

Ethik und Menschenrechte in jedem Fall
Erweiterung der Handlungsoptionen in Bezug auf das
Selbstbestimmungsrecht von Klient_innen in der
Sozialen Arbeit

Dunja Gharwal
Damaris Janschek
Julia Kimeswenger

Masterthese
Eingereicht zur Erlangung des Grades
Master of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Im April 2016

Erstbegutachterin:
FH-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Monika Vyslouzil
Zweitbegutachter:
Kevin Brown, BA (Hons), MA, CQSW, PTA

Abstract

Dunja Gharwal

Damaris Janschek

Julia Kimeswenger

Ethik und Menschenrechte in jedem Fall

Erweiterung von Handlungsoptionen in Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht von Klient_innen in der Sozialen Arbeit

Masterthese, eingereicht an der Fachhochschule St.Pölten im April 2016

Obwohl Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession bezeichnet wird, scheint die Auseinandersetzung mit menschenrechtlichen Grundlagen und den daraus abgeleiteten professionellen Werten und Grundhaltungen im Berufsalltag von Sozialarbeiter_innen kaum Platz zu finden. Auch die Anwendung von Ethikkodizes und Menschenrechtsdokumenten als hilfreiche Instrumente für die Fallarbeit ist kaum etabliert. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit ethischen Dilemmasituationen in der Alltagspraxis von Sozialarbeiter_innen und zeigt Möglichkeiten auf, die die Einbeziehung ethischer und menschenrechtlicher Dokumente in Bezug auf die Vielfalt der Handlungsoptionen bietet. Darüber hinaus soll eine Auseinandersetzung mit besagten Dilemmata als Ressource für die Sozialarbeitspraxis ermöglicht werden.

Neun exemplarische Fälle aus der Praxis, die ethische Dilemmata rund um das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Klient_innen beinhalten, werden deshalb mithilfe berufsethischer und menschenrechtlicher Dokumente kommentiert. Die Einbeziehung der Expertisen von Praktiker_innen Sozialer Arbeit im Rahmen von Fokusgruppen zur Erarbeitung weiterer Handlungsspielräume bildet das Herzstück dieser Arbeit. Die Beantwortung der Forschungsfragen beinhaltet zunächst zusammenfassende Beobachtungen zu ethischen Dilemmasituationen in der Fallarbeit. Außerdem werden zahlreiche Möglichkeiten aufgezeigt, wie die Inhalte von Menschenrechtsdokumenten und Ethikkodizes in der Arbeit mit Klient_innen als

Ressourcen herangezogen werden können. Einige Strategien zur Sichtbarmachung ethischer Dilemmata und zur Stärkung der ethischen Reflexion in der Sozialen Arbeit bilden den Abschluss dieser Masterarbeit.

Ethics and human rights in every case

Extending courses of action regarding the right to self-determination of clients in social work

Despite the fact, that social work is often referred to as a human rights profession, it seems that human rights and their derived values are rarely dealt with in the everyday work of social workers. Also the use of human rights documents and professional codes of ethics as valuable instruments for casework is mostly uncommon. This thesis is about ethical dilemmas in social work practice and shows how the incorporation of ethical and human rights documents can lead to a greater variety of courses of action. Furthermore, the examination of these dilemmas should become a resource for social work practice.

Nine exemplary social work cases, each including an ethical dilemma concerning the right to self-determination of the affected client, are being commented in terms of professional ethics and relevant human rights aspects. The expertise of social workers is included through focus groups working towards expanding the room for manoeuvre in each case and also represents the core of the thesis. The answers to the research issues feature a summary of observations about ethical dilemmas and show a variety of possibilities on how to use human rights and ethical documents as resources when working with clients. Strategies for the identification of ethical dilemmas and the strengthening of ethical reflection conclude this thesis.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	12
Abkürzungsverzeichnis	13
I. Einleitung (<i>Damaris Janschek</i>)	16
1. Forschungsfrage	17
2. Schwerpunktsetzung	17
2.1. Selbstbestimmung	18
2.2. Zielgruppe	18
2.2.1. Menschen mit psychischen Erkrankungen	18
2.2.2. Menschen im fortgeschrittenen Alter	19
2.2.3. Pflege- und/oder Betreuungsbedarf	19
2.3. Ziele	20
3. Aufbau der Arbeit	21
II. Theoretische Grundlagen	21
1. Forschungsdesign (<i>Damaris Janschek</i>)	21
1.1. Reflexionsgespräche	21
1.2. Episodische Interviews	22
1.3. Anonymisierung	23
1.4. Erstellung erster Falldarstellungen und Auswahl der Fälle	23
1.5. Fokusgruppen	24
1.6. Auswertung	26
1.7. Überarbeitung der Fälle	27
2. Ethische Grundlagen in der Sozialarbeit (<i>Julia Kimeswenger</i>)	28
2.1. Ethikdiskurs in der Sozialen Arbeit	28
2.2. Begriffsbestimmung Ethik und Moral	28
2.3. Bezugsrahmen zur ethischen Auseinandersetzung	30

2.3.1.	Ethische Prinzipien Sozialer Arbeit anhand des IFSW-Ethikkodex.....	30
2.3.2.	Zusätzliche verwendete Ethikkodizes	33
2.3.2.1.	OBDS – Österreich	33
2.3.2.2.	DBSH – Deutschland	33
2.3.2.3.	Avenir Social – Schweiz	34
2.4.	Das ethische Dilemma	35
2.5.	Das Mehrfachmandat	35
3.	Menschenrechtliche Grundlagen im Zusammenhang mit dem Recht auf Selbstbestimmung (<i>Dunja Gharwal</i>)	37
3.1.	Begriffsherleitung	37
3.2.	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR)	39
3.3.	Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK).....	39
3.4.	Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention)	44
3.4.1.	Das Selbstbestimmungsrecht in der UN-Behindertenrechtskonvention.....	45
3.5.	Nationaler Aktionsplan für Menschen mit Behinderung	47
III.	Falldarstellungen	49
1.	Erläuterungen zu den Falldarstellungen (<i>Damaris Janschek</i>)	49
1.1.	Was ist ein Fall?	49
1.2.	Benennung der Klient_innen	50
1.3.	Fallgliederung	50
1.4.	Aufbau der Falldarstellungen	52
2.	Fallgruppen.....	53
	Fallgruppe – individuelle Rechte und Fürsorge	53
2.1.	Eine eigene Wohnung (<i>Damaris Janschek</i>).....	53
2.1.1.	Falldarstellung	53

2.1.1.1. Rahmenbedingungen	53
2.1.1.2. Fallbeschreibung	53
2.1.1.3. Dilemmabeschreibung	54
2.1.2. Fallkommentierung	55
2.1.2.1. Berufsethische Aspekte	55
2.1.2.2. Rechtliche Aspekte	55
2.1.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen	56
2.1.3.1. Handlungsoptionen	56
2.1.3.2. Ethische Überlegungen	62
2.1.4. Aufzählung der Handlungsoptionen	66
2.2. Alkohol bis zum Schluss (<i>Damaris Janschek</i>)	67
2.2.1. Falldarstellung	67
2.2.1.1. Rahmenbedingungen	67
2.2.1.2. Fallbeschreibung	67
2.2.1.3. Dilemmabeschreibung	68
2.2.2. Fallkommentierung	69
2.2.2.1. Berufsethische Aspekte	69
2.2.2.2. Rechtliche Aspekte	69
2.2.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen	71
2.2.3.1. Handlungsoptionen	71
2.2.3.2. Ethische Überlegungen	77
2.2.4. Aufzählung der Handlungsoptionen	78
2.3. Den Winter überleben (<i>Dunja Gharwal</i>)	79
2.3.1. Falldarstellung	79
2.3.1.1. Rahmenbedingungen	79
2.3.1.2. Fallbeschreibung	80

2.3.1.3. Dilemmatabeschreibung	81
2.3.2. Fallkommentierung	81
2.3.2.1. Berufsethische Aspekte	81
2.3.2.2. Rechtliche Aspekte	82
2.3.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen	84
2.3.3.1. Handlungsoptionen	84
2.3.3.2. Ethische Überlegungen	89
2.3.4. Aufzählung der Handlungsoptionen	91
2.4. Selbstbestimmte Lebensführung und ein professioneller Umgang mit Demenz (<i>Julia Kimswenger</i>)	92
2.4.1. Falldarstellung	92
2.4.1.1. Rahmenbedingungen	92
2.4.1.2. Fallbeschreibung	92
2.4.1.3. Dilemmabeschreibung	94
2.4.2. Fallkommentierung	94
2.4.2.1. Berufsethische Aspekte	95
2.4.2.2. Rechtliche Aspekte	95
2.4.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen	97
2.4.3.1. Handlungsoptionen	97
2.4.3.2. Ethische Überlegungen	100
2.4.4. Auflistung der Handlungsoptionen	105
2.5. Pflege nach eigenen Vorstellungen (<i>Damaris Janschek</i>)	106
2.5.1. Falldarstellung	106
2.5.1.1. Rahmenbedingungen	106
2.5.1.2. Fallbeschreibung	107
2.5.1.3. Dilemmabeschreibung	108

2.5.2. Fallkommentierung	109
2.5.2.1. Berufsethische Aspekte	109
2.5.2.2. Rechtliche Aspekte	109
2.5.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen	111
2.5.3.1. Handlungsoptionen	111
2.5.3.2. Ethische Überlegungen	117
2.5.4. Aufzählung der Handlungsoptionen	118
Fallgruppe – individuelle Rechte und Auftrag der Organisation	119
2.6. Nähe zur Familie (<i>Dunja Gharwal</i>)	119
2.6.1. Falldarstellung	119
2.6.1.1. Rahmenbedingungen	119
2.6.1.2. Fallbeschreibung:	121
2.6.1.3. Dilemmabeschreibung:	122
2.6.2. Fallkommentierung	122
2.6.2.1. Berufsethische Aspekte:	122
2.6.2.2. Rechtliche Aspekte	124
2.6.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen	126
2.6.3.1. Handlungsoptionen	126
2.6.3.2. Ethische Überlegungen	131
2.6.4. Aufzählung der Handlungsoptionen	135
2.7. Selbständige Lebensführung trotz hohen Alters (<i>Julia Kimeswenger</i>)	135
2.7.1. Falldarstellung	135
2.7.1.1. Rahmenbedingungen	135
2.7.1.2. Fallbeschreibung	136
2.7.1.3. Dilemmabeschreibung	138
2.7.2. Fallkommentierung	139

2.7.2.1. Berufsethische Aspekte	139
2.7.2.2. Rechtliche Aspekte	139
2.7.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen	142
2.7.3.1. Handlungsoptionen	142
2.7.3.2. Ethische Überlegungen	145
2.7.4. Auflistung der Handlungsoptionen	149
Fallgruppe – professionelle Rollen, Grenzen und Beziehungen	150
2.8. Die Chance auf ein gutes Leben (<i>Dunja Gharwal</i>)	150
2.8.1. Falldarstellung	150
2.8.1.1. Rahmenbedingungen	150
2.8.1.2. Fallbeschreibung	151
2.8.1.3. Dilemmabeschreibung	153
2.8.2. Fallkommentierung	154
2.8.2.1. Berufsethische Aspekte	154
2.8.2.2. Rechtliche Aspekte	156
2.8.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen	158
2.8.3.1. Handlungsoptionen	158
2.8.3.2. Ethische Überlegungen	164
2.8.4. Aufzählung der Handlungsoptionen	168
2.9. Die Bedürfnisse eines jungen, psychisch kranken Mannes und seiner Angehörigen (<i>Julia Kimeswenger</i>)	169
2.9.1. Falldarstellung	169
2.9.1.1. Rahmenbedingungen	169
2.9.1.2. Dilemmabeschreibung	170
2.9.2. Fallkommentierung	171
2.9.2.1. Berufsethische Aspekte	171

2.9.2.2. Rechtliche Aspekte	172
2.9.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen	173
2.9.3.1. Handlungsoptionen	173
2.9.3.2. Ethische Überlegungen	183
2.9.4. Auflistung der Handlungsoptionen	184
IV. Ergebnisse und Erkenntnisse	185
1. Ethische Dilemmata in der Alltagspraxis Sozialer Arbeit	185
2. Erweiterung der Handlungsspielräume durch menschenrechtliche Grundlagendokumente und Ethikkodizes	188
2.1. Menschenrechte als Ausgangspunkt	189
2.2. Beitrag der Ethikkodizes	190
2.2.1. Ganzheitliche Wahrnehmung der Klient_innen – als Person innerhalb der Familie, der Gemeinschaft und der sozialen Umwelt (vgl. IFSW 4.1.3, 2012)	190
2.2.2. Kooperation mit anderen Professionen und Institutionen, zur Verbesserung der Lebensverhältnisse der Klient_innen (vgl. OBDS Pkt.11, 2004)	191
2.2.2.1. Zusammenarbeit mit anderen Sozialarbeiter_innen in der eigenen Einrichtung	191
2.2.2.2. Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter_innen anderer Einrichtungen	192
2.2.2.3. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen	192
2.2.3. Empowerment durch Fokussierung auf die Stärken der Klient_innen (vgl. IFSW 4.1.4, 2012)	192
2.2.4. Verpflichtung zur gerechten Ressourcenverteilung (vgl. Avenir Social 9.6, 2010)	193
2.2.5. Eingehen auf die Ziele der Betroffenen (vgl. OBDS Pkt.3, 2004)	193
2.2.6. Verpflichtung gegenüber dem dreifachen Mandat (vgl. Avenir Social 5.10, 2010)	194

2.2.7.	Stärkung der sozialarbeiterischen Expertise (vgl. Avenir Social 11.5, 2010)....	194
2.2.8.	Förderung des ethischen Dialogs in der Einrichtung (vgl. IFSW 5.10, 2012)....	195
2.2.9.	Verantwortung der Sozialarbeiter_innen (vgl. IFSW 5.8, 2012).....	195
2.2.10.	Erhaltung und Weiterentwicklung der sozialarbeiterischen Fertigkeiten (vgl. IFSW 5.1, 2012).....	196
2.2.11.	Grundsatz der Selbstbestimmung (vgl. Avenir Social 8.5, 2010).....	196
3.	Stärkung ethischer Reflexion durch Sichtbarmachung der Dilemmata	197
3.1.	Fallebene	197
3.1.1.	Dokumentation.....	197
3.1.2.	Entwicklung einer Fehlerkultur	198
3.2.	Organisationsebene.....	198
3.3.	Sozialpolitische Ebene.....	199
4.	Abschluss	200
V.	Literatur.....	201

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auswertungsprozess: Janschek, Damaris (2016)	S. 20
Abbildung 2: Zur Unterscheidung von Ethik und Moral: Schuhmacher, Thomas (2013): Lehrbuch der Ethik in der Sozialen Arbeit. Weinheim und Basel. S. 41.	S. 23
Abbildung 3: Oberste Prinzipien der Sozialen Arbeit: DBSH (2014): Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. S. 27.	S. 28
Abbildung 4: Tripelmandat: Kimeswenger, Julia (2016)	S. 30
Abbildung 5: begriffliche Überarbeitung der BRK: Gharwal, Dunja (2016) nach ÖAR Stellungnahme vom 12.02.2016: UN-Behindertenrechtskonvention, Überarbeitung der deutschen Übersetzung, http://oear.or.at/ihr-recht/stellungnahmen/stellungnahmen-der-oar-2014/OAR_StellungnahmeCRPDNeuubersetzung.pdf , am 10.04.2016	S. 42
Abbildung 6: Der Fall: Pantucek, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. S. 52.	S. 43
Abbildung 7: Ethical challenges in social work: List 1.2 Ethical challenges in social work In: Banks, Sarah (2012): Ethics and Values in Social Work. S. 21.	S. 44
Abbildung 8: Handlungstrias der Sozialen Arbeit: Gharwal, Dunja/ Janschek, Damaris/ Kimeswenger, Julia (2016)	S. 175

Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
Abs.	Absatz
AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
ALS	amyotropische Lateralsklerose
API	Anton Proksch Institut
Art	Artikel
AsylG	Asylgesetz
Avenir Social	Schweizer Berufsverband Sozialer Arbeit
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
BBRZ	Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKA	Bundeskanzleramt
BM	Bundesministerium
BMASK	Bundesministerium für Arbeit Soziales und Konsumentenschutz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
BRK	Behindertenrechtskonvention
bzw.	beziehungsweise
BzWo	Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe
ca.	circa
CCPR	englisch Covenant on Civil and Political Rights
CESCR	englisch Committee on Economic, Social and Cultural Rights
CM	englisch Case Management
CRPD	englisch Convention on the Rights of Persons with Disabilities
d.h.	das heißt
DBSH	Deutscher Berufsverband für Sozialer Arbeit e.V.
E	Entscheidung
ebd.	eben dieser

EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EmMA	Projekt zur Förderung der Einwilligungsfähigkeit in medizinische Maßnahmen bei Demenz
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
EU	Europäische Union
FG	Fokusgruppe
FSW	Fonds Soziales Wien
G oder Gz	Geschäftszahl
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GVG-B	Grundversorgungsgesetz – Bund
GVV	Grundversorgungsvereinbarung
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
Hg.	Herausgeber
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Kranker
ICD-10	englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IFSW	englisch International Federation of Social WorkersAva
IHS	Institute for Advanced Studies
i.S.	im Sinne
iSd.	im Sinne des
MA	Magistratsabteilung
NAP	Nationaler Aktionsplan
NL	Niederlande
Nr.	Nummer
NRO	Nichtregierungsorganisation
o.A.	ohne Angabe
o.J.a.	ohne Jahresangabe
ÖAR	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
OBDS	Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit
OGSA	Österreichische Gesellschaft für Soziale Arbeit
ÖGLB	Österreichischer Gehörlosenbund

OWS	Otto Wagner Spital
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
PersFrG	Persönliche Freiheitsgesetz
Pkt.	Punkt
PSD	Psychosozialer Dienst
PSZ	Psychosoziale Zentren
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SiO	Soziale Arbeit in Österreich
SWG	Sachwalterschaftsgesetz
SWRÄG	Sachwalteränderungsgesetz
UbG	Unterbringungsgesetz
UN	englisch United Nations
UNO	englisch United Nation Organization
US	englisch United States
uvm.	und vieles mehr
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VfSlg	Gesammelte Beschlüsse und Erkenntnisse des Verfassungsgerichtshofs
vgl.	vergleiche
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
WHO	englisch World Health Organization
Z	Zeile
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert
ZP	Zusatzprotokoll

I. Einleitung (*Damaris Janschek*)

Sozialarbeit ist eine Menschenrechtsprofession. Ihr professionelles Berufsbild basiert auf menschenrechtlichen Grundprinzipien und auf der gesellschaftlichen Übereinkunft, das Recht aller Menschen auf ein menschenwürdiges Leben zu fördern und zu schützen. Sie stützt sich auf die elementaren Grundannahmen von Würde, gegenseitigem Respekt und Gleichheit (vgl. Banks 2012:134).

Unterstützt wird dieses moralische Grundgerüst durch berufsspezifische ethische Leitlinien, die Aufschluss über die Grundprinzipien und Haltung von Sozialarbeiter_innen, sowie Handlungsanleitungen für die Praxis geben. Obwohl Berufsethik ein elementarer Bestandteil Sozialer Arbeit ist, scheint sie im Arbeitsalltag kaum thematisiert zu werden. Generell entsteht der Eindruck, dass nur wenig Wissen und Bewusstsein über die ethischen Grundlagen der Profession vorhanden sind bzw. dass ein offener Diskurs darüber in vielen Organisationen kaum Platz findet. Diese Annahme wird auch von Untersuchungen gestützt, die ergeben haben, dass das Selbstbild von Sozialarbeiter_innen unter anderem von fehlendem Professionsbewusstsein und dem Ausblenden fach- bzw. professionspolitischer Dimensionen geprägt ist (vgl. Nadai/ Sommerfeld 2005:189f).

Eine fehlende Auseinandersetzung mit beruflichen Werten und Grundhaltungen beeinträchtigt einerseits Professionalisierungsprozesse und birgt die Gefahr der Fremddefinition und Verdrängung durch andere etabliertere Professionen und damit den Verlust des eigenen Auftrags und der Positionierung der Sozialen Arbeit. Andererseits bleibt dadurch auch ein wichtiges Instrument für die Fallarbeit ungenutzt, das vor allem in komplexen Fallsituationen Anhaltspunkte für die Arbeit mit Klient_innen bietet und sich bei der Argumentation von Interventionen gegenüber anderen Stakeholder_innen als hilfreich erweisen kann. Dies ist insofern relevant, als Sozialarbeiter_innen aufgrund ihrer unterschiedlichen Mandate immer wieder mit ethischen Dilemmasituationen konfrontiert sind, in denen es die Interessen der Beteiligten abzuwägen und eine ethisch begründete Entscheidung zu treffen gilt. Eine Annäherung an diese ethischen Dilemmata und die mögliche Nutzbarmachung berufsethischer und menschenrechtlicher Dokumente für die Fallarbeit sind die Kernthemen dieser Arbeit.

1. Forschungsfrage

Diese Forschungsarbeit befasst sich mit den ethischen Grundlagen professioneller Sozialarbeit auf mehreren Ebenen. Zunächst geht es um eine praktische Annäherung an ethische Dilemmata in der Alltagspraxis von Sozialarbeiter_innen. Für neun exemplarische, anonymisierte Fälle aus der Praxis wurden mithilfe von Fokusgruppen, sowie unter Einbeziehung von Berufskodizes der Sozialarbeit und Menschenrechtsdokumenten, eine Vielzahl an konkreten Handlungsoptionen erarbeitet. Über diese exemplarischen Einzelfälle hinaus geht es jedoch auch um eine generelle Stärkung von Sozialarbeiter_innen in ihrem beruflichen Selbstbewusstsein und Handeln.

Folgende Forschungsfragen sollen demnach die im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden:

Welche ethischen Handlungsdilemmata stellen sich Sozialarbeiter_innen in ihrer Alltagspraxis?

Inwieweit können menschenrechtliche Grundagentexte und Ethikkodizes als Grundlage für das sozialarbeiterische Handeln die Handlungsspielräume in diesen Dilemmasituationen erweitern?

Wie können diese Dilemmata als Ressourcen für professionelles Handlungswissen in der Sozialen Arbeit im Sinne einer Stärkung der ethischen Reflexion sichtbar gemacht werden?

2. Schwerpunktsetzung

Sozialarbeit hat viele Gesichter und diejenigen, die sie ausüben, arbeiten in unterschiedlichen Bereichen und Kontexten mit vielen verschiedenen Zielgruppen. So unterschiedlich wie die Handlungsfelder und Klient_innen Sozialer Arbeit gestalten sich auch die ethischen Dilemmata, mit denen die Praktiker_innen konfrontiert sind. Um die Forschungsfragen in angemessener Tiefe untersuchen und beantworten zu können, wurde das Themenfeld eingegrenzt. Der thematische Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf der ***Selbstbestimmung von Menschen mit Betreuungsbedarf aufgrund einer psychischen Erkrankung und/oder aufgrund hohen Alters***. Diese Eingrenzung erlaubt einerseits einen konzentrierteren Blick auf eine bestimmte Zielgruppe Sozialer

Arbeit, beschäftigt sich andererseits jedoch auch mit dem universellen Thema der Selbstbestimmung, das auch in anderen Wirkungsbereichen Sozialer Arbeit relevant ist.

2.1. Selbstbestimmung

Das Konzept der Selbstbestimmung von Menschen ist im Kontext der Sozialen Arbeit ein wichtiger Grundsatz. Banks unterscheidet zwei Arten von Selbstbestimmung:

- Negative Selbstbestimmung bezeichnet die Möglichkeit ohne Einmischung nach eigenem Belieben zu handeln.
- Positive Selbstbestimmung meint die Entwicklung von Rahmenbedingungen welche Menschen dahingehend bestärken, mehr Selbstbestimmung zu erlangen.

Sie ergänzt, dass in der Sozialarbeit vor allem im Hinblick auf die Partizipation der Klient_innen in Entscheidungsprozessen beide Arten von Selbstbestimmung zum Tragen kommen. Sozialarbeiter_innen unterstützen ihre Klient_innen dabei, ihre Fähigkeiten und ihr Selbstvertrauen dahingehend zu erweitern, dass sie am gesellschaftlichen Leben teilhaben können (vgl. Banks 2012:61).

Das Recht auf Selbstbestimmung ist im Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen enthalten, das in Teil II, Kapitel 3.4.1. noch genauer behandelt werden soll. Bereits lange vor dessen Ratifizierung in Österreich im Jahr 2008 gab es insbesondere von den zuständigen Interessensvertretungen Bestrebungen, das Recht auf Selbstbestimmung von Menschen mit Beeinträchtigungen einzufordern und zu fördern.

2.2. Zielgruppe

2.2.1. Menschen mit psychischen Erkrankungen

Eine Untersuchung der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) von 2014 zum Thema Wahlfreiheit und Selbstbestimmung zeigte, „dass auch Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen je nach Umfang und Art der in verschiedenen Ländern verfügbaren Unterstützung in sehr unterschiedlichem Maße selbstbestimmt leben können.“ (FRA 2014:9) Trotz der Verbesserung von Unterstützungssystemen zur Stärkung ihrer Handlungskompetenzen sehen sich

viele Menschen mit psychischen Erkrankungen nach wie vor vielfachen Barrieren und Einschränkungen ausgesetzt, vor allem auch hinsichtlich der Ausübung ihres Selbstbestimmungsrechts. Diese reichen von Hindernissen in Bezug auf selbstbestimmtes Wohnen über mangelnden Zugang zum Arbeitsmarkt und Einschränkungen der Handlungsfähigkeit bis hin zu Diskriminierung und Stigmatisierung (vgl. FRA 2014:9f).

Professionelle Sozialarbeiter_innen nehmen hier nach Ansicht der Autorinnen eine Schlüsselposition ein. Sie sind aufgrund ihrer Positionierung in vielen Unterstützungseinrichtungen für diese Zielgruppe, aufgrund ihres Wissens und ihrer Fähigkeiten, sowie ihrer menschenrechtlichen Ausrichtung bestens für die Förderung der Rechte und Handlungskompetenzen von Menschen mit psychischen Erkrankungen geeignet.

2.2.2. Menschen im fortgeschrittenen Alter

Die Förderung oder Erhaltung eines selbstbestimmten Lebensstils ist in der Sozialarbeit die zentrale Aufgabe in der Arbeit mit alten und auch pflegebedürftigen Menschen (vgl. OBDS 2004:4). Vor allem geistige Abbauprozesse, wie z.B. dementielle Erkrankungen stellen bei der Arbeit mit dieser Zielgruppe eine große Herausforderung dar, die vor allem hinsichtlich der Selbstbestimmung der betroffenen Personen berücksichtigt werden muss.

2.2.3. Pflege- und/oder Betreuungsbedarf

Unter dieser begrifflichen Zusammenfassung wird im Rahmen dieser Arbeit ein Zustand verstanden, der es einer Person nicht erlaubt, ihren Alltag ohne Hilfe von anderen Personen zu bewerkstelligen. Der Unterstützungsbedarf kann sich dabei auf grundlegende Verrichtungen, wie beispielsweise das An- und Auskleiden, die Körperpflege oder die Zubereitung und Aufnahme von Essen beziehen. Weiterer Unterstützungsbedarf kann sich auf die Organisation des Alltags, wie z.B. regelmäßiges Einkaufen, Wäsche waschen, die Erledigung finanzieller Angelegenheiten, o.ä. beziehen.

Darüber hinaus vertreten die Autorinnen die Ansicht, dass nicht nur Menschen mit Betreuungsbedarf, sondern der Mensch als soziales Wesen generell in

unterschiedlichen Lebensbereichen auf andere Menschen und deren Unterstützung angewiesen ist. Es ist jedoch anzunehmen, dass Menschen, die ihren Alltag selbständig bewältigen können, weniger gefährdet sind, in ihrem Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt zu werden.

2.3. Ziele

Über die Beantwortung dieser Fragen hinausgehend, verfolgt die Forschungsarbeit einige weitere Ziele.

- Die Veranschaulichung ethischer und menschenrechtlicher Grundprinzipien professioneller Sozialarbeit mittels praktischer Fallstudien soll die Anwendung derselben für Sozialarbeiter_innen erleichtern und dadurch Eingang in deren Fallarbeit finden. Dadurch profitieren nicht nur die Sozialarbeiter_innen selbst von dieser Auseinandersetzung, sondern auch die Organisationen bei denen sie tätig sind, sowie deren Klient_innen.
- Sozialarbeiter_innen sollen für berufsethische Themen und die für sie und ihre Arbeit relevanten Menschenrechte sensibilisiert werden und dadurch ein Bewusstsein für komplexe ethische Fragestellungen in Zusammenhang mit ihrer Zielgruppe entwickeln. Dies soll außerdem eine Beschäftigung mit den persönlichen und professionellen Haltungen und Werten von Sozialarbeiter_innen auf persönlicher und organisationaler Ebene fördern. Das Bewusstsein von Sozialarbeiter_innen für ihre professionelle Rolle und ihre Aufträge soll dadurch gestärkt werden.
- Ein weiteres Ziel besteht in der Thematisierung und Sichtbarmachung von Situationen, in denen sich Sozialarbeiter_innen in ihrer Haltung unsicher sind und unklar ist, wie sie handeln sollen. Es sollte ausreichend Möglichkeiten geben, solche Fallsituationen einem professionellen Diskurs zu unterziehen, ohne die handelnden Personen zu be- oder verurteilen. Unsicherheiten sind vor allem in komplexen Fallsituationen mit mehreren Stakeholder_innen Teil von Sozialarbeit und sollten in einem fachlichen Diskurs bearbeitet werden können. Diese Arbeit soll in gewissem Maße dazu beitragen, eine professionelle Fehlerkultur zu entwickeln und einen diesbezüglichen Fachdiskurs zu öffnen.

- Als übergeordnetes Ziel ist zuletzt auch die Förderung der Selbstbestimmung der Klient_innen Sozialer Arbeit zu nennen. Sozialarbeiter_innen die sich aktiv mit den Rechten ihrer Klient_innen auseinandersetzen und diese schützen und fördern, tragen zu deren eigenmächtiger Lebensführung und dadurch auch zu einer größeren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bei.

3. Aufbau der Arbeit

Nach dieser ersten Einführung beginnt Teil II zunächst mit einer detaillierten Beschreibung des Forschungsprozesses. In Teil II, Kapitel 2. erfolgt eine Einführung in den Ethikdiskurs und das Thema Berufsethik. Darin werden unter anderem einige der ethischen Grundprinzipien der Profession beleuchtet und die in dieser Arbeit verwendeten Ethikkodizes vorgestellt. Teil II, Kapitel 3. gibt einen Überblick über relevante (menschen)rechtliche Grundlagen, die vor allem in Bezug auf das Thema Selbstbestimmung durchleuchtet werden. In Teil III, Kapitel 1. Werden die Gliederung und der Aufbau der Falldarstellungen erklärt, die in Teil III, Kapitel 2. Folgen und das Kernstück dieser Arbeit bilden. In Teil IV werden die Ergebnisse und Erkenntnisse dieser Arbeit im Rahmen der Beantwortung der Forschungsfragen zusammengefasst.

II. Theoretische Grundlagen

1. Forschungsdesign (*Damaris Janschek*)

Dieses Kapitel beschreibt den Forschungsprozess und die angewendeten Forschungsmethoden, was die Nachvollziehbarkeit der in Teil III präsentierten Ergebnisse gewährleisten soll.

1.1. Reflexionsgespräche

Eine erste Annäherung an mögliche Fälle für diese Arbeit erfolgte durch vier formlose Reflexionsgespräche mit Sozialarbeiter_innen, die mit der von uns gewählten Zielgruppe im Bereich der Beratung pflegebedürftiger alter Menschen, in psychosozialen Beratungsstellen oder im niederschweligen Streetworkbereich arbeiten. Ziel dieser Reflexionsgespräche war es, einen ersten Überblick über

komplexe Fallsituationen und Themenbereiche, sowie über die Herausforderungen der handelnden Sozialarbeiter_innen zu entwickeln und möglicherweise bereits auf erste interessante Fälle aufmerksam zu werden.

1.2. Episodische Interviews

Im nächsten Schritt wurden acht episodische Interviews mit Sozialarbeiter_innen in für unsere Zielgruppe relevanten Einrichtungen durchgeführt. Das Ziel dieser Interviews bestand in der Generierung von Fallsituationen aus dem praktischen Erfahrungsschatz der Sozialarbeiter_innen, in denen sich ethische Dilemmata präsentieren. Aufgrund der Fragestellungen dieser Forschungsarbeit wurden bewusst nur Sozialarbeiter_innen als Interviewpartner_innen ausgewählt.

Flick legt dieser Erhebungsmethode die Annahme zugrunde, „dass Erfahrungen der Subjekte hinsichtlich eines bestimmten Gegenstandsbereichs in Form narrativ-episodischen Wissens und in Form semantischen Wissens abgespeichert und erinnert werden.“ (Flick 2011:238) Ersteres bezieht sich in der Regel auf erlebte Situationen und Sachverhalte, während letzteres eher allgemeine Annahmen über Zusammenhänge beinhaltet (vgl. Flick 2011:238f). Das episodische Interview eignet sich im Rahmen dieser Arbeit besonders, weil „es an episodisch-situativen Formen des Erfahrungswissens ansetzt. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit im Interview auf Situationen bzw. Episoden, in denen der Interviewpartner Erfahrungen gemacht hat, die für die Fragestellung der Untersuchung relevant erscheinen.“ (Flick 2011:239) Bei allen Interviews wurde eine gemeinsam erarbeitete Einstiegsformulierung verwendet, die eine Beschreibung des Masterprojekts und eine kurze Einstimmung auf das Thema und das Ziel des Interviews enthielt. Die erste Erzählaufforderung zielte auf eine allgemeine Beschreibung der Tätigkeit, der Arbeitsabläufe, der genauen Zielgruppe, usw. ab. Darauf folgende Fragen und weitere Erzählimpulse beabsichtigten die Erzählung von komplexen, eventuell auch belastenden Fallsituationen, in denen die Interviewpartner_innen unsicher waren, welcher Weg für die weitere Fallbearbeitung der „richtige“ sei und in denen ethische Fragestellungen eine Rolle spielten. Beim Nachfragen wurde besonderes Augenmerk auf Dilemmasituationen gelegt, in denen die Erhaltung der Selbstbestimmung des_der Klient_in eine Herausforderung darstellte. Die Erzählungen der

Interviewpartner_innen waren zunächst meist eher zaghaft und wenig detailliert. Oft wurden anstatt konkreter Fälle eher Themenbereiche beschrieben, bei denen es um komplexe Situationen ging. Erst durch mehrfaches Nachfragen und erneute Hinweise auf das Ziel der Forschungsarbeit konnten die nötigen Informationen gesammelt werden. Befürchtungen vor negativen Bewertungen der geleisteten Arbeit oder die generelle Schwierigkeit ad hoc aus dem Gedächtnis konkrete Fälle zu erzählen, die möglicherweise schon länger zurückliegen, könnten mögliche Gründe dafür gewesen sein.

1.3. Anonymisierung

Die Anonymisierung der erzählten Fallgeschichten nahm einen besonderen Stellenwert im weiteren Forschungsverlauf ein. Um die Anonymität der Klient_innen zu wahren, wurden die aus den Interviews erhaltenen Fälle in Bezug auf Alter und/oder Geschlecht verfremdet. Teilweise wurden auch mehrere Fälle zu einer Fallgeschichte zusammengefasst oder Fallverläufe aus den vorhandenen Daten konstruiert. Manche Fälle wurden trotz hervorragender Eignung für diese Arbeit aufgrund ihrer Einzigartigkeit und dadurch erhöhten Gefahr der Rückverfolgung nicht für die weitere Bearbeitung ausgewählt. Die Anonymisierung der Daten wurde auch von den interviewten Sozialarbeiter_innen bewusst eingefordert. Ebenso wurde in den Fokusgruppen (siehe Teil I, Kapitel 1.5.) mittels Verschwiegenheitserklärungen der Teilnehmer_innen einerseits sichergestellt, dass Informationen über die Fallgeschichten nicht an Dritte weitergegeben werden und andererseits garantiert, dass die Aussagen der einzelnen Teilnehmer_innen nicht zurück verfolgbar sein würden.

1.4. Erstellung erster Falldarstellungen und Auswahl der Fälle

Aus den unterschiedlich detaillierten Erzählungen der Sozialarbeiter_innen in den episodischen Interviews konnten anschließend zwölf Fälle herausgefiltert und zu ersten Falldarstellungen ausgebaut werden. Bei den Formulierungen der Fälle gaben die von Banks vorgeschlagenen Modellen für ethische Fallbearbeitungen Orientierung (vgl. Banks 2012:203f). Diese Falldarstellungen enthalten demnach eine Beschreibung der Rahmenbedingungen, in denen der Fall stattfindet, die Darstellung

des Fallhergangs und der involvierten Personen, die Formulierung des Dilemmas, sowie eine erste Kommentierung hinsichtlich relevanter menschenrechtlicher und ethischer Dokumente und Überlegungen zu möglichen Handlungsoptionen.

Von diesen zwölf Fällen wurden drei aufgrund von Ähnlichkeiten und thematischen Überschneidungen verworfen. Die übrigen neun Fälle stellen die Grundlage für die weiteren Ausführungen dar und bilden den inhaltlichen Kern dieser Arbeit.

1.5. Fokusgruppen

Im letzten Schritt der Erhebung wurden die neun ausgewählten Fallbeschreibungen Gruppen von Sozialarbeiter_innen zur Diskussion gestellt.

Lamnek definiert die Gruppendiskussion allgemein „als Gespräch einer Gruppe zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen“, wobei mit Laborbedingungen eine unnatürliche Situation gemeint ist (Lamnek 1995:134). Obwohl sich die jeweiligen Zielsetzungen dieser Erhebungsmethode je nach Forschungsinteresse unterscheiden können (vgl. Lamnek 2005:29), interessiert sich die ermittelnde Gruppendiskussion generell „für Meinungen, Einstellungen und Verhaltensweisen zum Gegenstand der Diskussion ...“, kann dabei aber unterschiedliche Erkenntnisabsichten verfolgen.“ (Lamnek 2005:35) In dieser Forschungsarbeit stand beim Einsatz dieser Forschungsmethode vor allem die Gewinnung möglichst vielfältiger Handlungsoptionen im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses.

Die Gruppen setzten sich ausschließlich aus ausgebildeten Sozialarbeiter_innen, die jedoch in unterschiedlichen Handlungsfeldern tätig waren, zusammen. Hinsichtlich der Ausbildung und beruflichen Tätigkeit, welche für das Forschungsinteresse relevant sind, handelte es sich also um homogene Gruppen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie „im Hinblick auf die Fragestellung in den wesentlichen Dimensionen miteinander vergleichbar“ sind (Flick 2011:252). Die Teilnehmer_innen waren sich bis auf einige Ausnahmen nicht oder nur entfernt bekannt.

Jeder der neun ausgewählten Fälle wurde bis auf eine Ausnahme in jeweils einer Gruppendiskussion diskutiert. Ein Fall (Teil III, Kapitel 2.1.) wurde bei einer Fokusgruppe im Rahmen eines internationalen Studienaustausches an der Hanzehogeschool Groningen in den Niederlanden präsentiert. Da es sich bei dieser ersten Gruppendiskussion um Diskussionsteilnehmer_innen handelte, die mit der

Situation in Österreich nicht vertraut waren, wurde dieser Fall ein zweites Mal von einer anderen Gruppe diskutiert. Die übrigen Gruppendiskussionen fanden in den Seminarräumlichkeiten des Österreichischen Berufsverbandes der Sozialen Arbeit (OBDS) statt. Acht Diskussionen wurden an zwei Terminen im Rahmen einer Fortbildung zusammengefasst. Eine weitere Diskussion fand an einem zusätzlichen Termin statt. Insgesamt nahmen so 28 Diskussionsteilnehmer_innen an zehn Fokusgruppen an vier verschiedenen Terminen teil.

Die Präsentation der erarbeiteten Fallbeschreibungen, allerdings ohne die bereits dazu bestehenden Überlegungen und Recherchen, standen als Diskussionsanreiz am Beginn der Fokusgruppen. Zur visuellen Unterstützung wurden die Fallvignetten mithilfe eines Plakats, das die wichtigsten Informationen zu den relevanten Personen, Ereignissen und zeitlichen Abläufen enthielt, präsentiert. Nach der Klärung von Verständnisfragen wurde das Wort an die Gruppe übergeben, um über mögliche Handlungsoptionen im jeweiligen Fall zu diskutieren. Die Fallbringerinnen übernahmen jeweils die Moderation der Diskussionen, nahmen jedoch eine eher zurückhaltende Position ein und griffen in die Diskussionen nur ein, wenn diese ins Stocken gerieten oder sich zu weit vom eigentlichen Thema zu entfernen schienen. Die bereits im Vorfeld recherchierten relevanten Menschenrechtsdokumente und Ethikkodizes wurden dann beispielsweise als neue Diskussionsimpulse von den Moderatorinnen eingebracht. In keiner der zehn Gruppendiskussionen wurden die Menschenrechte oder berufsethische Grundlagen der Sozialarbeit von den Diskussionsteilnehmer_innen eingebracht, obwohl vor Beginn jeder Fokusgruppe eine kurze Beschreibung des Forschungsprojekts stattgefunden hatte. Die Moderatorinnen wurden während den Diskussionen jeweils von einer zweiten Studierenden des Masterprojekts unterstützt. Die Assistentin kümmerte sich während den Diskussionen um die Tonbandaufnahmen, die überblicksmäßige Verschriftlichung der Wortmeldungen auf Plakaten und machte Notizen zu auffälligen gruppenspezifischen Vorgängen. Die Gruppendiskussionen wurden akustisch aufgezeichnet, um die weitere Verarbeitung der gewonnenen Daten zu erleichtern. Mithilfe dieser wurden im Anschluss Transkripte angefertigt, die die Grundlage für die darauffolgende Auswertung darstellten.

1.6. Auswertung

Bei der Auswertung der gewonnenen Daten stand entsprechend der Forschungsfrage die Gewinnung möglichst vieler Handlungsoptionen im Vordergrund. Das Codierverfahren der Themenanalyse nach Froschauer/ Lueger (2003), das vor allem dazu dient, „einen Überblick über Themen zu verschaffen, diese in ihren Kernaussagen zusammenzufassen und den Kontext ihres Auftretens zu erkunden“ eignet sich deshalb besonders für diese Forschungsarbeit (Froschauer/ Lueger 2003:158). Bei dieser Forschungsmethode steht der manifeste Aussagegehalt der Daten im Mittelpunkt des Interesses, während Interpretationen des Materials eher nebensächlich sind. Aufgrund dieser Fokussierung und der Vernachlässigung sprachlicher Besonderheiten bei dieser Auswertungsmethode war es auch nicht notwendig, exakte Dialekttranskripte der Gruppendiskussionen anzufertigen. Beim Codierverfahren werden ausgehend vom Datenmaterial Kategorien abgeleitet, die für die Analyse als relevant erachtet werden. Der Auswertungsprozess unterteilt sich dabei in mehrere Schritte der Themen- und Subkategorisierung, der Strukturierung besagter Kategorien und einer anschließenden Interpretation derselben (vgl. Froschauer/ Lueger 2003:163f).

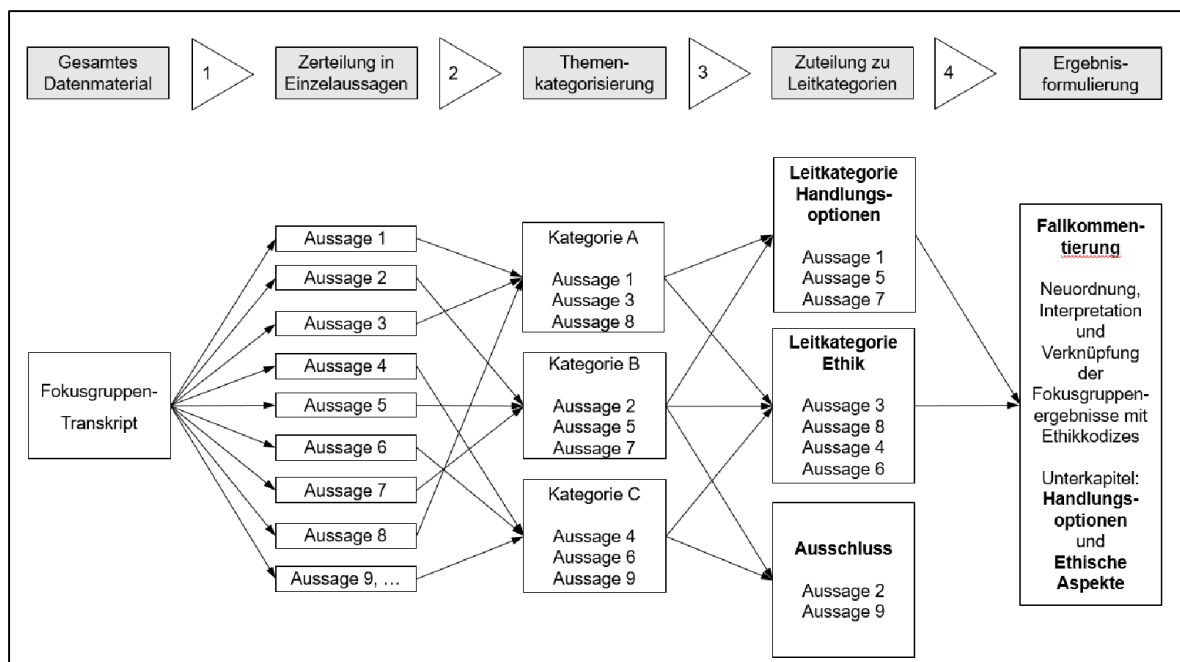


Abbildung 1: Auswertungsprozess

Der Auswertungsprozess des Datenmaterials aus den Fokusgruppen erfolgte in vier Schritten:

- 1) Zunächst wurde mit einer Unterteilung der gesamten Datenmenge in einzelne Aussagen oder Sinneinheiten begonnen.
- 2) Anschließend folgte eine Neuordnung dieser Einzelteile nach thematischen Gesichtspunkten. Diese ersten Themenkategorien wurden wiederholt analysiert und teilweise noch in Subkategorien unterteilt.
- 3) Die daran anschließende Strukturierung der Themenkategorien orientierte sich vor allem an der Relevanz der Daten für die Forschungsfrage. Dazu wurden die einzelnen Aussagen abschließend noch den zentralen Leitkategorien der Forschungsfrage „Ethik“ und „Handlungsoption“ zugeordnet. Der Begriff „Ethik“ meint hier ethische Überlegungen zur weiteren Fallbearbeitung, während mit „Handlungsoption“ auf konkrete Handlungsschritte hingewiesen wird, die sich unmittelbar auf den/die Klient_in auswirken. Die Zuordnung der Einzelaussagen zu diesen Leitkategorien, sowie deren thematische Kategorisierung wurden in einem Kategorienraster in eine übersichtlichere Form gebracht. Jene Einzelaussagen, die keiner der beiden Leitkategorien zuzuordnen waren, wurden im Rahmen dieses Schrittes aus der Datenmenge ausgeschlossen.
- 4) Die Interpretation dieser Daten bildete den Abschluss des Auswertungsprozesses. Dabei wurden aus den konkreten Zitaten aus den Fokusgruppen abstraktere und allgemeingültigere Aussagen abgeleitet und mit Passagen aus Ethikkodizes der Sozialarbeit ergänzt. Aufgrund des Zuordnungs- und Selektionsprozesses im vorigen Schritt lösten sich manche Themenkategorien auf, während sich neue Sinneinheiten herausbildeten. Die in den Fällen (Teil III, Kapitel 2.) formulierten thematischen Unterteilungen stimmen deshalb nur teilweise mit den Themenkategorien aus dem zweiten Auswertungsschritt überein.

1.7. Überarbeitung der Fälle

Die durch die Auswertung gewonnenen fallbezogenen Ergebnisse und die dazugehörigen Verweise auf die ethischen Grundlagen der Profession wurden anschließend in die bereits erstellten Falldarstellungen eingearbeitet. Die Falldarstellungen in Teil III, Kapitel 2. beinhalten diese Ergebnisse.

2. Ethische Grundlagen in der Sozialarbeit (*Julia Kimeswenger*)

2.1. Ethikdiskurs in der Sozialen Arbeit

Ethik ist ein weitreichender Begriff und besitzt innerhalb der Profession der Sozialen Arbeit einen zentralen Stellenwert. Ethische Prinzipien sind der Profession sozusagen immanent. Der Begriff Ethik kann aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden, wobei grundsätzlich zwischen religiöser und säkularer Ethik unterschieden wird. Der Einfluss religiöser Ethik in der Profession Soziale Arbeit der westlichen Welt wurde im 19. Jahrhundert vor allem durch christliche und jüdische Werte geprägt (vgl. Banks 2012:10). Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der philosophischen Ethik reicht bis in die Antike auf Aristoteles zurück. Die Inhalte und Zielsetzungen eines ethischen Diskurses sind je nach Gesellschaft und geschichtlicher Ära unterschiedlich. Während beispielsweise ein deontologischer Zugang, den Kant prägte, auf die Pflicht des Menschen zum richtigen Handeln einschwört: „Handle so, da[ß] du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals als Mittel brauchtest“ wendet der Utilitarismus sein Hauptaugenmerk auf den erfolgten Nutzen einer Handlung (Schuhmacher 2013:71).

2.2. Begriffsbestimmung Ethik und Moral

Im Alltagsverständnis werden die Begriffe Ethik und Moral oftmals gleichgesetzt. Sarah Banks nimmt die Frage der Unterscheidung auf, indem sie auf eine mehr normative und ideologische Form von Werten hinweist, die sich im Begriff Moral finden. Der Begriff Ethik hingegen ist mehr umschreibend und bezeichnet weniger bestimmte Handlungsanweisungen (vgl. Banks 2012:6).

„Morality, one could say, is about doing one's duty to others or doing one's duty by some moral norm; ethics is about doing one's duty to oneself.“ (Osbourne zit. in Banks 2012:6)

Laut Perko handelt es sich beim Begriff Ethik auch um kein Synonym für Moral. Sie definiert Ethik als „eine Wissenschaft der Praxis, deren Aufgabe es ist, über Moral (Sitte) und Moralität (Sittlichkeit) zu sprechen und Vorschläge zum moralischen

Handeln zu machen.“ (Perko 2011:20) Wie komplex sich eine Erklärung dieser Begriffe darstellt, hält Schuhmacher fest, indem er postuliert, dass das gegenseitige Erklären von Begriffen wie Ethik durch Moral und umgekehrt, gar keine Erklärung biete (vgl. Schuhmacher 2013:39). „Nicht Sitte und Moral definieren Ethik; sondern der angesprochene, in und mit Ethik gesetzte Anspruch liefert die Erklärung für die ethische Relevanz sittlichen und moralischen Handelns.“ (Schumacher 2013:39) Für die vorliegende Arbeit zeigt sich die Schnittmenge von Ethik und Moral besonders bedeutsam:

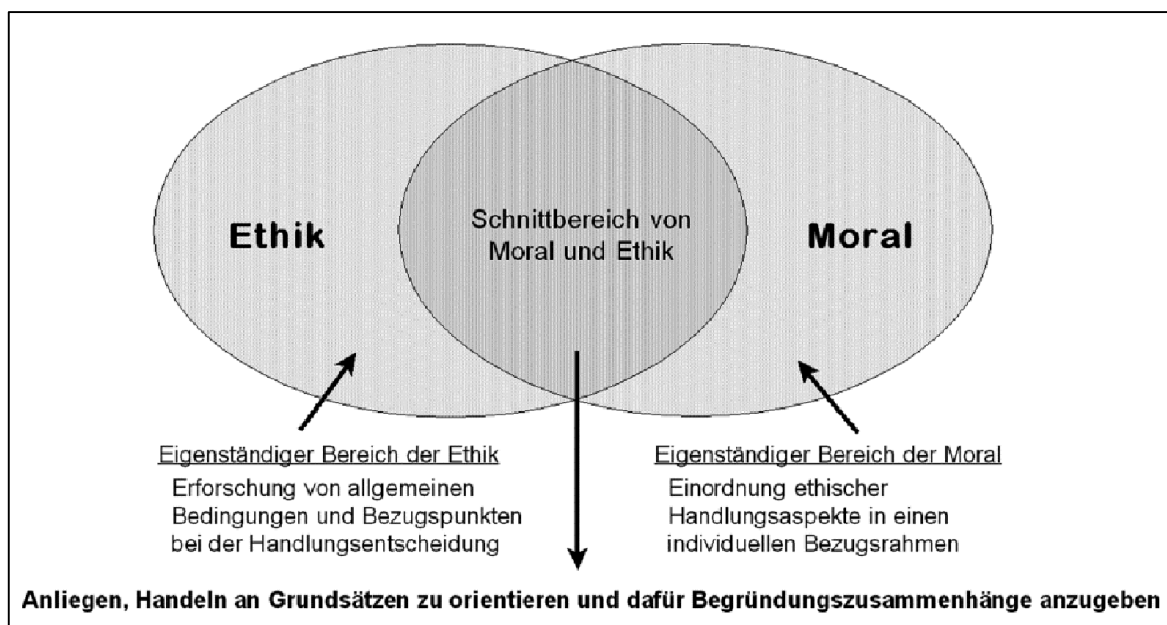


Abbildung 2: Zur Unterscheidung von Ethik und Moral

Ethikkodizes der Sozialen Arbeit bilden in ihrem Anliegen, Bewusstsein in ethischen Aspekten der Fallarbeit sowie praktische Unterstützung in ethisch schwierigen Situationen zu geben, den Schnittbereich in einer Form der angewandten Ethik ab. Das nächste Kapitel widmet sich der Darstellung eben solcher Ethikkodizes in ihrer Ausrichtung, Anwendungsmöglichkeiten und ihren Anliegen.

2.3. Bezugsrahmen zur ethischen Auseinandersetzung

2.3.1. Ethische Prinzipien Sozialer Arbeit anhand des IFSW-Ethikkodex

Ethikkodizes können Praktiker_innen auch Richtschnur und Leuchtturm im täglichen Alltagsgeschäft sein. In diesem Zusammenhang empfiehlt Rothman eine grundlegende Auseinandersetzung mit dem Ethikkodex der Profession und als Praxistipp eine Kopie des Dokuments in der täglichen Praxis griffbereit zu haben (vgl. Rothman 2013:27). Wie in Teil II, Kapitel 1.5. beschrieben, wurden innerhalb der Gruppendiskussionen ausgewählte Punkte von Ethikkodizes vorgestellt und zur Fallbetrachtung in Bezug gesetzt. Diese Form der Fallanalyse wurde bewusst gewählt, da die Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmata in der Sozialen Arbeit nach einem mehrdimensionalen Blick verlangt. Dieser vermindert die Gefahr, eine Einschätzung nach persönlichen Wertvorstellungen vorzunehmen. Als Beispiel kann hier das „Vieraugenprinzip“ der österreichischen Kinder- und Jugendhilfe genannt werden, dass bei Gefährdungsabklärungen neben umfassender Einbeziehung unterschiedlicher Stellungnahmen auch die Einschätzung von mindestens zwei Fachkräften vorschreibt (vgl. BGBl. I Nr. 69/2013). Perko spricht in diesem Zusammenhang vom Ethical Reasoning. Sie spricht sich aus für „ein Nachdenken über ethische Dimensionen der sozialen Praxis und für ein moralisches Handeln, in dem Abstand davon genommen wird, ausschließlich das eigene Ich oder eigene kulturelle Werte ins Zentrum der Überlegungen und Handlungen zu stellen ... das Einnehmen möglichst vieler Sichtweisen verknüpft sich in sozialen Berufen mit dem direkten Dialog.“ (Perko 2011:8) Das Einbringen verschiedener Sichtweisen bedeutet natürlich auch eine vielfältige Generierung unterschiedlichster Handlungsoptionen, die in den Falldarstellungen (Teil III, Kapitel 2.) detailliert dargestellt werden.

Zweiundzwanzig internationale Berufsverbände orientieren sich am Ethikkodex des IFSW (International Federation of Social Work) sowie der IASSW (International Association of Schools of Social Work), der anlässlich der Weltkonferenz für Soziale Arbeit 2004 in Adelaide, Australien beschlossen wurde. Ausgehend von diesem Dokument entstanden in den Mitgliedsverbänden zahlreiche an nationale Standards angepasste Dokumente, die ein ethisch begründetes Handeln innerhalb der

Sozialen Arbeit gewährleisten sollen. Für die Ausarbeitung, Kommentierung und Weiterverarbeitung exemplarischer Fälle in dieser Masterthesis bilden Ethikkodizes eine zentrale Leitlinie. Dafür wurden Dokumente aus Österreich, Deutschland, der Schweiz, den USA sowie des IFSW einbezogen.

Zur näheren Betrachtung des Aufbaus und der Prinzipien eines sozialarbeiterischen Ethikkodex wird an dieser Stelle auf den Ethikkodex des IFSW eingegangen, da er sozusagen Bezugsrahmen für andere nationale Exemplare darstellt. Dazu ist zu sagen, dass die Auseinandersetzung mit ethischen Standards niemals eine abgeschlossene Handlung darstellen kann. Vielmehr handelt es sich um einen Prozess der Weiterentwicklung, der innerhalb der Profession notwendig ist und auch in Zukunft bleiben wird.

Der Ethikkodex des IFSW ist in fünf Überpunkte gegliedert. Punkt 1 benennt im Vorwort ethisches Bewusstsein als grundlegenden Teil einer professionellen Arbeit von Sozialarbeiter_innen und Sozialarbeitsstudent_innen. In diesem Sinn soll bei der Entscheidungsfindung in der Fallarbeit die ethische Komponente mit Hilfe des Kodex miteinbezogen werden. Sinn und Zweck des Ethikkodex ist, die weitere Verbreitung von ethischen Gesichtspunkten in der Sozialen Arbeit anzuregen. Er stellt klar, dass unterschiedliche Länder ihren speziellen ethischen Herausforderungen gegenüberstehen. Vielen gemein sind Herausforderungen wie das Mehrfachmandat von Sozialarbeiter_innen, die monetäre Abhängigkeit von staatlichen Stellen und der Umstand von begrenzten Ressourcen.

Punkt 2 präsentiert eine Definition von Sozialer Arbeit, die mittlerweile vor allem hinsichtlich der Wertschätzung gegenüber indigenem Wissen überarbeitet wurde. Das Bestreben, eine internationale Definition zu schaffen, die vor allem darauf abzielt, die Profession Soziale Arbeit zu etablieren und zu festigen ist im Jahr 2000 unter Mitwirkung von über 80 Berufsverbänden weltweit entstanden. Nationale Anpassungen dürfen den Aussagen der Definition nicht entgegenlaufen. Die aktualisierte Version der Definition von 2014 lautet:

„Social Work is a practise-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment

and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences and humanities and indigenous knowledge, social work engages people and structures to adress life challenges and enhance wellbeing. The ... definition may be amplified at national and/or regional levels.“ (IFSW 2014)

In Punkt 3 wird auf Referenzdokumente verwiesen, zu denen sich der Ethikkodex bekennt. Es sind dies die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, der internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte, der internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung, das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, das Übereinkommen über die Rechte des Kindes, sowie das Übereinkommen über eingeborene und in Stämmen lebende Völker in unabhängigen Ländern (ILO-Übereinkommen).

