

Elisabeth Wacker

# Wohnen in Gesundheit

Die Corona-Pandemie und Teilhabe  
in besonderen Wohnformen für  
Menschen mit Behinderung

OPEN ACCESS

 Springer VS

Gesundheitsförderung – Rehabilitation – Teilhabe

*Reihenherausgeber*

Elisabeth Wacker, School of Medicine and Health,  
TU München, München, Deutschland



Elisabeth Wacker

# Wohnen in Gesundheit

Die Corona-Pandemie und Teilhabe in besonderen  
Wohnformen für Menschen mit Behinderung

Elisabeth Wacker   
Lehrstuhl für Diversitätssoziologie  
Technical University of Munich  
München, Bayern, Deutschland



ISSN 2626-6393                      ISSN 2626-7101 (electronic)  
Gesundheitsförderung - Rehabilitation - Teilhabe  
ISBN 978-3-658-46451-6            ISBN 978-3-658-46452-3 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <https://portal.dnb.de> abrufbar.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales Va1-58049-3/38

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en) 2025. Dieses Buch ist eine Open-Access-Publikation.  
**Open Access** Dieses Buch wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (► <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor\*in(nen) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.  
Die in diesem Buch enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des/der betreffenden Rechteinhaber\*in einzuholen.  
Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jede Person benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber\*in sind zu beachten.  
Der Verlag, die Autor\*innen und die Herausgeber\*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor\*innen oder die Herausgeber\*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Daniel Rost  
Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.  
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

## Zur Einstimmung

---

Rund eine Million Menschen mit Beeinträchtigungen haben ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland in besonderen Wohnformaten, die als stationäre Einrichtungen bekannt sind (BMAS 2021, S 50)<sup>1</sup>. Etwa ein Fünftel lebt in Institutionen der Eingliederungshilfe. Diese werden seit 2020 als besondere bzw. gemeinschaftliche Wohnformen bezeichnet. Dort sollen Menschen mit Beeinträchtigungen Leistungen in einer Weise personenzentriert erhalten, dass sie ihr Leben in allen gewünschten Facetten führen können. Wohnen bedeutet, einen wesentlichen Teil des Alltags in einer dafür geeigneten Bauform zu verbringen und sich dabei zu Hause zu fühlen. Als geeignete Basis für die Lebensführung und Lebensäußerungen wie zur Ruhe kommen, sicher sein, Privatheit gestalten, Gemeinschaft erleben, Assistenz erhalten, einen Haushalt führen, sein Leben planen, zur Arbeit gehen, Freizeit wählen, Gäste empfangen und vieles mehr, bietet Wohnen die Fläche für einen Lebensmittelpunkt. Eine Wohnung ist in der Regel täglich Ausgangs- und Rückkehrpunkt des gesamten Alltags.

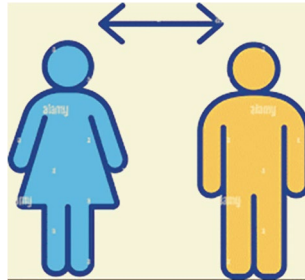
Die Feldstudie „Die Corona-Pandemie in besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderung. Momentaufnahmen und Zukunftsplanung zu Gleichstellung und Teilhabe bei der Gesundheitsorge im Jahr 2020“, kurz „Wohnen in Gesundheit: WoGe“, richtet sich auf Wohnen unter besonderen Bedingungen: Es geht um die Bewohnerinnen und Bewohner in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe. Elemente dieses Alltags waren während der Corona-Pandemie außergewöhnlich. Neben den üblichen Leistungen der Eingliederungshilfe ging es um Ausgangs- und Zutrittsbeschränkungen, Impfungen, Maskenpflicht etc.

Die WoGe-Studie untersucht, wie in der COVID-19-Pandemie in unterschiedlichen besonderen Wohnformen Aufgaben der Gesundheitsorge gelöst wurden, und zwar verbunden mit den in der Eingliederungshilfe üblichen Ansprüchen auf soziale und gesellschaftliche Teilhabe und Gleichstellung. Dabei war ein multiperspektivisches und qualitatives Vorgehen maßgeblich. Im Fokus standen

---

<sup>1</sup> BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2021). *Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. BMAS, Bonn.

- die Bewohnerinnen und Bewohner der besonderen Wohnformen (Menschen mit Behinderung und / oder chronisch psychisch kranke Menschen) als Nutzerinnen und Nutzer der Leistungsangebote,
- das in den Wohnformen tätige Fachpersonal, das sind insbesondere sozial, medizinisch-therapeutisch, pädagogisch und pflegerisch qualifizierte Dienste, die im Alltagszusammenhang ihre jeweiligen Leistungen erbringen,
- Personal in Leitungsverantwortung,
- Angehörige bzw. enge Bezugspersonen von Bewohnerinnen und Bewohnern, die aus einer spezifischen Sicht von außen das Geschehen in den Wohnangeboten wahrnehmen, erklären und interpretieren.



Die Wissenschaft musste sich in dieser Feldstudie vielen sehr ungewöhnlichen Hindernissen stellen. Meist ging es um Auswirkungen der Pandemie, die mit den verschiedenen Varianten eines „physical distancing“ (räumlichen Trennungen und Abstandsgebote) den Zugang zum Feld mit vielen Unwägbarkeiten anreicherte. Aber alle Beteiligten sind in Zeiten allgemeiner Unsicherheit über viele Schatten gesprungen. Das verdient unbedingte Anerkennung und größten Dank. Die Einrichtungen hoffen sehr und wünschen eindringlich, mit der Studie nun mehr gehört und besser verstanden zu werden.

Unter der Förderung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) war zunächst ein Jahr Projektlaufzeit vorgesehen. Dies konnte nicht präzise eingehalten werden, denn die geforderten Distanzierungen und Begleiterscheinungen wie Lockdown mit Reiseverboten, Erkrankung oder Quarantäne waren nicht steuerbar, auch wenn die Forscherinnen und Forscher prioritär geimpft wurden, damit sie ihr Forschungsfeld betreten konnten. Danke an die Kommission, die diese Ausnahmeregelung auf

Staatsebene genehmigt hat. Dennoch mussten Termine besonders aufwendig organisiert und häufig immer wieder verschoben, neu gefunden und abgestimmt werden. Niemand verlor die Geduld. Das machte der Wissenschaft viel Mut, nicht aufzugeben, und die persönliche Begegnung zu suchen. Weil dies gelungen ist, liegen nun sehr besondere qualitative Daten vor, mitten aus dem Pandemie-Geschehen. Sie sind getragen von dem vielfältigen Wissen von über hundert Personen, die weit über hundert Stunden alleine für den Kern, also die nun dokumentierten Interviews und Gespräche zur Verfügung standen. Hinzu kamen viele Vorgespräche zum Austausch über Ziel und Anliegen der Studie sowie der Organisation geschuldete Abstimmungen.

Auf diesem Weg wurden lebensnahe und partizipativ gewonnene Datensätze gehoben. Sie weiter als Planungsgrundlage zu nutzen und mit Blick auf die Gesundheits- und Teilhabeziele zu debattieren, wird gewiss ein Gewinn sein.

### *Wer*

Die Forschungsaufgaben wurden im Team gelöst von Wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Studentischen bzw. Wissenschaftlichen Hilfskräften der Technischen Universität München (TUM). Beim Studiendesign, bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente, den Kontakten ins Feld und der Datenerfassung und Auswertung wirkten (unterschiedlich fokussiert und intensiv) mit

- Dominik Mertenbacher (Politikwissenschaftler),
- Ananda Stullich (Gesundheitswissenschaftlerin und Soziologin),
- Elisabeth Wacker (Prof. Dr. rer. soc., Diversitätssoziologin),
- Anne-Christin Zobel (Gesundheitswissenschaftlerin und Gesundheits- und Krankenpflegerin).

Ganz besonderen Dank und größte Anerkennung verdient

- Susanne Ferschl (Dr. phil; Humanwissenschaftlerin, Kriminologin), für ihren außerordentlich intensiven Einsatz bei der Datenauswertung und Berichterstattung.

Bei den grafischen Elementen unterstützte zusätzlich mit viel Herzblut und Engagement

- Clara von Landwüst (B.Sc. Public Health, Studierende M.Sc. Health Science).

Mit Feldkontakten, wertvollen Hinweisen zum Studiendesign und konkreter Unterstützung in Fragen von Auswertung und Bewertung stand der Studie exzellente externe Expertise zur Seite:

- Ulrich Becker, Prof. Dr., Direktor am Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik, München,
- Martina Brandt, Prof. Dr., Lehrstuhl für Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften, Fakultät Sozialwissenschaften, Technische Universität Dortmund, Dortmund,
- Andreas Speck, Prof. Dr., Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Greifswald, Greifswald,
- Ingmar Steinhart, Prof. Dr., Vorstand der von Bodelschwingschen Stiftungen Bethel, Bielefeld.

Das BMAS unterstützte umfassend und stets passgenau diese Studie mit vielen Unbekannten. So konnten, allen jeweiligen Corona-Wellen zum Trotz, die Ziele der Felderkundung verfolgt und auch erreicht werden.

Die wichtigste Rolle spielten letztlich aber die Expertinnen und Experten in eigener Sache: Das waren

- Bewohnerinnen und Bewohner der besonderen Einrichtungen der Eingliederungshilfe,
- Angehörige samt Gesetzlichen Betreuungen der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung,
- das im Fachdienst tätige Personal,
- die jeweils leitend Verantwortlichen direkt in den Einrichtungen, und nicht zuletzt auch
- auf Trägerebene die mit viel Einsatz unterstützenden Vereine bzw. Verbände aus den Reihen der Eingliederungshilfe.

Ohne diesen geballten Einsatz wäre WoGe als ehrgeizige multiperspektivisch angelegte Feldstudie mitten in der Corona-Pandemie nicht möglich gewesen. Trotz extremer Herausforderungen im eigenen beruflichen Alltag und in der eigenen Lebensführung wurde von den vielen Beteiligten nicht Bedenken getragen, sondern großartig und kreativ mitgespielt.

Ihnen allen gilt ganz besonderer uneingeschränkter Dank für ihre immense Lösungsorientierung, Einsatzbereitschaft (auch an Wochenenden und Feierabenden), für ihre Unermüdlichkeit und Offenheit, gegenüber den Anliegen und Anforderungen der Studie. Wenn Engagement Gehör verdient, dann wäre dies alleine ein guter Grund, den gemeinsam gewonnenen Erkenntnissen und Ergebnissen viel Aufmerksamkeit und Resonanz zu

wünschen, in Wissenschaft und Praxis, vor allem aber auch in Politik und Behörden.

Die gewonnenen Daten bilden die Grundlage dieses Berichts. Weitere Publikationen in diesem Bereich wären zu wünschen, möglichst mit weiteren Vergleichsdaten, wie sie aus dem Teilhabe-Survey hervorgehen werden. Weitere Erkenntnisse sind ebenso über hoffentlich angestoßene und aus Sicht der Wissenschaft sehr gewünschte praxisnahe Diskurse möglich. Einbettungen in laufende affine Debatten und Erhebungen zu Prävention, Gesundheitsförderung und -versorgung der gesamten Bevölkerung sind sehr willkommen. Denn es ist ein weites Feld, in dem sich vielfach verschiedene Personenkreise, Wohnformen und regionale Varianten im föderal geprägten differenzierten Leistungssystem für Teilhabe und Rehabilitation begegnen.

Mit der nun vorgelegten datenbasierten Auswertung sind nach den Regeln der Wissenschaft einige solide Einschätzungen und Prognosen möglich. Der Anspruch sich bundesweit kundig zu machen, alle Wohnformen abzubilden und alle in den besonderen Wohnformen üblichen Formen der Beeinträchtigung einzuschließen, konnte eingelöst werden. Daher wird das gesamte Untersuchungsfeld angemessen wahrgenommen und einbezogen.

Die eigens entwickelten, eingesetzten Instrumente der Wissenschaft (Erhebungsinstrumente, Leitfäden, Informationen und Kommunikationen sowie Beobachtungen) haben Daten hervorgebracht, die dann mit wissenschaftlichen Methoden geordnet und analysiert wurden. Sie sind praxisaktuell und haben spezifische Aussagekraft vom Beginn der Pandemie bis zum Befragungszeitpunkt (s. ■ Abb. 1.2). Erfahrungszusammenhänge sind erkennbar, die – was nicht überrascht – ambivalent positive und negative Wirkungen von jeweiligen Maßnahmen zeigen. Sowohl Abläufe in den Organisationen als auch soziales Miteinander wird kenntlich. Besonders zeigt sich deutlich, wie wichtig und notwendig ein gelingendes Zusammenspiel von Gesundheitsschutz und Risikoabwägungen ist.

Im Kern geht es um den Einfluss all dieser Faktoren auf das Alltagsleben der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung, die für die Wissenschaft bereitwillig Rede und Antwort standen. Sie kommen sehr ausführlich zu Wort. Jedes fachlich übliche oder auch experimentelle Arrangement beim Mit-Corona-Wohnen muss sich vor allem an individuellen, personenbezogenen Teilhabezielen messen lassen. Manche innovativen Lösungswege haben sich bewährt. Andere Maßnahmen und Notlagen sollten sich keinesfalls wiederholen. Dies gilt gleichermaßen in Nord, Süd, Ost und West der Bundesrepublik,

- in kleinen Wohnformen ebenso wie bei sehr großen Wohnanbieter-Strukturen,
- für Gruppierungen mit einstelliger Zahl der Mitarbeitenden ebenso wie mit über tausend Beschäftigten,
- im ländlichen Raum ebenso wie in Städten und Metropolregionen.

Den wirklich vielen Menschen, die in einer ohnehin extrem strapazierten persönlichen Situation, trotz der Nähe zur eigenen Privatheit und auch trotz ihrer Sorge um Ansteckungsrisiken bereit waren, ihre ausführlichen Beiträge zur Lagebeschreibung zu leisten, sei ausdrücklich und uneingeschränkt gedankt. Wir nennen zwar ihre Namen und Einrichtungen nicht, denn die Studie achtet die vereinbarte Vertraulichkeit sehr sorgfältig: Aber sie wissen ja, wer gemeint ist!

Für das WoGe-Kern-Quintett der TUM



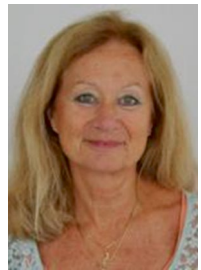
Susanne Ferschl



Dominik Mertenbacher



Ananda Stullich



Elisabeth Wacker



Anne-Christin Zobel

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Wohnen in Gesundheit – Wechselwirkungen sehen und verstehen</b> .....	<b>1</b>
1.1	Gesundheitspflege in der Eingliederungshilfe .....	5
1.2	Studiendesign und Methoden .....	7
1.2.1	Forschungsbedarf und -design .....	7
1.2.2	Forschungsmethoden .....	8
	Literatur .....	13
<b>2</b>	<b>Behütet und allein gestellt? Profile und Perspektiven beim Wohnen</b> .....	<b>15</b>
2.1	Soziale und demografische Merkmale .....	19
2.2	Gesundheit aus eigener Sicht .....	22
2.3	Beeinträchtigungen und Behinderung .....	24
2.4	Alltägliche Lebensführung – Offline? .....	27
2.4.1	Wohnen, Freizeit, Selbstbestimmung und Medien unter Corona-Bedingungen .....	31
2.4.2	Soziale Beziehungen, Einbindung und Isolationsrisiken unter Corona-Bedingungen .....	35
2.5	Zu Diensten – Unterstützung und Assistenz .....	39
2.6	Gesund bleiben und Risiken vorbeugen .....	43
2.7	Nicht in Arbeit – Beruf, Werkstatt, Rente .....	48
2.8	Partizipation – Beteiligung, Mitsprache, Mitbestimmung .....	51
2.9	Sicherheit, Schutz, Diskriminierungsrisiken .....	53
	Literatur .....	59
<b>3</b>	<b>Fürsorge, Fürsprache, Führung – Perspektiven der Leitungsebene</b> .....	<b>61</b>
3.1	Wohnen, Assistenz, Aufenthalt – Einrichtungsbezogene Informationen ...	65
3.1.1	Die befragten Wohneinrichtungen nach Bundesländern .....	66
3.1.2	Funktion der Auskunftspersonen .....	66
3.1.3	Größe der Einrichtungen .....	67
3.1.4	Förderschwerpunkte der Einrichtungen .....	69
3.1.5	Personelle Ausstattung der Einrichtungen .....	70
3.2	Vor der Pandemie – Ausgangslage in den besonderen Wohnformen .....	71
3.2.1	Hilfreiche Ausgangsbedingungen .....	71
3.2.2	Schwierige Ausgangsbedingungen .....	72

3.2.3	Notfallpläne für Gemeinschaftsunterkünfte .....	73
3.2.4	Notfallpläne für das Personal .....	73
3.3	<b>Schutzmaßnahmen der Einrichtungen</b> .....	76
3.3.1	Aushänge zu Hygienevorgaben .....	76
3.3.2	Kontakteinschränkungen innerhalb der Einrichtung .....	78
3.3.3	Einzelzimmergebot .....	79
3.3.4	Einschränkung gemeinsamer Mahlzeiten .....	79
3.3.5	Einschränkung der Freizeitbegegnungen .....	81
3.3.6	Einschränkung der Tätigkeit in den Werkstätten .....	83
3.3.7	Einschränkung privater Besuche .....	83
3.3.8	Einschränkung der Arzt- / und Therapiebesuche .....	85
3.3.9	Generelles Verbot, die Einrichtung zu verlassen .....	87
3.3.10	Verbot, die Einrichtung zu bestimmten Zeiten zu verlassen .....	87
3.3.11	Prüfen der Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen .....	89
3.3.12	Regelmäßige Schulung von Personal .....	91
3.4	<b>Schutz für Bewohnerinnen und Bewohner</b> .....	94
3.4.1	Aushänge zu Hygienevorgaben .....	95
3.4.2	Kommunikation zur Umsetzung der Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen .....	96
3.4.3	Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung .....	96
3.4.4	Einschränkung der Kontakte innerhalb der Einrichtung .....	97
3.4.5	Einschränkung der Arzt-/Therapiebesuche .....	97
3.4.6	Generelles Verbot, die Einrichtung zu verlassen .....	98
3.5	<b>Kommunikation mit Angehörigen und weiteren relevanten Personen</b> ....	99
3.6	<b>Exklusionsgefährdungen</b> .....	101
3.6.1	Isolationsrisiken und Angehörigenkontakte .....	102
3.6.2	Isolationsrisiken und Gesetzliche Betreuung .....	102
3.6.3	Isolationsrisiken und „Kümmerer“ .....	103
3.7	<b>Erfahrungen und Erkenntnisse in der Einrichtung</b> .....	105
3.7.1	Zentrale Erkenntnisse – <i>In der Krise ist [...] Entwicklung möglich</i> .....	105
3.7.2	Lerngewinne – <i>Flexibilität und Ideenreichtum</i> .....	107
3.7.3	Schwierigkeiten – <i>Personalengpässe, Quarantänemaßnahmen</i> .....	109
3.7.4	Grenzerfahrungen – <i>mit Corona infiziert, alleine</i> .....	111
3.7.5	Lösungswünsche – <i>Investition im Bereich der Prävention und des Personals</i> .....	112
3.7.6	Lösungswege adressieren – <i>Soziale und pflegerische Berufe benötigen ein besseres Image</i> .....	114
	<b>Literatur</b> .....	116

4	<b>Dauerdienste, Distanzambivalenz und Dialoge–Sicht des Fachpersonals</b> .....	117
4.1	<b>Fokusgruppen für Fachdienste in den besonderen Wohnformen</b> .....	121
4.2	<b>Allein im Heim – <i>Er hat fast ein Jahr seine Familie nicht gesehen</i></b> .....	122
4.2.1	Rückschritte und Reizbarkeit – <i>die Stimmung hat sich geändert</i> .....	123
4.2.2	Unverständnis und Überzeugungsarbeit – <i>immer wieder in diese Gespräche gehen</i> .....	125
4.2.3	Ängste, Unsicherheit und wohltdosierte Information – <i>du kannst nicht mehr mit</i> .....	126
4.2.4	Mängel-Management, Mühen, Müdigkeit – <i>die eigene Arbeit war wirklich Limit</i> .....	127
4.3	<b>Der Neue Alltag, Testen, Herantasten – <i>Man ist einfach alleine gewesen</i></b> ...	130
4.3.1	Selbstschutz und Prävention bei verzögerter Lockerung – <i>es ist fragwürdig</i> ...	131
4.3.2	Teilhabe und Selbstbestimmung – <i>wir haben uns mit jedem einzelnen hingesetzt</i> .....	133
4.4	<b>Sieben Wünsche zur Gesundheitsentwicklung</b> .....	136
	<b>Literatur</b> .....	137
5	<b>Brücken bauen bei Besuchsverbot–Angehörige zwischen drinnen und draußen</b> .....	139
5.1	Verwandtschaft und Beziehung .....	142
5.2	<b>Wohnalltag unter Corona-Bedingungen – <i>keinerlei Teilhabe am sozialen Leben</i></b> .....	143
5.3	Befürchtungen im Wandel der Zeit – <i>keine Integration</i> .....	145
5.4	<b>Wünsche und Hinweise für die Zukunft – <i>weniger Bürokratie, mehr Zuwendung</i></b> .....	148
	<b>Literatur</b> .....	150
6	<b>Die Corona-Pandemie durch die Inklusionsbrille. Ein Entwicklungsprogramm</b> .....	153
6.1	Zum Untersuchungsfeld Eingliederungshilfe und Wohnen in Gesundheit .....	157
6.2	Gesundheitssorge statt Teilhabegewinnen? – <b><i>Schreien nach einer Normalität</i></b> .....	161
6.3	Krisenbewältigung in Grenzen – <b><i>wir waren ausführendes Instrument</i></b> .....	162
6.4	Dazugelernt! Kompetenzgewinne – <b><i>Jetzt haben ... sich alle daran gewöhnt</i></b> .....	167
6.5	Versorgungsnöte und Rückzugstendenzen – <b><i>es hat nichts stattgefunden</i></b> .....	169

6.6	<b>Nachhaltige Risiken und digitale Entwicklungsgewinne – ein Weckruf. . . .</b>	171
6.7	<b>Nähe und Distanz – Hand über Kopf? Gemeinschaft in Vielfalt. . . . .</b>	173
6.8	<b>Gesundheitsorientierung in allen Lebenslagen – Nötiges und Mögliches . . . . .</b>	175
	<b>Literatur . . . . .</b>	180
7	<b>Gesundheit mit Teilhabechancen steigern – Einsichten und Aussichtspunkte. . . . .</b>	183
7.1	<b>Personale Faktoren: Privatheit und Singularität trifft Gemeinschaft . . . . .</b>	187
7.2	<b>Soziale Faktoren: Geteilte Verantwortung und Empowerment. . . . .</b>	190
7.3	<b>Kontextfaktoren: Teilhabe und Kurskorrekturen mit Wissen und Technik. . . . .</b>	192
7.4	<b>Teilhabe-Mängel im Übergang zur Einbeziehung . . . . .</b>	197
	<b>Literatur . . . . .</b>	201
	<b>Serviceteil</b>	
	<b>Verzeichnisse . . . . .</b>	206

# Abkürzungsverzeichnis

---

3-G-Regel	geimpft, genesen oder getestet; Regel zum präventiven Infektionsschutz; nur diese Personen erhielten Zutritt zu Angeboten in einem Innenraum
Abb.	Abbildung, Abbildungen
ABBo	Angehörigen- und Betreuungs-Bogen   Strukturierter Fragebogen zur Erfassung von coronabedingten Auswirkungen und Entwicklungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe aus Sicht der Angehörigen bzw. Gesetzlichen Betreuung (in besonderen Wohnformen)
Abs.	Absatz
AK	Arbeitskreis
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Aufl	Auflage, Auflagen
Bd	Band
BeBo	Bewohnerinnen und Bewohner Bogen   Fragebogen zur Selbstauskunft der Bewohnerinnen und Bewohner
best.	bestimmt, bestimmte
BFSG	Barrierefreiheitsstärkungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B.Sc.	Bachelor of Science
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BayRS	Bayerische Rechtssammlung
COVID-19	en. coronavirus disease 2019   dt. Coronavirus-Krankheit-2019
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities
dies.	dieselbe, dieselben
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DP	Dienstplan
d	divers
dt.	deutsch
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation
en.	englisch
et al.	et alii (m.), et aliae (f.), et alia (n.)   lateinisch für ‚und andere‘

etc.	et cetera   dt. und so weiter
f.	Femininum
f., ff.	folgende
FaFo	Fachpersonal-Fokusgruppe   Leitfaden zur Erfassung von Corona bedingten Auswirkungen und Entwicklungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf Fachpersonalebene
FFP2	FFP, en. für Filtering Face Piece (partikelfiltrierende Halbmaske)   FFP2-Maske; ursprünglich eine professionelle Schutzmaske aus dem Handwerk   „Staubschutzmaske“
FQA	Fachstelle für Pflege und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (früher Heimaufsicht)
f4	Name einer Transkriptions- und -analyse-Software
GG	Grundgesetz
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt
HiAP	Health in All Policies
Hrsg	Herausgeberin, Herausgeberinnen, Herausgeber
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ID	Identifikationsnummer
IfSG	Infektionsschutzgesetz
infas	Institut für angewandte Sozialwissenschaft
i. V. m.	in Verbindung mit
Kap.	Kapitel
LeBo	Leitungsbogen   Fragebogen zur Erfassung von Corona bedingten Auswirkungen und Entwicklungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (besonderen Wohnformen)
m	männlich
m.	Maskulinum
MA	Mitarbeiterin, Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter
MNS	Mund-Nasen-Schutz
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (Art von Bakterien)
M.Sc.	Master of Science
N	Größe der Grundgesamtheit, Gesamtmenge
n	Anzahl der Merkmalsausprägungen, Teilmenge
n.	Neutrum
OP-Masken	Mund-Nasen-Schutz, genormtes Produkt für Operationen / Operationsräume
PCR-Test	polymerase chain reaction-Test; ein Standardverfahren in der Diag-

	nostik von Viren
PfWqG	Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung
proxy	en., „Stellvertreter“; eine Person, die vermittelt
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
QualiPEP	Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung
RKI	Robert Koch-Institut
S	Seite, Seiten
s.	siehe
SDG	Sustainable Development Goals
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
SGB IX	Neuntes Buch (IX) – Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe
SoSci	soSci-Survey // ► <a href="https://www.soscisurvey.de">https://www.soscisurvey.de</a> : Befragungssystem   SoSci Survey; gesprochen „sou-sie“
s. u.	siehe unten
TeilhStG	Teilhabestärkungsgesetz
TUM	Technische Universität München
u. a.	unter anderem, unter anderen
UN	United Nations
UN-BRK	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention)
v. a.	vor allem
w	weiblich
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WhatsApp	2009 in Kalifornien gegründetes Unternehmen; der Name ist ein Wortspiel: WhatsApp klingt nach en. „What’s up?“ („Was ist los?“, „Was geht?“) und enthält das Kürzel App (Applikation, „Anwend- ung“)
WHO	World Health Organization, dt. Weltgesundheitsorganisation
WoGe	Wohnen in Gesundheit [Akronym]
z. B.	zum Beispiel

# Abbildungsverzeichnis

---

<b>Abb. 1.1</b>	Sustainable Development Goal 3   Good Health and Well-being ► <a href="https://www.bmz.de/de/agenda-2030/sdg-3">https://www.bmz.de/de/agenda-2030/sdg-3</a> . . . . .	3
<b>Abb. 1.2</b>	Forschungsdesign der WoGe-Feldstudie. (Quelle: Eigene Darstellung). . . . .	9
<b>Abb. 1.3</b>	Chronologie der WoGe-Studie im Überblick 2022. (Quelle: Eigene Darstellung) (Wellen nach RKI, S. 4). . . . .	10
<b>Abb. 1.4</b>	Von einer Einrichtung entwickelter Aufklärungsbogen für die Bewohnerinnen und Bewohner (anonymisiert). (Quelle: Beteiligte Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe) (anonymisiert) . . . . .	11
<b>Abb. 2.1</b>	Geschlecht der Befragten. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	20
<b>Abb. 2.2</b>	Beziehungsstatus der Befragten. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	21
<b>Abb. 2.3</b>	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Geschlecht [männlich (m), weiblich (w), divers (d)]. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	23
<b>Abb. 2.4</b>	Wohnwünsche – „Möchten Sie lieber woanders wohnen?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	29
<b>Abb. 2.5</b>	Zimmerregel – „War es Ihnen wegen Corona verboten, Ihr Zimmer zu verlassen?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	32
<b>Abb. 2.6</b>	Wohngruppenregel – „War es Ihnen wegen Corona verboten, Ihre Wohngruppe zu verlassen?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	33
<b>Abb. 2.7</b>	Wohnheimregel – „War es Ihnen wegen Corona verboten, Ihre Wohneinrichtung zu verlassen?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	33
<b>Abb. 2.8</b>	Veränderung der Zufriedenheit mit den Angeboten durch Corona (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	42
<b>Abb. 2.9</b>	Am Coronavirus Erkrankte nach Geschlecht (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	44
<b>Abb. 2.10</b>	Impfstatus – „Wurden Sie gegen Corona geimpft?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	46

<b>Abb. 2.11</b>	Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	49
<b>Abb. 2.12</b>	Notwendige Unterstützung bei Dingen rund um die Arbeit (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	50
<b>Abb. 2.13</b>	Veränderung der Mitbestimmung in der Wohnsituation durch Corona (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	52
<b>Abb. 2.14</b>	Diskriminierungserfahrungen – Täterinnen und Täter (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	56
<b>Abb. 2.15</b>	Gewalterfahrungen – Täterinnen und Täter (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	58
<b>Abb. 3.1</b>	Lage der befragten Einrichtungen. (Quelle: Eigene Darstellung). . . . .	67
<b>Abb. 3.2</b>	Funktion der Auskunftsperson. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	68
<b>Abb. 3.3</b>	Größe der Einrichtungen. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	68
<b>Abb. 3.4</b>	Förderschwerpunkte der Einrichtung. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	69
<b>Abb. 3.5</b>	Anzahl der Mitarbeitenden (in Vollzeit umgerechnet). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	70
<b>Abb. 3.6</b>	Aushänge zu aktuellen Hygienevorgaben – zu Beginn der Pandemie. ( <b>keine Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	77
<b>Abb. 3.7</b>	Aushänge zu aktuellen Hygienevorgaben – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>keine Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	77
<b>Abb. 3.8</b>	Eingeschränkte Kontakte innerhalb der Einrichtung – zu Beginn der Pandemie. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	78
<b>Abb. 3.9</b>	Eingeschränkte Kontakte innerhalb der Einrichtung – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	79

<b>Abb. 3.10</b>	Einzelzimmer-Pflicht – zu Beginn der Pandemie. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	80
<b>Abb. 3.11</b>	Einzelzimmer-Pflicht – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	80
<b>Abb. 3.12</b>	Eingeschränkte gemeinsame Mahlzeiten – zu Beginn der Pandemie. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	81
<b>Abb. 3.13</b>	Eingeschränkte gemeinsame Mahlzeiten – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	82
<b>Abb. 3.14</b>	Eingeschränkte Begegnung in der freien Zeit – zu Beginn der Pandemie. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	82
<b>Abb. 3.15</b>	Eingeschränkte Begegnung in der freien Zeit – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	83
<b>Abb. 3.16</b>	Eingeschränkte Tätigkeit in den Werkstätten – zu Beginn der Pandemie. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	84
<b>Abb. 3.17</b>	Eingeschränkte Tätigkeit in den Werkstätten – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	84
<b>Abb. 3.18</b>	Eingeschränkte private Besuche – zu Beginn der Pandemie. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	85
<b>Abb. 3.19</b>	Eingeschränkte private Besuche – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung). . . . .	86

<b>Abb. 3.20</b>	Eingeschränkte Arzt-/ und Therapiebesuche – zu Beginn der Pandemie. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	86
<b>Abb. 3.21</b>	Eingeschränkte Arzt-/ und Therapiebesuche – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>bedeutsame Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	87
<b>Abb. 3.22</b>	Generelles Ausgeh-Verbot – zu Beginn der Pandemie. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	88
<b>Abb. 3.23</b>	Generelles Ausgeh-Verbot – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	88
<b>Abb. 3.24</b>	Spezifisches Ausgeh-Verbot – zu Beginn der Pandemie. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	89
<b>Abb. 3.25</b>	Spezifisches Ausgeh-Verbot – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	90
<b>Abb. 3.26</b>	Monitoring zur Verhältnismäßigkeit von Einschränkungen – zu Beginn der Pandemie. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	90
<b>Abb. 3.27</b>	Monitoring zur Verhältnismäßigkeit von Einschränkungen – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	91
<b>Abb. 3.28</b>	Regelmäßige Personal-Schulung – zu Beginn der Pandemie. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	92

<b>Abb. 3.29</b>	Regelmäßige Personal-Schulung – zum Befragungszeitpunkt. ( <b>teilweise Veränderungen</b> zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	92
<b>Abb. 3.30</b>	Überblick zur Umsetzung der Schutzmaßnahmen für die Bewohnerschaft. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	95
<b>Abb. 3.31</b>	Klare Zuständigkeit für die Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Bewohnerschaft. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	100
<b>Abb. 3.32</b>	Das Personal versteht die Kommunikationsaufgabe mit den Angehörigen. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	100
<b>Abb. 3.33</b>	Kommunikationsproblem zwischen Einrichtung und Angehörigen. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	101
<b>Abb. 3.34</b>	Keine Angehörigenkontakte der Bewohnerinnen und Bewohner seit Pandemie-Beginn. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	102
<b>Abb. 3.35</b>	Kontakte der Gesetzlichen Betreuungen seit Pandemie-Beginn. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	103
<b>Abb. 3.36</b>	Weitere Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner seit Pandemie-Beginn. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	104
<b>Abb. 5.1</b>	Beziehung zwischen der oder dem Befragten und einer Bewohnerin oder einem Bewohner. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	142
<b>Abb. 5.2</b>	Aktive Einbindung der Angehörigen in die Versorgung der Bewohnerin oder des Bewohners. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	143
<b>Abb. 5.3</b>	Vollständiger Impfschutz der Person, die in der Einrichtung lebt. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	145
<b>Abb. 5.4</b>	Einschätzung der Gesundheitsrisiken zu verschiedenen Zeitpunkten (in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung) . . . . .	146
<b>Abb. 6.1</b>	Offener Brief von Bewohnerinnen und Bewohnern an ihr zuständiges Gesundheitsamt (Ostern 2022   E1) . . . . .	168
<b>Abb. 6.2</b>	Gesundheit vor Teilhabe? Die Henne oder Ei-Frage als Fiktion. (Quelle: Eigene Darstellung) . . . . .	179

# Tabellenverzeichnis

---

<b>Tab. 2.1</b>	Häufigkeiten der Beeinträchtigungsformen der Bewohnerinnen und Bewohner . . . . .	25
<b>Tab. 2.2</b>	Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen . . . . .	40
<b>Tab. 2.3</b>	Beschäftigungsstatus der Befragten (Angaben in %) . . . . .	48
<b>Tab. 2.4</b>	Diskriminierungserfahrungen I – „Wurden Sie schon einmal benachteiligt oder schlecht behandelt, ...“ (Angaben in %) . . . . .	54
<b>Tab. 2.5</b>	Diskriminierungserfahrungen II – „Wurden Sie aufgrund Ihrer Beeinträchtigung schon einmal...“ (Angaben in %) . . . . .	55
<b>Tab. 2.6</b>	Gewalterfahrungen – „Wurden Sie schon einmal gegen ihren Willen ...“ (Angaben in %) . . . . .	57
<b>Tab. 3.1</b>	Notfallpläne für Bewohnerinnen und Bewohner . . . . .	74
<b>Tab. 3.2</b>	Notfallpläne für das Personal . . . . .	75
<b>Tab. 6.1</b>	Grundsatzfragen und Richtungsweisungen . . . . .	158
<b>Tab. 6.2</b>	Grundmaßstäbe und Operationalisierungen . . . . .	159



# Wohnen in Gesundheit – Wechselwirkungen sehen und verstehen

## Inhaltsverzeichnis

- 1.1 **Gesundheitssorge in der  
Eingliederungshilfe – 5**
- 1.2 **Studiendesign und Methoden – 7**  
**Literatur – 13**

**Ergänzende Information** Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann

► [https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_1).

© Der/die Autor(en) 2025

E. Wacker, *Wohnen in Gesundheit*,

Gesundheitsförderung – Rehabilitation – Teilhabe,

[https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_1)

## 1

**Zusammenfassung**

Wohnen und Gesundheitsfragen trafen in der Corona-Pandemie aufeinander. Wohnen sollte Aufenthalt und Infektionsschutz bieten, während sich der Alltag elementar veränderte. Gemeinschaftliche Wohnformen für Menschen mit Beeinträchtigungen erfüllen Aufgaben von Prävention, Alltagsbegleitung und Rehabilitation, nach den Maßgaben der Eingliederungshilfe. Wie dabei Infektionsgefahren abzuwehren sind, war in der COVID-19-Pandemie zunächst ungewiss. So trafen Bedarf und Bedürfnisse einer heterogenen, als vulnerabel eingestuften Bewohnerschaft auf Anliegen von Behörden und Organisationen. Selbstbestimmung und Rechte auf eigene Lebensführung kollidierten mit verordneter Distanz für dort wohnende Menschen mit Beeinträchtigungen und Leistungsansprüchen. In einer bundesweiten Feldstudie „Wohnen in Gesundheit“ wurde diese Wohnsituation multi-perspektivisch beleuchtet. Leistungs-Anbieter, Fachpersonal im Unterstützungsdienst, Angehörige und vor allem die Bewohnerinnen und Bewohner kamen zu Wort. Das auf eigene Erhebungsinstrumente gestützte Analyse-Bild zeichnet eine Entwicklung zwischen anfänglicher Ratlosigkeit bis zur Aufarbeitung unterschiedlicher Gefährdungslagen. Alle Einrichtungen und Befragten nahmen freiwillig an der Erhebung teil. Es zeigen sich Spannungen zwischen rechtlichen und politischen Anliegen und Forderungen an die Eingliederungshilfe, Inklusivität und Personenorientierung zu priorisieren und dem verordneten Schutz riskanter Gemeinschaften in exkludierenden Versorgungs-Arrangements. Für die Zukunft finden sich klare Hinweise auf neue Aufgaben der Koordination (zwischen Behörden), Gesundheitsvorsorge und der wirkungsorientierten Abstimmung von Organisationshandeln, damit Wohnen den Gesundheitszielen aus personaler und Kontext-Perspektive dienen kann.

Gesundheit steht in engen Zusammenhängen, die über akute oder chronische Erkrankungen hinausweisen. Denn Gesundheit ist ein wesentlicher Faktor für förderliche Lebenssituationen und Lebensqualität (Wacker et al. 2023a). Mit ihr eng verbunden sind Chancen auf selbstbestimmte Lebensführung, die beim Wohnen eine wesentliche Basis finden. Dies soll gegenwärtig, in Zukunft sowie weltweit auch für Menschen jeden Alters und mit Beeinträchtigungen gelingen können und gestaltet werden (CRPD 2006). Darauf weisen die für nachhaltige Entwicklung von den Vereinten Nationen vereinbarten Ziele hin (SDGs– Sustainable Development Goals). Teil der im Jahr 2015 kommunizierten insgesamt 17 Handlungsfelder ist es, bis zum Jahr 2030 „Gesundheit und Wohlergehen“ für alle zu erreichen (s. ■ Abb. 1.1). Dieses Anliegen bezieht die besonderen Wohnformen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung sowie ihre Bewohnerschaft und die dort aktiven Fachkräfte ein.

Weltweit beobachtet und bewertet die WHO (World Health Organization) laufend die allgemeine Gesundheitslage. Nach der von der UN-BRK (2008) (UN-Behindertenrechtskonvention) vorgegebenen Menschenrechtsorientierung wird u. a. geprüft, welche Auswirkungen die Zuschreibung von Behinderung jeweils für die Gesundheit der Betroffenen hat. Personale, soziale und im Kontext liegende Wirkungen sind zu erwarten (WHO 2001).

In dieser an sich komplexen Ausgangslage gerieten Wohnen und Gesundheit durch die Corona-Pandemie insgesamt in neue Spannungsverhältnisse. Nähe erschien als Gefährdung, phasenweise war Drinnen-Bleiben für alle obligatorisch. Für besondere Wohnformen wurden die Alltagsgewohnheiten und -erfahrungen zusätzlich in spezieller Weise und für längere Phasen



■ **Abb. 1.1** Sustainable Development Goal 3 | Good Health and Well-being ► <https://www.bmz.de/de/agenda-2030/sdg-3>

ausgesetzt. Dieser Zwang zur Veränderung zeigte entsprechend besondere Wirkungen, die zum Nachdenken anregen.

Der Deutsche Ethikrat hat Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie Anfang 2022 resümiert (Deutscher Ethikrat 2022). Dabei wird bei der Bekämpfungsstrategie auf zwei wesentliche Pfeiler hingewiesen,

- den *Gesundheitsschutz* durch Infektionsabwehr,
- die *moralischen Güter*, die Vulnerabilitäten mit bedenken.

Gemeint sind neben der *Existenzsicherung* auch individuelle *Freiheiten und mögliche Limitierungen*. Um diese Güter abzuwägen sind Kriterien erforderlich, insbesondere wenn ein Gut gegenüber einem anderen zurückstehen soll. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn Erkrankungsabwehr erkaufte werden muss, durch Verluste in Bereichen der Bildung, des Arbeits- oder Soziallebens, aber auch der Selbstbestimmung. Oder dann, wenn individuelle Freiheitsrechte Leib und Leben *aller* erheblich gefährden. Das abschließende Plädoyer des Ethikrats richtet sich auf eine Zukunft, in der *mehr Resilienz* möglich wird. Die Widerstandsfähigkeit einzelner, der Leistungssysteme und der Gemeinschaft sind dafür einer kritischen Analyse zu unterziehen. Weiterentwicklungen in den jeweiligen Bereichen erhöhen möglicherweise zugleich *Gesundheitsgewinne*. Voraussichtlich werden sich ebenso im Bereich der Eigenverantwortung Ansatzpunkte finden, wie bei gerechten Schutzmaßnahmen. Dabei lassen sich

- Leistungslücken (Verwerfungen),
- Kontextfaktoren (Verschränkungen), aber auch
- Ziele, die zukünftige Gestaltungen leiten (Veränderungen)

in den Blick nehmen. Für Gesundheit sind Viren im Prinzip alltägliche Begleiter, manchmal diskret, manchmal offensiv und wegweisend. Die beste Abwehr ist zunächst im Vorteil. Also erscheint Immunschutz ein Schlüssel. In den Lebensräumen lässt sich das Zusammenwirken von Keimen entsprechend skizzieren. Dabei zeigt sich, dass Pandemien besonders wirkmächtig auftreten, wenn Menschen dicht zusammenwohnen. Insofern sind Wohnräume Wirtsstuben, weil Viren mit den dort lebenden Menschen ihre Wirte finden. Wenn dort hygienische Verhältnisse im Argen liegen, erweisen sich Städte und enge Wohnverhältnisse also besonders als Brutstätten für Seuchen. Dies kann Fluch und Vorteil sein, wie der Soziologe Jonathan Kennedy (2023) argumentiert: Denn Seuchen schaffen auch Raum für Veränderung, wie historische Beispiele belegen, die die Gesellschaft verändern.

Auch SARS-CoV-2 (COVID-19) traf die Welt nicht völlig unvorbereitet. Muster von Pandemien haben seit langem Eingang in die traditionelle Alltagsgestaltung und die gewohnte und vorgeschriebene Gesundheits-sorge gefunden. Dennoch zeigten sich die Verläufe der Corona-Pandemie von mild bis kritisch, von akut bis zu dauerhaft schädlich für Organe. Fortbestehende Körperfunktionsstörungen zeigten und zeigen sich nach einer überwundenen Akutphase. Gegen schwere und tödliche Erkrankungsverläufe schien man zunächst wehrlos. Dies führte zu tiefgreifenden und weitreichenden Abwehrreaktionen sowie zu Bemühungen um pneumonologische, neurologische, kardiologische und psychosomatische Rehabilitation bei COVID-19. Long-COVID bzw. Post-COVID warnte und warnt vor einer schlichten Rückkehr zur bislang gewohnten Lebensweise.

Hierbei stehen jedoch nicht nur medizinische Routinen zur Debatte. Vielmehr gilt es Wirkungen in alltags- und berufsrelevanten Zusammenhängen festzuhalten und aufzuarbeiten. Möglicherweise erforderliche entsprechende Anpassungen der (vorausschauenden) Sorge um Gesundheit stehen weitgehend aus. Dies gilt für die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnformen der Eingliederungshilfe, also Menschen in einer besonderen Lebenslage und mit spezifischen Lebenswelterfahrung, in besonderer Weise.

## 1.1 Gesundheits Sorge in der Eingliederungshilfe

---

Bauliche und konzeptionelle Wurzeln der historischen Heil- und Pflege-Anstalten für Menschen mit körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen reichen im deutschsprachigen Raum bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts. Damals, wie in der heutigen Eingliederungs- bzw. Behindertenhilfe, galt die Gesundheit als hohes Gut. Dies ist beispielsweise in der Ausbildung der Heilerziehungspflege (HEP) noch erkennbar (Greving 2011). Auch wenn der Fachberuf zu den pädagogischen Berufsgruppen gerechnet wird, enthält er wesentliche Elemente der Förderung von ganzheitlicher Gesundheitskompetenz (personal factors) und von gesundheitsförderlichen Lebenszusammenhängen (environmental factors). Dennoch wird Gesundheit nicht als Kerngeschäft hervorgehoben, sondern formal stehen Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung im Zentrum (Mühlum und Gödecker-Geenen 2003; Wacker et al. 1998). Diskurse um Präventionsfragen stecken noch in den Kinderschuhen. Diese Orientierung setzt zwar bei dem Recht auf physische Existenz (durch Nahrung, Kleidung, Hausrat, Unterkunft, Heizung, Hygiene) an, aber Gesundheit lässt sich nur schwer als Leistung geltend

machen, auch wenn sie die Voraussetzung für viele andere Lebensvollzüge darstellt (Huster 2015, S 224 f.).

In der gewachsenen Eingliederungshilfe der Gegenwart spiegeln sich die weltweit geführten Gesundheitsdebatten mit entsprechenden Aufgabenfeldern. Eine an Krankheitskonzepten ausgerichtete Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von Beeinträchtigung (WHO 1980; ICIDH: International Classification of *Impairments, Disabilities and Handicaps*) aus dem Jahr 1980 wurde im Jahr 2001 zum sozio-kulturellen Modell von Behinderung als Benachteiligungsfolge in Kontexten (DIMDI 2005; ICF: International Classification of *Functioning, Disability and Health*) modifiziert (Wacker 2015, S 649 ff.). Die Behindertenhilfe muss sich entsprechend verstärkt der Gesellschaft zuwenden (societal turn) und dort nach sozialer Gerechtigkeit und Gesundheit für ihre Zielpersonen suchen. Dabei werden Leistungen mehr und mehr individualisiert. Sie sollen in bestehenden Organisationen abrufbar werden, eingebettet in eine gesellschaftliche und in den Kommunen verankerte Struktur der Solidarität in sozialer Verantwortung (Subsidiarität und Solidarität). Die kommunalen Akteurs-ebenen sind damit in einem noch weitgehend unbekanntem Handlungsfeld verpflichtet. Über wechselseitige Kontakte zu den kommunal basierten Leistungsstrukturen (wie Bildung, Gesundheits-sorge, Mobilität etc.) soll Teilhabe wachsen, während die Eingliederungshilfe in eine neue Rolle schlüpft. Sie soll Geleit gestalten zu kommunalen Leistungen und dabei *Teilhabe fördern*. In der Transformation könnte sie ihre Fachlichkeit sowie eigene Strukturen (Institutionen und Organisationen) aktiv einsetzen und sich in kommunale Verantwortungsfelder einbringen, zugunsten einer Kultur der wachsenden Inklusivität (cultural turn) (Wacker 2020, S 109 ff.).

Diese grundlegende Richtungsänderung lässt sich jedoch nicht ohne weiteres herstellen oder verordnen. Allerdings gibt die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) seit dem Jahr 2008 Rückenwind. Mit ihr konnten und können entsprechende Umbauprogramme und geeignete Maßnahmen vorgesehen und begonnen werden, um den jeweils verschiedenen Bedarfen jeder einzelnen leistungsberechtigten Person mit Beeinträchtigungen und Behinderung gerecht zu werden. Dieses Vorgehen ist verpflichtend auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene, weil entsprechende Abkommen ratifiziert wurden (für Deutschland im Januar 2009). Umsetzungen sollen dann über Aktionspläne gelenkt werden und schrittweise gelingen. Die wachsende *Teilhabe und Selbstbestimmung für alle* ist – neben anderen Aufgabenfeldern – Kern der regelmäßig erforderlichen

Berichterstattung.<sup>1</sup> Diese laufende Umbausituation, mit aufwendigen Umgestaltungen der traditionellen Wohlfahrtspflege und einer grundlegenden Neuausrichtung der Leistungskonzepte und -strukturen, wurde in der Pandemie-Phase zur zusätzlichen Herausforderung. Denn verordnete Exklusionspflichten standen nun in großer Spannung zu Bemühungen um mehr *Inklusivität* und *Vielfaltskompetenz* in der Gesellschaft.

## 1.2 Studiendesign und Methoden

---

Die Feldstudie „WoGe – Wohnen in Gesundheit. Die Corona-Pandemie in besonderen Wohnformen für Menschen mit Behinderung. Momentaufnahmen und Zukunftsplanung zu Gleichstellung und Teilhabe bei der Gesundheitssorge im Jahr 2020“ wurde von der Technischen Universität München (Lehrstuhl Diversitätssoziologie, Prof. Dr. Elisabeth Wacker) geplant und vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales bewilligt. Als die Risiken der Corona-Pandemie mehr und mehr erkennbar wurden, begannen unverzüglich die Bemühungen um einen Start ins Feld.

Im Verlauf des Jahres 2021 konnte Wissenschaftliches Personal für die Feldstudie gewonnen und alle Erhebungsinstrumente konnten wie geplant entwickelt werden. Auch die erforderlichen Feldkontakte wurden geknüpft und konkretisiert. Alle Aktivitäten waren eingebettet und begrenzt im fortschreitenden Pandemie-Geschehen. Zugleich wurden alle zum Themenbereich verfügbaren Studien gesichtet und einbezogen.<sup>2</sup>

### 1.2.1 Forschungsbedarf und -design

---

#### *Was*

Die Corona-Pandemie wirkte erheblich auf die Gesundheitslage der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung ein. Besondere Risikolagen zeigten sich auch im Bereich des Wohnens. Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung gelten als vulnerable Bevölkerungsgruppe. Ihr Einfluss auf ihre Lebensgestaltung (und auf Teilhabarisiken) ist eingeschränkt.


- 
- 1 Die zweite Staatenprüfung in Deutschland erstreckte sich von 2018 bis zum Dialog im Genfer Ausschuss Mitte 2023.
  - 2 Ausführliche Darstellungen, Informationen und allgemeine Einschätzungen zur Pandemie in der Eingliederungshilfe s. Wacker et al. 2023b.

Zu den bestehenden Beeinträchtigungen kommen daher weitere belastende Lebensumstände und auch Diskriminierungsrisiken, bei je individuellem Anspruch auf angemessene Ausgleich von Benachteiligungen.

### *Wo*

Konkrete Erkenntnisse zur Pandemie und zu relevanten Aufgabenfeldern in der Eingliederungshilfe wurden vorrangig mit Bezug zum Wohnen erfasst. Dabei wurde die gesamte Lebenssituation des genannten Personenkreises in die Datenerfassung einbezogen. Auswertungen lassen sich einordnen in Zeitspannen (vor der Pandemie – während der Pandemie – zukünftig wichtig). Wissensbestände wurden ergänzt aus weiteren Studien und aus der vorhandenen Literatur. Während der Feldstudie zeigte sich, wie wichtig es war, sich laufend ändernde Umstände zu beachten, wie Schutzmaßnahmen, Impfungen, gesundheitliche Folgen wie Post-COVID | Long-COVID, aber auch Personal- oder Materialengpässe. Weitere externe Faktoren waren die verschiedenen Zuständigkeitsebenen (Bund, Länder, Kommunen, zuständige Gesundheitsämter etc.), die in Wechselbeziehungen agierten oder auch gegensätzliche Impulse gaben. Aus einer Gesundheits- und Teilhabe-Perspektive ergibt sich die Frage, ob die spezielle Beachtung der besonderen Wohnformen in der Pandemie wichtiger war, als sie nicht besonders zu beachten.

Die WoGe-Feldstudie bezog, so weit wie möglich, die Perspektive der Leistungs-Anbieter und des mit der Assistenzleistung befassten Fachpersonals ein. Dabei erwiesen sich deren Handlungsspielräume, Motivation und Risiken für sich selbst und für andere als zusätzlich wichtige Aspekte.

Das Gesamtdesign der WoGe-Studie zeigt  Abb. 1.2 mit Bezug zu den jeweiligen Beteiligungsmodulen.

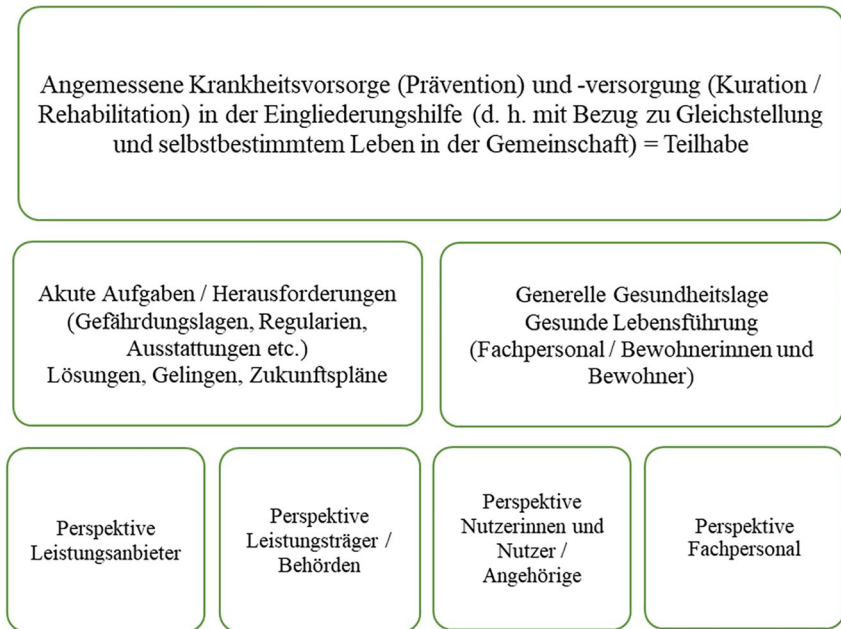
## 1.2.2 Forschungsmethoden

---

### *Wie*

Entsprechend der Fragestellung wurde ein *Methodenmix* eingesetzt. So entstand sowohl für die gewünschte Einordnung der Ergebnisse als auch für die erforderliche individuelle Wahrnehmung und Interpretation Raum. Zudem waren die Befragungen multiperspektivisch angelegt.

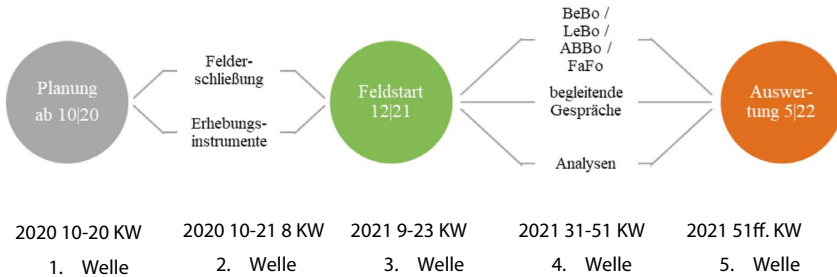
Die Kontaktaufnahme erfolgte teilweise über die Trägerebene, die zur WoGe-Studie informierte und einlud, teilweise über einzelne Vermittlungen und auch in Schneeballverfahren (mit Selbstbewerbung zur Teilnahme, nachdem man von der Befragung gehört hatte).



■ **Abb. 1.2** Forschungsdesign der WoGe-Feldstudie. (Quelle: Eigene Darstellung)

Mehr Einrichtungen hatten einer Teilnahme zugestimmt, als im gegebenen zeitlichen und finanziellen Rahmen in die Befragung einbezogen werden konnten (s. ■ Abb. 1.3). Alle teilnahmebereiten besonderen Wohneinrichtungen wurden durch ausführliche Vorgespräche, wenn möglich auch mit Ortsbegehungen, mit regelmäßigen Rundschreiben und sehr ausführlichen Telefonaten und schriftlichen Kommunikationen gewonnen, informiert und begleitet. Die Angebote zum Austausch wurden rege genutzt und sind sowohl chronologisch als auch inhaltlich dokumentiert.

Der zunächst geplante Rückbezug zu einem Lenkungsausschuss musste pandemiebedingt adaptiert werden (d. h. in Einzelgesprächen oder Teilgruppen umgesetzt). Denn während der Pandemie-Wellen waren Reiseaktivitäten phasenweise unmöglich oder ganz erheblich eingeschränkt. Alle Beteiligten praktizierten nach Möglichkeit aus Sicherheitsgründen „physical distancing“ (Abstand zu wahren).



■ **Abb. 1.3** Chronologie der WoGe-Studie im Überblick 2022. (Quelle: Eigene Darstellung) (Wellen nach RKI, S. 4)

### Wen

Die *Bewohnerinnen und Bewohner* wurden mit eigens entwickelten, weitgehend strukturierten Fragebögen relativ breit befragt. Mit einigen offenen Fragen sollte der spezifischere Zugang zu Lebenslagen gefördert und die Lebensführung der Interviewten alltagsnah wahrgenommen werden. Niemand sollte ausgeschlossen werden. Auch Personen konnten teilnehmen, die in der Gesprächsführung Unterstützung benötigen (etwa wegen ihrer Kommunikationsweisen, oder für das inhaltsbezogene Verständnis über gesonderte Vorlagen) (s. ■ Abb. 1.4). Die Interviewsituationen wurden sorgfältig nach Wunsch angepasst (beispielsweise mit Unterbrechungen oder durch einen zweigeteilten Besuch). Insgesamt konnten 78 Interviews umgesetzt werden (s. ► Kap. 2). Sie wurden in persönlicher Begegnung geführt (face-to-face), jeweils an einem Ort und in einer Form nach Wahl der befragten Person.

Mit dem *Fachpersonal* fanden leitfadengestützte Gruppengespräche statt. Auch hierfür wurden spezifische strukturierende Instrumente entwickelt. Elf *Fachpersonal-Fokusgruppen* (FaFo) konnten in zehn verschiedenen Einrichtungen stattfinden. Zwei der Sitzungen wurden digital umgesetzt (Zoom), neun in persönlicher Begegnung (s. ► Kap. 4). Auch die Befragung der jeweiligen Leitungsebenen sind gelungen (s. ► Kap. 3). Zusätzlich wurden insgesamt 34 Angehörige der Bewohnerinnen und Bewohner persönlich interviewt (s. ► Kap. 5).

Die Erhebungsinstrumente wurden nach Pretests eingesetzt, die Interviewerinnen und Interviewer für die einzelnen Befragungsformen geschult. Alle Befragten wurden zur Studie informiert und in einer jeweils angemessenen Form über ihre Rechte aufgeklärt. Rückfragen waren ebenso möglich wie, das Interview jederzeit ohne Nennung von Gründen abzubrechen.

**Umfrage**

Die Uni macht eine Umfrage

Wie war Corona für dich???

Darum geht es:

<b>Gefühle</b> Sad face, Happy face	<b>Zu Hause bleiben</b> House icon	<b>Tests</b> Person getting a swab	<b>Regeln</b> Person pointing to a list
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

Ich möchte mich befragen lassen

Name: Kevin Lehmann

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel./email: \_\_\_\_\_

23.5.21 Datum

Kevin Lehmann Unterschrift

■ **Abb. 1.4** Von einer Einrichtung entwickelter Aufklärungsbogen für die Bewohnerinnen und Bewohner (anonymisiert). (Quelle: Beteiligte Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe) (anonymisiert)

Alle Beteiligten wurden über Datenschutz und Datenumgang sehr sorgfältig, schriftlich und mündlich informiert (s. Anhang). Die Zustimmung zur Teilnahme erfolgte schriftlich und liegt für alle Gespräche vor. Wo dies erforderlich war, wurde auch die Zustimmung Gesetzlicher Betreuungspersonen eingeholt. Alle Personen, die an der Gewinnung und Auswertung der Daten beteiligt waren, wurden besonders über den Umgang mit personenbezogenen Daten aufgeklärt. Ihr Einverständnis ist ebenfalls schriftlich niedergelegt.

Alle Interviewten nahmen freiwillig teil und konnten ihre Zustimmung jederzeit zurücknehmen (im Detail s. Anhang).

Die Fragebögen und die aufgezeichneten Gespräche wurden mit dem Transkriptions- und Datenanalyseprogramm f4 ausgewertet.

### ***Womit***

Die Befragungen waren bundesweit angelegt und sollten 20 Einrichtungen der Eingliederungshilfe einbeziehen. Die rahmenden Settings wurden über Leitungsebenen mit dem Leitungsbogen (LeBo) erfasst.

Die Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe unterstützten bei den Befragungen direkt. Sie setzten jeweils nach Absprache einen Teil der vermittelnden Aufgaben um, nämlich

- die intermediäre Organisation unter Einbindung der Einrichtungsglieder,
- die Sicherung der angemessenen Information und Zustimmung zur Datenerfassung, samt gegebenenfalls auch
- den Einbezug der Gesetzlichen Betreuung,
- die Organisation von Räumen zum Gespräch,
- den Gesundheitsschutz, beispielsweise über Testen oder Kontrollen.

