

Bachelor-Thesis



Abbildung 1 Osterland / Fotofolia

Was weiÙ ich denn noch,
was gestern schon war?!

Sozialpädagogische
Bedarfsanalyse von Menschen
mit der Doppeldiagnose
Down-Syndrom und Demenz -
in Einrichtungen der stationären
Behindertenhilfe

Sarah Gröning 338221 & Jule Rudolph 300678

Academie Mens en Maatschappij/ Fachbereich
Sozialpädagogik/ Saxion Hogeschool Enschede

Bachelor-Thesis

Sozialpädagogische Bedarfsanalyse von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz — in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe

| | |
|----------------------|---|
| Studieneinheit: | SE 9.2 Bachelor-Thesis |
| Name, Studiennummer: | Sarah Gröning 338221 Jule Rudolph 300678 |
| Seminargruppe: | ESP4DDB1 |
| Dozentin: | Verena Dietrich |
| Studiengang: | Sozialpädagogik Teilzeit Deutsch |
| Prüfungscode: | T.AMM.37489 |
| Fachbereich: | Sozialwesen/ AMM Saxion Enschede |

Esens, den 13. März 2017

I Vorwort

„Ich fühle mich wie 23! Entschuldigung, wie alt bin ich eigentlich?“

Diese Aussage eines demenziell erkrankten Bewohners mit Down-Syndrom in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung begegnete uns und ließ uns sogleich nicht mehr los. Doch was war es, was dieser Mensch in uns berührte?

Schnell wurde deutlich: Die Thematik der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz bietet ein innovatives und brisantes Forschungsfeld, das unsere beruflichen wie auch privaten Interessenbereiche verbindet. So entschlossen wir uns, dieses als Vorlage zur Themenfindung unserer Bachelor-Thesis zu nehmen, die im Rahmen des Teilzeit-Studiengangs Sozialpädagogik an der Saxion Academie Mens en Maatschappij in Enschede entstand.

Wir - das sind Sarah Gröning und Jule Rudolph – konzipierten, realisierten sowie evaluierten in der Zeit von September 2016 bis März 2017 diese vorliegende Bachelor-Thesis.

Was gilt noch zu beachten? Der Fokus der Forschung liegt in der Bedarfsanalyse für die zukünftige Betreuung dieser Personengruppe. Welche Bedarfe gibt es in der Betreuung? Wie ist die derzeitige Situation? Und was benötigt die stationäre Behindertenhilfe, um mit dem steigenden Alter und den zunehmenden veränderten Bedarfen der älteren Menschen mit Behinderung Schritt zu halten?

Auch hierbei zeigte sich schnell: Die Einrichtungen wollen Gleichschritt halten! Die angefragten Einrichtungen sowie die Experten entgegneten uns mit großem Interesse und einer hohen Bereitschaft, uns bei dieser aktuellen Thematik mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Ihnen wird an dieser Stelle ein großes Dankeschön ausgesprochen!

Wir bedanken uns zudem bei Verena Dietrich, die uns durch ihre engagierte Begleitung immer wieder auf produktive Art und Weise motiviert und gelenkt hat. Ein weiterer großer Dank geht an Udo Siefen, der uns durch seinen besonders kritischen Blick, konstruktiv und wertschätzend aus der Bahn geworfen und zugleich wieder in die Spur gebracht hat. Ihr habt uns sehr inspiriert!

Von Herzen danken wir unseren Familien, Freunden und Lebenspartnern und Kindern, die uns während des gesamten Studiums immer wieder den Rücken frei gehalten haben und uns in Zeiten intensiver Arbeitsphasen, mit großem Verständnis, enormer Motivation, Verzicht und einem starken Nervenkostüm begegnet sind.

Ein großes Dankeschön geht ebenso an unsere fleißigen Korrekturleser, die durch ihr konstruktives Feedback unsere Forschungsarbeit sehr bereichert haben.

Mit dieser Forschung erhoffen wir uns Lücken in einem relativ unbekanntem Gebiet aufgedeckt zu haben und kleine Impulse in Richtung „Veränderung“ geben zu können. Wir wünschen ihr deshalb viele Leser.

Sarah Gröning & Jule Rudolph

II Zusammenfassung

Diese Forschung beschäftigt sich umfassend mit der Thematik „Sozialpädagogische Bedarfsanalyse von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe“.

Das Ziel der Bachelor-Thesis ist es, die zukünftigen Bedarfe dieser Personengruppe in ausgewählten Wohneinrichtungen des Jacob-Meyersohn-Wohnverbundes in Rheine sowie der Ledder Werkstätten in Ibbenbüren und Umgebung, zu erfassen. Abgeleitet von dieser Zielformulierung lautet die Forschungsfrage:

Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen?

Innerhalb einer Querschnittsstudie wird hierbei die Übersicht von Angeboten und Entwicklungen in der Arbeit der Behindertenhilfe im Kontext mit Bedarfen älter werdender Menschen mit Down-Syndrom fokussiert. Entwicklungsbedarfe sollen aufgedeckt und in Empfehlungen thematisiert werden.

Die Grundlage dieser qualitativen Forschung bildeten Experteninterviews. So wurden insgesamt neun Befragungen, mit einem zuvor entwickelten Leitfaden, durchgeführt und anschließend evaluiert. Die Zielgruppe formte sich aus Sozialpädagogen der Einrichtungen, da sie eng mit der Klientel zusammenarbeiten. Sie ergeben somit das „Sprachrohr“ des Menschen mit Behinderung.

Bei dieser Forschung werden das Zusammenspiel und somit auch das Ausmaß des demografischen Wandels mit unvorbereiteten Einrichtungen besonders deutlich.

Hierbei kristallisieren sich in einigen Einrichtungen die fehlenden zeitgemäßen Konzepte sowie der teilweise mangelnde Einsatz sozialpädagogischer Methoden heraus. Daraus resultiert zum Teil ein improvisierter Umgang mit den Bewohnern. Empfehlungen für beide Institutionen, liegen hier deutlich in bedarfsgerechten Änderungen der Rahmenbedingungen im Hinblick auf ein immer älter werdendes Klientel.

Weiterhin wird eine Folgestudie zu einem späteren Zeitpunkt als Empfehlung ausgesprochen. Diese Studie könnte überprüfen, in welchem Maß sich Einrichtungen im Hinblick der Bedarfe strukturiert haben. Zudem sollte beleuchtet werden inwieweit sich die sozialpolitischen Ebenen geöffnet haben. Durch diese praxisnahe Forschung eines innovativen Themenbereichs, soll die besondere Relevanz für die Soziale Arbeit verdeutlicht werden.

III Summary

This research is concerning comprehensive with the topic "Social pedagogical demand analysis of people with the double diagnosis Down syndrome and dementia in stationary disabled facilities".

The aim of the bachelor thesis is to capture the future demands of this group of people in selected housing estates of the Jacob-Meyersohn-Wohnverbund in Rheine and the Ledder Werkstätten in Ibbenbüren and the surrounding area. Derived from this target formulation the research question is the following:

Which demands reveals from a social pedagogical point of view for the future care of people with the double diagnosis Down syndrome and dementia in stationary facilities?

Within a cross-sectional study is the overview of offers and developments in the employment of handicapped people in the context with demand of getting older people with Down syndrome focused. Development demands should be revealed and getting addressed in recommendations.

The basis of this qualitative research was formed by interviews with experts. So were a total of nine surveys with a previously developed guide carried out and subsequently evaluated. The target group was formed by social pedagogues of the institutions because they work closely with the clientele. They result the "Speech tube" of people with disabilities.

In this research the interplay and therefore the extent of demographic change, with unprepared facilities became especially clear.

For this crystallizes out the missing of modern furnishing concepts in a few of institutions and the lack commitment of social pedagogy methods partially. This results partly an improvised handling of the residents. Recommendations for both institutions are clearly in the appropriate changes to the general conditions with the view to an increasingly aging clientele.

Furthermore will continue a follow-up study to a later date as a recommendation. This study could verify how far facilities in terms of demand are structured. As well should also be checked to what extent the social-political levels have opened. Through this practical research of an innovative thematic area the particular relevance for social work is to be clarified.

Inhalt

| | |
|--|----|
| 1. EINLEITUNG..... | 1 |
| 1.1 Praktischer Forschungsanlass | 2 |
| 1.2 Ziele der Forschung | 3 |
| 1.3 Fragestellungen | 4 |
| 1.4 Das Forschungsfeld..... | 5 |
| 1.5 Zielgruppe | 6 |
| 1.6 Operationalisieren wichtiger Begriffe | 6 |
| 2. THEORETISCHER RAHMEN | 9 |
| 2.1 Demenzerkrankung | 9 |
| 2.2 Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz | 10 |
| 2.3 Bisherige sozialpädagogische Herangehensweisen..... | 13 |
| 2.4 Internationale Ausrichtung | 14 |
| 2.5 Tripelmandat..... | 15 |
| 2.6 UN- Behindertenrechtskonvention | 16 |
| 2.7 Themenrelevanz für die Soziale Arbeit..... | 17 |
| 2.7.1 Demografischer Wandel..... | 18 |
| 2.7.2 Ältere Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen | 18 |
| 2.7.3 Relevanz für die Soziale Arbeit..... | 20 |
| 3. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN | 23 |
| 3.1 Die Forschungsart..... | 23 |
| 3.2 Forschungsstrategie und -design..... | 23 |
| 3.3 Die Forschungsmethode | 25 |
| 3.3.1 Das problemzentrierte Interview..... | 25 |
| 3.3.2 Das teilstandardisierte Interview | 26 |
| 3.4 Die Forschungsinstrumente | 26 |
| 3.5 Die Stichprobe | 27 |
| 3.6 Die Gütekriterien | 28 |
| 3.7 Das Auswertungsverfahren | 29 |
| 3.8 Ethische Überlegungen | 30 |
| 3.9 Zusammenfassung..... | 31 |
| 4. DIE AUSWERTUNG..... | 33 |
| 4.1 Aufteilung der Kategorien | 33 |
| 4.2 Qualitative Inhaltsanalyse | 34 |

| | |
|---|-----|
| 4.3 Kodierleitfaden und Kategorien | 34 |
| 4.4 Auswertung der Interviews | 37 |
| 4.5 Beantwortung der Forschungsfragen | 41 |
| 4.5.1 Beantwortung der Teilfragen | 41 |
| 4.5.2 Beantwortung der Hauptfrage | 46 |
| 5. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN | 49 |
| 5.1 Allgemeine Empfehlungen | 49 |
| 5.2 Handlungsempfehlungen auf Mikroebene | 49 |
| 5.3 Handlungsempfehlungen auf Mesoebene | 51 |
| 5.4 Handlungsempfehlungen auf Makroebene | 52 |
| 6. DISKUSSION | 54 |
| 6.1 Stärken und Schwächen | 54 |
| 7. FAZIT | 57 |
| Literaturverzeichnis | 59 |
| Abbildungs- und Tabellenverzeichnis | 63 |
| Anlage I. Leitfaden für problemzentriertes und teilstandardisiertes Experteninterview | 64 |
| Anlage II. Experteninterview Herr W. | 66 |
| Anlage III. Experteninterview Frau F. | 73 |
| Anlage IV. Experteninterview Herr M. | 79 |
| Anlage V. Experteninterview Herr P. | 84 |
| Anlage VI. Experteninterview Herr K. | 88 |
| Anlage VII. Experteninterview Frau T. | 93 |
| Anlage VIII. Experteninterview Frau N. | 98 |
| Anlage IX. Experteninterview Herr B. | 101 |
| Anlage X. Experteninterview Frau W. | 104 |
| Anlage XI. Kodierung Herr W. | 109 |
| Anlage XII. Kodierung Frau F. | 110 |
| Anlage XIII. Kodierung Herr M. | 111 |
| Anlage XIV. Kodierung Herr P. | 112 |
| Anlage XV. Kodierung Herr K. | 113 |
| Anlage XVI. Kodierung Frau N. | 114 |
| Anlage XVII. Kodierung Herr B. | 115 |
| Anlage XVIII. Kodierung Frau W. | 116 |

| | |
|---|-----|
| Anlage XIX. Kodierung Frau T. | 117 |
| Anlage XX. Eidesstattliche Erklärung..... | 118 |

1. EINLEITUNG

„Erst durch die stark steigende Zahl älterer Menschen mit Down-Syndrom in jüngster Vergangenheit (...) zeigte sich das offensichtlich erhöhte Risiko dieser Gruppe, an einer Demenz zu erkranken“ (Havemann & Stöppler, 2010, S. 95).

Bezogen auf die Praxis gilt sich zu fragen: Wie sind die stationären Einrichtungen aufgestellt? Sind sie auf die Veränderungen vorbereitet? Und welche Bedarfe kristallisieren sich für diesen Personenkreis heraus?

Die vorliegende Bachelor-Thesis befasst sich mit den (zukünftigen) Bedarfen von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in ausgewählten stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Daher lautet die Hauptfrage:

Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen?

Mit der Forschung zu einer aktuellen und brisanten Thematik wird zur Weiterentwicklung des Berufes beigetragen des Sozialpädagogen, indem Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung und praxisnaher Untersuchung in Anspruch genommen werden. Diese Ausarbeitung bezieht sich auf Kernqualifikation Neun des Ausbildungsprofils des Sozialpädagogen.

Die Themenbereiche der Bachelor-Thesis beinhalten neben dem Vorwort und der Zusammenfassung in deutscher und englischer Sprache auch die Einleitung in die Thematik.

Den Kern der Bachelor-Thesis bilden der theoretische Rahmen, die Forschungsmethoden, die Auswertungen durch Schlussfolgerungen sowie die Handlungsempfehlungen für die Einrichtungen.

Der theoretische Rahmen gibt Rückschlüsse über das Themenfeld von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz und beleuchtet Aspekte von großer Relevanz. Ankerpunkte sind hierbei u.a. die Erkrankung, der demografische Wandel, die internationale Ausrichtung, sozialpädagogische Herangehensweisen sowie Bedeutsamkeiten für die Soziale Arbeit.

Das Kapitel der empirischen Untersuchung qualitativer Art, befasst sich mit dem gesamten Forschungsverfahren und stellt die Ergebnisse der Forschung dar. Erwähnenswert sind hierbei z.B. die Forschungsart sowie die Strategie. Die Forschungsmethode und das Instrument werden, im Hinblick auf den entwickelten Interviewleitfaden, beschrieben. Das Kapitel der Auswertung gewährt einen Überblick über die Ergebnisse. Im letzten Kapitel des Hauptblockes, lassen Schlussfolgerungen die Beantwortungen der Forschungsfragen zu.

Abschließend werden Empfehlungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene ausgesprochen, die zudem eine Empfehlung für eine Folgestudie formulieren. Die anschließende Diskussion enthält eine Stärken- und Schwächenanalyse. Die Bachelor-Thesis wird mit einem Fazit abgeschlossen.

Lesehinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet. Gemeint ist stets sowohl die weibliche als auch die männliche Form. Zudem wird der Begriff „demenziell erkrankt“ in Anlehnung an den ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten), in der vorliegenden Bachelor-Thesis verwendet.

1.1 Praktischer Forschungsanlass

Die Forschungsthematik behandelt die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz.

Im Folgenden wird der praktische Forschungsanlass erläutert, aus dem hervorgeht, weshalb die anstehende Forschung einen hohen Stellenwert für den sozialen Bereich und die Sozialpädagogik einnimmt.

Es kristallisiert sich heraus, dass die Dynamik des demografischen Wandels im Bereich der Altersentwicklung Herausforderungen mit sich bringt. Joas (2007) spricht von der demografischen Alterung als unabdingbares Element der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung.

Auch bei Menschen mit Behinderungen zeigt sich eine deutlich höhere Lebenserwartung ab. Laut Havemann (2010) ist ein klarer Zuwachs von älteren Menschen mit Behinderung in Deutschland und weiteren europäischen Ländern bemerkbar. Die Begründung liegt darin, dass Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung im 2. Weltkrieg als „lebensunwerte Ballastexistenzen“ eingestuft und radikal umgebracht worden sind. „Bei der Betrachtung der demografischen Entwicklung ist die Tatsache besonders hervorzuheben, dass es sich heute in Deutschland um die erste Generation von Menschen mit geistiger Behinderung handelt, die überhaupt alt werden kann und könnte“ (Havemann & Stöppler, 2010, S.70).

Das nationale und internationale Interesse an dieser Thematik steigt erheblich, hieraus nimmt die Relevanz für die Wissenschaft und Praxis deutlich zu.

Vor allem durch die stark wachsende Zahl von älteren Menschen mit Down-Syndrom, ca. seit den 1980er Jahren, wird das deutliche Risiko dieser Gruppe an einer Demenz zu erkranken, bemerkbar. Malamud erläutert hierbei, dass „Ab etwa ihrem 40. Lebensjahr werden bei nahezu allen Menschen mit Down-Syndrom nach einer Autopsie neuropathologische Veränderungen festgestellt, die auch bei der nichtbehinderten Bevölkerung mit einer Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ gefunden werden“ (In Havemann & Stöppler, 2010).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gruppe der Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz erheblich steigt. Doch was bedeutet es für die zukünftige Betreuung von dieser Personengruppe?

Betrachtet man stationäre Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe, so wird deutlich, dass teilweise mangelhafte Rahmenbedingungen, wie z.B. ungeschultes Personal sowie unzureichende räumliche Gegebenheiten vorliegen. „In der Betreuung und Begleitung muss man sich an neue Aufgaben gewöhnen und Lösungen, Konzepte und Modelle aus der allgemeinen Gerontologie einholen, weil es keine eigenständigen Erfahrungen und Modellversuche mit älteren Menschen mit geistiger Behinderung gibt.“ (Havemann &

Stöppler, 2010, S. 69). Erhebungsergebnisse machen deutlich, dass eine vorhersehende Planung derzeit nur in der Minderheit der stationären Einrichtungen vorliegt. Neben teilweise fehlenden konkreten Konzepten liegen auch z.T. Lücken in dem Ausbau eines Netzwerkes vor.

Dies gibt den Anlass zu hinterfragen: Wie sehen derzeit die Handlungskonzepte und Methoden in einigen stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe im Kreis Steinfurt aus?

Die Forschungsgruppe möchte mit dieser Forschung zur Entwicklung evidenzbasierter sozialer Arbeit beitragen und knüpft an das Berufsbild des Deutschen Berufsverbandes für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) an.

Der DBSH (2009) sieht es u.a. als Aufgabe des Sozialpädagogen, Gruppen und Einzelpersonen bei der Überwindung begrenzter Lebensbedingungen zu unterstützen. Ebenso ist der Sozialpädagoge in der Verantwortung, problematische Entwicklungen im Arbeitsfeld zu veröffentlichen, um Klärung von Verantwortlichkeiten zu erneuern sowie gesellschaftlichen Ausgrenzungsprozessen entgegenzuwirken und Mitarbeiter in Einrichtungen zu unterstützen und zu beraten.

1.2 Ziele der Forschung

Ziele auf Mikroebene

Die Forschung soll Probleme in der alltäglichen Betreuungssituation von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz aufdecken. Anhand der Forschungsergebnisse sollen Handlungsempfehlungen an die stationären Wohneinrichtungen gehen, welche die Betreuungssituation ggf. verändern und erleichtern sollen. Außerdem soll die Lebensqualität der Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz verbessert werden. Mit den Teilfragen Eins, (Wie erleben Mitarbeiter die derzeitige Betreuungssituation?) und Zwei (Welche sozialpädagogischen Methoden werden zur Betreuung eingesetzt?) soll dieses Ziel erreicht werden. Diese beiden Fragen erörtern auf der Mikroebene den aktuellen Betreuungszustand der Klienten. Die Teilfrage Fünf (Welche Wünsche ergeben sich aus der derzeitigen Betreuung für die zukünftige Betreuung?) soll den Interviewten Raum geben, eigene Vorstellungen oder Ideen einzubringen um die Lebenssituation der Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz zu verbessern. So ist die Mikroebene laut Hamburger (2012) das Individuum selbst, ebenso wie seine Familie und auch das dazugehörige Umfeld, in dem es sich befindet.

Ziele auf Mesoebene

Auf der Mesoebene soll der Ist- Zustand in den Einrichtungen erhoben werden. In dem Bereich der Rahmenbedingungen soll erforscht werden, welche Faktoren nützlich sind und welche hinderlich. Durch konkrete Handlungsempfehlungen sollen die Einrichtungen Defizite minimieren können. Mit Hilfe der Teilfrage Drei (Wo ergeben sich Herausforderungen bei der Betreuung?) und der Teilfrage Vier (Welche Rahmenbedingungen sind für die Betreuung notwendig?) wird die Mesoebene beleuchtet.

Es geht hierbei um die Institution sowie das Netzwerk und nicht so sehr um die konkrete Betreuungssituation der Klienten. Auch die Teilfrage Sechs (Wo sehen die Sozialpädagogen die Möglichkeit zur multiprofessionellen Zusammenarbeit?) soll dazu beitragen, um Handlungsempfehlungen auf der Mesoebene aussprechen zu können. Mit der Teilfrage Fünf (Welche Wünsche ergeben sich aus der derzeitigen Betreuung für die zukünftige Betreuung?) soll die Möglichkeit gegeben werden, die Experten, in diesem Fall die befragten Sozialpädagogen, in die Handlungsempfehlung einzubeziehen. Joas (2007) beschreibt die Mesoebene als das zwischenmenschliche Geflecht von Individuum zu Individuum, ebenso wie die der gesellschaftlichen Strukturen.

Ziele auf Makroebene

Auf gesellschaftliche Trends soll die Forschung aufmerksam machen. Folglich umfasst also die Makroebene alle sozialen Systeme sowie deren Strukturen. Ebenso wie deren Effekte bezogen auf das Sozialverhalten (Joas, 2007). Hierbei sind es zudem auch die jeweiligen Dynamiken der gesellschaftlichen Zusammenhänge selbst, welche in Bezug auf das Individuum hierbei im Vordergrund stehen. Des Weiteren sollen hier Handlungsempfehlungen zum Berufsprofil von Professionellen in der Behindertenhilfe ausgesprochen werden. Die Teilfrage Drei (Wo ergeben sich Herausforderungen bei der Betreuung?), Teilfrage Vier (Welche Rahmenbedingungen sind für die Betreuung notwendig?) sowie Teilfrage Fünf (Welche Wünsche ergeben sich aus der derzeitigen Betreuung für die zukünftige Betreuung?) sollen Anhaltspunkte liefern, die eine Handlungsempfehlung möglich machen.

1.3 Fragestellungen

In dem folgenden Abschnitt wird die Forschungshauptfrage benannt, zudem werden die daraus entwickelten Forschungsteilfragen aufgeführt.

Forschungshauptfrage

Die Hauptfrage der Forschungsgruppe lautet: Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen?

Forschungsteilfragen

Für die Beantwortung der genannten Hauptfrage wurden zunächst sechs Teilfragen entwickelt.

Teilfrage 1: Wie erleben die Mitarbeiter die derzeitige Betreuungssituation von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Teilfrage 2: Welche sozialpädagogischen Methoden werden zur Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz eingesetzt?

Teilfrage 3: Wo ergeben sich Herausforderungen bei der Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Teilfrage 4: Welche Rahmenbedingungen sind für die Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz nötig?

Teilfrage 5: Welche Wünsche ergeben sich aus der derzeitigen Betreuung für die zukünftige Betreuung von Menschen mit Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Teilfrage 6: Wo sehen die Sozialpädagogen die Möglichkeit zur multiprofessionellen Zusammenarbeit bei der Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

1.4 Das Forschungsfeld

Der folgende Abschnitt beschreibt das Forschungsfeld, auf das die Forschung ausgerichtet ist. Hierbei werden beide Einrichtungen vorgestellt.

Jacob-Meyersohn-Wohnverbund

Der Jacob-Meyersohn-Wohnverbund, gegründet im Jahre 1989, ist eine Einrichtung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach § 53 ff SGB XII. Er obliegt der Trägerschaft des Caritasverbandes Rheine e.V. und befindet sich somit in christlich-katholischer Ausrichtung.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe mit Sitz in Münster agiert als Kostenträger der Hilfestellungen.

Die verschiedenen Wohnangebote richten sich an Menschen unterschiedlichen Alters und Behinderungsformen. Personen mit geistigen, körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen sowie Mehrfachbehinderungen, spezifischen Verhaltensweisen oder Menschen mit Epilepsie leben hier (Caritasverband Rheine, 2007).

Fundamentale Bestandteile des Leitbildes kennzeichnen sich durch die Sicherstellung der Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Liebe, Geborgenheit, Achtung, Eigentum, Freiheit und Selbstbestimmung. Der Wohnverbund steht für eine größtmögliche Lebensqualität und ein Höchstmaß an Wohlbefinden, das durch verschiedenste Wohnangebote für die Menschen mit Behinderung, geleitet von dem Prinzip der Wachstums- und Bedürfnisorientierung und Selbstbestimmung realisiert werden soll (Caritasverband Rheine, 2007).

Aktuell besteht der Wohnverbund aus Einrichtungen in Rheine, Neuenkirchen und Mesum.

Ledder Werkstätten

Die Ledder Werkstätten gemeinnützige GmbH sind eine soziale Einrichtung des Diakonischen Werkes und des evangelischen Kirchenkreises Tecklenburg. Gegründet wurde die Einrichtung 1968 zunächst unter dem Titel „Beschützende Werkstatt“, 1971 dann umbenannt in „Werkstatt für Behinderte“. 1982 erkannte die Bundesanstalt für Arbeit den Ledder Werkstätten den Status einer Werkstatt für behinderte Menschen

(WfbM) zu (Ledder Werkstätten, o. J.). Sie sind ein umfassender komplexer Dienstleister mit unterschiedlichen Wohn- und Tätigkeitsfeldern für Menschen mit Behinderungen. Die Ledder Werkstätten sind ein Unternehmen mit sozialer Zielsetzung. Sie stellen rund 1300 Beschäftigten einen sicheren Arbeitsplatz zur Verfügung. Etwa 500 Mitarbeiter, oft mit Doppelqualifikationen, sind im kompletten Altkreis Tecklenburg, in Saerbeck und Greven auf unterschiedliche Arbeitsbereiche verteilt. Die Experteninterviews wurden in vier von insgesamt 11 stationären Wohnbereichen geführt. Innerhalb der stationären Einrichtungen sind 166 Mitarbeiter mit unterschiedlichen Qualifikationen angestellt (Ledder Werkstätten, o. J.).

Beide Institutionen obliegen der Wiedereingliederungshilfe. Paragraph 53ff des SGB XII legt Aufgaben sowie leistungsberechtigte Personen der Wiedereingliederung fest. Hieraus bestimmt Absatz 1 folgende leistungsberechtigte Personen:

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

Um das Forschungsfeld enger einzugrenzen, wird die Forschungsfrage in stationären Wohneinrichtungen der oben angegebenen Träger in den Orten Neuenkirchen, Rheine, Ibbenbüren und Lengerich untersucht.

1.5 Zielgruppe

Dieser Punkt beschreibt, wer in dieser Forschung befragt wird.

Die Zielgruppe dieser Forschung sind die Experten in Form von Sozialpädagogen. Sie alle arbeiten in stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Diese werden unter Forschungsfeld beschrieben. Außerdem haben alle Probanden der Forschung Sozialpädagogik studiert und arbeiten seit mindestens einem Jahr in ihrer Einrichtung. Die genaue Stichprobe der Forschung wird in Stichprobe erläutert.

1.6 Operationalisieren wichtiger Begriffe

Das Operationalisieren ist ein Merkmal der empirischen Forschung. Durch das genaue Erläutern der Begriffe aus der Hauptfrage wird das Beobachtete messbar (Schaffer, 2009).

Bedarfe

Unter Bedarfe werden alle Wünsche, Anregungen und Defizite zusammengefasst, die sich aus sozialpädagogischer Sicht für die Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz ergeben.

Stellvertretend können für das Wort Bedarfe auch Bedürfnisse, Interessen oder Nachfrage eingesetzt werden (Duden, 2016). "Bedarfsermittlung ist daher keine Sache ausschließlicher wissenschaftlicher Diagnostik, sondern notwendig - wenn nicht explizit, dann implizit - auch die Einnahme eines engagierten sozialpolitischen Standpunktes gegenüber dem Menschen, dessen Bedarf da beurteilt wird." (Haisch, 2004, S. 8).

Sozialpädagogische Sicht

Sozialpädagogische Sicht meint in diesem Fall die Wahrnehmung der Sozialpädagogen zu dem Thema Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz. Für diese Forschung ist es wichtig Erkenntnisse darüber zu sammeln, wie Sozialpädagogen, auf Grund ihrer Ausbildung und ihres Berufsbildes, die Betreuungssituation einschätzen.

Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. benennt Sozialpädagogen als Experten in ihrer Arbeit mit ihren Klienten. Sie haben einen Blick auf die Lebenswelten der Klienten und die gesellschaftlichen Strukturen und Systeme. Hier besteht ihre Aufgabe in der Vermittlung zwischen den beiden (DBSH, 2009).

Betreuung

Im Heimgesetz, HeimG, wird die Betreuung als Leistung beschrieben, die ein Heim seinen Bewohnern gegenüber bieten muss. Die Betreuung muss angemessen und der Betreuungsbedürftigkeit der Bewohner angepasst sein. Das Ziel der Betreuung ist die angemessene Lebensgestaltung (HeimG, 2001).

Havemann & Stöppler (2010) nennen als Ziele der Betreuung die Normalisierung, Integration und Selbstbestimmung. Selbstbestimmtes Wohnen und Leben werden durch eine angemessene Betreuung ermöglicht.

Down-Syndrom

Die Ursache des Down-Syndroms liegt in der übermäßigen Verteilung der Chromosomen bei der Zellteilung. So verfügen Menschen mit Down-Syndrom über ein Chromosom je Körperzelle mehr, das heißt 47 anstatt 46 Chromosomen. Hierbei ist meistens das Chromosomenpaar mit der Nummer 21 von einem Chromosom mehr betroffen, daher spricht man beim Down-Syndrom auch von Trisomie 21.

Der Name stammt von dem englischen Arzt John Langdon Down, der 1866 erstmals die „klassischen Merkmale“ des Syndroms publizierte.

„Menschen mit Down-Syndrom sind verhältnismäßig klein, haben eine schrägstehende Lidachse am Auge, eine breite Nasenwurzel, einen flachen Hinterkopf, kleine Hände und Finger und nur eine Handfurche in der Handinnenfläche. Relativ häufig ist ein angehender Herzfehler.“ (Thesing & Vogt, 1999, S. 202).

Demenz

Demenz ist eine psychische Erkrankung, bei der es zu chronischen oder fortschreitenden Störungen im Gehirn kommt. Kognitive Beeinträchtigungen, wie z.B. im Denken, dem Gedächtnis oder der Orientierung, sind einhergehende Symptome (ICD-10, 2014).

Im ICD 10, der internationalen Klassifikation der Krankheiten, wird Demenz unter psychische und Verhaltensstörungen, F00- F99, klassifiziert. Mit der Schlüsselnummer F00- F03 gehört die Demenz zu den organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen.

Unterschieden wird zwischen der Demenz bei Alzheimer, Krankheit und der vaskulären Demenz. Außerdem gibt es noch die Demenz, die eine andere Ursache hat, als die Alzheimer- oder die vaskuläre Demenz.

Etwa 60% bis 70% aller Menschen mit Demenz haben Alzheimer (Wojnar, 2007).

Doppeldiagnose

Hiermit ist das Vorhandensein von mindestens zwei Diagnosen gemeint (Theunissen, Kulig & Schirbrot, 2013). Dieser Begriff wird häufig verwendet, wenn zu einer geistigen Behinderung eine psychische Erkrankung hinzukommt. Mit Hilfe dieser Formulierung wird deutlich, dass beide Diagnosen unterschiedliche Ansprüche an die Medizin, Therapie oder auch Versorgung haben.

Stationäre Einrichtung

Stationäre Einrichtungen werden im Heimgesetz genau definiert. Im Sinne des Gesetzes handelt es sich um ein Heim, wenn es Wohnraum zu Verfügung stellt, sowie Pflege und Betreuung (HeimG, 2001). Des Weiteren werden im Heimgesetz Leistungen und Anforderungen aufgezählt, die eine stationäre Einrichtung anbieten und leisten muss.

Im Sozialgesetzbuch XII, Sozialhilfe, zählt die stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe zu den Leistungen der Eingliederungshilfe. Diese können von verschiedenen Trägern, wie zum Beispiel von frei-gemeinnützigen, privatwirtschaftlichen oder auch kommunalen Trägern, erbracht werden. Die Bewohner erhalten hier die entsprechende Unterstützung, gemäß ihres individuellen Hilfebedarfs, welcher nach dem Metzler System kategorisiert und abgerechnet wird (HeimG, 2001).

2. THEORETISCHER RAHMEN

In diesem Kapitel wird die Demenzerkrankung bei Menschen mit und ohne geistiger Behinderung sowie weiterer relevanter Themenfelder für diesen Bereich, erläutert. Zudem werden die Relevanzen für die Soziale Arbeit deutlich.

2.1 Demenzerkrankung

Die "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Version" (ICD-10), dient der amtlichen Klassifikation sowie der Codierung von Diagnosen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) kennzeichnet sich als Herausgeber dieses Kategoriensystems und stuft die Erkrankung der Demenz unter F00 – F03, als psychische Erkrankung, ein. Als Erläuterung sind hierbei die Einschränkung und der Verlust von kognitiven Funktionen, wie z.B. des Gedächtnis- und Denkvermögens zu benennen. Beeinträchtigungen in der Alltagskompetenz sind als Resultate zu erkennen (Trost & Schwarzer, 2009).

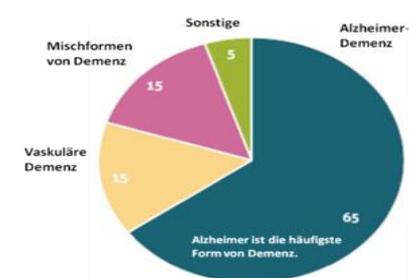


Abbildung 2. Demenzformen

Unterschiedlichkeiten in der Demenz weisen die klinischen Symptomatiken auf, hierbei lassen sich die Alzheimer-Demenz (F00), die vaskuläre Demenz (F01), Mischformen der Demenz (F02) und nicht näher bezeichnete Demenz (F03) aufzählen (Gusset-Bährer, 2013). Die Alzheimer-Demenz tritt am häufigsten, in etwa 60% der Demenzen, auf.

Im Folgenden gibt ein Schaubild eine Übersicht zur Differenzierung von Alzheimer-Demenz und Demenz:

Tabelle 1. Differenzierung

| Alzheimer-Demenz | Demenz |
|---|---|
| Sukzessiver Beginn | Sukzessiver Beginn, heimtückisch |
| Schreitet kontinuierlich fort | Schreitet kontinuierlich fort |
| Person zeigt keine Einsicht | Person ist desorientiert |
| Physiologisch häufig fit | Person weist Vergesslichkeit zurück |
| Wortfindungsstörung treten auf | Wortfindungsstörungen treten auf |
| Hirnschwund wird in der Computer-Tomografie (CT) nachgewiesen | Antworten sind abwegig |
| | Gleichmäßige Leistungsminderung tritt auf |
| | Person weist nachts Unruhe auf |
| | Person beschuldigt andere |
| | Person weist Wahnvorstellungen auf, z.B. Bestehlungsideen |

(Trost & Schwarzer, 2009)

Der Schwerpunkt der vorliegenden Forschung liegt auf der Alzheimer-Demenz. Erläuterungen geben die anstehenden Kapitel.

2.2 Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz

Die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit Down-Syndrom ist weltweit in den vergangenen Jahrzehnten erheblich angestiegen. Als Vergleich: Im Jahre 1940 lag sie bei 12, aktuell bei 60 Jahren. Dieses liegt u.a. an verbesserter medizinischer Versorgung und Integration in die Gemeinschaft. Die Lebenserwartung liegt jedoch vergleichsweise niedriger als die der Menschen, mit anderen geistigen Einschränkungen und deutlich unterhalb der Lebenserwartung von Menschen ohne Beeinträchtigungen (Havemann & Stöppler, 2010).

Doch ergeben sich dadurch auch Erschwernisse?

Für Menschen mit Down-Syndrom besteht ein signifikant erhöhtes Risiko an einer Demenz zu erkranken, als für andere Personengruppen! Laut einer Studie steigt die Prävalenz der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz vom 40. bis zum 60. Lebensjahr enorm an (Grunwald, Kuhn, Meyer & Voss, 2013).

Because people with down`s syndrome will have a higher prevalence of dementia than people with any other type of learning disability and it is the most common cause of developmental delay, intellectual impairment and learning disability, more attention has been given to this condition (Kerr, D., 2007, S. 16).

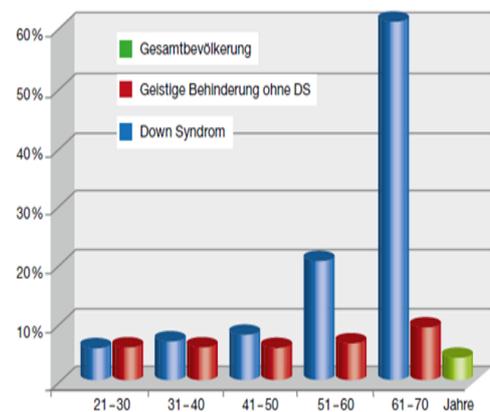


Abbildung 3. Prävalenz der Demenz

Doch was bedeutet das konkret für diese Personengruppe?

Ungefähr ab dem 35. Lebensjahr konstatieren sich erste Symptome, somit in etwa 20 Jahre früher als bei Menschen ohne Down-Syndrom. Das Positive: Aktuelle Studien belegen, dass nicht jeder Mensch mit Down-Syndrom an einer Demenz erkrankt. Zudem entwickelt sich nicht bei jedem die Form der Alzheimer-Demenz (Gusset-Bährer, 2013).

Aktuell gibt es zum höheren Erkrankungsrisiko von Menschen mit Down-Syndrom verschiedene Forschungsansätze, die sich z.B. mit der genetischen Disposition beschäftigen. Die Tatsache, dass nicht jeder Mensch mit Down-Syndrom eine Alzheimer-Demenz erleidet, wirft allerdings weiterhin Fragen auf. Ein Ausgangspunkt befasst sich mit folgender Forschung:

Dieser Ansatz geht davon aus, dass das Gen, welches für die Bildung des Amyloid-Vorläufer-Proteins (APP) zuständig ist, sich auf dem Chromosom 21 befindet. Dieses Gen könnte dazu beitragen, dass zu viel APP gebildet wird und damit auch zu viel Beta-Amyloid (Gusset-Bährer, 2013, S. 41).

Befindet sich Beta-Amyloid jenseits der Zellen, wird Plaques gebildet. Die Anhäufung des Beta-Amyloid tritt bei Menschen mit Down-Syndrom in etwa ab einem Alter von 8 Jahren auf und setzt sich in den darauf folgenden zwanzig Jahren fort. Zum Ende des vierten Lebensjahrzehnts bilden sich hieraus Plaques. „Frühe Ablagerungen des Beta-Amyloids finden sich in der Amygdala, die an komplexen Hirnfunktionen wie bei Lernprozessen, bei der Gedächtnisbildung, bei Emotionen wie Furcht und bei Verhaltensaktionen beteiligt ist.“ (Gusset-Bährer, 2013, S. 42).

Aufschlussreich ist: Es sind „(...) bei vielen, wenn nicht sogar bei allen Personen mit Down-Syndrom ab dem 40. Lebensjahr die typischen neuropathologischen Veränderungen vorhanden, die bei der Demenz vom Alzheimer-Typ festgestellt werden.“ (Gusset-Bährer, 2013, S. 42).

Grundsätzlich gilt jedoch: Nicht jeder ältere Mensch mit Down-Syndrom weist Symptome einer Demenz auf. Insgesamt treten viele Übereinstimmungen in der Erscheinungsweise der Demenz vom Alzheimer-Typ bei Menschen mit Down-Syndrom und bei Personen ohne geistige Behinderung auf. Oftmals werden die Erkrankungsmerkmale der Demenz bei Menschen mit Down-Syndrom nicht bemerkt, da die geistige Behinderung im Fokus steht (Grundwald et al., 2013). Im Folgenden wird auf die Symptomatik der Doppeldiagnose eingegangen.

Symptomatik

Die Symptomatik bei Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz, insbesondere im frühen Stadium, kann im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung mit Demenz anders in Erscheinung treten, jedoch weist sie Ähnlichkeiten auf. So kristallisierte sich in einer Follow-up Studie 1994, an der 55 Menschen mit Down-Syndrom beteiligt waren, retrospektiv heraus, dass sie Merkmale der späteren Alzheimer-Demenz aufwiesen, bei ihnen zugleich aber kein Orientierungs- oder Gedächtnisabbau vorlag (Grundwald et al., 2013). Symptome können sich wie folgt äußern:

Tabelle 2. Demenzsymptome Menschen mit Down-Syndrom

| Frühes Stadium | Mittleres und späteres Stadium |
|---|--|
| Störungen des Kurzzeitgedächtnisses | Bereits erwähnte Symptome treten häufiger auf |
| Verwirrtheit und Desorientierung | Veränderungen im funktionellen Bereich |
| Emotionale Veränderungen durch Störung des Frontallappens | Physiologische Pflege nimmt einen hohen Stellenwert ein |
| Generelle Verlangsamung in Sprache und Aktivität | Veränderungen im neurokognitiven Bereich (Sprache, Epilepsie) |
| Depressionen | Begleiterkrankungen, häufiger als nichtdemente Menschen, z.B. Lungenerkrankungen, chronisch wiederkehrende Infekte, Depressionen |
| Sozialer Rückzug | Ernährungsprobleme |
| Verlust von Interessen | |
| Gleichgewichtsstörungen | |
| Schlafstörungen | |
| Müdigkeit | |
| Verlust von erworbenen Tätigkeiten | |
| Herausfordernde Verhaltensweisen | |

Veränderungen der Persönlichkeit

Halluzinationen und Wahnvorstellungen

Spätepilepsie

(Gusset-Bährer, 2013)

Aufgrund der Vielfalt der Symptome zeigt sich, dass die Früherkennung einer Demenz bei Menschen mit Down-Syndrom eine hohe Komplexität aufweist. Um eine Demenzerkrankung frühzeitig zu erfassen, benötigt es seitens der Angehörigen oder Betreuer ein hohes Maß an Wahrnehmung, Sensibilität und Verständnis, Wissen sowie präziser Weitergabe von Gegebenheiten (Grunwald et al., 2013).

Analogie der Demenz

Etliche Forschungsstudien und Bilanzen liegen aktuell zu der Thematik Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz vor. Vergleichsweise gibt es bislang wenige Erkenntnisse über die Situation, Prävalenz und den Verlauf von Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz ohne Down-Syndrom.

Im frühen Stadium scheinen sie sich in der Symptomatik zu ähneln (Gusset-Bährer, 2013). Abweichungen: „Gedächtnisstörungen und Störungen anderer kognitiver Funktionen sowie Verfolgungswahn und akustische Halluzinationen scheinen weniger typisch in einem frühen Stadium der Demenz zu sein.“ (Gusset-Bährer, 2013, S. 57).

Aggressionen scheinen vergleichsweise bei Menschen mit einer geistigen Behinderung und Demenz öfter aufzutreten, als bei Menschen mit Down-Syndrom.

Im Vergleich zu Menschen mit Down-Syndrom und Demenz erlangen nur etwa 10% der Menschen ohne geistige Behinderung mit Demenz einen epileptischen Anfall. Dieser tritt in einem späteren Stadium der Demenz auf. Bei Menschen mit der Doppeldiagnose sind davon in etwa 75% betroffen, zudem tritt dieses Symptom bereits in einem frühen Stadium auf. Diese Anfälle führen zu einem rapiden physiologischen sowie geistigen Abbau, wenn sie nach wiederholtem Ausbruch nicht zu regulieren sind (Grunwald et al., 2013).

Diagnostik bei Menschen mit Down-Syndrom

Wird die Demenzerkrankung frühzeitig erfasst, so können rechtzeitig Versorgungs- und Behandlungsmaßnahmen, z.B. durch therapeutische und präventive Methoden, getroffen werden. Hierdurch besteht die Möglichkeit Pflegebedürftigkeiten hinauszuzögern sowie Belastungen der erkrankten Person und des Umfeldes zu reduzieren. Dieses gilt für alle Personengruppen mit einer Demenzerkrankung (Gusset-Bährer, 2013).

Die Diagnostikabklärung bei Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz stellt jedoch eine Herausforderung dar. Durchschnittliches kognitives Leistungsvermögen vor Einsetzen der Erkrankung wird für die Großzahl gängiger Testverfahren vorausgesetzt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2014). Die Abgrenzung zwischen der geistigen Behinderung und der Demenzerkrankung lässt sich teilweise nur diffizil erfassen und differenzieren.

Obwohl etliche Kontingente an Assessmentinstrumenten sowie diagnostische Methoden zur Bestimmung der kognitiven Leistung und Darstellung von Verhaltensänderungen vorliegen, hat sich der flächendeckende Einsatz in der Praxis noch nicht gezeigt und manifestiert (Grunwald et al., 2013). Einen Ansatz weist die beginnende Sensibilisierung der Betreuer und Fachärzte für die Thematik auf, jedoch zeigen sich die diagnostischen und methodischen Herangehensweisen noch von großer Heterogenität (Grunwald et al., 2013).