Punkt 4, Prinzipien, ist in zwei Unterkapitel unterteilt. Im Punkt 4.1 Menschenrechte, werden Sozialarbeiter_innen dazu angehalten, das Recht aller Nutzer_innen auf Selbstbestimmung und das Recht auf Partizipation zu wahren und zu fördern. Darüber hinaus gilt es, einen ganzheitlichen Blick hinsichtlich aller Lebensbereiche von Klient_innen sowie den Fokus auf Stärken und Kompetenzen von Klient_innen und Klient_innengruppen zu legen und deren Selbstbefähigung zu stärken (vgl. IFSW 2012). Punkt 4.2 Soziale Gerechtigkeit bekräftigt die Verantwortung von Sozialarbeiter_innen zur Förderung von sozialer Gerechtigkeit der Menschen mit denen sie arbeiten (vgl. IFSW 2012). Punkt 4.2.1 sagt, dass es in diesem Sinne ihre Aufgabe sei, Diskriminierung z.B. auf Grund von ethnischer Zugehörigkeit, Fähigkeiten, Alter etc. zu kritisieren und dagegen aufzutreten. Sozialarbeiter_innen sollen ethnische und kulturelle Diversität und Vielfalt innerhalb der Gesellschaft erkennen und respektieren. Ihre Aufgabe ist es auch, vorhandene Ressourcen nach Bedarf fair zu verteilen. Sie sollen auch hinsichtlich ungerechter Praktiken in Bezug auf ihre Arbeitgeber_innen, politischer Systeme oder anderer Bereiche, wo Ressourcen fehlen oder ungerecht verteilt werden, Bewusstsein schaffen. Punkt 4.2.5 nimmt Bezug auf die Verpflichtung zur solidarischen Zusammenarbeit, die

soziale Bedingungen, die zu sozialer Exklusion, Stigmatisierung oder Unterdrückung führen, bekämpft (vgl. IFSW 2012).

Punkt 5 schließlich beschreibt das professionelle Verhalten und verpflichtet die Mitgliedsländer des IFSW und des IASSW zur regelmäßigen Überarbeitung ihrer nationalen Kodizes im Einklang mit dem Kodex des IFSW. Es zählt demnach auch zu den Aufgaben der Verbände der Mitgliedsländer, den Ethikkodex Ausbildungsstätten und Praktiker_innen zur Verfügung zu stellen und bekannt zu machen (vgl. IFSW 2012). Ohne jetzt auf jeden einzelnen Punkt einzugehen, werden hier zwei, für die Falldarstellungen in Teil III besonders relevante Punkte genannt.

Punkt 5.4: Sozialarbeiter_innen sind dazu verpflichtet, Nutzer_innen mit Respekt, Empathie und Fürsorge zu begegnen.

Punkt 5.8: Sozialarbeiter_innen müssen sich im Sinne des Mehrfachmandates dessen bewusst sein, dass sie für die Handlungen bezüglich der Menschen mit denen sie arbeiten, aber auch ihrem_ihrer Arbeitgeber_in und ihren Kolleg_innen, gegenüber dem Berufsverband und dem Gesetz Verantwortung tragen. Sie müssen sich auch im Klaren sein, dass sich diese unterschiedlichen Interessen widersprechen können (vgl. IFSW 2012).

2.3.2. Zusätzliche verwendete Ethikkodizes

2.3.2.1. OBDS – Österreich

In Österreich liegt zum Zeitpunkt des Verfassens dieser Arbeit ein Dokument über die ethischen Standards von Sozialarbeiter_innen vor, das bei der Generalversammlung des OBDS 2004 beschlossen wurde. Es fasst in 14 Punkten zentrale Berufspflichten für Sozialarbeiter_innen in Österreich zusammen. Eine Überarbeitung und Herausgabe eines adaptierten Ethikkodex soll im Sommer 2016 stattfinden.

2.3.2.2. DBSH – Deutschland

Im Zuge der Zusammenarbeit von Expert_innen aus der Praxis und Theorie wurde in einem jahrelangen Prozess der Ethikkodex aus 1997 überarbeitet und 2014 neu präsentiert. Der DBHS (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.)

bezeichnet seinen Ethikkodex als Herzstück der Profession der Sozialen Arbeit (vgl. DBSH 2014:5). Im Begleitdokument erläuterte Prinzipien verdeutlichen den Inhalt in einer anschaulichen und prägnanten Form:

Oberste Prinzipien der Sozialen Arbeit		
Autonomie	Hoheitlichkeit des Klient_innenwillens	Beachtung und Schutz der Selbstbestimmungsrechte der Klient_innen
Wohlwollen	Alle Handlungen zugunsten (der berechtigten Interessen) der Klient_innen/-Gruppen	Betonung der Hilfe
Nicht schaden	Keine Handlung zum Nachteil des_der Klient_in	Schutz der Klient_innen vor Verschlechterung ihrer Lage
Solidarität	Eindeutige Parteinahme	Schutz der Sozialen Arbeit vor Interessen Dritter
Gerechtigkeit	Nicht beliebige Verteilung eigener Ressourcen	Berücksichtigung aller Klient_innen bzw. Klient_innengruppen
Effektivität	Wirksamkeit im Hinblick auf definierte Ziele	Vermeidung von Fehlinvestitionen und unnötigen Lasten

Abbildung 3: Oberste Prinzipien der Sozialen Arbeit

2.3.2.3. Avenir Social – Schweiz

Der ethische Berufskodex des Avenir Social – Soziale Arbeit Schweiz bezieht sich neben den bereits erwähnten internationalen Übereinkommen auch auf die Schweizerische Bundesverfassung von 1999. Darin ist die Wohlfahrt des Schweizer Volkes, Prinzipien der gegenseitigen Rücksichtnahme, die Achtung vor Vielfalt sowie die Verantwortung gegenüber zukünftiger Generationen genannt (vgl. Avenir Social 3.4, 2010). Als Zielgruppen sind neben Praktiker_innen und Einrichtungen sozialer Arbeit auch Angehörige anderer Disziplinen, die mit Sozialarbeiter_innen in Zusammenarbeit stehen, sowie die Öffentlichkeit, in der Sozialarbeiter_innen ihre Aufgaben wahrnehmen, genannt (vgl. Avenir Social 2, 2010).

2.4. Das ethische Dilemma

Ethische Dilemmata in der Praxis Sozialer Arbeit sind das Schlüsselement dieser Arbeit. Doch was versteht man darunter? Sarah Banks sieht darin in erster Linie schwierige Entscheidungen in Bezug auf Fälle, in denen die Rechte, Bedürfnisse und Interessen unterschiedlicher Parteien einander gegenüberstehen. Sie sieht ethische Fragestellungen aber auch in der Profession selbst und ihrer Positionierung im wohlfahrtsstaatlichen System eingebettet (vgl. 2012:19). Des Weiteren trifft Banks eine detaillierte Unterscheidung zwischen ethischen Fragestellungen, ethischen Problemen und ethischen Dilemmata, wobei in dieser Arbeit nur auf letztere eingegangen werden soll. „Ethical dilemmas occur, when a social worker sees herself as facing a choice between two equally unwelcome alternatives, which may involve a conflict of ethical values, and it is not clear which choice will be the right one.“ (Banks 2012:20)

Der Hintergrund ethischer Dilemmata wird gebildet durch sich überschneidende Interessen unterschiedlicher Akteur_innen in der Fallarbeit. Die Verpflichtung gegenüber unterschiedlicher Interessenlagen wird als Tripelmandat bezeichnet. Der IFSW betont ebenfalls diese unterschiedlichen Interessensgruppen und weist zusätzlich auf die mehrfache Verantwortung des_der fallbearbeitenden Sozialarbeiter_in hin: „In each of these situations the social worker has responsibility to the person, their family and the community, the legal system in which they work, their employer, and to themselves as a professional with values and integrity.“ (IFSW 2014)

2.5. Das Mehrfachmandat

Der schweizerische Ethikkodex bietet ein Erklärungsmodell das anschaulich zeigt, welchen einzelnen Mandaten sich Sozialarbeiter_innen verbindlich zeigen:

„Soziale Arbeit ist einem dreifachen Mandat verpflichtet: (1) dem Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle seitens der Gesellschaft und der Anstellungsträger, (2) dem implizierten oder offen ausgesprochenen Begehren seitens der Menschen, die Soziale Arbeit nutzen und (3) seitens der Sozialen Arbeit dem eigenen Professionswissen, der Berufsethik und den Prinzipien der Menschenrechte und der

sozialen Gerechtigkeit. Dieses dritte Mandat steuert Professionelle der Sozialen Arbeit durch mögliche Konflikte zwischen dem ersten und dem zweiten Mandat.“ (Avenir Social 4.10, 2010)

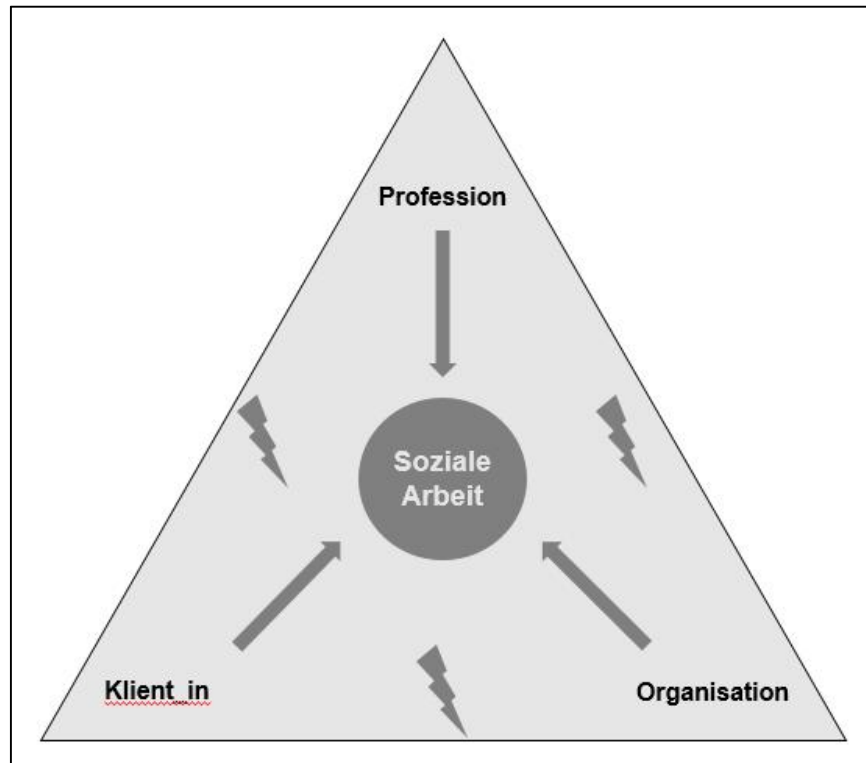


Abbildung 4: Tripelmandat

Das Mandat von Klient_innen steht oftmals in direktem Widerspruch zum Mandat der Organisation, an die sich Betroffene wenden. Zusätzlich zum „traditionellen“ Doppelmandat hat sich innerhalb der Sozialen Arbeit eine dritte Aufgabenstellung entwickelt, die sich vor allem in ihrem professionellen Rollenverständnis widerspiegelt. Es ist das Mandat der Sozialarbeiter_innen, entwickelt aus ihrer Profession heraus. Man spricht heute von einem „Tripelmandat“ und meint damit die oben genannten drei Interessensgruppen. Heiner sieht diese Erweiterung als eine Folge der Professionalisierungsbestrebungen der Sozialen Arbeit und zeigt die Möglichkeit, aufgrund des professionellen sozialarbeiterischen Selbstverständnisses den Auftrag – das Mandat – selbst zu formulieren und dadurch tätig zu werden (vgl. Heiner 2010:160ff). Diese Selbstbeauftragung wiederum erzeugt eine weitere Kraft gegenüber den bisweilen vorliegenden Mandaten. Staub-Bernasconi betont die

dringliche Notwendigkeit, dass Sozialarbeit nicht nur von einer Interessensgruppe (z.B. dem Sozialstaat) gesteuert werden sollte (vgl. Staub-Bernasconi 2007:199). Das Mandat der Profession ermöglicht es Sozialarbeiter_innen, aktiv für vulnerable Gruppen, die über keinerlei Lobby verfügen bzw. vielleicht auch keine Unterstützung einfordern würden, einzusetzen. Eine sozialarbeiterische Berufsethik in der Fallarbeit mitzudenken bedeutet folglich, der professionellen Verantwortung gegenüber Nutzer_innen Rechnung zu tragen. Weiters beinhaltet das dritte Mandat die Funktion einer wissenschaftlichen Fundierung ihrer Methoden sowie deren Übersetzung in Handlungsleitlinien (vgl. Staub-Bernasconi 2007:12).

3. Menschenrechtliche Grundlagen im Zusammenhang mit dem Recht auf Selbstbestimmung (*Dunja Gharwal*)

3.1. Begriffsherleitung

Die Charta der Vereinten Nationen vom 26. Juni 1945 kann als Grundsatzpapier zur Erreichung des Weltfriedens und der internationalen Sicherheit verstanden werden und regelt darüber hinaus die Aufgaben und Befugnisse der Generalversammlung der Vereinten Nationen. Bereits in ihrer Präambel bezieht sie sich auf die Erfahrungen von Krieg und Totalitarismus und verweist auf die Idee „...freundschaftlich, auf der Achtung vor dem Grundsatz der Gleichberechtigung und Selbstbestimmung der Völker...“ und weiters „...die Achtung vor den Menschenrechten und Grundfreiheiten für alle ohne Unterschied der Rasse, des Geschlechts, der Sprache oder der Religion zu fördern und zu festigen.“ (Charta der Vereinten Nationen – Präambel 1945) Koenig hält fest, dass die UN-Charta „...die völkerrechtliche Grundlage für die weitere Normsetzung im Bereich der Menschenrechte durch die Vereinten Nationen darstellt...“ und führt weiters aus, dass die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR) der erste und entscheidende Schritt für die Verwirklichung des internationalen Menschenrechtsschutzes darstellt (Koenig 2005:58f). In der Generalversammlung am 10. Dezember 1948 wurde mit der Resolution 217(III) die AEMR ohne Gegenstimmen angenommen.

Der Begriff des Rechts auf Selbstbestimmung wurde durch die Resolution 1514 (XV) der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 14. Dezember 1960 angenommen und war als Instrument der Dekolonialisierung angelegt (vgl.

Tomuschat 2002:107). Punkt 2 der Erklärung beschreibt das Recht aller Völker auf Selbstbestimmung. Die gemeinsame Grundlage der Erklärung bilden die Bestimmungen der Charta der Vereinten Nationen und die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte.

Als weiterer Orientierungsanker für die Begriffsbestimmung des Rechts auf selbstbestimmtes Leben kann die Frauenrechtsbewegung verortet werden. Dieses Recht wird erstmals aktiv in der Forderung nach Selbstbestimmung über den eigenen Körper, hier besonders in Fragen der Reproduktion und Sexualität, formuliert (vgl. Lenz 2010:72).

Nach Nowak stehen das Leben und die Würde des Menschen im Zentrum der Menschenrechte. Ein menschenwürdiges Leben zu führen erfordert die Befriedigung von Grundbedürfnissen wie Nahrung, Kleidung und Behausung, Zugang zu Bildung, medizinischer Versorgung und Arbeit sowie soziale Sicherheit. (vgl. Nowak 2002:12) Ergänzt werden diese existenziellen Rechte um Freiheitsrechte, Gleichheitsrechte, politische und kollektive Rechte sowie Rechte auf Wirtschaftsleben und Verfahrensrechte. (Es handelt sich hierbei zum Teil um subjektive Rechtsansprüche.) Diese versetzen Menschen in die Lage ihr Leben selbstbestimmt – also in „Übereinstimmung mit den Prinzipien der Freiheit, Gleichheit und Achtung der Menschenwürde – zu gestalten“ (Nowak 2002:14). Das Recht des Einzelnen auf Selbstbestimmung kann daher nur aus der Kumulierung mehrerer Menschenrechte und Erklärungen sowie die daraus entstandenen UN Konventionen verstanden werden. Exemplarisch kann die Erklärung über die Rechte der geistig Zurückgebliebenen, der Schutz von psychischen Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung sowie die Erklärung über die Rechte der Behinderten und Konvention über die Rechte des Kindes oder die Konvention gegen Folter angeführt werden (vgl. Tomuschat 2002:404ff). Rosas verweist auf zwei Entscheidungen des Internationalen Gerichtshofes, die das Recht auf Selbstbestimmung als „legal principle and not just a political aspiration“ interpretiert. Er führt weiter aus, dass das Recht auf freie Gestaltung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Entwicklung als, Recht auf „non-interference“ verstanden werden muss. Daraus leitet er das Recht auf Selbstbestimmung ab, insbesondere mit dem

Verweis, dass hiermit immer das höchstpersönliche Recht auf selbstbestimmtes Leben bewusst grundrechtlich wahrgenommen werden muss (vgl. Rosas, 2001:115).

3.2. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR)

Die AEMR bezeugt das Bekenntnis der beteiligten Staaten zu einem gemeinsamen Grundverständnis über die Notwendigkeit von Menschenrechten und ihre Unantastbarkeit. Das Recht auf Selbstbestimmung ist nicht als eigener Artikel niedergeschrieben. Die UN-Menschenrechtskommission wurde bereits 1946 als Fachkommission gegründet. Ihre Aufgabe bestand primär darin, einen internationalen Menschenrechtskodex zu erarbeiten. Die AEMR ist Vorbild für andere Menschenrechts-Verträge in verschiedenen Teilen der Welt, die teilweise Verbindlichkeit erlangten (z.B. EMRK).

Art 1 AEMR postuliert die Annahme, dass „alle Menschen frei und gleich an Würde und Rechten geboren sind“. Der Begriff der Würde wird bereits von Giovanni Pico della Mirandola dahingehend verstanden, dass die Freiheit des Menschen der Grund seiner Würde sei und bildet somit das Kernstück seiner philosophischen Überlegungen (vgl. Sandkühler 2015:73). „Jedoch erst im Rechtssatz wird die Würde zur entscheidenden Basis von Ansprüchen, auf die alle Menschen ein Recht haben und deren Schutz von Staaten sowie inter-individuell und kollektiv, politisch, sozial und kulturell ohne Vorbehalt und einschränkende Bedingung garantiert werden muss.“ (Sandkühler 2015:217) Die AEMR ist rechtlich eine unverbindliche Erklärung der Staatengemeinschaft und daher nur als völkermoralisch zu verstehen (vgl. Ermacora 1988:2). Erst die Anreicherung des Begriffes der Würde mit geschichtlichen und philosophischen Gedankenstrukturen ermöglicht die Herausbildung des Selbstbestimmungsbegriffes (vgl. Sandkühler 2015).

Aus diesem Grund ist die Auswahl der in Folge diskutierten EMRK und BRK Artikel im Hinblick auf ihre Relevanz in den angeführten Falldarstellungen erfolgt. Eine Überleitung auf fallbezogene Bundesgesetze ist deshalb thematisch eingebunden.

3.3. Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK)

Die EMRK ist der Versuch des Europarates das Konstrukt der AEMR in einen Europäischen Rechtsrahmen zu gießen. Mit der Ratifizierung Österreichs zur

Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) 1958 wurde die EMRK in den Verfassungsrang gehoben (vgl. BGBl. Nr. 210/1958). Erstmals bedeutete dies für die österreichische Rechtsprechung die Integration von innerstaatlichem Recht und Völkerrecht sowie die Beeinflussung der österreichischen Rechtsprechung durch internationale Rechtsschutzinstanzen wie insbesondere den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg.

Die EMRK beinhaltet – mit Ausnahme des Rechtes auf Bildung – ausschließlich bürgerlich politische Rechte und keine wirtschaftlichen, sozialen oder kulturellen Rechte wie zB Nahrung, Behausung oder medizinische Versorgung. Im Hinblick auf das Recht auf Selbstbestimmung ist z.B. Art 2 EMRK (Recht auf Leben) von Interesse: Im Jahr 2002 entschied der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in der Beschwerdesache Pretty gegen das Vereinigte Königreich einstimmig, dass dieser Artikel nicht das Recht beinhaltet, das Leben zu beenden. Die Beschwerdeführerin war aufgrund ihrer schweren Erkrankung nicht selbst in der Lage ihrem Leben ein Ende zu setzen. Deshalb stellte sie einen Antrag auf Straffreiheit für ihren Ehemann. Die schwerkranke Frau argumentierte, dass die EMRK „nicht nur das Recht auf Leben schütze, sondern auch das Recht zu entscheiden, ob man weiterleben möchte oder nicht. Geschützt würde nicht das Leben selbst, sondern das Recht auf Leben. Das Verbot der Tötung bezwecke den Schutz des Individuums vor Eingriffen Dritter, namentlich des Staates, nicht den Schutz des Einzelnen vor sich selbst. Art 2 EMRK anerkenne daher das Recht des Einzelnen zu entscheiden, ob er leben oder sterben wolle und gewährleiste daher als Korrelat zum Recht auf Leben ein Recht zu sterben“ (EGMR Pretty vs. Vereinigtes Königreich 2002). Der Antrag wurde jedoch unter anderem mit der Begründung abgelehnt, dass Art 2 EMRK nicht hinreichend auf das Recht zu sterben interpretiert werden könne, auch kann aus Art 2 EMRK kein Wahlrecht zwischen Leben und Tod bzw. das Recht auf den Tod weder durch Dritte noch mit Unterstützung der Behörden abgeleitet werden. Für die Sozialarbeiter_innen in den Falldarstellungen „Alkohol bis zum Schluss“ (Teil II, Kapitel 2.2.) und „Den Winter überleben“ (Teil II, Kapitel 2.3.) ist das Recht auf Leben insbesondere von Bedeutung als beide Klienten aufgrund ihrer momentanen Lebenssituation und ihrer Lebenserfahrung keine Motivation für die Sicherung ihres Lebens mitbringen. Vielmehr ziehen sich beide dahingehend zurück, dass sie

aufgrund des fortgesetzten Alkoholkonsums im Fall oder des weiteren Nüchterns im Freien bei Minustemperaturen im anderen Fall ein „mögliches Sterben“ akzeptieren. Von einem geplanten Suizid ist hier schwerlich zu sprechen. Allerdings stellt sich die Frage für die Sozialarbeiter_innen, welche Maßnahmen zu treffen sind um nicht selbst der Unterlassung von Hilfeleistung bezichtigt zu werden.

Art 3 EMRK, das Verbot von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung „...ist die einzige Bestimmung der EMRK, die keinerlei Einschränkungen unterliegt“ und „...gilt damit absolut, jeder Eingriff stellt damit eine Verletzung dar.“ (Hofmann 2014:1) So formuliert Hofmann und verweist auf seine Analyse der Judikatur des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte. Die Verletzung des Art 3 EMRK aufgrund unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung wird insbesondere in der Falldarstellung „Die Chance auf ein gutes Leben“ (Teil III, Kapitel 2.8.) thematisiert. Die Klientin wird während des Spitalsaufenthaltes in ein Netzbett gesperrt, da aus personellem Mangel keine Alternative gefunden werden kann.

Das Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (vgl. BGBl. Nr. 155/1990 sowie BGBl. I. Nr. 18/2010) wie auch das Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (vgl. BGBl. I Nr. 11/2004 und BGBl. I Nr. 18/2010) sehen jeweilig in §1 Abs. 1 vor, dass die Menschenwürde der von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nach diesen Bundesgesetzen betroffenen Personen unter allen Umständen zu achten und zu wahren ist und unter dem Gebot der Verhältnismäßigkeit zu beurteilen sind. Es wird hier auf den geringsten Eingriff in die persönliche Freiheit der Betroffenen abgestellt. Weiters verweisen diese Gesetze auf die völkerrechtlichen Verpflichtungen der Republik Österreich und heben hervor, dass z.B. der Einsatz von Netzbetten nicht mehr dem europäischen Standard entspricht und daher unzulässig ist (vgl. Erlass des BMG, BMG-93330/0002-II/A/4/2014 mit Verweis auf völkerrechtliche Verpflichtungen).

Gleichzeitig wird festgehalten, dass in Ausnahmesituationen jene Maßnahmen zu setzen sind, die sowohl den grundrechtlichen Vorgaben der Wahrung der Menschenwürde als auch dem Gebot der Verhältnismäßigkeit entsprechen.

Ausnahmesituationen sind wiederum im Unterbringungsgesetz (UbG), sowie im Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) geregelt. § 4 HeimAufG regelt die Voraussetzungen für die Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung (vgl. BGBl. I Nr. 11/2004). Die Freiheitsbeschränkung darf nur dann vorgenommen werden, wenn die Person an einer psychischen Krankheit oder einer geistigen Behinderung leidet, eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt und keine andere Maßnahme in Betracht kommt. In diesem Zusammenhang ist der Unterschied zwischen Freiheitsbeschränkung und Freiheitsentzug hervorzuheben. Als Freiheitsbeschränkung kann z.B. die Maßnahme die Menschen ohne oder gegen ihren Willen in ihrer Bewegungsfreiheit einschränken oder diese unterbinden, wie beispielsweise das Hindern am Verlassen des Raumes, Bettes, Aussteigen aus dem Rollstuhl oder auch Verabreichung von Medikamenten die die Bewegungsfähigkeit beeinträchtigen angesehen werden. Der Freiheitsentzug ist im Sinne des Strafrechtes dann zu ahnden, wenn Bestimmungen über freiheitsbeschränkende Maßnahmen nicht eingehalten werden. Kopetzki (vgl. 2014: 459ff) differenziert dahingehend, dass die Freiheitsbeschränkung eine individuelle Beschränkung der Bewegungsfreiheit bezeichnet. Eine Freiheitsbeschränkung liegt auch dann vor, wenn es einer Person verunmöglicht wird, ihren Aufenthalt in stationären Einrichtungen selbst nach freiem Willen zu gestalten. § 3 Abs. 1 HeimAufG ergänzt die Freiheitsbeschränkung als Unterbringung der Ortsveränderung durch den Einsatz oder die Androhung physischer Mittel gegen oder ohne den Willen der Bewohner_innen (vgl. BGBl. I Nr. 11/2004). Es werden die wichtigsten dieser physischen Mittel, nämlich mechanische, elektronische und medikamentöse Maßnahmen aufgezeigt. Damit ist festgehalten, dass eine Freiheitsbeschränkung auch durch medikamentöse Mittel erfolgen kann. Des Weiteren muss sie unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdranges bezwecken, nicht jedoch die unvermeidbaren bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele mitunter ergeben können. Im nachfolgend diskutierten Fall „Die Chance auf ein gutes Leben“ (Teil III, Kapitel 2.8.) scheint beides gegeben, wobei Kopetzki hierbei auf die synonyme Verwendung beider Begriffe auf § 2 Abs. 1 Z 5 PersFrG verweist und die Rechtsbegrifflichkeit hervorhebt, welche sich an einem medizinischen Verständnis

orientiert, sich jedoch nicht in allen Belangen mit diesem decken muss (vgl. BGBl. Nr. 684/1988).

Ein weiterer Aspekt des Rechtes auf Selbstbestimmung findet sich in Art 8 EMRK (Recht auf Privat- und Familienleben): Was die EMRK unter dem Begriff Familie versteht, wird im allgemeinen Kommentar Nr. 19, Art 23 formuliert: „... the concept of the family may differ in some respects from State to State, and even from region to region within a State, and that it is therefore not possible to give the concept a standard definition. However, the Committee emphasizes that, when a group of persons is regarded as a family under the legislation and practice of a State, it must be given the protection referred to in article 23 (Family is the natural and fundamental group unit of society and is entitled to protection by society and the State)“. Eine Vertiefung des Rechtes auf Selbstbestimmung des Privatlebens nach Art 8 EMRK stellt die Beschwerde Kalacheva gegen Russland dar (EGMR Kalacheva vs. Russland, 2009). Die Beschwerdeführerin sieht sich aufgrund der Nichtanerkennung eines Vaterschaftstestes im Zuge eines Vaterschaftsanerkennungsverfahrens in ihrem Recht auf Familien- und Privatleben verletzt. In den Ausführungen der Beschwerdebeantwortung vertieft der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte weiters den Begriff des Privatlebens und meint, dieser sei „... weit zu verstehen. Er umfasst unter anderem die physische und gesellschaftliche Identität einer Person und beinhaltet das Recht auf personelle Selbstbestimmung, auf persönliche Entwicklung und das Recht, Beziehungen zu anderen Personen zu entwickeln.“ Diese Überlegung ist besonders hilfreich für die Falldarstellung „Nähe zur Familie“ (Teil III Kapitel 2.6.). Der Asylwerber Mohammed könnte in der Weigerung der betreuenden Organisation und/oder der Landesregierung einem Bundeslandwechsel zu seinem Onkel zuzustimmen eine Verletzung des Art 8 EMRK ausmachen.

Mit der Erkenntnis des Verwaltungsgerichtshofs (VwGH) 2009/22/0122 vom 20.1.2011 wird der Art 8 EMRK dahingehend ausgeweitet, dass auch die Tante zur Sicherung des Familienlebens herangezogen werden kann und verweist gleichzeitig auf zwei Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (Urteil des EGMR vom 31. Jänner 2006, "da Silva und Hoogkamer gg. Niederlande", NL 2006, 26, sowie E vom 24. Oktober 2007, 2006/21/0296-0300). Beide Erkenntnisse sind insbesondere für die Falldarstellung „Nähe zur Familie“ (Teil III, Kapitel 2.6.) von

Relevanz. Aus dem Erkenntnis des VfGH vom 17.11.2011 (2010/21/0494) wird argumentiert, dass sich unter besonderen Umständen eine Verpflichtung des Staates ergibt, den Aufenthalt eines Fremden zu ermöglichen, mit der Folge, dass die Verweigerung der Erteilung eines Aufenthaltstitels einen Eingriff in dieses Grundrecht Art 8 EMRK bildet (vgl. E VfGH 27. Juni 2008, G 246, 247/07, VfSlg 18517). Der Begriff der Familie wird also nicht wie im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch (ABGB) geregelt und nur als „...die Stammältern und deren Nachkommen...“ verstanden. §35 (5) AsylG verengt den Begriff Familienangehöriger dahingehend als darunter ein „...Elternteil eines minderjährigen Kindes, Ehegatte oder zum Zeitpunkt der Antragstellung minderjähriges lediges Kind eines Fremden ist, dem der Status des subsidiär Schutzberechtigten oder des Asylberechtigten zuerkannt wurde, sofern die Ehe bei Ehegatten bereits im Herkunftsstaat bestanden hat; dies gilt weiters auch für eingetragene Partner_innen, sofern die eingetragene Partnerschaft bereits im Herkunftsstaat bestanden hat“ (BGBl. I Nr. 100/2005). Vielmehr kann in Einzelfällen die Entscheidung dahingehend getroffen werden, dass die Empfehlungen des oben genannten Kommentars Berücksichtigung finden.

Die Autoren Barta und Ganner kritisieren „... die paternalistischen Tendenzen in der gegenwärtigen Regierung“ (Barta/ Ganner 2015:2). Sie sehen in der Aufweichung des subjektiven Rechtes und der Förderung von Kann-Bestimmungen die politische Absicht Abhängigkeiten zu fördern und Selbstbestimmung zurückzudrängen. „Das Familienrecht sollte künftig insgesamt verstärkt die vielfältigen neuen Partnerschafts- und Familienformen berücksichtigen. Die Zukunft der Familie liegt nicht nur im herkömmlichen Familienmodell. – Hier hätte ein Forschungsauftrag im Bereich der Rechtsstaatsachenforschung und der Rechtssoziologie den Reformrahmen abzuklären“ (Barta/ Ganner 2015:6).

3.4. Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention)

Die Behindertenrechtskonvention (BRK) wurde am 13.12.2006 von der UN-Generalversammlung angenommen. Damit wurde ein Paradigmenwechsel vom medizinischen Modell zu einem sozialen Verständnis von Behinderung eingeleitet. Bielefeldt sieht hier den Anstoß zur Überwindung des Defizit-Ansatzes in Richtung

Diversität. Behinderung wird erstmals „... als normaler Bestandteil menschlichen Lebens ausdrücklich bejaht und darüber hinaus als Quelle möglicher kultureller Bereicherung wertgeschätzt ..." (Bielefeldt 2009:6). Nach Bielefeldt liegt dem Begriff der Behinderung die soziale Konstruiertheit zu Grunde, welche aus der Definition in der Präambel hervorgeht:

“(...) disability is an evolving concept and (...) results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with other” (BRK – Präambel 2008). Nach Stockner ist Behinderung erst durch diesen Paradigmenwechsel zum sozialen Verständnis menschenrechtlich erfassbar und „...begreifbar, dass Barrieren aller Art, Vorurteile, Benachteiligungen und Diskriminierungen behinderte Frauen, Männer und Kinder in ihren grundlegenden Menschenrechten verletzen können. Das medizinische Modell sieht die Ursache für Ungleichbehandlungen nur in der Person“ (Stockner 2010:29). Die Anerkennung von Diversität und Behinderung als Bestandteil menschlichen Lebens stellt die Basis für Gleichberechtigung und Selbstbestimmung dar.

3.4.1. Das Selbstbestimmungsrecht in der UN-Behindertenrechtskonvention

Der Kern der BRK stellt auf die Anerkennung der Rechts- und Geschäftsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen ab und hält fest, dass Behinderung bzw. Beeinträchtigung keine Basis dafür bilden soll, dass Menschen das Recht genommen werden darf, über die Angelegenheiten ihres Lebens wie beispielsweise Vertragsabschlüsse oder Kontenführung selbstständig zu verfügen. Menschen mit Behinderungen sind bei der Entscheidungsfindung gegebenenfalls zu unterstützen. Die Abwicklung von Rechtsgeschäften darf nicht von einer dritten Person stellvertretend ausgeführt werden. In der Falldarstellung „Selbständige Lebensführung trotz hohen Alters“ (Teil III Kapitel 2.7.) wird diese Thematik sehr ausführlich aus sozialarbeiterischer Sicht behandelt. Art 12 BRK fordert die gleiche Anerkennung vor dem Recht und weiters die Sicherstellung, dass Menschen mit Behinderung Zugang zu jenen Unterstützungsangeboten haben, die sie bei der Ausübung und Umsetzung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit benötigen (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008).

Selbstbestimmtes Leben wird ausführlich in Art 19 BRK erläutert und hat das klare Ziel vor Augen maximale Unabhängigkeit und soziale Inklusion herzustellen. Nach Schulze „... sind diese Bestimmungen gleichzeitig eine Absage an Einrichtungen, die ausschließlich die Betreuung von Menschen mit Behinderungen bewerkstelligen“ (Schulze 2011:7). Sie sieht an dieser Stelle sowie in Art 9 BRK, der die Zugänglichkeit z.B. zu öffentlichen Einrichtungen und Diensten regelt, die Persönliche Assistenz verankert. Die Gewährleistung von erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen darf nur auf der Grundlage der individuellen Wünsche von Menschen mit Behinderungen erfolgen. Gerade in der Falldarstellung „Den Winter überleben“ kann der Art 9 BRK herangezogen werden um die Selbstbestimmung des Klienten sicherzustellen. Weiters werden in Art 12 BRK entsprechende Unterstützungsnetzwerke zur Ausübung von Rechtsgeschäften gefordert und müssen nach menschenrechtlichen Prinzipien ausgestattet sein. Mit Art 13 BRK wird das Recht auf Zugang zur Justiz sichergestellt. Dieser Aspekt kann vor allem bei Fragenstellungen zur Sachwalterschaft wie im Fall „Selbständige Lebensführung trotz hohen Alters“ (Teil III Kapitel 2.7.) von Bedeutung sein. Insbesondere das Österreichische Sachwalterrecht und das Sachwalter-Änderungsgesetz 2006 (SWRÄG) zementieren die Fremdbestimmung von Menschen mit Behinderung (vgl. BGBl. I Nr. 92/2006). Der Parallelbericht (umgangssprachlich Schattenbericht) der Österreichischen Zivilgesellschaft 2013 kritisiert diesen Mangel an Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung und kommentiert das Sachwalter-Änderungsgesetz 2006 dahingehend, dass nach wie vor keine ausreichende Kontrolle bei der Bewilligung von Sachwalterschaft vorliege. Mehrheitlich (60%) handelt es sich bei besachwalteten Personen um Frauen über 60 Jahren. Das durch das SWRÄG eingeführte Instrument der Angehörigenvertretung werde kaum genutzt. Die Empfehlung der Expert_innen für das SWRÄG richtet sich an das Bundesministerium für Justiz und fordert eine entsprechende Aktualisierung nach heutigen internationalen Standards unter Berücksichtigung der BRK. Des Weiteren wird die Überprüfung des Bedarfes und der Aufrechterhaltung von derzeitigen Besachwaltungen eingefordert und die Erstellung von Informationsmaterialien in leichter Sprache für die betroffenen Personen eingemahnt. (vgl. Parallelbericht

Das Recht auf persönliche Mobilität wird in Art 20 BRK geregelt und sichert somit die Bewegungsfreiheit. Die Unterstützung und Förderung von Mobilität für Menschen mit Behinderung bildet überhaupt die Basis um am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Gerade in den Falldarstellungen von „Selbständige Lebensführung trotz hohen Alters“ (Teil III Kapitel 2.8.) und „Selbstbestimmte Lebensführung und ein professioneller Umgang mit Demenz“ (Teil III Kapitel 2.4.) sind die unterstützte Mobilität von Bedeutung um weiterhin selbstbestimmt leben zu können. Der Parallelbericht 2013 zeigt hier wiederum Österreichs Säumnisse auf. Er betont insbesondere den „Antragsdschungel“ für Menschen mit Behinderung, die fehlenden Rechtsgrundlagen für einen Anspruch auf finanzielle Unterstützung sowie die länderspezifischen unterschiedlichen Kriterien bei der Antragsstellung für Unterstützungsleistungen.

Das Recht auf Bildung wird in Art 24 BRK behandelt und kann in der Falldarstellung „Eine eigene Wohnung“ (Teil III Kapitel 2.1.) und „Die Bedürfnisse eines jungen, psychisch kranken Mannes und seiner Angehörigen“ (Teil III Kapitel 2.9.) aufgrund ihrer nicht abgeschlossenen Ausbildung von Bedeutung sein.

3.5. Nationaler Aktionsplan für Menschen mit Behinderung

Das erste bedeutsame und ganzheitliche Strategiepapier zur Behindertenpolitik wurde im Dezember 1992 als Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung beschlossen. Die behindertenpolitischen Rahmenbedingungen haben sich in den letzten zwanzig Jahren grundlegend verändert. Den Ausgangspunkt stellte die Fürsorge und Versorgung behinderter Menschen dar. Heute liegt der Fokus im Gegensatz dazu auf Menschenrechts- und Gleichstellungskonzepten. Diesen Anforderungen der internationalen Standards wurde die Österreichische Bundesregierung mit der Beschlussfassung des Nationalen Aktionsplanes für Menschen mit Behinderung (NAP Behinderung) vom 5. Oktober 2010 gerecht. Er beinhaltet die Leitlinien der österreichischen Behindertenpolitik bis zum Jahr 2020.

Die UN-Behindertenrechtskonvention, welche 2008 von Österreich ratifiziert wurde,

setzt mit dem Schwerpunkt der Sicherstellung des selbstbestimmten Lebens neue Maßstäbe für Menschen mit Behinderung.

Der NAP Behinderung stellt im Zeitraum 2012 bis 2020 sicher, dass die BRK sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene umgesetzt werden soll.

„Ein auf mehrere Jahre ausgerichteter und strategisch angelegter Aktionsplan schafft Voraussetzungen für politische Partizipation, Transparenz, Berechenbarkeit, Überprüfbarkeit und Weiterentwicklung und ist damit im Interesse der Menschen mit Behinderungen“ schreibt der Österreichische Gehörlosenbund (ÖGLB o.A.). Die Notwendigkeit gerade in den Kernbereichen wie Beschäftigung, Bildung oder Langzeitpflege eine klare und einheitliche Strategieentwicklung zu installieren ist von besonderer Bedeutung.

Der erste Zwischenbericht der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) zum NAP erschien 2015 und mahnt ganz konkrete Säumnisse des Staates bezüglich des NAP ein. Bereits bei der Definition von Behinderung wird die nach wie vor gebräuchliche Anwendung des medizinischen Modells bei der Einschätzung von Behinderung kritisiert (vgl. ÖAR 2015:5). Der Bericht zeigt deutlich, dass trotz der bereits mehr als 50-jährigen Tätigkeit der ÖAR, der Installierung des Monitoring Ausschusses sowie der internationalen Forderung nach Förderung eines selbstbestimmten Lebens für Menschen mit Behinderung Österreich noch einen sehr weiten Weg vor sich hat, den NAP Behinderung nur ansatzweise umzusetzen.

Abschließend sei ergänzt, dass die Republik Österreich unter Einbeziehung der Arbeitsgruppe zum Revisionsprozess des NAP bestehend aus dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Bundesministerium für Bildung und Frauen, Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres, Bundesministerium für Gesundheit, Bundeskanzleramt, Monitoringausschuss, Pro-Mente Oberösterreich, Netzwerk Selbstvertretung Österreich, ÖAR, Österreichischer Zivil-Invalidenverband Burgenland, Selbstbestimmt Leben Österreich und Vertreter_innen der Wissenschaft den Empfehlungen des UN-Behindertenausschusses nachgekommen ist und die vorliegende deutsche Fassung der BRK einer Überarbeitung unterzogen hat. Dabei wurden einige Begrifflichkeiten in aktualisierter Form übersetzt. Vor allem die neuen Bezeichnungen der folgenden Begriffe sind hinsichtlich des Themas dieser Arbeit hervorzuheben:

Quelltext	Bisherige Übersetzung	Neue Übersetzung
Persons with Disabilities	Behinderte	Menschen mit Behinderungen
Needs	Bedürfnisse	Erfordernisse
Assistance	Hilfe	Assistenz/en
Independence	Unabhängigkeit	Selbstbestimmung
Independent	Unabhängig	Selbstbestimmt
living independently	Unabhängige Lebensführung	Selbstbestimmtes Leben

Abbildung 5: begriffliche Überarbeitung der BRK

Leider ist eine durchgehende Überarbeitung der Übersetzung der BRK jedoch nicht gelungen (vgl. ÖAR Stellungnahme CRPD 2016).

III. Falldarstellungen

1. Erläuterungen zu den Falldarstellungen (*Damaris Janschek*)

Bevor auf die konkreten Fälle eingegangen wird, sollen hier noch einige, für das Fallverständnis relevante Dinge erläutert werden.

1.1. Was ist ein Fall?

Die Schlüsselemente eines sozialarbeiterischen Falls sind ein formuliertes Problem, zumindest eine davon betroffene Person und die Zuständigkeit einer Organisation (vgl. Pantucek 2012:51). Ohne die Komponente der Sozialarbeit handelt es sich lediglich um eine Person in einer problematischen, möglicherweise verzweiferten Lebenssituation. Erst durch die „Einmischung“ von Sozialarbeiter_innen wird diese Situation als Fall definiert (vgl. Schattenhofer/Tiesmeier 2001:62 zit. in Pantucek 2012:51). Pantucek ergänzt, dass das Helfer_innensystem den Fall nicht nur definiert, sondern selbst auch einen Bestandteil eines Falls darstellt. Das Zentrum des Falls stellt jedoch die Beziehung zwischen Klient_in und Sozialarbeiter_in dar (vgl. Pantucek 2012:52).

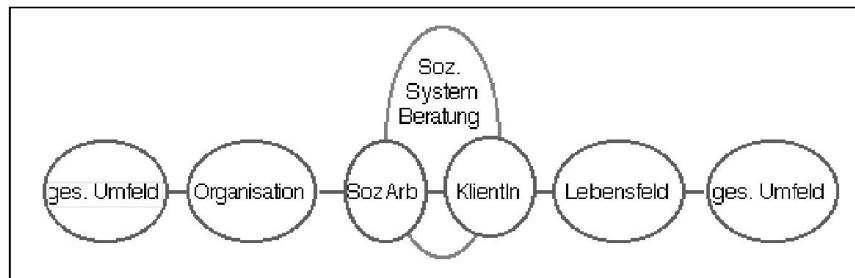


Abbildung 6: Der Fall

Für ein optimales Fallverständnis wird in den Fallbeschreibungen (Teil III, Kapitel 2.) auf die einzelnen Dimensionen eingegangen.

1.2. Benennung der Klient_innen

In Wissenschaft und Praxis haben sich im Laufe der Zeit unterschiedliche Begriffe für die Bezeichnung jener Personen, mit denen Sozialarbeiter_innen arbeiten, mehr oder weniger etabliert. Die Bezeichnung „Klient_in“ ist in vielen Organisationen und Handlungsfeldern üblich. Der Begriff „Klient_in“ benennt „ein asymmetrisches Verhältnis zwischen dem Professionellen und seinem Gegenüber. Die Asymmetrie wird durch ein Berufsethos, eine Verpflichtung auf die Förderung der Autonomie der Klienten und auf ein Agieren in deren Interessen hinterfüttert.“ (Pantucek 2012:49) Pantucek führt zudem an, dass der Begriff „Klient_in“ klar von der in manchen Organisationen ebenfalls gebräuchlichen Bezeichnung „Kund_in“ zu unterscheiden ist. „Während Dienstleistungen für ‚Kunden‘ erbracht werden, ist die unterstützende Bearbeitung einer Lebenssituation auf die Mitarbeit der KlientInnen angewiesen, die durch die SozialarbeiterInnen bestenfalls stimuliert werden kann. Der Klientenbegriff markiert ... die Grenze zwischen Dienstleistung und methodischer Sozialarbeit.“ (Pantucek 2012:50)

Im Rahmen der folgenden Falldarstellungen werden neben der Bezeichnung „Klient_in“ auch die Begriffe „Nutzer_in“ (im Sinne von Nutzer_in eines sozialarbeiterischen Angebots) und „Betroffene_r“ verwendet.

1.3. Fallgliederung

Sarah Banks (2012) hat im Zuge ihrer Forschungstätigkeit vier Kategorien von ethischen Herausforderungen identifiziert, die als Grundlage für die Gliederung der im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Fälle dienen soll. Sie unterscheidet:

List 1.2 Ethical challenges in social work

1. *Individual rights and welfare*: service users' rights to make their own decisions and choices; social workers' responsibilities to promote the welfare of service users.
2. *Public welfare*: the rights and interests of parties other than service users; social workers' responsibilities to their employing agencies and to society; the promotion of the greatest good for the greatest number of people.
3. *Equality, difference and structural oppression*: balancing the promotion of equality with due regard to diversity; the social worker's responsibility to challenge oppression and to work for changes in agency policy and in society; managing religious and cultural differences and conflicts.
4. *Professional roles, boundaries and relationships*: deciding what role the social worker should take in particular situations (counsellor, controller, advocate, assessor, campaigner, ally or friend); considerations of issues of boundaries between personal, professional and political life.

Abbildung 7: Ethical challenges in social work

Die erarbeiteten Fälle können der ersten, zweiten und vierten Gruppe zugeordnet werden.

Die erste Fallgruppe ***Individuelle Rechte und Fürsorge*** widmet sich Dilemmasituationen zwischen den individuellen Rechten und dem Wohlergehen der Klient_innen. Abgeleitet davon könnte man auch von Dilemmata zwischen dem Mandat oder Auftrag des_der Klient_in und dem professionellen Mandat des_der Sozialarbeiter_in sprechen. In den fünf Fällen dieser Fallgruppe (Teil III, Kapitel 2.1. bis 2.5.) geht es um das selbständige Wohnen eines jungen Klienten mit Schizophrenieerkrankung, den selbstschädigenden Alkoholkonsum eines Klienten der jegliche Therapien ablehnt, die Versorgungsmöglichkeiten eines betreuungsbedürftigen Obdachlosen, die selbstbestimmte Lebensführung eines Klienten mit geistigen Abbauerscheinungen und die Organisation eines möglichst selbstbestimmten Lebensabends einer pflegebedürftigen Klientin.

Während Banks in der zweiten Kategorie auch die Verantwortung der Sozialarbeiter_innen gegenüber der Gesellschaft und der größten Anzahl an Menschen verortet sieht, beschränken sich die Falldarstellungen in der zweiten Fallgruppe (Teil III, Kapitel 2.6. und 2.7.) mit dem Titel ***Individuelle Rechte und Auftrag der Organisation*** auf Differenzen zwischen dem Mandat der Klient_innen

und dem Auftrag der Organisationen an die Sozialarbeiter_innen. Die beiden Fälle in dieser Gruppe behandeln die Situation eines gesundheitlich beeinträchtigten Asylwerbers und seinen Wunsch in ein anderes Bundesland zu übersiedeln, sowie einer hochaltrigen Klientin die ihr selbständiges Leben erhalten möchte.

In der dritten Fallgruppe **Professionelle Rollen, Grenzen und Beziehungen** stehen Dilemmata von Sozialarbeiter_innen in ebendiesem Spannungsfeld im Mittelpunkt. Die beiden Falldarstellungen in dieser Fallgruppe (Teil III, Kapitel 2.8. und 2.9.) beschäftigen sich mit den Familiensystemen einer jungen, schwer beeinträchtigten Frau und eines jungen schizophrenen Mannes und den damit einhergehenden unterschiedlichen Interessen und Anforderungen an den_die jeweilige Sozialarbeiter_in.

1.4. Aufbau der Falldarstellungen

Das folgende Kapitel widmet sich den exemplarischen Fällen und damit dem eigentlichen Herzstück dieser Arbeit. Der Aufbau ist bei allen neun Fällen gleich und soll hier kurz skizziert werden. Auf eine kurze Erklärung der Rahmenbedingungen folgen die Beschreibung des Fallverlaufs und die Formulierung des ethischen Dilemmas bzw. der ethischen Dilemmata. Die Kommentierung beginnt zunächst mit einigen Hinweisen auf relevante berufsethische und menschenrechtliche Aspekte, sowie bei Bedarf auf den nationalen gesetzlichen Rahmen für den jeweiligen Fall. Die empirischen Ergebnisse des Forschungsprozesses werden jeweils im Kapitel ‚Fallreflexion mit Praktiker_innen‘ ausgeführt und durch zusätzlich recherchierte theoretische Überlegungen der Autorinnen verdichtet. Die Ergebnisse wurden in ‚Handlungsoptionen‘ und ‚ethische Überlegungen‘ unterteilt. Während sich die Handlungsoptionen eher auf konkrete Handlungsvorschläge konzentrieren, die sich unmittelbar auf den_die Klient_in auswirken, beziehen sich die ethischen Überlegungen eher allgemein auf die Rolle des_der Sozialarbeiter_in und seine_ihre professionelle Haltung.

2. Fallgruppen

Fallgruppe – individuelle Rechte und Fürsorge

2.1. Eine eigene Wohnung (*Damaris Janschek*)

2.1.1. Falldarstellung

2.1.1.1. Rahmenbedingungen

Dieser Fall ereignete sich in der psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses in Wien. Die Sozialarbeiterin dieser Abteilung ist Teil des Behandlungsteams und unterstützt die Patient_innen in sozialen Belangen, d.h. bei finanziellen Problemen, bei Anliegen bezüglich des sozialen Umfelds oder des Arbeitsplatzes sowie bei Problemlagen im Bereich Wohnen. Die Sozialarbeiterin ist ab der Aufnahme der Patient_innen in den Behandlungsprozess involviert und arbeitet eng mit den anderen Professionen (Ärzt_innen, Pfleger_innen, Psycholog_innen, Therapeut_innen) zusammen. Es finden täglich Besprechungen mit diesen anderen Berufsgruppen statt in denen die weiteren Behandlungsverläufe der einzelnen Patient_innen besprochen und diesbezüglich Entscheidungen getroffen werden. Den Entlassungstermin bestimmt letztendlich der_die behandelnde Arzt_Ärztin, welcher_welche auch die Verantwortung dafür trägt.

2.1.1.2. Fallbeschreibung

Martin F. ist 25 Jahre alt. Vor fünf Jahren wurde bei ihm paranoide Schizophrenie diagnostiziert. Seit der ersten Akutphase, bei der die Erkrankung diagnostiziert wurde, hatte er drei weitere Schübe, während derer er jeweils ca. zwei Monate in stationärer Behandlung auf der psychiatrischen Abteilung eines Wiener Krankenhauses verbrachte. Martin hat sein Jusstudium vor drei Jahren abgebrochen und hatte seither immer wieder kurzfristige Jobs, die er aufgrund seiner Erkrankung jedoch nie über einen längeren Zeitraum halten konnte.

Martin wohnt bei seinen Eltern. Seine 22-jährige Schwester zog vor einem Jahr aus, der 18-jährige Bruder wohnt ebenfalls noch zu Hause. Die Diagnose hat die Familie sehr erschüttert, es wurde jedoch versucht, Martin so gut wie möglich zu unterstützen. Dennoch hat sich die Stimmung zu Hause in den letzten Monaten

verschlechtert. Es kam zuletzt fast täglich zu gravierenden Auseinandersetzungen und schließlich kündigte sich wieder eine schwere psychotische Episode an. Während des darauffolgenden Krankenhausaufenthalts äußern die Eltern gegenüber der Sozialarbeiterin den Wunsch, dass ihr Sohn ausziehen solle, da das Zusammenleben im gemeinsamen Haushalt einfach nicht mehr tragbar sei und alle Beteiligten zunehmend unter der Situation leiden. Die Sozialarbeiterin bespricht den Wunsch der Eltern mit Martin. Dieser kann sich mit dem Gedanken aus der elterlichen Wohnung auszuziehen sehr rasch anfreunden und gibt zu, selbst auch schon darüber nachgedacht zu haben, wie es wäre, in einer eigenen Wohnung zu wohnen. Auch er hält es für den richtigen Schritt und wünscht sich eine eigene Wohnung. Die Sozialarbeiterin hat Bedenken, ob Martin es schaffen wird, alleine zu wohnen, da es ihm aufgrund seiner Erkrankung oft schwer fällt, sich um alltägliche Dinge zu kümmern und die Befürchtung naheliegt, dass seine soziale Sicherheit gefährdet sein könnte, wenn er plötzlich alleine wohnt. Sie empfiehlt als ersten Schritt in die Selbständigkeit eher eine teilbetreute Einrichtung, die einen gesicherten Rahmen bietet und in der Martin weiterhin Unterstützung erhält, um seinen Alltag zu organisieren. Martin hingegen ist davon überzeugt, dass er eine eigene Wohnung möchte und auch seinen Alltag selbständig meistern kann. Er kann die Bedenken der Sozialarbeiterin nicht nachvollziehen und fühlt sich nicht verstanden und unterschätzt.

2.1.1.3. Dilemmabeschreibung

Die Sozialarbeiterin steht nun vor der Frage, in welche Richtung sie mit Martin weiterarbeiten soll. Soll sie seinem Wunsch entsprechen und ihn dabei unterstützen, eine eigene Wohnung zu finden, obwohl ihr viele Argumente einfallen, die eher für eine betreute Wohnform sprechen oder soll sie ihren beruflichen Erfahrungen, professionellen Überlegungen und ihrem Instinkt folgen und versuchen, Martin von einem betreuten Wohnplatz zu überzeugen? Letzteres könnte jedoch sein Selbstwertgefühl und sein Selbstbewusstsein negativ beeinflussen oder überhaupt eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes auslösen. Hinzu kommt der zeitliche Druck, dass Martin in etwa zwei Wochen

wieder aus dem Krankenhaus entlassen werden soll. Zusammenfassend kann man dieses Dilemma folgendermaßen beschreiben:

- Der Wunsch des Klienten nach selbständigem Wohnen versus die professionelle Einschätzung der Sozialarbeiterin

2.1.2. Fallkommentierung

2.1.2.1. Berufsethische Aspekte

Wie bereits in Teil II, Kapitel 2.3.1. erläutert wurde, ist das Recht auf Selbstbestimmung eines der Grundprinzipien Sozialer Arbeit (vgl. IFSW 4.1, 2012). Im Berufskodex des Schweizer Berufsverbandes für Soziale Arbeit Avenir Social wird das Recht auf Selbstbestimmung ergänzend zur Formulierung des IFSW nicht nur durch Fremd-, sondern auch durch Selbstgefährdung begrenzt (vgl. Avenir Social 8.5, 2010).

In einem speziellen Grundsatzpapier des IFSW betreffend die Zielgruppe ‚Menschen mit Behinderung‘ wird auch der Begriff „Behinderung“ erörtert. Trotz sich immer wieder verändernden Definitionen werden physische, sensorische, kognitive Beeinträchtigungen sowie körperliche, psychische und chronische Erkrankungen unter dem Begriff Behinderung vereint. Die IFSW vertritt auch in diesem Grundlagenpapier die Position, dass Sozialarbeiter_innen das Recht auf Selbstbestimmungen von Menschen mit Behinderung in allen Lebensaspekten fördern sollen (vgl. IFSW 2012).

2.1.2.2. Rechtliche Aspekte

Menschenrechtliche Aspekte

Die in Teil II, Kapitel 3.4.1. bereits behandelte UN-Behindertenrechtskonvention stellt in diesem Fall eine wesentliche Grundlage für die sozialarbeiterische Vorgehensweise dar. Vor allem der Art 3 BRK (die Achtung der Autonomie und die Freiheit eigene Entscheidungen zu treffen) und Art 19 BRK (Wahl des Aufenthaltsorts und Recht auf Unterstützung für zu Hause) sollen hier noch einmal hervorgehoben werden (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008). Daraus lässt sich ableiten, dass Martin aus menschenrechtlicher Sicht jedenfalls in seinem Wunsch nach

einer eigenen Wohnung und selbständiger Lebensführung unterstützt werden sollte.

Auch der Aktionsplan des Europarates zur Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen in Europa 2006 – 2015 spricht sich eindeutig dafür aus, Menschen mit Beeinträchtigungen ein selbständiges Leben und die Wahl ihres Wohnortes zu ermöglichen. Dies sei vor allem durch eine Einbeziehung behinderter Menschen ins soziale Leben und die Gemeinschaft erreichbar. Für die konkrete Umsetzung wird ein „...koordiniertes Konzept für die Bereitstellung von nutzerorientierten, gemeindenahen und personenbezogenen Unterstützungsstrukturen...“ gefordert (Europarat 2006:8).

Bezüglich des abgebrochenen Studiums lässt sich noch festhalten, dass Martin laut Art 24 BRK auch Anspruch auf Zugang zu Hochschulbildung und Berufsausbildung hat. Österreich hat sich mit der Ratifizierung der BRK dazu verpflichtet, entsprechende Vorkehrungen für einen gleichberechtigten Bildungszugang für Menschen mit Behinderungen zu treffen (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008).

2.1.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen

2.1.3.1. Handlungsoptionen

Im Rahmen der Fokusgruppe wurden viele interessante Handlungsoptionen für dieses Dilemma diskutiert, die im Folgenden in mehreren Themenblöcken dargestellt werden.

