

Vorlage-Nr. 14/2410

öffentlich

Datum: 19.01.2018
Dienststelle: Stabsstelle 70.30
Bearbeitung: Herr Wagner

Sozialausschuss	27.02.2018	Kenntnis
Ausschuss für Inklusion	08.03.2018	Kenntnis

Tagesordnungspunkt:

Tagungsdokumentation zum Thema Wohnformen für gehörlose und taubblinde Menschen

Kenntnisnahme:

Der Ausschuss nimmt die Ausführungen zu der im November 2017 erschienenen Tagungsdokumentation "Wie möchten gehörlose und taubblinde Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen wohnen?" zur Kenntnis.

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK):

Diese Vorlage berührt eine oder mehrere Zielrichtungen des LVR-Aktionsplans zur Umsetzung der BRK.

ja

Gleichstellung/Gender Mainstreaming:

Diese Vorlage berücksichtigt Vorgaben des LVR-Aktionsplanes für Gleichstellung, Familienfreundlichkeit und Gender Mainstreaming.

nein

Finanzielle Auswirkungen auf den Haushalt (Ifd. Jahr):

Produktgruppe:

Erträge:

Veranschlagt im (Teil-)Ergebnisplan

Aufwendungen:

/Wirtschaftsplan

Einzahlungen:

Veranschlagt im (Teil-)Finanzplan

Auszahlungen:

/Wirtschaftsplan

Bei Investitionen: Gesamtkosten der Maßnahme:

Jährliche ergebniswirksame Folgekosten:

Die gebildeten Budgets werden unter Beachtung der Ziele eingehalten

In Vertretung

L e w a n d r o w s k i

Worum geht es hier?

In leichter Sprache

Manche Menschen können nicht hören.
Und nicht sehen.
Diese Menschen sind taub-blind.
Sie brauchen besondere Unterstützung.



Der LVR hat im Juni 2016 eine Tagung veranstaltet.
Gemeinsam mit der Universität Köln.
Und taub-blinden Menschen und ihren Unterstützern.

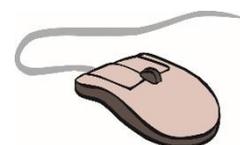
Es ging um die Frage:
Wie möchten gehör-lose und taub-blinde Menschen wohnen?

Alle Ergebnisse der Tagung stehen jetzt in einem Bericht.
Der Bericht selbst ist in schwerer Sprache.

Haben Sie Fragen zu diesem Text?
Dann können Sie beim LVR in Köln anrufen:
0221-809-6153



Viele Informationen zum LVR in leichter Sprache
finden Sie hier:
www.leichtesprache.lvr.de



Der Zusatztext in leichter Sprache soll zum einen die Verständlichkeit der Vorlage insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten konkret verbessern, zum anderen für die Grundsätze der Zugänglichkeit und Barrierefreiheit im Bereich Information und Kommunikation im Sinne der Zielrichtungen 6 und 8 des LVR-Aktionsplans zur UN-Behindertenrechtskonvention sensibilisieren.

Mit der Telefonnummer 0221-809-6153 erreicht man die zentrale Stabsstelle Inklusion und Menschenrechte (00.300). Sie gibt oder vermittelt bei Bedarf gern weitere Informationen. Bilder: © Reinhild Kassing.

Zusammenfassung:

Das Dezernat Soziales führte am 27. Juni 2016 eine Fachtagung mit dem Titel „Wie möchten gehörlose und taubblinde Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen wohnen?“ durch. Die Tagungsdokumentation ist im November 2017 erschienen.

Sie ist im Internet über die LVR-Seite

http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/aktuelles_und_service/dokumente/tagungs-dokumentationen/17_4027_barrierefrei_Dokumentation_Gehoerlose_und_Taubblinde.pdf abrufbar sowie dieser Vorlage als Anlage beigelegt.

Diese Vorlage berührt die Zielrichtung „Z2 Die Personenzentrierung im LVR weiterentwickeln“ des LVR Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Begründung der Vorlage Nr. 14/2410:

Der Landschaftsausschuss hat in seiner Sitzung am 25. September 2015 den Antrag 14/107 „Bericht über geeignete Wohnformen für taubblinde Menschen“ beschlossen und die Verwaltung damit beauftragt, „bisherige geeignete Wohnformen und Beschäftigungsformen für taubblinde Menschen sowie deren spezifischen Unterstützungsbedarf und mögliche neue Modelle in einer Berichtsvorlage vorzustellen“.

Dies erfolgte mit der Vorlage 14/1616 „Bericht über geeignete Wohnformen für Menschen mit Taubblindheit/Hörsehbehinderung“ sowie dem Vortrag von Prof. Dr. Thomas Kaul von der Universität zu Köln zu den Ergebnissen des Forschungsprojekts „Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen“ am 07. November 2016 im Sozialausschuss.

Das Dezernat Soziales hatte am 27. Juni 2016 im Rahmen der LVR-Veranstaltungsreihe „Hilfen aus einer Hand“ in einer Kooperationsveranstaltung mit der Universität zu Köln die Projektergebnisse vorgestellt und diskutiert.

Es wurde eine Tagungsdokumentation erstellt, die im November 2017 gedruckt sowie digital als barrierearme pdf-Datei veröffentlicht wurde (Anlage). Die gedruckten Exemplare enthalten einen Braille-Einleger mit einem Hinweis auf den Speicherort der digitalen Version: *www.lvr.de, Soziales, Aktuelles und Service, Tagungsdokumentationen*

Als Direktlink:

http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/aktuelles_und_service/dokumente/tagungsdokumentationen/17_4027_barrierefrei_Dokumentation_Gehoerlose_und_Taubblinde.pdf

Die Tagungsdokumentation wurde nicht früher fertig gestellt, da der GKV-Spitzenverband das Forschungsprojekt im Rahmen des Modellprogramms nach § 45f. SGB XI gefördert hat und vor anderen Veröffentlichungen den Abschlussbericht der Universität zu Köln erhalten und abnehmen musste. Der Abschlussbericht ist hier verfügbar:

https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_c/Endbericht_Pflege_45_Typ-B_InWo-AB.pdf

Die im Rahmen der Recherchen und der Veranstaltung entstandenen Kooperationskontakte bestehen weiter. Aktuell wird ein ambulant unterstütztes Wohnprojekt für taubblinde Menschen in Köln entwickelt. Das Dezernat Soziales ist darüber mit der Stiftung taubblind leben und der Caritas Köln in einem guten Austausch.

In Vertretung

L e w a n d r o w s k i

WIE MÖCHTEN GEHÖRLOSE UND TAUBBLINDE MENSCHEN IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSLAGEN WOHNEN?

Kooperationsveranstaltung der Universität zu Köln
und des Landschaftsverbandes Rheinland
im Rahmen der Reihe „Hilfen aus einer Hand“

DOKUMENTATION

Projekt InWo – Innovative Wohnformen
für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen:
Präsentation und Diskussion der Ergebnisse

Gefördert vom GKV-Spitzenverband
im Rahmen des Modellprogramms
nach § 45f SGB XI



IMPRESSUM

Herausgeber

Landschaftsverband Rheinland
LVR-Dezernat Soziales
50663 Köln, Tel 0221 809-0
www.soziales.lvr.de

Redaktion

Lothar Flemming, Dr. Dieter Schartmann,
Sebastian Wagner

Layout und Druck

LVR-Druckerei, Integrationsabteilung,
Tel 0221 809-2418

Köln, September 2017

Inhalt

Vorwort	3
Begrüßungen und Einführungen	4
Vortrag	14
Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen (Dr. Thomas Glatz, Uwe Zelle)	
Bericht aus der Praxis:	48
Ambulant betreutes Wohnen im Franz-von-Sales-Zentrum für Gehörlose in Köln (Andrea Wieland)	
Bericht aus der Praxis	59
Kompetenzzentrum für gehörlose Menschen im Alter in Essen (Träger: Martineum gGmbH) (Anke Dieberg)	
Gesprächs- und Diskussionsrunde	65
Passende Unterstützungsangebote. Erfahrungen, Entwicklungsbedarfe und Ausblicke. Forderungen und Förderungen (Lothar Flemming, Prof. Dr. Thomas Kaul, Dieter Zelle, Irmgard Reichstein, Helmut Vogel, Andrea Wieland, Anke Dieberg, Moderation: Dr. Jürgen Wessel)	

Vorwort

„Wie möchten gehörlose und taubblinde Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen wohnen?“ lautete die Frage, zu der sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen einer Kooperationsveranstaltung des Landschaftsverbands Rheinland und der Universität zu Köln am 27. Juni 2016 austauschten.

Im Zentrum standen die Ergebnisse des Forschungsprojekts „Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen“ der Universität zu Köln, gefördert vom GKV-Spitzenverband.

Seit der Veranstaltung vor über einem Jahr ist viel passiert: Das Bundesteilhabegesetz wurde verabschiedet, Taubblindheit wird als Behinderung eigener Art anerkannt, es gibt nun das Merkzeichen TBl im Schwerbehindertenausweis, es gelten neue und höhere Einkommens- und Vermögensgrenzen in der Eingliederungshilfe, es wird Veränderungen bei den Assistenzleistungen geben.

Ich bin daher froh, dass wir diese Veranstaltung aufgezeichnet und nun – nachdem der Abschlussbericht des Projekts dem GKV-Spitzenverband vorgelegt wurde und dort verfügbar ist¹ – veröffentlicht haben. Die Ergebnisse des Projekts „Inwo“ und die Beiträge in der vorliegenden Dokumentation werden uns dabei helfen, Leistungen weiterzuentwickeln. Wir sehen einen Handlungsbedarf bei der Beratung über bestehende Unterstützungsangebote und bei der zielgruppenspezifischen Weiterentwicklung der Angebote durch spezialisierte Leistungserbringer.

Durch diese Fachveranstaltung sind für den LVR wichtige Kooperationskontakte entstanden oder vertieft worden. Mich freut, dass die in der Diskussionsrunde ausgesprochene Einladung zu einer „Klöppelrunde“ aufgegriffen und Prozesse angestoßen wurden. Weiterentwicklung braucht Partner. Daher möchte ich die Aussage erneuern, dass der LVR gerne bereit ist, mit interessierten Akteuren – Leistungserbringern, weiteren Leistungsträgern, taubblinden Menschen, Verbänden und Stiftungen – Gespräche zu führen, um sich über konkrete Unterstützungsmöglichkeiten auszutauschen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude und Anregung bei der Lektüre.



Dirk Lewandrowski
LVR-Dezernent Soziales

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_wohnen_45f/projekttyp_c/Endbericht_Pflege_45_Typ-B_InWo-AB.pdf

Begrüßungen und Einführungen

Dr. Dieter Schartmann



LVR-Dezernat Soziales
Veranstaltungsreihe „Hilfen aus einer Hand“

Universität
zu Köln

LVR
Qualität für Menschen

Wie möchten gehörlose und taubblinde Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen wohnen?

Kooperationsveranstaltung der Universität zu Köln und des
Landschaftsverbands Rheinland

Projekt InWo – Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und
taubblinde Menschen: Präsentation und Diskussion der Ergebnisse

Gefördert vom GKV-Spitzenverband im Rahmen des Modellprogramms nach § 45f SGB XI

GKV
Spitzenverband

<p>LVR-Dezernat Soziales Veranstaltungsreihe „Hilfen aus einer Hand“</p>	  
<p>Programm</p> <p>13:00 Uhr Anmeldung</p> <p>13:30 Uhr Begrüßung und Einführung Dirk Lewandrowski, Landesrat, LVR-Dezernat Soziales Prof. Dr. Thomas Kaul, Projektleiter, Universität zu Köln Dr. Jeannette Winkelhage, Forschungsstelle Pflegerversicherung des GKV-Spitzenverbandes</p> <p>14:00 Uhr Vortrag Vorgehen, Inhalte und Ergebnisse des Projekts „Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen – Ein mehrdimensionaler partizipatorischer Forschungsansatz zur Entwicklung kultur- sensibler Wohnmodelle“ Prof. Dr. Thomas Kaul, Dr. Andreas Glatz und Uwe Zelle, Universität zu Köln</p>	<p>15:00 Uhr Pause</p> <p>15:30 Uhr Berichte aus der Praxis Ambulant Betreutes Wohnen im Franz-von- Sales-Zentrum für Gehörlose in Köln Andrea Wieland Kompetenzzentrum für gehörlose Menschen im Alter in Essen (Träger: MARTINEUM gGmbH) Anke Dieberg, Andrea Huckemeier</p> <p>16:00 Uhr Gesprächs- und Diskussionsrunde „Passende Unterstützungsangebote. Erfahrungen, Entwicklungsbedarfe und Ausblicke, Forderungen und Förderungen“ Lothar Flemming, Prof. Dr. Thomas Kaul, Dieter Zelle, Irmgard Reichstein, Helmut Vogel, Andrea Wieland, Anke Dieberg, Andrea Huckemeier Moderation: Dr. Jürgen Wessel, Universität zu Köln</p> <p>Ca. 17:00 Uhr Ende der Veranstaltung</p>

Dr. Schartmann²: Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, nach dem gestrigen triumphalen Erfolg unserer Fußballnationalmannschaft freue ich mich, dass wir heute ein weiteres Highlight haben, und zwar unsere Veranstaltung zum Thema: Wie möchten gehörlose und taubblinde Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen wohnen?

Ich begrüße Sie recht herzlich zu unserer Fachtagung heute Nachmittag und freue mich sehr, dass Sie den Weg zu uns nach Köln gefunden haben. Mein Name ist Dieter Schartmann und ich freue mich, Sie heute durch das Programm führen zu dürfen. Das wird mir ein Leichtes sein, denn das Programm ist so interessant und so vielfältig, dass wir alle sicherlich einen sehr spannenden und sehr erkenntnisreichen Nachmittag erleben werden. Das Programm ist allerdings nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich sehr anspruchsvoll und daher wird es eine meiner vornehmsten Aufgaben sein, ein sehr hartnäckiger Zeitwächter zu sein und dafür zu sorgen, dass Sie auch Ihre wohlverdienten Pausen bekommen werden.

Ich möchte daher auch keine langen Vorreden halten, denn dem wichtigen Thema entsprechend haben wir zunächst drei Grußworte für Sie vorgesehen. Ich bitte zunächst Herrn Lewandrowski, unseren Landesrat als Hausherrn, danach Herrn Professor Kaul von der Universität zu Köln und Frau Winkelhage von der Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes ans Mikrofon.

² Der Ton wurde mitgeschnitten und die Beiträge transkribiert. Der Stil der gesprochenen Sprache wurde bewusst beibehalten. Zur besseren Lesbarkeit wurde der Text lediglich etwas geglättet.

Dirk Lewandrowski



Lewandrowski: Lieber Herr Doktor Schartmann, meine sehr verehrten Damen und Herren, es obliegt mir, Sie kurz zu begrüßen und sagen, dass ich sehr froh bin, dass wir heute in dieser wunderbaren Kooperation zusammenkommen. Ein bisschen formal am Anfang, aber das mache ich sehr gerne. Ich begrüße die Landtagsabgeordnete Frau Grochowiak-Schmieding, ich begrüße die Mitglieder der Landschaftsversammlung, ich begrüße natürlich Herrn Professor Kaul ganz herzlich, die Vertreter der Uni Köln, die Vertreter der freien Wohlfahrtspflege, Herrn Vogel, Herrn Zelle und die weiteren Vertreter der Stiftungen und Betroffenenverbände – wie ich sehe, eine bunte Mischung und ich bin auch sehr froh, dass wir dieses Interesse hier haben wecken können.

Der Landschaftsverband Rheinland ist in der Tat mit diesem Thema jetzt etwas näher in Berührung gekommen, nachdem es jahrelang nicht unbedingt im direkten Fokus stand. Auch das darf man sicherlich sagen, wir fangen nicht bei null an, allerdings sind wir auch von unserer politischen Vertretung noch einmal etwas spezieller angestoßen worden, uns damit näher zu befassen. Und wenn man erst einmal nachfragt, um welchen Personenkreis, um wie viele Menschen handelt es sich denn, da mussten wir für uns einsehen, wir erfassen Taubblindheit nicht als eigenes Kriterium. Das heißt wir konnten jetzt nicht feststellen, wie viele ambulant betreute Wohnformen wir haben, wie viele Menschen im Leistungsbezug sind.

Das konnten wir jetzt nicht per Knopfdruck einfach feststellen, welcher Personenkreis überhaupt betroffen ist. Es reicht ja eben nicht, die Schnittmenge festzustellen, zwischen denen, die zum Beispiel Leistungen erhalten. Die das Blindengeld erhalten oder als hörgeschädigt gelten, sondern wir haben es ja hier mit einer besonderen Kombination zu tun. Als wir merkten, wir kommen mit den eigenen Bordinstrumenten nicht sofort weiter, sind meine Mitarbeitenden dann eben in Gespräche getreten mit Anbietern, mit Stiftungen, mit Gesellschaften. Man hat eine ganze Menge versucht herauszufinden und knapp sechs Kilometer weiter wurde man dann fündig: „Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen, mehrdimensionaler, partizipatorischer Forschungsansatz zur Entwicklung kultursensibler Wohnmodelle, Kurztitel Projekt InWo“.

Herr Professor Kaul, als Projektleiter, wir sind sehr froh, dass wir Sie gefunden haben, wir sind sehr froh, dass wir gesagt haben, lassen Sie uns an der Stelle etwas Gemeinsames vorbringen. Ich bin sehr stolz darauf, dass wir das hier heute versuchen und die Zusammenarbeit soll hier und heute sicherlich nicht enden. Lassen Sie mich, wir sind dazu gehalten, kurz zu sein, zwei Sachen aber noch kurz zu Beginn erwähnen. Leistungen für Menschen mit Behinderungen sind im Moment politisch in aller Munde durch Gesetzesvorhaben sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene. Der Landtag von Nordrhein-Westfalen hat vor 14 Tagen das Inklusionsstärkungsgesetz beschlossen mit wesentlichen Änderungen, die damit einhergehen. Die Landschaftsverbände sind natürlich in besonderer Weise davon betroffen.

Es ist sicherlich ein – wenn er denn auch befolgt wird – wegweisender Schritt für Menschen mit Behinderungen in diesem Bundesland. Zum anderen, das Bundesteilhabegesetz, morgen soll das Bundeskabinett über den Entwurf beschließen. Den Referentenentwurf kennen wir seit Ende April. Dort auch ein, wie man so gerne sagt, ein Jahrhundertwerk, eine sehr wegweisende Reform, die vor allen Dingen das ganze Recht der Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgerecht, aus dem Sozialhilferecht hinüberführt – mit einigen Problemen. Wir sind sehr gespannt, wie wir abschließend das Gesetz werden bewerten können, so es denn kommt.

Und in dem Zusammenhang zurück zu unserem Thema. Man wundert sich ja schon, warum es politisch so schwierig ist, einzusehen, dass es etwas Anderes ist, ob man einfach, in Führungsstrichen wohl bemerkt, nur blind oder nur gehörschädigt ist, und warum es so schwierig zu sein scheint, ein Merkzeichen auch im Schwerbehindertenrecht einzuführen, was mit TBL genau eben die Wechselwirkung und das Spannungsfeld beschreibt. Jedem, ich habe das die letzten Tage in der Familie gemacht, im Freundeskreis, im Vorgriff auf unsere Veranstaltung, mit jedem, auch Laien, mit dem Sie darüber reden, dem leuchtet ein, dass es doch in der Wechselwirkung verstärkend ist, wenn man sowohl taub wie blind ist. Es ist nicht die Summe von zwei Beeinträchtigungen. Warum man dafür immer noch kämpfen muss, wir sprache

chen gerade schon drüber, es ist offensichtlich noch nötig. Im Referentenentwurf zumindest zum Bundesteilhabegesetz wollte man noch nicht auf die Taubblindheit als eigenes Merkzeichen eingehen, mal schauen, ob der Kabinettsentwurf morgen vielleicht schon etwas Anderes bringt.

Die Diskussion geht weiter, der LVR ist da auf jeden Fall ein stetiger Mitstreiter und ich wünsche uns allen viel Spaß heute bei der Veranstaltung, herzlichen Dank.

Prof. Dr. Thomas Kaul



Prof. Kaul: Auch ich darf Sie alle recht herzlich begrüßen. Wir beschäftigen uns an der Universität zu Köln seit etwa zehn Jahren intensiv mit der Lebenssituation von gehörlosen Menschen im Alter und in dieser Forschungsarbeit ist uns das Thema Wohnen immer wieder neu begegnet. Das ist eine besondere Herausforderung, sich dieser Frage zu stellen, weil gehörlose Menschen natürlich eine sehr, sehr kleine Population gegenüber anderen Bevölkerungsgruppen sind und das auch bestimmte Herausforderungen an Wohnverhältnissen stellt.

Wir haben uns 2006 in einer größeren Studie, SIGMA, zur Situation gehörloser Menschen im Alter, mit dieser Fragestellung beschäftigt und haben aus dieser Perspektive heraus Kompetenzzentren mitgegründet, in denen wiederum das Thema Wohnen ein wichtiger Teilaspekt ihrer Arbeit ist und den beratenden Personen und den Fachkräften, die dort arbeiten, immer wieder begegnet. Die Ergebnisse des Projektes, auf die wir uns heute beziehen, stellen das Thema Gehörlosigkeit im Alter und

taubblinde Menschen in den Vordergrund. Das ist uns ein ganz wichtiger Aspekt. Wir haben 2013 eine Studie für das Land Nordrhein-Westfalen durchgeführt zur Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Hörschädigung und da ist ein Schwerpunkt unter anderem die Lebenssituation von taubblinden Menschen gewesen.

Herr Lewandrowski hat ja schon auf die Besonderheit dieser Zielgruppe hingewiesen und da ist auch deutlich geworden, dass selbstständiges Wohnen für diese Zielgruppe eine ganz besondere Herausforderung ist. Auch die Ergebnisse von der Studie, die durch die Stiftung taubblind leben - aufklären, finden und inkludieren. Da ist es noch einmal sehr dramatisch deutlich geworden, dass die Lebenssituation, die Wohnsituation von taubblinden Menschen ein ganz wichtiges Thema ist und dass das einmal aufgegriffen werden muss. Wir waren deshalb außerordentlich froh, dass der Spitzenverband der GKV im Rahmen seines Modellprogramms zur Entwicklung neuer Wohnformen unserem Antrag auf Förderung zugestimmt hat. Frau Doktor Winkelhage wird ja gleich noch etwas dazu sagen. Was wichtig ist, oder was uns wichtig ist, dass wir einen partizipativen Forschungsansatz verfolgen.

Das bedeutet, dass wir intensiv mit gehörlosen und taubblinden Menschen kooperieren, sowohl was Fragestellungen betrifft, aber auch im Forschungsfeld selbst und ganz wichtig, wir haben auch Mitarbeitende in den Projekten, die selbst betroffen sind. Sie werden gleich Herrn Zelle kennenlernen, der über das Projekt berichtet. Das entspricht einem wichtigen Gedanken der UN-Behindertenrechtskonvention: nicht über uns ohne uns. Aufgrund unserer langjährigen Erfahrung in der Forschung zur Lebenssituation hörgeschädigter Menschen war uns bewusst, dass dies in besonderem Maß für das hier vorliegende Projekt gilt und dass das nur in ganz enger Kooperation mit den Betroffenen selbst und ihren Verbänden erfolgen kann. Wir konnten deswegen, soweit wir das hier einschätzen können, erstmalig die Perspektive gehörloser und taubblinder Menschen zu dieser Thematik umfassend erheben.

Der Titel der heutigen Veranstaltung betont diesen Gedanken. Wie möchten gehörlose und taubblinde Menschen wohnen und nicht wie sollen sie wohnen. Die Förderungsdauer von gut einem Jahr war für uns eine sehr große Herausforderung, insbesondere vor dem Hintergrund, dass wir einen partizipativen Forschungsansatz verfolgten. Das betrifft nämlich die Datenerhebung, die äußerst komplex war, auf allen Ebenen gehörlose Menschen auch im Alter und taubblinde Menschen erreichen zu können und die Daten zu erheben und entsprechend auszuwerten. Deswegen möchte ich mich stellvertretend für die breite Unterstützung aus den Reihen der gehörlosen und taubblinden Menschen, insbesondere auch bei Herrn Vogel als Vertreter des Deutschen Gehörlosenbundes, bei Herrn Zelle, als Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der Taubblinden, bei Herr Gräfen von Leben mit Usher und natürlich auch bei Frau Reichstein von der Stiftung taubblind leben, bedanken.

Ohne deren fachliche und ideelle Unterstützung hätte dieses Vorhaben nicht hätte realisiert werden können. Und Herr Lewandrowski hat es ja schon gesagt, Anfang des Jahres, also ungefähr zur Mitte der Projektlaufzeit, erreichte uns dann eine E-Mail vom Landschaftsverband Rheinland, genauer genommen von Herrn Wagner, der auf das Thema noch einmal aufmerksam und das Interesse des Landschaftsverbandes deutlich gemacht hat. Wir sind natürlich genauso gerne in Kooperation mit Ihnen gekommen, wie Sie das mit uns gekommen sind und das ist ein ganz wichtiger Partner, glaube ich, in dieser Fragestellung und so kam dann auch die Idee für eine gemeinsame Veranstaltung, die wir also heute hier durchführen wollen. Und dafür möchte ich mich noch einmal ganz deutlich bei Ihnen, Herr Lewandrowski, bedanken, aber auch bei Herrn Wagner und bei Herrn Flemming für diese wirklich hervorragende Kooperation und hohe Kompetenz auch in der Vorbereitung.