Die konkreten Messverfahren und Erhebungstechniken werden aufgrund der Vielfalt und Informationsdichte an dieser Stelle nicht konkretisiert. Zusammenfassend lässt sich die S3-Leitlinie „Demenzen“ als eine geeignete Methode zur Abklärung von Demenz bei Menschen mit Down-Syndrom benennen. Herausgeber dieser S3-Leitlinie sind die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Die Leitlinien sollen u.a. Ärzten Entscheidungsmöglichkeiten bieten, um signifikante klinische Gegebenheiten festzulegen. „Diese Leitlinie umfasst allgemeine Empfehlungen zum diagnostischen Prozess sowie damit einhergehenden Verfahren.“ (Gusset-Bährer, 2013, S. 60). Gusset-Bährer (2013) merkt an, dass Überprüfungen der Fähigkeiten, insbesondere bei Menschen mit Down Syndrom und Demenz ab dem 40. Lebensjahr, in einem festgelegten Turnus durchgeführt werden sollten. Hierdurch können frühzeitig erste Erkrankungsanzeichen festgestellt werden.

2.3 Bisherige sozialpädagogische Herangehensweisen

Die bisherigen sozialpädagogischen Herangehensweisen in Deutschland mit Bezug auf die Thematik Down-Syndrom und Demenz zeigen sich in einigen Institutionen rar. In Einrichtungen der Behindertenhilfe sind die meisten Menschen mit der Doppeldiagnose in einer „Regelwohngruppe“, ohne spezielle Versorgung, untergebracht. Speziell geschultes Personal oder spezifische Konzepte liegen hier in der Regel nicht vor. Es gibt Ausnahmen: Der Elternverein „Leben mit Behinderung“ (Lmbhh) gründete im Jahr 2009 in Hamburg eine ambulant betreute Hausgemeinschaft im Hildegard-von-Schürer-Haus. Acht Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz unterschiedlicher Stadien leben in dieser Einrichtung. Die Institution obliegt nicht dem Heimrecht, da es sich - aus sozialrechtlicher Sicht - um einen Privathaushalt handelt. Eigenständigkeit, Autonomie, geteilte Zuständigkeiten und strukturelle Freiheiten sind hierbei als Vorteile zu erwähnen (Gusset-Bährer, 2013). Das Leitbild bezieht sich auf die entworfenen, verlässlichen und lebendigen Grundlagen des Vereins. Leitsatz 7 beinhaltet die Entwicklungsgestaltung der Menschen mit Behinderungen. Der Verein steht hierbei für Eigeninitiative, um Veränderungen der Bedürfnisse der Menschen mit Behinderungen in Zukunft voranzubringen. Den Bewohnern soll ein selbstbestimmtes Leben, soweit wie realisierbar, ermöglicht werden (Leben mit Behinderung, 2002). Hierbei spielen die veränderten Bedarfe, im obigen Falle die Demenzerkrankungen der Menschen, eine zentrale Rolle. Der Elternverein gründete anlassbezogen die Einrichtung für Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz und ist somit Vorreiter in Hamburg und

Umgebung. Erkennen von Bedarfen, Innovation und Sachkenntnisse sprechen hierbei für den Verein.

Als ein weiteres geeignetes Model erweist sich die „Tecklenburger Biografie Methode“ (TBM) der Ledder Werkstätten gGmbH, bei der es sich um zielgerichtete Biografiearbeit handelt. Jörn Winter als Entwickler erkannte den stetig wachsenden Bedarf sowie die zunehmende Relevanz nach konzeptionellen Lösungen und richtete seine Methode auf vertraute sensorische Settings (Rahmen, Umgebung) aus. Aktuelle Studien belegen, dass sich sensomotorische Stimulation positiv auf Effekte wie Verhalten, Lebensqualität und Apathie verhalten.

Hierbei bezog er sich auf Professor Haisch, für den das Bedürfnis nach Bekanntem einen hohen Stellenwert einnimmt. Sensorische Reize können ein Gefühl des Vertrauten wiedergeben (Orientierung, 2016). „Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens einen sehr individuellen und vertrauten visuellen, auditiven, olfaktorischen, gustatorischen, taktilen Geschmack. Vielfältig stimulieren Menschen sich mit diesen sinnlichen Reizen und nutzen diese zur Unterhaltung und zur Entspannung“ (Orientierung, 2016, S.10). Aus der behavioristischen Lernmethode wirken die gewohnten Reize somit wie Verstärker, die uns entschädigen. Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung nicht in der Lage sind ihre sensorischen Settings auszuwählen, benötigen Assistenten (z.B. Fachkräfte), die dieses stellvertretend für sie übernehmen. Jörn Winter arbeitet mithilfe des selbst entwickelten „Koffers der Sinne“ mit Menschen mit der Doppeldiagnose, um individuelle Vorlieben zu erfassen. So birgt es die Chance, dem demenziell erkrankten Menschen im bereits fortgeschrittenen Stadium ein Leben so vertraut und angenehm wie möglich, zu gestalten.

2.4 Internationale Ausrichtung

Die Literaturrecherchen der internationalen Zeitungsartikel stellten sich als problematisch heraus, da bislang wenige Berichte vorliegen. Die vorgefundenen Artikel ergaben sich in Hinblick auf diese Forschung als nicht relevant. Dieses ist auf das wenig erforschte Studienggebiet zurückzuführen.

Die Versorger von Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland haben sich in den vergangenen Jahren auf ein älter werdendes Klientel vorbereitet. Hierbei wurden Demenzerkrankungen jedoch ausgeklammert. Es zeigt sich, dass Wohneinrichtungen erst aktiv einschreiten, wenn die Diagnose der Demenz vorliegt. Das Resümee: Konzepte und örtliche Gegebenheiten sind Mangelware, Bewohner nicht zielgerichtet versorgt, Mitarbeiter nicht geschult und überfordert. Ein Fauxpas! Doch wie sieht die internationale Situation aus? Ein Blick über den Tellerrand:

Blick in die USA: Das „Noah House“ in Valley Spring in Kalifornien bietet insgesamt 20 Menschen mit Down-Syndrom und Demenz der verschiedensten Stadien einen Platz zum Leben. Konzeptionell sowie personell hat sich die Einrichtung auf die Doppeldiagnose spezialisiert und spricht dabei von „leading the way to future“ (Noah Homes, 2017).

The new Memory Care Homes have a staff to resident ratio of 1:2 and include state-of-the-art technology, access to national research, and opportunities for residents to participate in groundbreaking new techniques to fight Alzheimer's, dementia, and other aging struggles.

Durch einen erhöhten Stellenschlüssel für die Bewohner, eine große Bedeutung von gemeinschaftlichen Aktivitäten, eine hohe Qualität von Ausstattung und angewandten Methoden sowie modernste Technologie wird ein bedarfsgerechtes Leben der Menschen mit der Doppeldiagnose ermöglicht. Hierbei handelt es sich um eine non-profit Einrichtung.

Blick in die Niederlande: Ende 2009 eröffnete in den Niederlanden in der Stadt Weesp nahe Amsterdam das Demenzdorf „De Hogeweyk“, als weltweit erstes Projekt dieser Art. Hier leben insgesamt 152 Demenzkranke in 6-8 Personenhäusern, die von insgesamt 240 hauptamtlichen und 150 ehrenamtlichen Mitarbeitern betreut werden.

Die Bewohner können hier ein Teil an Normalität, soweit wie möglich, erfahren. Zu finden sind hier u.a. ein weiträumiger Hof, auf dem sie sich frei bewegen können, ein Supermarkt, in dem ohne Bezahlung eingekauft werden kann, straßenähnliche Wege, einen Frisör, ein Café und ein Marktplatz. Die Wohnplatzkosten belaufen sich auf monatlich 5.000 Euro, die von der Pflegeversicherung in den Niederlanden getragen wird (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., 2012).

Blick nach England: Hier herrschen derzeit drei Ansätze der Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit der Doppeldiagnose vor. Bei „Aging in Place“ verbleiben die Bewohner in ihrer gewohnten Umgebung. Diese wird auf ihre Bedürfnisse angepasst, zudem erhalten sie bedarfsorientierte Unterstützung durch Personal. Als weitere Wohnform ist „In place progression“ zu erwähnen. Hierbei ziehen die Bewohner innerhalb der Einrichtung, in eine auf ihre Bedarfe angepasste Wohnform, um. Geschultes Personal und eine bedarfsgerechte Wohnumgebung in vertrauter Lage findet sich hier vor. Bei „Referral out“ ist der Umzug in eine Pflegeeinrichtung gemeint. Hierbei ist zu beachten, dass das Personal den Schwerpunkt auf Pflege alter Menschen setzt, Erfahrungen mit Menschen mit geistigen Behinderungen liegen meist nicht vor (Gusset-Bährer, 2013).

2.5 Tripelmandat

„Die Forderung, das klassische Doppelmanat Sozialer Arbeit zu einem Tripelmandat zu erweitern beinhaltet im Sinne Staub Bernasconis, dass sich Soziale Arbeit neben den Ansprüchen der Klienten und den gesetzten Anforderungen durch die Gesellschaft eine dritte Bezugsebene setzt.“ (Krause, 2009, S. 3). Die Soziale Arbeit bewegt sich andauernd in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Erwartungen dreier Parteien. Hierunter fallen die Klienten, die Rechtsstaatlichkeit sowie der Kodex der Sozialen Arbeit an sich. Laut Müller (2013) sind die Klienten die offensichtlichsten aller Parteien. So müssen die Interessen jedes einzelnen Klienten, im Rahmen des Machbaren, gewahrt werden. Die Rechtsstaatlichkeit beschreibt die gesetzlichen Vorgaben, an denen sich der Mitarbeiter

der Sozialen Arbeit zu halten hat. So ist die Möglichkeit, nicht nur an finanzielle Grenzen zu stoßen, für den einzelnen Mitarbeiter groß. Müller (2013) sagt, dass gerade in dieser Partei auch die aktuelle Sozialpolitik eine entscheidende Rolle spielt und somit die Aufgaben der Sozialen Arbeit mit definiert. Unter dem Kodex der Sozialen Arbeit fällt der ethische sowie moralische Standard im Bereich der Zusammenarbeit mit unterschiedlichem Klientel. Der Sozialarbeiter steht hier als Vermittler zwischen Gesellschaft, Klient und der Trägerschaft. Müller (2013) beschreibt das Tripelmandat weiterhin als Spannungsfeld, welches in der täglichen Arbeit, natürlich nicht stetig spürbar, dennoch als Belastung empfunden werden kann.

In dieser Bachelor-Thesis findet sich in Kapitel 3.8 die ethische Legitimation der durchgeführten Forschung wieder.

2.6 UN- Behindertenrechtskonvention

„Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD) ist ein Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen, das am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen wurde und am 3. Mai 2008 in Kraft getreten ist.“ (UN-Behindertenrechtskonvention, o. J.). So beinhaltet die UN-Behindertenrechtskonvention, neben der Bekräftigung allgemeiner Menschenrechte, auch eine Vielzahl spezieller, auf die Lebenssituation behinderter Menschen abgestimmte Regelungen. Zudem werden auch ältere Menschen in der UN-Behindertenrechtskonvention in zwei Artikel explizit erwähnt. In Artikel 25 (Gesundheit) werden die europäischen Staaten aufgefordert, dass es dafür zu sorgen, dass präventive Maßnahmen entwickelt werden um die älteren Menschen vor weiteren Behinderungen zu schützen oder diese sogar zu minimieren (Pfaff, 2006). Der Artikel 28 in der UN-Behindertenrechtskonvention soll ältere behinderte Menschen vor Altersarmut durch unterschiedliche Programme zur Armutsbekämpfung schützen. Laut der Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs (2013) ist es umso erstaunlicher, dass sowohl von den Trägern im Alten- und Pflegeheimbereich als auch von den politischen Akteuren die Relevanz dieses Übereinkommens für demenzerkrankte Personen bislang kaum wahrgenommen wird. So zeigen sich oft einstellungs- und umweltbedingte Barrieren, welche für den sozial-integrativen Behinderungsbegriff charakteristisch sind. So werden Menschen laut der Dachorganisation weniger durch ihre Einschränkungen als solche, sondern durch derartige Barrieren von der vollen Teilhabe an der Gesellschaft ausgeschlossen. Der größte Teil der Menschen mit Demenz wird institutionell betreut und lebt somit in einer stationären Unterbringung. „Ausschlaggebend für die Wahl des Wohnorts sind im Gegensatz dazu oft Einschränkungen der Lebensqualität von Mitbewohnern durch Personen mit Demenz, welche diese als für ihr bisheriges Umfeld nicht mehr „tragbar“ erscheinen lassen.“ (Dr. Müller, 2013 Abs. 3). In Artikel 19 der Behindertenrechtskonvention ist jedoch das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen anerkannt, um somit mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben. So sollten auch Menschen mit Behinderungen das Recht haben zu entscheiden, wo und wie sie altern möchten, ohne ihren bisherigen Lebenswohnraum zu verlassen oder wechseln zu müssen. So stellt laut Havemann (2010)

ein Umzug im Alter eine enorme Belastung dar. Das Bedürfnis nach Kontinuität des Lebens sollte zudem als besonders wichtig angesehen werden. Der Mensch mit Behinderung sollte somit dort leben und seinen Lebensabend verbringen können, wo er sich wohl und sich zu Hause fühlt (Sartorius, 1991). Laut der Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs (2013) kommt hierbei jener Paternalismus gegenüber Menschen mit Behinderungen zum Tragen, dem das Behindertenrechtsübereinkommen entgegenzuwirken versucht. An dem Beispiel der Menschen mit einer demenziellen Erkrankung wird demnach deutlich, dass die Trennung der öffentlichen Unterstützungsangebote in parallele Systeme der Alten- und Behindertenhilfe mit unterschiedlichen Leistungsspektren und Qualitätsmaßstäben überdacht werden muss (Dr. Müller, 2013).

Das Pflegestärkungsgesetz wurde nach jahrelanger Diskussion durch die aktuelle Bundesregierung verabschiedet. Hierbei ging es um die ungleiche Verteilung der Pflegeleistungen für körperlich Kranke und Menschen mit Demenz. Das Inkrafttreten des neuen Pflegestärkungsgesetzes III, seit dem 1.1.2017, soll vor allem Demenzkranken in Deutschland die gleichen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung wie dauerhaft körperlich Erkrankte erbringen (Müller, 2016). Demnach wurden aus den vorherigen Pflegestufen (1-3) unterschiedliche Pflegegrade. Diese werden in 5 Grade unterteilt und führen zu einer genaueren Einstufung der Erkrankten.

Diese Veränderung ist relevant für die soziale Arbeit, die Leistungen für Menschen mit Behinderung müssen sowohl konzeptionell als auch organisatorisch verankert werden. Des Weiteren dürfen die erbrachten Pflegeleistungen nicht mehr in einen Gegensatz zu der Eingliederungshilfe bzw. Teilhabeförderung im Rahmen der Behindertenhilfe gebracht werden.

Hierbei sollte das Hauptaugenmerk immer auf den Bewohner selbst gerichtet sein. Die daraus resultierenden Handlungsempfehlungen werden in Kapitel 5 genauer beschrieben.

2.7 Themenrelevanz für die Soziale Arbeit

Inwieweit die stattfindende Forschung letztlich eine Relevanz für die Entwicklungen der sozialen Arbeit hat, wird durch die hier folgenden Punkte erläutert. Des Weiteren werden der theoretische Hintergrund wie auch der praktische Forschungsanlass mit theoretischem Wissen begründet.

Die Relevanzen im Hinblick auf die Entwicklungen in der Sozialen Arbeit mit Hilfe der Mikro-, Meso- und Makroebene werden spezifischer erläutert.

2.7.1 Demografischer Wandel

Der Begriff "demografischer Wandel" deutet auf Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung eines Landes hin. So findet man laut dem Bundesministerium für Gesundheit (2015) in Deutschland aktuell einen deutlichen Trend zur alternden Gesellschaft.

Deutschland ist mit etwa 81 Millionen das zurzeit bevölkerungsreichste Land Europas. Es ist eindeutig zu beobachten, dass die Menschen in Deutschland insgesamt immer älter werden.

„Die Zahl der 65-jährigen und Älteren wird sich von insgesamt 13 Mio. auf rund 26 Mio. im Jahre 2050 verdoppeln.“

(Driller & Pfaff, 2006, S. 32). Die Anzahl der älter werdenden Menschen mit Behinderung ist hierbei jedoch ungenau.

Außerdem schrumpft und altert laut Krueger und Degen (2006) die Bevölkerung in Deutschland in den kommenden Jahren deutlich.

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes leben im Jahr 2015 mehr als 1,45 Millionen

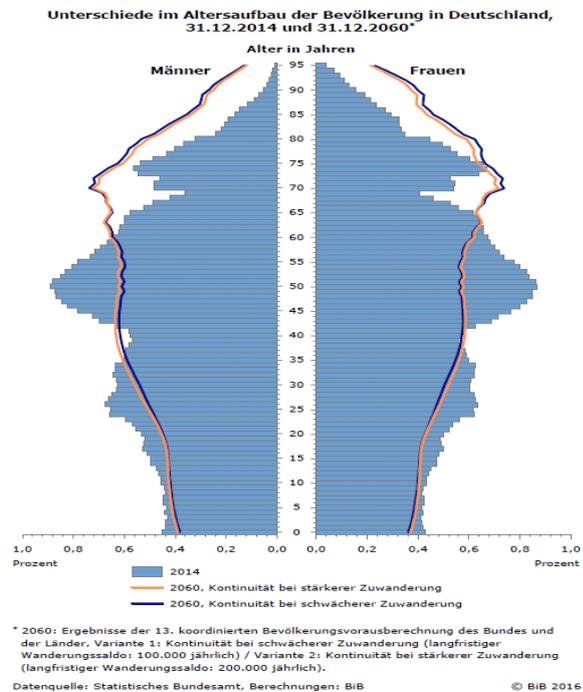


Abbildung 3 Altersaufbau der Bevölkerung

Menschen mit einer geistigen oder seelischen Behinderung in

Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2015). Folglich wird auch der Anteil von älter werdenden Menschen mit Behinderungen in den kommenden Jahren deutlich ansteigen. So wird auch hier der demografische Wandel deutlich sichtbar. Laut Krueger und Degen (2006) wissen die Fachleute (Sozialpädagogen) in Deutschland aber immer noch viel zu wenig über Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz. Zudem wird diese Personengruppe in den kommenden Jahren einen deutlich höheren Stellenwert in Einrichtungen der Behindertenhilfe einnehmen. „Einerseits gibt es das Altern auf der sozial-demografischen Ebene, andererseits das Altern als individuelles Phänomen.“ (Haveman & Stöppler, 2010, S. 17).

2.7.2 Ältere Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen

Heutzutage haben Menschen mit Behinderung eine höhere Lebenserwartung. Dies ist auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen. Laut der Universität Heidelberg liegt dies unter anderem an altersbedingten körperlichen Veränderungen, der Anpassung der Wohnumgebung sowie der fortschreitenden medizinischen Versorgung (Universität Heidelberg, o. J.). Laut Pfaff (2006) sehen sich zurzeit bislang jedoch nur wenige Einrichtungen in der Behindertenhilfe in der Lage, ihre Bewohner, beispielsweise nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt, in ihren eigenen Wohngruppen gut zu betreuen und zu begleiten. Hier fehlt es sowohl an Personal als auch an Zeit. Daher ist in den

Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe, sowohl strukturell als auch bei den Konzepten selbst, ein Veränderungsbedarf dringend an der Tagesordnung, so Pfaff (2006). Folglich müssen sich die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe besser gestern als heute auf den Weg machen und sich intensiv mit dieser neuen Situation auseinandersetzen. "Erstmals erreicht eine Generation von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen das Pensionsalter." (Entwicklung, 2009, S. 6).

Die insgesamt deutlich verbesserten Lebensbedingungen wie beispielsweise die gesicherte medizinische Versorgung, die gesicherte Ernährung sowie die Hygienemaßnahmen allgemein sorgen dafür, dass eine höhere Lebenserwartung deutlich begünstigt wird (Havemann & Stöppler, 2010). Hinzu kommt bei der angestiegenen Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung der Faktor, dass sich insgesamt in unserer Bevölkerung die Säuglings- und Kindersterblichkeit deutlich verringert hat (Driller & Pfaff,

2006). Es wird auch deutlich, dass es bislang scheinbar bei den Fachleuten noch kein akutes Thema war, sich mit älter werdenden Menschen mit einer geistigen Behinderung in den Einrichtungen zu befassen. Um diese Thematik zu verstehen, sollte also auch ein Blick auf das im Nationalsozialismus angewendete Euthanasieprogramm geworfen werden, welches in Deutschland in der Zeit von 1939 bis 1945 durchgeführt wurde. „Im nationalsozialistischen Staat wurden geistig behinderte und psychisch kranke Menschen als lebensunwerte Ballastexistenzen eingestuft und ermordet.“ (Havemann & Stöppler, 2010, S. 69). Bedingt durch das Euthanasieprogramm waren also Menschen mit einer geistigen, psychischen oder anderweitigen Behinderung in dieser Zeit gar nicht vorhanden und konnten somit auch das Rentenalter überhaupt nicht erreichen (Sellen, 2009). Genau diese Beobachtung ist aber nach Havemann und Stöppler (2010) in der demografischen Entwicklung als besonders wichtig zu benennen. Es ist hier zudem besonders hervorzuheben, dass es sich bei dieser Generation von Menschen mit Behinderung um die tatsächlich erste Generation handelt, die seit 1945 überhaupt so alt werden konnte. So ist folglich auch der heutige Altersschnitt der Menschen, welche in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Deutschland leben, deutlich jünger als in den anderen Staaten Europas (Havemann & Stöppler, 2010).

Laut Wacker (2005) kann bei Menschen mit und ohne Behinderung davon ausgegangen werden, dass sich die Altersstruktur bei den genannten Personengruppen angleichen wird.

Aktuelle und hochgerechnete Anzahl der Bewohner stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe nach Altersgruppen in den Jahren 2006, 2016 und 2026

(Datengrundlage: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen)

■ 2006
■ 2016
■ 2026

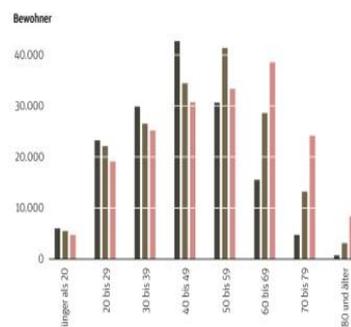


Abbildung 4 Altersstruktur in stationären Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung

Bislang gibt es in Deutschland noch keine fundierten Studien zu den hier immer älter werdenden Menschen mit Behinderung, da diese lange gar nicht in unserer Gesellschaft vorhanden waren. Nach Driller und Pfaff (2006) zeigen die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung aus den USA (New York) von 1997 eine Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung, welche im Vergleich nur 5 Jahre weniger beträgt als die der übrigen Bevölkerung. Andererseits zeigten durchgeführte Studien in den Niederlanden, dass Menschen mit Behinderung ungefähr 15 Jahre eher sterben als die ohne Behinderung. Da es in den skandinavischen Ländern wie Dänemark, Finnland und Schweden ebenso wie auch in den Niederlanden keine Euthanasieprogramme gegeben hat, sind folglich in den zuvor genannten europäischen Ländern auch die Menschen mit Behinderung längst in den Einrichtungen angekommen. Hier lässt sich auch schon eine deutlich höhere Anzahl der über 65 jährigen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe wiederfinden als in Deutschland und Österreich.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass der demografische Wandel und die damit einhergehenden Veränderungen auch für die soziale Arbeit in den kommenden Jahren eine neue Herausforderung sein werden. Wir sollten uns also als Fachkräfte für dieses neue Arbeitsfeld gut aufstellen. Dafür werden Fortbildungen und ähnliches sehr wichtig für sein. Denn nur gut ausgebildete Fachkräfte mit fundiertem Wissen und einer positiven und wohlwollenden Grundhaltung können die Menschen die es künftig im Alltag zu betreuen gibt erreichen.

Bei Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz, handelt es sich noch um eine relativ neue Zielgruppe im Arbeitsfeld des Sozialpädagogen und stellt somit eine wichtige Relevanz für die Soziale Arbeit dar.

2.7.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Im folgenden Abschnitt geht die Forschungsgruppe genauer auf die Relevanzen hinsichtlich der Mikro-, Meso- und Makroebene ein. Diese stehen u.a. in Bezug zu den Klienten, den Mitarbeitern, bzw. der Einrichtung sowie der Sozialen Arbeit im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext.

Relevanz auf Mikroebene

Hamburger (2012) bezeichnet das Individuum mit seinen Bezugspunkten und Beziehungen als Mikroebene. Hierbei handelt es sich um die Einzelperson und sein unmittelbares Umfeld.

Die Mikroebene bezieht sich in dieser Forschung auf Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in verschiedenen stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe im Kreis Steinfurt. Durch die steigende Lebenserwartung ist erkennbar, dass es immer mehr ältere Menschen mit Behinderungen gibt, auch in stationären Wohneinrichtungen. Laut Havemann und Stöppler (2010) verdeutlicht die seit den 1970er Jahren gestiegene Zahl der Menschen mit der Diagnose Down-Syndrom auch das erhöhte Risiko dementiell zu erkranken.

In Bezug auf die Mikroebene hat die Wohngruppe mit Mitbewohnern und Mitarbeitern einen großen Stellenwert für den (älteren) Menschen mit Behinderung. „Dem Lebensbereich Wohnen wird zur Sicherstellung der Grundbedürfnisse im Alter eine hohe

Bedeutung beigemessen, da er nach dem Eintritt in den Ruhestand einen zentralen Bezugspunkt zum Leben von Menschen mit geistiger Behinderung einnimmt.“ (Havemann & Stöppler, 2010, S. 151).

Havemann und Stöppler (2010) ordnen die Mitarbeiter als „formelles soziales Netzwerk“ ein, die durch den ständigen Bezug und Kontakt zu den Bewohnern eine große Bedeutung für diese darstellen. Seifert (1995) spricht davon, dass Mitarbeiter derzeit nicht ausreichend qualifiziert sind und teilweise mangelhafte räumliche Gegebenheiten vorliegen, die individuelle Förderungen von Menschen mit Behinderungen nicht ermöglichen. Hieraus wird kaum Entwicklungspotenzial gesehen.

Hier knüpft die Forschungsfrage „Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen?“ an.

Relevanz auf Mesoebene

Als „Geflecht zwischenmenschlicher Beziehungen“ beschreibt Joas (2007) in dem Lehrbuch der Soziologie die Mesoebene. Hierzu gehören also Netzwerke, Institutionen und auch Organisationen (Joas, 2007). Die Mesoebene bildet die Schnittstelle zwischen der Mikro- und Makroebene und kann zu einem deutlichen Spannungsfeld werden. Denn hier steht die Soziale Arbeit zwischen dem Sozialstaat und seinen Vorgaben und Gesetzen, der Einrichtung und ihren jeweiligen Konzepten sowie dem Klienten, der seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse mitbringt (Hongler & Keller, 2015).

Anhand der Teilfragen, welche nach den Rahmenbedingungen und der Multiprofessionalität fragen, wird deutlich, dass die Mesoebene eine große Bedeutung in dieser Forschung hat.

Relevanz auf Makroebene

Laut Joas (2007) umfasst die Makroebene sowohl die sozialen Systeme als auch die, dazugehörigen sozialen Strukturen, einschließlich des sozialen Wandels in unserer Gesellschaft. Des Weiteren kommen deren Effekte auf soziales Verhalten und Institutionen hinzu. Ebenso steht hierbei, laut Joas (2007), die Dynamik der gesellschaftlichen Zusammenhänge in Bezug auf das Individuum besonders im Fokus. Weiterhin wird deutlich, dass auf der Makroebene vor allem gesellschaftliche Trends eine hohe Bedeutung haben. Daher ist die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz eine bedeutungsvolle Thematik auf der Makroebene.

Relevanz für die Professionalisierung

In diesem Punkt geht es vor allem um die *eigene* Professionalisierung der Fachkraft. Nur durch Fort- und Weiterbildungen sowie Zusatzqualifikationen kommt es zu einer stetigen Weiterentwicklung des Berufes und kann dadurch zu der eigenen Profession wiederum beigetragen werden (Bouluijut, van Buuren, van Nunen & Oosterloo, 2009).

Da die Forschungsgruppe in dem Bereich der stationären Einrichtungen tätig ist, ist auch die damit verbundene aktuelle Thematik, älter werdende Menschen mit Behinderung, von großer Bedeutung, vor allem in Bezug auf die eigene professionelle Arbeit.

Die Forschungsgruppe beobachtet den demografischen Wandel auch im Bereich der Altersentwicklung, welcher neue Herausforderungen mit sich bringt.

Joas (2007) spricht hier von einer sogenannten demografischen Alterung, welche als unabdingbares Element mit der zukünftigen Bevölkerungsentwicklung einhergehen wird. Das Forschungsthema der vorliegenden Arbeit hat daher für die Forschungsgruppe einen hohen Stellenwert und ist damit auch für die jeweilige Professionalisierung von großer Bedeutung.

3. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN

In dem hier folgenden Kapitel werden alle für die Forschung relevanten Methoden und Techniken dargelegt.

3.1 Die Forschungsart

In diesem Abschnitt werden die Forschungsart sowie der Forschungstyp beschrieben. Weiterhin wird die Aufstellung der Sozialforschung im Hinblick auf Strategie und Design dargestellt. Die Unterschiedlichkeiten werden deutlich und es wird gezeigt, warum die anstehende Forschung empirisch aufgebaut ist.

Es wird in der Literatur zwischen zwei Forschungsarten unterschieden. Zum einen gibt es die theorieorientierte Forschungsart und zum anderen die praxisorientierte Forschungsart (Verschuren & Doorward, 2002). Kromrey (2002) benennt die praxisorientierte Forschung als anwendungsorientierte Forschung. Ziel dieser Forschung ist die Lieferung von Ergebnissen, die im aktuellen Anlass verwertbar sind. Abstrakte Zusammenhänge werden nicht untersucht, sondern der Fokus auf die Anwendbarkeit und den Nutzen der Ergebnisse gelegt.

Verschuren und Doorward (2002) unterscheiden innerhalb der praxisorientierten Forschungsart die fünf Forschungstypen. Diese Typen lauten Problemsignalisierung, Entwurf, Evaluation, Diagnose sowie Intervention.

Die vorliegende Forschung ist eine problemsignalisierende Forschung. Sie greift ein vorhandenes Problem auf und setzt sich zum Ziel, Probleme aufzudecken aber auch Handlungsempfehlungen zu entwickeln, die praxisnah sind.

3.2 Forschungsstrategie und -design

Qualitativ oder quantitativ? Die Ausrichtung

Laut Schaffer (2009) werden alle Techniken und Methoden in der Sozialforschung danach differenziert, ob sie qualitativ oder quantitativ ausgerichtet sind.

Quantitative Forschungen zielen meistens auf eine relativ hohe Stichprobe ab und bestehen vordergründig durch die Erhebung von Daten. Die qualitative Forschung ist im Vergleich zur quantitativen in erster Linie darauf ausgerichtet Fälle und Einzelfälle zu erkennen und nachvollziehen zu können. Aus deren Generierung sollen die fallbezogenen Aussagen ermittelt werden. Weitere Merkmale qualitativer Forschung sind u.a. kleine Stichproben, Hypothesensuche und eine induktive Forschungslogik.

Um die Qualität von Forschungsergebnissen messen zu können, bedarf es geeigneter Maßstäbe. Hier stuft die empirische Forschung Ergebnisse anhand von den Gütekriterien Validität und Reliabilität ein (Mayring, 2002). Validität ist ein Kriterium der qualitativen Forschung, das sich mit der Gültigkeit befasst. Die Reliabilität beinhaltet die Genauigkeit

eines Vorgehens. Weitere Ausführungen bezüglich der Gütekriterien der Forschung befinden sich unter Gütekriterien (Kapitel 3.6).

Die vorliegende Forschungsplanung ist qualitativ ausgerichtet. Die Durchführung problemzentrierter Interviews mit Experten, in diesem Falle Sozialpädagogen in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Kreis Steinfurt, macht die qualitative Aufstellung deutlich. Diese Fachkräfte stellen für den Menschen mit Down-Syndrom und Demenz einen wichtigen Lebensbegleiter dar. Veränderungen des Wesens werden durch gezielte Beobachtungen und Dokumentationen erfasst. Den Sozialpädagogen obliegt die weiterführende Betreuung, z.B. in der Auswahl der Methoden.

Im Vergleich zur quantitativen Forschung, in der beispielsweise Fragebögen zur Ermittlung von Daten eingesetzt werden, erscheinen Interviews für diese Forschung wirkungsvoller, um die Anliegen zu erörtern.

Die Feldforschung

Die Feldforschung ist ein weiterer Bestandteil des Forschungsdesigns. „Unter Feldforschung versteht man solche Studien, bei denen die Untersuchten während der Studie nicht aus ihrer natürlichen Umgebung herausgelöst sind, das heißt die untersuchte Gruppe wird in ihrer natürlichen Lebens-Umgebung beforscht (...).“ (Schaffer, 2009, S. 70). Die Befragten, in diesem Fall Sozialpädagogen als Experten, werden in ihrer Einrichtung aufgesucht und interviewt. Dieses soll einen möglichst natürlichen Verlauf des Interviews begünstigen.

Längs- oder Querschnitt? Die Studie

Empirische Sozialforschungen können in Quer- oder Längsschnittstudien ausgerichtet sein. Um eine Forschungsplanung adäquat aufzustellen, gilt dieser Punkt als wichtiges Kriterium. Die Auswahl hängt davon ab, ob es sich um die Untersuchung einer Momentaufnahme (Querschnitt) oder eines Prozesses (Längsschnitt) handelt. „Die Entscheidung für ein Querschnitt- oder Längsschnittdesign legt also den Erhebungszeitraum fest“ (Schaffer, 2009, S. 64).

Eine Erläuterung: Längsschnittstudien lassen sich in zwei Typen unterscheiden. Hierbei spricht Schaffer (2009) zum einen von der Panel-Studie, bei welcher einzig ein Instrument bei derselben Personengruppe zu verschiedenen Zeitpunkten zum Einsatz kommt. Als Beispiel ist hier ein Fragebogen zu nennen. Diese Form der Studie wird teilweise über Jahrzehnte durchgeführt. Als Problematik stellt sich hierbei der lange Erhebungszeitraum dar, so dass als Beispiel, die Untersuchungspersonen durch Wegzug oder Todesfall nicht mehr erreichbar sind.

Zum anderen nimmt die Follow-up-Studie ebenso dasselbe Erhebungsinstrument in zwei äquivalenten Stichproben auf. Hiermit wird der Versuch unternommen, die Problematik der Panel-Studie – den großen Zeitraum der Studie zu überbrücken (Schaffer, 2009).

Querschnittsuntersuchungen unterscheiden sich hiervon durch die Aufnahme und Untersuchung eines Momentes, wobei sie die häufigste Form empirischer Studien sind. Die hier anknüpfende Forschung ist ebenfalls im Querschnittsdesign angelegt. Als Erläuterung hierfür sind die problemzentrierten Interviews mit verschiedenen Experten

(Sozialpädagogen in der Behindertenhilfe) zu benennen, die eine Momentaufnahme zum „Ist-Stand“, zur Haltung und zur gewünschten Ausrichtung darstellen sollen.

Eine Längsschnittstudie ist aufgrund des langen Erhebungszeitraumes im Rahmen dieser Bachelor -Thesis nicht möglich.

Empirisch oder nicht-empirisch? Die Untersuchung

Schaffer (2009) beschreibt soziales Handeln als Basis der empirischen Sozialforschung. Dieses Handeln ist intentional ausgerichtet und ordnet sich durch gegenseitige Verhaltenserwartungen.

„Empirisch bedeutet direkt oder indirekt beobachtbar, messbar (operationalisierbar) und nicht theoretisch“ (Schaffer, 2009, S. 29). Informationen und Daten, die durch Sehen und Hören aufgenommen werden, gelten als empirische Informationen. Die Forschung der vorliegenden Arbeit ist empirisch ausgerichtet.

3.3 Die Forschungsmethode

Im folgenden Kapitel werden die ausgewählten Interviewtypen erläutert.

3.3.1 Das problemzentrierte Interview

Das problemzentrierte Interview wird auf Andreas Witzel, 1982, zurückgeführt (Buber & Holzmüller, 2009). Im Vordergrund steht hier der Erzählcharakter. Mit Hilfe von offenen Fragestellungen werden die Probanden dazu aufgefordert, frei zu sprechen (Buber & Holzmüller, 2009). Die offenen Fragen werden auf der Basis von Vorwissen über die Problemstellung im Vorfeld formuliert und strukturiert (Buber & Holzmüller, 2009). Laut Schaffer (2009) konzentriert sich das Interview auf die Problemstellung. Der Interviewer hat darauf zu achten, dass im Interview immer wieder darauf zurückgekommen wird. Hierfür ist der Interviewleitfaden notwendig. Dieser wird durch das gesammelte Vorwissen, aber auch durch die praktischen Erfahrungen der Forschenden bestimmt (Schaffer, 2009).

Um die Vergleichbarkeit der Interviews zu sichern, muss der Interviewleitfaden vollständig beantwortet sein. Rückfragen oder Erklärungen dürfen jedoch eingebracht werden, damit die Kommunikation nicht unterbrochen wird (Schaffer, 2009).

Laut Schaffer (2009) werden fünf Phasen durchlaufen. In der ersten Phase wird Wissen um die Problemstellung zusammengetragen. Mit diesem Wissen wird der Interviewleitfaden mit seinen Fragen erstellt. In der zweiten Phase wird das Interview mit einem Eisbrecher begonnen. Schaffer (2009) betont, dass der Interviewleitfaden nur zur Orientierung dienen soll. Wichtig ist es, einen Erzählcharakter zu erschaffen.

Die dritte Phase ist das eigentliche Gespräch. Mit Rückfragen bei Verständnisfragen, Zurückspiegeln von dem Wahrgenommenen oder auch Konfrontation wird das Gespräch durch den Interviewer aufrechterhalten. In der vierten Phase werden Fragen gestellt, die bis zu diesem Zeitpunkt noch unbeantwortet geblieben sind. Die letzte Phase beendet das Interview. Hier wird dem Interviewten Raum für Anmerkungen oder Ergänzungen geboten. Erst nach dem Durchlaufen dieser fünf Phasen kann das Interview analysiert werden.

3.3.2 Das teilstandardisierte Interview

Das teilstandardisierte Interview wird mündlich und „Face-to-Face“ durchgeführt (Schaffer, 2009). „Im Vordergrund stehen die Erlebniswelt und die subjektive Deutung der Befragten“ (Schaffer, 2009, S. 109). Da es während des Interviews zu persönlichen Details kommen kann, sollte der Interviewer im Vorfeld mit seinen Probanden gesprochen haben, um eine Vertrauensbasis aufzubauen (Schaffer, 2009).

Die Reihenfolge der offenen Fragen ist nicht ausschlaggebend, allerdings ist es wichtig, dass alle Befragten dieselben Fragen beantworten. Damit wird sichergestellt, dass alle Interviews vergleichbar sind und somit die Auswertung vereinfachen (Schaffer, 2009). Das Interview wird auf einem Tonband aufgenommen, um im Nachhinein alle geführten Interviews vergleichen zu können. Damit dieses möglich ist, werden die Interviews wörtlich transkribiert.

Diese Art von Interview wird dann durchgeführt, wenn noch wenig über das Forschungsfeld bekannt oder es sehr komplex ist (Schaffer, 2009).

3.4 Die Forschungsinstrumente

Bis hierhin wurden bereits alle Methoden beschrieben, welche für diese Forschung von Bedeutung sind. Somit lassen an dieser Stelle auch schon entsprechende Forschungsinstrumente ableiten. Diese bilden die Grundlage für die Forschungsmethoden und damit für die gesamte Forschung. Folgende Forschungsinstrumente werden genutzt:

- ein teilstandardisierter Leitfaden
- das Erfassen der sozio-demographischen Daten der einzelnen Interviewpartner
- die Audioaufnahmen des problemzentrierten Interviews
- die wörtliche Transkription des problemzentrierten Interviews

Konstruktion des teilstandardisierten Leitfadens

Der von der Forschungsgruppe erstellte teilstandardisierte Interviewleitfaden wird bei der Forschung eingesetzt, um die beschriebenen Teilfragen möglichst gut zu beantworten. Hierbei werden allen interviewten "Experten" immer die gleichen Fragen in Bezug auf die Forschung gestellt, um diese dann anschließend auch entsprechend gut auswerten zu können. Des Weiteren ist es in diesem Zusammenhang von Vorteil, dass die Forschungsgruppe sehr individuell auf ihre Probanden eingehen kann und folglich entsprechend gute Ergebnisse aus den Interviews zu erwarten sind. So ist laut Schaffer (2009) der eingesetzte Interviewleitfaden in seiner Anwendung eher offen, kann aber auch bei Bedarf rigide gehandhabt werden. „Prinzipiell gilt für qualitative Interviews, dass sie anhand eines mehr oder minder strukturierten Frageleitfadens geführt werden, das heißt, anhand eines Katalogs von offenen Fragen, beziehungsweise von Fragekomplexen.“ (Schaffer, 2009, S. 130).

Ein ebenso wichtiges, wie besonderes Merkmal dieses Interviews ist es, dass der Interviewte stets mit seinen Antworten zu den gestellten Fragen im Mittelpunkt steht. Es soll dem interviewten Probanden selbst überlassen werden, wie ausführlich er die Fragen beantworten möchte. Der Proband kann zudem zu jeder Zeit des Interviews Nachfragen

stellen (Schaffer, 2009). Hierbei wird erneut deutlich, dass der von der Forschungsgruppe erstellte Leitfaden auch nur teilstandardisiert sein kann, um so den teilnehmenden Probanden den benötigten Raum für die Beantwortung der gestellten Fragen zu geben.

Sozio-demografische Daten

Mit der Erfassung der sozio-demografischen Daten ist es der Forschungsgruppe möglich, die geführten Interviews genau zuzuordnen und diese später entsprechend differenzieren zu können. Hierbei werden folgende sozio-demografische Daten erfasst:

- der Name der interviewten Person (anonymisiert)
- das Alter
- das Geschlecht
- die Berufsausbildung

So werden laut Schaffer (2009) zum Ende einer jeweiligen Audioaufnahme die wichtigsten Daten der interviewten Person festgehalten.

Audioaufnahme des Interviews

Für die Forschung und somit auch für die Forschungsgruppe sind die Audioaufnahmen der durchgeführten Interviews, von großer Relevanz. Mit den Aufnahmen können im Anschluss alle erfassten Informationen vollständig verarbeitet werden. Die Forschungsgruppe hat sich als Forschungsinstrument für eine sogenannte Audiodarstellung entschieden. Damit wird im Anschluss an die Aufnahmen entsprechend transkribiert.

Wichtig ist, dass bei dieser Methode alle für die Forschung wichtigen Informationen berücksichtigt werden und so die Inhalte der geführten Interviews im Nachhinein nachvollzogen werden können.

Das Arbeiten mit dieser Art von Darstellungsmitteln ist laut Mayring (2002) eine sehr wichtige Grundtechnik der qualitativ orientierten Forschung.

Transkription des Interviews

Für die Forschungsgruppe ist die Transkription der geführten Interviews von hoher Bedeutung. Nur so können die Aufzeichnungen analysiert und anschließend entsprechend ausgewertet werden.

Des Weiteren wurde die wörtliche Transkription der Interviews gewählt, hierzu wird ein vollständiges Transkript des geführten Interviews erstellt.

Alle geführten Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet und im Anschluss zusammengefasst und transkribiert (Schaffer, 2009).

3.5 Die Stichprobe

Die Untersuchungsfrage bestimmt, aus welchen Elementen sich die Stichprobe zusammensetzt (Schaffer, 2009). Es können Menschen sein, aber auch materielle Dinge, wie zum Beispiel Zeitungen oder Bilder. Die Größe der Stichprobe (=n) steht in einem

definierten Zusammenhang zu der Grundgesamtheit (=N). Das Ergebnis der Stichprobe erlaubt es Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zu ziehen (Schaffer, 2009). Die Forschungsfrage gibt vor, dass sich die Stichprobe aus Sozialpädagogen zusammensetzt. Deutlich wird es durch die Formulierung "Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht (...)". Um ein genaues Abbild der Grundgesamtheit zu ermöglichen, muss eine Quotenauswahl getroffen werden (Schaffer, 2009). Aufgrund von sozio-demografischen Merkmalen, z.B. dem Beruf, wird eine Stichprobe berechnet. Die gezogene Stichprobe ermöglicht die Darstellung der Grundgesamtheit. In der vorliegenden Forschung besteht die Grundgesamtheit(=N) aus 30 Sozialpädagogen. Daraus ergibt sich eine Stichprobengröße (=n) von 9 Probanden.

3.6 Die Gütekriterien

In dem hier vorliegenden Punkt werden die Gütekriterien einer qualitativen Forschung näher erläutert.

Ob eine empirische Forschung qualitativen Wert hat, hängt unter anderem von den Gütekriterien ab (Häder, 2010). Diese Stellen das Maß dar, an dem die Qualität der Ergebnisse gemessen wird (Mayring, 2002). Validität und Reliabilität zählen zu den zentralen Gütekriterien (Schaffer, 2009).