### ***Wozu***

Behinderung macht nicht gleich. Auch Wohnsituationen und Angebotsstrukturen sind unterschiedlich. Die Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Handlungsfeldern, den Alltagsvorstellungen und den durch die Wohnbedingungen möglichen Ausgestaltungen einzelner sind relevant. Daher wurde Wissen vielfach und intersektional generiert und analysiert. Die nun multiperspektivische Erkenntnis bildet die neue Basis für zukünftige Gesundheits- und Teilhabestrategien, auch unter Pandemiebedingungen.

Die Abstimmung mit der jeweiligen Zielgruppe erfolgte mit größter Sorgfalt und möglichst partizipativ. Das war zwar aufwendig, aber führte dazu, dass es gelingen konnte, bestehende Risiken und Chancen, Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung und Teilhabe sowie die Ausgestaltung der Unterbringung und der gesundheitlichen Unterstützung besonders treffsicher zu erfassen.

Darauf kann die weiterführende Diskussion der Ergebnisse und ihre Verbreitung (Dissemination – auch in leichter Sprache) aufbauen. Vor allem die facettenreichen qualitativen Daten und eine Berichterstattung für Wissenschaft, Politik und Praxis bieten die Grundlage für einen wünschenswerten Diskurs zur verbesserten Teilhabeentwicklung an.

## Literatur

---

- CRPD (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*, United Nations. ► <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>
- Deutscher Ethikrat (2022). *Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie*. STELLUNGNAHME. Berlin ► <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-vulnerabilitaet-und-resilienz-in-der-krise.pdf>
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (Hrsg) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. DIMDI, Köln.
- Greving, Heinrich (2011). *Heilpädagogische Professionalität. Eine Orientierung*. Kohlhammer, Stuttgart.
- Huster, Stefan (2015). Gesundheit aus rechtswissenschaftlicher Sicht: Mittelknappheit als Herausforderung von Gesundheitspolitik und Rechtswissenschaft. In Masuch, Peter / Spellbrink, Wolfgang / Becker, Ulrich / Leibfried, Stephan (Hrsg), *Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung* (S 223–245). Erich Schmidt, Berlin.
- Kennedy, Jonathan (2023). *Pathogenesis. How Germs Made History*. Penguin Random House UK.
- Mühlum, Albert / Gödecker-Geenen, Norbert (2003). *Soziale Arbeit in der Rehabilitation*. Reinhardt, München, Basel.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2022). Aktualisierte Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health. *Epidemiologisches Bulletin*, 10.
- UN-BRK (2008). *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. ► <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html>.
- Wacker, Elisabeth (2020). Teilhabefokus und Soziologie sozialer Probleme. Eine Erkundung zu Forschungspotenzialen am Beispiel der Behinderungsfrage. *Soziale Probleme* 31(1–2), 103–122.
- Wacker, Elisabeth (2015). Behinderung und Rehabilitation aus soziologischer Sicht: In guter Verfassung? Von notwendigen Metamorphosen In Masuch, Peter / Spellbrink, Wolfgang / Becker, Ulrich / Leibfried, Stephan (Hrsg), *Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung* (S 647–667). Erich Schmidt, Berlin.
- Wacker, Elisabeth / Beck, Iris / Brandt, Martina / Köbsell, Swantje / Lippke, Sonia / Niehaus Mathilde (2023a). Wegweisung zur Gesundheit: Gesundheit als Gemeingut. In dies. *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. Health in All Policies als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung* (S 1–22). Springer VS, Wiesbaden.
- Wacker, Elisabeth / Beck, Iris / Brandt, Martina / Köbsell, Swantje / Lippke, Sonia / Niehaus Mathilde (2023b). Spezifische Teilhabersiken und -chancen In dies. *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. Health in All Policies als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung* (S 91–167). Springer VS, Wiesbaden.
- Wacker, Elisabeth / Wetzler, Rainer / Metzler, Heidrun / Hornung, Claudia (1998). *Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohnrichtungen*

gen der Behindertenhilfe. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen". Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 102. Nomos, Baden-Baden.

WHO (World Health Organization) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organization, Geneva.

WHO (World Health Organization) (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* [online]. World Health Organization, Genf ► [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf).

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (► <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Behütet und allein gestellt? Profile und Perspektiven beim Wohnen

## Inhaltsverzeichnis

- 2.1 Soziale und demografische Merkmale – 19
- 2.2 Gesundheit aus eigener Sicht – 22
- 2.3 Beeinträchtigungen und Behinderung – 24
- 2.4 Alltägliche Lebensführung – Offline? – 27
- 2.5 Zu Diensten– Unterstützung und Assistenz – 39
- 2.6 Gesund bleiben und Risiken vorbeugen – 43
- 2.7 Nicht in Arbeit – Beruf, Werkstatt, Rente – 48

**Ergänzende Information** Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann  
▶ [https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_2).

© Der/die Autor(en) 2025  
E. Wacker, *Wohnen in Gesundheit*,  
Gesundheitsförderung – Rehabilitation – Teilhabe,  
[https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_2)

- 2.8 **Partizipation – Beteiligung, Mitsprache,  
Mitbestimmung – 51**
- 2.9 **Sicherheit, Schutz,  
Diskriminierungsrisiken – 53**
- Literatur – 59**

*Eckdaten der Auswertung**Es wurden N=78 Bewohnerinnen und Bewohner befragt.**Die Interviewdauer betrug zwischen 21 und 89 min.**Die Befragungen fanden von Januar bis April 2022 statt.**Die Erfassung folgte einem Neun-Punkte-Schema.***Zusammenfassung**

Bewohnerinnen und Bewohner in der Eingliederungshilfe haben Leistungs- und Bürgerrechte. Zugleich sind sie Regeln ihrer gemeinschaftlichen Wohnform verpflichtet. Ohne ihre Mitbewohnerschaft gewählt zu haben, verbringen sie oft lange Phasen ihres Lebens gemeinsam. In ausführlichen Interviews wurden in der Feldstudie WoGe „Wohnen in Gesundheit“ Selbst-Auskünfte zu Lebenslage und Wohnalltag, Lebensalter sowie zu Beeinträchtigungen und Behinderung gewonnen. Wie erwartet ist die Bewohnerschaft überwiegend deutsch, alleinstehend und kinderlos, ohne feste Partnerschaften. Relativ häufig sind die Befragten von Geburt an beeinträchtigt und nutzen meist Hilfsmittel. Im Corona-Geschehen war die Versorgungslage geprägt durch neue Tagesstrukturen und komprimiert auf den Wohnbereich. Eine generell hohe Wohn-Zufriedenheit hatte Bestand, obwohl Arbeits-, Freizeit- und Therapieangebote phasenweise eingestellt sowie Freiheitsradien auch in der Einrichtung erheblich reduziert wurden. Das Gemeinschaftsgefühl hielt. Während sich manche im Freundeskreis aussortiert fühlten, glaubten sich die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Wohnlage insgesamt sicher und gut aufgehoben. Ein- und Ausschlüsse waren behördlich bzw. vom Leistungsanbieter verordnet, um Infektionsrisiken zu senken, aber auch wegen der geänderten Gesundheitsversorgung. Etwa ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner war selbst an Corona erkrankt, mit meist mildem Verlauf. Dennoch zeigten sich etwa zwei Drittel der Befragten besorgt oder geängstigt vor Krankenhausaufenthalt und Tod. Die Quarantäne empfanden sie durchweg als sehr belastend.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung, die in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe ihr Leben führen, stehen Leistungen zur Teilhabe und Selbstbestimmten Lebensführung zu. Zugleich kommen ihnen als Bürgerinnen und Bürger alle Rechte auf Wohnen in Gesundheit zu. Die Umsetzung dieser Wünsche und Rechte soll nach Maßgabe der allgemeinen Lebenslage und der jeweils gestalteten Umwelt gelingen. Besondere Wohnformen erfordern allerdings Gemeinschaftsregeln. Aus Bewohnersicht reicht diese Fremdbestimmung bis hinter „die eigene Haustüre“, anders als bei Personen, die in den „eigenen vier Wänden“ oder privat in Miete leben. Denn in der Regel sucht man sich Mitwohnende aus bzw. findet sie in der Familiengemeinschaft. Über Kommen und Gehen, Besuche und eigene Gewohnheiten entscheidet man vorwiegend frei. Die Aktivitäten des täglichen Lebens schließen vom Aufstehen bis zur Nachtruhe in Wohn- und Hausgemeinschaften Verpflichtendes und Freiräume ein, wie dies im inneren Kreis vereinbart wurde. Hingegen greifen in besonderen Wohnformen Regulierungen in die Lebensführung ein. Bewohnerinnen und Bewohner richten sich danach. Ihr Kommen und Gehen, ihre Tagesstruktur und Versorgung, aber auch das individuelle Verhalten sind eingebettet in Ordnungen. Das kulturell geschätzte Gut der „Selbstverwirklichung“ wirkt auf Einzelne, nachdem institutionell Grenzen gezogen wurden. Somit wird Autonomie in der Organisation begrenzt, Übergriffe durch andere, auch durch das Fachpersonal, sind nicht ohne weiteres auszuschließen.

Meist war das Wohnen in der Eingliederungshilfe geprägt von der organisierten Fürsorge in Gemeinschaft (Wacker et al. 1998). Bewohnerinnen und Bewohner hatten keine eigenen Mieterrechte. Ihre Selbstvertretung war in die „häusliche Rahmung“ eingebunden. Sie lebten entsprechend weitgehend nach einer der Gemeinschaft geschuldeten Logik. Individualität und Schutz erfordern – unterlegt mit vereins- oder verbandsbasierten, weltanschaulichen Haltungen der Träger – aber Gratwanderungen zwischen Gemeinwohl und Einzelwohl.

In der Corona-Pandemie waren diese besonderen Wohnformen durch verordnete Aus- und Einschlüsse in eigener Weise herausgefordert (Wacker et al. 2023, S 101 ff). Dies sollte in der WoGe-Befragung näher erfasst und dann bewertet werden. Eingebettet in Alltagsbeschreibungen steuerten zugleich Bewohnerinnen und Bewohner ihr Wissen und ihre Meinung zu den Corona bedingten Auswirkungen und Entwicklungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe bei (s. oben; Eckdaten der Auswertung zu den Dimensionen der Befragung). Es wurde darauf geachtet, alle zum Interview berei-

ten Personen einzubeziehen, auch wenn sie schwer zu befragen waren. So sind beispielsweise Interviews entstanden, bei denen Befragte ermüdeten, keine Fortsetzung mehr wünschten oder auch Fragen nicht verstehen konnten. In wenigen Interviews wurde auf Wunsch der Befragten eine zusätzliche Person des Vertrauens zur Seite gestellt [Proxy-Interviews].

Ein eigens für die Feldstudie WoGe (in einer Standard- und einer Proxy-Version) entwickelter

» „Fragebogen zur Selbstauskunft der Bewohnerinnen und Bewohner“ (BeBo)

(s. Anhang)

wurde eingesetzt. Er besteht aus strukturierten bzw. teiloffenen Fragen und führt durch die Lebenslage und den Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner. Zudem erfasst er ein Profil der Interviewten und Aussagen zu den Teilhabechancen der befragten Person im Corona gesteuerten Wohnalltag. Die Zufriedenheit mit der Situation wird doppelt erfasst, nämlich im Grundsatz und Corona spezifisch.

Eine noch differenziertere und weiter vertiefte Auswertung des analog zur ICF (WHO 2001) und Teilhabebefragung (Schäfers et al. 2016) ausgerichteten lebenslageorientierten Interviewbogens wäre mit neuen Daten aus dem Teilhabe-Survey der Bundesregierung (BMAS 2022) möglich.

Folgende neun Gebiete mit Bezug zur Person und ihrer Lebenswelt wurden in der WoGe-Studie erfasst:

- Personenbezogene Angaben
- Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand
- Beeinträchtigungen und Behinderung
- Alltägliche Lebensführung
- Unterstützung, Nutzung von Diensten
- Gesundheit und Gesundheitsrisiken
- Arbeit
- Partizipation
- Sicherheit und Schutz

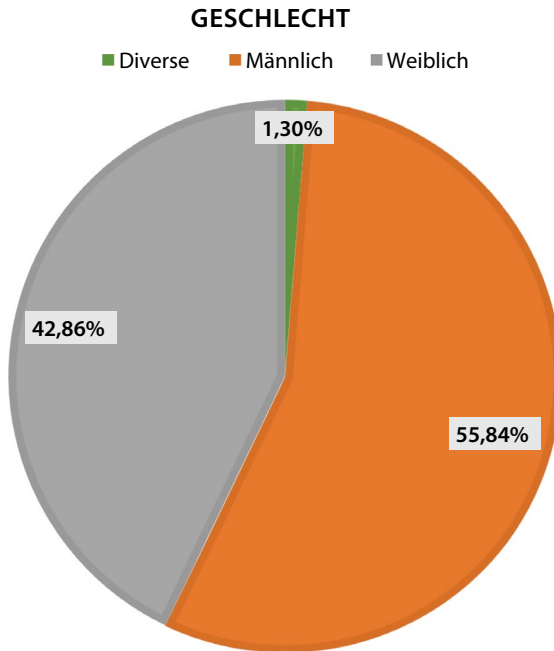
## 2.1 Soziale und demografische Merkmale

---

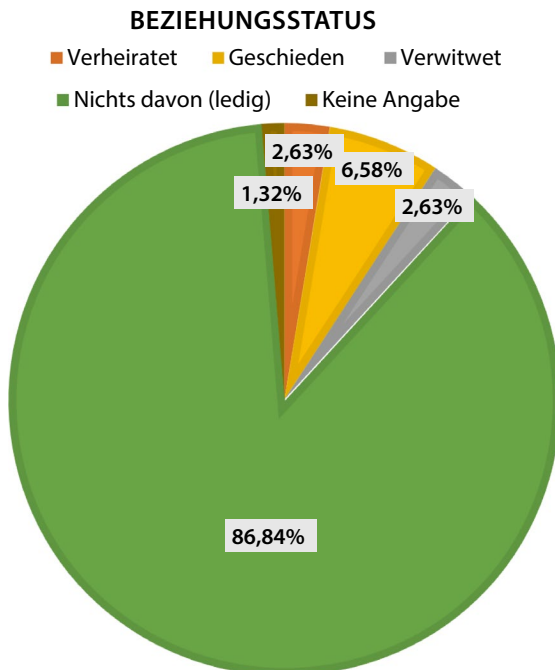
Die interviewten Personen spiegeln in angemessener Weise die Vielfalt der Bewohnerschaft von besonderen Wohneinrichtungen. Dies bezieht sich auf Merkmale wie Alter, Geschlecht, Verweildauer und Beeinträchtigungen

sowie weitere mögliche Merkmale der „Bewohnerinnen und Bewohner der Eingliederungshilfe“.

- Alle befragten Personen nahmen freiwillig an der Studie teil. Sie waren volljährig (zwischen 20 und 78 Jahre alt, der Mittelwert des Alters aller Befragten betrug 43,86 Jahre). Alle Teilnehmenden wurden ausführlich zu ihren Rechten aufgeklärt.
- Etwas mehr Männer (55,84 %) als Frauen (42,86 %) nahmen teil. Eine Person gab ihre geschlechtliche Identität als divers an (s. ■ Abb. 2.1).
- Die Interviewten sind mehrheitlich deutsche Staatsangehörige (69 %) und in Deutschland geboren (89,7 %).
- Fast alle Befragten (86,84 %) waren ledig, wenige (6,58 %) geschieden und noch seltener (2,63 %) wurde verheiratet oder verwitwet als Beziehungsstatus angegeben (s. ■ Abb. 2.2). Über die Hälfte (59 %) lebt in keiner festen Partnerschaft und die große Mehrheit (85,9 %) hat keine eigenen Kinder.



■ **Abb. 2.1** Geschlecht der Befragten. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 2.2** Beziehungsstatus der Befragten. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### Profil der Befragten

Die Interviews decken den typischerweise zu erwartenden Personenkreis in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe ab. Alle Phasen des Erwachsenenalters sind einbezogen. Die Geschlechterverteilung entspricht in der weit gespannten Alterszusammensetzung den Erwartungen. Entsprechendes gilt für die sehr überwiegende deutsche Staatsangehörigkeit, auch Personen mit Migrationshintergrund sind sehr häufig in Deutschland geboren.

Fast alle Bewohnerinnen und Bewohner sind alleinstehend und kinderlos. Außer zur Herkunftsfamilie sind sie wenig sozial vernetzt und überwiegend auch ohne eine feste Partnerschaften.

## 2.2 Gesundheit aus eigener Sicht


Für Gesundheit gibt es keine in allen damit befassten Forschungsgebieten übereinstimmende wissenschaftliche Definition. Ohne Zweifel hat Gesundheit einen hohen individuellen Wert, ebenso wie prozesshaften Charakter. Sie muss „immer wieder neu erreicht, wiederhergestellt und aufrechterhalten werden“ (Vögele 2013, S 232) und ist mehr als die Abwesenheit medizinisch definierter Krankheit (WHO 2002 | 1946). Somit richtet sich der Blick auf mögliche Lebensqualität, förderliche Lebenssituationen und selbstbestimmte Lebensführung. Weil also Lebenszufriedenheit (subjektive Einschätzung), Wohlergehen (objektive Bedingungen) und Wohlbefinden (subjektive Wahrnehmung) relevant sind, wurden die befragten Bewohnerinnen und Bewohner um eine eigene Einschätzung zu ihrer Gesundheit gebeten. Damit lassen sich auch mögliche altersentsprechende und kulturüblich erwartbare vielfältige physische und psychische Funktionalitäten erfassen, verbunden mit dem subjektiven Wohlbefinden.

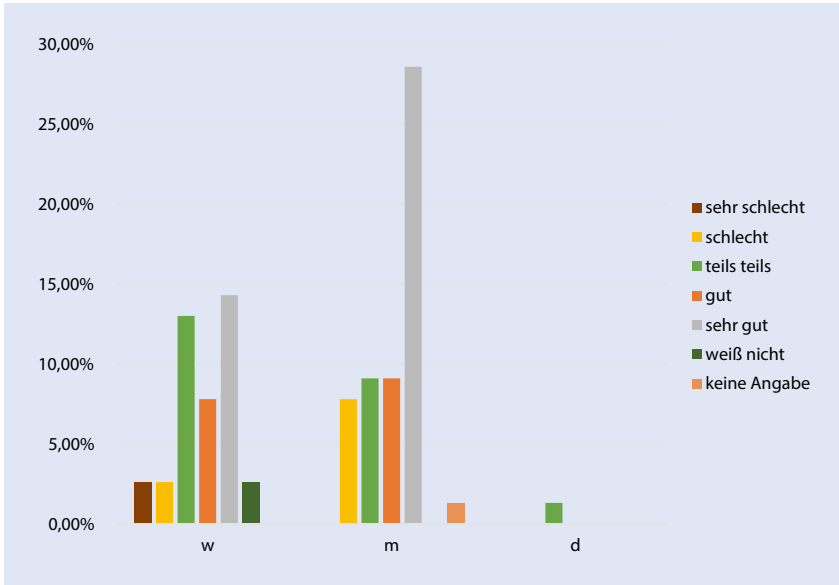
Anders als in der gesamten Bevölkerung üblich unterscheiden die Bewohnerinnen und Bewohner im Zusammenhang mit Behinderung klar zwischen der aktuell empfundenen Gesundheit einerseits und vorliegenden Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen in ihrem Leben andererseits.

Zum Gesundheitszustand äußern sich die Bewohnerinnen und Bewohner folgendermaßen:

- Nur gut ein Zehntel der Befragten (12,9 %) schätzt die eigene Gesundheit als sehr schlecht oder schlecht ein. Die meisten (59 %) beschreiben ihre Gesundheit vielmehr als gut oder sehr gut. Knapp ein Viertel (23,1 %) nimmt schließlich den eigenen Gesundheitszustand als teils gut, teils schlecht wahr.

Männer und Frauen schätzen ihre eigene Gesundheit unterschiedlich ein.

- Einige Frauen (5,2 %) bezeichnen ihre Gesundheit als sehr schlecht (2,6 %) oder schlecht (2,6 %). Kein männlicher Teilnehmer nennt die eigene Gesundheit sehr schlecht, einige (7,79 %) beurteilen diese als schlecht. Die Männern erfreuen sich nach eigener Einschätzung deutlich zu mehr als einem Drittel (37,16 %) guter oder sehr guter Gesundheit. Unter den Frauen schätzt gut ein Fünftel (21,08 %) ihre Gesundheit als sehr gut oder gut ein (s.  Abb. 2.3).



■ **Abb. 2.3** Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand nach Geschlecht [männlich (m), weiblich (w), divers (d)]. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Ein gutes Drittel (37,7 %) der Bewohnerinnen und Bewohner bejahte die Frage, ob sich durch die Corona-Pandemie etwas an ihrem Gesundheitszustand verändert hat. In einer möglichen offenen Antwort beschreiben die Interviewten folgende Veränderungen zum Schlechteren:

- physische Gründe (Erkrankung an Corona, hohes Fieber, Verschlimmerung bestehender Krankheiten wie z. B. Asthma, verminderte Fitness ohne Bewegungsangebot zur Förderung des Bewegungsapparates, erhöhte Müdigkeit),
- psychische Gründe (Depressionen, psychosomatische Beschwerden, Sorgen und Angst, Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Langeweile),
- soziale Gründe (Veränderung der Tagesstruktur, Maske tragen, im Haus bleiben, Hobbies sind nicht mehr realisierbar, Besuche bleiben aus).

Auch von Veränderungen zum Besseren wird berichtet:

- physische Gründe (weniger andere Krankheiten),
- soziale Gründe (besser koordinierte Spaziergänge, regelmäßige Tests zur Gesundheitssicherung).

### Gesundheit der Befragten

Die Bewohnerinnen und Bewohner schätzen sich mehrheitlich als gesund oder sehr gesund ein. Dies entspricht der Erwartung, wenn Beeinträchtigungen nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden. Geschlechterspezifische Differenzen bestätigen sich ebenso: Männer bewerten ihre Gesundheit tendenziell positiver.

Mit der Corona-Pandemie stellen sich nach Wahrnehmung von knapp 40 Prozent der Interviewten Veränderungen ein. Vor allem werden Verschlechterungen im physischen, psychischen und sozialen Kontext genannt. Neben Corona-Erkrankungen geht es um die eingeschränktere Gesundheitsvorsorge, geringeres Wohlbefinden, aber auch um Ängste und Depressionen.

Positiv bewertet wird die größere Aufmerksamkeit für Gesundheit, von Testen bis zu regelmäßigeren Spaziergängen.

## 2.3 Beeinträchtigungen und Behinderung

---

Beeinträchtigungen bestehen andauernd („länger als sechs Monate“) und haben verschiedene Ausprägungen bzw. Hintergründe. Zum einen können Beeinträchtigungen als ein für das jeweilige Lebensalter typischer Zustand bewertet sein (wie Altersschwerhörigkeit), zum anderen können sie auch mehrfach auftreten. Aus bestehenden Beeinträchtigungen folgt nicht zwangsläufig Behinderung, es sei denn behindernde Barrieren schränken Teilhabe und Selbstbestimmung der Person ein oder verhindern sie. Dann sind mit Beeinträchtigungen zusammenhängende Benachteiligungen zu erwarten. Genau hier sollen Teilhabeleistungen ansetzen und Benachteiligungen mindern oder verhindern.

Seit dem Jahr 2018 ist gesetzlich grundgelegt, dass Teilhabeleistungen nahtlos ineinandergreifend sowie zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer koordiniert erbracht werden sollen. Dazu dienen koordinierende Verfahren (Teilhabeplan), wenn mehr als ein Träger der Rehabilitation leistungs verpflichtet ist oder Leistungen aus mehreren Leistungsgruppen zu erbringen sind (§ 19 SGB IX). Vereinbarte kombinierte Teilhabeziele (z. B. Teilhabe und Gesundheit) haben im Bereich des Teilhabeplan-Verfahrens besondere Bedeutung.

Alle in der WoGe-Studie Interviewten haben anerkannte Leistungsansprüche. Dennoch wurden sie um ihre eigene Einschätzung zu jeweiligen

Beeinträchtigungen und ihrer Behinderung gebeten. Diese Fragen sollten unabhängig von der fachlichen Ausrichtung ihrer jeweiligen Wohnangebote einen Einblick zur Beeinträchtigungslage bieten.

Die Bewohnerinnen und Bewohner nannten am häufigsten folgende dauerhafte Beeinträchtigungen:

- beim Denken, Erinnern und Lernen (53,8 %)
- beim Bewegen des Körpers (34,6 %)
- durch seelische oder psychische Probleme (33,3 %).

Sehr selten wurde eine Suchterkrankung (2,6 %) erwähnt (s. ■ Tab. 2.1). Mehrfachnennungen waren möglich.

Einen direkten Zusammenhang von Beeinträchtigungen und einer Corona-Erkrankung stellen die Befragten nicht her. Etwa ein Fünftel von ihnen berichtet aber, dass sich Beeinträchtigungen und Behinderung (18,2 %) sowie die Versorgung mit Hilfsmitteln (5,2 %) unter Corona-Bedingungen verschlechtert haben.

Auf die offen gestellte Frage nach Veränderungen wird auf negative Entwicklungen verwiesen, weil

■ **Tab. 2.1** Häufigkeiten der Beeinträchtigungsformen der Bewohnerinnen und Bewohner

Beeinträchtigungsform	Häufigkeit in %
Dauerhafte Beeinträchtigung beim Bewegen des Körpers	34,6
Dauerhafte Beeinträchtigung beim Denken, Erinnern und Lernen	53,8
Dauerhafte Beeinträchtigung beim Sprechen	28,2
Dauerhafte Beeinträchtigung beim Sehen	21,8
Dauerhafte Beeinträchtigung beim Hören	10,3
Dauerhafte Beeinträchtigung beim Planen der Tagesstruktur	23,1
Dauerhafte Beeinträchtigung durch seelische oder psychische Probleme	33,3
Dauerhafte Beeinträchtigung durch eine Suchterkrankung	2,6
Dauerhafte Beeinträchtigung durch eine Erkrankung, die häufig nicht heilbar ist	16,7
Dauerhafte Beeinträchtigung durch starke Schmerzen	12,8

(Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

- sich bestehende Erkrankungen durch fehlende Aktivität verschlechtern,
- die Angst vor einer Infektion und vor anderen Menschen wächst,
- man Masken tragen muss,
- die Tagesstruktur fehlt,
- therapeutische Angebote ausbleiben.

Es werden auch positive Trends im Bereich der Beeinträchtigungen berichtet, weil

- durch die Einschränkungen im Arbeitsbereich weniger Hektik herrscht,
- mehr Beschäftigungsprogramme (wie Zeichnen, Puzzeln etc.) angeboten werden,
- mehr Ablenkung geboten wird,
- weniger psychischer Stress vorkommt.

Im Bereich der Hilfsmittelversorgung werden Verschlechterungen angesprochen, wie

- länger dauernde Reparaturen und Bestellungen.

Allgemein beklagt werden

- Personalengpässe,
- Zutrittsverbote in die Einrichtung.

### **Beeinträchtigungen und Behinderung der Befragten.**

Die Bewohnerinnen und Bewohner sind zu einem ungewöhnlich hohen Anteil (über 40 %) von Geburt an beeinträchtigt. Sie nennen häufig mehrere dauerhafte Beeinträchtigungen, die über ein Drittel der Interviewten auch ganz erheblich in ihrem Alltag einschränken.

Über die Hälfte der Befragten rechnet sich der Gruppe mit kognitiven Beeinträchtigungen (beim Denken, Erinnern, Lernen) zu, gefolgt von jeweils etwa einem Drittel der Personen mit seelischen bzw. psychischen und mit körperlichen Beeinträchtigungen. Dass sich vor allem Personen mit dauerhaften, sehr wesentlichen Beeinträchtigungen finden, ist dem Setting geschuldet, und es bedeutet, dass die übliche Bewohnerschaft der besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe von der Studie erfasst ist.

Dazu passt, dass häufig Hilfsmittel genutzt werden; über die Hälfte (etwa 60 %) denkt, ausreichend versorgt zu sein. Aber trotz dem Setting „besonderes Wohnangebot der Eingliederungshilfe“, in dem hohe Fachlichkeit, Aufmerksamkeit und geprüfte Qualität zu erwarten sind, ist ein Anteil von

etwa 40 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner, unabhängig von Corona bedingten Umständen, nicht mit der Hilfsmittelversorgung zufrieden. Mit Bezug auf die Pandemielage gibt ein Großteil (etwa 80 %) der Interviewten an, dass sie die Bemühungen der Fachdienste und anderer Verantwortlicher, um die weiterhin sichere beeinträchtigungsspezifische Versorgung, erkennen. Zugleich erwähnt etwa ein Fünftel im Interview Corona bedingte Veränderungen der Beeinträchtigungen (etwa durch nicht hinreichend therapierte Erkrankungen). Negativ werden ein Mangel an Aktivitäten und an Tagesstruktur sowie fehlende Therapien bewertet. Außerdem werden Schutzmaßnahmen (wie Maskentragen) kritisiert. Die Interviewten äußern zudem Ängste (vor Menschen und / oder vor Impfungen).

Positiv wird die Entschleunigung im Arbeitsalltag (weniger psychischer Druck) erlebt, verbunden mit strukturierenden Beschäftigungsprogrammen.

Die Hilfsmittelversorgung verschlechterte sich allerdings weiter, durch Lieferschwierigkeiten und verzögerte Reparaturen. Als negativ werden zudem Personalengpässe und Betretungsverbote genannt.

## 2.4 Alltägliche Lebensführung – Offline?

---

Das Grundgesetz, Artikel 13, schützt die private Wohnung, also die Räume, in denen Menschen leben, seien es Wohnung, Zimmer, Zelt, Hotelzimmer oder Haus. Dort hat man im Prinzip das Recht, eigene Entscheidungen zu treffen, von der Möbelausstattung bis zur Frage, wer den Raum betreten darf.

Zugleich ist Wohnen mit vielen Erwartungen und Herausforderungen verbunden. Man will sich dabei wohlfühlen. Im Bereich der Lebensführung ist es Start und Ziel der eigenen Zeitstrukturierung (Tages-, Wochen- und Jahresgestaltung). Wohnen soll die individuelle Lebensführung ermöglichen (nach gewünschtem Lebensstil und kulturellen Gepflogenheiten). Es soll Privatheit sichern und vor Gefährungen – beispielsweise durch Personen oder Witterung – schützen. Auch elementare Bedürfnisse wie Eigentum, soziale Kontakte, ebenso wie gesundheitsförderliche Ernährung, Hygiene und Ruhe sollen beim Wohnen gesichert sein.

Auch in gemeinschaftlichen Wohnformen der Eingliederungshilfe geht es für die Bewohnerinnen und Bewohner darum, ihre Bedarfe zu decken, soweit dies gewünscht und erforderlich ist durch unterstützte Lebensführung. Dafür sind ihnen Selbstbestimmung und Teilhabe zugesagt. Die in

der Eingliederungshilfe gestalteten Wohnformen sind häufig in Wohngruppen strukturiert. Nicht alle Personen wohnen aufgrund eigener Entscheidung dort, manche sind „untergebracht“, teilweise auch aufgrund eines Beschlusses.

Die befragten Bewohnerinnen und Bewohner geben ihre Wohndauer in den jeweiligen Einrichtungen zwischen 0,5 und 43 Jahren an. Bei der Wahl ihrer aktuellen Wohnform waren sie nach eigenen Angaben unterschiedlich ausprägt beteiligt:

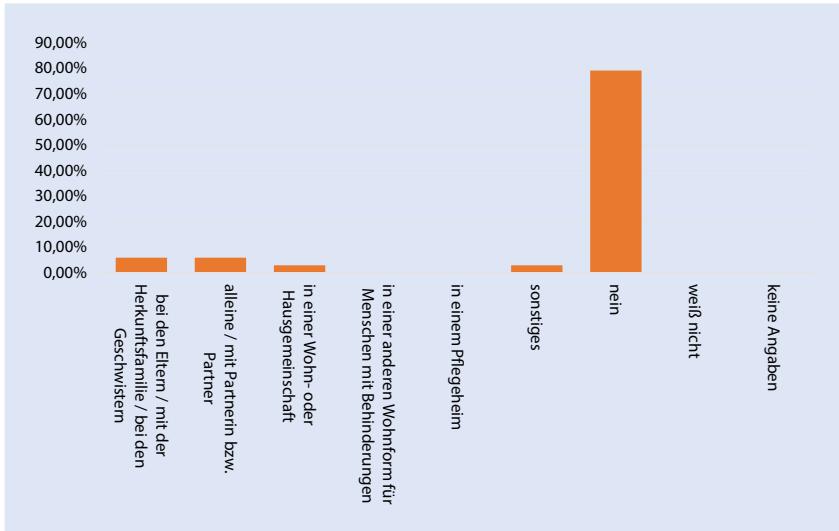
- Knapp zwei Drittel (61 %) konnten selbst entscheiden, wo sie wohnen möchten und etwa zehn Prozent (10,4 %) konnten ihren Wohnort teilweise mitbestimmen.
- Zugleich gaben knapp zwei Drittel (59,2 %) der Befragten an, dass sie nicht oder nur teilweise mitbestimmen konnten, wer in ihre Wohngruppe einziehen soll.

Insofern basiert die generelle Wohnform zwar mehrheitlich auf eigener Entscheidung, aber auf die näheren Wohnumstände (wie die Wahl und Zusammensetzung der Wohngruppe) gab es meist keinen oder kaum Einfluss. Das bedeutet zunächst werden Versorgungsbedarfe gedeckt, und erst dann – wenn möglich – auch Bedürfnisse (z. B. nach Wunsch und Wahl der angenehmsten Mitbewohnerschaft) berücksichtigt.

Diese Komposition überzeugt offensichtlich generell. Ein großer Teil (79,2 %) der Bewohnerinnen und Bewohner äußerte sich zufrieden mit ihrer Wohnsituation und gibt an, nirgendwo lieber wohnen zu wollen (s. **■ Abb. 2.4**).

Ihren generellen Bedarf an unterstützter Lebensführung sehen die Bewohnerinnen und Bewohner auch in der baulichen Ausstattung gedeckt. Fast 80 % nehmen keine Barrieren oder Hindernisse im Haus oder in den Wohnräumen wahr (78,9 %). Auch für Privatheit und Schutz in der engsten Häuslichkeit ist offensichtlich zu einem großen Teil Sorge getragen: Fast alle (90,8 %) Befragten geben an, ein eigenes abschließbares Zimmer zu bewohnen.

Da die WoGe-Studie die besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe fokussiert, richtet sich großes Augenmerk auf die Lebensführung im Bereich des Wohnens. Denn dort müssen sich Teilhabezusagen und Wohnstandards als belastbar erweisen. Dort fokussiert sich auch die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner, bei den anstehenden pandemiebedingten Grundsatzentscheidungen zur Gesundheitssorge. Schon wegen der raren sozialen Bindungen und Netze haben die meisten Befragten – wie sich



■ **Abb. 2.4** Wohnwünsche – „Möchten Sie lieber woanders wohnen?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

zeigt – kaum alternative Wohnmöglichkeiten. Sie scheinen oft vollständig und rund um die Uhr auf ein unterstützendes und schützendes Setting angewiesen zu sein.

Dass sich die gesamte WoGe-Studie vor allem auf den Wohnbereich konzentriert, liegt auch daran, dass weitere Orte der Lebensführung und Begegnung (beispielsweise im Arbeitsleben und der Freizeit) pandemiebedingt – bisweilen auch länger – geschlossen waren. Verglichen mit dem Wohnbereich spielten sie im Pandemieverlauf eine eher untergeordnete Rolle. Raum und Zeit der Bewohnerinnen und Bewohner waren begrenzt auf das Wohnen, konkret teilweise auf eine Wohngruppe oder nur ein Zimmer. Räume und Rollen, Betreten und Verlassen waren in dieser strukturellen Rahmung unter Pandemiebedingungen häufig streng reglementiert und kontrolliert.

Es gab für die solchermaßen „Eingeschlossenen“ teilweise aber auch Formen von Einbindung und Gemeinschaft – wie beispielsweise über oder mit Medien. Dies wurde ebenfalls erfasst und wird hier berücksichtigt.

Generell ermöglichen oder erleichtern digitale Angebote auch für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung soziale Teilhabe. Neue

Informationen können digital rund um die Uhr verfügbar sein und geteilt werden, soziale Kontakte lassen sich dabei pflegen und Freizeit ist individuell gestaltbar (etwa über Unterhaltungsprogramme). Dabei sinken Teilhabebarrieren. Zugleich öffnen sich geschützte Räume (social bubbles) für Gruppen, um über soziale Medien eigene Inhalte zu veröffentlichen, Beziehungen aufzubauen und Gemeinschaft zu erleben, wie es offline in dieser Form womöglich schwer oder nicht möglich wäre (Dobransky und Hargittai 2021; Duplaga 2017).

Beinahe die gesamte deutsche Bevölkerung (über 90 %) ist medial „on“, allerdings mit Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen (digital divide). Relevante Faktoren sind Alter, Bildungsstand und Ressourcenzugang. Ähnliche Ungleichheiten zeigen sich auch unter den Bewohnerinnen und Bewohnern der besonderen Wohnformen.

Auf die offene Frage nach Mediennutzung berichten Bewohnerinnen und Bewohner teilweise persönliche, teilweise strukturelle Probleme.

- Etwa ein Viertel der Befragten (25,3 %) gibt an, keine traditionellen Medien wie Bücher, Zeitschriften oder Zeitungen zu lesen.
- Ein weiteres Viertel (25,3 %) nennt Probleme beim Lesen von Büchern, Zeitungen und Zeitschriften, v. a. wegen Verständnisschwierigkeiten, aber auch wegen eingeschränkter Sehkraft bzw. Blindheit oder Legasthenie.
- Knapp ein Drittel der Interviewten (32,9 %) nutzt nach eigener Aussage kein Internet, während einige Bewohnerinnen und Bewohner (13,2 %) Probleme bei der Internetnutzung ansprechen.

Dabei geht es um

- eigene Fähigkeiten (Ungeduld wegen benötigter Feinmotorik, mangelnde Erfahrung, Vergessen von Passwörtern),
- Regularien (Nutzung nur unter Aufsicht),
- technische Gründe (schlechte Internetverbindung im Zimmer).
- Keine Probleme berichtet die Mehrheit der befragten Personen beim Fernsehen (86,8 %) und Radio hören (84,2 %). Diese Medien werden entsprechend von wenigen der Befragten (6,6 % beim Fernsehen bzw. 14,5 % beim Radio) nicht genutzt.

Bezogen auf die entsprechenden Praktiken (Mediennutzung) und Verhältnisse (Medienverfügbarkeit) hat sich durch die Corona-Pandemie eher wenig verändert.

Drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner (77 %) konnten sich während der Pandemie in den Medien informieren und über soziale Medien kommunizieren. Am meisten wurden das Fernsehen (v. a. Nachrichten), die Corona-WarnApp und das Internet (über das Handy) zur Information genutzt.

Zu den Medien, die von über der Hälfte (57,3 %) der Befragten zur Kommunikation genutzt wurden, zählen auch verschiedene Messengerdienste (WhatsApp, Telegram), Skype, Zoom und Facetime sowie das Telefon beziehungsweise Mobiltelefon.

### 2.4.1 Wohnen, Freizeit, Selbstbestimmung und Medien unter Corona-Bedingungen

---

Insgesamt zeigen sich bei der Alltäglichen Lebensführung und gerade im Wohnbereich durch die Corona-Pandemie nach Ansicht von gut 40 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner kaum nennenswerte Veränderungen. Das bedeutet aber, dass beinahe zwei Drittel wesentliche Veränderungen wahrnimmt.

Über offene Antwortmöglichkeiten erläutern Bewohnerinnen und Bewohnern die Ausgangssituation präziser. Von einem guten Viertel (28,9 %) der Antwortenden kamen negative Erfahrungsbeispiele, etwa

- bei der individuellen Vorsorge (Tragen von Masken, regelmäßigem Testen, lange Warten auf die Booster-Impfung),
- bei der Begegnung mit anderen (Abstand halten, Verschlechterung des persönlichen Umgangs, kaum Besuche von Familien und Freunden, Ausgangssperre, keine gemeinsamen Feiern von Weihnachten und Silvester, Auflösen der gewohnten Gruppen, Umzug in eine Quarantäne-gruppe),
- bei Teilhabe und Selbstbestimmung (durch Corona-Ausbrüche und Isolation; Beschränkung der Selbstständigkeit, Langeweile; geschlossene Werkstätten / keine Arbeit; keine Therapieangebote; keine Freizeitangebote).

In einigen Fällen (7,9 %) nennen Befragte auch Verbesserungen der Wohnsituation, durch

- Ersatzangebote (Unterstützung durch Hilfskräfte, digitale Sportangebote),
- die Möglichkeit nach Hause zu ziehen.

Insgesamt werden nennenswerte räumliche Einschränkungen (social distancing) berichtet. Vielen Bewohnerinnen und Bewohnern war es im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie verboten,

- ihr Zimmer (40 %) (s. [Abb. 2.5](#)),
- die Wohngruppe (35 %) (s. [Abb. 2.6](#)),
- die Wohneinrichtung (38,7 %) (s. [Abb. 2.7](#))

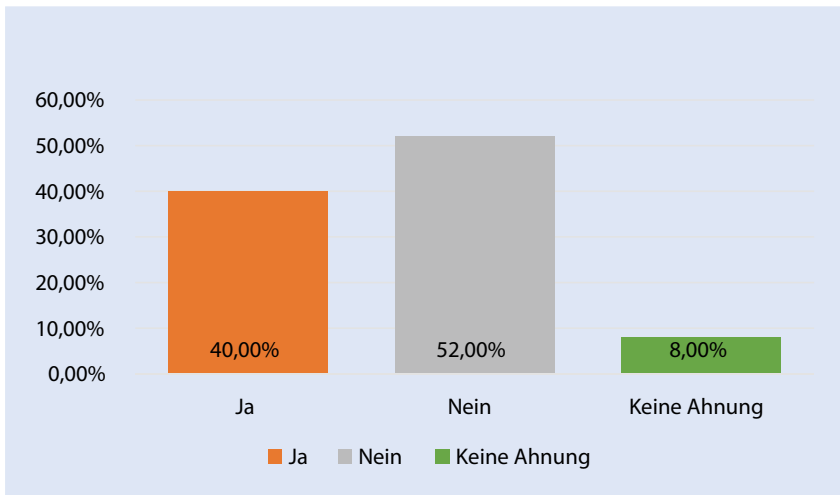
zu verlassen.

Die Freizügigkeit von 40 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner war somit unter Corona-Bedingungen erheblich eingeschränkt. Nur wenige Interviewte haben keine Angaben gemacht bzw. wussten keine Antwort.

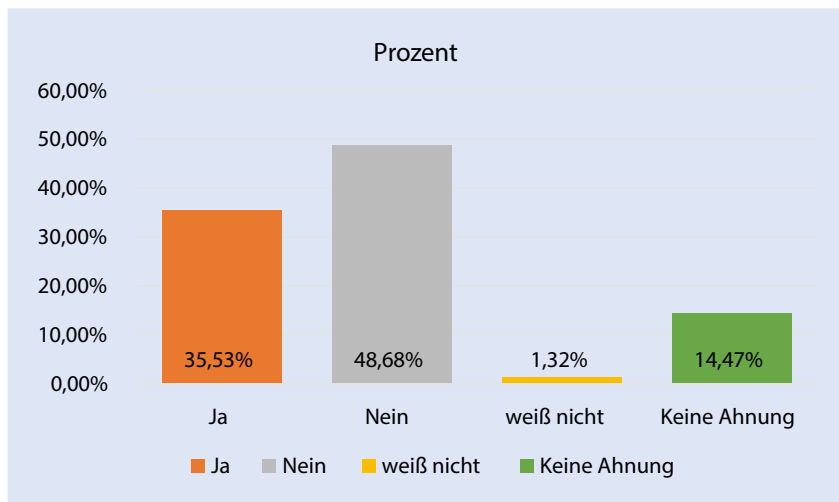
Trotz umfassender Ausgangssperren und Beschränkungen auf die eigene Häuslichkeit in der Gemeinschaftsunterkunft berichtet allerdings knapp ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner (31,6 %), ihre Freizeitgestaltung habe sich nicht geändert.

Eine Verschlechterung ihrer Freizeitmöglichkeiten nahmen gut zwei Fünftel (42,1 %) wahr, und zwar wegen

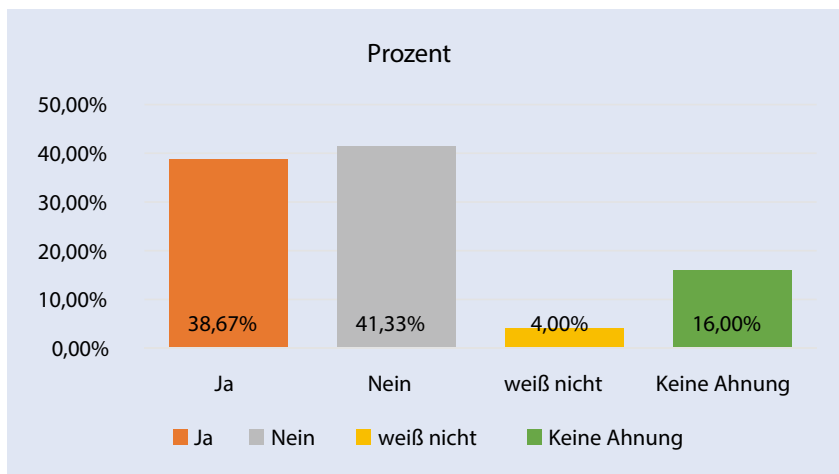
- Angst vor Ansteckung,
- präventiver Einschränkungen wie Mundschutz, kein Zutritt ohne Impfpass oder Impfnachweis,



**Abb. 2.5** Zimmerregel – „War es Ihnen wegen Corona verboten, Ihr Zimmer zu verlassen?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 2.6** Wohngruppenregel – „War es Ihnen wegen Corona verboten, Ihre Wohngruppe zu verlassen?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 2.7** Wohnheimregel – „War es Ihnen wegen Corona verboten, Ihre Wohneinrichtung zu verlassen?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

- Kontaktbeschränkungen (Besuchsverbote, Kontaktverbote in den Gruppen und zu anderen Einrichtungen, Ausgangssperren),
- Schließung kultureller Einrichtungen (Cafés, Schwimmbäder, Diskotheken, Kinos, Restaurants, Frauengruppen, Kulturtreffs, Sommerfeste),
- Verboten, selbstständig Einkaufen oder in Urlaub zu gehen.

Knapp zehn Prozent der Befragten (9,2 %) nennen auch Verbesserungen ihrer Freizeitgestaltung im Laufe der Pandemie, etwa durch

- schrittweise Öffnungen und Planungsmöglichkeiten für Urlaube,
- bessere Freizeitplanung,
- bessere Gemeinschaft in der Gruppe (z. B. durch Ersatzangebote wie Kochen).

Aus Sicht von knapp zwei Dritteln der Bewohnerinnen und Bewohner (60,8 %) blieb die Selbstbestimmung im Alltag unter Corona-Bedingungen unverändert.

Etwa ein Fünftel der Befragten (18,9 %) nimmt hingegen weniger Selbstbestimmung wahr, nämlich

- auf personaler Ebene durch vermehrte Einschränkungen (erhöhte Vorsicht, strengere Regeln, mehr um Erlaubnis fragen müssen, eingesperrt sein im Zimmer, Einschränkungen während der Lockdowns, Verlust der Selbstständigkeit bei Arbeit und Einkaufen, lange Anmeldezeiten beim Entspannungsraum),
- auf interpersoneller Ebene (durch Kontaktbeschränkungen, Verbot von Geburtstagsfeiern, getrenntes Essen, Abstand halten, fehlende Möglichkeit arbeiten zu gehen).

Wenige Äußerungen (bei 2,7 % der Befragten) weisen auf eine verbesserte Selbstbestimmungssituation unter Corona-Bedingungen hin, durch

- verbessertes Wissen über Corona,
- verbesserte Ausstattung (eigene Kaffeemaschine).

In den besonderen Wohnformen leben manche Bewohnerinnen und Bewohner seit Jahrzehnten in Gemeinschaft, manche sind erst seit kurzem zugezogen. Insgesamt scheinen dabei Soziale Beziehungen und Einbindung im hohen Maß zu gelingen.

Auch unter Corona-Bedingungen gibt die Mehrheit der Befragten an,

- genug Menschen zu kennen, auf die sie sich verlassen können (80 %),
- sich geborgen und sicher zu fühlen (84,2 %).

Die Hälfte der Befragten (50 %) berichtet zugleich, mehr Zeit für sich alleine zu benötigen.

### 2.4.2 Soziale Beziehungen, Einbindung und Isolationsrisiken unter Corona-Bedingungen

---

Die Ambivalenz zwischen Eingebundensein und Eigenzeit gilt auch in besonderen Wohnformen und für alle Bewohnerinnen und Bewohner, die dort leben.

In Corona-Zeiten äußert gut die Hälfte von ihnen (53,8 %), dass sich die Kontakte zu Menschen, die ihnen wichtig sind, verändert haben. Knapp ein Fünftel (18,7 %) der Bewohnerinnen und Bewohner nennt eine Verschlechterung, im Bereich

- Besuche (sind rar und Abstandhalten ist vorgeschrieben),
- Kontakte (zu Familie, Freundeskreis, Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie Mitbewohnerinnen und -bewohnern).

Nur wenige Befragte (5,3 %) sprechen von Verbesserungen durch

- intensivere Kontakte,
- vielseitigere Kontaktgestaltungen (über Telefon, WhatsApp, Videoanrufe, Briefe),
- bessere, offenere Kommunikation und Austausch.

Kontakte zu Personen, auf die man sich verlassen kann, sind ein wesentlicher Lebensqualitätsfaktor. Corona beeinflusste nach Aussage von etwa einem Viertel der Befragten (25,7 %) diese Kontakte nachteilig.

Beispiele sind

- das Gefühl, von Freunden „aussortiert worden“ zu sein,
- häufig wechselnde Aushilfen beim Personal.

Zugleich sanken nach Aussage von etwa einem Fünftel der Befragten (21,6 %) die Gefühle von Geborgenheit und Sicherheit im Zusammenhang mit Corona, stattdessen wurden

- mehr Ängste, körperliche Anspannung, zunehmende Unsicherheit und Ängstlichkeit,
- das Gefühl allein zu sein,
- fehlende körperliche Nähe und Maskenpflicht

berichtet.

Veränderte Kontakte zu den Angehörigen erwähnte etwa die Hälfte (51,4 %) der Bewohnerinnen und Bewohner, verursacht durch

- seltenere Besuche (da Kontakte nun eher über Medien erfolgen),
- Testpflicht bei Besuchen,
- große Entfernungen,
- die Abhängigkeit, abgeholt zu werden.

2

### Alltägliche Lebensführung der Befragten

Ein erheblicher Teil der Alltäglichen Lebensführung ist eng mit Wohnen und dem dazu gewählten oder verfügbaren Setting verwoben.

In den Wohnangeboten der Eingliederungshilfe verbringen Nutzerinnen und Nutzer oft lange Phasen ihres Lebens. Manche bleiben ihr Leben lang in einer Wohneinrichtung, die bestimmte Elemente der Lebensführung mit Ermöglichungen und Teilhabezusagen verbindet. Denn das Leben dort soll nicht „offline“ stattfinden. Vielmehr lautet die Konzeption, erreichbar oder eng eingebunden in kommunale Settings zu leben und in einer Weise, wie in den Wohnformaten für alle Bürgerinnen und Bürger üblich.

Je nach Eintritt einer Beeinträchtigung und nach Lebensalter kann der Lebensphase in besonderen Wohnformen das Wohnen in der Herkunftsfamilie oder auch in eigenständiger Lebensführung vorangegangen sein. Die Interviewten nennen eine Wohndauer von etwa einem halben Jahr bis zu einem halben Leben (mehr als vier Jahrzehnte). Bei weitem die meisten von ihnen (etwa 80 %) äußern sich generell zufrieden mit der Wohnform, die ihren Alltag bestimmt. Entsprechend häufig wünschen sie keinen Umzug. Mit Verweildauer steigt bekanntermaßen meist die Zustimmung mit der Wohnsituation. Dies gilt als adaptiv oder resignativ, weil selten Alternativen für die Menschen mit Beeinträchtigungen vorstellbar oder verfügbar sind. Die große Zustimmung kann auch mit steigendem Alter verbundenen werden, weil dabei Wünsche nach Sesshaftigkeit wachsen (vertraute Umgebung, zur Ruhe zu kommen, Resilienz). Nur wenige Interviewte geben an, sie würden ein Leben mit der Herkunftsfamilie, in einer Hausgemeinschaft oder alleine mit Partnerin oder Partner vorziehen.

Die hohe Zustimmung zu den Wohnformen ist insofern auch bemerkenswert, weil eher geringe Mitbestimmungsmöglichkeiten beim Zustandekommen und bei der Zusammensetzung der Wohngemeinschaften bestehen. Über ein Viertel der Interviewten hat keinen Einfluss auf die Wahl der Wohnform. Auch die Gemeinschaft in den Wohngruppen entsteht meist

fremdbestimmt (etwa 60 % der Befragten berichten von geringem Einfluss auf die Zusammensetzung ihrer Wohngruppe).

Dennoch herrscht viel Zufriedenheit und Wohlbefinden in den besonderen Wohnangeboten der Eingliederungshilfe, obwohl umfängliche Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner eher nicht vorgesehen ist. Das kann an einer förderlichen Umgebungsgestaltung liegen. Beinahe 80 Prozent der Befragten nehmen keine gebauten Barrieren oder Hindernisse in ihrem Wohnsetting wahr und fast alle (knapp 91 %) haben ein abschließbares Einzelzimmer als persönlichen Rückzugsort.

Während im Wohnbereich generell gute räumliche Barrierefreiheit erlebt wird, zeigen sich dort spezielle Hindernisse bei der Mediennutzung: Es gibt eine Gruppe von Personen, die traditionelle Medien wie Bücher, Zeitschriften und Zeitungen nutzen und Bewohnerinnen und Bewohnern, die dies nicht tun (etwa ein Viertel) bzw. es nicht tun können (ein weiteres Viertel).

Medialer Platzhirsch für Information und Kultur ist bei den Befragten Tag für Tag das Fernsehen (fast zu 90 %), gefolgt vom Radio (ca. 84 %). Der Gebrauch wird als problemlos beschrieben. Anders steht es um die Intensität der Internetnutzung: Etwa ein Drittel der Interviewten gibt an, kein Internet zu nutzen. Diese nennenswerte „Offline-Kultur“ unterscheidet sich von der üblichen Nutzung bei einem Großteil der Bevölkerung. Einige Bewohnerinnen und Bewohner berichten von Nutzungsproblemen, die sie zum Teil an der eignen Person festmachen (Ungeduld, fehlende Erfahrung), zum Teil aber auch auf die Umgebung zurückführen (Verbote, schlechter Internetzugang, Kosten, andere technische Probleme). Über Intensität, Umfang und Kompetenz der Internetnutzung durch die Befragten gibt es kaum Informationen. Möglicherweise haben aber sozio-ökonomisch besser gestellte Personen eine bessere technische Ausstattung, mehr Gelegenheit zum Kompetenzerwerb und weniger materielle oder technische Zugangsprobleme. Damit können sie mehr vom Internet profitieren, solange der Zugang zu dieser medialen Welt nicht Teil der Leistungsangebote ist.

Unter Corona-Bedingungen geben etwa 60 Prozent der Interviewten eine Veränderung der Wohnsituation an. Als negative Entwicklungen werden demnach auf persönlicher Ebene Maskentragen, Testen und Warten auf Impfungen genannt. Bezogen auf soziale Kontakte wirken Abstand, eingrenzende Umgangsregelungen, Besuchsverbote, Ausgangssperren und das Verbot von Festen und Feiern in den Alltag hinein, bis zum Auflösen der Wohngruppe und dem Umzug in Quarantänegruppen. Teilhabe und Selbstbestimmung sind faktisch reduziert durch Isolation, fremdbestimmte Einschränkungen, Schließungen von Arbeits-, Freizeit- und Therapieangeboten.

Zudem wird Langeweile beklagt. Hingegen begrüßen einige Bewohnerinnen und Bewohner Ersatzangebote bis zur Möglichkeit, nach Hause zu ziehen.

Insgesamt berichten die Interviewten häufig, dass sie nicht frei entscheiden konnten, wo sie sich aufhalten: 40 Prozent wurden auf ihr Zimmer verwiesen, 35 Prozent durften sich ausschließlich in der eigenen Wohngruppe aufhalten, bei beinahe 40 Prozent war der mögliche Freiheitsradius die Wohneinrichtung selbst. Damit mussten sehr viele der Befragten in ihrer Häuslichkeit einen teilweise extrem eng gesteckten Bewegungsraum akzeptieren. Das limitierte zugleich die Freizeitgestaltung oder Einkäufe. Für Teilhabeanliegen ist es kaum förderlich. Insofern erstaunt es, wenn ein Drittel der Interviewten keine Veränderung ihrer Aufenthaltsfreiheit wahrnahm.

Von Verschlechterungen in der häuslichen Situation wird häufig berichtet (von etwa 40 % der Interviewten). Es geht meist um einen Zusammenhang mit Regulierungen (Beschränkungen von Kontakten, Einkaufen und Festveranstaltungen) oder mit Auflagen (Mundschutz, Impfnachweis). Knapp ein Zehntel der Antwortenden erkennt Verbesserungen, etwa durch eine schrittweise Öffnung sowie die wieder mögliche Freizeit- und Urlaubsplanung. Auch von verbesserter Gemeinschaft und Ersatzangeboten ist die Rede.

Noch mehr als bei der Freizeitgestaltung berichten fast zwei Drittel der Interviewten eine während der Corona-Zeit unveränderte Lage im Bereich der Selbstbestimmung. Jede fünfte Person erwähnt negative Veränderungen auf personaler Ebene (von der Pflicht im Zimmer zu bleiben bis zu Arbeits- und Einkaufsverboten) und im interpersonellen Bereich (beispielsweise wegen Kontaktverboten bei gemeinsamen Veranstaltungen wie Mahlzeiten oder Feiern). Zu einer positiven Veränderung gab es nur sehr vereinzelt Äußerungen, was bei einer tendenziell adaptiven Zufriedenheit auffällt.

Ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner (über drei Viertel) informiert sich während der Pandemie in den Medien (insbesondere im Fernsehen oder über Mobiltelefone). Beinahe 60 Prozent konnten sich auch über Messenger-Dienste oder digitale Treffen einen persönlichen Eindruck von „der Welt da draußen“ verschaffen und Kontakte pflegen. Hier scheint sich eine „online“-Verbesserung anzubahnen.

Unabhängig von ihrer sehr unterschiedlichen Verweildauer in den besonderen Wohnformen gaben die Interviewten eine beeindruckend positive Rückmeldung zur gefühlten Gemeinschaft. Auch unter Corona-Bedingungen fühlten sie sich großenteils (mit über 80 %) nicht alleingelassen, sondern sicher und geborgen. Jede zweite Person meldete aber, mehr Zeit für sich

alleine zu benötigen. Die enge räumliche Verbundenheit wird als möglicher Stressor eingeschätzt.

Drohende Isolation (Eingeschlossen sein) einerseits und gewünschte Gemeinschaft andererseits prägen also den Alltag. Über die Hälfte der Interviewten erwähnen entsprechend für den Corona-Zeitraum Veränderungen im Umgang mit Menschen, die ihnen wichtig sind. Sie beklagen Abstandsgebote und Begegnungsmangel und bedauern alleine zu sein, gerade bezogen auf nahestehende Personen. Auch körperliche Nähe wird vermisst. Ein Viertel der Antwortenden äußert das Gefühl, man sei im Freundeskreis aussortiert worden. Wenige positive Stimmen freuen sich über intensivere Kontakte, aber auch innovative, vielseitige Mediennutzungen werden begrüßt (beispielsweise WhatsApp, Videoanrufe).

## 2.5 Zu Diensten – Unterstützung und Assistenz

Auch wenn Teilhabe und Selbstbestimmung zu den wesentlichen Bestandteilen der Lebensgestaltung und Lebensführung zählen, so sind Bewohnerinnen und Bewohner in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe zugleich oft sehr regelmäßig und alltagsnah auf Unterstützung angewiesen. Eine rechtliche Grundlage bildet § 113 SGB IX i. V. m. § 78 SGB IX (Assistenzleistungen).

Der gesetzliche Anspruch wird nach Meinung fast aller Befragten (90 %) auch gedeckt. Die regelmäßig zu erbringenden Assistenzleistungen beziehen sich auf verschiedene Lebensbereiche und Alltagsaktivitäten (s. [Tab. 2.2](#)). Am häufigsten Assistenz wird geleistet

- bei Schriftsachen vom Amt (72,6 %),
- im Haushalt (69,9 %),
- in gesundheitsrelevanten Angelegenheiten (65,8 %).

Die Bewohnerinnen und Bewohner werden hauptsächlich unterstützt

- vom Personal der Wohneinrichtung (85,5 %),
- von gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern (73,9 %),
- von Familienangehörigen (55,1 %).

Drei Viertel der Befragten (74,3 %) gab an, die benötigte Unterstützung zu bekommen bzw. teilweise zu bekommen (8,6 %). Damit werden aus Perspektive der Assistenzberechtigten über 80 Prozent der erforderlichen Leistungen erbracht.

