

Von Gugging nach Tulln

**Untersuchung der Lebensform von
chronisch psychisch kranken Menschen
im Psychosozialen Betreuungszentrum Tulln**

Charlotte Kühlmayer-Trittner

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im Juni 2008

Erstbegutachterin
Mag. Dr. Sylvia Supper

Zweitbegutachterin
Mag.(FH) Sonja Kirchwegger

Abstract

This diploma thesis deals with the life sphere of chronically ill people with mental disabilities at the Psychosocial Care Centre Tulln. There is a particular focus on their relocation from a long-term care psychiatric department of the hospital at Gugging, to their new home, the care unit of a Provincial Nursing Home in 2007.

Closing down the patients' long-term psychiatric home base and care unit, the Landeskrankenhaus Donauregion at Gugging Lower Austria, is part of the Lower Austrian psychiatric master plan reform.

Adapting to a new environment means a significant change for hospitalised patients and for those who are unable to take control of their lives and have lost the ability of self-determination. The perception of the change process from both the patients' perspective and that of their new neighbourhood is part of this qualitative and quantitative research paper. Whether or not the current sphere of living meets the expectations of the persons concerned was examined by means of empirical research.

A network analysis investigates the emotional networks these marginalized people can currently resort to. It would be of scientific interest to follow up on this analysis in about two to three years' time to determine whether the (re-)integration of these people with long-standing experience in psychiatric treatment into a social environment has been successful and whether (further) marginalization could be avoided.

This diploma thesis analyses and pinpoints the problems involved in restructuring measures in psychiatric institutions. The results may be used by those in charge in an exemplary and beneficial manner.

Sponsoring

This diploma paper was financially supported by the management of the Lower Austrian Nursing Home Tulln.

Kurzfassung

Die vorliegende Diplomarbeit ist eine Lebensweltstudie von jahrelang chronisch psychisch kranken Menschen, die 2007 vom Langzeitbereich des Psychiatrischen Krankenhauses Gugging in den Pflegeheimbereich eines Niederösterreichischen Landesheimes, nämlich in das Psychosoziale Betreuungszentrum Tulln, übersiedelt wurden. Die Auflösung des Landesklinikums Donauregion mit Standort Gugging als psychiatrischer Standort und als Versorgungseinheit ist Teil der Umsetzung des NÖ Psychiatriereformplanes 1995.

Die Verlegung des Lebensraumes stellt für die jahrelang hospitalisierten und fremdbestimmten Patientinnen und Patienten eine wesentliche Umstellung dar. Wie diese von den Betroffenen selbst, als auch von deren neuer Umgebung wahrgenommen wurde, ist Teil der vorliegenden qualitativen und quantitativen Forschungsarbeit. Mit Mitteln der empirischen Forschung wurde erhoben, ob die jetzige Lebensform den Vorstellungen der betroffenen Menschen entspricht.

Anhand einer Netzwerkanalyse wurde analysiert, in welche unterstützenden Beziehungsnetze diese an den Rand der Gesellschaft gedrängten Menschen derzeit eingebunden sind. Wissenschaftlich interessant wäre eine Weiterführung dieser Untersuchung in zwei bis drei Jahren, um zu erforschen, ob die (Re)Integration dieser Menschen mit langjähriger Psychiatrieerfahrung in das gesellschaftliche Umfeld von Tulln gelungen ist bzw. ob einer Ausgrenzung gegengesteuert werden konnte.

Die Diplomarbeit weist auf die Problematik bei institutionellen Umstrukturierungsmaßnahmen im Bereich von chronisch psychisch kranken Menschen hin. Die Ergebnisse können von Verantwortlichen richtungsweisend genutzt werden.

Förderung

Diese Diplomarbeit wurde durch die Leitung des NÖ Landespflegeheimes Tulln, Rosenheim, finanziell unterstützt.

ROSENHEIM Tulln/Donau



Abb.1: NÖ Landespflegeheim Tulln mit dem Psychosozialen Betreuungszentrum, 2007

NÖ Landespflegeheim Tulln, Rosenheim, Frauenhofner Straße 54, 3430 Tulln
Tel.: 02272 / 65 000, Fax: DW 109
e-mail: lpph.tulln@noelandesheime.at
www.rosenheim-tulln.at

Inhalt

I. Kurzfassung

II. Abstract

1. Einleitung.....	1
2. NÖ Psychiatrieplan 1995 - Auszug.....	2
2.1. Entstehung des Psychosozialen Betreuungszentrums Tulln.....	2
2.2. Leistungsangebote.....	3
2.3. Das interdisziplinäre Betreuungsteam.....	4
2.4. IST-Beschreibung: Wohn- und Lebensform.....	5
3. Theoretische Grundlagen, Fachkonzepte.....	9
3.1. Normalitätskonstrukte.....	9
3.1.1. Normalität in der Entwicklungspsychologie.....	10
3.1.2. Normalität in der Behindertenarbeit.....	11
3.1.3. Normalität in der Altenbetreuung (Böhm).....	12
3.1.4. Normalität nach Maslow.....	12
3.1.5. Normalisierung in der systemischen Beratung.....	13
3.1.6. Wie wird Normalität im Umfeld des PSBZs definiert?.....	13
3.1.7. Normalisierung in der Betreuung psychisch kranker Menschen..	15
3.1.8. Wie werden diese Grundlagen im PSBZ umgesetzt?.....	17
3.2. Recovery-Forschung.....	19
3.3. Lebensweltorientierung.....	19
3.4. Sozialraumorientierung.....	22
3.5. Postmodernes Wissen in der Sozialen Arbeit zum Thema Normalität...	24
3.6. Krise - Krisenintervention.....	29
3.7. Netzwerkkarten.....	31
3.8. Sozialtherapeutische Betreuung im PSBZ.....	31

4. Empirischer Teil	35
4.1. Forschungsfragen	35
4.1.1. Forschungsfrage 1 und Annahme	35
4.1.2. Forschungsfrage 2 und Annahme	35
4.1.3. Forschungsfrage 3 und Hypothese.....	36
4.2. Methodenwahl und Durchführung	37
4.2.1. Narratives Einzelinterview.....	37
4.2.2. Strukturiertes Interview unter Einsatz eines Fragebogens.....	47
4.2.3. Erstellung der Netzwerkkarten.....	53
5. Ergebnisse.....	55
5.1. Darstellung der interpretativen Auswertung	55
5.1.1. Experteninterview	55
5.1.2. Bewohner/inneninterview.....	57
5.2. Quantitative Analyse - Hypothesenprüfung	65
5.3. Netzwerkkartenanalyse	74
5.4. Ergebnisüberblick und Ausblick	76
6. Schlusswort	80

Anhang

Eidesstattliche Erklärung

1. Einleitung

Die Diplomarbeit als Form der Informationsaneignung und Durchführung von Forschungstätigkeit in einem spezifischen Themenfeld bietet die Chance, sich intensiv mit der gewählten Thematik zu befassen und so eigene Anschauungen und Werte zu überarbeiten.

Gegenstand dieser wissenschaftlichen Arbeit ist das Interesse an den Menschen, die im Psychosozialen Betreuungszentrum Tulln leben. Im Besonderen an jenen 38 chronisch psychisch kranken Menschen, die im Jänner 2007 aufgrund der Schließung des psychiatrischen Krankenhauses in Ma. Gugging, Niederösterreich, in das Psychosoziale Betreuungszentrum Tulln übersiedelt wurden. Die Auflösung von „Gugging“ als psychiatrischer Standort und als psychiatrische Versorgungseinheit ist Teil der Umsetzung des NÖ Psychiatrie-Reformplanes 1995.

Diese Lebensweltstudie setzt sich zum Ziel, eine Studie über die neue Lebensform dieser Gruppe von 38 chronisch psychisch kranken Personen zu schaffen. Da sich die Betreuung und psychiatrische Behandlungspflege dieser Personengruppe am „Normalitätsprinzip“ orientiert, wird auch der Begriff „Normalität“ aus unterschiedlichen Blickwinkeln der Wissenschaft und mannigfacher Fachkonzepte beleuchtet, um ihn auf seine Relevanz bezüglich des aktuellen Standes der Wissenschaft zu überprüfen.

Die Untersuchung wird mittels qualitativer und quantitativer Befragung der chronisch psychisch kranken Menschen und unter Miteinbeziehung einer Netzwerkkartenanalyse durchgeführt.

2. NÖ Psychiatrieplan 1995 - Auszug

„Die psychiatrische Versorgung in Niederösterreich soll nicht mehr – wie viele Jahrzehnte lang – auf zwei psychiatrische Großkrankenhäuser konzentriert sein, sondern überwiegend außerhalb dieser Krankenanstalten stattfinden. Ihre zahlreichen kleineren stationären Nachfolgeeinrichtungen sind als „qualifiziertes Hinterland“ für Problemlösungen dort zu sehen, wo die ambulanten, mobilen und teilstationären Dienste und Einrichtungen den individuellen Hilfeerfordernissen nicht genügen können.“ (NÖ Psychiatrieplan 1995:4).