Validität ist dann gegeben, wenn anhand des Forschungsinstrumentes das gemessen und erfasst wird, was erfasst werden soll. Es wird also die Gültigkeit einer Forschung beschrieben (Schaffer, 2009). Um mit dieser Forschung die Validität sicherzustellen, wurde auf der Basis der Teilfragen ein Interviewleitfaden entwickelt. Dieser beantwortet die Teilfragen und diese schließlich die Hauptfrage der Forschung.

Die Reliabilität beschreibt die Zuverlässigkeit eines Instrumentes (Schaffer, 2009). Wenn das Instrument unter denselben Bedingungen zu denselben Ergebnissen kommt, dann ist die Reliabilität sichergestellt (Schaffer, 2009). Da diese Forschung mit teilstandardisierten Fragen durchgeführt wird, kann es zu unterschiedlichen Antworten kommen. Es wird aber sichergestellt, dass bei jedem Interview dieselben Fragen gestellt werden. Ob dieselben Ergebnisse herausgekommen sind, zeigt sich erst bei der Datenanalyse.

Mayring (2002) führt sechs weitere *Gütekriterien* auf, die im Folgenden beschrieben werden. Die *Verfahrensdokumentation* verlangt eine ausführliche Dokumentation über den Verlauf der Forschung (Mayring, 2002). Dieses wird durch die Beschreibung der verwendeten Methode sowie der theoretischen Untermauerung der Forschungsrelevanz erfüllt. Somit wird sichergestellt, dass die Forschung nachvollziehbar ist.

Als zweites wird die *argumentative Interpretationssicherung* genannt (Mayring, 2002). Interpretationen werden nicht nur dokumentiert, sondern auch umfassend begründet und mit theoretischem Wissen untermauert.

Die *Regelgeleitetheit* beschreibt das systematische Vorgehen anhand von zuvor definierten Verfahrensregeln (Mayring, 2002). Orientierung während des gesamten Forschungsprozesses bietet der festgelegte Zeitplan. Wie die Forschung durchgeführt und anschließend ausgewertet wird, ist ausführlich beschrieben und festgelegt.

Die *Nähe zum Gegenstand* ist ein weiteres Gütekriterium nach Mayring (2002). Dieses Kriterium wird erfüllt, wenn „möglichst nahe an der Alltagswelt der beforschten Subjekte“ (S. 146) angeknüpft wird. Die vorliegende Forschung greift eine aktuelle Situation auf, die Betreuung von Menschen mit einer Doppeldiagnose Down Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die befragten Experten sind alle Sozialpädagogen, die alltäglich und konkret in dieser Situation arbeiten.

Als nächstes wird die *Kommunikative Validierung* genannt. Diese stellt sicher, dass die erzielten Ergebnisse auch richtig sind. Den Interviewten werden die Forschungsergebnisse vorgelegt mit der Bitte zur Durchsicht. Anschließend wird eine Diskussion angeboten. Sind die Interviewten mit der Analyse ihrer Aussagen einverstanden, so ist dieses Gütekriterium erfüllt.

Mit *Triangulation* wird die Herangehensweise an die Forschung aus unterschiedlichen Analyseegängen oder Betrachtungsweisen bezeichnet, um die Qualität der Forschung zu verbessern (Mayring, 2002). Da die Experten aus unterschiedlichen stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe kommen, ist dieses Kriterium erfüllt.

3.7 Das Auswertungsverfahren

Im folgenden Abschnitt wird die qualitative Inhaltsanalyse beschrieben, welche zur Auswertung dieser Forschung angewandt wurde.

Laut Mayring (2002) ist ein Aufbereitungsverfahren, welches er als unumgänglichen Zwischenschritt vor der eigentlichen Datenerhebung sieht, sehr wichtig. Es kommt bei Forschungen immer wieder vor, dass dieser Zwischenschritt zu wenig berücksichtigt wird. Des Weiteren sagt Mayring (2002), dass das Erheben von Daten wenig sinnvoll sei, wenn schon bei der Aufbereitung der gesammelten Informationen nicht aufmerksam oder gar unsauber vorgegangen würde. Die qualitative Inhaltsanalyse will also Texte systematisch analysieren. Hierfür werden die gesammelten Daten zunächst schrittweise mit Hilfe von Categoriesystemen zugeordnet und anschließend weiter bearbeitet (Mayring, 2002). So gelingt es die Forschung gut zu strukturieren und die vielfältigen Ergebnisse später leicht zugänglich zu machen.

Zudem sieht Schaffer (2009) bei der Anwendung der beschriebenen Vorgehensweise, dass diese zielführend für die Forschung sei, da hier wichtige Aspekte aus dem Material herausgefiltert werden und dann mit bestimmten Ordnungskriterien später den Querschnitt des Materials bilden. Zunächst wird die Fülle an gesammelten Informationen einem Categoriesystem zugeordnet, anschließend werden diese dann wiederum entsprechend den einzelnen Kategorien zugeordnet. Die Kategorien beziehen sich in dieser Forschung auf die jeweiligen Forschungsteilfragen, die letztlich die Forschungshauptfrage beantworten sollen. „Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Categoriesystem; durch dieses Categoriesystem werden diejenigen Aspekte festgelegt, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen.“ (Mayring, 2002, S. 114).

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse gibt es verschiedene Grundformen. Laut Mayring (2002) zählen hierzu die zusammenfassende Inhaltsanalyse die explizierende Inhaltsanalyse sowie die strukturierende Inhaltsanalyse. Mit der Analyse soll das zuvor noch recht umfangreiche

Material auf wesentliche Inhalte reduziert werden, um so einen überschaubaren Korpus zu schaffen, welcher das Abbild des vorhandenen Grundmaterials bildet (Mayring, 2002). Diese Form der Analyse eignet sich auch für den nächsten Schritt, die Kategorienbildung. Hierbei werden die Transkripte Zeile für Zeile durchgegangen, wenn eine geeignete Textpassage gefunden wird, muss daraus die passende Kategorie gebildet werden (Mayring, 2002). Einzelne Begriffe oder auch ganze Textpassagen sollen dann möglichst nah dem Material der entsprechenden Kategorienfindung dienen. Wenn nach ausreichender Materialprüfung von rund 10-50% des Interviews, keine weiteren Kategorien mehr gebildet werden können, werden die gesammelten Categoriesysteme erneut überarbeitet. So soll diese Überprüfung erneut die Sicherheit liefern, dass hier die jeweilige Zuordnung auch der Fragestellung entsprechend stimmig ist (Mayring, 2002). Des Weiteren bildet das Ergebnis der Textanalyse und das der Kategorien ein Gerüst für die Forschungsthematik. Folglich kann so mit dem Kategoriensystem die Hauptfragestellung ausgewertet und schlussendlich beantwortet werden.

3.8 Ethische Überlegungen

Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) spricht sich für ethische Prinzipien in der Gesellschaft aus. Berufsethische Prinzipien und Berufsethiken wurden hieraus für die Soziale Arbeit hergeleitet, da es sich um eine Menschenrechtsprofession handelt (DBSH, 2014). Die persönliche Haltung spielt für den beruflichen Kontext, auch aus ethischer Sicht, eine wichtige Rolle. Es bedarf einer stetigen Weiterentwicklung der eigenen, kritischen Reflexionsfähigkeiten (DBSH, 2014). Da diese Forschung mit Menschen durchgeführt wurde, gelten einige ethische Grundeinstellungen sowie das berufliche Handeln als Dreh- und Angelpunkt. Der DBSH legt hierfür u.a. folgende Aspekte fest:

Haltung zu Vertraulichkeiten

Hierbei bildet Sicherheit die Grundlage. In einem sozialen Prozess offenbaren „Hilfesuchende“ der Fachkraft vertrauliche Informationen (DBSH, 2014). Die Fachkraft unterliegt auf der einen Seite der gesetzlichen Schweigepflicht, auf der anderen Seite vertritt sie die Einhaltung der ethischen Grundlagen, mit intimen Auskünften diskret umzugehen. Vor der Durchführung der Interviews wurden die Anonymisierung des Experten sowie die Möglichkeit der Audioaufnahme des Interviews freigestellt. Alle stimmten Letzterem zu, einige Experten lehnten hierbei die Namensnennung ab. Aufgrund einer einheitlichen Darstellung wurde die grundsätzliche Anonymisierung gewählt. Das Risiko datenschutzrechtlicher Konsequenzen, wurde so vermieden.

Haltung zu Transparenz

Die Achtung der Würde und der Individualität jedes Menschen bilden an dieser Stelle die Basis (DBSH, 2014). Transparente Arbeit dient der Übersicht, schafft Vertrauen und somit gelungener Prozesse. Vertrauensvolle Verbindungen sind hierbei als das Herzstück anzusehen.

Bezugnehmend auf die Forschung der vorliegenden Arbeit wurden die Teilnehmer frühzeitig über die Thematik und die Experteninterviews informiert, zudem wurde die

freiwillige Teilnahme offeriert. Das Recht, jederzeit aus der Studie auszutreten, wurde verdeutlicht. In gemeinsamer Absprache wurden Interviewtermine und der Ort der Durchführung festgelegt. Die Qualität der Erhebungssituation steht deutlich mit Qualität der Fakten und Auswertungsmöglichkeiten in Verbindung (Helfferich, 2009). Der zuvor ausgehändigte Interviewleitfaden diente der Transparenz. Vor der Durchführung der Befragung wurden Abfolge und Rahmenbedingungen erläutert sowie während der Durchführung auf den aktuellen Verlauf hingewiesen. Diese Handlungen dienten der Verdeutlichung einer transparenten und somit respektvollen Haltung.

Haltung des „Nicht-Wissens“

Diese Einstellung nimmt den Respekt vor der Individualität jedes Menschen zum Grundsatz. Vorurteile oder negative Auffassungen dienen nicht der Professionalität (DBSH, 2014).

In Bezug auf die Forschung nimmt der Interviewer eine offene Haltung ein. Treten neue und unbekannte Aspekte auf, begegnet er den Teilnehmern durch Nachfragen mit einer professionellen Neugierde.

Haltung zu kritischer Parteilichkeit

Im sozialpädagogischen Arbeitsalltag zeigt sich häufig die Konfrontation der Fachkräfte mit der Problematik der Parteilichkeit. „Sie [die Fachkräfte] stehen im Spannungsfeld verschiedenster Interessen, dort wo von Einzelnen, Gruppen oder Institutionen berechnete Bedürfnisse und Interessen von Hilfesuchenden unterdrückt oder missachtet werden, wo die Würde von Hilfesuchenden verletzt wird.“ (DBSH, 2014, S. 27). Die Fachkräfte vertreten die Rechte des Menschen auf ethischer Grundlage, jedoch birgt dieses auch Konfliktpotenzial, z.B. mit Institutionen, Kostenträgern oder Auftraggebern. Die Basis hierbei bildet das kritische Hinterfragen von Gegebenheiten und somit einer möglichen Aufdeckung und Ansprache von Problemen.

Die Forschungsgruppe bemüht sich um eine ethische Wahrnehmung, steht für soziale Gerechtigkeit einzutreten sowie die Rechte und Bedürfnisse von Bewohnern und Mitarbeitern der Behindertenhilfe zu wahren. Unter Berücksichtigung ethischer Richtlinien ist das Schreiben über den Bewohner als ein ethisches Dilemma anzusehen. Aufgrund der aufwendigen und zeitintensiven Arbeit, die qualitative Forschung mit sich bringt, wurde sich darauf geeinigt, dass die Experten (hier Sozialpädagogen) dafür Sorge tragen, im Sinne der Bewohner zu sprechen.

3.9 Zusammenfassung

In diesem Abschnitt wurden die für das Forschungsvorhaben wichtigen Elemente der empirisch und qualitativ geleiteten Querschnittsstudie benannt.

Zudem wurde auf die eigentliche Forschungsmethode, wie auf das Forschungsinstrument, das leitfadengestützte Experteninterview eingegangen. Hierzu wurde die Fachliteratur von Mayring (2002) und Schaffer (2009) herangezogen. Ebenso wurden hier die Punkte Gütekriterien, das Auswertverfahren der Interviews, sowie die Stichprobe beschrieben. Des Weiteren wurden ethische Überlegungen zu dieser Forschung beschrieben.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Experteninterviews dargelegt, ausgewertet und entsprechend zusammengefasst.

4. DIE AUSWERTUNG

Im folgenden Abschnitt wird die Auswertung der problemzentrierten Interviews beschrieben. Die Forschungsgruppe hat sich hierbei für eine qualitative Inhaltsanalyse entschieden. Laut Mayring (2002) werden selektive Protokolle nur bei großer Materialfülle und viel überflüssigem, abschweifendem Material verwendet. Eine Inhaltsanalyse kann im Nachhinein für die Festlegung der Auswahlkriterien nützlich sein.

4.1 Aufteilung der Kategorien

Im Folgenden werden die einzelnen Kategorien genauer beschrieben. Zuvor wurden diese durch festgelegte Kriterien entwickelt und helfen im späteren Verlauf der Forschung bei der Beantwortung der Forschungshaupt- und den sechs Forschungsteilfragen. Zudem wurde sich hier für die bessere Zuordnung des Materials für fünf Kategorien entschieden. Um eine bessere Zuordnung des Materials zu erreichen, wurden fünf Kategorien gebildet, die in Kapitel 4.3 ausführlicher beschrieben werden.

Kategorie 1: Klientenbezogene Bedarfe

Anhand dieser Kategorie soll mit Hilfe der Experteninterviews ermittelt werden, was die Klienten in den jeweiligen Einrichtungen der Behindertenhilfe benötigen.

Darüber hinaus ist diese Kategorie für die Forschung relevant, da hier die Bedarfe von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz erfragt werden können. Anschließend werden mögliche Handlungsempfehlungen für Einrichtungen benannt und zukunftsorientierte Betreuungskonzepte können entwickelt werden.

Kategorie 2: Visionen und Ideen

Mittels der geführten Interviews sollen jene Visionen und Ideen ermittelt werden, welche die befragten Experten für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down Syndrom und Demenz vor Augen haben.

So können anschließende Handlungsempfehlungen formuliert und zukunftsorientierte Ziele benannt werden.

Kategorie 3: Sozialpädagogische Bedarfe

Anhand dieser Kategorie werden die "sozialpädagogischen Bedarfe" in Zusammenhang mit Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz ermittelt. Anschließend wird die Forschungsgruppe Handlungsempfehlungen benennen, welche die Bedarfe der Mitarbeiter berücksichtigen.

Kategorie 4: Aktueller Umgang

Mit Hilfe der geführten Interviews soll in dieser Kategorie die aktuelle Situation in den Einrichtungen dargestellt werden. Des Weiteren wird überprüft, welche Erfahrungen die Mitarbeiter im Umgang der Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz haben. Für die Forschung ergeben sich somit relevante Aspekte, da hierdurch

Momentaufnahmen des Alltages der Einrichtungen widergespiegelt werden. Anschließend werden entsprechende Handlungsempfehlungen verfasst.

Kategorie 5: Multiprofessionelles Arbeiten

Anhand der geführten Interviews soll ermittelt werden, wo die Interviewten die Möglichkeiten zur multiprofessionellen Zusammenarbeit in Bezug auf die Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz, innerhalb stationärer Einrichtungen, sehen. Anschließend werden durch die Forschungsgruppe entsprechende Handlungsempfehlungen für die multidisziplinäre Zusammenarbeit verfasst.

4.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Um die Ergebnisse dieser Forschung gut auswerten zu können, hat sich die Forschungsgruppe für mehrere Auswertungsverfahren entschieden.

"Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich für systematische, theoriegeleitete Bearbeitung von Textmaterial. Dabei sind auch große Mengen zu bewältigen." (Mayring, 2002, S. 121). Das Material aus den Experteninterviews muss zunächst aufbereitet und im Anschluss entsprechend ausgewertet werden. Dieses Auswertungsverfahren dient dazu, die Ergebnisse der Interviews entsprechend darstellen zu können. Es ist hierbei sehr wichtig, die vielfältige Informationsdichte zu regulieren und mit Hilfe spezifischer Kategorien die für die Forschung relevanten Aussagen wiederum gut herauszufiltern. Für die Erstellung eines Kategoriensystems wird sich hier an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) orientiert.

4.3 Kodierleitfaden und Kategorien

In diesem Kapitel wird der Kodierleitfaden näher dargestellt. Dieser bezieht sich auf die Hauptfrage und die Teilfragen der Forschung. Des Weiteren wird mit Hilfe der ausgewählten Kategorien die Relevanz für diese Forschung dargelegt. Hierbei bezieht sich der Kodierleitfaden auf die Hauptfrage der Forschung:

Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen?

Ebenso werden hier die Teilfragen der Forschung genauer in den Blick genommen:

Teilfrage 1: Wie erleben die Mitarbeiter die derzeitige Betreuungssituation von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Teilfrage 2: Welche sozialpädagogischen Methoden werden zur Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz eingesetzt?

Teilfrage 3: Wo ergeben sich Herausforderungen bei der Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Teilfrage 4: Welche Rahmenbedingungen sind für die Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz nötig?

Teilfrage 5: Welche Wünsche ergeben sich aus der derzeitigen Betreuung für die zukünftige Betreuung von Menschen mit Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Teilfrage 6: Wo sehen die Sozialpädagogen die Möglichkeit zur multiprofessionellen Zusammenarbeit bei der Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Zur Beantwortung der Forschungshauptfrage und der Forschungsteilfragen wurden zuvor fünf Kategorien gebildet.

Kategorie 1: Klientenbezogene Bedarfe

Diese Kategorie beschreibt die Bedarfe des Klienten. Die Frage: „Was benötigen die Klienten?“ steht hierbei im Vordergrund. Für die Beantwortung dieser Frage stehen stellvertretend die Experten in Form von Sozialpädagogen zur Verfügung, da diese in den Interviews befragt wurden. Beispielsweise sollte Selbstbestimmung in diesem Zusammenhang als Kompetenz des Bewohners verstanden werden, die ihm nicht genommen werden darf (Fink & Hinz, 2011).

Zudem beschreibt Bosch (2005), dass eine Akzeptanz der Person selbst, hier als eine wichtige und notwendige Voraussetzung für die individuelle Selbstentfaltung der Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz innerhalb ihrer eigenen Umgebung darstellt. Laut Bosch (2005) sollte zudem die individuelle Persönlichkeit des jeweiligen Individuums sowie deren Wünsche stets höchste Anerkennung und Wertschätzung finden.

Diese Kategorie ist für die Forschung bedeutsam, da die Bedarfe fokussiert werden und sich hieraus Handlungsleitlinien ableiten lassen.

Die beschriebene Kategorie "Klientenbezogene Bedarfe" nimmt Bezug auf die Forschungshauptfrage sowie auf Forschungsteilfrage 4.

Kategorie 2: Visionen und Ideen

Laut Irrgang (2009) beschreibt eine Vision einen idealen Zustand, welcher in der Zukunft liegt. Anhand der Kategorie 2 "Visionen und Ideen" will die Forschungsgruppe herausfinden, welche Visionen und Ideen sich die Experten für die zukünftige sozialpädagogische Betreuung von Menschen mit Down-Syndrom und Demenz wünschen. Das Thema Demenz rückt seit einigen Jahren auch im Kontext mit Behinderung immer mehr in den Fokus. So weisen, laut der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen, Studienergebnisse darauf hin, dass Menschen mit Down-Syndrom rund 20 bis 30 Jahre früher als Menschen ohne Behinderung von einer Alzheimer-Demenz betroffen

sind (Demenz-Service NRW, o. J.). Durch die Fragen anhand des Interviewleitfadens soll nach möglichen Visionen sowie Ideen der Experten gefragt werden, um anschließend die Forschungshauptfrage zu beantworten. Die Begriffe Visionen und Ideen beziehen sich in diesem Zusammenhang auf den stationären Wohnbereich.

Die beschriebene Kategorie 2 "Visionen und Ideen" nimmt Bezug auf die Forschungshauptfrage sowie auf die Forschungsteilfragen 4 und 5.

Kategorie 3: Sozialpädagogische Bedarfe

Durch die Kategorie 3 "Sozialpädagogische Bedarfe" will die Forschungsgruppe die Wichtigkeit der noch benötigten bzw. bislang nicht vorhandenen Konzepte, Methoden und Fortbildungen für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in Erfahrung bringen. Haisch (2004) sagt, dass sozialpädagogische Grundlagen die Basis der Tätigkeiten bei der Betreuung demenziell erkrankter sind Menschen. Anhand der geführten Experteninterviews wollen die Autoren herausfinden, inwieweit schon geeignete Konzepte und Methoden im Hinblick auf die Betreuung dieser Klienten vorhanden sind. Ebenso soll mit dieser Kategorie hervorgehoben werden, welche Fortbildungen möglicherweise noch fehlen.

Laut Sellen (2009) haben sich sozialpädagogische Fachkräfte bislang nur wenig oder gar nicht mit dem Thema älter werdende Menschen mit einer geistigen Behinderung befasst. Menschen mit Down-Syndrom erreichen zurzeit ein durchschnittliches Lebensalter von etwa 60 Jahren (Havemann & Stöppler, 2010). Es ist zu erwarten, dass dies künftig steigen wird. Um die Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz während ihres Alterungsprozesses professionell zu begleiten, setzt sich die Forschungsgruppe mit der Fragestellung der sozialpädagogischen Bedarfe auseinander. Die während der Experteninterviews erhaltenen Antworten werden anschließend innerhalb der Handlungsempfehlungen dargelegt.

Die beschriebene Kategorie 3 "Sozialpädagogische Bedarfe" nimmt Bezug auf die Forschungshauptfrage sowie die Forschungsteilfragen 1 bis 4.

Kategorie 4: Aktueller Umgang

Durch diese Kategorie soll die aktuelle Situation (Ist-Stand) in den Einrichtungen dargestellt werden. Hierbei sollen Erfahrungen der Experten mit der Diagnose Down-Syndrom und Demenz einfließen und der aktuelle Umgang mit der Situation beschrieben werden. Es soll in Erfahrung gebracht werden, welche Handlungsbedarfe bestehen, wenn die Doppeldiagnose eintritt. Der demografische Wandel ist deutlich sichtbar. Daher scheint es umso wichtiger, das Wissen über die Symptome demenzieller Erkrankungen bei Menschen mit Behinderungen vorhanden sein bzw. erlangt werden sollte. So sind laut Krueger und Degen (2006) die sozialpädagogischen Fachkräfte in Deutschland noch nicht mit ausreichend Fachwissen, in Bezug auf die Doppeldiagnose von Menschen mit Down-Syndrom und Demenz, ausgestattet.

Durch diese Kategorie ergeben sich für die Forschung bedeutsame Aspekte, da Momentaufnahmen des Alltages der Einrichtungen widergespiegelt werden. Hieraus wird deutlich, ob Handlungsbedarf besteht. Dieser Punkt kann dann auch bei den Handlungsempfehlungen berücksichtigt werden.

Die beschriebene Kategorie 4 "Aktueller Umgang" nimmt Bezug auf die Forschungshauptfrage sowie auf die Forschungsteilfragen 1 bis 3.

Kategorie 5: Multiprofessionelles Arbeiten

Anhand der Kategorie 5 "Multiprofessionelles Arbeiten" will die Forschungsgruppe herausfinden, inwieweit das Arbeiten mit unterschiedlichen Professionen für die Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz von Bedeutung ist. Laut Thiel (2004) ist das Ziel des multiprofessionellen Teams eine berufsübergreifende Behandlung des Klienten mit einheitlichem Konzept. So ist ein regelmäßiger und strukturierter Informationsaustausch die Grundlage jeder Teamarbeit. Mit Hilfe der geführten Experteninterviews kann ermittelt werden, welche Wichtigkeit die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Bereich der Behindertenhilfe einnimmt und welche Zusammensetzungen unabdingbar für eine erfolgreiche Arbeit sind. Longrée (2008) hält eine multiprofessionelle Zusammenarbeit für zwingend erforderlich. Demnach wurde festgestellt, dass gemeinsame Anstrengungen aller Professionen erforderlich sind, um eine angemessene Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen zu erreichen.

Die beschriebene Kategorie 5 "Multiprofessionelles Arbeiten" nimmt Bezug auf die Forschungshauptfrage sowie die Forschungsteilfrage 6.

4.4 Auswertung der Interviews

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Auswertung der Experteninterviews. Diese werden den zuvor beschriebenen Kategorien, analog zum Kodierleitfaden, zugeteilt. Die Auswertung strebt die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Studie an (Mayring, 2002).

Kategorie 1 : Klientenbezogene Bedarfe

In Bezug auf die klientenbezogenen Bedarfe nannten insgesamt alle neun Experten unterschiedliche Erfordernisse. Herr M. (2017, Z. 68) sieht eine gleichbleibende Alltagsstruktur der Klienten für besonders wichtig. Durch einen alltäglichen Rhythmus können die Bewohner ebenfalls ihre Selbsthilfefähigkeiten so lange wie möglich beibehalten, so Herr P. (2017, Z. 43). Frau W. (2017, Z. 109) nannte in diesem Zusammenhang zudem die Verankerung von gewohnten Vorlieben als einen wichtigen Punkt in der alltäglichen Arbeit von Menschen mit Demenz. Zudem sieht sie die Beibehaltung eines festen Rahmens als enorm wichtig an, um den Bewohnern Sicherheiten zu geben. Auch Frau T. (2017, Z.31) sieht dies in ihrer Arbeit als einen wichtigen Punkt. Zudem sollten die Bedürfnisse jedes einzelnen ernst genommen werden. So skurril diese Bedürfnisse auch auf den ersten Blick scheinen mögen, so Frau F. (2017, Z. 154) und Herr K. (2017, Z. 93). Um dies für die zukünftige Betreuung zu gewährleisten und bei Mitarbeiterfluktuation die individuellen Vorlieben jedes einzelnen Bewohners zu kennen, ist eine Anknüpfung an die Biografiearbeit, laut Frau N. (2017, Z. 64) enorm wichtig. Zudem ist eine intensive Begleitung der einzelnen Bewohner als enorm bedeutend anzusehen (Herr P., 2017, Z. 80). So können die bisherigen Fähigkeiten jedes Einzelnen beibehalten

und ggf. gefördert werden, so Frau N. (2017, Z. 41). Hierbei sollten jedoch die Selbstbestimmung sowie die Rechte der Bewohner nicht vergessen werden, auch wenn sie an einer demenziellen Erkrankung leiden, so Herr K. (2017, Z. 85) und Herr B. (2017, Z.72). Ein wichtiger Punkt, den alle Befragten gleichermaßen nannten, war das Recht der Bewohner in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können.

Kategorie 2 : Visionen und Ideen

Jeder der neun befragten Experten äußerte sich in Hinblick auf Visionen und Ideen für die zukünftige Betreuung von Menschen mit Down-Syndrom und Demenz.

Herr M. (2017, Z. 181) äußerte, dass es für die zukunftsorientierte Begleitung der Bewohner unabdingbar sei eine gelungene Tagesstruktur zu schaffen, um so den Menschen ein Gefühl von Sicherheit in dem Verlauf ihrer demenziellen Entwicklung zu bieten.

Zudem nannte Herr W. (2017, Z. 190; 226), dass eine Begleitung von der Werkstatt in die Rente für die Bewohner wichtig sei, um ihnen auch nach der Erwerbstätigkeit weiterhin eine ausreichend gute Förderung ihrer zukommen zu lassen. Hierzu fehle es bislang jedoch noch an geeigneten Konzepten, so Herr K. (2017, Z. 94).

Des Weiteren nannten Herr W. (2017, Z. 201), Frau F. (2017, Z. 127) und Frau T. (2016, Z. 112), dass es bis dato noch an ausreichend und somit wenig geeigneten Einrichtungen für Menschen mit Down-Syndrom und Demenz fehle, wie beispielsweise ein Seniorenheim für Menschen mit dieser Doppeldiagnose.

Herr K. (2017, Z. 150) fügte hinzu, dass es für die zukünftige Betreuung bislang auch noch an einer gesicherten Ganztagsbetreuung in den Einrichtungen fehle, dies aber gerade bei Klienten mit der oben genannte Doppeldiagnose sehr wichtig sei, dass gewohnte Umfeld beizubehalten, so Herr P. (2017, Z. 142). Frau F. (2017, Z. 61) führte an, dass es noch mehr individuelle Angebote für Menschen mit Demenz und Down-Syndrom in den Einrichtungen geben müsse und diese sich letztlich auch langfristig etablieren müssen.

Außerdem sollten laut Frau N. (2017, Z. 112) Änderungen der personellen und strukturellen Rahmenbedingungen erfolgen. Des Weiteren äußerten auch Frau T. (2016, Z. 90; 152), Herr B. (2017, Z. 70; 79) sowie Frau W. (2017, Z. 84; 148), dass es in diesem Bereich noch dringenden Handlungsbedarf gäbe, da auch hier noch die geeigneten Konzepte fehlten.

Alle der neun befragten Experten äußerten in den Interviews, dass es für die Betreuung der Bewohner unabdingbar sei, gut ausgebildet zu sein. Frau W. (Z. 213) vermisst für die Begleitung der Bewohner in der letzten Lebensphase eine Sterbe- und Trauerbegleitung. Herr B. (2017, Z. 86) und Frau T. (Z. 69) nannten zudem, dass es dringend Veränderungen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter geben müsse, umso letztlich auch selber gesund bleiben zu können (Gesundheitsfürsorge). Weiterhin nannte Frau T. (2016, Z. 215), dass eine Interaktion von verschiedenen Fachdiensten zur Arbeitserleichterung beitragen. Auch Frau N. (2017, Z. 122) wünscht sich mehr Austausch mit verschiedenen Experten.

Herr B. (2017, Z. 85; 89) und Frau W. (2017, Z. 201) wiederum finden eine Erweiterung von Fachwissen und neuen Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit den Bewohnern besonders wichtig. Zudem nannte Frau W. (2017, Z. 201), dass eine feste Auswahl von Experten zur Unterstützung im Arbeitsalltag wichtig sei. Herr W. (2017, Z. 214) fordert ein

Umdenken in der Politik und somit letztendlich auch andere Finanzierungsmöglichkeiten in der Eingliederungshilfe zu schaffen.

Zusammenfassend lässt sich aus den geführten Interviews entnehmen, dass es hinsichtlich der zukünftigen Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz noch an einer Vielzahl an Konzepten und Rahmenbedingungen fehlt. Das Ziel sollte also sein, geeignete Konzepte und Rahmenbedingungen zu schaffen.

Kategorie 3 : Sozialpädagogische Bedarfe

Durch die Ermittlung sozialpädagogischer Bedarfe, ergaben sich unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten der einzelnen Experten, welche erforderlich für eine gute Arbeit mit Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz sind. Sowohl Herr M. (2017, Z. 137), Frau F. (2017, Z. 51), Herr K. (2017, Z. 202), Herr P. (2017, Z. 61), Frau N. (2017, Z. 59), Herr B. (2017, Z. 85) als auch Frau W. (2017, Z. 212) nannten sozialpädagogische Weiterbildungen als einen wichtigen Punkt, gerade weil Bewohner mit dieser Diagnose, ausgehend vom demografischen Wandel, vermehrt in Einrichtungen zu betreuen sind und viele Mitarbeiter diesbezüglich noch keine Erfahrungen machen konnten. Herr M. (2017, Z. 86) nannte den Punkt der frühzeitigen Bedarfsermittlung, um gute Arbeit leisten zu können und individuell auf die Bewohner eingehen zu können. So können demnach auch die einzelnen Vorlieben in den Blick genommen und innerhalb der Arbeit berücksichtigt werden. Auch Herr P. (2017, Z. 66) nannte die frühzeitige Ermittlung von Bedarfen als einen wichtigen Punkt. Zudem müsste eine Veränderung der personellen sowie strukturellen Rahmenbedingungen stattfinden, so Frau N. (2017, Z. 112), Frau T. (2017, Z. 152), Herr B. (2017, Z. 70), Frau W. (2017, Z. 84) und Herr B. (2017, Z. 86). Hierunter falle die Entwicklung von eigenen Konzepten (Herr W., 2017, Z. 90). Nur so besteht die Möglichkeit sich zukunftsorientiert auf das Klientel einzulassen und professionell zu arbeiten. Herr W. (2017, Z. 164) sieht zudem die Gruppenkonstellation als Herausforderung. Eine denkbare Verbesserung könnten homogene Gruppen darstellen, in denen darauf geachtet wird, Bewohner mit ähnlichen kognitiven Fähigkeiten zusammenzubringen. Damit würde viel Konfliktpotential aus den Gruppen genommen. Zudem ist eine Sensibilisierung für neue Methoden ein gewichtiger Punkt, um fortwährend professionell mit den Bewohnern arbeiten und angemessen auf sie einzugehen zu können. Auch das fehlende Fachpersonal ist laut den Interviews ein vermehrt aufkommendes Problem. Außerdem fehlt es dem Fachpersonal an expliziertem Wissen, so Herr K. (2017, Z. 163) und Herr P. (2017, Z. 98). Ein ebenfalls wichtiger Punkt ist das ausbaufähige Zeitkontingent, welches sich laut Frau N. (2017, Z. 90), gerade im Hinblick auf den nötigen Mehraufwand für einen adäquaten Umgang mit den einzelnen Bewohnern, günstig auswirken würde.

Kategorie 4 : Aktueller Umgang

Durch die Befragung der Experten konnte die Forschungsgruppe den aktuellen Umgang innerhalb der stationären Einrichtungen in Hinblick auf Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz ermitteln. Herr M. (2017, Z. 120) nannte hier die intensive Begleitung der einzelnen Bewohner. Diese Begleitung birgt jedoch die Gefahr, dass währenddessen Bewohner innerhalb der Einrichtung vernachlässigt werden. Hier sind der erhöhte Pflegeaufwand und der niedrige Personalspiegel genannte Aspekte. Folglich

finden vermehrt ein Wohnortswechsel der Bewohner statt, da Mitarbeiter und Einrichtungen an ihre Grenzen kommen. Dies läge zum einen an den unterschiedlichen Rahmenbedingungen wie auch an nicht vorhandenen Konzeptionen in Hinblick auf die Klientel. Dies nannten Herr M. (2017, Z. 130), Herr K. (2017, Z. 28), Herr P. (2017, Z. 36; 85), Frau N. (2017, Z. 95) sowie Frau W. (2017, Z. 79). Das Arbeiten mit diesem Klientel scheint laut Herrn M. (2017, Z. 106) Neuland für viele Fachkräfte zu sein, da mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz, jetzt erst in den Einrichtungen ankommen. So nennt Frau F. (2017, Z. 105) das Fehlen von Erfahrungen als einen wichtigen Punkt in der momentanen Arbeit. Auch tritt vermehrt Unsicherheit bei den Mitarbeitern durch den Mangel an adäquatem Fachwissen auf. Demnach ist ein intensiver Austausch mit verschiedenen Experten von enormer Wichtigkeit (Frau T., 2017, Z. 122; 188). Bedeutend sei hierbei das Beibehalten von festen Ritualen, welche der jeweilige Bewohner schon kennt, so Frau W. (2017, Z. 137). Dies gäbe ihnen zudem Sicherheit im alltägliche Leben (Frau W., 2017, Z. 137). So arbeiten die Ledder Werkstätten, innerhalb ihrer Einrichtungen, vermehrt mit der Tecklenburger Biografie Methode (TBM), um individuelle Vorlieben anhand von vertrauten Reizen zu ermitteln und in der Arbeit mit den Bewohnern anwenden zu können (Herr W., 2017). Dies erläuterten Herr W. (2017, Z. 100), Frau F. (2017, Z. 57) sowie Herr K. (2017, Z. 47). So sei die Anknüpfung an die Biografie ein Wichtiger Aspekt im Umgang mit den Bewohnern (Frau N., 2017, Z. 64). Des Weiteren beschreibt Frau N. (2017, Z. 48) die Transparenz innerhalb des Teams als einen unabdinglichen Punkt. Darunter verstehen sich der immer wiederkehrende Austausch sowie nachvollziehbare Prozesse etc. Herr W. (2017, Z. 42) benennt den Umgang von Menschen mit der Doppeldiagnose Down Syndrom und Demenz als eine aktuelle Thematik, welche jedoch schon länger bekannt ist. Herr B. (2017, Z. 28) hat hingegen noch keinen Bewohner mit oben benannter Doppeldiagnose betreut und sieht dies tendenziell eher als einen zukunftsorientierten Aspekt an.

Kategorie 5 : Multiprofessionelles Arbeiten

Das Zusammenwirken in einem multiprofessionellen Team ist für die Arbeit mit Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz von enormer Wichtigkeit, um unterschiedliche Handlungsfelder abzudecken. Ein regelmäßiger Austausch unterschiedlicher Professionen wichtig, so Herr M. (2017, Z. 155). So stehe die Vernetzung mit verschiedenen Experten im Mittelpunkt, um den Bewohnern eine bestmögliche Betreuung zu gewährleisten. Dies sagten Herr W. (2017, Z. 77; 254), Herr K. (2017, Z. 72; 184), Frau N. (2017, Z. 122) und Frau T. (2017, Z. 122). Frau W. (2017, Z. 201) nannte zudem eine feste Auswahl von Experten zu Unterstützung als einen hilfreichen Punkt. Es bestehe die Möglichkeit, sich durch verschiedene Professionen Beratung einzuholen und sich auszutauschen (Herr B., 2017, Z. 62; 89). Laut Frau F. (2017, Z. 195) sei eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit enorm wichtig, um sich mit externem Fachpersonal auszutauschen und nach neuen Handlungsmöglichkeiten zu schauen.

4.5 Beantwortung der Forschungsfragen

Die folgenden Schlussfolgerungen befassen sich mit den Ergebnissen der Forschung. Hierdurch werden die in Kapitel 1.3 benannte Hauptfrage und die Teilfragen beantwortet. Ob sich aus diesen Schlussfolgerungen auch kritische Auswirkungen ergeben, wird in diesem Abschnitt deutlich.

4.5.1 Beantwortung der Teilfragen

Die benannten Teilfragen wurden vor der Interviewdurchführung erarbeitet, um auf die Beantwortung der Forschungshauptfrage hinzuarbeiten. Anhand der ausgewerteten Interviews im vorherigen Kapitel, lassen sich zunächst die Teilfragen beantworten. Hierbei fließen Interpretationen ein.

Teilfrage 1: Wie erleben die Mitarbeiter die derzeitige Betreuungssituation von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Hierbei stellt sich zuerst die Frage: Was bedeutet die derzeitige Betreuung? Gemeint ist vor allem die Betreuung im stationären Wohnen von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz und beinhaltet u.a. die Bereiche Wohnen, Freizeit und Beschäftigung. Der konstante Lebensbereich ist für Menschen mit geistiger Behinderung, besonders im Alter immens wichtig. Hierbei erscheinen opportune Lebensvoraussetzungen sowie ein anregendes Wohnumfeld unerlässlich für das Bewahren der persönlichen Lebenserfüllung und des würdevollen Alterns. Die Richtlinien des stationären Wohnens die Normalisierung, Selbstbestimmung und Integration voraussetzen, sollen auch für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung ihre Gültigkeit behalten (Havemann & Stöppler, 2010). Den Tagesablauf strukturierende Maßnahmen und Angebote sollten kompatibel sein mit den Wünschen und Bedürfnissen sowie Interessen des älter werdenden Menschen mit geistiger Behinderung und demenzieller Erkrankung. Die bittere Wahrheit sieht (meistens) wie folgt aus: Es scheint eher eine „Unterbringung“ in einer Einrichtung stattzufinden, ohne altersspezifischen Bedürfnissen gerecht zu werden. Als Folge hieraus ergeben sich massive Einschränkungen in der Lebensqualität, die grundlegend inakzeptabel sind (Havemann & Stöppler, 2010).

Die erste Forschungsteilfrage behandelt den aktuellen Umgang mit Menschen mit der genannten Doppeldiagnose in den stationären Einrichtungen.

Bei der Auswertung stellte sich heraus, dass diese Kombination in acht von neun Einrichtungen vorliegt. Hierbei wurde deutlich, dass in beinahe allen Einrichtungen Unsicherheiten durch fehlende, langjährige Erfahrungen mit der Doppeldiagnose herrschen. Diese Bewohner „erreichen“ teilweise erst jetzt die Einrichtungen und stellen somit Neuland für die Fachkräfte in der Betreuung dar. Zu ergänzen sind die fehlenden spezifischen Konzepte der Einrichtungen, wodurch es an Grundstrukturen in den Arbeitsweisen mangelt.

In der konkreten Betreuung der Menschen mit der hier behandelten Doppeldiagnose zeigten sich Unterschiedlichkeiten in fast allen Einrichtungen. Als gemeinsamen Tenor

erwies sich die intensive Begleitung der Bewohner, die einen höheren Zeitaufwand mit sich bringt. Veränderungen bzw. Erhöhungen der Stundenkontingente der Mitarbeiterschaft ergaben sich hieraus nicht. Die Experten benannten im Umgang mit den Bewohnern die Anwendung vertrauter Reize. In den Einrichtungen der Ledder Werkstätten, in der mit der Tecklenburger Biografie Methode (TBM) gearbeitet wird, werden die Bedürfnisse und individuellen Vorlieben der Bewohner ermittelt und aufgegriffen.

Als Vorteil in der Betreuung wurde das Bezugsbetreuungssystem benannt, welches dem Bewohner Sicherheit bietet. In der Regel ist hierbei ein fester Mitarbeiter mit allen bewohnerspezifischen Angelegenheiten vertraut.

Besonders kritisch zu betrachten sind die Auszüge zweier langjährig in einer Einrichtung lebender Bewohner. Hierbei konnte die Versorgung, aufgrund fehlender Professionen, nicht mehr adäquat gewährleistet werden. Diese Situation weist deutlich die Grenzen der Versorgung auf und stellt die Einrichtungen vor ein Dilemma, da sie den Bewohnern grundsätzlich ein lebenslanges Wohnrecht bieten (möchten). Es muss hier also erneut angemerkt werden, dass es unter den aktuellen Bedingungen schwierig ist, Grenzen der Versorgung zu überwinden.

Zusammenfassend lässt sich die Forschungsteilfrage wie folgt beantworten: In der Betreuung herrschen Unsicherheiten aufgrund der „neuen“ Behinderungsbilder älterer Menschen mit Handicap. Es scheint unklar, welche Bedarfe bestehen und wie diese aufgegriffen und gefördert werden können. Die Betreuung scheint in jeder Einrichtung unterschiedlich umgesetzt zu werden. Diese endet spätestens, wenn die Einrichtungen an ihre Grenzen kommen – mit dem Auszug von Bewohnern als Konsequenz und mit Frustration bei den Mitarbeitern.

Teilfrage 2: Welche sozialpädagogischen Methoden werden zur Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz eingesetzt?

Sozialpädagogische Methoden definiert Galuske (2013, S. 35) wie folgt:

Methoden der sozialen Arbeit thematisieren jene Aspekte im Rahmen sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Konzepte, die auf eine planvolle, nachvollziehbare und damit kontrollierbare Gestaltung von Hilfeprozessen abzielen und die dahingehend zu reflektieren und zu überprüfen sind, inwieweit sie dem Gegenstand, den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, den Interventionszielen, den Erfordernissen des Arbeitsfeldes, der Institutionen, der Situation sowie den beteiligten Personen gerecht werden.

Anhand dieser Definition lassen sich Methoden als Handlungsplan erklären, der durch gezielte und geplante Maßnahmen eine Ausrichtung (Ziel) verfolgt. Das Zentrum von Methoden bildet das Handeln, oder anders formuliert: Das „WIE“.

Einige Herausforderungen können sich in der Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz ergeben. Um diese zu meistern, können sozialpädagogische Methoden hilfreich sein. Doch wie sieht es in der Praxis aus? Werden bestimmte Methoden in konkreten Situationen eingesetzt? Verfügen Mitarbeiter über einen „Methodenkoffer“?

Durch die Interviews ergibt sich hinsichtlich der Methodenauswahl sowie der Anwendung ein konkretes Ergebnis: Drei von neun befragten Personen wenden eine explizite Methode in der Praxis an.

Hierbei wurde die Biografiearbeit als wesentliche Methode genannt. Dabei wird z.B. an Erinnerungen aus der Kindheit (z.B. das Spielen eines Musikinstrumentes) angeknüpft, die den Bewohner aus Phasen der Lethargie herausholen können. Ein weiterer Teilnehmer führte die gesicherte Ganztagsbetreuung an, die Bewohnern Sicherheit durch Struktur bietet, jedoch stellt sich dieses nicht als eine direkte Methode dar.

Andere Methoden scheinen unerprobt und werden somit nicht in der Praxis umgesetzt. Es entsteht der Eindruck, dass es eher individuell und je nach Situation und Person gehandelt wird. Grundsätzlich bestehen in der Praxis allgemeine Methoden, wie z.B. Struktur und Sicherheit durch das Bezugsbetreuer-System bieten oder Handlungsweisen wie Förderung und Beibehalten von Fähigkeiten sowie von festen Strukturen.

Einig waren sich nahezu alle Interviewten: Die Bewohner benötigen eine intensive, individuelle Begleitung, Selbstbestimmung und Sicherheit. Der „Methodenkoffer“ könnte und sollte jedoch ausgebaut werden.

Eine Interpretation hierbei lautet, dass dieses Defizit an Methoden mit einer mangelnden Schwerpunktsetzung innerhalb des Studiums zusammenhängt. Die interviewten Experten gaben an, kaum bis keine Inhalte zur Thematik Menschen mit Behinderung innerhalb der Studienzeit erlangt zu haben. Da die Behindertenhilfe definitiv ein Berufsfeld des Sozialpädagogen ist, bedarf es eines Ausbaus der Studieneinheiten in deutschen Hochschulen. Handlungsempfehlungen werden hierzu in Kapitel 5 (Handlungsempfehlungen) ausgeführt.

