



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

**RESILIENZ VON KLIENT*INNEN DER
AMBULANTEN EINGLIEDERUNGSHILFE –
WO BESTEHT HANDLUNGSBEDARF DER SOZIALEN
ARBEIT UNTER EINBEZIEHUNG DER CORONA-
PANDEMIE?**

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts (B.A.)

Vorgelegt von: *Josephine Bolduan*

Erstprüfer*in: *Prof. Dr. phil. Susanne Dreas*

Zweitprüfer*in: *Prof. Dr. Andreas Speck*

URN-Nummer: [urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0722-6](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0722-6)

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	I
II.	Abbildungsverzeichnis	II
1	Einleitung	1
1.1	Motivation und Zielsetzung der Arbeit.....	1
1.2	Persönlicher Zugang	1
1.3	Fragestellung.....	2
1.4	Gliederung und Vorgehensweise der Arbeit.....	2
2	Definitionen und Begriffsbestimmungen	3
2.1	Geistige Behinderung	3
2.2	Eingliederungshilfe – Ambulant Betreutes Wohnen.....	4
2.3	COVID-19 und die Corona-Pandemie.....	6
3	Resilienz.....	6
3.1	Definition Resilienz.....	7
3.2	Risiko- und Schutzfaktorenkonzept	9
3.2.1	Risikofaktorenkonzept.....	10
3.2.2	Schutzfaktorenkonzept	10
3.3	Kritik zum Resilienzbegriff.....	11
3.4	Methoden zur Resilienzförderung.....	12
3.4.1	Empowermentbasierte Methoden zur Resilienzförderung	13
3.4.1.1	Definition Empowerment	13
3.4.1.2	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum Resilienzkonzept	15
3.4.1.3	Resilienzförderung durch empowermentbasierte Methoden.....	16
3.4.2	Weitere Methoden zur Resilienzförderung	17
3.4.3	Resilienzförderung durch die zehn Life Skills der WHO.....	20
4	Leitfadeninterview als Methode der qualitativen Forschung.....	22
4.1	Definition Leitfadeninterview.....	22
4.2	Begründung der Methode	23

4.3	Vorbereitungen	25
4.3.1	Vorgehensweise	25
4.3.2	Erstellung des Leitfadens	26
4.4	Durchführung des Interviews	28
4.4.1	Interviewsituation	28
4.4.2	Reflexion der Durchführung	29
4.5	Ergebnisse der qualitativen Interviews	30
4.5.1	Hauptaussagen	30
4.5.2	Zusätzlich angesprochene Inhalte	31
4.6	Auswertung der Ergebnisse der Interviews anhand von Theorien und Methoden zur Resilienzförderung	32
5	Förderung der Resilienz	35
5.1	Handlungsbedarfe der Sozialen Arbeit	36
5.2	Handlungsbedarfe auf die Corona-Pandemie bezogen	37
6	Fazit	39
III.	Literaturverzeichnis	III
IV.	Anhang	VI

I. Abkürzungsverzeichnis

BEW	Betreutes Einzel Wohnen
bzw.	beziehungsweise
BTHG	Bundesteilhabegesetz
ca.	circa
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (deutsch: diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen)
EinglHV	Eingliederungshilfe-Verordnung
etc.	et cetera
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision)
SGB IX	Sozialgesetzbuch IX
SGB XII	Sozialgesetzbuch XII
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
vs.	versus
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WLAN	Wireless Local Area Network

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Sieben Säulen der Resilienz	8
Abbildung 2: Top 10 Life Skills Recommended by WHO	20

1 Einleitung

1.1 Motivation und Zielsetzung der Arbeit

Ausschlaggebend für diese Arbeit war die Corona-Pandemie, die momentan immer noch eine wichtige Rolle in unser aller Leben spielt. Durch meine Tätigkeit in einer Pflegeeinrichtung für Menschen mit Behinderung bin ich auf diese Zielgruppe aufmerksam geworden. Das Arbeiten mit diesen Klient*innen bereitet mir nach wie vor sehr viel Freude. Wie genau ich auf die Fragestellung dieser Arbeit gekommen bin, wird in Punkt 1.2 erklärt. Das große Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden wie die Resilienz bei Menschen mit Behinderungen in der ambulanten Eingliederungshilfe durch die Soziale Arbeit gefördert werden kann. Außerdem möchte ich anhand von Interviews herausfinden, ob durch die Corona-Pandemie die Resilienz bei diesen Klient*innen beeinflusst wird.

1.2 Persönlicher Zugang

Durch mein Praktikum, das Bestandteil meines Bachelor-Studienganges war, und meiner Nebenbeschäftigung in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung habe ich viel Zeit mit genau dieser Zielgruppe verbringen können. Momentan arbeite ich in einer stationären Wohngruppe für Menschen mit Behinderung in genau dieser Einrichtung. Während meines Praktikums habe ich viel Zeit damit verbracht, den Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe unterstützend beiseite zu stehen und deren Alltag zu begleiten. Dieses Praktikum begann im März 2020 und endete im Juli 2020. Schon in dieser Zeit war die Corona-Pandemie ein großes Thema. Dadurch, dass ich während des Praktikums viel mit den Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe kommuniziert habe, weiß ich, dass der Umgang mit der Corona-Pandemie nicht immer einfach für sie ist. Auch vor der Corona-Pandemie ist mir aufgefallen, dass das Thema Resilienz bei Menschen mit Behinderung oft ein schwieriges Thema darstellt. Durch diese Erkenntnis bin ich auf das Thema meiner Bachelor-Arbeit aufmerksam geworden.

1.3 Fragestellung

Durch die im Titel genannte Fragestellung soll deutlich werden, wo die ambulante Eingliederungshilfe Handlungsbedarf aufzeigt und wo gegebenenfalls andere Unterstützungsangebote in Betracht gezogen werden können. Außerdem habe ich noch einige Unterziele der eigentlichen Zielsetzung, die ich in dieser Arbeit erforschen und berücksichtigen möchte. Wie kann man die Fähigkeit, mit belastenden Situationen umzugehen bei Menschen mit Behinderung fördern? Wo besteht hierbei der Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit? Außerdem möchte ich anhand der Interviews und meiner bisherigen Erfahrung deutlich machen, wie sich die Resilienz bei Menschen mit Behinderung (in der ambulanten Eingliederungshilfe) gestaltet.

1.4 Gliederung und Vorgehensweise der Arbeit

Diese Bachelorarbeit besteht aus insgesamt fünf Hauptpunkten. Als ersten Punkt kommt die Einleitung, danach folgen Definitionen/Begriffsbestimmungen, hier werden Begriffe erklärt, die für die Nachvollziehbarkeit dieser Arbeit wichtig sind. Anschließend wird der Begriff der Resilienz erläutert. Hier wird von der Definition „Resilienz“ bis zur Kritik des Begriffes und bisher bekannter Methoden der Sozialen Arbeit alles erläutert. Die qualitative Forschung folgt in Punkt vier. Diese qualitative Forschung entsteht anhand zwei von mir geführter Interviews. Und zu guter Letzt folgt das Fazit, hier werden die gesammelten Ergebnisse zusammengeführt und mit der Theorie gegenübergestellt. Zudem werden im letzten Abschnitt die möglichen Handlungsbedarfe der Sozialen Arbeit noch einmal zusammengefasst.

2 Definitionen und Begriffsbestimmungen

Für die Nachvollziehbarkeit dieser Arbeit müssen vorerst die Begriffe „geistige Behinderung“ und „ambulante Eingliederungshilfe“ definiert werden.

Das Recht der Eingliederungshilfe wurde durch das BTHG in weiten Teilen zum 1. Januar 2020 neu geregelt. Aktuell ist es nicht mehr Bestandteil der Sozialhilfe im SGB XII. Zu finden ist es nun im SGB IX. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind sehr vielfältig und waren bis zur Inkraftsetzung des BTHGs in verschiedenen Gesetzen aufzufinden. Dies war sehr unübersichtlich. Seit dem 1. Januar sind nun all diese Leistungen in dem BTHG zusammengefasst (vgl. BTHG-Umsetzung - Eingliederungshilfe im SGB IX 2019, S.17).

Durch dieses neue Gesetz sollen die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung gestärkt und die Teilhabechancen für die Klienten der Eingliederungshilfe erhöht werden. Demzufolge soll es zu einer Lebensverbesserung der Klienten führen und diese sollen keinerlei Nachteile erfahren (vgl. Lebenshilfe 2021 (Internetquelle)).

2.1 Geistige Behinderung

Eine gesetzliche Definition zu dem generellen Begriff der „Behinderung“ wird im SGB IX dargestellt.

In § 2 (1) SGB IX wird der Begriff „Behinderung“ wie folgt definiert:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Mit dieser Begriffsbestimmung der Behinderung folgten die Gesetzgeber einem der Grundsätze der Präambel der UN-BRK, nämlich, dass sich das Verständnis von Behinderung ständig weiterentwickelt (vgl. Präambel der UN-BRK, S. 5).

Nun wurde der Oberbegriff „Behinderung“ erklärt, jedoch nicht die spezifische „geistige Behinderung“. Diese Form der Behinderung wird in § 2 EinglHV definiert:

„Geistig wesentlich behindert im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind Personen, die infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfange in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind.“

Die weltweit am weitesten verbreiteten Vorstellungen über geistige Behinderung geht aus den Ausführungen der ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation und dem DSM-IV der American Psychiatric Association hervor. Nach ICD-10 wird geistige Behinderung als „Intelligenzminderung“ und nach DSM-IV unter dem Oberbegriff der „Entwicklungsstörungen“ gefasst. Beide Klassifikationssysteme ordnen geistige Behinderung den psychischen Störungen unter (vgl. Lingg und Theunissen 2006, S. 18f.).

Es gibt keine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition des Begriffes „geistige Behinderung“. Das Spektrum reicht von leicht behinderten Menschen, die geschult werden können bis zu schwer behinderten Menschen, die nicht sprechen können (vgl. Frick-Salzman 2020, S. 3).

In dieser Arbeit definieren wir den Begriff „geistige Behinderung“ als signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden. Kurz gesagt eine beeinträchtigte Intelligenz (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2021 (Internetquelle)).

2.2 Eingliederungshilfe – Ambulant Betreutes Wohnen

Die Eingliederungshilfe ist eine Sozialhilfe. Diese ist, wie oben beschrieben, seit Anfang 2020 im SGB IX verfasst.

In § 90 (1) SGB IX sind die allgemeinen Aufgaben der Eingliederungshilfe definiert:

„Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben

in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.“

Die Maßnahmen der Eingliederungshilfe sollen dazu beitragen, dass für die Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung ermöglicht wird, die der Würde des Menschen entspricht, und eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern. Außerdem sollen die behinderungsbedingten Nachteile ausgeglichen werden. Die Betroffenen sollen durch die Leistungen der Eingliederungshilfe befähigt werden, ihre Lebensplanung und Lebensführung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (vgl. §90 SGB IX).

Das Ambulant Betreute Wohnen gemäß §§ 67 ff. SGB XII ist ein Angebot für Menschen, bei denen sich besondere Lebenslagen mit sozialen Schwierigkeiten verbinden und die nicht in der Lage sind, diese Schwierigkeiten aus eigener Kraft zu überwinden (vgl. §§ 67 ff. SGB XII).

„Das Betreute Wohnen soll Menschen, die vorübergehend oder für längere Zeit nicht selbständig oder ohne Hilfe leben können, dazu befähigen, ein möglichst selbständiges und normales Leben außerhalb stationärer Einrichtungen zu führen.“ (Rheinischer Verein für katholische Arbeiterkolonien e.V., S. 2)

Die Hilfeleistungen des Ambulant Betreuten Wohnens orientieren sich demnach an dem individuellen Bedarf der Leistungsempfänger. Es bietet für Sie ein breites Spektrum an Hilfsangeboten zum selbständigen Wohnen. Das Ziel ist es, den Klient*innen eine weitestgehend eigenständige und selbstbestimmte Lebensführung sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (vgl. Selders und Seiltgen 2021 (Internetquelle)).

Diese Leistungen können beispielsweise Hilfestellungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit und soziales Netzwerk sein. Dies ermöglicht den betreuten Personen ein selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung (vgl. Schay 2011, S. 115).

2.3 COVID-19 und die Corona-Pandemie

Die Coronaviren gehören zu einer großen Virusfamilie. Diese Viren werden so bezeichnet, da ihre Oberfläche einer Krone ähneln (lateinisch: corona= Krone). Coronaviren existieren bereits seit den 1930er Jahren (vgl. Rabadan 2020, S. 35). Das Coronavirus, welches heutzutage die ganze Welt beschäftigt nennt sich SARS-CoV-2. Dieses Virus löst die Krankheit COVID-19 aus. Im Januar 2020 kamen die ersten Nachrichten vom Coronavirus aus Wuhan. Zu diesem Zeitpunkt war noch nicht klar, welche Auswirkungen das Virus auf die Bevölkerung haben würde. Von SARS-CoV-2 und COVID-19 wurde erstmals ende Dezember 2019 in Wuhan berichtet. Diese Krankheit ähnelt häufig einer Lungenentzündung. Zudem kann COVID-19 einen starken oder einen schwachen Verlauf haben. Besonders ältere Menschen und Personen mit Vorerkrankungen haben oft einen starken Verlauf (vgl. Rabadan 2020, S. 67 ff.).

Da dieses Virus schwere Erkrankungen hervorrufen kann und sich gut von Mensch zu Mensch überträgt, verursachte dies eine Pandemie (vgl. Robert Koch Institut (Internetquelle)).

Allein zu diesem Punkt könnte ich eine ganze Arbeit verfassen, da dies jedoch nicht das Hauptthema dieser Arbeit sein soll, beschränke ich mich auf die wesentlichen Informationen: COVID-19 ist hochansteckend und kann schwere Krankheitsverläufe mit sich bringen. Um die Verbreitung dieses Virus zu verhindern, kam/kommt es zu sogenannten Lock Downs, indem die Freizeitgestaltung stark eingeschränkt wird und nur das nötigste zur Verfügung steht (beispielsweise Supermärkte oder Arztbesuche).

3 Resilienz

Der Begriff Resilienz kann keiner eindeutigen Definition zugeordnet werden. In den folgenden Unterpunkten wird die soziale Resilienz beschrieben. Die Definitionen der jeweiligen Professionellen sind sehr ähnlich, es gibt ausschließlich ein paar Unterschiede. Für diese Arbeit habe ich aus verschiedenen Fachbüchern die für mich am sinnvollsten Definitionen entnommen. Diese dienen zur Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Arbeit.

3.1 Definition Resilienz

Der Begriff „Resilienz“ kommt aus dem Lateinischen und heißt so viel wie „zurückspringen“. Der Kern des Resilienz-Begriffes liegt also darin, dass bestimmte Dinge in der Lage sind, nach einer Störung, in ihren eigentlichen Ausgangszustand zurückzukehren. Dieses Konzept wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten in sehr unterschiedlichen Kontexten aufgegriffen und weiterentwickelt. Beispiele hierfür sind zum einen die Materialwissenschaft (Material, das nach einer Verformung wieder in seinen Ausgangszustand zurückkehrt, wie beispielsweise eine Feder) oder die klinische Psychologie (Personen, die trotz traumatischen Erlebnissen keine psychischen Krankheiten entwickeln) (vgl. Weiß et al. 2018, S. 15).