Wir hoffen dann auch, letztendlich zum erfolgreichen Abschluss zu kommen bei dieser Veranstaltung. Nicht zuletzt auch bei Herrn Doktor Schartmann, der die Veranstaltung eingebunden hat. Ich gucke gerade, wo er ist, ach da ist er, Hilfen aus einer Hand, das freut uns auch sehr, dass das in diese Reihe mit aufgenommen werden konnte und das ist, glaube ich, ein ganz gutes Motto für unsere Kooperation. Uns war wichtig, dass am heutigen Tage Fachleute aus der Praxis zu Wort kommen. Wir freuen uns deshalb, dass Frau Dieberg, Frau Huckemeier ist leider krank, uns vom Kompetenzzentrum in Essen für gehörlose Menschen im Alter berichten wird und Frau Wieland vom Franz-von-Sales-Zentrum für Gehörlose in Köln wird ebenfalls über ihre Erfahrungen in diesem Arbeitsfeld berichten.

Ich freue mich auch, dass die Veranstaltung auf ein breites Interesse von Teilnehmerinnen und Teilnehmern gestoßen ist und auch hier insbesondere auf gehörlose Menschen, auf taubblinde Menschen, schwerhörige Menschen mit ihren unterschiedlichen Kommunikationsbedürfnissen. Sie sehen das heute hier, Gebärdensprachdolmetscher, Taubblindenassistent, Schriftdolmetscher, das heißt also, die Barrierefreiheit des kommunikativen Bereichs, hoffen wir, ist gesichert. Und hoffen, dass das auch beiträgt zu einem erfolgreichen Abschluss dieser Veranstaltung. Vielleicht zum Abschluss noch ein ganz kurzer Hinweis. Wir sind schon mehrfach darauf angesprochen worden, ob wir eine Präsentation sozusagen zur Verfügung stellen können oder was Schriftliches. Das müssen wir noch abwarten, bis der Abschlussbericht formuliert worden ist und der muss natürlich vom GKV-Spitzenverband natürlich erst einmal akzeptiert werden und dann wird dieser Abschlussbericht sicherlich auf der Homepage des GKV zu diesem Modellvorhaben vermutlich dann auch abrufbar sein. Ich wünsche Ihnen eine interessante und informationsreiche Veranstaltung und auch ein wenig Freude dabei.

Dr. Jeannette Winkelhage



Dr. Winkelhage: Auch ich begrüße Sie recht herzlich und auch ich freue mich sehr, dass die Ergebnisse des Projektes InWo der Universität zu Köln heute hier in diesem Rahmen erstmals vorgestellt werden. Bevor dies geschieht wurde ich gebeten, kurz ein paar Worte zum Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen nach § 45f SGB XI zu sagen.

Dieses Modellprogramm ist eines von drei Modellprogrammen, das die Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes derzeit betreut. Im Rahmen dieses Modellprogramms werden Projekte aus Wissenschaft und Praxis gefördert, die neue und innovative Wohn-, Pflege- und Versorgungsformen entwickeln beziehungsweise umsetzen. Es gibt insgesamt 38 Förderprojekte und eines davon ist das Projekt InWo der Universität zu Köln. Ich werde zunächst kurz auf die Ziele und Inhalte des Modellprogramms eingehen und anschließend ein paar Worte dazu sagen, warum wir das Projekt InWo der Uni Köln ausgewählt haben.

Was sind die Ziele des Modellprogramms? Im Allgemeinen geht es um die Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Neue Wohnformen, das sind neue Wohn- und Betreuungsformen, die eine Alternative beziehungsweise Ergänzung zur vollstationären Pflege darstellen, wie zum Beispiel ambulante WGs. In dem Modellprogramm haben wir uns zum Ziel gesetzt, die Vielfalt neuer Wohnformen zu berücksichtigen. Es geht also nicht nur um ambulante WGs, sondern auch um stationäre Hausgemeinschaften, betreutes Wohnen zu Hause, Quartierskonzepte

und vieles mehr. Ein sehr wichtiger Bestandteil des Programms ist die wissenschaftliche Evaluation, denn bisher gibt es kaum wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über neue Wohnformen für pflegebedürftige Menschen. Wir wollen untersuchen, welche Modelle sich als erfolgreich für die Praxis erweisen. Welche Kriterien sind uns dabei wichtig?

Zum einen sollen sich neue Wohnformen an den Bedürfnissen ihrer Nutzerinnen und Nutzer orientieren. Sie sollen eine qualitativ gute und sichere Versorgung und gleichzeitig aber auch mehr Selbstbestimmung gewährleisten. Sie sollen wirtschaftlich übertragbar und auch nachhaltig sein. Vor allem die Modelle, die sich als wirksam im Sinne der wissenschaftlichen Kriterien erweisen, haben eine Chance für die Umsetzung.

Das Modellprogramm hat insgesamt eine sehr große Resonanz gehabt. Es gab 232 Interessenbekundungen, von denen 54 Projekte ausgewählt wurden. Es werden 38 Projekte gefördert. Neben dem Projekt InWo gibt es weitere vier Wissenschaftsprojekte, die neue Wohnformen entwickeln und dabei auch die Rahmenbedingungen für bestimmte Zielgruppen analysieren. Es gibt 33 Praxisprojekte, die neue Wohnformen umsetzen und es gibt 16 Evaluationsprojekte, deren Erfahrungen in die Gesamtevaluation des Modellprogramms einfließen. Das Modellprogramm berücksichtigt die Vielfalt der verschiedenen Wohnformtypen. Es sind fast alle Bundesländer vertreten, am stärksten Nordrhein-Westfalen. Es gibt Projekte sowohl im städtischen als auch im ländlichen Raum und es werden verschiedene Nutzergruppen angesprochen. Neben älteren und pflegebedürftigen Menschen im Allgemeinen werden besondere Nutzergruppen wie zum Beispiel Migranten, sozial Benachteiligte oder Menschen mit bestimmten Indikationen wie Demenz, Multiple Sklerose oder auch gehörlose und taubblinde Menschen berücksichtigt.

Nachdem die Projekte im letzten Jahr gestartet sind, liegen uns die ersten Ergebnisse der Wissenschaftsprojekte jetzt vor, beziehungsweise werden uns bald vorliegen. Alle Ergebnisse werden genutzt, um Leistungen und Angebote für pflegebedürftige Menschen weiter zu entwickeln. Das bedeutet, die Ergebnisse fließen in einen Abschlussbericht ein, der Empfehlungen für die Praxis gibt. Er wird auch an das Bundesministerium für Gesundheit weitergegeben.

Nun möchte ich noch kurz ein paar Worte dazu sagen, warum wir das Projekt InWo ausgewählt haben. Wie schon Herr Prof. Kaul in seinem Grußwort gesagt hat, wird hier eine ganz besondere Nutzergruppe angesprochen und zwar die der pflegebedürftigen gehörlosen und taubblinden Menschen. Diese haben besondere kommu-

nikative Voraussetzungen, für die es bislang kaum spezifische Wohnangebote gibt. Die Nutzerorientierung wird in dem Projekt großgeschrieben. Das bedeutet, die potenzielle Zielgruppe wird konsequent einbezogen bei der Entwicklung eines Wohnkonzepts, das dann letztendlich den spezifischen Anforderungen dieser Zielgruppe gerecht werden soll. In diesem Sinne bin ich sehr gespannt auf die Ergebnisse.

Noch ein kleiner Hinweis: Informationen zu diesem und auch anderen Projekten, die die Forschungsstelle Pflegeversicherung betreut, finden Sie auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes. Dort gibt es unter anderem Projektposter, auf denen jedes Projekt im Modellprogramm zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen vorgestellt wird. Es gibt einen Infobrief, der halbjährlich erscheint. Außerdem finden Sie auf der Homepage auch den Jahresbericht, in dem sämtliche Aktivitäten der Forschungsstelle vorgestellt werden.

Ich bedanke mich recht herzlich und gebe an den nächsten Redner beziehungsweise an den Moderator weiter.

Moderation

Dr. Schartmann: Sehr geehrte Frau Doktor Winkelhage, sehr geehrter Herr Professor Kaul, Herr Lewandrowski, vielen Dank für Ihre sehr freundlichen Begrüßungsworte. Und ich bin mir sicher, dass wir im Laufe des heutigen Nachmittages einige Neuerkenntnisse erhalten werden über die Wohnwünsche von dieser Zielgruppe, über die wir gerade schon gesprochen haben.

Ich möchte darauf aufmerksam machen, vielleicht haben Sie das schon gesehen, dass wir eine Fotografin bei uns haben, Frau Zimmermann, die wird Fotos von dieser Veranstaltung machen. Ich hoffe, dass Sie da nichts dagegen haben und die Veranstaltung wird auch aufgenommen mit einem Tonmitschnitt. Die Veröffentlichung dieses Tonmitschnittes würden wir natürlich gerne mit Ihnen, Frau Doktor Winkelhage und Ihnen, Herrn Professor Kaul, vorher abstimmen. Wir machen das immer so mit allen Tagungsdokumentationen, dass wir das Ganze später veröffentlichen. Aber natürlich erst, nachdem auch der Projektbericht abgenommen ist.

Ein Garant für neue Erkenntnisse ist die Universität zu Köln, der Arbeitsbereich Pädagogik und Rehabilitation hörgeschädigter Menschen und ich freue mich auf Herrn Professor Doktor Kaul, Herrn Doktor Glatz und Herrn Zelle, die uns nun das Vorgehen, die Inhalte und Ergebnisse des Projektes Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen vorstellen werden. Meine Herren, wir freuen uns auf Ihren Vortrag.

Vortrag

Innovative Wohnformen für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen

Ein mehrdimensionaler Forschungsansatz zur Entwicklung kultursensibler Wohnmodelle





Universität
zu Köln



LVR
Qualität für Menschen

Wie möchten gehörlose und taubblinde Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen wohnen?

Kooperationsveranstaltung der Universität zu Köln
und des Landschaftsverbandes Rheinland
im Rahmen der Reihe „Hilfen aus einer Hand“

Projekt – Innovative Wohnformen
für pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose und taubblinde Menschen:

5/2015 – 6/2016

Gefördert im Rahmen
des Modellprogramms
nach § 45 (5) SGB XI


GKV
Spitzenverband

Präsentation und Diskussion
der Ergebnisse

Vorstellung der Akteure

- **Projekträger:**
GKV-Spitzenverband

Anwesend: Dr. Jeanette Winkelhage, Forschungsstelle des GKV-Spitzenverbandes

- **Projektnehmer:**

Universität zu Köln
Humanwissenschaftliche Fakultät
Arbeitsbereich Pädagogik und Rehabilitation hörgeschädigter Menschen

Leitung: Prof. Dr. Thomas Kaul, Frank Menzel

Team: Dr. Andreas Glatz, Uwe Zelle

Dr. Glatz: Ich grüße Sie. Mein Name ist Andreas Glatz. Ich arbeite in dem Team von Professor Kaul an der Uni Köln.

Uwe Zelle: Guten Tag, mein Name ist Uwe Zelle. Ich bin gehörlos und Usher-betroffen. Was das bedeutet, darauf werde ich gleich noch eingehen. Danke.

Dr. Glatz: Wir möchten Ihnen die Ergebnisse des Projekts InWo vorstellen und später auch mit Ihnen darüber diskutieren. Natürlich können wir nicht alle Ergebnisse vorstellen, die uns vorliegen. Den Rest davon kann man in dem Bericht nachlesen. Was ist das Ziel des Projekts? Es soll bezüglich der Zielgruppe gehörloser und taubblinder Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf mittels eines mehrdimensionalen, partizipativen Ansatzes ein Basiskonzept zu innovativen Wohnformen entwickelt werden.

Ziel des Projekts

Es soll bezüglich der Zielgruppe gehörloser / taubblinder Menschen mit Pflege-/ Betreuungsbedarf mittels eines mehrdimensionalen partizipativen Ansatzes ein Basiskonzept zu innovativen Wohnformen entwickelt werden.

Übersicht zu Methoden / Produkten

1. **Erhebung zu spezifischen Angeboten**
 - Quantitativ Angebote (n= 67, RLQ = 31,3%)
2. **Erhebung zu Vorstellungen von Betroffenen**
 - Qualitativ (narrative Interviews, 9 gehörlose & 9 taubblinde Menschen)
 - Quantitativ (n = 1087, 67 taubblinde, 1012 gehörlose & 8 sonstige Menschen)
 - postalisch (n = 86, RLQ = 37,4%)
 - online (n = 1001)
3. **Erhebung zu Vorschlägen von Experten** (qualitativ)
 - Fokusgruppe: Kommunikation und Kultur
 - Fokusgruppe: Demenz und Pflege
 - Fokusgruppe: Raumgestaltung und Barrierefreiheit
 - Fokusgruppe: Qualitätssicherung und Organisation
4. **Entwicklung eines Basiskonzeptes**

Uwe Zelle: Dazu würde ich gerne etwas ergänzen: Wir haben uns in diesem Projekt besonders mit zwei Zielgruppen beschäftigt, zum einem mit gehörlosen Menschen und auch mit taubblinden Menschen. Als gehörlose Menschen haben wir die betrachtet, die auch gebärdensprachlich sozialisiert und aufgewachsen sind. Personen, die sich also mit der Gehörlosenkultur identifizieren können. Die Gruppe der taubblinden Menschen ist sehr heterogen. Da findet man zum Beispiel Usher-1-Betroffene, wie mich, die eher gebärdensprachlich orientiert sind. Außerdem gibt es Usher-2-betrof-

fene Menschen, die sich lautsprachlich orientieren. Es gibt aber noch viele weitere Ursachen, die zu einer Taubblindheit führen. Aber diese beiden Zielgruppen haben wir besonders unter die Lupe genommen und im Folgenden werden wir darüber berichten.

Dr. Glatz: Ich möchte noch etwas beitragen zu der Frage: Warum eigentlich mehrdimensional-partizipativ? Erstens kommt die Fragestellung selbst von den Betroffenen. Zweitens werden nicht ausschließlich Experten befragt, sondern eben die Betroffenen selbst. Drittens ist es so, dass in unserem Projektteam eben auch Betroffene sind und viertens ist es so, dass wir Interessenverbände und Institutionen einbezogen haben.

Zum einen haben wir die Anbieter entsprechender Leistungen befragt und eine kleine quantitative Erhebung gemacht. Wir haben festgestellt, dass in Deutschland 67 Anbieter spezifische Leistung anbieten und damit auch ausdrücklich werben. Die Rücklaufquote der Erhebung war 31 Prozent, was ganz gut ist. Dazu haben wir eine Erhebung zur Vorstellung von Betroffenen gemacht. Einmal einen qualitativen Teil, den hat im Wesentlichen Herr Zelle gemacht. Es wurden neun gehörlose und neun taubblinde Menschen verschiedener Altersgruppen befragt. Dann einen quantitativen Teil, den habe im Wesentlichen ich gemacht. Wenn Sie mich vorher gefragt hätten, wie viele Leute wir erreichen, hätte ich gesagt, vielleicht 80.

Wir haben glücklicherweise 1087 Menschen erreicht und 1087 Fragebögen dazu vorliegen. 67 Taubblinde und 1012 Gehörlose. An dieser Stelle möchte ich mich dafür sehr bedanken, weil wir davon ganz überwältigt waren. Vor allen Dingen muss man sich klarmachen, wie schwierig es ist, diesen langen Fragebogen auszufüllen. Das macht man nicht zum Spaß, sondern nur, wenn man seiner Stimme Gewicht verleihen möchte.

Wir haben 1001 Fragebögen online und 86 Fragebögen postalisch erhalten, sodass wir insgesamt 1087 Fragebögen haben. Darüber hinaus haben wir dann die Vorschläge von Experten erhoben. Es gab verschiedene Fokusgruppen –Kommunikation und Kultur, Demenz und Pflege, Raumgestaltung und Barrierefreiheit, Qualitätssicherung und Organisation. Dort waren ganz verschiedene Menschen beteiligt. Wir haben Pflegewissenschaftler, wir hatten Architekten dabei, verschiedene Institutionen, natürlich die Betroffenen selbst und auch verschiedene Verbände waren vertreten. Diese Ergebnisse stellen wir dar und das repräsentiert ja die verschiedenen Sichtweisen der Betroffenen. Wir haben darüber hinaus auch ein Basiskonzept entwickelt, wo wir selbst als Universität dazu Stellung nehmen. Das geht also über die Darstellung der Ergebnisse hinaus. Was will diese Folie uns sagen?

Betroffenenerhebung/Aufwand



Interview:

hier:
taktiles
Gebärden
life.

Interviews durch Muttersprachler

1. Interview
2. Videografierung
3. Übersetzung
4. Verschriftlichung
5. Auswertung



Online:

hier:
Gebärden
im Online-
fragebogen

- Die Fragekonstruktion erfolgte in einem mehrstufigen partizipativen Prozess.
- Entwickelt wurden die Instrumente: A. Klassenzimmerbefragung, B. postalischer Bogen und C. Onlinebogen.
- B und C wurden durchgeführt.
- Die Onlinebefragung enthält zu jeder Frage zusätzlich Gebärdensprachvideos (s.o.)

Uwe Zelle: Wir haben neun taubblinde und neun gehörlose Menschen interviewt. Ich würde gerne exemplarisch auf ein Interview mit einem taubblinden Menschen eingehen. Die taubblinden Menschen sind sehr verschieden und es war eben auch nicht so einfach, so viele gehörlose und taubblinde Menschen zu finden, die bereit waren, dieses Interview wirklich zu führen. Ich bin unter anderem bis nach Berlin gefahren, um Interviews durchführen zu können. Wir haben zwei verschiedene Kommunikationsformen bei den Interviews verwendet, zum einen taktile Gebärdensprache, das heißt Menschen, die taubblind sind, benutzen unter anderem auch taktile Gebärden. Menschen, die einen Sehrest haben, die benutzen Kleinraumgebärden, das heißt, man führt die Gebärden etwas kleiner aus und in einem eingeschränkteren Gebärdenraum. Das heißt, man brauchte auch unterschiedlich lange Zeit für die Interviews, je nachdem wie die Kommunikationsform war.

Wir haben die Interviews per Videokamera aufgenommen. Wir hatten zwei Kameras, hinterher wurden dann die Filme digitalisiert und eingespeist, sodass wir damit weiterarbeiten konnten. Hier kann man sehen, wie ein taktiles Interview durchgeführt wurde.

Das heißt, das Video ist ein gebärdensprachliches Video, das wurde dann von einer Dolmetscherin in die deutsche Lautsprache übersetzt, also gevoiced, sodass man eben auch eine Tondatei hatte. Anschließend wurde es dann in die Schriftsprache übersetzt. Somit hatten wir dann eben auch schriftlich alles vorliegen und konnten mit der Auswertung beginnen und genau mit diesem Material weiterarbeiten. Der Prozess hat sehr lange gedauert.

Dr. Glatz: Da geht es um die standardisierte Befragung und der erste Punkt ist die Fragenkonstruktion selbst, also die Entwicklung der Fragebogenfragen. Ganz wichtig war, dass das ein mehrstufiger, partizipativer Prozess war. Natürlich steht immer im Zentrum, dass diese Fragen einfach und verständlich sein sollen, aber hier geht es darum, dass diese Fragen einfach und verständlich für die Zielgruppen sein sollen. Sie haben schon gehört, wie vielschichtig die Zielgruppen sind und entsprechend schwierig war es, dann auch die Fragen entsprechend zu entwickeln. Das war also ein mehrstufiger Prozess, das heißt, jede Frage wurde, ich weiß nicht wie oft, noch einmal verändert.

Der zweite Punkt ist, wir haben verschiedene Instrumente entwickelt, was die Betroffenenenerhebung angeht. Und zwar haben wir erstens eine sogenannte Klassenzimmerbefragung entwickelt. Das funktioniert so, dass man die Fragen an die Wand wirft und daneben dann auch entsprechende Gebärdenvideos hat, auch die verschiedenen Antwortvorgaben gab es jeweils mit Gebärdenvideos. Wir haben dann zweitens den postalischen Bogen und drittens den Onlinebogen entworfen. Auch beim Onlinebogen ist es so, dass wir hier die Gebärdensprachvideos für jede Frage und Antwortalternative haben. Wir mussten sehr darauf achten, dass die Videos und die Schriftsprache gut übereinstimmen.

Befragung der Anbieter

Es wurden 67 spezifische und ausdrücklich benannte Angebote recherchiert. Bis zum 14.06.2016 lagen dazu 21 ausgefüllte Fragebögen online vor. Das entspricht einer Rücklaufquote von 31,3%. Aus dieser Befragung werden im Rahmen des Vortrags lediglich drei Ergebnisse genannt.

1. Die Befragung ergibt bezüglich der Gebärdensprachkompetenz der Pflege- und / Betreuungskräfte: 23,6 % sind Anfänger, 62,6% sind Fortgeschrittene, 9,8 % sind Muttersprachler und 38,6% können Lormen.

Bemerkenswert ist jedoch, dass etwa bei der Hälfte der Angebote diese Frage nicht beantwortet wurde (48 – 57% Missings).

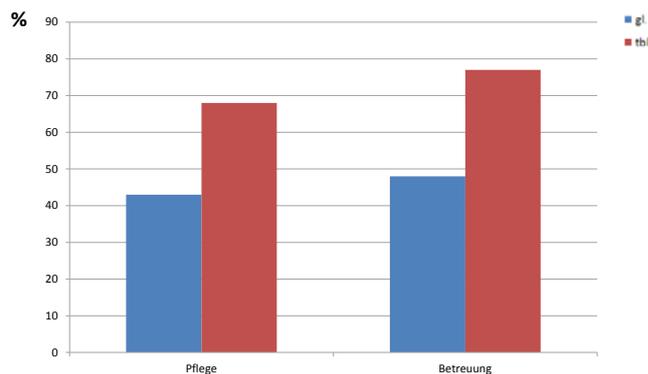
--
* Mit „Betreuung“ ist nicht die gesetzliche Betreuung gemeint, sondern z.B. Beaufsichtigung/Begleitung von z.B. demenzerkrankter Menschen

Zur Befragung der Anbieter: Es wurde 67 spezifische und ausdrücklich benannte Angebote recherchiert. Spezifisch also für die verschiedenen Zielgruppen und bis zum 14.6. lagen dann 21 ausgefüllte Bogen vor. Ich denke, dass immer noch weitere hineintröpfeln. Das entspricht einer Rücklaufquote von etwa 31 Prozent. Und aus die-

ser Befragung werden im Rahmen des Vortrags nur drei Ergebnisse genannt, mehr haben wir dann im Bericht. Die Befragung ergibt bezüglich der Gebärdensprachkompetenz der Pflege- und Betreuungskräfte, also nicht aller, sondern dieser, die dieses spezifische Angebot machen: etwa 24 Prozent sind Anfänger, etwa 63 Prozent sind Fortgeschrittene und etwa zehn Prozent sind Muttersprachler. Und etwa 39 Prozent können Lormen, also von den Betreuungs- und Pflegekräften. Allerdings, auf den zweiten Blick stellt man fest, dass etwa nur die Hälfte der Anbieter diese Frage beantwortet hat. Das heißt, die wahren Mittelwerte liegen wahrscheinlich ein wenig darunter.

Befragung der Anbieter

2. Zeitlichen Mehraufwand bzgl. der Zielgruppen (inklusive Vor-/Nachbereitung & zus. Fortbildung) (n = 7 - 10 Angebote)



* Mit ‚Betreuung‘ ist nicht die gesetzliche Betreuung gemeint, sondern z.B. Beaufsichtigung/Begleitung von z.B. demenzerkrankter Menschen

9

Befragung der Anbieter

3. Tatsächliche monatliche Kosten pro Person (inkl. Investitionskosten) für Pflege bzw. Betreuung*

- A. Diese Kosten sind bzgl. beider Zielgruppen größer als bzgl. Menschen, die weder gehörlos noch taubblind sind: dies geben 100% der Responder an.
- B. Diese Kosten sind bei taubblinden Menschen größer als bei gehörlosen Menschen: dies geben 80% der Responder an (die übrigen geben gleiche Kosten an).

(n = 5 – 7 Responder)

* Mit ‚Betreuung‘ ist nicht die gesetzliche Betreuung gemeint, sondern z.B. Beaufsichtigung/Begleitung von z.B. demenzerkrankter Menschen

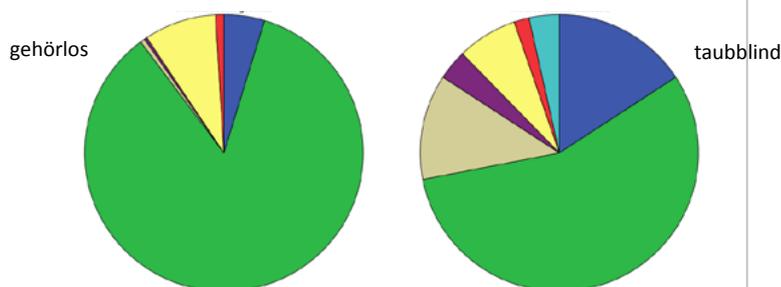
10

Dann haben wir nach dem zeitlichen Mehraufwand gefragt bezüglich der Zielgruppen, also inklusive Vor- und Nachbereitung und Fortbildung. Was kam dabei heraus? Also, der durchschnittliche Mehraufwand bezüglich der Zielgruppe Gehörloser bei der Pflege, das sind etwas über 40 Prozent zeitlichen Mehraufwand und bei den taubblinden Menschen nahezu 70 Prozent Mehraufwand. Für das Feld Betreuung ist es ähnlich, da haben wir nicht ganz 50 Prozent zeitlichen Mehraufwand und bei Taubblinden nicht ganz 80 Prozent zeitlichen Mehraufwand.

