regelwohnform unterzubringen, ums /18/ ums//
40
41 W: /18/ genau//
42
43 I: /18/ okay//
44
45 S: würd ich jetzt mal /19/ so aus meinen feststellungen sagen//
46
47 W: /19/ (unverständlich) und des hat// ja au grad diese fremdaggression (S: ja)
48 isch ja oft in dr tagesstruktur dann wieder (S: genau) s thema, ne, dass es do halt gar net funktioniert, dann
49 wenn klienta fremdaggressiv (S: ja) sind, ja.
50 I: <..> also, tagesstruktur isch ja jetzt schon n recht großer faktor.

- 1
2 W: /20/ mh//
3
4 S: /20/ mh//
5
6 I: weil, also da spielt ja dann auch irgendwie der grad der behinderung ne rolle, weil
7
8 W: net wirklich
9
10 I: net wirklich? /21/ okay//
11
12 W: /21/ net// wirklich, ähm, also mer kann aus verschiedenen gründen au an ra tagesstruktur
13 nicht teilnehma. gut, wenn dr grad der behinderung, dann isch des halt a förder- und betreuungsgruppe (I:
14 mh), aber des isch net, net unbedingt s thema, des gibts ja (I: ja). es isch eher so, äh, also mir ham klienta,
15 die sind sehr, sehr fit und die verweigern sich dann halt (I: mh), gehn dann da halt net hin oder halten des
16 dann halt au net durch.
17
18 S: oder ham wenig motivation und sehen den sinn nich so wirklich so dahinter
19
20 W: ja, do sin psychische /22/ symptomatiken und da//
21
22 S: /22/ sin psychisch so neben dr spur//
23
24 W: dr neue, der jetzt halt, der könnte ja, ne (W: ja), aber der des oifach da net aushält (S: ja). <atmet tief
25 ein> also des hot mim grad dr behinderung jetzt weniger zu tun (I: okay), es gibt, äh, klienta, die s ganz
26 schwer behindert sind, die wirklich dr gan in der lage sind, sechs stund am tag in ra förder- und betreu-
27 ungsgruppe zu verbleiba.
28
29 I: mh, okay.
30
31 S: und gibt aber au menscha mit psychischer erkrankung, dies net mal ein oder zwei stunden schaffen.
32
33 W: genau und die sind stab-au total /23/ fit sind//
34
35 S: /23/ also relativ fit sind//
36
37 W: mh.
38
39 I: okay <.> ahm, so ums, äh, so gegenüberzustellen mit, mit ner regelwohnform und der twg, was sehen sie
40 da für unterschiede bei dr <.> konzeption und beim arbeitsmodell?
41
42 W: <atmet tief ein und aus>
43
44 S: also, ich denk, dass se auf jeden fall besser besetzt sind (I: mh). ähm, der therapeutische anspruch isch
45 einfach n höherer, also wenn ich des jetzt vergleich mit der arbeit, die ich auf dr regelwohngruppe gemacht
46 hab, da gibts <.> VIELLEICHT n psychologischen fachdienst, der VIELLEICHT einmal im jahr kommt (W: und
47 beantraga muss), den ma beantraga muss (I: mh) und so weiter. des heißt, so diese ganzen therapeutischen
48 maßnahmen von seiten des fachdiensts gibts so nich. ähm, des zweite isch, dass die wohngruppen selber
49 andersch strukturiert sind. des heißt, vieles, des ham se ja sicherlich in dr twg au gsehn, diese wochenpläne,
50 die da hingen (I: ja) und punktepläne und dies und das. des, des ganze isch natürlich n wesentlich therapeu-

- 1 tischeres setting (I: mh), aber die kollegen sind heilerziehungspfleger, ham aber zum teil einfach au weiter-
2 bildungen noch in verschiedenen bereichen, die jetzt so auf ner regelwohngruppe, auf dr KLASSISCHEN
3 regelwohngruppe, so nich vorhanden sind (I: okay). also des heißt so, die, die, die, viele, wir ham au no die
4 lang in dr akutpsychiatrie gearbeitet haben, die einfach
5
- 6 W: heilpädagogik und ne /24/ zusatzausbildung//
7
- 8 S: /24/ heilpädagogik// noch aufgesattelt ham oder, ähm, <...> d frau weller sel-
9 ber, ähm, geht ja auch, ähm, macht die ausbildung zur systemischen familientherapeutin und, des sin ja
10 sachen, die, dü, die, die hat mer ja so normalerweise in ner regelwohngruppe so nicht. und des isch sicher-
11 lich einer der ganz großen unterschiede.
12
- 13 W: genau, i denk die gruppagröße au (I: mh). also, wie gsagt, mir ham jetzt sechs plätze, sieba zimmer
14 <lacht> /25/ so muss mers sagen//
15
- 16 S: /25/ einzelzimmer//
17
- 18 W: einzelzimmer, ja gut des han die andere mittlerweile au, des isch
19
- 20 S: achso, ja stimmt des isch /26/ standard//
21
- 22 W: /26/ standard// also s wird oifach au (S: ja) gefordert. ähm, aber dieses, wirk-
23 lich zehn klienta auf ra wohngruppa isch im <.> regelwohna <.> normal (I: ja) no hemmer solche kleine
24 wohngruppe, also acht bis neun auf jeden fall, au wenn des a awg isch oder wie au immer. oder au diese
25 großen wohnhäuser sind, äh, also mit zwanzig klienta in einem haus (I: mh) oder vierazwanzig. <atmet tief
26 aus> genau, die dann zwar in zwei wohneinheita aufgeteilt sind, aber dann hen se immer noch pro
27 wohneinheit (S: mh) zwölf leute (I: ja) und (S: genau) da sind sie manschmal alloi oder im, im
28
- 29 S: ja odr allein (W: mit dr nicht-fachkraft) a-allein mim fsj (I: mh) oder bufdi oder so
30 /27/ des isch no au öfter//
31
- 32 W: /27/genau, genau//
33
- 34 S: ja <.> äh, der tagessatz isch höher. /28/ der tagessatz für//
35
- 36 W: /28/ und des isch <lacht>//
37
- 38 S: twg liegt bei /29/ zweihundertdreißig euro, odr//
39
- 40 W: /29/ er isch// immens höher ja. /30/ des müsst//
41
- 42 S: /30/ wie isch die// wie ischs bei
43 de regelwohngruppen?
44
- 45 W: <atmet tief aus> i glaub beim hbg drei isch achtzig euro (S: ja), also do isches abr nur wohnen, wobei do
46 gut (I: ja) do können, die arbeit /31/ kommt ja do noch derzu, genau//
47
- 48 S: /31/ die kommt da noch obendrauf, ja// aber macht natürlich schon n deut-
49 lichen /32/ unterschied//

1 W: /32/ bei uns isch// ja quasi des all inclusive (S: ja). also, dr twg satz isch tatsächlich wohnen und
2 arbeit, des heißt, wenn mir dann, äh, d tagesstruktur jetzt hier in unsrer wfb oder im förder- und betreu-
3 ungs- äh -bereich nutz, verrechna mer des intern (I: mh) (S: mh). genauso wenn jetzt des gelingt, äh, dass
4 n klient von der twg in berufsbildungsbereich auf- <atmet tief ein> -genommen wird, kriega mir zwar des
5 geld vom arbeitsamt, äh von dr agentur, i werds nicht mehr lernen in meinem leben <lacht> (S: <lacht>),
6 aber <.> überweisets am koschtaträger wiedr zrück (I: okay). des hoißt, genauso, wie wenn jetzt die pflege-
7 kassa mit reingeht, aber des isch im leistungstyp zwei-eins ja genauso. also diese, des wird ja dann, quasi
8 dem sozialhilfeträger dann wiedr erstattet. <.> sodass mir des geld krieget für alles inklusive (I: okay). plus
9 therapeutische leistung, plus noi, sozialdienscht, also in dem, i zähl in dem fall ja au zum fachdienscht,
10 ne (I: ja), mir hen n ganz große fachdienscht oifach in de twgs, genau.

11
12 S: und ein unterschied isch sicherlich noch des klientel, natürlich gibts auch regelwohngruppen mit leut mit
13 doppel Diagnosen. aber so diese, diese, also i sag jetzt mal so GANZ KLASSISCHE regelwohngruppe ischs ja
14 eher selten, dass jemand noch ne schizophrenie dabei hat (I: m) oder irgendwie, ähm, (W: mh) ne borderli-
15 ne-störung oder so (W: [unverständlich]) und es isch natürlich auch nochmal, was ganz viel, also s thera-
16 peutische dann vorne (W: ja) letzten endes auch begründet, oifach au nomol n ganz großer unterschied.

17
18 W: <.> also so leichtere psychische erkrankung lassetsich au auf ra regelwohngruppe handeln (S: mh), do
19 isch dr doktr fauser ja au (S: mh) überall unterwegs. ähm, aber wens halt wirklich in a massive symptoma-
20 tik geht (S: ja), dann simmer dann schon zuständig oder halt dann s libw. genau.

21
22 I: okay <.> ahm <.> frau weller, sie warn schon von anfang an quasi dabei, als die twgs /33/ ahm//

23
24 W: /33/ nein <lacht>//

25
26 I: also, weil des hat dr herr heinrich gemeint.

27
28 W: ja, des hoter dann net richtig /34/ gwisst//

29
30 I: /34/ okay// weil, weil ich ihn gfragt hab, ahm

31
32 W: er kennt halt nur mich, als, nee er war, also des hot er dann, wusste, hot ers falsch berichtet. weil er hot
33 ja quasi schon in de twgs gearbeitet, als ich noch gar net da war (I: okay). irgen-irgendwas vergessa. <.>
34 nee, nee, i bin jetzt seit fünf jahr dabei (I: okay) und die twgs gibts aber, poah dr herr kerner wüsste es jetzt,
35 also zehn jhr bestimmt.

36
37 I: okay. <.> weil, es ging nur drum, da war ja dieser modellversuch (W: genau) und da wurde ja quasi ge-
38 prüft, ob da n leistungstyp vielleicht entstehen (W: genau) könnte. und da war einfach meine frage, wa-
39 rum des net derzu kam?

40
41 W: zu dem eins-punkt-sieba?

42
43 I: ja.

44
45 W: fraget se dr herr kerner (I: okay). also i glaub, der kann no ihna wirklich tatsächlich detailliert auskunft
46 geba (S: mm). i hab des am RANDE mitgekriegt, aber was jetzt wirklich, äh, au <.> die motive der leisch-
47 tungsträger odr au damals vom kvjs waret, kann i nur mutmaße. also denk i do, wenn se do wirklich exakte
48 informationa möchet, dann wendet se sich an ihn, ja (I: okay). kann er ihne gut erzähla, des machter sicher
49 au gern (S: bestimmt) <lacht> ja, ja.

50

- 1 I: gut, ähm, abschließend möchte ich sie noch nach ner eigenen bilanzierung fragen von twg-
2 leistungangebot. (W: mhm) wie bewerten sie des selber? sehen sie noch irgendwo verbesserungsbe-
3 darf? <..>
4
- 5 S: also, ich bin ja noch ganz neu (I: mh), insofern kann ich da noch nich viel bilanzieren. ähm, so mein, mein
6 erster eindruck aus der letzt ersten paar monaten isch der, dass ichs n gutes und wichtiges angebot find (I:
7 mh). dass ich denke, also ich hab früher auf ner wohngruppe gearbeitet, wo menschen mit doppeldiagno-
8 sen waren, wo ich mir GEWÜNSCHT hätte, es hätte diese betreuungsdichte gegeben. ähm, und auch an-
9 sprechpartner, so wies hier, ähm, strukturiert isch. ähm, was ich seh, isch, dass die, die bemessung dessen,
10 was jetzt als speziell mein bereich, ihre fachdienstaufgaben, der isch zu knapp. also wenn mich, ich bin be-
11 verantwortlich für den bereich twg UND stwg, des heißt für jugendbereich auch noch. äh, bei ner vollbele-
12 gung sins fünfunddreißig betten, fünfunddreißig klienten, ich hab ne fünfundsiebzig prozent stelle (I: mh)
13 <.> bin verantwortlich für alles, was mit therapie zu tun und beratung vom team und so weiter (I: mh), was
14 ich vorher gsagt hab, des isch nicht zu schaffen (I: okay). also da bräuchte man und so meinte es auch dr
15 herr kerner letzten endes, bräucht mer do auch zweihundert prozent, also mer könnt do auch zwei psycho-
16 logen beschäftigen ohne, aber zu hundert prozent, ohne, dass irgendeiner von uns beiden dann, äh, tat-
17 sächlich langweilig werden würde (W: mh). also, ähm, und des isch schon so die bilanz. öh, ich finds ne
18 TOLLE arbeit, ne HERAUSFORDERNDE arbeit, aber, ähm, s isch zu knapp bemessen (I: okay), die fachdienst
19 (W: mh) geschichten und des liegt jetzt nicht daran, dass die david-stiftung sagt WOLLEN WIR NICH und
20 BRAUCHEN MER NET. sondern, ähm, isch einfach, ähm, <.> von, mim landkreis damals so verhandelt wor-
21 den und da war halt des, was mer rausschlagen (W: genau) konnte, sag ich jetzt mal.
22
- 23 W: ja, sin einfach au diese <.> neue gegebenheiten, seits, äh, koin landeswohlfahrtsverband (S: genau),
24 seits die kvjs (I: ja) gibt und ma wirklich au mit de landkreise direkt verhandelt. und, äh, des find i au
25 schwierig, wirklich mit jedem landkreis des direkt immer verhandeln zu müssen (S: MH), <.> weil mir ja
26 tatsächlich net nur, also s geht ja dann au, i weiß, mir könnt net über die twg s-zeit hinaus immer verlän-
27 gerung beantraga. und do würd i mir wüscha, dass in dem fall wirklich au des case management von de
28 landratsämter, ähm, ein dichtereres und au intensiveres wird in solchen fällen (I: mh). also dass die sich dann
29 net <.> in ihre fallbearbeitung begeben, indem ses in de regelwohngruppa machat und m zwei-eins, aber
30 mit jedem, ja durch zwei jehr n sozialbericht schreibt, sondern dasst se wirklich au, äh, immer dran sind,
31 dass wirklich halbjährlich diese fallgespräche gibt (I: okay) für die twg klienta und dass die dann wirklich au
32 mehr in dr beratung dr angehöriga oder gesetzliche betreuer, äh, auf die, aufs folgeangebot mit reingehen
33 (I: mh). weil die gesetzliche betreuer sind oft oifach au überfordert (S: ja) mit der gschichte (I: ja), ja. da
34 überall anzurufa und anzufrage und und und. und, also ich krieg des in mein, in meiner arbeitsabläufe net
35 noch hin (I: mh). i kann zwar s ein oder andere mit unterstütza und au mit anfrage, aber i kann net s kom-
36 plette entlassmanagement wirklich dann do jetzt anto übernehma. sonscht müsst mer des tatsächlich in
37 der, in dr leistungsverereinbarung neu verhandeln (W: mh) (I: mh) und dann <lacht>
38 /35/ des wär dann aber wieder//
39
- 40 S: /35/ brauchet se au ne neue stelle//
41
- 42 W: dann bräucht i au nomol unterstützung (S: ja), genau. also des geht so net. im moment isch des wirklich,
43 äh, de betreuer, sozusaga aufs auge gedrückt (I: mh), s oin oder andre landratsamt kümmert sich drum. ort
44 c hat jetzt zum beispiel diesen sozialdienscht (W: mh) (I: mh) dann au eingerichtet. find i a GUTE sache, also
45 würd i mir bei andre au wüscha, weil die dann oifach au mit, in mit drin sind und die au, äh, ja leichter
46 ansprechpartner sin für angehöriga, als jetzt n sachbearbeiter, der oifach seine ZWEIHUNDERT FÄLLE jetzt
47 im schrank stehen hat (I: mh), genau. des <.> wäre nicht schlecht.
48
- 49 I: also, grad is der case manager immer der betreuer von dr wohngruppe? oder der gesetzliche betreuer?
50

- 1 S: nee, dr case manager isch vom landkreis, oder?
2
- 3 W: isch vom landkreis, /36/ genau//
4
- 5 S: /36/ der isch vom// landkreis.
6
- 7 W: und die ham des /37/ ja quasi aufgeteilt, also s gibt//
8
- 9 I: /37/ okay.
10
- 11 S: /37/ des von dr gruppe gibt's immer no//
12
- 13 W: sachbearbeiter, die müssen n FALL bearbeiten (I: mh) in dr sozialrechtlich gschichta und dr koschta-,
14 äh, -gewährung. <.> und dann gibts die case manager, die ja s wirklich s gesamte im blick haben sollen. also
15 quasi, wo kommt her, wer isches? wie isches umfeld und wo kanns hingehen? dann (I: okay), also s gibt
16 dann diesen, dr fall wird dann, es gibt eine SACHE und es gibt einen fall <lacht> ja, des isch jetzt ämter- <.> -
17 spezifisch (S: mh), s isch jetzt nicht so mein, mein ding, aber
18
- 19 S: und je nach landkreis, so was ich jetzt schon so mitbekommen hab, korrigieren se mich, wenn ses anders
20 sehen, aber da ischs manchmal auch so, dass mers immer in so ner rechtfertigungsposition drin isch (W:
21 mh), also warum kostet ihr so viel? (W: mhm) und warum seid ihr net bereit, jetzt zu nem günstigeren satz
22 irgendwas zu macha? hatt mer jetzt ja aktuell mit der fortstadt, die hier zum beispiel
23 /38/ (unverständlich)//
24
- 25 W: /38/ <rufend> SIND JA NUR ZWANZIG EURO AM TAG!//
26
- 27 S: <rufend> SIND DOCH BLOß ZWANZIG EURO AM TAG. und dann wenn, ähm, joa. <.> des sin so, ich sag
28 jetzt mal in anführungsstrichen anfeindungen, denen wir auch ausgesetzt, und wenn mer dann hinter die
29 kulissen kuckt und nach dem gespräch sagte die kollegin dann von dr bergstadt, i weiß, aber was soll i ma-
30 chen? (I: mh) ich hab au nix anderes und so. (W: mhm, mhm) und des isch so, <.> ja, s isch n manchmal n
31 bisschen, ähm, n bisschen schwierig, weil ma immer in dieser rechtfertigung so isch, sagt, was habt ihr ge-
32 macht? könnt ihr nachweisen, wie viel plätze ihr schon gesucht hab? wo, wo habt ihr überall angefragt und
33 so? wo /39/ man wird dabei au manchmal so dargestellt wird//
34
- 35 W: /39/ un was au eigentlich gar net unser ding isch//
36
- 37 S: als hätten wir jetzt, erschtens mal isch nich (W: mhm) unsre verantwortung (W: mhm). und zweitens
38 werden ja so dargestellt, als würden wir jetzt hier kucken, dass wir die leute die nägsten zweiundachtzig
39 jahre so behalten können. des ja nich un, nich unser ziel und überhaupt /40/ nich unser ziel//
40
- 41 W: /40/ viel geld und s isch// über-
42 haupt un sowieso.
43
- 44 S: und jetzt, DA würd ich mir wünschen, dass, ähm, es einfach an, manchmal mit den, isch au von landkreis
45 zu landkreis unterschiedlich, au von sachbearbeiter zu sachbearbeiter, aber dass es da manchmal so wäre,
46 dass da mehr mm verständnis oder <.> FÜR die jeweilige seite da isch, so schließ ich uns ja ein. ich mein,
47 wir sind au mal mit den andern au nicht super zu (unverständlich). der kreis da wirds jetzt wiedr, des zieht
48 sich wieder. ja, des hat ma ja
49 /41/ VIELLEICHT DENKEN DIE DESSELBE VON UNS//
50

- 1 W: /41/ was isch//
 2
 3 S: aber, des isch sicherlich noch (W: mm) was, was ma in dr kommunikation verbessern könnte.
 4
 5 W: also, es isch oifach oft im ermessen des landkreises (S: ja), viel zu sehr. und des isch, also s gibt anfraga
 6 aus landkreise, do, do seh mer dann oba, aha, ja gut, des wird ja eh nix. (S: <lacht>) also des isch, die liegt
 7 dann scho mol auf dr seite und mir genau wissat, des, da ham die betreuer unheimlich viel arbeit über-
 8 haupt a twg (S: ja) genehmigt zu kriegen (I: okay). und do wird ersch, dann, dann, dann bearbeit i des er-
 9 schtmol gar net, dann geh i erschtmol gar net in diesen <.> fall so intensiv rein. i sag dann, sie müsset sich
 10 an dr landkreis wenda (S: genau), sie müssat DA twg beantraga und wenn, wenn se von dene a signal krie-
 11 gat, dann meldet se sich wieder bei mir (I: okay). und do hab i halt ein speziella landkreis, da hob i jetzt ein-
 12 fach, die liegt drei monate da, des hemmer nochher wiedr. da kam jetzt halt immer no koi rückmeldung (S:
 13 ja). weil, mir war klar, die sitzat des aus. <.> und des find i oifach au, des isch nicht in ordnung. also do
 14 müssts diese rechts, äh, sicherheit müssts mehr geba. dass mer sagt, des, ma hat <.> diese leistungsver-
 15 einbarung und bevor en twg beantragt wird, muss was bearbeitet werda (I: mh). da kammer net saga, pro-
 16 bierat doch noch des oder probierat no dies (S: ja). also, wie, damit die, die menschen mit behinderung a
 17 und die gesetzlichen betreuer b oifach au mehr, äh, unterstützung kriegat (S: mm). do müssts a rechtssi-
 18 cherheit geba (S: ja), dass wenn ich antrag stelle auf twg, muss diesem nachgegeben, also zumindescht
 19 musser bearbeitet /43/ werden//
 20
 21 S: /43/ und in// nem gewissen zeitraum bearbeit werden. wie so nich bei
 22 /44/ reha-maßnahmen isch//
 23
 24 W: /44/ (unverständlich) ja//
 25
 26 S: des muss innerhalb von, weiß i nich was, sechs wochen oder so /45/ muss des ding bearbeitet werden//
 27
 28 W: /45/ so siehts aus//
 29 genau, da kammer /46/ ja immer no saga kein platz//
 30
 31 S: /46/ (unverständlich)//
 32
 33 W: und des passt net, oder wie au, aber s, dr, die bearbeitung hat stattgefunden (S: ja) (I: okay). do fehlts
 34 uns, isch manchmal ganz schö willkürlich, was do so läuft. oder au dass i dann tatsächlich nur koschtazusaga
 35 für ma jahr krieg, für a twg, wo ma eigentlich sagt, achtzehn monate, isch ja eigentlich klar. also au solche
 36 landkreise (S: mm) gibt (I: mh). und, find i schwierig. mittlerweile <.> gehn die meischte wirklich zu dene
 37 achtzehn monate, aber i hab oft au landkreis-, also sachbearbeiter am telefon, die dann fraget, ja wie viel
 38 <lacht> also, s geht zu wie auffem basar (I: <lacht>), äh, was ischn die regel, was nehm (S: mh),l was ge-
 39 nehmiget denn die andre (I: ja) landkreise? also, ach (I: <lacht>) und des isch halt
 40
 41 S: <rufend> UND WENN WIR DES JETZT NOCHMAL UM FÜNF MONATE VERLÄNGERN UND DREI MONATE,
 42 DANN KRIEGEN SIE DES ABR AU BITTE THERAPEUTISCH HIN! (I: <lacht>) (S: genau) weil des
 43 /47/ erwarten wir//
 44
 45 W: /47/ dann erwarten wir// a, b /48/ c, d, e <lacht>//
 46
 47 S: /48/ dann erwarten// wir a, b, c, d, e, f und, ähm, man kann da schon
 48 drauf hinweisen, dass man n therapeutisch schon, äh, in fünf monaten was reißen kann, WENN dr klient
 49 mitmacht und WENN die rahmenbedingungen stimmen und so weiter. ne, aber des isch wieder, gut.
 50

- 1 W: genau, i kuck grad bissle auf die uhr mir hen um (I: ja) halb /49/ aufnahmerunde//
2
3 S: /49/ aufnahmerunde//
4
5 I: /49/ ja//
6
7 W: un i müsst no paar unterlagen im büro hola.
8
9 I: /50/ ja, also ich//
10
11 S:/50/ ja, dann//
12
13 I: wär auch mit meinen fragen am ende.
14
15 W: ja, dann passts ja (S: wunderbar)
16
17 I: außer sie haben noch was (W: nö <lacht>), was ich ihnen wichtig wär?
18
19 W: ach, mir könnet viel erzähla, aber (I: <lacht>) <lacht> (S: du!) ein ander mal, gä?
20
21 I: gut (S: ja), dann vielen dank (S: gerne) für ihre ausführliche (W: gerne) auskunft (W: ja).
22
23 S: viel erfolg beim abschreiba.
24
25 I: danke.