Resilienz im sozialen Hinblick umfasst die menschliche Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Lebensumständen. Demzufolge wird Resilienz oft auch als psychische Robustheit, Widerstandskraft oder Unverwundbarkeit bezeichnet. Die Anwendung des Begriffes als Beschreibung von Personen findet ihren Ursprung in der Beobachtung, dass Menschen unterschiedlich auf problematische Lebensumstände, Risiken und Krisen reagieren. Wie oben beschrieben, das Beispiel zur klinischen Psychologie – einige Personen sind sehr anfällig für psychische Auffälligkeiten, andere dagegen können diese schnell überwinden (vgl. Henninger 2015, S. 158). Es handelt sich nicht um Konfliktvermeidung, sondern um Konfliktkompetenz (vgl. Schmidt-Lellek 2014, S. 355).

Es gab in der Vergangenheit viele Forschungen bezüglich der Entwicklung von Resilienz. Ich möchte auf eine der wohl bekanntesten Forschungen eingehen: die Kauai-Studie. Diese Studie wurde unter der Leitung von Emmy Werner und Ruth Smith durchgeführt. Während dieser Studie wurde der komplette Jahrgang 1955 auf einer hawaiianischen Insel (Kauai) begleitet. Insgesamt waren es 698 Kinder, die über 40 Jahre hinweg begleitet wurden. Die Daten der jeweiligen Kinder wurden jeweils im Alter von 1, 2, 10, 18, 32, 40 Jahren zusammengefasst. Bei ungefähr einem Drittel dieser Personen wurde ein Entwicklungsrisiko festgestellt: Sie wurden vor ihrem zweiten Lebensjahr bereits vier oder mehr Risikobedingungen ausgesetzt (beispielsweise chronische Armut oder geringes Bildungsniveau). Zwei Drittel der genannten Personen wiesen im weiteren Entwicklungsverlauf schwere Lern-/Verhaltensauffälligkeiten auf, wurden straffällig oder wurden sehr früh schwanger. Das restliche Drittel dieser Kinder konnte sich trotz Risikofaktoren zu selbstfähigen

und leistungsstarken Erwachsenen entwickeln. Hier wurden erstmals die sogenannten Resilienzfaktoren nachgewiesen (vgl. Wustmann 2005, S. 7f.). Durch diese Langzeitstudie wurde gezeigt, dass Grundvoraussetzungen für Resilienz schon sehr früh im Leben entstehen können/sollen. Das heißt aber nicht, dass sich Resilienz nur im Kindesalter erwerben lässt. Diese Fähigkeit kann ein Leben lang ausgebaut und trainiert werden (vgl. Kainzbauer, Brandhuber 2021 (Internetquelle)).

Die Faktoren der Resilienz wurden mittlerweile gut erforscht und in sieben Punkte unterschieden. In folgender Abbildung werden die Sieben Säulen der Resilienz deutlich (In der Literatur der sozialen Resilienzforschung gibt es einige Abweichungen der Säulen, sie meinen jedoch beinahe das gleiche mit der jeweiligen Säulenbeschreibung.) (vgl. Kainzbauer, Brandhuber 2021 (Internetquelle)):



Abbildung 1: Die Sieben Säulen der Resilienz

(Quelle: <https://www.informatik-aktuell.de/management-und-recht/projektmanagement/teamresilienz-das-eigentliche-fundament-agiler-entwicklung.html>)

1. Emotionssteuerung: Ein Individuum kann negative, als auch positive Gefühle wahrnehmen und selbst entscheiden, wie diese das Individuum beeinflussen.
2. Impulskontrolle: Man muss nicht seinen ersten Impulsen folgen.
3. Kausalanalyse: Eine Person erkennt die Gründe für die Situation oder seinen Zustand. Dabei ist er ehrlich zu sich selbst (vgl. Kainzbauer, Brandhuber 2021 (Internetquelle)).
4. Optimismus: Der feste Glauben daran, dass Krisen überwunden werden können. Diese Säule fördert die Selbstwirksamkeit.

5. Selbstwirksamkeit: Die eigene Überzeugung Dinge beeinflussen zu können (vgl. Götze 2013, S. 47).
6. Zielorientierung: Die Person hat ein klares, realistisches Ziel und arbeitet darauf hin. Außerdem lässt sie sich durch Rückschläge nicht entmutigen.
7. Empathie: In eine andere Perspektive hineinversetzen können (vgl. Kainzbauer, Brandhuber 2021 (Internetquelle)).

Der Gegenbegriff von Resilienz ist die Vulnerabilität, gemeint ist die Verwundbarkeit oder Verletzlichkeit. Deswegen wird Resilienz, wie oben beschrieben, oft als psychische Robustheit oder Unverwundbarkeit bezeichnet (vgl. Henninger 2015, S. 158).

Die Forschung setzt die Resilienz aus zwei verschiedenen Faktoren zusammen. Zum einen aus Wechselwirkungen von Belastungen und zum anderen aus Ressourcen. Der Ressourcenbegriff bezeichnet ganz allgemein gesagt Grundgüter oder Hilfsmittel, auf die man zurückgreifen kann. Eine Ressource kann als eine Art Quelle verstanden werden, auf die man immer wieder zurückgreifen kann. Ressourcen sind sehr weit gefächert. Beispiele hierfür sind: Geld, Zeit, Gesundheit oder Beziehungen. Diese Ressourcen können durch kritische Lebensereignisse sowohl gefördert als auch belastet werden (vgl. Brandtstädter 2011, S. 56 f.).

Um von Resilienz sprechen zu können, muss also eine belastende Situation bestehen, die erfolgreich bewältigt worden ist (vgl. Henninger 2015, S. 164).

3.2 Risiko- und Schutzfaktorenkonzept

Bis zu den 1970er Jahren wurden hauptsächlich Studien zu den Risikoeinflüssen der Resilienz durchgeführt. Demzufolge lag hier der Blick hauptsächlich auf den Defiziten und Schwierigkeiten für ein resilientes Leben. Erst wesentlich später wurde die Aufmerksamkeit auf Ressourcen und Schutzfaktoren gerichtet. Im Resilienzkonzept liegt jedoch ein wesentlicher Fokus auf der Bewältigung von Risiken. So müssen sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren Beachtung finden, denn letztendlich wirken immer beide Faktoren auf die Entwicklung der Resilienz ein (vgl. Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff 2019, S. 20). Doch was versteht man nun genau unter diesen Konzepten?

3.2.1 Risikofaktorenkonzept

Bei dem Risikofaktorenkonzept stehen im Mittelpunkt die Faktoren und Lebensbedingungen, die die Entwicklung der Resilienz beeinträchtigen können und ebenfalls zu seelischen Störungen und Erkrankungen führen können (vgl. Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff 2019, S. 21).

In Anlehnung an das sozioökologische Modell von Bronfenbrenner (vgl. Mash 2018) unterscheidet man Risikofaktoren in fünf verschiedenen Bereichen:

1. der Kultur (zum Beispiel Diskriminierung aufgrund der Religion)
2. der Gesellschaft (zum Beispiel Konflikte, Krieg oder Naturkatastrophen)
3. der unmittelbaren Umgebung (zum Beispiel die Streit in der Nachbarschaft oder Schule)
4. der Familie (zum Beispiel Erkrankungen nahestehender Personen)
5. des Individuums (zum Beispiel Depressionen) (vgl. Thun-Hohenstein et al. 2020, S. 10f.)

Besonders schwerwiegende Risikofaktoren sind traumatische Erlebnisse, wie beispielsweise sexueller Missbrauch oder Gewalttaten. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass nicht jeder Risikofaktor automatisch eine „Entwicklungsgefährdung“ darstellt, dies kommt meistens erst durch eine Häufung von Belastungen zustande (vgl. Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff 2019, S. 23).

3.2.2 Schutzfaktorenkonzept

Schutzfaktoren werden als Merkmale beschrieben, die das Auftreten einer psychischen Störung oder einer unangepassten Entwicklung verhindern oder abmildern sollen. Schutzfaktoren werden auch als entwicklungsfördernde oder risikomildernde Faktoren bezeichnet (vgl. Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff 2020, S. 18 f.).

Ein wichtiger Bestandteil für eine resiliente Entwicklung ist eine stabile, unterstützende und zugewandte Beziehung. Dazu zählen zum Beispiel Fürsorgepersonen aus dem Familienkreis, Freunde, (Ehe-)Partner oder pädagogische/pflegerische Dienste. Somit ist es nicht entscheidend, zu wem diese Beziehung besteht, sondern wie diese Beziehung gestaltet ist, damit sie sich positiv auswirkt (vgl. Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff 2020, S. 18 f.).

Schutzfaktoren lassen sich ebenso wie Risikofaktoren auf den genannten fünf Ebenen finden:

1. der Kultur (zum Beispiel Bräuche und Sprachen einer Religion)
2. der Gesellschaft (zum Beispiel die positive politische Auswirkung von Gesetzen)
3. der unmittelbaren Umgebung (zum Beispiel positive Schulerfahrungen oder eine sichere Nachbarschaft)
4. der Familie (zum Beispiel eine dauerhaft gute Beziehung zu einer Bezugsperson)
5. des Individuums (zum Beispiel eine überdurchschnittliche Intelligenz) (vgl. Thun-Hohenstein et al. 2020, S. 10 f.).

Risiko- und Schutzfaktoren sind nicht scharf voneinander abzugrenzen, sie sollten jedoch unabhängig voneinander entweder als Risiko- oder als Schutzfaktor betrachtet werden (vgl. Fingerle 2011, S. 125)

3.3 Kritik zum Resilienzbeff

Die Resilienzforschung verfügt mittlerweile über eine lange Forschungsgeschichte. Richtig angewandt wurde die Resilienzforschung in der Praxis allerdings erst in den letzten zehn Jahren. Dies liegt vor allem daran, dass Resilienz in der populärwissenschaftlichen Literatur oft sehr fragwürdig ausgelegt wurde. Diese Auslegung erinnerte an die Anfänge der Resilienzforschung, in der Resilienz gleichgesetzt wurde mit Unverwundbarkeit oder besonderer Begabung (vgl. Rönnau-Bose und Fröhlich-Gildhoff 2020, S. 25).

Problematischer Weise wird Resilienz, beispielsweise in der Arbeitswelt, immer mehr zu einem „Trendkonzept“ gemacht. So werden Arbeitnehmer*innen immer fitter darin gemacht, schwierige Rahmenbedingungen zu bewältigen, ohne die Arbeitsbedingungen anzupassen. Ein Beispiel hierfür ist die US-Armee. Die Soldat*innen werden vor Kriegseinsätzen gestärkt, besser mit den auf sie zukommenden Erfahrungen umzugehen, um anschließend keine posttraumatischen Belastungsstörungen zu entwickeln. Das Konzept der Resilienz wird hier zweckentfremdet, um politische Interessen zu verfolgen (vgl. Rönnau-Bose und Fröhlich-Gildhoff 2020, S. 26).

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass eine zu hohe Anzahl resilienter Personen möglicherweise zu einer mangelnden Toleranz führen könnte. Da Resilienz situationsabhängig ist, unterscheiden sich die Individuen, welche Krisen sie in welcher Situation er-

folgreich bewältigen können. Ein Beispiel für die Entwicklung der Intoleranz: Arbeiten Personen über einen längeren Zeitraum zusammen und zeigen in vielen Situationen resilientes Verhalten, könnte der Eindruck entstehen, dass diese Personen generell resilient sind. Wenn dann eine von den oben genannten (o. g.) Personen eine gewisse Situation nicht bewältigen kann, könnte dies zu Unverständnis und Intoleranz führen (vgl. Henninger 2015, S. 163f.).

Ein Kritikpunkt, der in der Literatur weniger Beachtung findet, ist die starke Fokussierung auf die positiven Stärken, Ressourcen und Schutzfaktoren einer Person. Dies kann dazu führen, dass negative Gefühle, wie zum Beispiel Schmerz oder Trauer auf weniger Akzeptanz treffen. Die Person wird aufgefordert, sich die eigenen positiven Seiten und Ressourcen vor Augen zu führen, ansonsten wird die Person schnell dazu „gedrängt“. Hierbei wird oft vergessen, dass auch eine resiliente Entwicklung sehr anstrengend ist und sehr viel Kraft benötigt. Die Bewältigung der Schwierigkeiten mag womöglich funktionieren (durch verschiedene Schutzfaktoren), der Weg dorthin wird aber oft nicht einfacher für die Betroffenen (vgl. Rönna-Bose und Fröhlich-Gildhoff 2020, S. 26).

3.4 Methoden zur Resilienzförderung

Nun, da das Thema Resilienz ausführlich betrachtet wurde, benötigen wir Methoden, die zur Resilienzförderung beitragen können. Die Schwierigkeit hierbei ist, dass die meisten gängigen und bekannten Methoden schon im Kindesalter angewandt werden (müssen). Da das Thema dieser Arbeit allerdings von Erwachsenen Menschen mit Behinderung handelt, benötigen wir Methoden zur Resilienzförderung, die bei erwachsenen Personen angewandt werden können. Deshalb können einige der bereits bestehenden Resilienzförderungskonzepte nicht für diese Art der Resilienzförderung, nämlich der Erwachsenengruppe, angewandt werden. In den folgenden Unterpunkten gehe ich zuerst auf die empowermentbasierten Methoden zur Resilienzförderung ein und im Anschluss auf weitere Methoden zur Resilienzförderung bei erwachsenen Menschen.

3.4.1 Empowermentbasierte Methoden zur Resilienzförderung

Da Empowerment und Resilienz nah beieinander liegen, hat es sich für mich an, einige der Empowermentmethoden für die Resilienzförderung zu verwenden. Im folgenden Kapitel wird vorerst erklärt, was Empowerment bedeutet, die Gemeinsamkeiten zwischen Resilienz und Empowerment werden aufgezeigt und erläutert und anschließend folgen einige empowermentbasierte Methoden und deren Förderungspotenzial der Resilienz.

3.4.1.1 Definition Empowerment

Empowerment wörtlich übersetzt heißt „Selbstbefähigung“ oder „Selbstbemächtigung“. Herriger versucht in seinem Buch *Einführung in das Empowerment in der Sozialen Arbeit (2002)* den kleinsten gemeinsamen Nenner zur Definition von „Empowerment“ zu formulieren (S. 13).

Empowerment definiert Herriger wie folgt:

„Entwicklungsprozesse in der Dimension der Zeit, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, derer sie bedürfen, um ein nach eigenen Massstäben buchstabiertes ‚besseres Leben‘ zu leben“ (Herriger 2020, S. 13).

Das Ziel von Empowerment ist also grob gesagt ein „besseres Leben“. Dieses Ziel ist offen für Interpretationen und ideologische Rahmungen. Dies führt dazu, dass es bis heute keine allgemein akzeptierte Definition von Empowerment gibt (vgl. Herriger 2020, S. 13).

Ebenso beschreibt Herriger in seinem Buch, dass es notwendig ist, den Empowerment-Begriff zu präzisieren, bevor man sich mit ihm inhaltlich auseinandersetzt. Hier werden vier Zugänge von einer Definition zu Empowerment unterschieden (vgl. Herriger 2020, S. 14):

1. politisch: Empowerment thematisiert in diesem Zusammenhang die ungleiche Verteilung von politischer Macht und Einflussnahme. Das Ziel ist eine Umverteilung von Macht, indem sich Menschen ein Mehr an demokratischem Partizipationsvermögen und politische Entscheidungsmacht aneignen. Hierzu zählen alle Arbeitsansätze und Projekte, die der sozialen Emanzipationsbewegung entstammen, beispielsweise die feministische Bewegung (vgl. Herriger 2020, S. 14).