Jetzt eine Frage zu den Kosten. Tatsächliche monatliche Kosten pro Person inklusive Investitionskosten für Pflege und Betreuung, Sie müssen immer auf das Sternchen achten, das heißt, es geht hier nicht um die gesetzliche Betreuung, sondern es geht um Beaufsichtigung, Begleitung etwa im Bereich demenzkranker Menschen. Zu A: Die Kosten sind bezüglich beider Zielgruppen größer als bezüglich Menschen, die weder gehörlos noch taubblind sind, das sagen alle Anbieter. Dann B: Die Kosten sind bei taubblinden Menschen größer als bei gehörlosen, das sagen immerhin 80 Prozent der Anbieter. Die anderen sagen, sie sind gleich. Jetzt machen wir einen Sprung und gehen zur Befragung der Zielgruppen. Hier zeigt sich der Altersdurchschnitt bei den Antwortenden liegt bei etwa 45 Jahren, etwa 67 Prozent der Antwortenden waren weiblich, circa 93 Prozent sind gehörlos und etwa 6,1 Prozent sind taubblind beziehungsweise hochgradig hörschbehindert.

Befragung der Zielgruppen

Bei den quantitativen Befragungen (postalisch + online) zeigt sich: Der Altersdurchschnitt der Responder liegt bei 44,6 Jahren (n = 637), 67,1% sind weiblich (n = 430). 93,1% sind gehörlos (n = 1012) und 6,1% sind taubblind bzw. hochgradig hörschbehindert (n = 67) - die übrigen 0,8% haben „Sonstiges“ angegeben. Zur Kommunikationspräferenz siehe folgende Abbildungen.



grün = gebärdensprachlich, dunkelblau = lautsprachlich, gelb = LBG, grau/beige = taktiles Gebärden, hellblau = Lormen, rot = Schriftsprache, lila = Sonstiges

Uns hat interessiert: Wie sind denn die Kommunikationspräferenzen verteilt? Wie kommunizieren die Leute am liebsten? Wir sehen auf der linken Seite, für die Zielgruppe der Gehörlosen in grün, dass der ganz überwiegende Anteil natürlich gebärdensprachlich kommuniziert und wir sehen in gelb beziehungsweise beige, dass noch das lautsprachlich begleitende Gebärden (LBG) hinzukommen und nur ein vergleichsweise kleiner Teil in blau, der jetzt Schriftsprache bevorzugt. Auf der rechten Seite, bei den taubblinden Menschen, auch dort stellen wir fest, dass der ganz überwiegende Teil gebärdensprachlich kommuniziert. Und hier können wir quasi noch das taktile Gebärden in beige dazu nehmen und in gelb LBG und dann bleibt ein vergleichsweise kleiner für die Schriftsprache übrig. Das heißt, das vermittelt uns eine erste Idee, wie wollen eigentlich die Menschen oder wie können eigentlich die Menschen, um die es hier geht, kommunizieren.

Dann haben wir uns die Frage gestellt: wann zieht man eigentlich um? Die Frage, hängt sehr deutlich davon ab: Was sind meine Alternativen? Wie ist es bei mir Zuhause und wie ist es in der Einrichtung?

Ergebnis/Verbleib vs. Umzug

	Option 1 (zu Hause)	gl	tbl	Option 2 (Einrichtung)	gl	tbl
A	Zu Hause betreut / gepflegt werden, wenn mein ambulanter Pflegedienst mit mir kommunizieren kann.	65,3	76,4	In einer Einrichtung betreut / gepflegt werden, in dem die Pfleger mit mir kommunizieren können und in dem gehörlose / taubblinde Menschen wohnen.	34,7	23,6
B	Zu Hause betreut / gepflegt werden, wenn meine Ärzte mit mir kommunizieren können.	44,5	39,6	In einer Einrichtung betreut / gepflegt werden, in dem die Betreuer, Pfleger und Ärzte mit mir kommunizieren können.	55,5	60,4
C	Zu Hause betreut / gepflegt werden, auch wenn meine Familie / Freunde nicht mehr da sind.	41,2	52,8	In einer Einrichtung betreut / gepflegt werden, wo auch andere gehörlose / taubblinde Menschen wohnen.	58,8	47,2

Da haben wir uns drei Szenarien überlegt. Schauen wir uns einmal Szenario A an. A Zuhause würde bedeuten, wenn ich zu Hause betreut und gepflegt werde und wenn mein ambulanter Pflegedienst mit mir kommunizieren kann. Was wäre jetzt die Alternative in der Einrichtung? In einer Einrichtung betreut und gepflegt werden, in dem die Pfleger mit mir kommunizieren können und in dem gehörlose beziehungsweise taubblinde Menschen wohnen. Was machen die Leute, wenn das die Alternative ist? Antwort: Etwa 65 Prozent sagen, dann bleiben wir zu Hause bei den gehörlosen Menschen und etwa 76 Prozent der Gehörlosen sagen, nein, dann bleiben wir zu Hause.

Wenn wir jetzt das Szenario wechseln, gucken wir uns einmal B an. Zuhause betreut und gepflegt werden, wenn meine Ärzte mit mir kommunizieren können und in der Einrichtung betreut und gepflegt werden, in dem die Betreuer, Pflege und Ärzte, also alle Fachkräfte mit mir kommunizieren können, dann haben wir nicht mehr 65 Prozent der Gehörlosen, sondern 45 Prozent der Gehörlosen, die dann nur noch zu Hause bleiben und entsprechen viele gehen dann in die Einrichtung.

Und auch bei den Taubblinden ist das so, dass der Anteil, der dann zu Hause bleibt hier nur noch etwa 40 Prozent beträgt und etwa 60 Prozent dann gehen würden, wenn das die Alternative ist. Gucken wir uns Szenario C an. Szenario C heißt zu Hause betreut und gepflegt werden, auch wenn meine Familie und Freunde nicht mehr da sind und in der Einrichtung betreut und gepflegt werden, wo auch andere gehörlose und taubblinde Menschen wohnen. Auch hier ist es so, dass dann 41 Prozent der Gehörlosen nur noch zu Hause bleiben würden und 53 Prozent der Taubblinden. Wir sehen, dass das Thema Kommunikation der Fachkräfte und auch das Thema Peer-group einen ganz erheblichen Einfluss auf die Umzugsbereitschaft haben.

Ergebnis/Mobilität

Beim privaten Wohnen in der eigenen Häuslichkeit kann unter anderem die Nutzung von Tageseinrichtungen zum Problem werden.

Dies gilt besonders außerhalb der Stadt, wo die Wege weit sind.

Der Zugang zu solchen Einrichtungen sollte für die Betroffenen finanzierbar sein. Probleme mit der Finanzierung der Fahrten dürfen nicht dazu führen, dass die private Häuslichkeit verlassen werden muss.

Uwe Zelle: Ich würde gerne das Ergebnis vorstellen zum Thema Mobilität. Wie ist das, wenn gehörlose und taubblinde Menschen zu Hause leben und beispielsweise eine Tageseinrichtung aufsuchen möchten? Viele taubblinde Menschen möchten möglichst lange zu Hause bleiben. Das ist ein Ergebnis. Möglicherweise wollen sie eine Tageseinrichtung aufsuchen, aber häufig ist es schwierig dort hinzukommen, da die entsprechende Mobilität nicht gegeben ist. Viele Leute wohnen nicht direkt in der Stadt, sondern auf dem Land, sodass es schwierig ist, mit öffentlichem Nahverkehr oder anderen Optionen diese Einrichtung aufzusuchen. Mobilität spielt wirklich eine sehr wichtige Rolle. Zum einen ist sie nicht immer gegeben aufgrund der Infrastruktur, andererseits gibt es auch häufig Kostenprobleme, das heißt, es muss eben auch finanzierbar sein. Die Finanzierung ist auch ein sehr wichtiger Punkt in dem Zusammenhang, damit gehörlose und taubblinde Menschen möglichst lange zu Hause wohnen können.

Dr. Glatz: Jetzt stellen wir uns vor die Frage: Wie sollen die ambulanten und stationären Wohnformen denn sein? Wie sind wir vorgegangen?

Methode zur Beantwortung der Frage:

Wie soll die ambulante / stationäre
Wohnform sein?

KANO-Methode

- Im Zuge der quantitativen Befragung wurde anhand von 21 Merkmalen ermittelt, welche Eigenschaften sich die Zielgruppen hinsichtlich der künftigen ‚Wohnform‘ (ambulant / stationär etc.) wünschen.
- **Beispielmerkmal:** „Kommunikation mit Pflegern / Betreuern“
- **Mögliche Ausprägungen (= KANO-Merkmale):**
 - **Basismerkmal:** Autobeispiel (Sicherheit)
 - **Leistungsmerkmal:** Autobeispiel (Spritverbrauch)
 - **Begeisterungsmerkmal:** Autobeispiel (Sonderausstattung)
 - **Rückweisungsmerkmal:** Autobeispiel (durchgerosteter Boden)
 - **Unerhebliches Merkmal:** Autobeispiel (für manche Außenthermometer)

Wir haben die Kano-Methode verwendet. Kano, das ist der Name des japanischen Professors, der diese Methode entwickelt hat. Das ist eine Methode zur Kundenzufriedenheitsforschung. Dafür haben wir in einem ersten Schritt 21 Merkmale betrachtet, wie man diese Wohnformen beschreiben kann. Wo kommen diese Merkmale her? Zum einen kommen die aus dem erweiterten Projektteam und zum anderen aber auch aus den qualitativen Interviews. Ein Beispiel für so ein Merkmal ist etwa Kommunikation und Pflege mit Betreuern. Es geht bei dieser Methode darum, dass die Befragten diesem Merkmal Eigenschaften zuweisen. Zum Beispiel können die Befragten sagen, das ist für mich ein Basismerkmal. Oder das ist für mich ein Leis-

tungsmerkmal. Das bedeutet zum Beispiel, bei einem Auto wären Basismerkmale: Das Auto muss sicher sein. Oder Leistungsmerkmal wäre: Mir kommt es darauf an, dass es wenig Sprit verbraucht. Ein Begeisterungsmerkmal wäre die Sonderausstattung. Rückweisungsmerkmal wäre etwa: Das hat einen durchgerosteten Boden, nein, das will ich nicht. Und dann gibt es auch noch unerhebliche Merkmale. Anhand von 21 Merkmalen wollen wir Wohnformen beschreiben und von den Befragten wissen, welche Rolle spielen diese Merkmale für Sie beziehungsweise welche Eigenschaft, welche Kano-Eigenschaft bekommen sie? Das will ich noch mit einer Folie vertiefen.

KANO-Merkmale / grundsätzlich

Basis-Merkmale: sie sind so grundlegend und selbstverständlich, dass sie den Kunden erst bei Nichterfüllung bewusst werden (implizite Erwartungen). Werden die Grundforderungen nicht erfüllt, entsteht Unzufriedenheit; werden sie erfüllt, entsteht aber keine Zufriedenheit! (Autobeispiel: Sicherheit, Rostschutz).

Leistungs-Merkmale sind dem Kunden bewusst, sie beseitigen Unzufriedenheit oder schaffen Zufriedenheit abhängig vom Ausmaß der Erfüllung. (Autobeispiel: Beschleunigung, Verbrauch.)

Begeisterungs-Merkmale sind Nutzen stiftende Merkmale, mit denen der Kunde nicht unbedingt rechnet. Sie zeichnen das Produkt gegenüber der Konkurrenz aus und rufen Begeisterung hervor. (Autobeispiel: Sonderausstattung, besonderes Design).

Rückweisungs-Merkmale: führen bei Vorhandensein zu Unzufriedenheit, bei Fehlen jedoch nicht zu Zufriedenheit. (Autobeispiel: Rostflecken).

Unerhebliche Merkmale sind sowohl bei Vorhandensein wie auch bei Fehlen ohne Belang für den Kunden. Sie können daher keine Zufriedenheit stiften, führen aber auch zu keiner Unzufriedenheit. (Autobeispiel: für manche Außenthermometer).

16

Die Basismerkmale sind so grundlegend, das sind implizite Erwartungen und wenn die nicht da sind, dann bin ich unzufrieden. Aber wenn das Merkmal vorliegt, bin ich noch lange nicht zufrieden. Wenn Sie mich jetzt fragen würden, was für mich heute wichtig ist, würde ich nicht auf den Gedanken kommen, dass die Luft, die ich atme, wichtig ist. Aber wenn sie mir fehlt, würde ich mich beschweren, das ist ein Basismerkmal. Bei Leistungsmerkmalen können sowohl Zufriedenheit als auch Unzufriedenheit entstehen, je nachdem in welchem Maße das Merkmal vorliegt. Begeisterungsmerkmale sind „It’s nice to have“.

Rückweisungsmerkmal – wenn der TÜV abgelaufen ist oder der Boden durchgerostet ist, dann will ich es nicht. Und unerhebliche Merkmale brauche ich gar nicht zu erklären, denn die sind ohne Bedeutung. Jetzt ist eben die spannende Frage, welcher der Merkmale sind für die Zielgruppen unerheblich, was sind Rückweisungsmerkmale, was sind Begeisterungsmerkmale oder was braucht man so sehr, wie die Luft zum Atmen, also Basismerkmale? Wo sind Leistungsmerkmale, wo man sagen kann, mehr ist besser, weniger ist schlechter?

Bei der klassischen Kano-Methode ist es so, dass das was die meisten gesagt haben, diese Eigenschaft hat dann die Methode. Wenn zum Beispiel 40 Prozent sagen, Haustiere erlaubt ist für mich unerheblich. Dann kann es aber immer noch sein, dass 20 Prozent der Befragten sagen, für mich ist das aber total wichtig. Also die klassische Kano-Methode guckt nur, was sagen hier die meisten.

Ergebnisse zur Frage: Wie soll die ambulante / stationäre Wohnform sein?

KANO-Merkmale / Zielgruppen

Basismerkmale (sortiert nach Gruppe + Wichtigkeit)

▪ Hilfesystem (technische Hilfsmittel)	gl. + tbl.	
▪ Gute Pflege	gl. + tbl.	←
▪ <u>Zur Kommunikation mit Pflegern / Betreuern</u>	gl. + tbl.	←
▪ Selbstbestimmtheit	gl. + tbl.	←
▪ Private Atmosphäre	gl. + tbl.	←
▪ <u>Spezifische Freizeitangebote</u>	gl. + tbl.	←
▪ Verbindung zur Stadt	gl. + tbl.	←
▪ Selbst einkaufen können*	gl. + tbl.	←
▪ Arzt im Haus	gl.	←
▪ <u>Taubblindenassistenten</u>	tbl.	←
▪ Nachtpraxis für taubblinde Menschen	tbl.	←

* Basis- bzw. Leistungsmerkmal

19

KANO-Merkmale / Zielgruppen

Rückweisungsmerkmal (sortiert nach Gruppe + Wichtigkeit)

- Hörende Bewohner gl.

Leistungsmerkmale (sortiert nach Gruppe + Wichtigkeit)

- Einsamkeit (Privatheit) gl. + tbl.
- Hauswirtschaftliche Versorgung gl.
- Gästezimmer für Freunde / Verwandte gl.
- Nähe zu einer Selbsthilfegruppe* gl.
- Selbst einkaufen können ** tbl.

* Leistungs- bzw. Begeisterungsmerkmal; ** Leistungs- bzw. Basismerkmal

Die Basismerkmale sind nach Gruppen geordnet und nach Bedeutung. Ich hebe nur die wichtigen Sachen heraus. Dass das Hilfesystem auf dem neuesten Stand ist, hatte ganz hohe Werte. Dass die Pflege gut ist, natürlich auch. Die Hauptbotschaft ist jedoch die Kommunikation mit Pflégern und Betreuern. Die ist noch wichtiger, als Selbstbestimmtheit. Das spezifische Freizeitangebot, also spezifisch für gehörlose oder spezifisch für taubblinde Menschen, hat auch einen sehr hohen Rang. Höher als zum Beispiel, dass man nah an der Stadt ist. Das die gehörlosen Menschen einen Arzt im Haus haben möchten, das kann man etwa einordnen bei Verbindung zur Stadt, das hat ungefähr den gleichen Rang. Nachtpraxis für taubblinde Menschen hat etwa den gleichen Rang wie Selbstbestimmtheit und ganz, ganz wichtig, die Taubblindenassistentin hat den sehr, sehr hohen Rang, die ist so hoch wie gute Pflege, also noch weit über Selbstbestimmtheit.

KANO-Merkmale / Zielgruppen

Begeisterungsmerkmale (sortiert nach Gruppe + Wichtigkeit)

- Zur schnellen Erreichbarkeit gl. + tbl.
- Nähe zur Selbsthilfegruppe gl. + tbl.
- Viele gehörlose Bewohner gl.
- Gästezimmer für Freunde / Verwandte tbl.
- Hauswirtschaftliche Versorgung tbl.

Unerhebliche Merkmale (sortiert nach Gruppe + Wichtigkeit)

- Haustier erlaubt gl. + tbl.
- Viele taubblinde Bewohner gl.
- Viele gehörlose Bewohner tbl.
- Gut sehende gehörlose Bewohner tbl.
- Hörende Bewohner tbl.

Rückweisungsmerkmal: Gehörlose Menschen sagen, wir möchten nicht unbedingt mit Hörenden zusammenwohnen. Das ist ein ganz deutliches Ergebnis. Leistungsmerkmale, da haben wir für beide Zielgruppen das Thema Privatheit, was sehr wichtig ist. Das ist so definiert: Besteht die Möglichkeit, sich in der Einrichtung zu zweit oder zu dritt mit vertrauten Menschen zurückzuziehen, um dort für sich zu sein? Das ist eine Sache, die für beide Gruppen eine sehr hohe Wichtigkeit hat.

Bei Begeisterungsmerkmale haben wir für beide Zielgruppen das Thema der schnellen Erreichbarkeit der Einrichtung und die Nähe zur Selbsthilfegruppe, das sind die beiden Merkmale mit dem starken sozialen Touch. Dann für gehörlose Menschen, dass da viele gehörlose Menschen sind. Und bei Taubblinden sind es das Gästezimmer und die hauswirtschaftliche Versorgung. Unerheblich sind die Themen Haustiere erlaubt; viele taubblinde Bewohner sind für Gehörlose unwichtig, und für Taubblinde ist eben unwichtig, viele gehörlose Bewohner, gutsehende gehörlose Bewohner und hörende Bewohner.

Wir haben uns die Wichtigkeit nach den verschiedenen Kano-Eigenschaften sortiert und angeguckt. Schön wäre es aber, wenn man das alles in eine Rangfolge bringen könnte. Das haben wir getan. Wir haben einen Wichtigkeitsindex erstellt.



Es zeigt sich auch hier, dass das Hilfesystem ganz oben ist, dass die Pflege ganz oben ist, auch für beide Gruppen. Die Taubblindenassistenten sind ganz weit oben, auch die Kommunikation und die Freizeitangebote.

Wir haben hier zwei Minuswerte, die sind auch wichtig. Und zwar, die taubblinden Menschen sagen, wir wollen auch nicht mit hörenden Bewohnern zusammen sein und gehörlosen Menschen sagen, wir wollen mit Hörenden nicht zusammenwohnen in dieser Phase unseres Lebens. Ich glaube, das gibt einen ganz guten Überblick, wie die einzelnen Merkmale so stehen für die beiden Gruppen.

Uwe Zelle: Ich habe jetzt einige Zitate aus Interviews herausgegriffen, die ich gerne vorstellen würde. Eine Person sagt: „Ich brauche unbedingt ein spezielles Notruf-Hilfe-System. Also eine Rufbereitschaft oder irgendein Knopf, den ich drücken kann, wenn etwas passiert, wenn ich stürze, sodass jemand kommt und mir helfen kann. Das ist mir besonders wichtig.“ Hier ist konkret ein Notrufsystem gemeint, welches implementiert sein muss, also was eine Basisvoraussetzung ist, damit diese Person bereit wäre, in eine Einrichtung zu ziehen.

Dann hatten wir das Thema Kommunikation mit Pflegern und Betreuern. Das ist natürlich auch ein sehr, sehr wichtiges Thema, weil Kommunikation eben in diesem Rahmen tagtäglich stattfindet und hier habe ich auch ein Zitat ausgewählt: „Ich brauche unbedingt eine funktionierende Kommunikation mit Betreuern und Pflegern, es ist wichtig, dass Pfleger gebärdensprachlich mit mir kommunizieren möchten. Ich möchte nicht eine dritte Person, einen Gebärdensprachdolmetscher hinzuziehen müssen, ich möchte direkt mit dem Pfleger kommunizieren können, um Missverständnisse zu vermeiden.“ Gerade bei der Pflege, bei der Betreuung und bei der Körperhygiene möchten sie nicht, dass dritte Personen anwesend sind, sondern dass sie eben direkt mit den Betroffenen, mit Pflegern und Betreuern sprechen können.

Ich habe jetzt noch ein Zitat zum Thema Taubblindenassistenten. Die betroffene Person sagt: „Ich bräuchte eine 24-Stunden-Assistenz, ich bräuchte eine Betreuung rund um die Uhr. Und damit ist nicht gemeint, dass die Person ständig da ist und den Betroffenen rund um die Uhr versorgt. Ich brauche nicht jemanden, der sich rund um die Uhr um mich kümmert, aber jemand, der rund um die Uhr in der Einrichtung zur Verfügung steht, sodass ich Assistenz bekomme, wenn ich sie benötige, zum Beispiel, wenn ich morgens aufstehe und spontan beschließe, in die Stadt fahren zu wollen. Dass ich da die Möglichkeit habe, eine Assistenz hinzuzunehmen, die mich begleitet. Das implementiert nämlich auch den Faktor Selbstbestimmtheit. Ja, also, ohne Assistenz ist natürlich auch die Selbstbestimmtheit stark reduziert.“

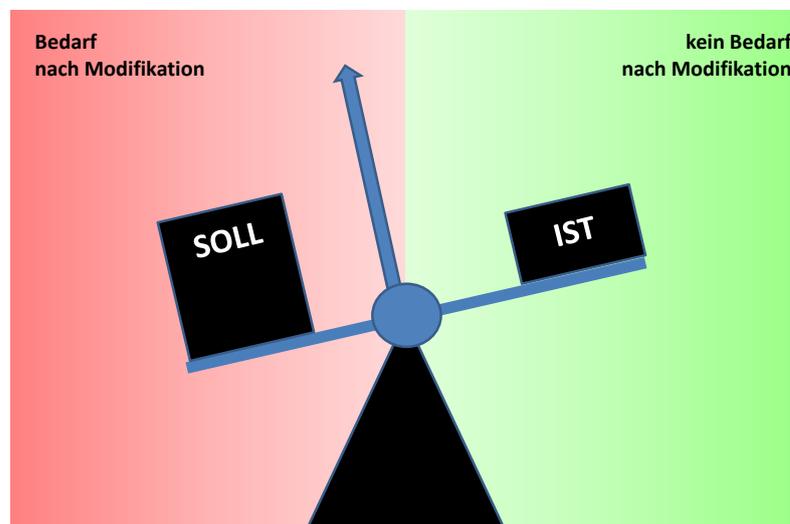
Hier ein Zitat zur Kategorie Rückweisungsmerkmale: „Die Situation für Gehörlose ist sehr schwierig, wenn sie gezwungen sind, mit hörenden Bewohnern gemeinsam in

einer Einrichtung zu leben.“ Hier steckt dahinter, dass man so die Vorstellung hat, wenn man alleine als Betroffener in einer Einrichtung mit Hörenden zusammenlebt, ohne die Möglichkeit der Kommunikation in der Muttersprache, in der Gebärdensprache, ist die Isolation immens hoch und das ist ein Rückweisungsmerkmal.

Methode zur Beantwortung der Frage:

Welche Innovationen sind bezüglich
der Wohnformen zu empfehlen?

Soll-Ist-Vergleich



Soll-Ist-Vergleich

- Die Wünsche / Anforderungen sollen mit den Gegebenheiten in verschiedenen Wohnformen verglichen werden (Soll-Ist-Vergleich).
- **Soll:** 21 Merkmale stammen aus dem quantitativen + 4 aus dem qualitativen Teil.
- **Ist:** Diese Merkmale wurden von einer Expertengruppe daraufhin eingeschätzt, ob / inwieweit sie in folgenden Wohnformen gegeben sind:
 - privates Wohnen in der eigenen Häuslichkeit
 - selbständige gemeinschaftliche Wohnform
 - ambulantes Wohnen mit umfassender Versorgungssicherheit
 - vollstationäre Pflege.
- Das Ergebnis des Soll-Ist-Vergleichs (für jede Wohnform bzgl. aller Merkmale) sind Stufen des Modifikationsbedarfs .

Dr. Glatz: Wir hatten die Möglichkeit, das sowohl quantitativ zu sortieren an der Wichtigkeit, aber auch zu hinterlegen mit Originalton. Welche Innovationen sind bezüglich der Wohnform zu empfehlen? Das ist natürlich eine wichtige Frage, die jetzt im Raum steht. Wie sind wir hier methodisch vorgegangen? Ganz klar, wir machen einen Vergleich zwischen Soll und Ist. Das heißt, wir gucken uns auf der einen Seite an, was sind die Erwartungen und auf der anderen Seite gucken wir uns an, wie sieht es denn tatsächlich aus? Und wenn das voneinander abweicht, dann dann sind wir im roten Bereich, wo es Modifikationsbedarf gibt oder eben auch nicht. Die Wünsche und Anforderungen sollen mit den Gegebenheiten in verschiedenen Wohnformen verglichen werden. Und hier haben wir einmal die 21 Merkmale genommen, die Sie schon kennen und dann sind aus den qualitativen Interviews noch vier dazugekommen, sodass wir dann 21 + 4 Merkmale haben. Von einer Expertengruppe wurden dann verschiedene Wohnformen, daraufhin eingeschätzt, ob das Merkmal vorliegt oder nicht. Wir haben folgende Wohnformen genommen: Privates Wohnen in der eigenen Häuslichkeit, selbständige gemeinschaftliche Wohnform, ambulantes Wohnen mit umfassender Versorgungssicherheit oder vollstationäre Pflege. Und die Ergebnisse dieses Soll-Ist-Vergleichs für jede Wohnform und für alle Merkmale, da kommen dann verschiedene Stufen des Modifikationsbedarfs dabei heraus.