Klient_innenzentrierung

Die Eigenverantwortung des Klienten und sein Recht auf eine eigenständige und möglichst unabhängige Lebensführung wurden im Rahmen der Fokusgruppe thematisiert. Wenn es Martins Wunsch entspricht, soll er dabei unterstützt werden, ein möglichst unabhängiges Leben führen zu können. Um ihn über die vorhandenen Betreuungsmöglichkeiten beraten zu können, benötigt die Sozialarbeiterin detaillierte Kenntnisse über die soziale Versorgungslandschaft und Unterstützungsangebote. Der Klient steht in der Sozialarbeit im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Tätigkeiten der Sozialarbeiterin orientieren sich an seinen

Zielen und Vorstellungen. Seine Einbeziehung in die Hilfeplanung ist ein grundlegendes Prinzip der Profession. Die Sozialarbeiterin muss also genau mit dem Klienten besprechen, was dieser sich unter einem selbständigen Leben vorstellt und wie er seinen Alltag gestalten möchte und dies in die Hilfeplanung einbeziehen. *„Martin ist über 18, er ist erwachsen... Man muss mit Martin sprechen, was seine Wünsche sind... Man sollte ihn ernst nehmen.“* (FG1a, Minute 08:20)

Niemand kennt Martins Erkrankung und die Symptome, die damit einhergehen, besser als er selbst. Daher kann es hilfreich sein, sich als Sozialarbeiterin erklären und beschreiben zu lassen, in welcher Art und Weise der Klient seine Erkrankung erlebt. So zeigt die Sozialarbeiterin ehrliches Interesse an der Lebenswelt des Klienten und kann ihn damit unterstützen.

Ressourcenerhebung und Zielplanung

Ein wichtiger Aspekt hinsichtlich der Bearbeitung des beschriebenen Dilemmas ist die Identifizierung von möglichen Problemlagen, die Martin in der Bewältigung seines Alltags insbesondere in Bezug auf seine Wohnfähigkeit einschränken, aber auch Ressourcen, die bei deren Überwindung hilfreich sein können. Dies waren auch von den Fokusgruppenteilnehmer_innen angesprochene Themen, aus denen Handlungsoptionen abgeleitet werden können. Die Sozialarbeiterin sollte zunächst die Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten erheben und in der Folge mit ihm besprechen, in welchen Bereichen er für eine selbständige Lebensführung möglicherweise noch Hilfe benötigt bzw. inwiefern seine Fähigkeiten gestärkt werden können, damit ein selbständiges Leben in absehbarer Zeit möglich wird. Die Erarbeitung zunächst kleinerer Ziele (wie z.B. selbständiges wöchentliches Wäsche waschen), kann den Klienten und die Sozialarbeiterin vor Überforderung schützen und der Klient kann rasch positive Erfahrungen sammeln und dadurch sein Selbstbewusstsein stärken. *„Bezüglich dem selbständigen Wohnen in der Zukunft, was wäre der erste Schritt, den man zum Beispiel nächste Woche machen könnte? Er könnte zum Beispiel Rechnungen bezahlen oder ähnliches, kleine Schritte...“* (FG1a, Minute 15:25)

Ressourcenorientierung ist als eine der grundlegenden Arbeitsweisen professioneller Sozialarbeit in den Berufskodizes verankert (siehe Teil II, Kapitel 2.1.3.2., Unterkapitel ‚Ressourcenorientierung‘).

Informelle und formelle Kontakte

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe hielten es für wichtig, Martins soziales Netzwerk als Ressource zu betrachten und in die weitere Fallplanung einzubeziehen. Die Sozialarbeiterin sollte mit dem Klienten erheben, welche Personen vorhanden sind und inwiefern diese in seine Betreuung einbezogen werden sollen. Ebenso muss mit den betreffenden Personen (z.B. den Eltern oder Geschwistern) über deren Betreuungsbereitschaft gesprochen werden. Die Besprechung von Unterstützungsangeboten sowie Erwartungen und Wünschen sowohl seitens der Eltern als auch von Martin, kann im Rahmen eines Familienrates stattfinden. Dabei handelt es sich um eine Methode aus Neuseeland, bei der im Rahmen eines Zusammentreffens der Familie eine schwierige Situation gelöst wird. Die Familie bestimmt selbst, welche Verwandten und Freunde an dem Treffen teilnehmen sollen. Im Rahmen des Familienrates erarbeitet die Familie dann mithilfe der anwesenden Angehörigen und deren Ressourcen einen Unterstützungsplan. Sozialarbeiter_innen oder andere Fachleute nehmen nicht daran teil, wodurch die Hilfeplanung und auch die Verantwortung für das Gelingen bei der Familie selbst liegen (vgl. Hansbauer/ Hensen/ Müller/ von Spiegel 2009). Die Einberufung eines solchen Familienrates wäre vielleicht noch während des Krankenhausaufenthalts möglich, wobei die Sozialarbeiterin bei der Vorbereitung unterstützen könnte. Diese Methode erscheint insbesondere empfehlenswert, falls Martin bis zu seinem Einzug in eine eigene Wohnung oder eine Einrichtung wieder zu seinen Eltern nach Hause entlassen wird, was aufgrund der begrenzten Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und der Wartezeiten für andere Wohnformen sehr wahrscheinlich ist. Die Vereinbarung von Grundregeln des Zusammenlebens und deren Verschriftlichung kann zur Erhöhung von Transparenz und Verbindlichkeit und somit zum Gelingen des Zusammenwohnens beitragen.

Lücken im informellen Netzwerk können eventuell durch professionelle Helfer_innen geschlossen werden. Diese Einbeziehung des sozialen Umfeldes der

Klient_innen wird auch vom IFSW als eines von vier Grundprinzipien genannt: „Sozialarbeiter_innen sollen sich mit der Person als Ganzes innerhalb der Familie, der Gemeinschaft sowie der sozialen und natürlichen Umwelt beschäftigen und sollen sich bemühen, alle Aspekte des Lebens einer Person wahrzunehmen.“ (IFSW 4.1.3, 2012)

Als Ansprechperson für den Klienten könnte sich auch die Einführung eines Peerberaters als sinnvoll erweisen. Ein Peerberater findet aufgrund seines Erfahrungswissens möglicherweise einen anderen Zugang zu Martin als professionelle Helfer_innen und kann ihn in der ersten Phase der Selbständigkeit lebensweltnah unterstützen. Die Unterstützung durch einen_eine Peerberater_in wirkt möglicherweise entlastend auf den Klienten, da er es mit einer Person zu tun hat, die ein ähnliches Problem selbst durchlebt hat und die Schwierigkeiten, die damit einhergehen, kennt (beispielsweise Stigmatisierung aufgrund einer psychischen Erkrankung).

Neben dem sozialen Netzwerk des Klienten muss die Sozialarbeiterin auch ihr professionelles Netzwerk nutzen. Auch darüber waren sich die Fokusgruppenteilnehmer_innen einig. Einerseits sollte sie Rückhalt bei ihren Kolleg_innen suchen und den Fall mit ihnen diskutieren um deren Sichtweisen in die Bearbeitung einfließen lassen zu können. Da das Krankenhaussetting aufgrund der sehr begrenzten Aufenthaltsdauer möglicherweise nicht der geeignete Ort ist um das Dilemma vollends zu bearbeiten, sollte die Sozialarbeiterin sich andererseits um eine weiterführende Betreuung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus kümmern. Eine Entlassung zu den Eltern ist wahrscheinlich unausweichlich. Eine gelungene Nachbetreuung die den Klienten dann bei der weiteren Organisation des Umzugs in die eigene Wohnung unterstützt, könnte jedoch den Handlungsdruck der Sozialarbeiterin reduzieren. Sie muss die Grenzen ihres Arbeitssettings bis zu einem gewissen Grad akzeptieren und innerhalb ihrer Möglichkeiten handeln und Prioritäten setzen. Die Klarheit darüber, wo die Fallführung für die Sozialarbeiterin endet, kann auch als Ressource gesehen werden, die die Sozialarbeiterin vor Überforderung schützt. Zur Organisation der angesprochenen Nachbetreuung benötigt die Sozialarbeiterin ein breites Wissen über die vorhandenen Unterstützungsangebote und zuständigen Einrichtungen.

Sie muss sich mit Kolleg_innen außerhalb ihrer Einrichtung vernetzen um eine längerfristige Betreuung zu ermöglichen. *„Das ist glaube ich auch wirklich wichtig, dass die Sozialarbeit das hier nur aus dem stationären und oft nur akuten Setting sieht, das heißt wenn es da draußen ein Betreuungssetting gibt, dann sind die einzubeziehen in die Entscheidung wie es weiter geht, weil ... das Betreuungssetting endet auf alle Fälle mit der Entlassung. Punkt. Aus. Und danach, was ist dann? Mir ist es immer wichtig zu schauen, dass die nachher ein anderes Betreuungssetting haben, das einfach wirklich begleitend ist. Weil im Endeffekt ist man im stationären Setting nicht begleitend, das ist nur ein gewisser Zeitraum ... und wenn ein Vertrauensverhältnis da ist, ist es gut, weil man dann beim nächsten Mal vielleicht weiterarbeiten kann, aber es muss draußen jemanden geben, der ihn wirklich begleitet und dann kann ich die Verantwortung auch abgeben.“* (FG1b, Minute 38:40)

Eine nähere Auseinandersetzung mit der Verankerung der professionellen Kooperation findet im Teil II, Kapitel 2.1.3.2., Unterkapitel ‚Kollegiale und interprofessionelle Zusammenarbeit‘ statt.

Transparenz

Ein transparenter Umgang mit ihren Bedenken gegenüber dem Klienten, könnte der Sozialarbeiterin helfen, ihr vertrauensvolles Verhältnis zum Klienten zu erhalten und trotz unterschiedlicher Meinungen mit ihm über unterschiedliche Wohnsettings und Betreuungsformen zu sprechen. *„Ich denke, es ist in Ordnung als Sozialarbeiterin mit dem Klienten über meine Bedenken zu sprechen, man kann es diskutieren. Ich kann ihn wissen lassen, warum ich manche Aspekte eher kritisch betrachte...“* (FG1a, Minute 13:50)

Die Beratung über verschiedene Wohnformen kann durch die Besichtigung von Einrichtungen unterstützt werden, damit sich der Klient ein besseres Bild von den Rahmenbedingungen der einzelnen Möglichkeiten machen kann.

Krisenmanagement und Medikamenteneinnahme

Um den Klienten in den unterschiedlichen Phasen des Erkrankungsverlaufs bestmöglich begleiten zu können, empfiehlt ein_eine Fokusgruppenteilnehmer_in die gemeinsame Erarbeitung eines Notfallplans, damit der Klient im Falle einer sich ankündigenden Psychose rasch die notwendige Hilfe bekommt und schwerwiegenden Folgen vorgebeugt werden kann. Eine Form der Tagesstruktur (z.B. Arbeit in einem Beschäftigungsprojekt) könnte sich diesbezüglich positiv auf die Entwicklung des Klienten auswirken. Die dadurch entstehenden informellen und formellen Kontakte könnten das soziale Netzwerk erweitern und psychotische Phasen durch eine Früherkennung hoffentlich abfangen.

Eine Depotspritze könnte die Handhabung der Medikamenteneinnahme erleichtern. Dadurch würde eine möglicherweise notwendige engmaschige Betreuung zur Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme wegfallen.

Versorgungslandschaft/ mögliche Betreuungssettings

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es eine Reihe von Unterstützungsangeboten, die bei der Bewältigung eines möglichst selbständigen Lebens in Anspruch genommen werden können. Diesbezüglich soll hier, zusätzlich zu den bereits von den Fokusgruppenteilnehmer_innen eingebrachten Handlungsoptionen, ein Überblick über relevante Hilfsangebote in Wien gegeben werden.

Über die Behindertenhilfe des Fonds Soziales Wien (FSW) kann die Leistung „teilbetreutes Wohnen“ beantragt werden. Diese wird in der eigenen Wohnung mit mobiler Betreuung oder aber auch in Wohnungen und Wohngemeinschaften der Trägerorganisationen angeboten. Die Anmeldung für einen Betreuungsplatz erfolgt jedenfalls nach Erhalt der Förderbewilligung des FSW direkt bei den Trägereinrichtungen (vgl. FSW o.A.). Der Psychosoziale Dienst (PSD) bietet in Wien in acht sozialpsychiatrischen Ambulatorien Behandlung und Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen an. Deren Angebot umfasst auch ein therapeutisches Tageszentrum, das die Klient_innen bei der Erarbeitung einer Tagesstruktur und bei der Erlangung sozialer Fähigkeiten unterstützt. Darüber

hinaus gibt es auch einen Notdienst, der rund um die Uhr erreichbar ist und in akuten psychischen Krisen unterstützen kann (vgl. PSD o.A.)

Da Martin bisher noch bei den Eltern gelebt hat, braucht er zuerst einmal eine eigene Wohnung. Da er noch unter 30 Jahre alt ist, hat er mit einer „Jungwiener_innenvormerkung“ Anspruch auf eine Gemeindewohnung. Diese muss er bei der Wohnberatung von Wiener Wohnen beantragen. Die Wartezeit bis zum Erhalt einer Wohnung beträgt hier in der Regel jedoch mehrere Monate (Wiener Wohnen o.A.). Zur Überbrückung wäre die Beantragung eines psychosozialen Rehabilitationsaufenthaltes beim Pensionsversicherungsträger denkbar. Darüber hinaus wird es vermutlich unvermeidbar sein, dass Martin noch einige Wochen oder Monate bei seinen Eltern wohnt. Diese Zeit sollte jedoch (wie bereits in Teil II, Kapitel 2.1.3.1., Unterkapitel ‚informelle und formelle Kontakte‘ erwähnt) mit allen Beteiligten gut vorbereitet werden.

2.1.3.2. Ethische Überlegungen

Darüber hinaus sollen noch einige berufsethische Anmerkungen aus den Fokusgruppen festgehalten werden.

Ethische Grundlagen der Profession

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe riefen auf der Suche nach weiteren Handlungsoptionen zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit den Ethikkodizes der Sozialen Arbeit auf. Der Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz setzt diese Auseinandersetzung bei seinen Mitgliedern voraus: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit berufen sich in ihrer Analyse explizit auf das Wissen ihrer Profession. Sie stützen sich in ihren Handlungsentscheidungen auf deren ethische Grundlagen.“ (Avenir Social 15.1, 2010) Die Vertiefung in die ethischen Grundlagen der Profession kann ihrerseits zu mehr Klarheit bezüglich der Rolle als Sozialarbeiterin gegenüber dem Klienten führen und zusätzliche Handlungsmöglichkeiten eröffnen. Sie sollte sich bemühen einen Mittelweg zwischen empathischer Zuwendung und der Bestärkung des Klienten einerseits und notwendiger Abgrenzung und der Einforderung seiner Pflichten andererseits zu finden (vgl. Avenir Social 12.1+2, 2010). Als Sozialarbeiterin ist sie dem

Grundsatz der Selbstbestimmung verpflichtet. Dieser beinhaltet das Recht „der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen ... vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen anderer.“ (Avenir Social 8.5, 2010) Die Sozialarbeiterin ist also nicht für die Entscheidungen des Klienten verantwortlich. Sie hat jedoch ihre eigenen Handlungen gegenüber dem Klienten zu verantworten und muss diese ethisch begründen können (vgl. IFSW 5.11, 2012). *„... das ist seine Entscheidung ... wenn sie ihm vorher genau gesagt hat warum sie sich Sorgen macht und wenn sie ihre Empfehlung klar gemacht hat und er dann seine Entscheidung trifft, dann muss ich das akzeptieren. Und dann ist auch die Frage der Verantwortung für mich weg, weil dann bin ich nicht verantwortlich. Im Gegenteil, wenn ich mich dann immer noch verantwortlich fühle, dann mache ich es eigentlich falsch, weil dann nehme ich ihn in seiner Selbständigkeit nicht ernst und binde ihn an das Hilfesystem.“* (FG1b, Minute 36:30)

Die Auseinandersetzung mit den ethischen Grundlagen der Profession kann nicht nur zur Klärung der professionellen Rolle und zu neuen Handlungsoptionen führen, sondern auch als Orientierungs- und Argumentationsgrundlage für Entscheidungen herangezogen werden, beispielsweise, wenn Entscheidungen vor anderen Professionen erklärt oder gerechtfertigt werden müssen. Die ethischen Standards des österreichischen Berufsverbandes der Sozialen Arbeit weisen darauf hin, dass Entscheidungen erst „nach sorgfältiger Abwägung aller Informationen, sowie nach den Regeln der Profession und unter Berücksichtigung der Klient_innenrechte“ getroffen werden (OBDS Pkt.10, 2004). Im Schweizer Ethikkodex ist dies noch etwas konkreter ausgedrückt: „Soziale Arbeit gründet ihre fachlichen Erklärungen, Methoden und Vorgehensweisen, ihre Position im interdisziplinären Kontext und Deutung ihrer gesellschaftlichen Funktion auf ihre wissenschaftlich fundierten Grundlagen.“ (Avenir Social 5.9, 2010) Auch der internationale Ethikkodex ermutigt in diesem Sinne dazu über die ethischen Aspekte der Profession zu diskutieren und ethisch informierte Entscheidungen zu treffen (vgl. IFSW 5.10, 2012). Die Sozialarbeiterin sollte sich außerdem darüber im Klaren sein, dass sie die Möglichkeit hat, Lücken in der sozialen Angebotslandschaft ihren Vorgesetzten

bzw. den zuständigen politischen Entscheidungsträger_innen zur Kenntnis zu bringen. Der Schweizer Ethikkodex beinhaltet diesbezüglich eine klare Aufforderung an Sozialarbeiter_innen, sich für „menschen- und bedürfnisgerechte Sozialstrukturen und Solidarsysteme“ einzusetzen (Avenir Social 9.2, 2010) sowie zur Lösung sozialer Probleme beizutragen und Notlagen zu lindern (vgl. Avenir Social 5.4+5, 2010).

Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung wird sowohl im österreichischen, als auch im internationalen Berufskodex thematisiert. Der OBDS ruft dazu auf, Unterstützungsmaßnahmen auf den Ressourcen der Klient_innen aufzubauen (vgl. OBDS Pkt.3, 2004). Im Statement of Ethical Principles des IFSW heißt es genauer: „Sozialarbeiter_innen sollen ihren Blick auf die Stärken der Individuen, Gruppen und Gemeinschaften richten und so ihr Empowerment fördern.“ (IFSW 4.1.4, 2012) Der Fokus auf die Ressourcen der Klient_innen anstatt auf deren Krankheiten stellt einen Paradigmenwechsel im Krankenhauskontext dar. Er unterstreicht den Wert und die innewohnende Würde der Menschen. Wenn die Sozialarbeiterin eine solche Haltung authentisch einnehmen kann, kann sie den Klienten auch unterstützen, zu einer positiveren Selbstwahrnehmung zu gelangen.

Klient_innenzentrierung und Verantwortung der Sozialarbeiterin

Auch im Schweizer Berufskodex wird mit der Verpflichtung zur Unterstützung von Veränderungen, die die Unabhängigkeit der Klient_innen fördert, indirekt zur Besinnung auf die Fähigkeiten der Klient_innen aufgefordert (vgl. Avenir Social 5.7, 2010). Ein_Eine Fokusgruppenteilnehmer_in brachte in die Diskussion ein, dass es diesbezüglich für die Sozialarbeiterin auch hilfreich sein kann, sich bewusst zu machen, dass sie nur für eine sehr kurze Zeitspanne in das Leben von Martin involviert ist und ihn unterstützen kann. Er ist bereits vor ihrem Einschreiten mit Problemen fertig geworden und wird auch danach damit zurechtkommen (müssen). „Die Professionellen der Sozialen Arbeit klären die Menschen, die sich auf sie verlassen, über die Ursachen und strukturellen Probleme auf, die für ihre zu sozialem Ausschluss führende Situation verantwortlich sind. Sie motivieren sie,

von ihren Rechten, Fähigkeiten und Ressourcen Gebrauch zu machen, damit sie selbst auf ihre Lebensbedingungen Einfluss nehmen können.“ (Avenir Social 10.2, 2010) Damit wird auch klar, dass der Klient selbst die Verantwortung für sein Leben trägt und dieses selbst beeinflussen kann. Er hat das Recht, selbst über sein Leben zu bestimmen (siehe Grundsatz der Selbstbestimmung in Avenir Social 8.5, 2010 wie bereits in Teil II, Kapitel 2.1.3.2., Unterkapitel ‚ethische Grundlagen der Profession‘ angeführt). Es ist nicht Aufgabe der Sozialarbeiterin zu entscheiden, was ihrer Einschätzung nach „das Beste“ für den Klienten darstellt. Diese Vorgehensweise würde zu einer Entmündigung und Entwürdigung des Klienten führen. Ihre Aufgabe ist es, eine Begleitung anzubieten, die es dem Klienten seine eigenen Lösungsmöglichkeiten und Handlungsmöglichkeiten zu erschließen. Die Sozialarbeiterin ist also nicht für ihren Klienten oder dessen Entscheidungen, sondern lediglich für ihre Handlungen gegenüber ihrem Klienten verantwortlich. Der IFSW benennt dies folgendermaßen: „Sozialarbeiter_innen müssen anerkennen, dass sie verantwortlich sind für ihre Handlungen gegenüber den Menschen, die ihre Dienstleistung nutzen, den Personen mit denen sie arbeiten, ihren Kolleg_innen, ihren Arbeitgeber_innen, ihrem Berufsverband und dem Gesetz und dass diese Verantwortlichkeiten sich widersprechen können.“ (IFSW 5.8, 2012) Diese sich widersprechenden Verantwortlichkeiten spiegeln sich im Dreifachmandat der Sozialen Arbeit wider, das bereits in Teil II, Kapitel 2.5. näher thematisiert wurde (siehe Avenir Social 5.10, 2010).

Kollegiale und interprofessionelle Zusammenarbeit

Der kollegialen und interprofessionellen Zusammenarbeit wird von berufsethischer Seite ein großer Stellenwert beigemessen. Während der Schweizer Ethikkodex zum kontinuierlichen fachlichen Diskurs, zur systematischen, kollegialen Kontrolle und kritischen Auseinandersetzung mit Fehlern unter Sozialarbeiter_innen aufruft (vgl. Avenir Social 15.2, 2010), empfiehlt der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit kollegiale Beratungen vor allem bei Konflikten oder Dilemmasituationen (vgl. DBSH 4.2.4.5, 2014). Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Professionen fordert der DBSH zu einer selbstbewussten Vertretung der sozialarbeiterischen Expertise gegenüber anderen Professionen, aber auch zu einer wertschätzenden

Anerkennung derselben auf (vgl. DBSH 4.2.5.2, 2014). Die Schweizer Kolleg_innen erachten interdisziplinäre Kooperation besonders bei der Bearbeitung von komplexen Fällen als wichtig und „setzen sich dafür ein, dass Situationen möglichst umfassend und transdisziplinär in ihren Wechselwirkungen analysiert, bewertet und bearbeitet werden können.“ (Avenir Social 16.1, 2010) Dies erscheint vor allem im Kontext des Krankenhauses, wo viele Professionen aufeinandertreffen, um die bestmögliche Behandlung für Betroffene zu ermöglichen, höchst relevant. Die Arbeitsweise auf der psychiatrischen Abteilung ermöglicht es der Sozialarbeiterin (glücklicherweise) ihre Lösungsideen mit dem Betreuungsteam zu besprechen und deren Sichtweisen in die Hilfeplanung einzubeziehen. Sie hat auch die Möglichkeit, den Fall mit ihren Sozialarbeitskolleg_innen von anderen Abteilungen zu besprechen.

2.1.4. Aufzählung der Handlungsoptionen

- Beratung über vorhandene Betreuungsangebote und Wohnformen, eventuell auch mithilfe von Besichtigungen
- Erhebung und Bearbeitung der Wünsche und Vorstellungen des Klienten bezüglich eines selbständigen Lebens
- Einbeziehung seiner Vorstellungen in die Hilfeplanung
- Identifizierung möglicher Problemlagen, die den Klienten in der Bewältigung seines Alltags einschränken könnten
- Erhebung von Fähigkeiten und Ressourcen, die die selbständige Lebensführung unterstützen könnten
- Zielplanung
- Erhebung und Einbeziehung des sozialen Umfelds des Klienten
- Organisation eines Familienrats
- Organisation eines Peerberaters
- Fallbesprechungen mit (Sozialarbeits-)Kolleg_innen im Krankenhaus
- Vernetzung mit professionellen Helfer_innen außerhalb des Krankenhauses
- Organisation einer Nachbetreuung für die Zeit nach der Entlassung

- Offenes Ansprechen der eigenen Bedenken gegenüber dem Klienten im Sinne eines transparenten Unterstützungsprozesses
- Erarbeitung eines Notfallplans
- Organisation einer Tagesstruktur
- Anregung einer Medikationsumstellung von Tabletten auf eine Depotspritze
- Beantragung einer Förderung für teilbetreutes Wohnen
- Kontaktaufnahme und längerfristige Einbindung des PSD
- Anmeldung für eine Gemeindewohnung
- Beantragung einer psychosozialen Rehabilitation
- Auseinandersetzung mit den ethischen Grundlagen der Profession

2.2. Alkohol bis zum Schluss (*Damaris Janschek*)

2.2.1. Falldarstellung

2.2.1.1. Rahmenbedingungen

Dieser Fall ist wie der vorangegangene Fall im Kontext eines psychiatrischen Krankenhauses (siehe Teil III, Kapitel 2.1.1.1.) verortet.

2.2.1.2. Fallbeschreibung

Klaus ist 43 Jahre alt. Er hat keine Angehörigen und lebt alleine in einer kleinen Gemeindewohnung. In den letzten Jahren lebte er von diversen Gelegenheitsjobs. Seit einigen Monaten bezieht er jedoch die bedarfsorientierte Mindestsicherung, die die Sozialarbeiterin beim letzten Krankenhausaufenthalt mit ihm beantragt hat. Klaus ist seit dem frühen Erwachsenenalter alkoholabhängig. Er hat bereits mehrere Entzugsversuche und diesbezügliche Therapien begonnen, jedoch immer wieder abgebrochen. Hinzu kommen immer wieder auftretende depressive Verstimmungen, dazu liegt bisher jedoch keine Diagnose vor. Aufgrund des jahrzehntelangen intensiven Alkoholmissbrauchs machen sich inzwischen massive körperliche Abbauerscheinungen bemerkbar.

Dieses Mal wurde Klaus von einem anderen Krankenhaus, wo er aufgrund seiner schlechten Leberwerte und anderer organischer Probleme behandelt wurde, zur weiteren Abklärung und Behandlung auf die Psychiatrie überwiesen. Er war zu

diesem Zeitpunkt mit der Aufnahme einverstanden. Bei der Besprechung des Behandlungsplans wird vereinbart, dass die Sozialarbeiterin Klaus bezüglich einer Entzugstherapie beraten soll. Sollte Klaus weiterhin Alkohol in solchen Ausmaßen konsumieren, würde dies weitreichende gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen und höchstwahrscheinlich in absehbarer Zeit zum Tod führen. Bei ihrem ersten Gespräch mit Klaus erfährt sie von ihm, dass er kürzlich seine Wohnung verloren hat, da er die Miete nicht mehr bezahlt habe. Danach habe er einige Zeit bei einem Bekannten übernachtet, der ihn aber schlussendlich auch hinausgeworfen habe. Zuletzt habe er in einer Notschlafstelle geschlafen.

Die Sozialarbeiterin bietet bezüglich der Wohnmöglichkeit ihre Unterstützung an, thematisiert aber auch vorrangig den dringend notwendigen Entzug zur Stabilisierung seines Gesundheitszustandes. Der Klient ist über das Hilfsangebot bezüglich eines Wohnplatzes erfreut, lehnt einen neuerlichen Entzug jedoch ab. Er argumentiert, dass es bei den vorangegangenen Versuchen nicht funktioniert und er wenig Interesse daran habe, dem Alkohol abzuschwören. Er habe kein Interesse an weiteren Behandlungen. Auf die Frage, wie er sich seine Zukunft vorstellt, antwortet Klaus, dass er vorhabe, sich weiter zu betrinken, bis er irgendwann einschlafe und nicht mehr aufwache.

2.2.1.3. Dilemmabeschreibung

Die Sozialarbeiterin kann mit dieser Aussage ihres Klienten nur schwer umgehen. Seine Ablehnung gegenüber weiteren Behandlungen und einer Entzugstherapie sowie sein Bekenntnis dazu, seinen Alkoholkonsum fortzusetzen bis er an den Folgen stirbt, stehen in klarem Widerspruch zu ihrem professionellen Auftrag und dem Auftrag des Krankenhauses, sowie ihren persönlichen und beruflichen Werten und Vorstellungen. Eine Behandlung gegen Klaus' Willen wäre unter bestimmten Voraussetzungen zwar für einen begrenzten Zeitraum möglich, wäre aber vermutlich wenig sinnvoll und widerspricht seinem Recht auf Selbstbestimmung. Das Dilemma lautet zusammengefasst:

- Die Ablehnung der Entzugstherapie durch den Klienten versus den Auftrag der Sozialarbeiterin

2.2.2. Fallkommentierung

2.2.2.1. Berufsethische Aspekte

Die ethischen Standards des Österreichischen Berufsverbandes der Sozialen Arbeit (OBDS) besagen, dass Sozialarbeiter_innen den Menschenrechten verpflichtet sind, mit den Zielen der Klient_innen arbeiten, deren Selbstbestimmung respektieren und sie über mögliche Folgen von Entscheidungen informieren und beraten müssen (vgl. OBDS Pkt.1+3, 2004). Der IFSW spricht in seinen ethischen Grundlagen sogar davon, dass Sozialarbeiter_innen das Selbstbestimmungsrecht von Personen nicht nur respektieren, sondern auch fördern sollen, unabhängig von deren Werten und Entscheidungen, solange diese nicht die Rechte von anderen einengen (vgl. IFSW 4.1.1, 2012).

2.2.2.2. Rechtliche Aspekte

Menschenrechtliche Aspekte

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)

Chronische Alkoholabhängigkeit ist eine, im medizinischen Klassifikationssystem ICD-10 in der Gruppe der „psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ unter der Kennzahl F10.2 eingeordnete Erkrankung. Eine Alkoholerkrankung kann somit als psychische Erkrankung gewertet werden (vgl. ICD-10 2016) und der Klient fällt in den Schutzbereich der BRK, die in Teil II, Kapitel 3.4. bereits erläutert wurde. Exemplarisch soll hier Art 26 BRK (Habilitation und Rehabilitation) hervorgehoben werden. Dieser beinhaltet die Verpflichtung der Vertragsstaaten für Menschen mit Behinderungen „ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe ... zu erreichen und zu bewahren.“ (BGBl. III Nr. 155/2008) Klaus hat demnach das Recht auf die bestmögliche Förderung seiner Gesundheit. Diesem Recht steht jedoch auch Art 3a BRK, das Recht auf Autonomie und das Treffen eigener Entscheidungen gegenüber. Wie im vorigen Fall (Teil III, Kapitel 2.1.2.1.) angeführt, unterstützt auch der IFSW die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen (vgl. IFSW 2012).

Anmerkung zum Art 2 EMRK: Recht auf Leben

Die EMRK (BGBl. Nr. 210/1958) beschreibt das Recht auf Leben und verpflichtet die Staaten dieses Recht zu schützen. Dieses Recht auf Leben beinhaltet jedoch nicht das Recht zu Sterben, wie durch die in Teil II, Kapitel 3.3. erwähnte Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte in der Beschwerdesache Pretty gegen das Vereinigte Königreich über die Nichtzuerkennung des Rechts, das Leben trotz schwerer unheilbarer Krankheit zu beenden, deutlich wurde. Die betreuenden Berufsgruppen und Organisationen haben demnach die Pflicht Leben zu schützen.

Nationaler gesetzlicher Rahmen

Unterbringungsgesetz

Auch das Unterbringungsgesetz (UbG) wurde in Teil II, Kapitel 3.3. bereits vorgestellt. Dennoch lohnt sich im aktuellen Fall ein neuerlicher Verweis. Da weder eine Diagnose über eine psychische Erkrankung, noch eine akute unmittelbare Gefährdung vorliegen, kann Klaus derzeit trotz seiner Alkoholerkrankung nicht im Sinne des UbG festgehalten werden oder zu einer Entzugsbehandlung oder Therapie gezwungen werden. Er kann sich frei entscheiden, ob er eine solche Behandlung machen möchte bzw. kann er das Krankenhaus auch jederzeit verlassen.

Patientencharta

Klaus ist derzeit freiwillig in Behandlung auf der psychiatrischen Abteilung. Er genießt damit alle Rechte, die in der Patientencharta, einer Vereinbarung nach Art 15a des Bundesverfassungsgesetzes, die die Rechte von Patient_innen sicherstellen soll (BGBl. I Nr. 42/2006) beinhaltet sind. Darin ist unter Art 2 auch festgehalten, dass die Persönlichkeitsrechte der Patient_innen besonders schützenswert sind und ihre Menschenwürde zu wahren ist. Auch das Recht auf Selbstbestimmung ist darin enthalten. In Art 17(1) heißt es: „Patienten und Patientinnen dürfen nur mit ihrer Zustimmung behandelt werden.“ (BGBl. I Nr. 42/2006)

2.2.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen

2.2.3.1. Handlungsoptionen

Beratung und interprofessionelle Koordination im stationären Kontext

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe waren sich einig, dass die Sozialarbeiterin den Klienten über die zur Verfügung stehenden Angebote informieren und beraten muss. Dabei muss sie die Möglichkeiten und Grenzen ihres Arbeitsbereichs bedenken und den Klienten auch darüber informieren, welche Interventionen noch während des Krankenhausaufenthalts gesetzt werden können und was in diesem Setting nicht mehr möglich ist und eventuell einer Nachbetreuung überlassen werden muss. *„Also ich seh das in dem Kontext sehr, sehr schwierig, weil man muss ja auch realistisch bleiben. Das ist ganz etwas Anderes wie mit ..., wo ich viel länger an dem dran sein kann als da [Anm. im Krankenhaus] ... da ist die Zuständigkeit begrenzt und da kann ich auch nicht dauernd so viele Gespräche führen, wie wenn ich da jetzt [der_die Betreuer_in] bin. Da bin ich letztlich in einer mehr oder minder beratenden Funktion drinnen...“* (FG3, Minute 12:55)

Darüber hinaus muss die Sozialarbeiterin über passende Unterstützungsangebote Bescheid wissen bzw. sich genau über vorhandene Einrichtungen erkundigen und den Klienten darüber beraten bzw. mögliche Folgen von Handlungsoptionen aufzeigen. Bei Bedarf sollte sie ihn auch bei der Überleitung zu einem anderen Beratungsangebot unterstützen. Der OBDS fasst diese Aufgaben von Sozialarbeiter_innen folgendermaßen zusammen: *„Sozialarbeiter_innen informieren ihre Klient_innen über Art, Umfang, Möglichkeiten und Konsequenzen, sowie absehbare unerwünschte Folgen der ins Auge gefassten Hilfeleistungen. Während des Beratungsprozesses geben sie über mögliche Alternativen Auskunft.“* (OBDS Pkt.4, 2004)

Gerade im Krankenhaussetting, wo viele Professionen in den Behandlungs- und Betreuungsprozess eingebunden sind, ist die Koordination mit den anderen involvierten Berufsgruppen wesentlich und deren Einschätzungen sind in die Fallplanung einzubeziehen. Wie bereits erwähnt, ist in diesem Setting die Betreuungsdauer sehr begrenzt und von der Sozialarbeiterin nur bedingt beeinflussbar. Dementsprechend ist die Zusammenarbeit mit und Übergabe an

extramurale Einrichtungen besonders wichtig. Die Sozialarbeiterin muss sich also mit anderen Professionellen außerhalb des Krankenhauses vernetzen, um eine Weiterbetreuung nach der Entlassung sicherzustellen. Diese interprofessionelle Zusammenarbeit ist auch in den Ethikkodizes prominent vertreten (siehe OBDS Pkt.11, 2004, DBSH 4.2.5.2, 2014 und Avenir Social 16.1+16.2, 2010). Sie kann beispielsweise mit den Betreuer_innen des Übergangswohnheims Kontakt aufnehmen und bei Entlassung einen Sozialbericht mitgeben.

Zielplanung und Erarbeitung von Perspektiven

Die Fokusgruppenteilnehmer_innen waren sich darin einig, dass die Ziele des Klienten handlungsleitend sein sollten. Der Klient hat ein Recht auf seinen Lebensentwurf und die Sozialarbeiterin hat seine Entscheidungen zu akzeptieren, solange er sich oder andere dadurch nicht gefährdet. Die Sozialarbeiterin sollte sich mit dem Klienten zu Beginn vor allem darauf konzentrieren, zu hinterfragen ob und wenn ja welches Problem der Klient hat. Wenn er seinen Alkoholkonsum als Problem definiert und Handlungsbedarf sieht, kann die Sozialarbeiterin mit ihm eine konkrete Zielformulierung erarbeiten. Dabei sollte sich die Sozialarbeiterin auch über ihren Auftrag klar sein. *„Wenn er es [Anm. den Alkoholkonsum] als Problem definiert, dann ist es ein Handlungsansatz und das Ziel muss ja nicht unbedingt ein Entzug sein.“* (FG3, Minute 18:00)

Diese Haltung entspricht klar dem Grundsatz der Selbstbestimmung, der für die Sozialarbeit elementar ist (siehe IFSW 4.1.1, 2012 sowie Avenir Social 8.5, 2010). Neben der Fokussierung auf die Ziele des Klienten, sollte sich die Sozialarbeiterin vor allem darauf konzentrieren, Perspektiven, wie es generell nach dem Krankenhausaufenthalt weitergehen könnte und mögliche Gründe weniger Alkohol zu trinken mit ihm zu erarbeiten. Dadurch könnte auch die Motivation des Klienten für eine Weiterbetreuung und folglich eine Stabilisierung oder sogar Verbesserung seines Zustands erreicht werden. Eine Perspektive könnte z.B. darin bestehen, einen Plan für die Wiedereingliederung des Klienten in das Berufsleben zu erstellen. Die Aussicht auf einen Job würde möglicherweise seine Motivation für

einen Alkoholentzug erhöhen. Der Wille zur Veränderung muss schlussendlich jedoch vom Klienten selbst kommen.

Bei diesem Prozess sollte sie mit den Wünschen und Aussagen des Klienten (auch hinsichtlich seines Vorhabens weiter Alkohol zu konsumieren) respektvoll umgehen und diese ernst nehmen. Sie muss seine Ansichten aber nicht teilen, sondern kann ihre Sichtweise ansprechen und dadurch signalisieren, dass es ihr nicht egal ist, wie es mit dem Klienten weitergeht, auch wenn er keine Perspektiven mehr sieht. *„Für mich schließt das eine das andere nicht aus. Ich kann das ja wahrnehmen oder würdigen, dass er das möchte und auch wenn ich es jetzt selber nicht ok finde, dann kann ich ja wieder weiter schauen. Weil nur weil ich den Wunsch jetzt akzeptiere momentan, heißt das nicht, dass mir das alles wurscht ist und ich nichts mehr weiter mach... Also, wenn ich in der Situation vom Klaus wäre, glaube ich, würde ich mich freuen, wenn wer meine Lebensvorstellung ernst nimmt und mit mir drüber redet ... auch wenn es von der Gesellschaft noch so abgelehnt wird.“* (FG3, Minute 43:40)

Im Ethikkodex des deutschen Berufsverbandes wird diesbezüglich ebenfalls dazu aufgerufen, die Lebenssituation und Privatsphäre der Menschen zu respektieren und deren individuellen Ziele zu achten und zu fördern (vgl. DBSH 3.1, 2014).

Als weitere Handlungsoption hat ein_eine Fokusgruppenteilnehmer_in vorgeschlagen, mit dem Klienten darüber zu sprechen, was Gründe für seinen Alkoholkonsum sind, warum er ursprünglich zu trinken begonnen hat, wann er mehr oder weniger trinkt. Daraus könnten sich alternative Handlungsoptionen ergeben. Der Klient könnte z.B. andere Verhaltensweise erlernen, die den Alkoholkonsum in gewissen Situationen ersetzen. Diese intensive Auseinandersetzung wird vermutlich nicht während des Krankenhausaufenthalts stattfinden können, aber es könnte vielleicht eine erste Auseinandersetzung in Vorbereitung auf eine allfällige Weiterbetreuung stattfinden.

Die Sozialarbeiterin sollte laut den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe jedenfalls die bisherigen Lösungsversuche des Klienten wertschätzen und abklären, was ihn zu diesen Versuchen motiviert hat bzw. was Gründe für die Abbrüche waren und wie man dies in Zukunft verhindern könnte. Diese professionelle Neugierde über

die Geschichte des Klienten kann für die Sozialarbeiterin hilfreich sein um sich in dessen Sichtweise hineinzusetzen und ihre eigenen persönlichen Vorstellungen und Ziele für die weitere Fallbearbeitung abzuschütteln (siehe auch Haltung des „Nichts-Wissens“ DBSH 3.3.2, 2014). Neben dem empathischen Einlassen auf die Klientenperspektive, muss sie jedoch auch darauf achten sich ausreichend abzugrenzen (siehe Avenir Social 12.1, 2010). Ganz generell sollte die Sozialarbeiterin versuchen, den Klienten zu aktivieren und ihn im Sinne der Beteiligung darin bestärken, Entscheidungen für sein Leben zu treffen und es dadurch positiv zu beeinflussen (siehe auch IFSW 4.1.2, 2012).

Weitere Handlungsoptionen

Hinsichtlich der Ablehnung des Klienten in Bezug auf einen Entzug und seines angedeuteten Sterbewunsches könnte es sich laut einem_einer Fokusgruppenteilnehmer_in als hilfreich erweisen den Klienten (vielleicht mithilfe eines Arztes) über den weiteren Verlauf seiner Erkrankung(en) zu informieren und ihm die Konsequenzen seines Alkoholkonsums aufzuzeigen. Die Aussicht auf die Verschlechterung seines Zustands, auf mögliche Schmerzen und Leiden, bevor er stirbt, könnte die Einstellung des Klienten bezüglich seiner Aussagen vielleicht ändern. Die Methode der paradoxen Intervention oder eine konfrontative Gesprächsführung („sie stehlen eigentlich meine Zeit“) wären unkonventionelle Herangehensweisen in dieser Situation.

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe empfehlen der Sozialarbeiterin auch, sich einen Überblick über das soziale Netzwerk von Klaus zu verschaffen und dieses wenn möglich einbeziehen. Die Anbindung des Klienten an eine Selbsthilfegruppe könnte sein soziales Netzwerk erweitern und es wäre auch denkbar, dass die Sozialarbeiterin ihn zum ersten Treffen begleitet.

Unterstützungslandschaft

Ergänzend zu den Handlungsoptionen der Fokusgruppenteilnehmer_innen soll hier noch ein Überblick über relevante Hilfsangebote in Wien gegeben werden. In Bezug auf die Wohnungslosigkeit gäbe es Möglichkeiten, einen Wohnplatz für Klaus zu organisieren. Durch eine Antragstellung beim Beratungszentrum

Wohnungslosenhilfe des Fonds Soziales Wien (BzWO) könnte sein Anspruch auf einen entsprechenden Wohnplatz in einem Übergangswohnhaus für wohnungslose Menschen geprüft werden und ein ebensolcher Platz für ihn reserviert werden. Das langfristige Ziel bei einer Betreuung durch die Wohnungslosenhilfe wäre jedoch, dass Klaus wieder eine eigene Wohnung findet. Dabei erhält er auch Unterstützung von den zuständigen Betreuer_innen und Sozialarbeiter_innen (vgl. FSW o.A.). Die Sozialarbeiterin des Krankenhauses könnte diesen Prozess einleiten und unterstützen, indem sie einen Termin für ein Erstgespräch für den Patienten vereinbart und ihn möglicherweise sogar dorthin begleitet. Falls Klaus dieses Angebot ablehnt oder ein entsprechender Wohnplatz nicht zeitgerecht zur Entlassung aus dem Krankenhaus verfügbar wäre, könnte Klaus zumindest einen Nächtigerschein für ein Notquartier bei der Beratungsstelle P7 bekommen. Dieses Angebot hat er bereits vor seinem Krankenhausaufenthalt genutzt.

Sollte Klaus sich doch zu einem Entzug und anschließender Therapie entschließen, gäbe es eine Reihe von Möglichkeiten. Das Anton Proksch Institut (API) bietet beispielsweise ein Entwöhnungs- und Therapieprogramm an. Dazu ist es notwendig einen Termin im Ambulatorium Wiedner Hauptstraße zu vereinbaren, was die Sozialarbeiterin übernehmen könnte. Dabei findet eine erste Abklärung und Therapieplanung statt. Der erste Schritt ist zumeist eine stationäre Therapie. „Am Beginn des stationären Aufenthaltes stehen die körperliche Stabilisierung, die Diagnose und Behandlung möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen und die Behandlung eventuell auftretender Entzugserscheinungen im Vordergrund.“ (API 2015). Das Programm wird erweitert durch Gesprächstherapien in Einzel- und Gruppensettings zur Bearbeitung krankheitsrelevanter Faktoren, Unterstützung durch Sozialarbeiter_innen bei bio-psycho-sozialen Problemen, Unterstützungsangebote zur Arbeitssuche, bewegungstherapeutische und sportliche Angebote und weitere Angebote für eine aktive Freizeitgestaltung. Im Anschluss an die stationäre Therapie folgt noch eine ambulante Nachbetreuung zur größtmöglichen Stabilisierung der neuen Lebenssituation. „Im Rahmen dieser Behandlungsphase werden die positiven Veränderungsprozesse weiter begleitet und unterstützt, aber auch Abstinenzkrisen und Rückfälle behandelt.“ (API 2015). Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch eine ambulante Entzugstherapie

möglich. Die Kosten für die Therapie übernimmt die zuständige Krankenkassa oder der Sozialhilfeträger.

Psychiatrische Krankenhäuser, wie zum Beispiel das Otto Wagner Spital (OWS) bieten ebenfalls ambulante, tagesklinische und stationäre Entzugstherapien an (vgl. OWS 2015).

Theoretisch möglicher Fallausgang

Die Sozialarbeiterin versucht im Rahmen mehrerer Gespräche mit Klaus seine Motive für die Ablehnung einer Entzugstherapie zu ergründen. Er ändert seine Meinung jedoch nicht, sondern macht immer wieder Andeutungen, dass er keinen Sinn mehr im Leben sehe oder dass er nicht sicher sei, wie lange er das Leben noch ertragen wolle. Der konkreten Frage ob er tatsächlich überlege, sich das Leben zu nehmen, weicht er jedoch eher aus. Klaus ist bereit, ihre Unterstützung bezüglich der Organisation eines Wohnplatzes anzunehmen, woraufhin sie einen Termin beim Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe vereinbart und ihn dorthin auch begleitet. Bei den Besprechungen im multiprofessionellen Team wird der Fall mehrmals umfassend diskutiert. Die Sozialarbeiterin schildert ihren Eindruck, dass Klaus möglicherweise überlege, sich das Leben zu nehmen und diesbezügliche Andeutungen gemacht hat. Die Psychologin teilt ihre Einschätzung, was der Sozialarbeiterin Rückhalt gibt. Der Psychiater gibt jedoch an, keine Depression bei ihm feststellen zu können. Eine Grundlage für eine Unterbringung ist somit nicht vorhanden, weswegen nach einiger Zeit auch beschlossen wird, Klaus entsprechend seinem Wunsch zu entlassen. Es solle nur noch abgewartet werden, bis ein Wohnplatz für Klaus gefunden sei. Der Patient ist mangels Alternativen damit einverstanden, noch im Krankenhaus auf den freien Wohnplatz zu warten. Auch in der Supervision mit ihren Sozialarbeitskolleg_innen von anderen Abteilungen bespricht sie den Fall. Sie fühlt sich in gewisser Weise für das Wohlergehen ihres Klienten verantwortlich und befürchtet, dass er sich ohne weitere psychosoziale Betreuung womöglich tatsächlich das Leben nehmen könnte. Die Kolleg_innen versuchen sie zu entlasten und weisen darauf hin, dass dies nicht in ihrer Verantwortung liege. Wenige Tage später erhält die Sozialarbeiterin einen Anruf, dass nun ein Wohnplatz frei sei und sie vereinbart

sogleich einen Aufnahmetermin. Im Rahmen des Fallabschlusses schreibt die Sozialarbeiterin noch einen ausführlichen Bericht an die zuständige Sozialarbeiterin der Wohneinrichtung, in dem sie den bisherigen Fallverlauf und ihre Eindrücke schildert. Sie empfiehlt außerdem, das Thema Entzug immer wieder mit Klaus zu thematisieren und falls er es zulässt auch eine psychosoziale Betreuung für ihn zu organisieren. Dieser Abschlussbericht gibt ihr das Gefühl, alles in ihrer Macht Stehende unternommen zu haben, damit Klaus auch in Zukunft gut weiterbetreut werden kann.

2.2.3.2. Ethische Überlegungen

Auftrag und Verantwortung der Sozialarbeiterin

Wie in Teil II, Kapitel 2.3.1. bereits dargelegt wurde, ist für die Sozialarbeit das Prinzip der Selbstbestimmung grundlegend. Dieses Recht eines jeden Menschen, über sein_ihr Leben selbst entscheiden zu können, endet erst, wenn dadurch die Person selbst oder andere zu Schaden kommen. Ein_Eine Fokusgruppenteilnehmer_in formuliert dies folgendermaßen: *„Der Ethik, der sind ja auch Grenzen auferlegt, insofern, wenn jetzt jemand ins selbstzerstörerische geht oder fremdgefährdend sozusagen ist, kann ich ja diese Person nicht im Selbstbestimmungsrecht noch fördern, irgendwo hört es sich dann auf, wenn es in Richtung Delinquenz zum Beispiel geht...“* (FG3, Minute 33:20)

Da in diesem Fall aber keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, hat die Sozialarbeiterin nur mit dem Einverständnis des Klienten einen Arbeitsauftrag. Sie ist für ihre Handlungen gegenüber dem Klienten verantwortlich und muss fachlich und ethisch argumentieren können, warum sie etwas (nicht) getan hat (siehe auch IFSW 5.8, 2012).

Sozialarbeit basiert als Menschenrechtsprofession auch auf dem Wert und der Würde jedes einzelnen Menschen – das Leben wird als wertvoll und schützenswert erachtet. Sie setzt sich für die Linderung sozialer Notlagen ein und betreut Menschen um deren Lebenssituation und Entwicklung positiv zu beeinflussen. Da der Klient außer der Organisation eines Wohnplatzes keine Unterstützung zur Stabilisierung seines Gesundheitszustandes annehmen möchte, sieht die

Sozialarbeiterin ihre Aufgabe möglicherweise nicht erfüllt. Ohne akute Selbst-/Fremdgefährdung und ohne Einverständnis des Klienten hat sie hier jedoch keinen Auftrag für weitere Interventionen. Die Organisation eines Wohnplatzes könnte jedoch den Beginn einer längerfristigen Betreuung bedeuten, die möglicherweise dazu führt, dass der Klient in Zukunft weitere Angebote annimmt. *„Wenn man ihm zumindest zu einer Wohnung verhelfen kann und das angenommen wird und das entsprechend dann auch weiterleitet, ist zumindest einmal ein Schritt getan...“* (FG3, Minute 13:45)

2.2.4. Aufzählung der Handlungsoptionen

- Information und Beratung über vorhandene Unterstützungsangebote und –möglichkeiten und deren Folgen unter Berücksichtigung des Krankenhaussettings
- Fallbesprechung und Koordination mit anderen involvierten Professionen innerhalb des Krankenhauses
- Vernetzung mit Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses zur Organisation einer extramuralen Nachbetreuung für die Zeit nach der Entlassung
- Fallübergabe an die weiterbetreuende Einrichtung mittels Sozialbericht über bereits erfolgte Interventionen
- Erhebung der Gründe für die Ablehnung einer Entzugstherapie
- Ziele, Wünsche und Zukunftsvorstellungen, sowie die Problemdefinition des Klienten hinterfragen
- Gemeinsames Erarbeiten von Perspektiven
- Gründe für Alkoholkonsum und Trinkverhalten analysieren
- Aktivierung und Motivation des Klienten, eine Entscheidung für sein Leben zu treffen
- Information des Klienten über den zu erwartenden Verlauf seiner Erkrankungen
- Anwendung paradoxer Interventionen
- Erhebung und Einbeziehung eines etwaigen sozialen Umfelds des Klienten
- Herstellung eines Kontakts zu einer Selbsthilfegruppe zur Erweiterung des sozialen Netzwerks des Klienten

- Beantragung eines Wohnplatzes bei der Wohnungslosenhilfe des Fonds Soziales Wien
- Anmeldung für eine stationäre oder ambulante Entzugstherapie, falls der Klient zustimmt
- Inanspruchnahme von Supervision und Intervention

2.3. Den Winter überleben (*Dunja Gharwal*)

2.3.1. Falldarstellung

2.3.1.1. Rahmenbedingungen

Im Rahmen von Streetwork sind Sozialarbeiter_innen in Wien im öffentlichen Raum präsent, um obdachlose Menschen an öffentlichen Plätzen aufzusuchen und ihnen Hilfe anzubieten. Die im gegenständlichen Fall vorgestellte Einrichtung unterhält ein Betreuungszentrum mit Nächtigungsmöglichkeiten für etwa 80 Personen und bietet aufsuchende Straßensozialarbeit an. Dreimal pro Woche in der warmen Jahreszeit und von November bis Ende April sieben Tage pro Woche sind die Sozialarbeiter_innen des Betreuungszentrums abwechselnd tagsüber oder nachts in ganz Wien tätig. Aufgesucht werden WC-Anlagen, Parks, Brücken und Bahnhöfe, wo sie mit obdachlose Menschen in Kontakt treten. In Beratungsgesprächen informieren sie über Betreuungsangebote, offerieren individuelle Hilfe und Beratung, verteilen Schlafsäcke und warme Bekleidung oder begleiten wohnungslose Menschen in ein Notquartier.

Da von Obdachlosigkeit betroffene Menschen immer öfter von öffentlichen und /oder privaten Plätzen wie etwa den Bahnhöfen vertrieben werden, gestaltet sich die aufsuchende Arbeit der Sozialarbeiter_innen zunehmend schwieriger. Streetworker_innen holen die Klient_innen „dort ab, wo sie sind“, daher sind Informationen, wo sich Obdachlose aufhalten, hilfreich und wichtig. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wird die Kooperation der Bevölkerung gesucht. Weitere Anhaltspunkte bieten die jeweiligen Communities von verschiedenen Obdachlosengruppen. Regelmäßige Besuche dieser Communities sichern bei beispielsweise gesundheitlicher Verschlechterung eines Obdachlosen den Informationsfluss und ermöglichen Hilfestellung. Grundvoraussetzung für die

Zusammenarbeit mit den Betroffenen ist Vertrauen. Dieses kann nur durch die Akzeptanz der Lebenssituation der Betroffenen durch die Streetworker_innen gewonnen werden.

2.3.1.2. Fallbeschreibung

Paolo lebt seit unbestimmter Zeit in Wien. Er ist italienischer Staatsbürger, 55 Jahre alt und wohnungslos. In der Community der Obdachlosen in einem Wiener Gemeindebezirk ist er gut eingebunden und wird von den Streetworker_innen seit vielen Jahren betreut, bis er über eine Treppe stürzt und sich schwere Kopfverletzungen zufügt. Er verbringt mehrere Wochen auf der Intensivstation und wird mangels Versicherung ohne Rehabilitationsmaßnahmen auf die Straße entlassen. Als er von den Streetworker_innen wieder angetroffen wird, fallen diesen erhebliche Veränderung seiner Persönlichkeit, sowie starke Spasmen an den linken Extremitäten auf. Paolo kann weder Harn- noch Stuhldrang kontrollieren und ist stark verunreinigt. Er ist in seiner Kommunikation eingeschränkt und lehnt jede Unterstützung ab. Seine sozialen Kontakte hat er eingestellt. Er lebt nun alleine auf der Straße.

Als der Winter kommt, wird klar, dass Paolo unbedingt einen gesicherten Schlafplatz braucht, da er sonst in den kalten Nächten erfrieren würde. Aufgrund seiner starken Verunreinigung und Geruchsintensität lehnen alle Einrichtungen eine Unterbringung auch für einzelne Nächte ab. Eine regelmäßige unterstützte Körperpflege kann in Kooperation mit einem Frauenkloster organisiert werden. Er nimmt diese Unterstützung gut an. Für die Sozialarbeiter_innen bedeutet dies gleichzeitig einen hohen organisatorischen Aufwand, da die „Badezeiten“ limitiert und nur an zwei Tagen pro Woche möglich sind. Sie müssen Paolo rechtzeitig auf der Straße finden, um ihn ins Kloster zu begleiten. Jedoch wird seitens der Ordensfrauen nach kurzer Zeit das Angebot der unterstützten Körperpflege wieder zurückgenommen, da Paolo während der Körperpflege eine sexuelle Erregung zeigt und die Ordensfrauen sich dadurch in ihrer persönlichen Integrität beeinträchtigt sehen.

2.3.1.3. Dilemmatabeschreibung

Die Sozialarbeiter_innen sehen ihre Aufgabe darin, obdachlose Menschen niederschwellig zu betreuen um ein Mindestmaß an menschenwürdigem Leben für die Betroffenen sicherzustellen. Ein Rückzug aus der Betreuung hätte für Paolo mit hoher Wahrscheinlichkeit tödliche Folgen. Eine Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung ist jedoch aufgrund seines ablehnenden Verhaltens nicht zumutbar und aufgrund des hohen Grades der Verwahrlosung unwahrscheinlich. Gleichzeitig wurde eine Möglichkeit gefunden ein Mindestmaß an Körperpflege sicherzustellen. Dieses Angebot wird jedoch seitens der ehrenamtlichen Ordensschwwestern zurückgezogen, weil sie mit der sexuellen Erregung eines Mannes keinen anderen Umgang sehen.

Die Dilemmata können daher folgendermaßen formuliert werden:

- Selbstformuliertes Mandat der Streetworker_innen aufgrund der Selbstgefährdung des Klienten versus Selbstbestimmung des Klienten
- Professionalität von Sozialarbeiter_innen versus Selbstbestimmung von Ehrenamtlichen

2.3.2. Fallkommentierung

2.3.2.1. Berufsethische Aspekte

Sozialarbeit findet immer in einem Spannungsfeld von unterschiedlichen Interessen statt. An dieser Stelle werden zwei Aspekte möglicher Spannungsfelder thematisiert. Einerseits die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helfer_innen - ohne sie ist Sozialarbeit auch in Österreich nicht denkbar - andererseits die professionsethischen Forderungen der Hilfestellung und Unterstützung von Menschen in schwierigen Lebenslagen und das Recht auf Selbstbestimmung. Wie bereits in Teil II, Kapitel 2.4. sowie 3.4. thematisiert ist insbesondere die Frage der unterstützten Selbstbestimmung für Paolo von großer Bedeutung. Die Wiederherstellung und der Erhalt seiner Würde sind an dieser Stelle zu beleuchten, unter der Berücksichtigung eine Selbst- oder Fremdgefährdung auszuschließen.