Interviewpartnerin: Heidrun Albertz
Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe
Ort: Büro von Frau Albertz
Datum: 22.01.2014, 10:05 – 11:15 Uhr

- 1 I: jetzt, okay. ahm, frau albertz, wie sie wissen, schreib ich grad meine masterarbeit über therapeutische
 2 wohngruppen. könnten sie mir zuallererst mal erzählen, was sie für ne position haben in der therapeuti-
 3 schen wohngruppe und was da ihre aufgabengebiete sind?
 4
- 5 A: mh, ich betreue mehrere wohngruppen hier im sozialtherapeutischen heim der paulus-hilfe. in der funk-
 6 tion, wie wir es benennen, äh, als therapeuteleiterin (I: mh). das, ähm, heißt, dass ich im grunde auf ner dis-
 7 tanzierteren ebene, äh, mit dem team zusammen arbeite und für jede, die einzelnen bewohner, ähm,
 8 schaue, was is los mit dem menschen, wo kommt er her, was bringt er mit, was sind seine biographischen
 9 entwicklungen, was sind seine sozialisationserfahrungen (I: mh), WIE ist sein verhalten und was gibts bis-
 10 lang an diagnosen, die wir dann auch überprüfen, wie zeigt sich das bei uns? und überstimm-stimmen wir
 11 mit dem überein, was bis jetzt diagnostisch vorliegt? und, ähm, dass wir dann schauen, ja und jetzt? was
 12 solls hier mit dem <lacht> was braucht dieser mensch, was brauchen diese personen? und was haben wir
 13 für ne idee, wos hingehen kann? also wir entwickeln im grunde die betreuungsstrukturen, passen die auch
 14 an, an der entwicklung und, ähm, schauen dann auch, in welche zielrichtung gehts und versuchen diese
 15 ziele zu erreichen oder immer wieder zu überprüfen. und MEINE aufgabe is, ich bin nich in der, in der
 16 wohngruppe tätig, bin nich im schichtdienst tätig (I: mh), bin also nich im alltag involviert, sondern bin im
 17 grunde auf so ner metaebene im hintergrund. hab nen etwas distanzierteren blick und, äh, versuche da das
 18 aufzunehmen, was die kollegen mir berichten aus dem, aus den wohngruppen, aus dem alltag und was ich
 19 von dem menschen selber so wahrnehme. was ich, was er MIR VERMITTELT oder was ich an IHM SEHE (I:
 20 mh), um, äh, das immer wieder, ja, auf ner, ähm, ebene auch, auch einzubringen, die son son reflektori-
 21 schen charakter hat (I: mh). das is im grunde so meine aufgabe. und vereinzelt isses auch möglich, mit ein-
 22 zeln leuten EINZELN zu arbeiten. ähm, das ist davon abhängig, was an ressourcen jeweils, äh, mitge-
 23 bracht wird und natürlich an meinen zeitlichen ressourcen n bisschen gekoppelt.
 24
- 25 I: okay. ahm, bei meiner arbeit solls besonders drum gehen, welche chancen, aber vielleicht auch welche
 26 schwierigkeiten s gibt, ähm, wenns um die wiedereingliederung in ne regelwohnform geht. also in ne
 27 wohnform (A: mh) der behindertenhilfe. könnten sie mir anhand von nem beispiel erklären, wie sich da der
 28 prozess gestaltet mit den, mit allen beteiligten?
 29
- 30 A: ja, also im grunde muss man ja schon anfangen, äh, bei der aufnahmeanfrage (I: mh) zu kucken, ne, dass
 31 man so über-äh-überlegt, wie schätzt man denn die entwicklungschancen, äh, dieser person gerade ein, für
 32 die angefragt wird (I: ja). und dann hat man da das gefühl, ja, hm, der, der mensch ist noch so jung oder das
 33 ist noch nicht so ausgeprägt oder der hat noch so viel an-an-an-an eigenfähigkeiten auch, dass man da was,
 34 was entwickeln kann und dann <atmet tief aus> ähm, <. > is man im, im gespräch mit, ähm, in der regel
 35 mehr mit den UM-gebenden menschen, weniger mit der person selber. also die sind selten so weit, äh, von,
 36 von ihrer intellektuellen fähigkeit und oder auch von ihrer persönlichkeits her, dass sie sagen, JA, ich will
 37 jetzt hier ne zeit lang und dann will ich das und das können und dann will ich wieder rauskommen. das gibts
 38 in vereinzelt fällen schon auch, aber manchmal klafft da der wunsch und mit den eigenen möglichkeiten
 39 doch ziemlich gewaltig auseinander (I: okay). also dass man mit den, mit den betreuenden personen und
 40 auch mit dem kostenträger im gespräch is und, und vereinbart JA für diesen gewissen zeitraum versuchen
 41 wird dahin zu kommen. <atmet tief ein> und dann ham wir allerdings natürlich, also n behindernder faktor
 42 is der zeitfaktor, dass es ha-relativ BEGRENZT, zeitlich BEGRENZT is für diesen personenkreis (I: mh). da is
 43 ein jahr nich viel. also sie wol-müssen bedenken, dass sie im grunde n halbes jahr mindestens brauchen, um
 44 so das gefühl zu haben, jetzt hab ich n einblick in persönlichkeits (I: okay). und dann könn sie eigentlich star-

1 ten mit dem ja und was kann diese persönlichkei dennoch lernen? was, wo sin- wo sin-wo sin denn die
2 entwicklungs-schritte? und dann, ähm, immer vor dem hinhlick, ja was braucht man denn alles? was muss
3 man denn KÖNNEN, wenn man uns verlassen will? also was is, ähm, was sin die grundvoraussetzungen in
4 einem normalen be-, äh, wohnheim der behindertenhilfe, um dort leben zu können? und das is, ähm, ne
5 große kluft, dies da zü-zu-zu überbrücken geht. und, ähm, an dieser kluft ham WIR nur ne, ne kleine stell-
6 schraube, nämlich diese person, die bei uns jetzt lebt, äh, <lacht> (I: mm) ja da ein bisschen was zu entwi-
7 ckeln und zu fördern. ähm, auf der andern seite aber die bedingungen, die uns da vorgegeben sind manch-
8 mal so <.>, wie soll ich sagen, die sind so, ähm, <.> so-so-so ERWARTUNGSVOLL, dass wir da diesen schritt
9 oft nicht schaffen. also, ähm, jemand, wenn der zu uns kommt, dann hat der ne, ne vielzahl von problemen.
10 also nicht nur, also sie-sie haben die, die krankheitssymptomatik, die sich irgendwo auswirkt. die menschen
11 sind häufig sozial, ähm, ham die schwierigkeiten, sich sozial irgendwo inte- zu integrieren, sich da so ord-
12 dentlich zu verhalten. und sie haben, sind in der regel wenig belastbar, so dass der bereich arbeit auch ei-
13 ner is, der nur sehr, <.> ja zeitlich begrenzt (I: mh) und auch inhaltlich begrenzt auszufüllen is von denen.
14 und in einem wohnheim der behindertenhilfe müssen sie mit relativ, sozial müssen sie klarkommen, sie
15 müssen sich an regeln halten können, sie müssen gruppenfähig sein und sie müssen in der regel auch ganz-
16 täglich arbeitsfähig sein (I: ja). und das is natürlich ne hohe hürde. <.> und ähm, <.> ja das schaffen wir selten.

17

18 I: mh. sie haben, ähm, grad eben von ERWARTUNGEN gesprochen, die von außen irgendwie an sie herange-
19 tragen werden. <.> von wem werden die gestellt?

20

21 A: ja, da hatten wir letztens noch in den eigenen reihen ne große diskussion noch geführt. was is mit der
22 auftragsklärung? wer gibt uns eigentlich den auftrag (I: mh)? das sind viele faktoren, die da zusammen-
23 kommen. sie haben, ähm, in der regel eine NOT, äh, weil irgendwo jemand nich klarkommt und deswegen,
24 wegen dieser not wird bei uns angefragt, habt ihr n platz für den menschen, wir kommen nich mehr zurecht
25 (I: mh). das heißt, ähm, die betroffene situa, die betroffene situa, äh, person, die möchte vielleicht eher
26 bleiben, aber die kommt ja auch nich klar. also die is am WENIGSTEN, die je schreit, ich brauch jetzt hilfe
27 <lacht kurz> (I: ja). von denen kommt dann, ne, von denen personen SELBER (I: ja) kommt das eigentlich
28 wirklich nur sehr, <seufzen> ja, sehr, sehr unspezifisch oder aber, ich will da weg, aber ich will auch nich
29 woanders hin oder so. also des is, die is oft in sich gespalten mit ihren nöten, die sie einfach hat und kann
30 das nich so klar formulieren, was sie sich wünscht (I: mh). aber sie ham, der betreuer, weil der beauftragt is,
31 für diese person irgendwas zu suchen und weil die andern strukturen nich mehr tragen und die sagen,
32 heimplatz gekündigt oder es geht da nich mehr. <.> insofern ham sie den betreuer, sie ham den kostenträ-
33 ger, der ja, ähm, sagen, <.> auch SAGT, wir brauchen was anderes. und, ähm, ja dann auch die formulierung
34 hat, gut, wenn das bei ihnen is, aber is auch nur fürn begrenzten zeitraum und so weiter und dann soll und
35 dann und das. und, ähm, manchmal ham sie auch die abgebende einrichtung, die sagt, hilfe, wir können
36 nich mehr, ganz schnell irgendwo, wo was anderes. oder aber es kommt ausm psychiatrischen krankenhaus
37 die anfrage vom sozialdienst. und die, ähm, <.> naja, die geben dann keinen auftrag. also der auftrag is,
38 liegt-liegt dem betreuer und der liegt dem kostenträger in der regel, ne. aber wir ham selber auch irgendwo
39 das gefühl, wir möchten ja für diesen menschen HILFREICH sein (I: ja) in irgendeiner form. das heißt, da
40 entwickelt so auch ne eigene, interne aufgabenstellung, quasi, ne. <.> ja, das sind so im wesen-die wesent-
41 lichen faktoren. und wie gesagt, die betroffene person soweit sie sich äußern kann. das hängt aber sehr
42 von, von der individualen situation dieses menschen an. aber DAS ist natürlich auch etwas, woran WIR uns
43 versuchen zu orientieren (I: mh). was kann der, was will der, hat der ne vorstellung davon? und, ähm, da
44 mit dem darüber auch zu arbeiten.

45

46 I: okay. <.> aus, aus welchen wohnformen kommen denn ihre bewohner? gibts da irgendwie tendenzen?

47

48 A: also, tendenzen meistens, also ICH bin jetzt für den erwachsenenbereich zuständig. bei den jugendli-
49 chen, wir ham ja auch jugendwohngruppe, da sind des dann eher die elternhäuser, die <.>, ähm, würd ich
50 sagen, das is halbe halbe elternhaus und abgebende einrichtung. bei mir im erwachsenenbereich sind es in

1 der regel wohnheime, wo (I: mh) es nich mehr funktioniert hat und dann kommen die menschen in ein
2 krankenhaus. in ein psychiatrisches krankenhaus als krisenintervention (I: mh) und, ja, äh, da also, letztend-
3 lich isses das wohnheim, aber es is viel, oftmals dass die direkt aus ner, äh, psychiatrie zu uns kommen.

4
5 I: okay. <.> gut.

6
7 A: ganz selten isses mal direkt ausm, ahm, ausm elternhaus oder sowas. aber das is, <.> ja ganz selten.

8
9 I: okay. welche unterschiede gibts denn bei der konzeption und vielleicht auch beim arbeitsmodell in ner
10 twg im vergleich zu ner regeleinrichtung der behindertenhilfe?

11
12 A: ich hab jetzt noch nich in ner regeleinrichtung, das is also jetzt etwas, was ich <lacht> (I: okay) <.> ähm, ja
13 der unterschied, also der unterschied is sicherlich bei uns, dass wir, ähm, uns, ja, aus ner akutpsychiatrie
14 entwickelt ham. aus ner akutpsychiatrie für geistig behinderte (I: mh) menschen. und, ähm, entstanden
15 sind wir so, also des heißt, dieser, dieser medizinische blick, dieser blick darauf, was is denn an störung
16 vorrangig, unabhängig davon, un was is an-an-an kogni-kognitionsängel noch erschwerend kommt noch
17 dazu, ne. und die körperliche symptomatik is dann auch nochmal n faktor. aber das is das, ähm, wie hier die
18 paulus-, paulus-hilfe entstanden is (I: mh), dass man gemerkt hat, es gibt diesen personenkreis und wir
19 bieten diesem personenkreis hier ne hilfstellung durch unsere akutpsychiatrie, aber wir können die dann
20 nich mehr dahin zurückgeben, wo se hergekommen sind, WEIL wir gemerkt haben, dass das, was die brau-
21 chen, was anderes is, als das, was sie bisher gehabt haben. und daraus hat sich hier die heimgruppen ent-
22 wickelt, mh (I: mh). und <.> ich denke, ein, äh, großer faktor ist, dass wir rund um die uhr mitarbeiter in den
23 wohngruppen haben. und zwar, ähm, auch immer, wenn machbar, zwei (I: mh). sodass niemand all, da
24 alleine schaffen muss, um krisen aufzufangen. ähm, wir versuchen mit den krisen, die diese menschen im-
25 mer wieder haben und in den krisen verhalten sie sich ja unsozial und überwiegend auch aggressiv (I: mh),
26 dass man damit klarkommt. dass man das bewältigen kann, beherrschen kann, sodass es für keinen gefähr-
27 lich ist (I: ja). und, ähm, möglichst auch, angstfrei und auch unaufgeregt passiert. weil, das is dann ne große
28 hilfstellung, dass man das gefühl hat, okay, ich hab jetzt grade n problem, aber die kommen damit klar. ich
29 komm nich mehr damit klar, aber die wissen jetzt, was zu tun ist (I: okay). also dass man, dass man den
30 rahmen bietet, der halt gibt, orientierung gibt, sicherheit gibt. dass wir durch den tag, dur-
31 durchstrukturieren können, ohne dass wir den, die person woanders hingeben MÜSSEN, weil niemand
32 mehr da is. sondern wir können dadurch individuell schauen, wie belastbar is jemand? und können mit, er
33 is den ganzen tag auf der wohngruppe, bisher isser n ganzen tag woanders, ham wir halt fließende über-
34 gangsmöglichkeiten, das anzupassen an die person, hm. und wir haben, ähm, auch die möglichkeit hier bei
35 uns im, im, ähm, im haus außerhalb der wohngruppe tagesstruktur anzubieten, die aber NICHT, ähm, ge-
36 zwungen is, produkte zu entwickeln (I: mh), leistung zu entwickeln (I: ja). also das heißt, also da steht kein,
37 kein arbeits- und kein produktionsdruck dahinter. sondern, ähm, man GEHT außer haus, quasi, man GEHT
38 auch irgendwie zur arbeit, ähm, und kann dort sein und kann da gewisse arbeitstugenden erlernen, ohne
39 dass da am ende so ne stückzahl mit verbunden is (I: ja) oder sowas. das is natürlich auch ganz wertvoll.
40 dann, ähm, versuchen wir, <.> ähm, innerlich zu berücksichtigen, <.> ja, was hat der für bisherige lebenser-
41 fahrungen? was is an störung vorhanden? was BRAUCHT dann dieser mensch? isses n autist? braucht er
42 sehr viel reizabschirmung und ruhe und pausen und so weiter. isses n psychotiker? braucht er AUCH ne
43 gewisse reizreduktion und, ähm, ähm, aber auch was, was, was stützendes und was stärkendes und was
44 positiv motivierendes. isses, ähm, ne persönlichkeitsstörung der vielzähligen art? die brauchen auch ganz
45 viel struktur und brauchen auch ganz viel an rückmeldung und an austausch und auch an regeln, die einge-
46 halten werden müssen, und, und gleichzeitig auch ein ent-ent-entwick-wick-wicklungsförderung. dann, wie-
47 wie ist der EMOTIONALE entwicklungsstand? also, das is jetzt n neuer begriff, der in der letzten zeit so, äh,
48 ähm, ähm, <.> jetzt hier grade bei uns im haus auch sehr stark hervorgehoben wird, der sozio-emotionale
49 entwicklungsstand, aber des war schon immer n thema. auf welcher entwicklungsstufe steht der mensch
50 denn eigentlich (I: mm)? sie haben zwar n erwachsenen person vor sich, aber emotional isses n dreijähriger

1 und manchmal, in manchen bereichen verhält sich dieser mensch dann wie-wie-wie-wie n sechsjähriger
2 oder wie n zwölfjähriger. also des war dann ganz viele facetten an-an-an verschiedenen altersstufen, die
3 man da so an jemandem ENTDECKEN konnte (I: mh), je in wel-, in welcher situation. und all das muss man
4 ja im blick haben, um zu beur-, um zu schauen, JA, <.> was kann man denn jetzt für den tun? und was kann
5 von ihm erwarten? und in welchem bereich sind denn entwicklungsschritte eigentlich möglich? und WIE
6 könn wir die anlegen und umsetzen, hm? und das wird dann versucht mit den mitarbeitern in den wohn-
7 gruppen zu besprechen. und ich denke, dass es UNS als therapeuleitungen gibt für die einzelnen wohngrup-
8 pen, dass es also so diese, diese, äh, distanziertere, etwas übergeordnete ebene gibt, um all diese dinge im-
9 im blick zu haben. ich denke, das unter-unterscheidet uns natürlich auch von, von, ähm, ja einem wohn-
10 heim der behindertenhilfe. ähm, <.> also diese und-und das is auch n stück weit unsere aufgabe, als, als
11 therapie mein auch noch. <.> wir arbeiten ja mit psychiatern zusammen und mit allgemeinmedi-
12 zizinern, da gibts also auch regelmäßige visiten (I: mh), die, die stattfinden. was is an, an sonstigen the-
13 rapien noch notwendig? an physiotherapie, an logopädie, an ergotherapie und das auch, ähm, mit im blick
14 zu haben und zu schauen, wo kann der gezielt förderung für ne bestimmte zeit, ähm, zu kucken, ja gemacht
15 werden. aber ich denke DAS findet natürlich im, im wohnheim der behindertenhilfe statt. die ham auch
16 diese, diese externen angebote, die (I: ja) se nutzen können, ne. also ich glaube, unsere spezielles setting
17 ist, dass wir INNERHALB des hauses ganz viel bündeln können und versuchen, in den wohngruppen, <.>
18 trotz der schwierigkeiten, die diese personen haben in, in allen lebensbereichen zu haben, trotzdem ein, ein
19 LEBEN denen anzubieten, das sich, JA, so bisschen dran orientiert, wie-wie SIE und ICH leben, also (I: mh),
20 ne. wir, wir pflegen uns, körperpflege, wenn, die mahlzeiten werden eingenommen. wir versuchen, im-im
21 miteinander irgendwie EINIGERMAßEN verträglich klarzukommen. und wir, wir versuchen arbeiten zu ge-
22 hen, sobald wir das möglich können (I: ja). und das versuchen wir mit diesen personen auch hinzukriegen.

23
24 I: okay. <.> was gibts denn für, äh, therapeutische maßnahmen, die jetzt auf die verhaltensauffälligkeiten
25 abzielen?

26
27 A: also unser, unser <.> <seufzt> GRÖßTE stärke is, denke ich, die mitarbeiter (I: mh), die in beziehung tre-
28 ten (I: okay) mit den be-behinderten menschen und die bindung anbieten (I: mh) und beziehung anbieten
29 und ver-, durch ihre persönlichkeit und durch ihre präsenz verlässlichkeit anbieten und orientierung, ne.
30 ähm, das ist, glaub ich, das allerwichtigste. dass wir über die beziehung, ähm, da mit den menschen in kon-
31 takt treten und über diesen kontakt auch versuchen FÖRDERLICH auf diese person einzuwirken. das zweite
32 is das milieu der wohngruppe (I: mh), dass wir kucken, ähm, <.> ja, dass das zusammenleben für-für-für
33 alle aushaltbar is, verträglich (I: mh). das ge-gelingt manchmal mehr <lacht> und mal weniger gut (I: klar). je
34 nach person und je nach krise oder sowas, aber, ähm, <.> ja, wir ham in jedem, ähm, wohngruppe auch ne
35 möglichkeit eines reizabgeschirmten raumes. des heißt also, grade der anruf war es, dass jemand sagte, wir
36 haben ihn gerade genu-, nutzen grade den raum wieder (I: mh). dass man, und das mein ich auch mit kri-
37 senbewältigung, dass man innerhalb dieser wohngruppe solche situationen beherrschen kann, ohne dass
38 da gleich ne verlegung in ne akutpsychiatrie (I: mh) notwendig sein muss. sondern man kann da bleiben
39 und wenn die krise überwunden is, dann geht man auch wieder unmittelbar in den alltag über. also so und
40 die krisen kriegen dann nich so ein gewicht von, um gottes willen, das wird sich nie verändern. sondern
41 OKAY, das gehört zum alltag (I: okay) und das kriegen wir hin und nachher zum mittagessen is alles wieder
42 in ordnung. <telefonklingeln> <.> darf ich mal eben ans telefon gehen?

43
44 I: klar.

45
46 A: <telefongespräch> <zum I. gewandt> wir müssten ne kleine unterbrechung eben machen. <.> ich muss
47 ein zettel an eine bürotür hängen, ja?

48
49 I: kein problem.

50

- 1 A: <verlässt den raum und kommt nach 2 min wieder> so, wo warn stehen geblieben <lacht>?
2
- 3 I: ähm ich glaub, dass
4
- 5 A: wir waren, wir waren bei den therapien, ne? (I: ja, genau) also was hatte ich gesagt? ich hatte gesagt
6 beziehungsarbeit der mitarbeiter (I: mh). das milieu der wohngruppe. das fängt schon auch, muss mal eben
7 was trinken, <trinkt> mit der gestaltung der wohngruppe an. also das ist natürlich bei nem wohnheim der
8 behindertenhilfe auch so, aber dass wir versuchen, ähm, ne gewisse wohnlichkeit (I: mh) deutlich zu ma-
9 chen, dass sich da menschen wirklich wohlfühlen können. ähm, und trotz der schwierigkeiten, die sie haben,
10 dass sie <lacht> äh, ja, zu unterscheiden, das is mein privates zimmer und das sind die gruppenräumlichkei-
11 ten (I: mh) und da is esszimmer und wohnzimmer und so weiter. das is auch n faktor, der bedeutsam is.
12 ähm, <.> von diesem reizarmen raum hab ich gesprochen, dass wir da krisen, ähm, bewältigen können. <.>
13 wir betreuen ja menschen, die, ähm, <.> ja aus-auch aufsicht und führung brauchen. das heißt also, wir
14 bieten ihnen auch schutz. wir HABEN die möglichkeit, dass die wohngruppentür auch ZU ist. und wir ham
15 auch ansonsten möglichkeiten einer begre-, äh, zeitweisen begrenzung von FREIHEIT dann, wenn diese
16 person mit der freiheit nich umgehen kann (I: mh) und, äh, es zu selbstschädigendem rea-, hm, ja, folgen
17 kommen könnte, ne. also da, dass wir auch diese dinge, äh, möglich machen können, und, ähm, <.> uns da
18 auch nich vor scheuen, das einzusetzen, wenn wir den eindruck haben, die person BRAUCHT das zu ihrem
19 eigenen schutz, hm (I: mh). das is eigentlich auch n, n wichtiger faktor, <.> grade bei den jugendlichen, ne,
20 die sonst so sich dem ENTZIEHEN würden. also sie können auch nur mit menschen pädagogisch oder thera-
21 peutisch arbeiten, wenn sie DA sind. wenn sie welche haben <lacht> (I: mm), die dann immer weglafen,
22 WENN es schwierig wird, dann können sie auch nichts entwickeln, ne. <.> das is auch n faktor. dann, ähm,
23 <.> plus medikamentöse therapie, is klar, ne, ähm, die und die is, die is WICHTIG bei uns, weil da, un-un
24 diese enge verzahnung zwischen medizin und alltagsgestaltung is, glaub ich, schon auch ne, hier, ähm, was
25 etwas, was sich im laufe der jahre entwickelt hat und was auch ne besondere funktion hat und ne besonde-
26 re bedeutung hat. hm, was machen wir noch therapeutisches? man kann sagen verhaltenstherapeutisch,
27 dass wir, wenn wir bestimmte dinge, mm, an-an-an tagesstruktur und an, auch an-an umgangsregeln, ähm
28 (I: mh), festlegen für jemanden und wir achten darauf, dass diese regeln auch eingehalten werden (I: okay).
29 das heißt, jedes verhalten hat ne konsequenz, ne positive oder auch ne, ne, ja, löschende oder negative
30 konsequenz oder sowas. und das gibt diesem auch orientierung. also ich glaube, früher is da oder da wo sie
31 VORHER herkommen, is man eher zurückgewichen, wenn <.> ne schwierigkeit auftrat (I: mh), wenn, wenn
32 ne krise auftrat, ähm, auch, ähm, berechtigt zurückgewichen, also so, ähm, man <.> wenn jemand droht
33 einem etwas zu tun, dann is man klug, wenn man dem aus dem weg versucht zu gehen (I: mh). aber, ähm,
34 mit solch einem verhalten fördert man natürlich dann auch die FEHLENTWICKLUNG des menschen. und
35 wenn da nich die grenze kommt und sagt, nee, bei uns is das anders. bei uns hat das die und die folge und
36 so weiter, dann könnten, dann kann daraus lernen erfolgen, ne. also das is dieses verhaltenstherapeuti-
37 sche, was im alltag und im umgang, ähm, mit die, in der wohngruppe und mit diesem personenkreis dann
38 auch gelebt wird und wirklich ERFAHREN wird (I: mh). <.> ja und da wollen wir alle unterschiedliche thera-
39 peutische, ähm, also wir therapeuteleiterinnen, therapeutische qualifikationen, die dann (I: okay) je nach
40 möglichkeit eingesetzt werden. also ich hab ne gestalttherapeutische ausbildung, andere ham ne systemi-
41 sche ausbildung und so weiter. also im einzelkontakt kann man dann auch nochmal, wenn es ne person is,
42 die sich darauf einlassen kann, ähm, zumindest therapeutische oder stützende gespräche führen. ich würde
43 nich sagen, dass ich ne einzeltherapie anbiete (I: mh), weil es, ich krieg von diesen personen keinen klaren
44 therapieauftrag, ne. aber ich biete gespräche an, ich biete einzelinterventionen an, al-entspannung oder,
45 oder, ähm, atemübungen (I: mh) oder so, schlichte traumreisen oder was auch immer. also es sind ganz
46 VIELE therapeutische elemente, die zum einsatz kommen. je nachdem, ähm, <.> was man fürn gefühl was
47 wie, für diesen menschen jetzt hilfreich sein kann. und das is jetzt keine schule, so und wir machen jetzt
48 DAS (I: mh), sondern das sind dann dinge, die sich so aus dem alltag entwickeln und, ähm, was dann n beit-
49 breites spektrum von möglichkeiten gibt, das man nutzt für-für diese spezielle person. ähm, hier im hause
50 wird jetzt hier dbt in der akutpsychiatrie, ähm, für behinderte menschen, ähm, besonders in den blick ge-

1 nommen und emotional-instabile oder persönlichkeitsstörungen mit borderline-störung ham die möglich-
2 keit da an bestimmten übungsprogrammen teilzunehmen. solche dinge, solche elemente (I: mh) fließen da
3 auch im heim mit ein.