2. lebensweltlich: Mit dieser Definition von Empowerment ist die Bewältigung von Belastungen oder Komplikationen im Alltag gemeint. Diese Belastungen werden aus eigener Kraft bewältigt und möchten nach eigenen Maßstäben ein gutes Lebensmanagement realisieren (vgl. Herriger 2020, S. 15). Diese Definition von Empowerment hat die gleichen grundlegenden Rahmenbedingungen wie bei der Resilienz: *„Der Blick richtet sich hier gezielt auf die Ressourcen und Stärken der Menschen, auf ihre Potentiale zur Lebensbewältigung und -gestaltung“* (Stark, 1996, S.107, zit. in Herriger, 2002, S. 16).
3. reflexiv: Definitionen im reflexiven Wortsinn bedeutet die aktive Aneignung von Macht durch die Betroffenen selbst. Hier kann Empowerment als ein „Prozess der Selbstbemächtigung“ oder auch „Selbstaneignung“ von Lebenskräften dienen. Diese Definition betont somit den Aspekt der Selbsthilfe (vgl. Herriger 2020, S. 15).
4. transitiv: Transitive Definitionen richten den Fokus auf die Mitarbeiter*innen psychosozialer Dienste und Einrichtungen, die Prozesse der (Wieder-)Aneignung der Selbstbestimmung anregen und unterstützen. Ebenso werden Ressourcen für das Empowerment bereitgestellt. Hier wird demzufolge die Selbstbestimmung mit Hilfe von Fachleuten gefördert (vgl. Herriger 2020, S. 20).

Aus diesen vier verschiedenen Definitionen hat Herriger eine Definition zusammengefasst:

„Handlungsziel einer sozialberuflichen Empowerment-Praxis ist es, Menschen das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich die Erfahrung der eigenen Stärke aneignen und Muster einer solidarischen Vernetzung erproben können“ (Herriger 2020, S. 20).

3.4.1.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum Resilienzkonzept

Grundsätzlich ist zu sagen, dass das Resilienzkonzept eine Erweiterung des Empowermentkonzeptes ist (vgl. Bernard 2010, S. 62). Eine wesentliche Gemeinsamkeit lässt sich vor allem im lebensweltlichen und reflexiven Wortzugang finden. Bei dem lebensweltlichen Wortzugang ist das Ziel, ein gutes Lebensmanagement zu realisieren (vgl. Herriger 2020, S. 15). Was hat Resilienz jetzt aber mit dem Erzielen eines guten Lebensmanagements gemeinsam? Die Resilienz kann durch Nutzung eigener Ressourcen weitere Schutzfaktoren entwickeln. In einer schwierigen oder belastenden Situation sind also Ressourcen wichtig, um eine positive Entwicklung fördern zu können. Somit ist auch die Nutzung von Ressourcen als Schutzfaktoren ein wichtiger Bereich, um ein gutes Lebensmanagement (Empowerment) realisieren zu können.

Im reflexiven Wortzugang besteht der Zusammenhang zwischen Empowerment und Resilienz sich selbst zu helfen. Das Ziel im reflexiven Wortzugang ist die Selbstaaneignung von Lebenskräften, also die Selbsthilfe (vgl. Herriger 2020, S. 15). Auch dies ist Bestandteil der Resilienz. Schon in Kindheitsjahren eignet man sich Ressourcen für ein resilientes Leben an. Doch auch, wenn ein Mensch erwachsen ist, eignet dieser sich immer neue Schutzfaktoren durch Ressourcenfindung an, damit er sich selbst helfen kann. Die Selbstwirksamkeit findet man zudem in einer der Sieben Säulen der Resilienz (siehe Abbildung 1) wieder.

Demzufolge scheinen Resilienz und Empowerment eine ähnliche Zielsetzung zu haben. Jedoch gibt es auch hier einige Unterschiede.

Aus meiner bisher angewandten Literatur geht heraus, dass es für die Resilienz nötig ist, sowohl Schutzfaktoren, als auch Risikofaktoren zu besitzen. Bei Empowerment ist dies nicht notwendig. Zudem liegt ein weiterer Unterschied in der Zielsetzung der beiden Konzepte. Das Ziel der Resilienz ist es, durch Benutzung von Ressourcen eine positive Entwicklung zu erreichen oder auch zu verhindern. Das Empowermentkonzept stellt den Prozess zu einer positiven Lebensentwicklung in den Mittelpunkt. Das Empowerment liefert also klare Anweisungen an die Soziale Arbeit, sowie deren Handlungskompetenzen. Die Resilienz versucht erst Prozesse zur Entwicklung der Resilienz aufzubauen, bevor sich Handlungsansätze davon ableiten lassen.

Die Ressourcen der Resilienz können laut der verwendeten Literatur ebenfalls bei dem Empowermentkonzept angewandt werden. Hierzu sollte man die Ressourcen

aktivieren, die wichtig sind, um zukünftige Lebenskrisen bewältigen zu können. Das heißt, dass Ressourcen für eine selbstbestimmte Lebensweise notwendig sind und somit die Entwicklung von Resilienz ermöglichen. Ebenfalls ein großes Ziel des Empowermentkonzeptes ist es, die Resilienz zu stärken, indem eine Art Schutzschild der psychischen Widerstandskraft aufgebaut wird, damit mögliche Gefahren beseitigt werden können (vgl. Sohns 2009, S. 86).

Im folgenden Punkt werden einige Methoden des Empowermentkonzeptes aufgezeigt, wie ein Empowermentprozess durch die Soziale Arbeit angeregt werden kann und welche Schutz- und Risikofaktoren der Resilienz dabei gefördert werden.

3.4.1.3 Resilienzförderung durch empowermentbasierte Methoden

Methoden zur Selbstbefähigung

Wie oben schon beschrieben ist das Resilienzkonzept eine Erweiterung des Empowermentkonzeptes. Methoden des Empowerments zur Selbstbefähigung bieten wirksame Strategien, um Ressourcen freizulegen und zu fördern. Aus diesem Grund werden oft Methoden zur Selbstbefähigung auch als Resilienzförderung genutzt (vgl. Bernard 2010, S. 62).

Konzept der Selbstwirksamkeit

Dieses Konzept beschreibt einen selbstwirksamen Menschen, der in der Lage ist, auch in schwierigen Situationen die Kontrolle zu behalten. Ein Beispiel macht dieses Konzept nachvollziehbarer: Menschen, bei denen die Selbstwirksamkeit gering ausgeprägt ist, neigen eher dazu, sich als Spielball „höherer Kräfte“ zu fühlen. Alle Ereignisse führen sie deshalb auf äußere Umstände oder andere Personen zurück. Wer viel Selbstwirksamkeit besitzt, nimmt sein Leben aktiv selbst in die Hand. Das Konzept Selbstwirksamkeit findet sich zudem in eine der Sieben Säulen der Resilienz (siehe Abbildung 1) wieder (vgl. Götze 2013, S. 35).

Umsetzung des Modells der Menschenstärken

Das Empowermentkonzept bezeichnet den Menschen als „kompetenter Konstrukteur eines gelingenden Alltags“, welcher die alltäglichen Belastungen produktiv bewältigen kann und so immer mehr „Regisseur der eigenen Biographie“ wird.

Einige Prinzipien des Konzeptes der Menschenstärken sind folgende:

- jeder Mensch besitzt Stärken, alle Menschen haben Fähigkeiten zu lernen und sich zu verändern
- jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung
- der Fokus liegt auf die selbstempfundene Stärken des/der Klient*in

Schaut man sich die „sechs Bausteine“ der Menschenstärken laut Herriger genauer an, erkennt man einige Gemeinsamkeiten zum Resilienzkonzept. So ist erkennbar, dass Menschenstärken mehrere Risiko- und Schutzfaktoren miteinbezieht. Außerdem werden wichtige Resilienzfaktoren vermittelt. Die Arbeit mit dem Modell der Menschenstärken eignet sich demzufolge besonders für die Stärkung von Ressourcen, die für die Schutz- und Resilienzfaktoren dienen können (vgl. Herriger 2020, S. 74 ff.).

3.4.2 Weitere Methoden zur Resilienzförderung

Spezifische Resilienzförderung durch Prävention und Intervention

Das Resilienzkonzept bestätigt die Prävention, dass die möglichst früh beginnende Lebens- und Gesundheitsförderung von Menschen wichtig ist. Der Begriff „Prävention“ kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „zuvorkommen“. Prävention versucht durch das Einsetzen gezielter Maßnahmen das Auftreten unerwünschter Zustände zu verhindern. Damit Präventionsprogramme hilfreich für die Resilienzförderung sind, benötigt es einige Faktoren, die vorhanden sein sollten bzw. beachtet werden müssen. Beispiele hierfür sind eine sehr nahestehende Bezugsperson des jeweiligen Individuums, eine gute theoretische Begründung (orientiert an Risiko-/ Schutzfaktoren) und/oder strukturierte Programme und Evaluation (vgl. Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff 2019, S. 58ff.).

Die Intervention beschäftigt sich mit der Frage, wie körperliche Gesundheit, geistige Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden in schwierigen Lebenssituationen gestärkt werden können. Hierbei geht es um die Vermittlung von Optimierungskompetenzen (vgl. Leipold 2015, S. 176).

Die menschliche Fähigkeit zur Entwicklung und Wachstum ist bedeutend für diese Förderungen bei Menschen aller Altersstufen. Mittels Forschungsbefunde ist es möglich, Bewältigungskompetenzen gezielt zu fördern. Durch Interventions- oder Präventionsprogramme können zudem Kompetenz und Selbstwirksamkeit erhöht werden (vgl. Bernard 2010, S. 61). Ein wichtiges Ziel der Präventions- und Interventionsforschung ist es, die Schwierigkeiten und Bedürfnisse der Betroffenen in ihrem sozialen Umfeld genauer zu verstehen, um eine bestmögliche Unterstützung darauf abstimmen zu können (vgl. Leipold 2015, S. 176).

Die Professionelle Beziehung als Ressource

Zwischenmenschliche Beziehungen sind wichtige Bestandteile der Schutzfaktoren der Resilienz. Auch in der Sozialen Arbeit ist eine gute Bindung zu dem/der Klient*in wichtig, um gut mit diesem/dieser kooperieren zu können. Eine professionelle Beziehung gewinnt hier nun an zusätzlicher Bedeutung. Diese Ressource wird leider oft unterschätzt oder nicht optimal genutzt. Aus diesem Grund sollte sie beachtet und bewusst gefördert werden (vgl. Bernard 2010, S. 62).

Vertrauen in menschliche Selbstheilungskräfte

Ist ein Mensch traumatisiert schwächt dies sein Vertrauen in die selbstheilenden Kräfte. Oft verhindert diese Person zudem die Unterstützung ihres Umfeldes. Somit werden viele Ressourcen nicht beibehalten, sondern blockiert. Glaubt man allerdings an diese „Macht“ der selbstheilenden Kräfte wird das Vertrauen zu Menschen gestärkt. Selbsthilfegruppen der Anonymen-bewegung bauen beispielsweise auf diese Methode auf (vgl. Bernard 2010, S. 62).

Langzeitperspektive statt Kurzzeittherapie

Laut der Ergebnisse der Resilienzforschung scheint es falsch zu sein, Menschen einmalig zu betrachten und daraus einen Entschluss auf ihre spätere Entwicklung zu ziehen. Der Trend vermehrt Kurzzeittherapien anzubieten ist häufig begründet mit einem Sparverhalten. Auch bei sozialen Dienstleistungsunternehmen wird vermehrt darauf geachtet, eine günstige Form der Beratung bzw. Intervention zu wählen. Diese Entwicklungen aufgrund von Geldnot erschweren allerdings die Rechtfertigung von Langzeitinterventionen. Positive Ergebnisse der Entwicklung von Klient*innen sollte nicht als Rechtfertigung für eine Langzeitintervention gesehen werden, da eine menschliche Entwicklung nicht geradlinig erfolgt (vgl. Bernard 2010, S. 63).

Resilienzförderung nach dem Salutogenesekonzept

Dieses Modell geht der Annahme nach, dass Gesundheit das Ergebnis zwischen Risiko- und Schutzfaktoren darstellt. Die Salutogenese fragt also, wie Gesundheit entstehen kann. Das Grundprinzip dieses Konzeptes ist es, das Kohärenzgefühl zu stärken. Das Kohärenzgefühl umfasst die eigene Einstellung der Möglichkeiten, wie man Herausforderungen begegnet, angeht und bewältigt. Macht eine Person eine Erfahrung, indem sie eine belastende Situation bewältigt, so stärkt es das Kohärenzgefühl. Um das Salutogenesekonzept, also die Kohärenz zu fördern, kann an einem Biografieseminar teilgenommen werden. Hier wird den individuellen Personen bewusst gemacht, welche ihrer bisherigen Lebenssituationen angemessen bewältigt werden konnten und demzufolge frühere Ressourcen wahrgenommen wurden. Dies stärkt das Gefühl von Selbststeuerung und Selbstwirksamkeit (vgl. Kellner-Fichtl 2018, S. 86ff.).

Konzept der Vulnerabilität

Im Punkt 3.1 wurde der Begriff „Vulnerabilität“ erklärt. Warum wird dies aber als Konzept verwendet, wenn Vulnerabilität der Gegensatz zu Resilienz ist? Vulnerablen Personen gelingt es nicht, einen resilienten Weg zu beschreiten, da sie ein Übermaß von Risikofaktoren besitzen. Damit die Vulnerabilität nicht zu psychischen Erkrankungen führt, kann sie teilweise aufgehalten werden. Dies kann passieren, wenn

Schutzfaktoren, wie beispielsweise ein gutes Selbstbewusstsein, auf die Person einwirken. Das Auffinden solcher Schutzfaktoren steht im Mittelpunkt des Vulnerabilitäts-Konzeptes. Diese können als Bewältigungsressourcen oder Bewältigungsstrategien verwendet werden. Es geht bei diesem Konzept also um den Abbau von Risiken (vgl. Götze 2013, S. 34).

3.4.3 Resilienzförderung durch die zehn Life Skills der WHO

Die WHO hat sich ebenfalls mit dem Thema Resilienz beschäftigt. Sie sind bei der Frage, wie man mit schwierigen Situationen im Alltag umgeht auf zehn Kernkompetenzen gekommen, die sogenannten „Life Skills for Psychosocial Competence“. 1997 stellte die WHO ein Trainingskonzept auf, welches in Schulen genutzt wird und die elementaren life skills für das psychische Wohlbefinden vermitteln soll. Dabei stellt die WHO fest, dass es unzählige Faktoren gibt, die zu einer mentalen Gesundheit beitragen können. Diese zehn Faktoren stellen übergreifende Schlüsselkompetenzen für die Gesundheit und das Wohlbefinden dar. Dieses Konzept wurde zwar für Schulen entwickelt, es ist jedoch auch für erwachsene Personen bestimmt, denn: Resilienz lässt sich in jedem Alter fördern (vgl. Mauritz 2021 (Internetquelle)).