Die Herausforderung konkurrierender Rechte zwischen zwei Gruppen oder Personen zu bearbeiten wird bereits in der Präambel des Ethikkodex des IFSW

erläutert. Eine Reihung oder Gewichtung ist nicht vorgegeben und muss daher von Fall zu Fall argumentiert werden. Die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Helfer_innen kann an zwei Orientierungspunkten diskutiert werden. Einerseits in der Vorstellung ehrenamtliche Helfer_innen mit Kolleg_innen gleichzusetzen. Hierfür ist das „Statement of Ethical Principles“ des IFSW in Punkt 5.10 heranziehbar, der Sozialarbeiter_innen ermutigt, sich mit Kolleg_innen über ethische Fragestellungen auszutauschen und zu diskutieren. Eine weitere Denkrichtung wäre die Möglichkeit ehrenamtliche Helfer_innen in der gleichen Weise wie Klient_innen in ihrem Tun und ihrer Würde zu respektieren und zu stärken (vgl. IFSW 4.1, 2012). Die Verbindung beider Überlegungen eröffnen den Sozialarbeiter_innen mehrere Handlungsoptionen.

Bezugnehmend auf die möglicherweise vorliegende psychische oder mentale Beeinträchtigung des Klienten nach dem Krankenhausaufenthalt ist Vera's Überlegung hilfreich. Er beschreibt einen ähnlich gelagerten Fall, bei dem unklar ist, wie sehr die psychische und mentale Entscheidungsfähigkeit der Klientin beeinträchtigt ist. Um Handlungsoptionen zu erweitern, legt er den Punkt 1.14 des Amerikanischen Ethikkodex (Sozialarbeiter_innen sind gefordert, im besten Interesse ihrer Klient_innen zu handeln, insbesondere wenn diese nur eingeschränkte Entscheidungsfähigkeiten haben) als Bezugspunkt dar und überlappt diesen mit einer weiten Interpretation des Punktes 6.01, welcher die Verantwortung von Sozialarbeiter_innen hervorhebt, generell Wohlbefinden in der Gesellschaft herzustellen (vgl. Vera 2013:77).

2.3.2.2. Rechtliche Aspekte

Menschenrechtliche Aspekte

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK) bietet die Grundlage für weitere Überlegungen. Art 3 BRK bezeichnet die allgemeinen Grundlagen als die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seine Unabhängigkeit, die Nichtdiskriminierung sowie die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008). Art 17 BRK thematisiert das Recht jedes Menschen mit

Behinderung auf körperliche und seelische Unversehrtheit und in Art 19 BRK wird die unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gesellschaft gefordert. Die europäische Sozialcharta (BGBl. III Nr. 112/2011) fordert in ihrer revidierten Fassung in Teil 1 das Recht auf Wohnen in §31 sowie den Schutz vor Armut und sozialer Ausgrenzung in §30. Österreich hat diese beiden Paragraphen nicht ratifiziert welche daher für Österreich daher nicht verbindlich sind. Ebenso wenig ist das Recht auf Wohnen in der Europäischen Menschenrechtskonvention berücksichtigt. Im Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte wird das Thema Wohnen behandelt, jedoch hat Österreich auch hier einen Vorbehalt formuliert. Der Schutz vor Armut und Ausgrenzung kann durch die Bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) als gegeben verstanden werden, wobei hier die Zugangskriterien für Menschen in Obdachlosigkeit oft eine unüberwindbare Hürde darstellen. Ziele und Grundsätze der BMS werden in §1 dahingehend formuliert, dass „...Armut und soziale Ausgrenzung bekämpft und dauerhafte Eingliederung oder Wiedereingliederung in das Erwerbsleben...“ weitest möglich zu fördern sind (LGBl Nr 27/2011). Der Fokus liegt somit nicht auf den Bedürfnissen oder der Respektierung von Menschen mit anderen Lebensentwürfen. Sie stellt die klare Ausgrenzung von Menschen mit anderen Lebensvorstellungen/Möglichkeiten dar und steht somit im Widerspruch zu Art 19 BRK.

Individuelle Lebensskripte sind daher schwierig in das Korsett geltenden Rechts einzupassen. Eine weitere Unterstützung bei obigen Überlegungen stellt das Recht auf Selbstbestimmung dar.

Das Recht auf Selbstbestimmung wird dann eingeschränkt, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Eine Definition für Selbstgefährdung oder Selbstschädigung liegt weder in internationalen, europäischen noch österreichischen Gesetzestexten vor.

Eine weitere in dieser Falldarstellung zu berücksichtigende Überlegung stellt das Rückkehrrecht dar. Art 3 des 4. ZP der EMRK definiert das Recht auf Rückkehr über die Staatsangehörigkeit (vgl. BGBl Nr. 434/1969 idF. BGBl III Nr. 30/1998). Die Caritas Wien hat für EU- Bürger_innen eine eigene Beratungsstelle eingerichtet um dieser Gruppe eine Rückwanderung in das Herkunftsland zu

ermöglichen. Paolo hat möglicherweise noch Familie in seinem Herkunftsland und eine eventuelle Rückkehr könnte mit ihm thematisiert werden.

2.3.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen

2.3.3.1. Handlungsoptionen

Die Diskussion der Fokusgruppe verortete verschiedene Handlungsoptionen für Paolo und die Sozialarbeiter_innen:

Beziehungsaufbau

Für die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe stellt die bisweilen lose Zusammenarbeit mit Paolo das Herzstück des Dilemmas dar. Orientierung für die Vorgehensweise bietet der Ethikkodex des IFSW in seiner Forderung das Selbstbestimmungsrecht von Betroffenen zu respektieren und zu fördern, ungeachtet ihrer Werte und Entscheidungen, solange diese nicht die Rechte andere einengen (vgl. IFSW 4.1.1, 2012). Der Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS) erweitert diese Position noch mit der Forderung Betroffene über mögliche Folgen ihrer Entscheidung zu beraten und zu informieren sowie über etwaige Alternativen aufzuklären (vgl. OBDS Pkt.4, 2004). Die Erarbeitung eines individuellen Zieles für und mit Paolo muss unter Berücksichtigung seiner Lebenssituation und Wahrung seiner Privatsphäre erfolgen (vgl. DBSH 3.1, 2014). Die Klärung des Mandates bildet den ersten Baustein für eine gelingende Zusammenarbeit (vgl. Avenir Social 5.10, 2010). Es gilt daher mit Paolo zu klären, ob er die Sozialarbeiter_innen des Streetwork Teams beauftragt ihn zu begleiten und zu unterstützen. Falls er dies weiterhin ablehnt, können die Sozialarbeiter_innen aufgrund ihres Professionswissens aktiv werden. Dieses „Eigenmandat“ gilt es Paolo darzulegen und zu erläutern, denn die Zielformulierung kann nur gemeinsam erstellt werden (siehe OBDS Pkt.3, 2004 und Avenir Social 5.7, 2010). Paolo muss den jeweiligen Rückfragen und Recherchen zustimmen und verstehen können, warum diese überhaupt unternommen werden.

Ein_Eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe thematisierte den Mangel an Körperhygiene als Instrument keine Beziehungen mehr zuzulassen. Ebenso wurde

diskutiert, ob Paolo einschätzen könne, dass er in einer kalten Nacht sogar erfrieren würde und wenn ihm dies bewusst sei, ob daraus ein versteckter Suizidversuch ableitbar sei. Beide Überlegungen gilt es mit Paolo zu besprechen. Durch eine empathische und wertschätzende Haltung kann der Grundstein für eine längerfristige Zusammenarbeit gelegt werden (vgl. Avenir Social 12.1, 2010). Welcher_Welche Sozialarbeiter_in letztlich eine längerfristige Betreuung übernehmen kann, gilt es einerseits innerhalb des Teams, aber auch mit anderen Organisationen, die in diesem Bereich tätig sind, zu klären.

Kooperationen mit anderen Professionen und Ehrenamtlichen

Im Rahmen der Fokusgruppe waren sich die Teilnehmer_innen einig, dass Paolos gesundheitliche Verfassung und der Grad seiner Beeinträchtigung zu klären sind. Hierfür entwarfen die Teilnehmer_innen unterschiedliche Szenarien und arbeiteten umfangreich an möglichen Handlungsspielräumen. Um eine Untersuchung überhaupt zu ermöglichen wurde primär die Anhebung der Duschfrequenz diskutiert. Die neuerliche Aktivierung der Ordensschwestern könnte mithilfe einer fachlichen pflegerischen Begleitung erfolgen. Die Weigerung der Ordensschwestern Paolo weiterhin zu waschen wurde als mangelndes pflegerisches Wissen interpretiert. Eine Unterstützung durch Beratung und Wissensweitergabe von professionellem Pflegepersonal könnte für die ehrenamtlich tätigen Ordensschwestern eine Aufwertung ihrer Tätigkeit und somit ihres Angebotes darstellen. Der Prozess könnte von den Streetworker_innen angestoßen und durch Supervision begleitet werden. Gleichzeitig wäre durch die Erhöhung der Duschfrequenz der Kontakt zu Paolo verstärkt und es könnte auf der Beziehungsebene gearbeitet werden. Die Suche nach einem ehrenamtlichen männlichen Pfleger über sozialarbeiterische Netzwerke müsste parallel erfolgen und könnte die angespannte Haltung der Ordensfrauen möglicherweise etwas entgegenwirken und Paolo Sicherheit bieten.

Die Einbindung des Krankenhauses sollte mehr Klarheit über die Verletzungen, deren Folgen und/oder bereits eingetretene Verschlechterungen oder andere Erkrankungen geben, die für seine starke Veränderung und Behinderung verantwortlich sind. Ein_Eine Fokusgruppenteilnehmer_in fordert in diesem

Zusammenhang das Setting jeweils zu Paolo auf die Straße zu verlegen, wenn er nicht gewillt ist, das Krankenhaus aufzusuchen. Er_Sie knüpft am Streetwork-Konzept an, die Menschen dort zu treffen und abzuholen, wo sie sich befinden. Eine psychiatrische Abklärung bezüglich der Selbstgefährdung wurde von den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe als wenig erfolgversprechend eingestuft und sollte nur dann als Option herangezogen werden, wenn keine andere Intervention mit Paolo zu erarbeiten wäre.

Rehabilitationsmaßnahme oder Tagesstruktur zu mehr Selbstbestimmung

Die Möglichkeiten einer Rehabilitationsmaßnahme bzw. einer Einbindung in eine Tagesstruktur waren für die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe ein Ansatz um Paolo wieder zu mehr Selbstbestimmung in seinem Leben zu verhelfen. *„Mobilität ist für Menschen auf der Straße eine Grundvoraussetzung. Wenn er auf der Straße bleiben will, ist das ok. Er muss informiert werden, wie dieses Ziel erreichbar wird ohne sich im Winter zu gefährden.“* (FG6, Minute 30:24). Die Sozialarbeiter_innen sind gefordert die nötigen Formalismen entsprechend vorzubereiten und gleichzeitig Paolo damit vertraut zu machen. Formal kann der Rehabilitationsantrag durch den behandelnden Arzt oder das Krankenhaus gestellt werden. Beide Möglichkeiten waren für die Teilnehmer_innen vorstellbar. *„Die Rehabilitation, aber auch eine Tagesstruktur würden auch Kontinuität bieten. Danach sollte man ihn begleiten und überleiten in ein für ihn selbstbestimmtes Leben.“* (FG6, Minute 70:00) Dieser Schritt erschien den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe als ein Schlüsselement für die weitere Vorgehensweise, da mit der eigenen Körperhygiene zu Recht zu kommen Selbstbestimmung und ungehinderte Mobilität bedeutet. Als niederschwelliges medizinisches Angebot wurde der „Louisebus“ der Caritas genannt. Dieses mobile Team bietet medizinische Versorgung für obdachlose Menschen in Wien. AmberMed operiert nicht mobil, versorgt jedoch ebenfalls Menschen ohne Versicherung kostenfrei. Beide Einrichtungen wurden als möglicher Einstieg in ein längerfristiges Versorgungskonzept angeführt.

Zusammenarbeit mit Behörden

Da Paolo seit unbestimmter Zeit auf der Straße lebt, ist er formal in Österreich nicht existent. Diese Tatsache stellt die Sozialarbeiter_innen vor eine große Herausforderung, da die Legalisierung von Paolo Voraussetzung ist um überhaupt eine Rehabilitationsverordnung zu erhalten. Da er italienischer Staatsbürger ist, gilt es zu klären, ob er noch einen Pass hat bzw. unter welchen Voraussetzungen dieser von der italienischen Botschaft neu ausgestellt werden kann. Weiters braucht Paolo seine anderen persönlichen Dokumente um einen Meldezettel zu erhalten. Eine gültige Meldeadresse ermöglicht die Beantragung der bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) und die Beantragung einer E-Card und damit die Aussicht auf eine Krankenversicherung.

Ein_Eine Teilnehmer_in brachte die Überlegung ein, die Rückkehrhilfe der Caritas zu kontaktieren. Die Beratungsstelle für Rückkehrhilfe für EU-Bürger_innen der Caritas Wien kann eine hilfreiche Ressource darstellen um zu erheben, ob er Familie in Italien hat und ob es innerhalb der Familie Kontakte und Ressourcen gibt, die eine Betreuung im Herkunftsland überhaupt andeuten lassen. Vorher gilt es allerdings Paolos Einverständnis einzuholen.

Versorgungslandschaft in der Wohnungslosenhilfe

In Wien wird die Wohnungslosenhilfe durch den Fonds Soziales Wien (FSW) geplant, gesteuert und gestaltet. Ziel der Wiener Wohnungslosenhilfe ist die Beratung und Betreuung von wohnungslosen Menschen. Es werden Schlaf- und Wohnmöglichkeiten zur Verfügung gestellt um eine soziale und gesundheitliche Stabilisierung der Betroffenen herzustellen und mittel- bis langfristig sichere Wohnmöglichkeiten anzubieten. Eine Unterbringung in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe kann jedoch nur nach Feststellung der Förderwürdigkeit durch das Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe (BzWO) erfolgen. Diese bürokratische Hürde ist für viele von Obdachlosigkeit betroffene Menschen nicht überwindbar, da sie die erforderlichen Dokumente nicht beibringen können. Die Sozialarbeiter_innen müssen daher einen sehr guten Überblick über jene Organisationen und Einrichtungen haben, die unbürokratisch ihre Leistungen anbieten. Der regelmäßige Kontakt mit beispielsweise der Kleiderausgabestelle

könnte ein weiterer Ansatzpunkt sein um eine tragfähige Beziehung zu Paolo aufzubauen. Eine gleichzeitige Ausgabe von Windeln erschien einem_einer Teilnehmer_in als theoretische Möglichkeit der Inkontinenz gerecht zu werden und dem Hygieneproblem zu begegnen. Die Verbesserung der Hygienesituation ist maßgeblich für die Einwilligung einer Notschlafstelle Paolo aufzunehmen. Ein_Eine mobiler_mobile Pfleger_in könnten dann in der Notschlafstelle die Unterstützung bei der Körperhygiene ausführen. Eine weitere Überlegung der Teilnehmer_innen der Fokusgruppe griff das Angebot der mobilen Sozialarbeiter_innen des FSW für Senior_innen auf. Diese betreuen ältere Menschen zu Hause und übernehmen nach Zuweisung der Casemanager_innen den Auftrag der Betreuung. Eine Adaptierung dieser Dienstleistung auf Paolos Lebenssituation als Obdachloser wäre ein adäquates Angebot. *„Als 55-jähriger Mann hat er andere Bedürfnisse als ein 25-Jähriger – das muss man mit ihm erarbeiten. Der Lebenswandel in der Obdachlosigkeit ist anders. Es ist vermutlich schwieriger in der Obdachlosigkeit alt zu werden. Da baut der Körper schneller ab und sein physisches Alter ist vielleicht schon jenseits der Pension. Zumindest könnte das in naher Zukunft schon ein Thema werden.“* (FG6, Minute 44:19) Das subjektive Alter von Paolo ist entscheidend und prägt die Betreuungsarbeit (vgl. IFSW 4.1, 2012), gleichzeitig kann diese Argumentationslinie die Einbindung des FSW auf mobiler Ebene ermöglichen. Die Erwartung an das Leben ist von Paolo nur in sensiblen Gesprächen bearbeitbar und braucht entsprechend Zeit und Beziehungsarbeit (vgl. IFSW 4.1.2, 2012).

Einbinden von Netzwerken

Im Zuge der Fokusgruppendifkussion verwies ein_eine Diskussionssteilnehmer_in auf das „spezielle Milieu“ der von Obdachlosigkeit betroffenen Menschen. Dieses sei von Gewalt, Isolation, Kleinkriminalität, Drogen und Alkohol geprägt. Möglicherweise ist Paolo nicht gestürzt, sondern wurde in eine Schlägerei verwickelt und Opfer einer Straftat. Wenn er beispielsweise von einem_einer Obdachlosen angegriffen wurde, würde dies seinen Rückzug aus der ursprünglichen Community erklären. Die Sozialarbeiter_innen könnten sowohl im Spital als auch bei der Polizei recherchieren, ob es Hinweise auf

Fremdverschulden gab und ob Anzeige erstattet wurde. Daraus sind möglicherweise Rechtsansprüche ableitbar. Die Erhebungen in der Obdachlosen-Community müssen mit großer Sensibilität und Vorsicht erfolgen. Mögliche Erinnerungslücken von Paolo können so unter Umständen geschlossen werden und Kontakte neu aufgefrischt werden. Ein_eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe formuliert es folgendermaßen: *„Man muss Aufgaben für ihn suchen, die er lösen kann.“* (FG6, Minute 61:02)

Aufgrund der großen Besorgnis der Sozialarbeiter_innen um Paolos Überleben im Winter forderte ein_eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe im Rahmen von Intervision ihre Sorgen zu besprechen um die Verantwortung auf das gesamte Team aufzuteilen. Sie stelle damit sicher, dass alle Kolleg_innen mit Paolos Situation vertraut sind und bei etwaigen Vernetzungstreffen mögliche Informationen über die Ereignisse, die zur Verletzung geführt hatten, gesammelt werden können. Diese informellen Kanäle werden von den Fokusgruppenteilnehmer_innen als wertvolle Ressource festgehalten. Der anonymisierte Austausch über besonders herausfordernde Fälle vergrößert die Zahl möglicher weiterer Handlungsoptionen. Die geteilte Verantwortung stellt gleichzeitig sicher, dass die tägliche Kontaktaufnahme mit Paolo gewährleistet ist. So kann auf eine akute Verschlechterung seines Zustandes schnell reagiert werden und auch eine notwendige Einlieferung in ein Spital erfolgen.

2.3.3.2. Ethische Überlegungen

Kleine Schritte, deren Abstimmung und wohlüberlegte Reihung, stellen den Inhalt von sozialarbeiterischen Überlegungen dar. Die Rehabilitationsmaßnahme für Paolo kann als Einstiegsszenario eines Interventionsplanes verstanden werden. Sie bildet die Grundlage für weitere Verselbständigung (vgl. Avenir Social 10.2, 2010). Maßgeblich für das Unterstützungsangebot ist die Zielformulierung der Klient_innen. Sozialarbeit endet dort, wo das Ziel erreicht ist, die Klient_innen die Beendigung selbst verlangen oder aus fachlicher Sicht kein weiterer Unterstützungsbedarf besteht. Die Weitervermittlung an andere Einrichtungen ist dann anzustreben, wenn aufgrund der Rahmenbedingungen der eigenen

Organisation eine geeignete Betreuung nicht stattfinden kann (vgl. OBDS Pkt.3, 2004).

Die Selbstbestimmung der Klient_innen wieder herzustellen ist ein Grundprinzip Sozialer Arbeit (vgl. IFSW 4.1.1, 2012). Der generalistische Zugang von Sozialarbeit inkludiert die Involvierung anderer Professionen um die Rahmenbedingungen von Klient_innen zu erweitern und das Ziel der maximalen Selbstbestimmung der Klient_innen sicherzustellen.

Menschen haben damit auch Eigenverantwortung: *„Die Sozialarbeiter_innen können Informationen geben und Unterstützung anbieten. Aber wenn alles ausgeschöpft ist, dann kann man den Betroffenen nicht mitnehmen nach Hause.“*

(FG6, Minute 12:35) Sozialarbeiter_innen sind also ebenso gefordert sich abzugrenzen (vgl. Avenir Social 12.1, 2010). Grenzen der sozialarbeiterischen Verantwortung sind aber auch durch die Rahmenbedingungen der Organisationen gegeben. Das Zurückspielen von Verantwortung kann daher auch als Unterstützungsmaßnahme für mehr Selbstbestimmung gesehen werden und der Loslösung von Sozialarbeit dienen.

Selbstbestimmung endet dort, wo eine Selbstgefährdung stattfindet oder die Rechte und legitimen Interessen anderer verletzt werden (vgl. Avenir Social 8.5, 2010). *„Wenn er nicht mehr will, muss das respektiert werden. Das ist seine Entscheidung“* (FG6, Minute 34:28), formuliert ein_e Teilnehmer_in der Fokusgruppe und thematisiert den schmalen Grad zwischen Selbstbestimmung und Schutzmaßnahmen bei Selbstgefährdung. Eine Selbstgefährdung kann als Mandat der Sozialarbeiter_innen verstanden werden. Eine Intervention zu Paolos Schutz wäre somit ethisch und menschenrechtlich gefordert. Die Arbeit mit suizidgefährdeten Menschen durchzieht die Handlungsfelder der Sozialarbeit und stellt die Sozialarbeiter_innen vor eine große Herausforderung, wie damit umzugehen ist. Ein vereinfachendes Konzept kann der Komplexität der verschiedenen Lebensentwürfe der Klient_innen nicht gerecht werden. Die Gratwanderung einerseits den Schutz der Klient_innen vor Selbstgefährdung sicherzustellen und andererseits ihre Selbstbestimmung zu wahren ist eine Herausforderung, der sich jeder_jede Sozialarbeiter_in in seinem_ihrem beruflichen Alltag stellen muss. Für die Sozialarbeiter_innen ist daraus ableitbar,

dass sie sehr wohl aktiv Paolos Sicherheit vor einer etwaigen Selbstgefährdung durch Erfrieren wahren sollten. Den Auftrag dazu erfolgt aus ihrem professionellen „Eigenmandat“.

Da Paolo unter allen Umständen weiterhin im Freien leben möchte und einem Einzug in eine Einrichtung nicht zustimmt, sind sich die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe darüber einig, dass sein Wunsch auf Wohnortbestimmung zu berücksichtigt und sämtliche Hilfs- und Unterstützungsangebote möglichst zu ihm auf die Straße zu verlegen sind. Ein geeignetes Angebot für ältere Menschen mit Behinderungen und/oder Einschränkungen gibt es derzeit allerdings in Wien nicht und müsste erst geschaffen werden.

2.3.4. Aufzählung der Handlungsoptionen

- Information und Beratung über vorhandene Unterstützungsangebote und deren mögliche Folgen für Paolos Lebenssituation als von Obdachlosigkeit Betroffener
- Fallbesprechung im Team um den Kreis der Sozialarbeiter_innen und möglicher Verantwortungsträger_innen zu erweitern
- Vernetzung mit anderen Einrichtungen um ähnliche Fälle kennen zu lernen
- Coaching und Supervision für die Ordensschwester, sowie deren Unterstützung durch professionelle Pfleger_innen
- Klärung und Benennung eines_einer Casemanager_in für Paolo um verstärkt auf Beziehungsarbeit zu setzen und mehr über sein Leben zu erfahren
- Erarbeiten eines gemeinsamen Zieles mit Paolo
- Erhöhung der Duschfrequenz durch Einbinden von professionellen Krankenpfleger_innen
- Kontaktaufnahme mit Kleiderausgabestellen und anderen Obdachloseneinrichtungen
- Kontaktaufnahme mit AmberMed und dem Louise Bus
- Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen: Krankenhaus, Behörden, FSW
- Erhebungen über noch vorhandene Dokumente
- Beantragung eines italienischen Reisepasses
- Beantragung von Bedarfsorientierter Mindestsicherung/Invaliditätspension

- Ev. Beantragung von Pflegegeld
- Kontaktaufnahme mit der Rückkehrhilfe für EU-Bürger_innen der Caritas

2.4. Selbstbestimmte Lebensführung und ein professioneller Umgang mit Demenz (*Julia Kimswenger*)

2.4.1. Falldarstellung

2.4.1.1. Rahmenbedingungen

Der beschriebene Fall hat in einem Übergangwohnheim für wohnungslose Menschen in Österreich statt gefunden. Das Wohnheim bietet auf fünf Stockwerken Platz für insgesamt 200 Personen. Wohnungslose Menschen erhalten ein etwa 8 m² großes Zimmer mit Bett, Tisch und Stühlen sowie einen Kleiderschrank. Sanitäranlagen und Küche werden gemeinschaftlich genutzt. Die Aufenthaltsdauer beträgt max. ein Jahr. Ziel ist die Rückkehr in eine selbstständige Wohnform oder die Organisation eines alternativen Betreuungssettings. Pro Monat ist mindestens ein persönlicher oder telefonischer Kontakt zwischen den Bewohner_innen und ihren Bezugs-Sozialarbeiter_innen vorgesehen. Aufgabe der Sozialarbeiter_innen ist es, Zielpläne mit den Klient_innen zu erarbeiten. Diese Ziele sind verbindlich, können im Bedarfsfall jedoch adaptiert werden. Pro Monat ist ein Nutzungsentgelt von ca. Euro 200,-- zu leisten.

2.4.1.2. Fallbeschreibung

Hans ist 63 Jahre alt und zieht Mitte 2014 ins Übergangwohnheim. Er konsumiert täglich Alkohol. Hans hat über 20 Jahre selbstständig und allein in einer Wohnung gewohnt. Er wurde delogiert, nachdem er die Miete über mehrere Monate nicht mehr beglichen hatte. Es scheint, dass Hans nicht mehr bewusst war, dass er die Miete überweisen musste. Aufgrund eines Gutachtens des Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrums (BBRZ), das seine Arbeitsunfähigkeit attestiert, erhält Hans bereits seit mehreren Jahren eine Berufsunfähigkeitspension. Da er ein regelmäßiges Einkommen vorweisen kann, sollte es ihm nicht an finanziellen Mitteln fehlen. Bereits nach dem ersten Gespräch mit Hans vermutet der Sozialarbeiter eine dementielle Erkrankung. Der zuständige Sozialarbeiter erhält

von seiner Leitung den Auftrag abzuklären, ob ein Pflegeheimaufenthalt bzw. die Gewährung von Pflegegeld möglich sei. Beim Begutachtungstermin für den Pflegegeldantrag durch den zuständigen Gutachter präsentiert sich Hans „sehr gut“, und er erzählt z.B., dass er sein Bett selbstständig frisch bezogen habe. Er beantwortet alle Fragen des Gutachters selbstsicher und klar. Der Gutachter stellt nach dem Termin dem Sozialarbeiter die Frage, wie er überhaupt auf die Idee gekommen sei, dass Hans ein „Pflegeheimkandidat“ sei. Das Pflegegeld wurde vom Sachverständigen kurzer Hand ausgeschlossen, da Hans für eine solche Leistung in viel zu guter Verfassung sei.

Der Sozialarbeiter sieht sich folgenden Herausforderungen gegenüber:

Hans präsentiert sich zunächst klar und orientiert, bei genauerem Hinsehen stellt der betreuende Sozialarbeiter allerdings immer wieder fest, dass Hans mit bestimmten Alltagstätigkeiten, wie der Körperhygiene oder dem Waschen seiner Kleidung nicht zurechtkommt. Trotz mehrmaliger Aufforderung regelmäßig zu Duschen und seine Kleidung zu waschen, scheint Hans diese Aufgaben nicht erfüllen zu können. Auch bei der Begleitung des Klienten zur Geldbehebung beim Postinstitut fällt dem Sozialarbeiter auf, dass Hans bei diesem Bankgeschäft Unterstützung benötigt und sich auf dem Rückweg ins Übergangswohnheim örtlich kaum orientieren kann. Diese Beobachtungen verstärken den Verdacht auf eine dementielle Erkrankung. Es existiert jedoch keine Diagnose, da Hans einem Facharztbesuch nicht zustimmt. Er erklärt, dass er wieder allein in einer Wohnung wohnen möchte. Sein Sozialarbeiter hält dies aufgrund von Hans' fortgeschrittener Verwirrtheit für unmöglich. Dazu beobachtet der Sozialarbeiter, dass Hans Besprochenes relativ schnell wieder vergisst und zu vereinbarten Terminen nicht erscheint. Das Schreiben ist Hans auf Grund eines starken Zitterns der Hände nicht mehr möglich. Es gibt keine Angehörigen. Einerseits würde der Sozialarbeiter es für das Beste halten, für Hans einen_eine Sachwalter_in über den Verein für Sachwalterschaft zu organisieren, andererseits hat er diesbezüglich Bedenken, da er nicht gegen den Willen des Klienten dessen Autonomie einschränken möchte. Der Sozialarbeiter ist zudem unsicher, ob er im Falle einer Anregung auf

Sachwalterschaft den Klienten vorab überhaupt informieren soll, da Hans dies vermutlich ohnehin rasch wieder vergessen würde.

2.4.1.3. Dilemmabeschreibung

Hans möchte wieder selbstbestimmt in einer eigenen Wohnung leben. Der Sozialarbeiter scheint den Klienten bei diesem Wunsch nicht unterstützen zu wollen, da er seine persönlichen Fähigkeiten für ein selbstständiges Wohnen als nicht ausreichend einschätzt und Angst um seine Sicherheit hat. Seine Unsicherheit manifestiert sich scheinbar in der Überlegung, Hans nichts von einer Sachwalterschaftsanregung zu erzählen, da er dieses Gespräch ohnehin bald wieder vergessen würde. Das Dilemma bewegt sich daher zwischen:

- der Selbstbestimmung und dem Wunsch nach maximaler Sicherheit für Hans – möglicherweise auf Kosten seiner Selbstbestimmung.

2.4.2. Fallkommentierung

Allgemeine Begriffsbestimmung „Demenz“ laut Diagnose-Klassifikationssystem ICD

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf.“ (DIMDI, 2015)

Die Weltgesundheitsorganisation WHO benennt in ihrem Bericht von 2012 – Dementia – A Public Health Priority, die Zunahme sowohl der generellen Lebenserwartung als auch dementieller Erkrankungen unterschiedlichen Typs (vgl. WHO 2012:2). Sie stellt klar, dass Demenzerkrankungen von Patient_innen und Klient_innen für Angehörige und/oder Organisationen eine überfordernde Situation darstellen und Unterstützungsmaßnahmen beispielsweise durch staatliche Gesundheitssysteme gefordert sind (vgl. WHO 2012:94). Auch den Faktor der Selbstbestimmung und Mitgestaltung von Betroffenen benennt der Bericht als

Schlüsselbotschaft: „People with dementia and their caregivers often have unique insights to their condition and life. They should be involved in formulating the policies, plans, laws and services that relate to them.“ (WHO 2012:94)

2.4.2.1. Berufsethische Aspekte

Sozialarbeiter_innen sind im Berufsalltag mit schwierigen ethischen Fragen konfrontiert. Es ist in der Sozialarbeitspraxis nicht überall bekannt, dass es sozialarbeitsspezifische Ethikkodizes gibt, die beispielsweise in Dilemmasituationen eine Richtschnur bieten können. In der Kommentierung dieses Falls wird auf diese ethischen Prinzipien hinsichtlich eines selbstbestimmten Lebens besonders eingegangen. Nähere Informationen dazu finden sich in Teil II, Kapitel 2.3.1. Darüber hinaus werden menschenrechtliche Grundlagen hinsichtlich des vorliegenden Falles diskutiert.

2.4.2.2. Rechtliche Aspekte

Menschenrechtliche Aspekte

Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Die Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die im Rahmen eines Programms zu Gewalt gegen ältere Menschen 2010 veröffentlicht wurde, beschreibt das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Ältere und möglicherweise pflegebedürftige Menschen haben weiterhin das Recht auf Beachtung ihrer Willens- und Entscheidungsfreiheit. Hans hat diesbezüglich das Recht, ein Leben zu führen, das so selbstbestimmt und unabhängig gestaltet ist, wie es seine physischen und geistigen Fähigkeiten zulassen. Wo er es benötigt, hat er Anspruch auf Unterstützung und Rat, damit ihm dies möglich ist (vgl. Art 2). Auch wenn er durch eine dementielle Erkrankung eingeschränkt ist, müssen seine Wünsche und Entscheidungen respektiert werden. Er hat das Recht, den Ort zu wählen, an dem er leben möchte und dieser ist an seine Bedürfnisse anzupassen, auch wenn es sich nicht um eine Betreuungseinrichtung, sondern um eine eigene Wohnung handelt (vgl. Art 2:2010).

UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)

Art 3a BRK formuliert die Achtung gegenüber der Würde, die Menschen innewohnt, sowie deren Freiheit selbstbestimmt eigene Entscheidungen treffen zu können. Menschen mit Behinderungen ist die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft zu gewähren und Zugänge sind zu ermöglichen (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008). Auf die Fragen der Zugänglichkeit gibt Art 9 der BRK Antwort: Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, müssen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen treffen, um Betroffenen den gleichberechtigten Zugang beispielsweise hinsichtlich ihrer Wohnsituation zu ermöglichen (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008).

Laut Art 19 BRK - Unabhängige Lebensführung - hat Hans das Recht, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gesellschaft zu leben. Vertragsstaaten wie Österreich sollen diesbezüglich wirksame und geeignete Maßnahme treffen, um ihm dieses Recht auf volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern. Bezugnehmend auf Art 19 a) muss Hans gleichberechtigt die Möglichkeit erhalten, seinen Aufenthalts- und Wohnort selbstbestimmt zu wählen. Auch mit einer Behinderung ist er nicht dazu verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben. Art 28 BRK – Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz - weist auch noch auf das Recht von Menschen mit Behinderungen auf einen angemessenen Lebensstandard hin. Dieser benennt ebenfalls explizit das Recht auf eine angemessene Wohnung. Es sind jedenfalls geeignete Schritte zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts ohne Diskriminierung auf Grund einer Behinderung zu setzen (vgl. BGBl. III, Nr. 155/2008).

Monitoringausschuss

Der unabhängige Monitoringausschuss zur Umsetzung der BRK berichtet in seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2012 über das Bedürfnis von behinderten Menschen nach Unterstützung, das sich in keiner Weise vom Bedürfnis von Menschen ohne Behinderung, die ebenfalls Unterstützung benötigen, unterscheidet. Im Sinne der Konvention, die das Recht auf Ausübung der Geschäftsfähigkeit aller Menschen

mit Behinderung vorschreibt, brauche es hier neue Modelle zur unterstützten Entscheidungsfindung (vgl. BMASK 2012). In diesem Zusammenhang spricht sich der Kommissar für Menschenrechte des Europarats, Nils Muižnieks, nach seinem Besuch in Österreich im Juni 2012 in seinem Bericht von September 2012 lobend über das Modellprojekt des österreichischen Justizministeriums zur unterstützten Entscheidungsfindung aus, das für 2013 bis Ende 2015 geplant war (vgl. Council of Europe 2012). Ein Teilaspekt dieses Projekts ist beispielsweise das Modell Clearing Plus – Unterstützung zur Selbstbestimmung, dass Alternativen zur Sachwalterschaft bieten soll. Ein Beispiel dafür findet sich im Fall „Selbstständige Lebensführung trotz hohen Alters“ in Teil III, Kapitel 2.7.

2.4.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen

2.4.3.1. Handlungsoptionen

Nachbetreuung/Vermittlung

Laut den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe ist es wichtig, Brücken zu anderen Unterstützungsangeboten zur Verfügung zu stellen und als Ansprechperson in Notfällen immer noch erreichbar zu sein. Dem Klienten soll vermittelt werden, wo seine neue Anlaufstelle ist, der Übergang sollte jedoch ein fließender sein. So habe auch der Sozialarbeiter die Sicherheit, dass die Betreuung weitergeht.

Hinsichtlich einer Nachbetreuung für Hans schlägt ein_eine Diskussionsteilnehmer_in vor, für Hans eine Mappe zusammen zu stellen, die ihm klar und übersichtlich zeigt, wohin er sich für ein bestimmtes Anliegen wenden kann: *„Also in gesundheitlichen Belangen gehst du dort hin, in finanziellen Angelegenheiten rufst du dort an.“* (FG8, Z256-257) Es stellt sich die Frage, ob ein solches Angebot nicht auch schon während der Betreuung im Übergangswohnheim sinnvoll sein kann. Jedenfalls bekräftigt so eine Unterstützung Art 19 BRK für ein selbstbestimmtes Leben. Laut den Fokusgruppenteilnehmer_innen ist es sinnvoll, schon während der Zeit im Übergangswohnheim gemeinsam mit Hans seine Fähigkeiten für das selbstständige Wohnen zu trainieren.

Darüber hinaus könnte eine Checkliste erstellt werden, um zu sammeln, was auf Grund seiner Ressourcen noch gelingt und in welchen Bereichen das selbstständige Leben verunmöglicht wird.

Eine weitere sinnvolle Möglichkeit sehen die Teilnehmer_innen in der Abklärung des Realitätsbezuges von Hans: Wie stellt er sich das selbstständige Wohnen vor? Warum möchte er selbstständig wohnen? Da laut BRK Unterstützungsleistungen zur Ausübung eines selbstbestimmten Lebens zu gewähren sind, ist zu überlegen, welche Leistungen das sein könnten. Als Beispiel wird die Einrichtung von Daueraufträgen für die monatliche Miete genannt.

Im Sinne einer guten Übergabe an andere Betreuungssysteme plädieren die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe für die Erstellung fundierter Sozialberichte, die den Betreuungsverlauf detailliert und übersichtlich darstellen. Diese erfüllen mehrere Anforderungen: Einerseits wird dargestellt, was bereits alles gemacht wurde, dies sei für die Psychohygiene des_der betreuenden Sozialarbeiter_in besonders wichtig. Andererseits sinkt die Gefahr, dass wichtige Punkte übersehen werden. Erhält Hans Zugang zu seinen Sozialberichten stellt dies die notwendige Transparenz für Hans sicher und bietet ihm auch notwendige Erinnerungshilfen.

Professionelle Haltung

Was Teil eines ethischen Verständnisses ist, kann auch praktische Handlungsoption sein. Wenn etwas nicht verstanden wurde, muss es eben öfter oder besser erklärt werden. Von den Diskussionsteilnehmer_innen wird postuliert, dass es eine Kompetenz des Sozialarbeiters sein muss, sich davon zu überzeugen, ob für Hans alles entsprechend erklärt wurde.

Ein_Eine Fokusgruppenteilnehmer_in ist der Meinung, dass das Thema Sachwalterschaft bezüglich der Demenz sehr offen angesprochen werden kann. Es sei legitim, als Sozialarbeiter_in seine_ihre Sorge um die Gesundheit des_der Klient_in auszusprechen. Hierzu soll die Sichtweise von Hans hereingeholt werden.

Darüber hinaus herrscht ein Konsens darüber, dass es keine Option in der beruflichen Praxis sein sollte, die Klient_innen nicht über eine geplante Sachwalterschaftsanregung zu informieren.

Die Diskutant_innen sprechen sich dafür aus, die Grenzen zur Gefährdung für Hans sichtbar und greifbar zu machen: „Also wenn er zum Beispiel die Miete nicht zahlt, verliert er die Wohnung wahrscheinlich wieder.“ (FG8, Z137-138)

Ein Mindestmaß für ein gutes Leben

Eine Abklärung bezüglich Hans' Wertvorstellungen und seiner bisherigen Biographie erachten die Teilnehmer_innen als hilfreich für die weitere Interventionsplanung. Sozialdiagnostische Mittel wie der Biographische Zeitbalken nach Peter Pantucek könnten hier hilfreich sein (vgl. Pantucek 2009:204ff).

Es kann sinnvoll sein, sich eine Minimalvariante eines gelingenden Lebens aus Sicht von Hans zu überlegen: Was braucht es jedenfalls? Was ist nicht unbedingt notwendig? Es ist möglich, dass die Lebensentwürfe von Hans und seinem Sozialarbeiter Unterschiede aufweisen. Eine Verhandlung über mögliche Lebensplanungen erscheint deshalb sinnvoll, da hinsichtlich der Vorstellungen eines gelingenden Lebens in erster Linie die Sichtweise von Hans zu beachten ist. Was kann ein Mindestmaß an Versorgungssicherheit sein? Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe nennen in der Diskussion die finanzielle Absicherung sowie ausreichende Versorgung mit Nahrung.

Beziehungsarbeit

Als weitere Handlungsoption wird das Leisten von Beziehungsarbeit genannt. Nur in einer sicheren, vertrauensvollen Atmosphäre sei es für Hans möglich, sich zu öffnen. Es müsse ein vertrauter Raum geschaffen werden. Laut den Diskussionsteilnehmer_innen kann von Hans nicht verlangt werden, über sich nachzudenken, wenn keine Beziehungsarbeit geleistet werde.

Unterstützung bei bürokratischen Hürden

Die praktische Unterstützung bei Anträgen wurde als weitere Handlungsoption genannt. Das Ausfüllen eines Antrages für bedarfsorientierte Mindestsicherung sei nicht einfach. Die Fokusgruppenteilnehmer_innen betonen, dass selbst Menschen ohne Einschränkungen im kognitiven Bereich Schwierigkeiten beim Ausfüllen solcher Anträge hätten.

Sachwalterschaft

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe sind der Ansicht, dass die Anregung einer Sachwalterschaft eine Überlegung wert sei. Wichtig sei es, dem Klienten ausreichend Information über eine Sachwalterschaft zu geben. Es bedarf einer fachlich begründeten Argumentation des Sozialarbeiters, warum eine Sachwalterschaft angedacht werden sollte. Dann kann eine mögliche Anregung durch den Betreuer auch offen angesprochen werden.

Eigenverantwortung

Die Diskussionsteilnehmer_innen fordern auch Hans' Einsicht hinsichtlich seiner Ressourcen. *„Es kommt ganz stark darauf an, wie er drauf ist. Ob er jetzt einsichtig ist und damit etwas anfangen kann, mit dem Unterstützungsangebot oder dass ein Sachwalter für finanzielle Dinge gut wäre, zur Absicherung. Ob er seine eigene Vergesslichkeit akzeptieren und anerkennen kann.“* (FG8, Z129-133) Aus Sicht des Schweizer Ethikkodex gehen Klient_innen auch Pflichten ein und haben somit eine Bringschuld, was ihre Mitarbeit an der Gesamtsituation erfordert (vgl. Avenir Social 12.2, 2010).

2.4.3.2. Ethische Überlegungen

Selbstbestimmtes Leben

Alle Ethikkodizes (Österreich, Schweiz, Deutschland, IFSW) erachten die Wahrung der Würde aller Klient_innen als oberstes Gebot. Dies impliziert die Achtung gegenüber den persönlichen Lebensentwürfen und Zielen von Klient_innen, sofern diese nicht die Rechte und Interessen anderer verletzen.

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppen sprachen sich dafür aus, den Klienten Hans ernst zu nehmen. Auch wenn demente Phasen Teil seines Alltags sind, hat Hans auch immer wieder klare und orientierte Momente, in denen die Möglichkeit besteht, Wichtiges zu erklären, Einverständnisse einzuholen und Dokumente unterschreiben zu lassen. Wie schon in den Handlungsoptionen angesprochen sei es Aufgabe des Sozialarbeiters zu überprüfen, ob Hans alles verstanden hat und wie dieses Verständnis erreicht werden kann. Dies entspricht Art 12 BRK, der fordert, dass Menschen mit Behinderungen überall als Rechtssubjekt anerkannt

werden müssen (vgl. BGBl. III, Nr. 155/2008). Der Ethikkodex des österreichischen Berufsverbandes der Sozialen Arbeit meint dazu, dass Sozialarbeiter_innen sich immer „um ein Höchstmaß an Transparenz gegenüber ihren Klient_innen“ bemühen (vgl. OBDS Pkt. 5, 2004).

Darüber hinaus hat sich Österreich mit der Ratifizierung der BRK dazu bekannt, dass Hans Zugang zu den Unterstützungsleistungen haben soll, die er bei der der Ausübung seiner Rechtsfähigkeit benötigt (vgl. BGBl. III, Nr. 155/2008). Einen interessanten Beitrag zur unterstützten Entscheidungsfindung leistet das Projekt EmMA (Studie zur Förderung der Einwilligungsfähigkeit in medizinische Maßnahmen bei Demenz durch ressourcenorientierte Kommunikation). Da dementielle Erkrankungen schon in frühen Stadien die kommunikativen Fähigkeiten betroffener Personen einschränken werden im Rahmen dieser Studie Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen mit Demenz gesucht. Auch wenn sich das Projekt im medizinischen Kontext bewegt, könnten auch Sozialarbeiter_innen beziehungsweise Klient_innen die von einer Demenz betroffen sind, von den Ergebnissen profitieren. Erste Ergebnisse empfehlen beispielsweise als Maßnahmen, verbale Anforderungen zu minimieren oder die Rahmenbedingungen des Beratungsgesprächs adäquat anzupassen, beispielsweise durch Minimierung störender Umweltreize oder durch das Sorgen für ein vertrauensvolles und angstfreies Gesprächsklima (vgl. Haberstroh/ Knebel/ Müller 2014:195ff). Immerhin fordern alle Ethikkodizes die interdisziplinäre Zusammenarbeit als auch das Bemühen um berufsbezogene Fortbildungen (vgl. OBDS Pkt.10+11, 2004, Avenir Social 11.5+11.6+16.1, 2010 und IFSW 5.1, 2012). Der Vorschlag eines_einer Diskussionsteilnehmer_in, den Menschen ihre Selbstbestimmung zu belassen, auch wenn sie sich aus Sicht der betreuenden Person selbst überschätzen, wurde von den anderen Teilnehmer_innen der Fokusgruppe bestätigt. Sie stellen die Frage in den Raum, warum dem Klienten die Entscheidungsfreiheit genommen werden sollte, wenn er doch verstanden hat, worum es geht? Sie sind der Ansicht, dass es im Sinne der sozialarbeiterischen Profession sei, den Menschen die Verantwortung über ihr Leben zu lassen und den Wert der individuellen Selbstbestimmung hochzuhalten. Das sei die Basis unseres Tuns. Der Ethikkodex des IFSW nimmt ebenfalls darauf Bezug, indem er

den Respekt von Sozialarbeiter_innen vor den Entscheidungen von Klient_innen einfordert (vgl. IFSW 4.1.1, 2012).

„Der Wunsch und die Zieldefinition der Leute ist immer der Punkt, mit dem man arbeiten kann.“ (FG8, Z9) Die Fokusgruppenteilnehmer_innen sind sich einig, dass die innewohnenden Bedürfnisse von Klient_innen Ausgangspunkt für die Planung von Interventionsschritten sind. In jedem Fall sind die Wünsche des_der Klient_in zu hören und es ist abzuklären, wie man Hans bei deren Erreichung unterstützen kann. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen die das selbstständige Wohnen für sich als Variante sehen und die Bedingungen, die erforderlich sind kennen, auch selbstständig wohnen können. Der Ethikkodex des IFSW spricht sich in diesem Zusammenhang dafür aus, die Stärken von Hans zu erkennen und ihm dabei zu helfen, seine Zukunftspläne zu verwirklichen (vgl. IFSW 4.1.4, 2012). Auch der Deutsche Ethikkodex verlangt die Förderung der individuellen Ziele von Klient_innen (vgl. DBSH 4.2.3.1, 2014).

Es sei aber auch abzuklären, welche Rolle die dementielle Erkrankung und die kognitive Aufnahmefähigkeit und seine Wahrnehmung dabei spielt.

Ein_e Diskussionsteilnehmer_in streicht heraus, dass persönliche Ängste um das Wohlergehen von Klient_innen Teil des beruflichen Alltags sind. Gedanken wie: *„Ich merke selber, dass ich unter Druck komme und mir denke, das geht alles schief. Also der wird nichts zu Essen zu Hause haben oder Sonstiges.“* (FG8, Z100-101) Diese können Ausdruck der eigenen Normvorstellungen eines gelingenden Lebens sein. Es gäbe dann doch Leute, die es schaffen, man müsse in dieser Bewertung sehr vorsichtig sein.

Scheitern

Die Gefahr aber auch die Chancen im Scheitern spielen eine wichtige Rolle. Laut den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe bestehe immer die Gefahr eines „Drehtüreffekts“ bezogen auf eine drohende Obdachlosigkeit. Da es aber niemals eine hundertprozentige Garantie für ein Gelingen gäbe, stellt ein_e Diskussionsteilnehmer_in die Frage, mit welcher Berechtigung man den Versuch verwehren sollte.

Scheitern kann auch positiv gesehen werden, als etwas das durchlebt, durchwandert wurde. Dies wird in Verbindung gesetzt mit dem Faktor Zeit: Wieviel Zeit haben Menschen, Herausforderungen zu meistern? In diesem Zusammenhang spricht ein_eine Fokusgruppenteilnehmer_in vom Terminus „Reifen“ (FG8, Z224), was eine andere Konnotation aufweist, als „Zeit brauchen.“ (FG8, Z224)

Als grundsätzliche Statements wurde gebracht:

„Es gibt nach Krisen wieder die Chance auf das eigenständige Leben.“ (FG8, Z22)

„Die Leute haben auch einmal das Recht zu scheitern. Ich denke in einem Fall wo die Sachwalterschaft aufgehoben wurde und der hat auf einmal das ganze Geld verprasst. Ja, das darf auch sein! Ist sein Geld.“ (FG8, Z218-219)

„Das ist ein Leitsatz in unserer Gesellschaft: Passen wir doch auf, dass ja niemand scheitert!“ (FG8, Z222)

Sachwalterschaft

Der Umgang mit Sachwalterschaft und Sachwalterschaftsanregungen zeigt einige Widersprüchlichkeiten auf. Einerseits werden heimliche Sachwalterschaftsanträge als problematisch gesehen (siehe auch Teil II, Kapitel 2.4.3.1., Unterkapitel ‚Professionelle Haltung‘) andererseits sahen einige Diskussionsteilnehmer_innen in ihrer Berufspraxis in einigen Fällen keine Alternativen zur heimlichen Sachwalterschaftsanregung. Der Ethikkodex des IFSW fordert von Sozialarbeiter_innen, die vertrauliche Beziehung zu Ihren Klient_innen nicht missbrauchen (vgl. IFSW 5.3, 2012).

Ein_Eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe spricht sich generell gegen Besachwalterungen aus. Aus ihrer Erfahrung beeinträchtigt eine Sachwalterschaft die Betreuung in negativem Sinne – die Zusammenarbeit werde dadurch erschwert.

Es wird angemerkt, dass eine durch den Sozialarbeiter vermutete Selbstüberschätzung des Klienten keine Rechtfertigung für eine Anregung einer Sachwalterschaft darstellt und eine drastische und unverhältnismäßige Maßnahme sei.

Einige Fokusgruppenteilnehmer_innen räumen jedoch ein, dass sie bereits Sachwalterschaften angeregt haben, ohne Klient_innen vorab zu informieren und zwar dann, wenn die Selbstüberschätzung von Klient_innen überhandnehme. Wenn beispielsweise um Beihilfen nicht angesucht werden würde und Personen dann in finanzielle Schwierigkeiten kommen, werde es auch ohne das Wissen von Klient_innen gemacht.

Die Betreuungsarbeit gestalte sich im Nachhinein möglicherweise aber viel schwieriger.

Grundsätzlich stellte ein_eine Diskussions Teilnehmer_in fest, brauche es das Einverständnis von Klient_innen nicht, aber eine heimliche Anregung werde immer als Vertrauensbruch erlebt.

In Bezug auf Hans meint ein_eine Fokusgruppenteilnehmer_in, dass es schon möglich sei, dass ein statt gefundenes Informationsgespräch über eine geplante Sachwalterschaftsanregung wieder vergessen werde, das sei aber noch lange kein Grund, nicht darüber zu informieren. Das gegenwärtig diskutierte Österreichische Berufsgesetz für Sozialarbeiter_innen, das momentan als Entwurf vorliegt, schlägt im § 10 Auskunftspflicht vor, dass Sozialarbeiter_innen betroffenen Klient_innen „alle Auskünfte über die von ihnen geplanten sowie gesetzten Handlungsschritten zu erteilen haben, soweit nicht überwiegende, berücksichtigungswürdige persönliche Interessen von Dritten oder überwiegende öffentliche Interessen gefährdet werden.“ (OBDS 2015) Vertreter_innen der Fachhochschule Sankt Pölten kritisieren und ergänzen diesen Passus, in dem sie den Begriff der Auskunftspflicht erweitern. Vielmehr handle es sich bei einer solchen Auskunft um eine Bringschuld der Sozialarbeit. Unterstützungsplanungen sind mit Klient_innen gemeinsam zu akkordieren und es liege in der Verantwortung der Fachkräfte dafür Sorge zu tragen, dass Informationen von betroffenen Klient_innen verstanden werden können (vgl. Department Soziales Fachhochschule St. Pölten GmbH 2015).

Über die Entscheidung, warum dies in diesem Fall so gehandhabt wurde, kann nur, wie bereits in der Dilemmabeschreibung, gemutmaßt werden. Wie sich anhand der Diskussionsbeiträge in der Fokusgruppe zeigt, sind heimliche

Anregungen Teil der Praxis zumindest einiger Sozialarbeiter_innen. Dies lässt den Schluss zu, dass hier weiterführende Forschungsarbeit sinnvoll wäre, da in der Gruppendiskussion ein grundsätzlicher Konsens über die Problematik heimlicher Sachwalterschaftsanregungen stattgefunden hat.

Normen

Was ist normal? Wie schon in Teil II, Kapitel 2.4.3.2., Unterkapitel ‚Selbstbestimmtes Leben‘ angesprochen, ist die Auseinandersetzung mit persönlichen Normvorstellungen für Sozialarbeiter_innen zentral. Die Aussagen über Klient_innen besitzen in vielen Handlungsfeldern eine nicht unerhebliche Deutungsmacht, die unmittelbare Auswirkung auf das weitere Leben von Menschen hat. Daher ist es besonders wichtig, die eigenen Vorstellungen eines gelingenden Lebens nicht als allgemeine Maßvorgabe zu betrachten und einzusetzen. Der Schweizer Ethikkodex thematisiert dies folgendermaßen: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind sich ihrer Positionsmacht bewusst und gehen sorgfältig damit um.“ (Avenir Social 11.4, 2010) Auch die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe sprechen sich für eine differenzierte Sichtweise vor allem in den Bereichen persönlicher Lebensstil, Ernährung, Körperpflege und Umgang mit Geld aus und weisen auf die Verantwortung von Sozialarbeiter_innen hin.

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe waren sich darüber einig, dass die Akzeptanz gegenüber anderen Lebensstilen mit zunehmenden Alter und der Praxiserfahrung zunimmt. *„Als junge Sozialarbeiterin habe ich mir gedacht, der muss doch warm essen einmal am Tag ... da muss ich mich manchmal zurücknehmen, auch wenn ich andere Vorstellungen habe.“* (FG8, Z302-304)
„Dem stimme ich zu, als junge Sozialarbeiterin habe ich vieles anders gesehen als mit Erfahrung. Ich kann viel mehr stehen lassen und akzeptieren.“ (FG8, Z296-297)

2.4.4. Auflistung der Handlungsoptionen

- Nachbetreuung – Brücken zur Verfügung stellen, d.h. in Notfällen noch eine Zeit lang aus Ansprechperson zur Verfügung stehen

- Durchbesprechen, wo die neue Anlaufstelle ist, einen fließenden Übergang schaffen
- Einfach strukturierte Mappe zusammenstellen, für verschiedene Anlaufstellen
- Checkliste erstellen - Ressourcen und Defizite
- Training von Fähigkeiten für selbstständiges Wohnen
- Abklären des Realitätsbezuges
- Erstellen fundierter Sozialberichte
- Grenzen zur Gefährdung und eigene Bedenken sichtbar und transparent kommunizieren
- Abklärung der Wertvorstellungen und persönlichen Lebensentwürfe – Minimalvariante überlegen
- Nutzen sozialer Diagnostik, z.B. biographischer Zeitbalken
- Beziehungsarbeit leisten
- Praktische Unterstützung bei Anträgen
- Sachwalterschaft beantragen
- Eigenverantwortung des Klienten einfordern

2.5. Pflege nach eigenen Vorstellungen (*Damaris Janschek*)

2.5.1. Falldarstellung

2.5.1.1. Rahmenbedingungen

Der folgende Fall hat sich auf der internen Abteilung in einem Wiener Krankenhaus zugetragen. Die Sozialarbeiterin wird bei Bedarf von der Stationsleitung hinzugezogen, um bei sozialen Problemen zu unterstützen. Dazu zählen finanzielle Schwierigkeiten, ungeklärte Wohnsituationen, Fragen bezüglich der Themenbereiche Arbeit und Behinderung, sowie bei komplexen Versorgungs- und Betreuungsproblematiken. Bei letzterem arbeitet die Sozialarbeiterin eng mit dem Entlassungsmanagement zusammen, das für die Regelentlassungen nach Hause (Organisation von Hilfsdiensten und Heilbehelfen) zuständig ist. In den meisten Fällen besteht ein großer zeitlicher Druck, da die behandelnden Ärzt_innen ihre

Patient_innen aufgrund des hohen Bettendrucks rasch entlassen wollen und oft keine oder nur wenig Rücksicht auf die soziale Situation nehmen.

2.5.1.2. Fallbeschreibung

Helene ist 91 Jahre alt und befindet sich seit zwei Wochen in stationärer Behandlung, will aber unbedingt so schnell wie möglich aus dem Krankenhaus nach Hause entlassen werden. Aus medizinischer Sicht spricht nichts dagegen, aufgrund der Lebenssituation von Helene wird jedoch die Entlassungsmanagerin beauftragt, die Entlassung vorzubereiten und notwendige Hilfen für die Klientin zu organisieren. Helene wohnt in einer Substandard-Wohnung im zweiten Stock eines Altbaus ohne Lift, ist jedoch nur mehr eingeschränkt mobil und hat keine Angehörigen, die sich um sie kümmern. Da sie fremde Hilfe vehement ablehnt, übergibt die Entlassungsmanagerin den Fall an die Sozialarbeiterin, damit diese mit Helene eine Lösung erarbeitet.

Zunächst reagiert Helene auch auf die Sozialarbeiterin sehr ablehnend. Vor allem, wenn die Sozialarbeiterin auf die Wohn- und Betreuungssituation zu sprechen kommt, bricht Helene das Gespräch ab, stellt sich schlafend oder fängt an laut zu schimpfen. Es ist der Wille der Klientin, weiterhin in ihrer Wohnung zu wohnen und in Ruhe gelassen zu werden. Da Helene geistig klar erscheint und auch der psychiatrische Konsiliararzt lediglich eine leichte zeitliche Desorientierung feststellen konnte, wird sie wenige Tage später nach Hause entlassen. Das einzige Hilfsmittel das sie zuließ, war ein Notrufarmband, welches am Tag der Entlassung in ihrer Wohnung installiert wurde.