Bedarfsstufen

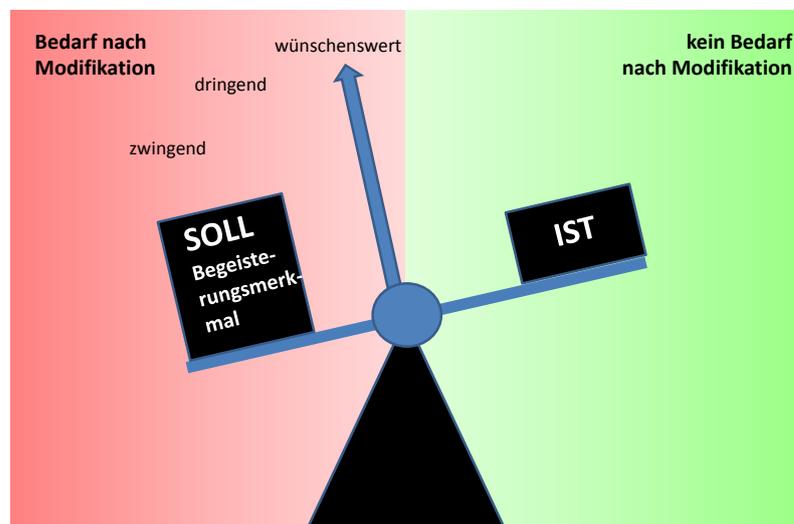
Ergebnisse des Soll-Ist-Vergleichs für jedes Merkmal bezüglich mehrerer Wohnformen:

- Kein Modifikationsbedarf liegt vor, wenn ...
 - keine Abweichung zwischen der Anforderung und der Gegebenheit vorliegt oder
 - die Anforderung indifferent ist (Unerhebliches Merkmal) oder
 - eine Umsetzung der Anforderung für eine Wohnform unrealistisch wäre
(unrealistisch wäre z.B. die Umsetzung ‚schneller Erreichbarkeit‘ bzgl. ‚eigener priv. Häuslichkeit‘.)
- Ansonsten* ergibt sich, je nach Art des Merkmals eine der folgenden Bedarfsstufen:
 - Basismerkmal oder Rückweisungsmerkmal → Modifikation zwingend erforderlich
 - Leistungsmerkmal → Modifikation dringend zu empfehlen
 - Begeisterungsmerkmal → Modifikation wünschenswert

* d.h. eine Anforderung ist in einer Wohnform nicht erfüllt und eine Umsetzung ist prinzipiell möglich.

26

Bedarfsstufen



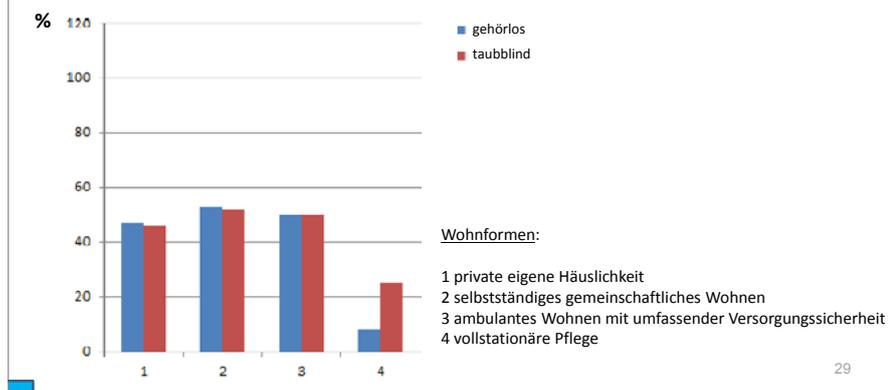
Kein Modifikationsbedarf liegt vor, wenn ich keine Abweichung habe zwischen Soll und Ist. Oder wenn die Anforderungsseite undifferenziert ist, das heißt, ein unerhebliches Merkmal ist. Auch dann haben wir keinen Modifikationsbedarf. Und wenn eine Umsetzung der Anforderung für eine Wohnform völlig unrealistisch wäre. Unrealistisch wäre zum Beispiel die Umsetzung schneller Erreichbarkeit bezüglich der eigenen privaten Häuslichkeit. Man kann ja jetzt nicht dafür sorgen, dass alle Menschen immer so wohnen, dass sie von Freunden und Familie gut zu erreichen sind. Wenn ich ein Basismerkmal habe oder ein Rückweisungsmerkmal, dann sagen wir, Modifikation ist zwingend erforderlich. Denken Sie an die Luft zum Atmen. Wenn ich ein Leistungsmerkmal habe, dann sagen wir, die Modifikation ist dringend erforderlich. Und wenn ich ein Begeisterungsmerkmal habe und dem in der Wohnform nicht entsprochen wird, dann sagen wir: Modifikation ist wünschenswert.

Ergebnisse zur Frage:

Welchen Nutzwert haben die einzelnen Wohnformen für die Zielgruppen?

Nutzwert der Wohnformen

Wenn man betrachtet, welche Merkmale bei den verschiedenen Wohnformen gegeben sind und welche Merkmale den Zielgruppen wie wichtig sind, dann zeigt sich für die Wohnformen folgender Nutzwert:



Welchen Nutzwert haben die einzelnen Wohnformen für die Zielgruppen? Wenn man betrachtet, welche Merkmale bei den verschiedenen Wohnformen gegeben sind und welche Merkmale den Zielgruppen wie wichtig sind, dann zeigt sich für die verschiedenen Wohnformen folgender Nutzwert. Wie kann man das interpretieren? Die Höhe der Säule zeigt an, in welchem Maß für eine bestimmte Wohnform diese Merkmale, diese Erwartungen realisiert sind. Und die erste Hauptbotschaft heißt, die Säulen sind alle relativ niedrig, weit entfernt von 100 Prozent. Mit anderen Worten, in allen vier Wohnformen sind sie nicht besonders stark realisiert. Der Nutzwert ist nicht besonders hoch. Es fällt auf, wenn ich mir die Wohnformen angucke, zu Hause oder in der WG oder ambulante Wohnform mit umfassender Versorgungssicherheit, da steht dann die WG, die Wohngemeinschaft im Vergleich etwas besser da. Aber die vollstationäre Pflege dagegen fällt stark ab. Besonders deutlich bei der Zielgruppe gehörlose Menschen und etwas weniger deutlich, aber immer noch deutlich bei den taubblinden Menschen. Die Hauptbotschaft ist: In allen vier Wohnformen ist eine Menge zu tun, um diese Merkmale zu realisieren. Am meisten in der vollstationären Pflege.

Ergebnisse zur Frage:

Welche Innovationen sind bezüglich der Wohnformen zu empfehlen?

Innovative Wohnformen

Auf Basis der qualitativen Interviews, der Fokusgruppendifkussionen und der quantitativen Befragung wird deutlich:

- Es sollen mit Blick auf die Vielzahl der Bedürfnisse und die verschiedenen Phase auch für die betrachteten Zielgruppen verschiedene Wohnformen angeboten werden (d.h. Pluralität der Wohnformen).
- Es sollen keine Wohnformen entwickelt werden, die grundsätzlich von ganz anderer Art sind als die bestehenden (d.h. Ähnlichkeit der Wohnformen).

Allerdings müssen die bestehenden Wohnformen an die Bedürfnisse der Zielgruppen angepasst werden. Hier gibt es je nach Zielgruppe und Wohnform Modifikationsbedarfe unterschiedlicher Dringlichkeit (siehe Bedarfsstufen).

Das im Projekttitel angekündigte innovative Element findet sich in den Modifikationsbedarfen.

Welche Innovationen sind bezüglich der Wohnformen denn zu empfehlen? Punkt eins: Wir haben nach wie vor eine Pluralität der Wohnformen, die wir empfehlen. Mit anderen Worten, wir sagen nicht, es soll eine Wohnform für beide Zielgruppen geben, wir sagen auch nicht, es soll für jede Zielgruppe eine Wohnform geben, sondern es soll so bleiben, dass es ganz verschiedene, unterschiedliche Wohnformen für diese Zielgruppen gibt. Der zweite Punkt, der auffällt, ist, dass wir eine gewisse Ähnlichkeit zu den bestehenden Wohnformen haben. Aber, und das ist ganz wichtig, wir haben für jede Zielgruppe ganz besondere Modifikationsbedarfe. Und wenn man an den Titel der Studie denkt, dann kann man feststellen, dass in diesen Modifikationsbedarfen, da steckt eben das innovative Element drin. Also für jede Wohnform haben wir ein +x, was für jede Zielgruppe dann noch einmal anders aussieht.

Modifikationsbedarf/Übersicht

Merkmale	private eigene Häuslichkeit		selbständige gemeinschaftliche Wohnform		ambulantes Wohnen mit umfassender Versorgungssicherheit		Vollstationäre Pflege	
	gehörlos	taubblind	gehörlos	taubblind	gehörlos	taubblind	gehörlos	taubblind
Beratung	0	0	0	0	0	0	0	0
Hilfe durch vertraute Personen	-	-	-	-	-	-	+	+
Religion	-	-	-	-	-	-	+	+
Sexuelle Orientierung	-	-	-	-	-	-	+	+
Zur Kommunikation m. Pflegern/Betreuern	x	x	x	x	x	x	x	x
Einsamkeit	-	-	-	-	-	-	0	0
Gästezimmer für Freunde / Verwandte	-	-	-	-	-	-	+	+
Zur schnellen Erreichbarkeit	-	-	+	+	-	-	+	+
Verbindung zur Stadt	-	-	-	-	-	-	x	x
Nähe zu einer Selbsthilfegruppe	0	+	0	+	0	+	0	+
Selbst einkaufen können	-	-	-	-	-	-	-	-
Freizeitangebote	x	x	-	-	x	x	x	x
Selbstbestimmtheit	-	+	-	+	-	+	x	x
Haustier erlaubt	-	-	-	-	-	-	-	-
Private Atmosphäre	-	-	-	-	-	-	x	x
Viele gehörlose Bewohner	+	-	-	-	+	-	-	-
Viele taubblinde Bewohner	-	+	-	-	-	+	+	+
Hörende Bewohner	-	-	-	-	-	-	x	x
Gut sehende gehörlose Bewohne	-	-	-	-	-	-	-	-
Zu meiner Pflege	x	x	x	x	x	x	x	x
Taubblindenassistenten	-	-	-	-	-	-	x	x
Nachtpraxis für taubblinde Menschen	-	x	-	x	-	x	-	-
Hilfesystem (technische Hilfsmittel)	x	x	x	x	x	x	x	x
Arzt im Haus (bzw. gute Erreichbarkeit)	x	x	x	+	x	+	x	+
Hauswirtschaftliche Versorgung	-	+	-	-	-	-	-	-

Modifikation ist ■ wünschenswert ■ dringend ■ zwingend

32

* kein Bedarf solange TBA vorhanden ist

Modifikationsbedarf/Teil 1

Für die Wohnformen:

1. private eigene Häuslichkeit
2. selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen
3. Ambulantes Wohnen mit umfassender Versorgungssicherheit
4. Vollstationäre Pflege

liegt kein Modifikationsbedarf bei folgenden Merkmalen vor:

- Haustier erlaubt
- Gut sehende gehörlose Bewohner
- Selbst einkaufen können*

* Kein Modifikationsbedarf ist für taubblinde Menschen nur gegeben, wenn Taubblindenassistenten vorhanden ist.

33

Wir haben vier Wohnformen: Private eigene Häuslichkeit, selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen, ambulantes Wohnen mit umfassender Versorgungssicherheit und vollstationäre Pflege. Diese Spalten sind noch einmal jeweils unterteilt in für Gehörlose und für Taubblinde und wenn jetzt dort in einer Tabellenzelle eine Farbe zu finden ist, dann ist da ein Modifikationsbedarf. Wenn es blau ist, ist Modifikation wünschenswert, wenn es gelb ist, ist sie dringend und wenn es rot ist, ist sie zwingend. Für die vier verschiedenen Wohnformen, die wir vorgestellt hatten, liegt kein Modifikationsbedarf vor hinsichtlich des Themas Haustiere erlaubt, gutsehende gehörlose Bewohner und selbst einkaufen können. Wo ist Modifikation wünschenswert? Da haben wir das Thema schnelle Erreichbarkeit, das haben wir eigentlich nur bei der Wohngemeinschaft und bei der vollstationären Pflege überhaupt als Modifikationsbedarf auf der Ebene wünschenswert. Beim Thema viele gehörlose Bewohner haben wir ist wünschenswert für Gehörlose, zu Hause für Gehörlose, in der ambulanten Pflege und in der stationären Pflege.

Für Taubblinde ist es ähnlich, wünschenswert zu Hause, nicht in der WG, aber bei ambulant und bei stationär. Wenn wir jetzt die Zeilen J und X anschauen, dann stellen wir fest, da steht immer etwas. Entweder es ist blau oder da sind so Sternchen, das heißt mit anderen Worten, da ist immer ein Modifikationsbedarf.

Modifikationsbedarf/Teil 2

Modifikation wünschenswert :		ambulantes Wohnen m. Versorgungssicherheit				vollstationäre Pflege			
		selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen		private eigene Häuslichkeit		ambulantes Wohnen m. Versorgungssicherheit		vollstationäre Pflege	
		W1	W2	W3	W4	W1	W2	W3	W4
Merkmale	G	T	G	T	G	T	G	T	
H	Zur schnellen Erreichbarkeit								
P	Viele gehörlose Bewohner								
Q	Viele taubblinde Bewohner								
J	Nähe zu einer Selbsthilfegruppe	*		*		*		*	
X	Arzt im Haus	*	*	*		*		*	
C	Religion – mit Gleichgesinnten zusammen sein								
D	Sexuelle Orientierung - mit Gleichgesinnten zusammen sein								
G	Gästezimmer für Freunde und Verwandte								
Y	Hauswirtschaftliche Versorgung					*			

* Andere Bedarfsstufe

Bei dem Thema Religion, oder mit Gleichgesinnten zusammen sein, Thema sexuelle Orientierung, da haben wir Modifikation ist wünschenswert für die vollstationäre Pflege. Bei Gästezimmer ist es ähnlich und bei hauswirtschaftlicher Versorgung ist es auf das Zuhause in erster Linie bezogen.

Modifikationsbedarf/Teil 3

vollstationäre Pflege
 ↓
 ambulantes Wohnen m. Versorgungssicherheit
 ↓
 selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen
 ↓
 private eigene Häuslichkeit

Modifikation dringlich:

	Merkmal	W1		W2		W3		W4	
		G	T	G	T	G	T	G	T
A	Beratung								
F	Einsamkeit (Privatheit)								
J	Nähe zu einer Selbsthilfegruppe		*		*		*		*
B	Hilfe durch vertraute Personen								
Y	Hauswirtschaftliche Versorgung						*		

* Andere Bedarfsstufe

Wo ist Modifikation dringlich? Das Thema Beratung ist in seinen verschiedenen Facetten und Zielen über alle Wohnformen hinaus dringlich. Und das Thema Privatheit mit dieser besonderen Definition, die Möglichkeit, sich zu zweit, zu dritt zurückzuziehen mit vertrauten Menschen, ist für das Thema vollstationäre Pflege wichtig. Nähe zur Selbsthilfegruppe hat über alle Wohnformen einen entsprechenden Modifikationsbedarf, für die gehörlosen Menschen dringlich und für die anderen steht hier ein Stern, das heißt für die taubblinden Menschen nicht so dringlich, sondern eine Stufe weniger, weil die sich zurückhaltender äußern. Hilfe durch vertraute Personen ist im Kontext vollstationäre Pflege wichtig.

Modifikationsbedarf/Teil 4

vollstationäre Pflege
 ↓
 ambulantes Wohnen m. Versorgungssicherheit
 ↓
 selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen
 ↓
 private eigene Häuslichkeit

Modifikation zwingend:

	Merkmal	W1		W2		W3		W4	
		G	T	G	T	G	T	G	T
E	Zur Kommunikation mit Pflegern bzw. Betreuern								
T	Gute Pflege (inkl. Kommunikation)								
W	Hilfesystem (technische Hilfsmittel)								
L	Freizeitangebote								
X	Arzt im Haus (bzw. gute Erreichbarkeit)			*		*			*
I	Verbindung zur Stadt								
M	Selbstbestimmtheit								
O	Private Atmosphäre								
R	Hörende Bewohner								
U	Taubblindenassistenz								
V	Nachtpraxis für taubblinde Menschen								

* Andere Bedarfsstufe

36

Modifikationsbedarf/Teil 4

vollstationäre Pflege

ambulantes Wohnen m. Versorgungssicherheit
selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen
private eigene Häuslichkeit ↓

Modifikation zwingend:

Merkmal	W1		W2		W3		W4	
	G	T	G	T	G	T	G	T
E Zur Kommunikation mit Pflegern bzw. Betreuern								
T Gute Pflege (inkl. Kommunikation)								

...



37

Wo ist zwingend etwas zu tun? Bei der Kommunikation mit Pflegern und Betreuern über alle Wohnformen ist etwas zu tun. Wir sehen auch für das Thema gute Pflege. Wie kommt das zustande? Wenn der Pfleger und der zu Pflegenden nicht miteinander kommunizieren können, so dass der zu Pflegenden gar nicht sagen kann, wie es ihm geht, dann kann die Pflege gar nicht gut sein. Das Hilfssystem, Sie erinnern sich, das war ganz oben in dem Ranking. Freizeitangebote sind eigentlich immer ein Thema, es sei denn, es ist eine WG, wo man die dann selbst initiiert. Ein Arzt im Haus ist auch für ganz viele Wohnformen ein Thema, bei Taubblinden ist es eine Stufe geringer angesetzt. Und der Block Verbindung zur Stadt, Selbstbestimmtheit, private Atmosphäre, ist im vollstationären Setting ein Thema. Gehörlose würden ungern mit Hörenden in dieser Lebensphase zusammenwohnen.

Und nicht zuletzt, Taubblindenassistenz ist in den verschiedenen Wohnformen bis auf die vollstationäre Pflege ein Thema für Taubblinde und Nachtpraxis für taubblinde Menschen ebenso. Die ersten beiden habe ich noch einmal herausgehoben, um zu zeigen, Kommunikation und gute Pflege, was heißt das? Der Pfleger oder Betreuer, die sollen Gebärden können. Wenn wir uns das alles anschauen, fragt man sich, wer soll das alles bezahlen? Deshalb haben wir die Frage auch gestellt, gibt es denn die Bereitschaft, für mehr Angebote auch mehr zu bezahlen?

Mehr bezahlen für spezifische Angebote?

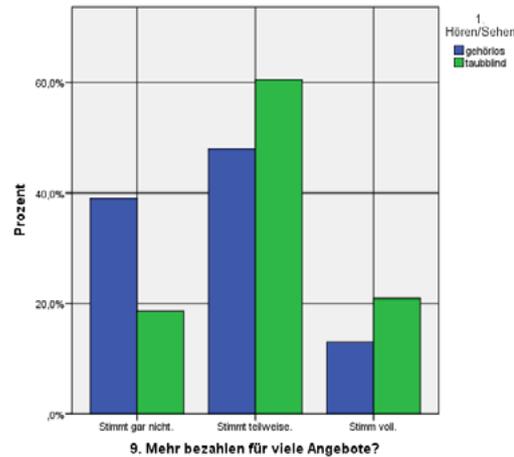
Vorspann: Es gibt spezielle Angebote, zum Beispiel bessere Kommunikation durch

1. Gebärdendolmetscher,
2. Pflegepersonal kann Gebärdensprache,
3. Bessere Kommunikation durch Assistenz für taubblinde Menschen.

Frage: Wenn Sie mehr bezahlen, dann bekommen Sie mehr Angebote. Sind Sie dann bereit, dafür mehr zu bezahlen?

Antwortvorgaben:

- stimmt gar nicht,
- stimmt teilweise,
- stimmt voll.



Sie sehen links die verschiedenen Angebote, die hier adressiert worden sind. Und wenn Sie dann auf das Schaubild gucken, es reicht, wenn Sie sich auf den linken Rand konzentrieren bei stimmt gar nicht, dann stellen Sie fest, etwa 40 Prozent der Gehörlosen und etwa 20 Prozent der Taubblinden sagen, nein, ich bin nicht bereit, dafür mehr zu bezahlen.

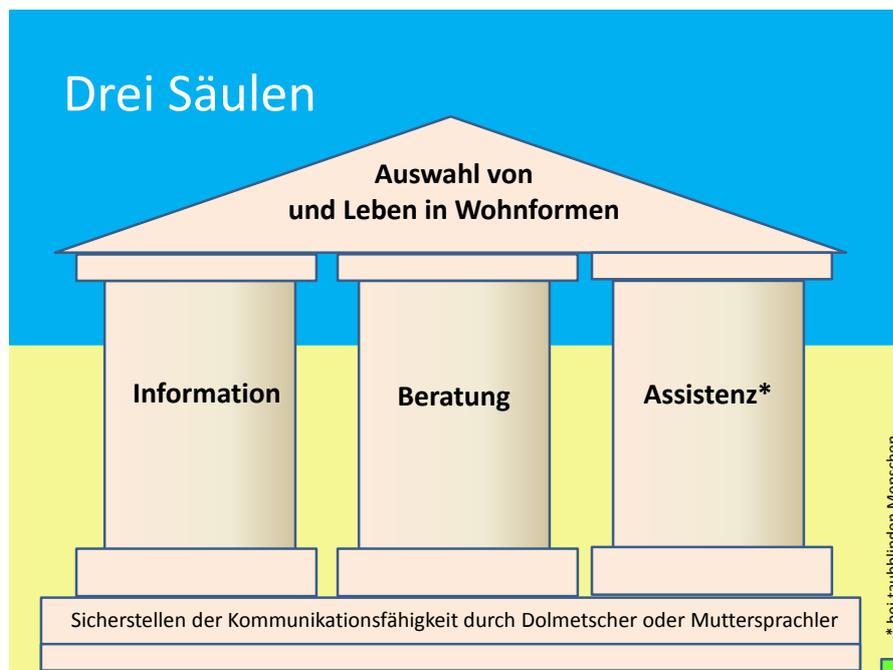
Ergebnisse zur Schlüsselposition

von Information, Beratung & Assistenz

Information, Beratung & Assistenz

- Information, Beratung & Taubblindenassistenz (TBA) haben eine Schlüsselposition.
- Mehr / bessere Information und Beratung bzw. TBA haben großen Einfluss insb. auf:
 - Verbleib in der privaten eigenen Häuslichkeit
 - Auswahl geeigneter Wohnformen
 - Zugang zu medizinischer Versorgung
 - Medizinische Gleichbehandlung
 - Selbstbestimmung
 - Lebensqualität

Uwe Zelle: Kommen wir nun zum Thema Information, Beratung und Assistenz. Das sind also wichtige Schlüsselpositionen für eine barrierefreie Erreichbarkeit dieser Angebote. Wenn Information in ausreichendem Maß gegeben ist, Beratung stattfindet und auch Assistenz vorhanden ist, dann ist das eine gute Grundlage, um so lange wie möglich zu Hause leben zu können. Es ist auch ein Aspekt, eine passende Einrichtung auszuwählen. Es geht auch um den Bereich medizinische Versorgung und den Zugang dazu. Medizinische Gleichbehandlung, damit ist gemeint, dass es häufig so ist, dass gehörlose oder taubblinde Menschen zum Arzt gehen und nicht das Gefühl haben, auf einer Ebene zu stehen, nicht gleichbehandelt zu werden, eben aufgrund der mangelnden Kommunikationsmöglichkeiten. Klar ist, dass eine gute Behandlung vorhanden sein muss, gute Information und eben auch Assistenz, weil in der Konsequenz natürlich auch nur dann Selbstbestimmtheit möglich ist. Eine Konsequenz, die natürlich auch die Lebensqualität deutlich verbessert.



Information zum Thema Wohnen

- Schriftsprache ist für gehörlose Menschen immer eine große Herausforderung.
- Es kommt oft zu Verständnisproblemen / zur Vermeidung schriftlicher Informationen.
- Es sollte auf Wahlfreiheit geachtet werden, d.h. Informationsangebote in:
 - üblicher schriftlicher Art und
 - leichter / einfacher Sprache und
 - Gebärdensprache.
- Es sollte eine bestehende Datenbank (GIA) ausgebaut werden. Aufgenommen werden sollte/n:
 - Einrichtungen für gehörlose und taubblinde Menschen
 - Ansprechpartner,
 - Demenzbegleiter,
 - Hospizbegleiter
 - etc.

Die Auswahl von Wohnformen benötigt drei verschiedene Säulen, nämlich Information, Beratung und Assistenz. Bei der Assistenz ist es ganz klar, dass sich das natürlich auf die Zielgruppe der taubblinden Menschen konkret bezieht. Beratung gibt es in unterschiedlichen Ausprägungen. Es könnte zum Beispiel so sein, dass gewünscht ist, dass der Beratende selbst Muttersprachler ist oder eben in Gebärdensprache kommunizieren kann. Ist das nicht der Fall, ist auch eine Beratung mit Hinzunahme eines Gebärdensprachdolmetschers möglich. Wenn sichere Kommunikation gegeben ist, dann können alle anderen Prozesse auch gut ablaufen.