2.1. Entstehung des Psychosozialen Betreuungszentrums Tulln

Im Ausbauprogramm 2002 bis 2006 der Niederösterreichischen Landesheime war statt eines Neubaus des Tullner St. Leopoldheimes, das ein Pensionisten- und Pflegeheim war, die Errichtung einer Psychosozialen Betreuungseinrichtung vorgeschlagen worden. Dies stand auch im Zusammenhang mit dem NÖ Psychiatrieplan, der eine Regionalisierung der Akutpsychiatrie in sieben Regionen vorsah und ferner die Schließung des Großkrankenhauses Gugging - NÖ Landesklinikum Donauregion mit Standort Gugging - zur Folge hatte. Bereits im Jänner 2007 übersiedelten vierzig Patientinnen und Patienten aus dem Langzeitbereich des Psychiatrischen Krankenhauses von Ma. Gugging nach Tulln als das Psychosoziale Betreuungszentrum (PSBZ) anstelle eines weiteren Pensionisten- und Pflegeheimes in Tulln in Betrieb genommen wurde. Die Schließung von Gugging wurde im Oktober 2007 mit der Übersiedlung der letzten Patientinnen und Patienten aus der Akutpsychiatrie und Neurologie in den Neubau des NÖ Donauklinikums Tulln vollzogen.

Am 15. Juni 2007 wurde das Psychosoziale Betreuungszentrum Tulln am Gelände des NÖ Landespflegeheimes Tulln, Rosenheim, offiziell eröffnet und stellt einen therapeutischen Behandlungs- und Beschäftigungsbereich für 40 Menschen mit psychiatrischer Grunderkrankung und für 20 Menschen mit intellektueller und körperlicher Behinderung dar. Das Anbieten einer therapeutisch gestalteten Tagesstruktur, psychiatrische Pflege und ein Leben nach dem Normalitätsprinzip stehen im Vordergrund. Die Einrichtung stellt einen Teilbereich des NÖ Landespflegeheimes Tulln dar.

2.2. Leistungsangebote

210 Bewohner/innen werden auf 6 Stationen in der Langzeit-, Kurzzeit-, Tages- und Übergangspflege Hospiz versorgt. Die Schwerstkrankenpflege, das Hospiz und die Betreuung dementer Menschen bilden Betreuungsschwerpunkte. Weitere 60 Personen finden im Psychosozialen Betreuungszentrum auf den Stationen A, B und C pflegerische Betreuung.

Aufnahmekriterien: Die Station A ist zuständig für die Aufnahme, Pflege und therapeutische Betreuung von intellektuell- und mehrfach behinderten Menschen; eine psychische Erkrankung sollte ausschließlich eine Hintergrundsymptomatik darstellen. Vielfach handelt es sich um Menschen, die in ihrer angestammten Einrichtung auf Dauer nicht adäquat betreut werden können. Für kurzfristige Unterbringungen stehen je zwei Krisen- und Übergangsbetten zur Verfügung. Die Aufnahme in das Psychosoziale Betreuungszentrum erfolgt mittels Bescheid über die NÖ Landesregierung, Abt. GS 5. Auf den Stationen B und C werden grundsätzlich chronisch psychisch kranke Menschen, die keiner akutmedizinischen Betreuung bedürfen, aufgenommen. Eine Aufnahme erfolgt mittels Bescheid über die Bezirkshauptmannschaft Tulln, Sozialabteilung. Bei beiden Gruppen stehen das Anbieten einer Tagesstruktur und ein Leben nach dem Normalitätsprinzip (siehe Kap. 3) im Vordergrund.

Ausschlusskriterien für die Aufnahme auf Station B und C sind:

- Persönlichkeitsstörungen: Antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Substanzmissbrauch: Drogen, Alkohol und Medikamente
- Essstörungen: Anorexia Nervosa, Bulimia nervosa
- Paraphilien: Exhibitionismus, Voyeurismus, Pädophilie
- Minderjährigkeit

2.3. Das interdisziplinäre Betreuungsteam

Die therapeutische Leiterin, bis Jahresende 2007 war diese eine klinische Psychologin, koordiniert die Dienste des therapeutischen Personals und erstellt in Zusammenarbeit mit den Behindertenpädagoginnen und den Tagesbetreuer/innen individuell an die einzelnen Förderungswünsche und Erfordernisse nivellierte Therapiekonzepte. Diese werden nach Bedarf adaptiert und die Verläufe werden regelmäßig evaluiert. Gemeinsam mit einem Facharzt für Psychiatrie und dem Bereichsleiter für die Pflege werden Therapiekonzepte für die einzelnen Bewohner/innen entwickelt. Die Behinderten- und Tagesbetreuerinnen sind für die Therapiewerkstätten und einen Teil des Gartenbereiches zuständig. Das sozialtherapeutische Kaffeehaus „Cafe Eulenspiegel“ und der Verbindungsdienst zur Pflege bilden weitere Schwerpunkte. Drei Heimärzte sind für die allgemeinmedizinische Versorgung und die täglichen Visiten verantwortlich. Zum angeführten Zeitraum war kein/e Sozialarbeiter/in beschäftigt. Viele der Mitarbeiter/innen sind nach der Übersiedlung vom Landesklinikum Gugging in das Psychosoziale Betreuungszentrum nach Tulln mitgekommen, wodurch für einen Teil der Bewohner/innen eine Kontinuität bei den professionellen Helfer/innen gegeben war.

Der Bereich Facilitymanagement ist an eine externe Firma vergeben. Teilweise war dieses Personal bereits im Landesklinikum in Ma. Gugging eingesetzt und ist mit den Gepflogenheiten der Bewohner/innen vertraut. Gezielte Schulungen des Reinigungspersonals im Umgang mit Menschen mit psychischer Grunderkrankung und Menschen mit intellektueller und geistiger Behinderung waren zum Zeitpunkt der Erhebung nicht geplant.

(Stand November 2007).

Hinweis

Informationen zum Dienstpostenplan, Besetzung der Tag- und Nachtdienste, warum kein/e Sozialarbeiter/in angestellt wurde und zur Hausordnung siehe im Anhang.

2.4. IST-Beschreibung: Wohn- und Lebensform

Die folgende IST-Beschreibung skizziert die Lebenswelt der chronisch psychisch kranken Menschen zum Zeitpunkt der Erhebung. Das Psychosoziale Betreuungszentrum ist ein am südlichen Stadtrand von Tulln gelegenes zweistöckiges Gebäude mit einem angeschlossenen Therapietrakt. Der Zugang zu den Therapiewerkstätten führt über das freie Gelände, um einen normalen Weg zur Arbeitsstelle möglichst wiederzugeben. Die gesamte verbaute Fläche des NÖ Landespflegeheimes Tulln beträgt 7.800 m² auf einer Nutzfläche von ca. 19.000 m². In unmittelbarer Nähe befinden sich Wohnungen für Seniorinnen und Senioren. Diese sind gerne gesehene Gäste beim Mittagstisch sowie bei Veranstaltungen und Festen. Auf Wunsch können sie über einen Notruf mit dem Rosenheim verbunden werden.



Abb.2: NÖ Landespflegeheim Tulln



Abb.3: Eingang zum PSBZ Tulln

Jedes der drei Geschoße entspricht einer Station und verfügt über zwanzig Einzelzimmer. Jeweils vier Zimmer sind mit einem angeschlossenen Wohnzimmer und einer gemeinsamen Sanitäreinheit zu einer Wohngruppe zusammengeschlossen.



Abb.4: Wohnzimmer im PSBZ



Abb.5: Sanitäreinheit im PSBZ

Die vierzig chronisch psychisch kranken Menschen wohnen in den beiden oberen Geschoßen, die intellektuell und mehrfach behinderten Menschen im Erdgeschoß. Im Erdgeschoß gibt es auch zwei Plätze für Kurzaufenthalte und zwei Plätze zur Akutbetreuung in Krisensituationen. Jede Station hat einen Aufenthaltsraum, der sowohl als Speiseraum als auch als Veranstaltungsraum Verwendung findet. Weiters befinden sich der Stützpunkt mit angeschlossenem Dienstzimmer und Personalaufenthaltsraum, ein Stationsbad und ein Raucherzimmer sowie ein Therapieraum auf allen Stationen. Rauchen ist in den Raucherzimmern, im Café Eulenspiegel und im Freien gestattet. Die Gänge sind mit Bildern und Ziergegenständen ausgestattet, welche zum Großteil von den Bewohner/innen hergestellt wurden. Die Zimmer sind je nach Bedarf mit Wohn- oder Pflegebetten, einem Wandverbau, einem Tisch mit zwei Sesseln und einer Anrichte ausgestattet. Kleinmöbel können mitgebracht werden. Tiere sind nach Absprache mit der Heimleitung gestattet. Alle Stationen haben eine Terrasse oder einen Ausgang zum Garten. Auf dem Areal des NÖ Landespflegeheimes Tulln gibt es neben einem abgetrennten Gartenbereich für das Psychosoziale Betreuungszentrum noch eine weitere große Gartenanlage mit einem „Spielplatz“ und einem Kleintiergehege als Kommunikationszentrum. Bewohner/innen, Betreuungspersonal und Nachbarn machen hier miteinander Bekanntschaft und so manche Berührungängste werden abgebaut.

Die Wäsche- und Essensversorgung des PSBZs erfolgt über einen unterirdischen Verbindungsgang des Pflegeheimes.

