

Aktive Zielprozesse und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im betreuten Wohnen

Viktor Gluttig, 1610406309

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 22.04.2019

Version: 1

BegutachterInnen: FH-Prof. Dr. Tom Schmid, Patricia Renner, BA MA und Sarah Maria
Laming, BA, BA, MA

Abstract

Zielprozesse und Selbstbestimmung sind in Einrichtungen des betreuten Wohnens ein tägliches und essentielles Thema. Nicht nur von Seite der BetreuerInnen, sondern auch von den Betroffenen wird viel darüber reflektiert. Nicht immer sind deren Gedanken und Aktionen im Sinne von Selbstbestimmung. Konflikte sind folglich keine Seltenheit. Zusätzlich spielen Einschränkungen durch Beeinträchtigung, Resignation oder Selbsteinschränkung eine Rolle. Unterstützende BetreuerInnen müssen auch Regeln und Pflichten mit den BewohnerInnen erarbeiten, welche von diesen teilweise als Einschränkung ihrer Selbstbestimmung gesehen werden. Erfolgreiche Umsetzung von Zielprozessen und Selbstbestimmung in Einrichtungen des betreuten Wohnens ist ein Produkt der Zusammenarbeit von Einrichtung, BetreuerInnen und Betroffenen auf Basis von Standards und deren Qualitätskontrolle.

Abstract

Processes to find, plan and reach objectives and self-determination are daily and essential topics in assisted accommodation institutions. Not only on the part of the caregivers, but also of those affected a lot is reflected on this topic. Not always their thoughts and actions are in the sense of self-determination. Conflicts are therefore not uncommon. In addition, restrictions due to the disability itself, resignation or self-limitation play an important role. Supporting caregivers also have to talk about the rules and duties in the institutions with the residents, some of whom see them as a restriction of self-determination. Successful implementation of target-processes and self-determination in assisted accommodation institutions is a product of collaboration between the institution, caregivers and the residents based on standards and their quality control.

Inhalt

1	Einleitung.....	6
2	Selbstbestimmung und Ziele als Funktion der Zeit.....	7
3	Von der Frage zu den Ergebnissen.....	12
3.1	Forschungsfrage.....	12
3.2	Unterfragen.....	12
3.3	Der Weg zu den Ergebnissen.....	12
4	Begriffe und ihre Bedeutung für diese Forschung.....	14
4.1	Selbstbestimmung.....	14
4.2	Betreutes Wohnen – Vollzeit / Teilzeit.....	14
4.3	LEVO.....	15
4.4	Betroffene / KlientInnen.....	15
4.5	ExpertInnen.....	15
4.6	Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.....	15
4.7	Zielprozesse.....	16
5	Ergebnisse im Überblick.....	17
6	Zielprozesse und Selbstbestimmung unter der Lupe.....	18
6.1	Zielprozesse.....	18
6.1.1	Autonomie der Ziele vs. Autonomie des Prozesses.....	18
6.1.2	Ein Plan muss her.....	20
6.1.3	Der Weg ist das Ziel oder doch der Weg zum Ziel.....	21
6.2	Qualität der Leistungserbringung – Eine Frage von Standards, Kontrolle, Gestaltung und Mitsprache.....	22
6.3	Selbstbestimmung umsetzen – Jeder darf etwas beitragen.....	23
6.3.1	Betroffene haben einen Plan – aber nicht alle.....	24
6.3.2	Einrichtungen und BetreuerInnen benötigen ebenfalls einen Plan.....	24
6.4	Psychische Beeinträchtigung, Pflichten, Regeln, Grenzen – Selbstbestimmung wird gefordert.....	25
6.4.1	Pflichten und Regeln in der Einrichtung versus Einschränkung der Selbstbestimmung.....	25
6.4.2	Wenn die Beeinträchtigung die Selbstbestimmung gefährdet.....	27
7	SWOT Analyse und Empfehlungen.....	28
7.1	Analyse und Empfehlungen zu Zielprozessen.....	28
7.2	Analyse und Empfehlungen zur Qualität der Leistungserbringung.....	30
7.3	Analyse und Empfehlungen zur Umsetzung von Selbstbestimmung.....	30
7.4	Analyse und Empfehlungen zu Forderung von Selbstbestimmung.....	32
	Literatur.....	34

Daten	36
Anhang.....	37
Eidesstattliche Erklärung	39

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist ein Ergebnis der Auseinandersetzung einer neunköpfigen Projektgruppe des BA-Studiengangs Soziale Arbeit mit dem Thema Selbstbestimmung in unterschiedlichen Kontexten. Als Ausgangspunkt wurde die Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen aus dem Jahr 2008 herangezogen. Selbstbestimmung ist auch ein zentraler Bestandteil in den Behinderten- und Chancengleichheitsgesetzen der Länder. Die Projektmitglieder haben sich in ihrer Forschung in unterschiedlichen Feldern der Praxis Sozialer Arbeit mit dem Thema Selbstbestimmung auseinandergesetzt.

Diese Arbeit im Speziellen behandelt die aktive Zielfindung, Planung und Zielumsetzung, also die Zielprozesse mit dem Fokus auf Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Einrichtungen des betreuten Wohnens. Ziel der Forschung war nicht vorrangig die Theorie dieses Themas, sondern die aktive Praxis. Dabei wurden die Aspekte einerseits von Seiten der Strukturen und Methoden der HelferInnen und Einrichtungen und andererseits aus Sicht der Betroffenen erforscht. Die Einflüsse durch weitere Beteiligte wie externe UnterstützerInnen, Angehörige oder FreundInnen von Betroffenen wurden in dieser Forschung nicht behandelt. Das Interesse für diese Arbeit entstand nicht nur aus der Gespanntheit, ob es Zielfindungsprozesse in den untersuchten Einrichtungen gibt, sondern wie sie aufgebaut sind, welche Rahmenbedingungen sie organisieren und welche Rolle Selbstbestimmung dabei spielt.

Österreich hat im Oktober 2008 die UN-Behindertenrechtskonvention einschließlich Fakultativprotokoll ratifiziert und sich somit den darin enthaltenen Bestimmungen verpflichtet. Unter anderen relevanten Punkten hat sich Österreich im Artikel 26 verpflichtet, für Menschen mit Beeinträchtigungen ein höchstmögliches Maß an Selbstbestimmung zu erreichen und zu bewahren. (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008 Behindertenkonvention, dt. Fassung (Übersetzung) Artikel 26) Meine Vorannahmen zum hier behandelten Forschungsthema waren daher, dass Einrichtungen des betreuten Wohnens in Österreich ein Konzept verfolgen, welches die Selbstbestimmung generell und auch speziell bei den Zielfindungsprozessen der Betroffenen sicherstellt. Wie die Wahrnehmungen der KlientInnen hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung und der aktiven Zielfindung und -umsetzung positioniert sind, konnte ich vor dieser wissenschaftlichen Arbeit schwer einschätzen, da ich mit dieser Lebenswelt bisher wenig Kontakt hatte. Dies gab mir jedoch die Möglichkeit einer distanzierten Betrachtungsweise. Diese Brisanz des Vergleiches der Richtlinien durch die UN-Behindertenkonvention und der Verwirklichung dieser in den Einrichtungen des betreuten Wohnens für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen verstärkte nicht nur mein Forschungsinteresse, sondern zeigt auch die Relevanz des erforschten Themas auf.

Die folgende Dokumentation der durchgeführten Forschung beginnt mit einem Schwenk durch die geschichtliche Entwicklung der Relevanz und Praxis von Selbstbestimmung und Zielprozessen in Einrichtungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, um die

Bedeutung des Themas zu veranschaulichen und die Spannung dieses Gegenstandes zu zeigen. Anschließend werden die Gründe für die angewandten Methoden vorgestellt und mit den relevanten Begriffsdefinitionen abgerundet. Nach dem Spannungsaufbau durch diese Kapitel können sich die LeserInnen mit den Ausführungen zu den gewonnenen Ergebnissen, zuerst im Überblick, dann im Detail befassen. Den Abschluss dieser Arbeit bildet ein Conclusio anhand einer SWOT-Analyse mit darauf aufbauenden Empfehlungen, welche sich aus den Ergebnissen ableiten lassen.

Im Zuge dieser Forschungsarbeit erklärten sich verschiedene Einrichtungen bzw. ExpertInnen und Betroffene aus diesen Organisationen bereit, Interviews zu geben und eine Einsicht in ihr Leben, Erfahrungen, Strukturen und Rahmenbedingungen zu bieten. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht zu Stande gekommen. Ich bin sehr dankbar dafür. Das Projektteam der FH St. Pölten, allen voran FH-Prof. Dr. Tom Schmid, Patricia Renner, BA MA und Sarah Maria Laminger, BA, BA, MA, waren eine immense Unterstützung, um diese wissenschaftliche Arbeit zu erstellen. Mein Dank gilt auch meiner Familie, die mich nicht nur während dieser Arbeit, sondern auch in den drei Jahren des Studiums unterstützte und viel Geduld bewies. Ich danke Gott dafür, dass ich dieses Studium machen durfte und mit dieser Bachelorarbeit einen weiteren Schritt im Prozess des Lernens zur Weiterentwicklung als Sozialarbeiter gehen kann.

Aus Gründen des Datenschutzes werden in dieser Arbeit keine Namen von Betroffenen, ExpertInnen oder Einrichtungen genannt.

2 Selbstbestimmung und Ziele als Funktion der Zeit

Dieses Kapitel gibt die Ausgangslage wieder, auf dessen Stützpfählern diese Arbeit steht. Es handelt von der geschichtlichen Entwicklung von Psychiatrie und der Behandlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Mit diesen Erläuterungen soll ein Gefühl vermittelt werden, inwieweit Selbstbestimmung und Ziele von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in verschiedenen historischen Zeitspannen relevant waren und wie es heute um dieses Thema steht.

Die Geschichte der Psychiatrie ist durch eine Veränderung des Erscheinungsbildes geprägt, aber auch davon, wie die Gesellschaft mit ihren "störenden" oder "psychisch gestörten" Mitgliedern umgeht. (vgl. Bosshard / Ebert / Lazarus 2013:29) Erste Aspekte sind bereits aus der Antike überliefert, wo als Behandlung beispielsweise Liebe, Musik oder Aufmerksamkeit empfohlen wurden. Im Mittelalter waren theologische und dämonologische Ansichten dominierend, was soziale Aspekte in den Hintergrund verbannte. Die Methoden änderten sich in Pilgerungen zu heilversprechenden Reliquien, zureden, fasten, beten und Exorzismus. Brachten auch diese Methoden keine Heilung, wurden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen von der Gemeinschaft verstoßen, oder auf dem Scheiterhaufen verbrannt, da sie als bedrohlich galten. Es gab im Mittelalter Gruppierungen, die sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen annahmten. Dazu gehörten Ordensgemeinschaften wie in Österreich beispielsweise die "Barmherzigen Brüder". Behandlung wurde jedoch auch dort keine geboten. Vielmehr bestimmte die Verpflichtung zu Armut, Keuschheit und Gehorsam

den Alltag. Verbreitet waren auch Narrentürme, Tollkästen und Narrenkäfige, welche den Spaziergängern als Schauobjekte dienten. Im späteren Mittelalter gab es schließlich Spitäler, welche sich jedoch auch nur um jene Fälle kümmerten, die als harmlos galten. (vgl. Bischoff / Deimel / Walther / Zimmermann 2017:30; vgl. Schlacher 2014:10-11; vgl. Clausen / Dresler / Eichenbrenner 1996:21-22)

Im 17. und 18. Jahrhundert wurde begonnen, naturwissenschaftlichen Sichtweisen von psychischen Beeinträchtigungen nachzugehen. Forschungen und Untersuchungen über das Zentralnervensystem, Reflexe, Nervenkrankheiten und dem Zusammenhang zwischen Gehirn und Gemüt wurden forciert. Menschen widmeten sich der Untersuchung der erkrankten Seele. (vgl. Clausen et al. 1996:23)

Bis in das 18. Jahrhundert wurden beispielsweise in Frankreich die widerspenstigen, unvernünftigen und unproduktiven Menschen weiterhin abseits von der Gesellschaft in geschlossenen Institutionen untergebracht. Mit Fortlauf der Industrialisierung fand eine Stigmatisierung von nicht arbeitsfähigen, randständigen Menschen statt. Diese "armen Irren" wurden in die neuen Irrenanstalten eingeliefert, um die arbeitsfähigen Mitglieder der Gesellschaft nicht zu stören. So konnten diese örtlich und zeitlich flexibel einer Lohnarbeit nachgehen, ohne beispielsweise deren psychisch beeinträchtigte Familienmitglieder betreuen zu müssen. Zusätzlich sollten die Anstalten eine abschreckende Wirkung für jene Menschen darstellen, die arbeitsunwillig waren. Bettel, Landstreicherei und Obdachlosigkeit sollten durch die Abschreckung begrenzt und die öffentliche Ordnung gesichert werden. In den sogenannten Irren-, Toll-, Zucht- oder Arbeitshäusern wurde versucht, die Insassen mit erzieherisch-rehabilitativen Methoden zu nützlichen Mitgliedern der Gesellschaft zu erziehen. Auch wenn sich Reformen der Psychiatrie wie Philippe Pinel um humanere Örtlichkeiten für die Behandlung psychisch beeinträchtigter Menschen bemühten, gehörten auch immer noch Methoden wie Spritz- und Sturzbäder, Zwangsmasken, Zwangsjacken, Käfige und Tauchkörbe zu gängigen Behandlungsmitteln. (vgl. Bischoff et al. 2017:30; vgl. Bosshard et al. 2013:29-30; vgl. Clausen et al. 1996:23-24)