4
5 I: dbt heißt des?

6
7 A: ja, es is dialektisch-behaviorale-therapie nach marsha linehan. das is für normalsinnige gemacht, und wir
8 ham aber hier n kollegen, der in berlin des mit seinen damaligen kollegen für minderbegabte auch ausgear-
9 beitet hat. da gehts um, ähm, fertigkeiten, dass man sich selber wahrnehmen kann (I: mh). spürt man an,
10 wenn man ERREGT WIRD. wie fühlt sich das überhaupt an oder sowas, also dann man auch so die
11 ERREGUNGSPEGEL abzuspüren oder sowas, um frühzeitig da was gegen zu tun zu können. und dann, was tu
12 ich, um mich selber zu beruhigen, was gibts da für möglichkeiten? das nennt sich dann SKILLS (I: mh) und
13 dann, die kann man auch für jeden nur individuell erarbeiten. das is ja jemand auch wieder anders, ja. und
14 dann aber auch, überhaupt wie spürt man angst, wie spürt man freude und so weiter, das sind ja alles din-
15 ge, für uns sind sie so relativ selbstverständlich, aber für diesen personenkreis is das gar nich so
16 SELBSTVERSTÄNDLICH und die ham da auch nich so ne wahrnehmung für. also des is auch n element, ähm,
17 was eingebracht wird, aber, ähm, nich SCHULMÄßIG (I: mh), sondern mehr so, ja, bezogen auf die realität.

18
19 I: okay. sie ham jetzt, ähm, davon gesprochen, dass auch des MILIEU ne wichtige rolle spielt. is des dann so
20 n milieutherapeutischer ansatz?

21
22 A: das is der milieutherapeutische ansatz. die LEBEN ja in der wohngruppe, (I: ja) ne. das is ja im grund ihr,
23 die-die meiste zeit, die verbringen sie in der wohngruppe, die verbringen sie mit den andern bewohnern
24 und die verbringen sie mit den dortigen mitarbeitern. und das MILIEU muss so gestaltet sein, dass man sich
25 da, <.> ja <.> einigermaßen wohlfühlt (I: okay). das is nich immer zu, leicht zu erreichen oder sowas, aber
26 des is n ziel, dass diese personen sich wohlfühlen, dass sie sich ANGENOMMEN fühlen, dass sie sich wertge-
27 schätzt und zwar mit ALL dem, was sie haben und das, dem was sie mitbringen. also dass wir vielleicht ku-
28 cken, was-was gibts, WAS KANN DER (I: mh), was kann die? was BRINGEN DIE MIT? was ham die für res-
29 sourcen? wo liegen denn da deren STÄRKEN? und, ähm, <.> aber auch, wo liegen die schwierigkeiten? <.>
30 und dieses, dieses annehmen, also dieser empathische umgang mit diesem personenkreis, ähm, dazu ge-
31 hört natürlich auch, dass die mitarbeiter angstfrei krisen auch bewältigen können, ne. äh, und das is, ähm,
32 auch hier n prozess gewesen, wie gehen wir mit jemand, wie bewältigen wir das? ähm, wir ham grad in der
33 situation, mit der, wo ich da eben den anruf bekommen hab, das is jemand, dem geht es HUNDSMISERABEL
34 (I: mh). durch ne, ähm, ja ne operation im gehirn im, im alter von dreizehn, das heißt also früher normalsin-
35 nig und normal aufgewachsen, aber <.> da ja durch diese HIRNSCHÄDIGUNG, die durch n tumor da operiert
36 werden musste, is so dieses gesamte, ähm, <.> hormonhaushalt aus dem gleichgewicht, dann kommt auch
37 noch diese hirnorganische schädigung, die da auch, äh, also ihre auswirkung hat und körperlich is die jetzt
38 auch sehr angeschlagen. also die fühlt sich nich wohl, überhaupt nich wohl in, mit sich, is mit sich und der
39 welt unzufrieden und is NUR GEREIZT (I: mh), is NUR am explodieren. sie können kein normales wort reden,
40 ohne dass sie sie quasi anschreit, ne, also, ähm, es is nicht den ganzen tag über so, aber es is zumindest n
41 halben tag so. und wie kriegen sie sowas BEWÄLTIGT? ääh, und dazu braucht es, au sichere strukturen, die
42 wir hier anbieten. und, ähm, damit ham wir auch angefangen mit diesen sicheren strukturen und dann kam
43 aber auch jetzt VIEL MEHR noch hinzu, sondern jetzt gehts ja auch mehr drum so, ähm, was das ziel is auch
44 von-von dieser ent-weiterentwicklung nach draußen, wie bauen wir was auf? wie fördern wir entwicklung
45 (I: mh) und das gezielt-noch gezielter, also, ähm, mitm hinblick darauf, ja, was brauchts draußen, das hab
46 ich ja am anfang ja schon gesagt (I: mh), ne.

47
48 I: okay <.> ähm, kann man des <.> auf irgendeine weise verallgemeinern, was, was, ahm, welche effekte bei
49 den bewohnern entstehen durch die maßnahmen? beispielsweise hinsichtlich des verhaltens oder ihrer
50 sozialen entwicklung oder is des ganz VERSCHIEDEN?

1 A: also es is natürlich se-, GANZ VERSCHIEDEN isses nicht (I: mh), also man, ne-ne gewisse verallgemeine-
2 rung kann man sagen, aber, ähm, es hängt wirklich davon ab, wi-wir bieten was an, wir bieten n milieu an,
3 wir bieten nen schutzraum an DURCH DAS MILIEU. und wir bieten, ähm, THERAPIEN an, ne und wir bieten
4 <.> die beziehungen, den kontakt, die kontakte an und wir, ja, wir lassen uns zeit <lacht>, sobal-äh, solange
5 uns der kostenträger nich, äh, ne, (I: ja) dakwi-dazwischen kommt (I: mh) und so weiter. das heißt also,
6 ähm, mit diesem, mit dieser angebotspalette GEHEN WIR IM GRUNDE AUF JEMANDEN ZU und schauen
7 dran, was kann der davon annehmen? und was, und was kann der dann dav-, äh, davon umsetzen? und ich
8 denke, <.> äh, so GROB gehts da um erstmal die krankheitssym-symptomatik ein bisschen zu reduzieren.
9 ham wir da die möglichkeit, das durch die medikation, durch den umgang, durch die struktur, und, und-und
10 so weiter, da ne gewisse entlastung und beruhigung reinzubringen, sodass die symptomatiken weniger
11 zeigen. weniger ausgeprägt, weniger häufig, wie auch immer, ne. also was wir hinkriegen is, dass in der
12 regel die aggressionsbereitschaft zurückgeht (I: mh) <.> ähm, was wir auch hinkriegen, is dass die BELAS-
13 TUNGSfähigkeit vielleicht im laufe der zeit besser wird für jeden einzelnen, ähm, das kriegen wir dadurch
14 hin, dass wir ERST EINMAL anforderunge zu runter fahren und dass die sich ERHOLEN können quasi und
15 dass die, also sie kommen ja meistens zu uns und ham ein negativerlebnis nach der andern und ein schei-
16 tern nach dem andern erlebt (I: mh) und, ja bei uns gehts jetzt darum, die spür, ne, dass wieder <lacht> in
17 die andere richtung (I: ja) zu bringen, äh, ne. anforderungen zurückschrauben und dann langsam wieder
18 anforderungen aufda-auf-aufzunehmen. was wir hinkriegen in der regel is, dass, äh, dadurch, ähm, eine, äh,
19 es wieder möglich ist, dass die außerhalb in irgendeiner form einer tagesstruktur der-der außerhalb der
20 wohngruppe in angriff nehmen können <.> ähm, eine wfbm-fähigkeit is in den seltensten fällen (I: okay) zu
21 erzielen. also, da, ähm, die kommen erst gar nicht zu, in der regel zu uns, wenn sie diese möglichkei-wenn
22 sie DIESE RESSOURCEN HABEN, ne (I: mh, ja). aber VIELLEICHT ansatzweise und stundenweise und, ähm, <.>
23 wir ham eine, ähm, wenn-wenn sie recht jung sind, dann kriegen wir das schon noch hin, ne (I: okay), dass
24 da die möglichkeit besteht, ähm, <.> dann schaffen wir es, <.> auch, dass das soziale miteinander ein biss-
25 chen besser wird (I: okay), dass diese leute lernen, äh, in einer sozialen gruppe, mmm, soweit klarzukom-
26 men, dass sie zum beispiel in der lage sind, doch dann wieder in der gemeinschaft zu essen. das is, ab-nich
27 <lacht>, schaffen wir auch nich immer, aber OFT kriegen wir das hin (I: okay), ne, ne gemeinschaftsfähig-
28 keit. und, ähm, dass sie auch vielleicht, <.> ähm, gewisse <.> ja <.> freizeitgesch-sachen miteinander ma-
29 chen können (I: okay). erst in begleitung von-von mitarbeitern immer und manchmal dann auch alleine.
30 und, ähm, wenn ich jetzt so kucke von-von menschen, die wir in der twg haben, <.> dass die dann auch
31 lernen, mit freizeit außerhalb der wohngruppe klarzukommen. dass die absprachefähiger werden, dass die
32 verlässlicher werden, dass die, ähm, <.> ja, lernen mit ausgang umzugehen, lernen, ne, dass TEILHABE wie-
33 der möglich is (I: mh), is ja so n schlagwort (I: ja) <lacht> der heutigen zeit. dass, ähm, und, und dass ihnen
34 so langsam verantwortung erst in teilbereichen übertragen wird. dass sie AUCH lernen, sowas is ja dann
35 auch <.> so diese hauswirtschaftlichen und lebenspraktischen fähigkeiten, die sind ja auch etwas, was in
36 einem normalen wohnheim der behindertenhilfe, wo man da auch ne gewisse kompetenz haben muss, um
37 reinzukommen (I: mh), ne, also so, ja, <.> ich, äh, kriege so die körperpflege hin, ohne dass da jemand drauf
38 kucken muss. oder ich kriege hin <.> ähm, wäsche, naja, also des sind alles dinge, die sind bei uns, ähm,
39 selbständigkeit im alltag, ähm, is bei uns ein bisschen begrenzt. weil wir vieles, ähm, geliefert wird, des
40 essen wird geliefert (I: mh) und, äh, die wäsche wird gewaschen und so weiter. ähm, sich darum noch, ähm,
41 im-im gruppenalltag zu kümmern würde den unsern rahmen sprengen, weil bei uns gehts ja um andre din-
42 ge. aber wenn jemand kurz vor ner entlassung, dann versuchen wir natürlich auch DIESE dinge gezielt zu
43 üben (I: okay), ne. also wäsche waschen in der waschmaschine oder sowas. oder aber, ähm, sie sind von
44 anfang wird versucht auch zu kucken, wie kann jemand in der hauswirtschaft MITHELFEN (I: mh) im grup-
45 penalltag, ne, so sachen wie tische abwischen oder spülmaschine einräumen, also so kleinere geschichten
46 (I: mh), müll entsorgen und so weiter. DAS findet eigentlich von anfang an statt, sobald jemand das kann,
47 ähm, um auch zu, zu-zu erfahren, dass es wichtig is in einer gemeinschaft hat man auch aufgaben FÜR die
48 gemeinschaft und so weiter. und später dann, kurz vor ner, vor ner, wens wirklich in die richtung geht uns
49 zu verlassen, dass man dann auch mal, ähm, lernt, gewisse dinge sich in der küche selber zuzubereiten. also
50 bei nem frühstückskomponenten, heißt das so schön, die sich zu-zu richten oder des, das wird auch vor-

- 1 her schon eingeübt, und das is auch davon abhängig, wie, ähm, ja kann man jemand allein in die küche las-
2 sen (I: mh) <lacht> ohne, dass er, ne (I: mh), an den kühlschrank geht oder, äh, um, auch, ja NICH ZU VIEL
3 sich aufzunehmen, also auch was-was menge anbelangt, ne, da gibts, mm, <lacht> manchmal dinge, die
4 man, ähm, erst einüben muss (I: okay). was is denn gut für mich und was, <lacht> also solche sachen. also
5 des kriegen wir, des kriegen wir eigentlich auch hin, dass <.> (I: okay), wenn se soweit sind, ja.
6
7 I: okay. ahm <.> kommer jetzt, ähm, zu den bewohnern, die, die in ne regelwohnform integriert werden
8 konnten. also von der twg in ne regelwohnform (A: mh). können sie mir da zuerst einfach mal von n paar
9 beispielen erzählen, wie sich des da gestaltet hat der prozess?
10
11 A: <.> ich hab mir gestern meine, mein, unsern listen angekuckt, wen hamwer denn da überhaupt? <sucht
12 in unterlagen> also ich habe WENIGER menschen in eine regelwohnform nach außen verlegen können, als
13 dass sie bei uns GEBLIEBEN sind (I: mh). und, ähm, <.> intern im grunde verlegt worden sind (I: okay), in
14 dem heim eigentlich geblieben, aber ham da die wohngruppe gewechselt. <.> äh, <.> wenn es extern
15
16 I: also, kurz nochmal vielleicht zum verständnis, es-es geht nich drum, dass sie irgendwie wo, in ne andere
17 EINRICHTUNG kommen, sondern dass sie quasi in ne, in ne regelwohnform kommen, des isch so zum bei-
18 spiel nachm, nach dem rahmenvertrag, dens da gibt.
19
20 A: also so nach-nach-nach dem rahmenvertrag, so stur nach rahmenvertrag (I: mm), is es nie gelungen,
21 /1/ weil//
22
23 I: /1/ also//
24
25 A: rahmenvertrag heißt ja, und wenn ich das so richtig verstehe, man kriegt, ähm, n gewissen zeitraum und
26 innerhalb des zeitraumes, ähm, ist angesagt, dass dieser mensch uns verlassen kann. oder ham sie da ande-
27 re vorstellungen?
28
29 I: nee, also, ich-ich mein jetzt, ähm, so, also dass die, die twg, ähm, läuft ja quasi achtzehn monate (A: mh),
30 also beziehungsweise oder halt mit verlängerung (A: mh) länger. und, also eigentlich is ja des ziel, dass sie,
31 ähm, in so ne, w-wies manchmal heißt, nicht-aussondernde wohnform kommt (A: mh), also in ne, in nes, in
32 allgemeines angebot (A: mh), quasi wo die BETREUUNG nich so intensiv is und wo sie ner, ner tagesstruktur
33 nachgehen (A: mh), wissen sie, wie ich mein?
34
35 A: ja.
36
37 I: und jetzt also quasi, ähm, die fälle. also des kann, kann natürlich auch hier im haus sein.
38
39 A: ja <.> /2/ also da//
40
41 I: /2/ wo dann auch//
42
43 A: es is DA gelungen, menschen, ähm, aus, in ein anderes wohnheim der behin-
44 dertenhilfe, ähm, zu verlegen, wenn diese personen, ähm, schon vorher in der lage waren, arbeiten zu ge-
45 hen (I: mh). äh, also diese ganztägige arbeitsfähigkeit war da der ganz entscheidende faktor, dass, <.> ähm,
46 die uns wieder verlassen konnten (I: okay). die verhaltensproblematik, die ja dann zu der aufnahme HIER
47 BEI UNS geführt hat, ähm, ham wir nich GRUNDLEGENDE verändert, sie, wir ham sie ein bisschen abgemil-
48 dert (I: mh). ähm, es war bei einem person, wenn ich jetzt mal so konkret werde, ein-ein etwas älterer
49 mensch, der, äh, relativ zurückgezogen und isoliert gelebt und ne sehr klare vorstellung davon, wie sein
50 leben auszusehen war und nicht in der lage war, sich sozial irgendwo zu integrieren. das war, ähm, seine

1 hauptproblematik. gleichzeitig kam da noch se, ähm, sexuell unklare übergriffigkeit dazu (I: mh) und, ähm,
2 dieser, diese person hat aber die ganze zeit auch, ähm, ist arbeiten gegangen. für die war arbeiten ne ganz
3 wichtige ressourc e auf der einen seite, aber auch ne-ne-ne wichtige, ähm, FAKTOR, um zu BESCHÄFTIGT,
4 um was zu tun zu haben. um wirklich weniger zeit auch für dinge zu, zu haben, die jetzt nich so verträglich
5 waren und um sich auch körperlich und, und auch mental irgendwie, ähm, anzustrengen (I: mh), um da
6 KRAFT zu lassen quasi. ähm <.> und wir ham hier versucht, ähm, eine gewisse, ähm, soziale kompetenz, ihm
7 ÜBERZUSTÜLPEN. es is nich so gewesen, dass dieser mensch eingesehen hätte, dass das etwas is <lacht> (I:
8 mh), was man braucht. weil er hat, hätte am liebsten so für sich irgendwo n haus un nen, im wald oder
9 sowas und nix mit, nix mit jemanden was zu tun haben, aber das-das-das is ihm nicht MÖGLICH gewesen
10 und insofern mussten wir kucken, dass er sozial, ähm, <.> andockt (I: mh). und das, das war schwierig, weil
11 er, er das nich wollte. also des war immer für ihn etwas, was-was er als übergriffig erlebt hat. ähm, aber er
12 war nich, er, er hatte auch kognitiv die möglichkeit ein bisschen zu, zu reflektieren und er konnte ziele for-
13 mulieren für sich (I: mh), also er wollte WIEDER WEG von uns (I: okay). und das war natürlich n großer fak-
14 tor, äh, der sagt, okay, wenn sie wieder weg wollen, dann muss aber das und das funktionieren, sonst geht
15 das nich. und über diese ebene war es dann möglich, mit ihm zu arbeiten. und, ähm, was ENTSTANDEN is,
16 OBWOHL er sich so gewehrt hat eigentlich, war, dass beziehung ge-entstanden is und bindung, aber-aber
17 beziehung vor allen dingen (I: mh) und das hat ihn zu einem menschen gemacht, der sozial ein bisschen
18 weicher geworden is und von daher anschmiegsamer in anführungsstrichen. also, wirklich, äh, führbar ge-
19 worden is. und deswegen konnten wir diesen menschen dann nach ner gewissen zeit nach außen
20 VERLEGEN. weil wir ne einrichtung gefunden haben, die gesagt haben, okay, der interessiert uns, dem, der
21 aufgabe stellen wir uns <lacht> das is natürlich immer ne voraussetzung (I: ja), ne. und, ähm, die beiden
22 andern, die ich da so im kopf hab, die waren JÜNGER, aber auch kognitiv <.> zum leicht geistig oder auch
23 nur lernbehindert (I: mh), das is auch n en, von daher AUCH DA ne möglichkeit mit denen an gewissen rea-
24 listischen ziele n zu arbeiten und denen klarzumachen, wenn man diese zeile erreichen will, braucht man
25 aber diese kompetenzen dafür. und, ähm, <.> da ham dann aber auch die betreuer dafür gesorgt, aber bei
26 dem einen vor allen dingen hat der betreuer dafür gesorgt, dass, ähm, der uns verlassen hat. ähm, des war
27 auch n starker wunsch des betroffenen SELBER. wir hätten von uns auch gesagt, der könnte gut noch n
28 bisschen brauchen (I: mh) also so, wir fanden den noch nich, ne <lacht>. äh, ja wir hä, wir-wir gedacht, wir,
29 er könnte noch mehr LERNEN, ähm, wobei bei ihm aber auch der blick, ich will aber woanders hin, sehr
30 stark ausgerichtet war und von daher, ähm, ja, <.> hat er uns verlassen und, jo, kommt so LEIDLICH gut
31 zurecht. und auch bei dem andern war des auch so, also des waren auch alles drei personen, die es als, äh,
32 <.> ja die von-von anfang klar vor augen hatten, ich will hier auch wieder weg (I: mh). und, ähm, <.> die ja
33 immer arbeiten gegangen sind beziehungsweise der andere hat ja noch seine schul abge-, der war noch
34 jünger, hat seine schulzeit abgegolten und hat uns dann verlassen, bevor er was anderes angefangen hat,
35 ja. <.> JA und die in-, die internen, die umwidmungen quasi, das sind dann menschen, die sind <.>, die
36 brauchen viel mehr zeit, da kommen sie mit ein, zwei, drei jahren können sie nichts mehr verändern (I: mh),
37 da brauchen sie viel mehr zeit, um über, äh, lange, längerfristige erfahrungen sich, äh, aufgrund dieser er-
38 fahrungen zu verändern. ähm, und <.> darunter sind auch menschen, die eigentlich auch nich weg wollen, s
39 gibts auch (I: mh, klar) <lacht>. die wissen, das was sie hier an halt haben und das in irgendeiner weise auch
40 zu schätzen lernen und sagen, ich, ähm, ohne, dass sie das so konkret jetzt äußern können, sondern das
41 gefühl haben, okay, das is für mich das richtige und das soll so bleiben (I: mh), mh. <.> und TROTZDEM
42 bestehen da unverändert diese, diese weiteren, die ziele weiterhin, krankheitssymptomatik möglichst zu-
43 rück zu entwickeln und-und-und soziale verträglichkeit erhalten oder noch weiter zu fördern und zu schau-
44 en, was is an-an, ähm, beschäftigungsstruktur möglich.

45
46 I: okay. ähm, diese umwidmungen in welche, in, w-was is des dann für ne wohnform, in die die kommen?