**Tab. 2.2** Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen

Lebensbereiche	Häufigkeit in %
Haushalt (Kochen, Putzen, Einkaufen, Wäsche waschen)	69,9
Essen und Trinken, Duschen, Baden oder Sich-Anziehen	39,7
Verständigung / Kommunikation	29,2
Um irgendwo hinzukommen, z. B. durch Begleitung oder Fahrdienste	52,1
Freizeit	39,7
Schriftsachen vom Amt	72,6
Verwaltung von Finanzen	56,2
Psychische Probleme	42,5
Gesunder Lebensstil oder Arzttermine	65,8
Arbeit oder Schule	26,0

(Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Weiterhin erklärten beinahe ebenso viele Bewohnerinnen und Bewohner ihre Assistenzperson auswählen (72,9 %) bzw. den Zeitpunkt der Unterstützung bestimmen zu können (82,9 %).

Am häufigsten genutzte Dienste sind

- Fahrdienste (53,6 %),
- verschiedene therapeutische Angebote (43,5 %).

Unter Corona-Bedingungen hat sich diese hohe Versorgungsqualität nach Aussage von knapp einem Viertel der Interviewten (22,5 %) geändert.

Einige Befragte (5,6 %) nennen als Beispiele für Verschlechterungen

- das Abstandhalten (die Unterstützung wurde unpersönlicher),
- ein gefühltes Alleinlassen (das Personal hält sich oft im Büro auf),
- den hohen Krankenstand beim Personal (die Assistenzzeit für die Bewohnerinnen und Bewohner ist knapper),
- stornierte therapeutische Angebote,
- stornierte Veranstaltungen (wie organisierte Treffen mit gemeinsamem Kaffee und Kuchen).

Manche Veränderungen wurden von einigen Befragten (2,8 %) positiv bewertet, nämlich

- generell zusätzliche Unterstützung,
- vermehrte Unterstützung bei psychischen Problemen.

Knapp ein Fünftel der Befragten (19,4 %) glaubte auch, nun weniger Einfluss auf die entsprechenden Angebote zu haben,

- aus Mangel an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (Angebote fallen aus),
- aus Zeitmangel,
- durch regelmäßige Testpflicht.

Für knapp ein Drittel (32,4 %) der Interviewten haben sich durch Corona die Assistenzleistungen selbst verändert, weil

- Angebote ausgefallen bzw. eingeschränkt sind durch Personalmangel oder Corona-Bestimmungen (3G-Regel, Abstand),
- sich die Küchenstruktur verändert hat (seltener warmes Abendessen),
- es zusätzliche Busse für den Transport gab (Sitze mussten frei bleiben),
- es mehr online Angebote gab (zusätzliche Laptops wurden angeschafft).

Etwa ein Fünftel der Bewohnerinnen und Bewohner (19,7 %) berichtet von Ersatzangeboten, beispielsweise

- im Freien (Spaziergänge, Wanderungen),
- gemeinsam mit Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern (Fußball schauen, Kochen, Spiele),
- „Bespäzung“ durch das Personal (Sport, Basteln, Malen und Musik) innerhalb der Wohngruppe,
- Sport via Zoom.

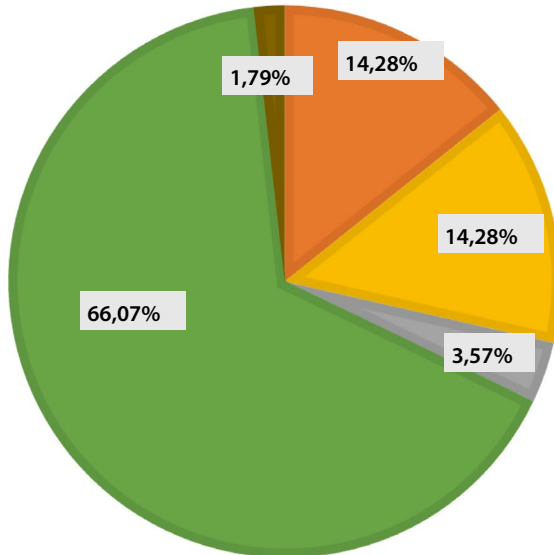
Insgesamt hat sich die Zufriedenheit mit den Angeboten durch die Corona-Zeit nur für wenige Befragte (2,8 %) zum Positiven verändert (s. [■ Abb. 2.8](#)). Über die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner (51,39 %) fühlte sich unverändert zufrieden. Während gut zehn Prozent eine Verschlechterung wahrnahmen (11,11 %).

### Unterstützung und Nutzung von Diensten

Nach Auskunft eines Großteils der Bewohnerinnen und Bewohner (90 %) erhalten sie generell regelmäßig und alltagsnah die gewünschte und benötigte Unterstützung. Dies ist ein möglicher Grund für die insgesamt ausgeprägte

## ZUFRIEDENHEIT

■ ja ■ ja, es wurde schlechter ■ ja, es wurde besser  
■ nein ■ weiß nicht



**Abb. 2.8** Veränderung der Zufriedenheit mit den Angeboten durch Corona (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Zufriedenheit mit den Assistenzleistungen. Die Assistenzen stehen für den Einsatz bei Ämtern (als häufigste Nennung) ebenso wie für die Alltagsbewältigung (knapp 70 %) zur Seite, unterstützen aber auch in nennenswertem Umfang (zwei Drittel der Rückmeldungen) bei gesundheitsrelevanten Angelegenheiten. Die Dinge des täglichen Lebens scheinen somit in guten Händen.

Konkret erbringen neben dem Personal der Wohneinrichtung (mit über 80 %), Gesetzliche Betreuungskräfte (mit etwa drei Vierteln) sowie Familienangehörige (mit über der Hälfte der Nennungen) jeweils gewünschte Unterstützungen. Häufig geht es um Fahrdienste oder therapeutische Hilfen, die auch im benötigten Umfang verfügbar sind. Dies meinen drei Viertel der Interviewten, nur wenige sehen Bedarfe nur teilweise gedeckt.

Über die Hälfte der Befragten erkannte zudem keine Veränderung der Dienstleistungen unter Corona-Bedingungen. Zugleich beschrieb knapp ein

Viertel der Antwortenden, dass sich die skizzierte, insgesamt sehr zufriedenstellende Ausgangslage verändert habe. Manches sei unpersönlicher geworden, Abstände wuchsen, das Personal ziehe sich zurück oder fehle einfach. Positiv vermerkt wird, dass bei psychischen Problemen mehr Unterstützung angeboten wird.

Bei näherem Hinsehen zeigt sich, dass die jeweils geäußerte tendenzielle Zufriedenheit eher allgemeiner Art ist, während zugleich spezifische Hinweise auf eine geringere Qualität der notwendigen Dienstleistungen gegeben wurden. Im Einzelnen fehlt Personal, was auch zum Ausfall von Angeboten führt sowie zum Zeitmangel bei den Diensten. Häufig entfielen Angebote wie warme gemeinsame Mahlzeiten oder Fahrdienste. Aber es war gelegentlich auch die Rede von Ersatzangeboten, die dann eher in die Wohngruppen verlagert waren. Zugleich wird die Anschaffung von Computern begrüßt, weil sie unterstützendes Potenzial verspricht.

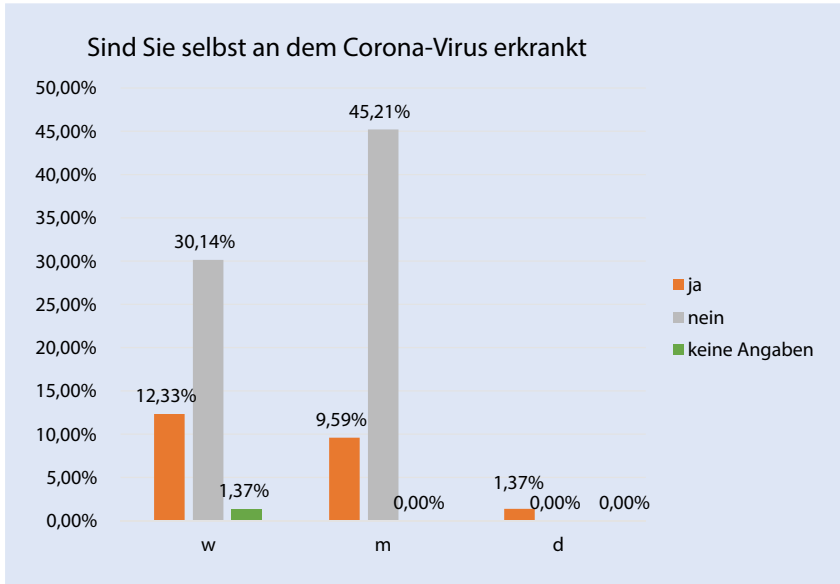
## 2.6 Gesund bleiben und Risiken vorbeugen

---

Gesund zu bleiben und der Umgang mit Gesundheitsrisiken sind zentrale Aufgaben der Daseinsorge, die sich durch alle Lebensbereiche ziehen (mainstreaming). Während die Interviewten sich mehrheitlich generell als gesund oder sehr gesund einschätzten (s. Kap. 2.2) äußerten sie sich zugleich kritischer zu Gesundheitsrisiken unter Corona-Bedingungen. So wurden auch bestehende Sorgen deutlicher.

Im Kontext der Pandemie und in Verbindung mit besonders vulnerablen Personengruppen wurden Gesundheit und die Reduktion von Gesundheitsrisiken als vorrangig eingeschätzt. In den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe waren dabei alle einbezogen: Bewohnerinnen und Bewohner, das gesamte Fachpersonal sowie weitere mit den Befragten verbundene Personen und Personengruppen. Zugleich bestimmten externe Akteure (Gesundheitsämter, RKI und Politik) in vielfacher Weise Aktivitäten und Handlungsspielräume. Weitere wirksame externe Faktoren waren verfügbare Ressourcen (Ausrüstungen wie Schutzkleidung, Impfstoffe, Tests oder Masken, materielle Spielräume der Kostenübernahme und Personalverfügbarkeit).

Insgesamt gibt etwa ein Viertel der Befragten (23,3 %) an, selbst am Corona-Virus erkrankt zu sein (s. ■ Abb. 2.9). Unter den Erkrankten sind etwas häufiger Frauen (12,33 %) als Männer (9,59 %) (s. ■ Abb. 2.9). Von den erfassten Erkrankten berichten gut zwei Drittel (70,6 %) einen milden



■ **Abb. 2.9** Am Coronavirus Erkrankte nach Geschlecht (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Krankheitsverlauf, gut ein Zehntel (11,8 %) eine mittelschwere und ebenso viele (11,8 %) eine schwere Erkrankung. Zugleich haben sich gut zwei Drittel dieser Befragten (68,8 %) wegen der Erkrankung

- große Sorgen gemacht (etwa zur Dauer der eigenen Erkrankung, zum Ausbleiben von Symptomen, zum Fieber),
- geängstigt (ins Krankenhaus zu müssen, zu sterben beispielsweise wegen der eigenen Erkrankung an Schizophrenie und wegen Stimmen, die einem einreden, nicht überleben zu können),
- betrübt gefühlt, wegen der eigenen Quarantäne (sehr traurig und viel geweint) beziehungsweise wegen der eigenen Eltern, die in Quarantäne waren.

Selten fanden sich Hinweise (von 6,9 %), was während ihrer Erkrankung richtig gut gelaufen sei, wie beispielsweise die

- sehr gute Versorgung durch Betreuerinnen und Betreuer (mit Essen und Trinken, durch Beschäftigung und Aufmerksamkeit für das Befinden).

Von den erkrankten Interviewten kritisieren wenige (6,9 %) auch Einschränkungen wie

- verordnete Isolation im eigenen Zimmer (für zehn Tage),
- Unterstützung nur bei der nötigsten Körperpflege (um das Personal verlässlich zu schützen),
- Strukturmängel während der Quarantäne bei der Organisation der Kontakte mit befreundeten Personen und Familien (per Telefon),
- lästige Telefonate mit der Krankenkasse.

Die meisten (85,7 %) Bewohnerinnen und Bewohner fühlten sich vor den Corona-Risiken gut geschützt und drei Viertel (75,7 %) äußern sich sehr zufrieden oder zufrieden mit dem Schutz in der Einrichtung. Die Befragten berichten, dass zwar eine Corona-Infektion generell immer in die Einrichtung gebracht werden kann, man aber dafür gerüstet sei (getestet und geimpft), Abstand halte und man manchmal sogar übertrieben geschützt werde.

Insgesamt wird den Wohneinrichtungen also bescheinigt, sich sehr um den Schutz vor der Corona-Pandemie zu bemühen. Die spezifische Sorge des Personals wird von den Interviewten geteilt.

In der Pandemie nennen die meisten Bewohnerinnen und Bewohner (80 %) Veränderungen bei Arztbesuchen. Man

- durfte nur in Notfällen zu Ärztin oder Arzt,
- musste länger warten und die Maske tragen,
- durfte nicht im Wartezimmer warten, sondern musste draußen bleiben,
- brauchte Rezepte des Hausarztes für Fußpflege.

Es zeigte sich, dass deswegen

- Terminvereinbarungen kaum spontan gelangen,
- Bewohnerinnen und Bewohner bei der Impfung priorisiert wurden,
- Ärztinnen und Ärzte ins Haus kamen.

Auch das Gesundheitsverhalten wurde von der Pandemie beeinflusst. Drei Viertel der Befragten berichten Corona verändert Möglichkeiten, sich gesund zu verhalten (72,4 %) und ebenso das tatsächliche Gesundheitsverhalten (73,7 %). Das Verhalten ordnet sich nämlich dem Virus unter, weil man Masken trägt, Hände wäscht, Abstand hält, mehr Obst und Gemüse isst sowie bewusster auf die Ernährung achtet. Die Hälfte (50 %) der Befragten gibt zugleich an, ihre Aktivität bei Sport und Bewegung habe sich während der Pandemie verschlechtert.

Zur Prävention einer Corona-Infektion bot sich als wesentliche Schutzmaßnahme die Impfung an. Fast alle Befragten (95,77 %) gaben an, geimpft zu sein (s. ■ Abb. 2.10).

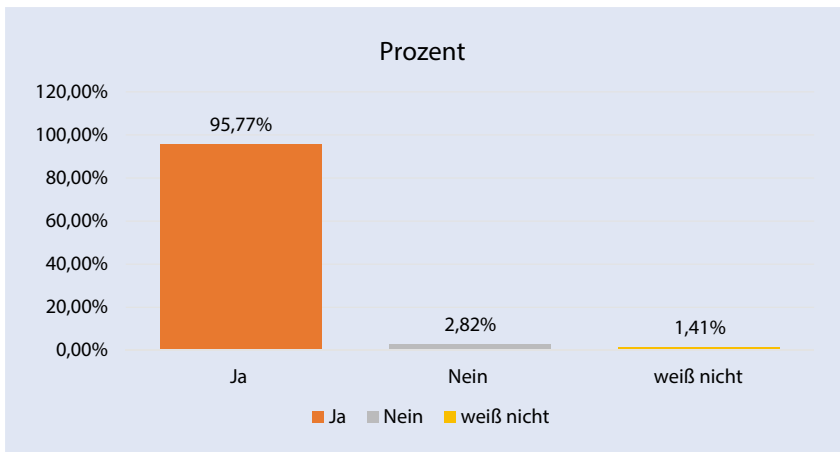
Als weitere Maßnahmen zum Schutz vor Corona, die angeboten wurden, nennen die Bewohnerinnen und Bewohner

- Separieren der Gruppen durch verschiedene Essenszeiten,
- Desinfizierungsmaßnahmen 2x / Tag,
- Übernahme des Einkaufens,
- Masken,
- Abstand halten,
- Hände desinfizieren,
- Kontakt vermeiden,
- Schnelltests,
- Trennwände.

Diese Vorkehrungen trafen allerdings nicht immer die Vorstellungen der Befragten, vielmehr wären aus ihrer Sicht

- andere Maßnahmen als Masken,
- mehr Klarheit und Nachvollziehbarkeit bei den Regelungen,
- Schluckimpfung und Tabletten sowie
- das Ende von Corona

willkommen gewesen.



■ **Abb. 2.10** Impfstatus – „Wurden Sie gegen Corona geimpft?“ (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### Präventionsgebot und Risikoreduktion

Allgemein schätzen sich die Bewohnerinnen und Bewohner als gesund ein. In der Pandemie werden Angebote und Gebote rund um die Gesundheit verstärkt, um Risiken zu reduzieren. Sie beziehen sich auf alle Personenkreise, die in den besonderen Wohnangeboten leben, arbeiten oder zu Besuch kommen. Etwa ein Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner ist selbst an Corona erkrankt. Die Verläufe sind meist mild. Dennoch sprechen über zwei Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner davon, sich zu sorgen oder zu ängstigen, etwa vor Krankenhaus und Tod. Die Quarantäne empfinden sie als sehr belastend. Dagegen schätzen einige die Versorgung mit Nahrung und die Aufmerksamkeit für ihr Befinden sehr.

Dissonanzen zwischen ihrer ausgelagerten und eingeschlossenen Wohnsituation und ihrer Zufriedenheit mit dem erlebten Gesundheitsschutz empfinden die Bewohnerinnen und Bewohner kaum. Beschwerden beziehen sich vor allem auf die Isolation im eigenen Zimmer, auf zu wenig Körperpflege, um das Personal zu schützen, auf unzulängliche Unterstützung der Kontakte zu Familie oder Freunden sowie auf lästige Telefonate mit der Krankenkasse. Über 80 Prozent der Befragten denkt trotz allem, dass der Schutz vor Corona gut gelingt. Dies wird mit hoher Zufriedenheit (drei Viertel) mit der Einrichtung verbunden, die für Impfen, Testen und Abstand halten Sorge trägt. Bisweilen werde dies allerdings übertrieben.

Es wird wahrgenommen, dass das Fachpersonal für die Bewohnerinnen und Bewohner die Verantwortung übernimmt. Arztbesuche sind grundlegend verändert (meinen 80 %). Es gebe Hausbesuche, langes Warten auf Termine und weitere auf Abstand ausgerichtete Regularien. Fast alle Befragten (96 %) geben an geimpft zu sein.

Gesundheit auf Abstand wird angestrebt. Das Verhalten ordnet sich dem Virus unter. Drei Viertel bestätigen positive Änderungen des eigenen Gesundheitsverhaltens, aber zugleich nennt die Hälfte negative Veränderungen wie Bewegungseinschränkungen. Zu Maßnahmen wie dem Trennen der Bewohnerinnen und Bewohner bei Mahlzeiten oder bei anderen Begegnungsmöglichkeiten, gibt es kritische Stimmen. Bei allen Aktionen, wie laufende Desinfektionen, Tests sowie physische Distanz, wünschen sich die Befragten mehr Klarheit und außerdem ein Ende der Pandemie.

## 2.7 Nicht in Arbeit – Beruf, Werkstatt, Rente

Alle Bewohnerinnen und Bewohner in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe haben in der Regel einen Bezug zum Arbeitsleben.

Gut die Hälfte der Befragten (59,7 %) gab an, in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt zu sein, gut ein Drittel (35,7 %) ist nach eigenen Angaben in Rente (s. ■ Tab. 2.3). Die restlichen Personen bezeichnen sich als in Berufsausbildung oder Umschulung (2,4 %), arbeitssuchend (2,4 %) oder arbeitslos (4,3 %).

Der hohe Anteil der Werkstattbeschäftigten entspricht der Grundkonzeption der Eingliederungshilfe mit Wohnangeboten. Allerdings wirkt sich der demografische Wandel auch hier so aus, dass immer mehr Bewohnerinnen und Bewohner in das Rentenalter eintreten und dann in ihrer Wohnsituation bleiben.

Knapp zwei Drittel (61,54 %) der Interviewten sind mit ihrer Arbeitssituation insgesamt sehr zufrieden oder zufrieden (s. ■ Abb. 2.11) und fast alle (90 %) berichten, selbst über ihr verfügbares Geld zu entscheiden.

Während der Corona-Pandemie wurde der Zugang zum Arbeitsleben über längere Zeitspannen teilweise vollständig ausgesetzt. Die WfbM wurden geschlossen oder umorganisiert in die Häuslichkeit. Damit veränderte sich für einen Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner die Tagesstruktur wesentlich.

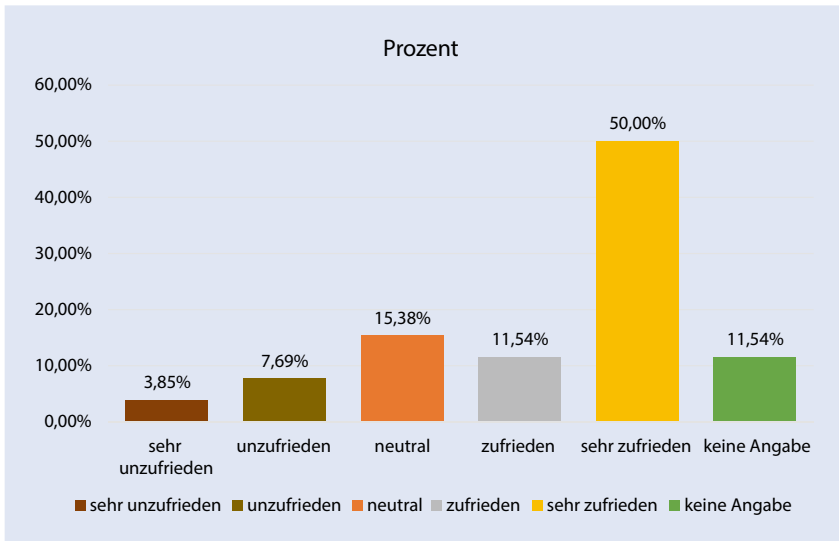
Im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie gestalteten sich auch die arbeitsbezogenen Umstände neu. Das bestätigen drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner (73,6 %), die meinen, das Arbeitsleben habe sich durch die Pandemie verändert. Im Einzelnen berichten sie,

- Arbeiten war zeitweise nicht erlaubt,
- bei der Arbeit musste man Abstand halten,

■ Tab. 2.3 Beschäftigungsstatus der Befragten (Angaben in %)

Beschäftigungsstatus	Häufigkeit in %
Werkstatt für behinderte Menschen	59,7
Rente	35,7
Berufsausbildung oder Umschulung	2,4
Arbeitssuchend	2,4
Arbeitslos	4,3

(Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 2.11** Zufriedenheit mit der Arbeit insgesamt (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

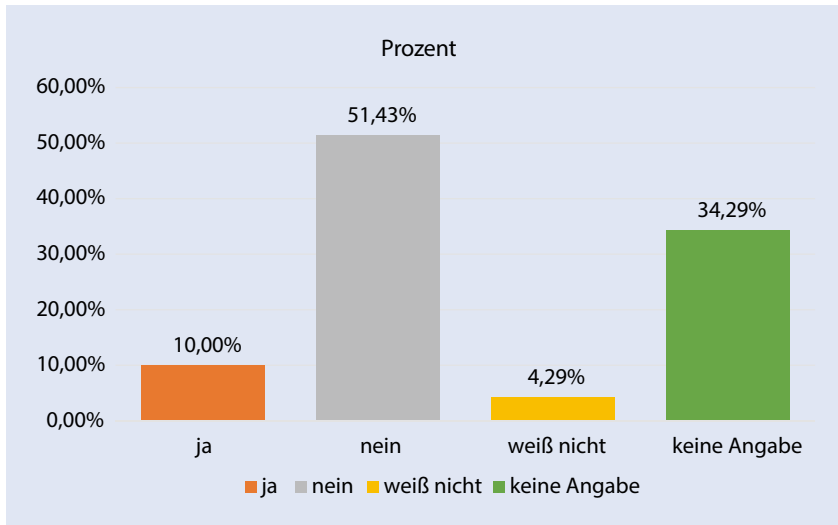
- der Arbeitsort wurde gewechselt,
- verschiedene Arbeitsbereiche wurden geschlossen und in einer Gruppe gearbeitet,
- in den Wohngruppen wurde gearbeitet,
- Pausen wurden in getrennten Gruppen umgesetzt,
- es gab die Möglichkeit zum Homeoffice.

Bedauert wurde, Kontakte zu verlieren, da man sich nicht mehr bei der Arbeit sehen konnte. Zugleich wurde begrüßt, dass

- durch verkleinerte Gruppen der Arbeitsplatz viel ruhiger wurde,
- das Testen vieles verbessert hat – auch wenn es nervt.

Assistenzleistungen mit Bezug zur Arbeit benötigten über die Hälfte (51,43 %) derjenigen, die eine Angabe zum Bereich Arbeit gemacht haben, nicht (s. ■ Abb. 2.12).

Weitere Veränderungen bezogen auf die Pandemiesituation wurden nicht genannt.



■ **Abb. 2.12** Notwendige Unterstützung bei Dingen rund um die Arbeit (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Auch in finanzieller Hinsicht (nämlich bezogen auf das Geld, das wöchentlich zur Verfügung steht) gaben die meisten Bewohnerinnen und Bewohner (84,3 %) an, ihre Situation sei unverändert.

Einige der Befragten (3,4 %) äußern jedoch, über weniger Geld zu verfügen, da ihnen z. B. im Lockdown kein Taschengeld gezahlt wurde. Andere (1,7 % der Antwortenden) sehen während der Pandemie Gelegenheiten zum Sparen, da sie ihr Geld aufgrund der beschränkten Möglichkeiten nicht ausgeben konnten. Wenige (5,7 %) berichten schließlich, dass sich die Freiheit, selbst über das Taschengeld zu bestimmen, in der Coronazeit verändert habe.

### Arbeitsstrukturen und Einkünfte

Weit über die Hälfte der befragten Bewohnerinnen und Bewohner (knapp 60 %) waren an sich in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigt oder in Rente (36 %). Mit ihrer Beschäftigungssituation bzw. Tätigkeit waren sie generell sehr zufrieden oder zufrieden. Die Teilmenge an ihrer aus der Situation gewonnenen finanziellen Ressource („Taschengeld“) konnten fast alle (90 %) im Prinzip nach eigenen Vorstellungen ausgeben oder

sparen. Die Hälfte der Antwortenden gab an, ohne Unterstützung am Arbeitsleben (WfbM) teilnehmen zu können.

Unter der Pandemie war der Arbeitsbereich weitgehend ausgeblendet. Die Produktionen wurden eingestellt oder – um vertraglichen Verpflichtungen folgen zu können – aus den Werkstätten verlagert. Diese direkte Betroffenheit berichten drei Viertel der Interviewten als wesentliche Veränderungen. Beispielsweise wurden WfbM oder spezifische Arbeitsbereiche geschlossen, Tätigkeitsfelder wurden geändert, Produktionsgruppen wurden getrennt bis zur Heimarbeit. In diesem Zusammenhang haben sich Kontaktchancen und Gruppengrößen wesentlich verringert.

Unverändert blieb bei den Interviewten meist (bei etwa 85 %) das wöchentlich verfügbare Geld während der Coronazeit. Nur Einzelne erwähnen, dass ihnen im Lockdown kein Taschengeld ausgezahlt wurde. Andere sprechen von Chancen zu sparen, aber auch das Ende der Freiheit, über dieses Geld zu bestimmen, wird von knapp sechs Prozent berichtet.

## 2.8 Partizipation – Beteiligung, Mitsprache, Mitbestimmung

---

Nach § 78 SGB IX ist in der Eingliederungshilfe die selbstbestimmte und eigenständige Bewältigung des Alltags auch mithilfe von Assistenzleistungen intendiert. Unterstützungen sind beispielsweise bei der Haushaltsführung, der Gestaltung sozialer Beziehungen, der persönlichen Lebensplanung, der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, der Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten. Auch ärztliche und ärztlich verordnete Leistungen waren möglich (s. Abschn. 2.5). Über die konkrete Gestaltung der Leistungen entscheiden die Leistungsberechtigten auf der Grundlage des Teilhabeplans (§ 19 SGB IX). Dabei sind auch Abstimmungen zu Ablauf, Ort und Zeit der Inanspruchnahme einbezogen. Die Assistenz kann dabei die vollständige oder teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten umfassen. Sie beinhaltet insbesondere die Befähigung zur eigenständigen Alltagsbewältigung durch assistierende Fachkräfte (qualifizierte Assistenz).

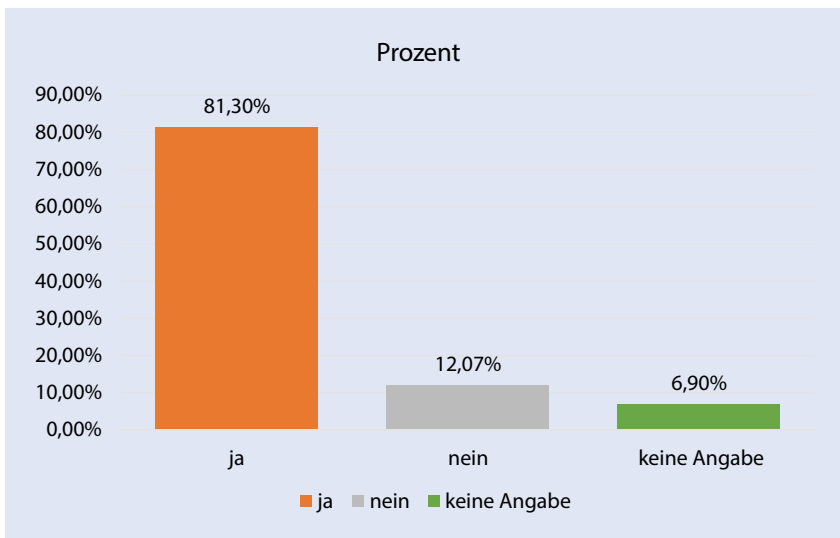
Insofern bedeutet Wohnen mehr als das Angebot von Häuslichkeit und Diensten. Es ist auch ein Raum für verwirklichte Teilhabeplanung. Die Formen des Zusammenlebens in besonderen Wohnformen sollen von diesen Maßgaben geleitet sein und mit entsprechenden Maßnahmen auch die Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung bewahren, entwickeln und stärken.

Dies erfordert Mitsprache und Mitbestimmung in der Alltagsgestaltung bei der Organisation und zugleich zwischen den Gruppenmitgliedern untereinander. Gemeinschaft soll in Selbstbestimmung auch gelebt werden und Unterstützung jeweils individuell passgenau gelingen.

Sehr viele Bewohnerinnen und Bewohner (81,03 %) äußern, unter Corona-Bedingungen habe sich die Mitbestimmung in der jeweiligen Wohnsituation geändert (s. ■ Abb. 2.13).

Veränderungen zum Besseren wurden nicht beschrieben. Einschränkungen der Mitbestimmung entstehen nach Meinung der Interviewten durch allgemeine Corona-Regelungen, aber zugleich besteht ein Zusammenhang mit Rahmenbedingungen und Faktoren, die Optionen limitieren. Genannt wurden

- Einschränkung der eigenen Handlungsfähigkeit durch den Wegfall sämtlicher Angebote,
- keine Möglichkeit mehr, zu bestimmen was man machen möchte,
- Mangel an Informationen,
- wenig Zeit der Betreuerinnen und Betreuer,
- ständiges Erinnern an die Masken und daran, wer in den Essensräumen wann wo sitzt.



■ **Abb. 2.13** Veränderung der Mitbestimmung in der Wohnsituation durch Corona (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Kommunikationen wurden als mehr Corona bezogen und reglementierend wahrgenommen. Der Ermöglichungscharakter ging also verloren. Beratung zur Selbstbestimmung schien nun eine nachgeordnete Rolle zu spielen. Entsprechend forderten die Bewohnerinnen und Bewohner, schneller und besser Bescheid zu bekommen. Zusätzlich wurden von den Interviewten Wünsche bezogen auf Mitbestimmung geäußert, mit Blick auf mehr

- Kontakte (zu Freundinnen und Freunden),
- Informationen (über neue Bewohnerinnen und Bewohner),
- Angebote (Ausflüge, Freizeitprogramme, Veranstaltungen),
- Entlastung für das Personal.

Mehr Mitbestimmung ist aus Sicht der Befragten vor allem auch bei den Corona-Regelungen wichtig, und dass es keine Maskenpflicht mehr in der Wohnsituation gibt. Gemessen an den beschriebenen generell hohen Zufriedenheitswerten ergaben sich hier deutliche spezifische Hinweise auf Veränderungswünsche.

### Partizipation – mehr als Dabeisein

Partizipation ist ein Kernelement der Teilhabe-Gesetzgebung. Sie gilt auch im Bereich des Wohnens als wesentliches gemeinschaftsbildendes und Selbstbestimmung förderndes Bestandteil und Mittel der Eingliederungshilfe.

In der Corona-Pandemie haben sich die Partizipationschancen nach Angabe der meisten Bewohnerinnen und Bewohner (über 80 %) wesentlich verändert. Die Rede ist von erheblichen Einschränkungen der Handlungsfähigkeit ebenso, wie von nennenswertem Informationsmangel.

Gewünscht wurden somit mehr Angebote, Kontakte, Mitbestimmung und Information in vielfacher Weise, auch bezogen auf Corona-Maßnahmen, gemeinsam mit weniger Maskenpflicht.

## 2.9 Sicherheit, Schutz, Diskriminierungsrisiken

---

Sicherheit und Schutz (auch vor Gewalt innerhalb der Wohnsituation) gewinnen wegen der ausgeprägten physischen Exklusion von Menschen während der Pandemie besondere Brisanz. Viele Bewohnerinnen und Bewohner waren oder sahen sich nicht in der Lage, in diesem heiklen, besonders mit Emotionen und Vertrauen verbundenen Fragenfeld zu antworten. Dies ist bei der Einordnung der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Die Bewohnerinnen und Bewohner formten zur Sicherheit unter Corona-Bedingungen folgendes Bild. Sehr viele der Bewohnerinnen und Bewohner (70,8 %) meinen, bezogen auf ihr Gefühl von Sicherheit habe sich durch die Corona-Pandemie nichts geändert. Verbunden mit der Pandemielage sprechen manche Interviewte an, das Bewusstsein für Sicherheit habe sich gezeigt durch

- Ausgangssperren, Masken und Impfung.

Mit der Sorge und Sicherheit verbinden einzelne Befragte eigene Ängste und Bedenken wie

- Angst vor einer Corona-Ansteckung,
- Sorge um die Einsamkeit von Freundinnen und Freunden,
- vermehrte Unsicherheit in Menschenansammlungen.

Zu erhöhten Risiken sexualisierter oder physischer Gewalt gibt es keine Hinweise. Insofern lässt sich auch keine besonderes Risikolage während der Corona-Pandemie beschreiben. Es gibt einige Anmerkungen zu konkreten Diskriminierungserfahrungen (s. ■ Tab. 2.4). Allerdings machten bei Fragen der Diskriminierungen viele Befragte keine Angaben.

Die meisten Antwortenden verneinen Diskriminierungserfahrungen ausdrücklich. Dies trifft auf Diskriminierungen wegen des Geschlechts, des Aussehens, des Alters, der Beeinträchtigung sowie der religiösen

■ **Tab. 2.4** Diskriminierungserfahrungen I – „Wurden Sie schon einmal benachteiligt oder schlecht behandelt, ...“ (Angaben in %)

in %	oft	hin und wieder	nie	keine Angabe / weiß nicht
weil Sie ein Mann / eine Frau sind?	1,6	8,1	59,7	30,6
wegen Ihres Aussehens?	3,3	4,9	55,7	36,0
wegen Ihrer Religion?	1,6	1,6	54,1	42,6
weil Sie eine Beeinträchtigung haben?	3,3	8,2	54,1	34,4
weil Sie nicht-deutsch sind?	-	-	39,7	60,3
weil Sie lesbisch oder schwul sind?	-	-	37,9	62,1
wegen Ihres Alters?	-	1,6	54,1	44,2

(Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Orientierung besonders zu. Bei nicht-deutscher Herkunft oder sexueller Orientierung sind eventuell auch Botschaften von „trifft nicht zu“ enthalten. Da die meisten Bewohnerinnen und Bewohner deutscher Herkunft sind (s. Abschn. 2.1), sind nur wenige Diskriminierungs-Optionen gegenüber Nicht-Deutschen möglich.

Im zweistelligen Bereich (11,5 %) werden „oft“ oder „hin und wieder“ Diskriminierungen wegen einer Beeinträchtigung berichtet. Hierzu gibt es nähere Erläuterungen (s. ■ Tab. 2.5). Zugleich fällt aber auch hier eine große Gruppe auf (etwa ein Drittel der Befragten), die keine Angaben macht.

Fast jede zweite der antwortenden Personen erklärt, nie aufgrund der Beeinträchtigung diskriminiert worden zu sein. Diskriminierungserfahrungen in Form ungerechter Behandlungen werden am wenigsten rückgemeldet („oft“ und „hin und wieder“, zusammen 14,8 %). Die Antwortenden berichten (jeweils in Summe zu etwa einem Fünftel) davon, „oft“ oder „hin und wieder“ ignoriert oder nicht ernst genommen (21,4 %), herabgesetzt oder respektlos behandelt zu werden (23 %) oder auch davon, dass man sie hänselt, schikaniert oder belästigt (19,7 %).

Zu der Frage, wer sie diskriminiert habe (s. ■ Abb. 2.14), äußerten sich die Bewohnerinnen und Bewohner kaum. Ein besonders großer Teil der Interviewten (fast 70 %) gibt keine Auskunft.

Diskriminierende Personen sind laut Interviewten

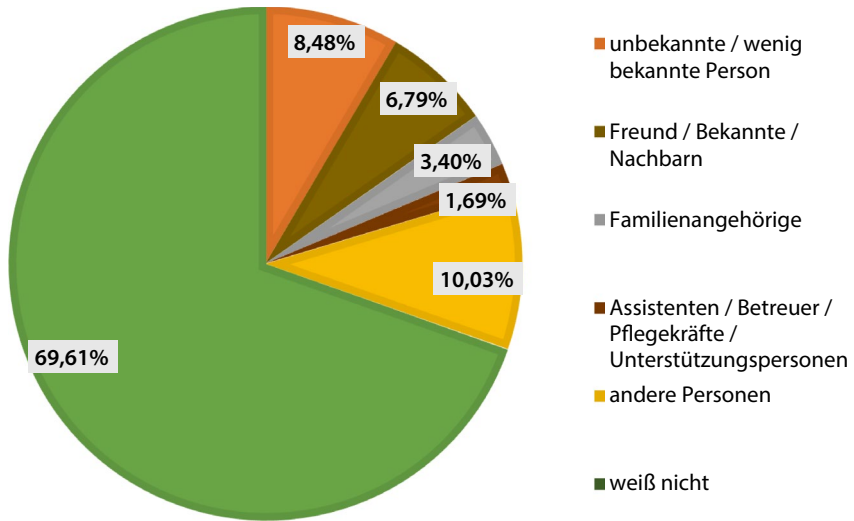
- unbekannte / wenig bekannte Personen (8,47 %),
- befreundete Personen / Bekannte / Nachbarn (6,78 %),
- Familienangehörige (3,39 %),

■ **Tab. 2.5** Diskriminierungserfahrungen II – „Wurden Sie aufgrund Ihrer Beeinträchtigung schon einmal...“ (Angaben in %)

in %	oft	hin und wieder	nie	keine Angabe / weiß nicht
ignoriert oder nicht ernst genommen?	4,9	16,4	45,9	32,8
herabsetzend oder respektlos behandelt?	6,6	16,4	44,3	32,8
gehänselt, schikaniert oder belästigt?	8,2	11,5	49,2	31,2
ungerecht behandelt?	3,3	11,5	47,5	37,7

(Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN – WER HAT DAS GEMACHT?



■ **Abb. 2.14** Diskriminierungserfahrungen – Täterinnen und Täter (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

- Fachkräfte wie Assistenzperson / Betreuende / Pflegekräfte / Unterstützende (1,69 %),
- andere Personen (10,07 %), wie (ehemalige) Mitwohnende, Partnerinnen und Partner, Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, Bedienungen im Restaurant sowie Zugbegleiterinnen und Zugbegleiter.

Auch zum Risiko von Gewalterfahrungen war die Antwortbereitschaft gering. Rund 40 Prozent der Interviewten ließen diese Fragen offen. Etwas weniger als die Hälfte der Antworten lauten, keine entsprechenden Erfahrungen gesammelt zu haben (s. ■ Tab. 2.6).

Etwa fünf Prozent der Antwortenden berichten, „oft“ gegen ihren Willen festgehalten oder am Weggehen gehindert worden zu sein. Auch körperliche Angriffe, z. B. heftig geschlagen, weggeschleudert oder getreten worden zu sein, werden genannt. Etwa doppelt so häufig wird angegeben, entsprechende Erfahrungen „hin und wieder“ gemacht zu haben.

**Tab. 2.6** Gewalterfahrungen – „Wurden Sie schon einmal gegen ihren Willen ...“ (Angaben in %)

in %	oft	hin und wieder	nie	keine Angabe / weiß nicht
festgehalten oder daran gehindert wegzugehen?	4,9	9,8	42,6	42,6
körperlich angegriffen, z. B. heftig geschlagen, weggeschleudert oder getreten?	5,1	11,9	47,5	35,6

(Quelle: Eigene Berechnung und eigene Darstellung)

Zu den Personen, die die beschriebene Gewalt ausüben, wurden auch Rückmeldungen erbeten. Aber noch ausgeprägter als bei der Diskriminierungsfrage geben hier die Befragten oft keine Antwort (knapp 75 %) (s. **Abb. 2.15**).

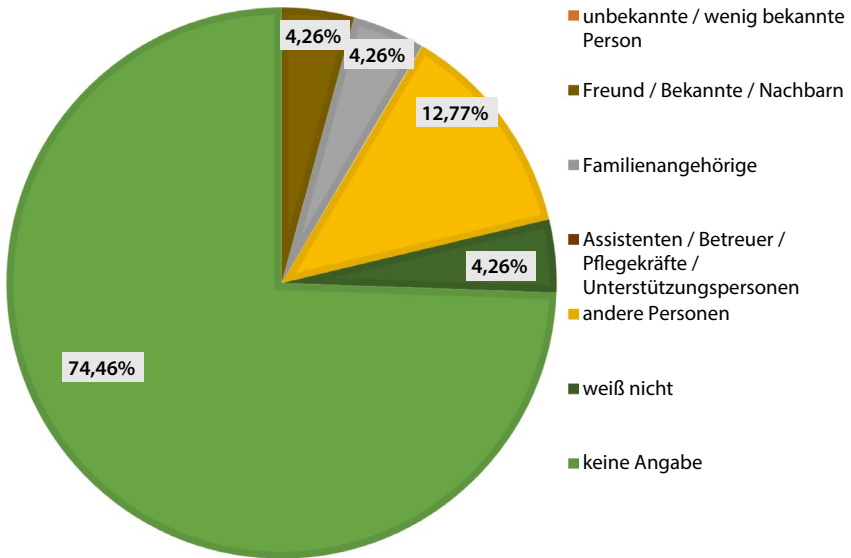
Laut dem Viertel der Befragten, die sich äußern, wurden Gewalterfahrungen gemacht mit

- befreundeten Personen / Bekannten / Nachbarn (4,26 %),
- Familienangehörigen (4,26 %),
- anderen Personen (12,77 %), das sind Arbeitskolleginnen und -kollegen, (ehemalige) Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, Mitschülerinnen und -schüler, Partnerinnen und Partner sowie eine besonders bezeichnete männliche Person [hier anonymisiert].

Wie Unterstützung bei Gewalterfahrungen während der Corona-Pandemie erfolgt ist, lässt sich – mit Vorsicht wegen der schmalen Datenbasis – folgendermaßen einschätzen:

- Ein Fünftel gibt an, dass sich während der Corona-Pandemie keine Veränderungen darin gezeigt hätten, wie ihnen bei Gewalterfahrungen geholfen wurde.
- Eine Einzelperson (1,7 %) berichtet von einer Verbesserung der Unterstützung in Gewaltsituationen, erläutert dies aber nicht näher.
- Die Mehrheit der Befragten (78,3 %) macht in diesem Fragenbereich keine Angaben.

## KÖRPERLICHE GEWALT – TÄTER:INNEN



■ **Abb. 2.15** Gewalterfahrungen – Täterinnen und Täter (Angaben in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### Sicherheit in schützenden Einrichtungen

Wie es um die Sicherheit in den Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe bestellt ist, lässt sich auf der erhobenen Datenbasis nicht klar beurteilen. Die Zahl der Nicht-Antwortenden ist ausgesprochen hoch. Dies lässt sich zunächst so deuten, dass die Fragen in Tabuzonen reichen. Bedenken der Interviewten gegenüber der versprochenen Vertraulichkeit wären Spekulation. Auf der schmalen Datenbasis ist eine seriöse Analyse kaum möglich, weder bezogen auf die allgemeinen Zustände, noch zu den Bedingungen während der Pandemie, die mehr von Vereinzelung (Isolation) und eventuell Schwierigkeiten, sich Rat und Hilfe zu holen, geprägt waren.

Nach Meinung der meisten antwortenden Bewohnerinnen und Bewohner (über 70 %) blieb während der Corona-Pandemie der Bereich Sicherheit und Schutz unverändert. Andere geben Hinweise zu mehr Sicherheit durch den Einschluss der Bewohnerinnen und Bewohner, sowie durch Masken und

Impfungen. Sorgen wurden wegen Ansteckungsrisiken, Einsamkeit und Angst vor zu großen Menschenmengen geäußert. Insgesamt thematisieren die Bewohnerinnen und Bewohner Übergriffe oder Gewalterfahrungen sehr zurückhaltend, aber dennoch werden entsprechende Erfahrungen in etwa 15 Prozent der Nennungen („oft“ oder „hin und wieder“) berichtet. Auch die generellen Beschreibungen von Diskriminierungserfahrungen deuten auf „Vorkommnisse“ hin. Hier bleiben also offene Fragen, die durch weitere Beobachtungen und Analysen zum Schutz vor Diskriminierung weiter geklärt werden sollten.

## Literatur

---

- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2022). *Abschlussbericht. Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung*. (Forschungsbericht 598) von infas (Institut für angewandte Sozialwissenschaft) GmbH. Bonn.
- Dobrasky, Kerry / Hargittai, Eszter (2021). Piercing the pandemic social bubble: Disability and social media use about COVID-19. *American Behavioral Scientist*, 65(12), 1698–1720.
- Duplaga, Mariusz (2017). Digital divide among people with disabilities: Analysis of data from a nationwide study for determinants of Internet use and activities performed online. *PLoS ONE*, 12(6), 1–19.
- Schäfers, Markus / Schachler, Viviane / Schneekloth, Ulrich / Wacker, Elisabeth (2016). *Pretest Befragung in Einrichtungen der Behindertenhilfe: Abschlussbericht*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB471). Fulda: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Hochschule Fulda, Zentrum Gesellschaft und Nachhaltigkeit (CeSSt); TNS Infratest Sozialforschung GmbH; Technische Universität München, Fak. für Sport- und Gesundheitswissenschaft, Lehrstuhl für Diversitätssoziologie. ► <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ss0ar-48223-8>.
- Vögele, Claus (2013). Was ist Gesundheit? Verhaltenstherapie. Praxis – Forschung – Perspektiven, 23, 232–233. ► <https://doi.org/10.1159/000356956>.
- Wacker, Elisabeth / Beck, Iris / Brandt, Martina / Köbsell, Swantje / Lippke, Sonia / Niehaus Mathilde (2023). *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. Health in All Policies als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung*. Springer VS, Wiesbaden.
- Wacker, Elisabeth / Wetzler, Rainer / Metzler, Heidrun / Hornung, Claudia (1998). *Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen selbständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 102. Nomos, Baden-Baden.
- WHO (World Health Organization) (2002 | 1946). Constitution of the World Health Organization. 1946. International Health Conference. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983–984. ► <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268688>.
- WHO (World Health Organization) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organization, Geneva.

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (► <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Fürsorge, Fürsprache, Führung – Perspektiven der Leitungsebene

## Inhaltsverzeichnis

- 3.1 Wohnen, Assistenz, Aufenthalt –  
Einrichtungsbezogene Informationen – 65
- 3.2 Vor der Pandemie – Ausgangslage in den  
besonderen Wohnformen – 71
- 3.3 Schutzmaßnahmen der Einrichtungen – 76
- 3.4 Schutz für Bewohnerinnen und Bewohner – 94
- 3.5 Kommunikation mit Angehörigen und  
weiteren relevanten Personen – 99
- 3.6 Exklusionsgefährdungen – 101
- 3.7 Erfahrungen und Erkenntnisse in der  
Einrichtung – 105
- Literatur – 116

**Ergänzende Information** Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann  
▶ [https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_3).

*Eckdaten der Auswertung*

*Es wurden N = 19 Einrichtungen der besonderen Wohnformen einbezogen.*

*Die Rückmeldungen erfolgten digital. Die Eingaben dauerten zwischen 18 und 80 min.*

*Die Befragung begann im Dezember 2021 und erstreckte sich bis April 2022.*

*Die Befunde sind in sieben Bereiche gliedert.*

3

### **Zusammenfassung**

Leitungspersonal in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe sieht sich im Aufgabenfeld zwischen Fürsorge und Führung. Die Verantwortlichen wurden gesondert befragt. Sie mussten während der Corona-Pandemie schwerwiegende Entscheidungen treffen. In die WoGe-Studie „Wohnen in Gesundheit“ waren deutschlandweit Wohnangebote mit verschiedenen Profilen und in unterschiedlichen Regionen einbezogen. Meist lagen Notfallpläne für Gemeinschaftsunterkünfte vor, die aber den Anforderungen der Pandemie nicht genügten. Es mangelte zunächst an erforderlichem Material und stets an kundigem Personal, unterstützenden Verfahren sowie an Wissen. Selbständigere Bewohnerinnen und Bewohner forderten die Anbieter heraus, wobei soziale Teilhabe den Schutzanliegen weichen musste. Mit Behörden gestaltete sich der Umgang konfliktreich. Schutzmaßnahmen waren vor allem Kontaktverbote. Termine und Besuche wurden ausgesetzt. Oft waren soziale Kontakte über Monate auf fachliche Betreuung reduziert. Den Leitungspersonen war bewusst, so nicht angemessen den Kernaufgaben Rehabilitation, Teilhabe, Selbstbestimmung nachzukommen. Ihr Fokus lag auf stabiler Versorgung mit spezifischen Dienstplänen und „social distancing“. Dies wurde im Pandemie-Verlauf schrittweise gelockert oder aufgehoben. Personalengpässe ließen sich kaum puffern. Wachsende digitale Kompetenz in Kommunikation und Information wirkte hingegen hilfreich. Aus Leitungssicht darf sich keine entsprechende Krisensituation wiederholen. Um zeitnah präventiv gegenzusteuern werden mehr öffentliche Anerkennung, politische praxisnahe Unterstützung und

zuallererst angemessene personelle Ausstattung gefordert. Zudem müssen künftige Regulierungen die Ziele der Eingliederungshilfe verstehen, achten und einbeziehen.

Der Überblick über die bundesweit in die WoGe-Studie einbezogenen Einrichtungen der Eingliederungshilfe (besonderen Wohnformen) bietet eine spezifische Informationsbasis zur breit angelegten Lagebeschreibung und die Möglichkeit, die Passung der Stichprobe zur Gesamtlage in den Blick zu nehmen.

Die Befragung setzt hierzu beim Personenkreis mit Leitungsverantwortung an. Hier mussten während der Corona-Pandemie schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden. Einerseits galt die Aufmerksamkeit der gebotenen Fürsorge für den vulnerablen Personenkreis der Bewohnerinnen und Bewohner, der erforderlichen Fürsprache bei lückenhaften Wissensgrundlagen und einem harten Wettbewerb um rare Versorgungsgüter. Andererseits musste der Logik verordneter und erforderlicher Maßnahmen Folge geleistet werden, um die Pandemie-Risiken in Wohneinrichtungen zu kontrollieren und möglichst einzudämmen.

Leitung bedeutete zur Zeit der Pandemie ebenso, Führungsaufgaben außerhalb der Routinen zu übernehmen und zu verantworten. Zielgruppen waren hierbei sowohl die in der Wohnform leistungsberechtigten Personen, als auch das Fachpersonal und verschiedene Gruppen der externen Nahestehenden, wie Angehörige und Freundeskreise der Bewohnerinnen und Bewohner. Es ergab sich ein komplexes Ringen mit zwingend erforderlichen Maßnahmen, lange unzureichender Ausstattung oder bisweilen schwer nachvollziehbaren und kurzfristig erfolgten Anweisungen durch Behörden und Politik.

Die Perspektive der Leitungspersonen von besonderen Wohnformen wurde erfasst über Angaben aus insgesamt 19 Wohneinrichtungen (95 % der Zielgröße) (s. oben Eckdaten der Auswertung zu den Dimensionen dieser Befragung).

Befragt wurde über den im Forschungsprojekt entwickelten Leitungsbogen (LeBo)

- » „Fragebogen zur Erfassung von Corona bedingten Auswirkungen und Entwicklungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe (besonderen Wohnformen)“

(s. Anhang).

Die Befragung fand digital statt. Die jeweilige Bearbeitungsdauer pro LeBo wurde mit der Verweildauer im SoSci-System<sup>1</sup> gemessen. Das Angebot eines face-to-face Interviews wählte keine Einrichtung.

Für die Befragung waren Personen eingeladen, die die Sicht der Einrichtung aus der Position leitender Verantwortung kennen und den erforderlichen Überblick (Wissen zu Planung und Ressourceneinsatz) einbringen können, aber dennoch nahe am Alltagsgeschehen (operative Ebene) sind. Diese Personen sind oft Teil der Leitungsebene, aber kommen – beispielsweise in sehr großen Wohneinrichtungen – auch aus dem Mittleren Management. Jede Einrichtung traf die Entscheidung für sich. Die vorgeschlagene Person stimmte dann unabhängig ihrer Teilnahme zu.

Den Fragebogen flankierten weitere Informationen, die in ausführlichen begleitenden (vor- und nachbereitenden mündlichen Kommunikationen und aus anderen wissenschaftlichen Quellen) gewonnen wurden.

Im Pandemieverlauf mussten die Besuche der Wohneinrichtungen oft mehrfach neu organisiert werden, beispielweise weil relevante Personen positiv getestet waren. Erheblich mehr Wohneinrichtungen als erforderlich waren teilnahmebereit und Besuche dort vorbereitet. Durch diese „Reservestrategie“, die von Gesundheitslagen getragen war (wie Absagen wegen Erkrankung oder Quarantänepflichten), konnten im Rahmen der WoGe-Studie zwar nicht alle bereitstehenden Einrichtungen besucht und befragt werden, aber das Planziel (20 Einrichtungen) wurde in der möglichen Zeitspanne fast vollständig erreicht.

Erfahrungsschätze direkt aus der Praxis des Managements zu heben, war ein wichtiges Anliegen, das auf große Gesprächsbereitschaft traf. Insgesamt wurde deutlich, dass der Einsatz für die Bewohnerinnen und Bewohner in den durch die Corona-Pandemie bestimmten Zeiten sehr hoch war. Zugleich schienen Politik und Gesundheitssystem sehr bemüht, die Lage für als besonders vulnerabel definierte Personengruppen zu kontrollieren (Wacker et al. 2023, S 91 ff.).

Wie die allgemeine Ausgangslage aus Leitungssicht war und inwiefern die besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie besonders gefordert waren, wird im folgenden in sieben Berichtsfelder dargestellt.

---

1 Der Onlinefragebogen wurde mittels SoSci Survey (Leiner 2019) realisiert und den Teilnehmenden auf ► [www.soscisurvey.de](http://www.soscisurvey.de) zur Verfügung gestellt.

Dabei wird auch die jeweilige Datenqualität beachtet.

- Einrichtungsbezogene Informationen,
- Ausgangslage in den Einrichtungen vor der Pandemie,
- Einrichtungsbezogene Schutzmaßnahmen,
- Umsetzung der Schutzmaßnahmen – Bewohnerinnen und Bewohner,
- Umsetzung der Schutzmaßnahmen – Personal,
- Exklusionsrisiken,
- Erkenntnisse aus der Pandemie.

### 3.1 Wohnen, Assistenz, Aufenthalt – Einrichtungsbezogene Informationen

---

Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe bieten Fachleistungen (Eingliederungshilfe) und existenzsichernde Leistungen (Lebensführung) für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung an, die nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) berechtigt sind, dort Assistenz und Aufenthalt zu finden. Leistungen stützen sich auf die Fachlichkeit der Eingliederungshilfe. Als Maßstab genügt dabei nicht alleine die klassifizierte Art oder Ausprägung von Beeinträchtigungen einer Person. Sondern es geht darum, personenbezogen Teilhabe an der Gesellschaft und eine möglichst selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen (Wacker 2020).

Die Leistungen der Eingliederungshilfe (nach SGB IX) sind in vier Gruppen gegliedert:

- Leistungen zur Sozialen Teilhabe
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Eine Differenzierung der Leistungen nach ambulant, stationär und teilstationär ist seit der Reform des BTHG 2020 nicht mehr maßgeblich.

Die qualitativ ausgerichtete WoGe-Studie fokussiert das Kern-Setting „Wohnen“, verbunden mit der Frage nach Gesundheitschancen und -risiken unter den Bedingungen der Corona-Pandemie. Zunächst wird geprüft, ob und inwieweit die gewonnenen Daten generell Aussagekraft zur Lage der Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen haben. Dann geht es darum zu analysieren, welche besonderen Umstände in der Corona-Pandemie relevant werden konnten. Die Aussagekraft der Daten wird mit dem Zuschnitt der Angebote und Anbieterstrukturen in Beziehung gebracht.

Die Daten stammen aus den Rückmeldungen von 19 Einrichtungen (95 % der Zielgröße). Die einrichtungsbezogenen Informationen wurden über den weitgehend strukturierten Erfassungsbogen (LeBo) gewonnen. Zunächst geht es um Informationen, die die beteiligten Einrichtungen profilieren.

### 3.1.1 Die befragten Wohneinrichtungen nach Bundesländern

---

Die WoGe-Studie ist bundesweit zugeschnitten. Beteiligt waren Einrichtungen bis nördlich von Hamburg, im nordöstlichen Mecklenburg-Vorpommern sowie im Süden Deutschlands im gesamten Flächenstaat Bayern sowie Baden-Württemberg. In der Mitte war das bevölkerungsreichste Bundesland (NRW) in seiner gesamten westöstlichen Ausdehnung einbezogen (s. [Abb. 3.1](#)).

Einrichtungen in Metropolregionen sind ebenso vertreten wie solche in sehr abgelegenen ländlichen Lagen in deutschen grenznahen Gebieten. Es sind Wohnformen eingebunden, die über öffentliche Verkehrssysteme nicht oder nur mit Mühe erreichbar sind, ebenso aber auch solche, mit ausgezeichneter Anbindung im öffentlichen Nah- und Fernverkehr.

Die erfassten Anbieter interagierten in der Pandemie-Bewältigung im Rahmen regionaler Zuständigkeiten mit sehr verschiedenen Gesundheitsämtern und anderen maßgeblichen Behörden. Teilweise sollten sie den Anordnungen verschiedener zuständiger Gesundheitsämter bzw. weiterer Behörden folgen.

### 3.1.2 Funktion der Auskunftspersonen

---

Über Auskunftspersonen wird die Rahmung der Wohnsituation in den Einrichtungen (environmental factors; nach ICF, WHO 2001) strukturiert erfasst, um spezifische Aussagen und Anliegen in die jeweils relevanten Kontexte einbetten zu können. Die nach eigener Einschätzung am besten informierten Personen der Leitungsebenen wurden um Antwort gebeten, nachdem sie in ausführlichen Telefonaten oder auch bei persönlichen Begegnungen über Anliegen und Umstände der Studie intensiv informiert waren.



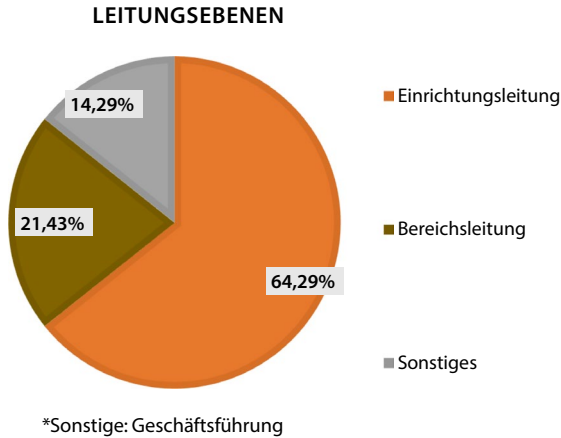
■ **Abb. 3.1** Lage der befragten Einrichtungen. (Quelle: Eigene Darstellung)

Die Funktion der teilnehmenden Personen war zu etwa zwei Dritteln Einrichtungsleitung (64,29 %), zu gut einem Fünftel Bereichsleitung (21,43 %) sowie zu knapp 15 Prozent (14,29 %) Geschäftsführung (■ [Abb. 3.2](#)).

### 3.1.3 Größe der Einrichtungen

Einrichtungen sehr unterschiedlicher Größe wurden befragt.

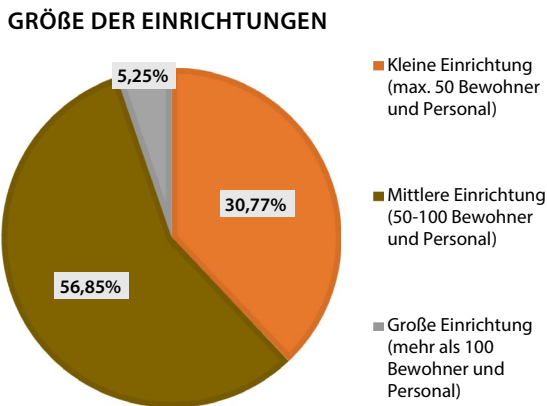
Kleinere Einrichtungen (max. 50 Bewohnerinnen bzw. Bewohner und Personal) nahmen zu etwa einem Drittel teil (30,77 %). Knapp ein Viertel (23,08 %) stellten Einrichtungen mit mehr als 100 Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und Personal. In dieser Gruppe sind auch Komplexanbieter mit



■ **Abb. 3.2** Funktion der Auskunftsperson. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

weit über 1000 Plätzen. Den Großteil der Teilnehmenden bilden mit knapp der Hälfte (46,15 %) Einrichtungen mittlerer Größe (mit 50–100 Bewohnerinnen bzw. Bewohnern und Personal) (■ **Abb. 3.3**).