In der Zeit der Aufklärung wurde versucht, mit milieutherapeutischen Methoden wie geregelter Tagesablauf, Diäten, Disziplin bzw. körperlicher Arbeit, heimatferner Unterbringung, sowie Ruhe und Abschirmung von BesucherInnen, Einfluss auf Krankheitsverläufe zu nehmen. Jedoch entwickelte sich bald darauf eine monopolistische Position der ÄrztInnen bei der Behandlung von Menschen in den erschaffenen Anstalten. Die ärztliche Autorität ließ sich mit dem Fokus auf das Interesse der betroffenen Personen innerhalb der Einrichtungen leicht rechtfertigen und nach außen hin konnten soziale Ordnungsprobleme mit denselben Rechtfertigungen bewältigt werden. Die Entwicklung der Psychiatrie zu einer medizinischen Disziplin führte zu sozialer Aussonderung unter der Anwendung von Zwangsmaßnahmen und Ignoranz gegenüber dem Willen der Betroffenen. Die psychiatrischen Behandlungs- und Betreuungskonzepte richteten ihren Fokus auf die Erklärungsmodelle der somatischen Medizin. Klinische Settings wurden interdisziplinären, ambulanten und psychologischen Behandlungsansätzen vorgezogen. Psychisch beeinträchtigte Personen wurden als verantwortungsunfähig und selbstbestimmungsunfähig

eingestuft. Verschiedene bürgerliche Freiheiten und Rechte wurden ihnen deshalb entzogen. (vgl. Bischkopf et al. 2017:30; vgl. Bosshard et al. 2013:29-30)

Die bisherigen Ausführungen in diesem Kapitel zeigen, dass hinsichtlich Selbstbestimmung und weiterführend auch der Zielprozesse für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bis zum 20.Jahrhundert wenig bis keine Chancen bestanden. Viele konnten nicht selbst bestimmen wo sie wohnen oder ob sie arbeiten gehen, bzw. welche Behandlung sie bekommen und ob sie überhaupt eine wollen. Sie wurden unter Zwangsmaßnahmen weg gesperrt, hatten keine Rechte und es wurde mit widrigen Methoden versucht sie zu heilen oder sie wurden getötet.

Zu Beginn des 20.Jahrhunderts begann Freud mit seinen SchülerInnen und der Methode der Psychoanalyse, einen Zugang zum Verständnis der damals bekannten psychischen und psychosomatischen Krankheiten zu entdecken. Das Unbewusste und intrapsychische Verdrängungen wurden für die Entstehung von psychischen Beeinträchtigungen relevant. Die Psychoanalyse fand aber nur schwer Einzug in die klinisch-psychiatrische und nervenärztliche Praxis. Es wurde ihr vorgeworfen, zu wenig wissenschaftlich zu sein und die monopolistischen Diagnose- und Behandlungsansprüche der ÄrztInnen zu schwächen, bzw. mit ihnen zu konkurrieren. Die Methode wurde aber auch während des zweiten Weltkrieges durch Auswanderung von PsychoanalytikerInnen weiterentwickelt und angewandt. Es dauerte jedoch bis in die achtziger Jahre, bis PsychologInnen beispielsweise in Deutschland Fuß fassen konnten. Die psychologisch-therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten blieben aber auch dann noch den Angehörigen sozial höherer Schichten vorbehalten. (vgl. Bosshard et al. 2013:31-32)

Im Jahr 1939 begann mit dem Einmarsch der deutschen Wehrmacht die Ermordung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und auch deren BetreuerInnen. Adolf Hitler unterschrieb einen geheimen Erlass, der die Ermordung dieser Menschen permittierte. Über Fragebögen wurden "Geisteskrankheiten" in der Familie, Diagnosen, Krankheitsdauer, Schwere der Krankheit oder auch Arbeitsfähigkeit eruiert. Nach einer Begutachtung wurde entschieden, ob die PatientInnen in Tötungsanstalten verlegt werden oder nicht. Als Gründe für Ermordungen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wurden moralische Aspekte angegeben, da durch den Tod die Menschen von ihrem unwerten Leben erlöst wurden. Utilitaristisch wurde mit dem Verbrauch von wertvollen personellen und materiellen Ressourcen argumentiert. Weiters wurden die Tötungen mit der Heilung des "Volkkörpers" von genetisch minderwertiger Ausstattung gerechtfertigt. Dies wurde auch durch Zwangssterilisation von Menschen mit den Diagnosen "Schizophrenie", "angeborener Schwachsinn", "manisch-depressives Irresein", "erblicher Veitstanz", "erbliche Fallsucht", "schwere körperliche Missbildung", "erbliche Taubheit", "erbliche Blindheit" und "schwerer Alkoholismus" weitergeführt. Diese Erbgesundheitslehre mit dazugehörigen Gesetzen wurde nicht nur von den Nazis praktiziert, sondern auf der ganzen Welt. Viele Länder setzten sich mit diesem Thema erst um 1990 öffentlich auseinander und revidierten die Gesetze. (vgl. Bosshard / Ebert / Lazarus 2013:32-33)

In den 1960er und 1970er Jahren wurde mit soziologischen und sozialwissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit der Institution Psychiatrie begonnen. Es wurde Kritik an Entmündigung und Entrechtung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und den menschenunwürdigen Lebensverhältnissen in den psychiatrischen Kliniken durch Angehörige, PolitikerInnen, BürgerhelferInnen und MitarbeiterInnen laut. Analysen zu diesen Themen brachten hervor, dass soziale Faktoren wie Armut und Arbeitslosigkeit eine Rolle bei der Entstehung von psychischen Beeinträchtigungen spielen. Der soziale Status hatte Einfluss auf die Verteilung psychischer Krankheiten in der Bevölkerung und auch auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität. Es wurde erkannt, dass psychiatrische Anstalten Hospitalisierung, Isolation, Stigmatisierung und Ächtung vor allem bei LangzeitpatientInnen förderten. Das Leben der Menschen wurde in den Anstalten fast komplett geregelt und kontrolliert. Weiters wurde sichtbar, dass psychiatrische Behandlung selbst psychosozial auffälliges Verhalten und Symptome produzieren konnte, welche anschließend selbst als Krankheit diagnostiziert und behandelt wurden. Psychische Krankheit wurde als letzte Möglichkeit von Menschen verstanden, mit unerträglichen Zuständen umzugehen, darauf zu reagieren und somit als Selbstheilungsversuch definiert. (vgl. Bischkopf et al. 2017:31)

Zwischen den 1950er und 1980er Jahren wurden von der antipsychiatrischen Bewegung die Dominanz der ÄrztInnen und des medizinischen Krankheitsmodells, bzw. die Leitungen in den Kliniken kritisiert. Sie prangerten die paternalistisch-kontrollierende Umgangsweise mit den PatientInnen und die inhumanen Zustände in den Kliniken an. Es folgten alternative, antihierarchische und demokratische Behandlungssettings. Wichtiger Vertreter war Franco Basaglia, zu dessen Zeit in Italien psychiatrische Anstalten aufgelöst wurden. Die Antipsychiatrie wurde jedoch, auch von Basaglia, als zu ideologisch ausgerichtet kritisiert. Die Idee der therapeutischen Gemeinschaft wird aber als Grundidee der heutigen betreuten Wohngemeinschaften angesehen. (vgl. Bischkopf et al. 2017:31-32)

In den 1960er und 1970er Jahren kam es zu einer Reform der Psychiatrie. In Deutschland wurden Untersuchungen der psychiatrischen Versorgungssituation in Auftrag gegeben und die sogenannte Psychiatrie-Enquete veröffentlicht, welche erstmals eine soziale Perspektive für psychiatrische Versorgung formulierte. (vgl. Bischkopf et al. 2017:32) In Österreich wurde in den 1970er Jahren ein Beirat gegründet, welcher dem Ministerium als beratendes Gremium fungierte. Dieser bestand aus PsychiaterInnen, PsychologInnen, MedizinsoziologInnen, AngehörigenvertreterInnen, psychiatrischem Krankenpflegepersonal und SozialarbeiterInnen. Vor allem eine bedürfnisorientierte psychiatrische Betreuung der österreichischen Bevölkerung stand im Mittelpunkt. Die gesellschaftliche Ausgrenzung von psychisch Erkrankten und die Krise der psychiatrischen Einrichtungen, bzw. deren sozialstaatliche Vernachlässigung wurden zu einem öffentlich bemerkten Problem. Dies führte zu einer Wandlung der Verwahranstalten zu modernen Behandlungszentren. Verbesserungen der Versorgungsleistungen wurden angestrebt und eine Gleichstellung von psychisch und somatisch kranken Menschen wurde gefordert. Von der nachfolgenden Generation der psychiatrischen Profession wurden sozialpsychiatrische und gemeindepsychiatrische Konzepte gefördert. Weitere Maßnahmen der Reform waren Intensivierung der Therapieangebote, Verkleinerung der psychiatrischen Großkrankenhäuser, Weiterentwicklung und Vergrößerung sozialpsychiatrischer Dienste, Wahrnehmung der Bedürfnisse von psychisch erkrankten

Menschen und halbstationäre und ambulante Angebote. Trotz dieser neuen Errungenschaften gab es bei der Umsetzung weiterhin Defizite. Im Jahr 2001 wurde durch das Ludwig-Boltzmann-Institut für Sozialpsychiatrie ein Bericht erstellt und in den weiteren Jahren stets aktualisiert. Dieser beinhaltet die gesamtösterreichischen Daten über psychosoziale und psychiatrische Versorgung sowie psychische Gesundheit. Die Versorgung konnte verbessert werden und Stigmatisierungen wurden reduziert. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben in Österreich mittlerweile eine, an ihren Bedürfnissen orientierte, sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft zur Verfügung und können auch auf Rechtsansprüche bezüglich ihrer Rehabilitation zurückgreifen. (vgl. Feiel 2018:15-20) Möglichkeiten bietet hier allen voran die UN Behindertenrechtskonvention. Sie bildet die Basis und bekräftigt allgemeine Menschenrechte auch für behinderte Menschen, bzw. beinhaltet auch auf die Lebenssituation behinderter Menschen abgestimmte Regelungen. Hinsichtlich Selbstbestimmung beschreibt sie unter anderem das Recht, dass Menschen mit Behinderung eine unabhängige Lebensführung im Sinne von selbstbestimmter Lebensführung mit den gleichen Wahlmöglichkeiten wie anderen Menschen der Gemeinschaft zusteht. Die Mitgliedsstaaten, wie auch Österreich, verpflichten sich, dieses Recht auch aktiv zu verwirklichen. (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention o.A.a) Auch bei der Vermittlung von Fähigkeiten und Rehabilitation wird im Artikel 26 (vgl. BGBl. III Nr. 155/2008 Behindertenkonvention, dt. Fassung (Übersetzung) Artikel 26) klar formuliert:

„Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, umfassende körperliche, mentale, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Inklusion in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“

Weitere Rechtsansprüche für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen inkludieren beispielsweise das Sozialrechts-Änderungsgesetz mit dem Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation und das Unterbringungsgesetz mit dem Recht auf Hilfe in psychiatrischen Krankenhäusern und der klaren Definition, wann Personen in eine psychiatrische Abteilung untergebracht werden dürfen. (vgl. Feiel 2018:15-20) Die Persönlichkeitsrechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, welche in Krankenanstalten aufgenommen wurden, sind laut dem Unterbringungsgesetz besonders zu schützen. Die Menschenwürde ist unter allen Umständen zu wahren und zu achten. (UbG § 1 (1) Z1-2)

An den, in diesem Kapitel beschriebenen Aspekten zu Psychiatrie und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist erkennbar, wie viele Einflüsse es auf das selbstbestimmte Leben von diesen Menschen gab und auch noch immer gibt. Die Geschichte zeigt, dass die reformbedingten Verbesserungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erst seit kurzem Wirkung zeigen, bzw. rechtlich verankert sind und gesamt gesehen einen geringen Teil dieser Geschichte ausmachen. Wie dieses brisante Thema heute in Einrichtungen des betreuten Wohnens gelebt und organisiert wird, zeigen die folgenden Ergebniskapitel dieser Arbeit.