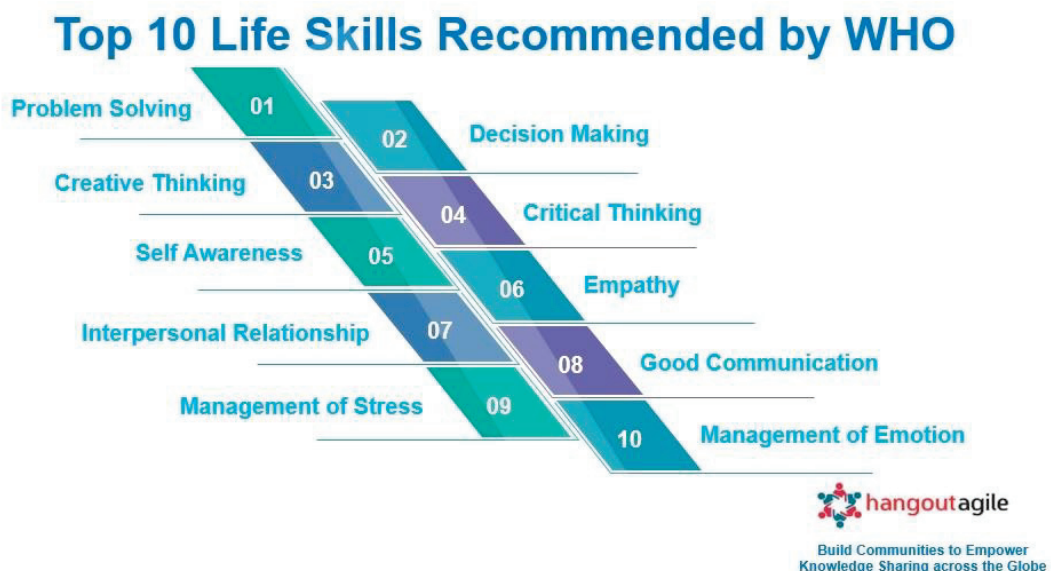


Abbildung 2: Top 10 Life Skills Recommended by WHO

(Quelle: <https://hangoutagile.com/do-you-know-the-top-10-life-skills-recommended-by-the-world-health-organization-who-is-that-a-good-idea-to-know-before-you-learn-and-develop/>)

Diese Abbildung stellt die zehn life skills der WHO dar. Im Folgenden wird kurz beschrieben, was die jeweiligen Punkte bedeuten (vgl. Mauritz 2021 (Internetquelle)).

1. *Problemlösefähigkeiten*: Sind Probleme eine längere Zeit ungelöst, wirkt sich das negativ auf die psychische Gesundheit aus. Deshalb ist es von Vorteil, schon in sehr jungen Jahren die Problemlösefähigkeit zu fördern.
2. *Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen*: Jede Handlung, die wir bewusst ausführen, beruht auf einer unserer Entscheidungen. Laut WHO ist diese Kompetenz damit verbunden, Einschätzungen über unsere verfügbaren Optionen und deren Auswirkungen treffen zu können.
3. *Kreatives Denken*: Diese Fähigkeit hilft beim Treffen von Entscheidungen, als auch bei der Problemlösung. Kreatives Denken ist die Fähigkeit, vorhandene Alternativen zu entdecken.
4. *Kritisches Denken*: Kritisches Denken befähigt uns Informationen zu analysieren. Zudem bemerken wir eher schädliche Einflüsse wie Gruppenzwang oder Medienmissbrauch.
5. *Selbstwahrnehmung*: Die Selbstwahrnehmung ist ein sehr wichtiger Resilienzfaktor. Diese Fähigkeit umfasst das Bewusstsein unserer Selbst, unseres Charakters, unserer Stärken und Schwächen als auch unseren Wünschen und Abneigungen. Ebenfalls ist sie oft Voraussetzung für eine empathische Kommunikation.
6. *Empathie*: Empathie ist die Grundlage sich in andere hineinzufühlen, um Situationen zu verstehen, die wir selbst nicht erlebt haben. Empathie ist eine grundlegende Fähigkeit für starke Beziehungen.
7. *Interpersonale Beziehungsfertigkeiten*: Durch diese Fertigkeiten können wir positive Beziehungen zu Menschen aufbauen, mit denen wir im Alltag zu tun haben. Dies stärkt psychisches und soziales Wohlbefinden. Neben dem Aufbau von Beziehungen zählen auch konstruktive Beendigungen dazu.
8. *Effektive Kommunikationsfähigkeit*: Dies ist die Fähigkeit Wünsche, Bedürfnisse aber auch Ängste ausdrücken zu können. Mit dieser guten Kommunikation ist also gemeint, dass wir uns gut ausdrücken können (sowohl verbal, als auch nonverbal).

9. *Stressbewältigung*: Stressbewältigung beginnt schon bei dem Erkennen, was Stress auslöst. Zudem beinhaltet es das Ausfindigmachen von Stressquellen und das verringern äußerer Faktoren.
10. *Gefühlsbewältigung*: Dies ist das Erkennen von Gefühlen bei sich, als auch bei anderen. Ist uns bewusst, dass sich Emotionen auf unser Verhalten auswirken, können wir angemessener mit ihnen umgehen.

Diese zehn Resilienzfaktoren zu kennen, ist ein wichtiger Schritt für den Ausbau und die Förderung der eigenen Kernkompetenzen (vgl. Mauritz 2021 (Internetquelle)).

4 Leitfadeninterview als Methode der qualitativen Forschung

Obwohl es nicht erforderlich ist, Interviews für eine Bachelorarbeit zu führen, habe ich mich dafür entschieden. Meine Bachelorarbeit habe ich anhand dieses Interviews aufgebaut und darauf bezogen. Ich habe zwei Leitfadeninterviews am 15. April 2021 mit zwei Klientinnen der ambulanten Eingliederungshilfe geführt. Diese gingen jeweils ca. 15 Minuten. Im Nachhinein habe ich sie vollständig transkribiert und dem Anhang dieser Arbeit beigelegt.

4.1 Definition Leitfadeninterview

Das Leitfadeninterview ist eine Form der Befragung, die zu den drei Basismethoden der empirischen Sozial- bzw. Kommunikationsforschung gehört. Des Weiteren gibt es zwei andere Methoden, die Inhaltsanalyse und die Beobachtung. (vgl. Brosius et al. 2012, S. 5). Das Leitfadeninterview wird oft als Oberbegriff von qualitativen Interviewformen verwendet, die zwar oft auch einen Leitfaden benutzen, aber dieser stellt nur ein Nebenaspekt der eigentlichen Interviewform dar. In dieser Arbeit wird das Leitfadeninterview als eine Form des Interviews verstanden, bei dem der Leitfaden bei der Erhebung des Gesagten im Interview hilft (vgl. Loosen 2015, S. 141).

Ähnlich dem Leitfadeninterview sind uns aus dem Alltag Befragungsformen bekannt, beispielsweise das Arzt-Patienten-Gespräch oder das Bewerbungsgespräch. Das Interview steht also weit verbreitet für eine face-to-face-Situation, indem einer Fragen stellt und der andere auf diese Fragen antwortet (vgl. Loosen 2015, S. 141 f.). Ziel dieser Interviewform ist es, die Perspektive des Interviewten nachvollziehen zu kön-

nen und dadurch komplexe Zusammenhänge zu sehen. Der/die Interviewte hat im Gespräch die Aufgabe, seine eigenen Erkenntnisse und Handlungen dem Interviewer mitzuteilen. Diese kann sowohl die Vergangenheit, als auch die Gegenwart betreffen (vgl. Vogelgesang 2011, S. 224).

Das Leitfadeninterview ist relativ offen gestaltet. Damit ist gemeint, dass der Leitfaden alle relevanten Themen und eventuell schon vorformulierte Fragen parat hat. Diese Fragen und Themen können im Interview flexibel auf die momentane Situation angepasst und gestellt werden. Hier gibt es keine Vorschrift, wann welche Frage zu stellen ist. Während des Gespräches dient der Leitfaden als Gedächtnisstütze, damit keine wichtigen Themen vergessen werden und damit man sich nicht in Themen verliert, die keine Bedeutung für die eigentliche Forschung besitzen. Die oben genannte Offenheit meint auch, dass der Interviewte keine Antwortmöglichkeiten vorgeschrieben bekommt, somit kann dieser für ihn wichtige Themen von alleine ansprechen (vgl. Riesmeyer 2011, S. 214f.).

4.2 Begründung der Methode

Zu Beginn der Titelfindung meiner Bachelorarbeit habe ich viel Brainstorming betrieben. Sowohl allein, als auch mit der Erstgutachterin meiner Arbeit. Ich erläuterte meine Vorstellungen der Arbeit und, dass ich gern ein Interview mit Klient*innen der Eingliederungshilfe führen würde. Nach der genauen Titelfindung haben wir geschaut, welche Interviewmethode am besten geeignet wäre. Nach einigen Recherchen meinerseits, habe ich mich für die Methode „Leitfadeninterview“ entschieden.

Warum habe ich mich für genau diese Methode entschieden, wenn es doch auch viele andere, präzisere Methoden gibt? Ganz einfach: Ich wollte von den Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe erfahren, in welchen Situationen sie sich mehr Hilfe und Unterstützung von der Sozialen Arbeit/Eingliederungshilfe wünschen und benötigen, damit sie ihre Resilienz beibehalten und steigern können. Dies bedeutete für mich, dass ich Interviews mit genau dieser Zielgruppe führen möchte, nämlich mit Klient*innen aus der ambulanten Eingliederungshilfe. Jedoch war mir seit Anfang an bewusst, dass Interviews mit diesen Klient*innen nicht einfach sein werden, da ich diese schon aus meinem Praktikum kannte. Zu diesen beiden Klientinnen, die ich mir für die Durchführung der Interviews ausgesucht habe, habe ich schon im Vorfeld eine

gute Bindung aufgebaut und somit haben sie mir gegenüber ein sehr offenes Verhältnis. In einer Interview-Situation sieht dies aber wahrscheinlich anders aus. Andere Klient*innen waren eher verschlossen, deshalb konnte ich mir mit diesen Klient*innen kein Interview vorstellen. Ich plante, dass im besten Falle die Interviewten einen höheren Redeanteil haben und Themen von sich aus ansprechen. Hier liegt im Übrigen zudem der Punkt, warum ich mich auf Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe bezogen habe und nicht auf Klient*innen der übergreifenden Eingliederungshilfe bzw. der stationären Eingliederungshilfe. Die ambulanten Klient*innen sind in den meisten Fällen wesentlich sprachbegabter sowie geistig befähigter. In der stationären Eingliederungshilfe würden die Klient*innen im Falle eines Interviews höchstwahrscheinlich kaum etwas sagen (können).

Aus anderen Interview-Gesprächen zwischen Klient*innen und außenstehenden Personen (beispielsweise Hilfebedarfs-Gespräche) weiß ich, dass die Klient*innen oft sehr angespannt sind, auch, wenn sie wissen, dass die außenstehenden Personen nur helfen wollen.¹ Und dies ist auch der Hauptgrund, warum ich mich für die Methode des Leitfadeninterviews entschieden habe. Dadurch, dass ich selbst entscheiden kann, wie ich das Interview führen möchte und wann ich welche Fragen stellen möchte, mache ich es den Klient*innen einfacher mir zu antworten. Ich habe mich außerdem bewusst für einen weniger ausgeprägten Leitfaden entschieden, bestehend aus drei bis vier Fragen. Diese Fragen muss der/die Interviewte beantworten. Für den Rest des Interviews wollte ich sehen, auf welche Aspekte die Klient*innen noch eingehen. So hoffte ich herauszufinden, bei welchen Themen sie eventuell Hilfe benötigen könnten. Dadurch, dass mein Leitfaden nicht stark ausgeprägt war, habe ich immer die Möglichkeit gehabt, kleine Zwischenfragen zu stellen, falls der/die Klient*innen nicht weiß, was er als nächstes antworten soll.

Zusammengefasst habe ich mich also für das Leitfadeninterview entschieden, um es den Klient*innen so angenehm wie möglich zu machen, damit sie frei sprechen können, allerdings trotzdem meine Fragen beantworten und zum anderen habe ich diese Methode gewählt, damit die Klientinnen weitere Themen ansprechen können.

¹ Dies ist natürlich nicht auf alle Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe bezogen, sondern nur auf diese, die ich kennenlernen durfte.

4.3 Vorbereitungen

Um ein Interview durchführen zu können, müssen allerlei Vor- und Nachbereitungen getroffen werden. Zudem kommt natürlich noch die Durchführung des eigentlichen Interviews. Was alles dazugehört und wie ich dies umsetzen konnte, sieht man in den folgenden Unterpunkten.

4.3.1 Vorgehensweise

Meine Bachelor-Arbeit, habe ich mit der Formulierung der Fragestellung begonnen. Das Thema meiner Arbeit sollte „Resilienz bei Menschen mit Behinderung“ einbeziehen, ebenso präsent war die Idee, die Corona-Pandemie in das Thema einzubinden, da dies ein sehr aktuelle Thema für die gesamte Menschheit ist. So kam ich zu der Fragestellung meiner Bachelorarbeit, die ebenfalls zur Vorbereitung meiner geführten Interviews helfen sollte: „Resilienz von Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe – Wo besteht Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit unter Einbeziehung der Corona-Pandemie?“. Die wesentlichen Punkte während der Interviews waren also: „Wie sieht die Resilienz bei Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe aus (auch während der Corona-Pandemie)? Wo kann die Soziale Arbeit helfen?“.

Mir war klar, dass ich die Interviews in der Einrichtung halten möchte, in der ich auch während meines Praktikums tätig war. Außerdem arbeite ich seit ca. drei Jahren in dieser Einrichtung. Dies ist eine Einrichtung für Menschen mit Behinderung, die sowohl stationär als auch ambulant vertreten sind. Ich fragte bei dem Einrichtungsleiter nach, ob es möglich wäre, Interviews für meine Bachelor-Arbeit mit zwei ambulanten Klient*innen zu führen. Er stimmte zu und verwies mich auf die zuständige Sozialarbeiterin, mit der ich ebenfalls schon Kontakt im Praktikum hatte. Ich erklärte ihr mein Vorhaben und erzählte von den Klientinnen, die ich zu diesem Zeitpunkt als Interviewpartner favorisierte. Sie war mit diesen beiden Klientinnen einverstanden und vermittelte uns. Die eine Klientin konnte ich vor Ort besuchen, da sie eine Wohnung direkt neben der Einrichtung hat. Ich erklärte ihr ebenfalls mein Vorhaben und wir besprachen alle weiteren Details (zum Beispiel Zeitpunkt, Ort, Themen). Anschließend tauschten wir Telefonnummern aus, im Falle, dass sich etwas ändert, oder es weitere Fragen zum Interview gibt. Bei der zweiten Klientin hat die Sozialarbeiterin angerufen, da sie nicht im Ort wohnt, sondern 15 Auto-Minuten entfernt. Auch mit ihr

besprach ich alle Themen, die das Interview betreffen und verabredete mich mit ihr. Wir tauschten ebenfalls Telefonnummern aus.

Es bat sich an, Klient*innen aus der ambulanten Eingliederungshilfe zu interviewen, die ich vorher durch mein Praktikum kannte. Ausschlaggebend, für welche Klient*innen ich mich entscheide war, welche Beziehung ich zu ihnen habe und, ob sie sich mir gegenüber und auch im Interview öffnen können. Ebenfalls wichtig war mir, dass diese sich auch entsprechend ausdrücken können. Ich ging davon aus, dass die Klientinnen, die ich für die Interviews gewählt habe zwar frei sprechen können, jedoch des Öfteren Hinweise und weitere Fragestellungen benötigen, damit sie wissen, was sie noch ansprechen könnten. Das Setting des Interviews waren die Wohnungen der jeweiligen Klientinnen. Dies bat sich an, da sie sich hier am sichersten und am wohlsten fühlen.

Anschließend erfolgte die Erstellung des Leitfadens. Hierauf gehe ich in Punkt 4.3.2 näher ein.

Am Tag des Interviews fuhr ich zu den jeweiligen Klientinnen zu der verabredeten Uhrzeit. Hier führten wir erst etwas Smalltalk zum warm werden. Anschließend stellte ich mögliche, offen gebliebene, Fragen vor Beginn des Interviews klar und erklärte noch einmal das Thema des Interviews. Schließlich führten wir die Interviews durch.

Nach den Interviews folgte die Transkription des Gesagten. Dies ist ein sehr aufwendiger Prozess. Ich habe mich für die vereinfachte Transkription entschieden. Hier gebe ich das Gehörte wörtlich wieder. Mögliche Dialekte übersetze ich ins Hochdeutsche, Zeichensetzung setze ich selbst und Räuspern etc. übernehme ich nicht. Die Transkripte der beiden Interviews sind im Anhang zu finden.