Zum Thema Information: Es ist eine große Herausforderung für gehörlose Menschen, Schriftsprache zu lesen oder Informationsmaterial in Schriftsprache zu verstehen. Wichtig ist, dass gerade in diesem Bereich eine Wahlfreiheit hinsichtlich der Informationsbeschaffung und der Informationsangebote besteht. Traditionell ist es ja so, dass Information häufig in Schriftsprache bereitgestellt werden soll, das kann auch weiterhin so bestehen bleiben. Zusätzlich soll es Angebote in Gebärdensprache und in Leichter Sprache geben. Es gibt ein Projekt der Universität zu Köln, das Projekt GIA, da geht es um gehörlose Menschen im Alter. In dem Rahmen wird eine Datenbank entwickelt, in der verschiedene Informationen und Daten gesammelt werden. Dort sollen zum Beispiel verschiedene spezielle Einrichtungen, Institutionen für gehörlose Menschen, Ansprechpersonen, Demenzbegleiter und Hospizbegleiter gesammelt werden. Das ist wichtig.

Beratung zum Thema Wohnen

- Bei der Beratung sollte ein professioneller Dolmetscher dabei sein (auch bei Arztbesuchen und bei Besuch des MDK etc.).
- Angehörige sind als ‚Dolmetscher‘ oft problematisch (Fachlichkeit & Neutralität).
- Probleme bezüglich Dolmetscher sind insbesondere:
 - Verfügbarkeit (oft)
 - Vertraulichkeit (manchmal)
 - Fachbegrifflichkeit
- Probleme bezüglich Berater sind insbesondere:
 - Fachkompetenz ohne Gebärdensprach- und Kulturkompetenz
 - Gebärdensprachkompetenz mit geringer Fachkompetenz
- Handlungsbedarf:
 - Ausbildung von Dolmetschern (Quantität, Qualität)
 - Schaffung von Beratungseinrichtungen für gehörlose und taubblinde Menschen

Zum Thema Beratung: Auch hier ist ganz klar, dass professionelle Gebärdensprachdolmetscher für die Beratung hinzugezogen werden sollten, zum Beispiel beim Arztbesuch oder beim medizinischen Dienst der Krankenkassen. Wenn es also in dem Rahmen der Begutachtungen geht, die Pflegestufe einzuordnen, ist es wichtig, die Kommunikation zu gewährleisten. Bisher war es häufig so, dass Angehörige, Fami-

lienmitglieder oder Freunde in dem Rahmen als Dolmetscher fungiert haben. Das ist allerdings ein großes Problem, weil sie sich häufig auch nicht mit den fachlichen Begrifflichkeiten auskennen und auch nicht das nötige medizinische Hintergrundwissen haben. Das heißt also, Gehörlose bekommen dann all die Informationen, die sie brauchen. Probleme hinsichtlich der Dolmetscher gibt es im Bereich Beratung zum einen, weil es einfach relativ wenige Gebärdensprachdolmetscher gibt, die zur Verfügung stehen. Häufig sind die Dolmetscher weit im Voraus ausgebucht.

Ein anderer Faktor ist das Thema Vertrauen. Häufig wissen gerade ältere gehörlose oder taubblinde Menschen nicht, was konkret die Rolle oder Aufgabe eines Dolmetschers ist. Außerdem ist die Gehörlosengemeinschaft natürlich relativ klein, sodass man sich untereinander kennt und da die Sorge besteht, dass womöglich Dinge weitergetragen werden. Ältere Menschen sind sich häufig unsicher, ob sie dem Dolmetscher vertrauen können, also konkret bezogen auf die Schweigepflicht.

Es gibt natürlich auch Unterschiede, es gibt einige, die sich mit Dolmetschern gut auskennen und da Erfahrungen gesammelt haben, aber das ist eben noch sehr heterogen. Die Gebärdensprachkompetenz der Dolmetscher soll sehr hoch sein und zusätzlich sollen sie Kenntnisse mit verschiedenen Fachbegriffen im medizinischen Bereich haben. Auf die Berater bezogen ist auch eine Gebärdensprachkompetenz wichtig. Häufig ist es so, dass Berater keine ausreichende Fachkompetenz in der Gebärdensprache haben. Außerdem fehlt zusätzlich noch die kulturelle Kompetenz, also was ist Gehörlosengemeinschaft, wie verhalten sich Gehörlose, wie ist der Umgang? Da sind Berater häufig nicht ausreichend geschult. Es müsste mehr Gebärdensprachdolmetscher geben, die professionell ausgebildet und eingesetzt werden können. Außerdem müssen mehr Beratungseinrichtungen entstehen, also gerade für gehörlose und taubblinde Menschen. Spezielle Beratungsangebote für die Zielgruppe im Bereich Pflege gibt es bundesweit bisher kaum. Man kann jetzt wirklich sagen, dass es für taubblinde Menschen kaum Beratungsangebote gibt.

Assistenz und Wohnen

- Bei der Beratung taubblinder Menschen muss neben dem Dolmetscher auch Taubblindenassistent (TBA) unterstützen. TBA hat insb. positiven Einfluss auf
 - Zugang zu medizinischer Versorgung
 - Medizinische Gleichbehandlung
 - Vermeidung von Gewalt
 - Vermeidung unnötiger Psychiatrieaufenthalte
- Es muss darauf hingearbeitet werden, dass
 - in ausreichendem Maße Taubblindenassistenten ausgebildet werden.
 - die Assistenz in angemessenem Umfang finanziert wird.
 - die Bewilligung der Assistenz in den Ländern vereinheitlicht wird.

Zum Thema Assistenz: Taubblinde Menschen können ohne Assistenz nicht alleine wohnen. Wenn taubblinde Menschen Beratung in Anspruch nehmen wollen, möchten sie Gebärdensprachdolmetscher hinzuziehen und auch die Assistenz, die sie dann zum Beratungsgespräch begleitet. Häufig scheitert es schon daran, zur Beratung hinzukommen. Über die vier Punkte, Zugang zu medizinischer Versorgung, medizinischer Gleichbehandlung, da ist die Assistenz von Nöten, zusätzlich eben auch der Gebärdensprachdolmetscher. Vermeidung von Gewalt.

Taubblinde Menschen sind häufig alleine, haben kaum Möglichkeiten zu kommunizieren und in dem Rahmen müssen wir einfach schauen, dass genau das vermieden werden kann und das kann durch Taubblindenassistenz positiv beeinflusst werden. Wir möchten auch vermeiden, dass taubblinde Menschen aus Not heraus in Anstalten oder in anderen Einrichtungen untergebracht werden. Ohne Assistenz, ohne Beratung und Information, da sind sie natürlich völlig isoliert und kommen nicht weiter. Langfristig muss darauf hingearbeitet werden, dass mehr Taubblindenassistenten an verschiedenen Standorten ausgebildet werden.

Eine Aussage in diesen Fokusgruppentreffen war, dass es in Nordrhein-Westfalen ungefähr 1200 taubblinde Menschen gibt, auf die gerade einmal 80 Assistenten kommen. Die Diskrepanz ist wirklich sehr groß und der Handlungsbedarf genauso. Außerdem ist die Finanzierung der Assistenz nicht in ausreichendem Maße gesichert und geklärt. Durch das föderale System ist die Finanzierung der Assistenz in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich.

Zusammenfassung / Teil 1

- Beide Zielgruppen wollen möglichst lange zu Hause bleiben. Dafür ist Kommunikation mit Pflegern / Betreuern erforderlich sowie Information, Beratung und ggf. Assistenz, auch Unterstützung bzgl. der Mobilität ist hilfreich (z.B. Besuch von Tageseinrichtungen).
- Wenn ein Umzug nötig wird, dann ist wieder Information, Beratung und Assistenz zwingend. Die Umzugsbereitschaft hängt insbesondere vom Kommunikationsangebot und der Peer-Group ab.
- Beide Zielgruppen brauchen in der alternativen Wohnform Information & Beratung sowie möglichst direkte Kommunikation mit Pflegern bzw. Betreuern. Sie wünschen sich ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit und möglichst spezifische Freizeitangebote.

Zusammenfassung / Teil 2

- Gehörlose Menschen möchten gerne mit anderen gehörlosen Menschen zusammen wohnen, nicht aber mit Hörenden – bzgl. taubblinden Menschen ist die entsprechende Haltung indifferent.
- Taubblinde Menschen möchten gern alleine wohnen. Für sie ist eine Nachtpraxis und vor allem Taubblindenassistenz unabdingbar.
- Auch gehörlose und taubblinde Menschen sollten für die Arbeit in solchen Einrichtungen ausgebildet werden bzw. dort arbeiten – sowohl als Pfleger als auch z.B. als Koch.
- Innovative Wohnformen sind erforderlich, die Innovation liegt jeweils im aufgezeigten Modifikationsbedarf. Dazu gehört insbesondere die Bereitstellung geeigneter Information, Beratung und Assistenz.

Wir haben durch die qualitativen Interviews und durch die Online-Befragung einige Punkte zusammengefasst, die sehr wichtig sind. Gehörlose und taubblinde Menschen möchten so lange wie möglich zu Hause wohnen bleiben. Das ist ein ganz klares Ergebnis dieser Befragung. Die Kommunikation ist für sie auch sehr wichtig. Die Befragten haben gesagt, dass sie zu Hause wohnen bleiben möchten, unter der Bedingung, dass die Pflegekräfte und Betreuer, die sie in ihrem Zuhause besuchen, betreuen und pflegen, gebärdensprachkompetent sind.

Im Vorfeld ist natürlich auch die Beratung und Information wichtig, damit taubblinde Menschen ausreichend informiert sind, wie sie eben genau das gut gestalten können, dass sie zu Hause wohnen bleiben. Außerdem müssen sie in der Mobilität noch gefördert werden. Und dann gab es ja die Frage nach dem Umzug. Also, wenn ein Umzug nötig wird, dann ist natürlich wieder Information, Beratung und natürlich auch die Assistenz zwingend erforderlich. Zurzeit ist dies noch nicht ausreichend vorhanden. Man muss sich natürlich auch darüber informieren können, wie ist es an dem Ort, an dem ich hinziehen möchte, wie ist es in der Einrichtung? Auch dort muss ich mich informieren können und auch dort ist wieder die Kommunikation dringend erforderlich. Und außerdem geht es natürlich auch um die Peergroup.

Gibt es Menschen, denen es ähnlich ergeht wie mir in der Einrichtung, die ähnlich kommunizieren wie ich? Erst dann, wenn die Kommunikation tatsächlich gut gelingt, kann ich auch selbstbestimmt eine Entscheidung treffen. Ansonsten ist die Entscheidung nicht wirklich selbstbestimmt möglich. Und das hatten wir schon zum Ausdruck gebracht, gehörlose Menschen wünschen sich, mit anderen gehörlosen Menschen zusammenzuwohnen, nicht jedoch mit Hörenden.

Taubblinde Menschen haben ganz unterschiedliche Angaben gemacht. Zum Thema hörende Menschen haben sie sich eher neutral formuliert, das scheint keine große Auswirkung zu haben, aber wichtig ist, dass sie nicht mit Gehörlosen wohnen möchten. Taubblinde haben gesagt, dass sie in erster Linie alleine wohnen möchten, noch lange Zeit zu Hause wohnen bleiben möchten. Das war sehr, sehr entscheidend für diese Gruppe. Und außerdem haben sie natürlich betont, dass die Assistenz sehr wichtig ist, aber auch die Nachtpraxis. Nachtpraxis meint hier quasi eine 24-Stunden-Erreichbarkeit. Also wenn man in einer Notsituation ist, dass eben jemand sofort kommen kann, um zu helfen. Das war besonders für die Gruppe der taubblinden Menschen sehr, sehr entscheidend. Gehörlose und taubblinde Menschen sollen in den Einrichtungen beschäftigt sein, zum Beispiel als Pfleger, als Köche oder in anderen Bereichen zum Beispiel, um eben direkte Kommunikation zu ermöglichen, auch hier findet man wieder die Bedeutung der Peergroup.

Zu den 21 Merkmalen beziehungsweise der Modifikationsbedarfe, dazu möchte ich mich noch einmal äußern. In den Wohnformen ist es nicht so gedacht, dass komplett etwas ganz Anderes aufgebaut wird, sondern die bestehenden Wohnformen sollen genutzt und den gehörlosen und taubblinden Menschen angepasst werden. Da braucht man natürlich wieder die genannten Bedingungen: Beratung, Information und Assistenz.

Ausblick

Aufbauend auf diese Erkenntnisse sollten in einem nächsten Schritt

unter Beteiligung von Verbänden / Fachvertretern sowie von Beratungskompetenz je Zielgruppe (d.h. für gehörlose und für taubblinde Menschen) für die Wohnformen

- privates Wohnen in der eigenen Häuslichkeit
- selbständiges gemeinschaftliche Wohnen
- ambulantes Wohnen mit umfassender Versorgungssicherheit
- vollstationäre Pflege

Wohnangebote

entwickelt und begleitet werden.

**vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit**

Nun zum Ausblick: Wie kann es in Zukunft aussehen? Also, es gibt natürlich unterschiedliche Wohnformen wie das private Wohnen in der eigenen Häuslichkeit, dann selbstständiges gemeinschaftliches Wohnen, als drittes ambulantes Wohnen mit umfassender Versorgungssicherheit und die vollstationäre Pflege. Und bei all diesen Wohnformen haben die Betroffenen geäußert, dass es wichtig ist, dass dort eben mit Verbänden, mit Fachvertretern, mit Kompetenzzentren zusammengearbeitet werden muss.

Moderation

Dr. Schartmann: Sehr geehrter Herr Zelle, sehr geehrter Herr Doktor Glatz, vielen Dank für die außerordentlich interessanten und vielfältigen Ergebnisse in dieser Fülle, das war ja schon sehr beeindruckend. Ich finde es immer wieder interessant, welche neuen Erkenntnisse man auch gewinnt, wenn man tatsächlich einmal die Betroffenen fragt. Also auf einige Ergebnisse wäre ich tatsächlich nicht im Vorhinein gekommen. Wir hätten jetzt noch Zeit für ein bis zwei Nachfragen zu dem Thema, allerdings wären das eher Nachfragen, Verständnisfragen, die Diskussion wollen wir ja erst im zweiten Teil der Veranstaltung halten. Also, gibt es noch Nachfragen an die beiden Referenten? Da vorne ist eine Nachfrage.

Publikum: Auf dieser einen Folie mit den Wichtigkeitsfaktoren, wo das blau und rot markiert war, stand, ich glaube bei 62 Prozent Einsamkeit. Was bedeutet das? Sind die Leute gerne einsam? Vielleicht können Sie ja auf die Folie noch einmal gehen?

Dr. Glatz: So. Ja, was bedeutet das? Das bedeutet natürlich nicht, dass die alle einsam sein wollen. Sondern, ich hatte vorhin ja auch erläutert, Einsamkeit/Privatheit bedeutet, es ist den Leuten wichtig, dass die Möglichkeit besteht, sich mit zwei oder drei vertrauten Personen auch einmal zurückziehen zu können. Das meint das.

Dr. Schartmann: Gut, gibt es noch eine weitere Nachfrage?

Herr Zelle: Also, der Begriff Einsamkeit in dem Kontext muss noch einmal klar beleuchtet werden. Also für taubblinde Menschen ist es wichtig, alleine in ihrem eigenen Wohnumfeld leben zu können. Ich habe ja die Interviews durchgeführt mit den Betroffenen und die taubblinden Menschen haben gesagt, dass sie natürlich ihr Wohnumfeld, ihre Häuslichkeit kennen. Sie wissen, wo ihre Sachen liegen, alles hat seinen bestimmten Platz. Sie kennen sich da sehr gut aus und wenn sie dann gemeinsam zum Beispiel in einer WG mit anderen Menschen leben würden, kämen sie überhaupt nicht mehr parat, weil ja alles für sie nicht mehr den Ort hätte. Das war in dem Zusammenhang eben der Punkt Einsamkeit, nämlich, dass sie alleine in ihrem Umfeld leben können und das andere war die Privatheit, also Einsamkeit im Sinne von Privatheit, sich einmal zurückziehen zu können, auch nicht immer mit anderen zusammen zu sein, sondern einfach einmal auch in einen eigenen Raum gehen zu

können. Und das war für beide Zielgruppen ein Faktor.

Dr. Winkelhage: Sie haben in einem ersten Schritt 67 spezifische Angebote identifiziert. Können Sie ganz kurz sagen, was das für Angebote waren?

Dr. Glatz: Also, da gab es diese beiden großen Kriterien, das heißt spezifisch, das heißt nur für Taubblinde oder nur für Gehörlose, das war das eine Kriterium und das zweite ist, die mussten auch ausdrücklich damit werben.

Publikum: Wie breit war die Altersspanne der Befragten/Betroffenen?

Herr Zelle: Bei den Interviews gab es drei Alterskategorien und zwar in jeweils beiden Zielgruppen. Die erste Alterskategorie war von 20 bis 39 Jahren, dann kam die zweite Alterskategorie von 40 bis 59 Jahre und die dritte Kategorie war dann ab 60 Jahren. Das sind genau diese Kategorien, in denen wir auch Interviews geführt haben mit den Betroffenen und natürlich sind auch in den unterschiedlichen Altersgruppen die Bedarfe ganz unterschiedlich. Also, ich habe auch Jüngere befragt, was sie denn für Wünsche und Vorstellungen haben, wenn sie im Alter einmal in die Einrichtung ziehen und da sind die Bedarfe natürlich ganz anders als bei Älteren und außerdem gab es noch einmal die Unterscheidung nach Geschlecht.

Dr. Schartmann: Gut, vielen Dank an das Team von der Uni Köln für den interessanten, spannenden Vortrag.

Moderation

Dr. Schartmann: Meine Damen und Herren, wir starten in die zweite Runde unserer Veranstaltung mit zwei Berichten aus der Praxis. Zunächst wird uns Frau Andrea Wieland vom Franz-von-Sales-Zentrum für gehörlose Menschen von Ihren Erfahrungen aus dem ambulant unterstützten Wohnen berichten. Das Franz-von-Sales-Zentrum ist in Trägerschaft des Caritas-Verbandes für die Stadt Köln. Aus Essen angereist ist Frau Anke Dieberg vom Kompetenzzentrum für gehörlose Menschen im Alter. Der Träger des Angebotes ist die Martineum gGmbH und sie haben sich in ihrer Arbeit der Zielgruppe der gehörlosen, älteren Menschen auch mit Demenz oder Pflegebedarf gewidmet. Aber jetzt erst einmal Frau Wieland, bitte schön.

Bericht aus der Praxis:

Ambulant betreutes Wohnen im Franz-von-Sales-Zentrum für Gehörlose in Köln

Andrea Wieland

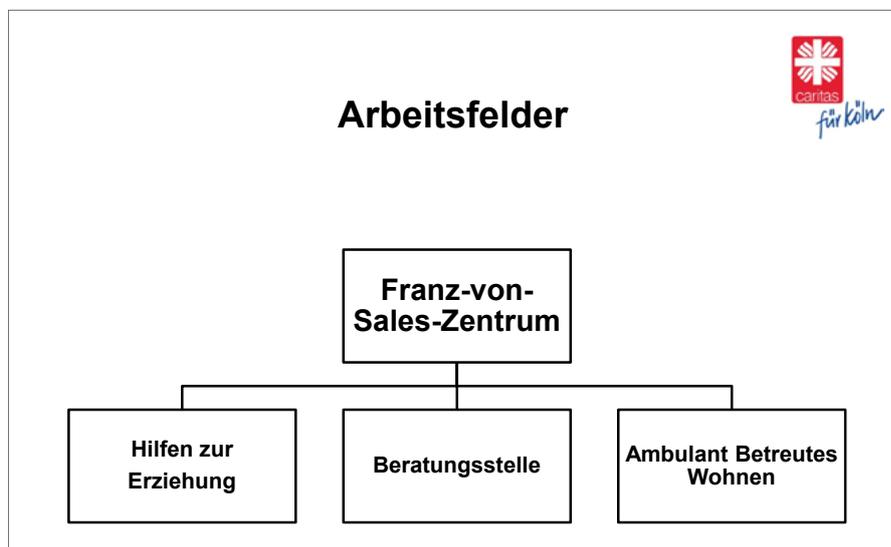


Guten Tag, mein Name ist Andrea Wieland.

Ich bin die Leiterin des Franz-von-Sales-Zentrums für Gehörlose in Köln.

Wir sind keine Einrichtung, die speziell im Pflegebereich tätig ist, sondern wir sind eine Einrichtung der Eingliederungshilfe und bieten u.a. Beratungsangebote für die Stadt Köln an.

Ich möchte Ihnen heute etwas zu unserem Bereich ambulant betreutes Wohnen erzählen. Das sind eben gehörlose, schwerhörige Menschen mit noch zusätzlichen Unterstützungsbedarfen. Diese Menschen haben ihre Vorstellungen, wie sie heute wohnen möchten, aber auch vielleicht später im Alter. Und wie sieht es mit Pflege aus?



Ein kurzer Überblick: Wir haben drei Schwerpunktthemen oder Arbeitsfelder im Franz-von-Sales-Zentrum. Wir bieten zum einen Hilfen zur Erziehung an – im Auftrag des Jugendamtes, entweder der Stadt Köln oder auch der Stadt Bonn und der Stadt Siegburg. Und zwar in Familien, wo mindestens ein Mitglied in der Familie eine Hörschädigung hat. Das könnten sowohl die Eltern, als auch die Kinder sein.

Wir haben eine allgemeine Sozialberatungsstelle im Auftrag der Stadt Köln, wo gehörlose Bürgerinnen und Bürger zu uns in die Beratung kommen können und von uns in ganz unterschiedlichen Themenfeldern unterstützt werden. Das geht von Sozialrecht, Hilfestellung bei Anträgen oder der Suche nach Dolmetschern. Wenn im Notfall kein Dolmetscher zu finden ist und es besteht ein hoher Bedarf an zum Beispiel einen Arztbesuch, begleiten wir auch schon einmal den Betroffenen.

Franz-von-Sales-Zentrum für Gehörlose



Das Team besteht aus

- schwerhörigen
- gehörlosen
- hörenden

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Alle sind gebärdensprachkompetent.

Franz-von-Sales-Zentrum für Gehörlose



Angebote offen für:

- gehörlose,
 - schwerhörige,
 - spätertaube,
 - hörsehbehinderte / taubblinde Menschen,
 - CI-Träger
-
- sowie deren Angehörige



Franz-von-Sales-Zentrum für Gehörlose



Kommunikationsformen:

- Lautsprache
- Lautsprachbegleitende Gebärden
- Deutsche Gebärdensprache
- Unterstützte Kommunikation
- Schriftsprache
- Lormen
- Taktiles Gebärden
- in Mischformen



Wir sind ein gemischtes Team. Wir haben schwerhörige, gehörlose und hörende Teammitglieder. Ungefähr die Hälfte unseres Teams hat eine Hörschädigung. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen Gebärdensprache können. Das ist bei uns Einstellungsvoraussetzung, damit die Kommunikation mit unseren Klienten funktioniert. Obwohl wir den Namen Franz-von-Sales-Zentrum für Gehörlose haben, sind wir offen für alle Arten einer Hörschädigung. Wir arbeiten mit ganz verschiedenen Kommunikationsformen, abhängig von dem was die Klientin oder der Klient an Bedarf hat. Das geht auch schon einmal in Lautsprache, lautsprachbegleitende Gebärden, in deutscher Gebärdensprache. Wir haben aber auch Klienten, die kommunizieren in Form von unterstützter Kommunikation. Das sind zum Beispiel Talker oder das iPad, wo verschiedene Apps darauf sind, mit denen man die Kommunikation sicherstellen kann. Das gibt es auch von anderen Anbietern als Apple, aber die sind im Moment wirklich einer der Anbieter für unterstützende Kommunikations-Apps.

Wir kommunizieren auch schon einmal in Schriftsprachen und wir haben auch einige Mitarbeiter, die fit sind im Lormen oder im taktilen Gebärden, sodass auch hörseh-behinderte oder taubblinde Menschen bei uns beraten werden können. Und es gibt auch die Mischform. Also, es gibt Klienten, mit denen können wir uns an einem Tag

in lautsprachbegleitenden Gebärden unterhalten und am nächsten Tag brauchen sie Bilder und Piktogramme.

Im ambulant betreuten Wohnen geht es nicht nur um Menschen, die eine Hörschädigung haben. Diese Menschen haben in der Regel noch eine zusätzliche Beeinträchtigung. Das können eine kognitive Beeinträchtigung, Lernschwierigkeiten, psychische Erkrankungen, aber auch eine Körperbehinderung sein. Diese Menschen werden von uns in unterschiedlichen Wohnsituationen aufgesucht und betreut. Das ist häufig die eigene Wohnung. Es gibt aber auch Wohngemeinschaften. Da liegt so ein bisschen die Schwierigkeit. Wir haben im Moment eine Wohngemeinschaft von insgesamt acht Menschen, wo hörende und hörgeschädigte Menschen zusammenleben. Bisher haben wir es noch nicht geschafft, zeitgleich mehrere Menschen zu finden, die alle ein Interesse an einer Wohngemeinschaft haben.

Dazu muss man sich darauf verständigen können, welcher Stadtteil soll es sein und sollen in der WG nur Männer, nur Frauen oder gemischt zusammenleben. Das ist eben, weil es so Wenige gibt, im Vergleich zu anderen Behinderungsarten, eine Schwierigkeit. Es kann sein, dass in einem Jahr jemand anfragt und wenn wir ein Jahr später den Zweiten finden, ist der Erste schon versorgt, weil er eine eigene Wohnung gefunden hat. Dann fangen wir wieder an zu suchen.