Zwei Tage später wird Helene nach einem Sturz erneut ins Krankenhaus eingeliefert. Der Oberschenkelhalsbruch den sie sich zugezogen hat, verschlechtert ihre Mobilität zusätzlich. Die ersten Remobilisierungsversuche gestalten sich äußerst schwierig und es wird nach einigen Wochen immer unwahrscheinlicher, dass Helene noch einmal mobilisiert werden kann. Das Angebot eines Remobilisierungsaufenthalts in einem anderen Krankenhaus lehnt sie ab und drängt wieder in Richtung Entlassung nach Hause. Da sie sich jedoch nicht mehr selbständig fortbewegen, geschweige denn die zwei Stockwerke zu ihrer Wohnung bewältigen kann und somit eine Entlassung ohne Hilfsdienste nicht

verantwortbar ist, wird erneut die Sozialarbeiterin hinzugezogen um vielleicht doch noch mit der Klientin zu einer Lösung zu kommen.

Die Sozialarbeiterin versucht sich in vielen Gesprächen das Vertrauen der Klientin zu erarbeiten. Es bleibt aber nach wie vor schwierig, die Wohnsituation und die Gründe für die Ablehnung einer Betreuung mit ihr zu besprechen. In den Gesprächen wird die Trauer und Frustration von Helene über ihren schlechten körperlichen Zustand und das Fehlen einer Vertrauensperson bzw. generell von Sozialkontakten deutlich. Schließlich ist es der Sozialarbeiterin möglich, der Klientin zumindest die unterschiedlichen Betreuungsformen und –szenarien zu erklären und sie darüber zu beraten, die jedoch allesamt abgelehnt werden. Helene möchte keine fremde Hilfsperson in ihrer Wohnung haben und eine stationäre Aufnahme in einem Senioren- oder Pflegeheim kommt für sie nicht in Frage.

Seit der erneuten Aufnahme von Helene sind inzwischen sechs Wochen vergangen, ohne dass sie auch nur irgendeiner Betreuungsform zugestimmt hätte. Die Ärzt_innen wollen Helene möglichst rasch entlassen, da sie die normalerweise übliche Aufenthaltsdauer bei dieser Diagnose bereits weit überschritten hat. Bei einer Fallbesprechung mit der Stationsleitung schildert die Sozialarbeiterin ihren Eindruck, dass sich der geistige Zustand von Helene in den letzten Wochen stark verschlechtert hat und sie sowohl zeitlich als auch örtlich immer wieder aus der Realität abgleitet. Die Stationsleitung bestätigt diesen Eindruck und fordert erneut ein psychiatrisches Konsiliar an. Der Psychiater diagnostiziert eine leichte bis mittelgradige Demenz und empfiehlt hinsichtlich der sozialen Situation und der fehlenden Compliance und möglichen Selbstgefährdung der Klientin die Anregung einer Sachwalterschaft. Die Sozialarbeiterin bespricht dies mit Helene, die darauf mit einem Wutanfall reagiert und mit Klage droht.

2.5.1.3. Dilemmabeschreibung

Einerseits kann die Sozialarbeiterin das Autonomiebedürfnis ihrer Klientin nachvollziehen, das diese mehrfach und sehr nachdrücklich durch den Wunsch, in ihre Wohnung zurückzukehren und in Ruhe gelassen zu werden, zum Ausdruck gebracht hat. Andererseits sieht sie aus professioneller Sicht die Notwendigkeit

einer ausreichenden Betreuung im Alltag. Sie würde es Helene gerne ermöglichen, wieder in ihre Wohnung zurückzukehren und nimmt sich viel Zeit, ihr die Betreuungsmöglichkeiten zu erklären. Eine Entlassung nach Hause ohne Unterstützung ist laut Ärzt_innen nicht mehr verantwortbar und die fehlende Einsicht der Klientin engt den Handlungsspielraum ein. Die Situation ist für alle Beteiligten äußerst unbefriedigend. Die Quintessenz des Dilemmas lautet:

- Der Wunsch der Klientin nach einem selbstbestimmten Lebensende versus der Auftrag der Sozialarbeiterin eine adäquate Betreuung sicherzustellen

2.5.2. Fallkommentierung

2.5.2.1. Berufsethische Aspekte

Das Prinzip der Selbstbestimmung ist in den in dieser Arbeit verwendeten Ethikkodizes prominent vertreten. Auf die Förderung der Selbstbestimmung im „Statement of Ethical Principles“ des IFSW wurde bereits in Teil II, Kapitel 2.3.1. hingewiesen. Sozialarbeiter_innen sind demnach angehalten das physische, psychische, emotionale und spirituelle Wohlbefinden der Menschen aufrechtzuerhalten und zu verteidigen und deren Selbstbestimmungsrecht zu schützen und zu fördern (vgl. IFSW 4.1+4.1.1, 2012). Vor allem im Bereich der Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen, sowie von Menschen mit Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen scheint dieser ethische Grundsatz besonders wichtig.

2.5.2.2. Rechtliche Aspekte

Menschenrechtliche Aspekte

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) (siehe Teil II, Kapitel 3.4.) anerkennt in Art 3 „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit im Sinne von Selbstbestimmung ...“ (BGBl. III Nr. 155/2008). Zusätzlich kann hier auch die Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die bereits beim vorigen Fall (siehe Teil II, Kapitel 2.4.2.2.) angeführt wurde, als Argumentationsgrundlage herangezogen werden. Diese beinhaltet ebenfalls die Freiheit den eigenen Wohn-

und Betreuungsort zu wählen und über seinen finanziellen und materiellen Besitz zu verfügen. Ebenso werden das Recht auf Unterstützung (ausreichend Zeit und unabhängige Informationen und Beratung) für das eigenmächtige Treffen von Entscheidungen, sowie das Recht eine Vertrauensperson mit Entscheidungen zu betrauen, genannt. Eine Einschränkung der Selbstbestimmung ist nur im Falle der Selbst- oder Fremdgefährdung zulässig, muss im Rahmen eines transparenten und unabhängigen Verfahrens entschieden werden und darf nicht als endgültig betrachtet werden (vgl. Art 2:2010). Andererseits besteht auch das Recht auf „Schutz vor Vernachlässigung und mangelnder Sorgfalt bei der Bereitstellung von Hilfe, bei Betreuung, Pflege und medizinischer Behandlung“ (Art 1+2:2010).

Für den oben beschriebenen Fall bedeutet dies, dass grundsätzlich der Wille der Klientin an erster Stelle steht und berücksichtigt werden muss. Außerdem muss ihr ausreichend Zeit zur Verfügung gestellt werden, um eine Entscheidung bezüglich ihrer zukünftigen Wohn- und Betreuungssituation zu treffen. Die notwendige Zeit um solche Entscheidungen zu treffen ist nicht näher definiert. Da Zeit im Krankenhausalltag jedoch ein wertvolles Gut und aufgrund des hohen Bettendrucks in der Regel meist nur unzureichend vorhanden ist, wird darauf oft nicht ausreichend Rücksicht genommen.

Nationaler gesetzlicher Rahmen

Sachwalterschaftsgesetz

„Vermag eine volljährige Person, die an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist (behinderte Person), alle oder einzelne ihrer Angelegenheiten nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst zu besorgen, so ist ihr auf ihren Antrag oder von Amts wegen dazu ein Sachwalter zu bestellen.“ (BGBl. I Nr. 120/2005) Dies ist jedoch nur zulässig, wenn die notwendigen Angelegenheiten nicht von anderen Unterstützungssystemen oder Angehörigen erledigt werden können (vgl. BGBl. I Nr. 120/2005). „Über ihren Wohnort entscheidet eine behinderte Person, soweit sie einsichts- und urteilsfähig ist, selbst.“ (BGBl. I Nr. 120/2005) Ist dies nicht der Fall, fällt eine solche Entscheidung ebenfalls in das Aufgabengebiet des_der Sachwalter_in, allerdings nur, wenn dies zur Erhaltung des Wohles der betroffenen Person notwendig ist und der_die Sachwalter_in vom

Gericht für diese Angelegenheit beauftragt wurde. Für eine dauerhafte Änderung des Wohnortes ist zusätzlich die Zustimmung des Gerichts einzuholen (vgl. BGBl. I Nr. 120/2005).

Da eine Demenzerkrankung eine geistige Beeinträchtigung verursacht und Helene kein soziales Umfeld hat, welches die Betreuung übernehmen kann, erscheint die Anregung einer Sachwalterschaft gerechtfertigt. Und tatsächlich kann ein_eine Sachwalter_in auch über ihren Wohnort bestimmen, wenn er_sie vom Gericht dazu befugt ist und wenn es dem Wohl der betroffenen Person dient. Fremdbestimmung zur Vermeidung von Selbstgefährdung steht somit also über der Selbstbestimmung.

2.5.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen

2.5.3.1. Handlungsoptionen

Unterstützung bei der Entscheidungsfindung

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe erachteten es als besonders wichtig, die Klientin darin zu bestärken, eine Entscheidung für ihre weitere Versorgung zu treffen und damit ihre Selbstbestimmung zu stärken. *„... dass sie auf jeden Fall Mitsprache hat. Ich glaube man muss den Mittelweg finden. Du bist zwar jetzt schon 91 und, also so würde ich das jetzt nicht sagen, aber dass man ihr schon klarmacht, dass sie bestimmen kann ... wie das [die Betreuung] ausschauen könnte und dass du nicht komplett entmündigt wirst.“* (FG2, Minute 13:45)

Im Deutschen Ethikkodex wird dies ebenfalls gefordert: „Die Professionsangehörigen ermöglichen, fördern und unterstützen durch ihr professionelles Handeln in wertschätzender Weise Menschen zu ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe. Daraus ergibt sich die Verpflichtung zur Stärkung und Befreiung der Menschen.“ (DBSH 4.2.1.4, 2014) Vor allem der Schweizer Berufskodex sieht hier jedoch nicht nur eine Bestärkung der Klient_innen hinsichtlich ihrer Rechte sondern auch ihrer Pflichten (vgl. Avenir Social 12.2, 2010).

Um eine informierte Entscheidung treffen zu können benötigt Helene jedoch alle verfügbaren Informationen über die möglichen Betreuungsformen und

vorhandenen Unterstützungsangebote. Dies bedeutet für die Sozialarbeiterin, dass sie sich ein breites Wissen über die Versorgungslandschaft und relevante Einrichtungen und Angebote aneignen und erhalten muss. Eine umfassende und vor allem anschauliche Beratung über Betreuungsangebote kann dazu führen, dass die Klientin ihre Ansichten und Bilder zu Pflege und Betreuung überdenkt und aktualisiert. Bildmaterial (z.B. Folder mit Fotos), Einrichtungsbesichtigungen im Rahmen von Ausgängen oder Gespräche mit anderen Patient_innen, die bereits Erfahrung mit den unterschiedlichen Betreuungsformen haben, können dabei hilfreich sein. *„Was ich mir auch vorstellen kann ist, dass sie vielleicht auch nicht weiß, welche Angebote es gibt und welches Ausmaß es davon gibt und dass man ihr da vielleicht ein bisschen die Angst nimmt. Weil ich glaube Pflegeheim klingt für viele abschreckend und ich meine, sie ist sehr betagt, ein Pflegeheim war vor 60 Jahren auch etwas anderes und dass man da vielleicht, sogar mal eines besichtigt.“* (FG2, Minute 12:50)

Neben allen Informationen über Betreuungsangebote ist die Sozialarbeiterin jedoch auch verpflichtet, ihrer Klientin mögliche Folgen und Konsequenzen der einzelnen Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Der OBDS formuliert dies folgendermaßen: „Sozialarbeiter_innen informieren ihre Klient_innen über Art, Umfang, Möglichkeiten und Konsequenzen, sowie absehbare unerwünschte Folgen der ins Auge gefassten Hilfeleistungen.“ (OBDS Pkt.4, 2004)

Helene hat außerdem das Recht, über ihren körperlichen und geistigen Zustand aufgeklärt zu werden. Wenn sie dies selbst nicht einfordern kann, sollte die Sozialarbeiterin sie dabei unterstützen, dass die Ärzt_innen allfällige Fragen beantworten.

Die Sozialarbeiterin sollte mit der Klientin auch eine detaillierte Alltagsplanung vornehmen, um sich so einen Überblick darüber zu verschaffen, welche Alltagstätigkeiten sie noch selbständig bewältigen kann und in welchen Bereichen sie möglicherweise Unterstützung benötigt. Die ethischen Standards des OBDS enthalten diesbezüglich eine klare Aufforderung, Hilfeleistungen auf den Fähigkeiten der Klient_innen aufzubauen (vgl. OBDS Pkt.3, 2004) und auch der IFSW enthält diesbezüglich den Grundsatz „Stärken [zu] erkennen und [zu]

entwickeln – Sozialarbeiter/-innen sollen ihren Blick auf die Stärken der Individuen, Gruppen und Gemeinschaften richten und so ihr Empowerment fördern.“ (IFSW 4.1.4, 2012)

Des Weiteren muss die Sozialarbeiterin die Wünsche und Ziele, sowie Ängste und Bedenken der Klientin ernst nehmen und darauf eingehen. *„Also ich hör da ganz viele Ängste heraus, also ich würde da vielleicht, prinzipiell in den Gesprächen, wenn man schon eine Vertrauensbasis zu der Person hat, auf die Ängste auch eingehen, ihre Vorstellungen auch, was könnte passieren, wenn jetzt ein oder zwei Mal am Tag jemand vorbeikommt? Wie könnte das ausschauen? Was wäre ok und was nicht?“* (FG2, Minute 6:20)

Durch eine konkrete Bearbeitung dieser Ängste könnte die Klientin ihre Ansichten möglicherweise ändern oder es könnte ein Betreuungssetting entwickelt werden, mit dem sie einverstanden ist. Für diese Gespräche ist Empathie, Feingefühl und eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen der Sozialarbeiterin und ihrer Klientin notwendig. Der Ethikkodex des IFSW hält dazu fest: „Sozialarbeiter_innen sollen die Menschen, welche ihre Dienste nutzen, mit Mitgefühl, Einfühlungsvermögen und Achtsamkeit behandeln.“ (IFSW 5.4, 2012)

Wenn die Klientin den Verlust der Kontrolle über ihr Leben befürchtet, sollte die Sozialarbeiterin laut einem_einer Fokusgruppenteilnehmer_in das Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle mit ihr thematisieren. Sie sollte den Dienstleistungscharakter der ambulanten Betreuung und die Auftraggeberrolle der Klientin hervorheben und kann dadurch vielleicht ihre Sichtweise beeinflussen. *„Ich finde generell, dass das Wort ‚Hilfe‘ ein schwieriger Begriff ist, weil dadurch entsteht einfach ein Machtunterschied, weil ‚ich helfe dir‘ und dass man einfach auch auf die Wortwahl aufpasst und ihr nicht das Gefühl gibt, dass sie hier jetzt die Bedürftige ist, die Hilfe braucht, sondern dass man einfach sagt, ‚jeder Mensch braucht Unterstützung‘... und ihr vielleicht auch erklärt, dass das eine Dienstleistung ist, da kommt halt jemand, der hilft mir beim Waschen und beim Einkaufen, so wie ich wohin gehe und mir die Haare schneiden lasse. Man braucht immer von irgendwem Unterstützung, weil man kann nicht alles machen.“* (FG2, Minute 11:15)

Einbeziehung des sozialen und professionellen Umfeldes

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe waren sich einig, dass eine Erhebung und Einbeziehung des sozialen Netzwerks äußerst wichtig ist. Dazu zählen nicht nur unmittelbare Angehörige, sondern auch Nachbar_innen, Bekanntschaften, etc.

Die Sozialarbeiterin muss sich ihrerseits mit anderen Professionellen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses absprechen, um die Entlassung und die Betreuung danach entsprechend planen zu können. Sie kann auf das Expert_innenwissen dieser Kolleg_innen zurückgreifen. Der OBDS ruft zu einer generellen Kooperation „mit allen Personen und Institutionen, die für die Verbesserung der Lebensverhältnisse der Klient_innen einen Beitrag leisten können“ auf (OBDS Pkt.11, 2004). Der Schweizer Berufskodex spezifiziert dies hinsichtlich der interprofessionellen Zusammenarbeit und hebt diesbezüglich die Bedeutung einer umfassenden und transdisziplinären Fallanalyse, -bewertung und -bearbeitung hervor (vgl. Avenir Social 16.1, 2010).

Gerade, weil hier mehrere Professionen an einem Fall arbeiten, ist es wichtig, der Klientin gegenüber transparent aufzutreten und die einzelnen Rollen klar darzulegen. Der_die behandelnde Ärzt_in sollte seine_ihre Verantwortung für die Entlassung thematisieren und Helene mitteilen, wenn er_sie eine Entlassung ohne Betreuung nicht verantworten kann. Die Sozialarbeiterin kann ihrerseits ihren Auftrag von der Station und ihre Handlungsmöglichkeiten offenlegen. Der Schweizer Ethikkodex empfiehlt generell, dass Sozialarbeiter_innen ihre Klient_innen über „ihre Möglichkeiten und Grenzen, ihre Arbeitsweisen und Methodenwahl, ihre Befugnisse und Kompetenzen sowie den Einbezug anderer Fachpersonen“ informieren sollen (Avenir Social 10.4, 2010).

Selbstbestimmung trotz Demenz

Eine beginnende Demenz bedeutet nicht unbedingt das Ende der Selbstbestimmung der betroffenen Person. Der Schweizer Ethikkodex sieht das Selbstbestimmungsrecht eines jeden Menschen erst durch Fremd- und/ oder Selbstgefährdung begrenzt (vgl. Avenir Social 8.5, 2010). Solange sich die Klientin also nicht selbst oder andere gefährdet, hat sie das Recht, selbstbestimmt über ihr Leben zu entscheiden. Diese Ansicht teilen auch die

Fokusgruppenteilnehmer_innen: *„Im Endeffekt auch wenn sie eine leichte oder mittlere Demenz hat, die Entscheidung liegt ja trotzdem bei ihr, oder sollte sie liegen.“* (FG2, Minute 23:10)

In diesem Sinne wäre eine Betreuungsform anzustreben, mit der die Klientin einverstanden ist und bei der eine Gefährdung unwahrscheinlich ist. Die Errichtung einer Patientenverfügung wurde von einem_einer Diskussteilnehmer_in als eine Möglichkeit genannt, die Selbstbestimmung und den Willen der Klientin festzuhalten, da diese zumindest für einen Zeitraum von fünf Jahren auch dann ihre Gültigkeit behält, wenn sich ihr Zustand verschlechtert (vgl. BGBl. Nr. 55/2006).

Die Sozialarbeiterin sollte dennoch die Möglichkeit einer Sachwalterschaftsanregung offen mit ihrer Klientin besprechen. *„Also bezüglich Sachwalterschaft ... ihr schon diese Möglichkeit zu sagen, rein rechtlich bzw. ihr auch zu sagen, sie kann eine Patientenverfügung machen.“* (FG2, Minute 14:20)

Die Sachwalterschaft wäre laut einem_einer der Fokusgruppenteilnehmer_innen einerseits eine Möglichkeit die Klientin zu entlasten (v.a. in finanzieller Hinsicht), andererseits aber auch eine mögliche Konsequenz, wenn sie sich durch die Ablehnung jeglicher Hilfen selbst gefährdet. Dies entspräche der Haltung zur Transparenz des DBSH: „der Mensch muss in jeder Phase des Hilfeprozesses erkennen können, wo er steht, welche Mittel die Professionellen der Sozialen Arbeit einsetzen und welche Ziele verfolgt werden. Ohne das grundsätzliche Einverständnis kann der Professionelle der Sozialen Arbeit keine professionelle Hilfe ermöglichen“ (DBSH 3.3.4, 2014). Wenn die Demenz bereits so weit fortgeschritten ist, dass Helene nicht mehr in ihrem besten Interesse handeln kann bzw. wenn sie selbstgefährdende Handlungen setzt, muss die Sozialarbeiterin eine Sachwalterschaft anregen. Sie ist der Klientin und ihrer Profession verpflichtet und trägt die Verantwortung für ihre Handlungen gegenüber ihrer Klientin (siehe Teil II, Kapitel 3.2., Unterpunkt ‚professionelle Verantwortung‘).

Betreuungsmöglichkeiten

Bezüglich konkreten Betreuungsangeboten, hat ein_eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe den Besuch eines Tageszentrums für Senior_innen vorgeschlagen, da dies Tagesstruktur und neue Sozialkontakte garantieren würde. Für Menschen mit eingeschränkter Mobilität gibt es in begrenztem Ausmaß sogar Transportplätze, bei denen die Besucher_innen des Tageszentrums von der Wohnungstüre abgeholt und bei Bedarf über die Treppen hinuntergetragen werden. Die Besichtigung eines solchen Tageszentrums könnte möglicherweise noch während des Krankenhausaufenthalts organisiert werden.

Darüber hinaus gäbe es laut Fokusgruppenteilnehmer_innen eine Vielzahl an Möglichkeiten, wie Helene mithilfe ambulanter Betreuungsdienste zu Hause versorgt werden könnte. Einige davon sollen hier kurz zusammengefasst werden. Die Betreuungsangebote für pflegebedürftige Menschen in Wien können in drei Kategorien unterteilt werden.

- 1) Ambulante Betreuung zu Hause: Diese Gruppe umfasst Hilfsdienste wie Heimhilfen, mobile Hauskrankenpflege, Besuchsdienste, Essen auf Rädern, etc. Diese Dienste werden in unterschiedlichem Stundenausmaß angeboten und werden flexibel in unterschiedlichen Konstellationen von vielen Trägerorganisationen angeboten. Sie beschränken sich aber auf die Zeit zwischen ca. 6 Uhr früh und 20 Uhr am Abend. In der Nacht sind die betreuten Menschen alleine zu Hause. Die Kosten richten sich nach dem Einkommen und der Pflegegeldstufe der betreuten Person und werden von der Stadt Wien gefördert (vgl. FSW o.A.).
- 2) 24-Stunden-Betreuung zu Hause: Steigt der Pflegebedarf auf ein Ausmaß an, dass die betreute Person nicht mehr alleine zu Hause wohnen kann, gibt es die Möglichkeit einer 24-Stunden-Betreuung. Dabei wohnt eine Betreuungsperson bei der pflegebedürftigen Person zu Hause und kümmert sich um die Versorgung und Verpflegung. Die Kosten für diese Betreuungsform sind wesentlich höher, werden aber vom Sozialministeriumservice gefördert. Dennoch können sich viele Menschen diese Betreuungsform nicht leisten (vgl. BMASK o.A.).

3) Stationäre Pflege und Betreuung in einem Pflegeheim oder Pensionist_innenwohnhaus: Wenn in der Wohnung der pflegebedürftigen Person keine ausreichende Betreuung gewährleistet werden kann, gibt es noch die Möglichkeit einer Aufnahme in ein Pflegeheim. Die Kosten werden zum Teil von der Stadt Wien übernommen und sind abhängig vom monatlichen Einkommens und vom Pflegegeld (vgl. FSW o.A.).

Da Helene die letzteren zwei Betreuungsformen ablehnt, wird auf den ersten Punkt noch genauer eingegangen. Es wäre denkbar, die Entlassung der Klientin gemeinsam mit dem Entlassungsmanagement mit allen verfügbaren Hilfen für zu Hause vorzubereiten, die Zustimmung der Stationsleitung vorausgesetzt. Aufgrund des hohen Pflegebedarfs und des ablehnenden Verhaltens der Klientin würde die Sozialarbeiterin erwarten, dass die Betreuung vom entsprechenden Verein nach wenigen Einsätzen, also innerhalb der ersten ein bis zwei Tage, beendet wird und sie mangels Alternativen erneut ins Krankenhaus eingeliefert wird. Es bliebe zu hoffen, dass der Klientin durch die Entlassung vor Augen geführt wird, dass sie zu Hause nur unzureichend versorgt ist und sie dadurch zu der notwendigen Einsicht für die Beantragung eines Pflegeplatzes gelangt. Die Anregung einer Sachwalterschaft wäre damit nicht mehr notwendig.

2.5.3.2. Ethische Überlegungen

Professionelle Verantwortung

Die Sozialarbeiterin ist für ihre Entscheidungen verantwortlich und muss diese fachlich und ethisch begründen können. Laut Schweizer Berufskodex ist eine Handlung ethisch begründet, „wenn das Handeln aufgrund ihrer moralischen Kriterien sowie ihrer professionellen Grundsätze reflektiert wird.“ (Avenir Social 10.1, 2010) Der IFSW ruft ebenfalls dazu auf, Entscheidungen und Handlungen gegenüber Klient_innen zu begründen und Verantwortung dafür zu übernehmen (vgl. IFSW 5.11, 2012).

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe sehen die Verantwortung der Sozialarbeiterin außerdem insbesondere darin, die Klientin in ihrer Selbstbestimmung zu bestärken, ihr aber auch die Konsequenzen ihrer

Entscheidungen aufzuzeigen. Sie heben in der Diskussion nicht nur das Recht auf Selbstbestimmung, sondern auch das Recht auf Schutz hervor. Im Schweizer Berufskodex zählt der Schutz von Menschen zu den Kernaufgaben Sozialer Arbeit: „Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren.“ (Avenir Social 5.6, 2010)

Umgang mit dem Dilemma

Die Fokusgruppenteilnehmer_innen appellieren an die Sozialarbeiterin sich abzugrenzen und wie im vorigen Punkt bereits ausgeführt wurde, die Verantwortung für die Entscheidungen der Klientin bei dieser zu belassen. *„... es ist in diesem Fall nicht meine Verantwortung, also wenn die Klientin das wirklich nicht annehmen möchte, aus welchen Gründen auch immer, auch wenn wir noch so viel mit ihr geredet haben ... man muss Verantwortungsbereiche auch abgrenzen.“* (FG2, Minute 51:15)

Auch im Schweizer Ethikkodex wird dazu aufgerufen, die Balance zwischen einfühlsamer Zuwendung und notwendiger Abgrenzung zu finden (vgl. Avenir Social 12.1, 2010).

Darüber hinaus könnte und sollte die Sozialarbeiterin die Möglichkeit nutzen, den Fall mit Kolleg_innen zu besprechen und unterschiedliche Handlungsoptionen und mögliche Fallverläufe durchzudenken. Im Rahmen von Supervision könnte sie ihre Sichtweise auf und ihren Umgang mit dem Fall reflektieren. Diesbezüglich findet man ebenfalls Empfehlungen in den berufsethischen Grundlagen, beispielsweise im Berufsethikkodex des DBSH, der neben Supervision und Intervision auch zur Auseinandersetzung mit Literatur sowie zu Weiterbildung aufruft (vgl. DBSH 3.3.6, 2014).

2.5.4. Aufzählung der Handlungsoptionen

- Bestärkung der Klientin im Sinne der Selbstbestimmung eine Entscheidung für ihre weitere Betreuung zu treffen

- Informationsweitergabe über vorhandene Betreuungsformen und mögliche Hilfsangebote unterstützt durch Bildmaterialien, Einrichtungsbesichtigungen und Austausch mit Personen, die bereits Betreuungserfahrung haben
- Aufklärung über mögliche Folgen und negative Konsequenzen der vorhandenen Handlungsoptionen
- Informationen über gesundheitlichen Zustand und diesbezügliche Prognose einfordern
- Detaillierte Alltagsplanung zur Klärung welche Tätigkeiten die Klientin noch selbständig erledigen kann und in welchen Bereichen sie Hilfe braucht
- Erhebung und Bearbeitung von Wünschen und Ängsten der Klientin
- Thematisierung des Spannungsfeldes zwischen Hilfe und Kontrolle
- Erhebung und Einbeziehung des sozialen Netzwerks der Klientin
- Koordination mit anderen Professionen innerhalb des Krankenhauses
- Aufklärung der Klientin über die Rolle und den Auftrag der Sozialarbeiterin
- Beratung über die Errichtung einer Patientenverfügung
- Beratung über die Möglichkeit einer Sachwalterschaftsanregung bzw. Anregung einer Sachwalterschaft, falls notwendig
- Besuch eines Tageszentrums für Senior_innen
- Organisation ambulanter Betreuungsdienste
- Antragstellung für einen stationären Pflegeplatz in einem Pflegeheim
- Inanspruchnahme von Supervision

Fallgruppe – individuelle Rechte und Auftrag der Organisation

2.6. Nähe zur Familie (*Dunja Gharwal*)

2.6.1. Falldarstellung

2.6.1.1. Rahmenbedingungen

Asylverfahren in Österreich

Die Republik Österreich hat sich völkerrechtlich verpflichtet, gemäß der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) von 1951, Asyl zu gewähren (vgl. BGBl. Nr. 55/1955).

Durch die Anerkennung von Personen als Flüchtling laut GFK kann durch persönliche Einbringung eines Antrages auf Asyl in Österreich ein Zulassungsverfahren begonnen werden. Die Zulassung zum Verfahren beinhaltet eine medizinische Untersuchung, sowie eine vorläufige Unterbringung der Asylwerber_innen, die Erstbefragung durch Exekutivbeamte_innen unter Zuziehung von Sprachdolmetscher_innen dient der Feststellung der Identität, des Fluchtweges, sowie der inhaltlichen und formalen Abklärung der Zuständigkeit Österreichs nach der Dublin III Verordnung.

Wird das Asylverfahren eröffnet, wird den Asylwerber_innen die sog. Grundversorgung gewährt und sie werden einem bestimmten Bundesgebiet zugewiesen. Die Unterbringung kann sowohl in öffentlichen wie auch in privaten Unterkünften erfolgen, in diesem Fall wird ein Kostenersatz gewährt. Die Grundversorgung stellt während der Dauer des Verfahrens sicher, dass Asylwerber_innen eine Unterkunft haben, kranken- und unfallversichert sind und ihnen Essen und Bekleidung zur Verfügung gestellt werden. Die monatlichen Geldleistungen pro Asylwerber_innen liegen deutlich unter der bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS).

Betreuungseinrichtungen während des Asylverfahrens

Derzeit gibt es in ganz Österreich rund 700 Flüchtlingsunterbringungseinrichtungen (vgl. BMI - Asylwesen – Betreuung, o.A.). Es handelt sich hierbei um Wohnbetreuungsformen für Erwachsene, Wohngemeinschaften für Kinder sowie mobile Betreuungsteams für jene Asylwerber_innen, die in Privatquartieren untergebracht sind.

Eine Sonderform der Betreuung stellt der erhöhte Betreuungsbedarf dar. Dieser berücksichtigt die spezielle Situation besonders schutzbedürftiger Fremder und ist nicht österreichweit gleich geregelt.

Im konkret vorliegenden Fall hat das Flüchtlingswohnheim Plätze für 60 Flüchtlinge, wobei vier Plätze mit erhöhtem Betreuungsbedarf durch das Land finanziert werden. Im Rahmen der psychosozialen Betreuung werden 14 tägige Gespräche ohne Dolmetscher_innen angeboten. Die Psychotherapieeinheiten werden ebenfalls 14-tägig vereinbart. Die Therapie wird in englischer Sprache

abgehalten. Das Hinzuziehen eines_einer Dolmetscher_in für die Therapiestunden konnte mangels Finanzierung nicht umgesetzt werden. Die medizinische Versorgung wird gemeinsam mit den Bewohner_innen und einem_einer Sozialarbeiter_in mit lokalen Fachärzten und dem Krankenhaus koordiniert. Eine intensivere psychosoziale Begleitung und Betreuung der Bewohner_innen ist mangels personeller Ressourcen nicht möglich. Die Unterstützung in rechtlichen Angelegenheiten bezüglich des Asylverfahrens wird ebenfalls von einem_einer Sozialarbeiter_in angeboten. Eine rechtsanwaltliche Vertretung ist mangels finanzieller Ressourcen nicht möglich.

2.6.1.2. Fallbeschreibung:

Mohammed benötigte zwei Jahre um von Afghanistan nach Österreich zu gelangen. Er ist 27 Jahre alt, verheiratet, Vater von einem Kind und leidet an einer angeborenen Herzerkrankung. Im Zuge seiner ersten Einvernahme im Erstaufnahmezentrum erleidet Mohammed einen Herzinfarkt und musste notoperiert werden.

Nach zweimonatigem Spitalsaufenthalt wird er ohne Rehabilitationsverordnung in das Erstaufnahmezentrum entlassen. Erst jetzt kann er formal einen Antrag auf Asyl stellen. Bis zur etwaigen Zulassung zum Verfahren ist er im Erstaufnahmezentrum untergebracht. Schließlich wird sein Antrag als zulässig eingestuft und sein Umzug in eine Flüchtlingseinrichtung wird eingeleitet. Aufgrund seiner traumatischen Lebensgeschichte wird er psychiatrisch betreut und erhält psychotherapeutische Begleitung. Mohammed hat bereits Familie in Österreich. Sein Großonkel lebt seit 35 Jahren in einem anderen Bundesland. Der Großonkel und seine Familie möchten Mohammed in ihrer Nähe wissen. Aufgrund der kleinen Wohnung des Onkels kann er nicht zur Familie ziehen. Jedoch gibt es eine Einrichtung für Asylwerber_innen in der Stadt. Ein Wechsel der Betreuungseinrichtung ist für die zugewiesene Flüchtlingseinrichtung nicht denkbar, da die psychiatrische Versorgung dort nicht gewährleistet ist, beziehungsweise die nun aufgebaute Beziehung zwischen Mohammed und seinem Therapeuten abreißen würde. Mohammed beschließt daher alle Medikamente (Psychopharmaka und Herzmedikamente) gleichzeitig abzusetzen

um seine Gesundheit zu beweisen und einen Wohnungswechsel in die Nähe seiner Familie zu erzwingen. Die zuständige Behörde sieht ebenfalls keine Notwendigkeit den Wechsel in ein anderes Bundesland zu ermöglichen und beharrt auf der vorgegebenen Zuständigkeit des Bundeslandes.

2.6.1.3. Dilemmabeschreibung:

Die zuständige Sozialarbeiterin des Flüchtlingswohnheimes steht nun vor dem Dilemma, dass ihr_ihre Arbeitgeber_in von ihr fordert auf Mohammed dahingehend einzuwirken, dass er im Flüchtlingswohnheim bleibt, bis sein Asylverfahren beendet ist und er die psychiatrische Betreuung und Psychotherapie annimmt, sowie die verschriebenen Medikamente einnimmt. Diese Forderung stimmt allerdings nicht mit den Bedürfnissen des Klienten überein. Mohammed möchte in die unmittelbare Umgebung seiner Familie ziehen. Er betont die psychische Belastung durch die Unterbringung mit anderen Betroffenen und den Mangel an privaten Kontakten außerhalb der Unterbringung. Das Dilemma lautet daher kurzgefasst:

- Selbstbestimmung und Mandat des Klienten versus Mandat des_der Arbeitgeber_in oder Institution

2.6.2. Fallkommentierung

2.6.2.1. Berufsethische Aspekte:

Das angesprochene Dilemma liegt aufgrund der divergierenden Mandate vor. Die Sozialarbeiterin ist ihrem_ihrer Arbeitgeber_in verpflichtet und gleichzeitig möchte sie die Bedürfnisse und die besondere Situation ihres Klienten berücksichtigen.

Bereits in der Einleitung des Ethikkodex des Internationalen Berufsverbandes für Sozialarbeiter_innen (IFSW) wird dieses Doppelmandat angesprochen und die Tatsache festgehalten, dass die Ressourcen der Gesellschaft limitiert sind (vgl. IFSW 2012).

Punkt 4.1 widmet sich den Prinzipien des Ethikkodex und spricht in Punkt 4.1.1 von der Grundvoraussetzung, das Recht auf Selbstbestimmung zu respektieren. Diese Forderung ist an erster Stelle gereiht und hat oberste Priorität. Für Mohammed und die Beziehung der Sozialarbeiterin zu ihm ist dieser Punkt von

besonderer Bedeutung. Ihr_ihre Arbeitgeber_in orientiert sich weniger an dem Selbstbestimmungskonzept, wie es in der Sozialarbeit prioritär ist. Für die Sozialarbeiterin hat dieses in ihrem professionellen Verständnis eine grundlegende Bedeutung.

In Punkt 4.2.2 IFSW wird betont, dass Sozialarbeiter_innen insbesondere die ethischen und kulturellen Unterschiede/Verschiedenheiten von Gesellschaften in und mit denen sie praktizieren zu berücksichtigen haben. Für die Sozialarbeiterin kann es daher besonders hilfreich sein, sich mit Mohammeds Familiensystem auseinander zu setzen. Das Wahrnehmen und Respektieren von anderen Kulturen und Traditionen gelingt vor allem durch Beobachtung und Lernen. In diesem Prozess könnte die Familie von Mohammed als Ressource einbezogen werden.

Punkt 4.2.4 IFSW fordert von Sozialarbeiter_innen Unrecht zu benennen und gegenüber ihren Arbeitgeber_innen, aber auch gegenüber politischen Entscheidungsträger_innen und der allgemeinen Öffentlichkeit zu formulieren. Für die hier vorgestellte Sozialarbeiterin ist dies sicherlich eine schwierige Forderung, da gerade ihr_ihre Arbeitgeber_in sie drängt auf Mohammed manipulierend einzuwirken und damit jede Intervention hinsichtlich seines Rechts auf Selbstbestimmung bezüglich Familie oder Wohnsitzwahl unterwandert.

Gleichzeitig eröffnen alle genannten Punkte mögliche Handlungsoptionen für die Sozialarbeiterin. Sowohl gegenüber ihrem_ihrer Arbeitgeber_in als auch gegenüber den Behörden kann sie auf diese Prinzipien zurückgreifen und Mohammed in seinen Wünschen unterstützen.

Das Mandat

Sozialarbeit wird dann aktiv, wenn sie einen Auftrag erhält. Sie ist historisch gewachsen und unterliegt einem ständigen Wandel, so wie auch die Gesellschaft Veränderung erlebt. Die enge Verwobenheit mit dem Konzept der Wohlfahrt und des Staates sowie ihrer häufig finanziellen Abhängigkeit vom Staat, bietet überschaubaren Handlungsspielraum und Entwicklungspotenzial. Die weitläufige Bandbreite ihrer Handlungsfelder lässt eine einfache Abgrenzung und Kategorisierung nur bedingt zu. Vielmehr zeichnet sich Sozialarbeit durch fließende Übergänge und immer neue Handlungsfelder aus.

Verwoben in dieser sich ständig verändernden Dynamik werden unterschiedliche Wünsche und Forderungen an die Sozialarbeit herangetragen.

Sozialarbeiter_innen sind daher immer gefordert in der Triangulierung der drei Mandate (Klient_in – Organisation – Sozialarbeiter_in) zu prüfen, wie eine gelungene Intervention zu entwickeln ist (vgl. Teil II, Kapitel 2.5.). Eine Gewichtung hinsichtlich der Durchsetzungskraft der einzelnen Mandate kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Vielmehr gilt es Überlegungen anzustellen, wie das Tripelmandat und damit die Möglichkeit der Sozialarbeiterin selbst eine Forderung aus ihrer beruflichen Professionalität zu stellen, für Mohammed hilfreich sein kann.

2.6.2.2. Rechtliche Aspekte

Menschenrechtliche Aspekte

Die Ressource der Familie ist für Mohammed von großer Bedeutung. Wie bereits im theoretischen Teil (vgl. Teil II, Kapitel 3.3.) erörtert ist sie durch Art 8 EMRK, sowie dem Allgemeinen Kommentar Nr. 19 in Art 23 thematisiert und kann für Mohammed gerade aufgrund seiner Grunderkrankung, seiner Traumatisierung und seine Beziehung zum Onkel und dessen Familie ein Argumentationsstrang sein, warum die Bedeutung der Familie von besonderer Wichtigkeit ist.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) bietet weitere argumentative Unterstützungsangebote für Mohammeds Situation und eröffnet damit auch den Handlungsspielraum der Sozialarbeiterin in ihrer zukünftigen Verhandlungsstrategie. Bereits Art 1 BRK inkludiert Mohammed als betroffene Person (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008). Der Begriff „Menschen mit Behinderung“ beinhaltet jene Menschen, die langfristige, körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie aufgrund unterschiedlichster Hindernisse an der gleichberechtigten, wirksamen und vollen Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Mohammed kann hier sowohl aufgrund seiner Herzerkrankung als auch seiner Traumatisierung während des Krieges und der gefährlichen Flucht als mehrfach behindert angesehen werden, da er körperlich aber auch psychisch besondere Bedürfnisse hat. Zu dem Recht auf Selbstbestimmung bietet Art 3a bis h BRK weitere Orientierungshilfe. Art 3a bis h BRK umfasst die allgemeinen Grundsätze der BRK und zählt diese namentlich auf:

Achtung der jedem Menschen innewohnende Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit eigene Entscheidungen zu treffen und seine Unabhängigkeit; die Nichtdiskriminierung; die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft; die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit; die Chancengleichheit; die Zugänglichkeit; die Gleichberechtigung von Mann und Frau; die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität. Weiters zu beachten sind die Ausführungen der Art 17 BRK, welches das Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit gleichberechtigt mit anderen postuliert. Mohammed als ambulanter Herz- und Psychotherapiepatient sollte daher nicht aufgrund dieser Behinderungen benachteiligt werden. In Kombination mit Art 19a BRK, welcher die unabhängige Lebensführung und die Einbeziehung in die Gemeinschaft formuliert, hält dieser die freie Aufenthaltsortwahl fest und erweitert Unterstützungsangebote durch individuelle Lösungen wie persönliche Assistenz oder andere Unterstützungseinrichtungen, die gemeindenahе anzusiedeln sind. Art 25 BRK postuliert das Recht auf Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Alle vier Artikel bieten Argumentationshilfen für den von Mohammed gewünschten Bundeslandwechsel.

Nationaler gesetzlicher Rahmen

Die Grundversorgungs-Vereinbarung von Mai 2014 dient der Existenzsicherung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde. Sie regelt die Leistungen und die Aufteilung der Asylwerber_innen auf einzelne Bundesländer. Die Voraussetzung für den Erhalt der Grundversorgung ist die sogenannte „Hilfsbedürftigkeit“ dieser Menschen. Hilfsbedürftigkeit ist dann gegeben, wenn sich Menschen notwendige Lebenshaltungskosten nicht aus eigenen Mitteln und Kräften beschaffen können. Die Leistungen der Grundversorgung sind im Grundversorgungsgesetz - Bund 2005 definiert und bestehen aus Geld- und Sachleistungen (vgl. BGBl. Nr. I 100/2005 idF BGBl. I Nr. 122/2009). Die Grundversorgung von Asylwerber_innen und anderen hilfsbedürftigen Fremden wird durch die

Grundversorgungsvereinbarung (GVV) zwischen Bund und Ländern gem. Art 15a B-VG (vgl. BGBl. Nr. I 80/2004), dem Grundversorgungsgesetz – Bund 2005 (vgl. GVG-B 2005) und durch eigene Grundversorgungsgesetze der Bundesländer geregelt.

Im Rahmen der Grundversorgung wurde Mohammed einer Flüchtlingseinrichtung mit Wohnbetreuung zugewiesen. Die Versorgung erfolgt im Wohnheim und wird durch drei Sozialarbeiter_innen gewährleistet. Aufgrund Mohammeds gesundheitlicher Disposition ist ein erhöhter Betreuungsbedarf erforderlich. Der erhöhte Betreuungsbedarf ist nicht national geregelt und obliegt jedem Bundesland selbst. Ebenso verhält es sich mit einem Wechsel des Bundeslandes im Rahmen der Grundversorgung bzw. im aufrechten Asylverfahren. Dieser ist grundsätzlich möglich und obliegt der Kommission für Flüchtlingsangelegenheiten im jeweiligen Bundesland. Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Bundesländer sollten daher von der Sozialarbeiterin abgeklärt werden.

2.6.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen

Im Rahmen der Fokusgruppe wurden folgende Handlungsoptionen angeführt:

2.6.3.1. Handlungsoptionen

Informationspflicht und kritische Parteilichkeit

Die Rolle der Sozialarbeiterin liegt einerseits in der Aufklärung der Betroffenen bezüglich der Ursachen und strukturellen Probleme, die die Notlage der Betroffenen entstehen lassen, gleichzeitig motivieren sie die Betroffenen selbst von ihren Rechten, Fähigkeiten und Ressourcen Gebrauch machen zu können (vgl. Avenir Social 2, 2010). Die Interessenslage der Betroffenen steht immer über den Interessenslagen der Einrichtungen. Diese Haltung wird sowohl im Schweizer als auch im Deutschen Ethikkodex formuliert (siehe Avenir Social 10.4., 2010 und DBSH 3.3.5, 2015). Die Haltung zu kritischer Parteilichkeit wird an dieser Stelle hervorgehoben. Sowohl das Weitervermitteln an eine unabhängige Beratungsstelle als auch die Unterstützung zur selbständigen Antragstellung auf Bundeslandwechsel stellen zwei Handlungsoptionen dar. Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe bringen in der Diskussion ein, dass das Asylverfahren gerade für

afghanische Staatsbürger_innen einen überschaubaren Zeitrahmen hat. Eine Rückführung nach Afghanistan sei auszuschließen, da es kein Abkommen mit Afghanistan gibt. Dieses Wissen sei unbedingt mit Mohammed zu teilen. So kann er für sich selbst besser einschätzen, wie er sein Leben in Österreich planen möchte.

Sich Zeit nehmen für genaue Beratung

Ein_Eine Diskussionsteilnehmer_in meint: *„Für eine sehr genaue und gute Beratung muss man sich Zeit nehmen. Da muss man halt den österreichischen Föderalismus erklären. Und das braucht Zeit. Und das sind vernünftige Leute, die verstehen das.“* (FG4, Minute 36:22) Er_Sie spricht die Intensität von Beratung an und verweist auf den Faktor Zeit. Mohammed muss über die Österreichischen Besonderheiten, gesetzlichen Rahmenbedingungen und etwaige Besonderheiten aufgrund seiner Nationalität informiert werden.

Weiters muss die psychoedukative Beratung bezüglich der verschriebenen Medikamente und die Auswirkungen auf Mohammed bei einer selbstständigen Absetzung sensibel und achtsam thematisiert werden. Gleichzeitig sollte die Sozialarbeiterin sicherstellen, dass er diese umfangreichen Informationen auch für sich so verstehen kann, dass er ermächtigt ist, selbst Entscheidungen zu treffen.

Umgang mit Weisung

Aufgrund der Weisung ist die Auseinandersetzung mit dem_der Arbeitgeber_in erforderlich und kann mit dem_der unmittelbaren Vorgesetzten begonnen werden (siehe Avenir Social 13.2, 2010 und IFSW 4.2.4., 2012). Der Schweizer Berufskodex fordert diese ethische Auseinandersetzung mit der eigenen Organisation und den Kolleg_innen im Rahmen seiner eigenen Zweckdefinition ein (vgl. Avenir Social 1.4, 2010).

Der Austausch mit Kolleg_innen in der eigenen und in anderen Einrichtungen ist berufsethisch weiterführend unterlegt und fordert nicht nur den Austausch, sondern die Teilhabe und Weitergabe dieser Diskurse und Erkenntnisse an Kolleg_innen und Studierende (vgl. Avenir Social 10.5, 2010). Dies bietet eine weitere Möglichkeit für die Sozialarbeiterin ihr Dilemma zu thematisieren und die Weisung

der eigenen Einrichtung nicht zu missachten. Außerdem könnte so die Beratung bezüglich des gewünschten Bundeslandwechsels an eine andere Beratungsstelle/Einrichtung ausgelagert werden. So würde die Weisung respektiert und eine differenzierte Beratung für Mohammed organisiert werden können.

Organisationsinterne Weisungen sind auch eine arbeitsrechtliche Fragestellung und berufsethisch nicht akzeptabel, wenn sie der Berufsethik oder den Menschenrechten widersprechen (vgl. Avenir Social 13.1+2, 2010). Sozialarbeiter_innen müssen aufgrund der divergierenden Mandate auf ihre eigenen persönlichen Bedürfnisse achten um überhaupt geeignete Angebote mit ihren Klient_innen entwickeln zu können. Dies impliziert beispielsweise Supervision. Der Rahmen der Supervision erlaubt die Fallanalyse gemeinsam mit einer außenstehenden Person und bietet oftmals weitere Sichtweisen und Zugänge. Gleichzeitig dient die Supervision der persönlichen Psychohygiene, die wiederum Arbeitsfähigkeit gewährleistet (vgl. Avenir Social 11.7, 2010).

Weiterbildung im Handlungsfeld

Der Ablauf für den Bundeslandwechsel ist seitens der Sozialarbeiterin zu klären, insbesondere die Klärung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und/oder das Wissen um Versorgungslandschaft sind notwendig und grundlegend um überhaupt eine valide Beratung zu ermöglichen. Um den ständigen Änderungen gerade im Asylgesetz gerecht zu werden, ist die laufende Informationsrecherche und fachliche Weiterbildung (siehe Avenir Social 11.5, 2010 und IFSW 5.1, 2012) Voraussetzung. Der Schweizer Berufsverband formuliert dies folgendermaßen: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit entwickeln ihre persönlichen und beruflichen Wissens- und Handlungskompetenzen sowie ihr ethisches Bewusstsein ständig weiter...“ und fordert damit klare Standards ein, die eine qualifizierte Arbeit der Praktiker_innen sicherstellen soll.

Methodik und Perspektivenplanung

Für die Sozialarbeiterin ist das methodische Vorgehen der Sozialen Arbeit in der Betreuungsarbeit wichtig. (vgl. Avenir Social 5.8, 2010) In der Perspektivenplanung findet dieses dahingehend Berücksichtigung, als primär der eigene Wissenserwerb

laufend gesichert wird, die Informationsweitergabe strukturiert und verständlich stattfindet und der Status Quo des_der Klient_in und das gewünschte Ziel gemeinsam in kleinen Schritten erarbeitet wird. Im Rahmen der Perspektivenplanung (siehe DBSH 4.1+4.2, 2015) können mehrere Aspekte des Berufskodex herangezogen werden. Die Ressourcenplanung erfordert ein hohes Systemwissen um den Klient_innen überhaupt im Rahmen von Perspektivenplanung adäquate Optionen vorlegen zu können (siehe OBDS Pkt.4, 2004 und Avenir Social 11.5, 2010). Die persönlichen Ressourcen Mohammeds und die seiner Familie im benachbarten Bundesland kommen hier zum Tragen. Die Reduktion von sozialer Ungerechtigkeit ist eine grundlegende Handlungsmaxime der Sozialen Arbeit und baut sowohl auf der Erhebung der Ressourcen der Gesellschaft als auch auf den Ressourcen der betroffenen Person auf. Die Verbindung beider Elemente kann der Sozialarbeiterin verschiedene Handlungsoptionen eröffnen.

Vernetzung mit anderen Organisationen

Die Vernetzung mit anderen Betreuungseinrichtungen und Institutionen ist für den generalistischen Zugang der Sozialen Arbeit von hoher Bedeutung. Ein_Eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe informiert die Gruppe: *„In manchen Landeshauptstädten gibt es Kolleg_innen, die beispielsweise Paschto und/oder Farsi sprechen“* (FG4, Minute 6:30) und bildet mit diesem Wissen die Bedeutung von guter Netzwerkarbeit ab. Damit wäre für Mohammed eine große Hürde überwunden und das Beratungsgespräch könnte muttersprachlich geführt werden. Gerade im Handlungsfeld Flucht und Migration kommt der muttersprachlichen Beratung eine hohe Bedeutung zu, der nur wenig Rechnung getragen wird. Ein_Eine anderer_andere Diskussionsteilnehmer_in berichtet von den subsidiären Leistungen des Psychosozialen Dienstes (PSD). Dieser betreut alle Menschen, die psychisch krank sind und eine Unterstützung wünschen. Eine exkludierende Regelung für Asylwerber_innen gibt es nicht, da alle Betroffenen versorgt werden sollen.

Weiters merken die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe an, dass die Sozialarbeiterin in jedem Fall die Versorgungslage im gewünschten Bundesland abklären sollte und sich entsprechend vorbereitend vernetzen müsste.

Das Hinzuziehen von übergeordneten Kontrollgremien wie beispielsweise der Volksanwaltschaft wird von der Fokusgruppe ebenfalls thematisiert. Alle Fokusgruppenteilnehmer_innen sind sich darüber einig, dass diese Inanspruchnahme sehr vorsichtig zu erfolgen hat um nicht den eigenen Arbeitsplatz zu gefährden. Mohammed müsste seine Zustimmung erteilen um eine individuelle Prüfung einzuleiten.

Partizipation am Verfahren

Mohammed kann selbst den Antrag auf Bundeslandwechsel stellen. Die Antragsstellung kann sowohl schriftlich als auch mündlich ebenso in englischer Sprache erfolgen. Der Grundsatz der Partizipation kann hier handlungsleitend herangezogen werden (siehe Avenir Social 8.6, 2010, OBDS Pkt.11, 2004 oder IFSW 4.1.3, 2012).

Der selbständige Antrag auf Bundeslandwechsel durch Mohammed erfordert die rechtliche Information über weiterführende Bedingungen und muss gleichzeitig die Aufbereitung und Erläuterung der damit einhergehenden Pflichten beinhalten. Erst dadurch wird die aktive Beteiligung Mohammeds möglich (siehe Avenir Social 12.2, 2010 und IFSW 4.1.2, 2012).

Familie

Das Einbinden von Netzwerken stellt die Hauptaufgabe der Sozialarbeiterin dar und betrifft nicht nur die Berücksichtigung der Familie in Österreich, sondern auch der Ehefrau und des Kindes in Afghanistan sowie anderer Institutionen und Organisationen, die für eine erfolgreiche Stabilisierung und Etablierung in Österreich hilfreich sein können (siehe IFSW 4.1.3, 2012 und OBDS 11, 2004). Die Nutzung von neuen Sozialmedien wie Skype könnte als Brücke eingesetzt werden um Kontakte mit der Familie zu halten. Das Ausverhandeln von Besuchszeiten mit der Verwandtschaft in Österreich wäre eine weitere Möglichkeit die Zeit im Asylverfahren zu überbrücken.

2.6.3.2. Ethische Überlegungen

Ressourcenlage im Handlungsfeld

Aufgrund der bescheidenen Ressourcenlage im Handlungsfeld betont ein_eine der Fokusgruppenteilnehmer_in, dass nicht jede Ebene (Mikro-, Meso-, Makroebene) von jedem_jeder Sozialarbeiter_in bearbeitbar sei. Da müsse es „... *Grenzen der Involvierung und des Engagements geben*“ (FG4, Minute 37:43). Andere handelnde Personen sollten sich auf politischer Ebene für eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Asylwerber_innen und der Arbeitsbedingungen der Sozialarbeiter_innen einsetzen (vgl. Avenir Social 14.1+2, 2010). Alle Ebenen gleichzeitig zu bearbeiten kann nur eine Überforderung bedeuten und sollte abgelehnt werden (vgl. Avenir Social 11.3+7, 2010). Als Burnout-Präventionsmaßnahme sieht der Schweizer Berufskodex vor, dass sich „...Sozialarbeiter_innen innerhalb ihrer Organisation für Integrität und Gesundheit, schützende Arbeitsverhältnisse, für befriedigende Arbeitsbedingungen und für die stete Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität ihrer Organisation einsetzen ...“ (Avenir Social 13.3, 2010). Kritisch wird die Versorgungslandschaft im Flucht- und Migrationsbereich in Österreich auch insofern gesehen, als diese mehrheitlich durch christliche Organisationen mit christlich - theologischer Ethik ausgestaltet ist. Diese Entwicklung ist geschichtlich begründet. Eine Säkularisierung in der Sozialen Arbeit auf institutioneller Ebene wurde aus Sicht der Diskussionsteilnehmer_innen nur teilweise vollzogen. Vielmehr „... *teilen sich in einigen Bundesländern zwei christliche Großorganisationen den Sozialbereich auf* ...“ (FG4, Minute 39:43) und behindern dadurch die Etablierung von berufsethischen Standards und die Ausrichtung der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession. Die staatlichen Sparmaßnahmen erschweren qualitativ hochwertiges Arbeiten.

Einen weiteren, erschwerenden Aspekt stellt der Personalschlüssel im Flucht- und Migrationsbereich dar (vgl. Avenir Social 9.6, 2010). Dieser wird von allen Teilnehmer_innen der Fokusgruppe kritisiert und als systemische Exklusionsstrategie der politisch verantwortlichen Personen bezeichnet.

Nicht-Regierungs-Organisationen (NROs) bieten trotz der schwierigen Rahmenbedingungen die Möglichkeit, sich für Klient_innen einzusetzen und damit auch laufend den Kampf gegen politische, behördliche und strukturelle Hürden zu führen. Das Tripelmandat findet hier Anwendung und fordert die Mitarbeiter_innen im Rahmen ihrer Tätigkeit, über die Konzeption der Organisation hinaus auf, für Klient_innen Optionen und Handlungsspielräume zu eröffnen (vgl. Avenir Social 5.10, 2010).

Mandat

Die Berufskodizes sprechen sich mehrfach für die Priorisierung der Interessen von Klient_innen aus. Primär ist der_die Sozialarbeiter_in also dem_der Klient_in verpflichtet, und sollte daher offen erläutern, welche Optionen unter welchen Voraussetzungen überhaupt möglich sind (vgl. Avenir Social 5.10+10.4, 2010). Die Perspektivenplanung nimmt daher einen überwiegenden Teil der ersten gemeinsamen Arbeitsphase ein (vgl. DBSH 1.4+4.2, 2015).

Die Weisung für die Sozialarbeiterin den Bundeslandwechsel nicht zu unterstützen, kann daher als klarer Widerspruch zum berufsethischen Verständnis gedeutet werden und sollte innerhalb der Organisation diskutiert werden (vgl. DBSH 3.3.5, 2015). Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Kolleg_innen ist auch dahingehend zu fördern, dass etwaige Abweichungen von den ethischen Grundsätzen thematisiert werden können und gemeinsam an einem korrekten methodischen Vorgehen gearbeitet werden kann (vgl. Avenir Social 15.3, 2010).

Ebenso fordern die Fokusgruppenteilnehmer_innen dazu auf, den Dialog über Ethik in der Sozialen Arbeit in den eigenen Organisationen zu fördern (vgl. Avenir Social 13.2, 2015).

So vermuten einige Diskussionsteilnehmer_innen, dass „... *diese Einrichtung unter Umständen Weisungen gibt, die möglicherweise ihrem Leitbild widerspricht*“ (FG4, Minute 13:34).

Verteilung von Ressourcen bei austeritärer Ressourcenlage

Ein_Eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe moniert den „... *sinnlosen Konflikt* ...“ (FG4, Minute 14:58) innerhalb der Organisation. Er_Sie kritisiert die defizitären

rechtlichen Rahmenbedingungen und wird von einem_einer weiteren Diskussionsteilnehmer_in dahingehend unterstützt, dass „... *aus ethischer Sicht einer den Platz besetzt, der das Angebot nicht nutzen möchte* ...“ (FG4, Minute 15:23) (vgl. Avenir Social 10.4+6.2, 2010). Die gerechte Verteilung von Ressourcen wird an dieser Stelle thematisiert (vgl. Avenir Social 9.6, 2010) und kann für die Sozialarbeiterin richtungsweisend sein.