Diese Binnenstrukturen entsprechen dem bundesdeutschen Einrichtungsbild. Die Studie bildet insofern in angemessener Weise bestehende Strukturen der besonderen Wohnformen ab.



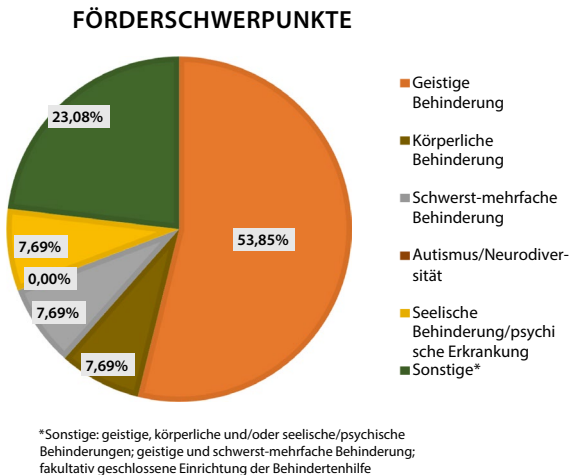
■ **Abb. 3.3** Größe der Einrichtungen. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### 3.1.4 Förderschwerpunkte der Einrichtungen

Die fachliche Ausrichtung der Wohnanbieter spiegelt ebenso die Versorgungsstrukturen im Bereich der besonderen Wohnformen in der Eingliederungshilfe.

Mehr als die Hälfte der erfassten Einrichtungen ordnet sich dem Förderschwerpunkt Geistige Behinderung zu (53,85 %). Die mit knapp einem Viertel der Nennungen (23,08 %) nächstgrößte Subgruppe „Sonstige“ umfasst Einrichtungen mit Angeboten, die sich an Menschen mit geistigen/kognitiven, körperlichen und/oder seelischen/psychischen Beeinträchtigungen, mit geistigen und sog. schwerst-mehrfachen Beeinträchtigungen richten oder die sich auch als fakultativ geschlossene Einrichtung der Behindertenhilfe bezeichnen.

Kleinere Anteile haben Wohneinrichtungen (zu jeweils 7,69 %), die sich spezifisch auf Beeinträchtigungen/psychische Erkrankung, sog. schwerst-mehrfache Beeinträchtigungen sowie körperliche Beeinträchtigungen fokussieren (s. [Abb. 3.4](#)).



**Abb. 3.4** Förderschwerpunkte der Einrichtung. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

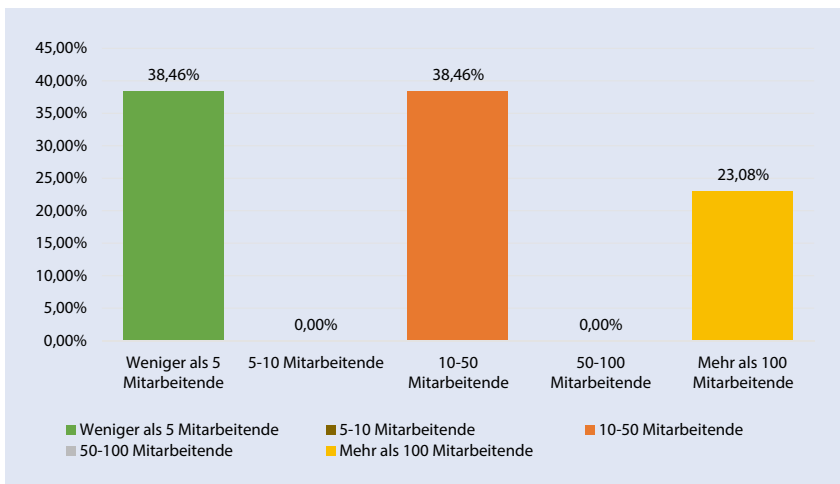
### 3.1.5 Personelle Ausstattung der Einrichtungen

Die Anzahl der Mitarbeitenden hängt mit unterschiedlichen Faktoren zusammen, wie der fachlichen Ausrichtung, der Anzahl der angebotenen Wohnmöglichkeiten, der gelebten Fachkultur, aber auch mit Trägeranliegen und vorgeschriebenen Standards der Eingliederungshilfe (Heimaufsicht, Personalschlüssel, konzeptionelle Dienstplangestaltungen, Vollzeitbetrieb etc.). Schließlich spielen auch die Qualifikation der Beschäftigten und die Möglichkeiten der Mitarbeitergewinnung und -bindung eine wichtige Rolle.

Als grobes Raster zur personellen Ausstattung der teilnehmenden Einrichtungen werden daher Größendimensionen (Vollzeitäquivalente) genannt (s. ■ Abb. 3.5). Es zeigen sich zwei Hauptstrukturen,

- etwa gleiche Anteile (38,46 %) der Wohneinrichtungen haben Mitarbeiterzahlen unter fünf Personen bzw. von zehn bis 50 Personen,
- knapp ein Viertel (23,08 %) geben mehr als 100 Mitarbeitende (bis zu einer sehr viel größeren Mitarbeiterschaft) an.

Dies korrespondiert dem Zuschnitt der erfassten Einrichtungsgößen.



■ **Abb. 3.5** Anzahl der Mitarbeitenden (in Vollzeit umgerechnet). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### Profil der erfassten Einrichtungen

Die einbezogenen Einrichtungen entsprechen insgesamt der typischen Angebotsstruktur in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe. Verschiedene Dimensionen und alle Angebotsformen nach Art der Beeinträchtigungen sind enthalten. Die Größenordnung verhält sich analog zur Menge des beschäftigten Personals.

Die bundesweite Verteilung spiegelt die geografische, länderspezifisch weit gespannte, denkbare Vielfalt der Strukturen. Stadtstaaten sind ausgenommen. Ländliche und städtische Räume sind ebenso wie Metropolregionen einbezogen. Die jeweilige Verfügbarkeit von Mobilitätsanbindungen der Region oder Kommune variiert erheblich zwischen abgelegen bis zentral. Auch besondere Personengruppen (in geschlossener Unterbringung) wohnen in den befragten Einrichtungen.

## 3.2 Vor der Pandemie – Ausgangslage in den besonderen Wohnformen

---

Die Ausgangsbasis und ihr präventives Potenzial wird zunächst beschrieben. So lassen sich Veränderungen in der Pandemie-Zeit möglichst klar abheben. Die Angaben stützen sich auf das Erfahrungswissen in der Leitungsebene. Die generellen Einschätzungen zu hilfreichen oder hinderlichen Voraussetzungen werden jeweils gestützt auf „offen“ formulierte Fragen genauer erläutert. Damit sind freie subjektive Äußerungen möglich und gewünscht. Im Folgenden werden typische Aussagen gebündelt wiedergegeben.

### 3.2.1 Hilfreiche Ausgangsbedingungen

---

Die Corona-Pandemie war eine Bewährungsprobe für die Gesundheitsorge in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe. Im Rückblick zeigten sich Muster von hilfreichen oder hinderlichen Routinen. Als hilfreich wurden beispielsweise übliche Formate der Hygiene- und Gesundheitsplanung sowie standardisierte und alltagsnahe Verfahren der Planung und Beratung angeführt. Auch manche bereits vorhandene Standards und bestehende Erfahrungen im Bereich der Pflege erwiesen sich als unterstützend. Dies betrifft sowohl Abläufe und Materialien, als auch entsprechend qualifiziertes Personal, das

z. B. im Umgang mit Infektionsrisiken Kenntnisse analog zum medizinischen Setting (etwa Klinikalltag) einbringen kann.

Auch der Einsatz externer Fachkräfte wurde als hilfreich zur Milderung der immens gestiegenen Arbeitsbelastungen geschildert.

— „Aufgrund der vorhandenen Strukturen und Gegebenheiten würde ich die Ausgangssituation als gut beurteilen. Es gibt verschiedene Arbeitskreise und Zirkel (z. B. AK Hygiene, AK Pflege, Betr. Gesundheitsmanagement, Rahmenhygieneplan, Hygiene- und Pflegeberatung) und zusätzlich standardisierte Verfahrensanweisungen.

Natürlich waren wir nicht auf eine Situation wie die Corona-Pandemie vorbereitet.“ (ID\_68)

— „Durch die spezifischen Behinderungsbilder (zu 75 % erworbene Schädigungen wie Schädelhirnverletzungen etc.), die in unseren Angeboten unterstützt werden, war vorab schon ein vermutlich höheres Maß an medizinischer Pflege und damit verbundene Rahmenbedingungen und Prozesse nötig (hoher Pflegebedarf, Pflegefachkräfte in allen Teams, Umgang mit den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes und daraus resultierenden Maßnahmen, bereits vorhandene Materialien und Hilfsmittel im täglichen Alltag wie OP-Masken, Umgang mit MRSA im Alltag etc.).“ (ID\_58)

— „Für bereits bekannte Erkrankungen, wie Norovirus, Scabies, Legionellen ... war die Einrichtung gut vorbereitet.“ (ID\_60)

— „Grundsätzlich gibt es einige Möglichkeiten, effektiv auf eine gesundheitliche Gefährdungslage zu reagieren. Durch den zusätzlichen Einsatz von Personaldienstleistern kann die Arbeitsbelastung vorübergehend abgemildert werden.“ (ID\_67)

### 3.2.2 Schwierige Ausgangsbedingungen

---

Als schwierig werden Anforderungen bewertet, die zugleich soziale Teilhabe sichern sollen. Das sind viele Begegnungsgelegenheiten unter den Bewohnerinnen und Bewohnern, Angebote, die Gruppenstrukturen überschreiten und auf der personalen Ebene eine Bewohnerschaft mit relativ hoher Selbstständigkeit.

Zugleich tun sich Wissenslücken auf. Dies sind beispielsweise mangelnde Routinen im Bereich der Prävention (Vermeiden von Krankheits- bzw. Gesundheitsrisiken). Auch die Brücke zwischen konzeptioneller Vorbereitung und den Handlungsebenen (in Form von Organisation, Beschaffung,

Personaleinsatz oder auch Raumzuordnung) erwies sich als nicht hinreichend klar konstruiert.

- *„nicht gut, hohe Durchmischung der Bewohner und des Personals, viel gruppenübergreifende Angebote, sehr selbständige Bewohner.“ (ID\_62)*
- *„nicht ausreichend – mit Optimierungsbedarf – 50 % – Wertigkeit der Prävention zu niedrig ca. bei 20 % – ist ein politisch/gesellschaftliches Problem – keiner war auf die Pandemie vorbereitet – in allen handlungsrelevanten Bereichen – Pandemie-Konzept – Beschaffungs-Konzept – Personal-Konzept – Räumliches-Konzept.“ (ID\_61)*

### 3.2.3 Notfallpläne für Gemeinschaftsunterkünfte

---

Im Prinzip liegen Notfallpläne für die Bewohnerinnen und Bewohner in Form von Checklisten, Regularien (Ablauf- bzw. Verfahrensanweisungen) vor, ebenso gibt es Formate wie auf die Bewohnerschaft jeweils zugeschnittene Aufklärungsgespräche. Diese individualisierten Maßnahmen sind verbunden mit allgemein hohen Basisstandards für Hygiene, Meldepflichten und Routinen, auch für nachbereitende Maßnahmen. Absprachen mit Gesundheitsämtern werden ebenso erwähnt.

In den Rückmeldungen wird aber kritisch angemerkt, dass Gesundheitsämter zwar einerseits aufmerksam sind für Ansteckungsgefahren, die in eine Wohneinrichtung getragen werden können, aber andererseits bestehende Risiken wegen psychischer Belastungen infolge der Isolationssituationen ausblenden.

Teilweise wird berichtet, dass personenbezogen spezifische Notfallpläne (z. B. bei Anfallsrisiken oder anderen besonderen Gesundheitsproblemen) vorliegen. Es gibt aber auch Einrichtungen, die – außer den standardisierten Hygieneplänen, die auch den Umgang mit Viruserkrankungen regeln –, keine Notfallpläne zur Hand haben (s. [Tab. 3.1](#)).

### 3.2.4 Notfallpläne für das Personal

---

Zu Notfallplänen für das Personal finden sich weniger Hinweise. Manche Angaben sind analog zur Bewohnerinnen- und Bewohnersituation (wie Checklisten und allgemeine Hygienepläne und -belehrungen). Zusätzlich gibt es Brandschutz- und Erste Hilfe-Schulungen. Manche erwähnen die Kohortenbildung im Infektions- bzw. Quarantänefall sowie die generell hohen Hygienestandards in Gemeinschaftsunterkünften.

**Tab. 3.1** Notfallpläne für Bewohnerinnen und Bewohner

Notfallplan vorhanden?	Beschreibung des Notfallplans
Ja	Checklisten und Prozesse bei Ausbruchsgeschehen von infektiösen Krankheiten
	Entsprechende Aufklärung und Hygienemaßnahmen wurden vermittelt; viele Gespräche geführt und das Infektionsrisiko dargestellt. Wenn möglich begleitende Spaziergänge. Auch Einkäufe werden angeboten
	Es gab für bestimmte gesundheitliche Problemstellungen Ablauf- und Verfahrensanweisungen, wie z. B. Regelungen bei Infektionsausbruchsgeschehen, z. B. Salmonellen oder Norovirus
	Es gab vor der Pandemie Handlungsanweisungen für den Umgang mit medizinischen Notfällen/Krisen, wie Noro Viren, MRSA und anderen Infektionskrankheiten
	Ja. Der Betrieb von Gemeinschaftsunterkünften erfordert grundsätzlich einen hohen Basisstandard an Hygiene. Dieser Standard ist in Intensität, Häufigkeit und Verwendung von geeigneten bzw. notwendigen Chemikalien, Hygieneregeln, Verhalten usw. der erforderlichen Maßnahmen anpassbar.
	Vor der Corona-Pandemie gab es für solche/mildere Fälle (Influenza Ausbrüche, Parasitenbefall, ansteckende Magen-Darm-Erkrankungen) Verfahrensanweisungen bezüglich der Übertragungswege, Hygienevorschriften, Meldepflichten sowie nachbereitende Maßnahmen. Des Weiteren fand bei Verdacht immer eine Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt statt.
teilweise	Es gab Notfallpläne für die Bewohnerinnen und Bewohner durch das zuständige Gesundheitsamt und die zuständige Heimaufsicht. Die Pläne beinhalten vordringlich die Verhinderung des Eintrags von Viren in die Einrichtung. Der Aspekt der psychischen Belastung durch die vorgegebenen Restriktionen wurde in diesen Plänen zunächst nicht berücksichtigt.
	Für Einzelpersonen; beispielsweise Umgang mit Anfallsproblematik oder gesundheitlichen Problemen
nein	Nein, vor der Pandemie gab es nur Hygienepläne, diese haben aber auch Viruserkrankungen enthalten. Zu Beginn haben wir uns daran gehalten.

(Quelle: Eigene Darstellung)

Task Forces wurden als Notfallmaßnahme erst im Pandemieverlauf gebildet, anfangs gab es auch keine Schutzkleidungen oder Masken. Diese wurden teilweise aus Stoff selbstgefertigt (s. [Tab. 3.2](#))

**Tab. 3.2** Notfallpläne für das Personal

Notfallplan vorhanden?	Beschreibung des Notfallplans
Ja	Checklisten und Prozesse bei Ausbruchsgeschehen von infektiösen Krankheiten
	Die Notfallpläne für die landläufigen Infektionskrankheiten haben sich auch auf die Personalthematik bezogen.
	Es bestanden Pläne für verschiedene Gefahrenlagen, wie z. B. Brandschutz, Alarm und Einsatzpläne für interne und externe Gefahrenlagen. Das Personal wird regelmäßig zu Brandschutz und Erste Hilfe geschult. Bezüglich einer Pandemie/einem Ausbruchsgeschehen sind Verfahrensweisen wie z. B. für den Norovirus bereits vorhanden.
	Es gibt für das Personal Notfallpläne, Hygienepläne, PSA, Kohortenbildung – für den Infektionsfall wird dafür gesorgt, dass möglichst wenig Mitarbeitende zu Kontaktpersonen 1. Ordnung werden und somit nicht in Quarantäne geschickt werden müssen.
	Ja, aber nicht für eine Pandemie – im weiteren Verlauf wurde eine Corona-Taskforce gebildet – die Unterstützung war auf allen Handlungsebenen im Einsatz mit großem Erfolg.
	Ja, der Betrieb von Gemeinschaftsunterkünften erfordert grundsätzlich einen hohen Basisstandard an Hygiene. Dieser Standard ist in Intensität, Häufigkeit und Verwendung von geeigneten bzw. notwendigen Chemikalien, Hygieneregeln, Verhalten usw. der erforderlichen Maßnahmen anpassbar.
	Ja. Handlungsspielräume für best. Infektionskrankheiten
teilweise	Nur Brandschutz und Noro-Virus
nein	Nein, es gab nur den Hygieneplan, es gab keine Masken. Unsere Hauswirtschaft hat Masken aus alter Bettwäsche genäht. Die Mitarbeiter:innen haben sich selber Masken genäht. Auch für unsere Bewohner:innen wurden Masken genäht. Es begann die Förderung der Bewohner im Tragen der Masken.

(Quelle: Eigene Darstellung)

### Vorsorge für Notfälle

Vor der Pandemie lagen bereits Erfahrungen und Notfall-Strukturen vor, wie sie in Gemeinschaftsunterkünften vorgeschrieben sind. Die besonderen Wohnformen konnten sich also teilweise auf Routinen stützen, was sie begrüßen. Auf eine Pandemie dieser Art war dennoch niemand vorbereitet. An den erforderlichen Ausstattungen mit Material, an kundigem Personal und an Verfahren mangelte es entsprechend erheblich.

Je mehr Strukturen und Regelungen an Teilhabeaufgaben ausgerichtet werden mussten, um so problematischer wird die angemessene Umsetzung bewertet. Selbständigere Bewohnerinnen und Bewohner forderten die Einrichtungen in dieser Notzeit mehr heraus, soziale Teilhabe wurde daher eher zurückgestellt.

Der Umgang mit Gesundheitsämtern wird kontrovers beschrieben. Besondere Defizite wurden beim personenzentrierten Denken wahrgenommen. Eine Abwägung zwischen Ansteckungsrisiken und Isolationsfolgen wurde vermisst.

Für den Umgang mit dem Personal gab es neben den üblichen Notfallplänen wenig Verfügbares, auf das man aufbauen konnte. Mit dem Personal zu planen (Task forces) wurde erst mit der Zeit etabliert.

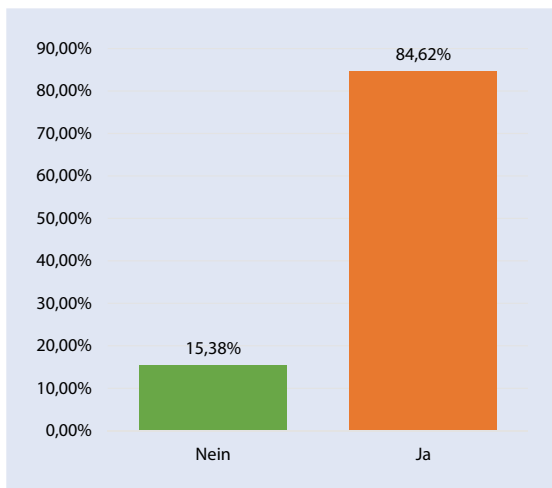
## 3.3 Schutzmaßnahmen der Einrichtungen

Grundsätzlich ist der Alltag in Wohneinrichtungen organisations- und gemeinschaftsbezogen geregelt. Zeitliche, räumliche und Umgangsregeln bestimmen die Einrichtungskonzepte und -maßnahmen. Zu den dort erforderlichen, einzubettenden und umgesetzten Schutzmaßnahmen im Verlauf der Corona-Pandemie werden im Folgenden nähere Rückmeldungen gegeben.

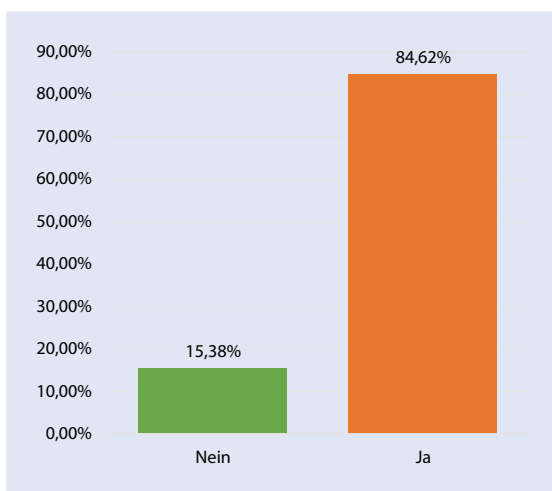
### 3.3.1 Aushänge zu Hygienevorgaben

In Gemeinschaftsunterkünften sind Aushänge eine weit verbreitete Kommunikationsform. Von spezifischen Schutzmaßnahmen der Einrichtung wie Aushänge zu Hygienevorgaben (beispielsweise Hand- und Nieshygiene, Maskenpflicht für Besucherinnen und Besucher, Abstandsgebote) berichten die meisten (84,62 %) der Einrichtungen (s. [Abb. 3.6](#)).

Bis zum Erfassungsendpunkt April 2022 blieb diese Art der Information und Kommunikation unverändert (s. [Abb. 3.7](#)).



▣ **Abb. 3.6** Aushänge zu aktuellen Hygienevorgaben – zu Beginn der Pandemie. (**keine Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung).

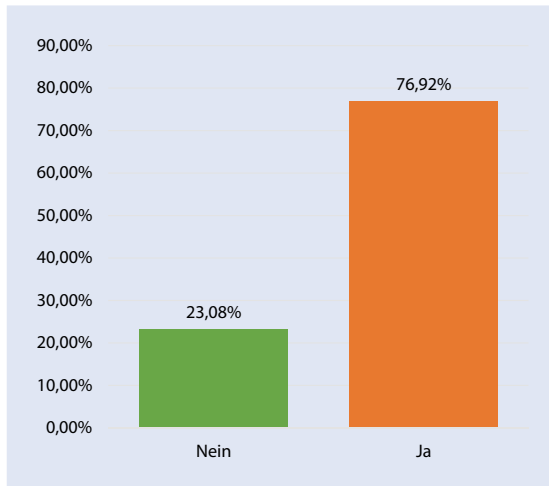


▣ **Abb. 3.7** Aushänge zu aktuellen Hygienevorgaben – zum Befragungszeitpunkt. (**keine Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung).

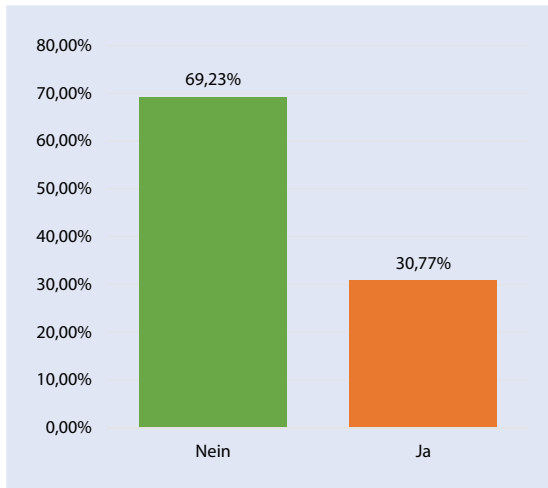
### 3.3.2 Kontakteinschränkungen innerhalb der Einrichtung

Zu Beginn der Pandemie war man aus Leitungssicht nicht spezifisch vorbereitet und auch nicht hinreichend ausgestattet. Daher waren Kontakteinschränkungen ein häufig genutztes Maßnahmenpaket. Dazu und zum Verlauf wird berichtet:

- Innerhalb der Einrichtungen schränkten zu Beginn der Pandemie drei Viertel der Wohnanbieter (76,92 %) Kontakte innerhalb der Einrichtung ein (s. ■ Abb. 3.8).
- Zum Befragungszeitraum (Dezember 2021 bis Mai 2022) hatte sich einiges verändert: Denn weit über zwei Drittel (69,23 %) berichten nun von keinen eingeschränkten Kontakten mehr innerhalb der Einrichtungen.
- Dies bedeutet aber zugleich, dass knapp ein Drittel (30,77 %) der Wohnanbieter interne Kontakteinschränkungen fortsetzten (s. ■ Abb. 3.9).



■ **Abb. 3.8** Eingeschränkte Kontakte innerhalb der Einrichtung – zu Beginn der Pandemie. (bedeutsame Veränderungen zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.9** Eingeschränkte Kontakte innerhalb der Einrichtung – zum Befragungszeitpunkt. (**bedeutsame Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung).

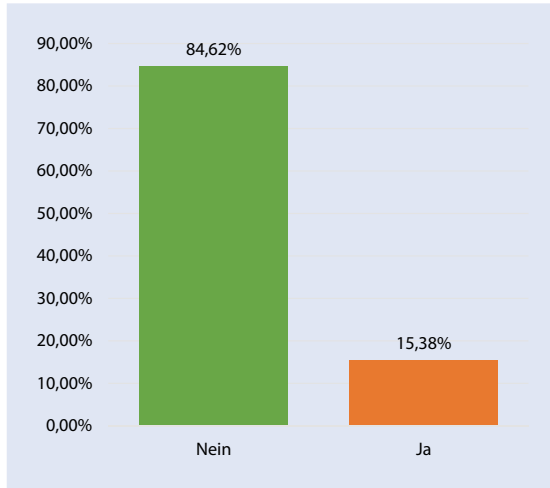
### 3.3.3 Einzelzimmergebot

Um Kontakte zu reduzieren oder möglichst zu vermeiden, wurden Bewohnerinnen und Bewohner in ihr Einzelzimmer verwiesen. Für den Großteil der Anbieter (84,62 %) ist die Nutzung von Einzelzimmern nicht obligatorisch. Einige Wohneinrichtungen (15,38 %) wählten dennoch diese Form des Social Distancing (s. ■ Abb. 3.10). Im Befragungszeitraum hat sich die Isolation in Einzelzimmern weiter verringert (92,31 % Verneinung; 7,31 % Bejahung) (s. ■ Abb. 3.11).

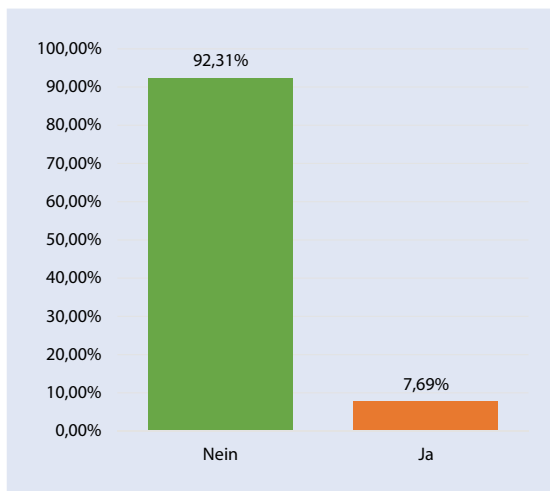
Inwieweit in den jeweiligen Einrichtungen Pandemieumstände für die Einzelzimmernutzung ausschlaggebend waren oder Einzel- bzw. Mehrfachzimmerbelegung üblich, wurde nicht erhoben.

### 3.3.4 Einschränkung gemeinsamer Mahlzeiten

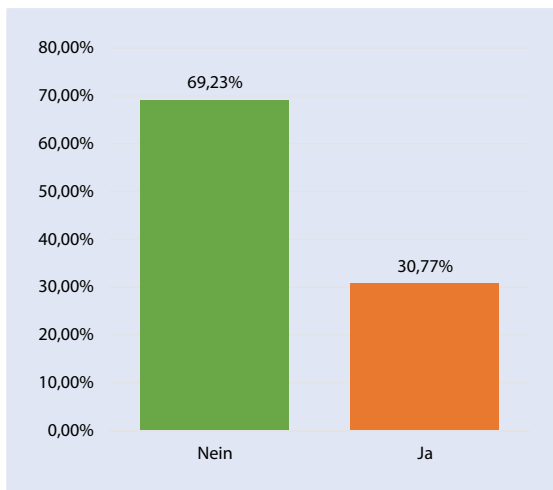
In manchen Einrichtungen wurden tägliche gemeinschaftliche Mahlzeiten eingeschränkt. Ein großer Teil der Wohneinrichtungen verfügte keine entsprechenden Maßnahmen (69,23 %). Knapp ein Drittel der Wohnanbieter (30,77 %) wählte aber zunächst eine getrennte Essensausgabe (s. ■ Abb. 3.12).



■ **Abb. 3.10** Einzelzimmer-Pflicht – zu Beginn der Pandemie. (teilweise Veränderungen zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.11** Einzelzimmer-Pflicht – zum Befragungszeitpunkt. (teilweise Veränderungen zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.12** Eingeschränkte gemeinsame Mahlzeiten – zu Beginn der Pandemie. (**bedeutsame Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

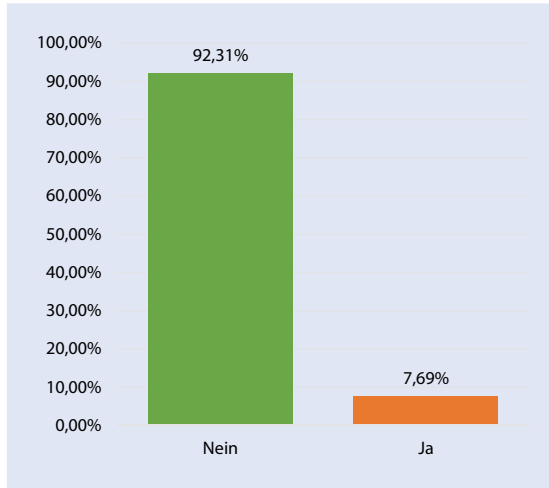
Zwischen Pandemie-Beginn und dem Befragungszeitraum änderte sich der Umgang mit Gemeinschaftsmahlzeiten. Fast alle Einrichtungen (92,31 %) ließen gemeinsames Essen wieder zu, nur noch wenige (7,69 %) organisierten weiterhin Mahlzeiten im „physical distancing“ (s. ■ Abb. 3.13).

### 3.3.5 Einschränkung der Freizeitbegegnungen

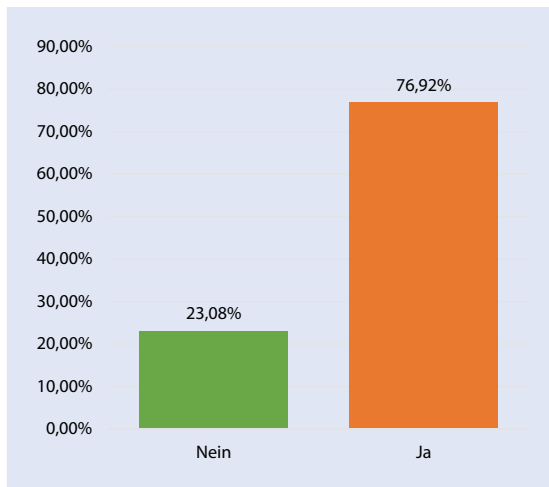
---

Zu Beginn der Pandemie hatten gut drei Viertel der Einrichtungen (76,92 %) die Begegnungen in der freien Zeit eingeschränkt; knapp ein Viertel (23,08 %) nennt solche Einschränkungen nicht (s. ■ Abb. 3.14).

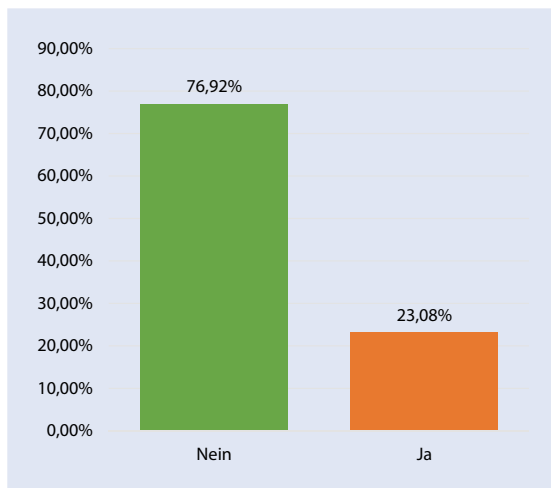
Dieses Bild änderte sich bis zum Befragungszeitraum. Nun war es ein knappes Viertel der Anbieter (23,08 %), die Begegnungen in der freien Zeit limitierten, gegenüber der Mehrheit (76,92 %) ohne entsprechende Reglementierungen (s. ■ Abb. 3.15).



■ **Abb. 3.13** Eingeschränkte gemeinsame Mahlzeiten – zum Befragungszeitpunkt. (**bedeutungsvolle Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.14** Eingeschränkte Begegnung in der freien Zeit – zu Beginn der Pandemie. (**bedeutungsvolle Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.15** Eingeschränkte Begegnung in der freien Zeit – zum Befragungszeitpunkt. (**bedeutsame Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### 3.3.6 Einschränkung der Tätigkeit in den Werkstätten

---

Der Zugang zum Arbeitsgeschehen in der Eingliederungshilfe soll die Teilhabe am Arbeitsleben und die Erwerbsbeteiligung ermöglichen. Zu Anfang der Pandemie haben gut drei Viertel (76,92 %) der Einrichtungen die Tätigkeit in den Werkstätten für die Bewohnerinnen und Bewohner ausgesetzt. Nur ein gutes Fünftel der Anbieter (23,08 %) hatte solche Maßnahmen nicht ergriffen (s. ■ Abb. 3.16).

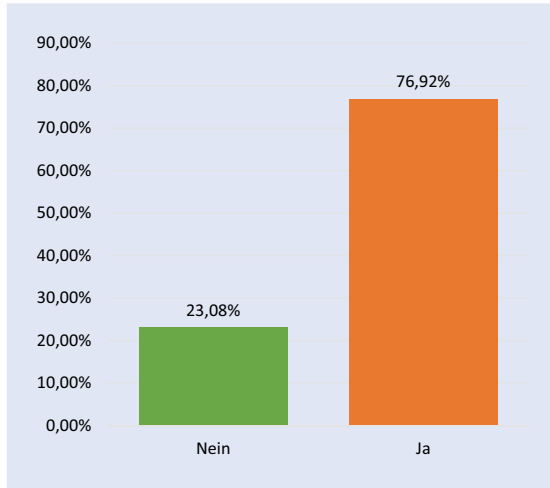
Zum Befragungszeitpunkt waren Tätigkeiten in den Werkstätten wieder weitgehend üblich. Die meisten Anbieter (92,31 %) kehrten in den bisherigen Werkstattmodus zurück, während wenige (7,69 %) die Tätigkeit in den Werkstätten weiter einschränkten (s. ■ Abb. 3.17).

Zum Verbleib der Rentnerinnen und Rentner gibt es keine Hinweise.

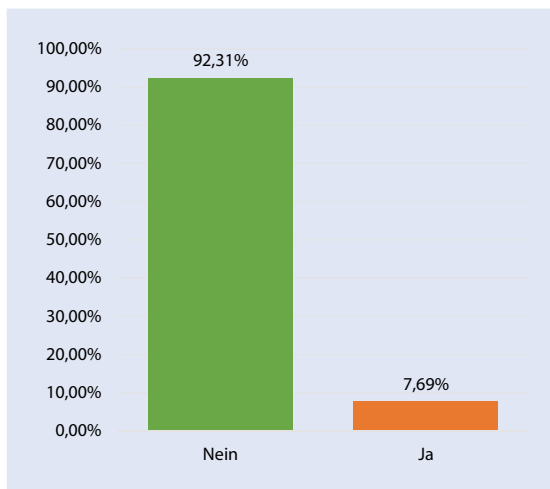
### 3.3.7 Einschränkung privater Besuche

---

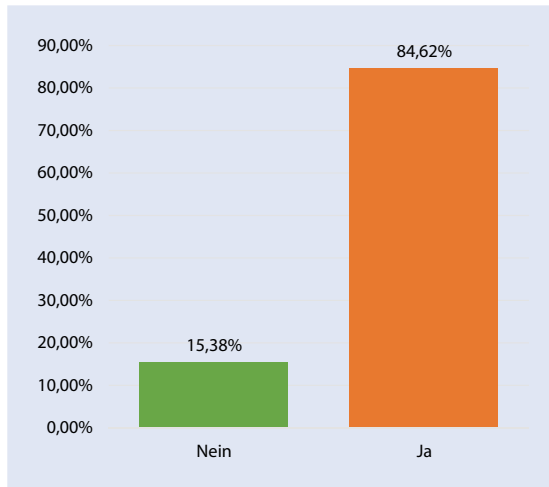
Private Besuche der Bewohnerinnen und Bewohner wurden zu Beginn der Pandemie von den meisten Anbietern (84,62 %) eingeschränkt. Selten verzichteten Einrichtungen (15,38 %) auf solche Maßnahmen (s. ■ Abb. 3.18).



■ **Abb. 3.16** Eingeschränkte Tätigkeit in den Werkstätten – zu Beginn der Pandemie. (**bedeutsame Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.17** Eingeschränkte Tätigkeit in den Werkstätten – zum Befragungszeitpunkt. (**bedeutsame Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.18** Eingeschränkte private Besuche – zu Beginn der Pandemie. (**bedeutsame Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

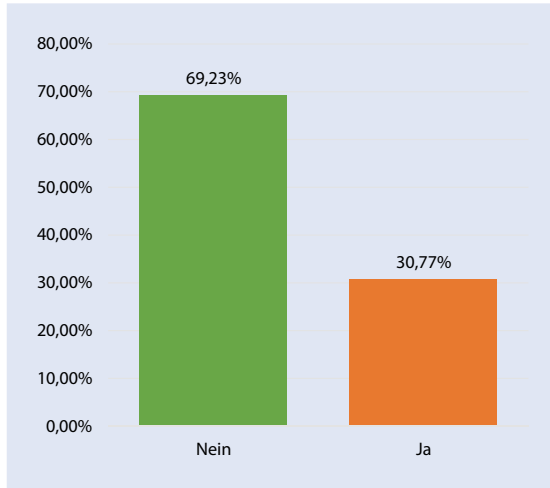
Zum Zeitpunkt der Befragung hatte sich dieses Bild erheblich gewandelt. Allerdings limitierte weiterhin knapp ein Drittel der Anbieter (30,77 %) private Besuche, aber gut zwei Drittel der Befragten (69,23 %) gaben an, private Besuche nicht zu unterbinden (s. ■ Abb. 3.19).

### 3.3.8 Einschränkung der Arzt-/ und Therapiebesuche

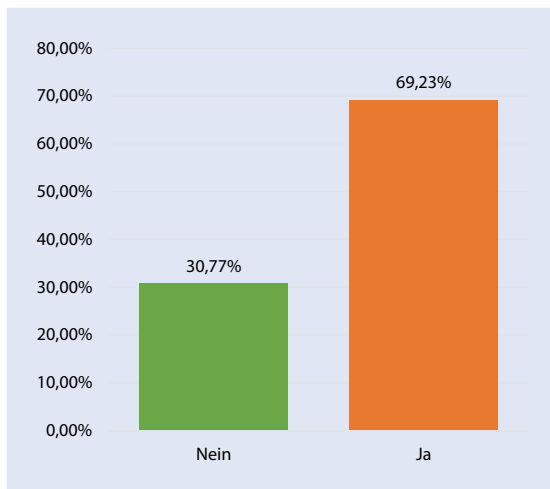
Arzt- und Therapiebesuche sind wesentlich für die Gesundheit, zugleich aber mit engen physischen Kontakten verbunden.

Zu Beginn der Pandemie wurden entsprechende Begegnungen in der Mehrheit der Einrichtungen (69,23 %) eingeschränkt. Nur knapp ein Drittel der Anbieter (30,77 %) verzichtete auf diese Limitation (s. ■ Abb. 3.20).

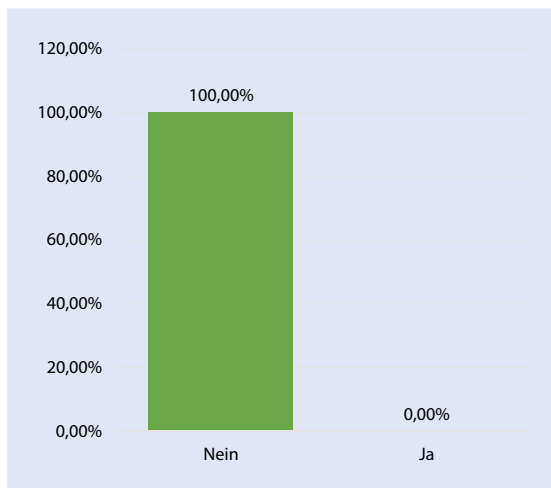
Beim Befragungszeitpunkt hatte sich die Haltung grundlegend verändert: Alle Einrichtungen (100 %) schränkten Arzt- oder Therapiebesuche nicht mehr ein (s. ■ Abb. 3.21).



■ **Abb. 3.19** Eingeschränkte private Besuche – zum Befragungszeitpunkt. (**bedeutsame Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.20** Eingeschränkte Arzt- und Therapiebesuche – zu Beginn der Pandemie. (**bedeutsame Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.21** Eingeschränkte Arzt- und Therapiebesuche – zum Befragungszeitpunkt. (**bedeutsame Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### 3.3.9 Generelles Verbot, die Einrichtung zu verlassen

---

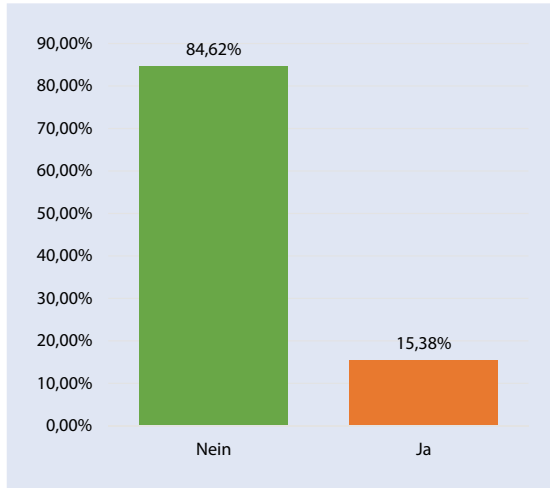
Zu Beginn der Pandemie gibt es generelle Ausgehverbote, wie einige Einrichtungen (15,38 %) berichten. Die Mehrheit (84,62 %) nennt allerdings keine entsprechend radikalen Einschließungen (s. ■ Abb. 3.22).

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben alle Einrichtungen an (100 %), den Bewohnerinnen und Bewohnern das Verlassen der Wohnstätte nicht generell zu verbieten (s. ■ Abb. 3.23).

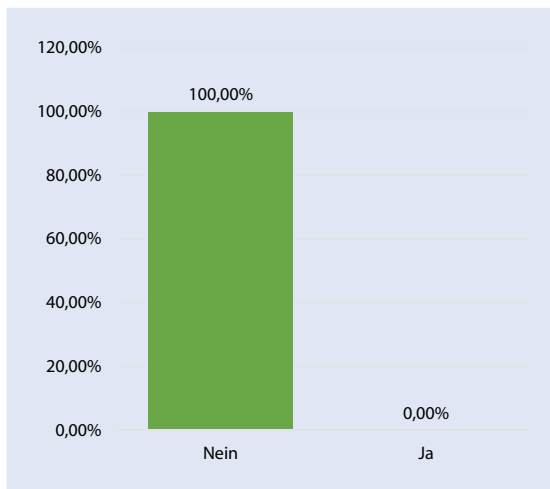
### 3.3.10 Verbot, die Einrichtung zu bestimmten Zeiten zu verlassen

---

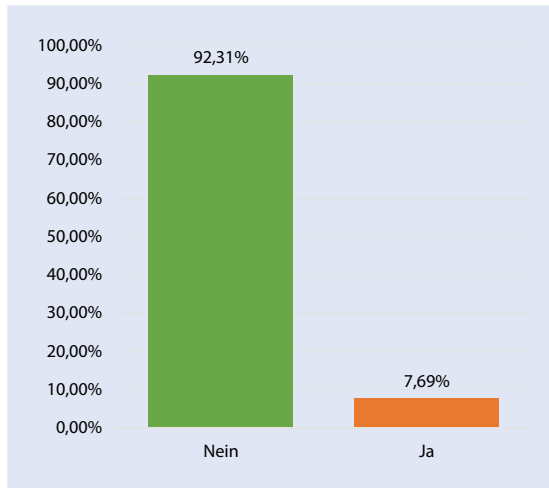
Beinahe analog steht es aus Leitungssicht um Verbote, die Einrichtung zu bestimmten Zeiten zu verlassen. Eingangs gab es entsprechende Regelungen bei wenigen Anbietern (7,69 %). Die meisten (92,31 %) der Einrichtungen versichern, man habe bereits zu Beginn der Pandemie keine entsprechenden „Hausarreste“ erlassen (s. ■ Abb. 3.24).



■ **Abb. 3.22** Generelles Ausgeh-Verbot – zu Beginn der Pandemie. (teilweise Veränderungen zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.23** Generelles Ausgeh-Verbot – zum Befragungszeitpunkt. (teilweise Veränderungen zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



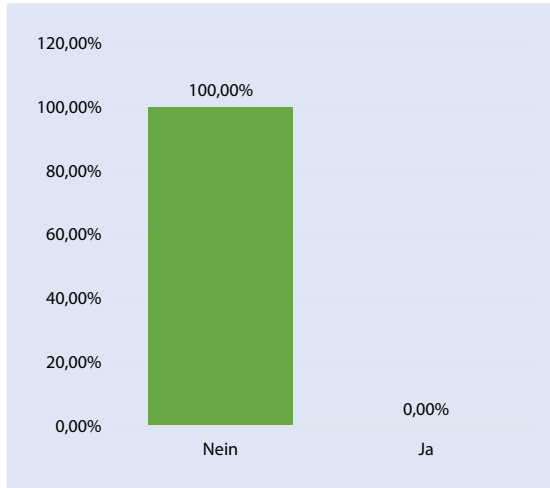
■ **Abb. 3.24** Spezifisches Ausgeh-Verbot – zu Beginn der Pandemie. (teilweise Veränderungen zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Alle spezifischen Reglementierungen der Freizügigkeit waren zum Befragungszeitpunkt – bezogen auf Ausgehverbote zu bestimmten Zeiten und aus Sicht der Leitungsebenen – in keiner Einrichtung mehr üblich (s. ■ Abb. 3.25).

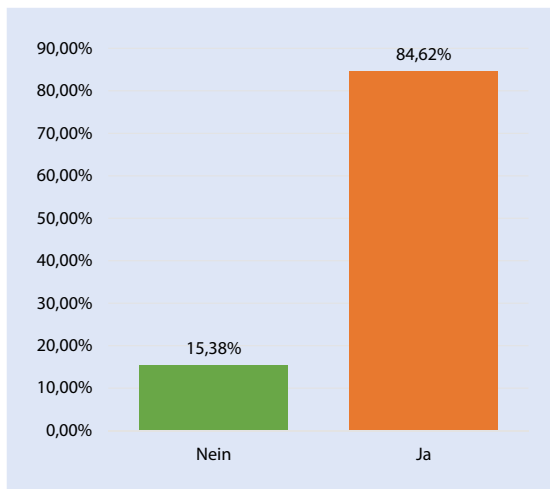
### 3.3.11 Prüfen der Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen

Zu Beginn der Pandemiezeit haben die meisten Einrichtungen (84,62 %) regelmäßig geprüft, ob die bestehenden Einschränkungen notwendig und angemessen sind (s. ■ Abb. 3.26). 15,38 % sahen dieses Monitoring nicht vor.

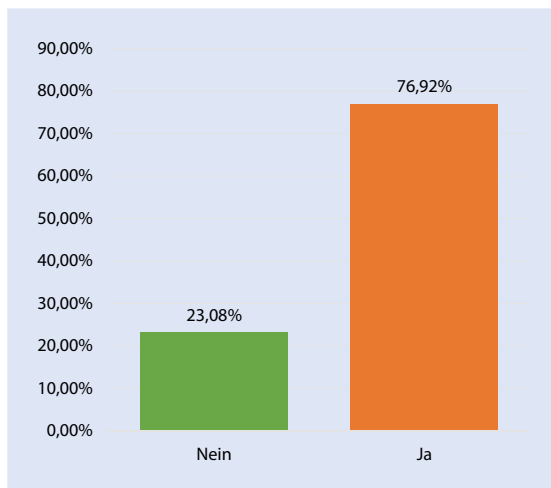
In der Zeitspanne bis zur Befragung reduzierte sich die laufende Prüfung der Verhältnismäßigkeit von Einschränkungen allerdings um etwa zehn Prozent (auf 76,92 %). Nun stieg die Zahl der Einrichtungen (23,08 %), die nicht mehr regelmäßig die Angemessenheit von Einschränkungen auf den Prüfstand stellten (s. ■ Abb. 3.27).



■ **Abb. 3.25** Spezifisches Ausgeh-Verbot – zum Befragungszeitpunkt. (**teilweise Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.26** Monitoring zur Verhältnismäßigkeit von Einschränkungen – zu Beginn der Pandemie. (**teilweise Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.27** Monitoring zur Verhältnismäßigkeit von Einschränkungen – zum Befragungszeitpunkt. (teilweise **Veränderungen** zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### 3.3.12 Regelmäßige Schulung von Personal

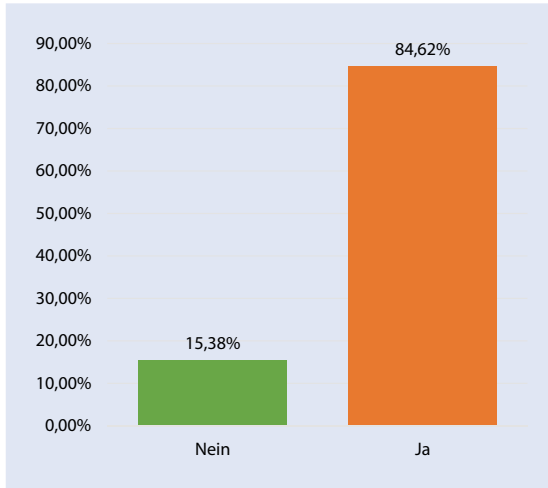
Zu Beginn der Pandemiezeit wurde das Personal in den meisten Einrichtungen regelmäßig geschult (84,62 %), während wenige Einrichtungen (15,38 %) keine entsprechenden Angebote machten (s. ■ Abb. 3.28).

Im Laufe der Pandemie sanken die Schulungsangebote der Einrichtungen leicht (auf 76,92 %). Der Anteil der Wohnanbieter, die ihr Personal nicht regelmäßig schulen, stieg auf fast ein Viertel (23,08 %) (s. ■ Abb. 3.29).

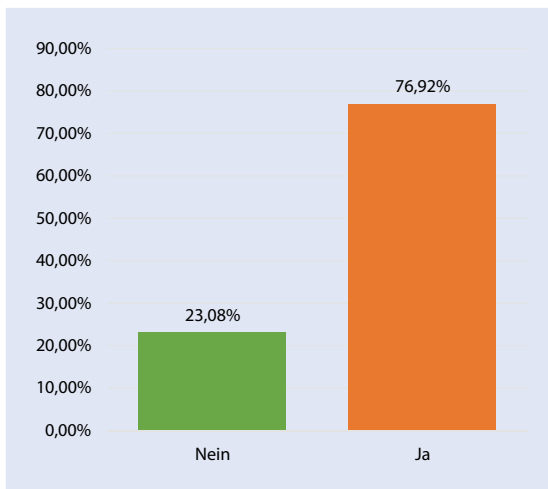
#### Spezifische Schutzmaßnahmen im Praxisgeschehen

Alle Wohnanbieter der Eingliederungshilfe ergriffen in der Zeit der Pandemie Schutzmaßnahmen.

Die häufigste formale Form war, in Aushängen zu informieren (beispielsweise zu Hygienevorschriften, Besuchsregeln oder Maskenpflichten). Dies nutzten nicht nur fast alle Verantwortlichen in der Anbieterszene, sondern dies blieb auch unverändert über die gesamte in der WoGe-Studie erfasste Zeit der Pandemie.



■ **Abb. 3.28** Regelmäßige Personal-Schulung – zu Beginn der Pandemie. (teilweise Veränderungen zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.29** Regelmäßige Personal-Schulung – zum Befragungszeitpunkt. (teilweise Veränderungen zwischen Pandemiebeginn und Befragungszeitpunkt) (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Ein weiteres gebräuchliches Maßnahmenpaket waren Kontaktverbote. Solche sozialen Einschränkungen erfolgten innerhalb der Wohneinrichtung (nach Einheiten wie Zimmer, Etagen, Wohneinheiten etc.). Die Vorschriften wurden im Verlauf der Beobachtungszeit teilweise gemildert oder aufgehoben. In gut 30 % der Wohneinrichtungen hatten sie aber bis Ende der Beobachtungszeit Bestand. Die radikalste Form der Isolation in den Einrichtungen war der zwingende Verbleib im Einzelzimmer. Dies verfügten nur wenige Einrichtungen, aber auch zu Ende der Beobachtungszeit kam es noch vor.

Die eingangs häufiger (in etwa einem Drittel der Einrichtungen) verordneten getrennten Mahlzeiten wurden als Maßnahme schließlich nur noch von wenigen Anbietern praktiziert. Begegnungen in der Freizeit hingegen blieben zunächst bei einem Großteil (drei Viertel) der Anbieter eingeschränkt. Diese Regel zur räumlichen Trennung setzte zum Abschluss der Erhebungszeit nur noch ein Viertel der Anbieter ein.

Analoges lässt sich zu den anfangs mehrheitlich ausgesetzten Werkstatttätigkeiten berichten. Im Erhebungszeitraum wurden Arbeitstätigkeit und Begegnungen mit Arbeitskolleginnen und -kollegen häufig wieder möglich.

Außenkontakte zu privaten Besucherinnen und Besuchern waren zu Pandemiebeginn weitgehend (in etwa 85 % der Einrichtungen) ganz untersagt oder erheblich eingeschränkt. Dann zeigt sich eine wachsende Öffnung. Allerdings untersagte im Befragungszeitraum noch immer knapp ein Drittel der Anbieter Besuche.

Zunächst in erheblichem Ausmaß (knapp 70 %) eingestellte externe Arzt- und Therapiebesuche waren zum Befragungszeitpunkt bereits wieder uneingeschränkt möglich. Unisono hieß es, es gebe hier keine Limitierungen mehr.

Ein generelles Ausgehverbot erließen wenige Anbieter (etwa 15 %). Zum Befragungszeitpunkt gab keine Einrichtung mehr an, ihre Bewohnerinnen und Bewohner grundsätzlich am Verlassen der Wohnform zu hindern. Eine genauere Prüfung zeigt, dass es auch spezifische Ausgeh-Verbote gab. Die meisten Einrichtungen haben nach eigenen Angaben in der gesamten Beobachtungszeit ganz auf solche Einschränkungen der Freizügigkeit verzichtet. Für die Befragungszeit bestätigen dies alle Anbieter.

Im Pandemie-Verlauf wurde die systematische Reflexion, ob bestehende Maßnahmen angemessen sind, eher laxer gehandhabt. Eingangs berichten die meisten Anbieter (etwa 85 %) solche Prüfungen. Diese Selbstkontrolle reduziert sich dann auf etwa 75 Prozent. Das bedeutet, dass ein Viertel der Anbieter nicht regelmäßig die Verhältnismäßigkeit erlassener Einschränkungen prüfte. Entsprechendes gilt für die einschlägige Schulung des Personals, die im Verlauf etwas seltener umgesetzt wurde.

Insgesamt wurden zwischen Beginn der Pandemie und dem Erfassungszeitpunkt spezifische Schutzmaßnahmen in den Einrichtungen ergriffen und dann eher gelockert, soweit sie die Bewohnerinnen und Bewohner und die Daseinsvorsorge für diese betreffen.

## 3

### 3.4 Schutz für Bewohnerinnen und Bewohner

Ob Schutzmaßnahmen umgesetzt werden und wie dies beim Kreis der Geschützten „ankommt“ ist für ihren Erfolg hoch relevant. In einem auf Selbstbestimmung und Teilhabe ausgelegten Setting wäre es an sich naheliegend, sich dazu direkt mit den jeweiligen Zielgruppen oder Zielpersonen zu verständigen. Die Kommunikation der Organisation über Anordnungen wäre dann die Ausnahme. Wie oben differenziert dargestellt finden sich für ein an Kommunikation und Kooperation ausgerichtetes Vorgehen auch Ansätze und Anhaltspunkte.


Als Kernfrage bleibt, ob mögliche und notwendige Schutzmaßnahmen von den zu schützenden Bewohnerinnen und Bewohnern auch faktisch wahrgenommen, verstanden und umgesetzt wurden. Dies wird im Folgenden aus der Leitungsperspektive differenziert erläutert.

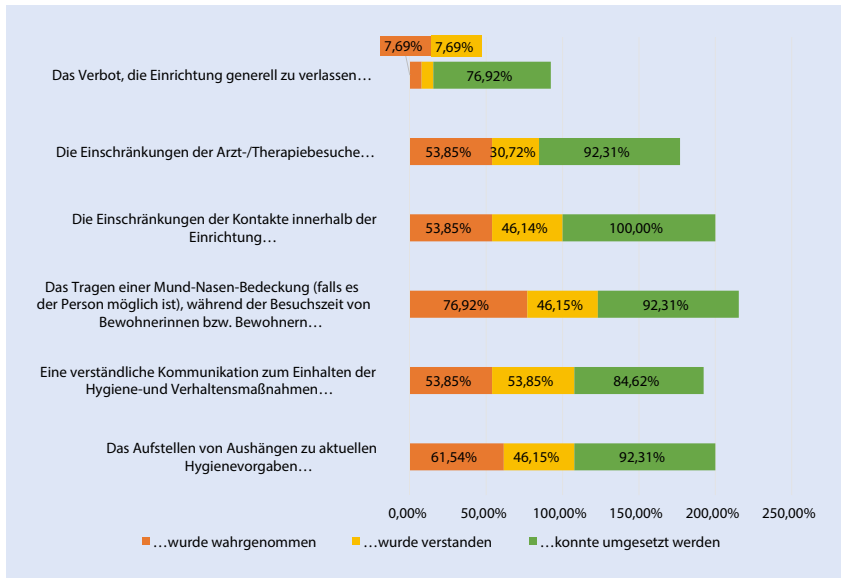
Eine Übersicht zeigt, dass im Spannungsfeld zwischen

- Wahrnehmen einer Anordnung,
- Verstehen der Vorgaben und
- Umsetzen im Einklang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern

nennenswerte Unterschiede bestehen. Letztlich wird deutlich, dass aus der Position der Institution besondere Wohneinrichtung heraus verschiedene Aufträge relevant sind, nämlich

- Gesundheitssorge für die Bewohnerschaft und das Personal, samt amtlicher bzw. gesetzlicher Vorgaben sowie
- Sorge für das Funktionieren der Organisation, um den Auftrag der Eingliederungshilfe (Teilhabe, Selbstbestimmung und Versorgung für die Bewohnerschaft) zu erfüllen.

Im Umsetzungsprozess waren schwierige Aufgaben so unter einen Hut zu bringen, dass für die Bewohnerinnen und Bewohner Wohlbefinden und Wohlergehen gesichert sind (s.  Abb. 3.30).



■ **Abb. 3.30** Überblick zur Umsetzung der Schutzmaßnahmen für die Bewohnerschaft. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Vor allem zeigen sich Diskrepanzen zwischen Wahrnehmen, Verstehen und Umsetzen, und zwar unterschiedlich ausgeprägt. Wie im Folgenden näher gezeigt wird, ergeben sich beispielsweise erhebliche Unterschiede, wenn Kontakteinschränkungen innerhalb der Einrichtung zu 100 Prozent umgesetzt werden, während die Bewohnerschaft dies nur zur Hälfte wahrnimmt und noch weniger versteht. Die größte Differenz zwischen Wahrnehmen, Verstehen und Handeln tritt beim generellen Verbot, die Einrichtung zu verlassen zutage. Dort kann nur ein Zehntel der tatsächlich von der Umsetzung Betroffenen den Vorgaben auch folgen.

### 3.4.1 Aushänge zu Hygienevorgaben

Die Aushänge zu aktuellen Hygienevorgaben (wie Hand- und Nieshygiene, Maskenpflicht für Besucherinnen und Besucher oder Abstandsgelote), wurden jeweils aus Sicht der Leitungsebene von knapp zwei Dritteln

der Bewohnerinnen und Bewohner (61,54 %) wahrgenommen, zugleich von einem guten Drittel (38,46 %) nicht wahrgenommen. Dies bedeutet aber nicht, dass sie auch verarbeitet, also verstanden, wurden. Hier beschreiben die Antwortenden eine Differenz. Es wird aus der Perspektive der Anbieter geschätzt, dass die genannten Aushänge nur von weniger als der Hälfte der Zielgruppe (46,15 %) auch verstanden wurden, während dies bei der Mehrheit (53,85 %) nicht der Fall war.

Obwohl die Kommunikation damit nur teilweise gelang, wurden in fast allen Einrichtungen Aushänge zur Zeit der Befragung umgesetzt (92,31 %). Nur selten (7,69 %) ist der Aushang der Hygienevorgaben und anderer Regeln nicht erfolgt.