47
48 A: ja, also, äh, bislang haben wir eigentlich nur normale wohngruppen, die eigentlich auch sozialtherapeuti-
49 sche wohngruppen hei-heißen, die im grund sich nich GROß inhaltlich, wie sie ausgestattet sind und wie
50 gearbeitet wird, von denen unterscheiden, in denen die leistungstypen-menschen leben (I: mh). <.> und

- 1 dann sind es einstufigen in hilfebedarfsgruppen (I: okay). und wir bemühen uns grade, ähm, jetzt auch
2 libw-plätze zu bekommen (I: okay). weil ein großer per-personenkreise einfach auch LANGFRISTIG intensiv
3 betreutes wohnen braucht (I: mh). die bleiben, ähm, auf einer bestimmten entwicklungsstufe und auch
4 förderungsstufe stehen und brauchen dauerhaft diese strukturen.
5
- 6 I: ja <.> also des, und des sind jetzt keine speziellen leistungsangebote wie jetzt twg zum beispiel, wo jetzt
7 diese um-umwidmungen wohnen?
8
- 9 A: das sind, es is dann nich mehr twg (I: ja), sondern das is dann sozialtherapeutisches heim hier bei uns in
10 der paulus-hilfe (I: okay). was aber im grunde, äh, VIELE der elemente, die ich eben beschrieben habe, be-
11 inhaltet.
12
- 13 I: mh, okay. <.> und, is dann also, da is dann quasi auch so von der struktur her isses ähnlich wie in dr twg
14 mit zum beispiel doppelbesetzung?
15
- 16 A: ja, ja.
17
- 18 I: okay, alles klar. <.> ähm, <.> welche anschlussmöglichkeiten gibts denn, also je-, nach achtzehn monaten,
19 wenn-wenn quasi die regellaufzeit von ner twg beendet is?
20
- 21 A: also in der regel isses, äh, n wohnheim der behindertenhilfe mit etwas weniger, ähm, betreuungsauf-
22 wand, wo wir versuchen hin die menschen zu verlegen.
23
- 24 I: mh, /3/ und des is dann//
25
- 26 A: /3/ das is in der// regel die anschlussmöglichkeit.
27
- 28 I: des is dann innerhalb der paulus-hilfe meistens?
29
- 30 A: es is oft so. ähm, <.> jetzt is vor allen dingen, wenn ich meine wohngruppen betrachte, ähm, wenn man
31 jetzt hier die kollegin hätten, die für die jugendwohngruppen zuständig is, die würde sagen, es geht dann
32 nach draußen (I: mh). das, ähm, externe bei jungen leuten, da is einfach noch mehr an entwicklungspoten-
33 tial da und da is noch so viel schiefgelaufen in anführungsstrichen (I: mh). das heißt, die, die, die
34 NEGATIVEN erfahrungen, die ham sich noch nicht so verfestigt, ne (I: mh). wenn sie n mensch haben, der
35 vierzig mal inner akutpsychiatrie war, bevor er zu ihnen kommt, dann ham sie nich mehr viel möglichkeiten
36 da was zu verändern und wenn der vierzig oder noch älter is, ne. also je jünger die leute sind, desto besser
37 sind die prognosen, da is das eine. und, ähm, <.> jetzt, was war nochmal ihre ursprungsfrage <lacht> jetzt
38 hab ich den faden verloren.
39
- 40 I: mit den anschlussmöglichkeiten.
41
- 42 A: mit den anschlussmöglichkeiten, ja. äh, also sie kommen ja wirklich mit nem gehörigen potential an
43 schwierigkeiten in, in, in vielerlei hinsicht und wenn wir denn, äh, was verändern können, dann SIND SIE
44 noch nicht so weit, dass sie in, äh, ambulant betreute strukturen können (I: okay). das wäre, is bei manchen
45 n wunsch, aber, ähm, <.> da brauchts no andere schritte (I: mh). also der nächste schritt wäre ein wohn-
46 heim der behindertenhilfe (I: okay). und DA wird ja dann weitergearbeitet mit denen und dann kann es
47 SCHON, glaub ich, auch sein, dass manche dann auch in ambulant betreute strukturen es irgendwann mal
48 schaffen. aber von uns aus geht es in ein wohnheim der behindertenhilfe.
49
- 50 I: mh <.> okay. wie, w-was verstehen sie jetzt GENAU unter wohnheim der behindertenhilfe?

1 A: NAJA, also, ähm, <.> das, das heißt, dass es, ähm, jemand da ist, dass sie noch in nem gewissen geschütz-
 2 ten rahmen wohnen (I: mh), dass, äh, die eigenständigkeit nich heißt, äh, da kommt ein oder zweimal in der
 3 woche jemand vorbei, sondern dass da TÄGLICH jemand ist (I: ja), der sie betreut (I: okay). und wie da die,
 4 die, ähm, betreuungsstrukturen im einzelnen sind, im moment verändert sich ja die wohnsituation so
 5 GRAVIEREND und so weiter, das ham wir ja gar nich mehr so konkret im blick (I: mh). also, da w-wenn wir
 6 jemanden entlassen, dann schauen wir uns natürlich an, wo kanns denn hingehen (I: ja), das heißt, also,
 7 wenn man, entweder mit dem betreuer oder dem kostenträger oder man selber SUCHT heimatnah nach
 8 ner möglichkeit und dann beschreibt man natürlich was man denkt, was noch wichtig wäre, was an struktu-
 9 ren und an-an-an sonstigen dingen für diese person weiterhin erforderlich sind und dann geht man vor ort
 10 mit und kuckt sich des an (I: okay), um sich n bild zu machen und zu sagen, okay, da könnt ich mir vorstel-
 11 len, dass (I: mh). ja und dann müssen wir abgeben und dann <lacht>.

12
 13 I: okay, also, so jetzt beispielsweise für n wohnheim der behindertenhilfe, wär jetzt zum beispiel, dass mor-
 14 gens, ähm, kommt n frühdienst quasi und (A: mh) hilft beim aufstehen, frühstück und so weiter und dann
 15 gehen die leute arbeiten?

16
 17 A: in der regel is das so, ja. entweder gehen sie, gehen sie in ne werkstatt oder aber sie gehen in den inte-
 18 grierten förder- (I: ja) förderbereich und so weiter, und, und (I: okay). und manchmal, ähm, muss man dann
 19 auch schauen, ja, KANN jemand das? oder wenn ers nicht kann, gibts ruhemöglichkeiten in einem förderbe-
 20 reich (I: mh), ne, also dass die sich da noch zurückziehen können oder sowas, ne. das is ja auch alles denk-
 21 bar, also insofern is da, ähm, wohnheim der behindertenhilfe natürlich auch n überbegriff von relativ vielen
 22 angebotsmöglichkeiten (I: ja), ne.

23
 24 I: also, weil des WÜRD ICH JETZT, so aus meiner sicht, des wär ja für, wär eigentlich ne GELUNGENE rein-
 25 tegration.

26
 27 A: das is auf jeden fall ne gelungene reintegration.

28
 29 I: okay /4/ ja, okay, gut <lacht>//

30
 31 A: /4/ weil dann, ja// also des is, DAS IS, dann hamwer unser ziel erreicht <lacht>.

32
 33 I: ja, genau, genau, okay. ahm, könnten sie mir dann, ähm, vielleicht von fällen erzählen, wo des ziel NICHT
 34 erreicht werden konnte?

35
 36 A: mh <sucht in unterlagen> da hamwer n paar namen mehr <lacht> <...> ja <..> also nicht erreicht, <.>
 37 werden kann, äh, konnte es bei personen, wo das sozialverhalten so ausgeprägt gestört war, dass, ähm, <.>
 38 da diesem menschen nicht geholfen werden konnte in diesem bereich. also es gibt leute mit ner dissozialen
 39 persönlichkeitsstörung, da ist, äh, ne soziale verträglichkeit, <atmet tief aus> nicht mehr zu schaffen (I:
 40 okay). die BRAUCHEN einfach aufsicht, wenn die mit andern zusammen sind, ne. das ist manchmal auch bei
 41 personen erforderlich, die so emotional auf nem entwicklungsstand bleiben, wo-wo immer so ne rivalität
 42 da is und immer so n, so n ärgern-müssen da is (I: mh) und ich muss meine position behaupten oder so, ne.
 43 ähm, also menschen, die IMMER, wenn sie mit andern zusammen sind, jemand an ihrer seite brauchen,
 44 damit es NICHT zu nem streit kommt oder, ähm, da, DAS IS SCHWIERIG, die dann nach außen hin zu verle-
 45 gen (I: okay), weil das is ne kompetenz, man muss schon auch mal, äh, mit jemandem alleine in der küche
 46 sein können oder alleine am, am esstisch sitzen können, ohne dass es gleich knallt (I: ja), mh. hm, <.> was
 47 wir auch, ähm, <.> nicht verlegen können, sind wenn die psychosen so ausgeprägt bleiben und, ähm, sich
 48 SO verschlechtern, wenn das krankheitsbild nicht, ähm, in-in ne ne-, ganz ganz negative entwicklung hin-
 49 eingeht, ähm, und die persönlichkeitsdadurch sich verändert (I: mh), sodass, ähm, die ressourcen versan-
 50 den, die mal da waren und dass im alltag immer weniger geht, weil, ja, oder, ähm, wenn die reiz-<.>

1 offenheit SO SCHWER ist, so ausgeprägt ist, dass diese menschen im grunde nur ne halb stunde <.> n kon-
2 takt in der versorgung kaum aushalten, weil und dann müssen sie wieder allein sein oder sowas. so jeman-
3 den können sie, das, das kriegen sie auch nicht verändert (I: okay). also das sind dann so ganz schwere
4 krankheitsbilder auf der einen seite, die, ähm, <.> ja, die schon so, so ausgeprägt sind, dass wir da nich
5 mehr die möglichkeit haben oder der mensch nicht mehr die möglichkeit, äh, das zu verändern, mh. <.> und
6 <.> erschwerend is auch n faktor, wenn die, ähm, kognitive beeinträchtigung sehr ausgeprägt ist (I: okay).
7 also bei, bei schwerer beeinträchtigung, da, die nehmen wir gar nich erst auf in, in so ner twg. aber so ne
8 mittelgradige kognitive beeinträchtigung, die is auch n großer hemmfaktor (I: okay), um ne fortentwicklung,
9 ähm, voranzutreiben, weil sie können, ähm, dem menschen gar nich begreiflich machen, was er verändern
10 soll oder wie ers verändern soll und weil-weil ers nicht versteht (I: mh). das is dann auch ganz schwer, mh.
11 <.> da <.> was-was zu verändern. das heißt, die sind immer auch auf-aufd-auf die strukturellen bedingun-
12 gen von außen angewiesen, die für sie, äh, die führung durchs leben übernehmen (I: mh). <.> ja und wenn
13 se dann so, ähm, krankheitsbilder haben, die irreversibel sind, also oder-oder so apa-erkrankungen, chorea
14 huntington, das kriegen se auch nicht mehr verlegt. sacht ihnen das was?

15
16 I: nee, nee, sagt mir nix.

17
18 A: chorea huntington is ne, ne, äh, stoffwechselerkrankung im gehirn (I: mh), die zu nem abbau des gehirns
19 (I: okay) allmählich führt und, ähm, <.> ja, also da is, und die fü-, die auch zum tod führt (I: mh). mm, <.> das
20 sind so dinge, ähm, aber da hatten wir natürlich auch nich vor, ähm, die-die ham wir dann als, ähm, aufge-
21 nommen unter diesen bedingungen, aber da war im grunde von vornherein klar, dass die entwicklung nicht
22 in die gewünschte richtung gehen KANN. <.> ja, was <.> und bei andern isses so, ähm, dass man manchmal
23 hoffnungsvoll ist (I: mh), jemanden aufnimmt und denkt, ja okay <.> schau mer mal, so nach dem motto.
24 ähm, man-man, ne, man, sie ham (I: mh, ja) ne aktenlage und sie orienti-, und dann lernen sie auch die
25 person kennen. aber das is erstmal so n erster eindruck und vom ersten eindruck ham sie gesagt, okay,
26 möglicherweise is da entwicklung drin, wir wissens aber nicht. und dann stellt sich im laufe der zeit heraus,
27 hm, die problematik is dann doch VIELSCHICHTIGER und SCHWIERIGER, als wirs auf den ersten blick
28 GESEHEN HABEN und als man uns auf den ersten blick auch ERZÄHLT hat <lacht> (I: mh) äh, und, ähm, ja,
29 dann reicht die zeit nicht aus für so eine geschichte. und dann sagt vom kostenträger, okay jetzt is die maß-
30 nahme abgelaufen und dann bleiben die aber bei uns und wir versuchen trotzden an dieser entwicklung
31 weiterzuarbeiten. und wir haben das ziel nicht aus den augen verloren, aber wir erreichen das ziel nich in
32 zwei jahren, nich in drei jahren, sondern vielleicht in zehn oder in fünfzehn jahren (I: okay). da dazwischen
33 is natürlich jede zeitspanne möglich, aber, ähm, <.> ja, wir versuchen IMMER darauf hinzuarbeiten, dass es
34 in irgendeiner gewisser weise, wie wirs schon beschrieben haben oder ich es beschrieben hab voran geht,
35 um irgendwann vielleicht DOCH die leute zu entlassen. es is ja uns auch, ähm, unser wunsch, äh, ne gewisse
36 bewegung dazuhaben (I: ja), weil wir ja aufnahmeanfragen ohne ende haben (I: okay) und wir können na-
37 türlich nur aufnehmen, wenn wir auch jemanden wieder vermittelt haben (I: ja). also insofern bleibt das n
38 ziel, ob die leute in ner twg sind oder aber, ähm, sonst wie bei uns LEBEN, wünschen wir uns für viele dann
39 doch den wechsel in eine offenere struktur.

40
41 I: okay <.> also und wenn jetzt bei den fällen, die nich inte-reintegrierbar sin, die bleiben dann, ähm, also
42 oder, wie oft gibts da denn jetzt, zum ersten mal, wie oft gibts n da jetzt ne verlängerung?

43
44 A: also, ne am-, ne EINMALIGE verlängerung kriegen wir relativ häufig hin (I: mh, okay). zwei jahre is, ähm,
45 EIGENTLICH IMMER zu kurz (I: mh). also des würd ich aus meiner erfahrung jetzt sagen, äh, das errei-, errei-
46 chen wir in den seltensten fällen, ähm, auch bei den jugendlichen isses wünschenswerter, wenn sie ein
47 bisschen mehr zeit ham (I: mh), mh. aber das is vom kostenträger abhängig und des wird eigentlich, von
48 ANFANG AN wird das schon, wenn wir jetzt schon die verhandlungen mit dem kostenträger HABEN, SAGEN
49 WIR von-von-von der inhaltlichen seite her aus, isses gut vorstellbar, DASS die zeit nicht ausreicht, sondern
50 (I: okay) wir, ne. aber, mm, nach drei jahren ISSES RUM, da gibts dann nix mehr <lacht> (I: okay) nix mehr

- 1 zum, äh, zu, groß zu machen, was TWG anbelangt (I: ja). also in einzelfällen, bei besonders schwierigen,
2 ham wir da sondervereinbarungen und dann kann dieser, äh, satz bezahlt werden (I: mh), aber, ähm, im
3 großen und ganzen sagt dann der kostenträger, okay, die maßnahme is beendet, das heißt, wir, ähm, aber
4 wenn sie sagen, er braucht sie weiterhin, dann bin ich damit einverstanden, aber dann, ähm, isses unter
5 diesen bedingungen. das heißt, dann verändert sich die, die eingruppierung, mh (I: mh, ok). aber das ziel
6 bleibt dasselbe (I: ja) und unsre art von arbeit letztendlich auch.
7
- 8 I: okay <.> ähm, sie haben jetzt oft von, ähm, individuellen merkmalen gesprochen, die jetzt ne wiederein-
9 gliederung verhindern. gibts da auch andere, andere gründe?
10
- 11 A: naja, also, ähm, wir müssen uns mit den bedingungen, die uns von außen vorgegeben haben, äh, arrang-
12 gieren (I: mh) und die sind nich so, wie wir sie uns wünschen würden. also wir hätten gerne die möglichkeit,
13 dass auch, ähm, die <.> ja die behindertenhilfe MEHR plätze für den personenkreis vorhält, die wir vermit-
14 teln möchten (I: mh). das heißt also, so dieses, ja man kann ja quasi sagen, das is so ne art outsourcen von
15 allen leuten, die nicht n ganzen tag irgendwo arbeiten können, halten wir für schlecht (I: mh), für-für-für, ja
16 auch nich am BEDARF orientiert, ne. und, ähm, dieses bemühen immer nur stundenweise jemanden zu
17 betreuen, <atmet tief aus> is auch nur für den, für n personenkreis <.> ja von-von sinnvoll, aber des is nich
18 bei uns (I: mh). ähm, also wir würden uns wünschen, dass es betreuungsstrukturen gibt, die ein bisschen
19 mehr, äh, den, den hilfebedarf, den unsre leute haben, berücksichtigt.
20
- 21 I: okay <.> beispielsweise libw.
22
- 23 A: genau.
24
- 25 I: gut, ähm <.> könnten sie ne einschätzung drüber abgeben, wie viele leute <.> reintegriert werden in ne
26 wiedereingliederung und wie viele nich? <.> so?
27
- 28 A: <.> also, ähm <.> da is sicherlich die kollegin, mit der sie dann nachher reden wollen, die hat mehr, die
29 betreut mehr die wohngruppen, wo, ähm, überwiegend oder-oder ausschließlich eins-punkt-sieben-leute
30 arbeiten. ich hab damit, ich hab n größeren personenkreis, die NICHT in eins-punkt-sieben drin sind (I:
31 okay). ähm, also insofern hab ich nur n kleinen ausschnitt. äh <atmet tief aus> <.> aber jetzt so vo-vo-von
32 MEIM bereich angesehen, würd ich sagen, zehn prozent von hundert (I: okay) <.> das is jetzt aber salopp
33 <lacht> aus der hüfte herausgeschmissen, jetzt <lacht>.
34
- 35 I: s muss, muss jetzt auch nich /5/ statistisch stimmen//
36
- 37 A: /5/ also wir ham hier eher// gering, ne (I: mm), es is eher gering (I: okay).
38 also die zeit is zu kurz, die nachfolgestrukturen sind nich optimal. das sind so die zwei kriterien, die (I: mh),
39 äh, das DEUTLICH behindern.
40
- 41 I: okay. des war quasi schon ne überleitung zu meiner letzten frage jetzt. ähm, ich möcht sie noch nach ner
42 eigenen bilanzierung fragen von twg-leistungsangebot. wie bewerten sie des und gibts vielleicht auch ir-
43 gendwo verbesserungsbedarf?
44
- 45 A: <.> ähm, also ich denke, die auseinandersetzung, die hat ja hier im haus, ähm, wirklich auch schon
46 VORHER, ähm, grun-stattgefunden (I: mh), was braucht dieser personenkreis und wie, ähm, wie-wie könn
47 wer dem GERECHT werden und was heißt des dann für uns als einrichtung, was müssen wir bieten. äh und
48 ich denke, ähm, es hat zu ner FOKUSSIERUNG auf das wesentliche geführt, so also so, so intern (I: mh), ne.
49 also es-es hat die arbeit insofern bereichert, als man genau hinkucken muss und im grunde auch gefordert,
50 auf zu, sich gedanken zu machen, wie kann man, äh, diese entwicklung voranbringen und wo sind die ent-

1 wicklungsSCHWERPUNKTE und wie können wir des denn erreichen und wie können wers auch dokumentie-
2 ren. das heißt, es hat die arbeit, ähm <.> inhaltlich VORANGEBRACHT, würd (I: mh) ich mal sagen. das hat
3 sie, ähm, <.> plastischer gemacht, transparenter gemacht und man, ähm, <.> arbeitet noch zielgerichteter
4 <.> und auch klientenorientiert in anführungsstrichen, also so, ähm, man kuckt nochmal, benennt es ge-
5 nauer für jeden einzelnen (I: mh), was, was is da notwendig und das hat sich natürlich auch auf die arbeit
6 der KOLLEGEN in den teams ausgewirkt, dass man da auch, ähm, dieses, diese individuelle förderung IM
7 ALLTAG mehr im kopf hat, berücksichtigt, ne. also auch, was-was den störungshintergrund anbetrifft. dass
8 man also genauer weiß, wen hab ich denn vor mir und wie muss ich DEM denn jetzt begegnen (I: mh) und
9 dem-dem-dem, der mensch daneben wieder in ner gewissen weise anders. also dieses, ähm <.> ja, des hat
10 unsre arbeit ein bisschen noch professioneller gemacht, würd ich mal sagen dürfen (I: okay), auf ner vielsei-
11 tigen ebene. <.> joa, formulieren sie nochmal die frage?

12
13 I: wie sie des, ähm, leistungsangebot bewerten /6/ und//

14
15 A: /6/ des// leistungsangebot is gut und des is erforderlich
16 und es is zwingend erforderlich für diesen personenkreis, ähm <.> ja.

17
18 I: und eventuell was noch verbesserungsbedarf gäbe?

19
20 A: <atmet tief aus> <.> verbesserungsbedarf im grunde, äh, bei dem kostenträger (I: mh). also so diesem
21 motto, wenn wir da n bestimmtes geld reinstecken und dann kommt der mensch repariert heraus <lacht>
22 dass es so nicht ist (I: ja). das würd ich mir wünschen, also dass da ein bisschen, äh, von-von-von der ande-
23 ren seite auch ein bisschen mehr verständnis für die realität der personen irgendwie auftaucht und dieses
24 schematische denken, investition und ergebnis (I: mh), ne, da, da, es handelt sich um menschen und da, da.
25 also des is des EINE. <.> und dass, ähm, <.> ja, <.> also be-be- bei uns, ja, m-mehr ressourcen wäre für uns
26 natürlich auch wichtig, wäre schöner, ne, also je mehr ressourcen wir ham an-an-an zeit, äh, <.> personen-
27 mäßig an zeit, mitarbeitermäßig an zeit (I: mh), also dann könnte man vielleicht etwas <.> noch gezielter
28 arbeiten (I: okay). <.> wobei <.> das und man hätte vielleicht noch mehr, mehr zeit, ähm, die konzeptio-,
29 konzepte für diesen einzelnen noch etwas dit-, differenzierter auszuarbeiten.

30
31 I: okay <.> jetzt fällt mir doch noch eine frage ein (A: <lacht>) und zwar, ahm, hatten wir ja vorhin schon
32 kurz über den modellversuch gesprochen, den der herr dieckmann geleitet hat? wissen sie, was ich meine?

33
34 A: nee, erzählen sie mal n bisschen mehr, was sie da?

35
36 I: also da war dieser modellversuch, ahm, bei dem zehn einrichtungen teilnahmen (A: mh). und, ahm, da
37 gings drum, ob dieser eigene leistungstyp eins-punkt-sieben geschaffen wird (A: ja). da hat auch der klinger
38 in dem

39
40 A: ja, ja, also da waren wir dran beteiligt (I: mh), klar.

41
42 I: und, also mich würd einfach interessieren, warums nicht zu nem eigenen leistungstyp gab, äh kam, ob-
43 wohl offensichtlich is, dass bedarf danach is?

44
45 A: ja <.> oh ja, warum? also ich denke, äh, es ist nicht gelungen, im grunde die kostenträger davon zu über-
46 zeugen (I: mm). es is ja nach wie vor so, dass wenn hier jemand ins haus kommt und ÜBERPRÜFT, wie is die
47 entwicklung, was wird mit dem einzelnen menschen gemacht und was soll das dann KOSTEN? ähm, man
48 sich einfach noch da orientiert nach dem sogenannten metzler-bogen (I: mh), das heißt also, nach den
49 LEBENS PRAKTISCHEN dingen (I: ja) und NICHT nach den dingen, die AUFGRUND der psychiatrischen prob-
50 lematik, äh, das VERHINDERT (I: ja), dass diese anderen kompetenzen eigentlich da sind (I: ja). äh <.> ja, ich

- 1 denke, es is ne politische entscheidung und, äh, ne entscheidung auf, auf <.> ne-ne sache, die auch mit-mit
2 der finanzierung dieser geschichte zu tun, dass es dazu nich zu diesem eigenen leistungstyp gekommen is.
3 inhaltlich, denk ich, gibts da überhaupt keine, nicht dran zu zweifeln (I: mm), dass der erforderlich WÄRE,
4 hm. und wir kämpfen jedes mal <lacht> darum, dass wir bei-bei begutachtungen im grunde, mm, beschrei-
5 ben, was uns im alltag präsentiert wird von dieser person (I: mh) und, äh, ja <.> trotzdem gehts darum, wie,
6 kann er nich selber die, die haare kämmen und putzt er sich ausreichend die zähne <lacht>.
7
- 8 I: <.> gut, ich wär mit meinen fragen am ende, möchten sie noch was sagen, was ihnen wichtig wär oder
9 unerwähnt blieb?
10
- 11 A: ahm, ich hab ja jetzt ne ganze menge gesagt, ähm <...> also WICHTIG wär mir vielleicht noch zu sagen,
12 dass es, ähm, eine bereicherung is mit diesen menschen auch zu arbeiten, so schwer sie auch betroffen sind
13 (I: mh) und, ähm, <.> so SCHWER sie es auch im einzelnen haben, ähm, <.> sie bringen ein an eig-eigene
14 grenzen, man WÄCHST auch selber (I: mh), auch die kollegen wachsen, äh, ähm, durch die arbeit mit die-
15 sem personenkreis und man erfährt, wie vielschichtig leben und-und-und menschsein sein kann und, joa,
16 das is eine erfahrung, die für alle beteiligten n großen wert hat. <.> und man spürt auch, dass, ähm, diesem
17 personenkreis <.> zumindest so weit geholfen werden kann, dass sie das gefühl haben, sie HABEN so was
18 wie ein zuhause (I: mh) und das tut gut (I: okay) <.> n zuhause auf zeit, wenn sie bei uns sind <lacht> und
19 weitervermittelt werden dann, aber dass sie, dass sie sowas wie, ähm, ich bin hier angekommen und ich bin
20 hier gelitten und ich darf hier sein wie ich bin. das is, glaub ich, was ganz wichtiges (I: okay). das war jetzt
21 mein schlusswort <lacht>.
22
- 23 I: ja. gut, dann vielen dank (A: mh) für ihre auskunft und (A: JA) ihre bereitschaft, mit mir das interview zu
24 führen.