3 Von der Frage zu den Ergebnissen

Dieses Kapitel widmet sich der Forschungsfrage samt Unterfragen und den angewandten Methoden um zu zeigen, wie ich im Zuge meiner Untersuchungen von den erarbeiteten Fragen zu Ergebnissen kam.

3.1 Forschungsfrage

Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet:

“Wie können Betroffene aktive Zielprozesse hinsichtlich der Selbstbestimmung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Einrichtungen des betreuten Wohnens verwirklichen?“

3.2 Unterfragen

Aufbauend auf der Forschungsfrage wurden folgende Unterfragen formuliert:

1. Welche Aspekte der Prozesse bei Zielfindung, Zielplanung und Zielumsetzung unter Berücksichtigung von Selbstbestimmung und der KlientInnenseite, bzw. der Einrichtungsseite sind zu beachten?
2. Welche Qualitätsstandards, Kontrollen und Rahmenbedingungen gibt es seitens der Fördergeber und der Einrichtungen hinsichtlich Selbstbestimmung und den Zielprozessen in den Institutionen des betreuten Wohnens?
3. Welche Probleme können in Einrichtungen des betreuten Wohnens in Bezug auf Selbstbestimmung auftreten?
4. Wie wird Selbstbestimmung in den Einrichtungen des betreuten Wohnens umgesetzt?

3.3 Der Weg zu den Ergebnissen

Um für diese Arbeit von den gestellten Fragen zu Ergebnissen zu kommen, wurde eine qualitative Forschung (vgl. Flick 2016:24-25) durchgeführt. So konnte ich die Einrichtungen und Fälle gezielt zum Thema passend aussuchen und die Datenerhebung offener gestalten. Um zu Hypothesen zu gelangen, konnte ich auch die Fragen zum behandelten Thema offener stellen und wurde nicht durch Standardisierung, wie beispielsweise bei einer quantitativen Erhebung, eingeschränkt. Es war mir wichtig, den subjektiven Sinn, die Ansichten und Meinungen der Betroffenen und der MitarbeiterInnen der befragten Einrichtungen zum Thema

Selbstbestimmung und Zielprozesse zu erfragen. Ich bin der Meinung, dass diese Personen ExpertInnen für ihr Leben, bzw. ihre Arbeit sind und somit aus erster Hand wiedergeben können, welche Bedeutung und welche Einflüsse die gestellten Fragen für ihren Alltag haben.

Für die Erhebung der Daten setzte ich mich mit einer Einrichtung des betreuten Wohnens für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Graz in Kontakt. Dort bekam ich die Möglichkeit drei Leitfadeninterviews mit Betroffenen und ein ExpertInnen-Leitfadeninterview gleichzeitig mit einer Person aus der Leitung und einer Sozialarbeiterin des Betreuungspersonals durchzuführen. Die Befragung von Betroffenen und ExpertInnen wurde durchgeführt, um die Ansichten beider Akteure auswerten und vergleichen zu können. Somit war es für mich möglich, Similaritäten und Unterschiede in Antworten zu vergleichbaren Fragen zu erkennen und weitere Hypothesen zu kreieren. Die Betroffenen wurden von der Einrichtung ausgewählt, je nach Bereitschaft und den Möglichkeiten einer konstruktiven Befragung aufgrund der Beeinträchtigungen. Nach den durchgeführten Interviews entschied ich mich, weitere Erhebungen in einer zusätzlichen Einrichtung vorzunehmen, um nicht nur eine Vergleichbarkeit zwischen Betroffenen und ExpertInnen, sondern auch zwischen zwei verschiedenen Organisationen zu generieren. In der zweiten Einrichtung befragte ich zwei BewohnerInnen und einen Diplomkrankenschwäger jeweils mit einem Leitfadeninterview.

Die Erhebung durch Leitfadeninterviews wurde gewählt um Interviews einen Rahmen und eine Struktur zu geben. Ich konnte mich so im Interview an den erarbeiteten Fragen orientieren jedoch gleichzeitig offen bleiben und auf die Interviewpartner eingehen. So war es diesen möglich, frei und mehr oder weniger ausführlich zu antworten, was ihnen gestattete, ihre individuellen Sichtweisen so darzustellen, wie sie es für richtig hielten. Ich teilte die Interviews in verschiedene Bereiche auf. Ich begann mit dem Bereich "Türöffner", in dem ich die wichtigsten Informationen über das Projekt und das Thema vermittelte um einen Eindruck darüber zu geben, was ich mache und was auf die Interviewpartner zukommt. Anschließend startete ich den Bereich Mundöffner. Dieser beinhaltete Fragen zu den Beeinträchtigungen, den Verlauf des Lebens der Betroffenen und wie sie in die derzeitige Einrichtung kamen bzw. zu Werdegang und Aufgaben in der Einrichtung bei ExpertInnen. Die folgenden Bereiche der Interviews bildeten die Sachfragen, Problemfragen und Veränderungsfragen.

Die Auswertung der erhobenen Daten wurde mittels einer Matrix durchgeführt. In dieser wurden die Zeilen der ersten Spalte mit den Fragen zu den beschriebenen Bereichen befüllt. In den weiteren Spalten wurden für jedes Interview die wichtigsten Aussagen der Antworten zu den dazugehörigen Fragen eingetragen. Eine Spalte wurde mit recherchierter Literatur zu den jeweiligen Fragen befüllt. Anschließend formulierte ich für jede Zeile eine Zeilenaussage, welche die wichtigsten Aspekte jeder Frage über alle geführten Interviews zusammenfasst. Somit waren die wichtigsten Aussagen zu jeder Frage auf einen Blick sichtbar. Nach dem Vergleich der Antworten in allen Zeilen, Spalten und den Zeilenaussagen in der Matrix, wurden in einer weiteren Spalte Memos zu den generierten Hypothesen formuliert. Diese bildeten die Basis für die verschiedenen Kategorien und Ausformulierungen für die Verschriftlichung der Ergebnisse. Um die Ergebnisse zusammen zu fassen und Empfehlungen auf deren Basis abgeben zu können, schließt diese Forschung mit einer SWOT-Analyse ab.

4 Begriffe und ihre Bedeutung für diese Forschung

Die wichtigen Begriffe dieser Arbeit im Kontext zum erforschten Thema erfahren hier Beschreibungen, in welcher Bedeutung sie für die von mir durchgeführte Forschung relevant sind. Die folgenden Definitionen geben also keine allgemein geltenden Ausführungen wieder, sondern sind für diese hier dokumentierte Forschung formuliert.

4.1 Selbstbestimmung

Die in der Einleitung dieses Dokumentes beschriebene Projektgruppe hat sich gemeinsam auf folgende Definition von Selbstbestimmung geeinigt:

„Selbstbestimmung (= autonome Entscheidungsfindung) erfordert Information und ermöglicht die Erweiterung der jeweiligen räumlichen, zeitlichen und sozialen Kontexte.“

4.2 Betreutes Wohnen – Vollzeit / Teilzeit

Betreutes Wohnen beinhaltet vielseitige Wohnbetreuungsangebote mit unterschiedlicher Intensität, je nach den Bedürfnissen der Betroffenen. Oberstes Ziel ist die größtmögliche Unabhängigkeit und Selbstständigkeit der BewohnerInnen und somit die Förderung der Autonomie. Dazu wird individuelle Betreuung und Begleitung bei Tagesstruktur, Freizeitgestaltung und Alltagsbewältigung, aber auch in Krisensituationen von (multi-) professionellen Teams angeboten. (vgl. Kaufmann 2008:10)

Die Einrichtungen, in denen geforscht wurde, bieten Vollzeit-Betreutes-Wohnen und Teilzeit-Betreutes Wohnen an. Ersteres ist für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gedacht, welche aufgrund ihrer Erkrankung eine intensive Betreuung benötigen. Daher sind 365 Tage im Jahr, 24 Stunden am Tag Betreuungspersonen vor Ort, um die Betroffenen spezifisch zu begleiten. Im Teilzeit-Betreuten-Wohnen können Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Unterstützung in Anspruch nehmen, welche keine dauernde aber doch regelmäßige Betreuung benötigen. Laut LEVO wird diese Betreuung von Montag bis Freitag von 07:00 – 21:00 Uhr und am Samstag von 09:00 – 18:00 Uhr angeboten. Zusätzlich gibt es einen telefonischen Bereitschaftsdienst an Sonntagen von 10:00 – 16:00 Uhr. (vgl. Kaufmann 2008:12)

Die von Kaufmann formulierte Definition des betreuten Wohnens wird für diese Arbeit übernommen.

4.3 LEVO

Die LEVO ist die Leistungs- und Entgeltverordnung, welche auf das Steiermärkische Behindertengesetz aus dem Jahr 2004 Bezug nimmt. Sie enthält die genauen Bestimmungen für mobile, ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der verschiedenen Dienstleistungen im Bereich der Arbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen und psychischen Beeinträchtigungen. Die notwendigen personellen, sachlichen und fachlichen Bedarfe, angefangen bei verschiedenen Wohnangeboten, über arbeitsrehabilitative, bis zu tagesstrukturierende Maßnahmen werden im Detail beschrieben. Weiters beinhaltet die LEVO die Höhe des Entgeltes für spezifische Leistungen und Instrumente, bzw. Maßnahmen des Controllings und der Qualitätssicherung. Durch die LEVO als Basis kann das Land Steiermark mit Anbietern von den hier beschriebenen Dienstleistungen Verträge abschließen, welche den Trägern die Finanzierung der Leistungen garantiert und der Behörde die Einlösung der vereinbarten Leistungen sicherstellt. (vgl. Kaufmann 2008:11)

Die von Kaufmann formulierte Definition der LEVO wird für diese Arbeit übernommen.

4.4 Betroffene / KlientInnen

Als Betroffene, bzw. KlientInnen werden in dieser Arbeit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bezeichnet, welche in den beiden Einrichtungen, in denen geforscht wurde, das Angebot des Teilzeit-Betreuten-Wohnens oder des Vollzeit-Betreuten Wohnens in Anspruch nehmen.

4.5 ExpertInnen

In dieser Dokumentation der durchgeführten Forschung wird der Ausdruck ExpertInnen für jene Personen verwendet, welche in den Einrichtungen, in denen die Datenerhebungen durchgeführt wurden, in einer Position der Betreuung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oder einer Leitungsposition tätig sind.

4.6 Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Es gab in den letzten Jahrzehnten Bemühungen, die Kriterien für die Erstellung von psychiatrischen Diagnosen zu vereinheitlichen. Hintergrund dafür war eine erleichterte Verständigung zwischen ExpertInnen verschiedener Schulen und Länder und eine Vergleichbarkeit von Daten zum Zwecke der Statistik. Die weiteste Akzeptanz unter den „Klassifikatorischen Diagnostikverfahren“ fand einerseits die von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) erstellte „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, welche mittlerweile in der fünften Fassung, der DSM-5 vorliegt. Andererseits formulierte die Weltgesundheitsorganisation die „International Classification of Diseases“,

welche aktuell in der zehnten Ausgabe vorliegt. Diese wird als ICD-10 bezeichnet. (vgl. Bosshard et al. 2013:21)

In Österreich kommt die ICD-10 in der Version ICD-10 BMGF 2017 zum Einsatz. Sie teilt psychische Auffälligkeiten in Hauptgruppen, welche die spezifischen Diagnosen als Subgruppen mit einer detaillierten Beschreibung der Kriterien enthalten. (vgl. Kaufmann 2008:35)

Die Hauptgruppen sind folgende (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2016:202):

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Da in Österreich die ICD-10 Anwendung findet, werden in dieser Arbeit als Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen jene Personen bezeichnet, bei denen eine Diagnose nach diesem System vorliegt.

4.7 Zielprozesse

Als Zielprozesse werden in dieser Arbeit jene Vorgänge charakterisiert, welche in den Einrichtungen des betreuten Wohnens ablaufen, damit Betroffene Ziele für ihr Leben definieren, planen und umsetzen. So wird hier auch zwischen Zielfindungsprozessen hinsichtlich der Definition von Zielen der Betroffenen, deren Planung und Zielumsetzungsprozessen mit Bezug auf die praktische Realisierung der Ziele unterschieden.

5 Ergebnisse im Überblick

Erfolgreiche Zielprozesse in den befragten Einrichtungen des betreuten Wohnens hängen von verschiedenen Faktoren ab. BetreuerInnen haben sie im Fokus und sind sehr bedacht darauf hier richtig zu agieren, auch im Team. Betroffenen werden Chancen gegeben Ziele zu finden, diese zu planen und sie umzusetzen, sogar bei vermeintlich nicht realisierbaren Vorhaben. Jedoch gibt es auch Denkweisen der BetreuerInnen und auch der Betroffenen, welche Einschränkungen bei der Selbstbestimmung hinsichtlich den Zielprozessen bedeuten oder ein Risiko darstellen. Aber nicht nur das, Betroffene schränken sich auch selbst in ihrer Selbstbestimmung ein. Leicht ist es auch nicht, die Ziele der BewohnerInnen und die Ideen der BetreuerInnen auf einen Nenner zu bringen. Zusätzlich ist die Möglichkeit von Abhängigkeiten der Betroffenen von Hilfeleistungen durch Abschieben von Verantwortung ihrerseits, bzw. übermäßiger Übernahme von Handlungen von Seiten der BetreuerInnen gegeben.