4.3.2 Erstellung des Leitfadens

Um ein Leitfadeninterview durchführen zu können, muss vorab ein Leitfaden erstellt werden. Als erstes muss entschieden werden, wie ausführlich der Leitfaden verfasst werden soll. Es gibt drei Möglichkeiten, wie man ein Leitfadeninterview strukturieren kann:

- voll standardisiert (Frageinhalt, Reihenfolge der Fragen und Antworten sind vorgegeben)

- halb standardisiert (nur Frageinhalt und Reihenfolge der Fragen sind vorgegeben)
- nicht standardisiert (nur Themen des Interviews sind vorgegeben) (vgl. Loo-
sen 2015, S. 142).

Falls keine dieser drei Möglichkeiten den Vorstellungen entspricht ein Interview zu führen, kann natürlich auch von diesen abgewichen werden. Ich habe mich für meine Interviews zwischen eine Mischung aus dem halb standardisierten und dem nicht standardisierten Interview entschieden. Es war mir wichtig, dass sich die Klientinnen bei den Interviews wohl fühlen. Dadurch, dass sie eine geistige Behinderung haben und ich sie durch mein Praktikum kennenlernen durfte, weiß ich, dass es eventuell schwierig werden könnte, wenn sie bei dem Interview voll auf sich allein gestellt sind. Ich wollte es ihnen so angenehm wie möglich gestalten und eventuell kommenden Druck rausnehmen. So habe ich beispielsweise, wenn die Klientinnen nicht mehr wussten, was sie sagen sollen, eine weitere Anmerkung gemacht, Hilfestellung gegeben oder eine andere Frage gestellt. Ich wollte vermeiden, dass sie nicht wissen, wie sie sich ausdrücken sollen oder es nicht mehr wollen. Ebenso hoffte ich, dass die Klientinnen eigene Themen ansprechen, die sie für wichtig erachten. Deshalb war meine Idee, das Interview nicht vollkommen durchstrukturiert vorzubereiten auch geeignet.

Mein Leitfaden enthielt fünf Fragen, die von den Interviewten beantwortet werden sollten:

- Wie hat sich seit letztem Jahr März dein Leben verändert?
- Wie fühlst du dich momentan?
- Kennst du die momentanen Corona-Regeln und kannst du sie umsetzen?
- Findest du, du bekommst genügend Unterstützung?
- Was hilft oder erschwert es dir, das eigene Wohlbefinden aufrecht zu erhalten?

Diese Fragen habe ich passend zum Thema des Interviews gewählt. Sollten die Klientinnen durch diese Fragen auf ein anderes Thema kommen, ist dies erlaubt, denn ich möchte so viele Anhaltspunkte wie möglich durch diese Interviews herausfinden. Zusätzlich zu den Fragen habe ich individuelle Nebenfragen gestellt. Ich habe zum

Beispiel nachgefragt, was genau die Person meint oder das hinterfragt, was mir wichtig erschien.

4.4 Durchführung des Interviews

Die qualitative Erhebung fand am Donnerstag, den 8. April 2021 statt. Die Interviews dauerten jeweils ca. 15 Minuten. Der Name der Einrichtung sowie die Namen der Klientinnen bleiben anonym. Die Interviews der beiden Klientinnen sind im Anhang zu finden.

4.4.1 Interviewsituation

Noch vor Beginn der jeweiligen Interviews wurde den Interviewten mitgeteilt, dass die Interviews vollkommen anonym bleiben und sie alle Anmerkungen äußern können, die sie wollen. Hier ergab sich die unerwartete Situation, dass eine der beiden Interviewten nicht wusste was das Wort „anonym“ bedeutet. Ich versuchte ihr das Wort in leichter Sprache zu erklären und sie bestätigte, dass sie es verstanden hat. Zudem habe ich noch einmal klargestellt, um welches Thema sich das Interview handeln wird und für welchen Zweck wird dieses führen. Ebenfalls fragte ich vor Beginn des Interviews, ob es für die Interviewten in Ordnung ist, wenn ich mir nebenbei einige Notizen machen und das Gespräch über die Audio-Funktion meines Handys aufnehmen darf. Dies bejahten sie. Als letzten Punkt, bevor das Interview startet, habe ich darauf hingewiesen, dass die Interviewten jederzeit das Interview abbrechen können, falls sie sich unwohl fühlen oder aus anderen Gründen.

Nach der Frage, ob wir mit dem Interview starten wollen ging es los. Ich habe die Interviewten im jeweiligen Interview noch einmal begrüßt und einen kurzen Smalltalk mit ihnen gehalten. Da wir alle organisatorischen Sachen (Einwilligung zur Audio-Aufnahme, Notizen machen, Länge des Interviews...) schon vor Beginn des Interviews geklärt haben, brauchen wir dies hier nicht noch einmal tun.

Die Interviews verliefen mit beiden Interviewten wie ein ganz normales Gespräch. Dadurch, dass nicht sehr viele Fragen beantworten werden mussten, konnten die Klientinnen größtenteils selbst entscheiden, welche Themen sie ansprechen möchten. Auf die von mir gestellten Fragen antworteten beide Klientinnen sehr direkt und haben keinerlei Scheu diese zu beantworten. Besonders die erste Frage habe ich

nicht direkt auf die Corona-Pandemie bezogen, jedoch haben die Interviewten direkt eine Antwort bezogen auf die Pandemie gegeben. Dies zeigte meiner Meinung nach, dass ihnen das Leben während der Corona-Pandemie sehr schwer fällt. Als alle Fragen beantwortet wurden und die Zeit sich dem Ende geneigt hat, habe ich die Interviews beendet, indem ich unter anderem gefragt habe, ob das Interview angenehm für sie war.

Nach der Interviewdurchführung bestätigten mir die Klientinnen noch einmal, dass sie das Interview angenehm fanden. Ich bedankte mich zudem noch einmal, dass sie mit mir die Interviews geführt haben.

4.4.2 Reflexion der Durchführung

Vor der Interviewdurchführung hatte ich einige Bedenken, obwohl mir diese als durchdacht erschien. Meine Bedenken lagen vor allem darin, dass die Interviewten mit der Situation überfordert sein könnten und mir in diesem Falle keine oder nur wenige Antworten liefern (können). Da beide Klientinnen der Eingliederungshilfe, die ich mir für das Interview ausgesucht habe, über eine geistige Behinderung verfügen, waren diese Bedenken auch berechtigt. Auch im Gespräch mit der Sozialarbeiterin der Einrichtung habe ich geäußert, dass es am besten wäre, wenn die Klientinnen fließend mit einem reden könnten. Dies konnte man natürlich nicht vorhersagen, da ich nicht in der Haut der jeweiligen Klientin steckte, mit der ich gerade das Interview führte. Diese Bedenken haben sich jedoch nicht bestätigt. Beide Interviewten haben wie in jedem anderen Gespräch mit mir geredet. Sie äußerten zwar nach dem Gespräch, dass sie etwas nervös waren, aber dies hat man kaum bis gar nicht bemerkt.

Ebenso hatte ich Bedenken, dass die Interviewten keinerlei eigene Themen ansprechen würden und nur auf die von mir gestellten Fragen antworten. Dies ließ sich allerdings sehr gut lösen indem ich immer mal wieder kleine Nebenfragen gestellt habe.

Für mein Empfinden sind die Interviews sehr angenehm verlaufen, dies lag daran, dass wir uns nicht vollkommen fremd waren, sondern schon vor der Interviewsituation kannten. Trotz meiner anfänglichen Zweifel, ob die Interviews so verlaufen wie ich es mir vorstelle, kamen sehr gute Ergebnisse bei den jeweiligen Interviews raus. Diese Ergebnisse folgen im nächsten Punkt.

4.5 Ergebnisse der qualitativen Interviews

Nach der Transkription der Interviews sind viele verschiedene Themen und Problematiken aus den jeweiligen Interviews hervorgegangen. Es ergaben sich Problematiken, mit denen ich schon vor der Durchführung der Interviews gerechnet habe, allerdings auch Themen, die ich vorher nicht bedacht habe. Die Themen, die angesprochen wurden habe ich in Hauptaussagen (die beide Klientinnen in ihren Interviews geäußert haben) und in zusätzlich angesprochene Inhalte unterteilt.

4.5.1 Hauptaussagen

Aus beiden Interviews ging hervor, dass es ein Unverständnis gegenüber der Corona-Pandemie und der Umsetzung der Hygienekonzepte gibt. Dies liegt zum einen daran, dass sich die Konzepte immer wieder ändern und zum anderen liegt es daran, dass den Klient*innen nicht genügend erklärt wird, wie die momentane Situation der Corona-Pandemie und dessen Konzepte aussehen. Es wäre allerdings auch möglich, dass die Klientinnen aufgrund ihrer geistigen Behinderung nicht wissen wie die momentane Lage ist. Da ich allerdings auch oft in der Situation stecke, dass ich nicht weiß, wie die momentanen Corona-Regeln sind, denke ich nicht, dass es an deren geistiger Behinderung liegt. Dadurch, dass diese Regeln sehr oft wechseln, ist es schwer alle neuen Regelungen beachten und behalten zu können. Auch bei der Umsetzung der Hygieneregeln haben die Klientinnen Bedenken geäußert. Sie sind sich nicht sicher was sie alles dabei beachten müssen. Die Unklarheit der Corona-Regeln und der Hygienekonzepte wirkt sich nicht positiv auf die Resilienz der Klientinnen aus, wahrscheinlich schwächt dies sogar die Resilienzbeibehaltung.

Zudem haben beide Klientinnen in den Interviews gesagt, dass sie teilweise nicht zur Arbeit gehen können. Dies war vor allem in den Zeiten der großen Lockdowns der Fall. Die WfbMs hatten derzeit geschlossen, demzufolge mussten alle Klient*innen, die dort arbeiten zu Hause bleiben. Außerdem äußerten die beiden Interviewten, dass es für sie sehr schwierig war, wieder in das Arbeitsleben hineinzufinden, als die Werkstätten wieder öffneten. Gerade während der größeren Lockdowns kam es bei den Interviewten zu einer Störung des Alltags. So wurde der komplette Tagesablauf

gestört. Eine Klientin äußerte, dass sie deswegen nicht weiß, wann sie einkaufen gehen soll, denn sie macht ihren Tagesablauf von der Arbeit abhängig.

Ebenfalls angesprochen wurde von beiden Klientinnen, dass sie weniger Unterstützung des BEWs bekommen. Das BEW dient in dieser Einrichtung dazu, die Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe in ihrem alltäglichen Leben zu unterstützen und zu stärken. Findet diese Unterstützung nicht regelmäßig statt, wie ursprünglich angeordnet, kann die Resilienz der Klient*innen stark geschädigt werden. Aus den beiden Interviews ging hervor, dass besonders in Fällen einer starken Lockdowns, die BEW-Unterstützung massiv eingeschränkt wurde. Besonders, wenn Klient*innen über psychische Belastungen verfügen, kann dies sehr problematisch werden.

Auch dem Punkt der Corona-Pandemie zuzuschreiben ist, dass die Interviewten ein Gefühl von Einsamkeit geäußert haben. Dadurch, dass während der Pandemie mal mehr und mal weniger starke Kontaktbeschränkungen gelten, können sie sich oft nicht mit dem gewohnten Umfeld umgeben, mit dem sie sich außerhalb der Pandemie umgeben hätten. Die Klientinnen betonten, dass ihnen besonders der Fakt, dass sie sich auf weniger Personen beschränken müssen, sehr schwer fällt.

4.5.2 Zusätzlich angesprochene Inhalte

Ich gehe davon aus, dass die folgenden Problemstellungen nicht der Mehrheit der Menschen mit Behinderung entsprechen, sondern diese „Probleme“ vereinzelt und individuell vertreten sind. Zusätzlich angesprochene Inhalte, die nur eine der beiden Interviewten angesprochen haben, sehen wie folgt aus.

Eine Klientin äußerte, dass während des Lockdowns bestimmte Therapien nicht stattfinden können. So zum Beispiel die Pferdetherapie. Diese Therapie strahlt bei der Klientin eine positive und motivierende Wirkung auf die Psyche aus. Die Klientin äußerte, dass sie einen starken Abstieg ihrer psychischen Verfassung gemerkt hat. Eine weitere Therapie, die ebenfalls für diese Klientin bestimmt ist, ist die Schwimmtherapie. Diese Therapie ist vor allem dafür gedacht, schwimmen zu lernen und Sicherheit im Wasser zu finden. Die Klientin äußerte jedoch, dass es für sie am wichtigsten ist, dass diese Therapie sie von dem Alltag ablenkt und ihre psychische Verfassung aufrechterhält.

Seit der Corona-Pandemie sind Klient*innen, die Hilfe im Haushalt benötigen, oft auf sich allein gestellt. Im Falle dessen herrscht bei den Klient*innen eine Verunsicherung, da sie Hilfe benötigen, diese aber nicht bekommen.

Angst vor einer Coronaerkrankung äußerte ebenfalls nur eine Klientin. Diese Angst kann ein Risikofaktor der Resilienz sein.

Ein Punkt, der nicht nur die Situation der Corona-Pandemie betrifft, ist, dass kein WLAN verfügbar ist. Dies ist der Fall, da Klient*innen häufig nicht das Geld hierfür besitzen oder sie diesbezüglich nicht aufgeklärt werden. Besonders in der Pandemie kann eine WLAN-Verbindung dazu beitragen, dass man Einsamkeit verhindert, da man kein/wenig Besuch empfangen darf. Dieser Punkt könnte auch außerhalb der Pandemie zutreffen, da die meisten der Klient*innen über Verwandte und Freunde verfügen, die weiter entfernt von ihnen selbst wohnen.

Eine Klientin betonte, dass ihre psychischen Probleme verstärkt wurden. Diese waren schon vor COVID-19 stark beeinflusst. Durch weniger Unterstützung des BEW und dadurch, dass es verboten ist, sich mit mehreren Personen zu treffen, ist die Psyche dieser Klientin noch stärker beeinträchtigt worden.

4.6 Auswertung der Ergebnisse der Interviews anhand von Theorien und Methoden zur Resilienzförderung

Reichen die oben genannten Konzepte zur Resilienzförderung aus? Oder benötigt es in der Praxis der Sozialen Arbeit weitere Konzepte zur Resilienzförderung? Diese Fragen möchte ich anhand der geführten Interviews auswerten. Hierbei kann ich mich ausschließlich auf die in den Interviews angesprochenen Themen und meine eigenen Erfahrungen in diesem Berufsfeld beziehen. Die genannten Konzepte und Methoden wurden von mir ausgewählt, da es meiner Meinung nach die am häufigsten verwendeten Methoden zur Resilienzförderung sind. Es gibt wie schon gesagt, viele weitere Konzepte und Methoden, die ebenfalls zur Förderung der Resilienz beitragen können. Da es schlicht unmöglich ist alle Konzepte ausfindig zu machen, habe ich mich für die oben aufgeführten entschieden. Diese passten zudem am besten in das Handlungsfeld der ambulanten Eingliederungshilfe.