Interviewpartnerin: Isabell Berg
Therapieleitung TWG Paulus-Hilfe
Ort: Büro von Frau Berg
Datum: 22.01.2014, 11:30 – 12:05 Uhr

- 1 I: frau berg, wie sie wissen, schreib ich grad meine masterarbeit über therapeutische wohngruppen und in
2 einer solchen arbeiten sie hier auch unter anderem in der paulus-hilfe. könnten sie mir zuerst mal erzählen,
3 was ihre position hier is und was ihre aufgabenbereiche sind.
4
- 5 B: ich bin in der paulus-hilfe als psychologin angestellt und betreue als therapeutische leitun, ähm, drei
6 wohngruppen (I: mh) im sozialtherapeutischen heimbereich. das sind zwei wohngruppen mit dem standort
7 in hierort für junge erwachsene (I: mh) und eine außenwohngruppe in bachdorf, da handelt sichs um n the-
8 rapeutischen bauernhof mit, mit sechszehn bewohner.
9
- 10 I: mh, okay. und des läuft aber eigentlich alles unter dem twg- <.> (B: mh)-leistungsangebot? okay.
11
- 12 B: ja, wobei ich den schwerpunkt auf die wohngruppen hier in hierort legen würde, genau (I: okay). der, der
13 therapiehof in bachdorf is eher dann für-für leute, die doch länger bei uns bleiben (I: okay). mh.
14
- 15 I: <.> gut. ähm, also bei der arbeits solls besonders drum gehen, welche chancen und welche schwierigkeit-
16 en es geben kann bei der wiedereingliederung in ne regelwohnform. könnten sie mir anhand von nem
17 beispiel erzählen, wie sich der prozess darstellt der wiedereingliederung mit allen beteiligten.
18
- 19 B: <.> ähm, im allgemeinen isses so, dass der prozess m-mindestens n halbes jahr vor, vor ENDE (I: mh) des
20 wohnens hier beginnt. meistens schon damit beginnt, das, ähm, <.> dass wir mit den, äh, mit den bewoh-
21 nern hier, dahingehend vorbereiten, dass wir vielleicht praktikas anleiern, dass sie einfach mehr, mehr in
22 den arbeitsbereich integriert werden (I: mh). dass wir so ne art belastungserprobung machen. umgang viel-
23 leicht auch mit, äh, mit stadtgängen und mit selber-einkaufen (I: mh) und was im diesen rahmen hier mög-
24 lich ist, wobei der relativ eingeschränkt ist, einfach auch durch den standort hierort. ähm <.> dann geht es
25 natürlich darum, ne wohnform finden, zu finden, ne anschlusswohnform zu finden. das auch mit dem be-
26 treuer und dem kostenträger abzuklären. <.> äh, letztendlich bieten wir AUCH an, in zusammenarbeit mit
27 der neuen wohnform, dass wir ne übergreifende begleitung machen (I: mh), das heißt also, teilweise geh
28 ich dann auch noch n halbes jahr (I: mh) regelmäßig zu gesprächen in die NEUE wohnform, berate entwe-
29 der das team dort oder mache eben einzel- (I: okay), einzelgespräche mit den betreuern, ja.
30
- 31 I: <.> okay <.> ahm, gibts da bestimmte faktoren bei dem prozess, die den ERLEICHTERN oder erschweren?
32
- 33 B: <.> also ERSCHWEREND bei dem prozess is tatsächlich, die ne anschlusslösung zu finden (I: mh). ähm, das
34 is letztendlich immer die, ähm, die größte schwierigkeit (I: okay). was sich zum teil lange hinzieht, was teil-
35 wise aber dann stark verkürzt wird, einfach durch eingreifen des kostenträgers, der dann irgendwann sagt,
36 jetzt (I: mh), ähm, in den nächsten drei monaten muss hier was passieren, sonst zahlen wir nich mehr. was
37 die suche dann aber nich wirklich leichter macht, sondern einfach, dann nimmt man eben das nächstpas-
38 sende (I: okay). ähm, genau. ERSCHWERT aber die erfolgsaussichten dann auch (I: mh), letztendlich muss
39 man sagen. <.> was die suche ERLEICHTERT ist, <.> wenn jemand mitsucht, das heißt, wenn die betreuer
40 sich mit einschalten (I: mh) und einfach auch, mit, mitkucken, vielleicht auch n bisschen im, den umkreis
41 erweitern. mir sind hier ja natürlich n bisschen gebunden, an die re-regionalen strukturen (I: ja). sehr
42 schwierig wirds, wens wirklich weiter weg geht, also ich hatte einen bewohner den ich nach weitstadt
43 vermittelt hat. das war, ähm, ausgesprochen schwierig, überhaupt die strukturen dort kennen zu lernen (I:
44 ja) und die richtigen ansprechpartner zu finden. und des hat sehr lange gedauert, mh.

- 1 I: okay <.> ähm, welche unterschiede gibts denn bei der konzeption und beim arbeitsmodell inner twg im
2 vergleich zu ner allgemeinen wohnform der eingliederungshilfe?
3
- 4 B: <.> ähm, n unterschied bin ich, also in meiner, in meiner funktion (I: okay). also des, ähm, normalerweise
5 in der eingliederungshilfe gibts ja n pädagogischen oder psychologischen fachdienst, den kann man dazuholen
6 (I: mh). in den therapeutischen wohngruppen bei uns is des so, dass die therapeieleitungen fest be-
7 stimmten gruppen zugeteilt sind und wir auch wirklich, ähm, MINDESTENS einmal die woche vor ort sind zu
8 ner größeren besprechung (I: mh). beziehungsweise, wenn ich jetzt an meine gruppen denke, ich sicherlich
9 zweimal die woche dort bin. und wir n relativ engen austausch pflegen. ähm <.> dazu kommt, dass ich mit,
10 äh, mit den bewohnern bei bedarf einzel-, einzel- oder gruppenangebote mache, je nach, ähm, je nach
11 problemstellung. n großer unterschied is auch die ärztliche, die enge ärztliche anbindung, das heißt, wir
12 ham ja die akutklinik hier vor ort und, ähm, die psychiater, die allgemeinärzte sowieso und die psychiater
13 aber auch, kommen regelmäßig auf die wohngruppen zu visiten (I: mh). und das is auch ne enge zusam-
14 menarbeit wieder mit MIR (I: mh), sowohl was die diagnostik angeht, als auch, auch was die weitere thera-
15 pieplanung angeht. auch so mit den möglichkeiten, die wir jetzt im HAUS auch haben mit dbt-gruppen und,
16 ähm, und so weiter is das relativ eng, eng vernetzt (I: mh), was n großer vorteil is. was oft auch en tatsächli-
17 chen akutaufenthalt dann manchmal oder häufig einfach, ähm, <.> vermeiden lässt (I: okay), sich vermei-
18 den lässt, genau (I: okay), mh.
19
- 20 I: sie jetzt als psychologin
21
- 22 B: mir is noch was eingefallen, kann ichs noch ergänzen?
23
- 24 I: klar, <lacht> natürlich!
25
- 26 B: ich denke, die fachliche zusammensetzung auf den wohngruppen is ne andere (I: mh), also der, der, die
27 fachquote is höher als woanders (I: ja). die personelle besetzung is enger, weil, ähm, letztendlich viele,
28 ähm, viele geschichten auf der wohngruppe laufen. das heißt, es geht sehr oft ja um sozialverhalten, um
29 auseinandersetzungen mit meiner peergruppe, um auseinandersetzungen mit meiner lebensgeschichte,
30 ähm, wo einfach viel über beziehung und bindung läuft und das findet auf den wohngruppen statt (I: mh)
31 und deswegen sind die relativ gut ausgestattet personell (I: okay), mh, genau. jetzt sag ich nix mehr
32 dazu.
33
- 34 I: <lacht> dürfen gern noch. ähm, hier gibts ja auch bestimmte therapeutische maßnahmen, die jetzt hier
35 vorgenommen werden in der THERAPEUTISCHEN wohngruppe. könnten sie mir dir, DIE n bisschen näher
36 beschreiben?
37
- 38 B: <.> das is dann schon individuell einfach auch mit dem störungsbild (I: mh) zusammenhängend. des geht
39 von, und mit der, mit der kognitiven beeinträchtigung der einzelnen. also, ich denk, das geht von, von ein-
40 fach diesen, ähm, äh, kurzen reflexions-einheiten nach irgendwelchen konflikt- oder krisensituationen bis
41 hin zu irgendwelchen, ähm, äh, token-plänen oder verstärker-plänen über, eben wie ich gesacht hab, die
42 dbt-gruppen, die, die im haus laufen. die ja dann auch wieder damit verbunden sind, dass die in den wohn-
43 gruppen skills-trainings durchgeführt werden und im kontakt-zeiten bestimmte dinge immer wieder wi-
44 wiederholt werden (I: mh) und mit allem geübt werden, mh. bis hin zu soziale trainingsgruppen (I: mh) und
45 so weiter.
46
- 47 I: und psychotherapie auch?
48
- 49 B: <.> psychotherapie <.> ähm, findet eigentlich eher weniger statt bei uns im haus. ähm, dahingehend,
50 dass ich die einzelgespräche bei mir eigentlich eher als beratungs-, ähm, -gespräche empfinde (I: mh). oft

1 isses so bei unserm klientel, dass die nich WIRKLICH mit einem leidensdruck oder einer expliziten, ähm, ich
2 möchte (I: mh) bei mir das und das verändern, kommen (I: ja), sondern es geht ja eher um alltagsbegleitung
3 (I: mh) und um, ähm, BERATUNG in alltagssituationen, wenn TATSÄCHLICH jemand kommt und sagt, ich,
4 äh, ich habe diese und die störung, da MÖCHTE ICH WAS für mich dran tun, kammer des tun, aber des in
5 den seltensten fällen eigentlich (I: okay) im vordergrund.

6
7 I: alles klar, okay. ähm, ich würd gern auf die erfolgreich reintegrierten bewohner zu sprechen kommen (B:
8 mh). könnten sie mir da einfach n paar beispiele erzählen, wie sich da der prozess dargestellt hat mit der
9 wiedereingliederung.

10
11 B: <sucht in unterlagen> ähm, <.> ja, wenn ich namen nenne, die kommen ja dann eh raus, oder (I: mh)?
12 mir fällt's manchmal leichter (I: ja), gut. also, vor einem jahr nen junger mann, der weiterhin hier in der stif-
13 tung lebt (I: mh), ähm, war glaub drei jahre in der therapeutischen wohngruppe, mm, hatte große schwie-
14 rigkeiten mit seiner schizophrenen erkrankung. <.> der tatsächlich dann auch immer wieder, ähm, stark
15 beeinträchtigt war, weil er sich bedroht fühlte, ähm, wo wir sehr lange in zusammenarbeit mit dem psychi-
16 ater an-an der medikation gearbeitet ham, um überhaupt erst ne motivation bei ihm herzustellen,
17 IRGENDWELCHE form von angeboten anzunehmen (I: mh). also, ja, erstmal ganz niederschwellig in, im, in
18 zusammenarbeit mit ergotherapie und mit der förder-, mit der förderwerkstatt. ähm <.> der dann irgend-
19 wann aber wirklich auch ne medikation gefunden hat, wo ne zusammenarbeit mit ihm ganz gut möglich
20 war (I: mh), dadurch auch n vertrauensaufbau möglich war, ähm, und der dann letztendlich, obwohl er das
21 hier alles sehr lange abgelehnt hat, hier ne heimat gefunden hat und gesagt hat, ähm, er möchte hier blei-
22 ben (I: mh), in hierort, hier hat er arbeitsangebote gefunden und er wohnt jetzt in der blumenstraße, da
23 sind so kleinere wgs (I: mh), die, ähm, locker betreut werden, durch ne haus-, durch ne hausleitung (I: mh),
24 mh (I: okay). und durch die an-, durch-durch die anbindung HIER auch an die, an die ärzte, einfach weil die
25 medikation bei jemand mit so ner schweren schizophrenen erkrankung wichtig is, äh, kann er relativ wenig
26 betreut jetzt leben und hat trotzdem die sicherheit durch die ambulanz hier und die vertrauten struktu-
27 ren (I: mh), wenn ich merke, es kommt n einbruch oder ich hab meine medis wieder nich zuverlässig ge-
28 nommen, dann-dann isses, sind die wege für ihn einfach relativ kurz (I: mh). <.> und so konnte der sich
29 wirklich bei allen zweifel, die am anfang da waren, wirklich gut stabilisieren und es war auch NIE, ähm, hier
30 wieder ne anfrage für ihr gestellt (I: okay), mh. <.> also das is jetzt n beispiel für jemanden, der, der HIER
31 einfach seine heimat gefunden hat (I: mh). ich hatte aber auch, ähm, immer wieder bewohnerinnen, äh, bei
32 der einen, die ging zurück in die ursprüngliche einrichtung, nach, nach hierstadt (I: mh). die war hier tat-
33 sächlich, glaub ich, mit ner borderline-erkrankung, ähm, <.> die sich tatsächlich hier <.> ähm, wo von an-
34 fang klar war, dass d-des-der weg soll wieder ZURÜCK gehen (I: mh) und die konnte sich HIER für sich eini-
35 ges erarbeiten, ähm, immer mit diesem ziel, ich komm wieder zurück, und dann, ich halte den kontakt zu
36 meiner (I: mh) abgebenden struktur, auch zu meinem freundeskreis dort ,was ihr immer sehr wichtig war.
37 und bei ihr hats glaub ich dieses, ich hab ein ziel vor augen, sehr stark vereinfacht, das arbeiten mit ihr hier,
38 die konnte sich dann einfach ganz gut auf einiges einlassen <.> weil wusste wovor für sies tut und wos wie-
39 der hingehen (I: mh) und WAS DORT besser klappen soll. das war ne relativ, ähm, <.> einfache geschichte,
40 die dann auch zeitlich sehr, sehr gut begrenzt war, mh (I: okay). <.> aber da hört mer schon raus, die
41 anschlusslösung hat da große rolle gespielt (I: ja), also. und des hammer relativ selten, dass wir das, dass
42 schon klar is, ähm, wohin kanns gehen, mh.

43
44 I: okay <.> was für chancen und schwierigkeiten für den, für die reintegrierte person?

45
46 B: <.> bei der reintegration dann, oder?

47
48 I: ja, also wenn sie einfach in dem, quasi in dem neuen wohnsetting is, <.> was gibts da für chancen, was
49 gibts vielleicht auch für gefahren?

50

1 B: <.> die risiken sind OFT, ähm, wenn wir jemanden wieder zurückvermitteln oder überhaupt in ne, in ne
2 weniger enge struktur vermitteln, sind OFT, ähm, die starken, äh, die starken unterschiede in der enge der
3 begleitung (I: mh). also grad, bei-bei leuten, die wiederkommen, hat man oft das gefühl, dass es dieses,
4 ähm, dieses sicherheits- und haltgebende hier, ähm, <.> dass sie des auf der einen seite auch VERLASSEN
5 HABEN, weil-weils oft ein, mit eim, ich hab mich ENTWICKELT (I: mh) und jetzt kommt was NEUES und ich
6 kann jetzt MEHR als die andern hier, verbunden is. und gleichzeitig seh ich, das se n ganz starke, äh, ein-
7 bruch erlebt haben im sinne von, ich, es interessiert sich niemand mehr für mich, ähm, ich bin ALLEINE ge-
8 lassen (I: mh), ähm, mir fehlt die sicherheit (I: ja) letztendlich. des erleb ich manchmal als manko <.> NICHT
9 ALS MANKO, der, der einrichtung was hinkommt, sondern auch als manko, dass es keine zwischenlösungen
10 gibt. also dass es wirklich eine sehr abruptes ende dann ist, selbst wenn mans noch, äh, n bisschen mitbe-
11 gleitet (I: mh), isses doch im alltag dann einfach <.> ähm, sehr viel weniger sicherheit da. was zum teil ein-
12 fach auch dazu führt, dass die, dass die leute merken, sie kommen ohne diese sicherheit einfach gar nich (I:
13 mh), gar nich aus, mh.

14
15 I: <.> und die leute, die dann ohne die sicherheit nich auskommen, kommen die dann wieder hier her?

16
17 B: zum teil, wens-wens jemand bezahlt, also teilweise ham wir leute wiederaufgenommen (I: mh), jetzt
18 grad vor kurzem. <.> wir ham jemand aufgenommen, ähm <.>, ja. und bei anderen, da WEISS MERS NICH
19 SO GENAU (I: mh), was-was aus denen geworden is. bei manchen hört man dann auch, dass die dann in
20 einer, einfach öfter mal wieder akutstationäre aufenthalte in psychiatrien hatten (I: mh), mh, genau. aber
21 es is schon, kommt immer wieder vor, dass wir, dass wir anfragen für hier wieder ham. ähm <.> nich alle
22 bedienen wir, weil wir bei manchen auch gar nich den eindruck haben, dass nochmal twg sinn machen
23 würde (I: mh). aber bei einigen tatsächlich, ja (I: okay), ja.

24
25 I: <.> gut, könnten sie mir jetzt von, ahm, prägnanten fällen erzählen, bei denen die wiedereingliederung
26 nicht gelingen konnte?

27
28 B: <.> mh <.> war grad, hab ich ja grad gesagt, war grad der fall, die melli war <.> zwei n halb jahre in der
29 twg, wir hatten nochmal versucht, ne verlängerung zu erhalten (I: mh), weil wirs gefühl hatten, s is auf nem
30 guten weg, aber noch nich ganz stabil. ham das nicht erhalten und ham dann relativ zügig im bereich der st.
31 gallus-hilfe was für sie gefunden, was auch nicht, nicht SO SCHWER war, weil sie relativ unauffällig bei uns
32 agierte. sie hatte immer mal ihre kurze krisen (I: mh), wo sie einfach andeutete, sie wär suizidal und wenn
33 man das wirklich mit, ja mit, da mach mer jetzt einfach GANZ RUHIG und stoppen alles, ähm, hat mer sie
34 immer relativ schnell wieder rausbekommen. und mehr hat sie bei uns nicht gezeigt (I: okay). ähm und zog
35 dann in die, in den bereich des josephwerks nach kirschdorf. wir ham die arbeit erstmal hier belassen, weil
36 die auch ganz gut lief und s hat innerhalb von paar wochen sich gezeigt, dass sie <.> mit der fahrt hier run-
37 ter überfordert war (I: mh), was wir ihr vorher, was wir vorher uns gar nich so klargemacht ham. in der
38 fahrt in ihre arbeitsstätte, mit dem, ich arbeite hier unten und lebe dort oben, nicht klarkam und sie dann,
39 äh, selber sagte, sie fühlt sich unsicher, sie hätte gerne ne verschlossene wohngruppentür (I: mh), was ei-
40 gentlich bei uns nie, <.> eh nie n thema war. also sie war, konnte bei uns auch rein- und rausgehen (I: mh),
41 aber die tür bei uns ist duch ne schließanlage gesichert (I: okay). und das hat ihr riesige probleme gemacht.
42 sie hat das gefühl, wenn sie ein problem haben könnte und hätte den impuls sich was anzutun, dann wäre
43 die tür auf (I: mh). <.> ähm und das hat mit dazu geführt, dass sie alle strukturen dort überprüft hat auf ihre
44 sicherheit hin mit massivsten maßnahmen, also, ja, wirklich auch mit, mit suizid-DROHUNGEN, mit, mit
45 fremdaggressiven überbringen, -griffen, mit, ähm, <.> damit, dass sie mit sämtlichen männern, die irgend-
46 wie zur verfügung standen, weggegangen is (I: mh) und ähm, so dass die strukturen einfach nur noch um
47 hilfe geschrien haben, weil sie gesagt haben, wir schaffen das nich mehr mit ihr. sie is jetzt wieder hier (I:
48 mh) in ner <.> wohngruppe für jüngere und, ähm, hat sich ab dem ersten tag wieder völlig problemlos ein-
49 gegliedert (I: okay). <.> also, letztendlich für uns so n bisschen n hilfeschrei von ihr, es passt, irgendwas
50 passt für mich nicht und ich zeig das einfach ganz deutlich und dann krieg ich wieder (I: mh) die sicherheit,

1 die ich haben möchte (I: okay). die frage ist bei ihr jetzt tatsächlich, macht, würde ne twg nochmal sinn
2 machen? ich denke nicht (I: mh), sondern ich denke, dass es die tatsächlich etwas braucht, was, was länger-
3 fristig ausgelegt ist (I: okay). da wär dann eher für mich die frage nach libw (I: mh), mh.

4
5 I: okay <.> ahm, also, generell oder, zuerst gilt ja n, n twg-leistungsangebot für achtzehn monate (B: mh)
6 laut dieser leitung-leistungsvereinbarung. was gibts dann für anschlussmöglichkeiten, wenn jetzt
7 UNMITTELBAR die reintegration noch nicht in aussicht steht?

8
9 B: also bei, letztendlich <.> wär da glaub ich mein-, die heimleitung eher der ansprechpartner (I: mh), aber,
10 ähm, letztendlich isses so, dass wir schon auch verlängerung beantragen zum teil (I: ja) und zum teil auch
11 erhalten (I: mh). ähm <.> letztendlich wird bei uns, äh, die betreuung bei uns nicht beendet (I: mh), auch
12 wenn der, wenn die twg-kostenzusage endet. also die leute bleiben hier, bis sie was anderes gefunden ha-
13 ben (I: okay). im zweifel kommt halt jemand zum neu begutachten und s wird ne hilfebedarfsgruppe (I: mh)
14 gefunden (I: okay). also s, ähm, der heimvertrag hier ist nicht befristet (I: mh, okay). das heißt, wenn je-
15 mand hier n heimvertrag, dann, dann, und dann kümmern wir uns (I: mh) um die weiterführung. was jetzt
16 nich immer, glaub ich, RECHNERISCH wahrscheinlich nich immer ganz günstig is für uns (I: mh), ähm, aber
17 es wurde hier im haus noch nie gemacht (I: okay), also es is noch nie jemand, äh (I: ja), nahegelegt worden,
18 jetzt zu gehen (I: ja), mh. von daher suchen wir dann einfach emsig <lacht>, wens hier ausläuft.

19
20 I: ähm und der bleibt dann auch erstmal in demselben betreuungssetting?

21
22 B: also, wenn man jetzt das gefühl hat, okay, das wird was langfristiges (I: mh), ja, der wird uns im, im haus
23 ent-erhalten bleiben (I: mh), des, des lässt sich ja ein, zwei jahren ganz gut ablesen (I: mh). dann, dann ku-
24 cken wir zum teil, dass wir dann, ähm, innerhalb des hauses wechseln, weil wir ja auch wohngruppen ha-
25 ben, wo leute leben, die einfach schon länger da sind und wo, wo ne gewisse stabilität einfach mehr sinn
26 macht. weil in den therapeutischen wohngruppen is einfach der wechsel RELATIV HOCH (I: mh), was auch
27 immer ne unruhe reinbringt und viele, für viele bewohner irritierend is (I: mh). wenn mer sacht, nee, des is,
28 des is ne gewachsene gruppenstruktur, wo des einfach so PASST und der einfach auch ne rolle hat, auch für
29 die andern ne rolle einnimmt, die von bedeutung ist, dann belassen wirs manchmal auch dabei. aber wirk-
30 lich nur bei den leuten, wo wir sagen, die gehen, die werden gehen (I: mh). also die, die nicht, wo mers
31 gefühl, das, das klappt vielleicht wirklich auch GAR NICHT oder halt über die nächste drei, vier jahre nicht (I:
32 mh), ähm, machen wir meistens n internen wechsel (I: okay). grad bei den jungen erwachsenen ist des
33 dann schon, äh, zumal ich ja auch immer plätze freimachen muss wieder für twg- (I: mh) -aufnahmen (I:
34 okay), mh.

35
36 I: ahm, <.> gibts da irgendwie verallgemeinerbare veränderungen, die jetzt, die sich jetzt hier durch den
37 twg-aufenthalt einstellen bei den bewohnern? <.> beispielsweise hinsichtlich dem verhalten? also (B: mh)
38 zum beispiel, dass-dass man sagt, ähm, jetzt durch den twg-aufenthalt, da verändert sich bei besonders
39 vielen des verhalten, stabilisiert sich oder der hat kompetenzzuwächse, sowas zum beispiel.