### 3.4.2 Kommunikation zur Umsetzung der Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen

---

Weitere Kommunikationsformen (über Aushänge hinaus) zum Einhalten der Hygiene- und Verhaltensmaßnahmen (Hände desinfizieren, Abstandgebot, Husten- und Niesetikette) wurden aus Sicht der Leitungsebene jeweils von gut der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner (53,85 %) wahrgenommen, also von knapp der Hälfte (46,15 %) nicht wahrgenommen. Dies bedeutet aber nicht, dass die Wahrnehmung auch verarbeitet, also verstanden, wurde. Hier weisen die Antwortenden allerdings auf keine Differenz hin. Was (über Aushänge hinaus) kommuniziert und wahrgenommen wurde, verstanden aus Sicht der Leitungsebene analog zur Wahrnehmung etwas über die Hälfte (53,85 %) gegenüber etwas weniger als der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner (46,15 %). Eine entsprechend verständliche Kommunikation wurde versucht, konnte in den Einrichtungen aber verglichen mit den Aushängen (84,62 % Zustimmung, gegenüber 15,38 % Nicht-Zustimmung) seltener umgesetzt werden.

### 3.4.3 Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung

---

Das Gebot, während der Besuchszeit eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen (falls es der Person möglich ist), wurde aus Sicht der Anbieter von gut drei Vierteln (76,92 %) der Bewohnerinnen und Bewohner wahrgenommen, von einem knappen Viertel (23,08 %) hingegen nicht. Allerdings wurde sie nur von knapp der Hälfte der Betroffenen verstanden (46,15 %), von der anderen Hälfte jedoch nicht (53,58 %).

Die Einrichtungsleitungen geben dennoch an, dass die entsprechende Schutzmaßnahme während der Besuchszeiten in der Regel (zu 92,31 %) kommuniziert wurde und nur in wenigen Fällen (7,69 %) nicht umgesetzt werden konnte.

### **3.4.4 Einschränkung der Kontakte innerhalb der Einrichtung**

---

Die Einschränkungen der Kontakte innerhalb der Einrichtungen wurden aus Leitungsperspektive von gut der Hälfte (53,85 %) der Bewohnerinnen und Bewohner wahrgenommen, bei knapp der Hälfte (46,15 %) war dies nicht der Fall. Wahrnehmen und Verstehen gingen jedoch auch hier oft nicht Hand und Hand. Weniger als die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner haben die Kontakteinschränkungen in der Einrichtung nämlich verstanden (46,15 %), bei der guten Hälfte (53,85 %) war dies nicht der Fall.

Die Einschränkungen der Kontakte innerhalb der Einrichtung konnten somit zwar zu 100 % umgesetzt werden; aber diese Limitationen wurden von einem Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner weder wahrgenommen noch verstanden.

### **3.4.5 Einschränkung der Arzt-/Therapiebesuche**

---

Nach Auskunft der Leitungsebenen wurden die eingeschränkten Besuche bei ärztlichen oder therapeutischen Diensten von etwas mehr als der Hälfte (53,85 %) der Bewohnerinnen und Bewohner wahrgenommen, während dies bei knapp der Hälfte (46,15 %) nicht der Fall war.

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben die Einschränkungen der Arzt- und Therapiebesuche zu mehr als zwei Dritteln (69,23 %) nicht verstanden, während von einem knappen Drittel (30,72 %) angenommen wird, dass sie eine Vorstellung von den ausgesetzten Arzt- und Therapiebesuchen hatten.

Dennoch wurde die Einschränkung weitgehend umgesetzt (92,31 %), während ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner dies weder wahrgenommen noch verstanden hatte. Nur in seltenen Fällen erfolgten trotz allem Arzt- oder Therapiebesuche außerhalb der Einrichtung (7,69 %).

### 3.4.6 Generelles Verbot, die Einrichtung zu verlassen

Das generelle Verbot, die Einrichtung zu verlassen, haben – so glauben die Leitungsebenen – Bewohnerinnen und Bewohner kaum wahrgenommen (7,69 % gegenüber 92,31 %). Analog geht man davon aus, dass ein Bleibegebot in erheblichem Umfang (92,31 %) auch nicht verstanden wurde, nur bei wenigen Bewohnerinnen und Bewohnern sei dies anders (7,69 %).

Faktisch wurde das Verbot, die Einrichtung zu verlassen, weitgehend umgesetzt (in 76,92 % der Einrichtungen, gegenüber 23,08 %), während aus Sicht der Anbieter ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner dies weder wahrnahm noch verstanden habe.

#### Schutzmaßnahmen mit beschränkter Teilhabe

Erfolge von Schutzmaßnahmen werden in der Pandemie offensichtlich nicht in Zusammenhang gebracht mit der Teilhabe an deren Einführung und Umsetzung. So kommt es, dass nach Ansicht der Einrichtungen ein nennenswerter Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner (knapp 40 %) die Aushänge zum Schutz nicht wahrnahmen und über die Hälfte (etwa 53 %) sie auch nicht verstanden hat. Dennoch sind Aushänge die vor allem genutzte und auch unverändert beibehaltene Schutzmaßnahme. Zu weiteren Kommunikationsformen von Schutzmaßnahmen berichten die Anbieter, dass sie von etwa der Hälfte der Zielgruppe wahrgenommen und verstanden wurden. Etwa 15 Prozent setzten entsprechend verständliche Kommunikationsformen allerdings nicht ein.

Dass während der Besuchszeit eine Mund-Nase-Bedeckung getragen werden soll, hat drei Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner wahrgenommen und etwas weniger als die Hälfte verstanden. In den meisten Fällen wurde diese Schutzmaßnahme auch umgesetzt. Zugleich waren zu Beginn der Pandemie Außenkontakte untersagt oder erheblich eingeschränkt. Für ein Drittel der Anbieter galt dieses Besuchsverbot bis zur erfassten Gegenwart. Die Kontakteinschränkungen in der Einrichtung wurden zu 100 Prozent umgesetzt, obwohl etwa die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner sie nicht wahrgenommen und verstanden hat. Zum Erfassungszeitraum waren in gut 30 Prozent der Wohneinrichtungen die Kontaktverbote noch gültig.

Auch die Einschränkungen bei ärztlichen und therapeutischen Diensten wurden etwa von der Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner nicht wahrgenommen und von den meisten auch nicht verstanden (fast 70 %). Die entsprechenden gesundheitsbezogenen Außenkontakte wurden zunächst

weitgehend (über 90 %) unterlassen. Zum Zeitpunkt der Befragung war dies aber bereits Geschichte.

(Sehr) Viele Einrichtungen (knapp 77 %) erließen anfangs ein generelles Verbot, die Einrichtungen zu verlassen und setzen dies auch um, während ein Großteil der Bewohnerinnen und Bewohner (über 90 %) dies weder wahrnahm noch verstand.

Die Kombination von Maßnahmen und Teilhabe an deren Genese und Umsetzungsprozess wurde – nach Auskunft der Leitungsebenen (LeBo) – also in großem Rahmen weitgehend ausgesetzt. Die Umsetzung war dadurch offensichtlich nicht gefährdet.

### 3.5 Kommunikation mit Angehörigen und weiteren relevanten Personen

---

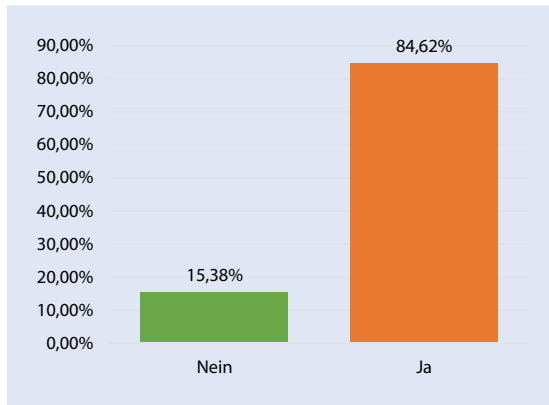
Die Schutzmaßnahmen für die Bewohnerinnen und Bewohner beziehen teilweise auch andere Personen ein. Diese Gruppen können zudem ebenso von Schutzmaßnahmen betroffen sein. Daher sind Kommunikation und Information mit ihnen ebenso im Blick, wie Aufmerksamkeit und Verständnis für ihre Anliegen.

Zu einem erheblichen Teil wird die Kommunikation mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zum Aufgabenbereich des Personals gerechnet. Dazu kommt – aus Sicht der Leitungsebene – der Austausch mit den jeweiligen Angehörigen bzw. Personen mit gesetzlichen Betreuungsmandaten. Konkret wurde in den Organisationen die Aufgabe der Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner zu 84,62 Prozent dem Personal auf Gruppenebene übertragen; zu einem kleineren Teil (15,38 %) ist sie aus Sicht der Leitungsebene gar nicht im Blick (s. ■ Abb. 3.31).

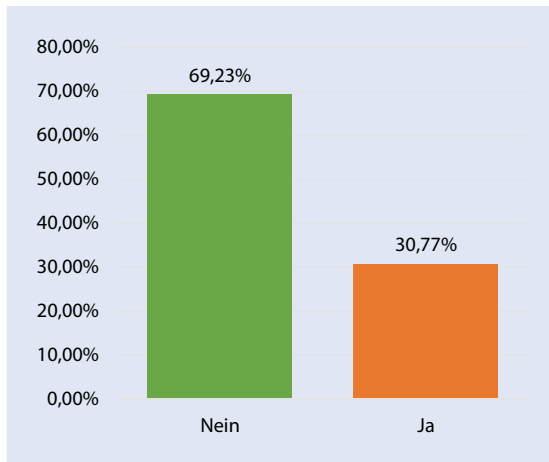
Allerdings meint die Leitungsebene, über zwei Drittel des Personals habe diese Aufgabe nicht verstanden (69,23 %). Nur knapp ein Drittel der Leitungspersonen denkt (30,77 %), das Personal habe die notwendige Zusammenarbeit mit den Angehörigen auf der Agenda (s. ■ Abb. 3.32).

Trotz der unterschiedlich wahrgenommenen Aufgabenteilung wurde die Zusammenarbeit der Einrichtung mit den Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner aber in den meisten Fällen (92,31 %) umgesetzt (s. ■ Abb. 3.33).

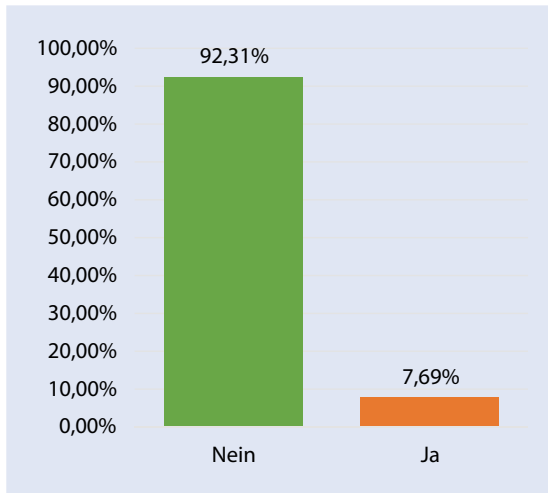
Um die Schutzmaßnahmen nicht nur improvisiert, sondern mithilfe wirksamer Kommunikation zwischen Personal und Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. deren Angehörigen in den Organisationsstrukturen zu



■ **Abb. 3.31** Klare Zuständigkeit für die Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Bewohnerschaft. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 3.32** Das Personal versteht die Kommunikationsaufgabe mit den Angehörigen. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

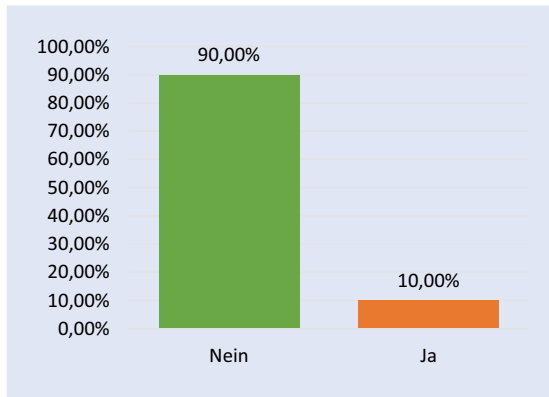


■ **Abb. 3.33** Kommunikationsproblem zwischen Einrichtung und Angehörigen. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

verankern wären vermutlich klare Kommunikationskreisläufe (circle of communication) geeignete Mittel. Dazu gab es keine Hinweise, obwohl solche Strukturen zugleich das Potenzial zum person-centred planning weiterentwickeln könnten, also dem Weg zu mehr Teilhabe und Selbstbestimmung korrespondieren (McCausland et al. 2022).

### 3.6 Exklusionsgefährdungen

Chancen auf gesellschaftliche Inklusion in einer Vielzahl von Rollen mit zu gestalten und zu fördern ist Anliegen und Anspruch der Eingliederungshilfe. In Zeiten der Pandemie waren viele Menschen zeitweise darauf verwiesen, viele Rollen aus einer Position (des Wohnens) heraus auszuüben. Bildung, Arbeit, Freizeit, Gemeinschaft, Erholung und Gesundheitsvorsorge wurden räumlich eng begrenzt. Das galt auch für die Bewohnerinnen und Bewohner in den besonderen Wohnformen, deren Teilhabechancen ohnehin vielfach gefährdet sein können. Sozial eingebunden zu sein ist aber ihr Recht und ihre Chance auf gerechte Nachteilsausgleiche. Auch zu Isolationsrisiken und Inklusionschancen wurden die Leitungsverantwortlichen um Auskunft gebeten.



■ **Abb. 3.34** Keine Angehörigenkontakte der Bewohnerinnen und Bewohner seit Pandemie-Beginn. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

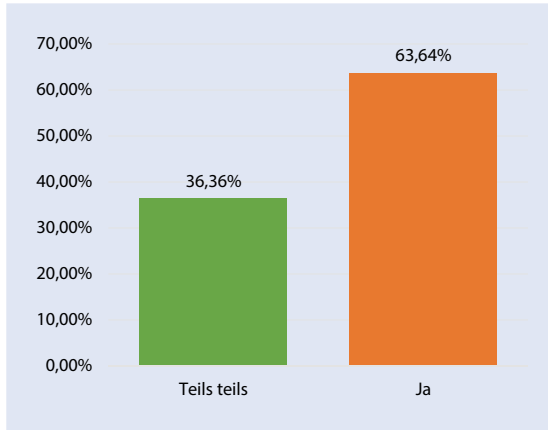
### 3.6.1 Isolationsrisiken und Angehörigenkontakte

Die Bewohnerinnen und Bewohner sind wenig in die Kommunen eingebunden und sozial vernetzt. Großenteils sind sie alleinstehend und ledig (s. ■ [Abb. 2.2](#)) und leben in keiner festen Beziehung. Sie haben auch sehr selten Kinder. Angehörige finden sich daher vorrangig in ihrer Herkunftsfamilie.

Die Frage nach Kontakten „nach draußen“, meist zu ihren Angehörigen, stellte sich für die Bewohnerinnen und Bewohner unter den Pandemie-Bedingungen in besonderer Weise. Nach Angabe der Leitungsebenen gab es eine Gruppe von Personen (10 %) ohne Angehörigenkontakt seit Corona-Beginn (s. ■ [Abb. 3.34](#)).

### 3.6.2 Isolationsrisiken und Gesetzliche Betreuung

Der Kontakt zur Gesetzlichen Betreuung während der pandemiebedingten besonderen Lebensführung und Risikolage war für einen größeren Teil der Bewohnerinnen und Bewohner unterbrochen. Aus Leitungssicht hatten seit Beginn der Corona-Pandemie nur zwei Drittel (63,64 %) der Gesetzlichen Betreuungen Kontakt zu den jeweiligen Bewohnerinnen und Bewohnern, etwa ein Drittel (36,36 %) blieb in Betreuungsfragen auf sich alleine gestellt (s. ■ [Abb. 3.35](#)).



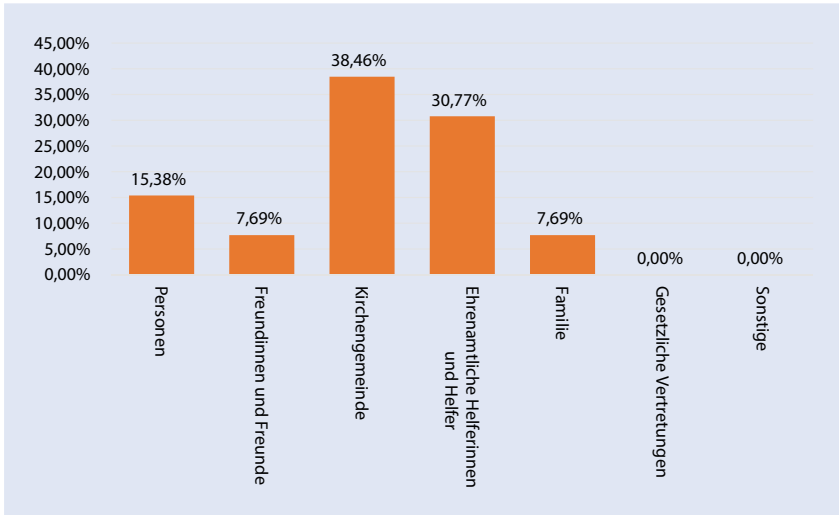
■ **Abb. 3.35** Kontakte der Gesetzlichen Betreuungen seit Pandemie-Beginn. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### 3.6.3 Isolationsrisiken und „Kümmerer“

Wer sich seit Corona-Beginn um die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen kümmerte ist somit offensichtlich eine bedeutsame Frage. Aus Sicht der Leitungsebene gibt es eine kleinere Gruppe (15,38 %) der Bewohnerinnen und Bewohner, um die sich seit Beginn der Corona-Pandemie außer den Diensten der Einrichtung tatsächlich keine weitere Person gesorgt hat.

Zu einem guten Drittel (38,46 %) werden Kirchengemeinademitglieder als „Kümmerer“ genannt, gefolgt von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern (30,77 %), gleichauf mit Freundinnen und Freunden sowie Familie (jeweils 7,69 %). Gesetzliche Vertretungen oder Sonstige werden in diesem Zusammenhang nicht erwähnt (s. ■ Abb. 3.36).

Die Einbindung und Einsatzbereitschaft anderer Personen neben den Diensttuenden in den Wohneinrichtungen war während der Pandemie somit eine relevante Perspektive, die Exklusionsrisiken und Inklusionschancen der Bewohnerinnen und Bewohner näher beleuchtet. Viele von ihnen waren weitgehend auf sich alleine gestellt oder mussten sich in allen entsprechenden Belangen alleine auf die Unterstützung der Eingliederungshilfe verlassen.



■ **Abb. 3.36** Weitere Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner seit Pandemie-Beginn. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

### Kontakte und Unterstützung in Netzwerken

Inklusionschancen hängen eng mit sozialen Kontakten zusammen. Während der Pandemie-Zeit war die Einbindung für manche Bewohnerinnen und Bewohner brüchig. Jede zehnte Person hatte keinen Angehörigenkontakt; 30 Prozent waren ohne Unterstützung durch ihre Gesetzliche Betreuung.

Über die personelle Unterstützung in der Wohneinrichtung hinaus kümmerte sich um etwa 16 Prozent der in den Einrichtungen Wohnenden niemand. Für knapp 40 Prozent trugen aber Kirchengemeinademitglieder Sorge. In 30 Prozent der Fälle standen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer zur Seite. Bei etwa acht Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner waren Freundinnen und Freunde bzw. Familienangehörige als „Kümmerer“ aktiv.

Hier wird die sehr hohe Abhängigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner von den Fachdiensten und eine in vielerlei Hinsicht eher löcherige weitere soziale Einbindung während der Corona-Pandemie deutlich.

## 3.7 Erfahrungen und Erkenntnisse in der Einrichtung

---

Dass die Corona-Pandemie eine gänzlich neue Erfahrung für alle Beteiligten war, überrascht nicht. Dies wird auch aus den Einschätzungen der Einrichtungsleitungen deutlich. Sie fühlen sich vielfach herausgefordert. Vor allem müssen sie rund um die besonderen Wohnformen umfassend Sorge tragen, für die

- Abläufe der Organisation,
- Gesundheitschancen der Beschäftigten und Wohnenden.

Aus Sicht der Leitungen lassen sich erfahrungsbasiert Erkenntnisse ableiten und bewerten

### 3.7.1 Zentrale Erkenntnisse – *In der Krise ist [...] Entwicklung möglich*

---

Erkenntnisse aus Sicht der Leitung zur Corona-Pandemie umspannen ein breites Spektrum, wie Risiken der Ausgrenzung, gelingende Kommunikation und auch viel Pragmatismus.

- Ausgrenzungen wurden amtlich mit veranlasst, da die Personengruppe der Bewohnerinnen und Bewohner der Eingliederungshilfe gleichgesetzt wurde mit dem als besonders vulnerabel klassifizierten Personenkreis der Altenhilfe- und Pflegeeinrichtungen. Unterschiede wurden ausgeblendet, wie beispielsweise, dass es Bewohnerinnen und Bewohner in allen Lebensphasen gibt. Häufig sind sie auch selbstständiger (bezogen auf viele Elemente der Lebensführung) und weniger gesundheitlich anfällig. Vor der Pandemie waren viele von ihnen aktiv im Arbeitsleben (meist in den WfbM). Gesundheitsorge bekam in der Pandemie so Vorrang, dass soziale Kontakte im Arbeitsleben und in den Wohneinrichtungen erheblich reduziert oder ganz eingestellt wurden. Auch gemeinsame Mahlzeiten wurden oft ausgesetzt. Die an sich familiäre Atmosphäre in den besonderen Wohnangeboten war davon wesentlich betroffen, Teilhabeanliegen und -praktiken wurden „eingefroren“.
- Auch der Personenkreis der Menschen mit wesentlichen kognitiven Einschränkungen und/oder herausforderndem Verhalten, der oft Assistenz braucht bei der Gesundheitsorge, hatte unter den Bedingungen der Pandemie nahezu keine Chance, zu erforderlichen Krankenhausaufenthalten eine unterstützende Begleitperson mitzubringen. Angemessene

Gesundheitsversorgung und (unterstützte) Selbstbestimmung und Orientierung, waren ausgesetzt. Die Personen in Leitungsverantwortung folgerten daraus, dass die Eingliederungshilfe selbst zukünftig (noch mehr) entsprechende medizinische Leistungen für ihre Klientel vorhalten sollte.

- Ein gewisser Pragmatismus (statt Bürokratie) wurde begrüßt, verbunden mit gewonnenen Erfahrungen, etwa wie hilfreich Humor und Zusammenhalt sei. Vieles schien möglich und umsetzbar. Bewohnerinnen und Bewohner zeigten viel Kompetenzen und Verantwortung. Trotz aller Solidarität waren alle Beteiligten aber sehr belastet. Das Personal setzte sich unter Schutzmaßnahmen und rigider Dienstplangestaltung weit über Verpflichtungen hinaus ein, trotz ausgeprägter Personalknappheit.
- Vermutlich hatten alle Beteiligten erhebliche psychische Lasten zu tragen. Mögliche emotionale Konflikte wurden und werden häufig übersehen.

Dies wird in folgenden Stellungnahmen der Leitungspersonen eindrücklich geschildert:

- » *„behinderte Menschen werden automatisch als vulnerabel bewertet. Das ist falsch und trifft nicht zu. Dadurch findet ungerechtfertigte Ausgrenzung statt. Das Recht auf Selbstbestimmung wird unnötig eingeschränkt.“ (ID\_67)*
- „Besondere Wohnformen werden viel zu oft mit den gleichen Beschränkungen für die Altenhilfe „bedacht“.“ (ID\_60)*
- „Für den Personenkreis „Geistig behinderte Menschen mit herausforderndem Verhalten“ gibt es keinerlei Versorgungsstruktur in Krisenzeiten. Krankenhäuser sind nicht in der Lage diese Personen zu betreuen. Keine Aufnahmemöglichkeiten vor einer Beatmungspflicht. Auch der Katastrophenschutz ist auf diesen Personenkreis nicht eingestellt. Infizierte Personen mussten mit den üblichen Ressourcen betreut und auch medizinisch versorgt werden. Pädagogische Einrichtungen können das nicht leisten. Die Reaktionszeit zur Kontaktpersonenermittlung durch das Gesundheitsamt dauert für Betreuungseinrichtungen deutlich zu lange. Die Einrichtungen müssen ein eigenes Sicherheitssystem entwickeln, das die besondere Situation der Wohnformen berücksichtigt. Große Einrichtungen können Kooperationen mit weniger betroffenen Einrichtungsteilen schließen, um die Betreuung zu gewährleisten.“ (ID\_56)*
- „Gute Kommunikation ist entscheidend. Humor hilft. Zusammenhalt zählt. Wir können uns aufeinander verlassen. Zusammen geht alles leichter. In der Krise ist mehr Entwicklung möglich, da die Bürokratie dem Pragmatismus weicht.“ (ID\_58)*

„Ja: Es ist dringend erforderlich den Bereich Pflege von der Eingliederungshilfe zu trennen. Die Vorgaben aus dem Bereich Pflege machen bei uns häufig keinen Sinn und sind kaum umsetzbar. Unsere Klientel ist deutlich mobiler und weniger vulnerabel. Viele gehen in die Arbeit (W/foM). Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten häufig in einer Werkstatt und haben dort viele Kontakte. Gleichzeitig leben sie bei uns und dürfen hier ihre Freunde nicht treffen bzw. nur im Freien. Das ist für viele nicht nachvollziehbar und sehr belastend. Über den Sommer konnten Lockerungen gemacht werden, jetzt sind wieder alle gruppenübergreifenden Aktionen abgesagt. Die Mitarbeiter dürfen noch nicht mit den Bewohnern an einem Tisch essen, außer sie gehen in ein Restaurant. Die familiäre Atmosphäre existiert seit fast zwei Jahren nicht mehr. Dadurch ist erst aufgefallen wie wichtig das für unsere Bewohner ist. Sie formulieren auch heute noch, wie schrecklich sie das finden.“ (ID\_55)

„Vieles war möglich und umsetzbar, was vor der Pandemie nicht vorstellbar war. Bewohnerinnen und Bewohner zeigten Kompetenzen und Verantwortung die vielen nicht zugetraut wurde. Der Zusammenhalt in der Einrichtung war gerade zu Beginn der Pandemie sehr groß. Die Solidarität vieler Mitarbeitender war beeindruckend. Die Auswirkungen auf die Arbeitssituation der MA war massiv (FFP2-Masken durchgehend im Dienst tragen). Erhebliche Flexibilität bei der DP-Gestaltung war gefordert. In einer Einrichtung unserer Größe bedeutet die Umsetzung der Schutzmaßnahmen enorme Einschränkungen für die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Mitarbeitenden.“ (ID\_68)

„Umgang mit einer pandemischen Lage. Umgang mit positiven Fällen bei Mitarbeitern und Bewohnern. Zusammenhalt der Betreuungspersonen stieg enorm, wobei die ständige Anspannung aufgrund des zusätzlichen Arbeitsaufwands auch zu teilweise starken emotionalen Konflikten führte. Stärkung des Betreuungspersonals muss gerade in solch schwierigen Zeiten regelmäßig geschehen (zusätzliche Zahlungen, Naschkörbe in den Büros, freie Getränke, regelmäßige Gesprächsangebote durch Leitungen).“ (ID\_51)

„wie wichtig die sozialen Kontakte für die Bewohner untereinander sind“ (ID\_62)

### 3.7.2 Lerngewinne – Flexibilität und Ideenreichtum

Die Leitungsebene konnte einige Beispiele aufzählen, was im Laufe der Pandemie dazugelernt wurde.

- Die Organisation der Verantwortungsbereiche, Maßnahmen und Kommunikationen muss auf personaler und institutioneller Seite rechtzeitig und strukturiert erfolgen, beispielsweise über einen Corona-Stab. Man

lernte, moderner und agiler zu arbeiten. Dazu diente auch die vielerseits wachsende digitale Kompetenz.

- Es gab unangemessene Einschränkungen für die Bewohnerinnen und Bewohner, während diese sich zugleich belastbarer als erwartet zeigten.
- Psychische Begleitung ist von besonderer Bedeutung und wird es bleiben.

Der Umgang mit einer Pandemie muss und sollte „gelernt“ werden. Dazu sind auch gute Information und Kommunikation wesentlich.

Dies wird nach konkreter Auskunft der Leitungspersonen dazugelernt:

- » *„Corona-Stab der Einrichtung erwies sich als sehr sinnvoll. Rückmeldungen vom Corona-Stab sollten zeitnah erfolgen. PSA wurde durch Hauswirtschaftsleitung/Einrichtungsleitung immer ausreichend zeitnah bestellt und stand somit immer ausreichend zur Verfügung. Einrichtung von Testmöglichkeiten im Haus sollten bei einer nächsten Pandemie frühzeitiger entstehen. Betreuungspersonal als Tester ausbilden zu lassen, erwies sich als sehr sinnvoll und praxisorientiert. In einer Pandemie sollten Dinge wie z. B. ein MNS ausreichend und kostenlos für Mitarbeiter und Bewohner sowie allen Privatpersonen zur Verfügung stehen. Beschränkungen für die Bewohnerinnen und Bewohner waren teilweise nicht angemessen (private Einkäufe wurden zeitweise stellvertretend für die Bewohner übernommen).“ (ID\_51)*

*„Die psychische Begleitung während der Restriktionsmaßnahmen ist besonders wichtig, um psychische Spätfolgen zu reduzieren.“ (ID\_67)*

*„digital readiness – wir arbeiten inzwischen um ein Vielfaches digitaler, was den Arbeitsalltag an vielen Stellen erleichtert, aber häufig vermissen die Kolleginnen und Kollegen auch den persönlichen Kontakt. Der Zusammenhalt ist gewachsen. Wir sind moderner und agiler geworden. Wir wissen jetzt, dass wir gut improvisieren können und mit Unsicherheit eigentlich ganz gut handeln können.“ (ID\_58)*

*„Hygiene-Prophylaxe; Flexibilität; wie belastbar unsere Bewohner sind“ (ID\_62)*

*„Umgang mit einer Pandemie -> die Wichtigkeit einer interdisziplinären Vernetzung und Zusammenarbeit“ (ID\_61)*

*„Vieles kann gelingen durch Flexibilität und Ideenreichtum. Schnelle Entscheidungen ohne lange Vorlaufprozesse waren möglich. Eine gute und transparente Kommunikation ist enorm wichtig. Regeln und Einschränkungen müssen nachvollziehbar erklärt werden. Schnelle Informationswege und gute Erreichbarkeit der Leitungskräfte ist wichtig. Technische Hilfsmittel und neue Kommunikationsformen (Onlinebesprechungen) bewähren sich durchaus im Alltag.“ (ID\_68)*

### 3.7.3 Schwierigkeiten – Personalengpässe, Quarantänemaßnahmen

---

Die Leitungspersonen nennen auch große Schwierigkeiten seit Pandemiebeginn. Eine zentrale, kurzfristig kaum lösbare Schwierigkeit war und blieb die hochgradig überbeanspruchte Personaldecke.

Im Einzelnen werden folgende Punkte erwähnt:

- Eine Hauptschwierigkeit sind Personalengpässe. Diese zeigten sich vor allem in den Gruppendiensten (durch Infektionen und Quarantäneregelungen, aber auch wegen der Mehrarbeit, etwa durch den Wegfall der Tagesstrukturen, die Bewohnerinnen und Bewohner „aus dem Haus“ führen). Bei der erforderlichen Kohortenbildungen im Personaleinsatz ging die Dienstplanflexibilität verloren. Begegnungen des Personals wurden ausgeschlossen. Ständige und kurzfristige Änderungen von Dienstplänen stressen. Der erforderliche Dienstumfang von 7/24 war unter den gegebenen Ressourcen in dieser Systematik nicht umsetzbar. Der Druck auf das verbleibende Personal stieg zusätzlich. Teilweise wurden daher Personen aus anderen (etwa Corona bedingt geschlossenen) Bereichen eingesetzt.
- Einzelne Angebotsbereiche (der Tagesstruktur) wurden geschlossen (Werkstätten, Förderstätten). Personen, die mit Betreuungsbeschluss untergebracht sind, waren im Infektionsfall bei der Gesundheitsorge schwer zu handhaben.
- Die Umsetzung der erforderlichen Hygienemaßnahmen war mühsam. Die notwendige Schutzausrüstung fehlte zunächst und war schwer zu beschaffen. Viele wichtige Tätigkeiten (beispielsweise Hygienemaßnahmen) sind im Prinzip berufsfremd. Sich zusätzlich mit den Angehörigen zu befassen war für das Personal sehr aufwendig.
- Regularien, um Fälle von Corona-Infektion zu erfassen und damit umzugehen, mussten entwickelt und eingeübt werden, ohne dass man immer hinreichend Informationen hatte. Der laufende Kontakt zum Personal musste angemessen entwickelt und implementiert werden.
- Mit Unwissenheit und Ängsten (auch bezogen auf die eigene Gesundheit) galt es umzugehen. Die mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung demotivierte das Personal.

Diese Schwierigkeiten wurden in den offenen Stellungnahmen der Leitungspersonen alltagsnah geschildert:

- » *„bei positiv getesteten Klienten mit einem Beschluss nach §1906 BGB<sup>2</sup> und die sich daraus ergebenden Anspannungskurven“ (ID\_69)*
- „Beschaffung von Schutzmaterial und FFP2–sowie OP-Masken. Das war für uns eine sehr schwierige Situation, weil es für uns sehr wichtig war, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Reha-Kundinnen und -Kunden zu schützen.“ (ID\_58)*
- „Das Betreuungspersonal hatte Ansprechpartner und konnte sich bei jeglichen Anliegen an die Leitung bzw. den Corona-Stab wenden. Spontane Schwierigkeiten konnten zeitnah geklärt bzw. umorganisiert werden. Umgang mit Verdachtsfällen bzw. positiven Fällen wurde mit der Zeit einfacher, da das Personal nach den ersten Malen „Übung“ hatte. Es gab keinen Fall mit einem schweren Verlauf, was den Umgang mit bzw. die Organisation sämtlicher Maßnahmen sehr erleichterte.“ (ID\_51)*
- „die Herausforderung an Grenzen zu stoßen und lernen damit umzugehen“ (ID\_61)*
- „Häufige Personalengpässe bei Ausbruchsgeschehen; Einschränkungen im Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner. Vor allem in den ersten Wellen der Pandemie gab es bei den MA große Sorgen und Ängste im Blick auf eigene Ansteckungen und damit verbundene gesundheitliche Gefährdungen. Besprechungen durchzuführen und eine gute Kommunikation mit den MA aufrecht zu erhalten stellte uns vor Herausforderungen.“ (ID\_68)*
- „Ja: Besetzung der notwendigen Dienste auf den Wohngruppen, bedingt durch Krankheitsausfälle und Quarantäneanordnungen. Motivation der Mitarbeitenden zu erhalten. Schließung einzelner Einrichtungsteile (WfbM, Förderstätte).“ (ID\_56)*
- „Ja: Personalengpässe, Quarantänemaßnahmen bei Bewohnern und in gesamten Gruppen. Die Umsetzung von Hygienemaßnahmen erforderte schnelles Handeln mit Mehrarbeit und teilweise berufsfremde Tätigkeiten (z. B. Pandemiebeauftragte, Gefährdungsbeurteilungen). Teilweise Unverständnis von Angehörigen bezüglich Hygienemaßnahmen und straffere Besuchsregelung. Gerade in der Anfangszeit der Pandemie gab es teilweise zeitraubende Diskussionen.“ (ID\_55)*
- „Personalmangel–Mitarbeitermotivation. Mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden.“ (ID\_67)*

---

2 Nach § 1906 Abs. 4 BGB müssen Freiheitsentziehungen in offenen Einrichtungen grundsätzlich dann vom Betreuungsgericht genehmigt werden, wenn sie in ihrer Wirkung auf die Bewegungsfreiheit des Patienten einer Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung gleichkommen.

*„Umsetzung der eingeschränkten Dienste, keine Durchmischung des Personals, immer die gleichen Personen sollten zusammenarbeiten. Das war durch unseren individuellen Dienst und die unterschiedlichen Stundenumfänge der MA unmöglich umzusetzen. Das plötzliche Wegbrechen der Tagesstruktur und die 24/7 Betreuung der Bewohner von heute auf morgen mit dem bestehenden Personal...“ (ID\_62).*

### **3.7.4 Grenzerfahrungen – mit Corona infiziert, alleine**

Aus Leitungsperspektive wurden besonders herausfordernde Erfahrungen für sich und andere angemerkt:

- Entscheidungen waren unter großer Unsicherheit zu treffen. Man konnte nie Abschalten.
- Der Einsatz des Personal musste aus dem Stand, kurzfristig und ohne Kommunikationszeit realisiert werden. Maximale Flexibilität und Einsatzbereitschaft waren bei gleichzeitiger Dauerüberlastung erforderlich und mussten auch beim Personal eingefordert werden.
- Personen, die an die Grenzen ihrer psychischen und physischen Leistungsfähigkeit kamen, müssen begleitet werden.
- Personen verstarben wegen mangelnder medizinischer Versorgung. Bewohnerinnen und Bewohner verstarben alleine, ohne vertraute Umgebung oder Begleitung.
- Die Quarantänemaßnahmen waren sehr belastend. Gemeinschaft konnte kaum erfahren und organisiert werden. Es wurden auch keine Feste gefeiert.
- Sorgen um die Schwere der Corona-Ausbrüche und die anhaltende Überlastung für Bewohnerinnen und Bewohner und die Mitarbeiter-teams. Es gab kaum Erholungsphasen.

Diese Grenzerfahrungen zogen sich über viele Monate hin. Es ging um knappe Ressourcen und um rigide Eingriffe in den gewohnten Ablauf der Organisationen. Dies wird in den folgenden Stellungnahmen der Leitungspersonen plastisch beschrieben:

- » *„die Mitversorgung der Mitarbeiter, Ansage war am Donnerstagnachmittag, am Freitag war das in Kraft. Es gab keine Regelung oder Vorgaben, wie das umzusetzen wäre, geschweige denn, wie die Finanzierung aussieht.“ (ID\_62)*

„die natürlichen Grenzerfahrungen in Zeiten der Pandemie–Begleitung von physischen und psychischen Belastungsgrenzen aller beteiligten Akteure–Umgang und Begleitung“ (ID\_61)

„Feste wie Weihnachten und Silvester durften/dürfen nicht im gewohnten Kreis gefeiert werden. Für die Bewohner haben diese Tage einen sehr hohen Stellenwert, was hier die Umsetzung der Regeln als Leitung emotional sehr erschwert.“ (ID\_51)

„Ja: Psychische und physische Überlastung. Anforderung sehr hoher Flexibilität und Anpassungsbereitschaft (Regeln, Risiken, Allgemeinverfügungen usw.). Fehlende Sicherheit beim Treffen von Entscheidungen.“ (ID\_56)

„Ja: Quarantänemaßnahmen für Bewohner waren extrem belastend für Bewohner und das Team. Glücklicherweise gab es nur ein paar wenige Fälle, und es hat keinen Bewohner getroffen, der es nicht akzeptiert hätte. Bei einem größeren Ausbruch hätten wir die Bewohner kohortieren müssen, sprich aus ihren Zimmern heraus in das Zimmer eines anderen Bewohners ziehen lassen müssen. Das komplette gewohnte Umfeld wäre weggebrochen. Wir sind sehr froh, dass uns das nicht getroffen hat. Die Betreuung von Bewohnerinnen und Bewohnern im Krankenhaus ist nur sehr eingeschränkt möglich. Gerade Personen die sich nicht gut mitteilen können sind hier stark benachteiligt.“ (ID\_55)

„Überlastung; psychische Belastung bei Ausbruchsgeschehen; Nicht-Abschalten können, d. h. auch in der arbeitsfreien Zeit kreisen die Gedanken um Probleme in der Einrichtung“ (ID\_68)

„Umgang mit Unsicherheit/Unwissen vor allem am Anfang der Pandemie. Verantwortung für die Gesundheit von Reha-Kundinnen und -kunden sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern war nicht „so einfach wegzustecken“. Lange Dauer der Pandemie, wenige Erholphasen.“ (ID\_58)

„Vor allem in der Anfangsphase konnte nicht abgeschätzt werden, wie tödlich die Krankheit für die Bewohnerinnen der Einrichtung sein wird. Eine Bewohnerin konnte in der ersten Welle aufgrund von OP-Verschiebungen nicht operiert werden und verstarb schließlich im Krankenhaus mit Corona infiziert, alleine in der Klinik.“ (ID\_60)

### 3.7.5 Lösungswünsche – Investition im Bereich der Prävention und des Personals

Der Ernst der Lage war sehr bewusst. Alle suchten nach Lösungen möglichst ohne Nebenwirkungen und mit viel Machbarkeit. Die Leitungspersonen schilderten einige verbesserungswürdige Aspekte, teilweise auch mit Lösungsvorschlägen verbunden:

### 3.7 · Erfahrungen und Erkenntnisse in der Einrichtung

- Die „*Gleichschaltung*“ [ID\_68] der Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe darf nicht stattfinden.
- Insgesamt sollen Pflege- und Betreuungsberufe in ihrer Bedeutung besser erkannt und gewürdigt werden. Mehr Wertschätzung ist dringend erforderlich.
- Die Exklusion (Kontaktsperre) der Bewohnerinnen und Bewohner wird sehr kritisch eingeschätzt. Sie soll sich keinesfalls wiederholen.
- Mehr Menschlichkeit und eine Präventionsorientierung gegenüber Bewohnerinnen und Bewohnern werden zugleich gegenüber dem Personal empfohlen. Dies soll nachhaltig und nicht nur unter Pandemie-Bedingungen gelingen.
- Mehr Augenmaß für Maßnahmen wird dringend empfohlen, verbunden mit einer erheblich verbesserten Personalsituation.
- Auch die Verlässlichkeit behördlicher Vorgaben, statt ständiger Änderungen durch die Gesundheitsämter, wird dringend empfohlen: Im Bereich der Zusammenarbeit (insbesondere mit Gesundheitsbehörden) werden wesentliche Verbesserungen gewünscht.
- Digitale Lösungen sollen ausgebaut werden.

Diese Lösungsvorschläge und -wege drücken Leitungspersonen deutlich aus:

- » „*Aufwertung der Pflege- und Betreuungsberufe*“ (ID\_67)  
*„die Kontaktsperre für die Bewohner und die Angehörigen hätte nicht so stattfinden dürfen“* (ID\_62)  
*„Generelle Wertschätzung des Nonprofit-Bereichs – insbesondere durch die schon vor der Pandemie schwierige Personalsituation. Hier muss was getan werden.“* (ID\_58)  
*„In Einrichtungen, bei welchen die Impfquote der Bewohner 100 Prozent entspricht, sollten Lockerungen gerade z. B. an Weihnachten oder [bei] gemeinsamen Ausflügen möglich sein.“* (ID\_51)  
*„Ja: Es sollte für erforderliche Maßnahmen in Krisen-/Pandemiesituationen zusätzlich Personal zur Verfügung stehen, um übliche Abläufe bzw. Aufgabenfelder möglichst ohne Mehrarbeit und zusätzliche [...] Belastung weiterführen zu können.“* (ID\_55)  
*„Ja: Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt, Zusammenarbeit mit der FQA<sup>3</sup>, Professionelle Angebotsstruktur zur Betreuung des genannten Personenkreises in*

---

3 FQA: Fachstelle für Pflege und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA), Nachfolgeeinrichtung der Heimaufsicht nach PflWoqG: Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PflWoqG) vom 8. Juli 2008 (GVBl. S. 346) BayRS 2170-5-G.

einer Pandemie oder im Katastrophenfall, insbesondere auch in der medizinischen Versorgung.“ (ID\_56)

„Keine andauernde Gleichschaltung von Pflegeeinrichtungen mit Einrichtungen der Eingliederungshilfe; Verlässlichkeit von behördlichen Vorgaben und nicht ständige Änderungen; einheitliches Vorgehen von Gesundheitsämtern: Wir arbeiten mit drei Gesundheitsämtern zusammen und bekommen oftmals auf identische Fragestellungen drei unterschiedliche Aussagen und Anordnungen; Ausbau digitaler Lösungen“ (ID\_68)

„Wertschätzung und Menschlichkeit – Investition im Bereich der Prävention und des Personals – nicht nur zu Pandemiezeiten – sondern nachhaltige „praxisnahe“ Struktur und Konzepte“ (ID\_61)

### **3.7.6 Lösungswege adressieren – Soziale und pflegerische Berufe benötigen ein besseres Image**

---

Für erforderliche Verbesserungen setzen die Personen mit Leitungsverantwortung vor allem auf die Politik und deren Repräsentantinnen und Repräsentanten. Dort und bei Behörden wird Lösungspotenziale gesehen und auch dringend erwartet. Es wird angemerkt, dass

- wechselnde Personen in den Behörden auch dazu beitragen, dass es zu keinem besseren Image der sozialen und pflegerischen Berufe kommt,
- mehr als Lippenbekenntnisse erforderlich sind,
- eine bessere Bezahlung unumgänglich ist,
- von den Verantwortlichen in der Politik klare Vorgaben gewünscht sind,
- Behörden, hier insbesondere die Gesundheitsämter, empathischere Haltungen zeigen sollten.

Aus Leitungsperspektive werden recht unisono Lösungen erwartet, vor allem durch ein entsprechendes klares, empathisches, nicht überstülpendes Engagement vonseiten der Politik und der Behörden, allen voran der Gesundheitsämter:

» „Es braucht politische Lösungen. Soziale und pflegerische Berufe benötigen ein besseres Image und eine bessere Bezahlung.“ (ID\_58)

„Ja: Politiker, heute so und morgen wieder ganz anders“ (ID\_66)

„klarere Vorgaben durch die Politik“ (ID\_62)

„Ministerpräsident des Landes bezüglich der emphatischen Sichtweise auf Menschen mit Beeinträchtigung. Überstülpende Fürsorge ist nicht wertschätzend.“ (ID\_67)

„Politische Verantwortungsträger, Behörden (Gesundheitsämter)“ (ID\_68)

### **Gewohnheit, Gesundheitschancen und Gemeinschaft als Game-Changer**

Game-Changer sind Umstände oder Vorgehensweisen, die herkömmliches Vorgehen grundlegend verändern und dabei wirksam sind. Die Eingliederungshilfe befasst sich üblicherweise mit Ausgrenzung, denn sie ist beauftragt, sich gegen Isolation und Exklusion zu stemmen. Die Rückmeldungen der befragten Leitungspersonen machen deutlich, dass der Auftrag der Eingliederung (Rehabilitation, Teilhabe, Selbstbestimmung) durchweg bewusst ist. Zugleich sind die besonderen Wohnformen im Prinzip geübt, mit den Rahmenbedingungen von „Unterbringung“ umzugehen. Dabei geht es auch darum, Gesundheitsrisiken im Einklang mit den üblichen Heimvorschriften zu kontrollieren.

In der Pandemie-Zeit fühlten sich die Personen in Leitungsverantwortung zum Befolgen von Anweisungen aufgerufen. Kurzfristig griffen die Gesundheitsämter in die Routinen der Praxis ein und in die Lebenssituationen der Bewohnerinnen und Bewohner und des Personals. Damit umzugehen führte aus Leitungssicht zu erheblichen Anspannungen und schwer lösbaren Konflikten. Das Bemühen war, Wege zu finden, um aus einer rigiden Isolationsorientierung (physical distancing) herauszuführen, ohne die Gesundheitsrisiken der Beteiligten (aus Bewohnerschaft, Personal und Angehörigen) zu erhöhen. Nach dem Selbstverständnis der Eingliederungshilfe werden Gesundheitschancen weit definiert. Es geht neben erforderlichen kurativen Maßnahmen auch um psychische Gefährdung und soziale Isolation. Das größte und problematischste Engagement wurde dem Personal abverlangt. Es war oft rund um die Uhr von der personenbezogenen Assistenz bis zur Pflege im Einsatz, phasenweise ohne dass Hilfe von außen möglich und zugelassen war, oder dass eigene Gesundheitsrisiken vermieden werden konnten.

Eine wichtige Strategie auf Leistungsebenen war, die Interventionen anzupassen, um die brüchige Stabilität der Versorgung zu sichern. Gemeinschaft war dabei ein treibender Faktor, um der Bewohnerschaft Sicherheit zu vermitteln. Aber Personalengpässe konnten kaum gepuffert werden. Hilfreich wirkten wachsende digitale Kompetenzen in Kommunikation und Information. Klar und einstimmig fordern die Anbieter im Feld der Eingliederungshilfe, dass sich Krisensituationen so nicht wiederholen dürfen. Daher sei mit Prävention gegenzusteuern.

Fehlende öffentliche Anerkennung sowie mangelnde politische praxisnahe Unterstützung soll dringend behoben werden, zuallererst durch angemessene personelle Ausstattung. Zudem müssen Regulierungen die Ziele der Eingliederungshilfe verstehen, achten und einbeziehen.

## Literatur

- Leiner, Dominik J. (2019). SoSci Survey (Version 3.1.06) [Computer software]. Available at ► <https://www.socsisurvey.de>.
- McCausland, Darren / Murphy, Esther / McCarron, Mary / McCallion, Philip (2022). The potential for person-centred planning to support the community participation of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 26(3), 603–623. [► <https://doi.org/10.1177/17446295211022125>].
- Wacker, Elisabeth (2020). Teilhabefokus und Soziologie sozialer Probleme. Eine Erkundung zu Forschungspotenzialen am Beispiel der Behinderungsfrage. *Soziale Probleme*, 31(1–2), 103–122. [► <https://doi.org/10.1007/s41059-020-00078-7>].
- Wacker, Elisabeth / Beck, Iris / Brandt, Martina / Köbsell, Swantje / Lippke, Sonia / Niehaus Mathilde (2023). *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. Health in All Policies als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung*. Springer VS, Wiesbaden.
- WHO (World Health Organization) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. World Health Organization, Geneva.

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (► <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Dauerdienste, Distanzambivalenz und Dialoge–Sicht des Fachpersonals

## Inhaltsverzeichnis

- 4.1 Fokusgruppen für Fachdienste in den besonderen Wohnformen – 121
- 4.2 Allein im Heim – *Er hat fast ein Jahr seine Familie nicht gesehen* – 122
- 4.3 Der Neue Alltag, Testen, Herantasten – *Man ist einfach alleine gewesen* – 130
- 4.4 Sieben Wünsche zur Gesundheitsentwicklung – 136
- Literatur – 137

**Ergänzende Information** Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann  
▶ [https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_4).

© Der/die Autor(en) 2025  
E. Wacker, *Wohnen in Gesundheit*,  
Gesundheitsförderung – Rehabilitation – Teilhabe,  
[https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_4)

*Eckdaten der Auswertung*

*Die dargestellten Befunde und Originalzitate basieren auf Gesprächsbeiträgen aus verschiedenen besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe.*

*Insgesamt haben in zehn Einrichtungen elf Fokusgruppen stattgefunden, mit insgesamt 47 Fachkräften aus dem Wohngruppendienst.*

*Die Gespräche folgten einem Leitfaden und wurden zwischen Januar und März 2022 geführt.*

**4****Zusammenfassung**

Die Diensttuenden unterstützten auch unter den strengen Vorgaben der Corona-Zeit die Bewohnerinnen und Bewohner der Eingliederungshilfe-Einrichtungen in großer zeitlicher und physischer Nähe. Ihre Meinung zur Regulierung und Gestaltung des Wohnalltags wurde in Gruppengesprächen erhoben. Trotz erheblicher zeitlicher Überlast nahmen sie sehr bereitwillig teil. Die Fachdienste setzen die personenbezogene Assistenz um, aber auch die Organisation dienstlicher Abläufe, Überwachung von Regulierungen, Dokumentation und Sorge um Gesundheitsfragen, bezogen auf Einzelne und auf die Wohngemeinschaft. Sie berichten von Belastungen und Ängsten der Bewohnerschaft, fühlten sich aber häufig selbst in Erklärungsnot und erschöpft. Mit Corona-Tests gelang eine bessere Lagebewertung, aber es kamen auch weitere Aufgaben im Gesundheitsdienst hinzu. Dauerhaft Distanz zu wahren, erwies sich im Alltag als ebenso zermürend, wie stets erneut Maßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohnern sowie für deren Angehörige zu erläutern. Eigene Risiken und Überlasten konnten kaum von Beruflichem getrennt werden. Dienste und Rufbereitschaften erstreckten sich oft über mehrere Tage. Die Haltung der Diensttuenden zu verfügbaren Impfungen war gemischt, vor allem zur Durchsetzung bei Personal und Bewohnerschaft oder zu den Folgen bei Impfverweigerung. Möglichkeiten und Bedeutung psychischer Stressoren wurden häufig vorgetragen. Viele fühlten sich allein gelassen. Das Personal im Wohngruppendienst äußerte eine Reihe klarer, differenzierter Wünsche zur besseren Gesundheitsförderung, oft mit präventivem Zuschnitt.

Besonders wertvoll und besonders schwer zu organisieren waren die Gruppengespräche mit dem Fachpersonal in besonderen Wohnformen.<sup>1</sup> Die Verfügbarkeit war – angesichts der Dienstzeiten und immensen Überstunden – extrem limitiert. Hinzu kamen die speziellen Gesundheitsrisiken in Gruppenveranstaltungen. Den gemeinsamen Bezug im Gruppengespräch herzustellen war aber wichtig, um die Praxiserfahrungen lebendig und im Diskurs kontrolliert einzufangen. So wurden viele Anläufe – mit viel gutem Willen von allen Seiten und Organisation von Raum und Zeit – unternommen, bevor jeweils Fokusgruppen starten konnten.

Die gewonnenen lebendigen Eindrücke zu den Corona bedingten Auswirkungen und Entwicklungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe können somit auf dieser Basis in einer Auswahl und aus Perspektive der Assistenzpersonen im Gruppendienst wiedergegeben werden.

Trotz der hohen Belastungen waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr bereit, an den Gesprächen teilzunehmen und freuten sich, gehört zu werden. Sie schilderten aus eigener Erfahrung das Alltagsgeschehen bei der Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner. Es geht um spezifische personenbezogene Assistenz zur Lebensführung. In ihren Dienst fallen zugleich Aufgaben in der Organisation. Sie gestalten Abläufe, dokumentieren, sorgen sich um Gesundheitsfragen und setzen Regeln um. Soziale Teilhabe fördern sie beispielsweise mit Gemeinschaftserfahrungen im Alltag oder bei Festen und Feiern. Auch die psychische Begleitung von Einzelnen und Gruppen liegt in ihrem Aufgabenbereich. Alle diese Aktivitäten finden für einzelne Bewohnerinnen und Bewohner ebenso wie im Teambezug statt, sodass sich unter Pandemie-Bedingungen gewohnte und notwendige Interaktionen mit Isolationsbestrebungen überkreuzten.

Im Dienst ist die in der Pandemie erwartete physische Distanz kaum möglich. Also lassen sich vom Fachpersonal im Gruppendienst weder Versorgungsaufgaben ohne Nähe umsetzen, noch gelingt es unter den Pandemie-Bedingungen privat „abzuschalten“. Die Dienstaufgabe reicht nämlich weit in das private Leben des Personals hinein, bis zu den Überlegungen, sich durch Selbstisolation dienstfähig zu halten. Zugleich müssen

---

1 Zu den Rahmungen und wesentlichen methodischen Überlegungen siehe Tausch und Me-nold (2015).

die Fachkräfte mit den eigenen Corona bedingten Gesundheitsrisiken umgehen und sind dabei viele Stunden dienstlich im Einsatz oder abrufbereit, um die jeweils erforderliche Unterstützung zu leisten.

Die Gespräche mit dem Fachpersonal in Fokusgruppen folgten einem eigens entwickelten Leitfaden mit strukturierten Themenfeldern:

» „Leitfaden zur Erfassung von Corona bedingten Auswirkungen und Entwicklungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe auf Fachpersonalebene“ (FaFo)

(s. Anhang).

Zwischen zwei und sieben Personen verständigten sich in einer gemeinsamen Gesprächssituation, begleitet von einer Person aus dem Wissenschaftsteam. Die Fokusgruppen fanden meist physisch in den Einrichtungen statt, und zwar in möglichst großen Sitzungsräumen bzw. im Freien (neunmal) oder digital (zweimal). Die Teilnahme war freiwillig. Die Gruppenzusammensetzung erfolgte nach Teilnahmebereitschaft. Die meisten Mitarbeitenden kamen aus dem direkten Gruppendienst. Personen mit direkter Aufsichtsfunktion (Dienstaufsicht, Vorgesetzte) waren nicht einbezogen.

Aus den Gesprächen gingen lebendige Alltagsdokumente hervor mit Erfahrungsschätzen aus der Praxis. Nicht nur die weit über die Anlässe der Pandemie hinausreichende Überlast wird deutlich, sondern auch die vom Fachpersonal empfundene geringe gesellschaftliche Wertschätzung für ihre Leistungen. Während sich der Sozialstaat zu Inklusivität und Chancengerechtigkeit für alle bekennt, sollten die wissenschaftlich erhobenen Daten – so die Hoffnung – notwendige Entwicklungen anstoßen und Politik-Praxisdiskurse mit Wissen unterlegen. Noch wird Deutschland ein Umsetzungsdefizit bescheinigt, was die Wohn- und Arbeitsbedingungen nach den Leitlinien des UN-Fachausschusses zum umfassenden Wandel der Unterstützungssysteme anbelangt.<sup>2</sup>

Hier öffnen sich Gräben zwischen den gewünschten und gewollten Versorgungs- und Eingliederungshilfe-Leistungen und deren Gelingen.

---

2 Vereinte Nationen CRPD/C/5 (2022). Die Leitlinien ergänzen die Allgemeine Bemerkung Nr. 5 (2017) des Ausschusses zum Recht auf selbstbestimmte Lebensführung und Inklusion in die Gemeinschaft (Artikel 19 des Übereinkommens) und die Leitlinien des Ausschusses zum Recht von Menschen mit Behinderungen auf persönliche Freiheit und Sicherheit (Artikel 14).

Im Folgenden wird die Perspektive des Fachpersonals aus Fokusgruppen ins Zentrum gerückt. Dabei soll zugleich die Spanne vom Pandemie-Beginn bis zu Zukunftserwartungen strukturiert betrachtet werden.

- Mitarbeiterbezogene Informationen in besonderen Wohnformen
- Skizzen zur Ausgangslage in den Einrichtungen vor der Pandemie
- Lage während der Pandemie
- Wünsche und besorgte Blicke in die Zukunft

## 4.1 Fokusgruppen für Fachdienste in den besonderen Wohnformen

---

Fokusgruppen waren deswegen besonders schwer zu organisieren, weil mehrere Personen mit einem erheblichen Überstundendeputat gleichzeitig nach Corona-Regeln in einem Zeitraum und an einem Ort zusammenkommen mussten. Beispielsweise musste die gesamte Terminierung von vorne beginnen, wenn im Kreis der Gesprächsbereiten Corona-Kontakte oder -Infektionen vorkamen. Dies war häufig der Fall. Zum Gruppentermin hatte die Person aus der Wissenschaft unter Pandemie-Bedingungen teilweise aufwendige Anreisen zu bewältigen.

Trotz aller komplexen Hürden war die Teilnahmebereitschaft insgesamt sehr hoch, nicht alle Gesprächswilligen konnten einbezogen werden. Die thematisierten Ergebnisse aus allen Fokusgruppen bieten eine Lagebeschreibung, die sich gliedern lässt in Beginn der Corona-Pandemie, Verlauf und Ausblick auf absehbare Folgen.

Die Originalzitate sind ausgewählten Fokusgruppen entnommen. Vorrangig wird die Lage in den gängigsten Wohnformen beschrieben, also den Einrichtungen mittlerer Größe und den Groß- bzw. Komplexeinrichtungen. Auch die unterschiedlichen religiösen Bekenntnisse oder weltanschaulichen Positionierungen der Anbieter sind berücksichtigt. Eher kleinere Settings, aber auch metropolartige Umgebungen kommen zum Zug. Die beteiligten Wohnformen liegen geografisch weit gespannt auf einer bundesdeutschen Nord-Süd-Achse.

In den Fokusgruppeninterviews wurde beispielsweise artikuliert, wie Maßnahmen kommuniziert wurden und in die Umsetzung kamen oder welche neuen Anforderungen und Aufgabenbereiche entstanden sind. Manches, was bislang nicht im Gruppendienst üblich war, musste in Alleingängen überlegt und organisiert werden. Zugleich gab es auch Rückmeldungen mit hilfreichen neuen Erfahrungen. Die Themenbreite reichte von Sorge um

die Gesundheitsrisiken der Bewohnerinnen und Bewohner über Schutzaufgaben am Arbeitsplatz bis zu konkreten Umsetzungen der Aufgaben unter Pandemie-Bedingungen. Schließlich kamen auch die eigene Gesundheit und Leistungsgrenzen zur Sprache, verbunden mit Wünschen für die Zukunft.

## 4

### Meinungsvielfalt zur Lagebeschreibung

Die Gruppengespräche mit dem Fachpersonal waren besonders wichtig, um eine sich selbst kontrollierende, möglichst alltagsnahe Darstellung der Lage zu ermöglichen. Dies ist gelungen. Die engagierten Gesprächstreffen waren so konzipiert, dass sie Korrekturen im Meinungsbild oder widersprüchliche Aussagen zuließen. Es ließ sich keine Neigung zu sozial erwünschten Auskünften erkennen. Vielmehr boten die Diskurse die Möglichkeit einer vielschichtigen kompetenzbasierten Lagebeschreibung und einer darauf fußenden neuen Wissensbasis.

## 4.2 Allein im Heim – *Er hat fast ein Jahr seine Familie nicht gesehen*

Das Fachpersonal der Einrichtungen schildert, wie die komplette Einschränkung der Sozialkontakte zu Beginn der Pandemie die Lage für die Bewohnerinnen und Bewohner in den einzelnen Wohnformen in hohem Maße geprägt hat. Besuche waren weder von noch bei Angehörigen, Partnerinnen und Partnern oder Freundinnen und Freunden möglich. Anfangs waren sogar Treffen im Freien untersagt. Die Diensthabenden mussten solche Verbote mitteilen. Mussten Bewohnerinnen und Bewohner im Bett bleiben wurden in der Regel keine Besuche genehmigt. Nur im Sterbefall gab es Ausnahmen, damit Angehörige sich verabschieden konnten. Bewohnerinnen oder Bewohner, die ohnehin selten Besuche von Angehörigen und Familie erhielten, empfanden das Besuchsverbot aus Sicht der Gruppendienste wohl als tragischen Verlust.