Das Frühstück wird in Buffetform angeboten. Das Mittagsmenü besteht aus der Wahlmöglichkeit zwischen Normal-, Alternativ-, Schonkost und verschiedensten Diätformen. Die empfohlenen Diäten werden gemeinsam mit der Diätologin und dem ärztlichen Dienst vereinbart. Die Nachmittagsjause und das Abendessen (zwei Wahlmöglichkeiten) werden wie das Mittagessen in der Zentralküche zubereitet. Diverse Hol- und Bringdienste sind in das Beschäftigungskonzept der Bewohner/innen integriert. Das Pflegepersonal führt mit ihnen, den Angehörigen und Sachwalter/innen persönliche Gespräche, vermittelt bei Konflikten, unterstützt die Bewohner/innen bei der Essensverabreichung, bei der Körperpflege und ist selbstverständlich auch für die Verabreichung der Medikamente und die Pflegeplanung zuständig. Die Behinderten- und

Tagesbetreuer/innen organisieren Aktivitäten, gemeinsame Ausflüge und begleiten bei Spaziergängen, Arztbesuchen und Einkäufen. Bei großen Veranstaltungen und Festen im Rosenheim werden sowohl die Bewohner/innen des Rosenheimes und des Psychosozialen Betreuungszentrums als auch die Nachbarschaft und die Öffentlichkeit eingeladen. Dienstleistungen einer Bank, einer Friseurin und einer Fußpflegerin werden im Eingangsbereich des Pflegeheimes regelmäßig angeboten. Über die öffentliche Cafeteria des Rosenheimes (täglich geöffnet) können diverse Artikel des täglichen Bedarfs eingekauft werden.

Katholische und evangelische Gottesdienste finden in der Hauskapelle statt.

Die Therapiewerkstätten bieten vielen Bewohner/innen von Montag bis Freitag eine Vielzahl von kreativen Beschäftigungsangeboten. Ein Feinarbeitsraum ermöglicht die Förderung der Feinmotorik, der Ausdauer und der Motivation. In der Keramikwerkstätte werden unter professioneller Anleitung sehr unterschiedliche Arbeiten mit Ton hergestellt. Diese werden in weiterer Folge auf Märkten zum Verkauf angeboten. Die Bewohner/innen haben Freude am Schaffen dekorativer und funktioneller Werkstücke und erleben damit die Wertschätzung ihrer Arbeit. Ein weiterer Bereich der Therapie hat sich auf Arbeiten mit Holz spezialisiert. Bewohner/innen mit unterschiedlichen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Krankheitsbildern können unter professioneller Anleitung der Behindertenbetreuerinnen einfache Einrichtungsgegenstände, dekorative Elemente für ihren Wohnbereich und vieles mehr herstellen.

Einen großen Raum nimmt das Therapiecafé ein, welches an sieben Tagen der Woche geöffnet ist. Das Café Eulenspiegel wird von Bewohner/innen für Bewohner/innen geführt und steht unter dem Motto: „Wer dem Menschen Arbeit gibt, gibt dem Menschen Würde.“ In einem arbeitstätigen Prozess entsteht ein Team, die soziale Kompetenz wird gefördert und das Selbstwertgefühl des einzelnen Menschen wird gesteigert. Weiters dient die Arbeit im Kaffeehaus als diagnostisches Instrument: Die Konzentration, die Belastbarkeit und andere Kriterien die zur Bewertung des Gesundheitszustandes herangezogen werden können, sind in diesem Kontext ersichtlich.

Im Garten des NÖ Landespflegeheimes wurden 2007 ein künstlerisch-gärtnerisch gestaltetes Freigehege und ein Stall für Kleinziegen, Laufenten und

Hasen errichtet. Dort findet unter fachlicher Betreuung und Anleitung die Fütterung und Pflege der Tiere durch die Bewohner/innen statt. Das Fachpersonal hat beobachtet, dass auf diese Weise das Verantwortungsbewusstsein, die Konzentration, verschiedenste Bereiche der Motorik und die Sinneswahrnehmung gefördert werden. Durch die unterschiedlichen Wesenszüge der Tiere, so sind manche scheu oder zutraulich, andere wiederum mürrisch, kann der individuelle Zugang zu den Tieren erreicht werden. Diese Tiere werden nicht nur betreut, sondern auch gestreichelt. Erwiesenermaßen kann dadurch Einfluss auf das Vegetativum der Menschen erzielt werden. Im Psychosozialen Betreuungszentrum ist zu beobachten, dass der positive Effekt über das verhaltenstherapeutische Maß hinaus auch direkt auf die Steuerung der körperlichen Funktionen wirkt. Dies fällt nach Angaben der Psychologin besonders bei Bewohner/innen mit Angststörungen auf. Darüber hinaus wird die soziale Kompetenz der einzelnen Menschen durch das gemeinsame Erleben und Tragen von Verantwortung gesteigert. Unter tiergestützter Therapie werden im Psychosozialen Betreuungszentrum alle Maßnahmen, bei denen mit dem Einsatz von Tieren positive Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten von Menschen erzielt werden, verstanden. Das gilt sowohl für körperliche wie auch für seelische Erkrankungen.



Abb.6: im Cafe Eulenspiegel



Abb.7: Gartenbereich mit Blick zu Nachbarn

Ein geschichtlicher Hinweis:

In Tulln befand sich bis 1940 ein Sanatorium für gemütskranke Personen. „Ein Versuch, geistesschwache Kinder zu unterrichten, wurde schon nach 1891 im neu gegründeten Sanatorium für Nervenkranken unternommen.“ Biack (1982: 415, zit. nach: Dopplinger 2008:20).

3. Theoretische Grundlagen, Fachkonzepte

Folgende Begriffe der Psychopathologie sind auch für die Thematik der Studie relevant, weil sie einen Bezug und Hintergrundwissen zu den chronisch psychisch erkrankten Personen, um die es in der Studie geht, herstellen: Befindlichkeit, Stimmung und Affekt: Unter *Befindlichkeit* versteht Friedmann bestimmte Qualitäten des Erlebens, was sich auch im Verhalten ausdrückt. Erfragt wird, wie sich der Patient „in seiner Haut“ fühlt. Der Begriff *Stimmung* ist komplexer und meint eine bestimmte Tönung im Erlebnisfeld, die den Hintergrund des Erlebens und die Ursache vieler Einzelerlebnisse darstellt; sie schlägt sich im gesamten Ausdrucksverhalten eines Menschen nieder. (vgl. Friedmann, Thau 1992:7). Dies drückt aus, dass psychisch erkrankte Menschen eine andere Qualität des Erlebens haben. Dass ihre Erlebnisswelt eine Andere ist, hat auch eine Konsequenz, die mit dem Begriff Affekt beschrieben werden kann. „Unter *Affekt* kann jene psychische Instanz verstanden werden, die als Hintergrund der Psychomotorik wirksam ist; unter normalen Bedingungen ist der *Affekt* im Einklang mit der Stimmung und wird für den Außenstehenden als Mimik erkennbar.“ (Friedmann, Thau 1992:8). Im Verlauf der empirischen Erhebungen wird diese Aussage bestätigt und erklärt die unterschiedliche Wahrnehmung von Bewohner/innen und Umwelt.

3.1. Normalitätskonstrukte

In Hinblick auf eine Forschungsfrage im empirischen Teil dieser Arbeit erscheint es an dieser Stelle angebracht, unterschiedliche Normalitätskonstrukte zu beschreiben, da das *Normalitätsprinzip* mehrere Herkünfte hat. So wird diese Terminologie gerne im Zusammenhang mit Entwicklungspsychologie verwendet, in der Altenpflege (siehe Pflegemodell nach Böhm) kommt der Begriff ebenfalls gehäuft vor und in den letzten Jahren wird dieser Begriff auch oft in Konzepten von Behinderteneinrichtungen verwendet.

3.1.1. Normalität in der Entwicklungspsychologie

Ab dem 2. Lebensjahr findet in etwa die Ablösung des »Lustprinzips« durch das »Normalitätsprinzip« statt. Das Kind wird der »Norm« entsprechend erzogen, damit es einen »guten Stand« in der Gesellschaft hat; die Gewissensbildung setzt ein. Die psychologische Definition von »Gewissen« gemäß Titze (1985) lautet: „Verinnerlichung all jener Gebote und Verbote, die vom Erzieher an das Kind herangetragen werden. Das entwickelte Gewissen ist die Stimme der Gesellschaft.“ Entwicklungspsychologisch wird das Gewissen als Ergebnis von Prozessen der Verinnerlichung äußerer Werte und Einstellungen angesehen, wobei die Denkentwicklung und die jeweiligen Sozialisationsbedingungen (Erziehungsziele und -stile der Eltern, affektives Familienklima, soziale Lebensbedingungen, gesellschaftliche Normen) eine Rolle spielen. Die Psychoanalyse bezeichnet das Über-Ich als Repräsentanten des Gewissens. Nach behavioristischer Auffassung beruhen moralische Verhaltensweisen auf einer Konditionierung der Angst vor Strafe (vgl. ebd.).