40
41 B: nö, also des is ja doch relativ INDIVIDUELL (I: mh). wenn mans jetzt so verallgemeinern soll, dann gehts ja
42 oft, ähm, gehts ganz oft um, um sozialverhalten (I: mh) letztendlich. also um, ähm, um ne GEWISSE, n
43 GEWISSER kompetenzzuwachs im sozialverhalten dahingehend, dass ich vielleicht NICHT GLEICH zuschlage
44 (I: mh), sondern, und wens nur ist, dass ich, dass ich lerne, ich zieh mich einfach erst in mein zimmer zu-
45 rück und mach da ne übung und komme dann wieder in die gruppe (I: mh) zurück) und kucke, ob ichs ge-
46 klärt bekomm. SOLCHE geschichten stehen oft im vordergrund und ich denke, das is, das is was wesentli-
47 ches auch für die vermittlung dann wieder in ne andere struktur (I: mh). ähm, dass ich, in dem moment, wo
48 ich in ner wohngruppe lebe, habe ich gewisse belastungssituationen, die, die jemand, der allein wohnt eh
49 nich hat (I: ja). ich muss mich ständig auseinandersetzen mit irgendwelchen erziehern, ich muss mich stän-
50 dig auseinandersetzen mit meinen mitbewohner, die alle ja auch nich ganz einfach gestrickt sind. und da,

1 denk ich, so n gewisser kompetenzzuwachs is bei denen, die dann erfolgreich vermittelt werden können
2 schon DA, ähm, und ne gewisse psychische stabilisierung im sinne von, ähm, ja, ich, keine schweren selbst-
3 verletzungen mehr oder sowas (I: mh) in die richtung. das is auch eigentlich im allgemeinen dann (I: okay),
4 ähm, dann vorhanden, mh (I: okay), ja.

5
6 I: ähm <.> ham sie jetzt im laufe ihrer tätigkeit so bestimmte prognosefaktoren ausmachen können, dass
7 man zum beispiel schon, ähm, FRÜHER bei, im, während dem twg-aufenthalt sagen kann, OB die wieder-
8 eingliederung gelingt?

9
10 B: mh <.> mh <...> ich kuck mir grad mal die an, die ich mir (I: mh), mh. <11 sek> was ich als nen
11 GÜNSTIGEN faktor ansehe, is jetzt eher subjektiv, is aber SCHON ne gewisse <.> ne gewisse motivation <.>
12 ähm <.> dieses setting hier wieder verlassen zu wollen (I: mh). ähm <.> ja, ne gewisse motivation auch, sich
13 auf, auf bestimmte therapeutische angebote einzulassen, auch zu sagen, ICH MACH DA MIT, ich geh DAHIN
14 (I: mh). ALLEIN DIE BEREITSCHAFT regelmäßig an was teilzunehmen, is ja nich-nich-nich überall gegeben (I:
15 ja). und bei denen, wo das gegeben is und die sagen, ich hab, ähm, ich kann für sich, äh, n ziel ermitteln,
16 was ich, was ich gern erreichen will und mir is klar, dass ich, dass ne GEWISSE VERÄNDERUNG von meiner
17 seite aus vonnöten is. das is schon ne relativ gute voraussetzung (I: okay), mh, ja. und s is tatsächlich so,
18 dass hier viele auch kommen, hier sich sehr entlastet fühlen und dann nicht mehr unbedingt gehen wollen,
19 das find ich jetzt nich in allen fällen so günstig.

20
21 I: mh, okay. und was jetzt, ähm, bestimmte diagnosen angeht von (B: mh) psychischen störungen oder auch
22 von m schweregrad von dr geistigen behinderung?

23
24 B: <...> naja, die t-, wenn man jetzt die twg-bewohner ankuckt, sind oft nicht schwer geistig behindert (I:
25 okay). die, die sind ja per se meistens dann leicht geistig (I: mh) behindert (I: mh). wenn man ja ne gewisse
26 entwicklungspotential noch unterstellt und die schwere geistigbehinderten kommen eigentlich auch nich
27 mehr zu uns, die sin eigentlich überall ganz gut versorgt, glaub ich (I: okay). ähm, von der PSYCHISCHEN
28 erkrankung her, po-ha, <.> s eigentlich völlig gemischt <...> njoa <...> das find ich jetzt relativ schwer zu sa-
29 gen (I: ja), also leichte geistige behinderung kommen dazu mit, ja, wenn de jetzt ne, ne schizophrenie wie-
30 der bei dem einen ganz gut einstellbar is medikamentös, isses sicherlich dann, oder sieht die prognose ganz
31 gut aus (I: mh). wir ham auch einige, wo wir einfach medikamentös fast nichts erreichen, dann siehts ein-
32 fach gleich mal richtig schlecht aus (I: mh, okay), ähm muss mer schon sagen, ähm, jetzt von den, von den
33 frauen, die ich vermittelt hab, da warn jetzt einige, wo mit ner borderline-erkrankung, äh, persönlichkeits-
34 störung dabei, wo mer jetzt sacht, das is ja eigentlich eher ne LANGWIERIGE geschichte, die haben aber
35 eigentlich n ganz guten, ganz guten verlauf gemacht (I: okay). aber ob das schon n prognosefaktor is, wag
36 ich zu bezweifeln <lacht>. ähm <...> was AUCH ne rolle spielt, glaube ich, wenn ich mir das so anschau, is
37 auch die familiäre anbindung (I: okay). ähm, wenn da ne familie im hintergrund gibt, die des ganz sicher
38 auch n bisschen mit stützt und auch n bisschen mit sacht, naja, wir tragen des mit und wens da und da
39 hingehen soll, is des auch in ordnung und wir kucken nach dir, ähm, is des auch relativ günstig (I: okay), ja.
40 als, als, als familie, die zum einen hier von anfang an ablehnen (I: mh), ähm, oder auch sagen, es is uns
41 wurscht, mh (I: okay), mh.

42
43 I: ahm, könnten sie ne einschätzung drüber abgeben, wie viele bewohner s wiedereingegliedert werden
44 können in ne regelwohnform und wie viele nicht?

45
46 B: prozentual?

47
48 I: wie sie möchten. oder so, quasi, von sechs bewohnern so und so viel, oder prozentual, wie sie möchten
49 (B: <atmet tief aus>) <...> wens möglich is.

50

- 1 B: keine ahnung, hat die frau albertz da was gesacht?
2
- 3 I: <lacht> ja (B: <lacht>) ja.
4
- 5 B: die hat prozente angegeben?
6
- 7 I: ja.
8
- 9 B: dann is ja gut. <.> weiß ich nich, ich hätte jetzt spontan <.> dreißig prozent gesacht (I: okay), ich weiß
10 nich, ob des vermessen is.
11
- 12 I: <.> ja, also, ich kanns mir auch vorstellen, dass es ziemlich schwierig is so n, so ne einschätzung abg-
13 zueben.
14
- 15 B: mm, mh. also die HÄLFTE isses glaub ich nicht (I: okay). das wär, das wär zu viel.
16
- 17 I: <.> okay. aber sie arbeiten ja auch, ahm, eher mit, mit jüngeren klienten zusammen als die frau albertz?
18
- 19 B: ja, mh (I: mh, okay). die war pessimistischer, hm?
20
- 21 I: <lacht> ja.
22
- 23 B: <lacht> und wie ichs hier s interview versaubeutelt. nee, ähm, ja, also ich arbeit mit, mit jüngeren er-
24 wachsenen.
25
- 26 I: JÜNGEREN erwachsenen? (B: genau) also nich jetzt, ähm, minderjährige?
27
- 28 B: nee (I: okay) nee, nee. also wir ham, wir ham ja ne kinder- und jugendwohngruppe und dann NOCHMAL
29 (I: mh) jüngere erwachsene, also die NOCHMAL n tick jünger sind und ich nehm dann so die ab zwanzig (I:
30 ah ja, okay). einundzwanzig, so ungefähr (I: mh), was ja noch relativ jung is. ähm, was aber nich heißt, dass
31 jetzt auf den wohngruppen niemand älteres wohnt. (I: mh, okay) aber, so im, vom schwerpunkt her, mh, ja.
32
- 33 I: okay. und aus welchen wohnformen kommen dann leute? gibts da, gibts da tendenzen?
34
- 35 B: <.> ähm, es kommen ff-, ÜBERWIEGEND kommen die bewohner schon aus, auch stationären wohnfor-
36 men (I: mh, okay). ähm, ganz selten mal, dass jemand von daheim kommt (I: mh). ähm, die MEISTEN kom-
37 men aus statione-n-wo-nären wohnformen im wechsel mit sehr langen und sehr häufigen psychiatrie-
38 aufenthalten (I: okay), mh, ja.
39
- 40 I: gut. und, ähm, ich glaub, sie hams vorhin schon angedeutet, ähm, s gibt <.> s gibt schon ne ge-äh-gewisse
41 nachfrage nach den twg-plätzen?
42
- 43 B: mh.
44
- 45 I: odr?
46
- 47 B: mm.
48
- 49 I: okay.
50

1 B: ja, also wir ham auch ne warteliste, <zeigt auf ordner> da stehn die aufnahmeanfragen für die erwachse-
2 nen (I: okay). also, ja genau, nur die erwachsenen. die jungen sind draußen. ähm, ja, wir ham da relativ
3 große anfrage, was jetzt nicht heißt, dass des dann alles, ähm, anfragen, die irgendwann bedient werden,
4 also zum teil ergibt sich dann was anderes, zum teil sind es auch anfragen von betreuern, wo jetzt der kos-
5 tentträger ne ganz andere ansicht (I: mh), ähm, zu der geschichte (I: okay), mh. aber so die anfrageliste is
6 relativ groß. wobei sie dann immer mal wieder sich verkleinert, weil wir NICHT sehr zeitnah aufnehmen
7 können und dann (I: mh, okay), mh.
8

9 I: gut, ähm, also ich wär, ich hätt jetzt noch eine letzte frage und zwar, ähm, würd ich gern wissen, wie sie
10 selber des twg-leistungsangebot bewerten? also, was finden sie gut, wo gibts vielleicht noch verbesse-
11 rungsbedarf? <.> ja.
12

13 B: mm <.> was ich GUT finde, is so das konzept auf den wohngruppen, also dieses, ähm, diese enge bezie-
14 hung an, äh, an die wohngruppen-mitarbeiter, dieses, diese enge begleitung, einfach auch durch sämtliche
15 krisen (I: mh), auch das DURCHSTEHEN von krisen in wohngruppen erleb ich als n, als n großen vorteil. ähm,
16 ich erleb immer wieder leute, die auch hierher kommen und s gewohnt sind einfach, ich mach n bisschen
17 rabatz und dann komm ich mal wieder auf, ins krankenhaus (I: mh) und da hab ichs auch fein, da hab ich n
18 bisschen ABWECHSLUNG, ich muss gar nichts tun, ja. und dieses zu DURCHBRECHEN und dass die leute
19 erleben können, ich kann auch mal, äh, ja, furchtbar schräg drauf sein und ich g-, ich werde, ich komme
20 nicht weg, sondern ich bleibe hier (I: mh), äh, und muss mich dann vielleicht auch hinterher mit allen, die
21 ich da genervt hab, auseinandersetzen, des find ich, äh, find ich sehr positiv. was mir manchmal FEHLT,
22 ähm, <.> so insge-, aber des gilt für ingesamt hier fürs haus, sind so freizeitpädagogische angebote (I: mh),
23 ähm, des kommt n bisschen zu kurz (I: okay). einfach aber, hängt auch, glaub ich, mit der schwere der er-
24 krankung von vielen leuten hier zusammen. dass man einfach, ähm, die meisten sachen doch in GANZ klei-
25 nen gruppen oder im einzelnen machen muss (I: mh) und dann isses irgendwann einfach auch bei ner guten
26 personellen besetzung (I: okay) nich mehr möglich. UND was mir fehlt sind die, noch stärker die, die an-
27 schlusslösungen und die zwischenlösungen, die-die trainingsmöglichkeiten (I: mh). was, ja, also, da fehlt mir
28 auch so n bisschen n konzept, ma sacht jetzt, an dem und dem punkt steht mer und ab dem und dem punkt
29 fangen wir an mit <.> der und der geschichte, WEIL WIR SCHON WISSEN, wohins geht (I: okay), weil
30 dadurch dass die anschlusslösungen so schwer zu finden sind, ähm, weiss man manchmal AM ENDE nich
31 mehr so genau, auf was arbeiten wir jetzt genau hin? (I: mh) was wär jetzt noch wichtig, ähm, was wir noch
32 trainieren müssten (I: okay). wenn mer des genauer hätte, könnte man da einfach nochmal viel
33 SPEZIFISCHER mit den leuten sich des anschauen, was, was brauchts jetzt grad noch. genau, das bisschen
34 schade.
35

36 I: okay und von dem, ahm, quasi jetzt von der leistungsvereinbarung selber? also zum beispiel was die länge
37 angeht von, vom twg-aufenthalt, sind sie da, also
38

39 B: is häufig zu kurz (I: okay, mh), ja, also, find ich definitiv grad bei geistig, äh, bei intellektuell beeinträchti-
40 gten menschen rechne ICH in den wohngruppen, bis wir GENAU jemanden KENNENGELERNT ham, is schon
41 mal n halbes jahr rum (I: mh), muss ma einfach sagen. die ersten paar wochen verlaufen meistens relativ
42 angepasst (I: ja), dann kommt jemand so langsam an und bis mer ihn wirklich KENNT und sagen kann, ich
43 kann des und des einschätzen, is n halbes jahr (I: mh), hm. und, äh, <.> und dann BRAUCHEN wir einfach
44 noch ne gewisse zeit, was nicht drum geht, was arbeitet der oder wie sieht der zweite lebensbereich aus (I:
45 mh) oder was kommt dann und dann. sondern ne gewisse zeit muss es einfach auch mal wirklich drum ge-
46 hen, wie LEB ich mit anderen menschen zusammen (I: ja) und wie komm ich dahin? dann gehts vielleicht
47 auch noch um FAMILIE, um n bisschen was aufarbeiten oder heimgfahrten regulieren oder wo liegen die knack-
48 punkte? und, ähm, bis mer dann zu kuckt zu kommen, okay, jetzt hammer den bereich vielleicht ange-
49 schaut, jetzt kuck mer mal, wie isses mit ner öffnung, wie isses, wenn jetzt andere strukturen dazu kom-
50 men, muss mer eigentlich schon wieder kucken, wo kann der hingehen (I: mh). äh, und dann komm wir in,

- 1 in zugzwang und, ähm, und für die bewohner isses sehr, sehr stressig, sich, sich eingelebt und dann kommt
2 schon das nächste und das vielleicht dann noch möglichst schnell (I: mh). und das find ich zum teil unglück-
3 lich. bei manchen machts sicher auch sinn (I: mh), aber es is einfach, es is einfach ne starre vorgabe für
4 sehr, sehr unterschiedliche, ähm, ähm, problemstellungen.
5
- 6 I: okay (B: hm) <.> jetzt hätt ich doch noch eine nachfrage (B: mh). und zwar, ähm, damit, ähm, damit die
7 wiedereingliederung in ne regelwohnform gelingt, da is quasi die fähigkeit, ähm, dass mer ner arbeit über
8 MEHRERE stunden am tag nachgeht, is da schon n entscheidender faktor?
9
- 10 B: ähm <.> ja, leider (I: mh), also, ähm, es gibt ZUNEHMEND weniger wohnformen, ähm, die den ganzen tag
11 über personal vorhalten, sodass jemand (I: ja) einfach auch STUNDENWEISE irgendwo hingehen (I: mh)
12 kann (I: ja). ähm, es HEIßT, die vorgabe is ja immer, dass jemand n vormittag und n nachmittag außer haus
13 beschäftigt wird (I: ja). maximal, dass mer jemand über mittag, zum mittagessen heimkommen kann. und
14 DES, DIE-DIESE BEDINGUNG legt ja für uns schon den schwerpunkt, dass wir den zweiten lebensbereich
15 miteinbeziehen müssen, was aber per se bei ner sozial-, bei ner therapeutischen wohnform ja gar nich der
16 schwerpunkt is (I: ja). also oft kommen die leute ja in einem zustand, wo ma einfach sagen muss, es geht
17 hier nich ums arbeiten (I: ja), äh, sondern es geht um ganz andere dinge. letztendlich MÜSSEN wir aber mit-
18 , immer mitberücksichtigen, dass wir am ende in irgendeiner form kucken, dass der tagsüber, ähm, mög-
19 lichst lange tagsüber nicht mehr auf der gruppe ist <.> ja (I: okay) und dass, ja, das, und das machts
20 manchmal schwierig. wenn ich jetzt ANSCHLUSSLÖSUNGEN hätte mit, in wohngruppen, wo einfach gesagt
21 wird, ja, man kann auch mal ne krise haben und kann auch mal daheim bleiben (I: mh), des wär also deut-
22 lich einfacher (I: okay), mh.
23
- 24 I: ich hab des nur so bisher (B: mh) bei meinen interviews so rausgehört und wollt jetzt einfach noch s-, ihre
25 (B: ja) einschätzung.
26
- 27 B: ja, nee, das is so, des macht (I: okay), des machts nochmal schwieriger, mh.
28
- 29 I: okay <.> gut, ich wär mit meinen fragen am ende jetzt (B: okay), ham sie noch was, was ihnen wichtig wär
30 oder unerwähnt blieb?
31
- 32 B: <.> des kann ich jetzt gar nich so sagen, nee, weil ich mich jetzt auch, mit manchmal so bisschen unstruk-
33 turiert. <.> des könnt ich jetzt gar nich nachvollziehen, was hab ich alles gesagt, was nicht. <.> aber ich
34 denk, s passt so weit.
35
- 36 I: gut (B: gut), dann vielen dank (B: mh), dass sie mir auskunft gegeben ham.
37
- 38 B: gerne.

Anhang B: Transkriptionen der Klienteninterviews

Interviewpartner: Timo Gartling
Ehemaliger Bewohner TWG David-Stiftung
Ort: TWG-1, David-Stiftung
Datum: 17.12.2013, 11:15 – 11:45 Uhr

- 1 I: gut <.>, also timo, ich studier an dr hochschule in reutlingen und ich muss jetzt sowas wie ne abschlussar-
2 beit schreiben.<.> und da solls über die therapeutischen wohngruppen gehn und du hasch hier ja auch in dr
3 twg gewohnt in der david-stiftung (G: ja), okay. jetzt würd mich zuerscht intressieren, ähm, wo du denn
4 überall schon gewohnt hasch. wie hat des angefangen?
5
6 G: ersch war isch in dortdorf (I: mhm), dann taldorf (I: mhm) und dann georgshaus au in der david-stiftung
7 (I: mh) und dann <.> von bartholomäus-hilfe in kjp, twg, äh, h3 hat des ja früher gheißen (I: mh) und dann
8 von h3 zu dinos (I: mh) und dann in twg.
9
10 I: okay. und, warn des dann alles so wohnheime auch?
11
12 G: ja.
13
14 I: okay. und, weisch du noch, wie des damals war, als du dann, ähm, in die twg gekommen bisch und wa-
15 rum des so war?
16
17 G: wegen meine schyschose.
18
19 I: okay. und des, des ging dann nich mehr auf dr (G: ja ja), auf dr regelwohngruppe?
20
21 G: ja.
22
23 I: okay. und, wer, wer hat des dann entschieden, dass du hierher kommsch in die twg?
24
25 G: weiß i nimmer.
26
27 I: okay <.>. und, als du dann hier warsch, in der twg, w-war des irgendwie anders für dich? <.> was war da
28 besonders?
29
30 G: dass viele unternehmungs gmacht worden sind.
31
32 I: okay. <.> und, waren dann auch andere leute da? also jetzt zum beispiel ärzte, oder sowas?
33
34 G: ja, ab und zu.
35
36 I: okay. <.> und denksch du, der, dass du hier gewohnt hasch auf der twg, hat dir des geholfen?
37
38 G: scho (I: okay), si- ich hab mir ja s-ziemlich gut gebessert.
39
40 I: okay, in, bei was gebessert?
41
42 G: mit meine krankheit halt, pschyschose.
43
44 I: mhm. des heißt du bisch jetzt /1/ ruhiger?//

- 1 G: /1/ ruhiger// ja.
2
3 I: mhm, okay. gut. und, fühlst du dich auch irgendwie besser seitdem?
4
5 G: ja.
6
7 I: okay. <.> und, w-hat sich des dann auch irgendwie auf deine arbeit ausgewirkt? dass du hier warsch?
8
9 G: ja.
10
11 I: und wie? dann? <.> also, al- /2/ wo hasch du //
12
13 G: /2/ überanstrengung// halt und so.
14
15 I: okay, des isch jetzt nimmer so?
16
17 G: ja.
18
19 I: okay. <..> ähm <.> und ahm, okay. und du hasch dann hier in dr twg gewohnt?
20
21 G: ja, twg eins.
22
23 I: und, wie, wo bisch du dann hingekommen? nach /3/ dr twg?//
24
25 G: /3/ zu georgshaus//
26
27 I: okay. und, hasch du da, ähm, wie, wie isch des dann, dass du genau DA wohnsch, hasch du auch gesagt,
28 ich würd da gern hingehn?
29
30 G: ja.
31
32 I: also die ham dich gefragt, /4/ wo// würdsch du gern wohnen?
33
34 G: /4/ ja// ja.
35
36 I: okay. <.> und, mit dem umzug dann alles, kannsch da irgendwie was derzu erzählen, wie du da dann hin-
37 gekommen bisch?
38
39 G: man hat mich hingbracht nach hierstadt (I: okay). ersch hemmer n a-äh-aufnahmegespräch gemacht,
40 da in georgshaus.
41
42 I: <.> okay, und, wohnsch du jetzt immer noch in georgshaus?
43
44 G: christopherus-haus.
45
46 I: jetzt wohnsch in dr /5/ christopherus-haus? //
47
48 G: /5/ ja//
49
50 I: okay. und, warum bisch da, warum wohnsch jetzt nimmer in georgshaus?

- 1 G: weil des so weit weg is von stadt.
2
3 I: ah, okay. von, von welcher stadt?
4
5 G: von hierstadt.
6
7 I: okay. und da gehsch oft hin, odr?
8
9 G: ja, da bin i halt öfter in die stadt.
10
11 I: okay. zum, w-was machsch da dann?
12
13 G: einkaufen und so.
14
15 I: ah ja, subbr. okay. <.> ahm, ja, und jetzt, jetzt wohnsch im georgshaus? und
16
17 G: äh, christopherus-haus!
18
19 I: äh, entschuldigung, ja <lacht>. christopherus-haus, ja. und, kannsch mir mal erzählen, wie jetzt so n ganz
20 normaler tag bei dir abläuft? also angefangen mit aufstehen <.> und dann, was passiert dann?
21
22 G: dann gibts frühstück (I: mhm). und dann richten wir uns bis dr falt- ja, dann kommt dr fahrdienscht und
23 fährt uns, äh, david-stiftung.
24
25 I: okay. und dann, wie lang arbeitesch dann da?
26
27 G: bis viere.
28
29 I: und dann fährt sch wiedr heim?
30
31 G: ja.
32
33 I: machsch dann abends au noch irgendwas?
34
35 G: ja ab und zu gehe ich zum hirsch.
36
37 I: okay, isch ne /6/ kneipe? //
38
39 G: /6/ kneipe// ja
40
41 I: ah, subbr. okay. cool.
42
43 G: <.> odr bin i öfter am computer.
44
45 I: gut. <.> ähm
46
47 G: und mein hobby isch ja schlagzeug und e-gitarre.
48
49 I: ah ja (G: ja), okay. spielsch da auch in ner band, irgendwie?
50

- 1 G: leider net.
2
3 I: okay, würdsch aber gern?
4
5 G: ja, ja.
6
7 I: okay. <.> und jetz so, hier zu der twg. wie, fandsch da irgendwas besonders gut oder vielleicht au irgend-
8 was war net so gut?
9
10 G: ja des eingesperrte halt (I: aha). dass die tür immer zu war.
11
12 I: welche tür /7/ war immer zu? //
13
14 G: /7/ ja, die // die haustür und so.
15
16 I: ah, okay. des heißt, ihr konntet net raus?
17
18 G: ja, halt abends.
19
20 I: ah ja, okay.
21
22 G: ja.
23
24 I: <..> war sonscht noch irgendwas, was irgendwie gut war oder schlecht? so? odr
25
26 G: sonsch war eigentlis alles okay, hier.
27
28 I: mh, okay. <.> und, jetzt wohnsch in christopherus-haus, hasch du irgendwie, hasch noch n anderen
29 wunsch, wo du mal später noch wohnen möchtestch?
30
31 G: ja, selbständig.
32
33 I: okay, des heißt in ner eigenen wohnung dann?
34
35 G: ja.
36
37 I: okay. was, was gefällt dir da so gut, dass du des unbedingt machen möchtestch?
38
39 G: will halt freier werden.
40
41 I: okay. nich mehr auf andere leute angewiesen?
42
43 G: ja.
44
45 I: okay. <.> gut, möchtestch du noch irgendwas sagen? <.> irgendwas, was dir wichtig isch hier zur twg oder
46 zu manchen wohnungen, wohngruppen, wo du gewohnt hasch?
47
48 G: ja in dortdorf, wars, ääh, ziemlich hart (I: okay). da hen se ja gebrauch genommen von hitlerzeit noch.
49
50 I: was ham se da?