Qualitätskontrollen auf Basis der Standards bezüglich Selbstbestimmung und den Zielprozessen sind verpflichtend und werden in den erforschten Einrichtungen des betreuten Wohnens ernst genommen. Wichtigster Punkt hier ist, dass Betroffene die Gestaltung der Leistungserbringung mitgestalten können, und auch bei den Qualitätskontrollen der zuständigen Behörden gefragt werden. Die Qualität von Zielprozessen unter Beachtung von Selbstbestimmung in Einrichtungen des betreuten Wohnens ist eine Funktion von vorgegebenen Standards, Kontrolle durch die Behörden, Gestaltung der Betreuung und Wahrnehmen des Mitspracherechtes durch die Betroffenen.

Die Umsetzung von Selbstbestimmung ist in den befragten Einrichtungen des betreuten Wohnens ein wichtiges Thema. Von Seiten der Organisation und der BetreuerInnen wird viel unternommen um die Leistungserbringung darauf auszurichten. Auch Betroffene haben Konzepte, wie sie ihre Selbstbestimmung umsetzen wollen. Aufgrund verschiedener Faktoren ist ihnen dies in der Praxis jedoch vermeintlich nicht immer möglich. Manche bleiben auf der Strecke. Stark beeinträchtigte oder auch einfach nur schüchterne Menschen, die wenig bis nichts sagen oder machen, also nicht selbst aktiv sind oder sein können, haben Probleme bei der Umsetzung von Selbstbestimmung.

Eine oftmalige Grundlage von Konflikten zwischen BetreuerInnen und BewohnerInnen der erforschten Einrichtungen sind Einschränkungen der Selbstbestimmung durch Regeln und Pflichten. Es geht soweit, dass die Einhaltung der Vorschriften teilweise erzwungen wird. Andere BetreuerInnen gehen wieder ganz anders mit diesem Thema um.

Die Ergebnisse verschafften einerseits einen Einblick in die Arbeitsweisen von Einrichtungen und BetreuerInnen und die vorhandenen Standards. Andererseits geben sie Informationen über die täglichen positiven und negativen Berührungspunkte von Betroffenen mit dem Thema Zielprozesse und Selbstbestimmung. Folgend können die Ergebnisse im Detail nachgelesen werden.

6 Zielprozesse und Selbstbestimmung unter der Lupe

Nach den Vorbereitungen zur Forschung, der Auswahl der Einrichtungen, Kontaktaufnahme mit ExpertInnen und Betroffenen, Durchführen der Interviews und Auswertung der Antworten nach den beschriebenen Methoden kam ich zu Hypothesen, Ergebnissen und Schlüssen, die ich in diesem Kapitel vorstellen möchte. Sie sind in verschiedene Kategorien aufgeteilt und haben detaillierende Unterpunkte.

6.1 Zielprozesse

Ich habe verschiedene Fragen zu den Zielprozessen in den Einrichtungen des betreuten Wohnens gestellt. Die folgenden Ausführungen spiegeln die Ansichten der KlientInnen und ExpertInnen wieder, welche darauf folgend differenzierte Interpretationen zulassen. Wie verhält sich beispielsweise die Autonomie der KlientInnenziele gegenüber der des Prozesses, also den Vorgaben der Betreuungspersonen? Weiter geht es bei der Planung der KlientInnenziele und schließlich auch um deren Umsetzung. Beides lässt die Frage zu, wer die notwendigen Handlungen übernimmt und aktiv wird. Selbstbestimmtes Handeln durch die KlientInnen, oder Abschieben der Verantwortung durch die BewohnerInnen, bzw. Übernahme der Verantwortung durch die Einrichtung?

6.1.1 Autonomie der Ziele vs. Autonomie des Prozesses

Was war zuerst vorhanden, das Ziel oder der Prozess? Haben Betroffene in Einrichtungen des betreuten Wohnens die Möglichkeit Ziele zu definieren und sich mit diesen an die Betreuungspersonen zu wenden (Bottom-Up) oder entstehen diese erst im Gespräch mit den Ideen der BezugsbetreuerInnen (Top-Down) und bringt der Apparat den Betroffenen somit bei, dass sie Ziele haben müssen?

Die Betroffenen ließen in den Interviews erkennen, dass Ziele vorhanden sind, die aus ihren Überlegungen entstehen. Ideen von einer eigenen Wohnung über das Verbleiben in der Einrichtung oder Wechsel in Teilzeit-Betreutes-Wohnen bis zu Reisen wurden dargebracht. (vgl. Datenmatrix ZA / Z14) Auf die direkte Frage, von wem die Ziele der Betroffenen definiert werden, antworteten einige, dass dies unterschiedlich sei. Manchmal kommen sie selbst mit Zielvorstellungen und zu anderen Gelegenheiten bekommen sie Vorschläge von den BetreuerInnen. (vgl. Datenmatrix IB5 / Z17) Es kommt auch vor, dass die KlientInnen mit so vielen Zielen oder unrealistischen Vorhaben zu wöchentlichen Gesprächen kommen, dass sie von den MitarbeiterInnen gebremst werden. (vgl. Datenmatrix IB1 / Z12; vgl. Datenmatrix IE7 / Z33) Andere sind in der Einrichtung zufrieden, wollen dort bleiben und haben sonst keine weiteren Ziele für ihr Leben. (vgl. Datenmatrix IB5 / Z14) Die befragten ExpertInnen beschreiben Unterschiede in den Zielvorstellungen. Sie selbst haben gewisse Imaginationen für die Zukunft der Betroffenen. Vor allem wenn sie in ihnen mehr Potential sehen, oder wenn einfache Dinge wie Körperhygiene oder eine regelmäßige Ernährung nicht funktionieren. Sie

erklären, dass innerhalb des Teams reflektiert wird, ob die eigenen Ziele zu sehr in den Mittelpunkt gestellt werden und sie sich somit gegenseitig bremsen. Ein Betreuer äußert jedoch zusätzlich, dass er nicht sicher ist, ob sich Klientinnen viele Gedanken zu Zielen machen, da sie mit der Alltagsbewältigung beschäftigt sind. (vgl. Datenmatrix IE2&IE7 / Z18)

Ein Bewohner einer der erforschten Einrichtungen erklärte auch, dass er einmal pro Woche am Sonntag ein Ziel definieren muss, welches er sich vorher überlegen soll. Dieses muss dann in der darauffolgenden Woche erledigt werden. Vom Klienten wird jedoch hier kein Gefühl einer Einschränkung wahrgenommen, aufgrund der Freiwilligkeit in der Einrichtung. (vgl. Datenmatrix IB6 / Z17) Die Formulierung zu diesem Thema von einer Betreuungsperson derselben Einrichtung war, dass jeden Sonntag mit den KlientInnen Wochenziele vereinbart werden. (vgl. Datenmatrix IE7 / Z20)

Die Aussagen der interviewten Personen lassen mich ableiten, dass bei Zieldefinitionen Gefahren eines Aufzwingens, oder eines Ignorierens von gesetzten Vorhaben auftreten. Den BewohnerInnen mit vielen Zielen stehen jene mit wenigen oder keinen Vorhaben gegenüber. Zusätzlich haben die BetreuerInnen ihre eigenen Ideen zur Entwicklung der Betroffenen. Ich schlussfolgere aus den Schilderungen, dass die Selbstbestimmung der KlientInnen hier schnell eingeschränkt werden kann. Es wird außerdem riskiert, dass durch ein Top-Down Handeln nicht nur dessen Vorteile, wie leichtere Steuerbarkeit der Prozesse sichtbar werden, sondern sich auch Widerstände bei den Betroffenen entwickeln können, wenn sie sich nicht genug eingebunden fühlen. Eine Bottom-Up Strategie verlangt im Gegenzug, dass die Ebene der Einrichtung die Handlungen der KlientInnen mittragen kann. (vgl. Kauffeld 2014)

Ich komme zu der Interpretation, dass die Abwägung, wie Betreuungspersonen mit den Zielen von Betroffenen umgehen und in welchem Ausmaß die Ziele der Einrichtung oder der ExpertInnen selbst einfließen, eine Beachtung differenzierter Aspekte verlangt. Ich sehe die Aussage, dass sich KlientInnen aufgrund der Alltagsbewältigung wenig Gedanken über ihre Ziele machen problematisch, da niemand in die Gedanken der Menschen blicken kann und so von Beginn an Selbstbestimmung eingeschränkt wird. Die Erzählungen der KlientInnen bei den Interviews zeigten, dass eine gedankliche Beschäftigung mit den Vorhaben für die Zukunft vorhanden ist. Die beschriebene Anzweiflung eines Experten und die gegensätzliche Aussage einer weiteren BetreuerIn, dass innerhalb des Teams über Zieldefinitionen reflektiert wird, lässt mich ableiten, dass es auch auf die Betreuungspersonen und die Handhabung durch die Einrichtung ankommt, wie diese individuell mit dem Thema Zielfindung umgehen und es in der Praxis umsetzen. Andererseits ist das Zielfindungsverhalten der KlientInnen ebenfalls sehr unterschiedlich. Ein weiterer Punkt, welcher bei der Betreuung zu bedenken ist.

Partl schreibt, dass die geheimen Ziele der KlientInnen oft zu kurz kommen und dass diese sich je nach Setting und Gesprächsführung unterschiedlich einbringen. Er ist außerdem der Ansicht, dass es manchmal notwendig ist, Auflagen zu erteilen und Ziele zu "erpressen". Jedoch muss alles mit den KlientInnen ausverhandelt werden. Es ist laut Partl wichtig, dass KlientInnen sehen, dass sie ihren Zukunftsplan mitbeeinflussen können, damit sie selbst dafür aktiv werden. (vgl. Partl 2009:62-69) Diese Ausführungen unterstreichen meines Erachtens, dass es ganz auf die Arbeitsweise der BetreuerInnen und die Einstellung der KlientInnen ankommt,

wie Zielfindungsprozesse ablaufen. Für eine aktive Zielfindung sind also aktive BetreuerInnen oder/und aktive Betroffene von Vorteil.

6.1.2 Ein Plan muss her

Die beiden befragten Einrichtungen führen laut ExpertInnen einmal pro Jahr in Einrichtung A und einmal im Quartal in Einrichtung B umfangreiche Zielplanungsgespräche durch. In den Unterhaltungen wird das Erreichen der zuletzt vereinbarten Ziele besprochen, bzw. neue kurzfristige und langfristige Ziele vereinbart. Die Vorbereitung auf diese Gespräche wird je nach BetreuerIn unterschiedlich gehandhabt, beispielsweise durch das Ausdrucken der letzten Zielvereinbarungen für die Betroffenen. Die Wünsche und Ziele der BewohnerInnen werden nach Ansicht einer ExpertIn ernst genommen und es wird in den Gesprächen darauf eingegangen. Werden Angebote der BetreuerInnen nicht angenommen, wird versucht, in Beziehung zu gehen und Dinge zu erarbeiten. (vgl. Datenmatrix IE2 & IE7 / Z18 & Z19 & Z20) Die KlientInnen fügen hinzu, dass auch wöchentlich Gespräche für die Erarbeitung der Ziele stattfinden. Dabei werden KlientInnen gefragt, wie sie sich die Umsetzung der Ziele vorstellen können und versucht, bei der Planung Kompromisse zu finden. Dies führte bei einer KlientIn erst zu einem Gefühl der Einschränkung, anschließend jedoch zu Akzeptanz. Es könne ja nicht alles umgesetzt werden, was gewünscht wird. (vgl. Datenmatrix IB4 / Z16 & Z17)

Ziele sind ein häufiges Thema in den Gesprächen mit KlientInnen. Sie bekommen mehrere Vorschläge und Möglichkeiten präsentiert, wie Ziele verwirklicht werden können. Andererseits wird die Planung auch teilweise ihnen selbst überlassen. Einer der Betroffenen beschreibt beispielsweise, dass nach seiner Offenbarung des Zieles an den Betreuer, keine weiteren Schritte von diesem vorgenommen wurden. (vgl. Datenmatrix IB1 & IB3 & IB6 / Z16) Einerseits wird von einer weiteren Klientin berichtet, dass ihr Autonomie bei der Zielplanung wichtig ist, da sie ja erwachsen ist und die Dinge selbst regeln sollte. Andererseits sucht sie die Hilfe bei der Planung durch die Betreuungspersonen und sieht Unterstützung positiv, auch aufgrund dessen, da sie diese wegen ihrer Defizite benötigt. (vgl. Datenmatrix IB4 / Z16; vgl. Datenmatrix IB3 & IB4 / Z21)

Die Frequenz der Zielgespräche wird in den beiden befragten Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt. Einmal pro Jahr im Vergleich zu viermal im Jahr. Die wöchentlichen Gespräche finden in beiden Institutionen statt. Interessant ist, dass die LEVO hier keine Vorgaben gibt. Lediglich die Verpflichtung der Einrichtung, die betreuten KlientInnen bei der Durchsetzung ihres Willens und ihrer Bedarfe zu unterstützen und Ziele im Sinne der persönlichen Zukunftsplanung zu konkretisieren. (vgl. RIS o.A.:2) Es bleibt also den Einrichtungen überlassen, wie oft Gespräche hinsichtlich der Ziele mit den Betroffenen geführt werden. Dies lässt die Interpretation zu, dass zumindest die Möglichkeit von Vernachlässigung von Zielprozessen möglich ist. Offen bleibt, wie weit die Umsetzung der Ausführung in der LEVO kontrollierbar ist.