„Gewissen, Urteilsbasis zur (zweifelsfreien) Begründung der allgemeinen persönlichen moralischen Überzeugungen und Normen. Die Inhalte des Gewissens werden vom Normenkanon der jeweiligen Kultur und Gesellschaft sowie von den individuellen moralischen Überzeugungen geprägt.“ (Meyers Lexikon 2007). Titze hat einen Vergleich des Gewissens mit einer Bremse in einem Auto aufgestellt: Das Gewissen würde einer Bremse im Auto ähneln, die das Kind in uns bremst, wenn es nicht angebracht wäre, nach dem Lustprinzip zu handeln. Wenn diese Bremsfunktion nicht gegeben ist, dann läuft der Betreffende Gefahr, in Konflikte mit der Gesellschaft zu kommen, weil er nicht der >Gesellschaftsordnung< entspricht. Andererseits gibt es jedoch Menschen, deren Bremsfunktion viel zu gut funktioniert. Für sie heißt es, immer der Norm zu entsprechen, und bloß nicht aus der Rolle zu fallen. Sie wollen keinen negativen Eindruck hinterlassen. Diese Menschen werden übergewissenhafte Perfektionisten oder Neurotiker genannt (vgl. ebd.).

3.1.2. Normalität in der Behindertenarbeit

Die Selbstverständlichkeit über Normalitätsvorstellungen „verbietet“ eine Wertschätzung von behinderten Menschen, da sie weder dem Durchschnitt der Normalverteilung noch der idealen Norm entsprechen. „Das gemeinsame Merkmal behinderter Menschen ist die Beschränkung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe, ihre Isolierung (...)“ (Beck 1996:14). Doch abgesehen von diesem gemeinsamen Merkmal sind behinderte Menschen keine homogene Gruppe der „nicht-Normalen“, sondern Persönlichkeiten mit individuellen Lebensvorstellungen. Die Betonung der Individualisierung würde die „Chance zur Entwicklung unterschiedlicher, nicht mehr starr vorgegebener Lebensstile, Anerkennung eines breiten Spektrums von Lebensmodellen und Bedarfs-situationen“ hervorheben. „Dies heißt gleichermaßen, die Einmaligkeit und Persönlichkeit jedes Menschen vor jedem definierenden Zugriff anzuerkennen“ (Beck 1996: 31). Manche Normalitätskonstruktionen dagegen legitimieren nach Degener die „Diskriminierung von behinderten Menschen durch Ausgrenzung, Asylisierung, Degradierung als Kostenlast bis hin zur Negierung ihrer Menschenwürde und ihres Lebensrechts“ (Degener 2001:44). Als Maxime erscheint es nicht „in“ den Normen, sondern „über“ die Normen nachzudenken (vgl. Beck, 1996: 40). Die salutogenetisch orientierte, zeitgemäße Behindertenbetreuung meint vor allem, dass man dem behinderten Menschen ein möglichst an die „gesunde“ Gesellschaft angenähertes Leben anbietet. Hierbei ist es aber als Gratwanderung zu sehen, ob man imstande ist, auf diesem Wege auch alle oder möglichst viele Bedürfnisse der Betroffenen abzudecken. Es bedarf eines flächendeckend ausgebauten Systems an frühen und mobilen Hilfen wie Früherkennung, Frühbehandlung, Frühförderung sowie familienentlastender Dienste (vgl. Theunissen 1999:53).

Die psychisch chronisch kranken Menschen des PSBZs erleben das Zusammenleben mit den intellektuell und mehrfach behinderten Menschen zu 25% als „sehr gut“ und zu 37,5% als „gut“. Die restlichen 37,5 % haben dazu keine Meinung.

3.1.3. Normalität in der Altenbetreuung (Böhm)

Prof. Böhm meint in seinem Psychobiographischen Pflegemodell mit dem Normalitätsprinzip, dass man immer wieder fragen muss, was in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter der heutigen alten Menschen "normal" oder "üblich" war. Damit sind moralische Wertvorstellungen ebenso gemeint wie ganz banale Alltagsgewohnheiten, die das normale Leben einst bestimmt hatten. Prof. Böhm weist darauf hin, dass der alte Mensch zunehmend in der Normalität von Gestern lebt, und was gestern vielleicht "normal" war, kann heute unter Umständen merkwürdig wirken. Er hält es für äußerst wichtig, dass das Pflegepersonal Anhaltspunkte aus Erzählungen der alten Menschen, aus Anekdoten, der Biographie, aus der Geschichte, den Volksmuseen u.v.a.m. sucht. Die Normregel ergibt sich aus dem, was für Menschen einer Region als normal galt und dem, was für den einzelnen die Normalität ausmachte (vgl.: Böhm 2008). Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Handlungsweisen der alten Menschen von Pflegenden und Angehörigen (die oft ihre eigenen Normen als Maßstab für ein adäquates Verhalten nehmen) als abweichendes Verhalten interpretiert wird. Dies führt zu Irritationen, Missverständnissen und Spannungen in der Betreuung. Das Normalitätsprinzip besagt, dass Menschen mit einer Demenz wieder auf ihre Normen und Handlungswiesen aus ihrer früheren Lebenszeit zurückgreifen.

3.1.4. Normalität nach Maslow

Für Maslow ist Normalität eine Wertefrage (vgl. Schilling 2000:123). Er versteht darunter die Vollkommenheit, Vorzüglichkeit, ideale Gesundheit und die Erfüllung der menschlichen Möglichkeiten. So sind die Begriffe normal, gesund und natürlich für Maslow Synonyme (vgl. ebd.).

3.1.5. Normalisierung in der systemischen Beratung

Für Heinz von Foerster (1993) bedeutet Normalisierung, die Bandbreite für eigensinnige, unterschiedliche und manchmal auch ungewöhnliche Lebenskonstellationen und Entwürfe zu erweitern, also dafür zu sorgen, dass das Maß dessen erweitert wird, was gesellschaftlich für „normal“ erachtet und folgedessen toleriert wird. „Handle so, dass die Anzahl der Möglichkeiten wächst“ (Ethischer Imperativ).

Eine Verringerung von Freiheitsgraden macht den Menschen häufig krank. Psychotherapie zielt darauf ab, "den Menschen in seiner individuellen irdischen Existenz und in seiner Auseinandersetzung mit der Umwelt zu stärken, ihm mehr 'Freiheitsgrade' zu ermöglichen" (Klosinski 1996:40).

Die beiden Neuropsychologinnen Manturana und Varela verstehen die Theorie des Konstruktivismus als Erkennen. Erkennen, das dabei hilft, dass professionelle Helfer/innen so interagieren, dass die Bewohner/innen ihre Problem- oder Lebenssituationen in einer Art deuten lernen, die ihnen Lösungswege eröffnen, die nicht allzu sehr aufoktroyiert sind. Erkennen ist hier gleichbedeutend mit einer „effektiven Handlung des Lebewesens in seinem Milieu“ (vgl. Manturana und Varela 1987:35).

3.1.6. Wie wird Normalität im Umfeld des Psychosozialen Betreuungszentrums definiert?

Kurz nach der Übersiedlung der Patientinnen und Patienten von Gugging in das Psychosoziale Betreuungszentrum Tulln ergab sich aus Gesprächen und erlebten Situationen für die Autorin der Eindruck, dass „das von der Norm abweichende Verhalten“ von psychiatrischen Bewohner/innen des Psychosozialen Betreuungszentrums in deren neuer Umwelt als störend galt.

„Woher wusste die Umwelt, wie sich die Bewohner/innen des Psychosozialen Betreuungszentrums zu verhalten haben?“ Oder: Woher wissen „wir“ so genau, wie wir uns wo zu verhalten haben?

Soziale Normen

Arnold, Eysenck und Meili halten im Lexikon der Psychologie fest, dass eine soziale Norm ein Standard oder eine Regel ist, die die Mitglieder einer Gruppe oder Gesellschaft, herausgearbeitet haben. Dies können u.a. Gepflogenheiten,

Sitten, Gesetze, Bräuche, Umgangsformen und Gewohnheiten sein. Normen spiegeln die Vorstellungen der Gruppenmitglieder wider, „was denn jemand in einer bestimmten Situation tun darf bzw. lassen soll“ (Arnold et al. 1993:1487). Die Allgemeinverbindlichkeit der vorgeschriebenen sozialen Verhaltensweisen für alle Gruppenmitglieder wird durch Sanktionen verstärkt und „hat einen wesentlichen Einfluss auf die Gruppenkohäsion.“ (Arnold et al. 1993:1488). Da soziale Normen jedoch nicht immer eingehalten werden, kann auch von Verhaltenserwartungen gesprochen werden. Nach dem Lexikon der Psychologie (Arnold 1993) stellte M. Sherif fest, dass, wenn man eine Gruppe mit mehrdeutigen Informationen konfrontiert, sich zunächst unterschiedliche Urteile bilden, die sich jedoch durch Kommunikation mit der Zeit annähern. Das Ergebnis könne somit mit der statistischen Norm verglichen werden (vgl. Arnold 1993). Von der sozialen Norm abweichendes Verhalten wird auch mit Sanktionen bestraft. Diese können äußerlich (z. B durch Strafen) oder innerlich (Angst, Gewissen, Stolz, Scham) wirken (vgl. Goffman 1972:45).

Im Bertelsmann-Lexikon (1996:689) wird Normalisieren als der Norm angleichen, normal gestalten, auf ein normales Maß zurückführen, beschrieben.