Teilfrage 3: Wo ergeben sich Herausforderungen bei der Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Bei der Beantwortung dieser Forschungsteilfrage wirkte sich die Vielzahl der konkreten Aussagen der Interviewer positiv aus. Diese ließen sich hinsichtlich der Herausforderungen für die Bewohner wie auch für die Mitarbeiter aufteilen.

So gelten als Herausforderungen der Bewohner folgende Aspekte:

- Durch die intensive Begleitung demenziell erkrankter Bewohner bleibt wenig Zeit für die übrigen Bewohner.
- Folge: Andere Bewohner bekommen zu wenig Zuwendung
- Erhöhter Pflegeaufwand aufgrund Verlust der eigenen Fähigkeiten
- Fehlende Tagesbetreuung (wohin wenn WfbM nicht mehr „geleistet“ werden kann?)
- Auszug aus Einrichtung als Konsequenz mangelnder Versorgungsmöglichkeiten (Personal, räumliche Gegebenheiten)
- Geringe Nutzung sozialpädagogischer Methoden (negative Auswirkungen auf Entwicklung)

Als Herausforderungen für die Experten (und weitere Mitarbeiter) gelten:

- Niedriger bzw. gleich bleibender Personalschlüssel für erhöhte Bedarfe
- Erreichen der persönlichen Grenzen der Mitarbeiter (Grenzerfahrungen)
- Keine Handlungsrichtlinien aufgrund fehlender Konzeptionen
- Auftreten von Unsicherheit aufgrund unbekannter Erkrankungsbilder
- Fehlen von Erfahrungen der Mitarbeiter
- Auftreten von Unsicherheit bei Mitarbeitern durch fehlendes Fachwissen
- Änderungen im Aufgabengebiet (Schwerpunkt Pflege) führen zu Belastungen und fordern zum „Umdenken“

Das Resultat aus systembedingt mangelhaften Mitarbeiterkompetenzen und fehlenden Einrichtungskonzepten kann für enormen Druck auf die Fachkräfte sorgen und führt nicht selten zu Konflikten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich in der stationären Behindertenhilfe derzeit schon eine Fülle an Herausforderungen und Stolpersteinen durch veränderte Hilfebedarfe offenbart. Die Anpassung der Einrichtungsorganisation auf die veränderte Klientel findet aktuell noch nicht, oder nur bedingt, statt. Im Konkreten scheint hierbei der Schwerpunkt bei den Änderungen der Einrichtungskonzepte und somit bei den strukturellen Umbrüchen der veralteten Rahmenbedingungen zu liegen. Wie könnte man diese Herausforderungen anpacken? Handlungsempfehlungen zu diesem Punkt finden sich unter Handlungsempfehlungen in Kapitel 5 wieder.

Teilfrage 4: Welche Rahmenbedingungen sind für die Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz nötig?

In diesem Punkt ergaben die Experteninterviews eine Vielzahl an Übereinstimmung in den Aussagen. Hierbei gilt es zunächst, diese in Meso- und Makroebene zu unterteilen. Als bedeutendster Aspekt auf Mesoebene zeigt sich die Konzeptionsentwicklung. Mit ihr steht und fällt die gesamte Ausrichtung. Die folgenden Ergebnisse bieten eine Übersicht über die nötigen und somit ausbaufähigen Rahmenbedingungen:

- Entwicklung einer Konzeption
- Erweiterung des Personals (Verbesserung der Personalausstattung)
- Einstellung von ausgebildetem Fachpersonal (Multiprofessionalität)
- Schaffung einer Tagesstruktur/ eines Tagesangebots
- Anpassung der Dienstpläne
- Änderung der bestehenden räumlichen Gegebenheiten
- Entwicklung spezifischer Wohnformen für Menschen mit Down-Syndrom und Demenz (z.B. Seniorenheim)
- Ausbau der Gesundheitsfürsorge der Mitarbeiter
- Ausbau eines Netzwerkes

Auf dem Makroniveau nannte ein Experte die Wichtigkeit von Änderungen der politischen Bedingungen. Dadurch sollen vor allem neue Möglichkeiten der Finanzierung in der Eingliederungshilfe geschaffen werden.

Durch diese Übersicht der Rahmenbedingungen wird eins deutlich: Von der Aktualisierung der Konzeptionen sowie deren Umsetzung hängen die Qualität und die Verbesserung der gesamten weiteren Arbeit mit älteren Menschen mit Behinderung im Allgemeinen und mit Menschen mit Doppeldiagnose im Besonderen ab.

Teilfrage 5: Welche Wünsche ergeben sich aus der derzeitigen Betreuung, für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

Was ‚derzeitige Betreuung‘ bedeutet, wurde bereits in Kapitel 4.5.1, Teilfrage 1 erläutert. Der Begriff der Betreuung beinhaltet das Themenfeld des Wohnens und nimmt große Relevanz im Leben von (älteren) Menschen ein.

Aus Sicht der Experten gibt es eine Vielzahl an Wünschen für die Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose in den stationären Einrichtungen. Durch die Auswertung der Interviews ergibt sich folgende Antwort: An erster Stelle standen die Änderungen von personellen und strukturellen Rahmenbedingungen, durch die eine bedarfsgenauere Betreuung ermöglicht und daraus viele Wünsche der Bewohner umgesetzt werden könnten. Durch eine angepasste Konzeption, die erweiterte Handlungsmöglichkeiten und mehr Zeit für die Bewohner bietet sowie multiprofessionelles Personal, Netzwerkausbau und räumliche Veränderungen vorsieht, sehen die Experten verbesserte Betreuungsmöglichkeiten. Hieraus ergibt sich der Wunsch nach Sicherstellung des vertrauten Wohnumfeldes, sodass die Bewohner bis zu ihrem Lebensende am gleichen Wohnort verbleiben können. Ein weiterer Wunsch lag in der methodischen Begleitung der Bewohner bei dem Wechsel von Werkstatt in die Rente. Hierbei sollten allgemeingültige Maßnahmen gefunden und getroffen werden.

Als weiteren Wunsch wurde der Ausbau eines Tagesangebotes benannt, das der Tagesstrukturierung der Bewohner dienen soll. Weiterhin wünschen sich die Experten einen Ausbau individueller Angebote für Menschen mit Down-Syndrom und Demenz, die sich langfristig etablieren.

Auch wurde die Installation von Sterbe- und Trauerbegleitung gewünscht, die Bewohnern wie auch Mitarbeitern Sicherheit vermitteln könnte.

Durch die Veränderungen der Arbeitsbedingungen und die damit erhöhten der Belastungen der Mitarbeiter, wurde der Wunsch nach einer gezielteren Gesundheitsfürsorge seitens der Arbeitgeber formuliert. Konkret wurde hierbei die Dienstplangestaltung erwähnt.

Den Rahmen hierfür bildet das Umdenken in der Politik, um somit letztendlich auch andere Finanzierungsmöglichkeiten in der Eingliederungshilfe zu schaffen, dies wurde ebenfalls als expliziter Wunsch geäußert.

Um die Forschungsfrage zu beantworten, muss Folgendes fokussiert werden: Die Vielzahl der Wünsche macht deutlich, dass die Experten durchaus Bedarfe der Bewohner erkennen. Es fehlt ihnen an den Möglichkeiten, diese Bedarfe umzusetzen. Diese Thematik

ist auf der einen Seite auf politischer Ebene, auf der anderen Seite auf Einrichtungsebene anzusiedeln.

Teilfrage 6: Wo sehen die Sozialpädagogen die Möglichkeit zur multiprofessionellen Zusammenarbeit bei der Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?

„Ein Team ist eine Gruppe von Individuen, die wechselseitig voneinander abhängig und gemeinsam verantwortlich sind für das Erreichen spezifischer Ziele für ihre Organisation.“ (Dick & West, 2013). Doch wie sieht es in den stationären Einrichtungen aus, wenn ein Team die spezifischen Ziele nicht selbstständig bewerkstelligen kann? Ein Netzwerk verschiedenster Fachkräfte könnte hier Erfolg versprechen.

Diese Teilfrage befasst sich mit den Möglichkeiten der Netzwerkarbeit von stationären Einrichtungen. Hierzu gab es klare Stellungnahmen der interviewten Experten zum Bedarf nach multiprofessioneller Zusammenarbeit. Deutlich wurde, dass kaum konkrete Visionen und Ideen für die Umsetzung in der Praxis vorliegen.

Regelmäßiger multiprofessioneller Austausch sowie eine feste Auswahl von verschiedenen Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Logopäden, Ärzten, Pädagogen und Pflegekräften) zur Unterstützung und der Verbesserung der Netzwerkarbeit, wurde hier von den Experten als wesentliche Punkte benannt. Ebenso wurde eine Beratung durch verschiedene Professionen z.B. einem Netzwerk innerhalb des Caritasverbandes Rheine genannt. Bei den Möglichkeiten der professionellen Zusammenarbeit sahen einige Experten z.B. auch ein Netzwerk mit Fachkräften der Altenpflege sowie Neurologen als Option, um frühzeitigere Diagnostiken abzuklären.

Bei all diesen Visionen mangelte es jedoch an der konkreten Umsetzung bzw. an den Möglichkeiten diese in der Praxis umzusetzen. Bei der Beantwortung dieser Teilfrage kann festgehalten werden, dass Ideen der professionellen Zusammenarbeit („WER“) vorliegen, dass sich das „WIE“ jedoch noch als unklar erweist.

4.5.2 Beantwortung der Hauptfrage

Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen?

Nun, da sich die vorliegende Arbeit dem Ende zuneigt, soll sich intensiv der Hauptfrage der durchgeführten Forschung gewidmet werden.

Eine Antwort auf diese Frage zu finden war die Intention aller Einsätze, Recherchen und Interviews. Nach den Expertenaussagen in den Interviews und deren Auswertung, führten die Forschungsteilfragen zu der Beantwortung der Hauptfrage. Mit Hilfe der sechs Forschungsteilfragen wurden Informationen zu dem aktuellen Umgang in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe erlangt. Des Weiteren ergaben die Antworten einen guten Überblick über die aktuellen Berührungspunkte mit Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz.

Acht von neun Experten befassen sich in ihrer täglichen Arbeit mit älter werdenden Menschen.

In acht von neun Einrichtungen, aus denen die befragten Experten stammen, liegt die Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz vor und somit die veränderten Bedarfe. Auf die daraus resultierenden, neuen oder veränderten Aufgaben wird jedoch bisher in der Betreuung kaum durch spezifische sozialpädagogische Methoden reagiert. Lediglich die Biografiearbeit und tagesstrukturierende Maßnahmen finden sich in zwei Einrichtungen wieder. Aufgrund der fehlenden Methoden und Umsetzungen im Alltag scheint die Betreuung eher improvisiert sowie je nach Einzelfall gestaltet zu werden. Hierbei stellte sich auch heraus, dass keinerlei Berührungspunkte mit der Thematik der Menschen mit Behinderungen in deutschen Studiengängen der Sozialpädagogik vorliegen. Sie sind nicht in dem Ausbildungsprofil verankert, obwohl sich die stationäre Behindertenhilfe durchaus als ein mögliches Berufsfeld eines Sozialpädagogen erweist.

Die Kombination aus der intensiven Begleitung der Bewohner, dem damit verbundenen höheren Zeitfaktor und dies unter gleichbleibendem Stundenkontingent, werden seitens der Befragten als Herausforderung empfunden.

Fehlende Handlungsrichtlinien sorgen zudem Unsicherheit, sowohl bei den Experten wie auch den Bewohnern.

Auch wenn sich die Experten unsicher bzgl. eines konkreten Netzwerkausbaus waren, so wurden Visionen und der Wunsch nach der Multiprofessionalität deutlich. Erkennbar wurde hierbei zudem die nötige Relevanz eines Netzwerkes, um die Betreuung zu optimieren und somit den Bedarfen der Bewohner gerechter werden zu können.

Trotz der Vielzahl an Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz kristallisiert sich heraus: Die Betreuung der älter werdenden Menschen wird improvisiert umgesetzt.

Laut Haisch und Kolbe (2013) obliegt es der Dienstleistung Anderer, dem älter werdenden Menschen mit Behinderung eine altersgemäße Lebensführung und somit auch Erfüllung von Bedarfen zu ermöglichen.

Hier geht es besonders um die Bereitstellung äußerer Bedingungen und Mittel, um Bedarfe entfalten zu können. Weitere Schwerpunkte liegen in der Ermöglichung von Bewegung (physische Entfaltung), offenen sozialen Bindungen, Vertrautheit und dem Einbringen von (lebenspraktischen) Fähigkeiten oder eben auch das Gegenteil: Sich zurückzunehmen.

Als ein weiterer Punkt wird die Förderung des intellektuellen geistigen Wesens benannt. So muss zudem laut der UN-Behindertenrechtskonvention den Bewohnern stets die Möglichkeit geboten werden, selbstbestimmt ihren Alltag zu gestalten (Kapitel 2.6).

Bedarfe von Menschen mit Down-Syndrom und Demenz erweisen sich als ein komplexes Geflecht.

Es kann festgehalten werden, dass die Summe dieser neuen Herausforderungen (veränderte Gewichtung in Betreuungsaufgaben, Erweiterung des Fachwissens, Entwicklung von Netzwerkarbeit etc.) angepasste und neue Maßnahmen notwendig macht.

Die stationären Einrichtungen müssen sich konzeptionell so aufstellen, dass Menschen mit Behinderungen dort auch alt werden können und dürfen. Hierzu müssen die gegebenen Strukturen aufgebrochen und neu durchdacht werden. Zudem sind auch Änderungen im Bereich der räumlichen Gegebenheiten nötig und sollten auch hier umgesetzt werden. Da

es vor allem an den Mitarbeitern liegt, Modifikationen der genannten Art umzusetzen, sollte durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema Down-Syndrom und Demenz die Möglichkeit geschaffen werden, sich gut mit dieser Klientel auseinandersetzen zu können.

Laut Herrn W. (2017) sind zudem auch neue Wohnformen, wie beispielsweise homogenere Gruppen in den Einrichtungen von Vorteil und sollten entsprechend der Bedürfnisse der Bewohner konzipiert und entwickelt werden. "Also das ist das eigentlich große Problem, dass man feststellt, okay nicht der Bewohner mit dem Erscheinungsbild stört eigentlich, sondern im Zusammenspiel mit der Gruppe. Das ist im Grunde genommen das eigentliche Problem." (Herr W., 2017, Anlage).

Des Weiteren ist es für nahezu alle Menschen im Alter von großer Wichtigkeit, in ihrem vertrauten Lebens- und Wohnumfeld verbleiben zu können (Havemann & Stöppler, 2010). Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Gestaltung des Wohnumfeldes sind die einfühlsamen sowie verlässlichen Beziehungen bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen, um ihnen so die nötige Sicherheit zu vermitteln. Ziele sind hierbei, sich in einer sicheren Umgebung austesten zu können sowie abhanden gekommene Fertigkeiten in einem vertrauten Umfeld wieder zu erlernen.

Außerdem ist hier nach den Antworten der Interviewten festzuhalten, dass besonders bei der Versorgung der Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz die Zuständigkeiten im Bereich der Eingliederungshilfe gesehen werden und somit auch die damit einhergehenden Aufgabenfelder. Die Einrichtungen haben bislang noch zu wenig Handlungs- Entscheidungsspielraum und es herrschen unklare Zuständigkeiten. Daher waren sich alle neun von neun Experten auch darüber einig, dass die Umsetzung von neuen Konzepten und den dazugehörigen Rahmenbedingungen in den Bereich der Behindertenhilfe fallen und folglich auch hier umgesetzt und realisiert werden müssen. Durch die immer größere Anzahl älter werdender Menschen mit Behinderungen (Kapitel 2.7.1), werden auch die Anforderungen an das Fachpersonal im Rahmen der professionellen Begleitung dieser Menschen im Alltag steigen.

So ist es laut Haisch und Kolbe (2013) besonders wichtig, die entsprechenden Bedarfslagen der älter werdenden Menschen mit Behinderungen zu kennen und ihnen so gerecht werden zu können. Die interviewten Experten fordern zudem eine enge Einbindung von Pflegefachkräften in den Einrichtungen der Behindertenhilfe. Hierzu wären multiprofessionelle Teams, in welchen alle Mitarbeiter entsprechendes fachspezifisches Wissen haben, von großem Vorteil. Folglich können sich die Mitarbeiter durch ihre jeweiligen Kompetenzen gut ergänzen und so auch voneinander profitieren. Im folgenden Kapitel werden ausführliche Handlungsempfehlungen genannt.

5. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Das folgende Kapitel befasst sich mit Handlungsempfehlungen, die einer objektiven Betrachtung der Ergebnisse der durchgeführten Forschung zugrunde liegen. Diese Empfehlungen beziehen sich auf die Mikro-, Meso- und Makroebene nach Hamburger (2012). Darüber hinaus sollen allgemeine Empfehlungen die Fülle an veränderten Bedarfen unterstreichen.

5.1 Allgemeine Empfehlungen

Die Untersuchungen haben ergeben, dass die stationäre Behindertenhilfe durchaus ein attraktives Arbeitsfeld eines Sozialpädagogen ist. Es zeigen sich jedoch gravierende Wissenslücken in Bereichen der Krankheitsbilder, in den Methoden für die praktische Arbeit sowie in den Erfahrungen im Umgang mit der Klientel.

Es sei an dieser Stelle ausdrücklich betont, dass diese Defizite der aktuellen Struktur geschuldet sind und nicht an Verfehlungen der Mitarbeiter liegen.

Durch die Befragungen der Experten (Sozialpädagogen) kristallisierte sich heraus, dass diese Thematik aktuell in den deutschen Hochschulen nicht berücksichtigt wird.

Eine Empfehlung der Forschungsgruppe ist das berufsbegleitende Studium z.B. an der Saxion Hogeschool in Enschede. Die Besonderheit liegt hierbei in der Koppelung von Theorie und Praxis, da die Studierenden Berufserfahrung durch den Praxisanteil von mindestens 20 Wochenstunden sammeln und sich somit nicht allein theoretisch bilden. Als weiterer positiver Aspekt kann hier die im letzten Studienjahr mögliche Schwerpunktvertiefung diverser Arbeitsfelder aufgezeigt werden. Es können Schwerpunkte z.B. in der Thematik „Menschen mit Handicap“ gesetzt werden. Praxiserfahrene Dozenten stehen den Studenten in Kleingruppen mit ihrem Fachwissen zur Verfügung. Dieses gibt Anlass zur Empfehlung, dass sich ähnlich konzipierte Studiengänge auch in Deutschland etablieren sollten. Ein berufsbegleitendes Studium mit Praxisanteil und Vertiefung in Arbeitsfelder der Behindertenhilfe, bietet aus vielerlei Sicht deutliche Vorteile.

5.2 Handlungsempfehlungen auf Mikroebene

Der Mensch mit Behinderung, sprich hierbei der Bewohner, wird in Kapitel 2.7.3 als die Mikroebene festgelegt. Laut Bosch (2000) ist die individuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung ein wesentlicher Bestandteil in der persönlichen Entfaltung. So bilden die Wünsche und Interessen des Bewohners eine Basis für die Handlungsempfehlungen auf Mikroebene.

Alle der neun befragten Experten äußerten als wesentlichen Aspekt die gleichbleibende Alltagsstruktur der Menschen mit Behinderung. Ergänzend hierzu sind ein individueller Umgang sowie eine intensive Begleitung, mit fortschreitender demenzieller Erkrankung, nötig. An die intensive Begleitung anknüpfend, wird eine sogenannte Milieuthérapie

empfohlen. Nach Gusset-Bährer (2013) beschreibt diese Therapieform kein festes Konzept, sondern viel mehr verschiedene therapeutische Ansätze.

Als Milieu wird die soziale Umgebung eines Menschen bezeichnet, hierdurch wird auch sein Denken und Handeln geformt. Ein wichtiger Aspekt ist die Vermittlung von Selbstwertgefühl und Sicherheit für die demenziell erkrankten Menschen. Bei der Milieuthherapie werden die räumliche Gestaltung und Kenntnisse der Biografie des jeweiligen Menschen an das Milieu, aus dem dieser stammt, angepasst. Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Gestaltung sind die einfühlsamen sowie verlässlichen Beziehungen zu Menschen mit demenziellen Erkrankungen, um so den Bewohnern die nötige Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Ziele sind hierbei, sich in einer sicheren Umgebung austesten zu können sowie abhanden gekommene Fertigkeiten in einem vertrauten Umfeld wieder zu erlernen. Dieses trägt zu einem positiven Selbstwertgefühl bei. Eine tragende Rolle spielt die soziale Kompetenz der pädagogischen Fachkräfte in der Begleitung demenziell erkrankter Menschen. Affirmative Kommunikation sowie eine nicht urteilende Grundhaltung, sind hierbei als solche zu nennen.

In fünf Interviews trafen die Experten Aussagen im Hinblick auf die Bedarfslage der Bewohner. Konkret wurde hierbei das Ernstnehmen von Bedürfnissen des Bewohners benannt. Die individuellen Vorlieben des Bewohners zu kennen und zu dokumentieren, scheint aufgrund einer hohen Fluktuation der Mitarbeiter empfehlenswert. Eine Möglichkeit bietet hierbei die Tecklenburger Biografie Methode, da diese an den Bedürfnissen und der Biografie der Bewohner anknüpft. Weitere Erläuterungen dazu finden sich unter bisherige sozialpädagogische Herangehensweisen in Kapitel 2.3 wieder. Eine weitere Kernaussage der Befragten ist die wichtige Bedeutung des Verbleibes in vertrauter Umgebung der Bewohner. Jegliche Veränderungen, wie beispielsweise ein Umzug, stellen eine schwerwiegende Belastungssituation dar. Dabei ist Beständigkeit ein sehr wichtiges Grundbedürfnis. Ebenso rücken Bedürfnisse wie Ruhe, Reflexion und Rückblick des bisherigen Lebens rücken mit zunehmendem Alter in den Vordergrund (Havemann & Stöppler, 2010).

Doch wie kann man diesen Herausforderungen begegnen?

Die Anpassung und Veränderung der konzeptionellen Rahmenbedingungen wäre eine sinnvolle Maßnahme.

Einrichtungen müssen sich konzeptionell so aufstellen, dass Menschen mit Behinderungen in diesen auch alt werden können und dürfen. Hierbei müssen gegebene Strukturen aufgebrochen und neu durchdacht werden sowie Änderungen der räumlichen Gegebenheiten umgesetzt werden. Außerdem sollte das Personal Kompetenzen in Kombination von Pflege sowie spezifischen Ansätzen der Behindertenhilfe mitbringen. Eine andere Empfehlung lautet, eine Kooperation aus ambulanten Pflegediensten und stationären Wohnformen der Behindertenhilfe einzugehen. Weiterhin wäre eine Vernetzung von Altenpflegeeinrichtungen mit Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen empfehlenswert. Hieraus könnte ein Wohnprojekt entstehen, in dem sowohl Menschen mit der genannten Doppeldiagnose wie auch alte Menschen mit geistigen Behinderungen leben. Ein den Bewohnern vertrautes Mitarbeiterteam, bestehend aus Mitarbeitern beider Einrichtungen, könnte diese Personengruppe begleiten, pflegen und versorgen.

Als Vorteile einer homogeneren Gruppe könnten hierbei die Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse, die Vermeidung von Konflikten mit Mitbewohnern aufgrund verschiedener Bedürfnisse sowie die Vorbeugung von Statusverlust benannt werden.

Sieben der interviewten Personen sprachen die Wichtigkeit einer internen Tagesgruppe an. Derzeit sind die Bewohner tagsüber in den Werkstätten betreut. Hierbei kann jedoch nicht explizit auf die Bedürfnisse älter werdender Menschen eingegangen werden. Individuelle Bedürfnisse, wie zum Beispiel nach Ruhe, können in einer internen Tagesgruppe besser berücksichtigt werden. Diese soll den Bewohnern mit der Doppeldiagnose sowie den älter werdenden Bewohnern über den Tag einen Lebensraum bieten, der nach ihren eigenen Wünschen und Bedürfnissen gestaltet ist. Rückzug und Ruhe, liebgewonnene Aktivitäten, wie z.B. Besuch eines Cafés, Lesen einer Lieblingszeitung und der Austausch mit sozialen Kontakten, bilden hier die Basis.

5.3 Handlungsempfehlungen auf Mesoebene

Im Rahmen der Forschung der vorliegenden Arbeit stellte sich heraus, dass sich die Betreuungssituation in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe als unbefriedigend darstellt. So ist beispielsweise die Anzahl der Bewohner auf das Personal bezogen, eher ungünstig.

Die interviewten Experten stellten fehlendes Personal in Kombination mit veränderten, erhöhten Bedarfen demenziell erkrankter Bewohner als ein schwerwiegendes Dilemma dar. Die daraus resultierenden Herausforderungen fordern im Betreuungsalltag ein hohes Maß an Kreativität, Flexibilität sowie Improvisation, da die zu betreuenden Bewohner mit der genannten Doppeldiagnose ein komplexes Verhaltensspektrum mit sich bringen. Bei dieser umfassenden Thematik in der Arbeit mit Menschen mit dieser Doppeldiagnose, ist es nicht angemessen und ausreichend, wenn improvisiert gearbeitet wird.

Die Empfehlungen in diesem Bereich beziehen sich auf Änderungen in den konzeptionellen Rahmenbedingungen der Einrichtungen. Konkret bedeutet dieses:

- Bereitschaft für Veränderungen
- Offenheit für neue Ideen im Bereich der Betreuung
- Sensibilisierung für neue Methoden (TBM, Milieuthérapie)
- Aktualisierung der bestehenden Konzeptionen unter Berücksichtigung dieser neuen Generation der älter werdenden Menschen mit Behinderung
- Veränderungen in der Dienstplangestaltung
- Ausbau von Netzwerkarbeit
- Schaffung von Bewusstsein für den sensiblen Umgang mit dieser Klientel
- Entwicklung von Handlungskompetenzen (Was ist zu tun bei Auffälligkeiten – Beginnende Demenz)
- Erweiterung der Handlungskompetenzen im Bereich der Kommunikation (Erlernen von „Leichter Sprache“, um Mitbewohner z.B. über Tod und Trauer aufzuklären; Führen adäquater Angehörigengespräche)

- Ausbau und Installation regelmäßiger Fort- und Weiterbildungen in diversen Bereichen, die Fachwissen und Handlungskompetenzen erweitern
- Anbieten von Inhouse-Veranstaltungen (einheitliches Arbeiten der Mitarbeiter)
- Regelmäßige Weiterbildungen für ungelernte Kräfte („Quereinsteiger“)
- Änderungen von räumlichen Gegebenheiten (Anpassung der Wohnformen)
- Änderung der Personalstruktur (Multiprofessionalität)
- Erhöhung von Personal und Stundenkontingenten
- Frühzeitige Ermittlung von Bedarfen der Bewohner
- Berücksichtigung der Gesundheitsfürsorge der Mitarbeiter durch verändertes Aufgabengebiet
- Installation einer festen Gruppe (z.B. Mitarbeiter, vertraute Ehrenamtliche) in Form der Sterbebegleitung
- Installation einer festen Gruppe (z.B. Mitarbeiter, vertraute Ehrenamtliche) in Form der Trauerbegleitung (Hospizgruppe)

Zum Wohle aller Beteiligten (Mitarbeiter, Bewohner, Angehöriger etc.) scheint es immens wichtig zu sein, besonnen und zügig mögliche Änderungen vorzunehmen und sich Schritt für Schritt einer ganzheitlicheren Betreuung zu nähern.

5.4 Handlungsempfehlungen auf Makroebene

Welche Empfehlungen ergeben sich auf sozialpolitischer Ebene? Da die Makroebene die gesellschaftlichen Trends umfasst, werden hier noch einmal sozialpolitische Aspekte dargelegt.

Im Fokus stehen sollen hier die Rechte der Menschen mit Behinderungen stehen. Es ist hervorzuheben, dass die Rechtsansprüche von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe durch ihre Pflegebedürftigkeit nicht schwinden dürfen. Feststellen lässt sich, dass durch die Doppeldiagnose von Down-Syndrom und Demenz eher ein zusätzlicher Bedarf an Pflege besteht, welcher den bereits anhaltenden Teilhabebedarf von Menschen mit Behinderungen ergänzt. Hierbei sollte eher ein Zusammenspiel der Faktoren Pflege und Eingliederungshilfe stattfinden (Grunwald et al., 2013).

Diesbezüglich kann folgende Handlungsempfehlung gegeben werden: Eine Versorgungsstruktur muss dringend implementiert werden, da in den kommenden Jahren zunehmend ältere werdende Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in den Einrichtungen ankommen werden.

Diese neue Generation an Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut werden sollen, erfordert auch ein Umdenken auf politischer Ebene.

Da es sich bei der durchgeführten Forschung um eine Querschnittstudie handelt und diese wiederum nur eine Momentaufnahme abbildet, wird empfohlen mit einer Folgeforschung anzuknüpfen.

Diese Folgeforschung sollte in einem Zeitraum von 4 - 6 Jahren erneut durchgeführt werden, um zu überprüfen, inwiefern sich die sozialpolitische Ebene geöffnet und Einrichtungen der Behindertenhilfe neu strukturiert haben.

Es sollte auch überprüft werden, ob die in der Forschungshauptfrage benannten zukünftigen Bedarfe in der Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz sich bereits auf politischer Ebene entwickelt und etabliert haben.

6. DISKUSSION

In dem hier folgenden Kapitel werden die Stärken und Schwächen der Forschung genauer dargelegt. Zudem wird der persönliche und professionelle Standpunkt der Forschungsgruppe verdeutlicht.

6.1 Stärken und Schwächen

Zunächst kann hier der zuvor gewählte Theorieanteil für die Forschungsarbeit durchaus als eine Stärke benannt werden. Es wurden viele relevante Studien genannt, welche das gewählte Forschungsthema noch einmal in seiner Aktualität unterstreichen und zudem eine deutliche Notwendigkeit für die soziale Arbeit legitimieren. Des Weiteren ist hervorzuheben, dass die ausgewählte Forschungsmethodik zu den Ergebnissen geführt hat, welche anhand des zuvor gesteckten Forschungszieles festgelegt worden sind. Mit Hilfe der methodischen Herangehensweisen konnte die Forschung gut strukturiert werdend und ist zudem gut nachvollziehbar. Die Gütekriterien der hier vorliegenden qualitativen Forschung werden unter dem Punkt 3.6 ausführlich beschrieben. Um die Forschung nach der Durchführung entsprechend auszuwerten, wurde sich für verschiedene Verfahren der Erhebung von den zuvor gesammelten Daten entschieden. Die entstandene Fülle an gesammeltem Material wurde zunächst gut sortiert und gefiltert, um letztlich die für die Beantwortung der Forschungsfrage wichtigen Inhalte soweit zu reduzieren, dass es das Material in Form eines Kurztextes überschaubar macht (Schaffer, 2009).

Zudem wurde sich für die wörtliche sowie sinngemäße Transkription der Experteninterviews entschieden und diese anschließend mit Hilfe einer übersichtlichen Tabelle kodiert. Durch diese Art der Herangehensweise konnten die Daten der befragten Experten Schritt für Schritt ausgewertet werden.

Eine weitere Stärke dieser Forschung ist die Triangulation. Alle der neun befragten Experten brachten unterschiedliche und somit multiperspektivische Sichtweisen an den Tag. So wurde trotz der unterschiedlichen Aufgabenbereiche und beruflichen Hintergründe deutlich, dass alle Befragten letztlich eine gewisse Schnittmenge gemeinsam haben.

Teilweise gab es hier sogar sehr deutliche Übereinstimmungen der Experten, bei einem Teil der Fragen aus dem teilstandardisierten Interviewleitfaden.

Als weitere Stärke dieser Forschung kann das Forschen im direkten Feld angeführt werden. Die Durchführung qualitativer Interviews wurde für diese Forschung als sinnvoll erachtet, um sich dem umfangreichen und noch nicht stark erforschten Thema auf angemessene und durchführbare Weise zu nähern.

Zudem war es positiv, dass die teilnehmenden Experten sehr offen und motiviert waren, wodurch sie auch bei der Beantwortung der Forschungsfragen eine gute Unterstützung waren. Es wurde von den Experten auch die Rückmeldung gegeben, dass es sich bei der Forschung um ein sehr aktuelles und somit interessantes, durchaus innovatives Thema handelt. Eine weitere und deutliche Stärke der Forschung war es auch, dass das

Forschungsprojekt auf sehr großes Interesse in den Einrichtungen stieß und es viel guten Zuspruch von den Experten gab.

Die Aktualität des Forschungsthemas kann also als weitere Stärke der vorliegenden Arbeit hervorgehoben werden. Denn es handelt sich bei den Menschen, die nun mit der Doppeldiagnose „Down-Syndrom und Demenz“ in die Betreuungseinrichtungen der Behindertenhilfe kommen, um die erste Generation, die diese Einrichtungen überhaupt erreicht (vgl. 2.7.2).

Die Durchführung der neun Experteninterviews führte zu vielen und sehr individuellen Ergebnissen, wodurch wiederum vielfältiges Material für diese Forschungsarbeit generiert werden konnte.

Durch die geführten Interviews konnte sehr individuell mit den Interviewpartnern in den Austausch gegangen werden, welches als eine weitere Stärke zu nennen ist. Wie bereits schon zuvor erwähnt, führte die positive Resonanz der Experten und somit das einhergehende Interesse an der Forschung insgesamt zu einer guten Forschungsgrundlage. Es lässt sich aufgrund der positiven Rückmeldungen vermuten, dass die befragten Experten selbst ein großes Interesse an einer Weiterentwicklung zu diesem hochaktuellen Thema haben.

Da sich die Forschungsgruppe für ein sehr komplexes Thema entschieden hat, stellte die Entwicklung des Interviewleitfades durchaus eine fachliche Herausforderung dar.

Demzufolge erforderte auch die Auswahl geeigneter Fragen für das Interview eine sehr intensive Auseinandersetzung. Zudem war es wichtig, eine klare Definition der Begrifflichkeiten vorab zu klären. Eine erste Schwäche der Forschung ist die recht kleine Stichprobe mit einer Befragung von neun Experten. Laut Schaffer (2009) ist jedoch auch eine kleinere Stichprobe geeignet, um für die Forschung eine durchaus gute und somit tiefgreifende Analyse zu ermöglichen. Die Forschungsgruppe ist insgesamt mit der ausgewählten Forschungsmethode, den Experteninterviews, zufrieden. Der zuvor ausgearbeitete, teilstandardisierte Interviewleitfaden war eine gute Sicherheit während des Interviews, da hier immer dieselben Fragen gestellt werden müssen. Das wiederum dient der späteren Auswertung, da hier eine gute Vergleichbarkeit gewährleistet werden muss (Mayring, 2009).

Da die Forschungsgruppe die Experteninterviews in der Vorweihnachtszeit geplant hatten, kam hier eine weitere Schwäche auf. Die Datenerhebung sollte bis Ende Dezember abgeschlossen sein. Angefragte Einrichtungen der Experten sagten teilweise die vereinbarten Interviewtermine ab, oder waren nur schwer erreichbar. So verschob sich der Zeitplan um vier Wochen nach hinten, wodurch vom zuvor gesteckten Zeitplan abgewichen werden musste. Durch das Wegfallen der dritten Forscherin, mussten teilweise neue Kontakte zu den Einrichtungen hergestellt werden und auch die Forschung selbst erneut unter den beiden verbliebenen Forschern aufgeteilt werden. Als eine weitere Schwäche kann angemerkt werden, dass die Forschungsgruppe bislang nur wenige oder keine Berührungspunkte in dem ausgewählten Forschungsfeld nachweisen konnten. So musste sich viel neues theoretisches Wissen angeeignet werden. Außerdem fehlte es an praktischen Erfahrungen mit der Zielgruppe.

Daher muss dieser Punkt auch als eine Schwäche in der Planung des Forscherteams aufgezeigt werden.

Des Weiteren war die Datenerhebung der Interviews sehr zeitintensiv, da die Fülle an Material zunächst sortiert, transkribiert, kodiert und ausgewertet werden musste.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Forschung zum dem gewünschten Ergebnis geführt hat. Es konnte ein guter Überblick zu einem recht neuen Arbeitsfeld geschaffen werden. Zudem wurde einerseits deutlich, dass in diesem Bereich noch einiges an Erfahrungen fehlt, andererseits konnte der dringend notwendige Entwicklungsbedarf in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe aufgezeigt werden.

Die Forschungsgruppe selbst hat in der intensiven Zeit des Schreibens der Forschung einige Höhen und Tiefen erlebt und letztlich dann doch gemeinsam sich ins Ziel gearbeitet. Das gemeinsame Vorhaben eine zufriedenstellende Bachelor-Thesis zu erarbeiten, hat in der Endphase der Arbeit den Zusammenhalt der Forschungsgruppe erneut gestärkt.

7. FAZIT

*„Die Zeit, das Alter, das an den ursprünglichen Zügen der Gesichter nagt und ihnen Falten, wie Uniformen anlegt. Die Einförmigkeit der alten Menschen; vielleicht macht das jedoch auch nur die verminderte Aufmerksamkeit, mit der wir uns ihnen zuwenden.“
(Imre Kertész, 1999)*

Bei der Auseinandersetzung mit dem gewählten Forschungsthema "Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen?" wurde nach einer ausführlichen Literaturrecherche schnell deutlich, dass es sich hierbei um ein noch relativ unerforschtes Thema handelt. Zudem musste sich gut in das neue Themenspektrum eingearbeitet werden, was sich als sehr zeitintensiv und vielschichtig gestaltete. Dadurch, dass auch Menschen mit einer geistigen Behinderung in dieser Gesellschaft inzwischen ein recht hohes Alter erlangen, steigt im Bereich der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe folglich auch die Anzahl dieser zu unterstützenden Klienten zunehmend an. Deutlich wird somit, dass es für die Soziale Arbeit neue Herausforderungen in der Betreuung und Pflege geben wird.

Nachdem sich im Rahmen dieser Forschung zunächst ein guter fachlicher Überblick verschafft wurde, ging es darum, welche Bedarfe sich für die zukünftige Betreuung von den Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz ergeben und was es für die Arbeit konkret bedeuten kann.

Ein Interviewleitfaden wurde entwickelt, mit dem aussagekräftige Informationen zu dieser Forschung eingeholt und letztlich auch die Forschungshauptfrage beantwortet werden sollte. Hierzu wurden neun Experteninterviews geführt, um herauszufinden wie die aktuelle Situation in den jeweiligen Einrichtungen ist. Zudem wurde erfragt, welche Bedarfe für die Bewohner von großer Wichtigkeit scheinen. Durch die Interviews wurden wichtige Informationen aus dem Alltag der Bewohner und ihrer Betreuer erlangt.

Der Verdacht, dass es sich hier besonders auch für die sozialpädagogischen Fachkräfte um ein noch sehr neues und zudem theoretisches Thema handelt, bestätigte sich im Rahmen dieser Forschung zunehmend. So mangelt es in den stationären Einrichtungen an passenden Rahmenbedingungen, spezifischen Methoden und Fachwissen. Die Interviewten zeigten insgesamt großes Interesse an dieser Forschung und lieferten gute und brauchbare Informationen. Dadurch war es möglich, die noch vorhandenen Defizite zu erkennen, wie auch Hinweise darauf zu bekommen, welche Maßnahmen bzw. welche Methoden und Herangehensweisen für den Alltag der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe wirkungsvoll sein können.

Bereits durch die Auseinandersetzung mit den Fragen im Interview, gaben die Experten wieder, sich im Nachhinein mit angeregten Themen befasst zu haben und brachte ein bislang noch viel zu wenig beachtetes Thema in den Fokus.

Diese Forschung hat hoffentlich ihren Teil dazu beigetragen, darauf aufmerksam zu machen, dass sich der ersten Generation von Menschen, die mit der Doppeldiagnose

Down-Syndrom und Demenz in die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe kommen, genauer und intensiver auseinander gesetzt werden muss. Mangelndes Wissen über diese Doppeldiagnose und dem qualifizierten, angemessenen Umgang mit dieser Klientel gilt es nachzubessern und fachlich aufzuarbeiten. Dabei wurde deutlich, dass es, wie so oft in der Sozialen Arbeit, nicht an engagierten Mitarbeitern fehlt, sondern dass es eher konzeptionelle, institutionelle und politische Defizite sind, die es zu bearbeiten gilt. Die im Zuge dieser Forschungsarbeit entwickelten Handlungsempfehlungen spiegeln den Handlungsbedarf und die Vielschichtigkeit des Themas und der zu treffenden Maßnahmen wieder.

Bei den vielen Ansatzpunkten für eine fachliche Aufarbeitung wurde dennoch deutlich, dass vor allem die Fachkräfte gestärkt und unterstützt werden müssen. Sie sind der Schlüssel und das Bindeglied zu Menschen, die durch ihre Besonderheiten einen sicheren Platz in unserer gemeinsamen Gesellschaft bekommen müssen.

Sicher gibt es viele Herausforderungen und Hürden, die es zu meistern gilt. Einige Handlungsempfehlungen lassen sich schnell, andere nur mit viel Geduld umsetzen. Aber der innovative Charakter dieser komplexen Thematik kann ein guter Motor sein. Also, machen wir uns auf den Weg!

Literaturverzeichnis

- Bouluijt, W., van Buuren, E., van Nunen, A. & Oosterloo, A. (2009). *Die kreative Fachkraft: Mit Abstand am nächsten*. Utrecht. Abgerufen am 10.10.2016 unter <https://leren.saxion.nl>.
- Buber, R. & Holzmüller, H. (2009). *Qualitative Marktforschung. Konzepte - Methoden - Analysen*. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Bundesverband evangelische Behindertenhilfe. (2016). *Orientierung. Im Wandel – Demografie und Lebensphasen*. Reutlingen: Grafische Werkstatt
- Caritasverband Rheine. (2007). *Jacob-Meyersohn-Wohnverbund. Hilfen für Menschen mit Behinderung*. Rheine: Caritasverband Rheine.
- DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2009). *Grundlagen für die Arbeit des DBSH e.V.* Schierling: Kössinger AG.
- DBSH (2014). *Berufsethik in der Sozialen Arbeit. Ethik und Werte*. Abgerufen am 02.02.2017 unter <http://www.dbsh.de/beruf/berufsethik/berufsethik-des-dbsh.html>
- Demenz Service Nordrhein Westfalen*. (o.J.). Abgerufen am 1. Februar 2017 unter <http://www.demenz-service-nrw.de/netzwerk-demenz-und-geistige-behinderung.html>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (2012). *De Hogeweyk – Das Alzheimer-Dorf bei Amsterdam*. Abgerufen am 29.01.2017 unter <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/de-hogeweyk-das-alzheimer-dorf-bei-amsterdam.html>
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. (2014). *Das Wichtigste 16: Demenz bei geistiger Behinderung*. Heidelberg: Institut für Gerontologie.
- Dick R. van & West A. (2013). *Teamwork, Teamdiagnose, Teamentwicklung*. Göttingen: Hogrefe
- Dr. Müller, A. (2013). *Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs*. Abgerufen am 2. Februar 2014 von <http://www.oear.or.at/publikationen/archiv/monat/leitartikel-2013/die-bedeutung-der-un-behindertenrechtskonvention-in-alten-und-pflegeheimen>
- Driller, E. & Pfaff, H. (2006). Soziodemografische Struktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland. In: Krueger, Fritz & Degen, Johannes (Hrsg.): *Das Alter behinderter Menschen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Vertrag

- Fink, F., & Hinz, T. (2011). *Inklusion in Behindertenhilfe und Psychiatrie*. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Galuske, M. (2013). *Methoden der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Graubner, B. (2013). *ICD-10-GM 2014. Systemisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision-German Modification: Version 2014*, Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Grunwald, K., Kuhn, C., Meyer, T. & Voss, A. (2013). *Demenz bei geistiger Behinderung. Eine empirische Bestandsaufnahme*. Bad Heilbrunn: Verlag Julia Klinkhardt
- Gusset-Bährer, S. (2013). *Demenz bei geistiger Behinderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Häder, M.(2010) *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haisch, W. & Kolbe H. (2013). *Gestaltung der Lebens- und Arbeitsqualität in sozialen Diensten. Planung und Organisation*. Freiburg: Centaurus.
- Hamburger, F. (2012). *Einführung in die Sozialpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer Urban.
- Havemann M. & Stöppler, R. (2004). *Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Havemann, M. & Stöppler, R. (2010). *Altern mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Helfferrich, C. (2009). *Die Qualität qualitativer Daten – Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hongler, H. & Keller, S. (2015). *Risiko und Soziale Arbeit, Diskurse, Spannungsfelder, Konsequenzen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Irrgang, J. (2009). *Leitfaden Kundenservice*. Offenbach: Gabal Verlag GmbH.
- Joas, H. (2007). *Lehrbuch der Soziologie*. Großburgwedel: Campus Verlag.
- Kerr, D. (2007). *Understanding. Learning Disability and Dementia. Developing Effective Interventions*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher.
- Krause, S. (2009). *Das professionelle Tripelmandat und seine Funktion in der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession*. München: GRIN Verlag.
- Kromrey, H. (2002). *Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der*

standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Stuttgart: Leske und Budrich Verlag.