In den Planungsgesprächen orte ich wiederum die Gefahr der Einschränkung von Selbstbestimmung. Eine Klientin akzeptiert eine Einschränkung ihrer Selbstbestimmung bei der Planung ihrer Ziele aufgrund ihrer Defizite. Die LEVO beinhaltet das Ermöglichen von

Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung durch die angebotene Unterstützung. (vgl. RIS o.A.:2) Defizite sollten also kein Grund dafür sein, die Planung von eigenen Zielen nicht mitgestalten zu können. Die Planungsgespräche der BetreuerInnen mit den KlientInnen haben nach den getätigten Aussagen viele positive Facetten. Es wird auf die KlientInnen eingegangen und diese wissen auch, dass sie sich an die MitarbeiterInnen wenden können, wenn sie bei der Planung anstehen, auch wenn sie mit den Vorschlägen oder Kompromissen nicht immer einverstanden sind. Partl weist hier darauf hin, dass bei der Ausverhandlung der Ziele neben der fachlichen Analyse auch im Auge behalten werden soll, dass es um die Ziele der KlientInnen und deren Mitwirkung bei der Umsetzung geht. Bleiben diese "unverhandelt" dann bleiben sie meist unwirksam. (vgl. Partl 2009:18) Merken die KlientInnen also, dass sie nicht mitgestalten dürfen, nehmen sie Zielideen von den BetreuerInnen und deren Planung nicht an.

Aus den Gesprächen kristallisierte sich eine Abhängigkeit der Aktivität der KlientInnen von den Arbeitsweisen der BetreuerInnen heraus. Wenn von Seiten der BezugsbetreuerInnen Planung nicht aktiv forciert wird, dann kommt der weitere Verlauf auf die Persönlichkeit der Betroffenen an. Schüchterne oder inaktive KlientInnen laufen Gefahr, auf ihren Zielen sitzen zu bleiben. Ich leite daraus ab, dass ein sensibles Eingehen der unterstützenden Personen auf die Bedürfnisse der Betroffenen bedeutsam ist.

6.1.3 Der Weg ist das Ziel oder doch der Weg zum Ziel

Um die eigenen Ziele erreichen zu können, wird laut den KlientInnen Entscheidungsfähigkeit und Durchsetzungsvermögen benötigt. Eine Betroffene meint, sie bekommt von der Einrichtung zwar den Weg gewiesen, sie muss ihn aber selbst gehen, sonst bleibt sie auf der Strecke. (vgl. Datenmatrix IB1 / Z15 & Z16) Bei Unsicherheiten ist es ihnen jedoch wichtig, die Umsetzung der Ziele mit den BetreuerInnen zu besprechen. Es wird gefragt, wie Ziele erreicht werden können und abgeklärt, ob sie es allein schaffen. KlientInnen geben an, dass sie viel allein erreichen, jedoch froh sind, Unterstützung in den Einrichtungen zu bekommen. (vgl. Datenmatrix IB1 & IB3 & IB4 & IB5 & IB6 / Z21)

Eine Klientin erzählt, dass von ihrer Bezugsbetreuerin berechnet wird, wieviel Geld sie monatlich ausgeben darf, da sie hier Probleme hatte. Sie wollte dies erst nicht, sieht aber jetzt ein, dass sie in diesem Bereich Unterstützung benötigt. (vgl. Datenmatrix IB1 / Z22) Ein Experte beschreibt wiederum, dass es wichtig ist, so wenig wie möglich zu machen, damit KlientInnen Dinge selbst schaffen. Jedoch wird unterstützt, wenn Hilfe benötigt oder erbeten wird. Die KlientInnen werden ermutigt Dinge selbst umzusetzen, etwas auszuprobieren. Unterstützung wird jedoch immer angeboten. (vgl. Datenmatrix IE2 / Z19) Auch das Umsetzen unrealistischer Ziele können Betroffenen teils probieren oder es wird ihnen ermöglicht, diese in einem anderen Rahmen zu leben. Beispielsweise wollte ein Klient aus der Einrichtung ausziehen, was aber aufgrund seiner Beeinträchtigung nicht möglich war. Es wurde daraufhin versucht, sein Leben in der Einrichtung so gut es ging an ein selbstständiges Wohnen anzunähern. (vgl. Datenmatrix IB1 & IE7 / Z33)

In den erforschten Einrichtungen wird bei der Umsetzung von Zielen unterstützt. Die Datenerhebung zeigte, dass KlientInnen sowohl Dinge selbst in die Hand nehmen und durchsetzen wollen, zusätzlich jedoch auf die Unterstützung der Einrichtung vertrauen. Es ist ein gut eingespieltes System erkennbar, in dem den Betroffenen die Chance gegeben wird, selbst Dinge auszuprobieren und auch unrealistische Dinge im angepassten Rahmen ausleben zu können. Das System funktioniert den Aussagen zufolge gut, wenn KlientInnen die notwendigen Ressourcen haben. Haben sie keine Durchsetzungskraft oder werden sie durch die Beeinträchtigung eingeschränkt, sind die Ressourcen weniger vorhanden. Auch hier sind die Betreuungspersonen bemüht, Ziele so zu definieren und bei der Umsetzung zu unterstützen, dass sie mit den vorhandenen Ressourcen erreicht werden können. Bei zu viel Unterstützung laufen KlientInnen jedoch Gefahr, in eine Abhängigkeit zu schlittern. Aber was ist zu viel? Das Berechnen lassen der monatlichen Ausgaben beispielsweise, schiebt nach meiner Interpretation die Verantwortung der Umsetzung des Zieles, mit Geld besser umzugehen, auf die Betreuerin. Es ist nicht bekannt, ob die Klientin diese Berechnung allein durchführen könnte, oder nur mit Unterstützung. Ich sehe aber eben gerade dadurch, dass KlientInnen Ziele vermeintlich nicht allein erreichen können ein Potenzial, von Hilfeleistungen abhängig zu werden.

Sozialberufliche Handlungen sollen immer die partizipativen Fähigkeiten und die Möglichkeiten zur Partizipation der KlientInnen fördern und erweitern. Es ist die positive Wirkung der Entscheidungen auf Inklusion und Partizipation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu überprüfen. Dabei ist auch auf die Autonomie ihrer Entscheidungen zu achten und diese zu fördern, um Selbstbestimmung sicherzustellen. (vgl. Bischkopf et al. 2017:162-163) Das Ausloten der Grenzen von Unterstützung unter Beachtung der Selbstbestimmung ist meines Erachtens Aufgabe der Einrichtung und somit auch der BetreuerInnen. Die Meinung der ExpertInnen geht in dieselbe Richtung. KlientInnen so wenig wie möglich, aber so viel wie erforderlich unterstützen. Auch die LEVO hebt durch den Verweis auf Ermöglichung von Selbsterfahrung und Persönlichkeitsentwicklung die Wichtigkeit dieses Punktes hervor. (vgl. RIS o.A.:2)

6.2 Qualität der Leistungserbringung – Eine Frage von Standards, Kontrolle, Gestaltung und Mitsprache

Laut einem Experten ist ein Qualitätsstandard, die Selbstbestimmung und Autonomie der KlientInnen zu fördern und sich so wenig wie möglich in die Alltagsgestaltung einzumischen. Dies sei im betreuten Wohnen anders als in Heimen oder der Psychiatrie. Dort könne immer beispielsweise Pflegepersonal in das Zimmer kommen, es gäbe keine Privatsphäre. Bei betreutem Wohnen ist Selbstbestimmung der Grundgedanke. Basis der Qualitätsstandards und -kontrolle für die Einrichtungen in der Steiermark bietet laut den ExpertInnen die LEVO. Es finden regelmäßige Überprüfungen durch die Fachabteilung (alle zwei Jahre), das Land Steiermark oder BewohnerInnenvertretungen statt, bei denen evaluiert wird, ob die Institutionen LEVO-Konform sind. Es wird dabei ein großer Wert auf Ziele und Sicherheit gelegt. Im Anschluss gibt es nach den Kontrollen Anregungen und Empfehlungen, beispielsweise eine Verbesserung des Beschwerdesystems in der Einrichtung. Bei den

Überprüfungen wird auch mit den BewohnerInnen gesprochen und die Dokumentation gesichtet. Die Kontrollen sind angekündigt, jedoch wird nicht das genaue Datum bekannt gegeben. (vgl. Datenmatrix IE2 & IE7 / Z25)

Trotz der vorgegebenen Standards durch LEVO, Hausordnung, Wohngruppenordnung und Strukturierungen im Team, haben MitarbeiterInnen in diesem Rahmen die Freiheit, die Betreuung selbst zu gestalten und Entscheidungen zu treffen. Das Konzept steht jedoch über allem. KlientInnen selbst hätten jedoch auch ein Mitspracherecht bei diesem. (vgl. Datenmatrix IE2 & IE7 / Z24)

Die Kontrollen von den zuständigen Behörden scheinen in beiden Einrichtungen stattzufinden und finden auch Beachtung durch die ExpertInnen. Es wird betont, dass Selbstbestimmung im betreuten Wohnen an oberster Stelle steht. Dies wird auch durch die UN-Behindertenrechtskonvention verlangt. (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention o.A.a) Die Kontrollen selbst werden in der LEVO gefordert. Sie verlangt die Prüfung des individuellen Maßnahmenerfolges im Sinne der individuellen Zielplanung. Diese soll durch die zuständigen Behörden je nach Bedarf und Erfordernis durchgeführt werden. (vgl. RIS o.A.:8) Die Frequenz der Kontrollen bleibt also den Behörden überlassen. Für die interne Evaluation der Qualität hinsichtlich der Ergebnis Standards sollen Kennzahlen im Sinne einer Selbstbewertung durch die Einrichtung festgelegt werden. (vgl. RIS o.A.:8) Bezüglich des Themas der Mitsprache der KlientInnen beschreibt die LEVO, dass die Leistungserbringung von den NutzerInnen mit gestaltet wird und die Qualität durch sie auch bewertet wird. Die Träger der Einrichtungen sind sogar verpflichtet, die Bildung einer Interessensvertretung der Betroffenen anzuregen und zu unterstützen. Diese ist bei wichtigen Angelegenheiten wie beispielsweise Änderung des Leistungsangebotes oder Hausordnung anzuhören und hat das Recht auf Mitwirkung. (vgl. RIS o.A.:10) Ich leite aus der Erhebung der Daten in den Einrichtungen und der Literatur ab, dass die Qualität der Leistungserbringung in Einrichtungen und somit Qualität von Zielprozessen unter Beachtung von Selbstbestimmung als eine Funktion von vorgegebenen Standards, Kontrollen durch die Behörden, Gestaltung der Betreuung und Wahrnehmen des Mitspracherechtes durch die Betroffenen beschrieben werden kann.

6.3 Selbstbestimmung umsetzen – Jeder darf etwas beitragen

Die UN-Konvention verpflichtet die Mitgliedsstaaten Selbstbestimmung aktiv umzusetzen, indem sie die Verbindlichkeit auferlegt, dass diese das Recht einer unabhängigen Lebensführung verwirklichen. (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention o.A.a) Aber wer muss, bzw. soll sich beteiligen? Hat nur die Einrichtung die Verpflichtung, sich für die Umsetzung von Selbstbestimmung und selbstbestimmten Zielprozessen einzusetzen? Was können die BetreuerInnen beitragen und liegt die Umsetzung auch bei den KlientInnen? Dieses Kapitel zeigt einen Einblick in diese Thematik.