Normalität und Alltag

Im Buch „Normalisierung“ beschreiben Beck, Düe und Wieland dass Normalität unter anderem auch als Synonym für Alltag benutzt wird. Hierbei lässt sich sehr deutlich die subjektive Prägung aufzeigen. Für jeden Menschen ist seine Normalität durch die Erziehung, das häusliche Umfeld, die kulturelle Prägung, seine Beschäftigung in Arbeitszeit (Beruf, Schule) und der Freizeit sowie allen auf diese Person einwirkenden Faktoren beeinflusst. Folglich wird ein Kind, das in einer Familie mit wenig Geld und täglichen Gewalterfahrungen aufwächst, einen ganz anderen Normalitätsbegriff entwickeln, als ein Kind reicher Eltern, das sich um lebensexistenzielle Dinge keine Gedanken machen muss. In jeder konstruierten eigenen Normalität muss sich der Erbauer zurechtfinden und entwickelt hierfür eigene Lösungen. (vgl. Beck et al 1996).

Schwierigkeiten können immer dann entstehen, wenn unterschiedliche „Realitäten“ bzw. „Normalitäten“ aufeinander prallen. Dies geschieht z.B. wenn sich eine Person aus ihrem „normalen“ alltäglichen, näheren Umfeld - in diesem Fall dem Psychosozialen Betreuungszentrum - entfernt und somit mit

Menschen in Kontakt kommt, die sich mit seiner (anderen) Normalität noch nicht beschäftigt haben, oder diese nicht akzeptieren wollen oder können. Dies passiert häufig schneller bei Menschen, die von der äußeren Norm nicht den subjektiven Vorstellungen der Anderen entsprechen. Dies kann an Hautfarbe, religiöser Zugehörigkeit, körperlichen oder geistigen Gegebenheiten und an vielem Anderen festgemacht werden (Stigma). Diese, häufig als „Randgruppen“ bezeichneten Personengruppen, haben oft das Problem, von den Außenstehenden vorschnell nach ihren Äußerlichkeiten beurteilt zu werden. Aufgrund jahrzehntelanger medikamentöser Behandlung mit alten Psychopharmaka entstand bei chronisch psychisch kranken Menschen oft ein Tremor, Stupor, etc., das heißt, viele der Bewohner/innen sind auch äußerlich sichtbar beeinträchtigt. Dazu kommen Trugwahrnehmungen dieser Menschen, die sie häufig in Angst versetzen. Entsprechende Angstreaktionen können aber von Fremden häufig nicht nachvollzogen werden.

Als positiver Erfahrungswert wird im Psychosozialen Betreuungszentrum angeführt, dass sich ein Großteil der Bevölkerung aus der nahen Umgebung nach einem Jahr den Bewohner/innen des Psychosozialen Betreuungszentrums, um es mit den Worten von Sherif zu sagen, „durch Kommunikation angenähert“ hat. Bekannte, vertraute Bewohner/innen werden von Nachbarn trotz oder vielleicht sogar aufgrund ihrer „Eigenart“ bereits vermisst, wenn sie ihre alltäglichen Gewohnheiten (z.B. Betteln), die mittlerweile zur Norm wurden, unterbrechen.

3.1.7. Normalisierung in der Betreuung psychisch kranker Menschen

Wenn von normorientiertem Verhalten von Menschen gesprochen wird, geht es häufig um Probleme bei der Regelung und Ordnung des sozialen Lebens. So wird „Noncompliance“ von PatientInnen oftmals als Krankheitsmerkmal gesehen. Die implizite Annahme kann man durchaus in Frage stellen.

In seinem Buch „Eigensinn und Psychose“ weist Thomas Bock (2006:9ff) darauf hin, dass man dem Sog der Vereinfachung widerstehen muss. So ist >Noncompliance< der psychisch kranken Menschen, die vermeintliche Verweigerung der Zusammenarbeit, nicht als Krankheitsmerkmal, sondern als Beziehungsangebot und therapeutische Herausforderung auf dem sozialen

Feld der Psychosen zu sehen. Eigensinn verweist auf Lebensqualität und Kraft. Wenn also ein/e Bewohner/in dem betreuenden Personal nicht in jedem Fall Folge leistet, wenn er/sie die Standardmedikation nicht begeistert annimmt, sondern Vorbehalte äußert, und es dann gelingt, um Zusammenarbeit zu ringen, dann darf man laut Bock auf eine gute Prognose schließen. Wenn ein/e Bewohner/in aber allzu „brav“ alles annimmt, was verschrieben oder vorgeschrieben wird, dann sollte man skeptisch sein und hinterfragen, was schief läuft und was falsch gemacht wurde. Bock meint weiters (vgl. ebd.:9), dass Eigensinn viele Bedeutungen hat. Sinne die eigene Wege gehen, im Ringen der Menschen um Eigenheit und Sinn in ihrem Leben.

Schon der Wiener Psychotherapeut Viktor Frankl (1982; 2002) hat darauf aufmerksam gemacht, dass Sinn nicht alleine aus sich selbst zu schöpfen ist, sondern immer den Bezug zu anderen einschließt. So befürchtete er, dass vor allem depressive Menschen an der Aufgabe der Sinnsuche scheitern und in Psychosen, so meinte er, sich Ringen um Eigenheit und um Sinn gegenseitig ausschließen. Den Menschen gelingt nicht die gleichzeitige Verankerung im Innen- und im Außenleben. So wird die Balance zwischen Bindung und Autonomie zur zentralen Herausforderung, die psychotherapeutischen Beistand erfordert. Von Bock wird die Zusammenarbeit von Psychotherapie und Sozialpsychiatrie als verpflichtend gesehen (vgl. Bock 2006:16). Eine dem Sparen verpflichtete Gesundheitspolitik birgt die Gefahr, dass Psychotherapie zum Privileg wird (vgl. Bock 2006:47). Die Arbeit mit diesen PatientInnen ist oft anstrengend und in der Begegnung bleiben Unsicherheiten. Die Aufgabe, die sich stellt, ist nicht mit einfachen Konzepten, klaren Diagnosen, Standardmedikationen und abgeschotteten Menschenbildern zu erfüllen, sondern erfordert ein Umdenken und Widerstand gegen den Sog der Vereinfachung aus anthropologischem Blickwinkel. Es werden nicht Diagnosen sondern Menschen behandelt (vgl. ebd.). Bock macht darauf aufmerksam, dass Psychosen nur im individuellen Zusammenhang mit der subjektiven Sichtweise der psychiatrisch erkrankten Menschen verstanden werden und die Symptome nicht sinnlos sind (vgl. Bock 2006:31). Chronisch bedeutet, dass sich eine Störung eher langsam entwickelt und langwierig und langsam verläuft (vgl. Amering 2007:15). Dies ist mit Vor- und Nachteilen verbunden. Einerseits bleibt Zeit, um zu überlegen und einzugreifen, andererseits kann es ein langwieriger Prozess werden, in dem sich

anhaltende Symptome und Behinderungen entwickeln. Chronisch ist aber nicht mit unheilbar gleichzusetzen (vgl. ebd.:15). Psychosen passieren in Krisenzeiten eines Menschen. Lebenskrisen, an denen der Mensch reifen und wachsen kann. Deshalb sollten professionelle Betreuer/innen den Betroffenen nicht ein risikoloses Leben empfehlen, sondern diese Menschen durch ihre Krisen begleiten, damit auch sie die Chance und Möglichkeit haben, ihr Leben zu meistern.

3.1.8. Wie werden diese Grundlagen im Psychosozialen Betreuungszentrum umgesetzt?

Das Forschungsvorhaben ist im Schnittpunkt der Normalitätsdefinitionen angesiedelt. Aufgrund des gesammelten Materials wird an dieser Stelle auch festgehalten, was betreuende Personen und die Einrichtungsleitung unter dem Normalitätsprinzip verstehen:

„Unter Normalitätsprinzip verstehen wir, dass jeder Mensch geprägt durch seine soziale Struktur und seinen bisherigen Erfahrungen eine persönliche Lebensform entwickelt hat, aus der sich sein Bild von einem normalen Verhalten und Handeln ergibt, z.B.: wie man mit Mitmenschen in Beziehung kommt, wie und womit man sich beschäftigt, wie und was man isst, wie man sich kleidet, worin man den Sinn des Lebens sieht. Das Normalitätsprinzip besagt, dass Menschen mit psychischer Erkrankung wieder auf ihre Normen und Handlungsweisen aus ihrer früheren Lebenszeit zurückgreifen. In der Pflege gehen wir in der Pflegeanamnese unter anderem auf oben beschriebene Gegebenheiten ein und versuchen, dem Bewohner einen soweit als möglich „normalen“ Aufenthalt zu bieten.“ (Auszug einer Expertenbefragung im PSBZ).

In diesem Zusammenhang ist ungeklärt, auf welcher Wissensform Bewertungen wie „das ist normal“ innerhalb der Betreuenden und Leitungsverantwortlichen basieren. Die Autorin kommt aufgrund von Gesprächen und Beobachtungen zur Annahme, dass diese Bewertung / Zuordnung sehr individuell aus Sicht der jeweiligen Betreuungs- oder Leitungsperson - je nach den von dieser Person erlebten sozio-kulturellen Bedingungen - getroffen und nur zum Teil professionell hinterfragt wird. Daher stellt sich die grundsätzliche Frage, wer im Psychosozialen Betreuungszentrum Normalität definiert und, ob

Normalität nicht ein dynamischer Begriff ist, der auch einem Zeitenwandel untersteht. So meinen Arnold et al. dass jede Normalität ihren Ursprung und ihre Entwicklung hat und man solle sich davor hüten, die Normalität eines Zweiten aus der eigenen Normalität heraus zu beurteilen. Es kann folglich lediglich eine Art gesellschaftlichen Grundkonsens geben, bei dem die Äußerungen von vielen Menschen und deren meist genannten Normalitätsvorstellungen enthalten sind (vgl. Arnold et al. 1993:1487).