Krueger, F. & Degen J. (Hg.) (2006). *Das Alter behinderter Menschen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag

Leben mit Behinderung Hamburg. (2002). *Mein Deins. Unser Leitbild*. Abgerufen am 27.01.2017 unter www.lmbhh.de

Longrée, A. (2008). *Therapie bei Demenz: Multiprofessionell und integrativ*. Abgerufen am 1. Februar 2017 von <http://www.timmermann-und-partner.de/therapie%20bei%20demenz.pdf>

Maaskant, A. & Boer, A. (2002). *Veroudering, dementie, rouw en verlies*. Respectvol omgaan met mensen met een verstandelijke handicap. Dwingeloo: Kavanah/LKNG.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Müller, C. (11. März 2013). *Soziale Arbeit: Das Tripel Mandat als Herausforderung*. Abgerufen am 2. Februar 2017 unter <http://www.sozial-pr.net/social-media-und-soziale-arbeit-das-tripelmandat-als-herausforderung-teil-1/>

Müller, M.-L. (2016). *Pflege*. Abgerufen am 2. Februar 2017 von Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I,II und III: <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/>

Noah Homes. (o. J.). *What we do*. Abgerufen am 23.01.2017 unter <http://noahhomes.org/>

Repping, T. & Romanenkove, L. (2006). *Forschung und Projektarbeit*. Berlin: Frank & Timme Verlag.

Sartorius, G. (1991). *Geistig Behinderte im Alter. Auf der Suche nach geeigneten Betreuungsformen*. Köln: Die Vorstellung der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen zur Versorgung alternder und alter geistig behinderter Menschen.

Schaffer, H. (2009). *Empirische Sozialforschung für die soziale Arbeit*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Seifert, M. (1995) *Problemverhalten – eine Herausforderung für Mitarbeiter. Berichte Von Betreuern von Erwachsenen mit schwerer geistiger Behinderung über ihren Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen*. Geistige Behinderung, 1995, (Volume 34), S. 120-135.

- Thesing, T. & Vogt, M. (1999). *Pädagogik und Heilerziehungspflege*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Theunissen, G., Kulig, W. & Schirbrot, K. (2013). *Handlexikon Geistige Behinderung: Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thiel, H., Jensen, M., & Traxler, S. (2004). *Psychiatrische Pflege*. München: Elsevier GmbH.
- Trost, A. & Schwarzer, W. (2009). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie für psycho-soziale und pädagogische Berufe*. Basel: Löer Druck.
- UN-Behindertenrechtskonvention. (o.J.). Abgerufen am 2. Februar 2017 von Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: <http://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693/>
- Verschuren, P. & Dooreward, H. (2005). *Het ontwerpen van een onderzoek*. Utrecht: Lemma BV.
- Wacker, E. (2005). Selbst Teilhabe bestimmen? In: Wacker, E., Bosse, I., Dittrich, T., Niehoff, U., Schäfers, M., Wansing, G., Zalfen, B. (Hrsg.): *Teilhabe*. (1319). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Wojnar, J.(2007). *Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick*. Hannover: Vincentz Network.

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Hand mit Namen Abgerufen am 14.02.2017 unter Osterland/Fotofolia

Abbildung 2 Demenzformen Abgerufen am 14.02.2017 unter Weltgesundheitsorganisation

Abbildung 3 Prävalenz der Demenz Abgerufen am 14.02.2017 unter Demenzservice NRW

Abbildung 4 Altersaufbau der Bevölkerung Abgerufen am 13.02.2017 unter Statistisches Bundesamt

Abbildung 5 Altersstruktur in stationären Einrichtungen für erwachsene Menschen mit Behinderung Abgerufen am 13.02.2017 unter Statistisches Bundesamt

Tabelle 1 Differenzierung

Tabelle 2 Demenzsymptome Menschen mit Down-Syndrom

Anlage I. Leitfaden für problemzentriertes und teilstandardisiertes Experteninterview

Einstieg

Begrüßung, Vorstellung der Personen, Rahmenbedingungen erläutern.

Fragen zu den Teilfragen:

Zu Teilfrage 1:

Wie sieht die derzeitige Betreuungssituation in Ihrer Einrichtung aus?

(Im Hinblick auf Menschen mit Down-Syndrom und Demenz)

Welche positiven wie auch negativen Aspekte ergeben sich aus der Betreuungssituation?

Finden gezielte Angebote statt?

Zu Teilfrage 2:

Mit welchen sozialpädagogischen Methoden arbeiten Sie innerhalb Ihrer Einrichtung?

Sind die Methoden allen Mitarbeitern bekannt?

Was sind Ihre Erfahrungen mit den bislang eingesetzten Methoden?

Wann werden die Methoden eingesetzt? Gibt es konkrete Situationen?

Zu Teilfrage 3:

Was würden Sie als Herausforderung bei Menschen mit Down-Syndrom und Demenz sehen?

Wie definieren Sie herausforderndes Verhalten? (Herangehensweisen)

Beschreiben Sie eine solche Situation!

Erleben Sie Grenzen in der Betreuung?

Zu Teilfrage 4:

Welche Rahmenbedingungen sind in Ihrer Einrichtung vorhanden?

Wie empfinden Sie die aktuellen Rahmenbedingungen in Ihrer Einrichtung?

Zu Teilfrage 5:

Was würden Sie gerne verändern?

Woran fehlt es derzeit?

Was fehlt Ihnen für eine optimale Betreuung der oben erwähnten Personen?

Zu Teilfrage 5:

Was kann so bleiben?

Zu Teilfrage 6:

Was verstehen Sie unter multiprofessioneller Zusammenarbeit?

Welche Möglichkeiten sind Ihnen bekannt und welche nutzen Sie?

Was wird benötigt, um eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zu gestalten?

7. Abschluss

Zusammenfassen je nach Möglichkeit, weitere Fragen oder Anregungen, bedanken, verabschieden.

Anlage II. Experteninterview Herr W.

- 1 THEMA: Experteninterview
2 BEFRAGTER: Jörn W. (Herr W.) , 46 Jahre, Dipl. Sozialpädagoge
3 INTERVIEWERIN: Sarah Gröning, 38 Jahre
4 ORT DES INTERVIEWS: Wohnbereich Waldfrieden in Ibbenbüren
5 DATUM: 11.01.2017 von 15:30 Uhr bis 16:09 Uhr
6 TRANSKRIPT: Wörtliche Transkription
7
8
9 BEGINN DER TRANSKRIPTION:
10 I: Ja, Guten Tag Herr W.
11 Herr W.: Hallo.
12 I: Hallo, mein Name ist Sarah Gröning, ich bin Erzieherin und studiere im vierten Jahr
13 Sozialpädagogik an Saxion Hogeschool in Enschede. Zusammen mit meiner Studienkollegin
14 forsche ich zum Thema Demenz und Down-Syndrom. Wir beschäftigen uns mit der
15 spannenden Forschungsfrage: Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht
16 für die zukünftige Betreuung für Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und
17 Demenz in stationären Einrichtung? Herr W. Und vielleicht können Sie sich auch einmal
18 vorstellen, welche Rolle die Ihre ist.
19 Herr W.: Genau, ich stell mich mal vor. Mein Name ist Jörn W., vom Beruf bin ich Diplom
20 Sozialpädagoge, studiere selber jetzt noch Master Personalmanagement, bin seit 22 Jahren
21 hier bei den Ledder Werkstätten tätig, direkt eigentlich nach meinem Anerkennungsjahr
22 bin ich hier angefangen , hab eigentlich alle Bereiche hier durchlaufen, damals im
23 Gruppendienst, stationäres Wohnen, dann auch erst bei ambulant betreutes Wohnen erst
24 Hausleiter und jetzt Bereichsleiter, und hier bin ich jetzt für die Wohnbereiche Ibbenbüren
25 zuständig und leite die mit 65 Mitarbeitern hier, 95 stationäre Plätze sind das hier in
26 Ibbenbüren.
27 I: Okay, vorab noch, dürfen wir die Daten die wir Aufzeichnungen namentlich, also mit
28 Ihrem Namen verwenden oder sollen die anonymisiert werden?
29 Herr W.: Also mit meinem Namen, nö das ist okay.
30 I: Okay, das wir also Sie als Interviewten erwähnen dürfen?
31 Herr W: Das ist okay.
32 I: Ja wir haben fürs Interview etwa 45 Minuten angedacht. Wir gucken mal wie wir so mit
33 den Fragen durchkommen. Ja, vielleicht können Sie erst mal zu der Thematik, die wir
34 gerade ja schon vorab genannt haben mal ein kurzes Statement im Allgemeinen geben?
35 Herr W.: Ja, wie gesagt, wir, unsere Einrichtung wird mit dem nächsten Jahr 50 Jahre alt,
36 Ledder Werkstätten wurden ursprünglich aus der Werkstatt, damals hieß das noch
37 beschützende Werkstatt begründet und 10 Jahre später haben wir dann den ersten
38 stationären Wohnbereich aufgemacht und der ist jetzt in Westerkappeln, der wurde jetzt
39 40 Jahre alt, und wir betreuen halt seit dem halt Menschen mit geistiger Behinderung und
40 auch Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen auch stationär, und im Grunde
41 genommen ist es so, dass sag ich mal dieses Phänomen Demenz und gerade auch im
42 Zusammenspiel Trisomie 21 für uns kein neues Phänomen ist, das mittlerweile sich zwä

43 zuspitzt weil es immer mehr Menschen halt auch alt werden, aber im Grunde genommen
44 begleitet uns das schon seit ungefähr 15 Jahren, sag ich mal so.

45 I: Okay, ja dann kommen wir vielleicht direkt zur ersten Frage. Ich leg Ihnen auch die
46 Fragen nochmal da hin, dann können Sie auch selber nochmal nachlesen wenn nötig. Nun,
47 die erste Frage wäre tatsächlich, wie sieht überhaupt die aktuelle Betreuungssituation in
48 Ihrer Einrichtung aus?

49 Herr W.: Bezogen jetzt auf Menschen mit Down-Syndrom auch schon bei einer
50 beginnenden Demenz oder speziell geht's nur allein um diese Thema?

51 I: Genau, es geht um genau die Bewohner mit der oben erwähnten Doppeldiagnose.

52 Herr W.: Genau, also wir haben immer wieder, wieder ganz jetzt gerade ganz aktuell auch
53 zum Beispiel einen Fall wo, sag ich mal ein geistig behinderter Mensch mit Trisomie 21, sag
54 ich mal, und das fängt dann irgendwie so ganz banal an, so sag ich mal, meistens merkt
55 man das dann bei routinierten Abläufen, sag ich mal, da hat eine Bewohnerin, zum Beispiel
56 mal irgendwie jeden Morgen, seit 20 Jahren lebt die bei uns, also immer gehörte das zum
57 täglichen Ablauf, dass sie morgens für die Gruppe den Kaffee gekocht hat, auf einmal stellt
58 sie dann das Kaffee kochen ein, und jeder fragt sich was ist denn das, warum kocht sie jetzt
59 nicht mehr den Kaffee? Und dann sag ich mal das sind ganz typische Sachen, sag ich mal,
60 typische Merkmale, wo man merkt okay, das scheinen ja routinierte Abläufe zu sein, die
61 eigentlich klar sind, im Lebenszusammenhang gut eingebettet, aber auf einmal ist da
62 irgendwas was nicht mehr ganz so gut funktioniert. Und das ist ein ganz typisches
63 Merkmal, wenn man das bemerkt, sag ich mal, und das auffällt, und das merken schon
64 auch Mitarbeiter dann auch relativ früh sogar noch eher, sag ich mal, als vielleicht
65 Angehörige, denen das vielleicht nicht so ganz so auffällt, weil es tatsächlich wirklich diese
66 insbesondere hauswirtschaftliche Tätigkeiten betrifft, wo, oder zum Beispiel Müll
67 wegbringen, jemand bringt immer den Müll weg, und gerade aktuell hier, und dann steht
68 er vor der Mülltonne und weiß nicht mehr wo er dann den Papiermüll hin bringen soll,
69 dann fragt man sich wieso weiß er das nicht so, aber okay, aber für uns ist das schon jetzt
70 dann das erste Anzeichen, wo wir sagen, okay jetzt, da ist was faul, so, und dann auch
71 vor diesem Hintergrund, dass wir halt wissen das halt auch schon sehr früh halt so ein
72 demenzieller Verlauf, insbesondere bei diesem Klientel einsetzen kann, teilweise schon,
73 aus der Literatur weiß man das auch schon, mit ab 40 theoretisch schon, wir haben vor
74 zwei Jahren eine Bewohnerin gehabt die ist mit 47 verstorben, also es ist teilweise wirklich
75 relativ früh, jetzt ist auch wieder ganz aktuell ein Bewohner, der ist Anfang 50, wo das jetzt
76 anfängt, und dann wie schon grad beschrieben, halt diese routinierten Abläufe dann auf
77 einmal ausfallen, oder wo die nicht mehr gezeigt werden. Dann werden wir als erstes
78 irgendwie, stehen wir im engen Kontakt mit einem Psychiater, hier vor Ort, einem
79 niedergelassenen Psychiater und Neurologen und da werden wir dann, es gibt da, wie
80 eigentlich muss man ganz sagen wenig Möglichkeiten medizinisch da anzusetzen, es gibt
81 ein Medikament das heißt "Alisept", sag ich mal, das versucht, das kann man ausprobieren,
82 bei manchen funktioniert es, da kann man das im Grunde genommen, so einen Prozess
83 noch, sag ich mal hinauszögern. Das wird oft versucht, das wird dann auf jeden Fall dann
84 gegeben, so und dass ist auch so bei uns so dass sich das jetzt eigentlich so dann halt, das
85 ist unser Prozess, sag ich mal, wenn wir das merken, dass wir dann halt als nächstes das
86 erst mal ganz konkret, dann halt mit einem Psychiater Neurologen Kontakt aufnehmen.

87 I: Gibt es, also jetzt haben wir ja gerade über die Betreuungssituation gesprochen, gibt es
88 denn aktuell positive oder negative Aspekte die sich in der Betreuungssituation ergeben?
89 Die Sie benennen könnten?

90 Herr W.: Ja, wir haben die Erfahrung halt gemacht , weil wir über die teilnehmenden
91 Beobachtungen, wir haben halt gerade besonders dieses Klientel beobachtet und haben
92 halt dann über das Beobachtungsstudium festgestellt, dass weil wir auch hilflos davor
93 stehen, wir haben auch uns schlau gemacht halt, was gibt's denn überhaupt an Konzepten,
94 haben andre Einrichtungen Konzepte, stehen wir alleine vor dem Problem, ja, da haben wir
95 auch festgestellt, leider, dass gerade in der Behindertenhilfe, dass es wenig Ideen
96 Konzepte gibt, sag ich mal wie man mit diesem Phänomen, sag ich mal geistige
97 Behinderung und Demenz umgeht. So, ganz ehrlich, es gibt da keine wirklichen Konzepte,
98 und dann haben wir uns dann selber auf den Weg gemacht und dann vor dem Hintergrund
99 dass wir diese teilnehmenden Beobachtungen gemacht haben festgestellt, okay, sag ich
100 mal, auffälliges Verhalten lässt sich reduzieren, wenn wir über basale sensorische Reizung
101 kommen, sag ich mal, insbesondere vertraute Reize, wenn wir die sicher stellen dann
102 schaffen wir irgendwie so eine Art Lebensqualität noch und versuchen auch störendes
103 Verhalten irgendwie dadurch zu reduzieren abzubauen, ja soweit.

104 I: Okay, ja das passt nämlich auch eigentlich zu der zweiten Frage: Welche
105 sozialpädagogischen Methoden gibt es in Ihrer Einrichtung, womit Arbeiten Sie, bzw. sind
106 diese Methoden dann auch allen Mitarbeitern bekannt?

107 Herr W.: Ja, wir haben gesagt wir haben das erst mal, wir haben da keinen großen
108 Feldversuch gestartet, wir haben halt mit dieser Methode die wir dann halt entwickelt
109 haben, haben wir erst mal hier nur Ibbenbüren im Wohnbereich haben wir die erprobt,
110 mehrfach evaluiert über einen langen Prozess, der dann zwei Jahre gedauert hat und
111 haben geguckt ist das auch irgendwie praktikabel, ist diese Methode, die wir, ich kann ja
112 mal ganz kurz eingehen auf die Methode, also die Idee ist dabei wirklich vertraute
113 sensorische Reize, also sag ich mal, haptische, was weiß ich, auch vor allen Dingen auch, ja
114 musikalische, sag ich mal insbesondere Reize, vertraute Reize über die Lieblingsmusik zu
115 erfassen: zum Beispiel über welche Marmeladensorten isst man den gerne oder mag man
116 den überhaupt gerne Marmelade, welchen Kaffee trinkt man, trinkt man überhaupt gerne
117 Kaffee und dann wenn mit schwarz, oder schwarz oder mit Zucker oder Milch, sag ich mal,
118 das sind dann ganz viele wichtige Daten, sag ich mal, die man erfassen muss, im
119 Zusammenhang dann wenn der Mensch sich nicht mehr mitteilen kann damit man die
120 dann sicher stellen kann, das ist die Idee dabei. Und dann haben wir überlegt wie kann
121 man denn eine Befragung machen, sag ich mal, die nicht auf einer abstrakten kognitiven
122 Ebene stattfindet sondern auf einer rein praktischen Ebene damit man wirklich möglichst
123 auch zu validen Ergebnissen kommen kann, ja also so sag ich mal, und das war nicht ganz
124 so einfach. Dann haben wir überlegt, okay wir müssen eine Befragung machen die gerade
125 bei Menschen mit geistiger Behinderung auf einer ganz praktischen Ebene stattfindet nicht
126 auf einer kognitiven sondern auf einer haptischen Ebene und das ist sehr einfach natürlich
127 nicht vor allen Dingen wenn Menschen sich auch gar nicht gut verbal mitteilen können,
128 aber ich sag mal wenn man ein Fotobuch hat und da sehen die auf einmal verschiedene
129 Speisen abgebildet können die dann schon auch sehr deutlich sich mitteilen und sagen und
130 zeigen dann zum Beispiel drauf auf ein Gericht was sie gerne essen wenn die das dann so
131 wirklich sehen, oder wenn dann die sehen, okay das ist dann die Lieblingsmarmelade oder

132 was weiß ich dann kann man darüber ins Gespräch kommen und kann, sag ich mal, auch
133 vielleicht dann Fragen schneller beantworten, ja. Oder, sag ich mal, indem man
134 verschiedene Musikhörproben anbietet und dann guckt ja was mag er denn gerne, es geht
135 also letztendlich auch nicht nur um eine Befragung sondern auch um eine Beobachtung
136 also in so einem Wechselspiel findet so eine Befragung halt statt, ja.

137 I: Wurde das denn dokumentiert? Also gab es so ein Raster, das findet er gut das nicht?
138 Herr W.: Genau, wir haben halt dann nicht nur diesen praktischen Koffer entwickelt, sag
139 ich mal, sondern auch praktisch dann ein, schon auch einen Interviewleitfaden, so ganz
140 konkret wirklich der mittlerweile 15 Seiten geht, wo man wirklich alles ganz genau
141 dezidiert erfasst.

142 I: Das heißt wie sind da Ihre Erfahrungen bislang mit dieser Methode?
143 Herr W.: Ja, erst mal sind es ganz gute Erfahrungen so und deswegen haben wir ja auch
144 gesagt, nachdem wir irgendwann mal den Prozess abgeschlossen haben dann, dann haben
145 wir gesagt okay, wir müssen jetzt mal jetzt gucken dass wir das wirklich, dass wir das halt
146 umsetzen halt, für die gesamte Einrichtung. Und da sind wir jetzt dabei, also das ist jetzt
147 der dritte Schritt könnte man eigentlich sagen.

148 I: Das wäre nämlich auch dann meine Frage oder unsere nächste Frage. Wann die
149 Methode eingesetzt wird und wie genau?
150 Herr W.: Genau, wie implementieren wir das jetzt für die gesamte Einrichtung? Das ist
151 nicht so ein einfacher Prozess, sondern wirklich, es ist ein Prozess, da sind wir dabei. Wir
152 haben gerade angefangen.

153 I: Okay, da gibt es also noch keine konkrete Situation?
154 Herr W.: Ja wir haben schon, wir haben jetzt überlegt wie kriegen wir das wirklich gut
155 dauerhaft implementiert, und dann ist uns ja auch wichtig dass wir es auch abgesichert
156 kriegen, das nachher dann wirklich auch so gearbeitet wird. Und da haben wir dann
157 wirklich aus jedem Bereich Multiplikatoren ausgesucht und im Grunde genommen
158 Mitarbeiter, die, sag ich mal, ein bisschen intrinsisch motiviert sind, die ein Interesse an
159 diesem Thema haben und haben da nach guten Mitarbeitern gesucht aus jedem Bereich
160 die das vorantreiben und die Multiplikatoren sind und die wiederum treffen sich jetzt in
161 einem regelmäßigen Arbeitskreis der alle zwei Monate stattfindet und darüber über diese
162 Multiplikatoren versuchen wir jetzt, sag ich mal das Thema an die Basis auch in den
163 anderen Bereichen zu bringen, ja.

164 I: Okay, dann hat uns noch eine Frage beschäftigt, die etwas übergeordneter ist. Welche
165 Herausforderungen sich bei Menschen mit Down-Syndrom und Demenz ergeben
166 beziehungsweise, ob Sie überhaupt welche sehen?
167 Herr W. Eine große Herausforderung ist eigentlich gar nicht so dass jemand eine Demenz
168 entwickelt sondern die große Herausforderung ist wenn man zum Beispiel, sag ich mal eine
169 heterogene Gruppe hat von Menschen mit, sag ich mal, wo in erster Linie man aus sich
170 auch die kommunizieren die Bewohner untereinander, eher auf so einer kognitiven Ebene
171 und merken, okay, jemand kann sich nicht mehr mitteilen, ja, jemand macht komische
172 Sachen, sag ich mal, und vielleicht quiekt jemand auf einmal oder schmiert mit dem Essen
173 und sagt was ist denn das hier, so? Also das ist das eigentlich große Problem dass man
174 feststellt, okay nicht der Bewohner mit dem Erscheinungsbild stört eigentlich, oder so
175 sondern im Zusammenspiel mit der Gruppe. Das ist im Grunde genommen das eigentliche
176 Problem.

177 I: Okay und das heißt, erleben Sie da Grenzen in der Betreuung?
178 Herr W.: Nein, Grenzen in der Betreuung nicht, aber Grenzen eher in der Struktur, sag ich
179 mal, wo wir dann immer wieder natürlich dann merken, okay, da stößt auch selbst unsere
180 Einrichtung an, weil wir da noch keine, das wäre die Konsequenz, die wir jetzt irgendwie
181 auch irgendwann mal konzeptionell überdenken müssen, auch wenn ich dann überlegen
182 auch eher homogene Gruppen zu bilden. So, aber das ist so ein Thema das eher
183 wissenschaftlich auch, sag ich mal, breit diskutiert wird. Das hat alles und Vor- und hat alles
184 Nachteile. So und das muss jede Einrichtung dann für sich abwägen halt, so. Da gibt es
185 auch in der Literatur so unterschiedliche Meinungen.
186 I: Ja, das würde nämlich auch an die Frage anknüpfen. Welche Rahmenbedingungen sind in
187 Ihrer Einrichtung vorhanden und welche aktuellen Rahmenbedingungen empfinden Sie in
188 Ihrer Einrichtung als positiv oder negativ?
189 Herr W.: Ja genau, das ist vielleicht nochmal auf, positiv ist natürlich, dass wir versuchen
190 wirklich, und ich glaube das ist auch tatsächlich, dass man möglichst ein vertrautes Umfeld
191 so lange wie es geht erhalten sollte, so. Weil zum Beispiel auch, das ist ja nicht nur ein Teil
192 des, also in der Werkstatt ist es ja dann auch ein Problem, ja? Aber da stellt man sich auch,
193 ja wechseln wir jetzt, oder lassen wir es so, oder, ja. Und das ist natürlich immer so eine
194 Gratwanderung wann ist jetzt, sag ich mal, der Moment gekommen, wo man sagt okay wir
195 nehmen ihn da raus und wechseln das Setting oder wir begleiten ihn da soweit wo lange es
196 eben geht, so. Und das ist immer so eine Gratwanderung letztendlich, aber letztendlich
197 wenn man es irgendwie hinkriegt das vertraute Umfeld beizubehalten, ja, das halt also
198 auch räumlich, so dann hat das auch Lebensqualität, weil jedes neue Umfeld gerade wenn
199 da ein beginnender Prozess demenzieller Prozess schon eingeläutet wurde, so zu sagen
200 dann wird es schwierig sich da, dass jemand sich wieder neu einleben kann, und dann wird
201 das nicht unbedingt einfacher.
202 I: Okay, was uns auch sehr interessiert als nächstes Frage gerade an Sie als Experte gestellt:
203 Was würden Sie gerne verändern und woran fehlt es derzeit?
204 Herr W.: Ja, die Überlegung ist ähnlich so, also wenn ich jetzt mal planen könnte, sag ich
205 mal, würde ich ganz gerne planen, sag ich mal, dass man wirklich so ein Seniorenheim hat,
206 sag ich mal, ganz beschützter Rahmen für auch Menschen in der Eingliederungshilfe, so, ja.
207 Das ist im Grunde genommen das was eigentlich und wahrscheinlich irgendwann auch
208 kommt, sag ich mal, wirklich mit vielleicht auch ein geschlossener Bereich tatsächlich auch,
209 so, den es so in der Eingliederungshilfe so noch nicht gibt, aber wir wissen das, vor allen
210 Dingen auch, und das merken wir auch irgendwann wenn halt so eine Demenz sich
211 entwickelt dann werden halt die Menschen unruhig können sich nicht mehr selber
212 beschäftigen, entwickeln gesteigerten Bewegungsdrang dazu noch die Kopplung mit der
213 Orientierungslosigkeit die dann einsetzt, das ist das Phänomen was wir Weglauftendenzen
214 nennen, sag ich mal, wenn das dann einsetzt und wir kein geschlossenen Bereich haben
215 dann kommen wir an unsere Grenzen und wenn wir natürlich so einen Bereich hätten, sag
216 ich mal, dann können wir noch viel besser, sag ich mal, diesen Menschen betreuen. Da
217 müssten wir eigentlich dauerhaft oder müssten sagen nicht wir sondern müsste die Politik
218 hinkommen zu sagen, okay es ist wird immer mehr Menschen, auch in der
219 Eingliederungshilfe geben, die halt dement werden und wir müssen uns da, und wir
220 müssen auch anderen Finanzierungsmöglichkeiten aufstellen, ja?
221 I: Die Finanzierung ist ja gleich Zeit, oder?

222 Herr W.: Die Finanzierung ist Zeit, genau darüber wird die Tagessätze, sag ich mal, und das
223 ist halt so ein bisschen das Problem, dass auch immer in der Politik neu diskutiert wird jetzt
224 wieder groß halt, ja irgendwie wann ist denn auch der Eingliederungsgedanke
225 abgeschlossen, wann, ist das dann nicht auch ein Fall für SGB XI Einrichtungen, für die
226 Pflegeversicherung, und nicht mehr eine SGB XII Geschichte, oder jetzt demnächst SGB IX,
227 nach dem Bundesteilhabegesetz. Also das ist, da muss sich noch etwas entwickeln. Da
228 muss vielleicht auch der politische Druck auch von den Spitzenverbänden noch größer
229 werden.

230 I: Ja, da passt die Antwort. Das wäre nämlich noch eine Frage gewesen: Was fehlt für die
231 optimale Betreuung für die oben genannten Bewohner?

232 Herr W.: Ja, also so sag ich mal, da wäre im Grunde genommen so ein geschützter
233 Rahmen, der wirklich auch, ähnlich wie in der Altenhilfeeinrichtung, wir haben hier ganz
234 schräg gegenüber so eine Einrichtung, zum Beispiel wirklich das man da, dass Bewohner
235 auch, sag ich mal, einen Garten haben, sag ich mal, den sie nicht verlassen können, wirklich
236 sicher in dem Rahmen bewegen können, was weiß ich zum Beispiel ist das so ein
237 Sinnesgarten angelegt, die Wege in Form eine Acht, dann können sie sich nicht verlaufen,
238 es gibt keinen Ausweg, sondern sie können also den Bewegungsdrang halt, der kommt dem
239 entgegen halt, aber trotzdem können sie sich nicht verlaufen, ja, oder können auch nicht
240 raus aus der Tür, weil dann eine Schranke runtergeht, also sie können nicht das ist ein
241 geschützter Rahmen, das wäre natürlich optimal wenn man so einen Bereich noch dann
242 hätte, und wenn man dann versucht, wenn man dann natürlich, dann noch diese
243 Übergänge gut gestaltet dann wären wir natürlich sehr gut aufgestellt. Und dann natürlich
244 mit unserem Konzept, da drüber noch die sensorischen Reize sichert und darüber kommt
245 die Betreuung her dann glaub ich wäre, dann hätte das eine Lebensqualität auch noch bis
246 zum Sterbebett, da bin ich mir ziemlich sicher.

247 I: Schön, was würden Sie sagen, Herr W., was kann denn schon so bleiben?

248 Herr W.: Ja bleiben im Grunde genommen schon das wir, hatte ich gerade vielleicht gesagt,
249 dass wir wirklich möglichst lange die vertraute Umgebung sicherstelle. Wenn es dann
250 nachher der Mensch, sag ich mal, nicht mehr sich, sag ich mal, nicht mehr in der Lage ist
251 sein Umfeld zu erkennen, Angehörige, Betreuungspersonal, weil das dann weg ist, ich sag
252 mal dann ist es egal wo er dann wohnt, so, und dann ist es auch, dann muss man natürlich
253 gucken, dass man trotzdem die sensorischen Reize, die vertrauten sicher stellt, die
254 Betreuung dann da drüber kommt, aber diese so lange es geht in der gewohnten
255 Umgebung zu verbleiben, das wäre schon gut, ja.

256 I: Ja, Dann haben wir noch so eine schöne Frage: Was verstehen Sie unter
257 Multiprofessioneller Zusammenarbeit und welche Möglichkeiten sind Ihnen bekannt, bzw.
258 welche nutzen Sie?

259 Herr W.: Hat ich gerade glaube ich auch schon mal gesagt, also gerade insbesondere im
260 medizinischen Bereich, dass man da halt gut Zusammenarbeitet auch mit der Diagnostik,
261 das man das gut klärt. Dass man früh genug dann halt so medizinische Hilfe einleiten kann,
262 das sind so ganz wichtig, Werkstatt, dass man gut Zusammenarbeitet mit der Werkstatt,
263 dass man mit anderen Diensten wie Physiotherapie, Ergotherapie, mit denen gute
264 kooperiert, das ist wichtig.

265 I: Okay, und wenn Sie jetzt, sie haben ja vorhin schon mal das mit der Diagnostik
266 angesprochen, also gerade auf dieses Klientel mit dieser Doppeldiagnose bezogen, ist die
267 Diagnostik schwierig? Oder gibt es da konkrete Diagnostikverfahren?
268 Herr W.: Ja das gibt es. Es gibt da auch Fragebögen, könnte ich auch Ihnen schicken, da
269 gibt's auch den wir verwenden und in der Werkstatt auch verwendet wird. Schwierig...nein
270 eigentlich ist es nicht schwierig, man muss halt Bewohner halt ganz genau beobachten,
271 darum geht es, und sehen wann Verhalten merkwürdig wird, so das sag ich jetzt mal. Es ist
272 natürlich nicht immer einfach bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, das zu
273 erkennen, weil die sowieso schon kognitiv eingeschränkt sind, und nochmal weiß man
274 nicht, ist das jetzt ein Verhalten was er zeigt, sag ich mal, aufgrund seiner kognitiven
275 Defizite oder ist jetzt schon dann eine beginnende Demenz, da muss man gucken, aber
276 eigentlich zeigt sich das relativ schnell. So sehe ich das.
277 I: Gibt es sonst noch etwas zu dieser Thematik was Ihnen besonders wichtig ist in dem
278 Zusammenhang was Ihnen noch einfällt?
279 Herr W.: Ja wichtig ist halt, dass Mitarbeiter sensibel sind, dafür, auch offen sind für neue
280 Methoden das ist eine große, ja und das ist vor allen Dingen wichtig, dass Mitarbeiter da
281 auch bereit sind, sag ich mal, wenn man dann wirklich zu solchen Ergebnissen gekommen
282 sind wie wir die jetzt so entwickelt haben, dass man das wirklich auch abgesichert kriegt.
283 Nicht, dass nur bei uns eine blanke Theorie ist, sondern wirklich dass die gelebt wird
284 nachher, darum kommt es ja an, das wirklich nachher dann wirklich dann halt Bewohner
285 dann wirklich ihre Lieblingsbettwäsche kriegen, sag ich mal, oder Lieblingsmusik hören,
286 oder ihr Lieblingsessen, oder, dann auch tatsächlich bekommen, nicht nur abhängig sind
287 von dem Mitarbeiter der dem dann etwas vorgibt nach seinem Vorlieben, ja, und das muss
288 nicht immer die Vorlieben der Bewohner sein, die sind in einem großen
289 Abhängigkeitsverhältnis und das kann Leitung nicht immer absichern, weil man nicht
290 immer vor Ort ist und weiß tatsächlich wie ticken denn der eine oder andere Mitarbeiter,
291 und leben die das Konzept dann auch so mit, das ist so ein bisschen, deshalb muss man
292 Mitarbeiter mitnehmen und die überzeugen, das ist dann die Führungsaufgabe, ja?
293 I: Okay, denn so vom Ausbildungshintergrund denke ich, sowohl das Studium als auch die
294 Ausbildung zum Heilerziehungspfleger, da ist es sicher auch eine neue Thematik, was
295 dieses Klientel mit der genannten Doppeldiagnose betrifft?
296 Herr W. Ja, absolut, ist es ja. Das ist ein noch relativ neues Phänomen.
297 I: Ja, also das waren unsere Fragen die wir hatten und Sie haben Sie sehr ausführlich und
298 umfangreich beantwortet und ich denke da können wir eine Menge draus ziehen an
299 Ergebnissen. Dann Bedanken wir uns ganz herzlich Herr W. für Ihre Zeit und verabschieden
300 uns.
301 Herr W.: Gerne, danke
302 I: Tschüss
303 ENDE DER TRANSKRIPTION

Anlage III. Experteninterview Frau F.

1 THEMA: Experteninterview
2 BEFRAGTER: Ina-Marie F. (Frau F.), 31 Jahre, Sozialpädagogin
3 INTERVIEWERIN: Sarah Gröning (I), 38 Jahre
4 ORT DES INTERVIEWS: Wohngruppe, Lengerich
5 DATUM: 13.01.2017 von 17:00 Uhr bis 17:05 Uhr
6 TRANSKRIPT: Wörtliche Transkription
7
8
9 BEGINN DER TRANSKRIPTION
10 I: Hallo Frau F.
11 Frau F.: Ja.
12 I: Ich bin Frau Gröning. Schön, dass wir uns heute zum Interview treffen können. Ich stell
13 mich vielleicht mal kurz vor. Mein Name ist Sarah Gröning, ich bin Erzieherin und studiere
14 im 4. Jahr an der Saxion Sozialpädagogik. Zusammen mit meiner Studienkollegin forschen
15 wir zum Thema Demenz - Down Syndrom. Es geht darum, dass wir herausfinden wollen,
16 welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige Betreuung
17 von Menschen mit der Doppeldiagnose Down Syndrom und Demenz in stationären
18 Einrichtungen. Vorab muss ich sie fragen, ob ich das Gespräch aufnehmen darf?
19 Frau F.: Ja, das ist gar kein Problem
20 I: Und darf ich sie auch namentlich erwähnen oder soll es anonymisiert werden?
21 Frau F.: Nein, ich möchte nicht namentlich erwähnt werden.
22 I: Ok. Ja, vielleicht können sie sich mal kurz vorstellen, in ihrer Rolle hier?
23 Frau F.: Ja, also ich bin Ina-Marie F., habe auch Sozialpädagogik studiert, arbeite jetzt seit 6
24 1/2 Jahren hier in der Einrichtung. Bin hier im Gruppendienst tätig, mach die ganz
25 normalen Dienste. Hier in dieser Gruppe, in der ich jetzt gerade aktuell bin sind 6
26 Bewohner. Es sind auch 2 mit Down Syndrom dabei.
27 I: Ok, ja schön. Können sie vielleicht mal ein kurzes Statement zu der Thematik allgemein
28 abgeben? Ich sagte ja gerade, dass wir zu dem Thema forschen - zukünftige Bedarfe für
29 Menschen mit dieser Doppeldiagnose.
30 Frau F.: Ja. Also wir haben hier aktuell auch einen Bewohner, der Down Syndrom hat und
31 der vermutlich auch in Zukunft an Demenz erkranken wird. Der hat schon so ein paar
32 demenzielle Züge, dem entsprechend denke ich schon, dass sich auch hier in der Gruppe in
33 der nächsten Zeit noch einiges tun muss. Ja, und im Prinzip ist es ein sehr aktuelles Thema,
34 was immer mehr werden wird. Gerade dadurch, dass die Gruppe auch immer älter werden
35 wird. Ja, das ist ja auch ein neues Thema. Gab es ja vorher nicht in allen Einrichtungen.
36 I: Ja, genau. Da kommen wir auch vielleicht direkt schon zur Frage. Wie sieht denn aktuell
37 die derzeitige Betreuungssituation in ihrer Einrichtung aus? Gerade in Hinblick auf dieses
38 Klientel.
39 Frau F.: Ja, wie gesagt. Hier haben wir jetzt noch keinen der dort direkt dran erkrankt ist,
40 aber im anderen Wohnbereich, in dem ich zwischen durch auch nochmal tätig bin, da ist
41 auch einer mit Down Syndrom. Der hat jetzt auch Demenz. Also der ist daran erkrankt. Das
42 ist aber eigentlich ganz gut zu Händeln würde ich so sagen. Dadurch, dass es nur eine
43 Person ist geht es noch. Ich würde jetzt sagen wenn es mehr sind, dann wird es vielleicht

44 schwieriger, weil natürlich auch viel mehr Pflege anfällt und die Betreuung wird natürlich
45 auch viel intensiver.

46 I: Das wäre nämlich auch eine der nächsten Fragen. Welche positiven oder negativen
47 Aspekte sich in der Betreuungssituation dann ergeben?

48 Frau F.: Ja, aktuell würde ich sagen es ist noch in Ordnung und es geht auch. Da finde ich
49 noch gar nicht so viel Negatives. In dem anderen Wohnbereich leben allerdings auch 20
50 Bewohner. Und da der Bewohner auch sehr intensiv ist, geht er natürlich auch unter. Und
51 ich denke wenn da wirklich noch mehr sind, da wohnen auch noch mehr mit Down
52 Syndrom, und die dann auch noch an Demenz erkranken würden, dann wäre das viel
53 schwieriger glaube ich. Da ist es wichtig, dass wir alle an Fortbildungen teilnehmen können
54 und auch im Bereich der Pflege geschult werden.

55 I: Ja genau, das wäre dann die nächste Frage. Finden denn für die Bewohner, gerade mit
56 dieser Doppeldiagnose schon gezielte Angebote statt?

57 Frau F.: Also gezielt so in dem Sinne jetzt nicht. Was die Betreuung im Gruppendienst dann
58 wohl macht ist mal Memory spielen oder sowas. Ein paar Fördersachen um das Gedächtnis
59 zu trainieren oder so. Was wir im Vorfeld jetzt natürlich schon machen ist die
60 Tecklenburger Biografie Methode. Das wir mit einem Fragebogen so bestimmte Sachen
61 durch gehen. Was ist die Lieblingsfarbe, das Lieblingsessen oder so. Damit man die Dinge
62 einfach schon mal festhalten kann, falls sie in Zukunft dann an Demenz erkranken und das
63 selber nicht mehr wissen, so dass man das festgehalten hat. Für die Zukunft würde ich mir
64 wünschen, dass es noch mehr individuelle Angebote für Menschen mit Demenz in und der
65 Einrichtung gibt und diese sich etablieren.

66 I: Okay. Also das wäre dann auch schon die nächste Frage. Gibt es sozialpädagogische
67 Methoden, mit denen sie innerhalb ihrer Einrichtung arbeiten? Jetzt haben sie gerade
68 gesagt die Tecklenburger Biografie Methode. Das heißt konkret was?

69 Frau F.: Ja also wir haben da so einen Koffer und dazu einen Fragebogen, indem Dinge
70 erfragt werden, die die Sinne betreffen. Was hört man gerne? Was sieht man? Also wie
71 gesagt, welche Farbe mag man oder so. Dann auch Dinge, was schmeckt man gerne? Was
72 isst man gern? Was riecht man gerne? Düfte die man mag oder auch Bettwäsche. Welche
73 Bettwäsche mag man. Bieber, Satin, was auch immer. Diese Sachen werden dann halt
74 erfragt. Und anhand des Koffers kann man die dann mit den Bewohnern durchgehen. In
75 dem Koffer sind dann halt Beispiele genannt. Da sind dann verschiedene Bettdecken drin,
76 verschiedene Stoffe, die die dann auch fühlen können. Da sind Bücher drin, wo Bilder
77 abgebildet sind. Haarschnitte und so was.

78 I: Haben sie da schon Erfahrungen mit gesammelt? Und wenn ja, welche?

79 Frau F.: Ja, also ich bin die einzige aus unserem Team, die da mal eine ganz kurze
80 Fortbildung zu gemacht hat und habe auch nach und nach ein paar Bewohner dazu
81 gebracht und bisher finde ich, läuft das eigentlich total gut. Bei denen die etwas schwächer
82 sind und die Dinge nicht direkt benennen können, dauert es natürlich etwas länger und es
83 ist ein bisschen intensiver, aber ist wohl machbar.

84 I: Okay. Und gibt es konkrete Situationen, in der sie dann die Methode einsetzen? Also wie
85 läuft das dann?

86 Frau F.: Situationen in dem Sinne jetzt nicht. Also wir machen das natürlich im Vorfeld und
87 in einem Einzelgespräch. Man nimmt sich einen Bewohner dann dazu, hat diesen Koffer
88 dementsprechend und geht anhand des Koffers diesen Fragebogen durch. Das soll jetzt

89 auch bei jedem Bewohner, der in der Einrichtung wohnt, gemacht werden. Und dann wird
90 das aktualisiert alle paar Jahre mal und das man guckt, hat sich was verändert oder nicht.
91 I: Und gibt es sonst noch weitere Methoden? Gerade für Menschen mit dieser
92 Doppeldiagnose?
93 Frau F.: Also so speziell wüsste ich da jetzt nichts.
94 I: Okay.
95 Frau F.: Also es gibt wohl Fortbildungen. Also wir machen ja nach dem GBM die
96 Betreuungsplanung. Das ist so ein Verfahren. Da gibt es auch Fortbildungen, speziell für an
97 Demenz erkrankte wohl auch. So dass man die Betreuungsplanung auf an Demenz
98 erkrankte einstellen kann. Aber ich selber war in dieser Fortbildung noch nicht drin.
99 I: Okay, und in ihrem Studium selber? Kam da was vor, so dass sie sagen würden gerade für
100 diese Bewohner mit der Doppeldiagnose fühle ich mich besonders gut qualifiziert?
101 Frau F.: Also da habe ich im Studium gar nichts zu gehabt.
102 I: Okay. Was würden sie denn als Herausforderung bei Menschen mit Down Syndrom und
103 Demenz benennen?
104 Frau F.: Spezielle Herausforderungen, ich weiß gar nicht. Ich glaube das Problem,
105 Herausforderung, Problem ist es, dass wir innerhalb der Einrichtung noch gar nicht so viel
106 mit Demenz zu tun hatten. Und das außer diesem einen Bewohner, ich noch mit gar
107 keinem so richtig in Kontakt getreten bin und es da einfach an Erfahrung und es auch an
108 Wissen teilweise fehlt.
109 I: Weil oft ist es ja einfach, gerade bei dieser Doppeldiagnose so, dass sich speziell auch
110 dann herausforderndes Verhalten zeigt. Da wäre dann eine Frage von mir gewesen, wie
111 würden sie denn damit umgehen? Gibt es Herangehensweisen für sie als Sozialpädagogin?
112 Frau F.: Ich weiß nicht. Ich würde sagen ein Demenz kranker, ist nicht unbedingt anders,
113 weil er Down Syndrom hat. Also weiß ich nicht.
114 I: Ja, ok.
115 Frau F.: Ich würde eigentlich sagen, dass äußert sich natürlich gleich. Natürlich hat er eine
116 geistige Behinderung und vielleicht ist es nochmal ein wenig anders, aber ich glaube im
117 Umgang damit ist es im Prinzip dasselbe. Man muss nur wissen, wie man es machen muss.
118 Und dafür bräuchte man halt einfach mehr Wissen und die Erfahrung, die halt einfach
119 noch fehlt.
120 I: Frau F., bislang haben sie ja noch keine wirkliche Grenze in der Betreuung erlebt. Aber
121 hätten sie für sich eine Grenze, die Sie benennen können und wenn ja, welche?
122 Frau F.: Ja, ich glaube wenn die Person dann so pflegebedürftig wird, dass wir das auch gar
123 nicht mehr so stemmen können in unserer Einrichtung. Wir machen natürlich auch Pflege,
124 aber wir sind ja keine auf Pflege spezialisierte Einrichtung. Eigentlich geht es ja mehr um
125 die Betreuung an sich. Oft ist es dann so, wenn die dann so pflegebedürftig werden bei
126 uns, dass wir das dann gar nicht mehr so machen können und die dann ins Seniorenheim
127 oder Pflegeeinrichtung umziehen müssen. Das ist dann natürlich eine Grenze. Ich
128 persönlich finde das sehr schade und auch schwierig, weil die dann natürlich auch nicht auf
129 geistig behinderte Menschen spezialisiert sind. Es wäre schön, wenn es in Zukunft spezielle
130 Einrichtungen für älter werdende geistig behinderte Menschen mit demenziellen
131 Erkrankungen geben würde.
132 I: Das heißt, welche Rahmenbedingungen in ihrer Einrichtung sind vorhanden? Und wie
133 empfinden sie die aktuell für ihr Klientel?