6.3.1 Betroffene haben einen Plan – aber nicht alle

KlientInnen beschreiben, dass Ihnen Dinge wie eine eigene Wohnung, eigene Gestaltung des Alltages, selbstständige Verwaltung des eigenen Geldes oder Arbeitswahl bei Selbstbestimmung wichtig sind. (vgl. Datenmatrix IB1 & IB3 & IB4 & IB5 & IB6 / Z9) Um diese Dinge erreichen zu können erwähnen einige, dass es wichtig ist, Anliegen anzusprechen (auch in Besprechungen) und anzugehen, die Meinung zu sagen, sich zu melden, wenn etwas nicht passt, sich aufzuregen oder zu sagen was gewollt wird und was nicht. (vgl. Datenmatrix IB1 & IB3 & IB4 & IB5 & IB6 / Z40) Eine Klientin hat die Idee der Gründung einer BewohnerInnenvertretung, welche Dinge verändern kann. Sie meint jedoch, das würde niemand übernehmen. (vgl. Datenmatrix IB4 / Z39) Andere Ideen von KlientInnen zur Umsetzung von Selbstbestimmung sind warten, keine großen Wünsche zu haben oder Aufgaben in der Einrichtung zu erledigen, um keine Einschränkungen und dafür mehr Rechte zu bekommen. (vgl. Datenmatrix IB3 & IB5 / Z40) Eine Klientin erzählt, dass andere BewohnerInnen wenig machen und nie etwas sagen. So ist nicht klar was sie denken oder was sie stört. Diese Personen werden von den BetreuerInnen auch nicht aktiv angesprochen. Sie selbst habe durch eine Selbsthilfegruppe erst gelernt zu sagen, wenn etwas nicht passt. (vgl. Datenmatrix IB4 / Z40) ExpertInnen meinen, dass KlientInnen für die Umsetzung von Selbstbestimmung Dinge ansprechen sollen und sagen müssen, wenn etwas nicht gepasst hat. Sie sollten außerdem ihre Rechte ohne Brechstange einfordern. (vgl. Datenmatrix IE2 & IE7 / Z42)

Die meisten der befragten KlientInnen hatten ein Konzept, einen individuellen Plan für die Umsetzung von Selbstbestimmung. Kurz gesagt selbst aktiv sein, BewohnerInnenvertretungen gründen und sich selbstbewusst melden, wenn etwas nicht passt. Aber was passiert mit den Betroffenen, die sich nicht melden, zu schüchtern sind, zu stark beeinträchtigt sind und es keine BewohnerInnenvertretung gibt, bzw. sie nicht von Betreuungspersonen aktiviert werden? Eine Klientin spricht es an. Es bleibt unklar was sie denken und was sie stört. Wie kann so Selbstbestimmung durch die KlientInnen umgesetzt werden? Hier sind nach meiner Schlussfolgerung die Einrichtungen und die Betreuungspersonen gefragt. Die LEVO inkludiert als Prinzip und Grundsatz von Teilhabe und Inklusion eine selbstbestimmte Lebensführung und verspricht Menschen mit Beeinträchtigungen das notwendige Maß an Unterstützung durch die Einrichtungen für eine aktive Partizipation am gesellschaftlichen Leben. (vgl. RIS o.A.:3) Mehr dazu bei der Umsetzung von Selbstbestimmung durch die Einrichtung und die BetreuerInnen.

6.3.2 Einrichtungen und BetreuerInnen benötigen ebenfalls einen Plan

Reflektieren und nicht auf die Selbstbestimmung vergessen sind Punkte, welche die befragten ExpertInnen angeben, um etwas zur Umsetzung von Selbstbestimmung als Einrichtung oder BetreuerIn beizutragen. Weiters streben sie danach, im Team Aspekte von Selbstbestimmung zu bereden und dieses Thema auch mit den BewohnerInnen zu besprechen, sie zu fragen was sie wollen und sie nicht mit den eigenen Ideen zu überrumpeln. Ein Experte meint jedoch auch, dass die Hausleitung die Voraussetzungen dazu schaffen muss, die

Wohngruppenleitung die Umsetzung forcieren soll und die BetreuerInnen die KlientInnen ermutigen sollen, Selbstbestimmung umzusetzen. (vgl. Datenmatrix IE2 & IE7 / Z41)

Die BetreuerInnen haben nach den getätigten Antworten zufolge einen Plan zur Umsetzung von Selbstbestimmung. Nicht nur, dass sie selbst im Team und durch persönliches Reflektieren das Thema nicht vergessen wollen, ihr Plan inkludiert auch die Konversation mit den KlientInnen. Im vorangegangenen Unterkapitel kam zum Vorschein, dass Betroffene, welche nicht viel machen, nicht reden, schüchtern sind oder durch ihre Beeinträchtigung nicht viel machen können, Probleme bei der Selbstbestimmung bekommen könnten. Bischoff et al. hebt hervor, dass es gerade im Bereich der Arbeit mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen der Fall ist, dass die Betroffenen nicht zu einer Willensbildung in der Lage sind und folglich in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind. Oft ist ihnen auch nicht bewusst, welche Optionen sie haben. Dadurch besteht die Gefahr von paternalistischen Verhaltensweisen gegenüber diesen Personen. Es wird über ihren Kopf hinweg für sie entschieden. Es ist hier wichtig, die Möglichkeiten gemeinsam mit den KlientInnen auszuloten, die Vorteile und Nachteile zu besprechen und die Entscheidungen den Betroffenen zu überlassen. Es müssen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um psychisch beeinträchtigten Menschen eigenständige Entscheidungen zu ermöglichen. (vgl. Bischoff et al. 2017:163-164) In diesem Sinne und als Ableitung der Aussagen der interviewten Personen, ist eine Förderung der Entscheidungsfähigkeit und aktiven Teilnahme im Einrichtungsalltag für jene, die nicht viel machen, nicht reden, schüchtern sind oder durch ihre Beeinträchtigung nicht viel machen können zu forcieren. So können auch sie Selbstbestimmung leben und die Möglichkeit haben, Wünsche oder Beschwerden kundzutun.

Die Umsetzung von Selbstbestimmung und selbstbestimmten Zielprozessen ist nach der Interpretation der Ergebnisse dieses Kapitels ein Gesamtprodukt aus den einzelnen Verantwortungen von Einrichtungen, BetreuerInnen, Team, und KlientInnen.

6.4 Psychische Beeinträchtigung, Pflichten, Regeln, Grenzen – Selbstbestimmung wird gefordert

Verschiedene Bereiche des betreuten Wohnens und selbst die psychische Beeinträchtigung von KlientInnen können zu heiklen Themen hinsichtlich Selbstbestimmung und deren Grenzen führen. Die folgenden Worte versuchen zu zeigen, welche Komplikationen im betreuten Wohnen auftreten können.

6.4.1 Pflichten und Regeln in der Einrichtung versus Einschränkung der Selbstbestimmung

Die Erfüllung von Pflichten und die Einhaltung von Regeln werden von KlientInnen mehrmals als Einschränkung ihrer Selbstbestimmung beschrieben. So wird erzählt, dass persönliche Termine wie Arztbesuche an jene der Einrichtung (Hausversammlung) angepasst werden müssen oder die Zeit des Aufstehens nicht selbst definiert werden kann. Es muss geputzt werden und die Anwesenheit bei den Hausversammlungen ist Pflicht. In einer der befragten

Einrichtung ist es Pflicht, arbeiten zu gehen. BewohnerInnen, welche das nicht wollen, wechseln laut einem Betroffenen die Einrichtung. (vgl. Datenmatrix IB1 & IB3 & IB4 & IB5 / Z26) Werden die Pflichten und Regeln nicht eingehalten, werden Mahnungen ausgesprochen oder Konsequenzen gegeben, schildern zwei Klienten derselben Organisationen. Es hätte sich jedoch noch nie jemand getraut etwas nicht einzuhalten. Erfahrungen aus vorhergegangenen Institutionen zeigen, dass es tatsächlich Konsequenzen bei zu spät kommen nach Ausgängen gab. Es musste unterschrieben werden, dass Ausflüge nicht mehr als zwei Stunden dauerten. Es war wie im Gefängnis schildert eine Klientin (vgl. Datenmatrix IB3 / Z23 & Z28; vgl. Datenmatrix IB6 / Z45) Betroffene beschreiben einerseits, dass sie sich durch die Regeln und Pflichten in den Einrichtungen in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt fühlen, andererseits denken auch einige, dass diese wichtig und in Ordnung sind. Es seien nicht viele, sie seien ja freiwillig in der Institution und Pflichten und Regeln gibt es auch außerhalb der Einrichtungen. Es wird auch ein Unterschied hervor gehoben, ob Personen vor dem Einzug in die Einrichtung allein gewohnt haben oder schon an ein Zusammenleben gewohnt waren. Bei ersterem fällt die Anpassung schwerer. (vgl. Datenmatrix IB4 / Z23 & Z26) Bezüglich der Erfüllung der Pflichten schildert ein Klient, dass er sich immer angepasst hat und daher keine Probleme bekam. Er konnte jedoch bei anderen BewohnerInnen beobachten, dass diese erst ihre Pflichten erfüllen mussten, damit sie anschließend ihre eigene Dinge machen durften. (vgl. Datenmatrix IB5 / Z28)

ExpertInnen erklärten mir in den Befragungen, dass es schon Dinge gibt, die von den Einrichtungen verlangt werden. BewohnerInnen müssen beispielsweise einen Facharzt aufgrund der Krankheit haben, Zimmer putzen und weitere Pflichten erfüllen. Kommen die KlientInnen den Verpflichtungen nicht nach, dann müssen die BetreuerInnen agieren. Ein Experte sieht die Selbstbestimmung dadurch jedoch nicht eingeschränkt, da nichts Unmögliches verlangt wird. (vgl. Datenmatrix IE7 / Z18) Ein weiterer Experte betont, dass KlientInnen sich in einem Rahmen bewegen können, der nicht gegen die Interessen oder den Betreuungsauftrag der Einrichtung steht, bzw. die Selbstbestimmung der anderen beeinflusst. Hier geht es um Dinge wie Hygiene in den Zimmern, Drogenkonsum oder Gewalt. Bei Selbst- oder Fremdgefährdung müssen sie Maßnahmen einleiten. Es gibt ein Konzept und Rahmenbedingungen die gewisse Dinge vorgeben um dem Betreuungsauftrag nachkommen zu können. Innerhalb dieses Regelwerkes können BewohnerInnen sich bewegen. Dinge werden von den Betroffenen auch nicht sofort verlangt oder ihnen aufgezwungen. Es wird versucht, dies gemeinsam mit den BewohnerInnen zu erarbeiten. Werden keine Vereinbarungen erreicht, dann wird den KlientInnen erklärt, dass wenn sie gewisse Pflichten und Regeln nicht befolgen wollen, eine andere Einrichtung gewählt werden muss. Dann wird auch bei der Weitervermittlung geholfen. (vgl. Datenmatrix IE2 / Z27; vgl. Datenmatrix IE7 / Z18) Es wird berichtet, dass Betroffene immer wieder einmal "angefressen" sind, weil sie Vereinbarungen in der Einrichtung nachkommen müssen. Das löst Konflikte und Eskalationen aus. Es wird eingesehen, dass das Handeln der BetreuerInnen für die BewohnerInnen nicht immer verständlich ist. Es ist dann oft schwierig, das zu klären und wieder zusammen zu finden. Meistens wird jedoch eine Lösung gefunden. (vgl. Datenmatrix IE7 / Z29)

Durch die Interviews wurde ersichtlich, dass Verpflichtungen und Regeln in den Einrichtungen ein wichtiges Thema sind. Ein Teil der KlientInnen kommt damit zurecht, ein anderer nicht und

es kommt zu Konflikten. Aus den Reaktionen der Einrichtung schlussfolgere ich, dass einerseits mit dem Versuch, die Differenzen zu besprechen und die Vereinbarungen mit den BewohnerInnen zu erarbeiten, eine produktiver Ansatz verfolgt wird. Andererseits sehe ich im Erzwingen der Einhaltung der Verpflichtungen durch Maßnahmen das mögliche Problem, Widerstand bei den KlientInnen und den Gedanken hervorzurufen, dass Rechte nur bei Anpassung bestehen. Der Erhalt von Rechten sollte mit Zwang nichts zu tun haben. Hier kann wieder auf den Anspruch einer unabhängigen Lebensführung aus der UN-Behindertenrechtskonvention verwiesen werden. (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention o.A.a) Die Verpflichtung zu den Regeln des Gemeinschaftswohnens von Seiten der Einrichtung, aber auch der BewohnerInnen, wird in einer der befragten Institutionen vertraglich bei Einzug festgelegt. (vgl. Wohnplattform Steiermark o.A.) Die Freiwilligkeit in den Einrichtungen, welche auch von KlientInnen selbst betont wird, gepaart mit vertraglichen Vereinbarungen führt mich zu der Interpretation, dass das Verlangen der Einrichtungen zur Einhaltung von Rechten und Pflichten durch die BewohnerInnen seine Berechtigung hat. Die Frage ist schlussendlich, wie BetreuerInnen damit umgehen, wenn dies nicht funktioniert. Vielleicht macht dies den Unterschied zwischen jenen KlientInnen aus, welche die Vereinbarung für in Ordnung halten und jenen, die sie als Einschränkung ihrer Selbstbestimmung wahrnehmen.