Obwohl bei dieser Forschungsarbeit die Frage „Wer definiert Normalität im Psychosozialen Betreuungszentrum Tulln?“ nicht im Mittelpunkt stand, soll nicht unterschlagen werden, welche Erkenntnisse dennoch gewonnen wurden.

Nach Auswertung der narrativen Einzelinterviews geht hervor, dass die Vermittlung von dem „was als normal gilt und für die Bewohner/innen gut ist“, im Rahmen der Pflege und Betreuung durch gesellschaftliche Macht geschieht. Dies wird von den betreuten Menschen einerseits als Bevormundung und andererseits als fürsorgliches Verhalten der Betreuer/innen erlebt.

Werden diese Ergebnisse in Verbindung mit den Konzepten des Stärke- und Salutogenese-Modells und der Theorie des Willens gebracht, ist abzuleiten, dass ein hoher Bedarf an selbstkritischen professionellen Auseinandersetzungen über immer wieder neu auszuhandelnde Interaktionen besteht. Die zielgeleitete Selbst- und Fremdrelexion der Arbeitsweise stellt eine psychische Entlastung der Mitarbeiter/innen dar, ist aber auch als eine Beobachtung bzw. Kontrolle der Mitarbeiter/innen zu bewerten. Zusätzlich stellt sie eine geeignete Arbeitsmethode für die Gestaltung positiver Beziehungsarbeit dar. Anders gesagt, diese Maßnahmen können die beruflichen Belastungen des Personals reduzieren und ein möglichst selbstbestimmtes, gelingendes Leben der Bewohner/innen fördern.

Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit neueren Konzepten und Theorien zum Thema Normalität und ihren Auswirkungen auf die Lebenswelt der Betroffenen.

3.2. Recovery-Forschung

Recovery bedeutet: Erholung, Besserung, Genesung, Gesundung, Bergung, Rettung, Rückgewinnung, Wiedergewinnung, Wiederfinden (vgl. Bock 2006:146).

Die nach beinahe zwei Jahrzehnten Leben mit Schizophrenie weltweit erfolgreiche Forscherin Pat Deegan definiert >recovery< als „eine Entwicklung aus den Beschränkungen der PatientInnenrolle hin zu einem selbstbestimmten Leben“ (Bock 2006:146). Möglichkeiten, um die Eigenheit eines Menschen zu stärken und ihm dabei zu helfen, seinem Leben mit oder ohne Erkrankung einen Sinn zu geben, sieht die Recovery-Forschung im Perspektivenwechsel: „Die Konzentration auf den Krankheitsverlauf sei kontraproduktiv; entscheidend sei, die Genesung zu fördern und entsprechende Persönlichkeitsbereiche, Beziehungen und Aufgaben zu unterstützen“ (Bock 2006:48). Die Anerkennung und respektvolle Miteinbeziehung subjektiver Krankheitskonzepte, individueller Bewältigungsstrategien und die Würdigung individueller, familiärer und sozialer Ressourcen haben für den Langzeitverlauf eine große Bedeutung.

Vorhandene Normen sind aus ihren Bedingungen heraus zu erklären und interpretieren.

3.3. Lebensweltorientierung

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit entwickelte sich im Lauf der letzten vierzig Jahre und ist nach Thiersch, Grünwald und Köngeter (2005:161) ein beschreibendes, phänomenologisch-ethnomethodologisch orientiertes Konzept, das die Analyse von gegenwärtig spezifischen Lebensverhältnissen mit pädagogischen und institutionellen Konsequenzen verbindet. Der traditionell defizitäre und individualisierende Blick auf soziale Probleme wird in der Lebensweltorientierung ausdrücklich auf das Zusammenspiel von Problemen und Möglichkeiten, von Stärken und Schwächen im sozialen Feld gerichtet. Daraus resultieren Handlungsmöglichkeiten, die zwischen Vertrauen, Zugangsmöglichkeiten und gemeinsamen Konstruktionen von Hilfsentwürfen die Balance halten. Diese Handlungsmöglichkeiten haben zum Ziel, die Gestaltungsmöglichkeiten der Menschen zu vergrößern, damit sie besser mit

ihrer Situation zurecht kommen und sie vielleicht auch verändern können (vgl. Thiersch 2005:163). Sich auf diese Veränderungen einzulassen geht für die Bewohner/innen mit Abschiednehmen von Gewohnten einher und bedeuten zunächst oft schmerzvolle Erfahrungen. Sie sind darin zu unterstützen, „Zeit und Raum zu strukturieren, soziale Beziehungen zu ordnen und die so problematischen Alltagshandlungen und Routinen im Denken und Handeln zu verflüssigen“ (Thiersch 2005:163). Dieser Mut zu Neuem basiert auf dem Vertrauen, dass man respektiert wird und dieses Vertrauen wächst nur sehr langsam - vor allem vom vorsichtigen Zutrauen in die Attraktivität von Veränderungen. Daher haben in der Betreuung sowohl Gespräche als auch das Gewöhnen der Bewohner/innen an Fragen, Antworten, Vorschläge und vorsichtige Absprachen einen hohen Stellenwert. Dies setzt bei den betreuenden Personen die Geduld und den Respekt vor den Bewohner/innen in dem was sie sind, ihren Verhältnissen und in dem was sie könnten (Entwicklungsmöglichkeiten) voraus (vgl. ebd.:163).

In der Lebensweltorientierung zielt Hilfe auf Veränderung ab. „In dieser Lebenswelt erscheint der Mensch zugleich als bestimmt und als fähig, sich anpassend, akzentuierend, verändernd mit den Strukturen auseinander zu setzen und sie zu verändern“ (Thiersch 2005:169). Möglich ist dies auf der Basis des belastbaren Vertrauens und in der Interaktion von Personen und Ressourcen des sozialen Feldes. Professionelle Kompetenzen werden zur Reorganisation gegebener Lebensverhältnisse genutzt, damit ein besser gelingender Alltag für die Menschen möglich wird. Dies sind mühsame Schritte und bisweilen auch Rückschritte. Demnach ist auch defizitäres, unzulängliches und abweichendes Verhalten in der Lebensweltorientierung als das zu respektierende Resultat eines Versuches, mit den gegebenen Situationen zu Rande zu kommen, zu sehen. Auch wenn sich die Ergebnisse für den Einzelnen und sein Umfeld als ungünstig darstellen.

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit verbindet nach Thiersch (vgl. 2005:167) unterschiedliche Wissenschaftskonzepte miteinander:

- Die hermeneutisch-pragmatische Traditionslinie der Erziehungswissenschaft, die die Frage nach dem Alltag und der individuell interpretierten Welt der Menschen stellt. Ihr Interesse gilt dem Verstehen der alltäglichen Praxis und dem darauf bezogenem Handeln. Die immer bereits vorgefundene und vorinterpretierte, jedoch zugleich veränderbare Lebenswirklichkeit in ihrer historischen, kulturellen und sozialen Dimension steht im Zentrum. Die Bedeutung von „hermeneutisch“ im Duden: „aus gleichbed. gr. *hérmeñeutikós*: einen Text o. ä. erklärend, auslegend“ (2003).
- Das phänomenologisch-interaktionistische Paradigma mit seiner kritischen Reformulierung. Im Kontext einer kritischen Alltagstheorie werden Lebenswirklichkeit und Handlungsmuster rekonstruiert. Der Alltag, als ausgezeichnete Wirklichkeit für die Menschen und bestimmend für deren Lebenswelt, ist strukturiert durch die erlebte Zeit, den erlebten Raum und die erlebten sozialen Bezüge. Dieser Alltag prägt die Menschen, sie können ihn aber auch aktiv mitbestimmen und gestalten. In der kritischen Sichtweise der phänomenologischen Alltagstheorie wird diese Doppelbödigkeit von Realität und Möglichkeit wahrgenommen. Alltag wird einerseits durch entlastende Routine, die Sicherheit und Produktivität im Handeln erst ermöglicht, gekennzeichnet und andererseits auch als Enge, Unbeweglichkeit und Borniertheit wahrgenommen, die Entwicklung und Möglichkeiten des Menschen einschränken und behindern (vgl. Thiersch 2005:167-168).