134 Frau F.: Also dadurch, dass wir diese Biografiemethode jetzt haben und das es
135 Fortbildungen zu Demenzerkrankten jetzt gibt, finde ich das ganz gut. Wir machen jetzt
136 wenigstens schon mal den Schritt in die richtige Richtung. Was ich allerdings finde was
137 noch verbessert werden müsste, wäre auch einfach das viel mehr Mitarbeiter aus den
138 Teams an den Fortbildungen teilnehmen. Also gerade die dann auch damit zu tun haben.
139 Weil bei uns im Team, weiß es nur eine Person, die es gemacht hat Bescheid.
140 I: Das heißt, wie groß ist ihr Team?
141 Frau F.: Wir sind 11 Mitarbeiter.
142 I: Und eine Person die die Fortbildung dazu hat.
143 Frau F.: Ja.
144 I: Okay.
145 Frau F.: Ich persönlich finde das halt schwierig. Aber ich hoffe das kommt halt einfach noch
146 und das einfach noch etwas mehr kommt. Das man halt irgendwie eine Ausarbeitung hat,
147 einen Bogen, an dem man sich einfach entlang hangeln kann. So ein bisschen wie kann
148 man dann damit umgehen.
149 I: Okay. Das heißt, es gibt an den Rahmenbedingungen noch ein bisschen was zu
150 verändern?
151 Frau F.: Ja. Also das was da ist, ist gut. Aber meiner Meinung nach zumindest noch mehr,
152 weil die Tendenz ja steigend ist. Es wird ja immer mehr mit Demenzerkrankten. Die Leute
153 werden nun mal älter und ich denke da muss halt einfach noch was passieren in den
154 nächsten Jahren.
155 I: Was würden sie denn gerne verändern?
156 Frau F.: Was ich gerne verändern würde? Gute Frage. Ja da ist dann vielleicht eine
157 Einstellung der einen oder anderen Mitarbeiter vielleicht. Dafür müsste man dann auch
158 einfach andere Schulungen für haben. Aber in manchen Köpfen, von manchen
159 Mitarbeitern, die halt nicht dieses Hintergrundwissen haben, die nehmen die Leute dann
160 halt nicht so wie sie sind. Weil durch die demenziellen Veränderungen - der Bewohner der
161 da ist hat halt so ein paar Wahnvorstellungen. Der sieht dann halt ein paar Elefanten
162 manchmal irgendwo - und manche Mitarbeiter können damit dann einfach nicht umgehen.
163 Die können das dann nicht so hinnehmen, dass es so ist. Da ist nun mal ist, ist ja auch in
164 Ordnung. Es geht ihm dadurch ja nicht unbedingt schlechter.
165 I: Das heißt konkret, woran fehlt es dann?
166 Frau F.: Es fehlt an Wissen.
167 I: Und wenn sie jetzt auf sich gucken, was fehlt ihnen für die optimale Betreuung?
168 Frau F.: Zeit manchmal auch. Wenn man da mit 20 Leuten im Dienst ist. Auch wenn man zu
169 2 ist, manchmal ist dann hier und da so viel los, dass man gar nicht individuell auf die
170 Personen richtig eingehen kann. Ein bisschen mehr Zeit und so eine Fortbildung einfach
171 mal. Ich würde wirklich gerne mal eine Demenz Fortbildung machen.
172 I: Werden diese Fortbildungen von ihrer Einrichtung aus angeboten?
173 Frau F.: Ja, die gibt es auch jährlich. Aber da kann natürlich auch nur eine begrenzte Anzahl
174 von Mitarbeitern dran teilnehmen. Also nach und nach wird das wohl kommen, dass da
175 jeder auch mal gewesen ist, aber das dauert dann halt auch seine Zeit.
176 I: Und dann vielleicht zur nächsten Frage. Was kann schon so bleiben? Oder kann
177 überhaupt schon was so bleiben?

178 Frau F.: Was so bleiben kann? Ich finde es eigentlich in Ordnung so wie es ist. Die Dinge
179 sind ja im Kommen.
180 I: Ist es im Wandel?
181 Frau F.: Ja.
182 I: Wissen sie, wenn sich bei einem Bewohner bei ihnen Verhaltensveränderungen
183 aufzeigen, was es dann für Möglichkeiten gibt oder wissen sie als Mitarbeiterin an wen sie
184 sich wenden müssen? Und wer ist dann zuständig für eine Diagnostik?
185 Frau F.: Ja klar, dann gehen wir erst einmal zum Neurologen. Sobald da was auffällt. Ist wie
186 bei dem einen Bewohner, der auch hier wohnt, bei dem wir schon diese demenziellen
187 Schübe bemerkt haben, war es halt auch so, dass wir erst mal im Team besprochen haben,
188 wie seht ihr das? Ob das allen gleich auffällt. Dann haben wir das mit den Eltern
189 besprochen, die gesetzliche Betreuer sind und dann waren wir beim Neurologen und
190 haben das noch einmal abklären lassen.
191 I: Ist ihnen da ein bestimmtes Verfahren bekannt? Gibt es da gerade bei Menschen mit
192 Down Syndrom ein bestimmtes Testverfahren?
193 Frau F.: Das weiß ich gar nicht wie man das macht.
194 I: Okay.
195 Frau F.: Also ich war beim Neurologen auch gar nicht selber dabei. Das haben die Eltern
196 dann begleitet. Ich weiß überhaupt nicht wie das dann gemacht wird.
197 I: Was mich noch interessieren würde, was verstehen sie unter multiprofessioneller
198 Zusammenarbeit und welche Möglichkeiten sind ihnen bekannt?
199 Frau F.: Multiprofessionell, da man natürlich auch mit anderen Instanzen übergreifend
200 zusammen arbeitet. Also was wir hier machen, dass wir mit dem Werkstattbereich
201 zusammen arbeiten, dass wenn denen Veränderungen auffallen oder auch wenn die
202 schwierige Situationen bemerken, oder auch was gut läuft - dass man einfach
203 Rückmeldungen hat und im stetigen Kontakt auch ist. Das wir zwischendurch auch mal
204 Besuche in der Werkstatt machen. Gucken wie es da so läuft. Da und das man auch mit
205 Ärzten zusammen arbeitet. Mit Hausärzten, Neurologe.
206 I: Das heißt, die werden dann auch regelmäßig genutzt?
207 Frau F.: Ja, genau.
208 I: Und was wird benötigt, um eine gute Zusammenarbeit zu gestalten?
209 Frau F.: Es wird benötigt, dass auch von allen Instanzen das wollen da ist. Das die einem
210 dann auch wirklich Rückmeldungen geben. Das die auch bereit dazu sind, Einsicht in ihre
211 Arbeit zu geben.
212 I: Haben sie da schon das eine positive oder negative erlebt?
213 Frau F.: Ich erlebe das eigentlich nur sehr positiv. Negative Erfahrungen habe ich da
214 eigentlich noch gar nicht so gemacht. Die sind alle eigentlich ganz froh, dass man auch mal
215 in so einen Austausch kommt. Die selber bekommen dann auch Rückmeldung von uns. Wie
216 läuft das hier im Wohnbereich und das sie das dann auch für ihre Arbeit nutzen können.
217 I: Okay, schön. Gibt es sonst noch irgendetwas, was ihnen gerade in diesem
218 Zusammenhang richtig wichtig ist zu diesem Thema? Also was ihnen so durch den Kopf
219 geht, in dem Bereich Menschen mit Demenz und Down Syndrom. Was sie da so bewegt
220 oder beschäftigt.
221 Frau F.: Mir ist wichtig, dass das auch einfach als wichtiger Punkt angesehen wird. Das den
222 Einrichtungen auch einfach bewusst ist, dass Leute jetzt älter werden und das was

223 gemacht werden muss. Dass es nicht so bleiben kann wie es ist. Und manchmal habe ich so
224 ein bisschen das Gefühl, also natürlich die machen auch alle was, aber vielleicht müssen
225 die mir mal so etwas schneller mal so...
226 I: Okay. Ja schön, also ich habe viele wirklich gute Antworten erhalten und kann da, glaube
227 ich eine Menge raus ziehen und für unsere Forschungsfrage Antworten finden. Deswegen
228 möchte ich mich ganz herzlich Bedanken und mich an diesem Punkt von ihnen
229 verabschieden und sage auf Wiedersehen.
230 Frau F.: Ja, viel Glück bei der Bachelorarbeit.
231 I: Dankeschön. Tschüss.
232 Frau F.: Tschüss.
233 ENDE DER TRANSKRIPTION

Anlage IV. Experteninterview Herr M.

1 THEMA: Experteninterview
2 BEFRAGTER: Christian M. (Herr M.), 38 Jahre, Sozialpädagoge
3 INTERVIEWERIN: Sarah Gröning (I), 38 Jahre
4 ORT DES INTERVIEWS: Wohnbereich, Gut Stapenhorst, Lengerich
5 DATUM: 09.01.2017 von 15:30 Uhr bis 15:44 Uhr
6 TRANSKRIPT: Wörtliche Transkription
7
8
9 BEGINN DER TRANSKRIPTION:
10 I: Guten Tag Herr M. Schön, dass Sie Zeit gefunden haben für das Interview heute.
11 Herr M.: Ja, Hallo.
12 I: Mein Name ist Sarah Gröning, ich studiere an der Saxion im vierten Studienjahr. Im
13 Rahmen unserer Bachelorarbeit beschäftigen wir uns mit dem Thema "Welche Bedarfe
14 ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige Betreuung von Menschen mit
15 der Doppeldiagnose Down - Syndrom und Demenz in stationären Einrichtungen?".
16 I: Ich hatte ja vorab schon mit Ihnen Telefonkontakt aufgenommen und finde es toll, dass
17 Sie sich Zeit nehmen und sich für das Interview zur Verfügung stellen. Den Leitfaden hatte
18 ich Ihnen ja per E-Mail zugeschickt.
19 Herr M.: Genau, den habe ich bekommen, ja.
20 I: Schön, haben Sie soweit da noch Fragen zu?
21 Herr M.: Ich denke das wird sich im Gespräch dann gleich ergeben, wenn was ist. So war
22 das erst mal klar.
23 I: Vorab fände ich es ganz schön wenn Sie sich einmal kurz vorstellen mögen.
24 Herr M.: Mein Name ist Carsten M., bin 38 Jahre alt. Ich habe ebenfalls in Enschede
25 studiert, und bin gelernter Sozialpädagoge. Ich bin hier bei den Ledder Werkstätten seit 17
26 Jahren tätig im Gruppendienst, und jetzt seit 2 Jahren in leitender Funktion als
27 Organisationsverantwortlicher. Das ist eine neue Stelle als Organisationsverantwortlicher,
28 so betitelt man mich, insgesamt für 3 größere Wohnbereiche mit 67 stationären Plätzen, ja
29 und dann gucken wir mal.
30 I: Okay, dass Interview, darf ich das so verwenden oder soll ich das anonymisieren aus
31 Datenschutz Gründen, wie ist das für Sie?
32 Herr M.: Ja, das Interview bitte anonymisieren.
33 I: Okay, dann wird Ihr Name nicht genannt und entsprechende Daten die wir hier
34 heute aufnehmen auch, okay.
35 Herr M.: Ok.
36 I: Können Sie vielleicht vorab evtl. mal ein kurzes Statement überhaupt zu der Thematik
37 geben, als Sie das gelesen haben, was Ihnen da so durch den Kopfgegangen ist allgemein?
38 Herr M.: Also für mich ist das ein relativ neues Thema mit dem wir uns aber
39 schon beschäftigen. Also insgesamt in meinem Bereich haben wir 6 Bewohner mit Down-
40 Syndrom und speziell bei einem Bewohner haben wir, ja wir sprechen mal von einer
41 demenziellen Entwicklung. So dass wir da schon mal geguckt haben, Mensch in wie weit
42 müssen wir da aktiv werden. Ist aber auch schwierig, find ich ein schwieriges Thema. Weil
43 es schwer, aus meiner Sicht erst mal, schwer zu diagnostizieren ist.

44 I: Das wäre nämlich auch eine Frage vorab, ob es da irgendwie schon Erfahrungswerte gibt,
45 also Diagnostik, gerade spezielle bei den Menschen mit dieser Doppeldiagnose?

46 Herr M.: Also wir arbeiten eng mit der LWL Klinik hier in Lengerich zusammen, speziell mit
47 der psychiatrischen Ambulanz. Die verfügen wohl über spezielle Tests, ich meine da
48 gibt's wohl Möglichkeiten, ich kann jetzt nicht jetzt hier sagen wie genau die heißen, aber
49 selbst da ist es schwierig. Mein Eindruck bis jetzt.

50 I: Dann kommen wir vielleicht schon direkt zur ersten Frage. Wie sieht denn die aktuelle
51 oder die derzeitige Betreuungssituation in ihrer Einrichtung aus? Also explizit im Hinblick
52 auf Menschen mit dieser Diagnose?

53 Herr M.: Ich kann das, also wir haben drei größere Bereich, einmal die Wohnbereiche-Höfe
54 für die ich zuständig bin, es gibt den Bereich Ibbenbüren, da weiß ich da sprechen Sie ja
55 noch mit dem Herrn W., der kann Ihnen da deutlich mehr Auskunft zu geben. Es gibt noch
56 den Bereich Schwerstmehrfachbehinderungen, da habe ich auch nicht die Einblicke, das ist
57 Westerkappeln und die Wichernstraße in Ledde, aber für meinen Bereich kann ich sagen,
58 wie gesagt 6 Leute mit Down-Syndrom die wir hier von den 67 Bewohnern haben und
59 speziell einer mit einer demenziellen Entwicklung, ja und bei den anderen könnte es
60 natürlich, könnte es noch kommen. Also es wird aktueller weil die Leute ja auch älter
61 werden. Wir haben schon mehrere mit Mitte 50, wo man dann schon so ein bisschen
62 gucken muss.

63 I: Okay, das heißt also gibt es da schon negative Aspekte, oder in der Betreuungssituation
64 Erfahrungen die Sie gemacht haben, und wenn ja, gibt es da gezielte Angebote?

65 Herr M.: Also negative Aspekte würde ich das nicht nennen. Also ich gehe jetzt speziell auf
66 den einen Fall ein wo wir eine demenzielle Entwicklung also wo das angedacht ist. Es zeigt
67 sich bei dem Bewohner, dass der im Alltag nicht mehr so belastbar ist auf mehreren
68 Ebenen. Eine spezielle Methodik verwenden wir da nicht. Es geht eher dahin das wir
69 gucken, wie wir den Alltag strukturieren um halt viele, ich nenne es mal Ankerpunkte zu
70 setzen, dass die morgendlichen Abläufe klar sind bevor der zur Werkstatt fährt, dass die
71 Essenssituationen relativ ähnlich gestaltet werden, weil wir uns davon erhoffen, dass je
72 klarer so ein Alltag strukturiert ist das umso mehr der Bewohner noch davon profitiert.

73 I: Okay das heißt dann komme ich ja vielleicht direkt schon zu nächsten Frage. Sie hatten ja
74 gerade schon die Methoden angesprochen, es gibt jetzt nicht konkrete sozialpädagogische
75 Methoden mit denen Sie innerhalb Ihrer Einrichtung arbeiten speziell auf dieses Klientel
76 bezogen?

77 Herr M.: Ja wir arbeiten, da wird der Herr W. noch deutlich mehr dazu sagen mit dem
78 TBM, das ist das sogenannte Tecklenburger Biographie Methode, da geht es
79 schwerpunktmäßig um die Leute ,was für Reize sie gerne mögen, was für Essen sie gerne
80 essen Da so eine Liste aufzustellen um ,wenn die mal in einer demenziellen Entwicklung
81 sind oder eine Demenz haben ,zu gucken was für Vorlieben haben die. Also wir befragen
82 jetzt. Jetzt wird so ein bisschen deutlicher in so einem Fragebogen was essen sie gerne,
83 welche Stoffe mögen sie, welchen Haarschnitt mögen sie. Um das zu archivieren für einen
84 späteren Zeitpunkt und wenn jemand sich zum Beispiel nicht mehr äußern kann, um da für
85 Pflegesituationen oder für die Alltagsstrukturierung noch Daten an der Hand zu haben.

86 I: Und diese Tecklenburger Biographie Methode, ist denn diese allen Ihren Mitarbeitern in
87 der Einrichtung bekannt?

88 Herr M.: Die ist im Aufbau und organisiert und entworfen hat das halt der Herr W. und der
89 ist da halt der Experte. Wir haben einen internen Arbeitskreis wo wir wirklich in allen
90 Bereichen nach und nach diese Interviews mit jedem einzelnen Bewohner durchführen,
91 aber das ist bei insgesamt 280 stationären Plätzen, zeitintensiv, genau!
92 I: Das heißt also diese Methode die da jetzt gerade in der Entwicklung ist, wird dann auch
93 vorab entsprechend bei den Bewohnern angewendet, abgefragt, um das zu archivieren,
94 okay. Und diese Situationen finden dann wie statt? Also das machen Sie bei der
95 Aufnahmen der Bewohner in die Einrichtung, oder wann machen Sie das? Gibst es
96 konkrete Situationen?
97 Herr M.: Wir fangen jetzt an quasi, die Bewohner wohnen ja teilweise schon länger hier,
98 also jeden einzelnen zu befragen. Wir gucken so ein bisschen nach dem Alter, nach dem
99 derzeitigen Entwicklungsstand, so dass wir Bewohner, wo wir sagen ja Mensch da müssen
100 wir uns eher jetzt ran wagen, dass wir die zuerst interviewen.
101 I: Okay, dann komme ich vielleicht zur nächsten Frage: Was würden Sie als
102 Herausforderung bei Menschen mit Down-Syndrom und Demenz sehen?
103 Herr M.: Ich denke das geht in Richtung wie wird ein Alltag wirklich strukturiert, dass wir da
104 genau gucken müssen was wir da für Erfahrungen machen. Also wie gesagt, wir stecken da
105 in den Kinderschuhen und der Fall den ich jetzt schon mehrmals benannt habe, ist der
106 erste dieser Art in meinem Bereich und da müssen wir halt gucken womit fahren wir gut
107 womit fahren wir weniger gut und dann zu schauen. Ich glaube ein wichtiger Aspekt ist
108 auch noch, aber ich glaube das kommt von den Fragen, was sie mir da geschickt haben
109 später auch nochmal so Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter. Weil das für uns hier
110 relativ Neuland ist.
111 I: Würden Sie mal benennen können, wenn Sie auf dieses Klientel mit dieser Diagnose
112 gucken, was Sie als besonders herausforderndes Verhalten sehen würden?
113 Herr M.: Direkt nicht nein
114 I: Okay, dann erleben Sie auch noch keine Grenzen in der Betreuung aktuell?
115 Herr M.: Nein, haben wir noch nicht.
116 I: Okay.
117 Herr M.: Ich glaube was herausfordernd sein könnte ist, wenn jemand voll in der Demenz
118 steckt. Wie gesagt wir haben vielleicht jemanden in der Entwicklung aber wenn das
119 wirklich eine fortschreitende Demenz ist, ich denke dann wird es herausfordernd und ich
120 denke dann wird es auch schwer das hier im Alltag zu strukturieren mit Tagesangeboten
121 und allem was dazu gehört. Also ich glaube dann würden wir auch an unsere Grenzen
122 stoßen.
123 I: Okay, also an Grenzen weil ihre Einrichtung nicht dafür ausgelegt ist?
124 Herr M.: Genau, weil ich glaube, dass das eine sehr intensive und enge Betreuung ein wird.
125 I: Dann vielleicht zur nächsten Frage: Welche Rahmenbedingungen sind in Ihrer
126 Einrichtung vorhanden und wie empfinden Sie die Rahmenbedingungen Ihrer Einrichtung
127 genau zu diesem Fall?
128 Herr M.: Das ist also wie gesagt für die Wohnbereiche für die ich jetzt zuständig bin, da
129 haben wir unterschiedliche Rahmenbedingungen. Es sind zwei Bereiche wo wir nur eine
130 Tagesbetreuung ohne Nachtschicht haben. Speziell hier heute treffen wir uns ja im
131 Wohnbereich von Gut Stapenhorst, haben wir eine 24 Stundenbetreuung gewährleistet.
132 Da wären die Rahmenbedingungen für eine intensivere Pflege auch durchaus gegeben. Da

133 haben wir eine feste Tagesstruktur, ich denke da wäre mehr möglich. In anderen Bereichen
134 betrifft das eher Bewohner die deutlich fitter sind, die nachts Telefone bedienen können
135 und so weiter und sofort. Da wären die Rahmenbedingungen nicht gegeben für jemanden
136 mit Demenz. Aber innerhalb der Einrichtung, auch in den anderen Wohnbereichen, die
137 jetzt nicht zu meinem Bereich gehören, haben wir durchaus Möglichkeiten da etwas zu
138 machen.

139 I: Schön und wenn wir dann schon beim Thema sind: Was würden Sie gerne verändern und
140 woran fehlt es derzeit noch?

141 Herr M.: Das einzige was wir jetzt einfällt, würde ich sagen speziell an Fortbildungen für die
142 Mitarbeiter, da nochmal zu gucken was es für Angebote gibt. Ich selbst hab mich jetzt
143 gerade auch erst mit dem Thema beschäftigt, hatte zwei Fortbildungen im Dezember und
144 da müssen wir halt gucken wie sich das bei uns entwickelt.

145 I: Okay, das heißt um diese Menschen optimal zu betreuen, genau dafür explizitere
146 Fortbildungen?

147 Herr M.: Ich denke, dass wir da nochmal genauer gucken müssen.

148 I: Und was würden Sie sagen, was kann aktuell schon so bleiben?

149 Herr M.: Ja wir haben ja in den Wohnbereichen hier, der Ledder Werkstätten sind wir ja
150 schon sehr gemischt was die Behinderungsbilder angeht, von daher glaube ich sind wir da
151 auch gut aufgestellt. Wir kommen mit einer Menge an Behinderungsbildern ganz gut klar,
152 von daher. Ja man muss gucken, wie sich das entwickelt. Ich kann jetzt noch nichts sagen,
153 vielleicht in einem Jahr könnte ich sagen da und da hapert es, aber aktuell sehe ich da
154 nichts.

155 I: Ja schön, das gibt mir wirklich nochmal einen guten Einblick. Mit ihren Antworten kann
156 ich schon viel anfangen. Dann hätte ich als nächstes noch die Frage: Was verstehen Sie
157 unter Multiprofessioneller Zusammenarbeit und welche Möglichkeiten sind Ihnen da als
158 Mitarbeiter bislang bekannt und welche nutzen Sie?

159 Herr M.: Also Multiprofessionelle Zusammenarbeit verstehe ich als mit anderen
160 Institutionen zusammen zu arbeiten. Diese empfinde ich als wichtig, um sich regelmäßig
161 mit anderen Institutionen und Fachkräften auszutauschen. Arbeiten wie ich eben schon
162 gesagt habe tun wir da eng mit der LWL-Klinik. Durch die psychiatrische Ambulanz sind wir
163 da glaube ich schon ganz gut aufgestellt. Wir arbeiten eng mit dem Hausarzt zusammen,
164 mit weiterführenden Ärzten wenn es denn gewünscht ist, oder wenn das Krankheitsbild
165 oder Behinderungsbild das erwartet. Wir arbeiten eng mit dem Werkstattbereich, also ich
166 denke, ja das ist so das Feld indem wir uns da bewegen.

167 I: Das ist auch nichts mehr, was Ihnen jetzt noch etwas einfällt oder wo Sie sagen, dass
168 wird noch benötigt um eine gute Zusammenarbeit zu gestalten?

169 Herr M.: Ich vermisse da so nichts. Doch Familie habe ich da noch vergessen. Die ist
170 natürlich auch eng mit eingebunden. Wie gesagt, über Fortbildung könnten man vielleicht
171 in dem ein oder anderen Bereich nochmal erschließen oder gucken ob man sich da
172 nochmal anders aufstellen kann.

173 I: Und Sie als Sozialpädagoge, frage ich jetzt nochmal, ist ja auch erst mal in Ihrem Studium
174 gar nicht so vorgesehen, diese Art der Menschen mit der Doppeldiagnose entsprechend
175 zu begleiten in Hinblick auf Pflege etc.? Oder doch?

176 Herr M.: Nee das wäre ja eher etwas für, ich sag mal, Mitarbeiter wie Erzieher,
177 Heilerziehungspfleger, Krankenpfleger, also direktes Aufgabenfeld vom Sozialpädagogen

178 sehe ich da so nicht. Das wäre dann eher so übergeordnet vielleicht auch vom
179 Werkstattbereich. Auch im Sozialen Dienst haben wir mehrere Sozialpädagogen in der
180 Einrichtung, die das dann koordinieren und Abläufe koordinieren was den Arbeitsbereich
181 anbetrifft. Wie gesagt meine Aufgabe hier ist es, den Alltag zu strukturieren, zu gucken wo
182 es hingehet aber in der direkten Arbeit, also im Gruppendienst nicht.
183 I:Okay, dann würde ich gerne nochmal zusammenfassen. Gibt es noch irgendwelche
184 Anregungen oder irgendetwas wo Sie sagen, zu dem Thema was Ihnen noch einfällt, oder
185 irgendetwas was Ihnen noch einfällt im Zusammenhang mit der Doppeldiagnose. Was
186 Ihnen besonders wichtig ?
187 Herr M.: Also mir persönlich würde ich sagen ist wichtig, wie sieht eine gelungene
188 Tagesstrukturierung aus? Das ist etwas womit ich mich beschäftige, auch schon seit
189 mehreren Monaten, eben weil ja von der Entwicklung her zu erwarten ist, dass mehr Fälle,
190 mehr Bewohner mit Demenz dazukommen und wir von meiner Seite aus hier eher noch in
191 den Kinderschuhen stecken. Da mal zu gucken wo es hingehet, aber das ist halt, wir sind
192 grad am Anfang dabei, wenn man da so ein Bild zeichnen will.
193 I:Das stellen wir ja auch im Rahmen unserer Forschung fest, dass tatsächlich im Rahmen
194 des demographischen Wandels das ja jetzt auch erst hier die erste Generation ist, die in
195 den Einrichtungen auftaucht
196 Herr M.: Das ist auch wirklich so.
197 I: Ja Herr M., dann danke ich ganz herzlich für Ihre Zeit, für Ihre Antworten und ich
198 wünsche Ihnen alles Gute.
199 Herr M.: Danke ebenso.
200 I: Dankeschön.
201 ENDE DER TRANSKRIPTION

Anlage V. Experteninterview Herr P.

- 1 THEMA: Experteninterview
2 BEFRAGTER: Christian P. (Herr P.), 41 Jahre, Sozialpädagoge
3 INTERVIEWERIN: Sarah Gröning, 38 Jahre
4 ORT DES INTERVIEWS: Wohngruppe Waldfrieden, Ibbenbüren
5 DATUM: 18.01.2017 von 16:30 Uhr bis 16:44 Uhr
6 TRANSKRIPT: Wörtliche Transkription
7
8
9 BEGINN DER TRANSKRIPTION
10 I: Hallo Christian, schön, dass ich heute vorbei kommen durfte für das Interview. Ich hatte
11 Dir ja schon am Telefon erzählt worum es geht, wozu wir forschen. Wir forschen ja zu dem
12 Thema: Welche Bedarfe sich ergeben aus sozialpädagogischer Sicht für die zukünftige
13 Betreuung von Menschen mit Doppeldiagnose Down- Syndrom und Demenz. Vorab muss
14 ich Dich kurz fragen ob ich Deinen Namen und das was Du jetzt hier erzählst
15 anonymisieren muss oder ob ich Deinen Namen verwenden darf.
16 Chr.: Du darfst meinen Namen verwenden.
17 I: Das Gespräch wird mitgeschnitten, ich hab gedacht wir gucken mal wie lange es dauert,
18 ich frage gleich die Fragen die wir uns notiert haben, meine Studienkollegin und ich und
19 vielleicht sind wir dann in ca. 15 Minuten fertig.
20 Chr.: Schauen wir mal.
21 I: Schön, vielleicht kannst Du Dich kurz vorstellen und was Deine Rolle hier in der
22 Einrichtung ist.
23 Chr.: Ich bin Christian P., bin Sozialpädagoge, arbeite seit 18 Jahren in dieser Wohngruppe,
24 zwischendurch war ich ein dreiviertel Jahr in einer anderen Wohngruppe, ja jetzt
25 durchgehend seit 18 Jahren in dieser Wohngruppe, ja ich bin 41 Jahre alt.
26 I: Okay, ja danke. Dann fange ich vielleicht schon an mit der ersten Frage. Und zwar geht es
27 konkret um, habe ich ja gerade schon gesagt, um Menschen mit der Doppeldiagnose
28 Down-Syndrom, also sprich Trisomie 21 und Demenz in stationären Einrichtungen. Wie
29 sieht denn die aktuelle Betreuungssituation in Eurer Einrichtung hier aus, im Hinblick auf
30 Menschen mit dieser Diagnose?
31 Chr.: Die werden ganz normal in der Gruppe betreut, wie die anderen Bewohner auch. Also
32 es gibt da nicht spezielle Betreuung für.
33 I: Okay, das heißt also auch keine positiven oder negativen Aspekte die ihr im Moment
34 erlebt, wenn Du sagst die werden ganz normal betreut, werden die Bewohner auch nicht
35 irgendwie gesondert irgendwie begleitet?
36 Chr.: Nein, soweit, solange wie es hier geht in der Wohngruppe, wohnen die hier. Also wir
37 hatten eine Fall, da war es so, dass halt am Ende, war es nicht mehr möglich in der
38 Wohngruppe, diese Bewohnerin hier wohnen zu lassen. Die hat sich entkleidet und aß
39 nicht mehr, trank nicht mehr und dann war es halt so, dass sie nicht mehr hier betreut
40 werden konnte.
41 I: Okay, gibt es speziell jetzt gerade bei Menschen mit dieser Diagnose besondere
42 Angebote die ihr macht, im Alltag?

43 Chr.: Also wir versuchen das so weit wie möglich, das, ich sag mal, das vorherige Leben so
44 weiter zu führen mit zum Beispiel schwimmen gehen oder welche Angeboten vorher
45 gelaufen sind, auch diese so möglichst lange wie es geht beizubehalten. Diesen alltäglichen
46 Rhythmus halt weitermachen.

47 I: Okay, das wäre nämlich dann die nächste Frage: Gibt es bestimmte Methoden mit denen
48 ihr hier in der Einrichtung arbeitet und wenn ja, sind die se Methoden allen Mitarbeitern
49 bekannt?

50 Chr.: Ja es wird ja jetzt mit dem THB gearbeitet, oder angefangen zu arbeiten . Also das
51 entwickelt sich im Moment, also man merkt dass hier etwas gemacht wird, dass auch das
52 immer mehr Menschen mit Down-Syndrom an Demenz leiden hier, das ist in den letzten
53 Jahren hier 5,6 Bewohner und es wird halt im Moment etwas gemacht. THB ist glaube ich
54 so der erste Schritt der jetzt gemacht wird, oder was ins Leben gerufen worden ist.

55 I: Ist die Methode allen Mitarbeitern bekannt oder dann wirklich nur Leuten, die schon so
56 super lange wie Du jetzt zum Beispiel auch wirklich in der Einrichtung tätig sind?

57 Chr.: Es gab diese Fortbildung nur für einen gewissen Kreis.

58 I: Das heißt es haben nicht alle Leute das Wissen um diese Methode?

59 Chr.: Genau , es haben nicht alle Mitarbeiter das bekommen, es war auch noch nicht klar
60 wie es jetzt weitergeht, es war noch bevor das vorgestellt worden ist und diese
61 Preisverleihung da war, war halt vorher die Einführung dazu.

62 I: Okay, gibt es konkrete Situationen, oder wann wird diese Methode eingesetzt? Jetzt
63 einfach irgendwann wenn ein Bewohner hier einzieht, oder wie kann ich mir das
64 vorstellen?

65 Chr.: Im Moment wir es halt bei jedem Bewohner gemacht, egal ob er schon an Demenz
66 leidet oder nicht, aber es soll so sein, dass sobald die hier einziehen. Noch besser wäre es
67 natürlich noch eher, von zuhause etwas zu machen, aber grundsätzlich wenn sie hier
68 einziehen, dass dann auch angewandt wird, deshalb weil es jetzt gerade eingeführt wird ist
69 es halt so, dass alle jetzt...

70 I: Okay, was würdest Du sagen, was eine besondere Herausforderung bei Menschen mit
71 dieser Doppeldiagnose ist?

72 Chr.: Pfff...

73 I: Also in der Betreuung, also Herausforderung im Sinne von, gibt es bestimmtes
74 Herausforderndes Verhalten? Wenn ja, wie geht ihr damit um?

75 Chr.: Ja das ist ganz schwierig, das ist individuell. Jeder ist da unterschiedlich und auch in
76 der Entwicklung in dem der Mensch da steckt, ist es ganz am Anfang von der Demenz,
77 dann ist es halt noch ein recht normales, ja man ist halt ständig am Gucken, beobachten,
78 ganz viel beobachten und ganz viel, ich sag mal an die Handnehmen, so salopp gesagt,
79 einfach mitnehmen und versuchen die Menschen. So arbeiten wir hier zumindest, so sein
80 alltägliches Leben weiterzuführen, halt mit wesentlich mehr Unterstützung aber halt, ich
81 sag mal, so wie es vorher auch war, ohne eine Besonderheit.

82 I: Okay, Du hast ja vorhin schon eine Betreuungssituation beschrieben, erlebt ihr auch
83 Grenzen in der Betreuung?

84 Chr.: Ja, das war zum Beispiel da, als es so war, dass die Bewohnerin hier nur noch nackt
85 rumgelaufen ist, wo wir dann auch so Maleranzüge angezogen haben damit sie sie nicht
86 mehr aufmachen konnte. Wo sie nichts mehr aß und nichts mehr trank, das war so für, wo
87 der Hausarzt dann gesagt hat wir sollten selber Infusion setzen, wo ich gesagt habe, ne

88 mach ich nicht, jetzt ist die Grenze, das können wir nicht leisten, wir sind keine
89 Pflegeeinrichtung, also dementsprechend keine medizinische Pflegeeinrichtung.
90 I: Ist das dann für Dich als pädagogischer Mitarbeiter eine Grenze?
91 Chr.: Ja, Genau. Wenn ich diesen Mensch gar nicht mehr erreiche, und nicht nichts
92 pädagogisches mehr machen kann und überhaupt nicht, also nur noch gucken, nicht dass
93 er mir zum Beispiel in die Ecke macht, oder so. Dann ist irgendwann eine Grenze.
94 I: Okay, das heißt, da wäre die nächste Frage vielleicht auch passend, welche
95 Rahmenbedingungen sind in Deiner Einrichtung denn überhaupt vorhanden und wie
96 empfindest Du diese in Deiner Einrichtung, gerade auf dieses Klientel mit Demenz und
97 Down-Syndrom bezogen?
98 Chr.: Ja, es ist gut, es ist gut solange wie es läuft und alles was darüber hinausgeht ist ja
99 schon mehr medizinische Betreuung die geleistet werden kann. Natürlich fehlt Personal,
100 wie in jeder anderen Einrichtung auch, das ist außer Frage. Klar müsste jetzt gesagt
101 werden, der junge Mann hat Demenz, da müsste vielleicht mal jemand kommen, 1-2-mal
102 die Woche mit dem Bewohner etwas machen.
103 I: Weil das gar nicht vom Personal, wie das jetzt für dieses Gruppe besteht, reicht?
104 Chr.: Genau, er steht häufig da, zum Beispiel hier in der Nähe von den Betreuern und, ja er
105 sucht halt auch die Nähe und die Anleitung und möchte halt auch, geholfen werden, das ist
106 aber halt bei 13 Bewohnern ,wird es schwierig bei zwei Betreuern, dem gerecht zu werden.
107 Und alles Weitere wenn man sich Hilfe sucht oder versucht zu suchen dann wird man ja
108 nur abgewiesen, so dass man, ja also bei der anderen Bewohnerin war es halt so, da haben
109 die mich von Pontius nach Pilatus geschickt. Da war ich in Osnabrück an einem Tag, mit
110 der Mutter in Münster, im Bodelschwingh Krankenhaus hier. Ich habe gesagt, die isst und
111 trinkt nicht mehr. Ja das ist ja noch kein Notfall, dann machen wir das wenn sie nicht mehr
112 ist, jetzt soll sie das ganze Wochenende nichts mehr essen und trinken und dann ist
113 Montag Notfall? Das möchte ich aber schriftlich haben und dann im Krankenhaus hier
114 haben sie der Mutter gesagt: Und was sollen wir jetzt machen? Dann legen wir die unter
115 Narkose und schieben ihr einen Schlauch in den Mund und das war es. Der ganze Tag lief
116 nur so, die Mutter war fix und fertig und man bekam überhaupt keine Hilfe.
117 I: Ich wollte grade fragen, Du als Fachkraft kommst ja dann auch an Grenzen?
118 Chr.: Ja, richtig, das war da so und die Bewohnerin war dabei, wir sind 10 Stunden mit
119 dem Bulli durch die Gegend gefahren.
120 I: Wahnsinn, Ja unvorstellbar. Jetzt eine Wunderfrage oder Wunschfrage. Was würdest Du
121 gerne verändern, oder woran fehlt es derzeit noch?
122 Chr.: Ja für so einen Bewohner wie T. wäre halt gut, er ist ziemlich, ja er hängt ziemlich an
123 Michael K., das ist auch gut so, also das ist für ihn so, er fragt auch wenn er nicht im Dienst
124 ist nach Michael K., und das ist halt so, wäre natürlich schön wenn eine Person ist.
125 I: Eine feste Bezugsperson für diese Bewohner?
126 Chr.: Genau, die besonders viel Zeit für ihn hätte, aber das ist natürlich dann auch wieder
127 so eine Personal Geschichte, ne.
128 I: Das heißt woran fehlt es, mehr Mitarbeiter, oder mehr Stunden für die Bewohner hier in
129 der Gruppe?
130 Chr.: Genau, aber dann muss man ja auch immer sehen das sind, die anderen haben auch
131 ihre Bedürfnisse, das ist auch bei denen fehlt es, insgesamt.

132 I: Okay, das heißt also zusammengefasst, was fehlt für die optimale Betreuung der
133 erwähnten Bewohner?
134 Chr.: Für die optimale Betreuung, ja es fehlt Personal, Stunde und das muss nicht mal
135 Fachpersonal sein. Also es würde ja auch zum Beispiel so was wie ein Zivi oder so gehen,
136 der ihn an die Hand nimmt und einfach mit ihm ein Eis essen geht.
137 I: Also mit dem Bewohner Zeit verbringt?
138 Chr.: Ja, genau, Zeit dauert, dem Menschen halt aber sehr gut tut.
139 I: Okay und was kann schon so bleiben? Wo sind die Bedingungen schon gut?
140 Chr.: Ja ich denke so wie wir ihnen das Leben in der Gruppe so lange wie möglich hier
141 ermöglichen ist halt schon gut, perfekt. Gibt nichts schlimmeres, als wenn jetzt so eine
142 Person noch aus dem Lebensumfeld raus gerissen wird, weil sie Demenz bekommt. Und
143 wie gesagt, der Ansatz mit dem THB ist ja auch gut, da muss man mal sehen wie man das
144 nachher einsetzt. Bei ihm ist es jetzt ein bisschen zu spät weil er schon demenziell ist, aber
145 ich denke das ist gut.
146 I: Okay, dann habe ich noch die Frage, was verstehst Du unter Multiprofessioneller
147 Zusammenarbeit und welche Möglichkeiten sind euch oder Dir bekannt und welche
148 werden schon benutzt?
149 Chr.: Ja, der Doktor Tümmers, der Neurologe, Psychologe, mit dem sind wir in Kontakt, ist
150 natürlich auch immer so eine Geschichte. Klar sind wir mit ihm Kontakt und wollen, wäre
151 halt schön wenn man noch mehr Kontakt hat, aber so viel Zeit hat man nicht, beim Arzt zu
152 verbringen, bei ihm die Wartezeiten sind alleine 4 Stunden. Das ist 3-4 Stunden.
153 I: Das ist auch wieder der Zeitfaktor?!154 Chr.: Und das ist, also er hat jetzt bei unseren Bewohnern einen Hausbesuch gemacht,
155 aber das macht er halt auch nicht immer, ja.
156 I: Und was würdest Du sagen, was wird benötigt für eine gute Multiprofessionelle
157 Zusammenarbeit? Dass das alles gut vernetzt ist und läuft?
158 Chr.: Da kann ich, da hab ich jetzt nicht die Antwort für
159 I: Okay, macht ja nichts. Ist denn dir als Mitarbeiter auch, das Diagnostikverfahren bekannt
160 oder weißt du, wenn jemand Wesensveränderungen hat, die auftreten, also mögliche
161 demenzielle Veränderungen, an wen Du Dich dann wenden musst?
162 Chr.: Hier in der Einrichtung oder außerhalb?
163 I: Genau, hier in der Einrichtung bzw. dann auch außerhalb?
164 Chr.: Also hier in der Einrichtung den normalen Dienstweg, es ist eigentlich eher, dass wir
165 es im Team regeln, das läuft eigentlich weniger darüber ab. Dafür tragen wir dann im Team
166 vor, wenn es dann größere Probleme gibt, dann geht das weiter. Klar sagen wir das, dass er
167 Demenz hat und dann halt dem Arzt und mit unserem Team.
168 I: Okay, gibt es sonst noch etwas was, was Dir zu diesem Thema einfällt in dem
169 Zusammenhang, was Dir besonders wichtig ist oder was Du Dir wünschen würdest? Oder
170 überhaupt was so noch unter den Nägeln brennt?
171 Chr.: Nein
172 I: Okay; wunderbar, dann danke ich ganz herzlich für die vielen Antworten und sage Auf
173 Wiedersehen.
174 ENDE DER TRANSKRIPTION

Anlage VI. Experteninterview Herr K.

1 THEMA: Experteninterview

2 BEFRAGTER: Michael K., (Herr K.) , 44 Jahre, Sozialpädagoge

3 INTERVIEWERIN: Sarah Gröning, 38 Jahre

4 ORT DES INTERVIEWS: Wohngruppe Waldfrieden, Ibbenbüren

5 DATUM: 18.01.2017 von 16:00 Uhr bis 16:25 Uhr

6 TRANSKRIPT: Wörtliche Transkription

7

8

9 BEGINN DER TRANSKRIPTION

10 I: Hallo. Schön, dass ich heute zum Interview kommen darf. Ich hatte ja angerufen und

11 erzählt worum es geht. Ich erforsche zusammen mit meiner Studienkollegin: Welche

12 Bedarfe ergeben sich, aus sozialpädagogischer Sicht, für die zukünftige Betreuung für

13 Menschen mit der Doppeldiagnose Demenz und Down Syndrom? Diesbezüglich bin ich

14 heute hier. Ich bin Sarah Gröning, Erzieherin und studiere jetzt im letzten Jahr

15 Sozialpädagogik an der Saxion in Enschede und vielleicht stellen sie sich mal kurz vor?

16 Herr K.: Ja, ich bin Michael K.. Ich arbeite hier im Gruppendienst, bin Sozialpädagoge und

17 44 Jahre alt.

18 I: Wie viele Leute leben hier denn?

19 Herr K.: Hier in der Gruppe leben 13 Bewohner.

20 I: Okay, ja. Können sie vielleicht mal ein kurzes Statement zu der allgemeinen Thematik

21 abgeben? Ich hatte ja gesagt, Down Syndrom - Demenz.

22 Herr K.: Ja, kann ich machen. Also wir haben schon ein bisschen Erfahrung mit Demenz hier

23 in der Gruppe. Speziell auch im Zusammenhang mit Down Syndrom. Wir hatten schon

24 einmal eine Bewohnerin mit Down Syndrom hier, die eine Demenz entwickelt hat. Das war

25 - ja - ist schon einige Jahre her. Das hat sich dann letztendlich relativ dramatisch gestaltet.

26 Zu Anfang natürlich nicht, aber wie das dann halt so ist, mit den Jahren wurde das dann

27 zunehmend schlechter und letztendlich wurde das dann so, dass die hier auch nicht mehr

28 bleiben konnte. Also wir konnten das dann ach wirklich nicht mehr leisten. Der

29 pflegerische Aufwand wurde dann zunehmend größer und auch die räumlichen

30 Gegebenheiten. Das klappte hier nicht mehr. Allein schon mit den Treppen. Die

31 Bewohnerin hatte dann auch hier im Haus ihr Zimmer oben und sie war dann gar nicht

32 mehr orientiert. Wir hatten dann Sorge, dass sie dann auch die Treppe einfach runter fällt

33 und wenn man dann zu zweit im Dienst ist, und hat noch 12 andere Bewohner, und muss

34 sich dann noch um so eine Frau kümmern, die dann wirklich völlig verwirrt ist und gar nicht

35 mehr weiß was sie macht. Ja, dann war dann wirklich überhaupt nicht schön, so dass wir

36 dann wirklich sagen mussten, die kann hier nicht mehr bleiben, weil wir einfach nicht mehr

37 die Voraussetzungen hatten.