Das Mandat durch Mohammed ist unbestritten und klar formuliert. Das Mandat der Einrichtung wird von der Sozialarbeiterin zugunsten des Mandates von Mohammed unterwandert – jedoch mit dem Wissen, dass die Wirksamkeit eine andere ist. Die Sozialarbeiterin würde Mohammed bei seiner Antragstellung für einen Bundeslandwechsel anleiten, obwohl sie und/oder die Organisation weiß, dass dem Antrag ohnedies nicht zugestimmt werde und ein Antrag ohne rechtsanwaltliche Vertretung weniger gewichtig wäre. Sozialarbeiter_innen sind jedoch verpflichtet auch öffentlich auf Praktiken und Maßnahmen, die ungerecht oder schädlich sind, hinzuweisen (vgl. Avenir Social 9.7, 2010).

Selbstvertretung und Verantwortlichkeit

Die Selbstermächtigung Mohammeds ist von hoher Bedeutung, da sie nicht nur sein aktives Handeln hervorruft und bestärkt, sondern auch persönlichen Einfluss auf seine Lebensbedingungen hat (vgl. Avenir Social 10.2, 2010). Gleichzeitig gilt es, ihn darüber zu informieren, dass die gelebte Wirklichkeit in Österreich das Konzept der Selbstvertretung nur bedingt unterstützt. Der transparente Umgang mit Informationen gegenüber der Klient_innen dient dazu, die eigene Professionalität nicht zu gefährden (vgl. Avenir Social 12.2, 2010) und geht einher mit der Informationspflicht (vgl. Avenir Social 10.4, 2010 und DBSH 3.3.4, 2015). Klient_innen müssen Entscheidungen selbst treffen dürfen (vgl. Avenir Social 8.5, 2010). Die Rolle der Sozialarbeiter_innen kann eine beratende sein. Sie sind für ihre Beratungsinhalte und die Beratungsform verantwortlich (siehe Avenir Social 6.4, 2010 und IFSW 5.8+5.11, 2012).

Bedeutung der Familie

Ein_Eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe formuliert: „*Das allerbeste Lebensweltsubstitut kann die Familie nicht ersetzen.*“ (FG4, Minute 55:12) In Mohammeds Fall sprechen sowohl psychosoziale als auch medizinische Gründe für den Bundeslandwechsel. Die Einbindung in die Familie bietet mehr Sicherheit im Sinne der gewohnten kulturellen Umgebung und reduziert das Stresspotential. Zimbardo verweist auf die Wichtigkeit von persönlichen und sozialen Ressourcen zur Stressreduktion und zitiert Gottlieb, der bereits 1981 die Bedeutsamkeit von sozialen und/oder familiären Kontakten als Indikator für Stressreduktion und somit auch für Genesung nannte (vgl. Zimbardo 1992:494).

Die medizinische Versorgung in der Landeshauptstadt kann im Landeskrankenhaus durch die dortige Abteilung für Kardiologie erfolgen. Die Begleitung durch Familienmitglieder und ihre Dolmetscherleistung stellt den differenzierten Austausch zwischen Ärzt_innen und Patienten sicher.

Präzedenzfall schaffen

Für die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe war die Forderung nach professionellen Dolmetscher_innen in der medizinischer Diagnostik vorrangig ein menschenrechtlicher Aspekt und auf das Diskriminierungsverbot der EMRK (Art 14) zurückzuführen, da diese namentlich für Sprache gilt. Gleiches muss daher für die Soziale Arbeit eingefordert werden.

Um den widersprüchlichen Aufträgen nicht nur zu begegnen, sondern auch einer gültigen Lösung zuzuführen, könnte ein Präzedenzfall geschaffen werden (vgl. Avenir Social 8.3, 2010). Die Summe der bereits oben diskutierten Menschenrechtsdokumente sowie der nationalen menschenrechtsverletzenden Rahmenbedingungen bietet eine differenzierte Grundlage.

Ein Recht auf Wohnortbestimmung ist im Asylgesetz aber auch für andere Gruppen im nationalen Gesetz nicht existent und wird von den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe als massive Einschränkung und Hürde im Integrationsprozess gesehen.

2.6.4. Aufzählung der Handlungsoptionen

- Gespräch mit Kolleg_innen
- Gespräch mit Vorgesetzter/em
- Gespräch mit Dachorganisationen im Handlungsfeld
- Klärung der Ressourcenlage in gewünschtem Bundesland
- Gespräch mit unabhängiger Kontrolleinrichtung: Volksanwaltschaft
- Kontaktaufnahme mit den jeweiligen Landesbehörden für Bundeslandwechsel
- Mohammed unterstützen, den Antrag selbst zu stellen
- Schaffung eines Präzedenzfalles bezüglich des Rechtes auf professionelle Dolmetscher_innen nach Art 14 EMRK
- Suche nach muttersprachlicher Unterstützung für Mohammed
- Perspektiven- und Ressourcenplanung mit Mohammed kurz-, mittel- und langfristig
- Familie einbinden
- Installation von Besuchszeiten der Familie im Wohnheim organisiert und finanziert
- regelmäßige Telefon- oder Skypezeiten bieten.

2.7. Selbständige Lebensführung trotz hohen Alters (*Julia Kimeswenger*)

2.7.1. Falldarstellung

2.7.1.1. Rahmenbedingungen

Der Fall ereignete sich in der österreichischen Beratungsstelle „Seilschaft“, die Menschen Hilfestellung bei ihrer Vermögensverwaltung bietet. Die Einrichtung „Seilschaft“ ist Kooperationspartnerin des Projektes „Clearing Plus“. Dabei handelt es sich um ein Modellprojekt des Bundesministeriums für Justiz, das Alternativen zur Sachwalterschaft ergründen soll und Sachwaltervereine mit der Durchführung beauftragt. Zielgruppe der Einrichtung sind Menschen, die Hilfestellung bei der Bewältigung von finanziellen Problemlagen benötigen und unterstützt diese helfend in Krisensituationen. Ein ganzheitlicher Hilfeprozess hat zum Ziel, es Klient_innen zu ermöglichen, wiederum selbstbestimmt über ihr Leben zu

entscheiden. Das Angebot ist freiwillig. Die Möglichkeiten der Begleitung sind vielfältig, Sozialarbeiter_innen der Einrichtung erhalten jedenfalls auf freiwilliger Basis eine Zeichnungsberechtigung auf das Konto des_der Klient_in, die jederzeit von Klient_innen annulliert werden kann. Klient_innen erhalten vor allem Beratung im täglichen Umgang mit Geld und ihren Zahlungsverpflichtungen. Beratungen finden sowohl in der Einrichtung als auch in Form von Hausbesuchen statt. Das Angebot wurde aus der Erfahrung heraus gegründet, dass bei Menschen, die in finanzielle Probleme geraten, sehr schnell sehr invasiv in die Lebensführung eingegriffen wird, sobald diese Unterstützung in Form von Sozialer Arbeit erhalten. Insbesondere die Offenlegung vieler Details aus dem Privatleben von Klient_innen, die eine Entwürdigung von Menschen mit sich bringen kann, hat zu der Initiative geführt. Es wird davon ausgegangen, dass finanzielle Problemlagen oftmals ein Symptom für ein Problem anderweitiger Natur im Leben von Klientinnen sein können. Hierbei kann es sich beispielsweise um eine psychische Erkrankung oder eine Suchterkrankung handeln, bei der Geldprobleme prominent als Symptom auftreten. Basis jeder Arbeitsbeziehung ist ein Vertrag in Form einer Arbeitsvereinbarung, der sowohl von dem_der Nutzer_in als auch von der Beratungsstelle unterschrieben wird, sowie vom Vorstand des Vereines abgesegnet werden muss. Sinn des Vertrages ist eine verbindliche Übereinkunft über die Ziele der Arbeitsvereinbarung als auch eine Bevollmächtigung der Sozialarbeiterin durch den_die Klient_in.

2.7.1.2. Fallbeschreibung

Anne ist 95 Jahre alt und lebt allein in einer mittelgroßen Stadt in Niederösterreich. Obwohl sie aufgrund einer Augenerkrankung fast blind ist, findet sie sich in ihrer Wohnung so gut zurecht, dass man fast nicht bemerken würde, dass sie ihr Augenlicht nahezu verloren hat. Anne ist in der Lage, kleinere Besorgungen im Umkreis ihrer Wohnung zu erledigen. Über eine Sachwalterschaftsanregung am zuständigen PflEGschaftsgericht durch ihren Sohn kommt Anne in Kontakt mit dem niederösterreichischen Landesverein für Sachwalterschaft. Anne wird in einem von einer psychologischen Sachverständigen verfassten Gutachten eine kognitive Einschränkung bestätigt. Anne ist strikt gegen eine Besachwalterung. Annes Fall

wird vom Projekt „Clearing Plus“ bearbeitet. Vom Verein für Sachwalterschaft wird daraufhin die örtliche Beratungsstelle „Seilschaft“ kontaktiert. Es wird eine Clearingphase für drei Monate vereinbart.

Nach der Erstbegutachtung erhält die zuständige Sozialarbeiterin des Vereins „Seilschaft“ zusammen mit dem zuständigen Sachwalterverein Kontakt mit der 95-jährigen Anne. Die Sozialarbeiterin stellt ihr Projekt vor und erlebt eine in ihrer Wahrnehmung sehr streitbare, selbstbewusste und intelligente alte Dame. Trotz ihres fortgeschrittenen Alters zeigt Anne keine Anzeichen von Demenz. Sie wirkt voll orientiert auch in Bezug auf ihre finanziellen Verhältnisse. Anne hat überhaupt kein Verständnis für die Maßnahmen des Clearing Plus und dementsprechend wenig Vertrauen in die Sozialarbeiterin der Einrichtung „Seilschaft“. Sie hat nach ihrer Aussage kein Verständnis dafür, so zu leben, wie andere das für sie vorsehen, insbesondere wie ihr Sohn das möchte. Weitere unmittelbare Verwandte wohnen nicht in ihrer Nähe, sondern im Ausland. Die Hilfsdienste, die auf Veranlassung ihres Sohnes Anne zur Verfügung gestellt wurden, lehnte sie vehement ab. Sie ließ ihr Türschloss austauschen und bezahlte die Rechnungen der mobilen Dienste nicht, bis diese nicht mehr erschienen. Dies hatte auch letztlich zum Entschluss ihres Sohnes geführt, eine Sachwalterschaft für seine Mutter anzuregen. Es fällt ihr schwer, Hilfe anzunehmen und zu akzeptieren, doch Hilfe zu benötigen. Die Sozialarbeiterin sieht auch, dass Anne Schwierigkeiten hat, ihre Wohnung sauber zu halten, die Klientin gestattet jedoch die Unterstützung der Nachbarin alle paar Monate und hat damit eine für sie passende Lösung gefunden. Es dauert einige Zeit bis die Sozialarbeiterin das Vertrauen der älteren Dame gewinnen kann. Was Anne von Nutzen wäre, ist jemand, der_die ihr beim Durchsehen ihrer Post und mit verschiedenen finanziellen Angelegenheiten hilft, jemand, der_die ihr das Augenlicht ersetzt. Die erwähnte Nachbarin ist leider keine Option, Anne sagt, diese wolle über ihr Leben bestimmen und mische sich überall ein. Die Klientin akzeptiert nach und nach die Unterstützung der Sozialarbeiterin bei alltäglichen Dingen, wie zum Beispiel dem Durchsehen der Post. Die Sozialarbeiterin achtet sehr darauf, nur aktiv zu werden, wenn Anne dies möchte. Annes vorrangigstes Problem ist ihre Sehbehinderung, die es ihr sehr erschwert,

ihre tägliche Post durchzusehen und Bankgeschäfte zu erledigen. Anfangs strikt dagegen, entscheidet sich Anne auf Grund ihrer bevorstehenden Staroperation für die Inanspruchnahme eines mobilen Essensdienstes vor und nach dem Eingriff und kann den Vorteil, nicht mehr selbst kochen zu müssen, schlussendlich einsehen. Die Sozialarbeiterin versteht, dass es für die Klientin wichtig ist, auch in ihrer Situation selbst entscheiden zu dürfen. Man kann also zusammenfassend festhalten, dass Anne an einer Sehbehinderung leidet, die sie in gewissen Lebensbereichen einschränkt. Sie hat keine Probleme, über ihre finanziellen Angelegenheiten zu verfügen, benötigt aber Unterstützung in der praktischen Verwaltung. Damit zählt Anne eigentlich nicht zur Zielgruppe der Einrichtung. Die Sozialarbeiterin besucht Anne einmal pro Woche.

2.7.1.3. Dilemmabeschreibung

Für die Sozialarbeiterin eröffnen sich zwei Dilemmata:

Laut den Vereinsstatuten entspricht Anne nicht dem typischen Klient_innenprofil und würde vermutlich, die für eine längerfristige Fallbearbeitung notwendige Zustimmung des Vereinsvorstandes nicht bekommen. Aufgrund der großen Nachfrage nach dem Angebot des Vereins und den daraus entstandenen Wartelisten, ist die Sozialarbeiterin auch unsicher, ob es korrekt ist, hilfeschuchende Menschen, die der Zielgruppe des Vereins entsprechen, abzuweisen um Anne als Klientin weiterhin betreuen zu können. Die Sozialarbeiterin befürchtet darüber hinaus, dass eine Abgabe des Falles mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Besachwalterung führen würde. Nach ihrer fachlichen Einschätzung und Erfahrung mit bereits besachwalterten Klient_innen sieht sie für Anne darin keinen Vorteil. Einzig ihre Zahlungen würden geregelt sein, wobei Anne darüber selbst (noch) einen Überblick hat. Der_die mögliche Sachwalter_in könnte Anne außerdem nicht in dem Ausmaß betreuen, wie es der Sozialarbeiterin bei einer Fallübernahme möglich wäre. Ein Pflichtbesuch pro Monat durch den_die Sachwalter_in würde einer wöchentlichen Betreuung durch die Sozialarbeiterin, bei der diese die Klientin auch bei alltäglichen Herausforderungen unterstützen kann, gegenüberstehen. Zusammengefasst lautet das Dilemma:

- Professionelles Mandat versus Auftrag der Organisation

2.7.2. Fallkommentierung

2.7.2.1. Berufsethische Aspekte

Sozialarbeiter_innen sehen sich in ihrer praktischen Tätigkeit oftmals schwierigen ethischen Fragen gegenüber. Als Richtschnur kann hier der Ethikkodex des IFSW dienen (siehe Teil II, Kapitel 2.3.1.). Er beschreibt das Klient_innenrecht auf Selbstbestimmung in welchem diese von Sozialarbeiter_innen geachtet und gefördert werden sollen. Klient_innen sollen weiters dabei unterstützt werden, ihre eigenen Entscheidungen für ein gelingendes Leben zu treffen. Auch die Beteiligung und Miteinbeziehung von Nutzerinnen soll von Praktiker_innen gefördert werden. Besonders für die vulnerable Gruppe von Menschen mit Behinderungen müssen diese Prinzipien gewährleistet sein (vgl. IFSW 4.1.4+4.1.2, 2012).

2.7.2.2. Rechtliche Aspekte

Menschenrechtliche Aspekte

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK)

Anne fällt mit ihrer massiven Sehbeeinträchtigung sowie der attestierten kognitiven Beeinträchtigung jedenfalls in die Definition der BRK. Diese hält in der Präambel des Übereinkommens unter Punkt n fest, dass die individuelle Autonomie und Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderungen einen unantastbaren Wert darstellt (vgl. BGBl. III, Nr. 155/2008).

In den allgemeinen Verpflichtungen, Art 4h, dass sich Österreich verpflichtet, „für Menschen mit Behinderungen ... Formen von Hilfe, Unterstützungsdiensten und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.“ (BGBl. III, Nr. 155/2008) Das bedeutet, Vertragsstaaten verpflichten sich nicht nur, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten aller behinderter Menschen zu fördern, zu erhalten und zu schützen, sondern es ist in der Konvention auch klar beschrieben, dass zur Sicherstellung der Würde von behinderten Menschen, Unterstützungsleistungen bereitzustellen sind, um diesen eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen zu können (vgl. BGBl. III, Nr. 155/2008). Im gegenständlichen Fall bedeutet dies, dass Anne eine für sie passende Unterstützungsmöglichkeit braucht, um die Aufgaben ihres täglichen Lebens

bewältigen zu können, die sie auf Grund ihrer Behinderung nicht alleine meistern kann. Die Tatsache, dass das Projekt Clearing Plus, Alternativen für eine Sachwalterschaft finden möchte, ist ein Schritt in die richtige Richtung und unterstreicht die Bemühungen, die BRK umzusetzen.

Es geht bei der Umsetzung der Konvention jedoch nicht nur darum, Unterstützungsleistungen zu finden. Wie in Art 12, Gleiche Anerkennung vor dem Recht, festgelegt ist, hat Österreich als Vertragsstaat dafür Sorge zu tragen, dass Anne mit ihrer Behinderung Zugang zu jenen Unterstützungsleistungen hat, die sie bei Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit benötigen könnte (vgl. BGBl. III, Nr. 155/2008).

Hinsichtlich Annes finanzieller Angelegenheiten, kann auch noch Art 12(5) genannt werden: „... treffen die Vertragsstaaten alle geeigneten und wirksamen Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht wie andere haben, (...) ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln.“ (BGBl. III, Nr. 155/2008)

Der nationale Aktionsplan Behinderung 2012 – 2020 (NAP Behinderung)

Wie schon in Teil II Kapitel 3.5 näher ausgeführt handelt es sich beim NAP Behinderung um ein Strategieinstrument der österreichischen Bundesregierung zur Sicherstellung der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Ziel des NAP Behinderung ist es, die in acht Schwerpunkten zusammengefassten 250 Maßnahmen bis 2020 durch alle Bundesministerien umzusetzen (vgl. BMASK o.A.).

Die Statistik Austria stellte 2007 fest, dass vor allem ältere, alleinstehende Frauen von Mehrfachbeeinträchtigungen betroffen sind. Laut Ergebnissen des NAP Behinderung sind Frauen mit Behinderungen sowohl gegenüber Frauen ohne eine Behinderung als auch Männern mit einer Behinderung deutlich benachteiligt. Deshalb soll bei allen behindertenpolitischen Maßnahmen die Geschlechterperspektive berücksichtigt werden (vgl. BMASK 2012). Ältere Menschen mit Behinderungen sollen vom Bund verstärkt Aufmerksamkeit erhalten, sodass diese ein selbstbestimmtes Leben daheim führen können. Hochaltrigen

Menschen wie Anne, soll eine bessere gesellschaftliche Teilnahme ermöglicht werden (vgl. BMASK 2012).

Kritik am Nationalen Aktionsplan übt der Österreichische Zivilgesellschaftsbericht. Trotz dem ursprünglichen Ziel, Menschen mit Behinderungen partizipativ in Formulierung und Entstehung des NAP einzubeziehen, sei dies nur ungenügend erfolgt (vgl. ÖAR 2013:24). Der Bericht stellt auch die Frage, wie die 250 Maßnahmen zur Umsetzung gebracht werden können, wenn dafür keine zusätzlichen monetären Mittel zur Verfügung gestellt werden (vgl. ÖAR 2013:22).

Der 1. Österreichische Zivilgesellschaftsbericht zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Österreich

Der Zivilgesellschaftsbericht 2013 wurde von der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) in Zusammenarbeit mit ihren ca. 78 Mitgliedern herausgebracht. Ziel dieses „Schattenberichtes“ ist es, die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention in Österreich zu überwachen und die bereits erfolgten oder auch noch fehlenden Schritte festzuhalten. Er enthält auch entsprechende Forderungen zur Umsetzung (vgl. ÖAR 2013).

In Hinblick auf Art 12 BRK, Gleiche Anerkennung vor dem Recht, wird in erster Linie das österreichische Sachwalterrecht kritisiert. Mit dem Sachwalter-Änderungsgesetz 2006 wurden zwar Verbesserungen für Betroffene geschaffen, jedoch widerspreche das Sachwalterrecht grundsätzlich Art 12 BRK und müsste von einem Vertretungs- in ein Unterstützungsmodell umgewandelt werden. Daher spricht sich der ÖAR für eine Reformierung des Sachwalterrechts mit einer Anpassung an die Konvention an Art 12 und 19 BRK (Unabhängige Lebensführung). Daneben sei das bestehende Recht konventionskonform anzuwenden. Ein Mehr an gerichtlichen Kontrollen sowie bessere Qualitätssicherung gehören ebenfalls zu den Forderungen des (Schatten)Berichts. Um besonders Art 19 BRK Folge leisten zu können, sei ein Rechtsanspruch auf persönliche Assistenz für alle Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen essentiell (vgl. ÖAR, 2013:68f).

Nationaler gesetzlicher Rahmen

Laut Subsidiaritätsprinzip ist eine Sachwalterschaft für Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen nur dann zulässig, wenn die Angelegenheiten nicht durch andere Personen oder Einrichtungen erledigt werden können: „Die Bestellung eines Sachwalters ist unzulässig, soweit Angelegenheiten der behinderten Person durch einen anderen gesetzlichen Vertreter oder im Rahmen einer anderen Hilfe, besonders in der Familie, in Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder im Rahmen sozialer oder psychosozialer Dienste, im erforderlichen Ausmaß besorgt werden.“ (BGBl I Nr. 92/2006)

Im folgenden Kapitel sind die Ergebnisse der Fokusgruppe zum vorliegenden Fall beschrieben. Es werden zuerst konkrete Handlungsoptionen und in weiterer Folge auch ethische Überlegungen der Fokusgruppenteilnehmer_innen, vorgestellt und mit Ethikkodizes hinterlegt.

2.7.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen

2.7.3.1. Handlungsoptionen

Der Auftrag und die professionelle Rolle

Als konkrete Handlungsoption wird die Verminderung des Kontaktes zwischen der Sozialarbeiterin und der Klientin gesehen. Die Wahrung der Handlungsfähigkeit nach den Möglichkeiten und Ressourcen der Sozialarbeiterin ist ein wichtiges Thema. Die Sozialarbeiterin muss ihren persönlichen Spielraum kennen und etwaige Allmachtsphantasien hintanhalten. Es wurde auch die Möglichkeit genannt, eine behutsame Übergabe an andere Betreuungssysteme zu ermöglichen. Zwischen der Sozialarbeiterin und Anne besteht keine Freundschaft und die Entstehung persönlicher Abhängigkeiten muss jedenfalls vermieden werden. Der Ethikkodex des Avenir Social betont hier, dass Sozialarbeit Veränderungen zu initiieren hat, die Klient_innen unabhängiger, auch von Sozialer Arbeit, werden lassen (vgl. Avenir Social 5.7, 2010). Im Rahmen der Auftragsklärung wird es von den Diskussionsteilnehmer_innen als eine ethische Verpflichtung gesehen, Klient_innen gegenüber transparent vorzugehen beispielsweise, wenn eine Betreuungsperson die Betreuung abgeben muss. Anna

nicht mit der Realität zu konfrontieren, könnte eine Entwürdigung für sie bedeuten. Es ist ihr Recht, informiert zu werden. Der OBDS stellt hierzu in seinen ethischen Standards klar, dass Sozialarbeiter_innen grundsätzlich um höchste Transparenz bemüht sind und darüber hinaus ihre Klientinnen über Art, Umfang, Möglichkeiten und Konsequenzen sowie unerwünschte Folgen der ins Auge gefassten Interventionen informieren müssen (vgl. OBDS Pkt.4+5, 2004).

Ressourcen

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe betonten die Relevanz familiärer Netzwerke. Diese seien einzubeziehen und mitzudenken. Sie plädierten für eine Einbeziehung des Sohnes selbst dann, wenn Anne zum jetzigen Zeitpunkt einem Kontakt eher abwehrend gegenüber steht. Der Ethikkodex des IFSW sagt hierzu, dass Sozialarbeiter_innen möglichst alle, also auch familiäre Aspekte, von Klient_innen berücksichtigen sollen (vgl. IFSW 4.1.3, 2012).

Es kann noch angemerkt werden, dass die vernetzende Arbeit sowie die Konfliktvermittlung ebenfalls wesentliche Bestandteile der Sozialen Arbeit sind. Die Sozialarbeiterin beobachtet, dass die Sachwalterschaftsanregung des Sohnes erst nach den erfolglosen Versuchen, Hilfestellungen gegen den Willen seiner Mutter zu installieren, erfolgte. Es besteht daher die Möglichkeit, dass die Sorge um das Wohlergehen der weit entfernt lebenden Mutter zu diesem Schritt mit weitreichenden Folgen geführt hat. Daher könnte eine weitere Handlungsoption sein, in vermittelnder Position ein Gespräch zwischen Mutter und Sohn zu suchen, um den Sorgen und Ängsten des Angehörigen Raum zu geben und ihn damit in die Suche nach neuen Möglichkeiten einzubinden.

Die Teilnehmer_innen wiesen auch auf Möglichkeiten von Ressourcen im Wohnort von Anne hin. Möglicherweise gäbe es Besuchsdienste und/oder Angebote speziell für ältere Menschen? Herausgestrichen wurden hier ehrenamtliche Engagements, die von der katholischen Kirche geleistet werden.

Das Leitbild einer Einrichtung definiere die Zielsetzung des Vereines und biete einen Rahmen für die ethischen Werthaltungen der Sozialarbeiterin. Der Ethikkodex des Avenir Social sagt hierzu, dass Sozialarbeiter_innen mögliche Zielkonflikte beziehungsweise unterschiedliche ethische Standpunkte zwischen

ihnen und der Organisation ansprechen müssen und sie versuchen sollen, diese im Sinne des Berufskodexes zu bearbeiten. Darüber hinaus sollen Sozialarbeiter_innen einen generellen ethischen Diskurs in ihrer Einrichtung fördern (vgl. Avenir Social 13.2, 2010). Der Ethikkodex des IFSW spricht von einer Verpflichtung zur Implementierung einer Auseinandersetzung in ethischen Fragen mit Kolleg_innen und Vorgesetzten und betont die Verantwortung von Sozialarbeiter_innen hinsichtlich ethischer Aspekte ihrer fachlichen Entscheidungen. Darüber hinaus sind Sozialarbeiter_innen dazu angehalten, in ihrer Organisation Bedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, internationale und nationale Ethikkodizes zu diskutieren, zu evaluieren und als grundlegend für die Praxis zu betrachten. (vgl. IFSW 5.10+11+12, 2012) Dafür sprachen sich auch Fokusgruppenteilnehmer_innen aus: Manchmal sei es auch notwendig, sich innerhalb der Organisation für Klient_innen einzusetzen, um das bestmögliche Ergebnis im Sinne des Wunsches von Klient_innen zu erreichen. Die Diskussionsteilnehmer_innen sprachen hierzu von „Verhandeln mit dem Verein“.

In Annes Fall ist das psychologische Gutachten über eine kognitive Einschränkung ausschlaggebend für die Begründung einer Sachwalterschaft. Hierzu kann noch angemerkt werden: Wäre Anne mit ihrer Augenerkrankung „nur“ körperlich behindert, gäbe es keine Veranlassung für eine Sachwalterschaft. Auch die Tatsache ihres hohen Alters rechtfertigt keine Sachwalterschaft. Die Sozialarbeiterin kann nach monatelanger Zusammenarbeit mit Anne das Gutachten nicht nachvollziehen und ist der Meinung, dass ein sozialarbeiterisches Gutachten einem psychologischen Gutachten gleichgestellt werden soll. Es scheint daher besonders relevant, genau zu dokumentieren, welche Fähigkeiten die Klientin im Alltag aufweisen kann, selbstverständlich unter Berücksichtigung ihres Alters und ihrer persönlichen Wünsche.

Es ist der Wunsch der betreuenden Sozialarbeiterin, Anne auch weiterhin zu begleiten, um die Selbstbestimmung der Klientin hinsichtlich ihrer gewünschten Wohnsituation aufrechterhalten zu können. Dies wäre möglicherweise durch eine Erweiterung des Angebots der Einrichtung hinsichtlich der Unterstützung von alten Menschen, wie Anne, möglich. Auch die hoch betagte Klientin braucht Unterstützung im Alltag, die durch die wöchentlichen Besuche der Sozialarbeiterin

zum jetzigen Zeitpunkt gewährleistet werden können. Die Sozialarbeiterin achtet die Wünsche der Klientin und orientiert ihre Hilfestellungen nach deren Vorstellungen. Dies ist ein grundlegendes Qualitätsmerkmal von professioneller Sozialer Arbeit.

Weiters sind Stellungnahmen, Gutachten oder auch Bescheide aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmer_innen eine nützliche Ressource, um für Klient_innen argumentieren zu können. Der Status einer „anerkannten Institution“ wie etwa der Pensionsversicherungsanstalt (PVA), die Pflegebedürftigkeit feststellt, kann die eigene Argumentation untermauern.

Auf Grund des theoretischen Inputs über Ethik vor der Fokusgruppe, wurde von den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe während der Gruppendiskussion auf Art 1 BRK verwiesen: *„‘Achtung der Würde‘ würde ich mich nie in einen Sozialbericht reinschreiben trauen. Aber wenn das als Gesetzestext drinnen steht, macht das durchaus Sinn.“* (FG7, Z150-151)

Ethische Grundprinzipien denen die Sozialarbeiterin kraft ihres Berufsstandes verpflichtet ist, können in einem Sozialbericht verschriftlicht werden. Auch passende Passagen menschenrechtlicher Konventionen können Eingang in Sozialberichte finden und die Position der Klientin stärken: „ (...) Grundlage Sozialer Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“ (IFSW 2., 2012) „Die Professionellen der Sozialen Arbeit gestehen jedem Menschen ungeachtet von Geschlecht, Rasse, Status und individuellen Besonderheiten den mit seiner Würde verbundenen Wert unbedingt zu und respektieren die Grundwerte der Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit, auf die jedes Individuum ein unantastbares Recht hat.“ (Avenir Social 8.2, 2010)

2.7.3.2. Ethische Überlegungen

Das Tripelmandat

Sozialarbeiter_innen sind im Unterschied zu anderen helfenden Berufen den Interessen unterschiedlicher Auftraggeber_innen unterworfen. Insbesondere sind sie auch einer Organisation unterstellt, die Zielgruppe und Ziele vorgibt. Sie tragen

jedoch auch einen gesellschaftlichen Auftrag und sind von Fördermitteln, beispielsweise des jeweiligen Bundeslandes, abhängig. Nichtsdestotrotz sollten als oberstes Ziel die Wünsche der Klientin Leitlinie sein. Diese unterschiedlichen Verbindlichkeiten als tatsächliche Gegebenheiten für sich als Sozialarbeiterin zu reflektieren, kann hilfreich sein, um eine Überlastung zu vermeiden.

Professionelle Fallarbeit

Die professionelle fachliche Arbeit wirkt unterstützend, um ethische Dilemmata zu erkennen und zu bearbeiten. Um ethisch handeln zu können, sei es essentiell, sozialarbeiterisch fachlich kompetent zu arbeiten. Die professionelle Fallarbeit bilde die Basis für die Möglichkeit einer ethischen Auseinandersetzung. Als ein Teilaspekt wurde die Wichtigkeit einer tragfähigen Beziehung als Basis für gute Sozialarbeit genannt. Sie schaffe für Klient_innen einen sicheren Rahmen, in dem Bedürfnisse artikuliert werden können. Der DBSH streicht diesbezüglich die individuellen Ziele von Klient_innen heraus. Diese sind zu fördern und zu respektieren. (vgl. DBSH 3.1., 2014) Auch der Kodex des IFSW betont: „Sozialarbeiter/-innen sollen die Menschen, welche ihre Dienste nutzen, mit Mitgefühl, Einfühlungsvermögen und Achtsamkeit behandeln.“ (IFSW 5.4, 2012)

Die Wichtigkeit eines Mehraugenprinzips in der Fallbearbeitung wurde von den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe erwähnt. Dieses wird als Qualitätsmerkmal hinsichtlich einer Einschätzung von Ressourcen und Problemlagen gesehen. Andererseits müsse auch im Krankheitsfall bzw. während eines Urlaubes die Betreuung abgesichert sein. Es müsse sich bei einer Vertretungsperson nicht um einen_eine Sozialarbeiter_in handeln. Darauf referenziert der Deutsche Ethikkodex indem er grundsätzlich ein Zusammenwirken mehrerer Professionen auf Grund der hohen Komplexität von Problemstellungen erwähnt. Er fordert darüber hinaus die Achtung vor der Fachlichkeit anderer Berufe. Bei Konflikten auf Grund fachlicher Standpunkte ist stets das Wohl des Menschen, dem der Hilfeprozess zu Gute kommen soll, entscheidend (vgl. DBSH 4.2.5, 2014).

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe erachten das Wissen um rechtliche Grundlagen als Handwerkszeug jedes_jeder Sozialarbeiter_in. Sie seien eine Hilfestellung um Rechte für Klient_innen aufzuzeigen und Lösungsstrategien zu

entwickeln. Das Wissen um rechtliche Fakten schütze und fördere die Rechte und die Würde von benachteiligten und deprivierten Menschen. Diesbezüglich argumentierten die Diskussionsteilnehmer_innen, wenn Annes Einschränkungen in ihrer Selbstbestimmung ausschließlich auf ihre körperliche Behinderung zurückzuführen sei, falle der Grund für eine Sachwalterschaft weg. Der Ethikkodex des Avenir Social spricht hier vom Grundsatz der Selbstbestimmung: „Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, genießt höchste Achtung, vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen anderer.“ (Avenir Social 8.5, 2010)

Verantwortung gegenüber der Klientin

„Man kann sich als Sozialarbeiterin nicht einfach so rauswurschteln dauernd. Man findet immer etwas, womit man argumentieren kann“ (FG7, Z41-42) Der Ethikkodex des Avenir Social wie auch der Ethikkodex des IFSW formulieren klar die Verantwortlichkeit von Sozialarbeiter_innen gegenüber Klient_innen. Sie sollen in der Lage sein, ihre Entscheidungen und Handlungen ethisch zu begründen: „Sozialarbeiter/-innen müssen anerkennen, dass sie verantwortlich sind für ihre Handlungen gegenüber den Menschen, die ihre Dienstleistung nutzen -...“ (IFSW 5.8, 2012). Der Ethikkodex des Avenir Social hält dazugehend fest: „Soziale Arbeit hat Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln“ (Avenir Social 5.4., 2010). Dies beinhaltet auch, sozialarbeiterische Fachlichkeit als erfahrbares Handlungswissen zu erschließen, das in der Praxis erworben wird. Hier sind oftmals kreative und vielleicht ungewöhnliche Lösungsstrategien gefragt. Die Sozialarbeiterin müsse bei ihrem Handeln immer die Wahrung der Würde von Klient_innen im Augenmerk behalten. Es sei grundsätzlich entwürdigend, wenn jemand in das Leben von Klient_innen auf Grund einer Einschränkung eingreife. Konkret dürfen Sozialarbeiter_innen Klient_innen nicht vorschreiben, wozu sie noch in der Lage sind und wozu nicht. Vielmehr sind Unterstützungsleistungen aufzuzeigen und anzubieten, die von betroffenen Klient_innen als für sie passend erscheinen. Ziel ist eine Stärkung von Klient_innen, in Annes Fall würde dies bedeuten, Möglichkeiten zu finden, die ihren Alltag mit der Behinderung

erleichtern. Die Sozialarbeiterin sollte also nach Möglichkeiten suchen, wie für die Klientin im Alltag die Behinderung weniger spürbar werden kann. Betrachtet man Behinderung unter einem Aspekt eines sozialen Modells und nicht eines medizinischen, kann davon ausgegangen werden, dass Anne auch von der Gesellschaft behindert wird. Der Schweizer Ethikkodex spricht hierzu von der Verpflichtung, „Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren.“ (Avenir Social 5.6, 2010) Darüber hinaus sind Sozialarbeiter_innen dazu verpflichtet, soziale Notlagen von Klient_innen zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern (vgl. Avenir Social 5.5, 2010). Nicht zuletzt fordert der Ethikkodex, Menschen zu fördern und unabhängiger werden zu lassen, auch von Sozialer Arbeit (vgl. Avenir Social 5.7, 2010).

Zielgruppe

Bezüglich der Zuständigkeit der Sozialarbeiterin für den weiteren Betreuungsverlauf wurden unterschiedliche Haltungen diskutiert. Einerseits wurde angezweifelt, dass es möglich ist, nur Klient_innen zu betreuen, die in die Zielgruppe fallen. Es werde immer auch Klient_innen geben, die Unterstützung benötigen obwohl sie nicht der Zielgruppe angehören. Darüber hinaus „mache“ die Soziale Arbeit auch Klient_innen. Sie definiere Klient_innen als passend für die eigene Einrichtung. Andererseits wurde die Abweichung von der Zielgruppe und daraus resultierende Beziehungsabbrüche als Grunddilemma in der Arbeit dargestellt. Betrachtet man Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, ist es legitim, sich weiterhin für Anne zuständig zu fühlen, auch wenn sie nicht in das Klient_innenschema passt. Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe hielten fest, dass Sozialarbeiter_innen parteilich für ihre Klient_innen eintreten sollten. Sie müssen Lösungsmöglichkeiten erschließen, indem sie beispielsweise die Falldokumentation heranziehen, um herauszuarbeiten, welche Möglichkeiten sich ergeben. Der Ethikkodex des Avenir Social hält hierzu fest: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit widmen ihre Aufmerksamkeit in Übereinstimmung mit ihren eigenen Ressourcen und Grenzen auch außerhalb ihres Arbeitszusammenhangs den Menschen, die sich in prekären sozialen Lagen befinden.“ (Avenir Social 11.2,

2010) In Hinblick auf Ressourcen müsse es jedoch genauso legitim sein zu sagen, andere Alternativen für die Klientin zu suchen, wenn die eigenen Ressourcen eine Bearbeitung nicht mehr zulassen. Es ist auch fachliche und verantwortungsvolle Kompetenz, die eigenen Ressourcen wahrzunehmen. Die ethischen Standards des OBDS nehmen hierzu Stellung, in dem sie die Wichtigkeit von Erschließung alternativer Ressourcen betonen, wenn die Unterstützung auf Grund mangelnder eigener und geeigneter Ressourcen eingeschränkt oder beendet werden muss (vgl. OBDS Pkt.3, 2004).

Vernetzung als Ressource

Als konkrete Handlungsoption wurde die Bereitschaft und Kompetenz zur Bildung von Netzwerken genannt. Oftmals seien es „informelle Kanäle“, die genutzt werden können. In Annes Fall schlagen die Diskussionsteilnehmer_innen vor, mit dem_der Sozialarbeiter_in zu sprechen, die das Clearing durchgeführt hat. Auch die Wichtigkeit von Vernetzung mit Kolleg_innen anderer Einrichtungen im Ort wurde genannt, wie diese beispielsweise oftmals in regionalen Vernetzungstreffen unterschiedlicher Sozialeinrichtungen stattfindet. Der Schweizer Ethikkodex benennt diese Kernkompetenz sozialer Arbeit: „Die Professionellen der Sozialer Arbeit führen untereinander einen kontinuierlichen fachlichen Diskurs.“ (Avenir Social 15.2, 2010). Auch der OBDS sagt hierzu: „SozialarbeiterInnen arbeiten interdisziplinär in Kooperation mit anderen Professionen sowie mit allen Personen und Institutionen, die für die Verbesserung der Lebensverhältnisse der KlientInnen einen Beitrag leisten können.“ (OBDS Pkt.11, 2004) Insgesamt wurde die Fähigkeit zur Vernetzung mit anderen Professionen und Multiplikator_innen als eine relevante Grundkompetenz von Sozialarbeiter_innen gesehen.

2.7.4. Auflistung der Handlungsoptionen

- Verminderung des Kontaktes zwischen der Sozialarbeiterin und der Klientin
- Behutsame Übergabe an andere Betreuungssysteme
- Familiäre Netzwerke stärken
- Kommunale Angebote nutzen

- Innerhalb der Organisation die Rechte der Klientin verhandeln, beziehungsweise für diese einstehen
- Stellungnahmen, Bescheide, Gutachten als Argumentationsgrundlage für die Rechte der Klientin nutzen
- Passagen aus der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verdeutlichen, um die Rechte der Klientin einzufordern
- Ethische Grundsätze der Sozialen Arbeit und menschenrechtliche Forderungen in Sozialberichte einfließen lassen

Fallgruppe – professionelle Rollen, Grenzen und Beziehungen

2.8. Die Chance auf ein gutes Leben (*Dunja Gharwal*)

2.8.1. Falldarstellung

2.8.1.1. Rahmenbedingungen

Die vorliegende Falldarstellung bearbeitet das Erfordernis der Zusammenarbeit eines Sozialarbeiters in einem psychiatrischen Krankenhaus mit diversen anderen Einrichtungen um eine geeignete Versorgung der und Wohnmöglichkeit für die Klientin sicher zu stellen. Das Spektrum der Kooperation erstreckt sich von der Sachwalterin, den Eltern, dem multiprofessionellen Team des Krankenhauses bis zu Träger_innen vollbetreuter Wohngemeinschaften für Menschen mit besonderen Bedürfnissen.

Der zuständige Sozialarbeiter ist der Akutstation eines psychiatrischen Krankenhauses zugeteilt. Seine Aufgabe liegt darin die Bedürfnisse der Patient_innen zu erheben und in geeigneter Form einer Umsetzung zuzuführen. Er arbeitet in einem multiprofessionellen Team von Psychiater_innen, Krankenpfleger_innen, Psycholog_innen, Physio-, Psycho- und Ergotherapeut_innen. In den wöchentlichen Teambesprechungen wird der Status quo der Patient_innen besprochen und mögliche Therapien, Rehabilitationsmaßnahmen oder Entlassungen thematisiert. Im Rahmen von Helferkonferenzen werden im dargestellten Fall auch die Eltern als Betroffene in die Entscheidungsprozesse eingebunden, sowie mögliche zukünftige

Kooperationspartner_innen eingeladen um im Rahmen der Entlassung ein geeignetes Vorgehen festzuhalten. Die Akutstation des psychiatrischen Krankenhauses hat eine beschränkte Bettenkapazität, die Patient_innen zur Stabilisierung zur Verfügung gestellt wird. Anschließend kann ein Wechsel in eine der sechs Therapiestationen erfolgen, wenn freie Betten zur Verfügung stehen. Jede der Therapiestationen hat einen Arbeitsschwerpunkt und bietet im Rahmen von sechs- bis achtwöchigen Turnusmodellen eine vertiefende Stabilisierung nach Akutphasen mit hohem Leidensdruck im Alltag und Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychiatrischen Erkrankungen. Eine weitere Differenzierung nach Krankheitsbildern schärft das Profil der verschiedenen Stationen und ihrer Angebote.

2.8.1.2. Fallbeschreibung

Jasmine wurde als Tochter einer montenegrinischen Gastarbeiterfamilie in Wien geboren und erlitt im Alter von acht Monaten eine Gehirnhautentzündung, welche nicht erkannt und daher auch nicht unverzüglich behandelt wurde. Bereits im Kindergarten wurden sprachliche Defizite festgestellt, die Beschulung erfolgte in der Kleingruppe. Bereits ab ihrem zehnten Lebensjahr fanden regelmäßige Kontakte und Untersuchungen auf der Kinderambulanz in einem Neurologischen Krankenhaus statt. Eine therapeutische Begleitung wurde allerdings abgelehnt, da die immer häufiger auftretenden Impulsdurchbrüche als pädagogisches Defizit der Eltern interpretiert und daher keine psychiatrische Betreuung als notwendig erachtet wurde. Nach Beendigung der Pflichtschule folgten mehrere Versuche einer weiterführenden Beschäftigung, die jeweils wieder abgebrochen wurden. Jasmine ist mittlerweile 20 Jahre alt, kann weder lesen noch schreiben oder rechnen. Ihre sprachliche und emotionale Entwicklung entspricht einem etwa fünfjährigen Kind. Sie ist sehr übergewichtig und nimmt unkontrolliert Nahrung auf, wenn sie ihr zur Verfügung gestellt wird.

Nachdem Jasmine im Zuge eines Impulsdurchbruches den Hund der Familie aus dem Fenster geworfen hatte und nicht mehr zu beruhigen war, wurde von den Eltern die Polizei gerufen und Jasmine in das zuständige psychiatrische Krankenhaus gebracht. Jasmine hat insgesamt drei Geschwister. Zum Zeitpunkt

der Spitalsaufnahme war die Mutter neuerlich mit Zwillingen schwanger.

Die Eltern der jungen Frau haben nach bestem Wissen ohne professionelle Hilfe ihre Tochter 20 Jahre lang alleine betreut. Die Mutter hat mehrheitlich das Schlafzimmer mit Jasmine geteilt und die Türe verschlossen gehalten, damit Jasmine nicht in der Nacht sich selbst oder andere gefährden kann. Der Vater ist Unternehmer und Ausbildner für Selbstverteidigung. Über Jahre hat er einen Umgang mit Jasmine entwickelt, wie er sie bei ihren Impulsdurchbrüchen so festhalten kann, dass er weder sie noch sich selbst verletzt.

Aus Sicht der Eltern haben diese immer das Wohl der Tochter vor Augen gehabt. Alle Maßnahmen wurden zu ihrem Schutz gesetzt. Dies galt insbesondere für die Verabreichung von Medikamenten. Die Vielfalt der Medikamente wurde einerseits vom ansässigen praktischen Arzt verordnet und ergänzt durch einen Arzt in Montenegro. Mehrmals jährlich reiste die gesamte Familie zu den Großeltern nach Montenegro. Während dieser Urlaube wurde Jasmine beim dortigen Facharzt für Kinderheilkunde vorstellig und erhielt ebenfalls Medikamente verschrieben. Eine Absprache unter den Ärzten fand nicht statt.

Im Zuge der Spitalsaufnahme konnte erhoben werden, dass Jasmine bereits seit ihrem zehnten Lebensjahr täglich Beruhigungsmedikamente und Schlaftabletten erhielt. Die Familie verabreichte die Medikamente immer dann, wenn Jasmine mit einer Situation unzufrieden zu sein schien und nicht zu beruhigen war.

Eine Rückführung in den elterlichen Haushalt war für die Eltern Grundvoraussetzung, um eine vorübergehende Unterbringung im Spital überhaupt zu unterstützen. Die Zustimmung wurde von der Sachwalterin erteilt, die Jasmine seit ihrer Volljährigkeit vertritt. Aus Sicht des zuständigen Spitalsozialarbeiters war eine Wiedereingliederung der jungen Frau in die Familienstruktur nicht denkbar. Weder erschien die Familie den Bedürfnissen der jungen Frau gerecht zu werden, noch hatte die Familie ausreichend Instrumente entwickeln können um mit Jasmine und ihren Verhaltensmustern adäquat umzugehen.

Vielmehr zeigte sich im Rahmen der medizinischen Abklärung, dass Jasmine eine starke Medikamentenabhängigkeit entwickelt hatte, die auf die unkontrollierte Gabe von Schlaf - und Beruhigungstabletten zurückzuführen war. Es zeigte sich, dass ihre Impulsdurchbrüche kaum abschätzbar waren und eine körperliche

Bedrohung für das Personal und die anderen Patient_innen darstellte. Der Tag-Nacht-Rhythmus war nicht gegeben. Als Schutzmaßnahme wurde ein Netzbett zur Verfügung gestellt.

In weiterer Folge wurde beobachtet, dass Jasmine auf die Verabreichung von Beruhigungsmedikamenten gegenteilig reagierte. Die Versorgung der jungen Frau stellte somit auch das Krankenhauspersonal vor eine besondere Herausforderung, der es nur teilweise gewachsen schien. Daher galt es, eine geeignete Wohnmöglichkeit für Jasmine zu finden. Weiters musste geklärt werden, ob die Versorgung durch die Eltern zur Erledigung der Angelegenheiten von Jasmine in Zukunft zielführend sein kann und wie ein Lebensentwurf mit Jasmine entwickelt werden könnte.

2.8.1.3. Dilemmabeschreibung

Für den Sozialarbeiter des psychiatrischen Krankenhauses stellte sich nun die Herausforderung einerseits eine sichere und geeignete Wohnmöglichkeit für die junge Frau zu organisieren, anderseits ihr selbst ein Mitspracherecht bei dieser Entscheidung einzuräumen und die Wünsche der Eltern bezüglich einer Rückkehr in den Familienhaushalt zu berücksichtigen.

Gleichzeitig drängte das Spital auf eine schnellst mögliche Entlassung, da eine adäquate stationäre Betreuung aus personellen Gründen nicht möglich war. Die unterschiedlichen Anforderungen der Institution, die verschiedenen Bedürfnisse der Klientin, ihrer Eltern und der Sachwalterin sowie die berufsethischen Ansprüche des Sozialarbeiters prallen an dieser Stelle aufeinander. Dilemmata können hier an mehreren Fronten verortet werden:

- Individuelle Bedürfnisse der Klientin versus Bedürfnisse der Eltern
- Individuelle Bedürfnisse der Klientin versus Entlassungsdruck durch Kolleg_innen im multiprofessionellen Team und der Krankenhausleitung
- Selbstbestimmung der Klientin versus Fremdbestimmung durch Familie und Sachwalterin

2.8.2. Fallkommentierung

2.8.2.1. Berufsethische Aspekte

Jasmines Aufenthalt im Spital war nach Zustimmung der Sachwalterin rechtlich abgesichert. Jedoch ist festzuhalten, dass die Zustimmung bzw. Unterstützung der Eltern unter der Voraussetzung gegeben wurde, dass Jasmine anschließend wieder nach Hause zu den Eltern entlassen werden würde. Diese Zusage wurde mündlich gemacht und ist aus professioneller Sicht zu hinterfragen, da bei der Aufnahme eine verbindliche Zusage über die weitere Vorgehensweise noch nicht möglich war. Vielmehr kann aus dem Drängen der Eltern auf Verbindlichkeit die Sorge herausgelesen werden, die Tochter an Institutionen zu verlieren. Ebenfalls denkbar ist eine unbewusste Angst vor Schuldzuweisungen nicht immer richtig für Jasmine gehandelt zu haben und die Sorge, dass dies im Rahmen von professioneller Betreuung thematisiert werden könnte.

An dieser Stelle zeigt sich bereits das erste Dilemma des Sozialarbeiters. Es ist davon auszugehen, dass er sich bereits im Rahmen der Aufnahme der jungen Frau bewusst war, dass er keine valide Aussage über den weiteren Verlauf treffen konnte. Welche Beweggründe leiteten ihn daher, sich zu einem „Versprechen“ hinreißen zu lassen? Walz (2011:346ff) beschreibt „die Tatsache, dass die Loyalität von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern oft inmitten sich widerstreitender Interessen liegt.“ Er hebt die beiden konkurrierenden Elemente der Hilfe und Kontrolle hervor, den Konflikt zwischen den Pflichten der Professionist_innen und den Interessen der Klient_innen, sowie die begrenzten Ressourcen der Gesellschaft. Er verweist als Orientierungspunkt und Hilfestellung auf die Definition Sozialer Arbeit wie im Teil II Kapitel 2.3.1. anhand des IFSW-Ethikkodexes beschrieben. Der Ethikkodex des IFSW nimmt in Punkt 4.1.2 Stellung zum Thema der Partizipation von Klient_innen und fordert Sozialarbeiter_innen auf, Klient_innen in ganzheitlichem Ausmaß und voller Teilnahme an allen Aspekten der Entscheidungsfindung und Handlungsmöglichkeit einzubinden. Als Klient_innen werden jene Personen verstanden, die Leistungen oder Angebote der Sozialarbeiter_innen in Anspruch nehmen und deren Leben von etwaigen Entscheidungen betroffen ist. Dies gilt in Jasmines Fall auch für ihre Eltern. Der Sozialarbeiter sollte daher klären, ob er gleichzeitig Jasmine und ihre

Eltern in seiner Rolle als Krankenhaussozialarbeiter adäquat begleiten und beraten kann oder ob eventuell eine andere geeignetere Organisation die Eltern in dem schwierigen Prozess der Ablösung begleiten sollte. Denn sein Mandat geht vom Krankenhaus aus und kollidiert möglicherweise bereits mit dem Mandat von Jasmine.

Der Ethikkodex fordert weiteres integrales Verhalten und das Vermeiden von Verhalten, das die vertrauensbasierende Beziehung zwischen Klient_in und Sozialarbeiter_in untergräbt (vgl. IFSW 5.3, 2012).

In Bezug auf Jasmins Situation ist diese Forderung in doppelter Weise missachtet worden, da der Sozialarbeiter Jasmins Eltern wichtige Informationen vorenthalten hat und gleichzeitig ohne Jasmins Zustimmung überhaupt mit den Eltern einen Austausch über ihre vorübergehenden Lebensumstände geführt hat. Die unbedingte Verschwiegenheit gegenüber Dritten stellt Vertraulichkeit als Basis für den Beziehungsaufbau in den Mittelpunkt sozialarbeiterischen Arbeitens (vgl. IFSW 5.7, 2012).

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist der formulierte Wille des Sozialarbeiters den Bedürfnissen von Jasmine, ihrer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit und ihrem Recht auf Mitsprache gerecht zu werden (vgl. IFSW 4.2, 2012).

Kohlfürst bezeichnet die Menschenrechte und die Definition Sozialer Arbeit als Fundament der Sozialen Arbeit und damit als unverzichtbare Grundlage des sozialarbeiterischen Handelns. Sie schließt daraus, dass Soziale Arbeit somit Menschenrechtsarbeit ist und „auf einer individuellen Ebene auf die (Wieder-)Herstellung von Menschenwürde und Wohlbefinden und auf einer gesellschaftlichen Ebene auf Integration, Gerechtigkeit und sozialen Wandel abzielt.“ Menschenrechte ermöglichen und untermauern somit sozialarbeiterisches Handeln und bieten gleichzeitig „die Legitimation des entsprechenden Handelns“ (Kohlfürst 2014:87).

Das Handeln des Krankenhaussozialarbeiters begründet sich möglicherweise in der Zielsetzung des Erhalts bzw. der Wiederherstellung von Jasmines Menschenwürde. Diese Vorstellung impliziert gleichzeitig eine Bewertung der vorangegangenen Geschichte der Familie sowie ihren Umgang mit Jasmine.

Dieser Rückschluss ist ihm aufgrund der umfangreichen Anamnese, Diagnostik, Analyse und letztlich ihrer Interpretation möglich. Eine Rückführung in den familiären Haushalt ist für den Sozialarbeiter zum Zeitpunkt der Aufnahme im Krankenhaus nicht denkbar. Um die nötige Kooperation der Familie zu erwirken, weicht er auf das sprachliche Nebengleis der Möglichkeitsform aus und kann so sehr vage Zukunftsszenarien darstellen, die von der Familie als verlässlicher Fixpunkt interpretiert werden kann. Ein Mangel an Transparenz, der gleichzeitig das Hantieren mit Alternativen offen lässt und keine Verbindlichkeit herstellt ist ein klarer Widerspruch zu den Prinzipien des Ethikkodex des IFSW und kann als Zeichen der Überforderung gedeutet werden.

Aus einem anderen Blickwinkel betrachtet wird an dieser Stelle die Information, wie aus professioneller Sicht eine adäquate Betreuung der Klientin stattfinden soll, nicht an die Familie weitergegeben. Das Zurückhalten von Informationen kann jedoch nicht im Interesse der Klientin oder ihrer Familie sein, sondern ist eher auf das Bedürfnis der Abgrenzung der Professionist_innen zurückzuführen. Weniger Informationsaustausch bedeutet auch weniger Reflexionsmöglichkeit für Betroffene und damit weniger Auseinandersetzung mit den Professionist_innen und ihrem fachspezifischen Zugang und ihrer dementsprechenden Sichtweise.

2.8.2.2. Rechtliche Aspekte

Menschenrechtliche Aspekte

Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) untersagt in Art 3 Folter oder grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. Jasmine war sowohl im Elternhaus (Einsperren im Zimmer in der Nacht, überdosierte Vergabe von Schlafmedikamenten) als auch danach im Krankenhaus (Verwendung eines Netzbettes) ungeeigneten und unmenschlichen Behandlungen ausgesetzt (vgl. BGBl. Nr. 210/1958).

Das Recht auf Selbstbestimmung ist insbesondere für Menschen mit Behinderung von besonderer Bedeutung. Für Jasmine kommt dieses in mehreren Zusammenhängen zum Tragen: Jasmine sollte mitbestimmen können, wo und wie sie in Zukunft leben möchte. Aufgrund ihrer besonderen Bedürfnisse und ihrer

Behinderung müssen Wege gefunden werden, ihr zu diesem Recht zu verhelfen. Diese Wege können nicht primär auf dem Konzept des intellektuellen Erfassens beruhen, sondern müssen ihren Wahrnehmungsmöglichkeiten angepasst werden. Diese Überlegungen sind in Art 19 BRK festgehalten (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008). Thematisiert wird die selbstbestimmte Lebensführung unter Hinzuziehung geeigneter Unterstützungsangebote und der Sicherstellung dieser Angebote durch den Staat um eine Gleichstellung für Menschen mit Behinderung zu erzielen.

Nationale rechtliche Aspekte

Im Zuge des Spitalaufenthaltes zeigt sich sehr schnell, dass auch die Institution ihre Grenzen erreicht und aufgrund von mangelnden personellen Ressourcen auf ein Netzbett für Jasmine zurückgegriffen wird. Seit 1. Juli 2015 dürfen in der Psychiatrie und in Heimen keine Netzbetten mehr zum Einsatz kommen (vgl. Erlass Netzbett des Bundesministeriums für Gesundheit, GZ BMG-93330/0002-II/A/4/2014). Mit diesem Verbot kommt Österreich internationalen menschenrechtlichen Standards der Anti-Folter-Konvention nach.

Der Bericht der Volksanwaltschaft 2014 thematisiert das Ressourcendefizit und kritisiert, dass die mehrdimensionale Gewaltprävention vernachlässigt werde. Es wird darauf hingewiesen, dass „...Krankenhäuser bzw. Psychiatrie personell, konzeptuell und organisatorisch sicherstellen müssen, dass es möglichst viele, hinsichtlich der Eingriffsintensität abgestufte Reaktionsmöglichkeiten gibt, bevor man Zwangsmaßnahmen setzt. Handlungsleitend für das professionelle Tun müssen dabei die Prinzipien der Freiwilligkeit, der (assistierten) Selbstbestimmung, der partizipativen Entscheidungsfindung und intensive Betreuung und Beschäftigung – wenn in akuten Krisen notwendig auch im Verhältnis 1:1 – sein. Dies erfordert Ressourcen (personell, finanziell, zeitlich, uvm.), Geduld und persönliche Zuwendung, Begegnung auf Augenhöhe, respektvolle Haltungen gegenüber individuellen Lebensentwürfen sowie eine kontinuierliche Qualifizierung von Mitarbeiter_innen im Umgang mit krisenhaften Situationen, Gewalt und Aggression“ (Volksanwaltschaft 2014:40f). Weiters führt der Bericht aus, dass Beschränkungen der Bewegungsfreiheit nur „subsidiär“ in Betracht kommen dürfen (vgl. Teil II, Kapitel 3.3.)