Im Punkt 3.4.1 bin ich auf die empowermentbasierten Methoden zur Resilienzförderung eingegangen. Der Hauptpunkt der Verbindung zur Resilienz besteht hier bei der

Ressourcenfindung. Bei zwei von den drei vorgestellten Modellen geht es um die Ressourcenfindung bzw. Ressourcenaktivierung damit diese im Resilienzkonzept als Schutz-/Resilienzfaktoren benutzt werden können. Auch ein wichtiger Punkt ist das Modell der Selbstwirksamkeit. Besonders Menschen mit Behinderungen sollten sich nicht als sogenannten „Spielball“ behandeln lassen, sofern dies möglich ist. Ist ein*e Klient*in der ambulanten Eingliederungshilfe in verschiedensten Aspekten fit, sollte sie ihr Leben aktiv selbst in die Hand nehmen und Unterstützung der Sozialen Arbeit hierbei erhalten. Gerade dieser Punkt ist meiner Meinung nach ein sehr wichtiger Punkt für Handlungsbedarfe der Sozialen Arbeit. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass die meisten behinderten Menschen „heruntergespielt“ werden bezüglich ihrer Arbeitstätigkeit, da sie ja eine Behinderung haben sind. Vor allem viele Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe können normale Arbeit verrichten. Natürlich sollte diese Arbeit auf die jeweiligen Klient*innen abgestimmt sein. Da die Klient*innen höchstwahrscheinlich nicht alleine dafür sorgen können bzw. überhaupt nicht über so ein Wissen verfügen, dass man dies tun kann, sollte die Soziale Arbeit weiterhin Ressourcen stärken, damit die Klient*innen so resilient wie möglich werden und am richtigen Arbeitsleben teilnehmen können. Hierfür eignen sich die empowermentbasierten Methoden gut und sollten in der Praxis häufiger angewandt werden.

Neben den empowermentbasierten Methoden wurden in Punkt 3.4.2 weitere Methoden und Konzepte zur Resilienzförderung dargelegt. Auch hier habe ich mich besonders auf Konzepte fokussiert, die für das von mir erforschte Arbeitsfeld zutreffen. Durch die Methoden der Prävention und Intervention kann den Klient*innen geholfen werden, Schwierigkeiten und Bedürfnisse zu erkennen. Damit sie mit diesen Schwierigkeiten gut umgehen können, bedarf es die Unterstützung der Sozialen Arbeit in Form von Sozialarbeitern oder ähnliches. Damit die sogenannten Präventionsprogramme durchgeführt werden können, bzw. damit die Klient*innen über derartige Programme erfahren, bedarf es Aufklärung der Mitarbeiter*innen in dem jeweiligen Bereich. In diesem Falle durch die Mitarbeiter*innen des BEWs. Auch hier ist es wichtig, dass die Mitarbeiter auf die Ressourcen der Klient*innen achten und diese fördern. Zudem sollten sie eine professionelle Bindung zu den Klient*innen aufbauen, insofern dies noch nicht passiert ist. Diese Bindung sorgt für eine bessere Kooperation zwischen Mitarbeiter*in und Klient*in. Diese Methode sollte in der Sozialen Arbeit mehr beachtet und gefördert werden. Haben die Mitarbeiter*innen eine gute Beziehung zu den Klient*innen aufgebaut sollten diese den/die Klient*in auf ihre selbsthei-

lenden Kräfte hinweisen. Ist der/die Klient*in im Glauben, diese Kräfte zu besitzen, können mögliche Schwierigkeiten von allein bewältigt werden oder nicht mehr als Schwierigkeiten angesehen werden. Allerdings besteht auch hier wieder der Punkt, dass viele der Mitarbeitenden ebenfalls nichts über diese selbstheilenden Kräfte zur Resilienzförderung wissen. Ein sehr großes Thema in der Sozialen Arbeit, nicht nur in der Resilienzforschung, ist das Thema: „Langzeittherapie oder Kurzzeittherapie?“. Gerade für die Resilienz von Personen ist es nicht von Vorteil, wenn aufgrund von Geldmangel häufig Kurzzeittherapien angeboten werden, wenn die jeweiligen Personen eigentlich eine Langzeittherapie benötigen. So kann beispielsweise der Eindruck bei den Hilfesuchenden entstehen, dass diese Therapien gar nichts nützen, da diese nie Besserung gebracht haben. Hier besteht ein sehr großer Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit, die Geldnot und der Mitarbeitermangel sollte weitestgehend unter Kontrolle gebracht werden, damit Hilfesuchende auf das Problem bezogene Therapien in Anspruch nehmen können. Die letzten vorgestellten Konzepte waren die Konzepte der Salutogenese und der Vulnerabilität. Kurz gesagt geht es in diesen beiden Konzepten um die Ressourcenfindung, damit Schutzfaktoren aufgebaut werden können. Zudem sollen Risikofaktoren durch eben diese Ressourcenfindung abgebaut werden.

Die zuletzt angesprochenen Fördermaßnahmen der Resilienz sind die zehn life skills der WHO. Jeder Mensch sollte über möglichst viele dieser Life Skills verfügen, um ein resilientes Leben führen zu können. Damit diese life skills auch bei Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe gefördert werden können, bedarf es der Unterstützung der Sozialen Arbeit. Allerdings sollten die Mitarbeiter, die die jeweiligen ambulanten Klient*innen betreuen, wissen, dass diese life skills existieren und diese sehr wichtig für das Individuum sind. Aus diesem Grund müsste die Einrichtung/Organisation darauf aufmerksam machen. Durch Fort-/Weiterbildungen der Mitarbeitenden kann dieses Know-how optimiert, ausgeführt und immer wieder aufgefrischt werden.

Nun besteht ein guter Überblick über die Konzepte der Resilienzförderung bei Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe. Zusammengefasst gibt es sehr viele offizielle und inoffizielle Konzepte, die zur Resilienzförderung beitragen können. In der Literatur gibt es zwar allerlei Konzepte zur Resilienzförderung, diese sollten jedoch präsenter werden. Gerade auf Menschen mit Behinderung bezogen, war es

schwierig Konzepte zu finden, die auf diese Gruppe passen. Man kann den Fakt, dass es kaum Konzepte zur Resilienzförderung für Menschen mit Behinderung gibt von zweierlei Seiten sehen. Einmal, dass es deshalb so wenige Konzepte für diese Gruppe gibt, da sie gleichgestellt mit nicht behinderten Menschen werden, andererseits könnte man es so sehen, dass dieses Feld sehr wenig erforscht wurde. Mit etwas Recherche konnte ich jedoch Konzepte finden, die gut auf diese Zielgruppe passen.

Ein Punkt der viel wichtiger ist, ist meiner Ansicht nach die Bekanntmachung dieser Konzepte in der Praxis der Sozialen Arbeit. Durch eigene Erfahrungen weiß ich, dass kaum etwas in Bezug auf Resilienz und Resilienzförderung in der Praxis bekannt ist, zumindest nicht in dieser Einrichtung, in der ich tätig war/bin. Die Mitarbeitenden sollten dahingehend aufgeklärt werden, damit sie über dieses Wissen verfügen und handeln können. Vieles passiert sicherlich unterschwellig, beispielsweise die Förderung der Ressourcen von den Klient*innen, jedoch könnte man dies noch weiter ausweiten, sodass die Klient*innen mehr Resilienz erfahren können. Zusammengefasst finde ich die Konzepte zur Resilienzförderung gut. Die Umsetzung dieser in der Praxis der Sozialen Arbeit ist jedoch schwierig. Hier besteht definitiv Handlungsbedarf der Sozialen Arbeit.

5 Förderung der Resilienz

Laut den Ergebnissen der geführten Interviews, versuchen Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe ihr Bestmögliches, um mit Schwierigkeiten umzugehen, sie brauchen jedoch wesentlich mehr Unterstützung, gerade während der Corona-Pandemie. Diese empfohlenen Handlungsbedarfe sind nicht an alle Klienten der ambulanten Eingliederungshilfe gerichtet, sondern nur an jene, die spezifische Unterstützung durch einzelne Handlungen benötigen. Ich habe die Handlungsbedarfe in zwei Unterpunkten geteilt. Als ersten Unterpunkt kommen die allgemeinen Handlungsbedarfe der Sozialen Arbeit für die ambulante Eingliederungshilfe und als zweiten Unterpunkt folgen Handlungsbedarfe bezüglich der derzeitigen Corona-Pandemie.

5.1 Handlungsbedarfe der Sozialen Arbeit

Damit mögliche psychische Probleme der Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe nicht weiter gefördert werden, bedarf es in einigen Bereichen noch mehr Unterstützung von dem Personal des BEWs. Zudem können Ressourcen im nahe-
liegenden Kreis helfe, damit die psychischen Probleme nicht weiterhin verstärkt werden. Diese Ressourcen sind beispielsweise Freunde oder Familienangehörige.

Außerdem können mit Hilfe des Empowermentkonzeptes neue Ressourcen hervor-
gebracht werden. Durch diese neu hervorgebrachten Ressourcen werden die
Schutzfaktoren der Resilienz gestärkt und die Klient*innen können ein resilienteres
Leben führen.

Ein ganz wichtiges Thema ist meiner Meinung nach, dass mehr Langzeittherapien
statt Kurzzeittherapien angeboten werden. Es bringt weder den Klient*innen noch
den Sozialarbeiter*innen etwas, wenn die „Probleme“ des/der Klient*in nur teilweise
durch eine Kurzzeittherapie behandelt werden. Hier sollte nicht der Grund der Geld-
kapazität im Wege stehen. Für einige Klient*innen mag eine Kurzzeittherapie sinnvoll
sein, jedoch sollte sie nicht standardisiert bei dem Großteil der Hilfesuchenden an-
gewandt werden. Dies könnte zudem dazu führen, dass Klient*innen eine negative
Meinung zu der Therapie entwickeln, da diese ihnen ja sowieso nicht hilft.

Ein Punkt, der auch als Methode des Resilienzkonzeptes angewandt wird, ist das
Vertrauen zur eigenen Selbsthilfe stärken. Durch Professionelle der Sozialen Arbeit
kann den Klient*innen ein Verstehen der Selbstheilungskräfte vermittelt werden. Dies
ist förderlich für die eigene Resilienz. Durch diesen Glauben werden Ressourcen ge-
stärkt und eventuell bestehende Schwierigkeiten bewältigt.

Ein Handlungsbedarf, der definitiv gestärkt werden sollte, ist die Beziehung zwischen
Klient*innen und den Professionelle. Wird diese Bindung gestärkt, kann die Soziale
Arbeit viel besser mit den Klient*innen kooperieren. Kann sich der/die Klient*in ge-
genüber eines Sozialarbeiters öffnen, ist die Chance hoch, dass bestehende Schwie-
rigkeiten gelöst werden und Ressourcen aktiv gefördert werden können.

Nicht nur während der Corona-Pandemie, sondern auch im normalen Leben gewinnt
das WLAN an Bedeutung. In der heutigen Zeit ist es schon fast notwendig eine
WLAN-Verbindung zu haben. Dadurch, dass viele Klient/*innen der ambulanten Ein-
gliederungshilfe Bezugspersonen haben, die weiter entfernt wohnen, kann WLAN

sehr hilfreich sein, um mit ihnen kommunizieren zu können. Dies hängt natürlich davon ab, ob der/die Klient*in sich so etwas leisten kann. Falls dies der Fall ist und der/die Klient*in dies auch möchte, können beispielsweise Videotelefonate mit den Angehörigen und Freunden durchgeführt werden. Aus eigener Erfahrung weiß ich, dass die gewöhnlichen Mobilfunktarife oft nicht ausreichen, um jederzeit mit den Angehörigen videotelefonisch in Verbindung stehen zu können, da sie nur ein begrenztes Datenvolumen bieten (mobiles Internet). Jedoch wissen die meisten Klient*innen nicht, dass eine WLAN-Verbindung möglich wäre.

Ebenfalls wichtig für die Resilienzförderung ist die Zusammenarbeit zwischen dem Team des BEWs und den Bezugspersonen (Eltern etc.). Wie in dieser Arbeit beschrieben wurde, sind soziale Beziehungen eine sehr wichtige Ressource. Durch eine Zusammenarbeit zwischen den Sozialarbeitern und den Angehörigen kann eine bessere Verständigung erfolgen und bestenfalls die Resilienz des/der Klient*in gefördert werden, indem diese/dieser sich verstanden und gefördert fühlt.

Falls einigen Klient*innen nicht bewusst sein sollte, dass diese jederzeit Probleme thematisieren und äußern können, sollte Aufklärung darüber erfolgen. Dadurch, dass sie sich einem/r Sozialarbeiter*in äußern und, dass sie Schwierigkeiten ansprechen, kann dies den Klient*innen helfen. Meist geschieht dies nur, wenn Vertrauen zwischen der/dem Sozialarbeiter*in und dem/der Klient*in besteht.

Das Aufzeigen der Zukunftsperspektiven kann ebenfalls zur Stärkung der Resilienz beitragen. Äußert der/die Klient*in Zukunftswünsche, allerdings auch Ängste und Schwierigkeiten, kann ein Blick auf die Zukunftsperspektiven den/die Klient*in stärken.

Durch Interventions- und Präventionsprogramme ist es ebenfalls möglich, Bewältigungskompetenzen von Klient*innen gezielt zu fördern.

5.2 Handlungsbedarfe auf die Corona-Pandemie bezogen

In diesem Punkt werden Handlungsbedarfe der Sozialen Arbeit während der Corona-Pandemie aufgezeigt. Diese Punkte haben sich mir aus den geführten Interviews und der gesichteten Literatur erschlossen. Da es unsicher ist, wie lange diese Pandemie bestehen bleibt, sollten die aufgeführten Punkte auch außerhalb dieser Pandemie angewandt werden – zumindest soweit wie möglich.

Aus den geführten Interviews konnte ich entnehmen, dass die Unterstützung des BEWs während der Corona-Pandemie oftmals eingeschränkt wurde. Meiner Meinung nach darf dies nicht passieren. Trotz dieser Ausnahmesituation sollten die Klient*innen nicht in schwierige Situationen aufgrund fehlender Unterstützung leiden. Diese Unterstützung wurde vom Amt angeordnet und dies nicht ohne Grund. Natürlich kann es vorkommen, dass einige Stunden entfallen oder nicht geleistet werden können, jedoch ging aus den Interviews hervor, dass dies sehr oft und lange der Fall war.

Ein weiterer Punkt, den ich in Punkt 5.1 schon erläutert habe, in diesem Zusammenhang allerdings nicht fehlen darf, ist für jeden/jeder Klient*in einen WLAN-Anschluss einzurichten. Im oben genannten Punkt habe ich schon erklärt, wieso ich diesen Punkt für wichtig erachte. Besonders in einer Pandemie bieten Videokonferenzen mit Angehörigen eine gute Stärkung der Resilienz.

Die Klientinnen äußerten außerdem ein Unverständnis der Pandemie und deren Hygienekonzepte. Dadurch, dass sich gerade bei den Konzepten vieles ändert, wissen die Klient/innen nicht, wann welche Vorschrift zutrifft. Die Unwissenheit führt meist zu einer Beeinträchtigung der Resilienz. Eine bessere Aufklärung über COVID-19 und die Hygienekonzepte würden dem entgegenwirken, eventuell kann man dies mit Bildmaterial zur besseren Verständigung veranschaulichen.

Eine der Interviewten äußerte ebenfalls Ängste, sich selbst mit Corona anstecken zu können. Bei Klient*innen, die solche Ängste verspüren wäre es hilfreich, diese weitestgehend aufzuklären. Jedoch muss der/die Klient*in sich erst jemanden anvertrauen können/wollen, damit die Soziale Arbeit hier handeln kann. Hier sieht man noch einmal wie wichtig eine professionelle Beziehung zwischen Klient*in und Sozialarbeiter*in ist.

Da die Interviewten ein Gefühl von Einsamkeit und Isolation verspüren (konnten) und dies sowohl auf die psychische Kraft als auch auf die Resilienz bei Menschen einwirkt, sollte dies weitestgehend verhindert werden. Trotz der Pandemie darf ein Mensch nicht vereinsamen. Dies kann gerade in der Behindertenhilfe verhindert werden durch regelmäßige Corona-Tests. Sind diese negativ könnten die Klient*innen Angehörige und Freunde treffen, wobei diese Treffen im Rahmen der COVID-19-Konzeptionen liegen. Sollten die Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe

bereits geimpft sein, könnte hier eine Überlegung stattfinden, dass für diese Personen Sonderregelungen gelten könnten.