Ambulant Betreutes Wohnen

Begleitung und Unterstützung einer selbständigen
Lebensgestaltung



- Menschen mit einer Hörschädigung und einer zusätzlichen Beeinträchtigung
- in der eigenen Wohnung, in einer Wohngemeinschaft oder im Appartementhaus des Caritasverbandes
- Übernahme der Kosten für die Begleitung und Unterstützung erfolgt unter bestimmten Voraussetzungen durch den LVR als überörtlichen Träger der Eingliederungshilfe (§ § 53ff. SGB XII)
- häufig erhalten die Nutzer vom Betreuten Wohnen auch andere Leistungen, z.B. zur Pflege nach SGB XI, Teilhabe am Arbeitsleben, Jugendhilfe SGB VIII

Wir haben in der Mitte von Köln ein Apartmenthaus vom Caritas-Verband mit insgesamt 26 Wohnungen, die hauptsächlich von Menschen mit Hörschädigung bewohnt werden. Das sind kleine Apartments von 30 bis 35 Quadratmeter mit eigenem Badezimmer, eigener Küche sowie dem Wohn-Schlafbereich. Diese Wohnungen werden bewohnt von Menschen, die schon seit über 20 Jahren dort leben und die auch nicht mehr weg möchten, weil sie die Vorteile der zentrumsnaheren Wohnortsituation nicht mehr missen möchten. In den letzten Jahren versuchen wir auch verstärkt junge Menschen dort eine Wohnung zu vermitteln, die, wenn sie aus dem Elternhaus ausziehen, einen höheren Unterstützungsbedarf haben und es gut finden, dass in der direkten Nachbarschaft unsere Büros sind. Dort sind immer wieder gebärdensprachkompetente Betreuer und Berater, eben auch am Wochenende oder abends, wenn irgendetwas ist.

Die Übernahme der Kosten für die begleitende Unterstützung erfolgt unter bestimmten Voraussetzungen durch den Landschaftsverband Rheinland oder anderen Sozialhilfeträgern, wenn die Zuständigkeit außerhalb des Rheinlandes liegt. Das heißt, es gibt ein Hilfeplanverfahren, wo die Bedarfe festgestellt und Ziele vereinbart werden. Wo braucht dieser Mensch Unterstützungsbedarf? Wie können wir diese Menschen im selbstständigen Wohnen begleiten und unterstützen?

Jetzt kommt die Schnittstelle zur Pflegeversicherung. Viele unserer Nutzer im ambulant betreuten Wohnen bekommen eben auch Leistungen von anderen Leistungsträgern, also Pflegekasse. Wir haben ganz viele Menschen, die bei uns eine Pflegestufe haben, die durch ambulante Pflegedienste betreut werden. Viele unserer Menschen erhalten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, arbeiten und sind beschäftigt in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Oder bekommen auch, wenn sie selber Eltern sind, Hilfe aus der Jugendhilfe SGB VIII. Was aber nicht immer automatisch auch durch uns geleistet wird. Wenn jemand bei uns ambulant betreutes Wohnen kriegt, schauen wir, dass die Erziehungshilfe von einem anderen Träger geleistet wird. Damit eine personelle Unterscheidung gegeben ist und die Menschen wissen, wer ist für welche Hilfe zuständig.

Um das zu veranschaulichen, habe ich zwei Beispiele mitgebracht von Menschen, die bei uns im ambulant betreuten Wohnen begleitet und unterstützt werden. Ich habe bei jedem dieser Beispiele einen bestimmten Klienten im Kopf, habe aber aus datenschutzrechtlichen Gründen natürlich den Namen geändert und auch ein paar andere Faktoren ergänzt oder weggelassen.

Ambulant Betreutes Wohnen



Beispiel 1:

Herr Schmitz, 50 Jahre alt, von Geburt an gehörlos, atypischer Autismus, schizoide Persönlichkeit, Anpassungsstörungen

„Ich möchte allein ohne Eltern zusammen wohnen. Aber ich will trotzdem in der Nähe Familie bleiben. Ich möchte selbstständig wohnen, machen, was ich will.“

Ambulant Betreutes Wohnen



Wir unterstützen und begleiten Herrn Schmitz da, wo er uns braucht...

- bei der Führung des Haushalts: Reinigung der Wohnung, Wäschepflege
- bei der Gesundheitsförderung: Begleitung bei Arztbesuchen (ohne Gebärdensprachdolmetscher), Körperpflege
- bei der Alltagsgestaltung: Termine

Ambulant Betreutes Wohnen



- bei der Freizeitgestaltung: Interessen wecken, Ausflüge, Gruppenangebote, gemeinsamer Urlaub
- beim Aufbau und Erhalt von Kontakten: Nachbarn, Suche nach einer Partnerschaft
- bei persönlichen Problemen: Konflikte
- beim Umgang mit Behörden: Briefe in Gebärdensprache erklären, gegebenenfalls an den rechtlichen Betreuer weiterleiten

Ambulant Betreutes Wohnen



Herr Schmitz erhält ebenfalls Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst:

- Medikamentengabe
- Körperpflege (Duschen)

Wir sind im Rheinland. Gehen wir davon aus, mein Klient heißt Herr Schmitz. Er ist 50 Jahre alt und von Geburt an gehörlos. Er kommuniziert weder in Lautsprache noch begleitenden Gebärden noch in einer reinen DGS, sondern in einer ganz persönlichen Mischform. Diagnostiziert wurden bei ihm atypischer Autismus und eine schizoide Persönlichkeit sowie Anpassungsstörungen. Herr Schmitz lebt jetzt schon seit ganz

langer Zeit in einem unserer Apartments im Franz-von-Sales-Zentrum. Er hat sich selbst im Rahmen dieses Hilfsplanverfahrens zu der Frage, wie und wo möchten Sie denn leben, geäußert. Ich zitiere: „Ich möchte alleine ohne Eltern wohnen, aber ich will trotzdem in der Nähe der Familie bleiben. Ich möchte selbstständig wohnen, machen, was ich will.“ Dieses „machen, was ich will“ ist bei ihm wirklich zentral.

Ich führe exemplarisch auf, wo wir ihn wirklich unterstützen und begleiten können. Also er braucht Unterstützung bei der Führung des Haushaltes. Da geht es speziell um die Reinigung der Wohnung und die Wäschepflege. Herr Schmitz ist ein bisschen geizig, das heißt, er sieht es nicht ganz ein, Wasser zu verbrauchen. Unsere Aufgabe ist es, mit ihm daran zu arbeiten, warum es wichtig ist, dass man Körperpflege betreibt und Hygiene hält. Wir erklären ihm, dass wenn die Wäsche sehr lange getragen wird und anfängt zu riechen, es dazu führt, dass er isoliert ist. Dass andere Menschen keinen Kontakt mehr mit ihm möchten oder dass er Probleme auf der Arbeit bekommt.

Es ist nicht so, dass wir ihn dazu zwingen, sondern es geht um Selbstständigkeit. Aber wir versuchen, im Gespräch mit ihm, daran zu arbeiten, dass er selber die Notwendigkeit einsieht und zumindest wochenweise anfängt, seine Wäsche zu waschen. Dafür ist es wichtig, dass wir versuchen unser Zweierteam zu mischen, eben gehörlos und hörend. Unsere Erfahrung ist, gerade auch unsere gehörlosen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben eine sehr viel höhere Sprachkompetenz und können sich individuell auf die Sprachbedürfnisse der einzelnen Menschen einstellen. Sie können das ganze so erklären und mit solchen Beispielen hinterlegen, dass Herr Schmitz das versteht. Wir haben uns jetzt darauf geeinigt, dass einmal in der Woche die Wäschepflege und Hausreinigung ansteht. Im Moment kann man sagen, es läuft. Sein Vater sieht das anders, aber wir denken, es läuft.

Wir begleiten Herrn Schmitz auch bei Arztbesuchen. Er ist jemand, der keinen Gebärdensprachdolmetscher, ich sage jetzt einmal in Anführungszeichen „benutzen“ kann. Er versteht nicht die Unterschiedlichkeit von gebärdensprachkompetenten Betreuern und was denn ein Gebärdensprachdolmetscher macht. Es ist einfach viel zu viel für ihn, wenn wir mit dem Arzt, er selber, Dolmetscher und ein Betreuer da sitzen. Sodass wir uns darauf verständigt haben, wir begleiten ihn, bereiten die Gespräche vor, was passiert bei dem Arztgespräch? Wir übersetzen es in seiner Gebärdensprache, die er einigermaßen gut verstehen kann und brauchen anschließend immer noch sehr viel Zeit, um das Ganze nachzuarbeiten.

Wir begleiten ihn bei der Alltagsgestaltung, erinnern ihn an Termine. Er ist keiner, der sich in der Freizeit einem Verein anschließt, aber er genießt es, in Freizeit mit anderen Gehörlosen zusammen zu sein. Er wohnt wie gesagt in diesem Apartmenthaus, arbeitet im Moment in einer Werkstatt, wo nur hörende Beschäftigte sind. Die Gruppenleiter können zum Teil gebärden, aber für ihn ist es eine totale Entlastung, wenn er abends zu uns ins Büro kommen kann und nur zehn Minuten gebärdet, in seiner Kommunikationsform. Dann geht es ihm gut und dann geht er auch wieder. Das zeigt uns auch, wie wichtig die Kommunikation ist.

Wir versuchen ihn immer wieder zu animieren, auch an Gruppenangeboten teilzunehmen. Wir bieten für unsere Klienten einen gemeinsamen, begleiteten Urlaub an. Was er nicht schafft, ist eine ganze Woche mit einer Gruppe zusammen zu sein, einfach aufgrund seiner Autismus-Störung. Er war aber letztens mit uns auf einer kurzen Reise nach Hamburg. Früher ist er einfach abgehauen und war nicht mehr aufzufinden. Mittlerweile hält er es gut aus und bleibt dann auch wirklich drei Tage bei der Gruppe. Er ist jemand, der nachts auch wach ist und dann laut schreit und gegen Wände hämmert. Das funktioniert ganz gut, weil eben in dem Apartmenthaus viele Gehörlose sind und Schwerhörige, die das nicht so mitkriegen. Ich glaube, in einer normalen hörenden Wohnumgebung ginge das nicht.

Ambulant Betreutes Wohnen



Beispiel 2:

Frau Meier, 43 Jahre alt, von Geburt an gehörlos,
paranoide Schizophrenie, gelegentlicher
Cannabiskonsum

„Ich möchte umziehen. Ich möchte in Köln bleiben.
Wenn ich alt bin (75 Jahre alt) möchte ich umziehen
nach Hamburg. Da bin ich geboren, da kenne ich mich
aus.“

Ambulant Betreutes Wohnen



Wir unterstützen und begleiten Frau Meier da, wo sie uns braucht...

- bei der Suche nach einer neuen Wohnung in Köln und Organisation des Umzuges
- bei der Führung des Haushalts: Einteilung des Geldes in Absprache mit der rechtlichen Betreuung, bei Bedarf auch Kontrolle des Lebensmittelbestandes
- bei der Alltagsgestaltung: Aufstehen, Termine, Erhalt des Arbeitsplatzes

Ambulant Betreutes Wohnen



- bei der Gesundheitsförderung: Begleitung bei Arztbesuchen, mit Gebärdensprachdolmetschern
- beim Aufbau und Erhalt von Kontakten: Nachbarn, Partnerschaft
- beim Umgang mit Behörden: Erklärung von Briefen in Gebärdensprache
- bei persönlichen Problemen: Krisen, Konflikte

Ein zweites Beispiel: Eine Frau, von Geburt an gehörlos. Sie hat eine psychische Erkrankung. Ihr Plan war: Ich möchte umziehen, aber ich möchte in Köln bleiben. Wenn ich alt bin, also so 75 Jahre alt, möchte ich umziehen nach Hamburg. Da bin ich geboren, da kenne ich mich aus. Wir haben sie unterstützt bei der Suche nach einer Wohnung, bei der Organisation des Umzuges. Sie brauchte Unterstützung bei der Einteilung des Geldes. Am Anfang bekam sie zweimal in der Woche eine Geldauszahlung. Mittlerweile reicht es einmal pro Monat Geld abzuholen und sich das auch selbstständig einzuteilen. Je nachdem, wie schlecht es ihr ging, gab es aber auch schon Situationen, in denen wir ihren Lebensmittelbestand kontrolliert haben.

Damit konnten wir sicherstellen, dass sie genug zu essen hat. Wir erinnern sie an Termine, sodass der Arbeitsplatz erhalten bleibt. Wir begleiten sie auch zu Arztbesuchen, haben dort aber Gebärdensprachdolmetscher dabei, weil sie das ganz gut auseinanderhalten kann. Wir beraten sie bei persönlichen Problemen, Krisen und Konflikten. Sie hat keine Leistungen nach dem Pflegegesetz, aber sie braucht eine wohnortnahe ambulante psychiatrische Versorgung. Wir haben versucht, sie therapeutisch an eine Stelle in Krefeld anzubinden, wo eine gebärdensprachkompetente Therapeutin ist. Aber es ist aufgrund der Fahrtzeiten und des Aufwandes gescheitert. Das konnte sie nicht investieren.

Ambulant Betreutes Wohnen



Frau Meier erhält keine weiteren Leistungen nach dem SGB XI bzw. SGB V.

Die ambulante psychiatrische, wohnortnahe Versorgung gestaltet sich schwierig.

Therapeutische Anbindung an eine gebärdensprachkompetente Therapeutin in Krefeld schlug fehl.

Franz-von-Sales-Zentrum für Gehörlose



Herzlichen Dank!

Kontakt:
Mauritiussteinweg 81-83
50676 Köln
andrea.wieland@caritas-koeln.de
Telefon: 0221 310 84-0
Fax: 0221 310 84-12

Bericht aus der Praxis:

Kompetenzzentrum für gehörlose Menschen im Alter in Essen (Träger: Martineum gGmbH)

Anke Dieberg

Mein Name ist Anke Dieberg.

Ich möchte Ihnen ein paar Beispiele aus unserer Arbeit im Kompetenzzentrum für gehörlose Menschen im Alter vorstellen. Meine gehörlose Kollegin, Andrea Huckemeier, kann heute leider nicht dabei sein. Wir sind aber seit 13 Jahren ein Team.

Ich möchte kurz erläutern, was unseren Träger ausmacht. Das Martineum Essen-Steele hat bereits seit 1990 einen Wohnbereich für gehörlose, ältere Menschen, einen vollstationären Pflegebereich. Daraus ist auch die ambulante Arbeit entstanden. Weil deutlich wurde, dass es in der Beratung für eine Heimaufnahme große Schwierigkeiten bei der Kommunikation über die Anmeldeunterlagen, der Organisation, von Anträgen beim Sozialamt usw. gibt. Daraus wurde ein Projekt, was sich stetig weiterentwickelt hat und letztendlich zum GIA-Kompetenzzentrum wurde. GIA steht hier für gehörlose Menschen im Alter.

Ein weiteres Angebot ist das betreute Wohnen für gehörlose ältere Menschen, das seniorengerechte Wohnen. Dort können die gehörlosen Mieter auf einer Etage zusammenleben, haben einen Gemeinschaftsraum, können aber auch für sich sein. Meine gehörlose Kollegin ist als Ansprechperson beratend vor Ort. Es finden auch kleinere Freizeitangebote statt.



GIA Gehörlose
Menschen
im Alter
Kompetenzzentrum
Essen

**Ambulante Versorgung
bei Gehörlosigkeit und Demenz**
BEISPIEL

Gehörlose Dame, 65 J., mit starken dementiellen Symptomen

- Versorgung durch gehörlosen Ehemann
- keine gebärdensprachkompetente Demenzbetreuung
- Pflegerische Versorgung durch hörenden Pflegedienst
- Trotz Wunsch nach häuslicher Versorgung wird vollstationäre Unterbringung eingeleitet

Projekt InWo - LVR Köln / Mo, 27.06.2016

Das erste Beispiel, was ich Ihnen mitgebracht habe, handelt von einer gehörlosen Dame, die mittlerweile an schwerer Demenz erkrankt ist. Damals hatte sich der gehörlose Ehemann an uns gewendet. Wir halten häufig Vorträge und organisieren Schulungen. So wurde dieser gehörlose Herr auf das Thema aufmerksam. In der Beratung wurde dann ein sehr großer Hilfebedarf deutlich. Zunächst aber nur dahingehend, dass der Angehörige Entlastung durch eine Selbsthilfegruppe gesucht hat. Das war der erste Schritt.

Das Kompetenzzentrum hat 2013 die in NRW einzigartige Selbsthilfegruppe zum Thema Alzheimer gegründet. Es gibt meines Wissens nur zwei Selbsthilfegruppen in Deutschland, die zum Thema Alter, Pflege und Demenz existieren. Eine davon ist in München, eine in Essen. Das macht noch einmal deutlich, wie massiv die Lücken sind.

Der gehörlose Ehemann hatte schließlich die Möglichkeit, zur Selbsthilfegruppe zu gehen. Das funktionierte noch ganz gut, weil die Frau zu Hause alleine bleiben konnte. Er kam dann irgendwann nicht mehr und auf Nachfrage wurde klar, dass die Versorgung zu Hause kaum alleine mehr gestemmt werden kann. Den Weg, den er für die Selbsthilfegruppe gemacht hat, betrug wohlgerneht 40 Kilometer von seinem Wohnort. Das Ehepaar wurde schließlich von einem hörenden Pflegedienst versorgt. Dieser wurde grundlegend zumindest zum Thema Hörschädigung, Gehörlosenkultur, Kommunikation mit gehörlosen Menschen informiert. Was natürlich nicht das gleiche ist, als wenn es eine gehörlose oder gebärdensprachkompetente Versorgung wäre. Trotzdem funktionierte das ganz gut.

Über den Pflegedienst wurde versucht eine Demenzbetreuung zu organisieren, das hat leider nicht funktioniert. Wir haben dann das Glück gehabt, eine Demenzbetreuerin zu finden, die selbst gehörlos ist. Diese Person ist aber dann aus privaten Gründen umgezogen und war nicht mehr greifbar. Mittlerweile hatte sich die Situation dahingehend entwickelt, dass die gehörlose Dame eine fortschreitende Demenz hatte und zum Beispiel anfing wegzulaufen. Letztendlich war eine Versorgung zu Hause nicht mehr zu gewährleisten, weil die Angebote fehlten. Es kam dann, dass der Ehemann eine vollstationäre Aufnahme veranlassen musste.



Betreutes Wohnen bei Gehörlosigkeit
BEISPIEL

Gehörloser Herr, 70 J., Grenze zur Pflegebedürftigkeit, keine Angehörigen

- Organisation der häuslichen Versorgung schwierig
- durch körperliche Einschränkungen immobil
- keine Unterstützung durch soziale Netzwerke
- lange Wartezeiten bei geringer Auswahl von spezifischen Angeboten

Projekt InWo - LVR Köln / Mo, 27.06.2016

Ein zweites Beispiel soll deutlich machen, dass es sehr wenige Möglichkeiten für gehörlose, ältere Menschen gibt. Der gehörlose Herr, um den es geht, der stand an der Kippe zur Pflegebedürftigkeit. Er hatte keine Pflegestufe, keine Angehörigen, lebte in etwas ländlicherer Umgebung, sodass er zunehmend Schwierigkeiten hatte irgendwo hinzukommen. Der relativ kleine Gehörlosenverein, der in der Nähe war, konnte keinen Besuchsdienst ermöglichen. Der Herr kam dann über eine Sozialberatungsstelle, die weiter entfernt war, zu uns. Er hatte den Wunsch, längerfristig begleitet und betreut zu werden. Es wurden dann verschiedene Hilfen organisiert, sodass er noch gut zu Hause bleiben konnte. Aber er lebte letztendlich isoliert, ohne soziale Anbindung. Er hatte sich dann zum betreuten Wohnen für gehörlose Senioren in Essen angemeldet. Da sind die Wartezeiten aber sehr lang, sodass es unter Umständen sein kann, dass er es aus der körperlichen Gesundheit heraus nicht mehr schafft dort einzuziehen.



Vollstationäre Pflege & Gehörlosigkeit
BEISPIEL

Gehörlose Dame, 85 J., Pflegestufe 2, vollstationäre Pflege in einer hörenden Einrichtung

- häusliche Versorgung nicht mehr möglich
- kein spezialisiertes vollstationäres Versorgungsangebot in Wohnortnähe
- Unterbringung in hörender Einrichtung am Wohnort
- isoliertes Leben in der Gemeinschaft

Projekt InWo - LVR Köln / Mo, 27.06.2016

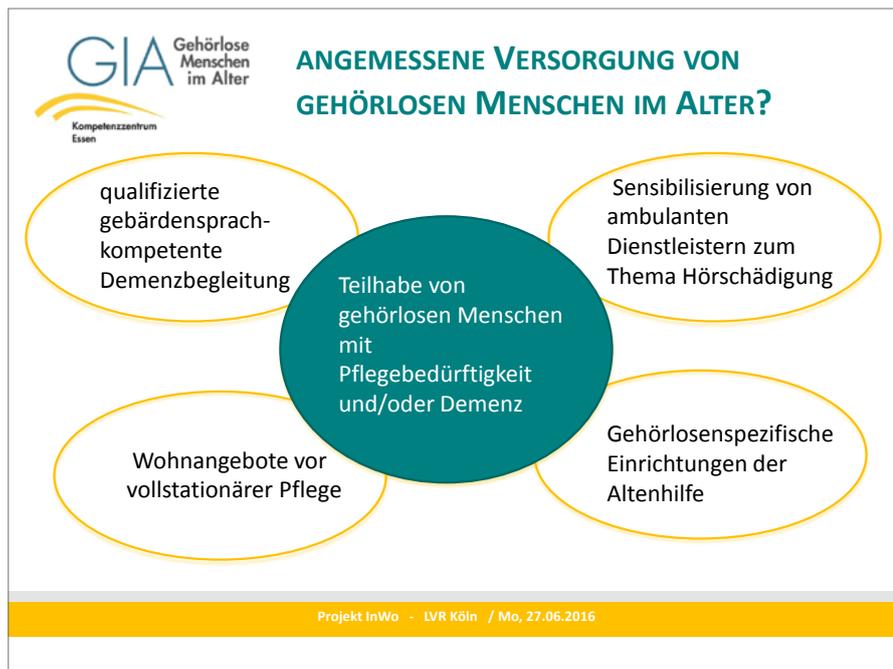
Ein Beispiel habe ich noch von einer gehörlosen Dame, 85 Jahre, mit der Pflegestufe 2. Die häusliche Versorgung wurde lange von den Angehörigen gestemmt. Das hat sehr gut funktioniert, bis man einräumen musste, dass es einfach zu viel ist. Es wurde nach einem gehörlosenspezifischen Angebot gesucht, das es in der Umgebung nicht gab. Die Entscheidung war also, bleibe ich jetzt hier, wo ich nicht verstanden werde oder gehe ich eben dahin, wo ich verstanden werde, muss aber meine Wurzeln und meinen Wohnort verlassen.

Sie hat sich dann mit den Angehörigen entschieden, in der Nähe zu bleiben, wo sie aufgewachsen ist und auch noch Kontakte hat. Sie zog in eine Einrichtung mit Hörenden, wo die Dame aber regelrecht eingegangen ist. Die Angehörigen haben sie zwar fast jeden Tag besucht, aber das waren dann vielleicht zwei von vierundzwanzig Stunden, in denen sie gebärdensprachliche Kommunikation hatte. Es war schwierig dort irgendwie mit den hörenden Mitbewohnern in Kontakt zu kommen. Die Dame hat versucht, sich lautsprachlich zu äußern, das ist bei vielen Hörenden jedoch etwas aufgestoßen. Auch die Kommunikation mit dem Pflegepersonal war schwierig. Man hat sich sehr viel Mühe gegeben, über das Nonverbale und das Körpersprachliche zu kommunizieren, aber es war doch ein recht einsames Leben in der Gemeinschaft.

Zur vollstationären Pflege möchte ich noch ein kleines Beispiel erzählen im Zusammenhang mit Taubblindheit. Es gab eine Anfrage, die an das Martineum gestellt wurde von einer taubblinden Dame, die letztendlich auch aufgenommen worden ist. Die Familie hat gesagt, sie unterstützt uns. Es hat nicht funktioniert, weil Bewohner wie

Mitarbeiter wie auch die Dame selbst völlig überfordert waren. Die gehörlosen Bewohner haben immer wieder vergessen, dass die Dame taubblind ist. Die Umgebung war überhaupt nicht angepasst. Es ist ein ganz normaler Wohnbereich für gehörlose, aber eben nicht für blinde Menschen ausgerichtet. Die Mitarbeiter, die gehörlos waren, hatten noch am ehesten einen Zugang, die hörenden, gebärdensprachkompetenten Mitarbeiter haben sich viel schwerer getan.

Die Bewohnerin hatte dann immer mehr aggressive Verhaltensweisen gezeigt, worauf hin wir dann quasi den Familienrat einberufen haben. Gemeinsam hat man sich dann gegen die wohnortnahe, für die spezialisierte Einrichtung entschieden. Der Umzug in eine spezielle Taubblindeneinrichtung hat sehr gut funktioniert. Wir hatten danach noch mehrfach Kontakt und sie konnte dort bis zum Ende ihres Lebens selbstbestimmt, adäquat leben.



Als letzte Folie stelle ich die Frage, was brauchen denn eigentlich gehörlose Menschen im Alter? Wenn ich mir etwas wünschen dürfte... Das wäre zum einen, dass Menschen die Möglichkeit haben, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben und dass gehörlose Menschen im Alter eine entsprechende qualifizierte, am besten gehörlose, gebärdensprachkompetente Begleitung haben – vor allen Dingen im Zusammenhang mit Demenz und Pflege. Ich würde mir weiterhin wünschen, und da sind wir zumindest auf dem Weg, dass ambulante Dienstleister, zumindest zu dem Thema sensibilisiert werden, auch wenn gehörlose Menschen nicht immer in diesem Kontext arbeiten können. Es bedarf unbedingt anderer Wohnformen, nicht nur für die

vollstationäre Pflege. Möglichkeiten des Wohnens wie Wohngemeinschaften, Hausgemeinschaften, vielleicht für Menschen mit Demenz. Aber eben auch gehörlosen-spezifische Einrichtungen der Altenhilfe, das heißt also Pflegeheime, die sich auf den Weg machen, sich spezialisieren für gehörlose Menschen im Alter. Das bedeutet für mich Teilhabe von gehörlosen Menschen mit Pflegebedürftigkeit und/oder Demenz.