6.4.2 Wenn die Beeinträchtigung die Selbstbestimmung gefährdet

Betroffene nennen als wichtigste Punkte bei ihrer Selbstbestimmung die freie Wahl der Wohnung oder Arbeit, die selbstständige Verwaltung von Geld, autonome Gestaltung des Tagesablaufes, keine SachwalterIn zu haben, Barrierefreiheit oder die eigenständige Wahl der Selbsthilfegruppe. Ein Klient erzählt, dass ein wichtiger Punkt für ihn früher die Freiheit war, das habe sich aber geändert. Jetzt hat er keine Anforderungen mehr an das Leben und versucht nur mehr das Niveau seiner Beeinträchtigung zu halten. (vgl. Datenmatrix IB1 & IB3 & IB4 & IB5 & I6 / Z9) Im Vergleich dazu nennen ExpertInnen zusätzlich beispielsweise Dinge wie Beziehungsgestaltung, tun und arbeiten was Spaß und Sinn macht, Art der Erziehung der Kinder, ungesund leben zu können (Ernährung) und Freiheit. Sie meinen, je mehr Bereiche sie selbst bestimmen können, desto besser. (vgl. Datenmatrix IE2 & IE7 / Z10)

Ein Klient berichtet von einer Einschränkung durch seine Beeinträchtigung. Er kann nicht mehr weit gehen und die Bushaltestelle liegt zu weit von der Einrichtung entfernt. Es ist ihm also nicht möglich, selbstständig wohin zu fahren. Er ist darauf angewiesen, mit den BetreuerInnen zu fahren. (vgl. Datenmatrix IB6 / Z26) Eine KlientIn erzählt, dass ihre Berufswahl durch die psychischen Probleme eingeschränkt ist. Sie war immer in einer Tagesstruktur und sieht auch ein, dass es schwierig für sie wäre, am "normalen" Arbeitsmarkt tätig zu sein. (vgl. Datenmatrix IB4 / Z23 & Z31) Dies bestätigt auch ein weiterer Klient, welcher erzählt, dass er gerne wieder am ersten Arbeitsmarkt tätig sein würde. Dies schaffe er aber emotional aufgrund der Beeinträchtigung nicht mehr, es strengt ihn zu sehr an und er hat dafür die Kraft nicht mehr. (vgl. Datenmatrix IB5 / Z23) Eine Klientin offenbart im Gespräch, dass sie in Phasen, in denen es ihr sehr schlecht geht und sie Suizidgedanken hat, jemanden braucht, der für sie die Entscheidung trifft, ob sie in ein Krankenhaus muss oder nicht. Dies schaffe sie meistens nicht selbst. (vgl. Datenmatrix IB5 / Z23)

Werden die wichtigen Punkte der Selbstbestimmung von Betroffenen und die der ExpertInnen verglichen, fällt auf, dass sich die der KlientInnen auf einige wenige reduzieren und meist dieselben sind. Es scheinen meist grundlegende Sachen zu sein und oft in Bereichen, in denen sie durch ihre Beeinträchtigung eingeschränkt sind (Arbeit, Geld – SachwalterIn, Barrierefreiheit, etc.) Die Punkte der ExpertInnen gehen darüber hinaus. KlientInnen resignieren teilweise und geben frühere Prioritäten wie Freiheit auf. Sie reduzieren ihr Leben auf die Beeinträchtigung. Die Aussagen lassen mich ableiten, dass KlientInnen in diesen Bereichen Wünsche haben, welche sich vermeintlich nicht mehr realisieren lassen. Sie nehmen diese Einschränkungen ihrer Selbstbestimmung jedoch hin. Bleibt ihnen hier nichts anders übrig? In Bezug auf die weit entfernte Bushaltestelle gibt die LEVO an, dass die Anbindung an ein öffentliches Verkehrsnetz in einer Art und Weise gegeben sein muss, dass dieses lebenspraktisch gut nutzbar ist. (vgl. RIS o.A.:5) Es ist hier also eine Möglichkeit gegeben, eine nähere Bushaltestelle zu erwirken, aber nur wenn diese Einschränkung nicht hingenommen wird. Bezüglich weiterer Einschränkungen durch die psychische Krankheit steht in der UN-Menschenrechtskonvention, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in die Lage versetzt werden sollen, umfassende geistige, körperliche, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie eine volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens und volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Diesbezügliche Programme sollen zum frühestmöglichen Zeitpunkt greifen. Sie sollen die Einbeziehung in, bzw. Teilhabe an der Gesellschaft fördern und auf freiwilliger Basis stattfinden. (vgl. UN-Menschenrechtskonvention o.A.b) Dies lässt mich schlussfolgern, dass von Seiten der Einrichtung aktiv versucht werden sollte, den Betroffenen die von ihnen genannten Punkte der Selbstbestimmung zu erfüllen und sie nicht in ihrer Resignation zu belassen. Dies freilich nur unter Berücksichtigung der Freiwilligkeit.

7 SWOT Analyse und Empfehlungen

In diesem Kapitel wird eine SWOT-Analyse durchgeführt, welche auf Basis der erkannten Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken aus den Ergebnissen der Forschung, eine Möglichkeit der Ableitung von Empfehlungen für verschiedene Bereiche bietet. (vgl. Behrens 2018:20)

7.1 Analyse und Empfehlungen zu Zielprozessen

Die Ergebnisse dieses Themas wurden zu den SWOT-Bereichen wie folgt aufgeteilt:

Stärken:

- Reflexion über Zieldefinitionen im Team – Klären, welche die Ziele der Einrichtung/BetreuerInnen und welche die der Betroffenen sind.
- Eingehen auf Betroffene bei Zielplanung und Vertrauen durch die KlientInnen sich an die BetreuerInnen zu wenden.

- KlientInnen wird die Chance gegeben, bei Zielumsetzung etwas auszuprobieren.
- Betroffenen wird ermöglicht, nicht umsetzbare Ziele in kleinerem/anderem Rahmen leben zu können.

Schwächen:

- Zweifel an der Beschäftigung der Betroffenen mit ihren Zielen.
- Selbsteinschränkung bei der Zielplanung aufgrund der Defizite durch psychische Beeinträchtigung.
- Probleme bei Zielumsetzung durch fehlende Ressourcen der Betroffenen.

Chancen:

- Abwägung des Umganges mit Zielen unter Beachtung verschiedener Aspekte durch Einrichtung und BetreuerInnen.
- Mitgestaltung der Betroffenen bei Zielvorschlägen der BetreuerInnen.

Risiken:

- Aufzwingen oder Ignorieren von Zielen durch BetreuerInnen.
- Verantwortung der Einrichtung, wie oft Zielgespräche geführt werden.
- Abhängigkeit der Aktivität schüchterner oder inaktiver KlientInnen von Arbeitsweisen der BetreuerInnen.
- Abhängigkeit der Betroffenen von Hilfeleistungen der BetreuerInnen durch Verantwortungsabschiebung bei der Zielumsetzung

Die BetreuerInnen und Betroffenen zeigen Stärken in der Zusammenarbeit und der Beziehung zueinander. Die BetreuerInnen denken über ihre Arbeitsweise nach und gehen auf die KlientInnen ein. Diese wiederum vertrauen sich den BetreuerInnen an. Einrichtungen sollten aktiv diese Beziehung zwischen den Akteuren des betreuten Wohnens fördern, damit KlientInnen weiter vertrauen und eine gemeinsame, von beiden Seiten aktive Zielfindung möglich bleibt. Betroffene sollen sich auf die BetreuerInnen einlassen und sich melden, wenn eine schlechte Beziehung besteht oder sie Unsicherheiten bezüglich ihrer Ziele haben. Wenn sie sich durch fehlende Ressourcen, Abschiebung der Verantwortung und ihre Defizite selbst einschränken, besteht das Risiko der Resignation. Sie werden inaktiv, haben keine Ziele mehr und können in eine Abhängigkeit auf Hilfeleistungen schlittern. Um dies zu umgehen sollten sie selbst und die BetreuerInnen aufmerksam auf Anzeichen dieser Aspekte sein und bei Bedarf handeln. BetreuerInnen sollten auch ihre Denkweisen und Arbeitsweisen hinsichtlich Selbstbestimmung immer wieder reflektieren, damit sie die Fähigkeiten ihrer KlientInnen nicht unterschätzen, ihre Ziele ernst nehmen und mit ihnen gemeinsam deren Ziele und die Ideen der BetreuerInnen erarbeiten. Für die Soziale Arbeit ist es generell wichtig, KlientInnen mit einzubeziehen und ihre Fähigkeiten zu fördern. Leichter fällt dies natürlich bei Vorhandensein einer guten Beziehung. Bezüglich der Häufigkeit von Zielgesprächen ist den Einrichtungen zu empfehlen, fixe Regelungen zu treffen um somit aufmerksam zu bleiben. Betroffene hingegen müssen diese Gespräche einfordern, um eine aktive Zielfindung zu fördern.

7.2 Analyse und Empfehlungen zur Qualität der Leistungserbringung

Die Ergebnisse dieses Themas wurden zu den SWOT-Bereichen wie folgt verteilt:

Stärken:

- Qualitätskontrollen sind vorgeschrieben und finden statt.
- Betroffene können Leistungserbringung mitgestalten und diese auch bewerten.

Schwächen:

Keine Ergebnisse zu diesem Punkt.

Chancen:

- Einrichtungen sind verpflichtet, die Gründung von Interessensvertretungen anzuregen und zu unterstützen.
- Qualität von Zielprozessen unter Beachtung von Selbstbestimmung ist eine Funktion von vorgegebenen Standards, Kontrollen durch die Behörden, Gestaltung der Betreuung und Wahrnehmen des Mitspracherechtes durch die Betroffenen.

Risiken:

- Die Frequenz der Kontrollen bleibt den zuständigen Behörden überlassen.

Qualitätsstandards und Kontrollen sind bezüglich Selbstbestimmung nicht weg zu denken. Sie müssen auch in Zukunft durchgeführt werden. Vor allem die Mitgestaltung durch die Betroffenen ist essentiell. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen müssen dieses Recht einfordern und es auch wahrnehmen. Sozialarbeiter sollen die aktive Beteiligung der KlientInnen fördern und sie auf ihre Rechte aufmerksam machen. Beispielsweise durch die Unterstützung bei einer BewohnerInnenvertretung wird eine Chance forciert, Selbstbestimmung von Betroffenen eine Stimme zu geben. Die zuständigen Behörden müssen eine adäquate Frequenz der Kontrollen definieren um Selbstbestimmung zu schützen und zu garantieren. Alle beteiligten Akteure müssen ihren Teil beitragen, damit die Qualität von Zielprozessen sichergestellt wird.

7.3 Analyse und Empfehlungen zur Umsetzung von Selbstbestimmung

Die Ergebnisse dieses Themas wurden zu den SWOT-Bereichen wie folgt verteilt:

Stärken:

- BetreuerInnen reflektieren das Thema Selbstbestimmung, auch um nicht darauf zu vergessen.

- Besprechung des Themas Selbstbestimmung im Team.
- Besprechung des Themas Selbstbestimmung mit den Betroffenen.
- BewohnerInnen werden gefragt was sie wollen und es wird versucht, sie nicht mit Ideen der BetreuerInnen zu überrumpeln.

Schwächen:

Keine Ergebnisse zu diesem Punkt

Chancen:

- Die meisten der befragten KlientInnen haben ein Konzept, einen individuellen Plan für die Umsetzung von Selbstbestimmung.
- Förderung der Entscheidungsfähigkeit und aktiven Teilnahme von inaktiven, stark beeinträchtigten Menschen in der Einrichtung.
- Die Umsetzung von Selbstbestimmung und selbstbestimmten Zielprozessen ist ein Gesamtprodukt aus den einzelnen Verantwortungen von Einrichtungen, BetreuerInnen, Team, und KlientInnen.

Risiken:

- Stark beeinträchtigte, schüchterne Menschen, die wenig bis nichts sagen oder machen, also nicht selbst aktiv sind, oder sein können, haben Probleme bei der Umsetzung von Selbstbestimmung.

Bei der Umsetzung von Selbstbestimmung wird von den BetreuerInnen viel getan. Sie reflektieren, besprechen das Thema im Team und mit den Betroffenen. So sieht meines Erachtens Aktivität bezüglich Selbstbestimmung aus. Damit das so bleibt, müssen sie weiterhin diese Aktivität leben. Die Leitung der Einrichtung könnte es sich auch zur regelmäßigen Aufgabe machen, diese Aktivität anzusprechen, zu fördern und zu loben. Meiner Meinung nach ist ein regelmäßiger Fragebogen für Betroffene oder eine Checkliste für BetreuerInnen, welche ausschließlich Themen der Selbstbestimmung behandeln, eine Möglichkeit, dieses wichtige Thema nicht aus den Augen zu verlieren. Gerade bei der Arbeit mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist dies meines Erachtens wichtig. Soziale Arbeit muss aus meiner Sicht aktiv und praktisch sein. So haben auch die meisten Betroffenen ein Konzept hinsichtlich der Umsetzung ihrer Selbstbestimmung. Jene, die aus verschiedenen Gründen keines haben oder inaktiv sind, müssen von der Einrichtung, von den BetreuerInnen unterstützt werden, damit ihre Selbstbestimmung nicht vergessen wird. Ihre Entscheidungsfähigkeit muss so gut als möglich gefördert werden. Betroffene selbst müssen aktiv sein, Dinge ansprechen und dürfen keine Angst davor haben, ihre Selbstbestimmungen durchzusetzen. Heute gibt es Gesetze, die UN-Behindertenrechtskonvention und Menschen unter anderen auch SozialarbeiterInnen, die für ihre Selbstbestimmung eintreten. Gesamt gesehen ist schlussendlich die Umsetzung von Selbstbestimmung in betreutem Wohnen ein Gesamtprodukt aus den einzelnen Verantwortungen von Einrichtung, BetreuerInnen, Team, und KlientInnen. Weitere Forschungen in diese Richtung könnten die Unterschiede zwischen

Teilzeit-Betreutem-Wohnen und Vollzeit-Betreutem-Wohnen untersuchen. Hier könnte es allein schon durch das Ausmaß der Beeinträchtigung Unterschiede geben.