- 1 G: gebrauch, von hitler zeit hem se ghat.
2
3 I: okay (G: ja). wie ha-, wie w-, wie hasch des dann gesehen, dass die des machen?
4
5 G: des hat mer in, des hat mer schon gemerkt. alle in ein zimmer, frauen un in jungs (I: okay). und sogar bei
6 n duschen (I: mhm). ja halt au no rohrstock gebrauch, das mer min rohrstock eine drauf kriegt hat.
7
8 I: okay <..>. un was w-, was war des dann für ne wohngruppe?
9
10 G: nonn.
11
12 I: bidde?
13
14 G: nonn-gruppe. da warn lauter nonn. dortdorf-stefanshaus.
15
16 I: NONNEN?
17
18 G: ja.
19
20 I: ah, okay. isch des, isch des irgendwie n kloster oder sowas?
21
22 G: ja dortdorf-stefanshaus in berg-region unten in die nähe.
23
24 I: okay, ja des kenn ich nich (G: ja). kansch da noch mehr derzu erzählen?
25 <.> /8/ also s isch ischn kloster und//
26
27 G: /8/ ja, i weiß, ja//
28
29 I: wohn da dann, ähm, wer wohnt da so alles?
30
31 G: au leute so wir halt (I: okay) mit behinderungen und so.
32
33 I: okay <..> und, un nach dortdorf, wo bisch dann da hingekommen? oder /9/ bisch da//
34
35 G: /9/ taldorf//
36
37 I: wolltesch da selber dann weg?
38
39 G: ja.
40
41 I: okay.
42
43 G: da bin i nach taldorf gekommen.
44
45 I: okay und wie, wie wars da dann?
46
47 G: au so.
48
49 I: auch so.
50

- 1 G: ja und dann hat mein vater und mei mutter mich rausgeholt.
2
3 I: okay. und /10/ nachts musst//
4
5 G: /10/ die ham// die ham einfach misch n abends abgeholt unn nix gesagt, dass sie mich ho-
6 len und weg war isch.
7
8 I: mhm, und wo bisch dann hingekommen nach taldorf? <.> nachdem du in taldorf warsch?
9
10 G: hierher.
11
12 I: hierher?
13
14 G: ja.
15
16 I: okay.
17
18 G: bartholomäus-hilfe.
19
20 I: w-wie heißt die?
21
22 G: bartholomäus-hilfe.
23
24 I: bartholomäus-hilfe ?
25
26 G: ja.
27
28 I: okay, und wo isch die?
29
30 G: die gibts ja nimmer.
31
32 I: ah, die war hier auch aufm, die hat auch hier zu /11/ david-stiftung gehört?//
33
34 G: /11/ au hier zu david, ja//
35
36 I: okay und des war ne ganz normale wohngruppe?
37
38 G: ja.
39
40 I: okay, aber da wars dann besser, oder? <.> okay. aber da bisch dann trotzdem nochmal dann hier in die
41 twg gekommen?
42
43 G: ja.
44
45 I: <.> weil, weils da nich mehr geklappt hat? okay. was war da schwierig dann /12/ in der //
46
47 G: /12/ mi meiner tschyschose//
48
49 I: okay.
50

- 1 G: da hab i immer stimmen gehört gehabt.
2
3 I: ah ja, okay. und des hat sich dann hier gebessert?
4
5 G: ja.
6
7 I: <.> wa-weisch du, was dir hier besonders geholfen hat, für die psychose?
8
9 G: dass immer weman da war.
10
11 I: mit dem du dann reden konntesch?
12
13 G: ja.
14
15 I: ah ja, okay. <.> gut, und jetzt, ähm, in christopherus-haus, wie, wie, wie isch da, wie viel mitbewohner
16 hasch du?
17
18 G: acht.
19
20 I: acht, okay. und da läufst gut soweit?
21
22 G: ja.
23
24 I: okay. aber da isch jetzt nich mehr immer jemand da (G: nee), mit dem du reden kannsch? okay. hättst
25 /13/ des gern? //
26
27 G: /13/ da hab i// da hab i ja meine kollegen, meine freunde und so (I: ah ja, okay), wo ich da hab.
28
29 I: gut. <.> aber des brauchst jetzt auch nimmer, odr?
30
31 G: nee.
32
33 I: einfach, weils, weils dir besser geht?
34
35 G: ja.
36
37 I: okay. <.> gut. hasch sonst noch irgendwelche träume fürs leben, irgendwie n lebenswunsch? außer
38 jetzt alleine zu wohnen?
39
40 G: lesen zu lernen.
41
42 I: lesen zu lernen?
43
44 G: ja.
45
46 I: aha, okay.
47
48 G: weil da hab ich mir ne ganz schwer.
49
50 I: mhm, okay. willst da irgendwas dann, was besonderes machen?

- 1 G: ja, n führerschein zum beispiel machen.
2
3 I: okay. aber davor musch lesen lernen (G: ja), odr?
4
5 G: lesen und schreiben, und so.
6
7 I: okay. hasch dir da schon irgendwas überlegt, wie des machen könntesch?
8
9 G: i bin grad schon dabei.
10
11 I: okay und wie machsch des?
12
13 G: abends immer misch hinhocken und versuchen, ausm buch zu lesen (I: mm, okay subbr), dass i mi ver-
14 besser.
15
16 I: tusch des selber üben dann (G: ja) ganz alleine? subber, okay. gut, möchtesch du noch irgendwas sagen,
17 zur twg odr zu deiner wohnsituation sonst irgendwas?
18
19 G: ja, wir ham bei uns in christopherus-haus ne katze. (I: ne katze?) ja (I: okay) un die schlaft jede nacht bei
20 mir.
21
22 I: bei dir im zimmer? (G: ja) okay. tusch die dann auch füttern?
23
24 G: ja.
25
26 I: okay, subber. wie heißt die?
27
28 G: tigerle.
29
30 I: tigerle? okay. <.> gut <.> alles klar, dann wär ich fertig
31
32 G: jo.
33
34 I: vielen dank, dass du meine fragen beantwortesch hasch. dann weiterhin alles gute bei deinen wünschen,
35 die du hoffentlich alle, äh, erfüllen kannsch (G: ja). gut.

Interviewpartner: Peter Reinhard
Ehemaliger Bewohner TWG David-Stiftung
Ort: LibW-Wohngruppe, Talstraße 28, David-Stiftung
Datum: 19.12.2013, 16:00 – 17:15 Uhr

- 1 I: Herr Reinhard (R: hm), ich bin, ähm, n Student an dr Hochschule in Reutlingen (R: mh) und da muss ich so
2 n, wie so n abschlussaufsatz oder n bericht muss ich da schreiben (R: m). und /1/ den //
3
4 R: /1/ ich//
5
6 I: bidde? <4 sek> und, und, ähm, der aufsatz, da gehts um die therapeutischen wohngruppen (R: mm), um
7 die twgs (R: mm). und in solcher ham sie ja au mal gewohnt, hier in der david-stiftung. odr? schon. sie ha-
8 ben mal in ner twg gewohnt? <5 sek.> isch des richtig? <3 sek> okay. ahm, und
9
10 R: ich, ich, ich kann.
11
12 I: wie bidde?
13
14 R: ja.
15
16 I: okay. können sie mir mal zuerscht erzähl'n, wo sie denn schon überall gewohnt ham? <4 sek> wo ham sie
17 denn ganz früher gewohnt? <8 sek> ham sie früher zuhause gewohnt bei ihren eltern? <10 sek>
18
19 R: <nickt>
20
21 I: ja? okay. und dann, wo ham sie denn da-danach /2/ gewohnt?//
22
23 R: /2/ ausflug//
24
25 I: wie bidde? <7 sek>
26
27 R: <seufzt>
28
29 I: <7 sek> wissen sie des noch, als sie in der twg gewohnt ham? <3 sek> in dr therapeutischen wohngruppe?
30
31 R: <5 sek> auf dr twg-eins
32
33 I: genau, beim dirk heinrich, gell? <3 sek> kennen sie den noch?
34
35 R: ja. in bergort.
36
37 I: wie bidde?
38
39 R: in bergort.
40
41 I: ich habs nich verstanden, wo?
42
43 R: nochmal da-hin. <2 sek> in bergort.
44

- 1 I: in bergort?
2
3 R: bergort.
4
5 I: bergort. da ham sie auch schon gewohnt?
6
7 R: <7 sek> ich wollte nich verreisen gehn.
8
9 I: sie wollten nich verreisen gehn?
10
11 R: in bergort.
12
13 I: da wollten sie nich hin?
14
15 R: in bergort wollt ich nich mitkommen verreisen.
16
17 I: mh, wo sin, wo gings n da hin, die reise? war des n ausflug?
18
19 R: <5 sek> ich hab dann <6 sek> ich hab theater gemacht in bergort.
20
21 I: aha, und ham sie theater gespielt?
22
23 R: <2 sek> den koffer, der <4 sek> den <5 sek> den koffer, den <10 sek> er brauch bis <4 sek> da <5 sek> ich
24 <3 sek> ko- der koffer is nich gepackt worden in bergort.
25
26 I: mh, und dann konnten sie nich mit verreisen gehn?
27
28 R: ich wollte nich mit verreisen.
29
30 I: okay. und dann ham sie den koffer nicht gepackt?
31
32 R: <2 sek> ich, daheim, ich war sauer.
33
34 I: auf wen denn? <22 sek> auf wen warn se denn sauer, herr reinhard? <10 sek> wollen se nimmer?
35
36 R: mm <3 sek> ich bin abgehauen <türklingeln>.
37
38 I: okay und warum?
39
40 R: <7 sek> ich <3 sek> ich war noch <20 sek>
41
42 I: warum sind sie da abgehauen in bergort?
43
44 R: <3 sek> ich <7 sek>
45
46 I: sie dürfen ruhig alles erzählen.
47
48 R: <6 sek> ich <9 sek> ich bin durch die, m, ich bin noch in waldstadt, mal. <2 sek>
49
50 I: in waldstadt?

- 1 R: in waldstadt abge
2
3 I: da sin se auch abgehauen?
4
5 R: <4 sek> ich <1 sek> hab die türe <4 sek> ich <12 sek> ich, ich hab die türe <1 sek> ich bin im, <1 sek> ich
6 hab die türe in waldstadt. dann is die, is a feuerwehrauto gekommen.
7
8 I: is dr feueralarm losgegangen?
9
10 R: is a feuerwehrauto gekommen (I: mh). au- <5 sek> is a feuerwehrauto gekommen <3 sek>
11
12 I: und wo war des? in dortstadt? <20 sek> odr wo war des mit dem, mit dem feuerwehrauto?
13
14 R: in waldstadt.
15
16 I: waldstadt? okay. <3 sek> un, wissen sie noch, wie des war damals auf der twg? was war denn da? is da
17 auch mal was passiert?
18
19 R: <6 sek> ich, <1 sek> ich hab noch die in waldstadt, die hallo hallo, ich hab noch sand in den schuhen aus
20 hawaii gehört (I: mh), bei wiesenort. <4 sek> bei wiesenort hab ich die cd gehört, ich hab noch sand in den
21 schuhen /3/aus hawaii//
22
23 I: /3/ ah, okay// <lacht> <5sek> wo ham se die cd gehört? in waldstadt?
24
25 R: nee, bei wiesenort.
26
27 I: in wiesenort?
28
29 R: bei wiesenort.
30
31 I: okay. <7 sek> kommer nochmal zur, zur twg, herr reinhard (R: mm). was war denn da so los? is das mal
32 was besonderes passiert?
33
34 R: <5 sek> ich hab halt <4 sek> immer gedacht, da wärn kleine viecha.
35
36 I: auf der twg-eins?
37
38 R: hier in der david-stiftung.
39
40 I: mh <3 sek> und dann ham se angscht gehabt?
41
42 R: ich <16 sek> ich hab halt gedacht, des wärn <12 sek> ich hab gedacht, des wärn <9 sek> des wärn halt
43 <12 sek> des wärn halt <9 sek> des wärn halt <2 sek> weiß nich.
44
45 I: wa-was warn des für viecher, was sie gedacht ham?
46
47 R: <12 sek> vielleicht <2 sek> so <zeigt mit daumen und zeigefinger>
48
49 I: so kleine?
50

- 1 R: wüirma.
2
3 I: aha. <4 sek> aber die warn nich, die warn nich wirklich da?
4
5 R: ich hab immer <1 sek> die fusseln
6
7 I: was ham sie immer?
8
9 R: <3 sek> ich <4 sek> m <8 sek> ich hab gedacht, des wärn <10 sek> das wärn halt <8 sek> das wärn viel-
10 leicht noch so krebse gewesen (I: mh), s wärn krebse gewesen.
11
12 I: okay <3 sek> und was ham sie dann gemacht? <3 sek> wenn da krebse, wenn sie dachten, da wärn kreb-
13 se?
14
15 R: <7 sek> dann hat, dann war, hab ich halt <12 sek> m <2 sek> hab ich <20 sek> ich, ich bin dann auch mit
16 den <2 sek> ich wurde gepackt <1 sek> vom <12 sek> ich wurde <5 sek> ich hab <9 sek>
17
18 I: wer hat sie gepackt?
19
20 R: der herr zimmer.
21
22 I: dr herr /4/ zimmer?//
23
24 R: /4/ hat// mich gepackt. und dann bin ich in die <7 sek> <türklingeln> <10 sek> ja <15 sek>
25 dann hat er mich noch <6 sek> dann hat er mich noch <11 sek> dann hat er mich aufn boden ge- <3 sek>
26 aufn boden <4 sek> dr herr zimmer hat mich aufn boden <3 sek>
27
28 I: wer isn dr herr zimmer?
29
30 R: <5 sek> hat mich <4 sek> der hat mich kräftig aufn boden <3 sek>
31
32 I: geworfen. <6 sek>
33
34 R: er hat mich gepackt, der herr zim- ich wurde vom herr zimmer gepackt.
35
36 I: mh <2 sek> un, der herr zimmer, war des n mitbewohner von ihnen? hat der auch da gewohnt?
37
38 R: <2 sek> der herr <10 sek> ich hab gedacht, des wärn kleine viecher gewesen <5 sek>
39
40 I: und dann? <2 sek> was ham sie dann gemacht?
41
42 R: <27 sek> ich, ich hab auch beim, beim busfahn theater gemacht <2 sek> beim <7 sek>
43
44 I: wo war des?
45
46 R: <2 sek> beim herr voss hab ich quatsch gemacht. ich hab theater gemacht, da hat er gesagt, ich soll <5
47 sek> anhalten.
48
49 I: mh <4 sek> und dann?
50

- 1 R: <6 sek> dr herr voss hat <1 sek> hat <4 sek> dr herr voss, der hat <2 sek> gesagt <9 sek> dr voss, der hat
2 gesagt <7 sek> wenn ich blödsinn mach
3
4 I: wenn sie was?
5
6 R: wenn ich blödsinn mach (I: ja) <3 sek> dass ich dann aussteigen soll <7 sek> ich hab da theater gemacht
7 (I: mh)
8
9 <2 sek> (Bewohnerin O. kommt dazu)
10
11 O: hallo, hallo.
12
13 I: hallo.
14
15 O: hallo.
16
17 I: wir fü- wir machen hier grad, ähm, n interview. ich tu grad den herr reinhard was fragen (O: ja). okay?
18
19 O: ja. (unverständlich)
20
21 R: ich hab noch <5 sek>
22
23 O: n handy? handy?
24
25 I: nee, desch n aufnahmegerät (O: ja). ich sprech jetzt grad mim herr reinhard.
26
27 O: ja. musik.
28
29 I: ja, da kommt musik.
30
31 (Mitarbeiter kommt dazu und holt O. ab)
32
33 Mitarbeiter: komm, o. ! komm! <lacht> klappt alles, oder?
34
35 I: ähm, geht so. also, ich weiß jetzt net, ob, ob, ob sich dr herr reinhard nimmer an d twg erinnert?
36
37 R: doch.
38
39 I: doch? okay. <mitarbeiter und o. gehen>
40
41 R: ich war noch dran gewesen, so <8 sek> so, ich, ich war noch, so <6 sek> so korken <1 sek> noch <3 sek>
42 so <4 sek>
43
44 I: mh <3 sek> was ham sie da gemacht?
45
46 R: <3 sek> ich hab die, ich au noch <lautes gerufe im hintergrund> <21 sek> ich hab au noch <2 sek> heut
47 geloffen.
48
49 I: mh <4 sek> wissen sie noch, können sie sich noch in die twg erinnern? <3 sek>
50

- 1 R: <nickt>
2
3 I: ja? wie warn des damals?
4
5 R: <4 sek> ich <14 sek> ich bin <30 sek> da war noch ne sauna gewesen.
6
7 I: in der twg?
8
9 R: nee <23 sek> ich bin geloffn. <4 sek>
10
11 I: wo denn? wo sind sie gelaufen?
12
13 R: <20 sek> ich bin <2 sek> ich hab gewandert.
14
15 I: mh <3 sek> wo denn? wo sin, wo sin sie gewandert?
16
17 R: <32 sek> ich bin geloffn.
18
19 I: <2 sek> mh
20
21 R: <9 sek> da war ich noch <1 sek> den walter hab ich noch besucht.
22
23 I: den walter? <1 sek> wo war des? <5 sek> wo hat der gewohnt? <6 sek> wissen se nich? <10 sek> okay,
24 herr reinhard, jetzt wohnen se ja heute hier (R: hm). in dr libw-gruppe (R: hm) die /5/ gib//
25
26 R: /5/ auf de//tw- <1 sek>
27 -g achtundzwanzig. talstraße achtundzwanzig.
28
29 I: genau. desch die talstraße achtundzwanzig. wie gefällts ihnen hier? <8 sek> wissen se nich? <3 sek> was
30 is denn hier gut? <3 sek> in dr talstraße achtundzwanzig?
31
32 R: weiß ich nich.
33
34 I: wissen se nich. <3 sek> un was gefällt ihnen vielleicht nich so gut, was is blöd? <29 sek> ham sie auch
35 freunde hier? in dr talstraße achtundzwanzig?
36
37 R: <2 sek> des mädchen.
38
39 I: des mädchen?
40
41 R: stefanie <3 sek> äh ich <8 sek>
42
43 I: wohnt die auch hier? <2 sek> mh <4 sek> un was machen sie mit der? sprechen sie oft mit der?
44
45 R: <3 sek> ich, ich <3 sek> ich <3 sek> ich hab nich geredet.
46
47 I: okay <10 sek> was ham se dann gemacht? <2 sek> mit der stefanie?
48
49 R: <3 sek> die hat gesagt, die aus drübenort, des sin die coolsten, die stefanie, hier in dr au-talstraße
50 achtundzwanzig.

- 1 I: des sin die coolsten?
2
3 R: <4 sek> stefanie gesagt.
4
5 I: aha <4 sek> stimmt des? <2 sek>
6
7 R: <nickt>
8
9 I: ja? okay . <3 sek> un was machen sie denn hier in dr talstraße achtundzwanzig? tagsüber? <6 sek> mor-
10 gens tun se aufstehen?
11
12 R: <3 sek> ich, ich hör halt auch mal nachts musik.
13
14 I: okay <16 sek> un tagsüber? tun se da auch musik hören? <36 sek> odr hören se keine musik tagsüber?
15
16 R: <27 sek> ich <54 sek> <türklingeln> naja <3 sek>
17
18 I: wie bidde?
19
20 R: naja.
21
22 I: nich so oft?
23
24 R: naja.
25
26 I: <2 sek> was, was is naja?
27
28 R: <12 sek> ich kanns nich.
29
30 I: <2 sek> was können sie nich?
31
32 R: <44 sek> ich hab <2 sek> in der werkstatt is doch der nikolaus gekommen. (I: mh) <8 sek> in der werk-
33 statt is, is doch der knecht ruprecht gekommen.
34
35 I: ja und dann?
36
37 R: <4 sek> da hab ich n kleines päckchen gekriegt.
38
39 I: ah /6/ okay//
40
41 R: /6/ so//
42
43 I: gut. was war da drin?
44
45 R: maoam.
46
47 I: maoam? <3 sek> ham se sich da gefreut?
48
49 R: <25 sek> ich hab noch <1 sek> ich hab noch n <3 sek> <türklingeln> so n nikolaus gegessen.
50

- 1 I: okay <5 sek> ham se den dann auch bekommen in dr werkstatt? <5 sek> mh <5 sek> ich tu des gerät hier
- 2 mal weg <1 sek> ich glaub, des lenkt sie bisschen ab.

Interviewpartner: Achim Paschke
Ehemaliger Bewohner TWG Paulus-Hilfe
Ort: Lutherhaus, Paulus-Hilfe
Datum: 07.02.2014, 15:00 – 15:30 Uhr

- 1 I: gut, herr paschke (P: jip), ich interessier mich für verschiedene wohnformen und fürs wohnen hier in der
2 paulus-hilfe (P: jip). könnten sie mir zuerst erzählen mal, wie sie hier wohnen? wo wohnen sie denn hier?
3
4 P: aufm doppelzimmer (I: okay), jo.
5
6 I: okay <.> und mit wem dann?
7
8 P: mit, noch mit nem andern mitbewohner (I: aha), jop.
9
10 I: wie, wie heißt des hier des haus?
11
12 P: lutherhaus.
13
14 I: okay <.> und, ähm, gefällts ihnen hier?
15
16 P: joa, scho.
17
18 I: <.> was finden se denn gut hier?
19
20 P: <.> ma hier n geschützten rahmen hat (I: mh), jip.
21
22 I: <..> was hei, was heißt des, geschützter rahmen?
23
24 P: da ich nich mehr so viel scheiße mach wie, wie in bergdorf. <grinst>
25
26 I: in BERGDORF?
27
28 P: ja.
29
30 I: <lacht> was ham se n da gemacht?
31
32 P: da hab ich mich nich an die ausgangszeiten gehalten <..> ja.
33
34 I: und dann?
35
36 P: hats immer ärger gegeben.
37
38 I: <...> wa-w-was heißt des, nich an die ausgangszeiten gehalten?

- 1 P: bin, nn, bin dann gekommen, wann ich wollte oder gegangen.
2
3 I: mh <...> auch nachts dann (I: jip) oder? okay. wo sin se da hin?
4
5 P: nach hierstadt.
6
7 I: aha <..> un was ham se da gemacht?
8
9 P: <.> mit kumpels getroffe.
10
11 I: ah <..> aber des durften se eigentlich gar nich?
12
13 P: jip.
14
15 I: ah okay. und wie is des jetzt hier anders?
16
17 P: hier wurd gekuckt, ob ma auch pünktlicher kommt.
18
19 I: aha, okay (P: jip) <..> is sonst noch was anders mit den mitarbeitern oder so?
20
21 P: es sind mehr da, mitarbeiter.
22
23 I: ah ja, okay (P: jip). machen sie hier auch besondere sachen mit den mitarbeitern irgendwie?
24
25 P: ja scho. ab und zu ausflüge (I: mh), jap.
26
27 I: <..> gibts hier auch irgendwie andere mitarbeiter noch, also die nur, nur selten kommen?
28
29 P: ja, des gibts auch, jap.
30
31 I: und we-, was sin des dann für leute?
32
33 P: die is, auch nette eigentlich, jap.
34
35 I: nee, ich mein, es gibt, gibts zum beispiel sowas wie n psychologe oder?
36
37 P: des gibts auch, ja.
38
39 I: okay. und wann kommen die?
40
41 P: des weiß ich gar net. der kommt, glaub ich, einmal in dr woche (I: mh) <.> jap.
42
43 I: und machen sie mit dem dann auch was? oder was machen sie mit den dann?