2.8.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen

Im Rahmen der Fokusgruppen wurden weitere Handlungsoptionen für die verschiedenen Dilemmata diskutiert. Für alle Diskussionsteilnehmer_innen stellte die eingeschränkte Sprachmöglichkeit Jasmines und ihre kognitive Beeinträchtigung eine große Herausforderung dar. Hierfür galt es Überlegungen zu entwickeln Jasmine durch entsprechende Substitute an dem Entscheidungsprozess teilhaben zu lassen.

2.8.3.1. Handlungsoptionen

Bewegungseinschränkung

In der vorliegenden Falldarstellung wird die Bewegungsfreiheit von Jasmine im elterlichen Haushalt einerseits durch die Verabreichung von sedierenden Medikamenten sowie durch das Versperren der Zimmertüre reduziert. Im Krankenhaus erfolgt zwar die medikamentöse Umstellung, gleichzeitig wird aber auf das Netzbett zurückgegriffen um einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung vorzubeugen.

Beide Vorgehensweisen dienen der Möglichkeit den Bewegungsdrang von Jasmine zu regulieren und zu kontrollieren. Für die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe stellt die Bewohner_innenvertretung im Rahmen einer weiterführenden Versorgung Jasmines in einer Wohngemeinschaft ein wesentliches Korrektiv für etwaige Menschenrechtsverletzungen dar. Die Bewohner_innenvertretung kontrolliert die Lebensbedingungen der Betroffenen, die nach dem Heimaufenthaltsgesetz in einer Einrichtung gelten. Das Team der Bewohner_innenvertretung setzt sich aus Sozialarbeiter_innen, Krankenpfleger_innen, Jurist_innen und Ärzt_innen zusammen. Es werden Gespräche mit allen Beteiligten geführt um eine etwaige Freiheitsbeschränkung möglichst kurz und ausschließlich zum Schutz der Bewohner_innen zu halten.

Der Geltungsbereich des Heimaufenthaltsgesetzes in einer Wohngemeinschaft kann nur schlagend werden, wenn mindestens drei Bewohner_innen die Einrichtung mit Jasmine teilen (vgl. BGBl I Nr. 11/2004).

Ressourcenerhebung bezüglich Wohnmöglichkeiten

Die Suche nach einer passenden Wohngemeinschaft in Wien kann in Kooperation mit dem Fonds Soziales Wien (FSW) angestrebt werden. Dieser ist nicht nur für die Finanzierung eines Wohnplatzes verantwortlich, sondern ist mit allen Einrichtungen in enger Vernetzung. Die eigens für diese Beratung abgestellten Sozialarbeiter_innen sind mit den verschiedenen Anbieter_innen von Wohnplätzen vertraut, bieten Unterstützung bei ersten gemeinsamen Gesprächen und kennen die jeweilige Auslastungssituation der Einrichtungen. Ebenso können durch Verhandlungen mit den Anbieter_innen und dem FSW Sonderverträge für Menschen mit besonderen Bedürfnissen erarbeitet werden.

Für Jasmine ist einerseits eine 1:1 Betreuung eventuell vorteilhaft und hilfreich um ihr Sicherheit zu bieten und Beziehungsaufbau zu ermöglichen, andererseits scheint das gemeinsame Wohnen in einer Kleingruppe eine mögliche Alternative zu bieten um ihrer sozialen Kompetenzen zu stärken. Alternative Wohnkonzepte sind eine weitere Möglichkeit für Jasmine eine passende Wohnform zu finden.

Die Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR) nimmt sich dieses Themas in ihre Zeitschrift Monat (Ausgabe 1/2014: 26) an und stellt unter anderen das Konzept „Soteria“ vor, wie alternative Betreuung aussehen können. Soteria als alternative stationäre Behandlung fordert klare und verbindliche Regeln, einen

zurückhaltenden Umgang mit neuroleptischen Medikamenten, wohnliche Einrichtung und eine offene Stationsführung. Die Betreuung der „Bewohner_innen“ ist ganzheitlich und kann in Form einer 1:1 Betreuung rund um die Uhr stattfinden. Diese intensive Betreuung ist vor allem in psychotischen Phasen relevant. Das gemeinsame Entwickeln von Zielen und das alltagsorientierte Leben und Lernen in der Gemeinschaft stellen gute Rahmenbedingungen dar.

Der Verein „Neue Wege“ bietet intensive Betreuung in Zwei-Personen-Wohngemeinschaften und stellte damit auf die Bedürfnisse von Menschen mit außergewöhnlichen Herausforderungen ab. In seinem Leitbild beschreibt der Verein, dass „... KundInnen aufgrund ihrer Lebensgeschichte und ihren unterschiedlichen Formen der Erkrankung und Behinderung individuelle Designs in der Betreuung und Begleitung brauchen“(Neue Wege, o.A.). Der eigene Anspruch

besteht darin Probleme gemeinsam mit den Betroffenen zu lösen und nicht durch Auflösung des Vertragsverhältnisses zu umgehen.

Alle genannten Konzepte können der Ideensammlung und der Argumentation bei etwaigen Verhandlungen mit dem FSW dienlich sein. Für die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe war die Rückkehr in den elterlichen Haushalt mit Jasmines Zustimmung nach wie vor eine Handlungsoption. Mit den Eltern gilt es abzuklären, welche Rahmenbedingungen erfüllt werden müssen um Jasmines Sicherheit und ihr Selbstbestimmungsrecht im elterlichen Haushalt zu gewährleisten.

Zeit gewinnen für differenzierte Sozialdiagnostik

Der Wechsel von der Akutstation in eine therapeutische Abteilung bedeutet Zeit zu gewinnen um Jasmine besser kennen zu lernen und ihrem Tempo zu entsprechen. Ein_Eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe betont, dass es nicht nur gilt das gesamte Team immer wieder nach Jasmines Geschwindigkeit auszurichten, sondern den Faktor Zeit als Ressource für die Diagnostik insgesamt heranzuziehen und zu nutzen. Das Krankenhaus verfügt über mehrere therapeutische Abteilungen, die eng mit der Akutstation zusammenarbeiten. Um den Entlassungsdruck der Station abzufedern, könnten intensive Verhandlungen mit den therapeutischen Abteilungen von Vorteil sein. Für Jasmine würde dies zwar eine räumliche Veränderung bedeuten, jedoch keine örtliche. Der Wechsel in eine therapeutische Abteilung könnte fließend durch den Sozialarbeiter begleitet werden. Er kennt Jasmine bereits und hat so die Möglichkeit seine Kenntnisse über und mit Jasmine an die Kolleg_innen zu übergeben. Jasmine ihrerseits kann alle Schritte, Gespräche und Verhandlungen begleiten. Ein_Eine Teilnehmer_in verweist auf die Expertise der Sozialpädagog_innen der Kinderabteilung des Krankenhauses als weitere Ressource um der einfachen Sprache von Jasmine gerecht zu werden. Der Aufenthalt in der therapeutischen Abteilung beläuft sich mindestens auf sechs Wochen. In dieser Zeit könnte gemeinsam mit Jasmine an der konkreten Formulierung ihrer Bedürfnisse gearbeitet werden um eine geeignete Wohnform zu finden.

Ausgliederung der Arbeit mit den Eltern

Die Arbeit mit den Eltern ist für den Sozialarbeiter grundsätzlich schwierig, da deren Interessen nicht mit Jasmines Bedürfnissen einhergehen müssen. Der Abnabelungsprozess aufgrund fehlender Pubertät und entsprechenden Autonomiebestrebungen hat nach den Angaben der Eltern nicht stattgefunden. Möglicherweise wurden Jasmines Autonomiebestrebungen auch missinterpretiert oder unterdrückt. Ein_Eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe schlägt die Übergabe der Betreuung der Eltern an einen_eine Kolleg_in vor um diese Aufgabe unvoreingenommen erfüllen zu können und greift damit die der Sozialarbeit innewohnenden Dimensionen von Interessenskonflikten auf. Der Berufskodex von Avenir Social widmet dieser Auseinandersetzung eine ausführliche Kommentierung: „Der Umgang mit Interessenkollisionen und Widersprüchen und das Zurechtfinden in Loyalitätskonflikten ist Teil Sozialer Arbeit.“ (Avenir Social 6.2, 2010) Der österreichische Berufskodex ergänzt die Überlegung des_der Teilnehmer_in in Pkt. 3: „Wenn die Hilfestellung aus Mangel geeigneter Ressourcen eingeschränkt oder beendet werden muss, setzen sich SozialarbeiterInnen für die Erschließung alternativer Mittel ein.“ (OBDS Pkt.3, 2004) Das Spannungsfeld reicht vom Ablösungsprozess der jungen Frau als Herausforderung für die Eltern bis zum Vermissen der üblichen Adoleszenzentwicklung Jasmines. Für die Sozialarbeit gilt es hier die Eltern in Beratungsgesprächen über mögliche Entwicklungen der Tochter aufzuklären und gleichzeitig die Wünsche Jasmines zu thematisieren (vgl. OBDS Pkt.3, 2004).

Für die Eltern bieten sich zusätzlich eine Reihe an Elternberatungsstellen, Selbsthilfegruppen für betroffene Eltern von Kindern mit Behinderung, aber auch eine psychotherapeutische Begleitung an. Die Trennung der Beratung von Eltern und Jasmine kann auch als erster Ablösungsschritt gesehen werden, der bereits begleitet und unterstützt wird. Für den Sozialarbeiter im Krankenhaus ist es in weiterer Folge nicht mehr notwendig mit den Eltern über Jasmine zu sprechen. Vielmehr kann er gemeinsam mit Jasmine und ihrem_ihrer „Dolmetscher_in“ für leichte Sprache die Eltern zu einem Informationsgespräch einladen, wo Jasmine berichten kann, was ihr wichtig erscheint. Ein Gespräch über sie verwandelt sich so in eine Unterhaltung mit ihr zu ihren Bedingungen.

Erhebung aller Interessenslagen

Die Mehrdimensionalität der Problemlagen erfordert die präzise Erhebung aller Interessenslagen. Die Kontaktaufnahme mit allen Familienmitgliedern und möglichen anderen zukünftigen Kooperationspartner_innen bildet überhaupt erst die Basis für mögliche Interventionen (vgl. Avenir Social 6.2+16.1, 2010). Jasmine hat nicht nur eine große Familie und eine Sachwalterin, sondern durch den Spitalsaufenthalt auch ein großes multiprofessionelles Team an ihrer Seite. Alle beteiligten Personen haben unterschiedliche Interessen und Ziele, die nicht nur erhoben, sondern auch offen kommuniziert werden müssen. Das transparente Kommunizieren von unterschiedlichen Zielen ist der Schlüssel um besseres Verstehen zu ermöglichen (siehe Avenir Social 10.2+10.4+11.3, 2010 und OBDS Pkt.5, 2004). Die Einbeziehung der Eltern ist an dieser Stelle von großer Bedeutung, da diese einerseits selbst Betroffene sind andererseits jedoch selbst eine Ressource darstellen können (vgl. OBDS Pkt.7, 2004).

Nutzung von Diagnostikinstrumenten

Die Integration von Diagnostikinstrumenten in der Fallarbeit begründet sich im professionellen fachlichen Verständnis der SozialarbeiterInnen (vgl. Avenir Social 15.1, 2010) und wurde von einem_einer Teilnehmer_in der Fokusgruppe als grundlegende Maßnahme in komplexen Fälle hervorgehoben, um auf etwaige Brüche und divergierende Interessenslagen aufmerksam zu werden. Die Einbeziehung von Jasmine in diese Arbeit ist entscheidend für die erforderliche Transparenz gegenüber Jasmine (vgl. Avenir Social 10.4, 2010).

Kontrolle und Unterstützung bezüglich Jasmynes Selbstbestimmung

Alle Teilnehmer_innen der Fokusgruppe verweisen auf die Möglichkeit eine übergeordnete und unvoreingenommene Kontrollinstanz und fachliche Unterstützung des Sozialarbeiters wie beispielsweise die Volksanwaltschaft heranzuziehen um Jasmynes Recht auf Selbstbestimmung zu stärken und vor allem den Einsatz des Netzbettes in Frage zu stellen (vgl. Volksanwaltschaft 2014:40f). Diese Vorgehensweise kollidiert sicherlich mit dem Mandat des Krankenhauses an den Sozialarbeiter, stellt jedoch ethisch gesehen eine wichtige Handlungsoption dar um

eine nachhaltige Änderung im Umgang mit herausfordernden Situationen im Krankenhaus zu thematisieren (vgl. Avenir Social 5.8, 2010).

Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Gemeinsam mit dem multiprofessionellen Team kann ein durchgängiges Case Management beim FSW eingefordert werden. Die Forderung kann durch mehrere fachliche Gutachten untermauert werden. Gemeinsam mit dem Team können Verhandlungen mit dem FSW aufgenommen werden, dass Jasmine die Möglichkeit eingeräumt werden sollte, sich nicht nur mögliche Einrichtungen anzusehen, sondern auch probeweise dort einzuziehen oder zu nächtigen.

Biographische Recherche

Ein_Eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe verwies auf die Möglichkeit der biographischen Recherche. Für den Sozialarbeiter kann mit Zustimmung Jasmines und der Sachwalterin das Recherchieren ihrer Schullaufbahn sowie anderer kindlicher Erfahrungen von Bedeutung sein. Das Erheben von gelungenen und weniger erfolgreichen Interventionen bildet die Grundlage für mögliche weitere Ressourcen in Bezug auf positive Erfahrungen und gelungene Interventionen, die Jasmine bereits erlebt hat. Im Rahmen der Anamnese ist zu erheben welche Interventionen positiv oder negativ verlaufen sind. Diese Recherche kann gemeinsam mit Jasmine und den Eltern erfolgen und beinhaltet die Kontaktaufnahme mit ihren ehemaligen Lehrkräften. Erst durch das Zusammentragen dieser Informationen kann eine Landkarte von erfolgreichen oder weniger erfolgreichen Meilensteinen gezeichnet werden und die Anamnese komplettieren und möglicherweise weitere Handlungsoptionen in Bezug auf zukünftige Beschäftigungsformen eröffnen (vgl. Avenir Social 8.6+10.4, 2010).

Dokumentation von „Einzelfällen“

Als weitere Ressource führt ein_eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe *„bereits vorhandene Dokumentationen von Einzelfällen“* (FG5, Minute 29:39) an. Der Sozialarbeiter kann bei seinen Kolleg_innen im Krankenhaus nach ähnlichen Fällen fragen und die dazugehörigen Dokumentationen studieren. Hier lassen sich

möglicherweise weitere Ansätze für Interventionen und Handlungsoptionen ableiten.

Arbeiten mit Ängsten der Betroffenen

Der Sozialarbeiter kann Informationen über die psychiatrische und Behindertenversorgung im Herkunftsland der Familie einholen um mögliche Ängste der Eltern konkret anzusprechen. Danach wäre eine positive Etablierung der hiesigen Angebote möglich. Dieses Beratungsangebot sollte alle Bereiche der institutionellen Versorgung beinhalten (Tagestruktur, Wohnen, Freizeit, medizinische Versorgung, Verpflegung, Finanzierung).

2.8.3.2. Ethische Überlegungen

Die Rolle der Sozialarbeiter_innen in multiprofessionellen Teams

Für die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe war die Auseinandersetzung mit den Ethikkodizes der Sozialen Arbeit eine Orientierungshilfe um weitere Handlungsoptionen zu argumentieren.

Die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams beinhaltet auch die Argumentation der eigenen fachlichen Expertise im Sinne der Betroffenen um den Schutz der Betroffenen sicherzustellen (vgl. OBDS Pkt.11, 2004 sowie Avenir Social 12.3+4., 2010). Gleichzeitig gilt es „... *die Kolleg_innen im Zaum zu halten. Der Sozialarbeiter darf sich nicht dem Druck der Ärzt_innen unterwerfen. Er muss Zeit gewinnen um überhaupt eine differenzierte Diagnostik zu erstellen.*“ (FG5, Minute 11:24) Der Mangel an personellen Ressourcen in der stationären Versorgung wird hier ebenfalls schlagend. „*Komplexe Fallgeschichten brauchen entsprechende Würdigung. Alle Fachkräfte, die in so eine Geschichte verwickelt sind, müssen sich ein professionelles Bild machen und dafür ist nie genug Zeit und wenig Personal.*“ (FG5, Minute 12:01) Der Rahmen hierfür muss seitens der Fachkräfte und der Krankenhausleitung strukturell gewährleistet werden um überhaupt eine Auswahl an Möglichkeiten Betroffenen anbieten zu können (vgl. Avenir Social 16.1, 2010).

Zeit als entscheidende Ressource

Große Bedeutung kommt in der Beratung und Betreuung der zeitlichen Dimension zu. Involvierte Personen brauchen Zeit um zu reflektieren, dies gilt für Fachkräfte und alle Betroffenen (vgl. Avenir Social 12.1, 2010). Ein_Eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe formuliert: *“... Klient_innen müssen sich spüren dürfen. Das ist schwer zu erklären und klingt vielleicht unwissenschaftlich, aber diese Ebene muss Platz finden, da sie die Grundlage für eine mögliche Entscheidung bildet.”* (FG5, Minute 24:18) Sie hebt damit einmal mehr hervor, dass Selbstbestimmung für Jasmine bedeutet sich auf ihre Wahrnehmungsfähigkeiten einzulassen. Das Gebot der Nichtdiskriminierung eröffnet die Möglichkeit neue, unkonventionelle Varianten der Entscheidungsfindung zu thematisieren. „Sich spüren“ ist eine Form der Wahrnehmung, die das intellektuelle Verstehen nicht voraussetzt (vgl. Avenir Social 9.4, 2010). Die dafür notwendige Zeit sollte Jasmine daher eingeräumt werden, sowohl im Krankenhaus um mit der neuen medikamentösen Einstellung zurecht zu kommen, aber auch in der Entscheidungsfindung bezüglich des zukünftigen Wohnplatzes.

Analyse und Diagnostik

Um eine umfangreiche Fallanalyse sicher zu stellen müssen alle beteiligten Akteur_innen erhoben und ihre Ziele formuliert werden (vgl. Avenir Social 16.1, 2010 und IFSW 4.1.3, 2012). Multiple Problemstellungen sind in der Sozialarbeit unvermeidlich (vgl. Avenir Social 6.3, 2010). Der Fokus muss jedoch immer auf dem_der Klient_in und seinen_ihren Bedürfnissen liegen (vgl. Avenir Social 12.1+3, 2010). Das Anwenden von Diagnostikinstrumenten wie Netzwerkkarte, Biografiebalken, Genogramm, Inclusionschart schärft einerseits den Blick für mögliche Fragestellungen und bietet gleichzeitig eine Basis für weiterführende Evaluation von Prozessverläufen (vgl. Pantucek 2012).

Das Versprechen

Ein Versprechen abzugeben, das nicht von der Person alleine eingehalten werden kann, ist nicht vertretbar (vgl. Avenir Social 12.1, 2010). Jedoch greift ein_eine Fokugruppenteilnehmer_in die Thematik auf und argumentiert folgendermaßen:

„Als Sozialarbeiter_innen müssen wir uns genehmigen können, einen Fehler gemacht zu haben. Alle waren in der Aufregungssituation. Warum soll Jasmine nicht mehr zurückkönnen? Die hohen Medikamentenvergabe durch die Eltern kann schon als Gefährdung und Einschränkung der Bewegungsfreiheit gesehen werden und darauf kann in der psychoedukativen Beratung eingegangen werden.“ (FG5, Minute 17:10) Dass „Fehler“ in schwierigen Situationen trotz fundierter Ausbildung und Praxis passieren ist nie gänzlich auszuschließen. Jedoch braucht es eine gesunde Fehlerkultur, damit umzugehen und Fehler auch zu kommunizieren um daraus lernen zu können(vgl. Avenir Social 15.2, 2010). Nur durch reflexives Lernen ist eine persönliche Weiterentwicklung für den Sozialarbeiter möglich. Eine entsprechende Dokumentation gibt anderen Kolleg_innen die Möglichkeit ihr eigenes Wissensspektrum zu erweitern.

Case Management

Der Mangel eines durchgängigen Case Management im psychiatrischen und Behindertenbereich ist für die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe das größte Defizit in der Beratung und Betreuung von psychiatrischen oder behinderten Menschen. Eine berufsethische Auseinandersetzung bzw. die Forderung nach einer adäquaten durchgängigen Betreuung für Menschen mit Behinderung und psychiatrische Patienten wird als sozialpolitischer Auftrag der Sozialarbeit verstanden (vgl. Avenir Social 14.1, 2010). Aufgrund der Komplexität von Jasmines Bedürfnislage muss in einem multiprofessionellem Team gearbeitet werden. Eine Bezugsperson sollte jedoch die Steuerung übernehmen und alle Bereiche koordinieren um Jasmines Bedürfnisse nicht aus den Augen zu verlieren. (vgl. OBDS Pkt.11, 2004)

Die Installation eines_einer Case Manager_in ist gerade in komplexen Konstellationen eine professionelle Methode (vgl. Avenir Social 5.3-4 + 5.6-9, 2010). Für die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe muss das Case Management jedoch nicht ausschließlich von einem_einer Sozialarbeiter_in angeboten werden: *„Das muss nicht unbedingt eine Sozialarbeiterin sein, kann auch die Sachwalterin sein, wobei die andere Aufgaben hat. Es sollte jemand sein, der Sozialarbeit kennt und versteht.“* (FG5, Minute 39:49)

Jasmines Selbstbestimmung

„Das Recht auf Selbstbestimmung steht vor dem Berufsethos“ (FG5, Minute 19:03), formuliert ein_eine Teilnehmer_in der Fokusgruppe und greift damit den Grundsatz der Selbstbestimmung im Berufskodex auf (vgl. Avenir Social 8.7, 2010). „Das Ausprobieren einer Einrichtung bevor eine Entscheidung getroffen werden muss, kann den Betroffenen Ängste vor der Entscheidungsfindung nehmen und beruht auf dem Menschenbild der Sozialen Arbeit“ (FG5, Minute 22:48), ergänzt er_sie ihre Überlegungen und artikuliert damit das professionelle Menschenbild der sozialen Arbeit und die Forderung Menschen in ihrer Gesamtheit wahrzunehmen (siehe Avenir Social 4.1, 2010 und IFSW 4.3, 2012). Das Wahrnehmen von Befindlichkeiten der Betroffenen ist somit eine Kernkompetenz der Sozialarbeiter_innen und beruht auf der Komposition mehrerer Techniken (vgl. Avenir Social 12.1, 2010).

Die berufspolitische Forderung die Entscheidungsfindung durch das Ausprobieren einer Einrichtung zu fördern, wird von einem_einer Teilnehmer_in der Fokusgruppe vermehrt eingefordert. Er_Sie sieht hier die Chance Selbstbestimmung für Jasmine zu ermöglichen (vgl. Avenir Social 8.5, 2010).

Ein_eine anderer_ andere Teilnehmer_in der Fokusgruppe formuliert das fehlende Angebot des Ausprobierens als „... *strukturelle Menschenrechtsverletzung* ...“ (FG5, Minute 28:38) und sieht diese Entwicklung als Rückschritt in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung, „... *da dies noch vor einiger Zeit möglich war.*“ (FG5, Minute 26:50)

Der Berufskodex räumt ein, dass Forderungen im Sinne der Betroffenen innerhalb der Organisation und darüber hinaus durchgefochten werden können. (vgl. Avenir Social 13.2, 2010)

Dokumentation, Informationspflicht und Transparenz

Die ausführliche und respektvolle Dokumentation ist nicht nur für den jeweiligen Fall und seine Nachvollziehbarkeit von Relevanz sondern kann als Ressource für andere Fälle herangezogen werden (vgl. OBDS Pkt.8, 2004). Ebenso sichert sie bei Rückfragen der Betroffenen die Arbeitsweise und dokumentiert die Erfüllung der Informationspflicht gegenüber den Betroffenen. Für einen_eine Teilnehmer_in

der Fokusgruppe ist an dieser Stelle der kulturelle Aspekt der Familie insofern zu berücksichtigen, als die Eltern aufzuklären sind, welche Möglichkeiten ihnen in Österreich für ihre Tochter geboten werden und wie diese finanziell gestützt werden können. Die Versorgungslage für behinderte Menschen ist in Montenegro möglicherweise eine andere als in Österreich und die Vorstellungen der Eltern daher von diesen Bildern und Ideen von Behinderteneinrichtungen geprägt. Die Betreuung der Tochter in eine Institution zu verlegen kann für alle Beteiligten auch einen großen Schritt in Richtung Unabhängigkeit und eigene Lebensgestaltung bedeuten (vgl. OBDS Pkt.4, 2004). Die offene Kommunikation über mögliche Optionen und weitere Schritte erfüllt die geforderte und vertrauensbildende Transparenz gegenüber Betroffenen.

1:1 Betreuung und Wohnen

Das Konzept der 1:1 Betreuung wird von den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe einheitlich abgelehnt, da es das Prinzip der Selbstbestimmung nicht unterstützt und die Sozialarbeit zum Familiensubstitut degradiert (vgl. Avenir Social 8.9, 2010). Aus ihrer Sicht steht eine Rückkehr Jasmines in den elterlichen Haushalt nicht im Widerspruch mit ihrem Selbstbestimmungsrecht. Eine Ergänzung durch eine geeignete Tagesstruktur sollte als Option jedenfalls vorgestellt werden (vgl. Avenir Social 8.5, 2010 und OBDS Pkt.4, 2004).

2.8.4. Aufzählung der Handlungsoptionen

- Hinzuziehen von Diagnostikinstrumenten – graphische Darstellung
- Biographische Recherche
- Recherche von anderen „schwierigen Fällen“
- Austausch mit Kolleg_innen bezüglich ähnlicher Fälle
- Hinzuziehen der Bewohner_innenvertretung für zukünftige Wohnsituation
- Gespräch mit FSW um das Ausprobieren von Wohnangeboten zu verhandeln
- Gespräch mit multiprofessionellem Team für Aufenthaltsverlängerung im Krankenhaus
- Abklärung, wer die Eltern beraten und betreuen kann
- Arbeiten mit den Ängsten der Eltern

- Gespräch mit Volksanwaltschaft über mögliche Handlungsstrategien
- Hinzuziehen von anderen Fachkräften um Jasmine in die laufenden Gespräche einzubinden
- Abklärung einer möglichen Tagesstruktur
- Abklärung aller zukünftiger Wohnmöglichkeiten – auch bei den Eltern
- Erhebung aller Interessenslagen
- Installation eines_einer Case Manager_in für langfristige Zusammenarbeit mit Jasmine

2.9. Die Bedürfnisse eines jungen, psychisch kranken Mannes und seiner Angehörigen (*Julia Kimeswenger*)

2.9.1. Falldarstellung

2.9.1.1. Rahmenbedingungen

Jakob ist 25 Jahre alt, an Schizophrenie erkrankt und lebt in Österreich. Er hat maturiert und ein Studium der Rechtswissenschaften begonnen, dieses jedoch abgebrochen. Jakob lebt zu Hause bei seinen Eltern. Sein Vater hat die Sachwalterschaft übernommen. Den ersten akuten Schub hatte er mit Anfang 20 Jahren, die Sozialarbeiterin des Vereins „Hilfe zur Selbsthilfe“ betreut ihn seit seinem ersten Krankenhausaufenthalt und beobachtet, dass Jakob sich mit jedem Schub mehr zurückzog und insgesamt passiver und antriebsloser wurde. Er verweigert eine medikamentöse Behandlung, insgesamt zweimal wurde er zwangsweise im Krankenhaus behandelt. Seit ca. zwei Jahren hält er sich fast ausschließlich in seinem Zimmer auf. Er besitzt kein Telefon auch keinen Computer. Er meidet den Kontakt zu seinen Eltern, seine Mutter stellt ihm sein Essen vor die Tür, das er erst reinholt, wenn sie gegangen ist. Seine Eltern machen sich große Sorgen um seine Zukunft und was aus ihm werden könnte. Sie besuchen auch eine moderierte Selbsthilfegruppe für Menschen mit psychisch kranken Angehörigen. Eine Kollegin, die mit der fallführenden Sozialarbeiterin innerhalb des Teams im Austausch steht, leitet diese Angehörigengruppe. Wenn Jakob Kontakt möchte, informiert er seine Mutter und teilt ihr mit, wenn er mit der Sozialarbeiterin sprechen möchte. Jakob sagt, mit ihr könne er sich über seine

Gedanken austauschen, niemand sonst würde ihn verstehen. Ein Zusammentreffen mit seinem Vater, der auch sein Sachwalter ist, lehnt Jakob kategorisch ab. Jakob nutzt den Kontakt zur Sozialarbeiterin, um sich über seine Gedanken und Wertvorstellungen auszutauschen, die ihn beschäftigen.

Wenn möglich, versucht die Sozialarbeiterin Jakob mit der Realität zu konfrontieren, das heißt, sie informiert ihn beispielsweise über seine Invaliditätspensionsansprüche oder Pflegegeld. Das nimmt er zur Kenntnis, er zeigt jedoch kaum Interesse an Fragen seiner existenziellen Absicherung. Anforderungen an ihn hinsichtlich eines selbstständigen Lebens, also Wohnung, Einkaufen, Kochen etc. weist er zurück, seine Eltern sollen dafür aufkommen. Seine Mutter versucht, immer auf seine Anforderungen einzugehen, beispielsweise kocht sie rasch etwas anderes, wenn er mit dem Vorhandenen nicht zufrieden ist. belastet die Familie sehr. Vor allem der Vater, zu dem Jakob auch gar keinen Kontakt wünscht, möchte eine Veränderung, er sagt, er halte das alles nicht mehr aus. Er und seine Frau könnten Jakob nicht die passende Betreuung bieten. Außerdem leide die Beziehung zu seiner Ehefrau sehr an der Situation und er befürchtet, dass ihre Ehe daran zerbrechen könnte.

2.9.1.2. Dilemmabeschreibung

Aus der Sicht Jakobs besteht kein Handlungsbedarf für Veränderungen in seinem alltäglichen Leben. Seine Bedürfnisse sind abgedeckt, er hat den geschützten Rückzugsraum, den er sich wünscht, er wird mit Essen, Kleidung versorgt und sein Vater regelt seine finanziellen Angelegenheiten. Jakob muss keinerlei Verantwortung übernehmen. In unregelmäßigen Abständen erteilt er Aufträge an die Sozialarbeiterin, in dem er ihr Gesprächsangebot nutzt. Aus ihrer Sicht hat Jakob keinen Grund für einen Veränderungswunsch, da er in seiner jetzigen Situation rundum versorgt und auf alle seine Wünsche eingegangen wird.

Die Sozialarbeiterin belastet jedoch der Umstand sehr, dass Jakob, wie andere an Schizophrenie erkrankte junge Menschen, sein ganzes Leben noch vor sich hat. Sie nimmt wahr, dass Jakob keine medikamentöse Therapie in Anspruch nehmen möchte und sich sein Zustand mit jedem Schub verschlechtert. Für sie ist dieser Zustand „schwer aushaltbar“, am liebsten würde sie ihn zwangsbehandeln, obwohl

sie weiß, dass dies nicht sinnvoll wäre. Die Sozialarbeiterin sieht ihr Mandat auch als direkte Ansprechperson seiner Eltern, die die Situation nur noch schwer ertragen können. Soll sie weiterhin „nur“ Jakobs Gesprächswünsche erfüllen und ihre Parteilichkeit auf Jakob beschränken oder soll sie auch parteilich für die Eltern arbeiten und auf deren individuelle Wünsche eingehen, auch wenn dies Jakobs derzeitige gewünschte Wohnsituation verändern könnte?

Die Dilemmata lauten:

- Parteilichkeit für den Klienten vs. Parteilichkeit für dessen Eltern
- Selbstbestimmung des Klienten vs. Akzeptanz derselben

2.9.2. Fallkommentierung

2.9.2.1. Berufsethische Aspekte

Die International Federation of Social Workers betont in ihrem Statement of Ethical Principles das Recht auf Selbstbestimmung von Menschen, sowie ihr Recht, ungeachtet ihrer Wertvorstellungen selbstständig Entscheidungen treffen zu können. Sozialarbeiter_innen haben die Pflicht, diese Entscheidungen ihrer Klient_innen zu fördern und zu unterstützen. Dieses Recht darf jedoch nicht die Rechte anderer einschränken oder gefährden. Somit bestärkt der Ethikkodex die Sozialarbeiterin, Jakob in seinem Wunsch nach Abgeschiedenheit in seinem Zimmer und seine Ablehnung bezüglich einer medikamentösen Behandlung ernst zu nehmen. Genauso spricht der Ethikkodex jedoch von der Verantwortung gegenüber Angehörigen, die ebenfalls ein Anrecht auf ihre persönlichen Lebensentwürfe haben. Wo hier Rechte anderer gefährdet werden, ist es Jakob zuzumuten, Alternativen zur derzeitigen Wohnsituation zu thematisieren und seine Eltern hinsichtlich ihrer Wünsche zu unterstützen (vgl. IFSW 4.1, 2012).

Der IFSW definiert in einem Positionspapier auch den Begriff Behinderung oder Beeinträchtigung wie folgt: „Impairments can be physical, sensory and cognitive and also include physical, mental and chronic illness“ (IFSW 2012). Der IFSW trifft auch eine Unterscheidung zwischen einem medizinischen und einem sozialen Modell von Behinderung. Während das medizinische Modell die Beeinträchtigung an der Person festmacht, spricht das soziale Modell von einem „Behindert-werden“ durch die Gesellschaft. „The social model of disability emphasises the perspective

that disability is created through structural barriers and is thus created by society while individual, medical models have viewed disability as something inherent in the person” (IFSW 2012). Insgesamt betont das Positionspapier, dass das Recht auf Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen durch Sozialarbeiter_innen gefördert und unterstützt werden soll.

2.9.2.2. Rechtliche Aspekte

Jakobs Situation kann auch hinsichtlich rechtlicher Aspekte beleuchtet werden. Hier folgt eine Fokussierung auf sowohl menschenrechtliche Standards als auch nationale gesetzliche Prinzipien, die in Österreich gültig sind.

Menschenrechtliche Aspekte

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen, die 2008 von Österreich unterzeichnet wurde, bietet wichtige Bezugspunkte, die für die Selbstbestimmung von Jakob relevant sind. Die BRK ist in Teil II, Kapitel 3.4. ausführlich dargestellt. Bei einer möglichen Suche nach alternativen Wohnmöglichkeiten muss auf seine Bedürfnisse nach Privatsphäre und Rückzug eingegangen werden. Art 19 BRK besagt, dass Jakob das Recht hat, seinen gewünschten Aufenthaltsort frei zu wählen und auch wie und ob er mit anderen Menschen zusammenleben möchte. Menschen mit Behinderungen sind nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben. Auch die Möglichkeit einer persönlichen Assistenz ist im Art 19 BRK erwähnt und soll gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt nach ihren Vorstellungen leben können (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008). In der Umsetzung der genannten Artikel wäre es angebracht, Jakob in einem gemeinsamen Prozess unterschiedliche Optionen aufzuzeigen und ihn in weiterer Folge zu unterstützen, die für ihn passende Form des Wohnens auszuwählen.

Art 20 BRK besagt, dass sicherzustellen ist, dass Menschen mit Behinderungen größtmögliche persönliche Mobilität genießen können. Diese Mobilität ist zu erschwinglichen Kosten zu erleichtern. (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008) Dies bedeutet, falls Jakob beispielsweise eine Selbsthilfegruppe aufsuchen möchte, hier eine für ihn kostengünstige Variante gefunden werden muss, damit diese einfach für ihn

erreichbar ist. Art 24 (5) BRK verpflichtet die Vertragsstaaten im Bereich des tertiären Bildungssektors geeignete Maßnahmen zu treffen, für Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zu schaffen. Der österreichische Zivilgesellschaftsbericht kritisiert in diesem Zusammenhang physische, soziale und kommunikative Barrieren, durch die ein Zugang an Hochschulen und Universitäten verwehrt werden kann. Beispielsweise existiert kein Recht auf Verlängerung von Prüfungszeiten. Der Bericht zitiert die Studierenden-Sozialerhebung von 2009 in der 12 % der Student_innen angaben, chronisch krank zu sein und 8 % eine sonstige Beeinträchtigung nannten (vgl. IHS 2009 zit. in ÖAR 2013). Es ist durchaus möglich, dass Jakob sein Studium der Rechtswissenschaften auf Grund von Auswirkungen seiner Erkrankung abbrechen musste. Insofern hat er ein Recht darauf, bei einer möglichen Fortsetzung entsprechende Unterstützung zu erhalten (vgl. ÖAR 2013).

Nationaler gesetzlicher Rahmen

In Österreich dürfen psychisch kranke Menschen nur im Falle von Fremd- oder Selbstgefährdung zwangsbehandelt werden. Das Unterbringungsgesetz UbG regelt die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten, wenn diese aus Schutzgründen dort festgehalten werden müssen. (vgl. BGBl. Nr. 155/1990).

2.9.3. Fallreflexion mit Praktiker_innen

2.9.3.1. Handlungsoptionen

Fallverstehen

In dieser Fokusgruppe fällt auf, dass viele Überlegungen und Fragen zum Fallverstehen- und verlauf gebracht wurden. Es wurde von mehreren Teilnehmer_innen versucht in nahezu detektivischer Arbeit herauszufinden, wie es zu dieser extremen Form des Zusammenlebens gekommen sein könnte. Daraus könnte man ableiten, dass das Stellen von Fragen und das Bilden von Hypothesen über den Fallverlauf, mögliche Handlungsoptionen darstellen, die zu einem besseren Fallverstehen beitragen können Fragen die die Diskutant_innen diesbezüglich beschäftigt haben, waren zum Beispiel: Wie kam es zu der Einweisung? War eine Intervention der Eltern möglicherweise der Auslöser?

Wurde früher miteinander gegessen? Wurde miteinander geredet? Wie geht es den Eltern miteinander – wie kommen sie damit zurecht?

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe empfinden es als hilfreich, herauszuarbeiten, was „Familienleben“ in der Familie bedeutet und vor allem in der Vergangenheit bedeutet hat. Es könnte helfen, vor allem Jakob besser zu verstehen.

Laut einem_einer Fokusgruppenteilnehmer_in ist es sinnvoll, sich an Jakobs Erkrankung interessiert zu zeigen. Nur er selbst kennt seine Symptome und es sei wichtig, sich diese vom ihm erklären zu lassen. Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) plädiert hier für eine Haltung des „Nicht-Wissens“: „...ist es ethisch geboten, jeder/jedem Hilfesuchenden im beruflichen Umfeld mit professioneller ‚Neugierde‘ zu begegnen“ (DBSH 2014:26).

Ein Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen könnte dem Fallverstehen zuträglich sein. Ein_Eine Diskussteilnehmer_in zeigt auf, dass jede Profession „ihren“ Teilbereich des persönlichen Lebens von Klient_innen wahrnimmt. So kann insgesamt ein relativ detailnahes Bild der Lebenswirklichkeit von Klient_innen entstehen. In diesem Zusammenhang wird die Einrichtung „Indibet“ genannt. Bei Indibet handelt es sich um eine Einrichtung der Volkshilfe Wien, die unter anderem psychisch kranken Menschen mit fehlender Krankheitseinsicht und Behandlung speziell geschulte Heimhelfer_innen zur Verfügung stellt. Ziel ist Hilfe zur Selbsthilfe, um ein angstfreies, selbstständiges und unabhängiges Leben führen zu können (vgl. FSW 2011). Ein fachlicher Austausch, könnte hier hilfreich sein.

Es wird von den Fokusgruppenteilnehmer_innen darauf hingewiesen, in der Einschätzung des Falles und vor allem des Klienten auf Grund der seltenen Kontakte realistisch und bescheiden zu bleiben: *„Man muss da schon irgendwie, Bescheidenheit ist da angesagt. Ja, man darf das nicht überschätzen, was man da in einer Stunde sieht.“* (FG9, Z620-621)

Kontakt/Vertrauen

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe sind der Meinung, dass mindestens eine weitere betreuende Person für Jakob benötigt wird. Die Herstellung einer weiteren Vertrauensbeziehung sollte von der Sozialarbeiterin, zu der Jakob Vertrauen zu haben scheint, begleitet werden. Ein Beziehungsaufbau ohne eine solche Vertrauensperson würde sich viel schwieriger gestalten. Die Diskussionsteilnehmer_innen stellen die Frage, wie die Sozialarbeiterin einen Zugang zu Jakob finden konnte. Mit diesem Wissen könnte der Handlungsspielraum erweitert werden. Auch wenn Jakob zum jetzigen Zeitpunkt keine Krankheitseinsicht zeigt, nutzt er doch das Gesprächsangebot einer Einrichtung, deren Zielgruppe Menschen mit psychischen Erkrankungen sind. Durch die bereits gelungene vertrauensvolle Beziehung kann die Sozialarbeiterin jedenfalls eine Brücke zu anderen Unterstützungssystemen bilden.

Da momentan das Essen den einzigen Anknüpfungspunkt zwischen Jakob und seiner Mutter darstellt, könnte versucht werden, hier anzuschließen. Die Eltern könnten versuchen, minimale Bedingungen an die Essensversorgung zu knüpfen, zum Beispiel, dass er das Essen selbst aus der Küche abholen muss. Es sollte überlegt werden, welche Aufgaben für Jakob erfüllbar und was seine Wünsche in Bezug auf seinen Alltag sind. Man könnte gemeinsam mit ihm erarbeiten, welche Veränderungen oder Verbesserungen er sich wünscht und dann von Hausbesuch zu Hausbesuch an kleinen Anpassungen arbeiten. Dadurch würde man ihn auch besser kennen lernen.

Hier kann angemerkt werden, dass Jakob auf den ersten Blick betrachtet, keinen Handlungsbedarf sieht. Seine Eltern sorgen für seine Absicherung in jeglicher Hinsicht. Andererseits sagt er, dass er nur von der Sozialarbeiterin verstanden werde und daher könnte man im Umkehrschluss annehmen, dass Jakob keine anderen Personen (vor allem keine außerhalb eines professionellen Umfelds) hat, mit denen er sich austauschen kann. Jakob formuliert bisher selbst kein Problem, daher könnte es Aufgabe der Sozialarbeit sein, hier eine Problemdefinition aus Sicht des Klienten zu erarbeiten, um zu einem Auftrag zu gelangen: „Ein Eingriff kann also nur gerechtfertigt stattfinden, wenn Akteure des Feldes selbst eine

Situation als problematisch markieren. Sozialarbeit erscheint mit keiner Heilsbotschaft. Ihr Einsatz ... ist auf die Problemdefinition angewiesen, die von anderen erfolgt.“ (Pantucek 2009:47)

Die Eltern

Die Überlegung, ob die Eltern eine zweite Sozialarbeiterin brauchen, die parteilich für deren Anliegen arbeiten kann, hat die Fokusgruppenteilnehmer_innen während der gesamten Diskussion beschäftigt und wurde immer wieder aufgegriffen: *„Was ich auf jeden Fall sehe, ist, dass nicht nur er der Klient ist, sondern da gibt es die Eltern, dass ich sage, die wären für mich auch Klient.“* (FG9, Z16-17) In Teil III, Kapitel 1.2. wurde bereits der Begriff Klient_in beschrieben. Hinsichtlich dieser Definition ist es im Sinne der Diskussionsteilnehmer_innen, die Eltern speziell zu unterstützen.

Betrachtet man die Prinzipien hinsichtlich Menschenrechten und menschlicher Würde im Ethikkodex der International Federation of Social Work, entspricht das Einbeziehen der Eltern einer ganzheitlichen Fallbearbeitung (vgl. IFSW 4.1.3,2012).

Seine Eltern besuchen die Angehörigengruppe und sprechen so einen Auftrag aus: Sie nutzen das Angebot einer moderierten Gesprächsgruppe mit anderen Betroffenen und können darüber hinaus auch Einzelberatungen in Anspruch nehmen. Auch hier ist die Frage berechtigt, welches Problem die Eltern von Jakob definieren. Der Vater fürchtet um den Fortbestand seiner Ehe und er spricht von einer hohen emotionalen Belastung. Darüber hinaus schildert er Ängste bezüglich der passenden Betreuung von Jakob. Zusätzlich wäre interessant: Welche Probleme nimmt die Mutter wahr? Gibt es Veränderungswünsche? Die Sozialarbeiterin berät die Eltern vor allem in Fragen der Existenzsicherung von Jakob. Diese nutzen also das fachliche Expertenwissen hinsichtlich aller Fragen betreffend der Versorgungsleistungen des österreichischen Sozialstaates. Zum jetzigen Zeitpunkt liegt der Fokus der Eltern fast ausschließlich auf Jakob, vor allem für seine Mutter. Aber welche Probleme sehen die Eltern hinsichtlich ihrer eigenen Lebensvorstellungen und Bedürfnisse? Wo werden diese möglicherweise fundamental eingeschränkt, wo wünschen sie sich eine Veränderung? Ein

Besinnen auf eigenen Lebensentwürfe und -wünsche der Eltern des doch längst erwachsenen Jakob scheint gerechtfertigt.

Dahingehend sollte laut den Diskutant_innen hinterfragt werden, welche Veränderungen von den Eltern gewünscht sind. Ein_eine Teilnehmer_in stellt fest, dass den Eltern klarzumachen ist, dass sie für die Gestaltung ihres Lebens selbst verantwortlich sind, also auch bestimmen können und müssen, wie und in welcher Form sie leben möchten. Es wird von einem_einer Diskussionsteilnehmer_in postuliert, dass die Eltern des erwachsenen Jakob trotz seiner Erkrankung auch das Recht haben, aussprechen zu können, dass er ausziehen muss.

Jakobs Eltern sind zum jetzigen Zeitpunkt noch bereit, seine Versorgung zu übernehmen. Da sich diese Bereitschaft aber durch die Belastungen verändern kann und auch irgendwann durch das fortgeschrittene Alter seiner Eltern nicht mehr gewährleistet sein wird, ist es sinnvoll, jetzt schon einen Blick darauf zu werfen, welche anderen Möglichkeiten des Wohnens es für Jakob geben kann.

Die Rolle der Eltern scheint bei den Fokusgruppenteilnehmer_innen insgesamt eine große Betroffenheit zu erzeugen. Teilweise scheinen die Diskussionsteilnehmer_innen die Verantwortung für Jakobs Erkrankung in der Form der Erziehung des Sohnes zu suchen: *„Da braucht es immer Zeit für das Abhängigkeitsverhältnis und ich frage mich gerade, wie das früher war, bevor er zwanzig geworden ist, weil da gehören immer zwei dazu, dass man sich in so ein Verhältnis begibt, auch wie ist das pädagogische Konzept der Eltern gewesen?“* (FG9, Z124-126)

Ein_eine anderer_andere Fokusgruppenteilnehmer_in warnt vor der Gefahr, die Eltern mittels Laiendiagnose in eine Täter_innenrolle zu bringen: *„Das heißt, es bräuchte neben dem Sozialarbeiter auch eine psychosoziale Unterstützung für die Eltern, weil wenn man versucht irgendwie so ein bisschen Haushaltsdiagnosen zu stellen (lacht), könnte es gefährlich werden...also da einfach professionell zu bleiben“* (FG9, Z148-150). Simon verweist in diesem Zusammenhang auf Finzen, der sagt, dass noch in den 1970er-Jahren Angehörige als Verursacher_innen der Erkrankung von Betroffenen galten. Dies sei heute nicht mehr der Fall –

Angehörigenverbände hätten dafür gesorgt, dass beispielsweise Eltern eher als Ressource wahrgenommen werden (vgl. Finzen zit. in Simon zit. in HPE 2013).

Mutter

Die Rolle der Mutter von Jakob grenzt sich insofern von der Kategorie Eltern ab, als dass sie für Jakob einen anderen Stellenwert einzunehmen scheint, als dies der Vater tut. Die Mutter ist außer der Sozialarbeiterin die einzige Person, die mit Jakob noch in Verbindung steht.

Es wird die Beziehungsebene zwischen Mutter und Sohn thematisiert. Die Hypothese eines gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnisses wird aufgestellt. Um besser verstehen zu können, wie sich die Interaktion und Kommunikation auf der Beziehungsebene innerhalb der Familie gestaltet, schlägt ein_eine Diskussionsteilnehmer_in als mögliche Intervention eine Wohnortveränderung von Jakob, die vom Vater als Jakobs Sachwalter bei Gericht beantragt werden könnte. Dem könnte ein Versuch eines ehrlichen, durch die Sozialarbeiterin unterstützten Gesprächs vorangehen. *“... keine Essenslieferung – möglicherweise Dekompensation und Spitalsaufenthalt und der Vater sagt, OK, zu Hause schaffen wir das nicht mehr und dann ist die Verantwortung ja auch beim Spital. Dann sind wir auf der Beziehungsebene mit der Mutter und dann wird das irgendwie klarer, was hat die für eine Rolle, was ist das für eine Art von gegensätzlichem Missbrauch, würde ich schon fast sagen.”* (FG 9, Z210-215)

Als weitere Handlungsoption wurde vorgeschlagen, zu eruieren, wie es um die Ressourcen der Mutter bestellt ist: *„Ich denke es ist wichtig zu klären, wie die Mutter, wie sehr sie quasi am Limit ist, also wenn die Eltern sagen, es muss sich etwas ändern, muss das jetzt gleich sein oder wieviel ... Energie ist noch da ... weil ich denk mir, selbst wenn da was startet, bis da irgendwas aufgebaut wird, das wird schwierig und noch dauern.“* (FG9, Z359-365)

Erfahrung mit psychischen Erkrankungen

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe sehen den Erfahrungsaustausch mit Kolleg_innen aus dem gleichen Handlungsfeld als zentral an. Dieser Fall, in dem

Jakob und seine Eltern als zentrale Akteure auftreten, sei mit Sicherheit kein Einzelfall, der nicht mit anderen vergleichbar wäre. Sinnvoll wäre es auch, einen überregionalen Austausch zu suchen. Die Diskussionsteilnehmer_innen gehen davon aus, dass hier sicherlich eine Bereitschaft besteht, entsprechendes Wissen in Form einer Intervision mit anderen Organisationen zu teilen. Sinnvoll wäre es, solche Austauschgruppen vor allem mit Praktiker_innen zu gestalten, die über eine weitreichende Erfahrung im Feld verfügen. Dabei müsse es sich keineswegs nur um Sozialarbeiter_innen handeln, auch das Erfahrungswissen von Sachwalter_innen, Psychotherapeut_innen, Psychiater_innen oder auch Pflegekräften wäre interessant.

Erwachsen werden

Ein_Eine Teilnehmer_in berichtet aus ihrer beruflichen Praxis von einem ähnlich gelagerten Fall. Der junge Mann, von dem er_sie erzählt, hätte von der räumlichen Trennung weg von den Eltern profitiert. Der Schritt in ein selbstständiges Leben ist aus seiner_ihrer Sicht für junge Menschen ein notwendiger Ritus in einem gelungenen Lebensablauf. Dies sei in unserem gesellschaftlichen Konzept auch so verwurzelt. Im Sinne der Selbstbestimmung gehöre es einfach dazu, sich auch selbst zu beweisen. Ein zum jetzigen Zeitpunkt wesentliches Hindernis gegen eine selbstständige Wohnform ist seine Verweigerung jeglicher Therapien oder Medikation, sowie sein selbst gewählter Rückzug. Krankheitseinsicht ist jedoch eine wesentliche Voraussetzung für ein selbstständiges Wohnen außerhalb des Elternhauses. Es wäre aber trotzdem vertretbar und wichtig, Jakob die verschiedenen Möglichkeiten des selbstständigen Wohnens vorzuschlagen und in einem nächsten Schritt gemeinsam zu überlegen, was die Vorteile für Jakob sein könnten und wie er alleine zurechtkommen könnte. Die Psychosozialen Zentren GmbH bieten beispielsweise unterschiedliche Wohnmöglichkeiten mit individueller Betreuung an sechs verschiedenen Standorten an und richten sich mit diesem Angebot an Menschen, die von einer psychischen Krankheit betroffen sind (vgl. PSZ o.A.). Aus ethischer Sicht ist anzumerken, dass die Selbstbestimmung von Klient_innen für Sozialarbeiter_innen zentral sein sollte. Der Deutsche Berufsverband der Sozialen Arbeit spricht zwar von der Verantwortung von

Sozialarbeiter_innen hinsichtlich einer Sicherstellung der physischen und psychischen Existenz. Jedoch sollte „in Zeiten der forcierten Ökonomisierung“ darauf geachtet werden, Klient_innen davor zu bewahren, dass diese als Funktionseinheit hinsichtlich wirtschaftlicher Verwertbarkeit gesehen werden (vgl. DBSH 2014:25).

Der_Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe sprechen sich für tagesstrukturierende Maßnahmen aus, da Jakob im Moment aus Sicht der Diskussionsteilnehmer_innen über keinerlei Tagesstruktur verfügt. Dazu kann kritisch angemerkt werden, dass aus Sicht Jakobs nicht mit Bestimmtheit gesagt werden kann, dass er über keinerlei Tagesstruktur verfügt. Wie Jakob seinen Tag gestaltet, könnte durchaus Struktur aufweisen, auch wenn Jakob dazu sein Zimmer nicht verlässt.

Als tagesstrukturierende Maßnahme schlägt ein_eine Teilnehmer_in einen Peer-Ansatz vor. Möglicherweise könnte es für Jakob hilfreich sein, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Eine Möglichkeit hierfür könnte eine Selbsthilfegruppe sein, wie sie beispielsweise die pro mente Gesellschaft in Wien anbietet. Das Gruppenangebot richtet sich auch an Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und nennt als Zielsetzungen, regelmäßiges Beisammensein und Erfahrungsaustausch, Lernen mit der Krankheit umzugehen, sowie wechselseitige Hilfestellung in schwierigen Situationen. Die Teilnahme ist anonym und kostenlos (vgl. pro mente 2015).

Bedürfnisse

Kreative Zugänge sehen die Fokusgruppenteilnehmer_innen als eine Möglichkeit, Jakob neue Perspektiven zu ermöglichen. Angedacht wurde die Nutzung eines Fotoapparats für Jakob, mit dem Vorschlag, die entstandenen Fotos mit einer Bedeutung zu versehen. So könnte ein Zugang zu Jakobs Bedürfnissen gefunden werden. Eine andere Möglichkeit wäre aus Sicht der Fokusgruppenteilnehmer_innen, Interessen oder Hobbies aus der Zeit vor der Erkrankung zu finden. Die Idee hier wäre, an diese „alten“ Interessen wiederum anzuknüpfen. Hier kann ergänzend angemerkt werden: Die Beratungsstelle „Hilfe zur Selbsthilfe“ bietet Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder deren

Angehörigen Unterstützung bei der Steigerung von Lebensqualität, und um dabei zu helfen, am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Orientiert sich die Sozialarbeiterin also am Leitbild ihrer Organisation, kann sie beispielsweise folgende Fragen als Richtschnur verwenden: Was versteht Jakob unter Lebensqualität? Wie qualitativ ist sein Leben jetzt? Was hindert ihn an einem qualitativollen Leben? Welche Vorteile könnte die Teilnahme an einem gesellschaftlichen Leben mit sich bringen?

Erkrankung

Die Diskussionsteilnehmer_innen raten zur Psychoedukation aller Fallbeteiligten. Damit soll der Wissenstand über die Erkrankung sowie entsprechende Therapiemöglichkeiten erweitert werden. Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppen erachten eine entsprechende Schulung sowohl für Jakob selbst als auch für seine Eltern als sinnvoll. Ein_Eine Diskussionsteilnehmer_in hebt den Vorteil des fehlenden Zeit- und Handlungsdrucks hervor. Darüber hinaus spricht er_sie sich dafür aus, wiederholende Episoden von Spitalsaufenthalten und des „Zuhausewohnens“ zu akzeptieren und als nützlichen Rahmen der Selbstbeobachtung und Ressource zu betrachten: *„... die Frage ist, wie gut kann man den Kontakt nach dem Spitalsaufenthalt herstellen, ich glaube, das wird die Schlüsselfrage sein, weil das könnte Beziehungsarbeit leisten und da wird es vielleicht mehrere Wiederholungen brauchen auch für ihn mehr das Erarbeiten, wie gut geht es mir oder wie sehr spüre ich mich, wenn ich nicht im Schub bin, ja, wie ist dann mein Erleben, wo habe ich da meinen Mehrwert im Vergleich zum Schub.“* (FG9, Z443-448) Der_Die Sozialarbeiter_in könnte, auch in Abstimmung mit dem_der Krankenhaussozialarbeiter_in, mit Jakob herausarbeiten, wann und in welcher Weise sich psychotische Schübe ankündigen. Menschen, die an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, würden mit der Zeit erlernen, Symptome richtig zu deuten. *„Die Leute sind ja nicht blöd deswegen, die kriegen das ja nachher schon mit, was da vorher passiert ist und ich denke, wenn man das mit ihm gut vorbereitet und ihm auch immer die Möglichkeit bietet, dass er auch im Spital die Kontakte halten...das Interessante ist ja, dass die Leute, wenn sie älter werden, merken sie ja schon vorher, wenn der Schub kommt, die können*

auch damit lernen, umzugehen“ (FG9, Z448-453). Als grundlegend wird dabei erachtet, dass eine stabile Beziehung sowohl zur extramuralen Einrichtung als auch zur Krankenhaussozialarbeit besteht. Dann könne ein stabiles und vertrauensvolles Netz geschaffen werden, das Klient_innen ermöglicht, Hilfe zu suchen, bevor es zu einer Einweisung kommt: „... weil eine Einlieferung ist immer furchtbar, also das ist grausam“ (FG9, Z457-458).

System Familie und Netzwerke

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe sprechen sich für eine Anamnese bestehender Netzwerke aus. Auch die Reaktivierung von Kontakten, die möglicherweise durch die Erkrankung verloren gegangen sind, sehen sie als Option. Die Diskussionsteilnehmer_innen gehen davon aus, dass es in der Zeit vor den ersten Anzeichen der Erkrankung Sozialkontakte (z.B. Nachbarn, Freunde, Studienkolleg_innen, etc.) gegeben hat. Hilfreich wäre es demnach, Möglichkeiten zu eröffnen im Sinne einer behutsamen Erweiterung des Blickfelds von Jakob: *„offenbar sieht er nur das, einfach im Zimmer hocken. Und er hat offenbar keinen ... mit Möglichkeit Wohngemeinschaft ... aus dem System raus ist eine Möglichkeit, irgendwann“ (FG9, Z508-510).* Ein Weg hierfür wäre die Erstellung einer Netzwerkkarte. Bei der Netzwerkkarte handelt es sich um ein sozialdiagnostisches Analyse- und Beratungsinstrument, mittels dem das persönliche Netzwerk von Klient_innen in vier Sektoren dargestellt werden kann (Familie, Freunde, professionelle Helfer_innen und Kolleg_innen) (vgl. Pantucek 2009:18ff).

Sachwalterschaft

Ein_Eine Diskussionsteilnehmer_in hält fest, dass der Vater die Sachwalterschaft für Jakob abgeben könnte. Sinnvoll könnte hier also eine entsprechende Rechtsberatung sein.