Ihre gesellschaftliche Funktion sieht die Lebensweltorientierung als Antwort auf politische und fachliche Entfremdung. Sie ist beschreibend und normativ. Sie hält fest am Ziel gerechterer Lebensverhältnisse, an Demokratisierung und

Emanzipation. So hat jeder in seinem Alltag das Recht auf Verständnis und differenzierte Hilfsangebote (vgl. Thiersch 2005:165). Aufgabe von Organisationen ist es, sich den individuellen lebensweltlichen Situationen zu öffnen, Vorkehrungen zu treffen, um gleichberechtigte Verhandlungen zu ermöglichen und individuelle Ressourcen herauszufinden (vgl. Thiersch 2005:174). „Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nutzt ihre institutionellen und professionellen Ressourcen kritisch und selbstkritisch gegen die Eigenmacht von Institutionen und die Macht der Experten ...“ (Thiersch 2005:176). Schmidt meint, dass konstruktivistische Reflexion die Legitimationspraxis verändern und die Arroganz, die aus vermeintlichem Wahrheitsbesitz herrührt, nehmen kann (vgl. Schmidt 1987:75). Trivial erscheinende Dinge festzuhalten ist nach Thiersch (2005:162) ein unentbehrliches Gegengewicht gegen die Verführung, die Unmittelbarkeit von Erkenntnissen aus sich selbst heraus zu sehen.

3.4. Sozialraumorientierung

Früchtel et al. (2007:22ff.) schreiben, dass die Sozialraumorientierung ihre Wurzeln in folgenden Konzepten hat:

- Lebensweltorientierung – Betroffene sind gleichzeitig auch Experten
- Gemeinwesenarbeit – im Zentrum steht der Mensch in seiner Umweltperspektive
- Organisationsentwicklung – Um- und Innenwelten einer Organisation sind veränderbar
- Neue Steuerung – Effizienz, Controlling, ...
- Soziales Kapital – sieht neben den ökonomischen, rechtlichen und professionellen Ressourcen auch die sozialen Netzwerke als Kapital
- Empowerment – bestärkt Menschen darin, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen

Fünf Grundsätze der Sozialraumorientierung bilden das Leitbild der Essener Schule (vgl. Früchtel et al. 2007:40):

1. Interesse und Wille wird eruiert
2. Eigeninitiative und Selbsthilfe werden gefördert
3. Ressourcen /Stärken der Menschen und Sozialraum werden genützt
4. der Ansatz ist Zielgruppen- und Ressortübergreifend
5. Kooperation mit unterschiedlichsten Organisationen

Biologische, psychische und soziale Ansätze

Sozialraumorientierte Arbeit im klassischen Sinn setzt ihre Hilfe zur Lösung von sozialen Problemen – praktisch wie theoretisch – dreidimensional an und bezieht sich kommunikativ auf die sozialen, psychischen und biologischen Systeme der Menschen. Nach Kleve (2005) bearbeitet Sozialarbeit nicht wie die klassischen Professionen Ausschnitte der Menschen (z.B. behandelt die Schulmedizin nur die biologischen Probleme und nicht die sozialen oder psychischen Probleme eines Menschen) sondern sie ist „[...] „ganzheitlich“ orientiert und agiert damit in einem Zwischenbereich, also als quer, transversal [...] zu den klassischen Professionen“ (Kleve 2005:57). Sozialarbeit steht zwischen unterschiedlichen Wissensgebieten und Aufgabenstellungen und „switcht“ mit dem Ziel, eine Perspektive zu finden, die eine Lösung der vielschichtigen Problemstellung möglich macht (vgl. ebd.). Dies ist meist dann der Fall, wenn die eher eindimensionalen Perspektiven der klassischen Professionen nicht mehr ausreichen und vermittelnde, verbindende Perspektiven notwendig werden. Der Mensch gilt als unteilbares Wesen, weshalb seine wirtschaftlichen, geistig sittlichen und gesundheitlichen Bedürfnisse nicht voneinander gelöst und als gesonderte Aufgaben betrachtet werden können (vgl. ebd.). Daher werden in der Sozialraumorientierung immer drei Fragen gestellt:

- Phänomenale Frage: *Was ist zu beobachten?*

Die phänomenale Frage soll beschreiben, erklären und bewerten, was sich auf konkreter, auf rechtlich bürokratischer und auch in gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen als Grundlage für die Theorie beobachten lässt.

- Kausale Frage: *Warum ist das so?*

Kausale Fragen sind Erklärungsmodelle, die nach Ursache und Wirkung suchen und Begründungen formulieren.

- Aktionale Frage - *Was ist zu tun?*

Sozialraumorientierung weist den Doppelcharakter von Handlungskonzept (auf operativer, strategischer und technischer Ebene) und Raumkonzept (der individuelle Lebensraum überschneidet sich u.a. mit anderen) auf, woraus eine geografische Raumdimension und eine

operative Handlungsdimension resultieren, die vereinzelt miteinander verbunden sind (vgl. Früchtel et al. 2007: 24).

„Sozialraumorientierung ist somit ein integrierender mehrdimensionaler Arbeitsansatz, der immer entsprechendes Mehrebenenhandeln der Sozialarbeiter erforderlich und möglich macht“ (ebd.:22). Betroffene werden so gesehen, dass sie mittels sozialer Netzwerke mehr oder weniger selbst die Fähigkeiten haben, ihre Lebensführung zufrieden stellend zu gestalten und die in ihrer Lebenswelt zur Verfügung stehenden Personen oder andere Ressourcen stärker nutzen sollen/ können.

3.5. Postmodernes Wissen in der Sozialen Arbeit zum Thema Normalität

Wenn man bedenkt, dass Soziale Arbeit klassischerweise die Funktion hat, die sozial gekennzeichnete Differenz von *Norm und Abweichung* zu bearbeiten, also abweichendes Verhalten zu normalisieren versucht, drängen sich geradezu zwangsläufig postmoderne Fragen auf (vgl. Dewe WS 2007/08:1): Wie können wir in einer immer pluraler werdenden Gesellschaft klare Grenzen zwischen Norm und Abweichung ziehen? Ist es überhaupt ethisch vertretbar, scheinbar abweichendes Verhalten zu re-normalisieren? Wäre es nicht die vorrangige Aufgabe der Sozialen Arbeit dafür zu sorgen, dass soziale Differenzen gebilligt, bejaht und nicht als zu normalisierende Devianzen stigmatisiert werden?“

Setzt man sich mit dieser Thematik auseinander, findet man kulturwissenschaftliche Grundlagen bei dem 1924 geborenen und 1998 verstorbenen Philosophen Jean-Francois Lyotard. Er gilt als der Begründer der philosophischen Postmoderne (vgl. Welsch 1987:169). Lyotard hat eine soziologische und philosophische Debatte über eine postmoderne Gesellschaft ausgelöst. So grenzt sich Lyotard entschieden von der Diskurstheorie und -ethik Jürgen Habermas' ab, in der der Konsens als letztes und zentrales Ziel von Kommunikation behauptet wird (vgl. Dewe WS 2007/08:2). Demgegenüber meint Lyotard, dass es die Notwendigkeit eines kommunikativen Gerechtigkeitskonzeptes gibt, in dem das Aushalten von sozialer Vielfalt, von Pluralität möglich sein muss (vgl. ebd.). In äußerster Vereinfachung könnte man sagen:

Postmoderne bezeichnet, dass man den Meta-Erzählungen keinen Glauben mehr schenkt (vgl. ebd.). Lyotard nennt insbesondere 3 Metaerzählungen:

1. Dialektik des Geistes – Hegel (1770-1831) vertrat hier die Ansicht der Höherentwicklung des menschlichen Bewusstseins nach zyklischen Gesetzmäßigkeiten hin zur Verwirklichung in einem Absoluten. Jede Thesis bringt ihre Antithesis hervor und beide sind in der folgenden Synthesis vereint und erhöht zugleich (vgl. Müller/Halder 1958:73f.). Angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung verliert die Dialektik ihre Glaubwürdigkeit. Eine der bedeutendsten Begründungen finden wir in Theodor Adornos Schrift *Negative Dialektik* (Adorno 1969). Adorno wirft das Prinzip der Synthesis über Bord und steht für eine Dialektik, die sich für Unvereinbarkeiten interessiert, die Ambivalenzen erklärt und die Gegensätze als Gegensätze akzeptiert. Da sich die Wirklichkeit nicht einheitlich zeigt, sind in der postmodernen Zeit keine synthesesischen Einheitsperspektiven gefragt. „Ambivalenz ist das mindeste, womit man bei den gegenwärtigen Weltverhältnissen rechnen muß“ (Welsh 1990:192). Dies gilt auch für die Sozialarbeitswissenschaft und somit sollte die Ambivalenzreflexion als bedeutungsvolle Methode zur Reflexion angewandt werden.
2. Hermeneutik des Sinns – Hermeneutik verweist sowohl auf das Sinn-Verstehen von Texten als auch auf das Verstehen vom Sinn der gesprochenen Worte (Worte als etwas Abgeschlossenes). Die Postmoderne vertritt hier wie Jacques Derrida (1988) aber die Anschauung, dass jedes Sinnverstehen unabschließbar ist und dass Sinnverstehen abhängig ist von den Kontexten der verschiedenen Personen (Sozialdimension), von den verschiedenen Zeiten (Zeitdimension) und von den verschiedenen Erkenntnisinteressen (Sachdimension). Dies sollte in der Sozialen Arbeit zu denken geben, wenn man dazu neigt zu glauben, schon verstanden zu haben, was die Bewohner/innen des Psychosozialen Betreuungszentrums meinen oder wollen. Wir sollten vielmehr kommunizieren mit Bedacht auf die postmoderne Bedingung der Unabschließbarkeit und der Kontextabhängigkeit des Verstehens und

der Sensibilität für das Nicht-Verstehen, für die Unerreichbarkeit des „wirklichen“ Verstehens (vgl. Dewe WS 2007/08:8).