- 1 P: mit, da bin ich meistens gar nicht mit dabei, da ich da meistens arbeiten bin.
2
3 I: ah ja, okay.
4
5 P: jip.
6
7 I: <..> und wann, wann gehn sie arbeiten?
8
9 P: um halb achte fängts an, die arbeit.
10
11 I: mh (P: ja) <.> okay <.> und wie lang dann?
12
13 P: bis fünfe.
14
15 I: <.> okay <.> ja jetzt, jetzt wohnen sie hier im, äh, lutherhaus (P: ja). und wie kam des derzu, dass sie jetzt
16 hier wohnen?
17
18 P: un des, wegen der bewährungsauflage. des wollt der richter auch so (I: aha), jop.
19
20 I: <..> und, w-w-was war davor, vor der bewährungsauflage?
21
22 P: da war ich in untersuchungshaft.
23
24 I: aha.
25
26 P: jo.
27
28 I: okay <..> und wo ham sie denn sonst schon so überall gewohnt?
29
30 P: in dortstadt.
31
32 I: in dortstadt? wo da?
33
34 P: marktplatz.
35
36 I: mh <.> in was für nem haus war des da?
37
38 P: des war bei meinen eltern zuhause.
39
40 I: ah ja, okay (P: ja). mh, und danach dann?
41
42 P: <.> dann selber irgendwie mit kumpels zusammen ab und zu gewohnt (I: aha), jap.
43

- 1 I: <.> ja, ham se sonst noch irgendwo gewohnt? dürfen einfach mal erzählen (P: jop), wo se schon überall
2 gewohnt ham.
3
- 4 P: eigentlich nur zwischendrin mal auch mit <.> öh, des war eigen- <.> eigentlich nur des zu dortstadt, da
5 war ich nur, hab ich nur beim freund gewohnt ab und zu und auch zu, äh, ab und zu auch drauße.
6
- 7 I: mh, okay <.> und wie sind sie dann hierher gekommen? durch die bewährungsauflage?
8
- 9 P: jap.
10
- 11 I: und warum ham sie die bekommen?
12
- 13 P: weil ich ziemlich viel scheiße gemacht hab in dortstadt.
14
- 15 I: okay.
16
- 17 P: jap.
18
- 19 I: wollen se des näher erklären noch oder?
20
- 21 P: m-m.
22
- 23 I: okay. <.> ja und, ähm, in dr therapeutischen wohngruppe ham sie ja auch schon gewohnt.
24
- 25 P: jap.
26
- 27 I: wie kams dazu, dass sie da dann hingekommen sin?
28
- 29 P: des <.> des war auch, glaub ich, wegen bewährung <.> ich hab ja hier schon zweimal gwohnt und zwi-
30 schendrin hab ich in bergdorf gewohnt.
31
- 32 I: mh (P: jap), okay. was is in bergdorf?
33
- 34 P: des is offene wohngruppe.
35
- 36 I: ah ja, okay. aber des war nur zwischendrin dann?
37
- 38 P: jap.
39
- 40 I: und des war nach dr twg? <.> odr dervor?
41
- 42 P: des is, glaub ich, sogar twg, offene wohngruppe.
43

1 I: mh, ja twg is ja <zeigt in richtung des klinikgebäudes> hier drüben?

2

3 P: wo drüben?

4

5 I: in dr paulus-hilfe.

6

7 P: ah, a-, des a-, des is psychiatrie.

8

9 I: psychiatrie?

10

11 P: ja, da war ich auch scho.

12

13 I: <.> ja aber, also, ja gut, vielleicht wussten sie des gar nich, dass des twg heißt.

14

15 P: jap.

16

17 I: ähm <.> mim herr eckert und so? kenn sie den?

18

19 P: jap.

20

21 I: also des, des is ja die twg.

22

23 P: jap.

24

25 I: okay. und w-wann warn sie dann da?

26

27 P: <.> 2008 bin ich hier runtergekommen.

28

29 I: okay.

30

31 P: jap.

32

33 I: <.> und dann sind sie nach bergdorf noch?

34

35 P: erst war ich hier zwei jahre und dann bin ich nach, aufs bergdorf.

36

37 I: ah ja, okay (I: jap). und nach bergdorf sind sie hierher gekommen?

38

39 P: ja, wieder.

40

41 I: ah, okay. jetzt hammers zusammen <lacht>.

42

43 P: <lacht>

- 1 I: <.> ähm, ja da, da jetzt in der, also für sie war des die psychiatrie dann?
2
- 3 P: jap.
4
- 5 I: okay. war, war da was anders als in anderen wohnf-, in anderen wohnungen, wo sie bisher warn?
6
- 7 P: des is, äh, schneller wechsel. da is ma dann vielleicht nur allerhöchstens sechs wochen und dann kommt
8 ma auf ne andere gruppe.
9
- 10 I: aha <..> okay <...> und, ähm, wo, wo ham sie denn, okay, dann wa-, nomal, dann müss mer des nomal
11 kurz, ahm, nochmal kurz sammeln. also des, des mit den sechs wochen, des is tatsächlich die psychiatrie (P:
12 jap), das, des is nich die twg, des hab ich falsch gesagt (P: jap). ahm <.> und wo, wo warn sie VOR
13 BERGDORF? auch HIER IN DEM HAUS <zeigt auf boden>?
14
- 15 P: jap (I: okay) auf dr gleichen gruppe.
16
- 17 I: mh. und war da irgendwas anders wie bisher jetzt?
18
- 19 P: <.> da war, hatt ich weniger ausgang (I: mh), jop.
20
- 21 I: <.> und ham sie da mit, irgendwie mit psychologen bestimmte sachen gemacht?
22
- 23 P: ja, hab ich. maltherapie und so.
24
- 25 I: aha, okay.
26
- 27 P: jap.
28
- 29 I: <.> wie fanden sie des?
30
- 31 P: gut.
32
- 33 I: ja?
34
- 35 P: jop.
36
- 37 I: <..> okay. und w-w, ham da auch dieselben leute wie jetzt schon hier gewohnt, oder?
38
- 39 P: m, nee, eher weniger.
40
- 41 I: weniger?
42
- 43 P: ja (I: okay). und da war immer ständig mehr wechsel von den bewohnern.

- 1 I: ah, da war, okay (P: ja). warum hat des gewechselt, wissen sie des?
2
3 P: jap, meistens dann auch woanderst, weil se hingekommen sind (I: mh), auf andere gruppen.
4
5 I: okay <.> mh <.> und, ähm, hats ihnen jetzt früher oder jetzt besser gefallen?
6
7 P: jetzt besser.
8
9 I: jetzt besser?
10
11 P: jap.
12
13 I: okay. und wieso?
14
15 P: ich jetzt n bissl mehr alleine machen darf.
16
17 I: mh, okay.
18
19 P: jap.
20
21 I: und wie war des dann früher?
22
23 P: früher durft, musst ich alles mit der begleitung mache.
24
25 I: <.> okay <.> wissen se noch mehr sachen, was da die psychologen gemacht ham?
26
27 P: m-m, des weiß ich nich, nee.
28
29 I: okay, also maltherapie. ham die irgendwie auch öfters mit ihnen geredet dann?
30
31 P: auch, jap.
32
33 I: mh, okay <.> hat ihnen da, ähm, also da beim letzten mal, als sie hier warn, hat ihnen da was besonders
34 gut gefallen oder nich so gut gefallen?
35
36 P: <.> des weiß ich gar nich.
37
38 I: sie sagten ja schon, dass des mit dr, mit dr begleitung, des fanden se nich so gut.
39
40 P: jap.
41
42 I: okay <...> und wie, wie is des jetzt hier eigentlich, ähm, mit der tür? können sie da immer rausgehen?
43

- 1 P: m-m
2
3 I: nich?
4
5 P: müssen die erzieher aufmache.
6
7 I: okay <...> ahm <.> glauben sie, dass, als sie letztes mal hier warn, da wars ja, da wars ja irgendwie n biss-
8 chen anders, ham sie gesagt?
9
10 P: jap.
11
12 I: hat des bei IHNEN irgendwas verändert?
13
14 P: <..> n bissle.
15
16 I: wie? wie denn?
17
18 P: weil ich jetzt nich mehr so viel scheiss mach.
19
20 I: okay <..> wie, ham sie irgendwie ne, ne vermutung, warum des so is? dass sie, also dass sie da jetzt nich
21 mehr so viel scheiße machen?
22
23 P: m, des liegt vielleicht auch n bissl daran, ich jetzt ne freundin hab seit zwei monaten.
24
25 I: aha, okay <.> ja gut, aber die hatten sie DA JA noch nich.
26
27 P: jap.
28
29 I: ähm <.> ja denken sie, dass des einfach, ähm, dass des mit den mitarbeitern da, da besser war, dass die
30 betreuung da anders war?
31
32 P: jap.
33
34 I: <..> okay <..> und jetzt ham se ne freundin?
35
36 P: jap.
37
38 I: schön <lacht> <.> ähm, wü-würden sie auch gerne woanders mal wohnen?
39
40 P: ja scho <..> jop.
41
42 I: wo dann so?
43

- 1 P: vielleicht in hierdorf.
2
3 I: in hierdorf?
4
5 P: jap.
6
7 I: mh, was, was is da besonders in hierdorf?
8
9 P: da gibts auch so offene wohngruppen.
10
11 I: ah, okay.
12
13 P: jap.
14
15 I: <..> und warum würden sie gern in ne offene wohngruppe?
16
17 P: s da n bissl besser is, da kann mer die freundin bes-, besser besuchen und so.
18
19 I: mh.
20
21 P: jap.
22
23 I: <..> und des können se hier nich? oder wie is des?
24
25 P: doch auch schon, aber da muss ma dann erst vorher alles absprecha.
26
27 I: ah, okay.
28
29 P: jap.
30
31 I: is nich immer dann n betreuer derbei (P: jap) und so später dann (P: jap) in der, in dem offeneren? okay.
32 <..> gut, also sie ham, zuerst ham sie bei ihren eltern gewohnt?
33
34 P: jap.
35
36 I: wo, in dortstadt, oder wo war des?
37
38 P: dortstadt, ja.
39
40 I: okay. und dann ham se mit ihren freunden zusammengewohnt?
41
42 P: jap.
43

- 1 I: und dann warn se hier?
2
- 3 P: und dazwischen war ich noch in, äh, untersuchungshaft.
4
- 5 I: in untersuchungshaft, okay. und dann sind sie hierher gekommen?
6
- 7 P: ja.
8
- 9 I: okay. und wann, wann war des, als sie in dr psychiatrie warn?
10
- 11 P: des war 2008.
12
- 13 I: <.> war des währenddem sie s erste mal hier warn?
14
- 15 P: ja.
16
- 17 I: okay. und dann sind sie, wie, wie heißt der ort? der andere dann noch, wo sie dann
18
- 19 P: bergdorf.
20
- 21 I: bergdorf, okay. wo is des? hab ich noch nie gehört.
22
- 23 P: des is, des vor hierstadt.
24
- 25 I: aha, okay.
26
- 27 P: jap.
28
- 29 I: und nach bergdorf sind se dann wieder hierher?
30
- 31 P: jap.
32
- 33 I: und warum eigentlich?
34
- 35 P: s da auch nich so gut lief, oft in bergdorf.
36
- 37 I: aha <..> okay <...> gut, ähm <..> ja, ich wär eigentlich dann, des wärn eigentlich so alle meine fragen ge-
38 wesen. möchten sie noch was sagen?
39
- 40 P: m-m.
41
- 42 I: so zu hier, wie finden ses hier allgemein?
43

1 P: gut eigentlich.

2

3 I: gut, ja?

4

5 P: jap.

6

7 I: okay <..> gut, ja dann, vielen dank, dass sie mir geholfen ham (P: jop) und noch alles gute weiterhin.

8

9 P: jap.

Interviewpartnerin: Britta Conrad
Ehemalige Bewohnerin TWG Paulus-Hilfe
Ort: Haus der Gastfamilie
Datum: 07.02.2014, 17:30 – 18:00 Uhr

- 1 I: also frau conrad, ich, ähm, interessier mich fürs wohnen und für verschiedene wohnformen und ich werd
2 auch später mal in nem wohnheim arbeiten in reutlingen. <.> könnten sie mir einfach zuerst mal erzählen,
3 wo sie denn hier gerade wohnen und wie es so is für sie?
4
- 5 C: also ich wohn seit eineinhalb jahren jetzt in ner gaschtfamilie (I: mh) aufm pferdehof und, ja mir gefällts
6 eigentlich hier sehr gut, weil hier sind tiere, also ich mag pferde über alles eigentlich (I: mh), reit auch, also
7 <.> theoretisch regelmäßig, jetzt zur zeit grad nich so <.> (I: mh), ja.
8
- 9 I: weils kalt is, oder <lacht>?
10
- 11 C: <lacht> nein, meine pflegemutter hat sich leider n fuß gebrochen.
12
- 13 I: ah, okay <.> (C: ja) <.> und was, was machen sie dann, ähm, wie, wie sieht so ihr tagesablauf aus?
14
- 15 C: also, montags bis mittwochs arbeit ich in flussdorf im kiosk-geschäft (I: mh), also beim unternehmen in
16 flussdorf (I: okay), im kiosk, des wird betrieben vom philippus-betrieb und donnerstags und freitags bin ich
17 in flussdorf im gärtneriebetrieb, da arbeit ich dann inner gruppe kunst und handwerk (I: mh) und freitags
18 hab ich da noch unterricht, weil ich werd jetzt vorbereitet auf, ähm, ne ausbildung.
19
- 20 I: okay <.> gut, ähm, jetzt wohnen sie hier inner gastfamilie. und, ähm, wo ham se denn davor schon über-
21 all gewohnt? dürfen einfach mal alles erzählen.
22
- 23 C: ähm, davor bei meiner mutter in vogelstadt (I: mh), dann, ähm, paar monate bei meim papa in nahstadt
24 (I: okay). dann ischs bei meim papa bissle schwierig geworden, dann war ich vier monate in dastadt in dr
25 psychiatrie (I: mh). dann bin ich von dastadt nach blumendorf bei schornstadt ins kinder- und jugendheim
26 (I: mh). DA war ich dann auch nur n paar monate, weils da dann auch wieder schwierig geworden isch mit
27 mir. dann bin ich, ähm, 2007 in die paulus gekommen, ersch auf die gruppe 1, vier monate später bin ich
28 dann auf gruppe 2 gezogen (I: mh). dann gibts ja von gruppe 2 so die appartments (I: mh) in bereich 3, da
29 hab ich dann auch teilweise oben gewohnt (I: mh), bin dann aber kurzzeitig wieder runtergezogen auf
30 gruppe 2 (I: mh) und dann ersch wieder hochgezogen und nach der, nach den appartments bin ich dann in
31 die pflegefamilie gezogen.
32
- 33 I: okay. und wie lang warn sie dann ingesamt, oder, 2007 warn sie in dr paulus-hilfe?
34
- 35 C: <nickt>
36
- 37 I: okay. und seit wann wohn sie dann hier?
38

1 C: seitm siebten mai 2010 (I: okay). oder? nee, 2011. nee, jetzt muss ich überlegen. mir hen 2014. <...> ein-
2 einhalb jahre bin ich pferdehof, 2013 bin ich hierher gezogen.

3

4 I: okay <.> okay. und, ähm, wa-, des gruppe 2, des war dann die therapeutische wohngruppe (C: ja) quasi?
5 okay. ahm, könnten sie da was derzu erzählen, wies da war für sie?

6

7 C: ja am anfang bissle schwierig, weil ich war das nicht gewohnt, irgendwie so die türen zu zu haben (I: mh),
8 sodass man nich rausgehen, wies jetzt grad eim passt (I: ja). dann, ähm, auch die zigaretten-einteilung, der-
9 vor konnt ich nur, also konnt ich rauchen, WANN ICH WOLLTE (I: mh). da gings dann so darum, so drei ziga-
10 retten pro tag (I: mh), morgens, mittags, abends. und, ja auch die zimmerpausen, die hab ich nie irgendwie
11 davor gekannt, so vorm mittagessen ne pause, dann nachm mittagessen so ne pause, vorm abendessen (I:
12 mh) ne pause. dann selbscht am wochenende um acht uhr ins bett, des war so irgendwie so ganz komisch
13 für mich am anfang (I: okay), weil ich immer eher so auf achse war abends am wochenende, joa <lacht>.

14

15 I: <.> okay, also die ganz vielen regeln dann? (C: ja) mh, okay. war da dann, ähm, auch was besonderes mit
16 den mitarbeitern, wie die zu ihnen warn?

17

18 C: ja, die meischten nett, die andern halt so <..> so, ja (I: mh). die andern mag ma halt, die andern nicht.

19

20 I: okay <.> ähm, gabs da irgendwie, ähm, so bestimmte SACHEN, die man da gemacht hat mit ihnen? also
21 irgendwie jetzt vom psychologen her oder psychiater?

22

23 C: also wir hatten jeden dienschttag auf gruppe 2 hatten wir des forum. da konnten wir dann au unsre prob-
24 leme (I: mh) der psychologin dann erzählen (I: mh). und was halt no außerhalb für probleme gibt oder auf
25 der gruppe oder so. dann im bereich 3 hat ichs dann jeden freitags immer (I: mh). und jetzt hab ich einmal
26 im monat, also seit ihr hier wohn, hab ich einmal im monat beim peter ulbig meine therapie, weil ich gesagt
27 hab, also des möcht ich weiterhin eigentlich machen.

28

29 I: mh, okay. was machen sie da in der therapie?

30

31 C: ja halt, ähm, ich red halt mit dem über meine probleme (I: okay, mhm). er hilft mir dann dabei auch, ja (I:
32 mh). oder wenss ärger gibt auf der arbeit.

33

34 I: okay <.> und sonst war, warn keine besonderen therapeutischen sachen da in dr therapeutischen wohn-
35 gruppe?

36

37 C: nö, eigentlich bin ich zum arbeiten gegangen. hab dann auch des, ähm, berufsbildungsbereich gemacht
38 in dortstadt (I: mh, okay). und, ja, <.> also so jetzt, also jetzt zur zeit mach ich noch die ergotherapie (I: mh),
39 um, ähm, konzentrierter zu werden, weil bei manchen sachen bin ich so unkonzentriert. aber sonsch, also
40 auf gruppe 2 warn da nich so spezielle therapien.

41

42 I: mh, okay <.> wie war des mit den mitbewohnern in dr therapeutischen wohngruppe?

43

- 1 C: ja, die meisten warn schwierig (I: mh). die andern, mit den ham wir uns, hab ich mich eigentlich gut ver-
2 standen. ich hatte, bin auch mit ner freundin von mir, ähm, hab ich n doppelzimmer gehabt (I: mh). also wir
3 ham uns gut verstanden und dann ham se halt irgendwann gemeint, nee, doppelzimmer gibts nich mehr
4 auf gruppe 2. irgendwann ham se aber des doppelzimmer dann aufgelöst zwischen zwei leuten und dann
5 durften wir in des doppelzimmer einziehen.
6
- 7 I: okay <.> was heißt schwierig, so wie die andern mitbewohner warn?
8
- 9 C: ja, es gab schon so paar fälle, wo se, s problem war immer, wenn die, ähm, ausgeraschtet sind und den
10 notenkopf gedrückt worden isch, dann mussten wir immer alle ins zimmer (I: mh, okay). und es hieß halt
11 dann, äh, wenn der im t-o war, fixiert war, dann hieß es so, ihr bleibt jetzt den ganzen tag im ZIMMER (I:
12 mh). des konnte dann sein, dass schon, äh, abends um sechs schon hieß, so zimmer-einschluss, ihr bleibt im
13 zimmer (I: okay). /1/ des war so//
14
- 15 I: /1/ und dann musste man// nee, wollen se noch was, wollen se noch was sagen?
16
- 17 C: des war halt immer so des problem <lacht>.
18
- 19 I: okay <.> und dann musste man den ganzen tag im zimmer bleiben?
20
- 21 C: ja <lacht>.
22
- 23 I: okay.
24
- 25 C: also, s war au so, abends um achte isch generell eigentlich, also zimmer-einschluss gewesen (I: mh) und
26 halt bis zum nägachten morgen bis da halt die betreuer dich geholt haben.
27
- 28 I: und dann war man im zimmer eingeschlossen?
29
- 30 C: die meischten schon, aber ich jetzt zum beispiel nich.
31
- 32 I: okay, und, ähm, sie ham von t-o gesprochen, des is time-out-raum?
33
- 34 C: ja.
35
- 36 I: okay. kam des oft vor?
37
- 38 C: nö, es ging, also bei mir nie <lacht>.
39
- 40 I: okay, okay. <.> gut, ähm, wie fanden sie so allgemein des wohnen in der twg?
41
- 42 C: ja, war eigentlich schon interessant.
43

- 1 I: okay. hat ihnen da was besonders gut gefallen?
2
- 3 C: joa, die aktivitäten, wo wir halt immer öfters gemacht haben. dadurch bin ich au, ähm, seit ich auf grup-
4 pe 2 gewohnt hab im fussballverein (I: mh, okay), fc paulus spiel ich mit. ja und die andern mitbewohner,
5 also s WAR AUCH sehr interessant so mit behinderten, so, also ich bin ja, ähm, teilweise ja auch so, hab ne
6 behinderung, aber andere ham ja ne MEHR-behinderung, s war halt dann (I: mh) schon interessant mit
7 denen zus-, zusammen (I: okay) zu wohnen.
8
- 9 I: was ham sie dann sonst noch für sachen gemacht, an aktivitäten?
10
- 11 C: ins kino, da simmer öfters gegangen. dann warn mer öfters mal mittags in dr stadt (I: mh), im sommer
12 war mer eis essen oder wir ham ne fahrradtour gemacht, wir warn schwimmen.
13
- 14 I: okay, mit, ähm
15
- 16 C: mit den betreuern.
17
- 18 I: mh, okay. und, was hat ihnen nich so gut gefallen. /2/ sie ham die regeln schon//
19
- 20 C: /2/ zimmerpausen <lacht> //
21
- 22 I: <lacht>
23
- 24 C: ja, die zimmerpausen halt, ähm, ich fand auch des wochenend-angebot, fand ich irgendwie sehr, es warn
25 halt viele au auf dr gruppe, die älter sind wie achtzehn (I: mh) und dann war des dann schon schwierig, weil,
26 ähm, in baumstadt so die gruppe, wie die halt immer erzählt ham, haja, des und des hab ich am wochenen-
27 de gemacht (I: mh) und des und des. und du kannsch halt wirklich nur sagen, haja, des und des HAM MER
28 GEMACHT und um acht war zimmer-einschluss <lacht> (I: okay). des war so immer so, ja des komische.
29
- 30 I: <..> gut, <.> ähm, ham sie selber noch bestimmte vorstellungen, wo sie später mal vielleicht wohnen
31 wolln?
32
- 33 C: <.> wahrscheinlich im abw (I: mh), wie ich, also, ich bin jetzt seit vier jahren mit meinem freund jetzt
34 zusammen (I: mh), der, also wir MÖCHTEN irgendwann mal zusammen ziehen. aber im moment, ähm, hab
35 ich dann auch gesagt, weil also, er will ja, meint dann nägschtes jahr oder dieses jahr, aber ich hab dann
36 gemeint, wenn ich jetzt dieses jahr meine ausbildung anfang, wird des voraussichtlich also dieses jahr und
37 nägscht jahr nichts davon werd'n (I: mh), weil ich muss darauf jetzt ersch konzentrieren.
38
- 39 I: jo, okay. <.> aber des wär so n, n traum für sie?
40
- 41 C: ja, des abw.
42
- 43 I: okay, mit ihrem freund dann zusammen?

- 1 C: ja, wahrscheinlich.
2
- 3 I: okay. jetzt is mir doch noch eine frage eingefallen zur twg. und zwar, ähm, können sie irgendwie sagen,
4 dass, dass des, dass sie in dr twg gewohnt hab, haben, was bei ihnen verändert hat in irgendner weise?
5
- 6 C: ja <.> also früher war des so, ähm, ich hab mich ja an GAR KEINE REGELN GEHALTEN (I: mh). also, mein
7 papa, der konnt mir keine regeln geben, weil den hab ich eigentlich nie so richtig wahrgenommen (I: mh),
8 also dem. dann im heim war des so, ähm, da ham mich die regeln eigentlich genauso wenig interessiert,
9 weil es gab eigentlich keine richtige KONSEQUENZEN (I: mh). also wenn ich abgehauen bin, dann hieß halt,
10 ja gut, äh, dein, ähm, AUSGANG wird jetzt für die zeit, wo du jetzt wegwarsch, eben GESTRICHEN. dann war
11 ich halt am nägschten WIEDER WEG (I: mh), weil mich hat des dann GAR NICHT interessiert, der also. und
12 wo ich halt dann wirklich auf die paulus kam und au auf die gruppe 2, ham se halt klipp und klar gleich ge-
13 sagt, also wenn du abhausch, bisch halt im zimmer einsperrt, darfsch au den ganzen tag nich mehr raus (I:
14 mh) und da hats dann, also ich BIN DANN AU, die erschte zeit auf dr PAULUS, bin ich EINMAL ABGEHAUEN,
15 übern gartenzaun geklettert und bin aber dann au FREIWILLICH gekommen (I: mh), weil ich mir gedacht
16 hab, okay, du machsch den schritt jetzt und fängsch genauso an wie dervor. eigentlich bringts dir nix, weil
17 du kommsch eigentlich wieder ZURÜCK, egal mit polizei oder mit sonst no irgendjemanden. dann bin ich
18 selber zurück gekommen, da war halt dann die konsequenz schon eher so, ich durfte halt dann nich mehr
19 allein zum RAUCHEN GEHN (I: mh) und, ja, deswegen hab ich dann au von vornherein, äh, bin ich dann gar
20 nich mehr abgehauen, hab mich dann teilweise au an die regeln gehalten (I: mh), joa. <.> hatt ja auch paar
21 regelverstoss, wo ich dann damals erwischt worden bin, aber hab mit den konsequenzen halt dann trotz-
22 dem leben können. also s hat mir au sehr geholfen so.
23
- 24 I: mh, einfach was so regeln anbelangt?
25
- 26 C: ja.
27
- 28 I: okay <.> gut, ja, ich wär mit meinen fragen am ende. möchten sie noch was sagen?
29
- 30 C: nee <lacht>.
31
- 32 I: nee? okay. alles klar, dann vielen dank für ihre bereitschaft (C: bitteschön).

Anhang C: Versicherung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle Stellen, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken gegebenenfalls auch elektronischen Medien entnommen sind, durch Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht wurden. Entlehnungen aus dem Internet sind durch einen datierten Ausdruck belegt.

Reutlingen, den

.....

Unterschrift