2.9.3.2. Ethische Überlegungen

Intervision

Wie in der Fallbeschreibung bereits geschildert, nutzen die Eltern das Angebot einer Angehörigengruppe, die eine Kollegin leitet. Es besteht ein Austausch zwischen den Sozialarbeiterinnen. Es wurde diesbezüglich diskutiert, ob und wie ein solcher Austausch stattfinden kann. Während ein_eine Teilnehmer_in der Meinung ist, dass ein umfassender Austausch notwendig ist, um nicht in die Familiendynamik hineingezogen zu werden, führt ein_eine anderer_andere Teilnehmer_in die Vertrauensbasis im Sinne einer Verschwiegenheit zwischen Fachkraft und Klient ins Feld. Es sei heikel, wenn es sich um Klient_innen handelt, die miteinander verwandt sind und im selben Haus wohnen. Es herrscht ein grundsätzlicher Konsens darüber, dass ein Austausch stattfinden muss, jedoch die Bedingungen vorab geklärt und vor allem mit den Beteiligten verhandelt werden müssen. Alle Beteiligten sind zumindest darüber zu informieren, dass ein fachlicher Austausch stattfindet oder stattfinden kann. Der Ethikkodex des Österreichischen Berufsverbandes der Sozialen Arbeit (OBDS) setzt einen solchen Austausch als ethisches Grundprinzip voraus und benennt auch die Bedingungen unter denen dieser stattfinden darf: „SozialarbeiterInnen arbeiten interdisziplinär in Kooperation mit anderen Professionen und unter Berücksichtigung der Klient_innenrechte.“ (OBDS Pkt.11, 2004)

Stigmata

Bei Schizophrenie handelt es sich um eine Erkrankung, die wie psychische Erkrankungen generell, in der Gesellschaft tabuisiert wird, daran Erkrankte stigmatisiert und daher das Selbstwertgefühl von Betroffenen beschädigt. Hier kann nochmals Asmus Finzen genannt werden, der in seinem Werk „Stigma psychische Erkrankung“ (Finzen 2013) diese Form der Diskriminierung von psychischen Erkrankungen als „Zweite Krankheit“ bezeichnet, die nicht minder schädigend als die Grunderkrankung sei (vgl. HPE 2014).

Von dieser Stigmatisierung sind auch die Eltern betroffen. Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe diskutierten die Auswirkung auf den gelebten Alltag wie zum Beispiel eine mögliche Isolation durch den Verlust von Sozialkontakten. Es wird

vermutet, dass sich die Situation katastrophal auf die Beziehung des Elternpaares auswirkt: *„Ich kann mir ja vorstellen, die haben auch schon lange aufgehört zu reden. Was sagt man denn da noch, nein, was sagt man denn da, über was redet man noch, wenn man da daneben immer das Kind hat, dem es eigentlich so schlecht geht, dann hört man auf, miteinander zu reden, weil es ändert nichts mehr. Ich bin erstaunt, dass die noch verheiratet sind.“* (FG9, Z405-410) Auffallend ist, dass ein_eine Diskussionssteilnehmer_in sogar mit seiner_ihrer Aussage in die Rolles der Eltern geschlüpft ist: *„Wir haben eh schon so oft darüber gesprochen. Hören wir auf, es gibt keine Veränderung.“* (FG9, Z408-409)

In dieser Hinsicht verpflichtet der IFSW in seinem Ethikkodex Sozialarbeiter_innen zur Bekämpfung stigmatisierender Zuschreibungen: „Sozialarbeiter/-innen haben die Pflicht, negativer Diskriminierung entgegenzutreten ...“ (IFSW 4.2.1, 2012)

2.9.4. Auflistung der Handlungsoptionen

- Bildung von Hypothesen mittels Intervision auch mit unterschiedlichen Professionen
- Einbindung einer weiteren Vertrauensperson
- Kleine Veränderungen im Alltag schaffen
- Einbindung eines_einer weiteren Sozialarbeiter_in zur Vermeidung von Rollenkonflikten
- Überlegung alternativer Wohnmöglichkeiten für Jakob
- Biographiearbeit
- Intervention die Veränderung provoziert bzw. erzwingt
- Abklärung der Ressourcen der Mutter
- Erfahrungsaustausch mit Kolleg_innen hinsichtlich psychischen Erkrankungen – auch organisationsübergreifend und multidisziplinär
- Schaffung einer Tagesstruktur
- Peer-Arbeit
- Künstlerische Zugänge wie Fotografieren als Ausdrucksform für Jakob
- Analyse früherer Hobbies und Interessen vor Ausbruch der Schizophrenie

- Fachlich professionelle Ausrichtung anhand des Leitbilds der Einrichtung (Unterstützung zur Steigerung der Lebensqualität und zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben)
- Psychoedukation für Jakob und seine Eltern
- Ressourcen in Krisen erkennen – Anknüpfungspunkt Beziehungsarbeit
- Anamnese bestehender und früherer Netzwerke von Jakob und seinen Eltern
- Abgabe der Sachwalterschaft – Rechtsberatung

IV. Ergebnisse und Erkenntnisse

Der Schlussteil widmet sich der zusammenfassenden Beantwortung der in Teil I, Kapitel 1. formulierten Forschungsfragen und bietet damit einen umfassenden Überblick über die gewonnenen Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit.

1. Ethische Dilemmata in der Alltagspraxis Sozialer Arbeit

Ethisches Bewusstsein und die Fähigkeit ethisch zu handeln sind grundlegende Bestandteile und ein wesentliches Qualitätskriterium Sozialer Arbeit. IFSW und IASSW sehen es deshalb als ihre zentrale Aufgabe, die ethische Reflexion und Auseinandersetzung in ihren Mitgliedsverbänden, den Ausbildungsstätten, sowie unter Praktiker_innen und Studierenden zu fördern. Eine ethisch begründete Entscheidungsfindung wird insbesondere hinsichtlich komplexer Fälle und Dilemmata im Berufsalltag gefordert. Diese Herausforderungen sind vielfach im Doppel- bzw. Tripelmandat der Sozialen Arbeit und ihrer Vermittlerrolle zwischen entgegengesetzten Interessen begründet. Aber auch Diskrepanzen zwischen den Interessen der Adressat_innen, den gesellschaftlichen Anforderungen nach Effizienz und Nützlichkeit und den begrenzten Ressourcen können Dilemmasituation verursachen (vgl. IFSW 1., 2012).

Die in Teil III, Kapitel 1.3. vorgestellte Kategorisierung nach Sarah Banks gibt eine mögliche thematische Unterteilung ethischer Dilemmata. Banks unterscheidet Dilemmata zwischen den individuellen Rechten und dem Wohlergehen der

Klient_innen, Dilemmata bezüglich dem Allgemeinwohl, also den Rechten und Interessen Dritter (z.B. der Organisationen), Dilemmata hinsichtlich der professionellen Rollen, Grenzen und Beziehungen sowie Dilemmata betreffend der Förderung der Gleichberechtigung von Menschen mit Bedacht auf deren Vielfältigkeit (vgl. Banks 2012:21). Die exemplarischen Fälle (Teil III, Kapitel 2.1. bis 2.9.) wurden den ersten drei Kategorien zugeordnet.

Im Schweizer Berufskodex findet ebenfalls eine Auseinandersetzung mit Dilemmasituationen und Spannungsfeldern im Rahmen Sozialer Arbeit statt. Ähnlich wie bei Banks werden dort Dilemmata zwischen „dem Beharren auf Selbstbestimmung durch die Adressatinnen und Adressaten und der Notwendigkeit der Übernahme von Schutz und Fürsorge für die Klientinnen und Klienten durch die Soziale Arbeit“ und „der Loyalität zu den Adressatinnen oder Adressaten und der Loyalität zu den Arbeitgebenden, auftraggebenden Trägerschaften oder weisungsbefugten Behörden“ formuliert (Avenir Social 6.3, 2010). Zusätzlich werden noch weitere Spannungsfelder in der Sozialen Arbeit beschrieben:

- zwischen den Vorstellungen von Klient_innen und Weisungen durch Dritte
- in Bezug auf eine vorübergehende oder dauerhafte eingeschränkte bis nicht vorhandene Fähigkeit zur Selbstbestimmung von Klient_innen
- hinsichtlich dem Umgang mit ethischem Fehlverhalten von Kolleg_innen und der gleichzeitig bestehenden Loyalität zu denselben
- bezüglich der anwaltschaftlichen Vertretung von Klient_innen und dem bewussten Ansprechen oder Zurückhalten von Informationen vor Ämtern oder Behörden
- zwischen den begrenzten zur Verfügung stehenden Ressourcen und dem nachgewiesenen Bedarf

(vgl. Avenir Social 6.3, 2010).

Dieser kurze Blick in die Ethikkodizes und Literatur zu den ethischen Grundlagen der Sozialen Arbeit verdeutlicht, wie vielfältig sich Herausforderungen und Dilemmasituation in der Praxis darstellen. Es kann angenommen werden, dass sich im Zuge einer detaillierten ethischen Auseinandersetzung mit einzelnen Handlungsfeldern noch mehr Dilemmasituation herauskristallisieren. Diesbezüglich erscheint es auch lohnend, sich mit möglichen Spannungsfeldern im eigenen Arbeitsfeld

auseinanderzusetzen. Um Dilemmasituationen aber überhaupt identifizieren und reflektieren zu können, muss ein fachlicher Austausch innerhalb von Teams, Organisationen und der gesamten Disziplin ermöglicht und gefördert werden. In Teil IV, Kapitel 2. und 3. wird darauf noch näher eingegangen.

In Bezug auf die in Teil III, Kapitel 2. analysierten Fälle sollen noch folgende, aus Sicht der Autor_innen relevante Aspekte aufgezeigt werden:

- **Selbstbestimmung ist keine Frage des Alters:** Die in Teil III, Kapitel 2. vorgestellten Fälle veranschaulichen, dass ethische Dilemmata hinsichtlich der Selbstbestimmung von Menschen unabhängig von deren Alter auftreten. Hochaltrige Menschen, Personen, die nicht mehr im Vollbesitz ihrer geistigen Fähigkeiten sind und Menschen mit Behinderungen laufen Gefahr von den Menschen in ihrer Umgebung nicht ernst genommen und dadurch aufgrund ihrer Beeinträchtigungen in ihrem Selbstbestimmungsrecht eingeschränkt zu werden. Auf die besonderen Bedürfnisse, die durch (alters)bedingte Beeinträchtigungen entstehen können, ist Rücksicht zu nehmen. Einschränkungen dürfen daher nicht die Rechtfertigung für gesellschaftlichen Ausschluss bedeuten.

Hochaltrige Menschen sehen sich zunehmend mit dem Verabschieden von ihren Kompetenzen und einer selbständigen Lebensführung konfrontiert. Im Gegenzug dazu sind junge Menschen gefordert, im Laufe ihrer Adoleszenzentwicklung und Abgrenzung zum Elternhaus zusätzliche Kompetenzen zu erwerben. Das Selbstbestimmungsrecht dieser vulnerablen Gruppen muss daher besonders im Blick der Sozialarbeiter_innen bleiben.

- **Privatsphäre und transparentes Arbeiten:** Diese Thematik stellt ein für alle Handlungsfelder der Sozialen Arbeit relevantes Dilemma dar. Die Achtung der Privatsphäre und die Erhaltung der Würde von Klient_innen stehen der gleichzeitigen Notwendigkeit des Eindringens in deren persönliche Lebensbereiche zur adäquaten Fallbearbeitung gegenüber. Personen mit sozialen Problemstellungen sind in der Fallbearbeitung durch Sozialarbeiter_innen damit konfrontiert, eine Reihe von privaten Details offenlegen zu müssen. Sozialarbeiter_innen müssen sich der damit einhergehenden Gefahr der

Entwürdigung bewusst sein. Dem kann durch die zielgerichtete Erhebung nur jener Daten, die für die Bearbeitung einer Problemstellung erforderlich und relevant sind, entgegengesteuert werden. Zusätzlich sind Klient_innen oftmals einem umfassenden Eingriff in ihre Lebensführung ausgesetzt. Auch wenn diese Eingriffe manchmal nicht vermeidbar sind, ist eine transparente Vorgehensweise für Klient_innen entscheidend, um einer wiederholten Demütigung entgegenzuwirken.

2. Erweiterung der Handlungsspielräume durch menschenrechtliche Grundlagendokumente und Ethikkodizes

Der Forschungsprozess hat gezeigt, dass eine Erweiterung der Handlungsoptionen unter Einbeziehung ethischer und menschenrechtlicher Grundlagendokumente folgende drei Aspekte berücksichtigen muss:

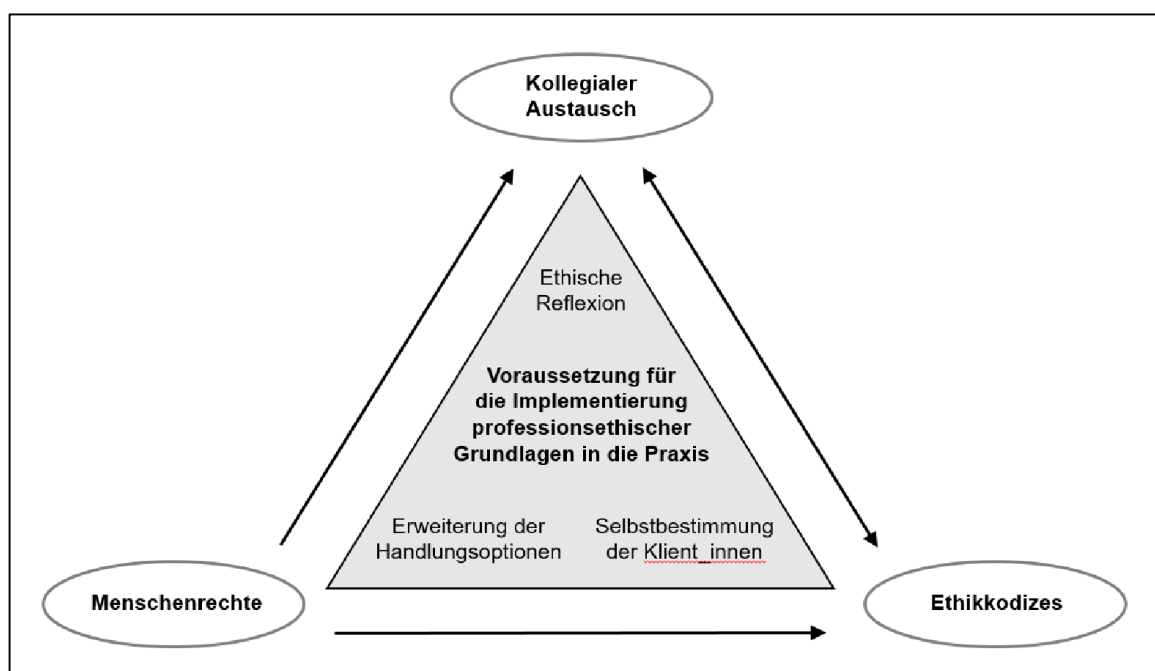


Abbildung 8: Handlungstrias der Sozialen Arbeit

Die **Menschenrechte** manifestieren sich in den unterschiedlichsten nationalen und internationalen Gesetzestexten und bilden die Basis für die Ethikkodizes der Sozialen Arbeit. Die **Ethikkodizes** geben einen Überblick über die Grundprinzipien und –haltungen professioneller Praxis und können dadurch wesentlich zum Professionsverständnis von Sozialarbeiter_innen beitragen. Der **kollegiale Austausch**

findet aufgrund geringen Wissens darüber und wegen des oft herrschenden Handlungsdrucks derzeit zumeist ohne systematische Berücksichtigung dieser beiden Grundlagen statt. Dabei ist er das notwendige Schlüsselement um den ethischen und menschenrechtlichen Diskurs in der Praxis zu fördern und die Anwendung dieser grundlegenden Dokumente in der Fallarbeit zu verankern. Umgekehrt ist die praktische Anwendung und Diskussion der Ethikkodizes in der Fallarbeit höchst relevant für deren Weiterentwicklung. Die Anwendungserfahrungen der Sozialarbeiter_innen bilden ein wichtiges Korrektiv zum theoretisch-wissenschaftlich geführten Ethikdiskurs.

Konkrete Handlungsoptionen, die sich aus Menschenrechtsdokumenten und Ethikkodizes ableiten lassen und damit zur Erweiterung der Handlungsspielräume beitragen, werden im Folgenden noch differenzierter dargestellt.

2.1. Menschenrechte als Ausgangspunkt

Im Sinne der BRK ist es notwendig, nach Möglichkeiten zu suchen, die Hürden im Alltag für Betroffene zu minimieren. Das Denkkonzept „Behinderung“ muss von Sozialarbeiter_innen als soziales Modell gedacht und verwirklicht werden. Damit geht es um eine Loslösung der Beeinträchtigung vom Individuum und daraus resultierend um die Förderung eines gesellschaftlichen Verständnisses und Verantwortungsgefühls.

Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen und altersbedingter Abbau kognitiver und körperlicher Fähigkeiten werden von Betroffenen höchst individuell wahrgenommen. Sozialarbeiter_innen, die im entsprechenden Handlungsfeld agieren, müssen Betroffenen gegenüber zuallererst eine nichtwissende Haltung einnehmen und ihre Klient_innen als Expert_innen ihrer eigenen Lebenssituationen achten, damit diese ihre Wahrnehmungen erklären können. Psychoedukation sowohl für Klient_innen als auch für Angehörige ermöglicht ein besseres Verständnis von Betroffenen und kann Erleichterungen hinsichtlich herausfordernder Lebensumstände bieten. Vor allem Klient_innen kann es helfen, selbstbestimmt ihren Alltag zu bewältigen und auch Zukunftsplanungen anzustellen. Die EMRK, BRK und darüber hinaus andere relevante menschenrechtliche Dokumente können über die Betroffenen hinaus als Wissenspool für menschenrechtliche Fragen herangezogen werden und spezielle weitere Dokumente wie etwa die Konventionen über Frauen-

und Kinderrechte ermöglichen ebenso in anderen Handlungsfeldern relevante Argumentationslinien (z.B. Dilemmafragestellung in der Kinder- und Jugendhilfe). Die Menschenrechte sind Ausgangspunkt des Ethikkodex des österreichische Berufsverbandes, der diese als verpflichtende berufliche Leitlinie jedes_jeder Sozialarbeiter_in vorgibt.

2.2. Beitrag der Ethikkodizes

Neben den Menschenrechten bilden die Ethikkodizes Sozialer Arbeit die zweite Grundlage für eine ethisch begründete Praxis. Im Folgenden werden noch einmal einige der, nach Ansicht der Autorinnen, bedeutsamsten Aussagen aus den, in dieser Arbeit verwendeten, Ethikkodizes hervorgehoben und deren Relevanz in Bezug auf die Sozialarbeitspraxis thematisiert. Die Verweise auf die jeweiligen Ethikkodizes sind bewusst an prominenter Stelle in den Überschriften platziert.

2.2.1. Ganzheitliche Wahrnehmung der Klient_innen – als Person innerhalb der Familie, der Gemeinschaft und der sozialen Umwelt (vgl. IFSW 4.1.3, 2012)

Sozialarbeit passiert nie isoliert durch einen_eine Sozialarbeiter_in mit einem_einer Klient_in. Sowohl die Einbeziehung des Klient_innenumfelds als auch des professionellen Netzwerks eröffnen zusätzliche Handlungsmöglichkeiten. Da professionelle Hilfen immer erst zum Einsatz kommen sollten, wenn die sozialen Ressourcen der Klient_innen nicht mehr ausreichen, wird auch hier zunächst deren persönliches Netzwerk thematisiert.

Soziale Netzwerke sind von Sozialarbeiter_innen immer mitzudenken und zu erheben, da sie in vielen Fällen eine wertvolle Ressource darstellen. Zum sozialen Netzwerk zählen neben der Familie auch Freunde, Nachbar_innen, Bekannte, Kolleg_innen, etc.

Insbesondere Angehörige sind oftmals in hohem Maße durch die psychosoziale Problemstellung mitbetroffen und belastet. Dabei können sie für Klient_innen oft auch Unterstützung anbieten. Damit sie diese auch dauerhaft leisten können, bedarf es zunächst einer ganz konkreten Verhandlung über die Art und das Ausmaß der Unterstützung. Im Fallverlauf ist durch die Soziale Arbeit kontinuierlich zu

überprüfen, ob die vereinbarten Unterstützungsmaßnahmen sich als adäquat erweisen oder neu angepasst werden müssen. Kommunale und/oder ehrenamtliche Angebote im näheren Umfeld von Klient_innen sind verstärkt dann einzubeziehen, wenn das familiäre oder freundschaftliche Netzwerk von Klient_innen temporär keine Unterstützung bieten kann. Neben der unterstützenden Komponente bergen soziale Netzwerke immer auch Konfliktpotential. Die Vermittlung in Konfliktsituationen ist deshalb ein wesentlicher Bestandteil Sozialer Arbeit.

2.2.2. Kooperation mit anderen Professionen und Institutionen, zur Verbesserung der Lebensverhältnisse der Klient_innen (vgl. OBDS Pkt.11, 2004)

Das Erarbeiten, Pflegen und Nutzen formeller und informeller professioneller Netzwerke gehört zu den Grundkompetenzen von Sozialarbeiter_innen und soll in der täglichen Praxis auch entsprechenden Raum einnehmen dürfen. Dieser Austausch kann auf mehreren Ebenen erfolgen, wird aber beispielsweise im österreichischen Ethikkodex nicht in einzelnen Unterpunkten dargestellt. Demgegenüber zeigt sich im Schweizer Kodex eine ausdifferenzierte Darstellung der Zusammenarbeit mit Kolleg_innen in der eigenen und anderen Einrichtungen sowie der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

2.2.2.1. Zusammenarbeit mit anderen Sozialarbeiter_innen in der eigenen Einrichtung

Zunächst sollten die Ressourcen des eigenen Teams genutzt werden. Das Mehraugenprinzip als sozialarbeiterischer Qualitätsstandard erweitert den Blick auf Fallsituationen und unterstützt eine Überprüfung der eigenen Einschätzung mit Hilfe differenzierter, kollegialer Reflexion. Vor allem in ethischen Dilemmasituationen oder bei Entscheidungen, die die Rechte der Klient_innen wesentlich einschränken können, sollte die Anwendung des Mehraugenprinzips verpflichtend sein. Auch im Rahmen von Teambesprechungen und Intervention wird der Austausch mit Kolleg_innen zur Erweiterung der Handlungsstrategien gefördert. Ein angeleiteter Austausch kann in Form einer Team-Supervision stattfinden.

2.2.2.2. Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter_innen anderer Einrichtungen

Wenn der eigene Arbeitskontext oder das Mandat der eigenen Organisation die Handlungsoptionen einschränken, richtet sich die Aufmerksamkeit der Sozialarbeiter_innen auf Unterstützer_innen in Organisationsumwelten, die die Handlungsoptionen erweitern können. Die Übergabe von Fällen oder auch die Auslagerung von spezialisierten Teilbereichen der Beratung würden sich hier beispielsweise anbieten.

Im Sinne einer nachhaltigen Wirksamkeit sozialer Hilfen sind Sozialarbeiter_innen immer auf die Vernetzung mit anderen Einrichtungen angewiesen, um im Bedarfsfall kontinuierliche Betreuungsverläufe ohne Doppelgleisigkeiten für betroffene Klient_innen zu ermöglichen. In dieser Funktion als Nahtstelle zu anderen Unterstützungsangeboten sollten Sozialarbeiter_innen in Gutachten und Stellungnahmen sowohl ethische Prinzipien als auch menschenrechtliche Grundlagendokumente einfließen zu lassen.

2.2.2.3. Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Sozialarbeit ist mit ihrem generalistischen Zugang der Kooperation mit anderen Professionen verschrieben. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit dient der reflektierten und umfangreichen Komposition von Sichtweisen, die den Betroffenen im Sinne ihrer Selbstbestimmung Handlungsoptionen eröffnen können. In multiprofessionellen Teams ist deshalb das Wissen über die Zuständigkeiten, Stärken und Möglichkeiten der anderen Professionen wichtig, um diese nutzbar zu machen. Gleichzeitig brauchen Sozialarbeiter_innen in diesen Arbeitssituationen ein ausgeprägtes Bewusstsein über die eigene Profession und fachliche Kompetenz. Um im Sinne der Klient_innen mit anderen, traditionell anerkannten, Professionen zusammenarbeiten zu können, ist zudem eine Vergegenwärtigung der professionellen Haltung und des Auftrags Sozialer Arbeit wichtig.

2.2.3. Empowerment durch Fokussierung auf die Stärken der Klient_innen (vgl. IFSW 4.1.4, 2012)

Die Ressourcenorientierung hinsichtlich der persönlichen Stärken und Fähigkeiten von Klient_innen ist nicht nur in der Sozialen Arbeit essentiell. Dieser Zugang

erweitert den Blick auf Handlungsoptionen und trägt zur Förderung der Selbstbestimmung von Klient_innen bei. Kreative Zugänge, um in Vergessenheit geratene Ressourcen zu aktivieren, können ein positives Selbstbild von Klient_innen hervorrufen. Dies wiederum fördert die Befähigung und in weiterer Folge die gesellschaftliche Teilhabe von Klient_innen.

2.2.4. Verpflichtung zur gerechten Ressourcenverteilung (vgl. Avenir Social 9.6, 2010)

Der chronische Ressourcenmangel in den Organisationen Sozialer Arbeit erzeugt bei den Professionist_innen oftmals Frustration und verleitet dazu, in einen passiven „Beschwerdemodus“ zu verfallen. Dies bewirkt eine vermeintliche Ohnmacht und negative Einengung dessen, was im Einzelfall trotz eingeschränkter Ressourcen möglich wäre und erschwert dadurch einen offenen, unvoreingenommenen Blick. Darüber hinaus ist es jedoch zulässig, Systemkritik zu üben, um den Sozialstaat an seine Verantwortung gegenüber den Bürger_innen zu erinnern. Wie diese Kritik in organisierter, konstruktiver und wirksamer Form gelingen kann, wird in Teil IV, Kapitel 3.3. erläutert. Gleichzeitig gilt es, den Blick nicht nur auf die Einzelfallhilfe zu richten, sondern vermehrt Gemeinwesenarbeit zu entwickeln, um die Stigmatisierung von Einzelpersonen und individuell fokussierte Problemlagen zu entkräften und die Ressourcen sozialer Netzwerke noch mehr in den Vordergrund zu rücken.

2.2.5. Eingehen auf die Ziele der Betroffenen (vgl. OBDS Pkt.3, 2004)

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppen halten fest, dass der Ressource Zeit in Bezug auf die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Professionen und Klient_innen weitaus mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Eine differenzierte Diagnostik kann vor allem in Bezug auf die in dieser Arbeit behandelte Zielgruppe nur im intensiven Zusammenspiel mit anderen Professionen erfolgen und der Austausch über das jeweilige Fachwissen braucht zeitliche Würdigung. Die Einbindung von Klient_innen in alle Prozesse der Fallarbeit entsprechend ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten rundet eine gelingende Intervention ab.

2.2.6. Verpflichtung gegenüber dem dreifachen Mandat (vgl. Avenir Social 5.10, 2010)

Das Tripelmandat ist gleichzeitig Herausforderung und Chance. Herausforderung, weil es gilt, einen Balanceakt zwischen den Interessen zu vollführen und primär den Erfordernissen des Betroffenen gerecht zu werden, ohne den Anstellungsträger zu unterwandern. Chance, weil das eigene Professionswissen, die Berufsethik und die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit weitere Handlungsoptionen für Sozialarbeiter_innen eröffnen. Sozialarbeiter_innen stehen im Sinne der Ausrichtung Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession auch parteilich für Menschen ein, die nur bedingt der Zielgruppe ihrer Einrichtung angehören. Wenn die eigene ethisch-professionelle Ausrichtung es erfordert, kann es auch notwendig sein, sich innerhalb der Einrichtung parteilich hinter Klient_innen zu stellen und deren Rechte zu verhandeln.

Nichtsdestotrotz sollten Sozialarbeiter_innen sorgsam mit ihren eigenen Ressourcen umgehen und passende Unterstützungsalternativen für Klient_innen finden. Eine Möglichkeit besteht darin, das gesellschaftspolitische Mandat dazu zu nützen, die Selbstbestimmung ihrer Klient_innen z.B. durch das Aufmerksam machen auf Versorgungslücken und die Schaffung von zusätzlichen Beratungsangeboten zu fördern.

2.2.7. Stärkung der sozialarbeiterischen Expertise (vgl. Avenir Social 11.5, 2010)

Es ist wichtig, die eigenen sozialarbeiterischen Expertisen auch im Sinne einer Stärkung der Profession gegenüber Diagnoseverfahren anderer Disziplinen als gleichwertig zu betrachten. Der Einsatz sozialarbeiterischer Erhebungs- und Diagnostikinstrumente kann dabei unterstützen, den Blick auf Fallsituationen zu erweitern. Passagen aus menschenrechtlichen Texten legen Standards fest und untermauern die eigene Argumentation, beispielsweise in Sozialberichten oder Gutachten.

2.2.8. Förderung des ethischen Dialogs in der Einrichtung (vgl. IFSW 5.10, 2012)

In erster Linie sollte der Ethikkodex Sozialer Arbeit von Praktiker_innen stärker als Arbeitsinstrument Verwendung finden. Darüber hinaus ist aber auch die Implementierung ethischer Prinzipien in Organisationen Sozialer Arbeit elementar. Das Leitbild der eigenen Einrichtung kann ebenfalls als Argumentationsgrundlage in herausfordernden Dilemmasituationen genutzt werden. Es kann aber auch einen Ausgangspunkt darstellen, um einen ethischen Diskurs innerhalb der eigenen Einrichtung zu fördern (siehe Teil III, Kapitel 2.7.3.1.)

2.2.9. Verantwortung der Sozialarbeiter_innen (vgl. IFSW 5.8, 2012)

Sozialarbeiter_innen sind für ihre Handlungen gegenüber ihren Klient_innen verantwortlich. Aber Sozialarbeiter_innen müssen sich immer wieder ins Bewusstsein rufen, dass sie weder für die Probleme der Klient_innen, noch für deren Lösung verantwortlich sind. Ihr Verantwortungsbereich umfasst, insbesondere für Klient_innen verständliche Formen der Beratung und Gesprächsführung zu finden. Bezugnehmend darauf müssen sie sich rückversichern, auch verstanden worden zu sein. Die verständliche Informationsweitergabe stellt somit eine Bringschuld von Sozialarbeiter_innen dar. In ihrer fachlichen Arbeit müssen deshalb die Wahrung der Würde der Klient_innen und ein respektvoller Umgang immer an oberster Stelle stehen.

Sozialarbeiter_innen bestimmen i.d.R. nicht für ihre Klient_innen, sondern begleiten lediglich Entscheidungsprozesse. Sie sind daher immer auf die Kooperation der Klient_innen angewiesen. Wünsche und Zieldefinitionen von Klient_innen bedingen die Ausrichtung einer gemeinsamen Erstellung von Zielplanungen.

Grenzen der sozialarbeiterischen Verantwortung ergeben sich darüber hinaus durch den Auftrag und die Rahmenbedingungen der jeweiligen Organisation. Das Zurückspielen von Verantwortung an Klient_innen kann auch als ermächtigende Unterstützungsmaßnahme für mehr Selbstbestimmung gesehen werden und der Loslösung von Sozialer Arbeit dienen.

2.2.10. Erhaltung und Weiterentwicklung der sozialarbeiterischen Fertigkeiten (vgl. IFSW 5.1, 2012)

In ethischen Dilemmasituationen ist es besonders wichtig, eine kontinuierliche Erweiterung des Wissens hinsichtlich der Versorgungslandschaft, der rechtlichen Neuerungen etc. sicherzustellen. Bereits in der Konzepterstellung sozialarbeiterischer Angebote sind Theorien der Sozialen Arbeit und ihrer relevanten Nachbardisziplinen als professionelles Handlungswissen relevant und mitzudenken, da sie die ethische Ausrichtung und Haltung eines Angebots definieren und maßgeblich gelingende Interventionen fördern.

2.2.11. Grundsatz der Selbstbestimmung (vgl. Avenir Social 8.5, 2010)

Persönliche Lebensentwürfe und Entscheidungen von Klient_innen sind wertzuschätzen und ernstzunehmen, auch wenn sie stark von den eigenen Wertvorstellungen als Sozialarbeiter_in abweichen. Sozialarbeiter_innen neigen immer wieder dazu, ihre eigenen Werte und Vorstellungen auf die Lebenssituationen ihrer Klient_innen zu projizieren – eine Auseinandersetzung mit den ethischen Grundlagen der Profession unterstützt die ethische Reflexion und die Akzeptanz der Lebensentwürfe von Klient_innen. Somit wird es auch leichter, Entscheidungen von Nutzer_innen, die Sozialarbeiter_innen nicht unbedingt unterstützen können, zu respektieren. Eine Besonderheit stellt die Würdigung des Selbstbestimmungsrechts Angehöriger dar, die, auch wenn sie als Unterstützer_innen tätig sind, in ihren höchstpersönlichen Lebensentwürfen zu bestärken sind.

Das Besinnen auf die professionelle Rolle kann sicherstellen, dass Klient_innen in ihrer Selbstbestimmung gewürdigt werden, da persönliche Abhängigkeiten vermieden werden. Die langfristige Befähigung von Klient_innen, ihre Schwierigkeiten selbständig ohne die Unterstützung von Sozialarbeiter_innen lösen zu können, ist das oberste Ziel professioneller Sozialer Arbeit. Klient_innen über ihre Rechte zu informieren, bedeutet, ihnen selbst das Instrument zur Entscheidungsfindung zu übergeben.

3. Stärkung ethischer Reflexion durch Sichtbarmachung der Dilemmata

Wie aber kann die ethische Reflexion in der Praxis verankert werden? Die in der Einleitung beschriebene Annahme, dass wenig Wissen zu berufsethischen und menschenrechtlichen Grundsätzen vorhanden ist, hat sich im Rahmen der Interviews und Fokusgruppen mit Sozialarbeiter_innen bestätigt. Die Thematisierung ebendieser Grundlagen hat jedoch auch großes Interesse ausgelöst. Diese Nachfrage von Praktiker_innen begünstigt die Entwicklung von Strategien zur Implementierung von Strukturen und Instrumenten, die den ethischen Diskurs in der Praxis verankern und ethische und menschenrechtliche Grundlagendokumente als Ressource für die Fallarbeit nutzbar machen. Damit diese Veränderungen auch nachhaltig wirksam verankert werden können, ist es notwendig den Blick nicht nur auf die Fallebene, sondern auch auf die Ebene der Organisationen und die sozialpolitische Ebene zu lenken.

3.1. Fallebene

3.1.1. Dokumentation

Eine an den Bedürfnissen der jeweiligen Einrichtung ausgerichtete Dokumentation ist ein wichtiger Bestandteil sozialarbeiterischer Fallarbeit. Ein erster wichtiger Schritt, um ethische Dilemmata in der Fallarbeit sichtbarer zu machen, wäre, neben faktischen Ereignissen und Erkenntnissen auch Hypothesen über die Fallsituation in die Dokumentation zu inkludieren. Hypothesen über die Interessen der beteiligten Stakeholder_innen erleichtern außerdem den Einstieg in einen kollegialen Diskurs zu besonders herausfordernden Fällen. Die konkrete Benennung ethischer Dilemmata in der Falldokumentation und eine fallbezogene Auseinandersetzung mit den jeweils relevanten ethischen und menschenrechtlichen Grundprinzipien, wie dies auch in dieser Arbeit vorgenommen wurde, ermöglichen die Erweiterung eines möglicherweise im stressigen Berufsalltag eingeschränkten Blickes. Zusätzliche Handlungsoptionen und eine deutlichere sozialarbeiterische Positionierung können sich dadurch ergeben. Eine konkrete Umsetzung könnte z.B. durch die Erweiterung standardisierter Dokumentationsprogramme hinsichtlich ethischer Gesichtspunkte oder relevanter Menschenrechtsdokumente erreicht werden. Damit ließe sich eine generelle Überarbeitung von Falldokumentationsrichtlinien nach ethischen Vorgaben

(siehe OBDS Pkt.9, 2004) im Sinne der Transparenz gegenüber den Klient_innen verbinden.

3.1.2. Entwicklung einer Fehlerkultur

Misserfolge oder Fehleinschätzungen werden oftmals nicht dokumentiert. Sie stehen somit einer Evaluierung nicht zur Verfügung und daraus gewonnenen Lerneffekte gehen verloren. Diese Vorgehensweise untergräbt die fachliche Weiterentwicklung. Doch gerade ethische Dilemmasituationen, in denen die „richtigen“ Interventionen oder Vorgehensweisen meist nicht offensichtlich sind, beinhalten oft das Potenzial, die eigenen Arbeitsweisen zu überdenken oder zu erweitern. Die Kommunikation über „mislungene/falsche“ Interventionen kann nur in einem vertrauenswürdigen, sicheren Rahmen stattfinden. Diesen zu schaffen obliegt der Teamleitung in Zusammenarbeit mit dem Team. Eine starre Hierarchie in einer Organisation bietet nur eingeschränkt den entsprechenden Rahmen um dieses hohe Maß an Vertrauen in einem Team herzustellen. Die Einrichtung einer anonymisierten Wissensdatenbank, in der ethische Dilemmasituation und ihre Handlungsoptionen dokumentiert werden, stellt eine konkrete Strategie zur Sicherung des Wissens- und Erfahrungskapital von und für Sozialarbeiter_innen dar.

3.2. Organisationsebene

Wie soeben angesprochen, ist der fallbezogene Austausch mit Kolleg_innen eine wichtige Möglichkeit, um ethische Dilemmata sichtbar zu machen und ethische Reflexion darüber zu ermöglichen. Diese Beschäftigung kann, wie bereits in Teil IV, Kapitel 2.2.2.1. erwähnt, im Zuge von regelmäßiger Intervision oder in angeleiteter Supervision erfolgen. Konkret wären hier regelmäßige Intervisionszirkel für Sozialarbeiter_innen denkbar. Diese könnten von engagierten Praktiker_innen selbst und/oder mit der Unterstützung von Berufsverband oder Fachhochschulen verwirklicht werden.

Auch Fortbildungen zu menschenrechtlichen und berufsethischen Themen oder eine schwerpunktmäßige Auseinandersetzung über unterschiedliche berufsethische Aspekte im Rahmen von Teambesprechungen können in weiterer Folge einen menschenrechtlichen und ethischen Diskurs in Organisationen etablieren. Auch das

Leitbild der eigenen Organisation sollte einem ethischen Screening unterzogen werden und bei Bedarf an die ethischen Grundlagen der Profession angepasst werden.

Des Weiteren können ethische Dilemmata auch organisationsübergreifend, z.B. im Rahmen von Vernetzungstreffen thematisiert und diskutiert werden und damit dem Wissenspool aller beteiligten Organisationen dienen. Auch der Austausch über unterschiedliche Konzepte und Sichtweisen zu berufsethischen Grundlagen kann in solchen Settings bereichernd sein.

3.3. Sozialpolitische Ebene

Aufbauend auf den vorigen Kapiteln (Teil IV, Kapitel 3.1. und 3.2.) ist der ethische Diskurs auch auf sozialpolitischer Ebene zu führen. Sozialpolitische Arbeit kann jedoch nicht nur in der eigenen Einrichtung oder von einigen wenigen Sozialarbeiter_innen betrieben werden. Der OBDS bietet neben anderen Interessensvertretungen (z.B. OGSA) und schriftlichen Medien (z.B. SiO oder soziales Kapital) eine Plattform für sozialpolitische Auseinandersetzung. Laufende Stellungnahmen zu sozialpolitischen Fragestellungen, Teilnahmen an Konferenzen und Arbeitsgruppen, sowie die Mitgestaltung in Entscheidungsgremien durch die Berufsvertretung sind bereits wichtige Beiträge um die Positionen der Sozialen Arbeit in der sozialpolitischen Landschaft mitzuteilen. Des Weiteren wäre der Berufsverband auch gefordert, Umsetzungsstrategien zur Verankerung des Ethikdiskurses in der Praxis zu entwickeln. Die Autorinnen schlagen diesbezüglich die Realisierung eines dreistufigen Ethikfahrplans vor. Der erste Schritt beinhaltet eine verpflichtende Ethikzertifizierung für Sozialarbeiter_innen. Darüber hinaus ist die Etablierung einer Ombudsstelle für Klient_innen Sozialer Arbeit vorzusehen, die Verstöße von Sozialarbeiter_innen gegen die ethischen Grundsätze der Profession prüft. In der dritten Phase kann die Einbindung der sozialen Dienstleistungsträger mittels Schaffung eines Ethikgütesiegels erfolgen. Organisationen, die eine laufende Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen im Kontext Sozialer Arbeit und die Förderung des ethischen Diskurses unter ihren Mitarbeiter_innen nachweisen können, haben Anspruch auf dieses Qualitätssiegel.

4. Abschluss

Die hier präsentierten Ergebnisse schaffen die notwendige Verbindung zwischen wissenschaftlichem Ethikdiskurs und praktischer Anwendbarkeit ethischer Prinzipien. Sie eignen sich deshalb als Fundament für die Weiterentwicklung des österreichischen Ethikkodex Sozialer Arbeit. Die vorliegende Arbeit bildet durch die Eingrenzung der Zielgruppe und die Konzentration auf das Selbstbestimmungsrecht nur einen kleinen Ausschnitt der vielfältigen Tätigkeiten und unterschiedlichen Bedürfnisse der Adressat_innen Sozialer Arbeit ab. Ergänzend bietet sich die Erforschung ethisch begründeter Handlungsspielräume auch in anderen Bereichen Sozialer Arbeit an, um die Anschlussfähigkeit für Sozialarbeiter_innen in den verschiedenen Handlungsfeldern zu erhöhen und deren Interesse für eine tiefergehende ethische Auseinandersetzung zu wecken.

V. Literatur

- AGE-Plattform Europe (2010): Europäische Charta der Rechte und Pflichten älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, www.age-platform.eu/images/stories/22493_AGE_charte_europeenne_DE_indd.pdf, am 30.03.2016
- Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948): <http://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>, am 22.09.2015
- Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch, Sechstes Hauptstück: Von der Sachwalterschaft, der sonstigen gesetzlichen Vertretung und der Vorsorgevollmacht, Voraussetzungen für die Bestellung eines Sachwalters oder Kurators, a) für behinderte Personen, § 268 (2), <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10001622/ABGB%2c%20Fassung%20vom%20.pdf>, am 21.03.2016
- Amber Med (o.A.): Medizinische Versorgung für Menschen ohne Sozialversicherung, <http://www.amber-med.at/>, am 23.03.2016
- Anton Proksch Institut (o.A.): Therapieprogramm für Alkohol- und Medikamentenabhängige, <http://www.api.or.at/typo3/index.php?id=165>, am 22.09.2015
- Armutskonferenz: http://www.armutskonferenz.at/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=20&dir=DESC&order=date&Itemid=69&limit=10&limitstart=10, am 20.9.2015
- Avenir Social (2010): Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen, www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf, am 10.12.2015
- Banks, Sarah (2012): Ethics and values in social work. Basingstoke, Hampshire (u.a.).
- Bauer, Irmgard.: Monat – Sozialpolitische Rundschau der Dachorganisation der Behindertenverbände Österreichs 1/2014.

- Beschwerdesache Pretty gegen das Vereinigte Königreich, Bsw. 2346/02, https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20_020429_AUSL000_000BSW02346_0200000_000, am 26.01.2016
- Beschwerdesache Kalacheva gegen Russland, Bws. 3451/05, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Justiz/JJT_20090507_AUSL000_000BSW03451_0500000_000/JJT_20090507_AUSL000_000BSW03451_0500000_000.html, am 23.04.2016
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe, (o.A.) http://www.bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Grundlagen/Ethos_NEU_d.pdf, am 22.09.2015
- Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG) (1990) i.d.F. BGBl. Nr. 155/1990
- Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (Heimaufenthaltsgesetz - HeimAufG) (2004= i.d.F. BGBl. I Nr. 11/2004
- 69. Bundesgesetz über die Grundsätze für Hilfen für Familien und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche (Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz – B-KJHG) 2013 i.d.F. BGBl. I Nr. 69/2013, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008375>, am 23.04.2016
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) (o.A.): 24-Stunden-Betreuung, https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/24_Stunden_Betreuung/24_Stunden_Betreuung, am 24.04.2016
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012): Monitoringausschuss, Stellungnahme, Selbstbestimmte Entscheidungsfindung, file:///C:/Users/Anwender/Downloads/MA_SN_entscheidungsfindung_2012_05_21.pdf, am 17.01.2016
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2012): Soziales, Menschen mit Behinderungen, Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012 – 2020, http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/5/0/CH3434/CMS1456743005402/nap_de_pdfua.pdf, am 25.04.2016

- Bundesministerium für Inneres (o.A.): Asylwesen und Grundversorgung in Österreich, http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/betreuung/start.aspx, am 08.02.2016
- Bundesministerium für Inneres (o.A.): Betreuung in Österreich, http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/betreuung/start.aspx, am 23.04.2016
- Caritas Wien (o.A.): Obdachlosenhilfe Louise-Bus, <https://www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/obdach-wohnen/mobile-notversorgung/louise-bus/>, am 23.03.2016
- CBN-News: Pro-Family Movement Gains Big Win at the UN, <http://www1.cbn.com/cbnnews/world/2015/July/Pro-Family-Movement-Gains-Big-Win-at-the-UN>, am 23.03.2016
- Charta der Vereinten Nationen – Präambel, 1945, <http://www.unric.org/de/charta>, am 23.04.2016
- Council of Europe (2012): Commissioner for Human Rights, Report by Nils Muižnieks, following his visit to Austria, from 4 to 6 June 2012, <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1970297>, am 17.01.2016
- Definition von Familie: ABGB § 40: JGS Nr. 946/1811
- Department Soziales Fachhochschule St. Pölten GmbH (2015): Berufsgesetz, Statement St. Pölten 2014, <http://www.berufsgesetz.at/statement-st-poelten-2014> am 23.09.2015
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) (2014): Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte, <https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/DBSH-Berufsethik-2015-02-08.pdf>, am 10.12.2015
- Erlass des Bundesministerium für Gesundheit (2014): Verbot von Netzbetten, http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/5/1/CH1452/CMS1409905112109/erlass_netzbetten.pdf, am 30.06.2015
- Ermacora, Felix (1988): Grundriss der Menschenrechte in Österreich, Wien.
- Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) 1958 i.d.F. BGBl.Nr. 210/1958
- 4. Zusatzprotokoll zur Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK), BGBl Nr. 434/1969 idF. BGBl III Nr. 30/1998
- Europarat (2006): Aktionsplan des Europarats zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft: Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen in Europa 2006 – 2015,

www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc%2Dsp/Rec_2006_5%20German.pdf, am 19.04.2016

- Europäische Sozialcharta (2011) BGBl. III Nr.112/2011 <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007377>, am 23.04.2016
- Finzen, Asmus (2013): Stigma Psychische Erkrankung. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen, Köln.
- Flick, Uwe (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg.
- Fonds Soziales Wien (FSW) (o.A.): Aufnahme in Wohn- und Pflegehäusern, http://pflege.fsw.at/wohnformen_pflege/stationaere_wohnpflege/voraussetzungen_AE/index.html, am 24.04.2016
- Fonds Soziales Wien (FSW) (o.A.): Behindertenhilfe, Teilbetreutes Wohnen, <http://behinderung.fsw.at/wohnen/teilbetreutes/index.html>, am 13.05.2015
- Fonds Soziales Wien (FSW) (o.A.): Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe, http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/bz_wohnungslosenhilfe.html, am 22.09.2015
- Fonds Soziales Wien (FSW) (o.A.): Grundversorgung für Asylwerber_innen in Wien, http://wohnen.fsw.at/downloads/dokumente/Info_Grundversorgung-Wien.pdf - am 20.9.2015
- Fonds Soziales Wien (FSW) (2011.): Indibet, <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/indibet.html>, am 25.04.2016
- Fonds Soziales Wien (FSW) (2011): Obdachlos in Wien, Mobile Wohnbetreuung, http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/Mobile_Wohnbetreuung/, am 16.01.2016
- Fonds Soziales Wien (FSW) (o.A.): Pflege und Betreuung zu Hause, <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/>, am 24.04.2016
- Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) (2014): Wahlfreiheit und Selbstbestimmung: das Recht auf unabhängige Lebensführung. Erfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in neun EU-Mitgliedstaaten. Luxemburg, fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2013-choice-control_de.pdf, am 01.02.2016
- Froschauer, Ulrike/ Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Wien.

- Wiener Mindestsicherungsgesetz (WMG): LGBl 2010/38; 2011/02;2011/06; 2013/16;2013/29,
- Großmaß, Ruth/ Perko, Gudrun (2011): Ethik für Soziale Berufe. Paderborn.
- Haberstroh, Julia/ Knebel, Maren/ Müller, Tanja: (2014): Menschen mit Demenz zu selbstbestimmten Entscheidungen über medizinische Maßnahmen befähigen – Das Projekt EmMa. In: BtPRAX Zeitschrift für soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechtsanwendung in der Betreuung, 2014, Nr. 5, Köln, 195-197
- Hansbauer, Peter/ Hansen, Gregor/ Müller, Katja/ von Spiegel, Hiltrud (2009): Familiengruppenkonferenz. Eine Einführung. Weinheim und Basel.
- Heiner, Maya (2010): Kompetent Handeln in der Sozialen Arbeit. München/Basel.
- Heiner, Maya (2010): Soziale Arbeit als Beruf. 2. Auflage. München.
- Hofmann, Rainer: (o.A.): Kommentar zu EMRK Art. 3: <https://www.jura.uni-frankfurt.de/43680503/-11-Menschenrechtsschutz.pdf>, am 25.3.2016
- HPE (2014): Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter, <http://www.hpe.at/home.html>, am 16.11. 2015
- ICD-10-WHO Version 2016, <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamt12016/block-f10-f19.htm>, am 20.09.2015
- ICD-10-WHO Version 2016: www.icd-code.de/icd/code/F00.-*.html, am 16.01.2016
- Institute for Advanced Studies (IHS) (2009): Studierendensozialerhebung, Bericht zur sozialen Lage der Studierenden, file:///C:/Users/Anwender/Downloads/sozialerhebung_2009_ueberarbeitete_version.pdf, am 24.04.2016
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2012): People with Disabilities, <http://ifsw.org/policies/people-with-disabilities/>, am 20.09.2015
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2012): Statement of Ethical Principles, <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>, am 20.09.2015
- International Federation of Social Workers (IFSW) (2014): Global Definition of Social Work, <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>, am 29.03.2016
- Juchli, Liliane (1994): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 7. Auflage. Stuttgart.

- Kargl, Martina (2004): Armutskonzepte. Eine Einführung, http://www.armutskonferenz.at/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=20&dir=DESC&order=date&Itemid=69&limit=10&limitstart=10, am 20.9.2015
- Koenig, Matthias (2005): Menschenrechte. Frankfurt.
- Kohlfürst, Iris (2014): Die moralische Landschaft der Sozialen Arbeit – eine empirische Analyse der Umsetzung von Werten und Normen im beruflichen Alltag. Dissertation am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik Johannes Kepler Universität Linz.
- Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten samt Zusatzprotokoll (Europäische Menschenrechtskonvention – EMRK) 1958 i.d.F. BGBl. Nr. 210/1958, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1958_210_0/1958_210_0.pdf, am 13.9.2015
- Kopetzki, Werner (2014): Unterbringungsrecht II in Korinek Karl/Holoubek Michael (Hrsg): Österreichisches Bundesverfassungsrecht III Rz 18 - 46 zu Art. 1 PersFrG. 459ff.
- Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. In: Lamnek, Siegfried (2005): Gruppendiskussionen. Weinheim und Basel.
- Lamnek, Siegfried (2005): Gruppendiskussionen. Weinheim und Basel.
- Lenz, Ilse (2010): Die neue Frauenbewegung in Deutschland. Wiesbaden.
- Nadai, Eva/ Sommerfeld, Peter/ Bühlmann, Felix/ Krattiger, Barbara (2005): Fürsorgliche Verstrickung. Soziale Arbeit zwischen Profession und Freiwilligenarbeit. Wiesbaden.
- Nationaler Aktionsplan Behinderung (o.A.): <http://www.oeglb.at/nap-behinderung/1-behindertenpolitik/11-nationaler-aktionsplan-behinderung/111-ausgangslage/>, am 17.3.2016
- Nowak, Manfred (2002): Einführung in das internationale Menschenrechtssystem. Wien.
- ÖAR Stellungnahme vom 12.02.2016: UN-Behindertenrechtskonvention, Überarbeitung der deutschen Übersetzung, <http://oear.or.at/ihr->

recht/stellungnahmen/stellungnahmen-der-oar-

2014/OAR_StellungnahmeCRPDNeuubersetzung.pdf, am 10.04.2016

- Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2013): 1. Österreichischer Zivilgesellschaftsbericht, aktualisierte deutsche Langfassung des Berichts, http://www.oear.or.at/ihr-recht/un-behindertenrechtskonvention/zivilgesellschaftsbericht/1-osterreichischer-zivilgesellschaftsbericht/Zivilgesellschaftsbericht_2013_final_2608.doc, am 01.01.2016
- Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2004): Handlungsfelder der Sozialarbeit, www.sozialarbeit.at/files/handlungsfelder-fh-campus_wien.pdf, am 19.03.2016
- Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2004): Ethische Standards – Berufspflichten für SozialarbeiterInnen, www.sozialarbeit.at/files/ethik-berufspflichten-obds_1.pdf, am 10.12.2015
- Pantucek, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3. Auflage. Wien, Köln, Weimar, pantucek.com/ic3/IC3_2012_web.pdf, am 23.02.2016
- Pantucek, Peter (2009): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit, 2., verbesserte Auflage, Wien, Köln, Weimar
- Patientenverfügungsgesetz (PatVG) (2006) i.d.F. BGBl. Nr. 55/2006
- Pro Mente Wien (2015): Selbsthilfegruppen, <http://www.promente-wien.at/selbsthilfe/selbsthilfegruppen.html>, am 16.11.2015
- Psychosoziale Zentren (PSZ) (o.A.): Wohnen, <http://www.psz.co.at/angebote/wohnen/>, am 16.11.2015
- Psychosozialer Dienst Wien (PSD) (o.A.): Einrichtungen, <http://www.psd-wien.at/psd/einrichtungen.html>, am 13.05.2015
- Rosas, Allan (2001): Economic social and cultural rights. Dordrecht.
- Rothman, Juliet (2013): From the Frontlines. Student Cases in Social Work Ethics. Fourth Edition. Berkeley.
- Sachwalterschafts-Änderungsgesetz (SWRÄG) 2006 - BGBl. I Nr. 120/2005
- Sandkühler, Hans Jörg (2015): Menschenwürde und Menschenrechte, Freiburg

- Schattenbericht der Österreichischen Zivilgesellschaft 2013, <http://www.oear.or.at/ihr-recht/un-behindertenrechtskonvention/zivilgesellschaftsbericht>, am 15.03.2016
- Schattenhofer, Karl/ Thiesmeier, Monika (2001): Kollegiale Beratung und Entscheidung – Die Inszenierung einer Diagnose. In: Ader, Sabine/ Schrapper, Christian/ Thiesmeier, Monika (Hg.): Sozialpädagogisches Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik in Forschung und Praxis. Münster. S. 62-69.
- Schuhmacher, Thomas (2013): Lehrbuch der Ethik in der Sozialen Arbeit. Weinheim und Basel.
- Sen, Amartya (1998): Ausgrenzung und Politische Ökonomie. In: Voges, Wolfgang/ Kazepov, Yuri (Hg.): Armut in Europa. Schriften der Sektion Sozialpolitik der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Band 2. Wiesbaden. S. 12-25.
- Simon, Maria Dorothea (2014): Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter, Medien, <https://www.hpe.at/medien/buecher-dvds/buecher-detailanzeige/article/stigma-psychische-krankheit.html>, am 16.02.2016
- Soteria Verein zur geistlichen, psychischen und physischen Erneuerung der Gesellschaft, www.soteria.netzwerk.de, am 30.6.2015
- Staub-Bernasconi, Silvia (1993): Dimensionen Sozialer Arbeit – Annäherung an ihren Gegenstand. In: Staub-Bernasconi, Silvia (1995): Systemtheorie, soziale Probleme und soziale Arbeit: lokal, national, international. Bern. S. 95-115.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit und Menschenrechte. Vom beruflichen Doppelmandat zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit. In: SiO Sozialarbeit in Österreich. Nr. 2. 2007 Wien. S. 8-17.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis der Sozialen Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. In: Lob-Hüdepohl, Thirty-ninth session (1990) General comment No. 19: Article 23 (The family), http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCCPR%2fGEC%2f6620&Lang=en, am 23.03.2016
- Tomuschat, Christian (2002): Menschenrechte – Eine Sammlung internationaler Dokumente zum Menschenrechtsschutz. Bonn.

- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) 2008 i.d.F. BGBl. III Nr. 155/2008
- Unterbringungsgesetz – UbG 1990, https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990_155_0/1990_155_0.pdf, am 23.04.2016
- Verein Neue Wege, www.neuewege.at, am 9.7.2015
- Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta) 2006 i.d.F. BGBl. I Nr. 42/2006
- Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich (Grundversorgungsvereinbarung - Art. 15a B-VG) (2004) i.d.F. BGBl. I Nr. 80/2004
- WAG Assistenzgenossenschaft (o.A.): Wer bekommt PA? <http://www.wag.or.at/persoentliche-assistenz-pa/wer-bekommt-pa/>, am 20.09.2015
- Walz, Hans/ Teske, Irmgard/ Martin, Edi. (2011): Menschenrechtsorientiert: wahrnehmen – beurteilen – handeln. Hochschule Luzern.
- Wiener Krankenanstaltenverbund (o.A.): Otto Wagner Spital, Zentrum für Suchtkranke, http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?suchstring=3263, am 22.09.2015
- Wiener Wohnen (o.A.): Vormerkgründe für eine Gemeindewohnung, <https://www.wienerwohnen.at/interessentin/fuenfschritte/schritt1.html>, am 13.05.2015
- Zimbardo Philip George (1992): Psychologie; Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest.
- Zwischenbericht der Zivilgesellschaft zum Nationalen Aktionsplan Behinderung (2015), <http://www.oear.or.at/aktuelles/news/Arbeit%20fuer%20Menschen%20mit%20Behinderungen/NAPZwischenberichtZivilgesellschaft.pdf>, am 17.03.2016

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Dunja Gharwal, geboren am 17.10.1970 in Wien, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am 25.04.2016

Unterschrift

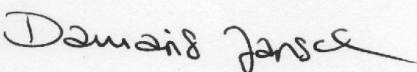
Dunja Gharwal

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Damaris Janschek, geboren am 09.06.1988 in Linz, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Wien, am 25.04.2016

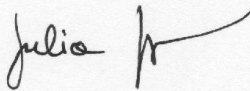
Unterschrift 

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Julia Kimeswenger, geboren am 8. Mai 1981 in Waidhofen an der Ybbs, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der Masterthese selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Masterthese bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Seebenstein, am 25.04.2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Julia Kimeswenger', with a stylized flourish at the end.

Unterschrift