38 I: Das ist schon spannend, dass sie das hier so sagen. Da kommen wir gleich noch drauf.

39 Also ich fange dann vielleicht auch direkt mal mit den Fragen an, die ich mir so

40 aufgeschrieben habe. Wie sieht denn die derzeitige Betreuungssituation hier in ihrer

41 Einrichtung aus? Und welche positiven und negativen Aspekte ergeben sich?

42 Herr K.: Puh, ja, schwierig. Aktuell haben wir hier einen Bewohner. Down Syndrom , 51

43 Jahre alt. Da war letzte Woche sogar noch der Arzt hier, der uns dann quasi die Diagnose

44 mitgeteilt hat. Wir hatten das vorher schon vermutet, dass es in die Richtung geht und der
45 hat uns das jetzt quasi bestätigt.

46 I: Finden für diesen Bewohner schon gezielte Angebote statt? Jetzt wo sie das wissen, dass
47 er diese Diagnose hat?

48 Herr K.: Also gezielte Angebote, das kann man so noch nicht sagen. Also was wir jetzt erst
49 mal machen, speziell heute auch gemacht haben, dass wir jetzt erst einmal diesen
50 Fragebogen ausgefüllt habe. Wir arbeiten ja jetzt mit dieser - wie heißt das nochmal -
51 Tecklenburger Biografiemethode. So dass wir uns da zusammen hingesetzt haben mit dem
52 Bewohner und den Koffer geöffnet haben quasi und diesen Fragebogen ausgefüllt haben.
53 Mit dem Bewohner zusammen und dann geguckt haben, was er so für Vorlieben hat zum
54 Beispiel.

55 I: Da werden dann bestimmte Sachen abgefragt?

56 Herr K.: Ja, genau. Da geht es ja einfach um die ganzen Sinne. Gerüche, was er gerne mag.

57 I: Okay. Das heißt, das ist jetzt eine Methode die eingesetzt wird, um erst einmal eine
58 Bestandsaufnahme zu machen im Fall einer demenziellen Entwicklung?

59 Herr K.: Richtig. Ganz genau. So dass man für später dann irgendetwas in der Hand hat.
60 Also wenn man ihn halt nicht mehr befragen kann. Das man dann auch Sachen
61 zurückgreifen kann.

62 I: Ist diese Methode denn eine Methode, die allen Mitarbeitern bekannt ist? Und wenden
63 die auch alle an?

64 Herr K.: Also das ist für uns jetzt noch ganz, ganz neu. Das ist totales Neuland. Den Koffer
65 haben wir jetzt eine Woche hie. Das ist uns natürlich vorgestellt worden vom Chef. Wir
66 müssen uns da jetzt ein bisschen rein arbeiten. Wobei das Prinzip ein bisschen selbst
67 erklärend ist. Man guckt sich das an, der Fragebogen ist auch selbst erklärend. Man setzt
68 sich da hin mit dem Bewohner und geht das dann durch. Geht die Fragen durch. Das ist im
69 Prinzip ja nicht besonders schwierig.

70 I: Das heißt aber, mit dieser Tecklenburger Biografiemethode, das ist also wirklich eine
71 neue Methode? Die also jetzt erst in den Kinderschuhen ist und sozusagen eingeführt wird.

72 Herr K.: Richtig.

73 I: Gibt es denn andere Methoden, die gerade speziell auch bei den Menschen mit der
74 Doppeldiagnose Demenz und Down Syndrom angewendet werden?

75 Herr K.: Also was wir jetzt so machen ist, dass wir auch sehr sehr eng mit der Werkstatt
76 zusammen arbeiten. Also ich hole jetzt etwas weiter aus. Denen ist das eigentlich auch
77 zuerst aufgefallen, dass der Bewohner - jetzt mal etwas platt gesagt - das der abbaut. Das
78 die Stimmung sich sehr verschlechtert hat. Dass er seine Arbeit nicht mehr so gut
79 verrichtet wie sonst. Das seine Leistungsfähigkeit also abnimmt. Dann haben wir auch noch
80 so ein bisschen drauf geachtet, und in den letzten paar Monaten ist uns das auch sehr
81 stark aufgefallen, dass er so schrittweise abbaut. So bei den ganz alltäglichen Geschichten
82 die er sonst so gemacht hat. Den Müll raus bringen und die Spülmaschine ausräumen. Das
83 viele Sachen einfach nicht mehr so gut funktionieren. Also er war vorher total fit und hat
84 viele Sachen einfach so gemacht, wo man dachte das kann er aber gut. Das klappt jetzt
85 alles nicht mehr so gut.

86 I: Ja, was würden sie da jetzt als besondere Herausforderung, gerade bei diesen
87 Bewohnern, sehen?

88 Herr K.: Für mich war das erst einmal total wichtig, das zu erkennen. Was da los ist
89 irgendwie. Und dann ganz viel Geduld zu entwickeln. Also das erst einmal zu verstehen.
90 Man braucht einfach unglaublich viel Geduld. Speziell mit unserem Bewohner, finde ich.
91 Man muss ihm auch ganz viel Zeit geben. Und das ist so ein bisschen schwierig manchmal,
92 weil das hier eine große Gruppe ist. 13 Bewohner. Und was er eigentlich braucht, wo man
93 merkt, so wie heute. Da hat er einen Urlaubstag. Hier sind nur 3 Bewohner da, was ihm
94 wirklich gut tut ist Ruhe. Also das wuselige sonst hier mit 13 Bewohnern, oder auch wenn
95 er zur Werkstatt fährt. Oder auch auf der Arbeit, da sind auch viele andere. Seine ganzen
96 Arbeitskollegen. Das tut ihm zunehmen nicht mehr so gut glaube ich. Das kann er nicht so
97 gut haben. Wenn er hier so seine Ruhe hat, das tut ihm wirklich gut. Da muss man jetzt
98 mal gucken, wie man das in der Zukunft für ihn so positiv gestaltet. Ja, so richtig ein
99 Konzept haben wir da noch nicht. Ihn da jetzt nur zu Hause lassen funktioniert da jetzt
100 auch nicht. Da müssen wir uns das jetzt gut überlegen, wie wir das in Zukunft gestalten.
101 Das wäre vielleicht mal eine Idee. Ob er häufiger mal so einen Tag zu Hause bleibt. Oder
102 vielleicht 1 bis 2 Tage in der Woche. Oder verkürzte Arbeitszeiten. Oder wie auch immer.
103 Die in der Werkstatt überleben auch schon. Ob er da vielleicht die Gruppe wechselt, dass
104 er da auch ein bisschen mehr Ruhe hat. Ruhe ist wirklich ein großes Thema. Das merkt man
105 wirklich, dass er genervt ist.

106 I: Okay, interessant. Erleben sie denn in der Betreuung Grenzen? Grundsätzlich? Also mit
107 diesem Bewohner ja jetzt noch nicht, aber könnten sie sagen wo sie Grenzen erleben? Also
108 räumlich oder auch wohnlich gesehen?

109 Herr K.: Ja, wenn die sich nicht mehr orientieren können.

110 I: Und sie sind ja keine geschlossene Einrichtung? Wenn Weglauf-Tendenzen entstehen.

111 Herr K.: Ja. Das ist wirklich ein Problem. Bei der anderen Bewohnerin. Ich kann mal kurz
112 erzählen wie das damals so war. Also sie war weder zeitlich noch örtlich orientiert. Die war
113 völlig verwirrt. Die wusste gar nicht mehr was sie macht. Sie stand nachts nackt oben im
114 Flur. Also sie hat sich nur noch ausgezogen und hier ist ja nachts keiner. Also es gibt ja die
115 Nachtwache die hier guckt, aber es ist keiner präsent. Das ist ja total gefährlich wenn sie
116 dann hier die Treppe runter purzelt. Das funktioniert dann halt hier nicht.

117 I: Das wäre dann halt die nächste Frage. Welche Rahmenbedingungen in ihrer Einrichtung
118 vorhanden sind und wie sie die aktuell empfinden?

119 Herr K.: Das ist dann halt etwas schwierig. Wenn man so guckt, wo die Reise so hin geht
120 vielleicht. Wenn man sich so überlegt, dass die Leute dann eventuell hier raus müssen,
121 wenn das nicht mehr geht. Wenn das der nächste Schritt ist. Das ist dann ja schon etwas
122 frustrierend. Weil das ja eigentlich eher so das Gegenteil von dem ist, was man so möchte,
123 beziehungsweise was so angesagt ist. Eigentlich möchte man ja das erhalten, das ist ja ganz
124 wichtig denke ich mal für die Leute, die so eine Demenz haben. Die müssen ja eigentlich so
125 in ihrem vertrauten Umfeld bleiben. Und wenn die dann so aus ihrem gewohnten Umfeld
126 rausgerissen werden und dann einfach so in eine neue Umgebung kommen, das ist dann ja
127 total kontraproduktiv. Negativ ist das.

128 I: Okay. Was würden Sie denn gerne verändern wenn sie könnten? Woran fehlt es derzeit?

129 Herr K.: Ja, also den Fall hatten wir jetzt in einer anderen Gruppe, dass eine Bewohnerin da
130 raus muss. Ja, da fehlt es dann ja auch an Konzepten. Dann fehlt auch noch das Personal.
131 Da müsste man sich ja schon vorher überlegen, was dann passiert mit solchen Leuten.

132 I: Ja, weil es ist ja etwas, was auf alle Einrichtungen zu kommt und ja auch immer mehr
133 werden wird. Da es ja jetzt auch die erste Generation ist nach der NS Zeit, die in
134 Einrichtungen alt wird. Also auch die große Frage, was braucht es dafür?
135 Herr K.: Ja.
136 I: Also höre ich raus, aktuell ist die Situation in der Behindertenhilfe, im stationären
137 Wohnen, noch nicht so ausgereift, dass es möglich wäre, die Bewohner bis zum Ende zu
138 betreuen. Also wenn eine demenzielle Entwicklung entsteht?
139 Herr K.: Ja, offensichtlich nicht.
140 I: Ein Kollege erzählte, dass ein Bewohner ins Seniorenheim musste. Dann frage ich mich,
141 im Altenheim gibt es keine Heilerziehungspfleger, Heilpädagogen. Die sind ja auch nicht
142 ausgebildet. Auf die Pflege gesehen vielleicht ja. Aber doch nicht im Alltag, um diese
143 Menschen entsprechend zu begleiten oder?
144 Herr K.: Ja, also das ist ja ganz klar nicht das Ziel, wo man hin will irgendwie. Es wäre dann
145 halt schon schön, wenn die Leute dann halt auch hier bleiben könnten. Also bei der letzten
146 Bewohnerin, da ist man dann ein Stück weit auch einfach hilflos. Man steht hier und weiß
147 auch gar nicht wohin jetzt. Ja, dann waren wir auch mit ihr in Lengerich im LKH und dann
148 schicken die einen wieder zurück. Man weiß irgendwie gar nicht wie man es machen soll.
149 Dann hat man natürlich auch noch den Kontakt mit den Angehörigen. Wenn man denen
150 dann erklären soll, dass sie dann hier raus muss, dann kommen natürlich auch die
151 Rückmeldungen, dass sie ja auch schon seit 25 Jahren hier war. Und jetzt muss die raus
152 weil es nicht mehr geht? Dann ist da schon Unverständnis. Und natürlich auch frustrierend.
153 I: Also zusammenfassend, was fehlt dann für eine optimale Betreuung?
154 Herr K.: Ja, was ich gerade schon gesagt habe. Es fehlt ein Konzept. Es gibt ja keine
155 Ganztagsbetreuung hier. Das ist ja alles darauf ausgerichtet, dass die tagsüber wo anders
156 betreut werden. Also sprich in der Werkstatt oder wir haben hier auch Rentner, aber die
157 fahren tagsüber in die Seniorenbetreuung.
158 I: Ja und die Tecklenburger Biografiemethode ist ja dazu da, um Infos zu sichern, was die
159 Person an Kleidung etc. mag. Was für Stoffe findet sie toll, was mag sie für eine Marmelade
160 auf dem Brot. Aber das ist es ja nicht alleine, oder?
161 Herr K.: Ja, das stimmt. Das ist noch nicht so zu Ende gedacht.
162 I: Dann habe ich noch die tolle Frage, was kann denn schon so bleiben in ihrer Einrichtung?
163 Kann schon was so bleiben? Gerade bezogen auf das Personal, was die Qualifikation
164 betrifft?
165 Herr K.: Puh, also das ist gerade jetzt, wenn ich das auf diesen speziellen Fall beziehe.
166 Manchmal sind wir auch zu 3 im Dienst, dann ist es vielleicht nochmal was anderes. Aber
167 wenn man hier zu 2 ist, das ist dann echt schon knapp. Dann ist das außerdem noch so,
168 dass man nicht immer nur mit Fachkräften im Dienst ist. Das ist natürlich auch der Fall.
169 I: Ist ihnen als Experte denn bekannt, wie die Diagnostik aussieht und wenn ja, wer macht
170 die bei ihnen? Gibt es explizite, für Menschen mit Down Syndrom bestimmte Diagnostik?
171 Wissen Sie das?
172 Herr K.: Diagnostik müsste ja eigentlich stattfinden im Krankenhaus, MRT oder so etwas.
173 Wenigstens das man erst einmal ein Blutbild macht. Eigentlich müsste auch ein EEG
174 gemacht werden. Ist dann aber auch in meinem speziellen Fall mit dem Bewohner
175 schwierig. Wir wollten jetzt eigentlich auch zu einem Arzt hin, aber er geht eigentlich auch
176 gar nicht mehr raus. Also er geht wohl noch raus, also zu seinem Hausarzt, weil das noch

177 vertraute Umgebung ist. Aber ich wollte jetzt mit ihm zu dem Neurologen, aber erst einmal
178 sind da Treppen. Er steigt die Treppen nicht hoch und er wollte auch gar nicht in das
179 fremde Haus rein. Dann würde er zum Beispiel auch nicht in ein Krankenhaus rein gehen.
180 Zumindest nicht, ohne dass man ihn vorher sedieren würde.
181 I: Das ist dann ja schon eine spezielle Herausforderung?
182 Herr K.: Ja, total. Deswegen. Diagnostik ist jetzt einfach nur, dass man dem Arzt quasi die
183 Verhaltensweisen beschreibt. Im Prinzip ist es eine Diagnose auf Verdacht. Dann ist das
184 natürlich auch alles etwas schwammig. Das ist uns auch klar. Also vieles spricht dafür, aber
185 es ist auf Verdacht.
186 I: Ja, dann haben wir noch die Frage, was verstehen sie unter multiprofessioneller
187 Zusammenarbeit? Und welche Möglichkeiten sind ihnen bekannt, und welche nutzen sie?
188 Herr K.: Puh, schwierige Frage. Also das, was wir eh schon machen denke ich mal.
189 Zusammenarbeit mit den Ärzten, klar. Viel mehr kann ich da jetzt auch gar nicht zu sagen.
190 I: Würden sie denn sagen als Mitarbeiter, der jetzt auch schon so lange in dieser
191 Einrichtung ist, dass sie schon noch von anderen Netzwerken wissen müssten? Oder von
192 anderen Institutionen, an denen sie sich wenden könnten? Gerade wenn so Auffälligkeiten
193 durch eine demenzielle Entwicklung entstehen? Fehlt es da an Wissen? Im Falle von, da
194 könnte ich dann anrufen?
195 Herr K.: Puh. Da habe ich jetzt noch gar nicht so drüber nachgedacht. Aber das Gefühl
196 habe ich jetzt gerade nicht. Da fühlen wir uns eigentlich schon gut beraten. Also mit der
197 Zusammenarbeit mit dem Neurologen. Da haben wir jetzt schon unseren Ansprechpartner.
198 Da hab ich jetzt nicht so das Gefühl, dass es da an irgendetwas fehlt.
199 I: Würden sie denn sagen, in ihrer Ausbildung, oder auch in den Ausbildungen von den
200 anderen Mitarbeitern, ist gerade dieses Krankheitsbild genügend berücksichtigt? Also dass
201 das Wissen dazu da ist?
202 Herr K.: Hmm, okay. Da muss ich jetzt überlegen.
203 I: Also ihnen als Sozialpädagoge sind doch wahrscheinlich diese Krankheitsbilder bekannt,
204 oder?
205 Herr K.: Ja, das ist richtig. Also für mich finde ich das jetzt nicht so schwierig. Ja, weil es
206 auch aus der Vergangenheit bekannt ist Weil wir auch in der Vergangenheit Fälle davon
207 hatten. Ja, vielleicht schwierig für die Kollegen die jetzt hier sind. Die auch hier arbeiten
208 ohne Ausbildung. Also so Quereinsteiger.
209 I: Dann höre ich auch jetzt eher so raus, das Konzept und die Rahmenbedingungen in der
210 Einrichtung andere sein müssten, als dass sie nicht gut ausgebildet sind?
211 Herr K.: Ja, gut. So kann man es natürlich interpretieren. Wobei das natürlich teilweise
212 auch vorgegeben ist vom Landschaftsverband. Also wie die Stellen hier besetzt sind. Ja, es
213 ist so wie es ist.
214 I: Gibt es denn sonst noch was, was ihnen konkret zu diesem Thema einfällt? Irgendetwas,
215 was sie noch gerne loswerden würden?
216 Herr K.: Ne, das wäre es auch denke ich.
217 I: Ja, schön. Dann bedanke ich mich für ihre Zeit und werde die Antworten dann mal
218 mitnehmen und entsprechend auswerten für unsere Bachelorarbeit. Vielen Dank.
219 Herr K.: Okay. Gerne
220 ENDE DER TRANSKRIPTION

Anlage VII. Experteninterview Frau T.

1 THEMA: Experteninterview
2 BEFRAGTE: Elisabeth T. (Frau T.), 53 Jahre, Sozialpädagogin
3 INTERVIEWERIN: Jule Rudolph (I), 31 Jahre
4 ORT DES INTERVIEWS: Franz-Wolters-Haus in Neuenkirchen
5 DATUM/ZEIT: 20.12.2016 von 14:10 bis 14:35 Uhr
6 TRANSKRIPT: Wörtliche Transkription

7
8

9 BEGINN DER TRANSKRIPTION

10 I: Ich stelle dir jetzt verschiedene Fragen. Wir kennen uns ja bereits und du bist über
11 meine Bachelorthesis gut im Bilde, so dass ich mich nicht weiter vorstelle. Unsere
12 Forschungsfrage lautet: „Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht, für
13 die zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und
14 Demenz in stationären Einrichtungen?“. Die Rahmenbedingungen habe ich dir schon
15 erläutert, ich stelle dir jetzt mehrere Fragen des Interviewleitfadens. Wie die Betreuung im
16 Franz-Wolters-Haus stattfindet und gelebt wird. Okay soweit, soll ich einfach mal los
17 legen?

18 Frau T.: Ja.

19 I: Wie sieht die derzeitige Betreuungssituation in unserer Einrichtung aus? Im Hinblick auf
20 Menschen mit Down-Syndrom und Demenz?

21 Frau T.: Also wir begleiten die Menschen ja nach ihren Wünschen auch und nach ihren
22 Kompetenzen, die Kompetenzen die da sind und dass vor allen Dingen beobachtet wird,
23 wie verändern sich die Kompetenzen. Durch Demenz verändern sich ja auch Kompetenzen
24 und auch die Wahrnehmung, die die Personen selber haben. Die nehmen ihre Umwelt
25 anders wahr, können sich vielleicht nicht mehr so orientieren. Es gibt verschiedene
26 Demenzformen, dass sie sich vielleicht räumlich nicht orientieren oder zeitlich nicht
27 orientieren oder Beziehungen nicht mehr wahrnehmen können, leben können, Personen
28 nicht mehr erkennen. Aber das geht ja alles schleichend und wenn die Menschen hier
29 leben, leben sie ja schon länger hier. Es ist eine vertraute Umgebung, die wichtig ist. Und
30 Rituale, die beibehalten werden.

31 Du hast mir letztens geschildert von F., der dich mehrfach nachfragt oder dir
32 hinterherläuft. Vielleicht ist das so ein schleichender Beginn, vielleicht. Man weiß das nicht
33 genau.

34 I: Was macht es so schwer?

35 Frau T.: Ja bei Menschen mit Down-Syndrom kommt die geistige Behinderung mit dazu.
36 Aber im Vorrang steht die ja dann eigentlich nicht. Weil damit leben die ja dann schon so
37 lange. Die haben ja ihre Lebenserfahrung, die sind als erwachsene Menschen voll auf ihrer
38 geistigen Höhe, wenn man das so bezeichnen darf. Sie haben ihre Struktur und wenn man
39 die so lange wie möglich beibehält, dann vermittelt man denen immer noch ein Stück an
40 Sicherheit. Und das finde ich das Wichtigste, was man versucht beizubehalten. Sicherheit.
41 Und eine Annahme auch. Eine Annahme auch, auch in ihrem- ja- wenn sie etwas
42 vergessen, wenn sie immer wieder etwas fragen oder immer wieder etwas erzählen. Das
43 ist ja bei Menschen die geistig fit sind auch. Die erzählen die gleichen Geschichten zehn

44 Mal hinter einander haben dann aber vergessen, dass sie sie eben schon mal erzählt
45 haben.

46 Aber die leben dann so in ihrer Welt.

47 I: Wie sehen da dann die sozialpädagogischen Mittel aus?

48 Frau T.: Über die Kommunikation. Wir machen es ja dann z.B. so, dass wir denjenigen nicht
49 darauf hinweisen, dass hast du mir jetzt aber schon zehn Mal erzählt. Sondern es so lassen
50 wie es ist. Immer wieder erzählen lassen und immer wieder einfach so annehmen, dass
51 man das akzeptiert, was sie erzählen. Beobachtet vor allen Dingen, einfach beobachtet und
52 wirklich merkt, okay, da ist ein langsamer Ablauf.

53 I: Welche positiven wie auch negativen Aspekte ergeben sich aus der Betreuungssituation?

54 Frau T.: Ja z.B. negativ: Wenn jemand immer wieder erzählt, dass man dann schon leicht
55 genervt sein kann. So dass man denkt „Ja das hast du mir schon hunderttausend Mal
56 erzählt“, „Oh jetzt sagt er das schon wieder“, oder „Das hab ich ihm doch eben schon
57 gesagt, wo das Klo ist und jetzt ist er trotzdem wieder ins Wohnzimmer gegangen“. Wo
58 man dann denkt „Ist das bewusst, provoziert er uns?“ Das man etwas fehl interpretiert,
59 aufgrund der Demenz derjenige wirklich nicht mehr leisten kann. Dann muss man wirklich
60 vorsichtig sein, bevor man dann irgendwie sagt „Boah, der provoziert mich jetzt ständig,
61 oder die.“ Man kommt vermutlich leichter an die eigenen Grenzen. Das kann auch immer
62 passieren. Und vor Allem, wenn man denkt, wenn man den Menschen schon so lange
63 kennt „Meine Güte, wie kommt das? Das kann der.“ Ich glaube, dass wir da auch für das
64 Personal im Bereich Gesundheitsfürsorge noch mal anders sorgen müssten. Die Aufgaben
65 und Inhalte und damit auch die Anforderungen an die Mitarbeiter haben sich dadurch ja
66 auch geändert. Ich denke, dass man in mancher Phase ein stärkeres Nervenkostüm haben
67 muss. Oder Möglichkeiten, mit anderen zu sprechen, so was wie kollegiale Beratung.
68 Entspannung wäre dann natürlich auch toll. Vielleicht gibt es ja mal Angebote seitens des
69 Trägers!?

70 I: Es gibt ja Einrichtungen für ältere Menschen mit Demenz. Aber Menschen mit
71 Behinderung und Demenz, die leben hier so weiter, das ist doch ein großer Unterschied?
72 Welche positiven wie auch negativen Aspekte siehst du daraus?

73 Frau T.: Ja, das merkt man ja schon in der Altersstruktur hier. Der älteste ist 75 und der
74 jüngste 22. Also wer hier einmal wohnt, der darf hier wohnen bleiben. Da wird jetzt nicht
75 geguckt, ob es irgendwo ein Altenwohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung. Gibt
76 es ja auch in dem Sinne noch nicht. Und das wichtige ist ja auch, dass sie das wirklich
77 dürfen. Das ist schon was vertrautes, was wichtig ist. Und dass das bleiben kann. Das ist
78 sehr positiv. So lange das so aufrechterhalten werden kann. Muss man halt gucken, wir
79 haben keine Tagesstruktur hier im Haus. Nur Notfall mäßig. Aber die Notfälle nehmen
80 rasant zu oder in der Häufigkeit. Drei Bewohner gehen ja von hier aus schon in die
81 Tagesbetreuung in Rheine. Und 2-3 habe ich noch im Kopf, bei denen das zukünftig
82 vermutlich auch so sein wird. Ich könnte mir aber trotz der wichtigen Beständigkeit von
83 Gewohntem, eine Gruppe nur für Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz
84 vorstellen. Diese müsste dann z.B. im selben Haus bleiben. Somit sind ja Umgebung und
85 Mitarbeiter weiterhin bekannt. Und natürlich noch vieles weitere. Ich denke, dass das für
86 die Bewohner sehr hilfreich wäre. Das Personal ist speziell geschult und kennt sich mit
87 ihnen aus, was sie brauchen oder wie man mit einigen Symptomen umgeht, also handelt.
88 Das gibt dann auf beiderlei Seiten Sicherheit.

89 I: Entstehen dadurch negative Punkte?
90 Frau T.: Ja, unsere Bewohner werden älter und häufiger krank. Sie schaffen es teilweise
91 nicht mehr, von 8-17 Uhr arbeiten zu gehen. Wenn wir da eine Arbeitszeitverkürzung
92 beantragen, so dass sie später arbeiten müssen, bekommen wir dadurch nicht mehr
93 Personal. Das können wir so personell gar nicht auffangen, eigentlich. Nicht mit der
94 Struktur wie es hier im Moment so ist. Ich wüsste nicht wie. Wir
95 I: Ja, das sind dann wieder die negativen Aspekte. Also zu gucken, wie kriegt man das mit
96 der Zeit hin, mit der Struktur.
97 Frau T.: Ja, wie kann man das wandeln? Wie kann man das konzeptmäßig auch verändern?
98 Ich meine da gibt's ja auch Änderungen im JMh, nur nicht hier im Haus.
99 Ja sowas ist immer im Wandel. Das muss man abwarten. Vielleicht klappt irgendwann was
100 anderes oder funktioniert irgendwie anders. Oder mit einem Tagesangebot hier in
101 Neuenkirchen, das wäre Vorteilhaft. So lange die da jetzt noch in der Lage sind, nach
102 Rheine zu fahren, sowie M. und E., die können da jetzt noch hinfahren. Aber wie lange
103 noch? Der körperliche Abbau ist ja auch zu beachten, so was ist auch anstrengend.
104 I: Ich gehe über zur nächsten Frage. Mit welchen sozialpädagogischen Methoden arbeiten
105 wir innerhalb der Einrichtung?
106 Frau T.: Zunächst die Grundannahme der Menschen. Sie nehmen wie sie sind.
107 Strukturhilfen anbieten, klare Strukturen vorgeben. Ihnen damit Sicherheit vermitteln und
108 bieten.
109 Außerdem Hilfe zur Selbsthilfe. Wir können nicht von den Bewohnern verlangen, dass sie
110 uns entsprechen, wie wir es gerne hätten. Sie haben ein Recht auf Selbstverwirklichung.
111 Beispielsweise ihre Zimmer nach ihren Vorstellungen einzurichten, auch wenn wir uns
112 selber in einem Zimmer mit vielen Clowns nicht wohl fühlen würden. Sie haben ein Recht
113 auf Selbstbestimmung. Zum Beispiel darauf sich nach ihren Wünschen zu kleiden, zu essen
114 was sie möchten, auch wenn man manchmal es selber als unangemessen empfindet.
115 Natürlich übernehmen wir eine gewisse Fürsorge und übernehmen stellvertretend manche
116 Entscheidungen und begrenzen sie. Aber wir dürfen es nur in einem begrenzten Rahmen
117 tun. Dann wenn erkennbar ist, dass der Bewohner/die Bewohnerin sich selber oder andere
118 schadet. Dann entscheiden wir, aber sonst dürfen die Bewohner/innen in ihrem
119 Entscheidungsrecht nicht eingeschränkt werden.
120 I: Momentan geht ja der Trend dahin, dass weniger Fachkräfte in Einrichtungen wie
121 unserer arbeiten. Wie siehst du das?
122 Frau T.: Da kann ich ein Beispiel erzählen von einer älteren Dame, die mit sechzig in die
123 Einrichtung kam. Sie hatte noch einiges an Geld und es sollte ein Bekleidungsinkauf
124 erfolgen. Es wurden schicke Kostüme und Kleidungsstücke gekauft und schnell stellte sie
125 raus, dass es Geldrausschmeißerei war. Es entsprach nicht ihrer Persönlichkeit. Sie wollte
126 Jeans und Kapuzenpullover. In Gesprächen wurde deutlich, dass der Kleidungsstil nicht
127 dem ästhetischen Anspruch der Betreuerinnen entsprach. Aber sie fand es schön und
128 fühlte sich damit wohl. Wichtig ist es, den Personen Wertschätzung entgegen zu bringen
129 und ihnen die Aspekte zu lassen, mit denen sie sich wohl fühlen.
130 Viele Nichtfachkräfte hoffen oder wünschen sich mit ähnlichen Handlungen, den
131 Bewohner/innen eine Freude machen zu können und vielleicht ihre Wahrnehmung auf ihre
132 Außendarstellung zu verändern, doch damit nimmt man ihnen einen Teil ihrer
133 Persönlichkeit. Das ist ein großer Bereich welcher vielen Mitarbeitern in der

134 Behindertenhilfe intensiv vermittelt werden muss. Akzeptanz jedes Individuums, auch
135 wenn dieser/ diese nicht der Norm entsprechen. Ich denke, dass es manchen
136 Nichtfachkräften an pädagogischen Mitteln mangelt. Ich sag mal so, verpflichtende
137 Fortbildungen fände ich für sie schon vorteilhaft, um pädagogische Methoden oder
138 Verständnis zu vermitteln.

139 I: Gibt es noch weitere sozialpädagogische Mittel, die du nutzt?

140 Frau T.: Innerhalb einer Teamsitzung kam eine Fachkraft des pädagogischen Fachdienstes
141 zu uns, welche uns ein paar Basics mitgab. Besonders für Mitarbeiter, die noch nicht so
142 lange da sind, noch nicht so viel Berufserfahrung haben. Beispielsweise nicht auf Fehler,
143 wie beispielsweise die Nennung eines falschen Namens, hinweisen. Es einfach stehen
144 lassen, da manche Verhaltensweisen, Gedanken, Formulierungen durch die Behinderung
145 begünstigt sind und mit dem Hinweisen auf derartige Fehler die Behinderung und somit
146 auch der Mensch mit Behinderung kritisiert werden.

147 I: Was würdest du als Herausforderung beim Menschen mit Down-Syndrom und Demenz
148 sehen?

149 Frau T.: Als eine Herausforderung sehe ich beispielsweise Regeln und Strukturen innerhalb
150 der Einrichtung die Bewohner/innen diese nicht mehr einhalten können.

151 Außerdem haben sich die Bewohner/innen die Gesellschaft in der sie leben nicht frei
152 gewählt. Sie wachsen hier zwar oft gut zusammen, aber so wie andere Menschen ihre
153 Partner selbst auswählen, haben sie sich ihre Zimmernachbarn nicht aussuchen können.
154 Sie müssen vielleicht sogar mit Menschen zusammen leben, die sie nicht mögen. Wichtig
155 für die Mitarbeiter ist es dann, zu vermitteln, jedem Bewohner/ jeder Bewohnerin ihren
156 Raum zu geben und auch die Möglichkeit des Rückzugs anbieten zu können. Gleichzeitig
157 benötigen einige der Menschen mit Behinderung oft Begleitung, um auch die
158 Andersartigkeit des anderen zu akzeptieren und die Grenzen jedes einzelnen zu wahren
159 bzw. wahrzunehmen.

160 Herausforderung dabei ist auch, diese Gefühle füreinander zu akzeptieren. Nur weil sie
161 zusammen wohnen bedeutet es nicht, dass sie gut miteinander auskommen. Und
162 Sympathie ist nicht erzwingbar.

163 I: Welche Rahmenbedingungen sind in unserer Einrichtung vorhanden?

164 Frau T.: Was uns fehlt ist die Tagesstruktur, wenn die Demenz stärker wird. Ansonsten
165 finde ich, haben wir gute Rahmenbedingungen. Wir haben gute und verlässliche
166 Strukturen. Wir arbeiten mit dem Bezugsbetreuungssystem, sodass jeder Bewohner/jede
167 Bewohnerin einen Hauptansprechpartner hat, das gibt ja auch Sicherheit.

168 Gewisse Strukturen aus ihren Herkunftsfamilien/Wohnorten werden wenn möglich
169 eingebaut, sodass sie zusätzliche Sicherheit erfahren. Die Zusammenarbeit mit den
170 Angehörigen erfolgt regelmäßig, sodass Wünsche und Anliegen dieser berücksichtigt
171 werden können.

172 I: Was würdest du gerne verändern? Woran fehlt es momentan?

173 Frau T.: Wir benötigen mehr Personal. Besonders langfristig eingestelltes Personal ist
174 wichtig, um Konstanz für die Bewohner/innen aufbauen und erhalten zu können. Oft
175 sind die Mitarbeiter nur für ein Jahr oder sogar nur für ein halbes Jahr eingestellt.
176 Honorarkräfte sind oft mit so wenigen Stunden angestellt, dass kaum die Möglichkeit
177 besteht eine Beziehung zu den Bewohner/innen aufzubauen. Sind diese dann im

178 Bezugsbetreuersystem integriert, müssen sie für ihren Bezug Entscheidungen treffen,
179 obwohl sie diese kaum kennen.
180 Für die Bewohner/innen bedeutet dieses, dass immer wieder eine neue Person für sie
181 zuständig ist. Sie müssen immer wieder neue Bindungen zulassen, Vertrauen aufbauen,
182 akzeptieren, dass immer wer anders Entscheidungen für sie trifft. Sie müssen sich immer
183 wieder verabschieden. Ich empfinde es als große Leistung diesen Wechsel und stetig
184 verändernde Beziehungen zu akzeptieren und sich dennoch so offen zu zeigen.
185 Als sinnig erachte ich zudem Fortbildungen im Bereich der Demenz, um beispielsweise die
186 Betreuung anzupassen, den Alltag entsprechend zu strukturieren und die Bewohner/innen
187 auf ihrem Weg begleiten zu können.
188 I: Welche Möglichkeiten der multiprofessionellen Zusammenarbeit werden hier genutzt
189 und was wäre wünschenswert?
190 Frau T.: Wir arbeiten hier ja mit verschiedenen Personengruppen zusammen. Logopäden,
191 Physiotherapeuten, Neurologen. Für unsere Arbeit und auch das Verständnis fände ich es
192 toll, wenn Interaktionen stattfinden würden, so dass Austausch mit dem Team stattfindet
193 und alle an einem Strang ziehen. Bei so einem großen Wohnverbund wäre vielleicht auch
194 ein angegliederter Neurologe mit speziellem Fachwissen vorteilhaft, der könnte dann
195 Diagnostiken machen.
196 I: Vielen Dank für das Interview.
197 Frau T.: Bitteschön, gerne.
198 ENDE DER TRANSKRIPTION

Anlage VIII. Experteninterview Frau N.

- 1 THEMA: Experteninterview
2 BEFRAGTE: Valentina N. (Frau N.), 51 Jahre, Sozialpädagogin
3 INTERVIEWERIN: Jule Rudolph, 31 Jahre
4 ORT DES INTERVIEWS: Jacob-Meyersohn-Haus, Neubau, Rheine
5 DATUM/ZEIT: 19.01.2017 von 10:15 bis 10:50 Uhr
6 TRANSKRIPT: Wörtliche Transkription
7
8
9 BEGINN DER TRANSKRIPTION
10 I: Okay, ich habe dir den Rahmen und die Thematik ja schon am Telefon mitgeteilt und du
11 hast den Interviewleitfaden schon vorab von mir erhalten. Ich lese dir mal unsere
12 Forschungsfrage vor: „Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht, für die
13 zukünftige Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz
14 in stationären Einrichtungen? Es gibt ja viele Bewohner bei uns im Wohnverbund, die das
15 Down-Syndrom haben und beinahe die erste Generation ist, die älter werden kann. Bei uns
16 leben ja auch Menschen über 50/60 Jahre. Magst du dich einmal vorstellen?
17 Frau N.: Ja, ich bin Valentina N., mache die Gruppenleitung hier im Jacob-Meyersohn-Haus
18 im Neubau, bin 51 Jahre alt, von Beruf Sozialpädagogin. Was noch?
19 I: Wie viele Bewohner mit Down-Syndrom leben hier?
20 Frau N.: Wir haben hier zwei Bewohner mit Down-Syndrom und insgesamt neun Bewohner
21 hier. Bei einem Bewohner, K., wurde eine Demenz festgestellt. Der Neurologe hat es
22 diagnostiziert. K. ist 62 Jahre alt.
23 I: Okay. Ich stelle dir die nächste Frage. Wie sieht die Betreuungssituation hier in der
24 Einrichtung aus, in Hinblick auf die Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz?
25 Frau N.: Eigentlich ganz gut, weil K. hier einen Freund hat, der sich auch um ihn kümmert.
26 Er ist gut integriert. Für seinen Freund A. ist es schon ein bisschen schwer, dass sich K. so
27 verändert hat. Er sagt, z.B. dass K. morgens nicht mehr einfach so aufsteht und scheint sich
28 darüber zu wundern. Er wendet sich dann z.B. mehrmals an die Mitarbeiter und fragt,
29 warum er noch im Bett bleibt. Oder auch beim Anziehen, da kann man deutlich sehen,
30 dass A. Veränderungen bemerkt. Er hilft seinem Freund teilweise beim Anziehen, da K.
31 manchmal nicht weiß, was er mit dem Socken in seiner Hand machen soll.
32 I: Gibt es gezielte Angebote für Menschen mit Down-Syndrom und Demenz, in diesem Falle
33 für K.?
34 Frau N.: Ja. Wir versuchen, dass er die Dinge, die er kann, weiter beibehält und motivieren
35 ihn. Aber wir merken schon, dass es nachlässt. Das fordert manchmal schon viel Geduld.
36 Beim Frühstück z.B. hat K. die Butter auf dem Messer und scheint dann manchmal nicht zu
37 wissen, was er damit machen soll und schmiert sie auf den Käse. Oder, das Essen steht z.B.
38 auf dem Tisch und er greift dann mehrmals daneben. Er scheint teilweise nicht mehr zu
39 wissen, was er machen soll und welche Handlungsschritte richtig sind. Es ist wichtig, dass
40 wir da am Ball bleiben und das erhalten, was möglich ist. An manchen Tagen geht es,
41 manchmal aber auch nicht. Wir tauschen uns darüber im Team regelmäßig aus und
42 besprechen, dass es wichtig ist, vorhandenes zu erhalten, soweit wie möglich.

43 I: Gibt es sozialpädagogische Methoden, mit denen ihr arbeitet?
44 Frau N.: Ja. Wir haben früher so eine Methode bei ihm gehabt, dass wir den Tagesablauf
45 kleinschritt besprochen haben, mehrmals täglich. Jetzt scheint es ihm teilweise schwer zu
46 fallen, einen Handlungsschritt auszuführen und kommt erst gar nicht zum nächsten. Wenn
47 er sich z.B. erst den Schlafanzug anziehen möchte und anschließend die Hausschuhe, weiß
48 er manchmal mit dem Schlafanzugoberteil nicht mehr, was er damit machen soll und bleibt
49 auf dem Bett sitzen.
50 Wir haben an mehreren Fortbildungen teilgenommen und haben uns jetzt für das Frühjahr
51 wieder zu einer angemeldet. Diese handelt von Demenz bei geistiger Behinderung. Da
52 haben wir schon viele Methoden und Handlungsideen an die Hand bekommen. Die
53 Mitarbeiter schulen sich hier weiter. Ich finde das wichtig, weil unsere Menschen älter
54 werden und wir Handwerkszeug benötigen. Das werden wir auch zukünftig so machen.
55 Was mir noch einfällt ist die Biografiearbeit bzw. Dinge, die er von früher kennt. Manchmal
56 sitzt er stundenlang auf seinem Bett und ist nicht zu motivieren. Dann hole ich seine
57 Mundharmonika heraus und spiele darauf ein paar Töne. Er wirkt dann plötzlich hellwach
58 und lacht. Dann kommt er meistens mit mir mit und spielt darauf etwas. Er ist unglaublich
59 musikalisch und hat früher häufig draußen gesessen und Gitarre und Mundharmonika
60 gespielt. Die Erinnerungen scheinen ihn aufzuwecken.
61 I: Was würdest du als Herausforderungen bei Menschen mit der Doppeldiagnose Down-
62 Syndrom und Demenz sehen? In diesem Falle bei K.?
63 Frau N.: Die Kommunikation. Früher hat er Dinge, die wir zusammen besprochen haben,
64 verstanden. Heute sagt er bei vielen Dingen „nein“ und dann bleibt er dabei. Er sagt z.B.
65 „Ich habe keinen Schlafanzug“, dann sagt er 20-30 Mal, dass er keinen hat, obwohl dieser
66 neben ihm auf dem Bett liegt.
67 I: Wie reagieren dann die Mitarbeiter?
68 Frau N.: Ja, es klappt auch nicht bei allen Mitarbeitern. Das müssen schon die festen,
69 vertrauten Mitarbeiter sein, die ihm mit Ruhe und Geduld erklären „Hier ist dein
70 Schlafanzug“. Dann sagt er als nächstes „Ich habe keine Socken mehr“ und wiederholt es
71 mehrmals. Die Mitarbeiter müssen ihm schon mit viel Geduld gegenüber treten und es
72 erklären. Da ist wirklich viel Geduld gefragt. K. ist dabei unglaublich charmant, er ist dabei
73 nicht böse oder so.
74 I: Erlebst du Grenzen in der Betreuung?
75 Frau N.: Wir haben zu wenig Zeit. Wir müssten uns mehr Zeit für ihn nehmen können.
76 I: Welche Rahmenbedingungen gibt es im Wohnverbund zum Thema Down-Syndrom und
77 Demenz?
78 Frau N.: Es gibt leider nichts dazu in unserer Konzeption. Ich finde, da muss etwas getan
79 werden. Es ist wichtig, dass wir uns zu dieser Thematik fortbilden, da hier viele ältere
80 Menschen mit und ohne Down-Syndrom leben. Vielleicht betrifft es noch nicht alle unserer
81 Häuser, aber es wird kommen.
82 I: Was würdest du gerne verändern?
83 Frau N.: Ich würde gerne mehr Zeit für die Bewohner haben. Ich würde dann z.B. gerne das
84 fördern, was sie noch können und da am Ball bleiben.
85 I: Okay, woran fehlt es zurzeit?
86 Frau N.: Ja, an Einzelterminen fehlt es und das wir ausreichend Zeit haben. Es sind ja auch
87 viele Praktikanten hier, die vieles übernehmen. Aber ich finde, man muss zuerst den

88 Bewohner kennenlernen, um zu wissen, was er mag und auch weiß, welcher Bereich
89 gefördert werden kann und worin man unterstützen kann, Dinge zu erhalten. Das geht von
90 heute auf morgen nicht und die Praktikanten sind darin auch nicht geschult. Sie sind
91 meistens auch nur für 3 Monate oder ein Jahr hier. Wir benötigen festes Personal, leider
92 gibt es für neue Mitarbeiter fast nur noch Jahresverträge. Die schauen sich dann nach ein
93 paar Monaten nach Alternativen um. Da ist es manchmal schwer, echte Beziehungen und
94 Bindungen aufzubauen.

95 Das Schönste ist, dass wir sehen, dass K. so viel Spaß am Leben hat. Er bringt Freude und
96 Heiterkeit in die Wohngruppe und gute Laune. Das überträgt sich auf seine Mitbewohner.

97 I: Was verstehst du unter multiprofessioneller Zusammenarbeit? Wie wird sie hier
98 umgesetzt?

99 Frau N: Da sehe ich als wichtigen Ansprechpartner den Neurologen, der die Diagnostik
100 übernommen hat und uns viele Bereiche, z.B. den Abbauprozess erklärt hat. Der
101 pädagogische Fachdienst des Wohnverbundes hat uns als Team auch gut unterstützt und
102 uns einige Handlungsmethoden an die Hand gegeben. So können wir als Team einheitlich
103 mit K. arbeiten und lernen mehr, ihn zu verstehen. Zudem hatten wir uns eine
104 Mitarbeiterin, die sich im Bereich Demenz weitergebildet hat und lange Jahre auf einer
105 solchen Station gearbeitet hat, eingeladen. Sie hat uns als Team ebenfalls beraten. Das war
106 sehr hilfreich. Miteinander sprechen und gemeinsame Wege zu finden, halte ich für sehr
107 wichtig. Und K.'s Schwester haben wir eingeladen, von ihr haben wir vieles über K.'s
108 Biografie erfahren und für unsere Dokumentation verschriftlicht. Wir konnten so auch an
109 ein paar Sachen anknüpfen, die K. von früher kennt und die ihm wichtig scheinen. Rituale
110 von Zuhause zum Beispiel. Er mochte da gerne Bananen, die haben wir ihm hier jetzt auch
111 vermehrt angeboten und sie gemeinsam eingekauft. Er scheint es total zu genießen.