7.4 Analyse und Empfehlungen zu Forderung von Selbstbestimmung

Die Ergebnisse dieses Themas wurden zu den SWOT-Bereichen wie folgt verteilt:

Stärken:

- Einige KlientInnen fühlen sich durch die Pflichten und Regeln in den Einrichtungen in ihrer Selbstbestimmung **nicht** eingeschränkt. Sie finden sie in Ordnung und denken, außerhalb der Einrichtung gibt es diese ebenfalls.
- Differenzen bezüglich des Themas Pflichten und Regeln werden von den BetreuerInnen mit den Betroffenen besprochen und Vereinbarungen gemeinsam erarbeitet.

Schwächen:

- Das Einhalten von Pflichten und Regeln wird durch Maßnahmen erzwungen.

Chancen:

- Vertragliche Festlegung von Pflichten und Regeln beim Einzug in die Einrichtung innerhalb des Wohnvertrages.
- Betroffene haben Wünsche hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung und Ziele.

Risiken:

- Einige KlientInnen fühlen sich durch die Pflichten und Regeln in den Einrichtungen in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt.
- Reduktion des eigenen Lebens bzw. der eigenen Ziele und ihrer gelebten Selbstbestimmung auf die Beeinträchtigung durch Betroffene.

Pflichten und Regeln sind Teil von Einrichtungen des betreuten Wohnens, generell des Zusammenlebens. Manche kommen damit zurecht, manche nicht. Es liegt an der Einrichtung und den BetreuerInnen richtig damit umzugehen. Meines Erachtens wird durch das Erzwingen mit Maßnahmen nur Widerstand generiert und die Beziehung zu den KlientInnen geht verloren. Dies beeinträchtigt in Folge auch andere Bereiche der Zusammenarbeit. Eine vertragliche Vereinbarung bei Einzug hilft bei der Argumentation während der Erarbeitung späterer Vereinbarungen. Denjenigen, die sich nicht gegen die Regeln und Pflichten stellen ist meines Erachtens ein Lob auszusprechen. Sie sollen wissen, dass es gemeinschaftsfördernd ist was sie tun und wie sie sich verhalten. Mit den anderen KlientInnen muss aus meiner Sicht versucht werden, die Themen zu erarbeiten, so wie es einige BetreuerInnen auch praktizieren. Die Konflikte müssen ausgetragen werden. Geht es soweit, dass Selbstgefährdung oder

Fremdgefährdung vorhanden sind, oder die Interessen und der Betreuungsauftrag der Einrichtung nicht mehr wahrgenommen werden können, ist es meines Erachtens auch in Ordnung, KlientInnen zu anderen Einrichtungen weiter zu vermitteln, welche besser für sie geeignet sind, um Risiken zu minimieren. Von der Sicht der BewohnerInnen gesehen, müssen die Regeln und Pflichten von zuständigen Institutionen auf ihre Qualität und Relevanz überprüft werden. Bei Zweifel an der Sinnhaftigkeit müssen Betroffene dies einfordern. Sie laufen sonst Gefahr, tatsächlich zu sinnlosen Vorschriften und Aufgaben gezwungen zu werden und geben somit ihre Selbstbestimmung auf. Ich denke, es gibt in der Sozialen Arbeit immer wieder Konflikte zwischen den Sozialarbeitern und den KlientInnen. Es ist aus meiner Sicht daher sehr wichtig, dass wir als Sozialarbeiter den richtigen Weg finden, mit diesen Konflikten umzugehen um produktiv mit unseren KlientInnen arbeiten zu können.

Ein weiteres Problem ist, dass KlientInnen ihr Leben auf die Beeinträchtigung reduzieren. Sie resignieren und haben Wünsche an das Leben, welche sich vermeintlich nicht mehr realisieren lassen. BetreuerInnen dürfen Betroffene nicht ihrer Resignation überlassen. Sie müssen alles versuchen, sie zu aktivieren und es ihnen ermöglichen, ihre Selbstbestimmung so gut wie nur irgendwie möglich zu leben.

Literatur

Auer-Voigtländer, Katharina / Schmid, Tom (2017): Strukturgeleitete Textanalyse zur systematischen Arbeit mit umfangreichen qualitativen Datenmaterial. Ein Beitrag zur qualitativen Auswertung vorstrukturierten Datenmaterials. In: Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschul-Studiengänge / Rubrik: Soziale Arbeit. Nr.18, 2017, S.130.

Behrens, Ursula (2018): Quick Guide. Effizientes Marketing für kleine und mittlere Unternehmen - Wie Sie Marketingstrategien planen, umsetzen und optimieren. 2.Auflage, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Bischkopf, Jeannette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hg.In) (2017): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Bosshard, Marianne / Ebert, Ursula / Lazarus, Horst (2013): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. 5.Auflage, Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision –BMGF-Version 2017. Systematisches Verzeichnis.

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/7/0/CH3987/CMS1537963053638/icd-10_bmgf_2017+_-_systematisches_verzeichnis.pdf [10.04.2019].

Clausen, Jens / Dresler, Klaus-D. / Eichenbrenner, Ilse (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Feiel, Meike (2018): Sozialpsychiatrische Wohnhäuser. Betreutes Wohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Masterarbeit, Karl-Franzens-Universität, Graz.

Flick, Uwe (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen - Ein Überblick für die BA-Studiengänge. 3.Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.

Kauffeld, Simone (2014): Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor. <https://lehrbuch-psychologie.springer.com/sites/default/files/atoms/files/web-exkurs.004.01.pdf> [11.04.2019].

Kaufmann, Karin (2008): Betreutes Wohnen für psychisch beeinträchtigte Menschen. Sozialpädagogische Perspektiven für eine gelingendere Praxis. Masterarbeit, Karl-Franzens-Universität, Graz.

Partl, Norbert (2009): Ausverhandeln. Alltägliche Mühsal und zentrale Kunst lebensweltorientierter Wohnungslosenhilfe. Diplomarbeit, Fachhochschule St. Pölten.

RIS (o.A.): Leistungsbeschreibungen.

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Landesnormen/LST40021182/9210.08-10_An11.pdf
[12.04.2019].

Schlacher, Tanja (2014): Sozialpsychiatrische und sozialpädagogische Zugänge als Beitrag zu einer partizipativen Gesellschaft. Betrachtung der Arbeit in einer sozialpsychiatrischen Tagesstruktur. Masterarbeit, Karl-Franzens-Universität, Graz.

UN-Behindertenrechtskonvention (o.A.a): Unabhängige Lebensführung.

<https://www.behindertenrechtskonvention.info/unabhaengige-lebensfuehrung-3864/>
[09.04.2019].

UN-Behindertenrechtskonvention (o.A.b): Rehabilitation.

<https://www.behindertenrechtskonvention.info/rehabilitation-3914/> [14.04.2019].

Wohnplattform Steiermark (o.A.): Wohnplattform Steiermark. Betreutes Wohnen.

http://www.wohnplattform.at/images/folder/EG_Folder.pdf [14.04.2019].

Daten

Datenmatrix: Betroffene und ExpertInnen; Quelle: eigene Darstellung (2019) nach Auer-Voigtländer, Katharina / Schmid, Tom (2017).

IB1, Interview, geführt von Gluttig Viktor mit Betroffener 1, 17.12.2018, Audiodatei.

IE2, Interview, geführt von Gluttig Viktor mit Expertin 1 und Experte 2, 17.12.2018, Audiodatei.

IB3, Interview, geführt von Gluttig Viktor mit Betroffener 2, 09.01.2019, Audiodatei.

IB4, Interview, geführt von Gluttig Viktor mit Betroffener 3, 09.01.2019, Audiodatei.

IB5, Interview, geführt von Gluttig Viktor mit Betroffenenem 4, 05.03.2019, Audiodatei.

IB6, Interview, geführt von Gluttig Viktor mit Betroffenenem 5, 05.03.2019, Audiodatei.

IE7, Interview, geführt von Gluttig Viktor mit Experte 3, 05.03.2019, Audiodatei.

Anhang

Aufbau Datenmatrix

Interviewer:
Gluttig Viktor

Antworten
KlientInnen

Antworten
ExpertInnen

Zeile	Fragen	Interview IB-1	Interview IB-3	Interview IE-7	Literatur	ZA-Zeilenaussage	Memos
	Datum und Uhrzeit	17.12.2018 / 14:30	09.01.2019 / 11:15	05.03.2019 / 10:15			
	Wievielter Kontakt-Versuch?	1	1	1			
	Gesprächspartner (Name)	Frau A.	Frau B.	Herr C.			
	Bundesland	Steiermark	Steiermark	Steiermark			
	Geschlecht	weiblich	weiblich	männlich			
	Einrichtung	Organisationsname	Organisationsname	Organisationsname			
	Position	Betroffene	Betroffene	Experte			
	Telefonnummer	-	-	-			
	Mailadresse	-	-	-			
0	Einstieg	Interview IB-1	Interview IB-3	Interview IE-7	Literatur	ZA-Zeilenaussage	Memos
1	Tonbandaufnahme						
2	Interesse, BA zu lesen?						
A	Mundöffner	Interview IB-1	Interview IB-3	Interview IE-7	Literatur	ZA-Zeilenaussage	Memos
3	Beeinträchtigung						
4	Zeitpunkt						
5	Lebensverlauf						
6	Weg zur Einrichtung						
7	Dauer in Einrichtung						
8	Kontakt zu KlientInnen						
B	Sachfragen	Interview IB-1	Interview IB-3	Interview IE-7	Literatur	ZA-Zeilenaussage	Memos
9	Wichtige Punkte Selbstbestimmung						
10	Wichtige Punkte Selbstbestimmung						
11	Wichtige Punkte Selbstbestimmung KlientInnen						
12	Zieldefinitionen						
13	Ressourcen Zielumsetzung						
14	Ziele im Leben (Selbstbestimmung)						
15	Ressourcen Erreichung Ziele						
16	Unterstützung durch die Einrichtung						
17	Zielgespräche						
18	Unterschiede Zielvorstellungen						
19	Unterstützung der KlientInnen durch Einrichtung						
20	Zielfindungsgespräche						
21	Zielumsetzung						
22	Ursprung der Ziele						
23	Grenzen Selbstbestimmung						
24	Mitsprache Selbstbestimmung						
25	Qualitätsstandards und Kontrolle						
C	Problemfragen	Interview IB-1	Interview IB-3	Interview IE-7	Literatur	ZA-Zeilenaussage	Memos
26	Probleme Selbstbestimmung						
27	Probleme Selbstbestimmung						
28	Erfahrungen Selbstbestimmung						
29	Unzufriedenheit Selbstbestimmung						
30	Beeinflussung Selbstbestimmung						

Aufbau Datenmatrix

Interviewer:
Gluttig Viktor

Antworten KlientInnen	Antworten ExpertInnen
--------------------------	--------------------------

31	Selbstbestimmung und Beeinträchtigung						
32	Beeinflussung bei Selbstbestimmung						
33	Unrealistische Ziele						
34	Grenzen von Selbstbestimmung						
D	Veränderungsfragen	Interview IB-1	Interview IB-3	Interview IE-7	Literatur	ZA-Zeilenaussage	Memos
35	Veränderung Selbstbestimmung						
36	Veränderung Selbstbestimmung						
37	Verantwortung Veränderungen						
38	Wunderfrage						
39	Verantwortung Veränderungen						
40	Verantwortung KlientIn Selbstbestimmung						
41	Verantwortung BetreuerIn Selbstbestimmung						
42	Verantwortung KlientIn Selbstbestimmung						
43	Verantwortung Einrichtung Selbstbestimmung						
44	Veränderung Qualitätsstandards						
D	Abschluss	Interview IB-1	Interview IB-3	Interview IE-7	Literatur	ZA-Zeilenaussage	Memos
45	Weitere Informationen						
46	Weitere Informationen						

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Viktor Gluttig**, geboren am **28.04.1983** in **Wien**, erkläre,

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

Graz, am **22.04.2019**



Unterschrift