Moderation

Dr. Schartmann: Sehr geehrte Frau Wieland, sehr geehrte Frau Dieberg, ganz herzlichen Dank für diese sehr anschaulichen Beispiele, die noch einmal sehr deutlich gemacht haben, wie unterschiedlich doch die Unterstützungsbedarfe sind von Menschen, über die wir heute sprechen, mit denen wir heute sprechen. Als nächsten Programmpunkt haben wir einen weiteren Höhepunkt vorgesehen und zwar eine Gesprächs- und Diskussionsrunde zum Thema passende Unterstützungsangebote, Erfahrungen, Entwicklungsbedarf und Ausblicke, Forderungen und Förderungen. Und ich übergebe das Mikrophon an Herrn Doktor Jürgen Wessel von der Universität zu Köln, der die Runde leiten wird.

Gesprächs- und Diskussionsrunde:

Passende Unterstützungsangebote. Erfahrungen, Entwicklungsbedarfe und Ausblicke. Forderungen und Förderungen

Lothar Flemming, Prof. Dr. Thomas Kaul, Dieter Zelle, Irmgard Reichstein, Helmut Vogel, Andrea Wieland, Anke Dieberg
Moderation: Dr. Jürgen Wessel



Dr. Wessel: Herzlich Willkommen zum letzten Teil der Veranstaltung. Mein Name ist Jürgen Wessel. Ich bin gebeten worden mit einigen Menschen die Ergebnisse der vorgestellten Studie zu diskutieren und einen Ausblick zu wagen. Welche Schlüsse lassen sich hier schon ziehen? Einige der Podiumsteilnehmerinnen und Podiumsteilnehmer sind schon bekannt. Frau Dieberg, Frau Wieland haben gerade ihre Arbeit vorgestellt. Herrn Kaul kennen Sie als Leiter der Studie von der Universität zu Köln. Ich darf darüber hinaus begrüßen Frau Reichstein. Frau Reichstein ist die Vorsitzende der Stiftung „taubblind leben“. Das Ziel dieser Stiftung ist es unter anderem, die Wohnsituation taubblinder Menschen in Deutschland zu verbessern und zu unterstützen.

Darüber hinaus darf ich Herrn Zelle begrüßen. Herr Zelle ist der Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Taubblinden. Das Ziel der Bundesarbeitsgemeinschaft ist es unter anderem, die soziale Stellung taubblinder Menschen und sehgeschädigter, hörbehinderter und gehörloser Menschen zu stärken. Ich begrüße Herrn Vogel. Herr Vogel ist der Präsident des Deutschen Gehörlosenbundes. Der Deutsche Gehörlosenbund vertritt die Interessen gehörloser Menschen in Deutschland und das über die gesamte Lebensspanne, das heißt, es besteht auch eine Interessenvertretung für Senioren, die hörbehindert, gehörlos sind.

Und ich begrüße Herrn Flemming. Herr Flemming ist Leiter des LVR-Fachbereichs Sozialhilfe II. II steht für bestimmte Regionen, z.B. Köln und die Hilfen für blinde und gehörlose Menschen.

Herzlich Willkommen in die Runde. Eine etwas provokante Frage an Herrn Vogel. Herr Vogel, wir haben eben gehört, dass gehörlose Menschen bevorzugt nicht mit hörenden Menschen zusammenleben wollen im Alter. Müssen wir das als eine Abwehr der Inklusionsbemühung in Deutschland verstehen?

Herr Vogel: Ja, das ist eine gute Frage und sie ist tatsächlich provokativ. Aber ich glaube, für gehörlose Menschen ist diese Frage oder die Antwort der Frage eigentlich selbstverständlich. Im alltäglichen Leben, da klappt die Kommunikation irgendwie, aber man hat einen Ausgleich. Man hat den Gehörlosenverein, man hat die Möglichkeit, dann in seiner Szene, in der Peergroup auch miteinander zu kommunizieren und man erlebt, dass auch im familiären Umfeld Hilfe vorhanden ist. Aber sobald Gehörlose alleine sind, oder in eine neue Umgebung kommen, in der Kommunikation nicht funktioniert und sie immer wieder Kommunikationshemmnisse haben, bedeutet das für diese Menschen Stress. Also, natürlich ist es für sie wichtig, dass sie kommunizieren können. Es ist das wichtigste für das eigene Wohlbefinden, eine gut funktionierende Kommunikation. Das hat tatsächlich was zu tun mit diesem Bedürfnis nach Kommunikation eines jeden Menschen. Und aufgrund dessen, würde ich sagen, ist die Antwort eigentlich nicht so überraschend, sondern es ist einfach ein Grundbedürfnis, was vorhanden ist.



V.l.n.r.: Frau Reichstein, Herr Vogel

Dr. Wessel: Danke für Ihre erste Einschätzung. Dann gehe ich vielleicht in eine zweite Fragerunde an Frau Reichstein und dann auch mit der gleichen Frage an Herrn Zelle. Es ging darum, in der Studie innovative Wohnformen zu finden, Wohnformen weiter zu entwickeln und eine der Überraschungen der Studie waren für mich die Bescheidenheit der Ansprüche der Befragten. Wie erklären Sie sich die Ansprüche, was vor allen Dingen Kommunikation anbetrifft, wo wir vielleicht davon ausgehen würden, das funktioniert schon. Und wenn ich Betroffene frage, was sie sich für ihr Alter wünschen, dann wünschen sie sich höhere Ziele. Aber es ist bei sehr banalen Wünschen geblieben. Ihre Erklärung dafür?

Frau Reichstein: Sie sprechen einen ganz kritischen Punkt an, der sicher sehr wichtig ist. Wir haben eine ganze Reihe Einzelbeispiele gehört, wo viele Dinge zusammenkommen und wo natürlich das Umgehen damit sehr schwer wird. Im Bereich der Taubblindheit haben wir Menschen, die wirklich sehr oft in eine große Isolation und Abhängigkeit gedrängt sind und in einer solchen Situation ist es ganz unabhängig von der Art der Behinderung oder Einschränkung so, dass aufgrund der Ängste, die entstehen, Wünsche gar nicht mehr entwickelt werden. Also, die Fähigkeit, Wünsche zu äußern, geht tatsächlich zurück in diesen Abhängigkeitssituationen und in der Isolation, in der ja auch gar nicht mehr klar wird, was kann man sich denn überhaupt wünschen?

Wenn dann gefragt wird, Nähe zur Selbsthilfe, ist das wichtig oder Assistenz, dann wissen diese Menschen ja gar nicht einzuschätzen, von welchem Wert das für sie ist. Also wünschen sie es sich auch nicht. Und solche prekären Lebenssituationen haben wir im Bereich der Taubblindheit leider sehr oft. Weil hier in der Vergangenheit eben nicht viel unternommen worden ist, weil man diesen Personenkreis aufgrund der Kleinheit gar nicht erfasst. Wir wissen aber aus den positiven Beispielen, um es einfach auch einmal zu wenden, ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft, außerhalb von irgendwelchen Einrichtungen, ist in den meisten Fällen gut möglich. Aber die Hinführung dazu fängt oft damit an, den eigenen Willen und die eigenen Wünsche kennenzulernen, erfahren zu können.

Dr. Wessel: Sie sagen, Sie haben Positivbeispiele, Best-Practice-Beispiele des selbstständigen Wohnens. Können wir uns die auch für das Wohnen im Alter, für das Wohnen von Menschen mit Pflegebedarf vorstellen? Oder was sind da Ihre Ideen?

Frau Reichstein: Wir haben Taubblinde, die selbstständig und alleine zum Bäcker gehen, zur Bank gehen, zum Friseur gehen, die die Kommunikation an diesen Stellen für sich geregelt haben. Wir haben Taubblinde, die überhaupt nicht auf die Idee kommen, dass sie so etwas jemals alleine machen könnten. Wir haben Taubblinde, wo die Eltern eben mitgehen, den Haarschnitt bestimmen. Wir haben taubblinde Menschen, die weder bestimmen, was sie anziehen, noch was sie essen. Natürlich können sie

auch im Alter Selbstständigkeit erreichen, indem sie sie Stück für Stück ausprobieren. Das dauert aber länger als drei Wochen.

Dr. Wessel: Ich gebe die Frage auch an Herrn Zelle. Ihre Einschätzung der Ergebnisse der Studie, Ihre Einschätzung des Bedarfs nach Privatheit, aber auch vor allen Dingen nach selbstständiger Lebensführung. Gibt es etwas in der Studie, was Sie überrascht hat oder hat Sie das meiste bestätigt in Ihren bisherigen Erfahrungen?

Herr Zelle: Ich fand die Ergebnisse der Studie hochinteressant. Es waren wirklich sehr viele verschiedene Aspekte enthalten und ich denke auch, dass der Modifikationsbedarf wirklich groß ist. Ich sehe auch die einzelnen Bereiche und die waren für mich teilweise gar nicht unbedingt überraschend. Ich finde, dass taubblinde Menschen da auch wirklich noch mutiger sein können, Ihre Antworten zu geben und wirklich aufzuzeigen, wo sie Bedarf haben, zum Beispiel im Bereich Mobilität. Und ich denke, da kann wirklich noch viel passieren. Ich denke, wenn taubblinden Menschen immer mehr Bereiche eröffnet werden, sodass sie ein selbstbestimmteres Leben führen, dann werden sie auch immer mutigere Antworten geben und immer mehr ihre eigenen Wünsche kennenlernen, erkennen und die eben auch äußern können.

Dr. Wessel: Wir haben eben in den Statistiken, die uns Herr Glatz und Herr Zelle vorgestellt haben, unter anderem sehen können, dass es für taubblinde Menschen noch wichtiger ist, möglichst lang zu Hause wohnen zu bleiben, im privaten Umfeld. Heißt das in der Konsequenz, dass weitergehende, andere Wohnformen für Sie auch sekundär wären, wenn es jetzt um Weiterentwicklung von Wohnformen anbelangt, müsste dann die Zukunft stärker in einer Betreuung zu Hause liegen oder welche weiteren Wohnformen würde Sie für möglich halten?

Herr Zelle: Ich war wirklich überrascht, dass so viele Taubblinde sagen, sie möchten wirklich gerne zu Hause wohnen bleiben. Ich denke, dass das Thema Sicherheit eine ganz große Rolle spielt. Taubblinde Menschen sagen, sie fühlen sich in einer anderen Umgebung dann möglicherweise fremd. Zuhause kennen sie die Einkaufsmöglichkeiten, die es in der Nähe gibt, sie kennen die ganze Infrastruktur. Wenn sie die Umgebung nicht kennen, die Menschen nicht kennen, fürchten sie womöglich, dass die Kommunikation nicht funktioniert. Ich denke, dass viele alles zu Hause so eingerichtet haben, wie sie es eben brauchen, wie es ihren Lebensbedürfnissen entspricht.

Dr. Wessel: Herr Flemming, ich würde Sie gerne ansprechen. Als Zuständiger für die Versorgung von Menschen mit Unterstützungsbedarf. Mindestens an einer Stelle müssten Sie einen Schrecken bekommen haben, als nämlich im Vortrag deutlich wurde, das ist mit Kosten verbunden. Aber mich würden natürlich auch weitere Einschätzungen von Ihnen interessieren zu den Ergebnissen der Studie.



V.l.n.r.: Frau Dieberg, Herr Zelle

Herr Flemming: Auch wenn es Sie überrascht, die Kostenfrage erschreckt mich überhaupt nicht. Ich fange trotzdem anders an. Ich habe vor langen Jahren einmal gelernt, Menschen mit Handicaps brauchen genau das gleiche wie alle Menschen. Nur manches brauche sie besonders dringend. Das hat sich hier in der Studie eindrucksvoll bestätigt und was mich natürlich gefreut hat, ist dieses klare Votum für die eigenständige Wohnform, auch angesichts der sehr speziellen Beeinträchtigung.

Da wo man sich sicher fühlt, wo man sich auskennt möchte man bleiben, auch damit ist man quasi eins mit der Wohnbevölkerung. Man geht heute nicht mehr mit Eintritt ins Rentenalter ins Altenheim, sondern tut alles dafür, dass man in der vertrauten Umgebung bleiben kann. Auftrag der Kostenträger oder Leistungsträger ist es natürlich, das zu unterstützen. Das Problem fängt da an, wo der Mensch in die Fallstricke unseres Sozialleistungssystems fällt. Ein wesentlicher Punkt, wenn es um Eingliederungshilfe für behinderte Menschen geht, ist natürlich die noch nicht abgeschaffte Heranziehung von Einkommen und Vermögen. Das ist eine sehr hohe Schwelle.

Daneben gibt es natürlich noch die Verwirrung, wer ist jetzt für welche Leistung zuständig? Wir können immer nur sagen, wir als Landschaftsverband sind aktuell im Bereich des Wohnens zuständig für die Hilfen, die erforderlich sind, das selbstständige Wohnen zu ermöglichen oder zu sichern. Und da gibt es dann immer noch die Einschränkung, damit es Eingliederungshilfe ist, muss das Ganze noch ein quasi förderndes Ziel haben. Ansonsten kommt man schon in den Bereich, wo es Abgrenzungsschwierigkeiten zur Pflege gibt. All das hat dazu geführt, dass wir erst in den

letzten Jahren diese Gruppe überhaupt etwas mehr in den Blick bekommen haben. Ich habe nach wie vor die Vermutung, dass wegen dieser vielen Hürden, viele Menschen einfach auch nicht den Weg hierher gefunden haben. Angefangen bei der sogenannten Bedürftigkeitsprüfung. Muss ich jetzt alles, was ich geerbt habe, oder was ich mir erarbeitet habe, bevor ich so eingeschränkt war, abgeben? Kann man nur sagen ja, bis auf geringe Freigrenzen, die sich jetzt etwas erhöhen. Ist das erforderlich? Wenn man diese Eintrittskarte bezahlt hat, die hoffentlich in Zukunft billiger wird, dann ist allerdings der Leistungskatalog der Eingliederungshilfe so offen, dass man in dem Rahmen vieles ermöglichen kann und wenn es um selbstständiges Wohnen geht, kann ich Ihnen versichern, auch bei anderen Zielgruppen ist es unser ernsthaftes Anliegen und auch schon in vielen Fällen Praxis, eine selbstständige Wohnform mit Versorgungssicherheit zu ermöglichen.

Dr. Wessel: Frau Dieberg und Frau Wieland, wenn wir uns die Versorgungssituation in Deutschland anschauen und nach einer Wohnform suchen würden, die die nächste Stufe nach dem Privaten ermöglichen würde, dann landen wir bei Ihnen. Weil Sie die langjährige Expertise schon in der Arbeit mit gehörlosen Menschen haben, weil Sie auch schon Berührungspunkte zu taubblinden Menschen, zu hörsehbeeinträchtigten Menschen haben. Von Ihrer Seite her, was würde Ihrem System fehlen, um eine Wohnform / eine weitere Alternative zu ermöglichen, die dann auch das Wohnen von alten, pflegebedürftigen, möglicherweise an Demenz erkrankten oder sehbehinderten Menschen erleichtern würde?



V.l.n.r.: Frau Wieland, Frau Dieberg

Frau Wieland: Also, gerade wenn es um taubblinde / hörsehbehinderte Menschen geht, erlebe ich eine hohe Zurückhaltung. Dadurch, dass das immer sehr abstrakt, theoretisch und nicht erfahrbar ist. Ich kann natürlich erzählen, Sie können in einer eigenen Wohnung leben, wir können nach einer WG gucken, und, und, und. Aber ich habe keine Beispiele. Das heißt, ich kann das für die Menschen, die ein Interesse haben, nicht erfahrbar machen und gerade für den Bereich hörsehbehindert / taubblind reicht es nicht nur darüber zu sprechen. Ich muss einmal hingehen, man muss ertasten, erfühlen, erspüren, vielleicht auch noch ersehen, wie kann so etwas aussehen und kann ich mir das vorstellen. Wir haben bei uns in der Beratungsstelle einige Menschen, hörsehbehindert/taubblind, die sich damit schon einmal gedanklich auseinandergesetzt haben, aber es sich noch nicht vorstellen können. Da stehen wir in Kontakt mit Frau Reichstein und mit anderen Einrichtungen.

Frau Dieberg: Im Zusammenhang mit hörsehgeschädigten Menschen ist es für uns natürlich noch einmal eine ganz spezielle Zielgruppe, weil eigentlich unsere Zielgruppe in erster Linie die gehörlosen Menschen sind. Wir haben aber natürlich auch immer wieder Kontakte in andere Richtungen, wo diese Fragestellungen aufkommen. Ich kann nur noch einmal auf das Beispiel verweisen, in gehörlosenspezifischen Einrichtungen wird das so nicht funktionieren. Was man sich vielleicht noch vorstellen kann, wäre vielleicht einen Bereich so zu spezialisieren, dass er eben zum Beispiel für gehörlose Menschen speziell mit Demenz ausgerichtet ist. Ich tue mich schwer mit einer Empfehlung.

Dr. Wessel: Also spricht Ihre Einschätzung deutlich für ein spezialisiertes Angebot und nicht danach zu schauen, wo ist die größte Nähe, gedachte Nähe.

Frau Dieberg: Ja.

Dr. Wessel: Sie haben direkt zugestimmt, Frau Reichstein?

Frau Reichstein: Ja, ich sehe zwei ganz zentrale Punkte. Der eine kam in der Studie ja sehr schön raus, das ist der Assistenzbedarf. Wir müssen zuerst die Assistenzfrage klären und dann erst können wir über weitergehende Dinge nachdenken. Der erste Schritt zur Lösung liegt ganz sicher darin, taubblinde Menschen entsprechend ihres Bedarfes mit Assistenz zu versorgen. Erst dann werden sie auch den Schritt eines Wohnortwechsels wagen. Wenn sie erst einmal beginnen, sich mit Assistenz etwas sicherer und freier in der Welt zu bewegen und überhaupt wieder das Wohnhaus oder die Wohnung zu verlassen, dann kann man ihnen auch offene Wohnformen vorschlagen. Das ist der eine zentrale Punkt. So wie ein Rollstuhlfahrer selbstverständlich einen Rollstuhl braucht, braucht ein taubblinder Mensch selbstverständlich Assistenz.

Die bekommt er aber im Moment nicht, nur mit größten Hürden. Und ausgerechnet Menschen mit größten Problemen, Mobilität und Kommunikation, müssen sich mit einem unglaublich komplizierten Leistungsträgersystem herumschlagen und haben massive Barrieren.

Wir haben hier einen Nachholbedarf. Wir haben hier Menschen vergessen. Wir haben hier Menschen liegen gelassen. Das heißt, wir müssen in eine Vorleistung treten und ein Angebot erfüllbar machen. Etwas aufzubauen, eine Anlaufstelle aufzubauen für diese Menschen, in deren Umfeld sie sich dann auch noch ansiedeln können in einer mehr oder weniger freien Wohnform, in einer völlig eigenen Wohnung oder in einem Haus in der Nähe. Wichtig ist aber, dass eine Anlaufstelle da ist, die vom Wohnort aus eigenständig zu erreichen ist, wo ein Ansprechpartner zu finden ist und dass es den Knopf gibt, wenn einmal irgendetwas passiert.

Herr Vogel: Ich würde gerne an das anknüpfen, was Frau Reichstein gesagt hat. Ich möchte erst einmal ein großes Lob aussprechen für das Erarbeiten der Studie. Ich bin wirklich fasziniert von den Ergebnissen und bin auch gespannt, wie es sich weiterentwickelt. Ich glaube, dass Gehörlose und Taubblinde häufig einfach gezwungen sind, weiterhin alleine zu leben, weil bis jetzt einfach keine klare Regelung hinsichtlich der Integrationshilfe und all den anderen Dingen besteht. Ich glaube, dass wenn das geklärt ist, bestimmt vermehrt gehörlose und taubblinde Menschen auch ein großes Interesse daran haben, doch auch auszuziehen.

Das ist natürlich eine Abwägungsfrage. Ich denke, wenn der Pflegebedarf irgendwann eintritt, ist es natürlich noch einmal etwas Anderes. Da gibt es andere Möglichkeiten, alternative Grundformen, die sind aber jetzt in der Form, in der jetzigen Situation noch nicht frei wählbar. Das ist die eine Sache und ich denke, dass man einfach jetzt in naher Zukunft schauen muss, dass man das umsetzen kann, dass auch alternative Wohnformen für die Zielgruppe vorhanden sind. Und ich glaube, dass sich das auch durch das Teilhabegesetz mitregeln würde, weil ich denke, dass die Sozialhilfe und die Eingliederungshilfe ganz klar voneinander getrennt werden müssen und dass die Freibeträge, was das Vermögen, das Einkommen angeht, deutlich angehoben werden, damit einfach auch der Zugang zu Alten- und Pflegeheimen, zu anderen Einrichtungen erleichtert wird. Ich denke, das ist einfach wichtig, dass ein breitgefächertes Angebot an unterschiedlichsten Wohnformen geben muss, damit Betroffene selbst wählen können, wo sie wirklich leben möchten.

Ich würde gerne noch ein Beispiel benennen. Wir in der Gehörlosengemeinschaft sprechen davon, dass es natürlich schwierig ist, dass wir Stress haben mit Hörenden zu kommunizieren und ich glaube, das ist äquivalent für die Taubblinden, die sagen, sie möchten nicht mit gehörlosen Menschen zusammenwohnen. Es gibt da

Schwierigkeiten mit der Kommunikation, weil es einfach bisher keinen Kontakt gibt, also Gehörlose sind auch nicht geübt darin, mit taubblinden Menschen zu kommunizieren. Und genauso ist es, dass Hörende natürlich nicht darauf vorbereitet sind, mit Gehörlosen plötzlich zusammenzuleben.

Also ich glaube, egal wie, da beißt sich die Katze in den Schwanz. Es ist alles noch nicht inklusiv, weil einfach die Hintergrundinformationen übereinander fehlen. Ich glaube, es muss zunächst geklärt werden, welche Bedarfe alle Gruppen und Beteiligten haben und dann kann man schauen, wie man aufeinander zugeht. Ich kann mir gut vorstellen, dass gehörlose und taubblinde Menschen irgendwann zusammen leben oder wohnen könnten, aber ich denke, dass es im Vorfeld einen Weg dahin geben muss, dass man zum Beispiel Veranstaltungen anbietet, wo taubblinde und gehörlose Menschen gemeinsam zusammen sein können, dass sie Annäherungsmöglichkeit haben.

Dr. Wessel: Sie bringen ein neues Stichwort ein, der Weg dorthin. Es zieht sich ein bisschen durch die Eindrücke, dass es wünschenswerte zukünftige Zustände gibt. Und der Weg dorthin ist noch nicht so leicht zu beschreiben, weil ich höre, es fehlt an verschiedenen Stellen. Es fehlen Beispiele, es fehlt Repräsentativität, es fehlt das gute Modell, weil so vieles grundlegendes, wie zum Beispiel eine Assistenz, noch nicht geregelt ist. Ich würde gerne noch die Eingangsrunde vervollständigen mit der Bitte um die Stellungnahme von Professor Kaul.

Herr Kaul, wenn Sie eine Studie auflegen mit der Fragestellung, was sind die zukünftigen Wohnformen für diese Zielgruppe und welche Innovationen sind notwendig? Und wenn Sie dann in den Ergebnissen sehen, dass die Innovation gar nicht oben ansteht, sondern eine banale Versorgung zunächst einmal deutlich wird. Mit langjähriger Expertise in diesem Feld, Ihre Einschätzung?

Prof. Kaul: Ich glaube, was ein wichtiger Punkt ist, wir haben erst einmal eine Perspektive der Betroffenen selbst kennengelernt. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt. Ein zweiter wichtiger Aspekt ist, dass eigentlich was das Wohnen selbst betrifft, gar nicht so gravierende Unterschiede zu meinetwegen jetzt gehörenden Menschen bestehen. Was das Auffällige und vielleicht in gewisser Weise auch das Erschütternde daran ist, dass die Merkmale, die aufgelistet worden sind, also sozusagen die Wünsche, wie Wohnen ausgestaltet oder begleitet werden soll, dass das so banal ist. Die Erfüllung von Kommunikation, von Taubblindenassistenten und dass so etwas wie Selbstbestimmtheit in der Rangliste relativ weit unten ist. Und dieser Zusammenhang, dass Selbstbestimmung eigentlich nur mit Hilfe von, nämlich gelingender, Kommunikation und Taubblindenassistenten zu gestalten ist, ist glaube ich in der Studie deutlich geworden.

Wir müssen also um Selbstbestimmung zu erreichen, erst einmal diese Dinge realisieren. Wenn wir schaffen, perspektivisch Wohnformen anzubieten, wo dieser Rahmen gegeben ist, dann haben wir eine Tür geöffnet, sodass gehörlose Menschen oder auch taubblinde Menschen mit einem gewissen Maß an Autonomie leben können. Ein anderer Aspekt für mich ist, dass man diese Liste von Merkmalen auch als Qualitätsmerkmale nutzen kann. So lässt sich messen, ob das Angebot für diese Zielgruppen stimmig ist.

Dr. Wessel: Wir haben über Versorgungsformen vor allen Dingen im Alter nachgedacht. Im Alter kommen in vielen Fällen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit hinzu, davon sind auch Angehörige betroffen. Welche Fragen hören Sie von Angehörigen von Menschen, die schon älter sind, die erste Erkrankungshinweise zeigen. Was hören Sie für Bedarfe in Ihren jeweiligen Feldern?