» *„Weihnachten nicht nach Hause, Feiertage nicht nach Hause, Geburtstage kein Besuch.“*

MA 3, w, E7

*„Bei uns in der Gruppe ist auch aufgefallen, wir haben ja irgendwo noch Möglichkeiten, auch wenn wir unsere Angehörigen nicht sehen, sie irgendwie zu erreichen. Wir schreiben mit denen auf WhatsApp, anrufen, Sonstiges. Bei unseren Bewohnern ist es halt ganz oft so, dass sie darauf angewiesen sind, dass der Angehörige anruft und sonst sind sie natürlich Besuche gewohnt, also, dass die mal heimfahren dürfen. Und wir haben jetzt z. B. bei uns einen Bewohner auf der Gruppe, der ist immer Ostern und Weihnachten zuhause. Während dem Lock-down durfte er Weihnachten nicht nach Hause, Weihnachten war es dann erstmal nicht sicher. Er hat fast ein Jahr seine Familie nicht gesehen. Und das dann auch noch zu erklären, warum er sie nicht sehen darf, das ist dann halt schon sehr schwierig.“*

MA 2, w, E1

Die Bewohnerinnen und Bewohner waren auf ihren engsten Wohnkreis eingeschränkt. Sie durften auch keine anderen Gruppen innerhalb der Einrichtung besuchen. Werkstätten und Tagesstätten waren geschlossen. Programme zur Förderung von Teilhabe und Verselbstständigung sowie kognitiver Stimulierung waren in der Folge über mehrere Monate gänzlich ausgesetzt. Dadurch kam es bei einigen Bewohnerinnen und Bewohnern zu Rückschritten in der Selbstständigkeit bzw. konnten kognitive Abbauprozesse beobachtet werden.

#### **4.2.1 Rückschritte und Reizbarkeit – die Stimmung hat sich geändert**

---

Programme mit dem Ziel der Eingliederung waren ausgesetzt. Es fehlten also Möglichkeiten, Dinge konkret zu erkunden. Auch Praktika waren nicht möglich. In mehreren Einrichtungen wurde berichtet, dass die Isolation zu erhöhter Reizbarkeit, Gewichtszunahme, Verstärkung von Ängsten, psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen sowie zu allgemeiner Antriebslosigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner geführt hat.

» *„Es gab keine kulturellen Angebote; es konnte nichts umgesetzt werden. Es gab keinen Volkshochschulkurs, wo jemand dran teilgenommen hat. Es hat nichts stattgefunden. Und dieses, die Umsetzung dahingehend anzuleiten, dieses auch anzunehmen, zu sagen ‚Wir müssen uns schützen, ihr müsst euch schützen‘, das war hoch komplex und kompliziert.“*

MA 2, w, E7

*„Es ist ganz viel Selbstbestimmung der Bewohner eingeschränkt worden in Bezug auf Corona. Also, das, was die Teilhabe eigentlich fördern sollte, da ist genau das Gegenteil passiert. Die durften nicht mehr in die Arbeit gehen, jeder andere musste auch weiter in die Arbeit gehen, hier [Trägerangabe] ist zugemacht worden. Sie sind zuhause gehockt, die waren 24 Stunden zuhause, man hat auch schauen sollen, dass man nicht so viel außerhalb macht, durfte man ja auch nicht.“*

MA 1, M, E1

## 4

Darüber hinaus veränderten sich die sozialen Beziehungen negativ. Die Kontakteinschränkungen und verminderte Kommunikationsmöglichkeiten ließen Freundschaften zwischen verschiedenen Gruppen innerhalb einer Einrichtung einschlafen. Da die Bewohnerschaft sich Mitbewohnerinnen und -bewohner in der Regel nicht selbst aussucht, führten das 24/7-Zusammensein und der unstrukturierte Tagesablauf in einigen Fällen zu erhöhter Aggressivität und zu häufigeren Konflikten auf den Gruppen. Einzelpersonen wurden im eigenen Zimmern isoliert.

Diese Isolationstendenzen sind auch nach Wegfall der behördlichen Einschränkungen noch zu beobachten. Die Beschränkungen hatten erheblichen Einfluss auf soziale Kontakte.

» *„Ich finde, dass wirklich auch die Sozialkontakte sehr darunter gelitten haben. Wir haben zum Beispiel eine Klientin, die hat einen festen Freund in der Arbeit gehabt. Und dann war Lockdown, und sie durfte für ein halbes Jahr nicht mehr in die Arbeit gehen. Dann ist die wieder in die Arbeit gegangen, und er war in Rente, und sie hat ihn praktisch nicht mehr gesehen. Also das sind schon Sachen, die ganz schön krass waren und die man sich ohne Behinderung nicht gefallen lassen würde. Sie hatten eigentlich gar keine Möglichkeit, irgendetwas dagegen zu tun.“*

MA 1, w, E1

*„Bei uns war es das gleiche, [...], dieses Aufeinandersitzen von acht Leuten, und wir haben eben auch alte Leute, Rentner, also die Stimmung war teilweise richtig gereizt. Sie haben einander geärgert vor lauter Langeweile, und es war dann wirklich so, und das ist eigentlich bis jetzt noch so, dass sich einige in ihr Zimmer zurückgezogen haben und eigentlich bis heute nicht groß aus dem Zimmer rauskommen. Die Stimmung hat sich geändert, und das ist bis jetzt deutlich schlechter als es vor Corona war.“*

MA 5, w, E1

### 4.2.2 Unverständnis und Überzeugungsarbeit – *immer wieder in diese Gespräche gehen*

---

Zusätzlich war es aufgrund der jeweiligen Beeinträchtigungsformen für die Bewohnerinnen und Bewohner sehr schwierig nachzuvollziehen, warum diese Einschränkungen gemacht wurden. Das Fachpersonal aus verschiedenen Einrichtungen betont, dass sehr viel Zeit und Energie darauf verwendet wurde, die Situation und die Gründe der Maßnahmen immer wieder zu erklären. Häufig wird beispielsweise betont, dass es kein Verständnis dafür gab, dass das Einkaufengehen für die Bewohnerinnen und Bewohner eingeschränkt wurde. Insbesondere Bewohnerinnen und Bewohner, die sich aktiv in den sozialen Medien über das Pandemie-Geschehen informierten, empfanden hier eine Benachteiligung gegenüber der Allgemeinbevölkerung, denn für diese war Einkaufen durchgängig erlaubt:

- » *„Ich darf das nur nicht, weil ich in einer Einrichtung bin.“*  
MA 2, w, E1

Weitere Gesprächspassagen beleuchten Herausforderungen aufseiten der Bewohnerschaft und des Fachpersonals (wie Unverständnis, Widerstände, Ungeduld) bei der Umsetzung der Hygiene- und Schutzmaßnahmen:

- » *„Die halten sich ja auch nicht an die Maskenpflicht. Es gibt ganz viele Corona-Erkrankungen im Haus, und ich weiß von meinen Kollegen, dass sich der größte Teil trotz allem auch nicht an die Maskenpflicht hält, nach wie vor. Man kann das jeden Tag zehnmal sagen, es wird trotzdem nicht so umgesetzt, wie es sein sollte.“*

MA 3, w, E7

*„Das führt oft auch zu Streiken von Seiten der Bewohner, was ich auch verstanden habe, weil, so wie du sagst, wir haben es nicht wirklich verstanden, und wie sollen es dann die Leute verstehen? Was ich auch schwierig fand, es gab gar nicht so viele Informationen in leichter Sprache, sondern man musste selber handeln und sagen, ok, wie erklären wir das den Leuten am besten?“*

MA 2, w, E1

*„Mir fällt ein Beispiel ein: Ein Bewohner, der sehr selbstständig lebt, aber im Grunde gemeint hat ‚ich kann für mich entscheiden, ich werde nicht krank, ich lasse mich nicht impfen‘, usw. und man kann es nicht kontrollieren, dafür gibt es ja gar nicht die Mittel. Man kann nur an die Vernunft oder in vielen Gesprächen versuchen zu vermitteln ‚bitte bleibe hier, wir besorgen alles, was du brauchst zum Leben usw.‘, aber eben doch anders gehandelt wurde, und man muss immer*

wieder in diese Gespräche gehen ‚bitte nicht, bitte kein Treffen bei dir in der Wohnung, bitte usw‘. Das [unverst.] Sache daher, an Corona auch erkrankt war, weil er sich an diese Struktur nicht halten konnte. Und das war nicht nur einer, das ist jetzt nur ein Beispiel. Weil er meinte, er kann für sich selbst entscheiden, was ja insofern auch richtig ist, nur in dem Moment waren wir alle angehalten, da Überzeugungsleistung zu leisten. Gesundheit und Leben. Und da gab es ja auch die Regeln. Es wurden Regeln aufgestellt vom Gesundheitsamt, vom Arbeitgeber usw., und wir waren ausführendes Instrument. Und das war natürlich ziemlich auf hochdeutsch „hackenrand“ für alle, weil das war sehr klein aufgedrösel, wie viele Anweisungen müssen wir befolgen, das war wirklich eine große Herausforderung.“

MA 2, w, E7

„Wie schon gesagt, das ist eben auch schwierig gewesen, in der einen Gruppe, das sind sieben Leute, die zusammenleben müssen, nicht zusammenleben wollen, sondern die müssen und die hocken dann 24 Stunden sieben Tage die Woche aufeinander. Und du sollst das dann handeln mit einer FFP-2-Maske“

MA 1, m, E1

„Das ist wirklich auch schwierig, immer wieder in Erinnerung zu bringen, Masken zu tragen.“

MA 2, w, E7

### 4.2.3 Ängste, Unsicherheit und wohldosierte Information – du kannst nicht mehr mit

---

Die intensive Beschäftigung mit den Nachrichten zur Pandemie in den digitalen Medien verstärkte nicht nur das Bedürfnis, am Leben der Allgemeinbevölkerung teilzunehmen, sondern auch die Ängste der Bewohnerinnen und Bewohner vor einer Ansteckung mit dem Corona-Virus. Die Mitarbeitenden waren stetig angehalten, die Ängste auszubalancieren, relevante Informationen von irrelevanten zu trennen, zu erklären, zu vermitteln. Dies leisteten sie trotz ihrer eigenen Ängste vor einer Ansteckung sowie ihrer Unsicherheiten in Bezug auf den weiteren Verlauf der Pandemie.

» „Naja, ganz am Anfang hat einfach jeder Angst gehabt. Und wir mussten ja nicht nur für uns selber sorgen, sondern auch für die Leute, weil wie sollen sie es denn auch meistern? Weil, klar, es war kein Verständnis da, wir mussten im Prinzip für mehrere Personen da sein.“

MA 2, w, E1

*„Bei mir war es am Anfang eher so, ich habe relativ fitte Bewohner auch, die auch Außenkontakte kriegen und aber auch so etwas wie über das Internet oder Facebook sich Informationen geholt haben und die dann ständig in Panik verfallen sind, wenn sie dann damals diese Massengräber und anderes gesehen haben und gesagt haben ‚alle sterben, sterben wir auch?‘ Und gleichzeitig, ‚ich darf nicht zu meinem Freund gehen und mit ihm darüber reden‘. Also puh, das war so für mich eigentlich das Schlimmste, zu sagen ‚du musst dableiben, du kannst jetzt nicht. Du kannst mit uns spazieren gehen, du kannst mit uns..., wir gehen für euch einkaufen, du kannst nicht mehr mit zum Einkaufen‘, das war ja am Anfang so, dass es hieß: gar nix!“*

MA 3, w, E1

*„Ja sicher, klar! Das belastet einen ja selber auch wieder, wenn man dann merkt, jetzt habe ich vielleicht wieder irgendetwas gesagt, was mich jetzt belastet, das hätte ich vielleicht jetzt nicht sagen sollen, ich habe wieder irgendetwas ausgelöst damit. Also es war schon krass.“*

MA 3, w, E1

In Zeiten allgemeiner Verunsicherung mussten die Dienste sich selbst stabilisieren, ohne Gewissheit über den richtigen Unterstützungskurs zu haben. Außerdem aber mussten sie die Dosierung der Informationen und die Verständlichkeit der erforderlichen Regelungen vermitteln und vertreten. Hierbei kam es auch unter den Beschäftigten zu sehr unterschiedlichen Sichtweisen und Zugehensüberlegungen.

#### **4.2.4 Mängel-Management, Mühen, Müdigkeit – die eigene Arbeit war wirklich Limit**

---

Der Anfang der Pandemie war gekennzeichnet durch einen Mangel an verfügbarer Schutzkleidung, an Masken und Desinfektionsmitteln. Im weiteren Verlauf der Pandemie konnte diese Situation deutlich verbessert werden.

Gewisse Hygienevorschriften wurden für bestimmte Personengruppen als mangelhaft oder nicht umsetzbar gewertet. So erlaubt das Zusammenleben auf engem Raum kaum, den geforderten Mindestabstand einzuhalten. Kommunikation und soziale Kontakte mit körperlicher Nähe prägt das Verhalten von Menschen mit spezifischen Beeinträchtigungsformen. Dies ließ sich durch die Einschränkungen nicht einfach abstellen. Wenn Bezugsbetreuerinnen und -betreuer die einzigen Kontakte sind, wird es als unmenschlich eingestuft, beispielsweise Umarmungen zu verwehren. Selbst das Reagieren auf Impulsausbrüche, etwa in Form einer Fünf-Punkt-Fixierung,

erfordert körperliche Nähe zwischen Fachpersonal und Bewohnerinnen und Bewohnern. Vor allem für Bewohnerinnen und Bewohner, die für die Kommunikation auf Mimik und Körpersprache angewiesen sind, stellt das Tragen von Masken und Schutzkleidung eine Herausforderung dar.

Quarantänesituationen zu managen wurde zu Beginn der Pandemie durch fehlende Ablaufpläne und Unterstützung erschwert, z. B. war das Personal im Aufbau von Schleusen teilweise über mehrere Stunden ungeschützt. Für symptomfreie infizierte Bewohnerinnen und Bewohner war es darüber hinaus nicht nachvollziehbar, warum sie ihr Zimmer nicht verlassen durften. Das Fachpersonal berichtet von zum Teil gefängnisähnlichen Verhältnissen, wenn isolierten infizierten Bewohnerinnen und Bewohnern das Essen im Schutzanzug vor die Tür gestellt wurde.

Dem erhöhten Betreuungsbedarf und den zusätzlichen Herausforderungen durch die Umsetzung pandemiebedingter Vorschriften stand ein ausgeprägter Mangel an Mitarbeitenden entgegen, die diese Herausforderungen zu meistern hatten. Personal wurde zum Teil reduziert eingesetzt, um Ausfälle durch Infektionen zu minimieren. Neben den pandemiebedingten Herausforderungen im Privatleben (wie home schooling der Kinder, Verunsicherung und Angst in Bezug auf das Virus), berichtet das Fachpersonal von geforderter maximaler Flexibilität, um auf Abruf für Arbeitsschichten verfügbar zu sein. Um Puffer im Fall von Personalausfällen zu schaffen, wurden Dienstpläne teilweise durch Mitarbeiterblöcke besetzt, die jedoch zur Anhäufung von Minusstunden der Beschäftigten führten. Manche Einrichtungen füllten Schichten mit Einzelpersonen oder durch Personal von Zeitarbeitsfirmen, wodurch aber die Versorgungsqualität der Bewohnerinnen und Bewohner teilweise nicht erhalten werden konnte.

Eine Mehrheit des Fachpersonals berichtet von der Angst, das Virus in die Einrichtungen hineinzutragen oder selbst zu erkranken. Dann würden weitere Dienste auf Kolleginnen und Kollegen abgewälzt. Deswegen wurden präventiv eigene soziale Kontakte maximal eingeschränkt.

Das An- und Ausziehen der Schutzkleidung in Quarantänesituationen wurde als sehr anstrengend empfunden. Absprachen zum Vorgehen in Krisensituationen wurden durch ausgesetzte oder reduzierte Teambesprechungen sowie durch fehlende technische Möglichkeiten für Online-Konferenzen erschwert.

Insgesamt prägen die Periode der Corona-Zeit eine erhöhte Mitarbeiterfluktuation, lange Arbeitsschichten und ständig wechselnde Dienstpläne. Während die Anfangszeit noch von der Hoffnung beflügelt wurde, dass mit Impfungen wieder Normalität einkehren würde, ermüdete die andauernd hohe Arbeitsbelastung über die Zeit einen Großteil des Personals.

» *„Bei uns hat sich auch die Arbeitszeit geändert. Man muss noch flexibler sein als man eigentlich eh schon sein muss, weil hast du einen Corona kranken Bewohner zuhause oder wird er nach Hause geschickt, weil er gerade einmal hustet, dann musst du natürlich länger bleiben, weil du die Bewohner teilweise nicht alleine lassen kannst. Dann hast du einfach anstatt morgens um zehn Uhr Feierabend vielleicht erst um 13 Uhr oder um 15 Uhr Feierabend, wenn der nächste Kollege kommt. Nur dass man momentan auch Doppeldienste machen muss, das kommt auch dazu.“*

MA 3, w, E7

*„Das musste man dann auch im privaten Bereich handeln, weil dann war zum Beispiel bei meinem Sohn in der Schule auch Lockdown, dann weiß man, der ist jetzt daheim, aber ich muss ja eigentlich früher..., also es ist irgendwie alles durcheinandergeraten.“*

MA 4, w, E1

*„Es waren auch immer lange Dienste. Wir mussten ja auf einmal 24 Stunden abdecken und nicht nur den Abend und den Morgen.“*

MA 1, m, E1

*„Ja, also es war wirklich krass, die eigene Arbeit war wirklich Limit. Dieses nach Hause-Kommen, völlig platt zu sein, 24-Stunden-Dienste einer nach dem anderen zu schieben...“*

MA 4, w, E1

Doppeldienste waren keine Seltenheit. Privatleben musste ausgesetzt werden, einerlei, welche Verpflichtungen dort bestehen. Chancen zur Entlastung und zum Kräfte tanken wurden nicht erwähnt.

### Zwischen Überbelastungen und Stillstand, Geduld und Erklärungsnot

Aus der Perspektive des Personals zeigen sich Belastungen und Ängste verbunden mit der bestehenden besonderen Wohnsituation. Die Bewohnerschaft passt sich zum Teil dem Schicksal an, begreift es aber zum Teil auch nicht und hat Mühe, akute Erfordernisse zu befolgen. Begleitend ringt das Personal um Kontrolle und Krisenbewältigung. Dabei störten auf Selbstbestimmung geeichte Personen eher die neuen erforderlichen Abläufe. Das Fachpersonal fühlte sich vielfach in Erklärungsnot, zumal es an Routinen und notwendiger Ausstattung mangelte. Tagesabläufe gerieten aus den Fugen. Dienstpläne übertrafen alles Zumutbare. Entlastung stand nicht zur Verfügung. Selbstisolation schien ein Gebot der Stunde. Die Sehnsucht nach Normalität und Gemeinschaft wuchs. Erschöpfung machte sich breit.

### 4.3 Der Neue Alltag, Testen, Herantasten – *Man ist einfach alleine gewesen*

Den Verlauf der Pandemie prägte eine Vielzahl an Vorschriften und Maßnahmen, die sich häufig veränderten und „von heute auf morgen“ von den Einrichtungen umgesetzt werden sollten. Die Informationen wurden meist kurzfristig übermittelt und waren oft schwer verständlich. Es erforderte daher hohe Eigeninitiative, um sich einzuarbeiten bzw. „am Ball“ zu bleiben. Die eingangs beschriebene Gesamtsituation wurde nun Neuer Alltag: mit erhöhtem Betreuungsaufwand, den sich laufend verändernden Regelungen, der Umsetzung dieser Vorgaben, einer ständigen (Neu-)Information der Angehörigen. Ebenso blieb die Angst vor der eigenen Erkrankung, der Ansteckung von Bewohnerinnen und Bewohnern oder der eigenen Familie. Dies alles verursachte für die Mitarbeitenden enormen Stress, der sich auf die psychische und physische Gesundheit niederschlug.

» *„Neu hinzugekommen ist ganz klar die Testphase. Ein Testzentrum ist entstanden, wo eben Corona konform getestet wurde. Das war riesen aufwändig, weil eben Mehrfach-Testungen hier stattgefunden hatten. Dann gab es immer wieder auch Gesetzesänderungen in kurzer Zeit, dann war es von fünfmal Testen auf dreimal Testen... Das kam erschwerend hinzu, dass wir miteingebunden wurden, unsere Leute zu testen. Da gab es Nasentests, Rachen tests, der eine kann das nicht, der andere kann das nicht. Dann hatten wir nur Nasentests... Das war, finde ich, in der Umsetzung AM ANFANG. Jetzt haben, finde ich, sich alle daran gewöhnt, das hat sich deutlich gebessert.“*

MA 2, w, E7

Die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt wurde häufig als zusätzlich schwierig wahrgenommen. Nachfragen der Einrichtungen zu bestimmten Regelungen hatten teilweise vermehrte Kontrollen und gefühlten Druck vonseiten des Amtes zur Folge. Auch hier wurde von nicht umsetzbaren Regelungen und Konzepten des Gesundheitsamtes berichtet.

» *„Die Dame vom Gesundheitsamt hat erklärt, der eine solle den Wäschesack aufhalten und der Kollege dann die kontaminierte Wäsche hineinstecken. Das Problem ist, es gibt keinen Kollegen. Man ist einfach alleine gewesen. Das Konzept geht nicht auf.“*

MA 3, w, E1

### 4.3.1 Selbstschutz und Prävention bei verzögerter Lockerung – *es ist fragwürdig*

---

Die Impfung und das Testen wurden meist sowohl vom Fachpersonal als auch den Bewohnerinnen und Bewohnern als große Erleichterung empfunden. Es gab ein Stück Kontrolle und Normalität zurück. Das Leben in den besonderen Wohnformen konnte Stück für Stück offener werden. Dabei wurden Differenzen in den Lockerungen innerhalb und außerhalb der Einrichtungen deutlich. Beispielsweise konnten außerhalb der Einrichtung Hochzeiten mit bis zu 100 Personen stattfinden, eine einrichtungsinterne Hochzeit wurde dagegen nur in sehr kleinem Rahmen und im Freien genehmigt. Die unterschiedlichen Regelungen betrafen auch die Quarantänesituationen. So mussten Werkstätten mehrmals komplett schließen, wenn dort tätige Personen positiv getestet wurden. Außerhalb der Einrichtung konnten sich Nicht-Infizierte hingegen im Allgemeinen freitesten. Landkreise, Bezirke und Einrichtungen unterschieden sich in den Regelungen, was bei Mitarbeitenden wie auch Bewohnerinnen und Bewohnern zusätzlich für Verwirrung sorgte.

Darüber hinaus mussten Bewohnerinnen und Bewohner von den zögerlich wieder stattfindenden Aktivitäten und Öffnungen der Einrichtungen ausgeschlossen werden, wenn deren Eltern sich gegen eine Impfung ausgesprochen hatten. Obwohl die Impfung den Bewohnerinnen und Bewohnern als Schritt zurück in die Normalität kommuniziert wurde, kam das Personal erneut in Erklärungsnot.

Das Tragen der FFP-2-Masken während der Neun-Zehn-Uhr-Schichten, die teilweise erhöhte körperliche Aktivität erfordern (z. B. beim Duschen der Bewohnerinnen und Bewohner), beklagte die Mehrheit der Mitarbeitenden als sehr belastend. Probleme bei der Atmung, schnelleres Ermüden sowie vermehrte Kopfschmerzen wurden als gesundheitliche Begleiterscheinungen berichtet.

» *„Ich komme für mich zu dem Ergebnis, ich fühlte mich eigentlich geschützt.“*

MA 1, M, E7

*„Also da muss man auch wirklich..., das ist ja auch irgendwie eine persönliche Geschichte, die eigene Befindlichkeit. Ich möchte das eher andersherum formulieren, nicht ich fühlte mich geschützt, ich fühlte mich eher nicht in einem erhöhten Maße gefährdet, auf der Seite würde ich mich eher nähern wollen. Ich fühlte mich genauso gefährdet wie durch eine stinknormale Erkältung, die ich von meinen Kollegen kriegen kann, die ich von einem Bewohner kriegen kann. Ich fühlte mich einfach nicht durch Corona über die Maßen gefährdet.“*

MA 2, w, E7

„Ich habe mir jetzt den Schuh anziehen müssen, dass ich selber schuld bin, dass ich Corona habe. Habe aber auch, muss ich dazu sagen, es kann schon sein, dass ich nicht 24 Stunden die Maske aufhatte, hatte aber auch einen Doppeldienst. Ich finde, die Tests haben dann teilweise auch negativ angezeigt, obwohl der Bewohner wahrscheinlich schon positiv war, ich vielleicht auch. Aber ich weiß nicht, ob man sich über so viele Stunden, wenn man dann auch einen Doppeldienst macht, permanent schützen kann, Hundertprozent. Es kommt auch mal von hinten ein Bewohner, der nimmt dich einfach in den Arm und drückt dich, obwohl er eigentlich weiß, dass er es nicht machen soll. Es passiert trotzdem, also hundertprozentiger Schutz, das glaube ich, gibt es nicht oder ist meiner Meinung nach sehr, sehr schwierig durchführbar. Wenn man dann auch schon mal einen Schnupfen hat, einen ganz normalen Schnupfen, Husten, muss die Maske aufhaben und dazu Nase putzen, man nimmt dann die Maske in die Hände. Hat man die Hände auch zuvor hundertprozentig desinfiziert? Ich finde es sehr, sehr schwierig!“

MA 3, w, E7

„Als Mitarbeiterin, entweder hast du dich impfen lassen oder hast deinen Arbeitsplatz verloren. Das ist eben allgemein, es ist fragwürdig. Wir haben jetzt allgemein nicht so viele Pflegekräfte in Deutschland. Ja, schwierig.“

MA 3, w, E7

Eine ambivalente Bewertung wird deutlich, während die konsequente Umsetzung aller Vorschriften im Alltag nicht gelang. Deren Sinn schien auch nicht immer nachvollziehbar. So wird eine Melange aus persönlichen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz wahrgenommen, aber ebenso Selbstbestimmung und Machbarkeit gewünscht. Nach Corona-Erkrankung gibt es dazu folgende Beispiele:

- » „Ich persönlich habe nur Angst, dass irgendwie etwas zurückbleibt von wegen Erschöpfung oder so, was ich ja momentan habe. Ich fühle mich eigentlich wieder gesund, aber ich könnte alle 2-3 Stunden ein wenig schlafen. Ich hoffe, das geht wieder weg.“

MA 3, w, E7

„Nein, also ich fand diese Testung etwas schwierig. Da waren wir ziemlich dicht dran. Wir haben uns zwar geschützt, teilweise mit Visier und Handschuhen, Kitel. Das hatten wir alles, aber dadurch, dass die Bewohner teilweise extrem – bei der Rachentestung zum Beispiel – da fand ich das dann manchmal schon hart. Da wurde dann losgehustet. Man steht da einen halben Meter davor, weil man einen Test in der Hand hat. Das fand ich, auch wenn wir geschützt waren, es ist

*ja auch nichts passiert, aber da liegt echt meine Sorge. [lacht] Weil die Bewohner eben unterschiedlich reagiert haben mit dieser Stäbchengeschichte. Da wurde das auch nur von uns geleitet, das hat keiner für sich... Heute ist es so, dass es einen Eigentest unter Aufsicht gibt, das gab es aber am Anfang nicht. Da mussten wir testen, wir mussten das Stäbchen reinmachen und so weiter.“*

MA 2, w, E7

*„Das ist heute..., es beruhigt mich mehr als damals. Dass vielleicht die Ansteckungsgefahr nicht so groß war, wie sie war. [unverst.] Da durfte keiner selber testen. Das war dieses stellvertretende Testen. Ich fühlte mich auch da nicht gefährdeter als sonst, da komm ich immer wieder zum selben Ergebnis. Da war es eher so, dass in dem ein oder anderen Rachen, der sich öffnete – unangenehm besetzt, ehrlich. Auch bei den Nasentests, da gab es Nasenbluten durch dieses Ganze, deshalb find ich diese Eigentestung wunderbar“.*

MA 2, w, E7

In dieser Gewöhnungsphase zeigt sich mehr Skepsis gegenüber den Wegen der Gesundheitssorge, die genutzt wurden, aber auch die Bereitschaft zur Adaptation an die Umstände. Den Dienst unter den gegebenen Umständen zu tun, schien unter den Teilnehmenden nicht grundlegend riskant oder unzumutbar, auch wenn einige mit der Impfpflicht haderten.

#### **4.3.2 Teilhabe und Selbstbestimmung – wir haben uns mit jedem einzelnen hingesezt**

---

Neben den Herausforderungen ergaben sich bei den Schutzmaßnahmen auch gute Erfahrungen und erfreuliche Entwicklungen. In einer außergewöhnlichen Situation zeigte sich große Bereitschaft, sich umeinander zu kümmern, gemusst oder gewollt. Kommunikation und Zugewandtheit etablierten sich dabei als stützende Trends.

- » *„Und dennoch möchte ich sagen, weil es eben nochmal im Raum stand, ob es auch Positives gibt. Ich finde, das war meine Wahrnehmung, Bewohner:innen haben schon auch – wir führen das darauf zurück, dass der ganze Arm der Tagesstruktur Arbeit weggebrochen ist – sie haben uns anders in Anspruch genommen. Ich habe es in den letzten 20 Jahren auch genug erlebt, wo ich das Gefühl habe, Bewohner sind der Meinung, da kommt jemand, der will etwas von mir, was ich gerade nicht möchte, so irgendwie. Das hat sich ein bisschen gekehrt, sie kamen mehr auch mit Fragen, wann machen wir das‘, es war zeitweise ein anderer Zugang zu den Bewohnern, so habe ich das für mich wahrgenommen.“*

MA 2, w, E7

*„Ich würde nochmal sagen wollen für den Bereich Verselbstständigung, wo wir ja schon sehr darauf bedacht sind, Bewohner anzuleiten, Dinge selbstständig zu machen [unverst], es ist nicht weggefallen, sondern wir haben immer versucht, es in einer weitest möglichen Autonomie für die Bewohner aufrecht zu erhalten, den Bewohnern weiterhin die höchstmögliche Autonomieempfindung zu bieten. Ich nehme hier einmal wieder das Beispiel des Einkaufens, das bei uns so – hört sich jetzt etwas platt an – vor Corona gingen sie selber einkaufen. Wir haben es vielleicht im Vorfeld geplant, dann haben wir es übernommen. Aber dieses Übernehmen war nicht so, dass dann durch uns entschieden wurde, was jetzt eingekauft wurde, sondern wir haben uns mit jedem einzelnen hingesetzt, haben gemeinsam geguckt, was möchtest du haben? Was brauchst du für die Woche?“ Und das ist auch etwas Positives, dass man da mit denen nochmal in eine andere Planung bezogen auf Gesundheitsaspekte, gesunde Ernährung [unverst.] zu können. Ich finde, man konnte mehr abwägen.“*

MA 1, m, E7

Die eigene Assistenzrolle wurde auch aus der Neuen Alltagssicht betrachtet. Hierbei gewann allerdings das stellvertretende Handeln an Raum. Fürsorge lief geförderter Selbstsorge-Kompetenz wieder den Rang ab, wenn auch personenzentrierter.

Schutz und Entlastungsversuche durch den Arbeitgeber für alle wurden zugleich rundweg anerkannt.

» *„Aber auch dazu fällt mir jetzt noch ein, das finde ich auch ein tolles Zeichen, wenn wir nochmal zurückgehen zu diesem „Sich-beschützt-Fühlen“, also jetzt hier der Gedanke, der Verdacht auf dem Gelände war, Menschen könnten sich infiziert haben, hier gleich ein Team von den Johannitern herzuholen, die PCR-Tests mehreren auch gleichzeitig anboten. Das ist auch ein Zeichen, der Arbeitgeber war schon sehr bemüht, den größtmöglichen Schutz zu bieten.“*

MA 1, m, E7

Risiken im gemeinschaftlichen, mit Diensten der Eingliederungshilfe gestalteten Wohnen von Menschen mit Beeinträchtigungen wurden erkannt, wenn auch zugespitzt auf Gesundheitsgefahren, die sich ergeben oder vermieden werden können. Vorrang hatte nicht alleine die körperliche Funktionalität, sondern aus Sicht der Mitarbeitenden geht es besonders um wahrscheinliche psychische Belastungen, die man für die Bewohnerschaft ebenso wie für die Fachkräfte, vermutet. Dies wird vor allem fachlich begründet.

- » *„Was mit Sicherheit für mich dazu gehören würde, wobei das jetzt nicht den Status der Gesundheitsschädigung nach WHO wahrscheinlich entspricht, ist die ganze Psyche der Menschen in Einrichtungen. Was macht das auch mit der psychischen Gesundheit? Ich glaube, das hat schon bei jedem auch etwas hinterlassen. Das Personal möchte ich aber wirklich nicht ausnehmen, denn auch da habe ich bei Menschen um mich herum zur Kenntnis genommen, die auch mit diesem Komplex Corona, weil für jeden ist es ja eine Einschränkung gewesen, auch im persönlichen Bereich. Ich glaube auch da, wirklich auch Kollegen und Kolleginnen und auch andere Menschen um mich herum wahrgenommen zu haben, für die das ganz ganz schwer war.“*

MA 1, M, E7

Mit Bezug zur eingeschränkten Selbstbestimmung wurde auch die Impfpflicht der Bewohnerinnen und Bewohner kritisch thematisiert:

- » *„Was mir dazu so einfällt nebenbei ist die Erstimpfung, Zweitimpfung, Drittimpfung. Das ist schon komplex. Und ich finde, auch da wird schon Leistung zu leisten, diese Impfung anzunehmen. Manche konnten sich da verbal, geistig nicht dazu äußern. Das sind dann die rechtlichen Betreuer, die das dann entscheiden. Und ich finde, wenn ich mir das neue Teilhabegesetz anschau und nur Stichpunkte überdenke, denke ich, mancher ist gerade, weil eine Impfpflicht entstanden ist..., also bestimmte Personen konnten sich nicht dagegen wehren. Das halte ich persönlich, da entscheidet ein rechtlicher Betreuer, zack, bumm, du kannst ja nicht sprechen, dann wird geimpft. Ich finde, wir wissen, warum die Rechtliche Betreuer haben, das wissen wir alles, aber ich finde, gerade, was am Körper passiert, dass da bestimmte Personen keinen Einfluss haben. Unsere Leute in der Verselbstständigung, die konnten sagen ‚ja, ich möchte das‘, wir konnten die überzeugen bis auf einen von 16, das zu tun.“*

MA 2, w, E7

In aller Ambivalenz wussten sich die Mitarbeitenden hier an den Intersektionen der Aufgabenstellung und Handlungsmöglichkeiten. Es konnte nicht einmal diskutiert werden, wie die Weichen zu stellen wären. Hier wurde eine Quelle der zusätzlichen psychischen Belastung vermutet, für sich und die assistenzberechtigten Bewohnerinnen und Bewohner.

### Stress wird Routine, für Teilhabe und Selbstbestimmung fehlt der Reset.

Mit Testen gelangen Lagebewertungen besser. Zugleich war für das Personal das Testen aber eine nicht erlernte und nicht einfach zu handhabende Zusatzaufgabe. Im Zweifel wählte man tendenziell die sichere Seite, also das ruhigere Distanzhalten, im Gegensatz zum offensiven Leistungsauftrag der Eingliederungshilfe. Man rückte nach innen zusammen und verschloss sich nach außen. Gesundheitsfragen wurden wieder differenziert wahrgenommen, von der Ernährung und Bewegung bis zu präventiv zugeschnittenen gewünschten Interventionen. Die Haltungen zu den inzwischen verfügbaren Impfungen waren gemischt, vor allem bezogen auf die Durchsetzung bei Personal und Bewohnerschaft oder die Folgen von Impfverweigerung. Schließlich wurden Möglichkeiten und Bedeutung psychischer Stressoren bedacht und diskutiert. Viele fühlten sich allein gelassen.

## 4.4 Sieben Wünsche zur Gesundheitsentwicklung

Schier endlose Dienstverpflichtungen, Mühen, Distanz zu wahren und fehlende erklärende und aushandelnde Dialoge, belasteten das Fachpersonal. Zugleich ging die Energie nicht verloren, sich mit konkreten Ideen, Hinweisen und Forderungen zur Gesundheitsvorsorge in besonderen Wohnformen einzubringen. Auf die Pandemie-Erfahrung gestützt sollen daraus taugliche Strategien hervorgehen, um Krisenlagen dieser Dimension und Dringlichkeit zukünftig zu mindern oder zu vermeiden (Wacker 2023, S 101 ff.).

In sieben Forderungen und Wünschen komprimiert macht das Meinungsbild des Fachpersonals aufmerksam darauf, dass

1. Menschen mit Behinderung die gleichen Rechte erhalten müssen, wie alle anderen Menschen. Die Pandemie hat gezeigt, dass Inklusion und Gleichberechtigung bisher oft nur auf dem Papier bestehen, die Realität jedoch ein anderes Bild zeigt (Beispiele sind Besuche nur im Sterbefall, nicht umsetzbare Maßnahmen etc.).
2. Krisenpläne etabliert und weiterentwickelt werden, die sich während der Pandemie bewährt haben. Einrichtungen der Eingliederungshilfe sollten bei der Umsetzung der spezifischen Maßnahmen so unterstützt werden, dass ihre Handlungssicherheit wachsen kann. Bei der Corona-Pandemie fühlte sich ein Großteil des Fachpersonals mit der Umsetzung der

- verschiedenen und ständig wechselnden Maßnahmen weitgehend alleine gelassen.
3. Beschlüsse regelmäßig auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft und in verständlicher und kompakter Form zugänglich gemacht werden. In der Eingliederungshilfe tätige Personen sollten bei dieser Sinnprüfung unbedingt einbezogen werden.
  4. Bedürfnisse und Wohnwünsche von Menschen mit Behinderung berücksichtigt und klar von denen alter Menschen abgegrenzt werden sollen. Die Eingliederungshilfe verfügt über eine spezifische Fachlichkeit und Menschen mit Behinderung in der Eingliederungshilfe sind eine eigene Bewohnerinnen- bzw. Bewohnergruppe.
  5. erhöhte Infektionsrisiken finanziell ausgeglichen werden. In erster Linie wünscht sich das Personal im Berufsfeld der Eingliederungshilfe Wertschätzung, die sie nicht hinreichend wahrnimmt und die sich auch nicht durch einen einmaligen Corona-Bonus erledigt.
  6. Pandemien den Fachkräftemangel verstärken. Während der Pandemie sind viele Qualifizierte aus dem Berufsfeld ausgestiegen. Stellen konnten nicht nachbesetzt werden. Die Impfpflicht für den sozialen Bereich verschärfte die Situation weiter. Hierzu sind mehr Auskünfte und Aussprachen gewünscht.
  7. zukünftig der Appell an das Berufsethos der Pflegerinnen und Pfleger, Ärztinnen und Ärzte, Heilerzieherinnen und Heilerziehungspfleger und an alle in der Eingliederungshilfe Tätigen die Versorgung nicht alleine gewährleisten wird. Ein struktureller Wandel im Zusammenspiel mit dem Gesundheitssystem ist dringend erforderlich.

## Literatur

---

- Tausch, Anja / Menold, Natalja (2015). Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? *GESIS Papers 2015*|12. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2015, Hannover, ► [https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis\\_reihen/gesis\\_papers/GESIS-Papers\\_2015-12.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_papers/GESIS-Papers_2015-12.pdf).
- Vereinte Nationen CRPD/C/5 (2022). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. 10. Oktober 2022 Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen Leitlinien zur Deinstitutionalisierung (auch in Notfällen). ► [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere\\_Publikationen/CRPD-C-5\\_Leitlinien\\_zur\\_Deinstitutionalisierung\\_Deutsche\\_Uebersetzung.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Weitere_Publikationen/CRPD-C-5_Leitlinien_zur_Deinstitutionalisierung_Deutsche_Uebersetzung.pdf)
- Wacker, Elisabeth / Beck, Iris / Brandt, Martina / Köbsell, Swantje / Lippe, Sonia / Niehaus Mathilde (2023). *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken*. *Health in All Policies als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung*. Springer VS, Wiesbaden.

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (► <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Brücken bauen bei Besuchsverbot– Angehörige zwischen drinnen und draußen

## Inhaltsverzeichnis

- 5.1 Verwandtschaft und Beziehung – 142
- 5.2 Wohnalltag unter Corona-Bedingungen–  
*keinerlei Teilhabe am sozialen Leben* – 143
- 5.3 Befürchtungen im Wandel der Zeit–*keine  
Integration* – 145
- 5.4 Wünsche und Hinweise für die Zukunft–  
*weniger Bürokratie, mehr Zuwendung* – 148
- Literatur – 150

**Ergänzende Information** Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann  
▶ [https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_5).

© Der/die Autor(en) 2025  
E. Wacker, *Wohnen in Gesundheit*,  
Gesundheitsförderung – Rehabilitation – Teilhabe,  
[https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_5)

*Eckdaten der Auswertung*

*Es liegen 34 Angehörigeninterviews vor, die transkribiert und ausgewertet wurden. Die hier dargestellten Befunde und Originalzitate basieren auf der Auswertung von allen Rückmeldungen bezogen auf sehr verschiedene Wohneinrichtungen. Die Befragungen fanden in der Zeitspanne zwischen Dezember 2021 und Mai 2022 statt.*

**Zusammenfassung****5**

Trotz Besuchseinschränkungen konnten Angehörige auch in Zeiten der Pandemie vielfache Rollen erfüllen aus ihrer externen Anlaufstation. Sie waren ansprechbar als emotional Nahestehende und meist langjährig Vertraute. Häufig wollten sie als „Kümmerer“ Brücken finden zwischen Organisation, Fachpersonal und den Bewohnerinnen und Bewohnern. Zudem waren sie oft mit gesetzlichen Vertretungsaufgaben betraut. Ihre Meinungen und Erfahrungen wurden in Einzelgesprächen erfasst und können das Bild im Inneren der Wohnformen ergänzen, auf die sich die WoGe-Studie „Wohnen in Gesundheit“ bezieht. Aus der Außenperspektive wurde Kritik an der gestalteten Abgeschlossenheit der Bewohnerinnen und Bewohner während der Corona-Pandemie deutlich. Sorge um Teilhabechancen wurde geäußert, aber auch um Gesundheitsrisiken, weil Prävention, Therapien und Rehabilitation ausgesetzt oder reduziert wurden. Angehörige brachten dennoch Verständnis für die schwierigen Versorgungsaufgaben der Anbieter in der Eingliederungshilfe auf. Die Sorgen der Angehörigen schwankten im Laufe der Befragungsspanne, einmal wurde ein möglicherweise mangelnder Schutz vor Gewalt in der abgeschlossenen Wohnsituation angedeutet. Für die Zukunft wünschen die Nahestehenden statt radikalem Ausschluss mehr Beteiligung, Mitsprache und Inklusion.

Aus den Gesamtdaten wird deutlich, dass für Verwandtschaft auch in Zeiten der Pandemie vielfache Rollen verfügbar sind. Angehörige der Bewohnerinnen und Bewohner in der Eingliederungshilfe sind in der Corona-Pandemie eine häufig physisch ausgeschlossene Anlaufstation. Denn sie dürfen weder zu Besuch kommen, noch Besuche empfangen. Meist sind sie Teil der Kernfamilie, mit aller emotionalen Nähe und allen Schutzpotenzialen, die sich dort in der Regel finden lassen. Zugleich senden und empfangen sie Botschaften und überbrücken Unterschiede zwischen der Organisation, vertreten durch das Fachpersonal, und den Bewohnerinnen und Bewohnern, denen sie familiär und emotional verbunden sind. Womöglich sind sie auch betraut mit gesetzlichen Vertretungs-Aufgaben, zumindest aber können sie Vertraute und Ratgebende sein.

Auch für die Befragung der Angehörigen wurde ein eigener, in Module gegliederter Fragebogen (ABBo) entwickelt und eingesetzt

- » „Strukturierter Fragebogen zur Erfassung von coronabedingten Auswirkungen und Entwicklungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe aus Sicht der Angehörigen bzw. Gesetzlichen Betreuung (in besonderen Wohnformen)“ (ABBo)

(s. Anhang).

Die Antworten aus der engen sozialen Bezugsgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung schildern Erfahrungen mit verschiedenen der in die WoGe-Studie einbezogenen besonderen Wohneinrichtungen. Alle Interviewten nahmen freiwillig an der Erhebung teil, in digitaler Form oder auf Wunsch im Telefoninterview. Die Befragung dauerte meist etwa eine halbe Stunde. Sie diente zur Lagebeschreibung und Erweiterung der Perspektiven, nicht aber dazu, die Aussagen der jeweiligen in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner zu überprüfen oder zu modifizieren. Auf eine spezifische „Paarung“ der befragten Wohnenden und ihrer Angehörigen wurde folglich kein Wert gelegt. Vielmehr sollte ein lebendiger Eindruck von der Wahrnehmung der vielfältigen Angehörigen-Gruppe gelingen, die „drinnen und draußen“ erfährt und bewerten kann, im Rahmen der eigenen Sorge und Betroffenheit (Wacker et al. 2023, S 101 ff.).

- » „Sicher hätte es auch andere Wege gegeben als Beschützen um jeden Preis“  
MUTTER BY

## 5.1 Verwandtschaft und Beziehung

Fast drei Viertel (74 %) der 34 befragten Personen aus dem Kreis der Angehörigen sind weiblich. Das verwandtschaftliche Verhältnis mit einer Bewohnerin bzw. einem Bewohner besteht häufig über die Herkunftsfamilie, und zwar in der vorhergehenden Generation

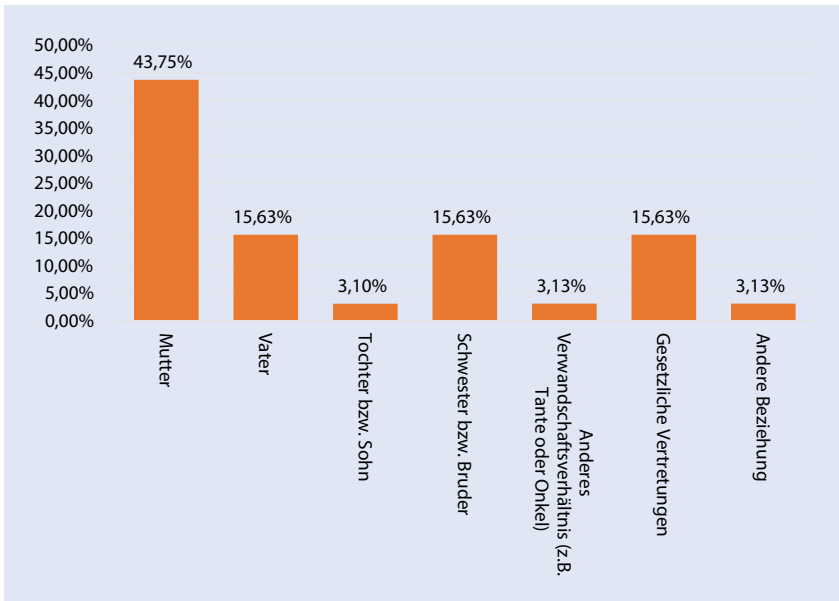
- Mutter (43,75 %),
- Vater (16,65 %)

oder manchmal in derselben Generation

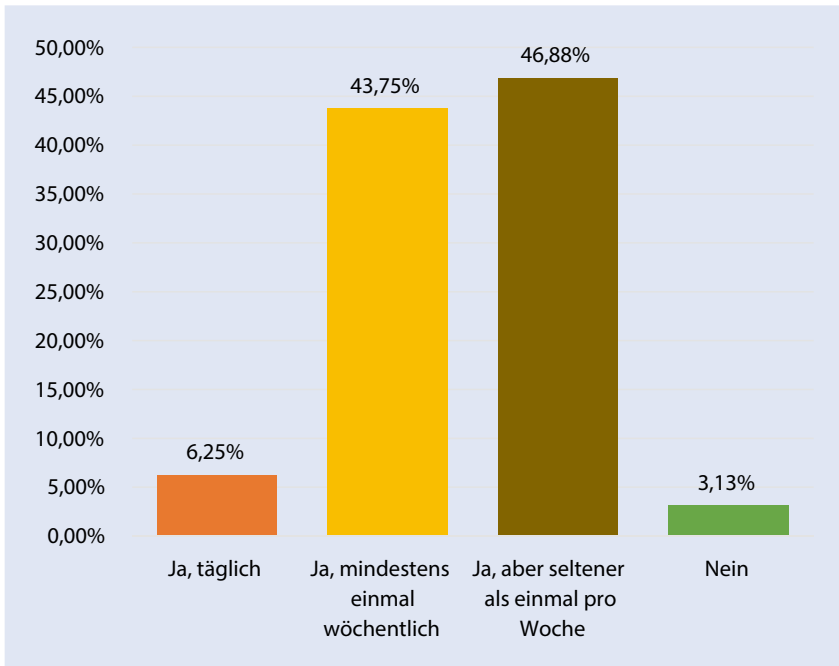
- Schwester oder Bruder (15,63 %)

5

(s. **Abb. 5.1**). Seltener hat sich auch die folgende Generation (Tochter oder Sohn zu 3,13 %) oder haben sich weitere Verwandte zu Wort gemeldet. Genauso selten wie Geschwister äußern sich Gesetzliche Vertretungen, die in keinem Verwandtschaftsverhältnis stehen.



**Abb. 5.1** Beziehung zwischen der oder dem Befragten und einer Bewohnerin oder einem Bewohner. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)



■ **Abb. 5.2** Aktive Einbindung der Angehörigen in die Versorgung der Bewohnerin oder des Bewohners. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

Über 96 Prozent der antwortenden Angehörigen berichten, auch aktiv in die Versorgung ihrer bzw. ihres Angehörigen einbezogen zu sein. Sie engagieren sich dabei in der Regel seltener als einmal wöchentlich (46,88 %) oder mindestens einmal pro Woche (43,73 %). Wenige Antwortende kümmern sich täglich (6,25 %). Angehörige, die an der Befragung teilnehmen, sich aber nie in die Versorgung einbringen, sind sehr selten (3,1 %) (s. ■ Abb. 5.2).

## 5.2 Wohnalltag unter Corona-Bedingungen – *keinerlei Teilhabe am sozialen Leben*

Die Unterbringung der Bewohnerinnen und Bewohner unter Corona-Bedingungen ist aus Angehörigensicht häufig (41,9 %) mit Herausforderungen verbunden. Als problematisch erweisen sich verschiedene Facetten, wie einige Rückmeldungen verdeutlichen.

– Isolationsrisiken, Kommunikationsmängel und soziale Distanz

» *„Besuche daheim waren nur mit anschließender Quarantäne möglich, daher war meine Tochter vier Monate lang nicht zu Hause.“*

MUTTER BY

*„Die Einrichtung ist für Besucher verschlossen, und es ist sehr schwer überhaupt mitzubekommen, was eigentlich läuft und was nicht. Ich bin nur auf die Informationen über die Betreuer angewiesen. Die Informationen waren bedeutend zu spärlich. Es gab immer wieder Vorsorge-Quarantäne. Dies hat zur Folge, dass keine Therapien stattfinden können, dass die Bewohner die Wohngruppe nicht verlassen durften.“*

MUTTER BY

*„Unmögliche Testvorgaben nach Verlassen der Einrichtung bei Rückkehr, keinerlei Teilhabe am sozialen Leben ermöglicht.“*

MUTTER BY

– Zusätzliche Gesundheitsrisiken für die Bewohnerinnen und Bewohner

» *„Der Wegfall der Tagesförderung beeinträchtigte die Tagesstruktur erheblich; [Name der Einrichtungen | E7] hat auf die Herausforderung mit Intensivierung der Betreuung reagiert, die Mitarbeiter der Tagesförderung waren in den Wohngruppen tätig. Das stellte eine erhebliche Entlastung dar. Die Durchführung der Kontaktsperre über ca. acht Wochen führte zu einer psychovegetativen Reaktion, starke Durchfälle mit starker Gewichtsabnahme.“*

MUTTER SH


*„Nicht geimpfte Betreuungskräfte.“*

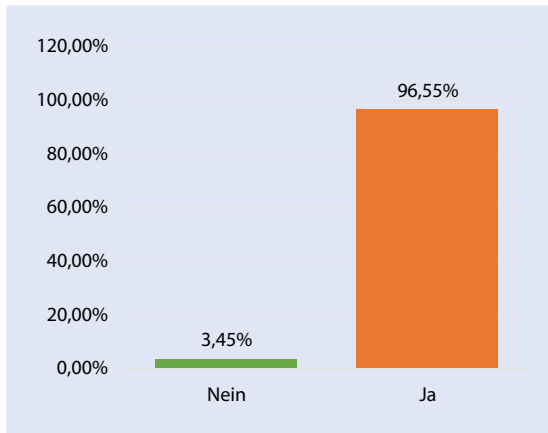
STIEFVATER BY

*„Wir mussten unseren Sohn jeden Tag motivieren und ihm sagen, dass Corona vorbeigeht. Wir haben aus der Werkstatt Material geholt, so dass er zu Hause am Vormittag gearbeitet hat, wie wenn er in der Werkstatt wäre. Nach etwa sechs Wochen wollte er unbedingt zurück, dies wäre aber nur mit einer 14tägigen Quarantäne bei [Name der Einrichtung | E4] möglich gewesen, davon haben wir dann abgesehen (14 Tage einen Behinderten/Autisten) einsperren!“*

VATER BY

Dissonanzen in der Wahrnehmung und Interpretation von Lösungswegen schienen also gegeben, aber die Angehörigen erkannten durchaus an, dass sich die Wohneinrichtungen um Lösungen bemühen. Dazu zählen auch Maßnahmen der Prävention, wie Testen und Impfen.

Die Angehörigen berichteten zu 96,6 Prozent, dass die in den Einrichtungen lebenden Personen vollständig geimpft sind (s.  Abb. 5.3). In



■ **Abb. 5.3** Vollständiger Impfschutz der Person, die in der Einrichtung lebt. (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

89,7 Prozent der Fälle gab es keine Schwierigkeiten, Zugang zu einer Impfung zu bekommen und in 86,2 Prozent gab es auch keine Schwierigkeiten im Anschluss an die Impfungen.

Insgesamt 37,9 Prozent der befragten Angehörigen gaben an, dass ihre angehörige Person in der Einrichtung an Corona erkrankt war. Auch mit strengen Maßnahmen war es somit offensichtlich nicht möglich, alle Erkrankungsrisiken zu meiden.

### 5.3 Befürchtungen im Wandel der Zeit – keine Integration

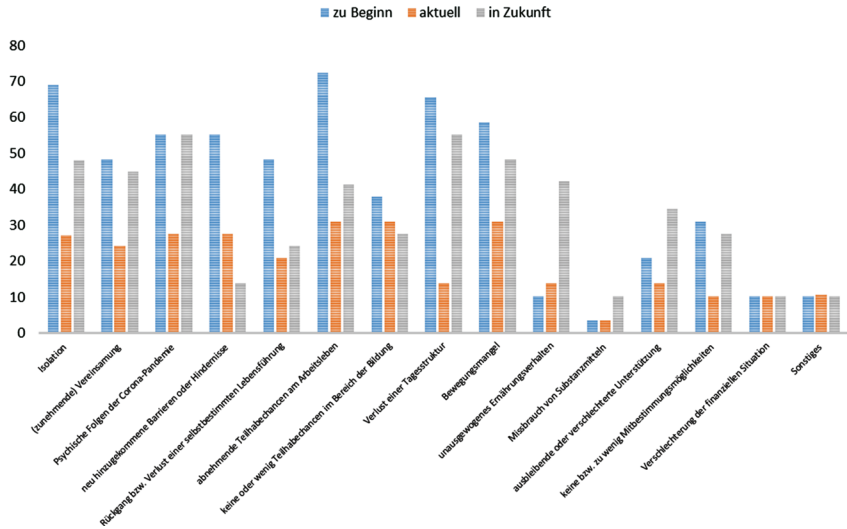
Die Angehörigen änderten ihre Einschätzungen der Gesundheitsrisiken im Verlauf der Pandemie, wenn man deren Beginn, den Zeitpunkt der Befragung und die Blicke auf die Zukunft zusammen betrachtet.

Zu Beginn der Pandemie schätzten die Angehörigen

- abnehmende Teilhabechancen am Arbeitsleben (72,4 %),
- Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner (69 %),
- Verlust der Tagesstruktur (65,5 %) sowie
- durch die Beschränkungen verschärften Bewegungsmangel (58,5 %)

als größte Gesundheitsrisiken ein (s. ■ Abb. 5.4).

Zum Zeitpunkt der Befragung wurden von den Angehörigen



■ **Abb. 5.4** Einschätzung der Gesundheitsrisiken zu verschiedenen Zeitpunkten (in %). (Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung)

- beschränkte Teilhabechancen am Arbeitsleben und im Bereich der Bildung (31 %),
- Bewegungsmangel (31 %),
- Isolation (27,6 %),
- psychische Folgen der Pandemie (27,6 %),
- neu hinzugekommene Barrieren oder Hindernisse (z. B. durch Mund-Nasen-Schutz) (27,6 %)

als wichtigste Gesundheitsrisiken im Alltag für die Bewohnerinnen und Bewohner betrachtet (s. ■ Abb. 5.4).

Um die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner zukünftig bestmöglich zu gewährleisten, sollte nach Meinung der Angehörigen vor allem auf

- psychische Folgen der Corona-Beschränkungen (55,2 %),
- Verlust der Tagesstruktur (55,2 %),
- Risiken durch Isolationsmaßnahmen (48,3 %)
- Bewegungsmangel (48,3 %)

geachtet werden (s. ■ Abb. 5.4).

Die Angehörigen ändern also offensichtlich ihre Befürchtungen im Laufe der Zeit, das generelle Sorgeniveau sinkt zunächst tendenziell mit der Alltagserfahrung. Manche Risikoeinschätzungen kehren aber in der Zukunftsperspektive zurück. Vielfach werden zusätzlich besondere gesundheitliche Risiken geschildert, die durch die Corona-Pandemie für die Gesundheit der Bewohnerin bzw. des Bewohners entstanden sind.

- Unterversorgung, Aggression, Ängste und Rückzugstendenzen
- » *„Arztbesuche und Therapiebesuche wurden nicht genügend gefördert. Auf Grund der Überlastung des Personals wurde verständlicherweise so manches übersehen.“*

MUTTER BY

*„Unser Sohn, der vor der Corona-Pandemie fast jedes Wochenende nach Hause kam, hat nun Angst nach Hause zu kommen. Wir holen ihn nur mehr zu Tagesfahrten ab, was einen enormen Aufwand bedeutet. Diese psychische Belastung ist total neu, so dass er– falls ausgemacht ist, dass er nach Hause kommt– schon am Tag zuvor Ängste entwickelt. Dies hat alles mit dem Thema „Quarantäne“ zu tun, das er befürchtet, wenn er zu Hause übernachtet.“*

VATER BY

*„Extrem gesteigerte Ängste und daraus entstehende Hürden, sich wieder im öffentlichen Leben zurechtzufinden.“*

MUTTER BY

*„Ausfallen der notwendigen Therapien (Krankengymnastik, Schwimmen, Logopädie), Aggression einzelner Bewohner durch das ständige Zusammensein mit den gleichen Personen. Unsere Tochter war in einen Sturz verwickelt und verlor zwei Schneidezähne. Das Personal äußerte sich sehr vage über den Hergang, um keine Haftung einzugehen. Die Bewohner hatten keine Möglichkeiten, Energie/Wut/Aggression auszuleben.“*

MUTTER BY

- Kompetenzverluste, Bewegungsmangel, Fehlernährung, Mediendauerkonsum

- » *„Er saß noch mehr und länger vor dem Fernseher und bekam so noch weniger Schlaf.“*

MUTTER BY

*„Gewichtszunahme durch unausgewogene Ernährung und Bewegungsmangel, Verlust von Fertigkeiten mangels Praxis (Schwimmen, Radfahren).“*

MUTTER BY

*„Meine Tochter hat im letzten halben Jahr stark an Gewicht zugenommen. Außerdem kann sie mit Frustration schlechter umgehen als vorher. Wir planen eine psychologische Beratung anzunehmen.“*

VATER BY

*„Keine Integration der Behinderten im gesamten Lebensumfeld.“*

MUTTER BY

Gesundheitsrisiken und mangelnde soziale Einbindung sorgen die Angehörigen im Kontext der Pandemie, wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen und Facetten.

## 5

### 5.4 Wünsche und Hinweise für die Zukunft – weniger Bürokratie, mehr Zuwendung

Eine Kernsorge der Angehörigen war der Verlust der im Alltag verankerten, nachhaltigen Teilhabeentwicklungen sowie Stillstand bzw. Rückschritte der Inklusionsbemühungen, über konkrete Maßnahmen und deren Umsetzung.

Die Angehörigen äußerten Verständnis für Arrangements unter Corona-Bedingungen, die nicht immer ihren Vorstellungen entsprechen, geben aber auch klare und kritische Hinweise auf Zustände, die sich zukünftig keinesfalls etablieren dürfen.