Als letzten Punkt habe ich einen sehr allgemein geltenden Grund aufgeführt. Weshalb ich diesen Punkt unter die Handlungsbedarfe der Corona-Pandemie setze und nicht unter den allgemeinen Handlungsbedarfen liegt daran, dass gerade während der Pandemie dieser Fakt missachtet wurde: auf Menschenrechte achten. Trotz Pandemie und erhöhter Verunsicherung der Sozialen Arbeit, darf die Menschenwürde nicht vernachlässigt werden. Dies gilt natürlich auch außerhalb einer Pandemie, jedoch merkt man es währenddessen besonders stark, dass einige Menschenrechte besonders bei den Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe vernachlässigt werden. Beispiele wurden in den genannten Punkten schon aufgezählt, sei es nun die Einsamkeit, da es den Klient*innen teilweise verwehrt wurde rauszugehen oder die fehlende ambulante Unterstützung, die ihnen rechtmäßig zusteht.

6 Fazit

In der Resilienzforschung zeigen sich noch einige Probleme. Ob eine mangelnde Abgrenzung zu anderen Konzepten oder das Fehlen einer allgemeingültigen Definition. Dennoch stellt Resilienz ein wichtiges Konzept dar, das Optimismus in Bezug auf pädagogische Präventionskonzepte erlaubt. Zugleich strahlt dieses Konzept Optimismus aus: Die Orientierung an den Stärken. Zudem erlaubt die Förderung der Bewältigungsfähigkeit einen positiven Blick auf Prävention, Pädagogik und Therapie.

Auch hier möchte ich noch einmal auf meine oben genannte Kritik zu den Langzeit- und Kurzzeittherapien eingehen. Durch Geld- und Personalmangel werden viel häufiger Kurzzeittherapien eingesetzt, auch wenn diese nichts zur Lösung des Problems der Klient*innen beitragen können. Ein solcher Aufwand würde sich aber damit rechtfertigen, dass genauere Angebote entwickelt werden könnten, um Resilienz, wie schwer auch immer sie sich greifen lässt, dennoch möglichst zielgerichtet zu fördern.

Eine weitere Möglichkeit die Ressourcen zu fördern wäre die ressourcenorientierte Beratung. Hier könnten, insofern dies möglich ist, zwei Schwierigkeiten auf einmal behandelt werden. Zum einen die eigentliche Problemlösung und zum anderen die

Ressourcenfindung zur Förderung der Resilienz. Hat ein/e Klient*in Schwierigkeiten und benötigt eine Beratung, muss diese/r zudem auch Ressourcen aufbauen, um diese Schwierigkeiten zu lösen, wäre eine ressourcenorientierte Beratung von Vorteil. Diese Beratung könnte zudem von dem/der Sozialarbeiter*in der jeweiligen Einrichtung durchgeführt werden, insofern jemand hierfür vorhanden ist.

Viele der ambulanten Klient*innen gehen in eine Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten. Jedoch kann ich mir vorstellen, dass einige dieser Klient*innen einer „normalen“ Arbeitstätigkeit nachgehen könnten. Durch mein Praktikum im BEW weiß ich, dass einige dieser Klient*innen ihr Arbeitsleben selbst aktiv gestalten könnten, hätten sie genügend Unterstützung und das Wissen darüber. Jedoch sind sich viele dieser Klient*innen gar nicht über ihre Stärken bewusst, dies sollte durch die Mitarbeiter*innen der Sozialen Arbeit geändert werden, damit die Klient*innen, die in der Lage sind ihr Leben selbst zu gestalten, eine Chance dazu haben.

In der Diskussion in Punkt 4 wurde zudem schon einmal darauf hingewiesen, dass die Umsetzung der theoretischen Konzepte zur Resilienzförderung in der Praxis schwierig ist. Zum einen gehört Unwissenheit über dieses Thema dazu und zum anderen das Herausfinden der jeweiligen Theorien. Beide Punkte könnten beseitigt werden, indem die Konzepte populärer gemacht werden und in den Einrichtungen mehr über Resilienz und deren Förderung gesprochen wird. Hier wäre es von Vorteil, wenn den Mitarbeitenden der jeweiligen Einrichtungen, insofern dies noch nicht passiert ist, Weiterbildungen zum Thema Resilienz und Empowerment und deren Förderung angeboten werden. Zudem habe ich die Wichtigkeit der Resilienzförderung bei der Sozialarbeiterin der Einrichtung angesprochen.

Zum Schluss möchte ich noch eine weitere Frage klären: Wie veränderte sich die Resilienz bei Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe während der Corona-Pandemie? Diese Fragestellung ist nicht explizit das Thema dieser Arbeit, jedoch ist es meines Erachtens nach ein wichtiger Punkt, der erwähnenswert ist. Aus den beiden Interviews mit Klientinnen der ambulanten Eingliederungshilfe ging deutlich hervor, dass die Corona-Pandemie negativ zu ihrer Resilienz beigetragen hat. Allein der Fakt, dass die Klient*innen immer mehr auf sich allein gestellt wurden, ist schädlich für deren Resilienz. Zudem äußerte eine Klientin die Zunahme von psychischen Problemen, welche ebenfalls die Resilienz beeinträchtigen. Damit diese nicht weiter geschädigt wird, sollte die Soziale Arbeit, implizit die Mitarbeitenden des BEWs, We-

ge finden, die Resilienz wiederherzustellen beziehungsweise weiterhin zu fördern. In dieser Arbeit wurden einige dieser Möglichkeiten aufgezählt, die zu einer Erweiterung der Resilienz führen können.

Zusammengefasst kann man sagen, dass die Corona-Pandemie sehr auf die Widerstandsfähigkeit jener Klient*innen schlägt. Durch gezielte Förderung während als auch nach der Pandemie kann diese wieder gestärkt werden. Die Handlungsbedarfe zur Förderung der Resilienz bestanden/bestehen sowohl vor, als auch während der Pandemie. Damit die Klient*innen weitestgehend selbstständig bleiben, benötigen sie die Unterstützung der Sozialen Arbeit. In Zeiten der Pandemie noch mehr, als zuvor. Der Hauptpunkt, um Resilienz fördern zu können ist, wie in dieser Arbeit bereits mehrmals beschrieben, die Ressourcenförderung. Natürlich sind alle anderen angesprochenen Methoden und Konzepte zur Resilienzförderung ebenfalls von Bedeutung, jedoch ist die Förderung der Ressourcen der erste große Anhaltspunkt zur Resilienzförderung. Allerdings bringen alle Methoden zur Ressourcenförderung keinen Erfolg, wenn die Mitarbeitenden der Sozialen Arbeit nicht dahingehend geschult und aufgeklärt sind. Diese Aussage soll keine Verallgemeinerung der ambulanten Einrichtungen sein. Sie bezieht sich lediglich auf meine Erfahrungen in diesem Bereich und auf die Erkenntnisse im Rahmen der für diese Arbeit geführten Interviews. Demzufolge lege ich meinen Blick darauf, dass vorerst alle Mitarbeitenden der Sozialen Arbeit über Resilienz und deren Förderungsmöglichkeiten aufgeklärt werden müssen. Ohne dieses Kenntnis kann keine Förderung der Resilienz bei den Klient*innen eintreten.

Einige Handlungsfelder der Sozialen Arbeit, insbesondere die Einrichtung in der die Interviews dieser Bachelorarbeit durchgeführt wurden, sind nicht vollkommen über die Resilienzförderung aufgeklärt. Dies ging sowohl aus den geführten Interviews hervor, als auch aus meiner eigenen Arbeitserfahrung in dieser Einrichtung. Dennoch weiß ich, dass dies mehr oder weniger unbeabsichtigt passiert. Deshalb soll diese Bachelorarbeit für alle Bereiche der Sozialen Arbeit eine Anregung sein, insbesondere für die Bereiche der Behindertenhilfe. Die Themen Resilienz bzw. Resilienzförderung sind bedeutende Themen für jeden Einzelnen und diese sollten gefördert werden.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass diese Bachelorarbeit nicht umfangreich genug ist, um alle Methoden, Theorien und Konzepte der Resilien-

zförderung darstellen zu können. Diese sind so komplex und vielfältig, dass ich lediglich einen Einblick in die Thematik bzw. die meiner Meinung nach wichtigsten Punkte der Resilienzförderung bei Klient*innen der ambulanten Eingliederungshilfe zusammengefasst habe.

III. Literaturverzeichnis

- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bonn.
- Bernard, Claudia (2010): Trauma vs. Resilienz. Die Bedeutung der Ressourcen- bzw. Resilienzorientierung in der Sozialen Arbeit. In: Fredersdorf, Frederic; Himmer, Michael (Hg.): Junge Sozialarbeitswissenschaften. Diplomarbeiten zu relevanten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit. Heidelberg. S. 55-64.
- Brandtstädter, Jochen (2011): Positive Entwicklung. Zur Psychologie gelingender Lebensführung. Heidelberg.
- Brosius, Hans-Bernd; Haas, Alexander; Koschel, Friederike (2012): Methoden der empirischen Kommunikationsforschung: Eine Einführung. 6. Aufl. Wiesbaden.
- Der Paritätische Wohlfahrtverband Bayern e. V. (2019): BTHG-Umsetzung - Eingliederungshilfe im SGB IX. Ein Praxishandbuch. Regensburg.
- Fingerle, M. (2011): Die Verwundbarkeit des Resilienzkonzepts und sein Nutzen. In: Sonderpädagogische Förderung heute. Weinhheim. S. 122–135.
- Frick-Salzmann, Annemarie (2020): Denktraining mit geistig behinderten Menschen. Eine Anleitung für Pädagogen und Pflegefachpersonen. Wiesbaden.
- Götze, Ulrike (2013): Resilienzentwicklung im Personalmanagement. Angebote zur Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit von MitarbeiterInnen. Wiesbaden.
- Henninger, Mirka (2015): Resilienz. In: Frey, Dieter (Hg.): Psychologie der Werte. Von Achtsamkeit bis Zivilcourage Basiswissen aus Psychologie und Philosophie. Heidelberg. S. 157-165.
- Herriger, Norbert (2020): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 6. Auflage. Stuttgart.
- Kainzbauer, Silke; Brandhuber, Wolfgang: Teamresilienz – das eigentliche Fundament agiler Entwicklung. URL: <https://www.informatik-aktuell.de/management-und-recht/projektmanagement/teamresilienz-das-eigentliche-fundament-agiler-entwicklung.html#c9860> [Stand: 18.04.2021]
- Kellner-Fichtl, Martina (2018): Resilienzförderung durch Biografiearbeit. Definitionen - Zielgruppen - Methoden - Praxisübungen - Gesprächsführung. Norderstedt.
- Lebenshilfe: Recht der Eingliederungshilfe – Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz. URL: <https://www.lebenshilfe.de/eingliederungshilfe-und-das-bundesteilhabegesetz/> [Stand: 13.04.2021]
- Leipold, Bernhard (2015): Resilienz im Erwachsenenalter. München.

- Lingg, Albert; Theunissen, Georg. (2006): Psychische Störungen bei geistig Behinderten. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. Freiburg im Breisgau.
- Loosen, Wiebke (2015): Das Leitfadenterview – eine unterschätzte Methode. In: Awerbeck, Stefanie; Meyen, Michael (Hg.): Handbuch nicht standardisierte Methoden in der Kommunikationswissenschaft. Wiesbaden. S. 139-155.
- Mash, E.J. (2018): Abnormal child psychology. Boston: Mindtap Course List.
- Mauritz, Sebastian: Die zehn „Life Skills“ für ein gelingendes Leben. URL: <https://www.resilienz-akademie.com/zehn-life-skills/> [Stand: 21.04.2021]
- Rabadan, Raul (2020): Das Coronavirus verstehen. Berlin.
- Riesmeyer, Claudia (2011): Das Leitfadenterview. Königsweg der qualitativen Journalismusforschung? In: Jandura, Olaf; Quandt, Thorsten; Vogelgesang, Jens (Hg.): Methoden der Journalismusforschung. 1. Aufl. Wiesbaden. S. 223-236.
- Rheinischer Verein für katholische Arbeiterkolonien e.V.: Konzept zum betreuten Wohnen nach §§ 53 ff SGB XII. [PDF-Datei verfügbar unter: https://rheinverein.de/wp-content/uploads/Konzept_Bewo_53_secure.pdf]. Aachen.
- Robert Koch Institut: Was ist eine Pandemie? URL: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Pandemie/FAQ18.html> [Stand: 25.05.2021]
- Rönnau-Böse, Maike; Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2019): Resilienz. 5. Auflage. München.
- Rönnau-Bose, Maike; Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2020): Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. Stuttgart.
- Schay, Peter (2011): Ambulant Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen. In: Schay, Peter (Hg.): Innovative Hilfe- und Leistungsangebote in der Drogenhilfe. Inhaltliche Weiterentwicklung in der Beratung, Betreuung und Behandlung. Wiesbaden. S. 114-146.
- Schmidt-Lellek, Christoph (2014): Resilienz und Selbstsorge im Coaching. In: Organisationsberatung Supervision Coaching. 21 (3), S. 353–362. Wiesbaden.
- Selders, Seiltgen: Was ist Ambulant Betreutes Wohnen? URL: <https://www.betreutes-wohnen-geldern.de/ambulant-betreutes-wohnen/abw.php> [Stand: 16.04.2021]
- Sohns, Armin(2009): Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit. In: Michel-Schwartz, Brigitta (Hg.): Methodenbuch Soziale Arbeit. Basiswissen für die Praxis. 2. Auflage. Wiesbaden. S. 75-101.
- Thun-Hohenstein, Leonhard; Lampert, Kerstin; Altendorfer-Kling, Ulrike (2020): Resilienz – Geschichte, Modelle und Anwendung. In: *Z Psychodrama Soziom* 19 (1), S. 7–20.
- Weiß, Matthias; Hartmann, Silja; Högl, Martin (2018): Resilienz als Trendkonzept. Über die Diffusion von Resilienz in Gesellschaft und Wissenschaft. In: Maria Ka-

ridi, Martin Schneider und Rebecca Gutwald (Hg.): Resilienz. Interdisziplinäre Perspektiven zu Wandel und Transformation. Wiesbaden. S. 13-32.

Weltgesundheitsorganisation: Definition des Begriffs „geistige Behinderung“. URL: <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability> [Stand: 13.04.2021]

Wustmann, Corinna (2005): Das Konzept der Resilienz und seine Bedeutung für das pädagogische Handeln. In: Bohn, Irina (Hg.): Resilienz - Was Kinder aus armen Familien stark macht. Frankfurt am Main. S. 6-14.

IV. Anhang

Interview 1:

- I steht für Ich
- J steht für die Klientin
- Durchführungsdatum: 08.04.2021
- das Interview dauerte ca. 15 Minuten

I: Hallo noch einmal. Ich hab dir schon einmal erklärt, was das für ein Interview ist und ich freue mich, dass du dabei bist und dass du mich bei meiner Bachelorarbeit unterstützt.

J: Ja, ich mich auch und ich freue mich, dich wiederzusehen.

I: Das Interview geht besonders um das vergangene Jahr. Daher kennen wir uns ja auch schon etwas, durch mein Praktikum in dieser Einrichtung. Das Interview wird ungefähr 15 Minuten in Anspruch nehmen. Ich habe einige Fragen parat, die du bestenfalls beantworten solltest und den Rest passe ich auf die jeweilige Situation an. Wenn das für dich o. k. ist würde ich sagen, wir fangen direkt an, oder?

J: Ja, gerne.