Herr Flemming: Die Zielgruppe, über die wir sprechen, ist bestimmt etwas spezielles, aber andererseits auch nichts Besonderes. Ich sage das deshalb, weil als wir gezielt begonnen haben, Menschen beim selbstständigen Wohnen zu unterstützen, war die Situation bei den Menschen mit sogenannten geistigen Behinderungen so, dass es völlig selbstverständlich war, wenn man nicht mehr bei den Eltern lebt, lebt man im Wohnheim. Und die Angehörigen konnten das auch begründen, weil sie sagten, nur wenn das gewährleistet ist, kann ich mich beruhigt zurücklehnen. Da weiß ich, da ist lebenslang eine umfassende Unterstützung gewährleistet. Da hat mein Kind so etwas Ähnliches wie zu Hause.

Heute ist die Situation anders. Inzwischen leben ja über 30.000 Menschen hier im Rheinland mit ambulanter Unterstützung und der Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung hat sich vervierfacht in den letzten zehn, zwölf Jahren. Unter anderem deshalb, weil wir und die Anbieter es geschafft haben, Arrangements zu finden für das Wohnen, die genau diesen Aspekt der Sicherheit gewährleisten. Und das ist nichts anderes als aus der Studie herausgekommen ist. Günstig sind natürlich Arrangements, die es leichter machen, zum Beispiel auch in der Nacht, die Unterstützungsleistung schnell verfügbar zu machen. Ich habe mir kürzlich ein Projekt angeschaut, von einem Träger, der heißt Alt & Jung, der zusammen mit einer Wohnungsbaugesellschaft im direkten Wohnumfeld einen Gemeinschaftsraum und einen Dienst, quasi in Hörweite, realisiert hat. Ich glaube, wir müssen zukünftig auf solche speziellen Formen gemeinschaftlichen Wohnens, die zugleich höchst selbstständig sind, setzen und die auch ausbauen.

Dr. Wessel: Wir haben gehört, dass so ein eins zu eins Transfer gar nicht zulässig ist. Wir können nicht von den Bedarfen gehörloser Menschen auf die Bedarfe taubblinder Menschen schließen. Jetzt müssen wir aber irgendwoher Transfer versuchen. Jetzt müssen wir versuchen, von den Erfahrungen zu profitieren. Wir haben jetzt gerade gehört, es gab auch schon andere Zeiten in der Versorgung von Menschen

mit geistiger Behinderung und offensichtlich ist mittlerweile der Versorgungsgrad selbstständigen Wohnens deutlich angestiegen. Ist das eine vergleichbare Zielgruppe, wo Sie sagen können, da müssten wir ähnliche Schritte gehen? Und was wären dann die Schritte?

Herr Flemming: Eine wesentliche Voraussetzung ist die Ermutigung der betroffenen Menschen, dass ermutigendste sind natürlich gute Beispiele von anderen, die sich schon auf den Weg gemacht haben. Wir brauchen kreative Anbieter, die sagen, wir probieren das mit euch aus. Wir brauchen das Rad nicht neu erfinden, wir können es uns ansehen, auch bei guten Beispielen mit Menschen anderer Beeinträchtigungsformen. Das gibt es in der Praxis, dass man da gute Lösungen gefunden hat, die auch haltbar sind, wenn sich die gesundheitliche Situation verändert, also die Hilfebedürftigkeit durch pflegerische Notwendigkeiten steigt.

Dr. Wessel: Ein Stichwort haben Sie eben selber geliefert in Ihrem Beitrag, Frau Dieberg. Sie haben auf der letzten Folie die Notwendigkeit von ambulanten Diensten angedeutet mit einer speziellen Kompetenz. Können Sie das noch einmal erläutern?

Frau Dieberg: Wenn gehörlose Angehörige kommen, sind sie erst einmal sehr wenig über mögliche Hilfen zu Hause informiert. Wenn man dann auf das Entlastungsangebot wie zum Beispiel den Pflegedienst oder eine Demenzbetreuung zu sprechen kommt, ist es so, dass wir zumindest in Essen mit einem Pflegedienst arbeiten, der sich sehr gut in die Thematik eingefunden hat. Der Dienst ist nicht-gebärdensprachkompetent, aber wir kooperieren sehr gut. Es gibt ansonsten noch in Dortmund einen Pflegedienst, der gehörlose Mitarbeiter hat, die aber nicht über die Stadtgrenze fahren. Damit ist das Thema dann soweit erledigt. Wir haben sehr viele Anfragen aus ganz Nordrhein-Westfalen, wo ich natürlich auch nicht immer die Dienste kenne, zwar vermitteln kann, aber das läuft wirklich sehr suboptimal, muss man ganz ehrlich sagen.

Dr. Wessel: Frau Wieland, Sie haben regelmäßig Kontakt zu Angehörigen.

Frau Wieland: Ich stimme Herrn Flemming zu. Vor zehn, zwanzig Jahren wäre die Antwort wahrscheinlich gewesen sicher, sauber, satt, die drei S. Bei unserer Zielgruppe, Menschen mit Mehrfachbehinderung, ist die Sorge der Angehörigen neben sicher, satt, sauber jetzt vor allem auch Einsamkeit. Also was für Angebote gibt es, wenn die Menschen nicht mehr beschäftigt sind in einer Werkstatt oder in einer anderen tagesstrukturierenden Maßnahme? Sie sind häufig nicht in der Lage, selber Kontakte aufzubauen und vor allem auch zu halten. Und wie kann man dafür sorgen, dass sie eben nicht 24 Stunden zu Hause sitzen. Weil es eben in der Kommunikationsform eine spezielle Zielgruppe ist, ist es auch schwierig mit ehrenamtlichen Versorgungsstrukturen zu arbeiten, weil es eben nur wenig gebärdensprachkompetente Ehrenamtliche gibt. Das was es im Demenzbereich gibt, es kommen Ehrenamtliche

zum Spazieren, gehen zum Vorlesen und so etwas, das ist hier nicht ganz so einfach möglich.

Dr. Wessel: Wir haben das Problem der Flächenstaaten damit noch nicht angesprochen. Wenn Sie das als Problem schildern, dass es in einer Millionenstadt schwierig ist, strukturierte Angebote zusammen zu bekommen.

Frau Reichstein: Ich möchte das erst noch einmal unterstreichen, was meine beiden Vorrednerinnen gesagt haben. Dieses sicher, satt, warm, trocken. Das betrifft ganz viele Unterbringungssituationen, die wir im Moment haben. Man kann wirklich sagen, mehr ist nicht geleistet. Obwohl wir mit der UN-Konvention und dieser wunderbaren Studie, die den völlig richtigen Weg vorgibt, gedanklich schon weiter sind, ist das dann doch die Realität, der wir uns gegenübersehen, wenn wir konkret taubblinde Menschen besuchen. Wir brauchen erst einmal Assistenz, wir müssen den Leuten ermöglichen, ihr eigenes Leben nach ihrem Willen zu gestalten. Das möchte ich auch noch einmal positiv hervorheben, dass die Studie vom Willen der Betroffenen ausgeht.

Da möchte ich auch ein herzliches Dankeschön an den Spitzenverband sagen. Das ist der richtige Weg. In der Tat erleben wir Angehörige, die nichts für möglich halten, die sagen, das geht doch alles nicht. Bis hin zu drastischen Situationen, wo jemand in der Tür steht und sagt, da tut ihrem Sohn was weh, der kommt ja gar nicht die Treppe runter und die Antwort ist, das wissen wir ja nicht, wir können ja nicht mit ihm reden. Das sind Extremsituationen, aber die sind Realität in diesem Land und da sind Angehörige wie auch die Ärzte völlig überfordert. Und an dieser Stelle geht es wieder nur mit Assistenz, dass die Leute in der Lage sind, das, was sie fühlen und denken in so einer Situation auch beim Arzt zu äußern, direkt zu äußern. Die Passivität der Betroffenen ist ohne die Assistenz immens, das kann man sich nicht vorstellen, wenn man es nicht erlebt hat.

Ich kann es aus der persönlichen Erfahrung berichten, Aktivität entsteht erst mit der Assistenz. Die brauchen wir, um einen Schritt weiter zu kommen, um auch Angehörige zu entlasten, zu beraten und zu sagen, was ist überhaupt möglich. Es geht viel, aber man muss es erklären, man muss helfen, man muss Unterstützung liefern, man muss aktive Inklusionshilfe leisten, hinführen. Dann kann man irgendwann auch wieder loslassen im Sinne der Eingliederungshilfe. Wobei ein Restbedarf an Assistenz, genauso wie der Rollstuhl für den Gelähmten, er wird immer bleiben.

Herr Vogel: Es ist Konsens, dass wir Kommunikationshilfen fordern, für Schwerhörige, Gehörlose und Taubblinde. Es ist eines jeden Menschen Bedürfnis zu kommunizieren und ich sage einmal, die gesetzliche Grundlage dafür ist bisher geschaffen. Es ist schriftlich fixiert, dass man Hilfen beim Sozialamt oder beim Integrationsamt beantragen kann. Es steht aber auch festgeschrieben, dass das aus besonderem An-

lass geschehen soll. Und das heißt, das Sozialamt entscheidet, wann denn dieser besondere Anlass gegeben ist, wann die Leistungsempfänger berechtigt sind, diese Leistungen und diese Unterstützungen der Kommunikation zu bekommen. Und ich bin nicht sicher, ob es bisher so gelaufen ist, dass Gehörlose diesen Antrag tatsächlich einmal gestellt haben. Denn man muss sich tatsächlich komplett offenbaren. Man muss die kompletten Einkommens- und Vermögensverhältnisse offenlegen und wenn da ausreichend Geld vorhanden ist, dann zahlt man zunächst aus eigener Tasche, bis dann tatsächlich die Leistung auch erfolgt.

Dennoch stößt man eben auf Barrieren und ich hoffe, dass sich das tatsächlich verändert, dass im Bundesteilhabegesetz eben dieser Satz aus besonderem Anlass schlussendlich gestrichen wird. Dass dieser Passus einfach rauskommt, weil ich glaube, dass das eine enorme Erleichterung auch für die Antragstellung eines jeden Betroffenen, also für gehörlose oder taubblinde Menschen darstellen wird. Dann können auch eine Taubblindenassistenz oder ein Dolmetscher bestellt werden und die soziale Teilhabe ist somit gewährleistet. Dann stehen ganz viele Möglichkeiten für die Betroffenen offen. Die Formulierung haben wir den Verbänden auch schon vorgeschlagen und die Frage ist, was die zuständigen Institutionen und die Landesregierung am Ende daraus macht.

Dr. Wessel: Wir sind schon bei Plädoyers angelangt. Was müsste jetzt als nächstes primär getan werden aus der jeweiligen Perspektive? Ich würde gerne Herrn Kaul bitten, aus wissenschaftlicher Perspektive, was muss als nächstes getan werden?

Prof. Kaul: Frau Wieland hatte gesagt, es fehlen Beispiele. Vielleicht machen wir einfach welche. Es ist gar nicht sehr wissenschaftlich, was ich sage, sondern eher, wir packen es an. Das heißt ich glaube, wir brauchen Projekte, wo sich Träger finden, die das machen und wo Betroffene mit eingebunden werden in der Ausgestaltung möglicher Wohnformen. Es gibt nichts Besseres als man tut es.

Publikum: Dafür brauchst du Geld!

Prof. Kaul: Ja, ist richtig.

Herr Flemming: Ich kann es nur bestärken, dass wir uns zusammentun und was ausprobieren und in diesen, ich sage einmal gemeinschaftlichen Wohnformen fällt es, glaube ich, auch leichter, die erforderlichen Leistungen zusammen zu klöppeln, von denen, die dafür zuständig sind. Es ist traurig, dass immer geschieht wird auf das letzte soziale Netz, also die Eingliederungshilfe, die es dann richten soll. Umso mehr ist das lobenswert, dass der GKV-Spitzenverband auch diese Studie unterstützt hat, um einmal herauszufinden, was sind denn innovative Wohnformen. Die Grundfunktion des Wohnens, da kriegt man eventuell Geld zusammen, um z.B. ein schickes Apartmenthaus hinzustellen. Das Wesentliche fängt aber an, wenn es um Beratung,

Assistenz, die Ermutigung der Leute geht. Wenn es um uns geht, kann ich versichern, wir sind immer gerne dabei, Dinge auszuprobieren.

Herr Zelle: Viele taubblinde Menschen haben genau das Thema auch schon beklagt, wer soll das bezahlen? Viele Bedürfnisse sind einfach sehr teuer und Taubblindenassistenzen sind schwer zu bekommen. Es mangelt teilweise an Fachkräften, aber auch an finanzieller Unterstützung zur Nutzung dieser Fachkräfte. Wenn eine Taubblindenassistentin verfügbar ist und finanziert wird, dann ist Teilhabe wirklich gesichert. Aber zunächst müssen eben auch genügend Assistenzen ausgebildet werden. Es müssen auch noch weitere Standorte errichtet werden, wo diese Ausbildung möglich ist. Bisher gibt es wirklich nur einzelne Standorte, es ist aber auch gesetzlich noch nicht alles gesichert. Das heißt, wir müssen wirklich noch warten, dass das Merkzeichen kommt, daran hängen viele Konsequenzen. Ich denke, taubblinde Menschen müssen sich einfach auch selbstbewusst präsentieren, in der Öffentlichkeit ihre Bedürfnisse kundgeben und ich denke im Moment ist da einfach noch eine ganz große Barriere.

Frau Reichstein: Ich kann Professor Kaul nur unterstützen. Wir sollten einmal Nägel mit Köpfen machen. Ich habe eben gesagt, man muss in eine gewisse Vorleistung gehen, für den Personenkreis taubblinder Menschen ganz bestimmt, weil die Ängste besonders groß sind. Herr Lewandrowski hat es vorhin gesagt, jeder normale Mensch begreift das in zehn Minuten, aber unsere Behörden brauchen dafür oft verdammt lange. Wir arbeiten jetzt schon seit 2012 an der Umsetzung für das genannte Merkzeichen. Eine einfache Verordnung braucht nach einem einstimmigen Beschluss über vier Jahre. Das ist schon gigantisch und es wäre wunderschön, wenn wir im Bereich Wohnen ein positives Beispiel starten könnten, einfach einmal ausgehend von einem Ort, einer Anlaufstelle, einem Musterprojekt. Schaffen, anbieten, füllen und ich bin sicher, wir werden ganz schnell auch Mitstreiter haben aus dem Bereich der Betroffenen, die dann genauso mitklöppeln.

Frau Dieberg: Für mich steht in erster Linie eigentlich, dass gehörlose Menschen selbst ihren Bedarf mehr äußern sollten und dies werden sie können, wenn sie informiert sind. Das heißt also Aufklärung ist für mich eigentlich ein grundlegender Baustein. Wenn sie den Bedarf äußern, glaube ich auch, dass Dienste immer mehr damit konfrontiert werden, eine Leistung zu erbringen, die passt. Und das weitere Stichwort wäre Qualifizierung von gehörlosen Menschen selbst, dass sie in der Lage sind, ihrer Peergroup und gehörlosen Menschen zu helfen.

Frau Wieland: Ich würde mich noch anschließen mit dem Stichpunkt Zeit. Wir hier würden relativ schnell auch Ideen entwickeln können und Projektpartner finden, aber meine Erfahrung ist, dass es sehr viel Zeit braucht, bis die Menschen, für die das Ganze dann initiiert wird, sich damit auseinandergesetzt haben. Bis sie sich informiert haben, bis sie wahrgenommen haben, worum geht es, bis sie vielleicht eine Beispielwohnung erfahren haben. Wir arbeiten jetzt seit über zwei Jahren mit einer

Selbsthilfegruppe, die zu uns in die Einrichtung kommt, für einen Spielenachmittag. Taubblinde kommen zu uns und spielen alle zwei Monate. Es hat wahnsinnig gedauert, bis dann irgendwann einmal der Schritt entstanden ist, ich gehe jetzt hier auch zur Beratung, wo andere Leute es sehr viel schneller können. Das ist ganz wichtig, bei so einem Projekt zu sagen: Wir lassen dir Zeit. Und es ist nicht in einem Jahr getan, sondern es muss länger gedacht werden.

Herr Vogel: Ich finde es wirklich gut, dass es diese Ergebnisse gibt. Dass die Kommunikation, das ist ein ganz klares Ergebnis der Studie, für taubblinde Menschen und auch für Gehörlose eben das Wichtigste ist. Und ich denke, die Umsetzung ist machbar. Es gibt Gebärdensprachdozenten und man kann Aufgaben delegieren und dafür sorgen, dass einfach genügend Menschen geschult werden in Gebärdensprache, sodass zum Beispiel Taubblinde oder Gehörlose auch in Altenheimen adäquat versorgt werden. Man muss schauen, welche Bedarfe vorhanden sind und das einfach respektieren und annehmen. Ich glaube, es ist bisher noch nicht ausreichend angenommen oder respektiert worden, was an Bedürfnissen vorhanden ist und es war für mich bisher nicht inklusiv und ich glaube, dass genau das eben geschätzt und umgesetzt werden sollte.

Dr. Wessel: Eine Podiumsdiskussion dient in erster Linie dazu, dass diskutiert wird. Ich habe nicht viel Widerspruch gehört, Sie sind sich recht einig. Ich habe Vorschläge gehört im Hinblick auf, was sind nächste Schritte und auch die waren recht übereinstimmend. Der Wille scheint da, die Motivation scheint da. Die Schlüsse, die Sie ziehen aus der Studie sind offensichtlich für alle nachvollziehbar gewesen. Der Tag heute hat dazu beigetragen, einen Schritt nach vorne zu machen. Ich habe auch Ihren Hinweis auf die Zeit gehört, das ist vielleicht nicht im nächsten Jahr dann vollendet, dass man auf neue Wohnformen oder auf komplette Versorgung gestoßen ist, aber Sie haben gemeinsam einen gewaltigen Schritt gemacht. Ich würde an dieser Stelle einen Punkt setzen und mich ganz herzlich für Ihre Teilnahme auf dem Podium bedanken und das Mikrofon abgeben an Herrn Schartmann.

Moderation

Dr. Schartmann: Sehr geehrter Herr Doktor Wessel, sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gesprächsrunde, Ihnen allen einen ganz recht herzlichen Dank für Ihre Beiträge. Vielleicht sehen wir uns in einiger Zeit, in einigen Jahren hier wieder um das Ergebnis der Klöppel-Runde und dessen Umsetzung zu begutachten.

Ich bedanke mich noch einmal herzlich für alle Ihre Beiträge, bedanke mich vor allem für die sehr vielfältige kommunikative Unterstützung bei Ihnen allen, ganz herzlichen Dank für die Übersetzung in sehr unterschiedliche Sprachen. Ich bedanke mich sehr bei Herrn Wagner, der die Veranstaltung wie immer sehr gut vorbereitet hat. Und letzten Endes bedanke ich mich natürlich bei Ihnen, dass Sie heute gekommen sind. Ich hoffe, dass Sie, genauso wie ich, gute Erkenntnisse mitnehmen und vielleicht bei dieser sehr wichtigen Thematik heute einen Schritt weitergekommen sind. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen guten Nachhauseweg.

Tagungsorganisation

Veranstalter

Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät,
Department Heilpädagogik und Rehabilitation,
50931 Köln und
Landschaftsverband Rheinland (LVR),
Dezernat Soziales, 50663 Köln, www.soziales.lvr.de

Tagungsort

Horion-Haus des Landschaftsverbandes Rheinland
Hermann-Pünder-Straße 1, 50679 Köln

Wichtige Informationen

Es wird keine Tagungsgebühr erhoben. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Veranstaltung ist barrierefrei zugänglich. Die Veranstaltung wird von GebärdensprachdolmetscherInnen in DGS übersetzt. Wenn Sie SchriftdolmetscherInnen, Taubblindenassistenten oder weitere Kommunikationsassistenten benötigen, geben Sie bitte unter folgender Emailadresse Bescheid: projekt-inwo@uni-koeln.de. Eine Übertragungsanlage für schwerhörige TeilnehmerInnen ist vorhanden.

Anmeldung

bis zum 06.06.2016 unter
www.soziales.lvr.de -> Aktuelles und Service

Ansprechpartner LVR

Dr. Dieter Schartmann
Tel 0221 809-6881
Mail: dieter.schartmann@lvr.de

Ansprechpartner Universität zu Köln

Prof. Dr. Thomas Kaul, Tel 0221 470-5565,
Uwe Zelle, Skype: zelle_unikoeln (DGS)
Mail: projekt-inwo@uni-koeln.de



Druck und Layout:
LVR-Druckerei, Ottoplatz 2, 50679 Köln, Tel 0221 809-2418

LVR-Dezernat Soziales
50663 Köln, Tel 0221 809-0
www.soziales.lvr.de

LVR-Dezernat Soziales

WIE MÖCHTEN GEHÖRLOSE UND TAUBLINDE MENSCHEN IN UNTERSCHIEDLICHEN LEBENSLAGEN WOHNEN?

Kooperationsveranstaltung der Universität zu Köln
und des Landschaftsverbandes Rheinland
im Rahmen der Reihe „Hilfen aus einer Hand“

MONTAG, 27. JUNI 2016
13-17 UHR, HORION-HAUS
LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND, KÖLN

Projekt InWo – Innovative Wohnformen für
pflege- und betreuungsbedürftige
gehörlose und taubblinde Menschen:
Präsentation und Diskussion der Ergebnisse

Gefördert vom GKV-Spitzenverband
im Rahmen des Modellprogramms
nach § 45f SGB XI



LVR-DEZERNAT SOZIALES

Mit dieser Tagung wollen wir einen kritischen Blick auf die Wohnsituation von gehörlosen und hörsehbehinderten/taubblinden Menschen werfen. Das Projekt „InWo“ der Universität zu Köln ist der Frage nachgegangen, welche Merkmale geeignete Wohnformen haben sollten und welche Unterstützung in diesem Zusammenhang sinnvoll ist. Zu diesem Zweck wurden Betroffene und Experten befragt. Diese Fragen beschäftigen auch den LVR und so bin ich sehr froh, dass wir diesen Fragen im Rahmen einer gemeinsamen Veranstaltung nachgehen. Die Ergebnisse dieses Projekts werden erstmals vorgestellt.

Die wissenschaftliche Perspektive wird durch Berichte aus der Praxis in Köln und Essen ergänzt werden. Anschließend beraten Expertinnen und Experten in einer Gesprächsrunde über weitere Schritte.

Ich erhoffe mir eine kritische Bestandsaufnahme sowie Orientierungspunkte für weitere Entwicklungen im Rheinland und darüber hinaus. Ich erhoffe mir das nicht nur von den Vortragenden, sondern auch von der begleitenden und anschließenden Diskussion mit Ihnen.

Ich freue mich über Ihre Teilnahme, den Austausch mit Ihnen und lade Sie herzlich nach Köln ein zu dieser interessanten Veranstaltung.



Dirk Lewandrowski
Landesrat
LVR-Dezernat Soziales

Programm

13:00 Uhr **Anmeldung**

13:30 Uhr **Begrüßung und Einführung**

Dirk Lewandrowski,
Landesrat, LVR-Dezernat Soziales
Prof. Dr. Thomas Kaul, Projektleiter,
Universität zu Köln
Dr. Jeannette Winkelhage, Forschungsstelle
des GKV-Spitzenverbandes

14:00 Uhr **Vortrag**

**Vorgehen, Inhalte und Ergebnisse des
Projekts „Innovative Wohnformen für
pflege- und betreuungsbedürftige gehörlose
und taubblinde Menschen –**

Ein mehrdimensionaler partizipatorischer
Forschungsansatz zur Entwicklung kultur-
sensibler Wohnmodelle“
Prof. Dr. Thomas Kaul, Dr. Andreas Glatz und
Uwe Zelle, Universität zu Köln

15:00 Uhr **Pause**

15:30 Uhr **Berichte aus der Praxis**

**Ambulant Betreutes Wohnen im Franz-von-
Sales-Zentrum für Gehörlose in Köln**
Andrea Wieland

**Kompetenzzentrum für gehörlose Menschen
im Alter in Essen (Träger: MARTINEUM gGmbH)**
Anke Dieberg, Andrea Huckemeier

16:00 Uhr **Gesprächs- und Diskussionsrunde**

**„Passende Unterstützungsangebote.
Erfahrungen, Entwicklungsbedarfe und
Ausblicke, Forderungen und Förderungen“**
Lothar Flemming, Prof. Dr. Thomas Kaul,
Dieter Zelle, Irmgard Reichstein,
Helmut Vogel, Andrea Wieland, Anke Dieberg,
Andrea Huckemeier
Moderation: Dr. Jürgen Wessel,
Universität zu Köln

Ca. 17:00 Uhr **Ende der Veranstaltung**

Tagungsmoderation: Dr. Dieter Schartmann, LVR

Referentinnen und Referenten

Anke Dieberg

Kompetenzzentrum für gehörlose Menschen im Alter
in Essen

Lothar Flemming

Fachbereichsleiter Sozialhilfe II,
Landschaftsverband Rheinland

Dr. Andreas Glatz

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt InWo,
Universität zu Köln

Andrea Huckemeier

Kompetenzzentrum für gehörlose Menschen im Alter
in Essen

Prof. Dr. Thomas Kaul

Arbeitsbereich Pädagogik und Rehabilitation
hörgeschädigter Menschen, Universität zu Köln

Dirk Lewandrowski

LVR-Dezernat Soziales,
Landschaftsverband Rheinland

Irmgard Reichstein

Vorsitzende der Stiftung taubblind leben

Andrea Wieland

Franz-von-Sales-Zentrum für Gehörlose

Dr. Jeannette Winkelhage

Forschungsstelle Pflegeversicherung
des GKV-Spitzenverbandes

Helmut Vogel

Präsident Deutscher Gehörlosen-Bund

Dieter Zelle

Vorsitzender Bundesarbeitsgemeinschaft der
Taubblinden e.V.

Uwe Zelle

Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt InWo,
Universität zu Köln