— Mahnende und lobende Hinweise zu Personaleinsatz und Gesundheits-sorge

» *„Wie bereits vorher schon genannt, finden wir den Einsatz von Zeitarbeitskräften in diesem Bereich SEHR fragwürdig. Die Einwohner brauchen Personen, die ihnen vertraut sind und nicht ständig wechseln. Die auch mit der Pflege vertraut sind, da jeder Bewohner andere Besonderheiten hat. Wir wissen, dass das Personal in diesem Bereich schwer zu finden ist, vermuten allerdings auch, dass dieses Geschäftsmodell gerne genutzt wird, um Kosten zu sparen... Aber diese Entwicklung hat eben nichts mit der Corona-Pandemie zu tun, wurde dadurch nur etwas verstärkt genutzt.“*

MUTTER BY

*„Die Betreuer arbeiten, trotz der schwierigen Situation, immer bewohnerorientiert. Sie versuchen immer, es für die Bewohner möglichst angenehm zu gestalten.“*

GESETZLICHE VERTRETERIN BY

*„Die Kommunikation zwischen uns als Eltern und Betreuern mit der Einrichtung – in diesem Fall dem Leiter vor Ort – war für die Umsetzung von Möglichkeiten des Verständnisses zentral. Die Organisation der Impfung in der Einrichtung mit einer zentralen Impfstelle vor Ort, hat es dem Betreuten überhaupt erst ermöglicht, ohne Widerstand und Angst die Impfung durchführen zu lassen.“*

MUTTER SH

*„Infektionsschutz darf nicht dazu dienen, Dinge, die unabdingbar für die Gesundheit sind, zu unterlassen wie bspw. Bewegung, Sonne Frischluft, gesundes Essen.“*

MUTTER BY

*„Es wurde ausschließlich nach den Vorgaben des Gesundheitsamtes gearbeitet. Eltern und Angehörige hatten überhaupt kein Mitspracherecht. Absolutes Fremdbestimmen. Sicher hätte es auch andere Wege gegeben als „Beschützen um jeden Preis“. Es wurden keine alternativen Möglichkeiten geboten. Es gab überhaupt keinen Umgang auf Augenhöhe. Gesundheit betrifft nicht nur den Körper, sondern auch die Psyche. Darauf hat niemand geachtet.“*

MUTTER BY

Generell wünschen Angehörige bessere Kommunikation, mehr Mitsprache und Wahlrechte, aber auch von den Anbietern weniger „Obrigkeitshörigkeit“. Der Umgang auf Augenhöhe wird vermisst. Für die Zukunft werden noch mehr Gesundheitssorge und Gespräche erwartet.

#### ■ Wünsche für die Zukunft

##### » „Impfpflicht für Betreuer:innen“

STIEFVATER BY

*„Die psychische Belastung ist enorm und wird viel zu wenig gesehen. Wichtig sind vor allem Gespräche des Personals mit den Bewohnern und dazu ist keine Zeit vorhanden vor lauter Bürokratie. Weniger Bürokratie, mehr Zuwendung. Das wäre wichtig.“*

VATER BY

Die Gruppe der Angehörigen kann zurecht parteilich sein. Mit Herz und Verstand blicken sie auf die Situationen, in denen Bewohnerinnen und Bewohner in den besonderen Wohnformen Unterstützung brauchen, aber manche Hilfe unerreichbar wird. Denn nicht nur medizinische Dienste sind zeitweise kaum erreichbar, sondern auch der Kontakt mit Verwandten und Freundeskreisen wurde streng limitiert. Dennoch versuchten die Angehörigen Brücken zu bauen zwischen den erkannten Bedarfen und den Handlungsmöglichkeiten, zwischen den Besuchsverböten und der Möglichkeit,

sich füreinander einzusetzen. Gesprächsbereitschaft auf allen Seiten darf insofern nicht ausgeschlossen werden.

## 5

### Kein Beschützen um jeden Preis

Den Wohnalltag können Angehörige unter Corona-Bedingungen meist nur aus der Außenperspektive wahrnehmen, aber sie verstehen, mildern und modifizieren nach Kräften für die Bewohnerinnen und Bewohner deren ausgeprägte Abgeschiedenheit. Ihre Sorge um Teilhabechancen der Bewohnerinnen und Bewohner hat häufig konkrete Anlässe, wie Tendenzen der Isolation, Mängel in der Kommunikation und physische, aber auch soziale Distanzierungen. Dass in der Pandemie durch die Reduktion der Ansteckungsgefahren andere Gesundheitsrisiken steigen, weil Prävention, Therapien und Rehabilitation ausgesetzt oder reduziert werden, wird im Kreis der verwandten oder gesetzlich bestellten Kümmerer klar angesprochen. Aber obwohl sie sich wegen drohender Kompetenzverluste, Bewegungsmangel, Fehlernährung und auch Medien-Dauerkonsum sorgen, bringen Angehörige auch Verständnis für die schwierigen Versorgungsaufgaben der Anbieter in der Eingliederungshilfe auf.

In einem Beispiel werden aber auch konkrete körperliche Folgen von Gewalt und mangelndem Schutz angedeutet.

Die Sorgen der Angehörigen schwanken im Laufe der Befragungsspanne, mit Blick auf die Zukunft kehren manche zunächst aufgehobene Sorgen aus Angehörigenperspektive zurück. Klar ist aber, dass weniger radikaler Schutz zugunsten besserer Teilhabechancen abgewogen werden soll.

## Literatur

---

Wacker, Elisabeth / Beck, Iris / Brandt, Martina / Köbsell, Swantje / Lippke, Sonia / Niehaus Mathilde (2023). *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. Health in All Policies als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung*. Springer VS, Wiesbaden.

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (► <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Die Corona-Pandemie durch die Inklusionsbrille. Ein Entwicklungsprogramm

## Inhaltsverzeichnis

- 6.1 Zum Untersuchungsfeld Eingliederungshilfe und Wohnen in Gesundheit – 157
- 6.2 Gesundheits Sorge statt Teilhabegewinnen? – Schreien nach einer Normalität – 161
- 6.3 Krisenbewältigung in Grenzen – *wir waren ausführendes Instrument* – 162
- 6.4 Dazugelernt! Kompetenzgewinne – *Jetzt haben ... sich alle daran gewöhnt* – 167
- 6.5 Versorgungsnöte und Rückzugstendenzen – *es hat nichts stattgefunden* – 169

**Ergänzende Information** Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann

▶ [https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_6).

© Der/die Autor(en) 2025

E. Wacker, *Wohnen in Gesundheit*,

Gesundheitsförderung – Rehabilitation – Teilhabe,

[https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-658-46452-3_6)

- 6.6 Nachhaltige Risiken und digitale  
Entwicklungsgewinne – ein Weckruf – 170
  - 6.7 Nähe und Distanz – Hand über Kopf?  
Gemeinschaft in Vielfalt – 173
  - 6.8 Gesundheitsorientierung in allen  
Lebenslagen – Nötiges und Mögliches – 175
- Literatur – 180

## Zusammenfassung

Gesundheit und Teilhabe sind eng verwoben, wie Forschung und menschenrechtlich ausgerichtete Programme seit längerer Zeit thematisieren. Ziel ist, die bestmögliche Gesundheit zu erreichen für einzelne und für *alle* sowie der diskriminierungsfreie Umgang miteinander. Dazu erforderliche Wandlungsprozesse stehen noch weitgehend aus. Sie sind gerahmt von den Wegweisungen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen und umfassenden sozialwissenschaftlichen und politischen Inklusionsforderungen. In der Corona-Pandemie ließen sich konkrete Umsetzungserfahrungen in sozialen Räumen sammeln. Dazu leistet auch die Studie „Wohnen in Gesundheit“ (WoGe) einen Beitrag, indem sie Lage und Möglichkeiten alltagsnah für Personengruppen mit Leistungsansprüchen in der Eingliederungshilfe analysiert und bewertet. Grundsatzfragen der Gesundheitssorge stehen dabei zur Debatte und werden multi-perspektivisch in der Praxis berichtet und kommentiert. In welchem Verhältnis Gesundheitssorge und Teilhabegewinne stehen, ist eine wesentliche Prüfgröße. Unter Corona-Bedingungen kam Vieles zum Stillstand, insbesondere auch die Unterstützung zur Selbstbestimmten Lebensführung von Personengruppen, die trotz Heterogenität zuvor generell als vulnerabel eingestuft wurden. Gewinne aus der Pandemie werden bei einer neuen Aufmerksamkeit für Gesundheit unter allen Lebensumständen erhofft (Health in All Policies) und sind auch im Umgang mit digitalen Medien zu verzeichnen. Menschen mit Behinderung können von einer wissenschaftlich angestoßenen Debatte der praxisnahen Kenntnisse profitieren.

Gesundheit und Teilhabe (GuT) sind seit langem Programm und Ziel (Richter und Hurrelmann 2009). Den engen Zusammenhang verbinden auch die Vereinten Nationen im globalen Blick mit ihren 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung aus dem Jahr 2016, besonders hervorgehoben im Sustainable Development Goal (SDG) 3: „good health and well-being“ (s.

► Kap. 1). Wenn also

- gesellschaftliche Teilhabe,
- gute Chancen auf ein Leben in besterreichbarer Gesundheit,
- diskriminierungsfreier Umgang im sozialen Miteinander

zusammenspielen, gedeihen in menschenrechtlich-individuenzentrierter Weise ebenso wie in sozialpolitisch-struktureller Sicht Wohlergehen und Wohlbefinden für alle. Soweit die Real-Utopie.

6

Inzwischen hat die mit den SDGs gesteckte Umsetzungsspanne Halbzeit, aber viele Schritte im erforderlichen Wandlungsprozess stehen noch aus. Dies gilt analog für die Umsetzung der im Jahr 2006 verabschiedeten Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD 2006), deutsch UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (kurz Behindertenrechtskonvention oder UN-BRK 2008) und ihr umfassendes Inklusionspostulat als sozialpolitisches Leitprinzip (Beyer 2015). Statt Dimensionen der Differenz, also von Merkmalen wie Herkunft, Geschlecht, religiöse Orientierung, Beeinträchtigungen und mehr, soll die gesellschaftliche Teilhabe jedes Individuums als grundlegende Ausrichtung gelten. Denn es soll keine Ausgegrenzten geben, die zwar Teil der Gesellschaft sind, aber nicht an ihr teilhaben (Kronauer 2010). Mit Prozessen der sozialen Inklusion (über inklusive Strukturen und inklusive Praktiken) sollen Verwirklichungschancen steigen, direkt in den Gemeinden (Deppe-Wolfinger 1983).

Im Englischen drückt „take place“ aus, dass geplante Ereignisse ihre Zeit und ihren besonderen Raum haben. Darauf sollte bei der Inklusionsdebatte mehr geachtet werden, betont (Becker 2013, S. 11 f.), weil Inklusivität im Sozialraum real wird, und zwar unabhängig von historisch zufällig entstandenen Institutionen. Zusammenhängendes soll in den Blick genommen werden, auch in gemeinschaftlichen Näheverhältnissen.

Als Konkretion der Gemeinschaftlichkeit und gemeinschaftlicher Daseinsvorsorge ist in Deutschland kommunales Handeln zentral. Die sozialpolitische Bedeutung der Kommunen ist hoch. Es geht jedoch nicht alleine darum, dort Leistungen als Ausgleich für Nachteile zu sichern, sondern Inklusion soll überall im kommunalen Lebensraum zum Tragen kommen und nirgendwo soll Ausgrenzung stattfinden. Dies ist zu entwickeln (Wacker 2013).

„Inclusion takes place“ soll auch für Gesundheit und Teilhabe der Menschen mit Beeinträchtigungen in besonderen Wohnformen gelten – jenseits von durch die Corona-Pandemie bedingten Besonderheiten. Aus wissenschaftlicher Sicht motiviert dies dazu, bei der Feldstudie-WoGe zur Beschreibung und Bewertung der Corona-Krise die Zusammenhänge von Beeinträchtigungen, Behinderung und Benachteiligung im Aufmerksamkeitspektrum zu halten, auch wenn die Versuchung groß ist, vorrangig von dramatischen Gesundheitsrisiken zu berichten. Denn die jeweiligen Risiko-Umstände sind noch immer eng verbunden mit behindert werden. Eingliederungshilfe ist aber kein Abstellgleis.

Entsprechend grundsätzlich und an Inklusionszielen ausgerichtet prüft, analysiert und bewertet daher die WoGe-Studie. Über eine Situationsbeschreibung und Momentaufnahmen hinaus nutzt sie das Datenmaterial, um auf nachhaltige Erkenntnisse zu Teilhabechancen und Exklusionsrisiken hinzuweisen. Gesundheitsschutz durch das Leben am Rande der Gesellschaft kann keinesfalls dauerhafte Zielsetzung sein. Entsprechend lassen sich Bestandteile der im Feld und mitten im Pandemiegeschehen erhobenen unterschiedlichen Perspektiven und Lebenslagenelemente durch die Inklusionsbrille betrachten und zusammenfügen, ohne ihre Überschneidungen und Wechselbeziehungen zu übersehen. So werden scharfsichtige Einblicke möglich, die Isolationsrisiken, Abseits-Positionen und Teilhabe-Mühen sichtbar machen.

## 6.1 Zum Untersuchungsfeld Eingliederungshilfe und Wohnen in Gesundheit

---

Die Anliegen, Anordnungen und Ausschlüsse des Untersuchungsgegenstandes „Wohnen in Gesundheit“ (WoGe) und der daraus erwartbaren Ergebnisse werden – wie bei wissenschaftlichen Studien üblich – präzise erklärt und lassen sich somit auf den Prüfstand stellen.

Die Fragen der WoGe-Studie konzentrieren sich zwar zunächst auf eine sehr spezifische Bevölkerungsgruppe, nämlich die Personen, die in besonderen Einrichtungen der Eingliederungshilfe wohnen, und sind somit scheinbar klar eingegrenzt. Es wird aber gerade in Zeiten der Pandemie-Bewältigung deutlich, wie diese gemeinschaftlichen Unterbringungen Möglichkeiten und Grenzen der gleichen Rechte und Verpflichtungen in der Gesamtlage der Bevölkerung spiegeln oder – wie öfter als Metapher vorgebracht wurde – „wie in einem Brennglas“ sichtbar machen.

Dies nicht nur zu beschreiben, sondern auch Zusammenhänge, Nebenwirkungen oder Unbekanntes aufzudecken ist also ein Anliegen der WoGe-Studie, dem sie in ihrer Gesamtkonzeption folgt. Daher lautet die Grundfrage:

- Welche Fragen stellen sich, und werden am Beispiel von Corona deutlich?

Was daraus folgt soll entsprechend nicht aus den Augen verloren werden (s.

■ Tab. 6.1)

Mit dieser Einbettung wurden konkrete Fragestellungen und Antwortperspektiven entwickelt und gewonnen, die wiederum den gesellschaftlich ergangenen Aufträgen an die Eingliederungshilfe genügen müssen. Es geht um Orientierung an gesellschaftlicher Teilhabe und Selbstbestimmung. Diese sind somit die Grundmaßstäbe, um Lage und Zukunftsplanung aus Sicht der Wissenschaft zu beurteilen.

Verschiedene Aspekte wurden erfasst, nämlich die Sicht

- der Bewohnerinnen und Bewohner,
- der Vertretung der Leistungsanbieter, in die vermutlich auch die Konzeption der Leistungsträger eingeflossen ist,
- des Fachpersonals im Alltagsbezug, sowie
- der Angehörigen oder Gesetzlichen Vertretungen.

■ Tab. 6.1 Grundsatzfragen und Richtungsweisungen

Welche Fragen stellen sich und werden am Beispiel von Corona deutlich Was folgt daraus?	Gesundheitssorge im Alltag der Menschen
	Förderung der Gesundheitskompetenz
	Lotsenfunktion und Begleitung durch ein komplexes Gesundheitssystem
	Therapien und Leistungen
	Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitssorge in der Krisenbewältigung
	Veränderungsbedarf und Belastbarkeit, praxisnah
	Zukunftspläne über das gewonnene Erfahrungswissen

(Quelle: Eigene Darstellung)

Die einzelnen Perspektiven können übereinstimmen oder sich widersprechen. Dies wird auf der gewonnenen Datengrundlage bewertbar. Hinzu kommen externe Faktoren, die in den Datenquellen zur Sprache kommen, wie gesetzliche Regelungen, agierende Gesundheitsämter oder politische Wegweisungen.

Dies bahnt abschließende Beurteilungen, zukünftige Zielsetzungen und Optionen an, in Abwägung von (■ Tab. 6.2)

- Teilhabe,
- Verwirklichungschancen für ein selbstbestimmtes Leben,
- individuellen Entscheidungen zur Umsetzung eigener Wertvorstellungen,
- persönlichen Fähigkeiten und Chancen zur Veränderung,
- Gestaltungsfreiräumen zwischen Strukturen und Regulierungen,
- Freiheiten im Sinne der Gemeinschaft sowie
- Verantwortung für andere.

Die gewonnene Datengrundlage bietet für die Operationalisierung eine gute Ausgangslage. Die bundesweit beteiligten Einrichtungen bilden nämlich die Vielfalt der besonderen Wohnangebote ab in ländlicher, städtischer bzw. metropolnaher Lage. Ebenso spiegeln sie auch die reale Größen-, Fachlichkeits- und Trägervielfalt.

Alle Gesprächspartnerinnen und -partner wurden unabhängig gewonnen und beteiligten sich freiwillig.

■ **Tab. 6.2** Grundmaßstäbe und Operationalisierungen

<p>Was sind die <b>Grundmaßstäbe</b>, nach denen gemessen, analysiert und bewertet wird? Für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bewohnerinnen und Bewohner,</li> <li>– Fachpersonal,</li> <li>– Leistungsträger und Leistungsanbieter,</li> <li>– kommunale, regionale und bundesweite Gesundheits- und Eingliederungshilfe</li> </ul>	Teilhabe
	Verwirklichungschancen für ein selbstbestimmtes Leben
	individuelle Entscheidungen zur Umsetzung eigener Wertvorstellungen
	persönliche Fähigkeiten und Chancen zur Veränderung
	Gestaltungsfreiräume zwischen Strukturen und Regulierungen
	Freiheiten im Sinne der Gemeinschaft
	Verantwortung für andere

(Quelle: Eigene Darstellung)

Insgesamt wird durchweg erfahrungsbasierte und qualifizierte Expertise gefragt, auf die die Einrichtungen sich stützen und für die sie stehen, auch in der einbezogenen Trägervielfalt. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind mehrheitlich seit Geburt und sehr erheblich durch ihre Beeinträchtigung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt. Viele haben langjährige Erfahrung in Gemeinschaftswohnformen und mit der Eingliederungshilfe. Das Angehörigenwissen stützt sich auf persönliche Wahrnehmungen und auch auf emotional angereichertes Wissen durch den Einsatz für jeweilige Familienangehörige oder bei der Betreuung gesetzlich anvertrauter Personen.

In der Eingliederungshilfe selbst zeigte sich wenig Erfahrungswissen, das über die gesetzlich vorgeschriebene Grundpflege für Gesundheit hinausreicht. Hier wurde bislang eher selten über Aufgaben in der Gesundheitspflege an sich und spezifisch unter Pandemie-Bedingungen reflektiert oder entsprechend geschult.

Die geringste Erfahrung hatten aber wohl zuständige Behörden und die Politik bezogen auf die Eingliederungshilfe, obwohl in den akuten Pandemiewellen bei ihnen zunächst der größte Entscheidungsdruck bestand.

- Die Infrastruktur der Leitforschungseinrichtung Robert Koch-Institut (RKI) ist wenig auf Spezifika von Unterbringungen fokussiert.
- Die zuständigen Bundesbehörden, in Pandemiefragen das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und in Fragen der Eingliederungshilfe das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), werden Kooperationsstrukturen zur Kompetenzbündelung zukünftig noch weiter entwickeln müssen.

Damit war auch die Bundespolitik sehr herausgefordert und wenig spezifisch beraten. Umso höher ist es dem BMAS anzurechnen, dass es eine Feldstudie wie WoGe in der Pandemie ermöglicht hat.

Föderale Zuständigkeiten und regionale Ausformungen der Gesundheitspflege komplizierten darüber hinaus Vorsorge, zielstrebige Planung und Umsetzung von Ausstattung und Maßnahmen unter den gegebenen Krisenbedingungen für einen Teil der Bevölkerung, der eher selten im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. So waren die Debatten zur besonderen Risikolage der Bewohnerinnen und Bewohner von Gemeinschaftsunterkünften meist an Pflegeeinrichtungen oder Angeboten der Altenhilfe ausgerichtet. Besondere Sorge galt dem rechten Maß der Hilfen und den geeigneten Maßnahmen für Klientel und Personal. Die Eingliederungshilfe, mit ihrer facettenreichen Klientel und der besonderen lebenslaufassistierenden Ausrichtung, war kaum in ihrer Eigenart im Blick.

Mit der größten Gelassenheit – so scheint es aus der Perspektive dieser Studie – agierten die Bewohnerinnen und Bewohner selbst, die vor allem durch eine hohe adaptive Zufriedenheit hervorstechen. Dies kann auch Folge der anerkanntenswerten ausgeprägten Bemühung der Eingliederungshilfe sein, keine „Irrfahrten durch die Pandemie“ auf Kosten der Menschen mit Beeinträchtigungen zuzulassen.

Es wird dennoch zu diskutieren sein, wie und ob das rechte Maß von Sorge oder Überfürsorglichkeit, von Aufmerksamkeit für Gesundheit an sich oder Isolationstendenzen zu finden war.

## 6.2 Gesundheitsvorsorge statt Teilhabegewinnen? – Schreien nach einer Normalität

---

Bewohnerinnen und Bewohner der besonderen Wohnformen sind fast ausschließlich Deutsche, sehr häufig alleinstehend und selten in größere soziale Netze eingebunden. Das erklärt zum einen, dass sie vor allem als eine Gruppe (der Bewohnerinnen und Bewohner) definiert werden, die auf diese Wohnform und erhebliche Unterstützung angewiesen ist. Anders als in der Altenhilfe fordert ihre kulturelle Vielfalt bislang weniger heraus und ihre Altersunterschiedlichkeit trifft im Alltag auf eine seit langem ausdifferenzierte Binnenstruktur (wie Bildungs-, Werkstatt- und Freizeitangebote). Die Ziele der Teilhabeförderung werden damit jeweils eng verbunden und bilden sich auch in Gemeinschaftsveranstaltungen ab (wie gemeinsame Essenszeiten, Feste und Feiern). Auf die umliegenden Kommunen wird vor allem in besonderen Aufgabenfeldern zurückgegriffen. Dazu zählt die übliche Versorgung im Krankheitsfall und in manchen Einrichtungen auch die Chance auf Teilhabe an der Mobilität mit dem Öffentlichen Personennahverkehr. Alltagsübliche Aktivitäten im kommunalen Umfeld sind vor allem Wege zur Arbeit oder Freizeit bzw. zu privaten Treffen oder Einkäufen.

Vielen Bewohnerinnen und Bewohnern fallen Veränderungen während der Pandemie daher kaum auf, was sich so deuten lässt, dass ihre Teilhabeaktivitäten bislang vorrangig innerhalb der Einrichtung realisiert wurden. Andere sehnen sich nach der ihnen bekannten Normalität, die von eigenen Strukturen geprägt ist.

» *„Ich würde schon sagen, wir sind noch immer in einer hochdynamischen Zeit. Der Unmut bei den Bewohnern, ein Schreien nach einer Normalität wie sie vor Corona war, das wird schon an einigen Stellen doch auch deutlich.“*

MA 1, M, E7

Ein zentrales Reformziel der aktuellen Teilhabegesetzgebung sind Verbesserungen der Teilhabe und Selbstbestimmung. Dies gilt ebenso für das Wohnen. Unter Corona-Bedingungen kam hier Vieles zum Stillstand, insbesondere auch die Unterstützung zur Selbstbestimmten Lebensführung, ein Kerngeschäft der Eingliederungshilfe. Aus dem Kreis des Fachpersonals stammt die Einschätzung, dass die Verselbständigung auf der Strecke geblieben sei. Das gibt zu denken.

Die gesamte alltägliche Lebensführung, inklusive Erfahrungen von Selbstbestimmung und Teilhabe, wurde gezwungenermaßen in der Pandemie auf gemeinschaftliches Wohnen komprimiert. Dann müssen auf sehr engem Raum alle individuellen Lebensäußerungen und erforderlichen Unterstützungsleistungen gelingen. Die erforderlichen baulichen und räumlichen Voraussetzungen (Barrierefreiheit und Einzelzimmer) sind in der Regel vorhanden. Auch Sachwalter, die sich in Zeiten der Pandemie für die Belange der Bewohnerinnen und Bewohner persönlich einsetzen können, wie Angehörige und Gesetzliche Betreuungen, waren häufig regelmäßig in Bereitschaft, auch wenn selten physische Treffen stattfanden. Für einige Bewohnerinnen und Bewohner gab es jedoch über die Dienste der Einrichtung hinaus keine „Kümmerer“. Insgesamt stiegen Exklusionsrisiken und tatsächliche Isolation.

Diese Lagebeschreibung kann den sozial- und gesundheitspolitisch gesteckten Zielen und eingeschlagenen Wegen nicht genügen. Die Rückkehr zu vorrangig fürsorglichen Haltungen und Rahmungen traf direkt die alltäglichen Bedürfnisse und wurde im Namen der Gesundheitsvorsorge oft favorisiert.

### **6.3 Krisenbewältigung in Grenzen – *wir waren ausführendes Instrument***

---

Das Gesundheitsziel steht generell im Kern der Lebensführung und lenkte während der Coronazeit in besonderer Weise jede Planung und Umsetzung in den besonderen Wohnformen. Die Bewohnerinnen und Bewohner gelten als besondere Risikogruppe und die Einrichtungen der Eingliederungshilfe sollten nach Maßgabe der Gesundheitsämter und Politik in der Regel wie Pflegeeinrichtungen agieren.

Mit den Lagebeschreibungen und erfassten Folgen über die an der Wo-Ge-Feldstudie beteiligten Expertisegruppen lassen sich Bewältigungsprofile zuspitzen, die in einer Mit-Corona-Typologie hier scherenschnittartig in

Schaukästen zur Diskussion gestellt werden. Die Einschätzung zu den politisch und behördlich Agierenden beruht auf indirekten Nennungen bei den anderen vier Gruppierungen.

MIT-CORONA-TYPOLOGIE

Leitungsebene:

Pragmatisch Handelnde

Insgesamt sehen sich die Anbieter der Eingliederungshilfe als krisenerprobt und handlungsbereit. In Einrichtungen mit Pflegepersonal sind hilfreiche Strukturen und Ressourcen eher vorhanden, soweit es um die reine Wahrung der Vorschriften geht. Denn in Gemeinschaftsunterkünften sind beispielsweise immer hohe Hygienestandards vorgeschrieben.

Bei der Umsetzung der Teilhabeaufgaben nehmen die Leitungsebenen größte Hindernisse wahr und äußern Bedenken. Es mangelt an Routinen, wie sie aus der Prävention bekannt sein könnten und an ausgereiften Konzeptions-Handlungs-Brücken. Als besonders herausfordernd wird der Umgang mit der selbständigeren Bewohnerschaft beschrieben.

MIT-CORONA-TYPOLOGIE

Ämter und Politik:

Distanzierte

Aus Leitungsperspektive kamen die Einrichtungen an ihre Grenzen, ohne dass Entspannung in Sicht kam. Dies zeigte sich besonders bei der überstrapazierten Flexibilität durch externe Faktoren (behördliche Anordnungen, fehlende Information und Kommunikation). Mit langanhaltenden Folgen wird gerechnet, da Belastungsgrenzen lange Zeit (ohne Erholungsphasen und entlastende Ressourcen) überschritten wurden. Die dem Fachpersonal zufallende Aufgabe, die Akzeptanz der Anordnungen herzustellen, erwies sich zudem als aufwendig und kräftezehrend. Die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner blieb aber immer gewährleistet.

Eine solide Notfallplanung für die Bewohnerinnen und Bewohner ist im Prinzip vorhanden. In der konkreten Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern treten aber kaum überbrückbare Differenzen auf. Die Einrichtungen befürchten immer mehr Gesundheitsrisiken für ihre Klientel, die über eine Corona-Erkrankung hinausreichen, weil strukturelle Isolation und psychische Überlastung entstehen. In Einzelfällen werden gesundheitsschädliche Coronaschutz-Gebote beklagt, wenn etwa Arztbesuche nicht stattfanden und Therapien aus Sorge vor Corona-Erkrankungen ausfielen. Bei den Behörden trifft die Sorge auf wenig Resonanz oder Verständnis.

#### MIT-CORONA-TYPOLOGIE

Bewohnerinnen und  
Bewohner:

Zufriedene Beschützte

Assistenzleistungen zur alltäglichen Lebensführung werden nach Meinung der Bewohnerinnen und Bewohner normalerweise weitgehend nach Wunsch und Bedarf erbracht. Sogar auf die Assistenzperson und die Leistungszeit bestand meist Einfluss. Neben dem Fachpersonal unterstützten häufiger Gesetzliche Betreuungspersonen und Familienangehörige im Alltag. In der Pandemie verschlechterte sich diese Leistungsqualität allerdings durch vielerlei Distanzierungen und wachsenden Personalmangel. Nur im Bereich psychischer Unterstützung nennen manche Bewohnerinnen und Bewohner Verbesserungen, wie auch bei den Transportmitteln und der Verfügbarkeit von Laptops.

Die Bewohnerinnen und Bewohner schätzen ihre Gesundheit an sich selbst mehrheitlich als gut oder sehr gut ein. Nach eigenen Angaben war etwa ein Viertel der interviewten Personen an Corona erkrankt und ist meist nach mildem Verlauf genesen. Etwa zehn Prozent erkrankten schwer.

Viele Bewohnerinnen und Bewohner erkennen allerdings gesundheitliche Verschlechterungen im Zusammenhang mit Corona, entweder wegen der Erkrankung selbst oder wegen Begleitumständen, wie dem Verzicht auf Gesundheitsförderung und andere Versorgungsrisiken. Sterben und Tod in

der Gruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen kamen verbunden mit Corona bedingter Belastung vor (z. B. durch Isolation). Ebenso gibt es (wenige) Hinweise auf innere Spannungen und Übergriffen. In allen Fällen sollte sich das Fachpersonal in mildernder und moderierender Weise einbringen.

#### MIT-CORONA-TYPOLOGIE

Fachpersonal:

Dauerhaft Überlastete

Das Fachpersonal spricht von vielen Regelgebern (Gesundheitsamt, Arbeitgeber), die dann im alltäglichen Dienst vermittelt und umgesetzt werden müssen. Viele Anweisungen wurden als eine große Herausforderung erlebt, man selbst sieht sich als ausführendes Instrument.

» *„Viele Anweisungen müssen wir befolgen, das war wirklich eine große Herausforderung“ ... „wir waren ausführendes Instrument“.*

MA 2, w, E7

Die Compliance, also Bereitschaft der Bewohnerinnen und Bewohner zur aktiven Mitwirkung bei entsprechenden Aufgaben, ist aus Sicht der Fachkräfte ein wesentlicher und belastender Faktor bei der Umsetzung vieler Maßnahmen.

» *„Man muss immer wieder in diese Gespräche gehen“.*

MA 2, w, E7

Dabei sind auch die im Zusammenhang mit Schutzmaßnahmen oft als anstrengend wahrgenommenen Gespräche mit Angehörigen mit gemeint, die die Leitungsebene als Aufgabe im Gruppendienst sieht. Das Fachpersonal hat dafür moderat Verständnis. Dennoch gelingt die Kommunikation, wenn man der Leitungsebene Glauben schenkt.

Das Fachpersonal schließlich berichtet viele Corona-Erkrankungen und verglichen damit wenig einfache Umsetzungsroutinen bei den Maßnahmen, um Infektionsrisiken zu senken. Besonders die Maskenpflicht in allen Alltagszusammenhängen wurde (zu) wenig befolgt.

» *„Man kann das jeden Tag zehnmal sagen, es wird trotzdem nicht so umgesetzt, wie es sein sollte.“*

MA 2, w, E1

Besondere Notfallpläne oder Schutzmaßnahmen für das Personal gab es selten. Notfallpläne mit dem Personal kristallisierten sich meist erst im Pandemieverlauf heraus (beispielsweise Task Forces). Viele Aktivitäten beruhten daher im Alltag zunächst auf Selbsthilfepotenzialen.

6

#### MIT-CORONA-TYPOLOGIE

Angehörige:

Kritisch Verständnisvolle

Aus Angehörigensicht schließlich sind es die laufenden Gespräche des Personals mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, die das Verständnis für die Corona-Maßnahmen erleichtern und den psychischen Druck bei den Menschen mit Beeinträchtigung reduzieren sollen, die aber aus Zeitmangel zu wenig zustande kommen.

» *„Die psychische Belastung ist enorm und wird viel zu wenig gesehen. Wichtig sind vor allem Gespräche des Personals mit den Bewohnern, und dazu ist keine Zeit vorhanden vor lauter Bürokratie. Weniger Bürokratie, mehr Zuwendung. Das wäre wichtig.“*


VATER BY

Klare Kritik kommt vonseiten der Angehörigen, die meinen

» *„Es wurde ausschließlich nach den Vorgaben des Gesundheitsamtes gearbeitet. Eltern und Angehörige hatten überhaupt kein Mitspracherecht. Absolutes Fremdbestimmen. Sicher hätte es auch andere Wege gegeben als „Beschützen*

*um jeden Preis“. Es wurden keine alternativen Möglichkeiten geboten. Es gab überhaupt keinen Umgang auf Augenhöhe. Gesundheit betrifft nicht nur den Körper, sondern auch die Psyche. Darauf hat niemand geachtet.“*

MUTTER BY

Bewohnerinnen und Bewohnern aus einer der beteiligten Einrichtungen haben einen offenen Brief an das Gesundheitsamt mit ähnlicher Botschaft verfasst, um auf viele Paradoxien in den Regulierungen des Alltags hinzuweisen (s.  Abb. 6.1).

## 6.4 Dazugelernt! Kompetenzgewinne – Jetzt haben ... sich alle daran gewöhnt

---

Schutzmaßnahmen in den Wohneinrichtungen folgten zunächst den bekannten Pfaden der Hygienevorschriften in Gemeinschaftsunterkünften, einen Krisenplan für die Dimensionen der Corona-Pandemie gab es nicht. Daher wurden manche Maßnahmen getestet und beibehalten (wie Aushänge), manche etwas angepasst (wie die verordnete Einzelzimmernutzung, Verbote, die Einrichtung zu verlassen oder Personalschulungen sowie die Prüfung der Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen).

Schließlich gab es viele Maßnahmen, die eingeführt und dann wesentlich verändert wurden, wie etwa Kontakteinschränkungen innerhalb der Einrichtungen, Verbote gemeinsamer Mahlzeiten und Freizeitgestaltungen oder der Tätigkeit in den Werkstätten und privater Besuche. Manche Maßnahmen waren vorgeschrieben (wie Trennwände oder Tests), manche wurden selbst gefunden und gestaltet (wie Treffen im Freien oder neue Kommunikationsformen). Allerdings ergaben sich viele Überschneidungen oder Wechselwirkungen zwischen intendiertem Gesundheitsschutz und erforderlicher Wahrung von Selbstbestimmung und Freizügigkeit.

Unangemessene Beschränkungen der Teilhabe und Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern sind grundsätzlich unzulässig. Ein Teil der Einrichtungen behielt dennoch solche offensichtlich isolierenden und organisationszentriert regulierenden Maßnahmen lange bei und minderten so Chancen auf Teilhabe und Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner erheblich.

Im Umsetzungsgeschehen wurde insgesamt gelernt, dass in der Eingliederungshilfe ein Ausstattungs- und Lernzuwachs im Bereich der Gesund-

HALLO GESUNDHEITSAMT

ICH FINDE ES NICHT O.K., DASS DIE BETREUER MIT DEN MASKEN  
 RUMLAUFEN MÜSSEN, BEI UNS IM WOHNHEIM UND SICH NICHT MIT  
 UNS AN EINEN TISCH SETZEN DÜRFEN. WENN ICH INS KINO  
 GEHE BRAUCHE ICH KEINE MASKE MEHR. WENN ICH INS  
 GESCHÄFT GEHE BRAUCHE ICH KEINE MASKE MEHR.  
 WENN ICH ZUM ESSEN GEHE, BRAUCHE ICH KEINE MASKE MEHR  
 DESHALB KANN ICH ES NICHT VERSTEHEN, WIESO DIE BETREUER  
 BEI UNS IM WOHNHEIM EINE MASKE TRAGEN MÜSSEN.  
 WENN ICH MIT MEINEN BETREUERN ZUM ESSEN GEHE, IST  
 ALLES GANZ NORMAL, ABER WENN WIR IM WOHNHEIM SIND,  
 DÜRFEN WIR NICHT ZUSAMMEN AN EINEN TISCH SITZEN  
 UND ESSEN. KÖNNTET IHR MIR DAS BITTE ERKLÄREN?  
 WIR SIND IM WOHNHEIM FAST ALLE DREI MAL GEIMPFT.

Ca. 30 Unterschriften

Da bin ich dagegen  
 Das die Betreuer Maske tragen  
 müssen

■ **Abb. 6.1** Offener Brief von Bewohnerinnen und Bewohnern an ihr zuständiges Gesundheitsamt (Ostern 2022 | E1)

heitsorge notwendig und wichtig ist. Dazu zählt auch die Prophylaxe. Präventiv zu Testen wurde neuer Alltagsbestandteil. Dabei waren immer neue Varianten von Verfahren und Regulierungen (Gesetzesänderungen) zu beachten – neben der jeweils verfügbaren, erforderlichen und erlaubten Testtechnik. In das Testen waren vor allem die Gruppendienste eingebunden. Nach anfänglichen Unklarheiten entwickelten sich entsprechende Routinen.

» *„Jetzt haben ... sich alle daran gewöhnt, das hat sich deutlich gebessert.“*

MA 2, w, E7

## **6.5 Versorgungsnöte und Rückzugstendenzen – *es hat nichts stattgefunden***

---

Insgesamt treiben die Bewohnerinnen und Bewohner kaum zum Wandel an. Ihre ausgeprägt hohe generelle Zufriedenheit blieb auch mit den corona-bedingt angepassten Assistenzleistungen stabil. Die meisten Interviewten nahmen zugleich die Versuche der Anbieter wahr, sie in der Krise zu unterstützen. Aber sie ängstigten sich auch (etwa um Menschen und wegen Impfungen). Zugleich schätzten sie manche konkrete Veränderung, wie die Entschleunigung des Alltags, und begrüßten mehr tagesstrukturierende Angebote.

Nach Ansicht von gut 40 Prozent der Interviewten aus der Bewohnerschaft haben sich die Freizeitmöglichkeiten verschlechtert, wegen Ansteckungsgefahren, Verboten und Schließungen. Wenige nennen auch Verbesserungen durch neue Öffnungen, verbesserte Planung und Gemeinschaft, die sich unter Corona-Bedingungen eingestellt haben. Während also etwa bei Zusatzangeboten für die Freizeitgestaltung eher Zufriedenheit herrschte, schwand der Einfluss auf die Auswahl und Ausgestaltung der Assistenzen (z. B. mit der gewünschten Betreuungsperson).

Einige erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner äußerten Sorgen und Ängste, vor allem aber herrschte ein Grundgefühl (mit breiter Basis: über 80 % Rückmeldung) von großer Zufriedenheit bezogen auf Sicherheit und Schutz. Zur Befragungszeit waren fast alle Bewohnerinnen und Bewohner geimpft. Das Gesundheitsverhalten hatte sich zugleich negativ verändert (weniger Bewegung und Arztbesuche). Für manche Maßnahmen gab es kaum Verständnis, besonders wurden die umfassenden Isolationsmaßnah-

men, Kontaktverbote und Maskenpflichten genannt, aber auch schwer verständliche und widersprüchliche Anordnungen.

Bei Krankenhausaufenthalten fehlte die fachliche Assistenz. Aus Sicht des Personals können aber ihre Bewohnerinnen und Bewohner, die beim Krankenhausaufenthalt wie Kassenpatientinnen und -patienten behandelt werden, ohnehin nicht nach Bedarf und Bedürfnissen unterstützt werden.

Die Berichte des Fachpersonals klangen insgesamt eher kritisch. Die Rede ist davon, dass jeweils benötigte Unterstützung während der Corona-Zeit (durch Mangel an Person und Hilfsmitteln) weiter ausblieb oder sich verschlechtert hat. Auch konkrete Maßnahmen zur Pandemie-Bekämpfung wie Betretungsverbote und Maskenpflicht wurden kritisiert. Die Gruppendienste schildern, wie auch gemeinschaftsdienliche soziale Kontakte radikal abgeschnitten wurden. Selbst an hohen Festtagen oder zu wichtigen Anlässen durfte beispielsweise nicht gefeiert werden. In den Rückmeldungen der Mitarbeiterschaft heißt es, die Tagesstrukturierung und Freizeitangebote wurden ausgesetzt,

» *„es hat nichts stattgefunden“.*

MA 2, w, E7

An Corona erkrankte Personen mussten auf ihrem Zimmer bleiben. Manche haben diesen Rückzug verstetigt.

Letztlich ergeben sich viele Fragen nach Sicherheit und Schutz, gerade in der durch Isolation geprägten Coronazeit. Die Antwortbereitschaft der Bewohnerinnen und Bewohner war in diesem Fragenfeld jedoch gering, die Datenlage bleibt entsprechend dünn. Wenige sprechen von erhöhter Sicherheit wegen der Corona-Maßnahmen. Zu Risiken von Übergriffen gegen ihre Person, auch in Form sexualisierter Gewalt, gibt es keine Hinweise. Einige Äußerungen deuten auf Diskriminierungserfahrungen der Bewohnerinnen und Bewohner hin, die sich aber wohl in der Pandemiezeit nicht wesentlich verändert haben. Zur Sprache kamen hierbei Ignoranz, Respektlosigkeit und Schikanen. Konkrete Personen, die solches Verhalten gezeigt haben, wurden nur von sehr wenigen Antwortenden benannt.

## 6.6 Nachhaltige Risiken und digitale Entwicklungsgewinne – ein Weckruf

---

Psychologische Spätfolgen wurden aus der Leitungsebene erwartet und sind auch ein Präventionsthema:

- » *„Die psychische Begleitung während der Restriktionsmaßnahmen ist besonders wichtig, um psychische Spätfolgen zu reduzieren.“*  
ID\_67

Eine psychische Belastung wird einerseits besonders wahrscheinlich angenommen für die Bewohnerschaft, andererseits ebenso für die im Wohnbereich agierenden Fachkräfte:

- » *„Ich glaube auch da, wirklich auch Kollegen und Kolleginnen und auch andere Menschen um mich herum wahrgenommen zu haben, für die das ganz ganz schwer war“.*  
MA 1, M, E7

Überlastung des Personals ist keine neue, aber eine dynamisierte Risikolage. Ein Dammbbruch zeichnet sich ab, solange der Druck der fachlich erforderlichen Assistenzen auf immer weniger Personen lastet, ohne dass sich Lösungen finden. Viele zusätzlich belastende Elemente prägten den Arbeitsalltag: Die Mitarbeiterteams wurden in starre Kohorten eingeteilt, um die Anzahl von Begegnungen und Infektionsrisiken zu reduzieren. Das machte die Zusammenarbeit nicht nur ungewohnt (man traf sich draußen oder digital), sondern führte auch zu anstrengenden von Ungewissheit getragenen Übergaben. Viele fühlten sich zudem auf schwankendem Gelände, denn Vorschriften bzw. Vorgaben änderten sich laufend. Man müsse sich wöchentlich neu erfinden, wird diese Erfahrung auf den Punkt gebracht, während zugleich kein Ende aller Anstrengungen in Sicht ist. Ein sich dynamisch verändernder Coronavirus, gepaart mit instabiler Gesetzeslage, führte begleitend in ein Hamsterrad aus Mahn- und Warnaufgaben. Zugleich sollte niemand nachlassen, für die eigene Gesundheit und in der Verantwortung für andere aufmerksam zu sein.

In der Kommunikation erlebte man täglich Hilflosigkeit. Man konnte nämlich viele Alltagsfragen selbst nicht beantworten, etwa wann man zur Normalität im Arbeitsbereich, in der Freizeit, beim Einkaufen oder beim Treffen mit andern zurückkehren wird. Das erschwert die erforderliche professionelle Haltung. Zudem belastete es den Alltag schwer, wenn es den Be-

wohnerinnen und Bewohnern verboten war, sich untereinander zu treffen. Risiken einer Infektion und Stress beim Durchsetzen von Maßnahmen, mussten also laufend abgewogen werden.

Reguläre Arbeitszeiten des Personals waren kaum mehr verlässlich umsetzbar, auch wegen der dringend erforderlichen Bereitschaft für erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner. Selbst von Doppeldiensten war mehrfach die Rede.

Auch die durch Impfpflicht eingeschränkte Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner wurde von Personalseite kritisch thematisiert,

» *„weil eine Impfpflicht entstanden ist... also bestimmte Personen konnten sich nicht dagegen wehren. Das halte ich persönlich, da entscheidet ein Rechtlicher Betreuer, zack, bumm, du kannst ja nicht sprechen, dann wird geimpft. Ich finde, wir wissen warum die Rechtliche Betreuer haben, das wissen wir alles, aber ich finde, gerade, was am Körper passiert, dass da bestimmte Personen keinen Einfluss haben“.*

MA 2,w, E7

Zugleich versteht das Fachpersonal die gestiegene Aufmerksamkeit für und Umsetzung von Hygienestandards und für die notwendige Klärung sozial erwünschter Nähe oder angemessener Distanz als „Weckruf“, der zu begrüßen ist.

Nun gilt es, die alltagsnahen Erkenntnisgewinne der Pandemiezeit zu nutzen, um zum Kern-Auftrag und -Anliegen in der Eingliederungshilfe, nämlich dem Ziel der

- personenzentrierten,
- individualisierten,
- solidarischen und
- sozialraumorientierten

Teilhabe zurückzukehren. Auch die Bewohnerinnen und Bewohner hoffen auf Normalität und zeigten mit der Zeit Unmut („Lagerkoller“, „Aggression, Langeweile, Frust“), während sie sich teilweise zu Anfang der Pandemie verwöhnt fühlten („oh, ich habe frei“), weil viele Aufgaben durch das Personal übernommen wurden.

Einhellige Meinung aller Gruppierungen in den Einrichtungen ist, dass es kein Betretungsverbot der besonderen Wohnformen mehr geben soll. Zugleich wird ein geordnetes, überschaubareres Vorgehen mit klarer Kommunikation gewünscht. Das Durcheinander soll sich nicht wiederholen.

Hierzu – soweit die Einrichtungen – könnten sie selbst beitragen, wenn man ihnen mehr Möglichkeiten der Handhabe zuspricht.

Kommunikation und Multiperspektivität wurden allseits vor allem als Kraftquellen eingeschätzt, ebenso wie digitale Kompetenz und Ausstattung. Zwar nutzte etwa ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner kein Internet, über 50 Prozent waren aber unter anderem in Messenger-Diensten und Videokonferenzen aktiv. Die Mediennutzung bot also vielfach Gelegenheit zu Information und Kommunikation. Sie blieb während der Pandemie ein wesentliches Tor zur Welt und zur Teilhabe.

## 6.7 Nähe und Distanz – Hand über Kopf? Gemeinschaft in Vielfalt

---

Unabhängig von ihrer Verweildauer in der besonderen Wohnform findet sich bei den meisten interviewten Bewohnerinnen und Bewohnern viel Zustimmung zu den sozialen Beziehungen und zur Einbindung in die Gemeinschaft. Auch unter Corona-Bedingungen wird sehr viel Verlässlichkeit, Geborgenheit und Sicherheit im konkreten Miteinander wahrgenommen und wertgeschätzt, auch wenn zugleich der Wunsch nach Rückzugsmöglichkeiten besteht.

Tendenziell haben sich die Kontakte der Befragten Corona bedingt allerdings häufiger verschlechtert (weniger Kontakte) als verbessert (intensivere und vielseitigere Begegnungen sowie bessere Kommunikation). Die personenzentrierten Dienste waren auch wegen der häufig wechselnden Aushilfen weniger verlässlich. Stattdessen stiegen Ängstlichkeit und Unsicherheit, Einsamkeit und Distanz in der Gemeinschaft. Auch Außenkontakte (Besuche) blieben aus oder verringerten sich nennenswert. Die Gemeinschaft, die zudem meist nicht selbstgewählt zustande kam, sondern fremdbestimmt ist, nervte sich gegenseitig, wie durch Fachpersonal ange-merkt wird:

» *„das sind sieben Leute, die zusammenleben müssen, nicht zusammenleben wollen, sondern die müssen, und die hocken dann 24 Stunden sieben Tage die Woche aufeinander. Und du sollst das dann handeln mit einer FFP-2-Maske“*

MA 1, M, E1

Dennoch scheint der Personenkreis in der Pragmatik füreinander wesentliche Bedeutung zu haben. Für gesellschaftlich übliche Singularisierungsten-

denzen fehlt allerdings auch die Rückzugsmöglichkeit. Verluste im Bereich der Selbstbestimmung nennt etwa ein Fünftel der befragten Bewohnerinnen und Bewohner auf personaler und interpersoneller Ebene, wegen strengerer Regeln, Einschränkungen und Verboten. Positiv bewertet wurden von ihnen zugleich bessere Kenntnisse der Pandemierisiken und eine verbesserte Ausstattung.

Unklar war und bleibt, wie Schutzmaßnahmen in den Einrichtungen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern während Pandemieverläufen so kommuniziert werden können, dass sie wahrgenommen und verstanden werden. Dies ist bislang nur teilweise gelungen. Dennoch setzten die Anbieter die anstehenden Gebote und Verbote mit entsprechenden konkreten Maßnahmen gegenüber ihrer Klientel weitgehend um. Mit mehr Partizipation hoffen nun einige Bewohnerinnen und Bewohner, der reduzierten Mitbestimmung gegensteuern zu können. Wunsch- und Wahlrechte sollen wieder auf offene Ohren stoßen. Zugunsten einer lebendig gelebten Gemeinschaft sollte wohl einerseits Zusammenhalt neu definiert und als eine Aufgabe verstanden werden, die sich mit Nachdruck stellt. Andererseits sollte eine reine Hands-on Methodik kritisch überdacht werden, zugunsten reflektierter und zu implementierender inklusionsorientierter Organisationsaufgaben. Mit praxis- und ergebnisorientiertem Handeln muss schließlich der Erwerb der notwendigen Fähigkeiten und die ressourcengestützte Anwendbarkeit einhergehen. So werden Alltagsnähe und Leistungsqualität wirksam entwickelt sowie Empowerment und Resilienz aller Beteiligten gestärkt.

Die Pandemie-Erfahrungen lehren insgesamt, dass höhere Aufmerksamkeit für die Personengruppen in Gemeinschaftsunterkünften erforderlich ist. Es gilt, gleichermaßen Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Blick zu nehmen, Ausgrenzungs- und Diskriminierungsrisiken sind dort nämlich besonders hoch und relevant. Das bedeutet zunächst, dass erforderliche Assistenzleistungen zuverlässig möglich werden, um zugleich einen jeweils personenbezogenen Teilhabefokus sicherzustellen. Chronische Personalüberlasten müssen ein Ende finden und künftig verhindert werden. Denn alleine Gemeinschaftssinn und Solidarität sichern – hier sind alle Eingliederungskräfte sehr klar und bestimmt – keine zuverlässige Leistungsqualität. Vielmehr sind konkrete Verbesserungen in der Kommunikation und im Ressourceneinsatz entsprechend erforderlich.

Insgesamt wurden in der Eingliederungshilfe Teilhabeziele zugunsten der Grundversorgung reduziert. Das Recht auf Selbstbestimmung und Teilhabe hat aber unabhängig von Corona Bestand, auch wenn verstärkte personalisierte Zuwendung die Eingliederungshilfe zusätzlich herausfordert.

## 6.8 Gesundheitsorientierung in allen Lebenslagen – Nötiges und Mögliches

---

Ein Rund-um-die-Uhr Einsatz der Fachkräfte für alle Bewohnerinnen und Bewohner ist an sich nicht vorgesehen, aber bei Gemeinschaftsunterkünften ohne weitere Tagesstrukturen und Personen mit Assistenzbedarf oft notwendig. Kommen weitere Bedarfe wie in der Pandemie-Ordnung hinzu, wird die Personaldecke dünn. Dies gefährdet die Aufmerksamkeit für die besonderen Belange der Bewohnerinnen und Bewohner generell und besonders im teilhabe- und selbstbestimmungsbezogenen Aufgabenspektrum der Eingliederungshilfe. Besondere weitere Risiken ergeben sich bei zusätzlichen fachlich begleiteten Aufgaben, wie sie etwa freiheitsentziehende Maßnahmen oder Klinikaufenthalte mit sich bringen.

In der Corona-Pandemie mussten neue Arbeitselemente von den Diensten verstanden und sichergestellt werden. Dazu zählen Wissensfelder wie Gesundheitsgefährdungen und Prävention, der Umgang mit Schutzmaterial und seine Beschaffung, die Gestaltung von Quarantänen und die Versorgung von Corona-Erkrankten. Mehr Zeit für Kommunikation und Information war ebenso relevant, auch damit das Fachpersonal bestmöglich Abstand wahren, sich austauschen und die eigene Gesundheit schützen kann.

Die Mitarbeiterschaft hofft vor allem auf mehr Wertschätzung („*mehr als eine Prämie*“). Sie äußert entsprechend Motivationsprobleme und wünscht, dass mehr Kenntnisse zu den besonderen Wohnformen und hinsichtlich ihrer Arbeitsaufträge die berufliche Aufgabe verbessern möge. Mit Behörden werden Erfahrungen berichtet, die wenig an gelingender Kommunikation ausgerichtet sind. Auf Nachfragen bei Gesundheitsämtern wurde teilweise mit vermehrten Kontrollen reagiert oder statt Klärungsbereitschaft zu zeigen, verstärkt Druck ausgeübt. Beispiele aus dem Alltagsgeschehen verdeutlichen Dissonanzen:

- » „Die Dame vom Gesundheitsamt hat erklärt, der eine solle den Wäschesack aufhalten und der Kollege dann die kontaminierte Wäsche hineinstecken. Das Problem ist, es gibt keinen Kollegen. Man ist einfach alleine gewesen. Das Konzept geht nicht auf.“

MA 3, w, E1

Aus den Reihen der Angehörigen wurde zwar Verständnis für das Fachpersonal geäußert, dennoch blieb es bei der Kritik an der geminderten Betreuungsqualität.

» *„Arztbesuche und Therapiebesuche wurden nicht genügend gefördert. Aufgrund der Überlastung des Personals wurde verständlicherweise so manches übersehen.“*

MUTTER BY

Ein Teufelskreis aus entfallenen Therapien, frustrierten Bewohnerinnen und Bewohnern und damit weitere Belastung des Personals kam in Schwung. Solche Qualitätsmängel und Personengefährdungen werden aber nicht alleine der Pandemie angelastet, sondern durch den Mangel an Ressourcen als quasi vorprogrammiert eingeschätzt:

» *„Ausfallen der notwendigen Therapien (Krankengymnastik, Schwimmen, Logopädie), Aggression einzelner Bewohner durch das ständige Zusammensein mit den gleichen Personen. Unsere Tochter war in einen Sturz verwickelt und verlor zwei Schneidezähne. Das Personal äußerte sich sehr vage über den Hergang, um keine Haftung einzugehen. Die Bewohner hatten keine Möglichkeiten, Energie / Wut / Aggression auszuleben.“*

MUTTER BY

Das Personal sieht auch die eigene Vulnerabilität. Es fürchtet nach überstandener Corona-Infektion Langzeitfolgen (Erschöpfung, Müdigkeit), sorgt sich aber auch, weil Distanz zu halten bei der angemessenen Berufsausübung nicht ohne sorgsame Vorkehrungen gelingen kann. Dies zeigte sich bei der Durchführung der Tests:

» *„Da wurde dann losgehustet, man steht da einen halben Meter davor, weil man einen Test in der Hand hat. (...) da liegt echt meine Sorge“.*

MA 2, w, E7

Im Prinzip zweifeln die Fachkräfte, ob ein dauerhafter Schutz gelingen kann.

» *„Aber ich weiß nicht, ob man sich über so viele Stunden, wenn man dann auch einen Doppeldienst macht, permanent schützen kann.“*

MA 3,w, E7

Immer Distanz zu wahren schien schwierig bis ausgeschlossen, Entlastung bei wachsenden Dienstpflichten des verbliebenen Personals aussichtslos.

Eine Schlussfolgerung aus Anbietersicht lautet, die Qualifikation des Fachpersonals muss erweitert und die Personaldecke aufgestockt wer-

den. Eine erneute rigide Isolation der Bewohnerinnen und Bewohner lehnt man strikt ab. Von Behörden (Gesundheitsämtern sowie FQA: Fachstelle für Pflege und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht; früher Heimaufsicht) erwartet man mehr und verlässlichere Kommunikation, von der allgemeinen medizinischen Versorgung bessere Kenntnisse im Umgang mit den Menschen mit jeweiligen Beeinträchtigungen und eine professionellere Versorgung. Entsprechende Forderungen richten sich an Politik und zugeordnete Behörden auf allen Handlungsebenen. Es geht um mehr Klarheit und Beständigkeit, Wertschätzung und Bezahlung, um Verantwortungsbewusstsein und darum, die Stimmung aufzuhellen.

Damit tut sich ein Spannungsfeld auf, zwischen

- vielfach verletztlichen Freiheitsrechten, sozialer Ungleichheit und möglichen Chancen auf Empowerment der Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Lebenswelt,
- professionellen Versorgungspflichten der Leistungsanbieter, getragen vor allem auch in der täglichen Lebensführung vom erheblich belasteten Fachpersonal, nach der gesetzlich und menschenrechtlich verankerten Maßgabe von Selbstbestimmung und Teilhabe sowie
- externen Faktoren, wie Gesundheitsämtern, Einrichtungen der medizinischen Versorgung und den Angehörigen und Gesetzlichen Betreuungen, die jeweils unterschiedlich sorgend und besorgt auf die Rechte und das Wohlergehen der Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung bedacht sind.

Da Gesundheit ebenso wie das Ziel einer inklusiven Gesellschaft immer in Zusammenhängen steht, müssen in verschiedenen Fragestellungen Bezüge hergestellt werden, die das Verhalten von Personen und Gruppen zu Gesundheits- und Teilhabezielen sowie gesundheits- und teilhabeförderliche Verhältnisse auf den Prüfstand stellen (Wacker et al. 2023a, 2023b). Dies ist kein einfaches Verfahren und schließt Prävention ein. Denn Gesundheits- und Teilhaberisiken sollten vermieden werden. Dies erfordert wiederum eine Daueraufmerksamkeit (Monitoring) für

- Chancen auf Gesundheit und Teilhabe in der gesamten Lebensspanne,
- in allen Lebenslagen und
- an allen Orten des Lebens.

Selbst das Wohnen beschränkt sich nicht alleine auf Nahräume (Häuslichkeit, kommunale Ebene), sondern steht in Bezug zu Umgebungen (auf regionaler und nationaler Ebene) und zu globalen nachhaltigen Zielen für Gesundheit und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft.

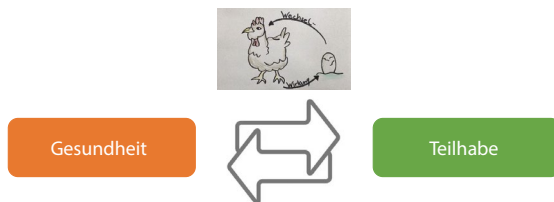
Lösungsformeln wie „Freiheit, Gleichheit, Gemeinschaftlichkeit“ sind nicht einfach zu fassen. Der geforderte und herausgeforderte grundgesetzlich wirksame Freiheitsbegriff ist in der Konkretion beispielsweise reich an Voraussetzungen. Nicht das isolierte eigenständige Individuum alleine kann im Blick sein, sondern es geht um Individuen und Gemeinschaft, was vielfältig verpflichtet. Grundrechtliche Freiräume lassen sich daher nicht einfach zuordnen, sondern Verletzlichkeiten und Freiheitsrechte sind menschenrechtssensibel in Einklang zu bringen (Graumann 2023). Unterstützungen sind auch Hand über Kopf möglich, durch konkreten Barriereabbau im Alltagsgeschehen. Sie werden aber ebenso durch wohldurchdachte Ordnungen oder Anordnungen ermöglicht. Denn Einschränkungen können schützen oder schädigen, Risiken können unterschiedlich gerecht verteilt sein, ebenso wie die Möglichkeiten zu handeln (Bielefeldt 2018).

Entsprechende Lehren aus der Pandemie sollten entsprechend über einen Mehr-Ebenen-Zugang verfolgt, diskutiert und praxiswirksam werden. Hierzu kann die Wissenschaft einen Teil beitragen. Auch die Politik sollte aufmerksam sein für die Wechselbeziehungen von Gesundheit, Teilhabechancen und Diskriminierungsrisiken und entsprechend intersektionale und partizipative Aktionspläne ins Leben rufen und umsetzen. Datensammlungen genügen hier nicht alleine, denn dahinter steht die menschenrechtlich und nachhaltig ausgerichtete Orientierung an der Würde von mit freien und gleichen Rechten geborenen Menschen (Bundesregierung 2018; Pillay 2012; United Nations 2012). Deren Lage kann und muss durch robuste Indikatoren sichtbar werden. Leitplanken stehen zur Debatte, etwa auf der Basis der möglichen ganzheitlichen Gesundheitsförderung in Deutschland (Geene et al. 2019), die „Health in All Policies“ (HiaP) realisieren soll.

Diese Konzepte könnten Eingang finden in an Inklusion ausgerichteten Reformansatz der Eingliederungshilfe über ein Gesamtplanverfahren, wie dies im Bundesteilhabegesetz (BTHG 2016) grundgelegt ist. Alle Leistungsansprüche und reformierten Hilfearten können dieser Richtschnur folgen und sich zusätzlich bei der Daseinsorge an den jeweiligen Gemeindestrukturen orientieren, bei

- der persönlichen Unterstützung wegen einer Beeinträchtigung (Fachleistung),
- der Unterstützung zum Lebensunterhalt und den
- Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung.