I: Also wie hast du das letzte Jahr wahrgenommen? So ungefähr seit letztes Jahr März. Was hat sich verändert? Wie ging es dir? Wie geht es dir jetzt?

J: Seit letztem Jahr März hab ich leider sehr mit mir zu kämpfen. Besonders wegen Corona. Dadurch, dass ich mich nicht mehr mit Freunden treffen darf, haben meine Probleme schon mehr zugenommen.

I: Welche Probleme meinst du?

J: Meine Verletzung. Ich verletze mich ja immer unabsichtlich. Meistens merke ich das nicht mal, erst wenn ich die Verletzungen sehe, dass es blutet oder so.

I: Hattest du das schon vor Corona? Also, dass du Schwierigkeiten nicht gut verarbeiten kannst?

J: Ja, das hatte ich schon vorher, ich kann mit solchen Situationen nur sehr schwer umgehen.

I: Und wodurch meinst du hat es jetzt genau zugenommen? Dadurch, dass du deine Freunde nicht mehr sehen kannst? Oder hat es noch andere Gründe?

J: Ja, durch meine Freunde ganz viel. Ich kann mich ja immer nur höchstens mit einer Person treffen. Und nicht mal das weiß ich genau, ob ich das darf. Nun ja, teilweise konnte ich nicht zur Arbeit gehen, da saß ich nur zu Hause rum. Zu der Zeit, da war auch keine Unterstützung da. Also nicht die Assistenz, die wir bekommen.

I: Was für eine Assistenz meinst du? Genau? Eine Assistenz zum Saubermachen oder deine psychischen Probleme aufzugreifen oder was?

J: Nee, saubermachen kann ich alleine. Aber die kommen halt immer und reden mit mir viel über meine Probleme und wie wir was ändern können, wie wir das im Griff kriegen. Und ich glaube, dass ich dadurch nicht mehr so gut damit klarkommen.

I: Und warum kommen die jetzt nicht mehr?

J: Doch mittlerweile kommen sie wieder. Aber als Corona so schlimm war, da sind sie nicht gekommen. Und da hab ich gemerkt und die haben das auch gemerkt, dass es mit meiner Psyche ganz schön bergab geht. Mittlerweile kommen sie wieder, aber

manche, vor allem die Frau, die bei mir immer ist, die hat leider eine Vorerkrankung und demzufolge kann sie häufig nicht. Vor allem wenn das mal wieder schlimmer wird mit Corona, dann wird sie gebeten, zuhause zu bleiben. Und es kann halt nicht immer jemand einspringen.

I: Dann ist das bestimmt ein ziemlich kleines Team, wenn keiner einspringen kann, oder?

J: Ja genau. Und die müssen dann halt schauen, wie sie Zeit haben, weil die haben ja auch noch Andere wo sie hin müssen.

I: Das glaub ich, dass dir das schwer fällt mit deinem Problem umzugehen. Und zur Arbeit konntest du eine Weile auch nicht gehen?

J: Nee, am Anfang von Corona, da wurden halt die ganzen Werkstätten geschlossen und da durften wir nicht hingehen. Mittlerweile dürfen wir wieder. Zwischendurch waren es auch nur zwei Gruppen, die sich geteilt haben. Dann war eine Gruppe einen Tag zuhause und einen Tag durften wir arbeiten gehen. Das war auch ganz schön kompliziert für meinen Alltag.

I: Als du gar nicht zur Arbeit gehen konntest, war das bestimmt die Anfangssituation. Letztes Jahr März wo es so schlimm war, oder? Das war bestimmt die Zeit, wo du dann auch keine ambulante Begleitung bekommen hattest?

J: Ja, genau. Ich konnte nicht arbeiten und es kam auch niemand. Da saß ich nur zu Hause.

I: Und wie bist du dann klar gekommen mit deinem Alltag? Konntest du alleine einkaufen gehen? Oder wie hast du das gemacht, wenn du Hilfe brauchst?

J: Ab und an ist mal jemand gekommen. Also es war nie so, dass gar keiner gekom-

men ist. Aber halt sehr sehr selten. Denn hab ich erzählt, wie das momentan ist. Einkaufen gehen und sowas kann ich ja alleine. Nur ich habe keinen Überblick über die Zeit. Ich kann keine Uhr lesen und sonst wusste ich immer ungefähr, wie spät es war, wenn ich von der Arbeit nach Hause gekommen bin. Dann konnte ich halt einen Tag einkaufen und auch sonst wusste ich wann ich Arzttermine hatte. Ich wusste nicht genau wohin mit mir.

I: Und wie hast du das denn hinbekommen, dass du einigermaßen über die Zeit bescheid wusstest? Schön, dass du da durchgekommen bist.

J: Ich weiß nicht. Ab und an hab ich mal draußen jemanden getroffen, hab mit den kurz erzählt. Ja und diese kurzen Treffen mit den Ambulanten. Ansonsten ja, hatte ich sehr viel damit zu kämpfen. Und ich glaube, dass ich mich dadurch mehr verletzt habe in letzter Zeit.

I: Und konntest du dich denn über das Internet mit Freunden unterhalten, also über Videoanruf oder telefonieren mit deiner Familie?

J: Videoanruf geht nicht bei meinem Handy, weil ich kein WLAN habe. Telefonieren konnte ich mit meiner Familie, aber sie sehen ist schöner. Ich sehe auch nur selten meinen Freund. Aber eine Person kann ich ja eigentlich einladen.

I: Ja, das sollte gehen. Wie gehst du mit den ganzen Hygienemaßnahmen und mit den Schutzmaßnahmen um?

J: Ja, ich muss auch eine Maske tragen. Zum Einkaufen und mittlerweile auch in der Werkstatt. Aber wenn eine Freundin oder ein Freund zu mir kommt, dann trag ich keine Maske.

I: Aber du weißt was momentan die Corona Regeln sind? Mit wie vielen Leuten du dich treffen darfst und was es für Hygienevorschriften momentan gibt?

J: Ja, unsere Betreuer haben uns gesagt, dass wir beim Einkaufen eine Maske tragen müssen und auch wenn wir mehrere zusammen sind. Ich hab die aber nicht immer bei. Ich denk da manchmal gar nicht dran. Ja und ich glaub, momentan dürfen wir uns nur mit einer Person treffen. Da bin ich mir aber auch nicht ganz sicher.

I: Also weißt du grad gar nicht mehr, wie es momentan ist. Wahrscheinlich, weil sich das immer so oft ändert, oder?

J: Ja, genau. Ich weiß nicht mal, ob ich meinen Freund besuchen darf. Ich hab jetzt auch noch nicht gefragt. Mal sehen.

I: Dein Freund ist der woanders? Also wohnt er nicht hier?

J: Ja, der wohnt P****. Ich weiß nicht, ob ich da hin darf oder ob der herkommen kann. Ja, das sollte ich mal fragen. Vielleicht geht es ja sogar momentan.

I: Wie fühlst du dich denn zurzeit? Jetzt nicht auf das letzte Jahr bezogen, sondern wie fühlst du dich denn im Moment?

J: Ich bin ganz schön oft gelangweilt, weil man eben nicht viel machen kann. Es können nicht viele Leute zu mir kommen. Ein bisschen einsam.

I: Also schlägt Corona schon ganz schön auf dein eigenes Wohlbefinden? Also, dass es dir nicht mehr so gut geht durch Corona?

J: Ja, am Anfang da dachte ich es geht schnell vorbei und dann bleib ich halt mal kurz zu Hause. Aber mittlerweile hat auch schon meine Therapeutin gesagt, dass sich bei mir was ändern muss. Sie weiß mittlerweile auch schon nicht mehr weiter, weil ich mich immer so viel verletze.

I: Findest du denn, du bekommst genügend Unterstützung?

J: Momentan ja. Momentan geht es. Ich bin ja auch arbeiten. Jetzt ist ja nicht mehr so mit diesem abwechselnd. Und die ambulanten Betreuer, die kommen auch relativ regelmäßig. Aber es gab halt auch eine Zeiten während Corona, da war jetzt nicht so die Unterstützung da. Als wir nicht arbeiten konnten und dann die Ambulanten auch nicht gekommen sind. Auch nach dem Lockdown war es dann wieder sehr schwer rein zu finden in die Arbeit. Da war nicht so einfach.

I: Hast du denn Angst vor Corona? Also, dass du selbst daran erkrankst?

J: Ja, ein bisschen. Aber ich denke meistens nicht so daran.

I: Sehr schön, das war's dann auch schon mit dem Interview. Ich habe alle Fragen gestellt, die ich stellen wollte. Es freut mich sehr, dass du mitgemacht hast und dass du so viel erzählt hast, wie es dir ergangen ist im letzten Jahr. Ich hoffe, es war angenehm für dich.

J: Ja, es war gut. Ich war sehr nervös. Aber jetzt habe ich es überstanden.

Interview 2:

- I steht für Ich
- B steht für die Klientin
- Durchführungsdatum: 08.04.2021
- das Interview dauerte ca. 15 Minuten

I: Hallo noch einmal. Vorab schon mal danke, dass du mich bei meiner Bachelorarbeit unterstützt! Ich freue mich sehr, dass du dabei bist!

B: Nichts zu danken. Ich freue mich, dass du mich ausgesucht hast.

I: Also wie bereits schon mal gesagt geht das Interview darum, wie du mit der gesamten Corona-Pandemie umgehst und was du für Schwierigkeiten hast vor als auch während der Pandemie. Das Interview geht demzufolge besonders um das vergangene Jahr. Wenn du keine Fragen mehr hast, legen wir jetzt los mit den Fragestellungen?

B: Ist alles klar, wir können anfangen.

I: Also wie hat sich dein Leben seit letztes Jahr März verändert? Wie hast du dich gefühlt? Wie fühlst du dich jetzt?

B: Besonders wegen Corona hat sich alles sehr verändert. Ich darf mich nicht mehr mit vielen Leuten treffen, zwischendurch durfte ich nicht arbeiten gehen. Das ist momentan nicht so einfach. Ich hoffe ja, dass es im Sommer wieder besser wird.

I: Was kommen da bei dir für Gefühle auf?

B: Ich fühle mich oft einsam. Der einzige Kontakt, mit dem ich mich regelmäßig treffen kann ist meine Freundin, die über mir wohnt. Mit ihr treffe ich mich auch gerne, aber ich würde auch gern wieder mit mehreren Leuten etwas machen.

I: Weißt du denn, warum du momentan nicht viel machen kannst?

B: Ja, wegen der Pandemie. Die Krankheit ist ja so schlimm. Hoffentlich kriege ich die nicht auch. Deshalb bleibe ich ja dann auch zu Hause. Damit ich mich vor allem nicht anstecke.

I: Wurdest du denn über das Virus aufgeklärt?

B: Was ist ein "Virus"?

I: Damit ist die Krankheit "Corona" gemeint. Das ist nur ein anderes Wort dafür.

B: Achso. Ja die haben uns ganz zum Anfang ein Zettel gezeigt, wo erklärt wurde was Corona ist. Und sie haben gesagt, dass das hochansteckend ist und man deshalb nicht mehr viel machen darf. Und die haben uns solche Masken gegeben, die wir immer tragen müssen.

I: Wann muss man denn die Maske tragen?

B: Zum Einkaufen, oder wenn man Menschen zu nahe kommt. Ich trage sie aber auch oft draußen, weil ich mir nicht sicher bin, ob ich die nun tragen muss.

I: Es ist nicht so einfach die Regelungen für Corona alle im Überblick zu behalten, stimmt's? Ich komme da auch manchmal nicht hinterher. Hast du denn starke Angst davor dich anzustecken?

B: Ja, gerade wenn man schon vorher eine Krankheit hatte soll Corona ja sehr schlimm sein. Ich versuche auch möglichst wenige Kontakte zu haben.

I: Was ist dir noch aufgefallen seit letztem Jahr?

B: Wir durften eine Zeit lang nicht arbeiten gehen. Da war Corona so schlimm.

I: Wie ist dir das bekommen?

B: Naja dadurch, dass wir nicht arbeiten durften, wusste ich nicht, wann ich was erledigen soll. Normalerweise habe ich immer einen Plan erstellt, wann einkaufen dran ist und so. Aber an den konnte ich mich nicht mehr halten.

I: Hat denn niemand mit dir den Plan angepasst?

B: Erst später. Durch Corona kamen die Ambulanten auch nicht mehr so oft zu uns. Also jetzt kommen sie wieder regelmäßig, aber damals nicht.

I: Konntest du dich denn trotzdem bei ihnen melden, wenn du ein Problem hattest? Also in der Zeit, als sie nicht zu dir gekommen sind?

B: Ja ich konnte sie anrufen. Das habe ich auch sehr oft gemacht, weil es manchmal zum Einkaufen schon zu spät war oder ich einen Arzttermin verpasst habe.

I: Wurde dann etwas geändert?

B: Erst nachdem viel Zeit vergangen ist. Die haben gesagt, dass sie zu wenig Personal haben, da wegen Corona viele Mitarbeiter nicht arbeiten konnten.

I: Und wie sieht es mit der Arbeit aus? Darfst du mittlerweile schon wieder hingehen?

B: Ja, jetzt darf ich schon länger wieder hin. Als wir das erste Mal wieder hin konn-

ten, war es gar nicht so einfach wieder den Tag nach der Arbeit zu gestalten. Aber jetzt gehts wieder.

I: Schön, dass du dich wieder eingefunden hast in die Arbeit. Du hast vorhin Einsamkeit geäußert. Was tust du denn dagegen?

B: Ich treffe mich fast jeden Tag mit meiner Freundin, die über mir wohnt. Manchmal telefoniere ich auch mit meiner Familie.

I: Wie sieht es bei dir aus mit einer WLAN-Verbindung?

B: Was ist das?

I: Das ist Internet für zu Hause. Das Internet wird nicht aufgebraucht und so kannst du zum Beispiel mit deiner Familie Videotelefonate durchführen.

B: Nein, sowas habe ich nicht, wusste ja nicht mal was das ist. Mein Internet läuft immer irgendwann ab und dann wird es ganz langsam.

I: Ja genau dafür ist WLAN, damit das Internet immer schnell bleibt. Ist dir denn noch etwas aufgefallen im letzten Jahr?

B: Ich kann keine Therapien mehr machen. Ich gehe normalerweise immer zu den Pferden und schwimmen, damit ich fit bleibe und etwas zu tun habe. Und meine Putzkraft kann nicht mehr kommen.

I: Merkst du denn einen Unterschied seitdem du keine Therapie mehr besuchen darfst?

B: Ja, vor allem im Kopf. Ich habe mich immer so darauf gefreut. Jetzt konnte ich das schon lange nicht mehr machen.

I: Also schlägt das wohl auf deine Psyche. Und deine Haushaltskraft... musst du jetzt alles alleine putzen?

B: Ja und dann beschweren sich die Ambulanten oft, weil das nicht so sauber ist. Aber deswegen kommt ja die Putzkraft immer, weil ich das nicht so gut kann. Das wissen die Ambulanten ja eigentlich.

I: Okay, dann habe ich nur noch eine letzte Frage: Findest du, du bekommst genügend Unterstützung?

B: Eigentlich ja. Die Ambulanten und auch meine Betreuerin (gemeint ist die gesetzliche Betreuung) kümmern sich sehr um mich. Während Corona konnte das nicht richtig ausgeführt werden. Aber ich merke, dass es grad wieder besser wird.

I: Sehr schön! Dann war es das auch mit dem Interview. Ich hoffe es war angenehm für dich. Hast du denn noch Fragen?

B: Ich bin ganz schön nervös. Aber es war schön! Ich hab auch keine Fragen mehr.

I: Gut, dann vielen Dank noch einmal fürs mitmachen!