112 I: Da habt ihr ja bereits mit einigen Instanzen zusammengearbeitet. Gut, vielen Dank für
113 das Interview.

114 Frau N.: Das war nett, ich danke auch.

115 ENDE DER TRANSKRIPTION

Anlage IX. Experteninterview Herr B.

1 THEMA: Experteninterview

2 BEFRAGTER: Alexander B. (Herr B.), 44 Jahre, Sozialpädagoge,

3 INTERVIEWERIN: Jule Rudolph, (I), 31 Jahre,

4 ORT DES INTERVIEWS: Wohnhaus am Friedensplatz, Rheine

5 DATUM/ZEIT: 17.01.2017 von 15:00 bis 15:22 Uhr

6 TRANSKRIPT: Wörtliche Transkription

7

8

9 BEGINN DER TRANSKRIPTION

10 I: Hallo Alex, ich habe dir ja bereits einige Informationen per E-Mail zukommen lassen.

11 Kannst du dich kurz vorstellen? Anschließend würde ich dir die Fragen unseres Leitfadens
12 stellen.

13 Herr B.: Ja, ich heiße Alexander B. und arbeite nun seit 10 Jahren im Wohnhaus am
14 Friedensplatz. Zudem gebe ich regelmäßig die Fortbildung „Deeskalationstraining“.

15 I: Gut, danke. Ich studiere im vierten Jahr an der Saxion Hogeschool in Enschede und
16 schreibe aktuell die Bachelorthesis. Ich lese dir mal unsere Forschungsfrage vor: „Welche
17 Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht, für die zukünftige Betreuung von
18 Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und Demenz in stationären
19 Einrichtungen?“.

20 Wir haben festgestellt, dass es viele Menschen mit Down-Syndrom in unserem
21 Wohnverbund gibt und das Risiko eine Demenz zu haben oder erlangen recht hoch ist.
22 Jetzt ist dies beinahe die erste Generation nach dem zweiten Weltkrieg, die wirklich so alt
23 werden kann. Im Franz-Wolters-Haus leben Menschen mit Down-Syndrom im Alter von 20-
24 65 Jahren. Auch hier im Wohnhaus am Friedensplatz leben Menschen mit Down-Syndrom.

25 Herr B.: Das haben wir jetzt noch nicht in dem Alter, aber das wird wohl so kommen, wie
26 es so aussieht. Es könnte eines Tages wohl so passieren.

27 I: Genau. Für mich ist die aktuelle Situation wichtig, es geht sozusagen um einen Ist-Stand.
28 Und es soll natürlich auch ein Ausblick sein, wohin die Richtung geht. Meine Aufgabe ist es
29 herauszufinden, was man ändern könnte. Von daher würde ich jetzt gerne zur ersten Frage
30 übergehen. Wie sieht die derzeitige Betreuungssituation hier in der Einrichtung aus?

31 Herr B.: Also wir haben sieben Bewohner mit Down-Syndrom, wobei sie noch alle in einem
32 Alter zwischen 36 und 45 sind. Das heißt also, mit Demenz haben wir in dem Sinne
33 eigentlich noch nicht wirklich zu tun. Die sind da noch relativ jung. Bisher kam es noch
34 nicht auf, aber das Thema hatten wir schon einmal, wo es hieß, dass eine Bewohnerin
35 langsam vergesslich wird, aber es hat sich meiner Ansicht überhaupt nicht bestätigt. Auch
36 als Team sehen wir dieses Problem noch nicht. Also wir haben bis jetzt noch keine
37 Ausfallerscheinungen, bei denen wir denken, dass das etwas mit Demenz zutun hätte.

38 I: Hier wohnen ja Menschen mit Down-Syndrom gemeinsam mit Menschen mit anderen
39 Behinderungen, körperlich, geistig und seelisch. Welche positiven oder auch negativen
40 Aspekte gehen dabei heraus?

41 Herr B.: Ich sehe im Alltag unter den Bewohnern, also untereinander, überhaupt keine
42 Aspekte was das angeht. Es wird in keinsten Weise bzw. ich habe es noch nie erlebt, dass

43 unterschieden wird, beispielsweise „Du hast Down-Syndrom und ich nicht.“ oder „Ich habe
44 Down-Syndrom und deswegen bin ich besser/schlechter als du“. Es gibt dort überhaupt
45 keine Probleme. Also wenn ich die Menschen nicht sehen würde, wüsste ich nicht, dass
46 hier welche mit Down-Syndrom leben. Also es gibt eine Bewohnerin, die sagt ich hab
47 Down-Syndrom, aber das betont sie nur als Erklärung und sie meint es nicht wertend.
48 Ansonsten merke ich überhaupt nichts davon und auch keine Unterschiede. Also auch
49 dieses klischeehafte Denken, Menschen mit Down Syndrom sind so und so, ne überhaupt
50 nicht.

51 I: Okay, das ist doch ein sehr schöner Blick. Ich gehe über zur nächsten Frage. Welche
52 sozialpädagogischen Methoden wendet ihr an? Sind die allen Mitarbeitern bekannt?

53 Herr B.: Die Situation würde genau betrachtet werden, es würde in Teambesprechungen
54 ausgetauscht werden.

55 I: Was würdest du als Herausforderung bei Menschen mit der Doppeldiagnose Down-
56 Syndrom und Demenz sehen?

57 Herr B.: Die Herausforderung ist zu erkennen, was gehört zu dieser Behinderung und wo
58 fängt die Demenz an. Und, müssen wir dann anders umgehen, als mit einer „klassischen“
59 geistigen Behinderung. Da müssten wir einige Dinge anpassen und unser Konzept
60 überdenken. Innerhalb kürzester Zeit kann sich ganz gravierend etwas ändern. In der
61 Konzeption ist aktuell noch nichts verankert. Unsere Bewohner haben ein lebenslanges
62 Wohnrecht. Und da liegt der Ball bei den Mitarbeitern zu schauen, was sie bei diesen
63 Änderung benötigen, um die Betreuung adäquat zu gewährleisten. Die Mitarbeiter sind
64 unzureichend geschult.

65 I: Gut. Was fehlt dann für eine optimale Betreuung?

66 Herr B.: Ganz klar fehlt die Tagesbetreuung. Wenn Bewohner älter werden und häufiger
67 zuhause bleiben, können wir das nicht mehr personell abdecken. Die Tagesbetreuung am
68 Jacob-Meyersohn-Haus ist schon voll belegt, wir benötigen mehrere dieser Art.

69 I: Was verstehst du unter multiprofessioneller Zusammenarbeit?

70 Herr B.: Die Weiterbildung finde ich einen wichtigen Aspekt. Zudem sind wir ein gutes
71 Team, uns macht gute Teamarbeit aus. Für die Zukunft müssen wir flexibel sein und ein
72 Team muss Lust haben sich zu entwickeln. Unser Team wäre dafür sehr gut in der Lage.
73 Zudem denke ich, ist Wissensbereicherung von extern wichtig, dass wir uns geschultes
74 Personal einladen, wenn wir nicht weiterwissen. Da gibt es ja im Caritasverband einige
75 Bereiche, an die wir uns wenden könnten. Wir sind flexibel und lernfähig und können uns
76 auf diese Veränderungen gut einlassen. Das halte ich schon für wichtig. Ein Blick von außen
77 hilft uns da sicherlich auch weiter.

78 Ich denke aber nicht, dass wir das Personal ändern müssten, z.B. jemanden aus der
79 Altenhilfe oder ähnlichem.

80 I: Was ist dir noch wichtig? Gibt es Anregungen?

81 Herr B.: Es ist nicht neu, aber es ist wichtig, denn es wird immer kritischer und
82 dramatischer – die Bewohner werden hier immer älter. Als der Wohnverbund gegründet
83 wurde, hat man in die Richtung noch nicht gedacht. Da waren die Bewohner recht jung
84 und jetzt werden unsere betreuten Personen immer älter. Und da merken wir –ups, wir
85 benötigen z.B. eine Tagesbetreuung, da sie nicht mehr arbeiten gehen können oder
86 wollen. Sie gehen in Rente. Das ist das was uns erwartet. Was da noch hinzukommt, ist die
87 Gebrechlichkeit. Was bei einigen dazu kommt, ist, dass sie körperlich abbauen. Das stellt

88 uns vor weitere Herausforderungen. Sie werden häufiger krank und müssen häufiger im
89 Wohnhaus betreut werden. Dann macht das Personal Überstunden. Da muss eine Lösung
90 gefunden werden.
91 I: Ja, das ist die Ausrichtung, die Tendenz scheint da hinzu gehen.
92 Herr B.: Genau. Was machen wir, wenn alle 60 und älter sind? Eine Tagesbetreuung muss
93 her!
94 Wir merken schnell, wo unsere Grenzen sind, wenn z.B. ein Bewohner erkrankt für eins,
95 zwei Wochen. Das heißt, wir decken die Betreuung für 24 Stunden ab. Da kommt das
96 Personal schnell an die Grenzen. Das sind Überstunden, die irgendwann abgefeiert werden
97 müssen. Und dann fehlt wieder jemand. Unsere Dienstplanung ist aktuell nur für den
98 Optimalfall, also alle Bewohner und Mitarbeiter sind gesund, ausgelegt. Doch werden
99 unsere Bewohner älter und sind z.B. häufiger erkrankt, ist das System nicht mehr rentabel.
100 Das wäre für die Zukunft noch zu beachten!
101 I: Vielen Dank für die Informationen, danke für das Interview!
102 Herr B.: Dafür nicht, gerne gerne.
103 ENDE DER TRANSKRIPTION

Anlage X. Experteninterview Frau W.

1 THEMA: Experteninterview

2 BEFRAGTE: Maike W. (Frau W.), 28 Jahre, Sozialpädagogin

3 INTERVIEWERIN: Jule Rudolph, 31 Jahre

4 ORT DES INTERVIEWS: Anni-Poll-Haus, Mesum

5 DATUM/ZEIT: 18.01.2017 von 12:05 bis 12:35 Uhr

6 TRANSKRIPT: Wörtliche Transkription

7

8

9 BEGINN DER TRANSKRIPTION

10 I: Ich habe dir ja bereits Informationen per E-Mail und Telefon gegeben und du hast ja auch
11 den Interviewleitbogen erhalten. Ich stelle mich nochmal vor. Ich studiere Sozialpädagogik
12 an der Saxion Hogeschool in Enschede und schreibe derzeit die Bachelorthesis. Unsere
13 Forschungsfrage lautet: „Welche Bedarfe ergeben sich aus sozialpädagogischer Sicht, in
14 der zukünftigen Betreuung von Menschen mit der Doppeldiagnose Down-Syndrom und
15 Demenz in stationären Einrichtungen?“ Magst du dich noch kurz vorstellen?

16 Frau W.: Ja. Maike W., ich bin Gruppenleitung im Anni- Poll-Haus. Ich bin Sozialpädagogin
17 und seit 6/7 Jahren hier beschäftigt. Das Thema betrifft uns hier im Anni- Poll-Haus ganz
18 besonders. Also das Thema Down-Syndrom und Demenz ist im letzten Jahr extrem zum
19 Vorschein gekommen, wenn man das so sagen kann.

20 I: Dann frage ich jetzt einfach mal. Es bezieht sich alles auf Menschen mit Down-Syndrom
21 und Demenz. Wie sieht die derzeitige Betreuungssituation hier aus?

22 Frau W.: Also wir haben hier fünf Menschen mit Down-Syndrom. Davon sind drei an
23 Demenz erkrankt. Bei dem einen war es so, das ist schon seit fünf Jahren bekannt, dass er
24 Demenz hat, dass es so ein schleichender Prozess war. Anfangs war das immer so: „Ach ich
25 vergesse mal was.“ Er wurde ein bisschen tüddelig. Ein bisschen verwirrter. Letztes Jahr
26 2016, im Februar, kam dann der totale Zusammenbruch. Mit Krampfanfall und danach war
27 nichts mehr. Er kann nicht mehr laufen. Er braucht einen Katheter, muss Vorlagen tragen.
28 Er muss gefüttert werden. Er ist nicht mehr in der Lage zu sprechen. Das war von jetzt auf
29 gleich. Da konntest du zusehen.

30 Bei der anderen Bewohnerin, sie ist seine Freundin gewesen, war es genauso. Das war
31 dann letztes Jahr im April. Beide sind gleich alt, beide sind 58 Jahre alt.

32 Bei ihr ging es im April los. Sie ist jetzt bettlägerig. Sie kann sich nicht mehr bewegen, sie
33 hat eine Magensonde, hat einen Katheter. Sie wird alle zwei Stunden gelagert, ist kaum
34 ansprechbar. Sie kann nicht mehr schlucken.

35 Dann bei einer weiteren Bewohnerin, ging es ebenfalls im April los. Erst ein epileptischer
36 Anfall und dann war es vorbei. Bei ihr hat man es aber vorher gemerkt. Sie war vorher
37 depressiv, antriebslos. Sie konnte noch nie sprechen, aber man hat trotzdem gemerkt, dass
38 sie anders war.

39 Wir waren irritiert und unsicher. Bei allen drei Fällen war es so, dass ein großer Krampf
40 kam, also ein großer epileptischer Krampf und dann war das ganze Leben von denen
41 verändert. Also sie langten dann im Krankenhaus, sie wurden medikamentös eingestellt und
42 dann wurde es immer schlimmer. Dann wurden natürlich auch Aufnahmen vom Gehirn

43 gemacht, bei allen dreien und da hast du es dann auch gesehen, dass ein Abbauprozess
44 stattfindet.

45 I: Ist das denn von Neurologen bestätigt worden, dass eine Demenz vorliegt?

46 Frau W.: Ja. Bei A. auf jeden Fall. Bei ihm war es ein sehr schleichender Prozess und bei den
47 anderen beiden war es von heute auf morgen so. Komischerweise haben die alle einen
48 Krampf gekriegt. So einen großen Krampf, wo wir dann auch einen Notarzt rufen mussten,
49 weil die das vorher alle nicht hatten.

50 Und uns hat der Neurologe es so erklärt: Das Gehirn bei Menschen mit Down-Syndrom ist
51 sowieso anders aufgebaut. Wenn sie dann älter werden - und sie sind alle im selben Alter
52 (Mitte/Ende 50) - da würde das Gehirn dann sowieso den Altersprozess durchmachen,
53 dass was andere Menschen mit 70/80 machen, machen sie halt schon ein bisschen eher.
54 Und dann werden die Strukturen so verändert, dass dann auch Krämpfe entstehen
55 können.

56 Momentan ist es so, dass ein Bewohner aus unserer Gruppe, der eigentlich noch relativ fit
57 ist für sein Alter - der hat Down-Syndrom und ist jetzt 63 - wir haben das Gefühl er fängt
58 jetzt langsam an.

59 I: Woran macht ihr das fest?

60 Frau W.: Weil er auch so tüddelig wird und sehr lange braucht zum Essen. Was er früher
61 nicht hatte: Er zählt die ganze Zeit. Er ist so in seiner eigenen Welt. Er taucht immer mehr
62 ab. Eine Kollegin sagt immer, sie tauchen in ihre Welt ab.

63 I: Okay. Jetzt hast du benannt, wie die Änderungen waren. So vom letzten Jahr, Rückblick
64 bis jetzt. Kannst du da irgendwie sagen, welche positiven oder negativen Aspekte es in der
65 Betreuungssituation gab? Hier leben ja auch Menschen mit anderen Behinderungen.

66 Frau W.: Weil das eben alles so schnell ging und weil die Bewohner so schnell so viel Hilfe
67 brauchten und viel Unterstützung, sind natürlich viele andere Bewohner zu kurz
68 gekommen. Weil so schnell konnten wir gar keine neuen Kollegen einstellen. Das muss ja
69 erst alle genehmigt werden und so. Es ging viel Zeit für alle Bewohner drauf. Das war schon
70 für alle schwierig, wirklich schwierig.

71 Was ich besonders dramatisch fand, ist, dass eine Bewohnerin ausziehen musste. Als die
72 Diagnostik Down-Syndrom und Demenz vorlag und sie zudem intravenös versorgt werden
73 musste, gab es leider keine andere Möglichkeit. Wir als Pädagogen dürfen so etwas nicht
74 vergeben. Sie lebt jetzt in einem Pflegeheim. Da merkt man mal wieder, dass die
75 Einrichtungen der Behindertenhilfe sich auf den Weg machen müssen und nach anderen
76 Lösungen schauen sollten. Anderes Personal, mehr Multiprofessionalität, spezielle
77 Gruppen oder Häuser, müssen her.

78 I: Mit welchen sozialpädagogischen Mitteln arbeitet ihr im Bereich Menschen mit Down-
79 Syndrom und Demenz? Und sind die allen Mitarbeitern bekannt?

80 Frau W.: Wir konnten uns ja gar nicht so richtig auf das Thema einlassen, weil es ja erstmal
81 darum ging, dass wir sie ordentlich versorgen.

82 Was wir bei A. in der Vergangenheit gemacht haben, als er noch relativ fit war - er konnte
83 ja alles. Er konnte sich selber duschen, er konnte sich anziehen, mit ihm konntest du dich
84 unterhalten. Das kann er nicht mehr. Er sitzt einfach nur noch da - da haben wir dann
85 immer ganz viel mit ihm zu sprechen. Auch über die Vergangenheit: Was hast du so erlebt?
86 Wo warst du im Urlaub? Und wir haben es immer versucht aufrecht zu halten. Aber das
87 war irgendwann gar nicht mehr möglich.

88 Jetzt probieren wir ganz viel über Kinderpuzzle, viel mit Berührungen. Er hat zum Beispiel
89 einen Leuchtball, diesen schießt er sich immer mit einem anderen Bewohner über den
90 Tisch.
91 Sie sind aber einfach auch immer sehr müde, den ganzen Tag. Also so viel kognitiv können
92 sie nicht mehr.
93 I: Sind sie denn auch medikamentös eingestellt?
94 Frau W.: Waren sie anfangs. A. war anfangs gegen diese Demenz medikamentös
95 eingestellt, aber der Neurologe hat dann gesagt, diese epileptischen Krämpfe kommen
96 auch von diesem Medikament. Darum wurde es dann abgesetzt.
97 Ja und Fotos zeigen probieren wir. In Richtung Biographiearbeit. Dinge von früher
98 verankern. Da fangen wir nun mit an, da wir merken, dass es einfach nicht mehr besser
99 wird. Da probieren wir dann schon in die Richtung zu gehen.
100 Neue Sachen braucht man nicht mehr anfangen. Erhaltung ist hier wichtig.
101 I: Was würdest du als Herausforderung bei Menschen mit Down-Syndrom und Demenz
102 sehen?
103 Frau W.: Die Kommunikation, weil die meisten Menschen mit Down-Syndrom haben eine
104 Sprachbehinderung. Bei uns ist es jedenfalls so. Sie haben alle fünf eine
105 Sprachbehinderung und wenn die dann was sagen und sind dann durcheinander. Dann
106 kommt da auch nicht mehr so viel. Also das ist echt schwierig. Also man kann immer nur so
107 an der Nasenspitze sehen, was sie wollen. Man muss den Menschen lesen. Wenn man den
108 Menschen kennt, dann ist es relativ einfach, wenn man diese ganze Entwicklung
109 durchmacht mit denen. Schön wäre fest eingestelltes Personal, mit Festverträgen.
110 Bei M. ist gar keine Kommunikation mehr, außer vielleicht über Berührung.
111 Und die Geduld. Man muss ganz geduldig sein. Gerade wenn das Anfangsstadium ist, dann
112 sind sie sehr.... Also A. war zum Beispiel sehr cool. Wenn er was vergessen hat, hat er
113 immer gesagt: „Ach man kann ja mal was vergessen“ oder „Jeder Mensch ist mal
114 vergesslich.“
115 Aber es gibt ja auch welche, sie sind dann aggressiv dabei, weil sie das nicht verstehen.
116 Warum ist das jetzt so? Und man kann es ihnen auch nicht erklären, weil sie es gar nicht
117 verstehen. Sie können es aufgrund ihrer Behinderung nicht verstehen und dann kommt
118 noch die Demenz dazu und diese Kommunikationsschwierigkeiten.
119 I: Also ist Geduld und Ruhe in der Kombination mit bekannten Personen/bekanntem
120 Mitarbeiter - das ist hier das A und O?
121 Frau W.: Ja. Auch ein gewohntes Umfeld. Anfangs haben wir sie auch immer noch mit in
122 die Ferienfreizeit genommen. Zum Beispiel A. - er war dann irgendwann so durcheinander.
123 Er stand irgendwann nachts auf dem Flur und hat geheult, weil er nicht gewusst hatte, wo
124 er war. Dann haben wir auch irgendwann gesagt „Er hat vielleicht Spaß an Freizeiten, aber
125 wenn er dann jeden Tag aufwacht und nicht mehr weiß wo er ist...Da hat er auch nichts
126 von. Dann lieber zu Hause lassen. Im gewohnten Umfeld.“
127 I: Welche Rahmenbedingungen sind hier in der Einrichtung vorhanden? Und wie erlebst du
128 die Rahmenbedingungen?
129 Frau W.: Die mussten wir uns im letzten Jahr erkämpfen, diese Rahmenbedingungen, weil
130 wir da ja gar nicht darauf vorbereitet gewesen sind, dass wir jetzt jemanden haben, den
131 wir auch so stark pflegen müssen. Mit PEG-Sonde, das kannten wir ja alles gar nicht. Also in
132 meiner früheren Ausbildung lernst du sowas und dann auch noch durch unsere

133 medizinische Fachkraft, aber wenn du dann davor stehst und es muss von heute auf
134 morgen gemacht werden, dann ist man da erst mal überfordert.
135 Es fehlt vorne und hinten an Personal, immer noch. Und wenn ich bedenke, dass es in den
136 nächsten Jahren immer schwieriger wird und nicht nur die Menschen mit Down-Syndrom
137 Demenz kriegen, sondern auch andere, dann wird es echt schwer.
138 Das Arbeiten ist anders geworden mit den Menschen. Also man ist jetzt mehr Pfleger als
139 Pädagoge. Finde ich. Also ich mache mehr Pflege als sonst. Also mal so Freizeitaktivitäten,
140 mal irgendwo hinfahren - das können wir nicht mehr.
141 I: Gibt es denn noch externe Beratung oder Angebote vom Caritasverband, die ihr nutzt?
142 Frau W.: Ja. Also J. und R. vom pädagogischen Fachdienst kommen ganz viel. Sie machen
143 Musik mit denen und Spaziergänge und so. Aber trotzdem - das war früher auch nicht
144 unsere Arbeit, dass wir so viel pflegen müssen.
145 I: Das scheinen große Veränderungen in vielerlei Hinsicht zu sein.
146 Frau W.: Ja und das ist so krass, weil es jetzt einfach alles auf einmal kam.
147 I: Und wie findest du die Rahmenbedingungen jetzt? Wie erlebst du sie?
148 Frau W.: Erst habe ich mich dagegen innerlich gewehrt, weil ich es nicht wollte. Ich wollte
149 weiterhin immer einkaufen und etwas mit denen unternehmen und hier und da. Aber man
150 gewöhnt sich daran und man lernt auch, es zu mögen. Man lernt auch dann die Pflege zu
151 mögen. Weil man ist den Menschen ja auch irgendwo nahe und man kann dann auch ganz
152 viel mit den Menschen auch machen. Also es muss ja nicht immer sein, dass man mit
153 denen dann irgendwie unterwegs ist. Es reicht ja auch, wenn man eine Handmassage
154 macht oder ein bisschen Musik hört oder snoozeln oder so. Ist ja auch schön. Aber wie ich
155 vorhin schon sagte, ich finde neue Konzepte und Ideen müssen her. Das wird die gesamte
156 Behindertenhilfe in den kommenden Jahren so treffen.
157 I: Was würdest du gerne verändern? Woran fehlt es momentan?
158 Frau W.: Personal. Zeit. Aber sonst haben wir da nicht viel in der Hand. Wir können nichts
159 machen.
160 Ich fände es schön, wenn wir mehr geschult werden. Wie gehe ich mit Demenz um oder
161 mit Menschen mit Down-Syndrom, die eine Demenz haben. Die
162 Kommunikationsschwierigkeiten haben, die eine Grunderkrankung mitbringen. Also über
163 Demenz weiß man ja ganz viel und man kann mit Handpuppen arbeiten. Aber das kannst
164 du mit denen nicht.
165 I: Was kann denn so bleiben, wie es jetzt ist?
166 Frau W.: Der Spaß an der Arbeit. Das wir es akzeptieren, dass wir jetzt anders arbeiten
167 müssen und dass die Bewohner immer älter werden. Dass wir es akzeptieren, aber
168 trotzdem irgendwie einen Weg finden, dass wir damit gut umgehen. Und das machen wir
169 im Moment auch. Finde ich.
170 I: Was verstehst du unter multiprofessioneller Zusammenarbeit?
171 Frau W.: Ich sehe da die Physiotherapeuten, die immer kommen. Die Logopäden, dass M.
172 irgendwann wieder schlucken kann – aber da gehe ich momentan nicht von aus.
173 Das viele externe Hilfen installiert werden und in unser Team fest mit eingebunden.
174 Die Beratung des pädagogischen Fachdienstes für unser Team oder z.B. geschulte
175 Mitarbeiter von Senioreneinrichtungen zum Austausch sehe ich zudem als
176 multiprofessionelle Zusammenarbeit.
177 I: Was wird benötigt um diese multiprofessionelle Zusammenarbeit zu gestalten?

178 Frau W.: Informationen, Aufklärung und dass man weiß, okay wenn sie in dieser und dieser
179 Phase sind, dann brauchen die das und das.
180 Und Sterbebegleitung. Also wenn wir mal weiter in die Zukunft denken, dann ist es klar,
181 dass einige nicht mehr sind. Da würde ich mir schon wünschen, dass wir einen Sterbe- oder
182 Trauerbegleiter hier haben und einen „Pool“ von Mitarbeitern z.B. in einem Arbeitskreis,
183 die man in diesem Fall erreichen kann. So ein Prozess kann ja auch länger dauern...
184 I: Das hat auch noch keiner im Interview gesagt. Das ist ein wichtiger Punkt.
185 Frau W.: Ja, weil du begleitest sie ja wirklich von... Ich nehme mal als Beispiel A., weil das
186 so krass ist. Du lernst ihn als gesunden Menschen kennen und siehst was er alles kann und
187 denkst „Boah der ist ja total fit. Und was der alles kann.“ Er ist alleine spazieren gewesen
188 und geht ein Eis essen. Und dann guckst du fünf Jahre weiter und da sitzt er da im Rollstuhl
189 und dann gucken wir vielleicht jetzt noch mal zwei Jahre weiter... Wo endet das? Du
190 begleitest diesen Menschen durch alle Lebenslagen. Und dass man da.. Also ich weiß es
191 gibt Trauerbegleitung und das würde ich vielleicht auch noch als multiprofessionell sehen.
192 I: Okay, wir sind jetzt eigentlich am Ende schon angekommen.
193 Was ich herausgehört habe ist, dass hier ein ganz schneller Prozess war. Dass innerhalb
194 kurzer Zeit mehrere Bewohner erkrankt sind, wo es die Diagnose Demenz gibt, dass der
195 pflegerische Anteil höher geworden ist und Zeit und Personal fehlt und du dir das genau
196 wünschst. Und auch zum Beispiel Fortbildungen oder Zusammenarbeit mit
197 Trauerbegleitern.
198 Hast du noch irgendwelche Anregungen? Fragen? Etwas zu sagen?
199 Frau W.: Nein.
200 I: Okay, dann vielen Dank
201 ENDE DER TRANSKRIPTION

Anlage XI. Kodierung Herr W.

| Nr. | Zeile | Paraphrase | Generalisierung | Kategorie | Reduktion |
|-----|-------|---|---|-----------|--|
| 1 | 42 | Thematik ist seit 15 Jahren ein Thema, spitzt sich aber aktuell zu und wird immer wichtiger | Aktuelles Thema, welches bekannt ist | 1 | Klientenbezogene Bedarfe (6) |
| 2 | 77 | Wenn routinierte Abläufe sich verändern, wird Kontakt zu externen Fachärzten aufgenommen | Multiprofessionelle Zusammenarbeit | 2 | Visionen und Ideen der Experten aus sozialpädagogischer Sicht (7,8,9,10) |
| 3 | 90 | Es fehlen Konzepte | Entwicklung eigener Konzepte | 3 | Sozialpädagogische Bedarfe (3,5,12) |
| 4 | 100 | Es wird mit vertrauten Reizen gearbeitet, um beispielsweise störendes Verhalten zu reduzieren/abzubauen (Tecklenburger Biografie Methode) | Arbeiten mit vertrauten Reizen | 4 | Aktueller Umgang mit Klienten in stationären Einrichtungen (Ist-Stand) (1,4) |
| 5 | 164 | Die eigentliche Herausforderung ist die Gruppenkonstellation und Struktur, und nicht die Demenz an sich. | Gruppenkonstellation als Herausforderung | 5 | Multiprofessionelles Arbeiten (2,11) |
| 6 | 186 | Vertrautes Umfeld so lange wie möglich erhalten | Vertraute Umgebung | | |
| 7 | 190 | Enge Begleitung für die Zeit nach der Werkstatt | Begleitung von der Werkstatt in die Rente | | |
| 8 | 201 | Seniorenheim für Menschen der Eingliederungshilfe | Seniorenheime für geistig Behinderte Menschen | | |
| 9 | 214 | Finanzierungsmöglichkeiten müssen sich in der Eingliederungshilfe ändern | Andere Finanzierungsmöglichkeiten | | |
| 10 | 226 | Geschützter Rahmen für Menschen der Eingliederungshilfe | Geschützten Rahmen schaffen | | |
| 11 | 254 | Zusammenarbeit im medizinischen Bereich, Diagnostik, Werkstatt, Ergotherapie und Physiotherapie | Gute Netzwerkarbeit | | |
| 12 | 273 | Sensibilisierung für neue Methoden | Sensibilisierung | | |

Anlage XII. Kodierung Frau F.

| Nr. | Zeile | Paraphrase | Generalisierung | Kategorie | Reduktion |
|-----|-------|--|---|-----------|--|
| 1 | 51 | Da die Anzahl an Demenzerkrankten steigt, ist es wichtig, auch an Fortbildungen teilzunehmen und im Bereich der Pflege geschult zu werden. | Weiterbildung in unterschiedlichen Bereichen | 1 | Klientenbezogene Bedarfe (6) |
| 2 | 61 | Es müssen noch mehr individuelle Angebote für Demenz erkrankte angeboten werden. | Ideen werden geäußert | 2 | Visionen und Ideen der Experten aus sozialpädagogischer Sicht (2,5) |
| 3 | 57 | Es wird seit neustem mit der Tecklenburger Biografie Methode (TBM) gearbeitet, um die individuellen Wünsche der Klienten zu erfassen | Bedürfnisse ermitteln | 3 | Sozialpädagogische Bedarfe (1) |
| 4 | 105 | Wissen und Erfahrung im Umgang mit dem Klientel fehlt | Wissen und Erfahrung fehlt | 4 | Aktueller Umgang mit Klienten in stationären Einrichtungen (Ist-Stand) (3,4) |
| 5 | 127 | Es fehlen Einrichtungen für älter werdende Menschen mit geistiger Behinderung | Es sollte mehr Einrichtungen für das Klientel geben | 5 | Multiprofessionelles Arbeiten (7) |
| 6 | 154 | Bedürfnisse der Klienten ernst nehmen | Bedürfnisse ernst nehmen | | |
| 7 | 195 | Zusammenarbeit mit Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) & Ärzten | Bereichsübergreifende Zusammenarbeit | | |

Anlage XIII. Kodierung Herr M.

| Nr. | Zeile | Paraphrase | Generalisierung | Kategorie | Reduktion |
|-----|-------|--|--|-----------|--|
| 1 | 68 | Alltagsabläufe sollen gleichbleibend beibehalten werden, Ankerpunkte setzen | Gleichbleibende Alltagsstruktur der Klienten beibehalten | 1 | Klientenbezogene Bedarfe (1,4) |
| 2 | 181 | Gelungene Tagesstruktur schaffen, um demenziell erkrankte Klienten zu begleiten | Zukunftsorientierte Begleitung | 2 | Visionen und Ideen der Experten aus sozialpädagogischer Sicht (2) |
| 3 | 137 | Fortbildungen für alle Mitarbeiter | Sozialpädagogische Weiterbildungen | 3 | Sozialpädagogische Bedarfe (3,6) |
| 4 | 120 | Intensive und enge Begleitung im Alltag | Intensive Begleitung der Klienten | 4 | Aktueller Umgang mit Klienten in stationären Einrichtungen (Ist-Stand) (5,7) |
| 5 | 130 | Wohnortwechsel, aufgrund von nicht vorhandener Rundum Betreuung (kein 24 Stunden Dienst) | Wechsel des Wohnortes | 5 | Multiprofessionelles Arbeiten (8) |
| 6 | 86 | Tecklenburger Biografie Methode (TBM) frühzeitig anwenden | Bedürfnisse frühzeitig Ermitteln | | |
| 7 | 106 | Neuland für Fachkräfte, da Klienten mit genannten Doppeldiagnosen jetzt erst in den Einrichtungen ankommen. | Neuland für Fachkräfte | | |
| 8 | 155 | Multiprofessionelle Zusammenarbeit ist wichtig, um einen Austausch mit Fachkräften und Institutionen zu gewährleisten. | Regelmäßiger Austausch | | |

Anlage XIV. Kodierung Herr P.

| Nr. | Zeile | Paraphrase | Generalisierung | Kategorie | Reduktion |
|-----|-------|---|--|-----------|--|
| 1 | 36 | Klienten müssen die Wohngruppe wechseln, wenn sich der Betreuungszustand stark ändert | Wechsel des Wohnortes | 1 | Klientenbezogene Bedarfe (2,5) |
| 2 | 43 | Alltäglicher Rhythmus und Vorlieben sollen beibehalten werden (schwimmen, etc.) | Alltäglichen Rhythmus der Klienten beibehalten | 2 | Visionen und Ideen der Experten aus sozialpädagogischer Sicht (8) |
| 3 | 66 | Tecklenburger Biografie Methode (TBM) soll weiter bei allen Klienten frühzeitig angewandt werden | Bedürfnisse frühzeitig ermitteln | 3 | Sozialpädagogische Bedarfe (3,4,7) |
| 4 | 61 | Fortbildungen für alle Mitarbeiter und nicht nur vereinzelt | Weiterbildung Teamübergreifend | 4 | Aktueller Umgang mit Klienten in stationären Einrichtungen (Ist-Stand) (1,6) |
| 5 | 80 | Klienten sollen ein alltägliches Leben weiterführen, mit mehr Unterstützung ohne Besonderheiten | Intensive Begleitung der Klienten | 5 | Multiprofessionelles Arbeiten (9) |
| 6 | 85 | Medizinische Versorgung kann/darf ab einem bestimmten Grad (Infusion, etc.) nicht vom pädagogischen Personal geleistet werden | Grenzen bei der Versorgung | | |
| 7 | 98 | Fachpersonal und Stunden fehlen in der Betreuung der Klienten | Mangel an Personal und Stundenkontingent | | |
| 8 | 142 | Möglichkeiten schaffen, um Klienten in ihrem gewohnten Umfeld alt werden zu lassen | Gewohntes Umfeld beibehalten | | |
| 9 | 151 | Multiprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzten | Vernetzung ist wichtig | | |

Anlage XV. Kodierung Herr K.

| Nr. | Zeile | Paraphrase | Generalisierung | Kategorie | Reduktion |
|-----|-------|---|--|-----------|--|
| 1 | 28 | Wohnortwechsel aufgrund pflegerischer und räumlicher Gegebenheiten | Wohnortwechsel | 1 | Klientenbezogene Bedarfe (4,5,8) |
| 2 | 47 | Vorlieben ermitteln durch Tecklenburger Biografiemethode | Ermittlung von individuellen Vorlieben | 2 | Visionen und Ideen der Experten aus sozialpädagogischer Sicht (5) |
| 3 | 72 | Enge Zusammenarbeit mit der Werkstatt | Multiprofessionelle Zusammenarbeit | 3 | Sozialpädagogische Bedarfe (7,10) |
| 4 | 85 | Klienten benötigen Ruhephasen und die Möglichkeiten sich Zeit zu nehmen | Selbstbestimmt entscheiden dürfen | 4 | Aktueller Umgang mit Klienten in stationären Einrichtungen (Ist-Stand) (1,2) |
| 5 | 94 | Neue Konzepte müssen erarbeitet werden | Neue Konzepte | 5 | Multiprofessionelles Arbeiten (3,9) |
| 6 | 93 | Individueller Umgang mit den Bedürfnissen der einzelnen Klienten | Individueller Umgang | | |
| 7 | 163 | Mehr Fachpersonal und Zeit für Klienten mit erhöhtem Betreuungsbedarf | Mehr Fachpersonal | | |
| 8 | 150 | Es fehlt an Ganztagsbetreuungen für die Klienten | Gesicherte Ganztagsbetreuung | | |
| 9 | 184 | Zusammenarbeit mit Ärzten | Netzwerkarbeit | | |
| 10 | 202 | Für Mitarbeiter ohne Fachausbildung bedarf es speziellen und regelmäßigen Fortbildungen | Regelmäßige Weiterbildung für Quereinsteiger | | |

Anlage XVI. Kodierung Frau N.

| Nr. | Zeile | Paraphrase | Generalisierung | Kategorie | Reduktion |
|-----|-------|--|--|-----------|--------------------------------------|
| 1 | 41 | Festhalten von Erlerntem | Förderung und Beibehalten von Fähigkeiten | 1 | Klientenbezogene Bedarfe (1,6) |
| 2 | 112 | Festes Personal wird benötigt | Änderung der personellen und strukturellen Rahmenbedingungen | 2 | Visionen und Ideen (2,5,7) |
| 3 | 59 | Teilnahme an Fortbildungen, „Aufrüsten“ von Handwerkszeug („Methodenkoffer“) | Aneignen von Kompetenzen in Form von Fort- und Weiterbildungen, Handlungsspielraum erweitern | 3 | Sozialpädagogische Bedarfe (2,3,7) |
| 4 | 48 | Austausch im Team findet statt | Transparenz innerhalb des Teams | 4 | Aktueller Umgang (Ist-Stand) (4,6,8) |
| 5 | 122 | Austausch mit Facharzt und weiteren Experten | Austausch mit unterschiedlichen Experten | 5 | Multiprofessionelles Arbeiten (5) |
| 6 | 64 | Frühere Erinnerungen (Musik) erwecken | Anknüpfung an Biografiearbeit | | |
| 7 | 90 | Es ist zu wenig Zeit vorhanden. | Zeitkontingent ist ausbaufähig | | |
| 8 | 95 | Thematik findet sich nicht in der Konzeption wieder | Konzeption befindet sich nicht auf aktuellen Stand | | |

Anlage XVII. Kodierung Herr B.

| Nr. | Zeile | Paraphrase | Generalisierung | Kategorie | Reduktion |
|-----|-------|--|---|-----------|-------------------------------------|
| 1 | 72 | Bewohner haben lebenslanges Wohnrecht im Wohnverbund | Rechte der Bewohner beachten | 1 | Klientenbezogene Bedarfe (1) |
| 2 | 79 | Fehlen der Tagesbetreuung für berentete Bewohner | Unzureichende strukturelle Rahmenbedingungen | 2 | Visionen und Ideen (2,3,7,8) |
| 3 | 70 | Veränderung des Konzeptes für adäquate Betreuung | Änderung von Rahmenbedingungen (Konzeption) | 3 | Sozialpädagogische Bedarfe (3,7,8) |
| 4 | 28 | Bisher kein Auftreten von Down-Syndrom und Demenz, somit keine Erfahrungen. Zukünftig möglich. | Aktuell keine Doppeldiagnosen. Voraussichtliche Tendenz in Zukunft. | 4 | Aktueller Umgang (Ist-Stand) (4) |
| 5 | 62 | Bei Auftreten würde intensiv beobachtet werden und Austausch im Team stattfinden | Beobachtung und Beratung innerhalb des Expertenteams | 5 | Multiprofessionelles Arbeiten (5,9) |
| 6 | 74 | Unzureichend geschulte Mitarbeiter | Unqualifiziertes Personal | | |
| 7 | 86 | Flexibilität des Teams und Lust auf Veränderungen | Veränderungen in den Arbeitsbedingungen | | |
| 8 | 85 | Wichtiger Aspekt ist Weiterbildung | Erweiterung von Fachwissen und Handlungsmöglichkeiten | | |
| 9 | 89 | Austausch mit externen Bereichen (innerhalb des Caritasverbandes) | Beratung durch verschiedenste Professionen | | |

Anlage XVIII. Kodierung Frau W.

| Nr. | Zeile | Paraphrase | Generalisierung | Kategorie | Reduktion |
|-----|-------|--|--|-----------|--|
| 1 | 137 | Gewohntes Umfeld & Rituale sind von hoher Bedeutung | Beibehaltung von festen Rahmen | 1 | Klientenbezogene Bedarfe (1,4) |
| 2 | 84 | Integration verschiedenster Ausbildungsgruppen in den Einrichtungen sowie Eröffnung spezifischer Wohngruppen/Einrichtungen | Änderung von strukturellen und personellen Rahmenbedingungen | 2 | Visionen und Ideen (2,5,10) |
| 3 | 212 | Zukunftsorientiertes Handeln und Sicherheit für Bewohner und Mitarbeiter bieten (Sterbe- und Trauerbegleitung) | Weiterbildung | 3 | Sozialpädagogische Bedarfe (2,3,8,10) |
| 4 | 109 | Biografiearbeit z.B. durch visuelle, bekannte Reize (Fotos) | Verankerung von Gewohntem | 4 | Aktueller Umgang (Ist-Stand) (1,6,7,9) |
| 5 | 201 | Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Logopäden, Beratungsmöglichkeiten installieren | Eine feste Auswahl von Experten zur Unterstützung | 5 | Multiprofessionelles Arbeiten (5) |
| 6 | 42 | Unklarheiten traten auf, da Symptomatik bei der Vielzahl der Bewohner spontan und plötzlich auftrat | Unsicherheit bei Mitarbeitern durch fehlendes Fachwissen | | |
| 7 | 79 | Auszug einer Bewohnerin wegen nicht ausreichend qualifiziertem Pflegepersonal | Auszug von Bewohnerin als Konsequenz | | |
| 8 | 123 | Wunsch nach festen, kontinuierlichem Personal | Änderung von Rahmenbedingungen | | |
| 9 | 156 | Pflege hat einen höheren Stellenwert eingenommen, Aufgabenfelder der Mitarbeiter haben sich verändert | Änderungen der Arbeitsbedingungen und Aufgaben | | |
| 10 | 184 | Höhere Personaldichte und Zeit | Änderung von Rahmenbedingungen | | |

Anlage XIX. Kodierung Frau T.

| Nr. | Zeile | Paraphrase | Generalisierung | Kategorie | Reduktion |
|-----|-------|--|---|-----------|------------------------------------|
| 1 | 31 | Vertraute Umgebung und Rituale nehmen Wichtigkeit ein | Beibehaltung von festem Rahmen/Struktur | 1 | Klientenbezogene Bedarfe (1,6) |
| 2 | 90 | Spezielle Gruppe für Menschen mit Doppeldiagnose im direktem Umfeld (Gleichbleibende Einrichtung) | Änderung der strukturellen Rahmenbedingungen, Eröffnung einer spezifischen Wohngruppe | 2 | Visionen und Ideen (2,4,5,7) |
| 3 | 122 | Austausch mit Facharzt und weiteren Experten | Austausch mit verschiedensten Experten | 3 | Sozialpädagogische Bedarfe (5) |
| 4 | 112 | Tagesangebot vor Ort wäre Vorteilhaft | Ortsansässige Tagesbetreuung von Vorteil | 4 | Aktueller Umgang (Ist-Stand) (3,6) |
| 5 | 152 | Verpflichtende Fortbildungen für Nichtfachkräfte wären von Vorteilen (Wissenserweiterung & Handlungsmöglichkeiten) | Änderungen der Rahmenbedingungen | 5 | Multiprofessionelles Arbeiten (3) |
| 6 | 188 | Bezugsbetreuungssystem gibt Bewohnern Struktur und Sicherheit | Sicherheit für Bewohner | | |
| 7 | 215 | Austausch von verschiedenen Professionen mit dem Team würde Arbeit erleichtern | Interaktionen von verschiedenen Fachrichtungen zur Arbeitserleichterung | | |

Anlage XX. Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung zur Bachelor-Thesis

Hiermit versichern wir, die Bachelorarbeit selbstständig und lediglich unter Benutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben.

Wir erklären weiterhin, dass die vorliegende Arbeit noch nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.

Ebens den, 14.02.17 
Sarah Gröning  Jule Rudolph