## Henne oder Ei?



■ **Abb. 6.2** Gesundheit vor Teilhabe? Die Henne oder Ei-Frage als Fiktion. (Quelle: Eigene Darstellung)

So wird ein Weg gebahnt und beschriftet aus dem Teilhabe-Tief der Pandemie-Zeit in Richtung der zugesagten vollen Teilhabe, auch in Zeiten besonderer Gesundheitsgefährdungen. Entsprechende Richtungsweisungen schlägt auch der Deutsche Ethikrat (2022) vor, wenn über Kräfteeinsatz in Zeiten besonderer Verwundbarkeit reflektiert wird.

Die Lösungsformel wird mit der Wechselwirkung angemessener teilhaberorientierter Gesundheitsvorsorge in der Eingliederungshilfe umschreibbar. Sie löst die gesundheitliche Versorgung in dem Maß schrittweise aus den „Mutterschiffen“ der Eingliederungshilfe-Anbieter, für die ebenso Transformationen begonnen haben (s. ■ Abb. 6.2), in dem sich die inklusivitätsorientierte Versorgungsqualität *für alle* im Gesundheitswesen entwickelt und wächst. Damit hebt sich die „Henne oder Ei“-Frage als gegenwärtig noch wirksame Blockadeformel auf.

Trotz komplexer Zusammenhänge gilt es, die Gunst der Stunde zu nutzen. Denn die Corona-Pandemie kann hier als „Türöffner“ zur Inklusionsorientierung nützlich sein und genutzt werden, ohne die Bedarfe und Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer der Wohneinrichtungen, des Fachpersonals und weiterer „stakeholder-Gruppen“ außer Acht zu lassen.

## Literatur

Becker, Ulrich (2013). Aufgaben und Handlungsspielräume der Kommunen als Ort der Inklusion. In Becker, Ulrich / Wacker, Elisabeth / Banafsche, Minou (Hrsg), *Inklusion im Sozialraum. Behindertenrecht und Behindertenpolitik in der Kommune* (S 11–24). Nomos, Baden-Baden.

- Beyer, Thomas (2015). Sozial- und verbandspolitische Rahmung. In AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. / Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (Hrsg), *Inklusive Gesellschaft – Teilhabe in Deutschland* (S 11–15). Nomos, Baden-Baden.
- Bielefeldt, Heiner (2018). Vulnerabilität als Menschenrechtsthema. In Bergemann, Lutz / Frewer, Andreas (Hrsg), *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin* (S 21–37). transcript, Bielefeld.
- BTHG (Bundesteilhabegesetz) (2016). Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Vom 23. Dezember 2016. BGBl 2016 Teil I Nr. 66, vom 29. Dezember 2016.
- Bundesregierung (2018). SDG (Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung | BMZ). ► [https://www.bmz.de/de/themen/menschenrecht\\_gesundheit/deutsches\\_engagement/index.html](https://www.bmz.de/de/themen/menschenrecht_gesundheit/deutsches_engagement/index.html).
- CRPD (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*, United Nations. ► <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>.
- Deppe-Wolfinger, Helga (Hrsg) (1983). *behindert und abgeschieden. Zum Verhältnis von Behinderung und Gesellschaft*. Beltz, Weinheim, Basel.
- Deutscher Ethikrat (2022). *Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie*. STELLUNGNAHME. Berlin ► <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-vulnerabilitaet-und-resilienz-in-der-krise.pdf>.
- Geene, Raimund / Gerhardus, Ansgar / Grossmann, Beate / Kuhn, Joseph / Kurth, Bärbel M. / Moebus, Susanne / von Philipsborn, Peter / Pospiech, Stefan / Matusall, Svenja (2019). *Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland*. Zukunftsforum Public Health Berlin. ► <https://zukunftsforum-public-health.de/publikationen/2019-2/health-in-all-policies/>.
- Graumann, Sigrid (2023). Vulnerabilität und Freiheit. *Orientierung. Fachzeitschrift für Teilhabe*, hrsg v. Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V. (3), 36–37.
- Kronauer, Martin (2010). Inklusion – Exklusion. Eine historische und begriffliche Annäherung an die soziale Frage der Gegenwart. In Kronauer, Martin (Hrsg), *Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart*. (S 24–58). Bertelsmann, Bielefeld.
- Pillay, Navi (2012). *United Nations High Commissioner for Human Rights to the Fundamental Rights Conference*. ► <https://www.ohchr.org/en/statements/2012/06/remarks-ms-navi-pillay-united-nations-high-commissioner-human-rights-side-event>.
- Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hrsg) (2009). *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen. Probleme. Perspektiven* (2. Aufl). Springer VS, Wiesbaden.
- UN-BRK (2008). *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. ► <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html>.
- United Nations (2012). *Human rights indicators. A guide to measurement and implementation*. ► [https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Human\\_rights\\_indicators\\_en.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Human_rights_indicators_en.pdf).
- Wacker, Elisabeth (2013). Überall und nirgendwo – „Disability Mainstreaming“ im kommunalen Lebensraum und Sozialraumorientierung als Transformationskonzept. In Becker, Ulrich / Wacker, Elisabeth / Banafsche, Minou (Hrsg), *Inklusion im Sozialraum. Behindertenrecht und Behindertenpolitik in der Kommune* (S 25–45). Nomos, Baden-Baden.

- Wacker, Elisabeth / Beck, Iris / Brandt, Martina / Köbsell, Swantje / Lippke, Sonia / Niehaus Mathilde (2023a). Wegweisung zur Gesundheit: Gesundheit als Gemeingut. In dies. *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. Health in All Policies als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung* (S 1–22). Springer VS, Wiesbaden.
- Wacker, Elisabeth / Beck, Iris / Brandt, Martina / Köbsell, Swantje / Lippke, Sonia / Niehaus Mathilde (2023b). Spezifische Teilhaberisiken und –chancen. In dies. *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. Health in All Policies als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung* (S 91–167). Springer VS, Wiesbaden.

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (► <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.





# Gesundheit mit Teilhabechancen steigern – Einsichten und Aussichtspunkte

## Inhaltsverzeichnis

- 7.1 Personale Faktoren: Privatheit und Singularität trifft Gemeinschaft – 187
- 7.2 Soziale Faktoren: Geteilte Verantwortung und Empowerment – 190
- 7.3 Kontextfaktoren: Teilhabe und Kurskorrekturen mit Wissen und Technik – 192
- 7.4 Teilhabe-Mängel im Übergang zur Einbeziehung – 197
- Literatur – 201

## Zusammenfassung

Das Gesundheitssystem soll auf Lebensumstände, Belastungen und Bewältigungsressourcen der Bevölkerung zugeschnitten sein, um Wohlergehen zu fördern. Dies gilt auch im Segment Wohnen der Eingliederungshilfe. Während der Corona-Pandemie alltagsnahes Wissen dazu zu gewinnen war ein Ziel der WoGe-Studie zum „Wohnen in Gesundheit“, die auf Lebenslagen und Entwicklungsräume aufmerksam machen kann. Leitplanken boten die Weltgesundheitsorganisation und Verfahren aus der technischen Risikokontrolle (z. B. Swiss Cheese-Modell). Ziel ist, mit verschiedenen Schutzmaßnahmen eine größtmögliche Widerstandsfähigkeit gegen Gesundheitsrisiken zu erreichen. Drei Blickwinkel wurden dazu nach ICF genutzt: personal, social und environmental factors. Das Sachwissen aus der Felderkundung ist in einem 30-Punkte Programm zusammengefasst. Dazu wurde beachtet, dass Menschen beim Wohnen während der Pandemie besonders allein gestellt waren. Die Privatheit und Selbstbestimmung der Menschen mit Beeinträchtigungen in gemeinschaftlichen Wohnformen war überlagert von der Einordnung als „vulnerable Gruppe“. Gemeinschaftsanforderungen hatten somit Vorrang. Die Organisationen der Eingliederungshilfe übernahmen die Verantwortung und stellten Fähigkeiten und Mitbestimmungschancen ihrer Bewohnerschaft zurück. Abschirmung und Gemeinschaft in Isolation erwiesen sich aber im benötigten Schutzschild nicht als dauerhaft passende Lösung, wenn Beachtung und Partizipation der Beteiligten fehlen. Faktisch deckte die Pandemie eine existierende ungleiche Teilhabesituation für Menschen mit Beeinträchtigungen auf, ebenso wie ihre generell besonders problematische Gesundheitsversorgung. Hier besteht Veränderungs- und Handlungsbedarf.

Lebensumstände, Belastungen und Bewältigungsressourcen wirken wesentlich auf Gesundheit und Wohlergehen ein. Insofern sollte das Gesundheitssystem selbst auf diesen Dreiklang zugeschnitten sein. Barrieren können sich zugleich jeweils in den Bereichen des Systems finden und einen passenden Zugang erschweren oder verhindern. Dabei entstehen Dissonanzen. Beispielsweise, wenn Menschen, Hilfe und Entlastung suchen, aber vor allem Medikationen bekommen, oder wenn Personen, denen Unterstützung und Teilhabe zustehen, strukturell zu ihrem Schutz ausgeschlossen werden. Das gibt Anlass zur Diskussion.

Eine Pandemie fordert Bewältigungsressourcen heraus, fördert Belastungen und ändert Lebensumstände wesentlich. All dies war im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 zu beobachten und keine Alltäglichkeit. Deswegen waren bereits in der frühen Phase Anbieter und wesentliche Akteure im Feld der Eingliederungshilfe sehr aufmerksam und bemüht, sich mehr Wissen zu verschaffen zur Lage an sich, für sie und für ihre Klientel (BGW 2021; DVfR 2021a, b; Habermann-Horstmeier 2020). Dabei war auch Wohnen im Blick.<sup>1</sup>

Wohnen in Gesundheit, in besonderen Wohnformen und während der Corona-Pandemie, enthält die Frage, wie Wohlergehen mit Eingliederungshilfe zukünftig gelingen kann. Denn selbst wenn pandemische Risiken überwunden oder gar Vergangenheit sind, bleiben Aufgaben, sich mit den Erfahrungen auseinanderzusetzen. Die WoGe-Studie bietet dazu wissenschaftlich gewonnenes Material, das mehr enthält als nur Momentaufnahmen. So entsteht die Chance, bei Wohnen, Gesundheit und Wohlergehen hinter die Kulissen der Gegenwart zu blicken. Mit diesem Wissen finden sich Argumente, um zukünftig (wieder) mehr Gleichstellung und Teilhabe bei der Gesundheitsvorsorge zu planen.

— Was trägt zur Orientierung bei?

Seit der Ottawa-Charta weist die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) im Zusammenhang mit Gesundheit auf die Teilhabeerfordernisse hin. Bezogen auf die Bewohnerinnen und Bewohner der Eingliederungshilfe bedeutet dies, Menschen mit Beeinträchtigungen kommt eine wichtige Rolle als Expertinnen und Experten in eigener Sache zu. Ihr Alltagswissen ermöglicht praxisnahe Orientierung für Unterstützungen zu ihrem Wohlergehen und Wohlbefinden.

---

1 Der BGW-Bericht stützt sich auf zehn offen geführte Einzelinterviews, teilweise in digitaler Form, sowie drei leitfadensbasierte Gruppendiskussionen (teilweise in Präsenz, teilweise online) (BGW 2021, S. 19).

Ihnen jederzeit mit Wertschätzung zu begegnen trat auch unter Pandemie-Bedingungen nicht außer Kraft. Also sind nun und weiterhin Teilhabe und Gesundheit partizipativ zu konzipieren und dazu erforderliche Abstimmungen in Einklang zu bringen. Das war unter den Bedingungen der Corona-Pandemie kein leichtes Unterfangen, könnte aber eine Basis legen für den entsprechenden allseitigen Kompetenzaufbau.

– Wie kann man vorgehen?

Unter Risiken bei nicht vollständig kontrollierbaren Umständen ist aus der Welt der Technik ein Verfahren bekannt, um Sicherheit zu erhöhen. Man organisiert kontrollierte Durchlässigkeit um größtmögliche Verfahrenssicherheit zu erreichen, nach der Art der (Test-)Löcher im Schweizer Käse (Swiss Cheese-Modell; Grohowski 2018). Das Konzept kann auch bei komplexen Rahmenbedingungen, wie sie gemeinschaftliches Wohnen mit sich bringt, hilfreich sein.

7

Das Verfahren bedeutet, schichtweise abzuwägen, wie beispielsweise das Recht aller Bürgerinnen und Bürger auf Schutz der Gesundheit in einer Pandemie gewahrt werden kann, auch im Spannungsverhältnis zu individuellen Freiheits- und Selbstbestimmungsrechten, bei medizinisch empfohlenen Vorsorge- und Versorgungsmaßnahmen. Lösungen zwischen klaren Strukturen und Durchlässigkeiten zu suchen und auszuhandeln, um in den besonderen Wohneinrichtungen Risiken zu kontrollieren, lässt sich mit dem Bewusstsein verbinden, dass Behinderung nicht gleich macht. Auch deswegen muss das gemeinschaftliche Wohnen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe möglichst personenzentriert ausgerichtet sein und Facetten von Individualität zulassen. Aus Sicht der WoGe-Studie lassen sich drei Aspekte (d. h. Ebenen oder Schichten) von Gesundheit und Teilhabe bedenken, deren Einklang ein Qualitätsziel sein kann. Es geht um

- individuelle Verantwortung (personal factors),
- gemeinsame Verantwortung (social factors),
- Umsetzungsmöglichkeiten im Kontext (environmental factors), wie Regulationen, Faktenwissen, Umwelt, Technik

(entsprechend der ICF; WHO 2001).

So lassen sich mögliche Risiken auf drei Ebenen finden und abschätzen sowie durch kombinierte Maßnahmen moderieren, je nach Umsetzbarkeit und Wirksamkeit einzelner schützender Elemente (Kartoglu et al. 2020). Da jede Schutzmaßnahme Schwachpunkte und Grenzen hat, sollen durch den gleichzeitigen Einsatz verschiedener Maßnahmen im Schichtmodell Risiken verringert werden. Dazu war in der Pandemie eine Grundvoraussetzung die

möglichst solide Kenntnis der Eigenschaften und Verbreitungsformen von SARS-CoV-2, verbunden mit den Profilen und der Bereitschaft der jeweiligen Settings sowie den Chancen aller dort relevanten Personengruppen, ergriffene bzw. vorgeschriebene Maßnahmen zu unterstützen. Zu diesen notwendigen möglichst detaillierten Wissensbeständen nach Interessensgruppen trägt die WoGe-Studie praxisnah differenziert und konkret bei. Sie deckt auch auf, dass die wichtige Risikowahrnehmung und die Kompetenz im Umgang mit Unsicherheiten, wie sie in riskanten Arbeitsumgebungen (etwa im Flugbetrieb) üblich ist, bezogen auf Gesundheitsrisiken und Teilhabechancen in der Eingliederungshilfe noch zu festigen und als Routine im Alltag zu verankern ist. Bewährte Konzepte zu solchem Risikomanagement („safety-oriented cultural mindset“) finden sich beispielsweise in Verfahren, die an Prozessqualität ausgerichtet sind.

Mit dem Sachwissen aus der WoGe-Studie kann nun also „Bemerkens- und Bedenkenswertes“ zur erforderlichen Diskussion um Schutzmaßnahmen hinzugefügt werden. Die Beispiele werden hierzu strukturiert nach „personal factors“ (s. ► Abschn. 7.1), „social factors“ (s. ► Abschn. 7.2) und „environmental factors“ (s. ► Abschn. 7.3) skizziert.

Es kann angenommen werden, dass auch ausgeprägte Gesundheitsrisiken mit geeigneten setting- oder zielgruppenspezifischen Kenntnissen so reduzierbar sind, dass das Anliegen von „Inclusion takes place“ (s. ► Kap. 6) vorankommen kann. Alle Umstände, unter denen Menschen zusammenkommen, verdienen deswegen Aufmerksamkeit, beim Wohnen also entsprechend auch Privates und Alltag von Individuen. Denn am „Ort zu Leben“ entstehen die Intersektionen des Lebens, aus dem eigenen Lebensmittelpunkt, sozialen Kontakten und vielfach einwirkenden Kontextfaktoren mit unterschiedlich schwer wiegender Bedeutung und Qualität (s. ► Abschn. 7.4).

## 7.1 Personale Faktoren: Privatheit und Singularität trifft Gemeinschaft

---

In der Corona-Pandemie waren viele Menschen in besonderer Weise auf sich selbst gestellt, womöglich sogar isoliert. Sie alle mussten mit den neuen Risiken für ihre Gesundheit umgehen. Ob sie sich ängstigten, zurückzogen oder Einsatz zeigten, entschieden sie in der Regel zunächst für sich. Dies gilt auf der personalen Ebene auch für die Beteiligten im Eingliederungshilfe-Geschehen, wie Leitungspersonen, Personal, Angehörige und – wenn auch

erheblich beeinflusst durch ihr Wohnumfeld und dessen Ausgestaltung – die Bewohnerschaft der besonderen Wohnformen.

Hierzu sammelte die WoGe-Studie Daten, mitten im Corona-Pandemie-Geschehen, über jeweilige Teilaspekte der Gegebenheiten – samt einem Blick auf die Lage vor und während der Pandemie. Es ging dabei aber nicht alleine um das Wohnen und die Chancen der Menschen mit Beeinträchtigungen auf ihr Privatleben, sondern im sozialwissenschaftlichen Blick wurden alle beteiligten Singularitäten einbezogen, also Personen, mit ihren Eigenschaften, Einstellungen, Erlebnissen und Einsichten (Reckwitz 2017). Denn sie bilden die zahlreichen „Zentren“ in der Gemeinschaft mit knappen Gütern, mit denen die Eingliederungshilfe umgeht. Auf die Bühne kommen somit auch Personengruppen, die Aufmerksamkeit und Anerkennung schmerzlich vermissen, diejenigen, die selten „Follower“ oder „Fans“ haben, weil ihren Erfahrungsraum kaum jemand kennt oder versteht und weil ihr Lebensentwurf bescheiden anmutet. Es überrascht nicht, dass diese Gruppe der Bewohnerinnen und Bewohner sich selten kritisch, sondern vorrangig zustimmend äußert. Sicher untergebracht, aber wenig eingebunden zu sein, weckt kaum Erwartungen.

Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung aufmerksam zu begegnen, mahnt die UN-BRK (2008) im menschenrechtlich getragenen Diskurs. Dies gilt für den persönlichen Alltag (Mikroebene), den Umgang mit und das Gebaren von Institutionen und Organisationen (Mesoebene), ebenso wie im Kontext von Gesetzgebungen und anderen politischen, wirtschaftlichen oder sozialen Handlungsfeldern (Makroebene). Menschenrechte und Grundgesetz verbieten Isolation und Exklusion gleichermaßen. Dennoch ziehen sich auch durch den Dritten Teilhaberbericht der Bundesregierung datenbasierte Hinweise darauf, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufiger eine Diskrepanz zwischen gewünschter und tatsächlicher Teilhabe erleben (BMAS 2021). Sie können im Nahbereich weniger Freundschaften pflegen, haben brüchigere soziale Netze, sind seltener im Austausch mit anderen Menschen. So verstärkt sich für sie ein allgemeines Risiko dieser Zeit, nämlich alleine zu sein, ohne dies zu wünschen oder sich damit wohl zu fühlen. Dieser Trend verstärkte sich in der Pandemie in großem Umfang, wie die WoGe-Studie bestätigt.

Menschen in besonderen Wohnangeboten sind oft in erheblichem Umfang auf Assistenzleistungen angewiesen. Das dafür eingesetzte Fachpersonal ist qualifiziert, motiviert und war zugleich in der Pandemie chronisch überfordert. Distanz zu halten war für sie im Dienst oft nicht möglich. Sie müssen Risiken eingehen oder ihr Aufgabenfeld verlassen. „Quiet quitting“,

der lautlose Rückzug aus dem Beruf, in die Krankheit oder in Dokumentationsaufgaben, fand statt, oft zusätzlich befeuert durch das Gefühl geringer gesellschaftlicher Wahrnehmung und Anerkennung ihrer im Alltag erbrachten Leistung. Auch wie angemessen ihre Entlohnung ist, ist fraglich. Distanzierungen fanden daher vielfach statt, Gründe können Selbstschutz sein, weil etwa Assistenzpersonen über den Kontakt mit infizierten Personen gefährdet werden oder quarantänepflichtig. Womöglich versucht man aber nur zu umgehen, dass Dritte (etwa privat nahestehende Personen) ungewollt mit einbezogen werden.

Lösungsaspekte zur Diskussion der Lage auf der Wissensbasis der Wo-Ge-Studie zeigt BEMERKENS- UND BEDENKENSWERTES I (s. ► Abschn. 7.1). Ein mögliches Schutzschild der Einzelnen, das auf Gemeinschaft gerichtet ist, verdient gebündelte Aufmerksamkeit. Wege aus einer schwierigen Ausgangslage liegen nämlich auch in geteilter Verantwortung. Entsprechende Chancen und Begrenzungen beschreibt eine Leitungsperson in der Feldstudie so:

#### ► Bemerkens- und Bedenkenwertes I

1. *Einsamkeit ist nicht gewünscht oder gewollt.*
2. *Verantwortung darf unterstützt, aber soll nicht weggenommen werden.*
3. *Zufriedenheit ist kein Freibrief.*
4. *Schutz ist nicht gleich Wegschließen.*
5. *Risikopersonen auszuschließen ist keine gerechte Lösung.*
6. *Eine zukunftsorientierte Eingliederungshilfe assistiert, ohne zu enteignen.*
7. *Schwache Leistungsstrukturen fördern keine Inklusion.*
8. *Überanstrengte Ämter und Fachkräfte zielen nicht auf Empowerment, sondern wählen eher den Ausschluss vulnerabler „Schutzbefohlener“ zu deren Bestem.*
9. *Gefährdungsbeurteilungen sind komplex; Einschluss ist keine Lösung.*

» *„Vieles war möglich und umsetzbar, was vor der Pandemie nicht vorstellbar war. Bewohnerinnen und Bewohner zeigten Kompetenzen und Verantwortung, die vielen nicht zugetraut wurde. Der Zusammenhalt in der Einrichtung war gerade zu Beginn der Pandemie sehr groß. Die Solidarität vieler Mitarbeitender war beeindruckend. Die Auswirkungen auf die Arbeitssituation der MA war massiv (FFP2-Masken durchgehend im Dienst tragen), erhebliche Flexibilität bei der DP-Gestaltung war gefordert. In einer Einrichtung unserer Größe bedeutet die Umsetzung der Schutzmaßnahmen enorme Einschränkungen für die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Mitarbeitenden“ (ID\_68).*

## 7.2 Soziale Faktoren: Geteilte Verantwortung und Empowerment

---

Gemeinschaftsunterkünfte sind eine Wohnform, die manchmal gewählt, aber meist zugewiesen wird. Die eigene Lebensführung unterliegt dort besonderen Umständen. Unter den Bewohnerinnen und Bewohnern kann dennoch ein Zusammengehörigkeitsgefühl entstehen, auch um Exklusions- und Isolationsrisiken zu reduzieren oder aufzuheben. So steigen die Chancen auf Wohlbefinden. Die Pandemie zog hier allerdings deutliche Grenzen und erzeugte weiteren Druck. Wunsch- und Wahlrechte mussten faktischen Alltagszwängen weichen.

— Was kann entlasten?

7

Insgesamt war auch aus wissenschaftlicher Sicht das Wissen zur Pandemie, ihren Risiken und der erforderlichen Achtsamkeit für spezifische Bevölkerungsgruppen vielfach diffus, während an Mahnungen und Warnungen aus vielen Richtungen kaum Mangel herrschte. Die WoGe-Studie kann einige klärende Aspekte hervorheben. Beispielsweise bieten Information und Kommunikation großes Potenzial für mehr Wohlergehen und Wohlbefinden. In den Medien und auf amtlichen Wegen gab es zahlreiche Hinweise und Warnungen, etwa vor Infektionsketten, riskanten Orten (wie geschlossene, wenig belüftete Räume) und vor risikoreichen Handlungen (wie Sprechen, Singen, Schreien oder schwer Atmen, etwa bei sportlicher Anstrengung oder beim Chorsingen). Es wurde auch gemeldet, dass Hygienemaßnahmen vieler Art vermutlich helfen. Solche Informationen können unkommentiert unter Umständen zugleich zu gestörten Alltagsroutinen, Einsamkeit, Reizbarkeit, Zukunftsängsten oder Schlafstörungen führen, aber öffnen auch Chancen auf soziale Solidarisierung und Resilienz (soweit Habermann-Horstmeier 2020). Wie die WoGe-Studie zeigt, wurden in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe kreative Lösungen für einzelne Aspekte gefunden und teilweise beibehalten, weil sie sich bewährt haben. Treffen fanden beispielsweise vermehrt im digitalen Raum oder im Freien statt. Aber dieses Gelingen ist voraussetzungsreich. Entsprechende Ausstattung, Assistenz und Bereitschaft zur Umsetzung fördern die Chancen auf schützende und förderliche Wirkung.

Der Ausschluss der Öffentlichkeit oder Besuchsbeschränkungen engen soziale Bedürfnisse und Sozialkontakte erheblich ein. Selbstbestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens sind wesentlich limitiert, wenn Assistenz anderer nicht möglich ist. Hierzu gibt es in der WoGe-Studie **BEMERKENSDENKENSWERTES II** (s. Abschn. 7.2). Vor allem finden sich kritische

Stimmen, die definitiv Schutz durch Ausschluss für wenig geeignet halten, es sei denn in akuten spezifischen Situationen. Isolation zu überdenken und zu beenden wird von allen beteiligten Gruppen dringend empfohlen. Radikale Exklusion fand generell keine Fürsprache, auch nicht unter der sich weitgehend zufrieden äussernden Bewohnerschaft. Abschirmung ist demnach bestenfalls eine akute Schutzmaßnahme auf Zeit.

### ► Bemerkens- und Bedenkenwertes II

10. *Gruppen sind mögliche Stressoren und Heilmittel.*
11. *Kontaktbeschränkungen sollen als folgenreiche Maßnahmen sehr zurückhaltend eingesetzt werden.*
12. *Shilding (Abschirmung) kann vor allem keine nachhaltige Lösung sein.*
13. *Besondere Bedingungen von Nähe und Distanz müssen ausgehandelt werden.*
14. *Selbstverwirklichung in Gemeinschaft fördert Wohlbefinden.*
15. *Im Gruppenbezug lassen sich (neue) Inklusionschancen gemeinsam erkennen und fördern.*
16. *Prävention vor Gesundheitsschutz kann partizipativ und erfahrungsbasiert hergestellt und weiterentwickelt werden.*
17. *Die Angebotsflexibilität kann sich neu und verstärkt etablieren.*
18. *Psychosoziale Unterstützung, ebenso wie wachsende Gesundheitskompetenz, erhöht Teilhabechancen in der Eingliederungshilfe.*

Im Zusammenspiel zwischen Assistenzpersonen und Menschen mit Unterstützungsbedarf empfiehlt es sich, Lösungen des besten Umgangs miteinander auszuhandeln. Risiken sind dabei auch wechselseitig. Es geht um Schutz vor Infektion, aber auch vor Isolation und möglicher Gewalt bzw. Übergriffen. Auch das unkontrollierbare Verhalten im Privatleben und die Verlässlichkeit der Leistungen sind relevante Themenfelder, die reflektiert werden sollten.

Vor der Pandemie und gefördert durch die Umgestaltung besonderer Wohnformen wurden entsprechende kommunikative Prozesse (auch personbezogen) eingeleitet, sind aber unter dem Druck der Corona-Auseinandersetzungen in den Hintergrund geraten.

Im Meinungsbild kristallisierten sich neue Ideen für Gesundheitsverhalten heraus. Freiräume für Gesundheitsförderung wurden ebenso entdeckt, wie generelle Entschleunigungselemente gewünscht, entwickelt und erprobt. Die Gesundheitskompetenz in der Eingliederungshilfe kann somit wachsen, vor allem wenn multiperspektivisch gewonnene Informationen mit in die Zukunftsplanung einfließen.

Diese Muster lassen sich auch in der WoGe-Studie nachweisen: Angebote wurden ausgesetzt, erneuert, angepasst, ergänzt. Es scheint also möglich, Leistungselemente und -strukturen zu verändern. Auch die psycho-sozialen Bedürfnisse spielten eine größere Rolle, weil personenbezogene Unterstützung unmittelbar auf Teilhabechancen einwirken kann. Falsch verstandene Fürsorge geriet hingegen klar in Kritik, wie u. a. von der Leitungsebene artikuliert wird.

» „Überstülpende Fürsorge ist nicht wertschätzend.“ (ID\_67)

Dies lässt sich als Plädoyer fürs Mut machen und eigene Kräfte entwickeln (empowerment) deuten. Zutruende Assistenz dient damit letztlich Gesundheits- und Teilhabezielen.

## 7

### 7.3 Kontextfaktoren: Teilhabe und Kurskorrekturen mit Wissen und Technik

---

Gemeinschaft zu verwirklichen gelingt nicht im isolierten Raum. Einerseits waren Lebenspläne aus der Zeit vor der Pandemie überholt, konkrete Ideen für eine Zeit danach schienen problematisch. Einfach nur die Macht der Dinge zu akzeptieren, wäre andererseits Überleben statt Leben, Stillstand oder Rückschritt, Dienst nach Vorschrift bei eingeschränkter Fürsorge. In der WoGe-Studie finden sich kaum Spuren entsprechender Kapitulations-szenarien. Bilder von umfassender Partizipation erscheinen gleichwohl momentan nicht mit der Realität vereinbar. Im faktenbasierten Blick kann hier eine neue Perspektive entstehen. Denn nicht nur in der WoGe-Studie wurden deutliche Einschränkungen der Gesundheitsversorgung für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung festgestellt. Als besonders gefährdet galten im Pandemie-Geschehen chronisch psychisch kranke Menschen und Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen (DVfR 2021a, S 19, S 37). Die Vorsorge für Gesundheit zeigte sich aber bereits vor dem Corona-Diktat als bedeutsame Entwicklungsaufgabe (s. ► Abschn. 7.4).

((Container für Zusammenfassung, Anfang)).

Die Pandemie deckte eine bereits bestehende ungleiche Schutzsituation für Menschen mit Beeinträchtigungen auf, ebenso wie die generell besonders problematische Gesundheitsversorgung für Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen. Auch auf das Spannungsverhältnis zwischen Infektionsbekämpfung und Teilhabesicherung wurde hingewiesen. Dies zeigt sich

in den Daten der WoGe-Studie (s. ► Abschn. 7.3; BEMERKENS- UND BEDENKENSWERTES III).

### ► Bemerkens- und Bedenkenwertes III

19. *Einschränkungen der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen sind riskant.*
20. *Besondere Wohnformen schützen vor Ansteckungsrisiken.*
21. *Gemeinschaftsunterkünfte sind Lebensorte.*
22. *Analogien zur Altenhilfe und Pflege sind unklar, aber oft entscheidungsprägend.*
23. *Anordnungen von Behörden zum Infektionsschutz treffen auf diffuse Grenzen der Selbstbestimmung.*
24. *Unterschiede durch die BTHG Neuordnung der besonderen Wohnformen sind in der Pandemie kaum zu erkennen.*
25. *Gesellschaftliche Beachtung gilt als ein Schutzschild.*
26. *Digitale Ausstattungen und Formate entlasten und verbessern die Kommunikation und Information. Sie werden vermutlich ihren Platz in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe behalten und weiter ausbauen.*
27. *Neue Partizipationsformen gelingen über technische Lösungswege (Apps, Computerausstattungen, Videokonferenzen).*
28. *Soziale Determinanten von Gesundheit und Diversitätsaspekte in der Gesellschaft müssen systematisch überall beachtet werden (Mainstreaming).*
29. *Aushandlungsprozesse auf Augenhöhe fördern Inklusion.*
30. *Prävention stützt Gesundheit und Teilhabe.*

Bei der laufenden Debatte zur Pandemiebekämpfung wurden aus Gleichstellungsperspektive klare Forderungen zugunsten von Menschen mit Beeinträchtigungen erhoben (Deutsches Institut für Menschenrechte 2021). Angemahnt wurden Standards wie die garantierte Zugänglichkeit aller Dienste und Einrichtungen, Sicherheit und Schutz sowie die Versorgung mit Schutzmaterialien und Impfungen. Dies sollte ebenso für unterstützende und pflegende Assistenzpersonen und Angehörige gelten. Eindringlich abgelehnt wurden (Menschen-)Rechtsverletzungen wie Vernachlässigung oder unrechtmäßige Isolierung, Zwang und Gewalt. Der Zugang zu intensivmedizinischer Behandlung soll diskriminierungsfrei garantiert werden, ebenso die Partizipation der Interessenvertretung bei entsprechenden politischen Entscheidungsprozessen.

In diesen Belangen wurden auch in der WoGe-Studie Fragen gestellt. Sie ließen sich im spezifischen Setting besonderer Wohnformen allerdings

nicht im Grundsatz klären, etwa wie Gemeinschaftsunterkünfte mit medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Leistungen einzuordnen sind. Solche Zusammenhänge und Differenzen zu Alten- und Pflegeeinrichtungen sollten mit dem RKI und mit Unterstützung der Politik genauer reflektiert werden. Auch wenn Charakteristika wie das Wohnen von Menschen mit Unterstützungsbedarfen zunächst als Gemeinsamkeit erscheinen, so finden sich auch Elemente, die durch die Neugestaltung der Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen mit dem BTHG (2016) womöglich noch wesentlicher werden. Denn in der Eingliederungshilfe werden nun fachliche Leistungen und Leistungen der Unterkunft rechtlich und finanziell getrennt gestaltet. Die Unterkunft gewinnt an privatem Charakter. Ob und wie dabei Unterbringungsfunktionen Geltung haben, ist präziser und fachlich klarzustellen. Die privaten Wohnfunktionen am Lebensmittelpunkt, wie Rückzugs- und Schutzraum, sind entsprechend zu bewerten. Damit stehen auch Rechte auf Verlegung, Zimmerbelegung oder andere Anordnungen infrage, die Selbstbestimmungsrechte tangieren. In der Pandemie wurden solche Grenzziehungen zu behördlichen Anordnungen zum Frage- und Experimentierfeld. Sogar Sorgen um eine Triage (Versorgungspriorisierungen nach Erfolgswahrscheinlichkeit, bei Überlastung der klinischen Versorgung) wuchsen bei Menschen mit Beeinträchtigungen (Zimmermann 2020), sodass Menschen mit Beeinträchtigungen Beschwerde beim Bundesverfassungsgericht führten zur Frage, wer über den Rang des Lebensrechts von Menschen mit Behinderung entscheiden darf (Poser 2022). Im Rahmen der WoGe-Studie wurden in den besonderen Wohneinrichtungen von keiner Seite entsprechende Sorgen ausgedrückt. Dennoch wurden Mängel an Beachtung und Partizipation im Zusammenhang mit der Politik und bei der Gestaltungen durch Gesundheitsbehörden deutlich artikuliert.

Aus wissenschaftlicher Perspektive ist Beachtung ein wirksames Schutzschild, ebenso wie die Einbindung der Menschen mit Beeinträchtigungen in Entscheidungsprozesse zur Pandemie-Bekämpfung und zum Gesundheitsschutz (Sappok et al. 2020). Dies in der Zukunft zur Strategie zu erheben wird dringend empfohlen.

In der WoGe-Studie wird sichtbar, dass in besonderen Wohnformen lebende ältere Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderung dort oft sehr lange Phasen ihres Lebens verbringen. Ihre sozialen Kontakte sind daher bereits erheblich geformt oder wurden eingeschränkt über das Setting, das ihre Heimat geworden ist. Ob und inwiefern sie eine besonders schutzbedürftige Gruppe sind, ist nicht geklärt. Sie selbst äußern sich generell als sehr zufrieden mit ihren Lebensumständen. In der Datenauswertung der WoGe-Studie zeigen sich zwar auch für sie besondere Risiken, die

aber eher nicht wahrgenommen, verstanden oder als relevant bewertet werden. Bei weitem überwiegt das positive Gefühl, sicher aufgehoben zu leben.

Insofern bieten die besonderen Wohnformen in Zeiten der Pandemie Zuflucht. Sie schützten vor Ansteckung, unterstützten im Erkrankungsfall, zumindest bis an die Grenze externer Gesundheits- oder Krankenhausversorgung. Zu den relativ wenigen Corona-Infektionen im untersuchten Feld wurden vorrangig moderate Verläufe berichtet. Im Erkrankungsfall setzten sich die Einrichtungen mit allen verfügbaren Mitteln für eine angemessene, auch pflegerische und soziale Betreuung ein. Diese glänzende Seite der Medaille wurde allerdings gesichert um den Preis einer dunklen Seite, nämlich mit chronisch überlastetem Fachpersonal und einer bleibenden weitreichenden Kultur der Unterbringung mit Fremdbestimmung. Ob und inwiefern sich Schutz- und Gefährdungspotenziale dabei die Waage halten, wäre zu diskutieren, mit Blick auf Schutz vor Ansteckung, aber Gefährdung durch Diskriminierung und Fremdbestimmung, Isolation und Nicht-Beachtung, Einsamkeit und Gewalt sowie weitere Gesundheitsrisiken.

Das verbliebene Fachpersonal war und ist in der bestehenden Leistungsgestaltung erheblich be- und überlastet (durch Mehrarbeit, Überstunden und unklare bzw. widersprüchliche Kommunikationen), die Einrichtungsleitungen mussten versuchen Finanzlücken zu schließen (bei neuen oder aufwachsenden Investitionsfeldern in Gesundheit und Kommunikation). In der WoGe-Studie wird berichtet, dass manche Einrichtungen für die Freizeitstrukturierung vorgesehene Mittel stattdessen für Schutzzwecke nutzten oder Taschengelder der Bewohnerinnen und Bewohner für Schutzmaßnahmen einbehielten.

Der Einsatz digitaler Kommunikationen im Alltag gewann seit der Corona-Erfahrung weiter an Bedeutung, bei den Fachdiensten, für technigestützte Übergaben oder Fachgespräche, aber auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern selbst. Die erforderliche Bereitschaft, Befähigung und technische Ausstattung entwickelten sich, was durchweg als sehr hilfreich und entlastend wahrgenommen wurde. Der Bereich der digitalen Kommunikation verspricht demnach nachhaltig in den besonderen Wohnformen Einzug zu halten und zu bleiben. Digitales kann in einer (neuen) partizipativen Lebensweise weiter an Stellenwert gewinnen, wenn die Ausstattung und Begleitung zur neuen Kommunikation je nach Assistenzbedarf entsprechende Fortschritte macht.

Infektionsschutz ermöglicht und verhindert. Mit dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) vom Ende des Jahres 2020 wurde ein Schutzschild

gegen übertragbare Krankheiten geformt, um der Übertragung vorzubeugen, Infektionen frühzeitig erkennbar zu machen und Weiterverbreitungen zu verhindern (§ 1 IfSG). Dies ist in den besonderen Wohneinrichtungen weitgehend gelungen, wie die WoGe-Studie bestätigt. Allerdings blieben Teilhabechancen auf der Strecke und Diskriminierungsrisiken wuchsen.

Die Politik versuchte unter außergewöhnlichen Umständen die Gesellschaft zu stabilisieren, ihre Mitglieder zu schützen und deren Zusammenhalt aufrecht zu erhalten. Dabei gerieten mittel- und langfristige Effekte sowie marginalisierte Bevölkerungsgruppen eher in den Hintergrund. Ein Verfahren, das systematisch soziale Determinanten von Gesundheit und entsprechende Risikogruppen bei Entscheidungen mitbedenkt, wird von der Wissenschaft unbedingt empfohlen, steht aber aus (Rangel et al. 2020). Somit tangierten grundrechtseinschränkende Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie (nach § 28a IfSG) auch die Schutzschilde der eher „übersehenen Bevölkerungsgruppen“ in besonderer Weise, ohne dass dies vonseiten der Politik spezifisch wahrgenommen und bedacht wurde. Auch dies belegt die WoGe-Studie auf der erhobenen Datenbasis.

Dass über die Leitungsebenen in den besonderen Wohnformen einschränkende Maßnahmen bisweilen über Gebühr beibehalten wurden mag auch einer gewissen Erschöpfung durch die harten Umgestaltungsaufgaben geschuldet sein. Wenn solche Regularien einfach fortgesetzt wurden schritten Gesundheitsbehörden nicht ein. Das heißt, Fälle der „Über-Fürsorge“ wurden weder verfolgt noch angemahnt, obwohl notwendige Schutzmaßnahmen nur für befristete Zeiträume zulässig sind, niemals aber das Ausmaß eines Freiheitsentzugs annehmen dürfen (indem sie tatsächlich und rechtlich an sich gegebene Bewegungsfreiheit – und damit Teilhabe – nach jeder Richtung aufheben).

Der über Impfungen mögliche Schutz wurde – wie Daten der WoGe-Studie bekräftigen – in den besonderen Wohnformen fast vollständig erreicht, weit über dem Bevölkerungsdurchschnitt. Nach der Corona-Impfverordnung des Bundesministeriums des Inneren und für Heimat (BMI) vom Dezember 2020 gelangten Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen sowie deren Pflegekräfte, ebenso wie Personen mit Vorerkrankungen unabhängig vom Alter, in priorisierte Verteilungsstufen wegen ihrer Gefährdung. Andere gesundheitlich besonders sensible und verletzbare Personen ohne den „Heimstatus“ wurden zurückgestellt. Hier erfolgte zugunsten der besonderen Wohneinrichtungen eine positive Diskriminierung, während gleichzeitig Menschen mit Behinderung, die nicht in Einrichtungen leben, zunächst nicht berücksichtigt wurden, unabhängig von ihrem Unterstützungsbedarf. Hintergrund war die Annahme, dass

Gemeinschaftsunterkünfte an sich ein Risiko sind. Daher wurden dort zusätzlich Strategien der Kontaktreduzierung legitimiert und realisiert (z. B. Isolation in Einzelzimmern, räumliche Trennung im Alltag, Zuweisung speziellen Personals), begleitet von Schutzwänden, Schutzanzügen oder verpflichtenden Mund-Nase-Bedeckungen. Diese unklare Abwägungslage sollte aufgearbeitet werden. Sie hatte vielfältige Folgen, in der Eingliederungshilfe führte sie ebenso zur Impfpflicht wie bei allen im Gesundheitswesen Tätigen.

Obwohl Schutzausrüstungen gegen Infektionsrisiken – verglichen mit den Personen mit Beeinträchtigungen in ambulanter oder familiärer Unterstützung – in den besonderen Einrichtungen schneller und umfassender verfügbar und in Gebrauch waren, wurden Ausgangssperren bisweilen zögerlich aufgehoben und Besuche nur eingeschränkt wieder zugelassen.

Die Isolationsmaßnahmen wurden durch Testungen begleitet, die gemäß der „Verordnung zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ auch für „betreute Menschen in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe“ auf Kosten des Gesundheitsfonds ermöglicht wurden. Die WoGe-Studie belegt, dass dieses präventive Verfahren der Testungen nach anfänglichen Unsicherheiten im Alltag verankert werden konnte.

Daraus lässt sich ableiten, dass die besonderen Wohnformen mit ihren Schutzaufgaben in der Krise insgesamt bemerkenswert gut zurechtkamen und keine über die grundlegenden Gefährdungen hinausreichenden Risikolagen beobachtet werden konnten. Schutzanliegen wurden weitgehend – auch improvisiert – wirksam realisiert und die damit verbundenen Aufgaben auch zur gemeinsamen Zufriedenheit bewältigt.

Eine Klärung struktureller Kernkonflikte in Gefährdungslagen blieb allerdings aus. Breiter angelegte wissenschaftliche Studien in und mit der Praxis wären ein Lösungsbeitrag. Die im Corona-Alltag erkennbaren besonderen Mängel der Leistungen zeigen sich vorrangig im Feld der Teilhabeentwicklung. Hier fiel zugleich die Zukunftsplanung eher schwer.

## 7.4 Teilhabe-Mängel im Übergang zur Einbeziehung

---

Gesundheitssorge darf die Teilhabeausrichtung nicht vertreiben. So klar dies in der Regel akzeptiert wird, so sind dennoch sich überschneidende Schutz- und Gefährdungsregularien erkennbar. Sie stehen in Spannung zu

Teilhabebedürfnisse und sind in den besonderen Wohnformen schwer zu umgehen.

Für die nicht nur in der Eingliederungshilfe erforderliche Erneuerung der Daseinssorge mit Teilhabezielen in allen Handlungsfeldern – auch dem der Gesundheitsversorgung und -förderung – stehen Wissensbestände und Leitideen für die Zukunft bereit, die auch im Einklang mit Ergebnissen der WoGe-Studie sind. Die notwendige Teilhabe-Fokussierung in einer Welt des Übergangs, in der die Eingliederungshilfe aktuell vielfach herausgefordert ist, muss unabhängig von der Pandemie gelingen, kann sich aber auf neues Erfahrungswissen stützen. Im Kern geht es darum, sich abzulösen und zu distanzieren von einem Menschenbild, das die Rechte der Einzelnen weniger wertschätzt, stattdessen vorrangig auf Reformen sozialer Leistungsstrukturen aus Organisationssicht drängt und die Entfaltung der Selbstbestimmung und der vielfältigen individuellen Entwicklungsmöglichkeiten wenig achtet.

7

Der Wunsch nach neuen Gestaltungsmitteln und -wegen wird seit langem in der mit Behinderung befassten Fachwelt diskutiert. Der sozialwissenschaftliche Auftrag der „Multiinklusion in einer funktional differenzierten Gesellschaft“ (Wansing 2013, S. 19) erscheint aus der Sicht von Politik und Praxis bisweilen zwar „akademisch“ und komplex, aber es geht dabei gerade einfach um ein dynamisches Verhältnis zwischen Sozialstruktur und Individuen. Denn im Alltag ergeben sich faktisch vielfache Überschneidungen der gesellschaftlich konstruierten Teilsysteme, wenn Individuen beispielsweise Wohnen, sich Bilden, Arbeiten, Recht suchen, Gesundheit sichern wollen oder Freizeit leben, und zwar möglichst selbstbestimmt sowie unter Beachtung ihrer Vielfalt, Identitäten, Lebensformen und Lebenslagen. In entsprechenden Zusammenhängen können Forderungen nach Inklusion, um die nun gerungen wird, Wurzeln schlagen (Stein 2013, S. 7).

Die Erschütterungen und Exklusionen in der Pandemie setzen ein erfahrungsbasiertes Signal zum Aufbruch. Intersektionale und komplexe Entscheidungen über den Einsatz und Fortbestand von Schutzmaßnahmen werden beispielsweise besser gelingen, je mehr behördliche Anordnungen in verständliche Sprache übersetzt und auch kommuniziert werden. In partizipativen Projekten kann sich die Welt der Wissenschaft mehr und mehr fit machen für barrierefreie Kommunikation und ihre Kenntnisse erweitern. Bei medialer Information und Kommunikation stehen insgesamt große Entwicklungsaufgaben an. Dies ist auch relevant für die Bewohnerinnen und Bewohner der besonderen Wohnformen, die gemäß WoGe-Daten

zu einem nennenswerten Teil täglich stundenlang „on“ sind (meist in traditionellen Medien wie TV oder Rundfunk).

Im Grundsatz verbirgt sich hinter der verminderten Einbeziehung ein wichtiges kulturelles Phänomen: Solange Menschen mit Beeinträchtigungen vor allem als Empfängerinnen und Empfänger von Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen passiv gesehen werden, werden sie weniger als Bürgerinnen und Bürger wahrgenommen, also auch als Verhandlungspartnerinnen und -partner für gesellschaftlich relevante Regularien und Gestaltungsprozesse. Hier sind auch Leistungsanbieter selbst derzeit noch im Umdenkungsprozess, der in der Pandemie-Zeit eher ins Stocken geraten ist.

Wenn die Erfahrungen und Wissensbestände aller Beteiligten bezogen auf die Spannungsverhältnisse von Gesundheit und Teilhabe weiterwachsen, wird dies helfen. Denn dabei können wissenschaftlich fundierte Verbindungsstrukturen in den Entscheidungs- und Gestaltungswegen etabliert werden. Über die Domänen der besonderen Wohnformen hinaus sollte eine systematische und kritische Betrachtung aller Maßnahmen Routine werden (Wacker et al. 2023b), die prüft, ob und inwiefern Menschen mit Beeinträchtigungen benachteiligt werden (Disability Mainstreaming). So werden Ideen, Maßnahmen und Lernprozesse neu bewertbar und einer Tauglichkeitsprüfung unterzogen.

Gesundheit als soziales Menschenrecht ist in Art. 12 des Internationalen Pakts für soziale, wirtschaftliche und kulturelle Rechte verbürgt. Besonders verpflichtet ist der Staat jedoch dem Schutz der Rechtsgüter aus Art. 2 Abs. 2 GG, also dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Hier trifft das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit auf die unverletzliche Freiheit der Person.

- » (2) 1 Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. 2 Die Freiheit der Person ist unverletzlich. 3 In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.  
Art. 2 Abs. 2 GG

Dies gilt weit über medizinische Versorgung hinaus, wie im Rahmen der WoGe-Studie für die Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung auf den Punkt gebracht wurde:

- » „Überstülpende Fürsorge ist nicht wertschätzend.“ (ID\_67)

Vorbedingung und Motor ist eine vorhandene und allen zugängliche Gesundheitsversorgung (HiAP: Health in All Policies) (Geene et al. 2019; Huster 2012, S 24 ff.) (s. ► Abschn. 1.1 und 6.8). Dabei wird auch das un-

gleiche Risiko von älteren und jüngeren, gesundheitlich beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Menschen und ein ggf. erhöhtes Schutzbedürfnis berücksichtigt. Eine entsprechend ausgerichtete Gesundheitspolitik, die auch Prävention im Sinne von Vorsorge einbezieht, ist Teil der staatlichen Gestaltungsaufgaben.

Zur Prävention, für die Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung, gibt es für Deutschland kaum wissenschaftliche Studien. Eine Evaluation in den besonderen Wohnformen der Pflege und Eingliederungshilfe erfolgte im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), mit Augenmerk auf Bewohnerinnen und Bewohner sowie auf das Personal. Gestützt auf die Erkundungen soll ein Konzept „Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung“ (kurz: QualiPEP) entstehen, unter Federführung der Bundes-AOK (Tempelmann et al. 2019, 2020, 2022). In einer qualitativen Teilstudie wurden dazu Vorkommen und Bewertung präventiver Maßnahmen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erkundet (Bootz und Wacker 2019; Wacker und Bootz 2019).<sup>2</sup> Die Daten wurden vor der Coronapandemie in der persönlichen Begegnung erfasst. Die Studie bietet damit eine qualitative Momentaufnahme, um das Themenfeld Gesundheit, Teilhabechancen und Prävention alltagsnah wahrzunehmen. Ein Vergleich der Ergebnisse mit den WoGe-Daten legt nahe, dass manche Problemfelder mit Gesundheitsbezug in den besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe nicht erst seit der Corona-Pandemie bestehen. Die Mitarbeiterschaft machte bereits bei der Präventions-Erhebung darauf aufmerksam, dass bezogen auf Gesundheit, Prävention und Vorsorge die Bewohnerschaft besser versorgt sei, als das diensttuende Personal. Es zeigte sich auch ein hoher Krankenstand, womöglich wegen psychischer Belastungen, Ansteckungsrisiken oder anderer problematischer Aspekte mit deutlicher Gesundheitslast. Daher wurde bereits vor der Pandemie befürchtet, dass „das ganze Kartenhaus“ zusammenstürze.

Ob sich Belastungen, die sich in der Corona-Zeit zu einer zusätzlich schwierigen Arbeitssituation addierten, zukünftig durch Prävention mildern lassen, ist derzeit nicht geprüft. Die Erweiterungen der Präventionsleistungen im SGB V wären hier ein Anknüpfungspunkt (Bundesgesetzblatt 2015), bei dem vor allem auch Gesundheits-Ungleichheiten zwischen sozialen Gruppen Bezugspunkt sein könnten, um Chancen auf ein gesundes und zufriede-

---

2 Die bundesweit gewonnene Datenbasis bilden 96 persönliche Interviews aus 16 Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie über 16 Fokusgruppengespräche mit insgesamt 66 Personen aus dem praxisnahen Fachdienst (Bootz und Wacker 2021a, b).

nes Leben (well-being) für die gesamte Bevölkerung in ihrer Verschiedenheit zu beleuchten. Neben der Einbindung in kommunale Gegebenheiten könnten besondere Wohnformen Orte werden, mit denen die Gesundheitskompetenz weiter wächst und Barrieren weiter abgebaut werden. Dazu ist es auch wichtig, Aufmerksamkeit auf die Heterogenität der Bewohnerinnen und Bewohner zu lenken und die Fachkräfte für Prävention zu gewinnen.

Veränderung mit Verschränkungen steht trotz erfahrener Verwerfungen an. Mit den im Jahr 2019 erlassenen EU Richtlinien über die Barrierefreiheitsanforderungen für Produkte und Dienstleistungen (European Accessibility Act – EAA) wurden weitere Leitplanken zur Teilhabe vorgeformt. Diese sollen im Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG)<sup>3</sup> und im Teilhabestärkungsgesetz (TeilhStG) in Deutschland konkret werden (Bundesgesetzblatt 2021). Sie fordern auch die sozialen Dienste für Menschen mit Beeinträchtigungen mit Aufgaben gestärkter Einbeziehung heraus. In Aussicht steht, dass Wohnen in Gesundheit immer besser gelingen kann, bei weiter wachsendem Inklusions-Verständnis und ohne Praktiken der Ausgrenzung.

## Literatur

---

- BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) (Hrsg) (2021). *Die Coronapandemie in der Behindertenhilfe. Auswirkungen, Probleme, Lösungen*. Hamburg: [www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de) (Bestellnummer BGW 55-83-142).
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2021). *Dritter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. BMAS, Bonn.
- Bootz, Philip / Wacker, Elisabeth (2021a). Investition in die Gesundheit. *Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL*, 24(4), 12–13.
- Bootz, Philip / Wacker, Elisabeth (2021b). *PräGe – Prävention und Gesundheitsförderung in besonderen Wohnformen. Studienbericht*. KomPart, Berlin.
- Bootz, Philip / Wacker, Elisabeth (2019). *Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege. Eine lebenslagenorientierte explorative Studie zu Gesundheit und Gemeinschaft für Menschen mit Beeinträchtigungen und ihr Betreuungspersonal (Abschlussbericht)*. Technische Universität München, München.
- BTHG (Bundesteilhabegesetz) (2016). *Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen*. Vom 23. Dezember 2016. BGBl 2016 Teil I Nr. 66, vom 29. Dezember 2016.

---

3 Das BFSG wurde im Jahr 2021 verkündet und tritt am 28. Juni 2025 in Kraft. Es verpflichtet in vielfacher Weise zur Barrierefreiheit, etwa bei Webauftreten im Online-Handel, Bankwesen, Beförderungs- oder Mediendiensten.

- Bundesgesetzblatt (2021). *TeilhabeStärkungsgesetz, Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger von Leistungen für Bildung und Teilhabe in der Sozialhilfe (TeilhStG)* vom 9. Juni 2021. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2021 Teil I Nr. 29. Bundesanzeiger, Bonn.
- Bundesgesetzblatt (2015). *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)* vom 17. Juli 2015. Bundesgesetzblatt, Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31 (S 1368–1379). Bundesanzeiger, Bonn.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2021). *Covid-19: Auswirkungen auf die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Warum ein konsequentes Disability Mainstreaming in der Pandemiebekämpfung nötig ist.* Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention, Position Nummer 21. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin.
- DVfR (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation) (2021a). *Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation. Ergebnisse Themenfeld 1 Gesundheitsversorgung und Medizinische Rehabilitation.* ► [https://www.dvfr.de/fileadmin/user\\_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/I\\_xTeilbericht\\_Gesundheitsversorgung\\_bf.pdf](https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/I_xTeilbericht_Gesundheitsversorgung_bf.pdf).
- DVfR (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation) (2021b). *Corona-Konsultationsprozess der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation. „Teilhabe und Inklusion in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Auswirkungen und Herausforderungen“ Abschlussbericht. Sicherung der Teilhabe während und nach der Pandemie: Problemlagen, Herausforderungen, Handlungsoptionen.* DVfR, Heidelberg. ► [https://www.dvfr.de/fileadmin/user\\_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/Abschlussbericht\\_bf.pdf](https://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Projektberichte/Konsultationsprozess-Berichte-6-2021/Abschlussbericht_bf.pdf).
- Geene, Raimund / Gerhardus, Ansgar / Grossmann, Beate / Kuhn, Joseph / Kurth, Bärbel M. / Moebus, Susanne / von Philipsborn, Peter / Pospiech, Stefan / Matusall, Svenja (2019). *Health in All Policies – Entwicklungen, Schwerpunkte und Umsetzungsstrategien für Deutschland.* Zukunftsforum Public Health Berlin. ► <https://zukunftsforum-public-health.de/publikationen/2019-2/health-in-all-policies/>.
- Grohowski, Mariana (2018). *Swiss Cheese and Safety.* Michigan Tech. ► <https://www.mtu.edu/unscripted/2018/02/swiss-cheese-and-safety.html>.
- Habermann-Horstmeier, Lotte (2020). Die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in Zeiten der COVID-19-Pandemie aus Sicht der Betroffenen, ihrer Angehörigen und Betreuungskräfte. Ergebnisse einer qualitativen Public-Health-Studie. Villingen Institute of Public Health (VIPH), Villingen-Schwenningen.
- Huster, Stefan (2012). Gesundheits- als Gesellschaftspolitik. *GGW*, 12(2), 24–30.
- Kartoglu, Umit / O’Donnell, Kevin / Vesper, James (2020). COVID-19 and the need for robust risk control strategies. Can ICH-Q9 help? *IVT Network, GXP*, 24(4), 1–16.
- Poser, Nancy (2022). Triage-Situationen diskriminierungsfrei gestalten. Landesbehindertenbeauftragte der freien Hansestadt Bremen. ► <https://www.behindertenbeauftragter.bremen.de/oeffentlichkeit/tagungen-und-veranstaltungen/allgemeine-tagungen-und-veranstaltungen/triage-situationen-diskriminierungsfrei-gestalten-35141>.
- Rangel, J. Cristian / Ranade, Sudit / Sutcliffe, Penny / Mykhalovskiy, Eric / Gastaldo, Denise / Eakin, Joan (2020). COVID-19 policy measures. Advocating for the inclusion of the social determinants of health in modelling and decision making. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(4), 1078 – 1080.
- Reckwitz, Andreas (2017). *Die Gesellschaft der Singularitäten. Zum Strukturwandel der Moderne.* Suhrkamp, Berlin.

- Sappok, Tanja / Burtscher, Reinhard / Grimmer, Anja (Hrsg) (2020). *Einfach sprechen über Gesundheit und Krankheit. Medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache*. 53° NORD Agentur, Kassel.
- Stein, Anne-Dore (2013). Inklusion ist nicht voraussetzungslos: historische und aktuelle Implikationen. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 44(3), 4-15.
- Tempelmann, Anke / Ströing, Miriam / Hans, Christian (2022). Organisationale Gesundheitskompetenz am Beispiel des Projektes QualiPEP. In Rathmann, Katharina / Dadaczynski, Kevin / Okan, Orkan / Messer, Melanie (Hrsg), *Gesundheitskompetenz. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit*. Springer, Berlin, Heidelberg. ► [https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3\\_58-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_58-1)
- Tempelmann, Anke / Ströing, Miriam / Ehrenreich, Heidi / Kolpatzik, Kai / Hans, Christian (2020). QualiPEP – Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege. In Jacobs, Klaus / Kuhlmeier, Adelheid / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (Hrsg), *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* (S 103–113). Springer OA, Berlin.
- Tempelmann, Anke / Kolpatzik, Kai / Ehrenreich, Heidi / Ströing, Miriam / Hans, Christian (2019). Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Pflege: Das Projekt QualiPEP. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 62, 296–303.
- UN-BRK (2008). *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. ► <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html>.
- Wacker, Elisabeth / Bootz, Philip (2019). Qualitätsorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Abschlussbericht. *Berlin Bundesverband der Allgemeinen Ortsübergreifenden Krankenkassen (Forschungsprojekt QualiPEP)*, Berlin.
- Wacker, Elisabeth / Beck, Iris / Brandt, Martina / Köbsell, Swantje / Lippke, Sonia / Niehaus Mathilde (2023b). Spezifische Teilhabehürden und –chancen. In dies. *Gesundheit – Teilhabechancen – Diskriminierungsrisiken. Health in All Policies als Querschnittsaufgabe bei Beeinträchtigungen und Behinderung* (S 91–167). Springer VS, Wiesbaden.
- Wansing, Gudrun (2013). Der Inklusionsbegriff zwischen normativer Programmatik und kritischer Perspektive. *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 44(3), 16-27.
- WHO (World Health Organization) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* World Health Organization, Geneva.
- WHO (World Health Organization) (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. ► [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf).
- Zimmermann, Till (2020). Ärzte in Zeiten von Corona: Wer stirbt zuerst? In *Legal Tribune Online*, 23.03.2020, ► [https://www.lto.de/persistent/a\\_id/40967/](https://www.lto.de/persistent/a_id/40967/).

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (► <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



# Service teil

Verzeichnisse – 206

# Verzeichnisse

---

## Quellen

---

- » [0.1] ► <https://www.handelsblatt.com/technik/digitale-revolution/datenanalyse-wie-ruhepuls-schrittfrequenz-und-schlafverhalten-auf-eine-corona-infektion-hinweisen-koennen/26608698.html>
- [6.1] ► <https://www.con-sentio.de/2019/12/16/blog-9-was-gab-es-zuerst-die-henne-oder-das-ei-wechselwirkungen-zwischen-menschen/>