3. Emanzipation des arbeitenden oder vernünftigen Subjekts – Was aus der Karl Marx'schen Anschauung, dass die Geschichte auf ein dialektisch sich einstellendes Ziel zustrebt, geworden ist, haben wir in der jüngsten Geschichte gesehen. Immanuel Kant (1724-1804) erhebt mit seiner Philosophie die Vernunft zum obersten Regulator der menschlichen Erkenntnis und des menschlichen Zusammenlebens. Erkenntnis bringe selbstkonstruierte Erscheinungen (= menschliche Existenzfragen sind beantwortbar) hervor und diese Erkenntnisse (= Antworten mit Vernunft) müssen bei allen menschlichen Wesen dieselben sein. Unsere heutige Erfahrung lehrt uns, dass auch unterschiedliche Antworten gefunden wurden und es dann nicht die Vernunft ist, die die Bedingungen der Erkenntnis und des menschlichen Zusammenlebens bestimmt, sondern in der Regel die Macht (vgl. Dewe WS 2007/08:8-9). Mit dieser Feststellung nähern wir uns Michel Foucault (1926-1984), einem Denker der Postmoderne. Für Foucault zerbricht diese Vorstellung von Vernunft in der Postmoderne. Verständigung ist unwahrscheinlich und Dissens und Unabschließbarkeit sind alltägliche Erfahrung. Demzufolge sollten alle in der Sozialen Arbeit die Haltung des Besserwissens verabschieden und sich für die vielseitigen Möglichkeiten der Erkenntnis und des menschlichen Zusammenlebens öffnen. Dies meint keine fatalistische oder zynische Haltung sondern eine ironische Gelassenheit. Diese ironische Gelassenheit weiß um die Unabschließbarkeiten des Verstehens, versucht es aber dennoch immer wieder und spielt damit, dass Verstehen und Wissen in Abhängigkeit von sozialen, zeitlichen und sachlichen Kontexten immer wieder anders vonstatten gehen (vgl. ebd.).

Diese Debatte bietet viele Anknüpfungspunkte und Reflexionsgewinne für die Soziale Arbeit. Die Frage „Wie kommen wir zu guten Entscheidungen in der Versorgung der Bewohner/innen des Psychosozialen Betreuungszentrums?“ gewinnt an Komplexität. Der Betreuungsbedarf nimmt zu, Zeit wird daher eine knappere Ressource. Die Bewohner/innen können sich aufgrund ihrer

chronisch psychischen Erkrankungen oft nur in schwer nachvollziehbarer Weise in Entscheidungen einbringen. Gelebte Ethik hat hier viel mit Vertrauen zu tun. Das Vertrauen, das die Bewohner/innen in die professionellen Helfer/innen setzen, dass diese ihre Bedürfnisse und Wünsche im Rahmen ihrer Autonomie achten. Sei es die Phase der Übersiedlung von der gewohnten Wohnumgebung von Gugging in die neue Betreuungseinrichtung von Tulln oder die Entscheidungen des alltäglichen Lebens. Immer wieder sind Entscheidungen zu treffen, deren Lösungen ganz wesentlich die Lebensqualität der Bewohner/innen beeinflussen können. Diese Entscheidungen sind aber nicht als punktueller Ergebnis, sondern vielmehr als Prozess zu sehen.

Kulturwissenschaftlich betrachtet ist Welsch der Ansicht, dass die postmoderne Philosophie aus dem Geist der modernen Kunst geboren wurde: „Die postmoderne Philosophie artikuliert diskursiv, was die moderne Kunst künstlerisch vorexerziert hat.“ (Welsch 1990:95).

So setzt Lyotard in einem 1. Schritt dem Realismus-Konzept (Suche nach objektiver Wirklichkeit) der Kunst wie der Philosophie ein Konzept der Reflexion bzw. des Avantgardistisch-Experimentellen (die Regeln der Kunst werden experimentell in Frage gestellt, es wird mit Farben, Formen etc. experimentiert) gegenüber.

In einem zweiten Schritt stellt Lyotard dem Kunst-Konzept des „Schönen“ das Konzept des „Erhabenen“ gegenüber, um letztendlich in einem dritten Schritt die Postmoderne auch als Philosophie zu sehen (vgl. Dewe, WS 2007/08:3). Schon Kant hat im Kantschen Konzept des „Erhabenen“ das Erhabene als ein Gefühl definiert, das entsteht, wenn man an etwas denkt, das man zwar ideell erahnen oder denken, aber niemals fassen und erfahren kann: etwa das Absolute, das Ganze, das Nicht-Mehr-Teilbare. Das Konzept des „Schönen“ beruht dagegen auf dem Fassbaren, dem begrifflich und erfahrbar Darstellbaren (vgl. ebd.). Die Moderne Kunst macht mittels Formlosigkeit und Vermeidung von allem Figurativen sichtbar, „dass es ein Nicht-Darstellbares gibt. Dass es etwas gibt, das man denken, nicht aber sehen oder sichtbar machen kann (vgl. Lyotard 1979:43).

3. Schritt: Postmoderne Philosophie: Nach Lyotard lässt sich die moderne Kunst nicht leicht von der Postmoderne unterscheiden. Sein Unterscheidungskriterium liegt im Geisteszustand. So meint er, dass der moderne Geistes-

zustand angesichts des Auflösens der einen Wirklichkeit und des Erblühens von vielen Möglichkeiten der experimentellen Art trauert und der postmoderne Geisteszustand angesichts dieses Auflösens jubelt. In der postmodernen Philosophie geht es darum zu zeigen, „dass es uns nicht zukommt, Wirklichkeit zu liefern, sondern Anspielungen auf ein Denkbare zu finden, das nicht dargestellt werden kann“ (Lyotards 1979:48). Für ihn ist die Postmoderne nicht das Ende der Moderne sondern eine andere Beziehung zur Moderne (vgl. Lyotard 1987:121).

Postmoderne steht für

- Konstruktivität der Wirklichkeit
- unüberwindliche Differenzen in der Welt des Persönlichen und Sozialen
- experimentellen Umgang mit Wirklichkeitskonstrukten und Differenzen innerhalb unserer Wirklichkeiten.

Diese drei Bestimmungsmerkmale finden wir in der Sozialen Arbeit in den Methodenströmungen der Lebensweltorientierung und des systemisch-konstruktivistischen Ansatzes. Ausgehend von dem angeführten Konzept kann gesagt werden, dass Soziale Arbeit in eine postmoderne Richtung tendiert (vgl. Dewe WS 2007/08:4). Denn diese Methoden erkennen an, wofür die Postmoderne steht:

- die individuelle und soziale Konstruktivität von lebensweltlichen Wirklichkeiten wird bejaht
- die Verschiedenartigkeit (z.B. die Unterschiede zwischen den Wirklichkeitskonstruktionen der SozialarbeiterInnen und der KlientInnen) wird akzeptiert
- mit diesen Unterschieden wird experimentell umgegangen, um Problemlösungen der KlientInnen zu fördern, die auch zu deren lebensweltlichen Kontexten passen.

Ganz im Sinne Heinz von Foersters – „Nur Unentscheidbares muss entschieden werden“ skizziert die Autorin die große Schwierigkeit im Bereich der Heimleitung des Psychosozialen Betreuungszentrums, nämlich den Widerspruch zwischen dem Recht auf Freiheit der Bewohner/innen und der Notwendigkeit, sie vor Gefahren zu schützen. Täglich konfrontiert ist die Leitung auch mit dem Widerspruch zwischen Gleichbehandlung und individueller Behandlung. Diese als Beispiele angeführten Dilemmata zeigen,

dass Widerspruchsmanagement als kontinuierliche Aufgabe in der Sozialen Arbeit zu sehen ist, um eine Basis zu schaffen, die die wahrgenommenen Widersprüche und Spannungsfelder erträglicher und aushaltbarer machen. „SozialarbeiterInnen sind methodisch daher vor allem Kommunikations-experten, die gemeinsam mit den KlientInnen etwas zu konstruieren haben, was sich nicht mehr von selbst versteht, nämlich Wirklichkeitssichten über die Probleme, deren Entstehungsbedingungen, über mögliche Ziele der Problemlösung und über mögliche Handlungen zur Erreichung der Ziele“ (Kleve 1996:111ff.). Widersprüche lassen sich nicht auflösen, aber wir können sie bearbeiten und mit ihnen umgehen. Paradoxerweise legitimiert sich das Bestehen dieser Einrichtung gerade darin, dass sie zumindest auf Zeit vorgibt, Antworten auf diese unauflösbaren Widersprüche geben zu können (vgl. Heintel 2005:15-33). Demnach versteht sich nichts mehr von selbst. An die Stelle der einst harten Evidenz rücken die Aushandlung, der Dialog und die Kommunikation (vgl. Dewe WS 2007/08:5)

3.6. Krise - Krisenintervention

Alltagstheorien besagen immer wieder, dass Umstellungen bei Menschen eine Krise hervorrufen können oder dass es einer Eingewöhnungsphase bedarf, bis sich die Menschen auf die geänderte Situation eingestellt und auch umgestellt haben.

Im Prozess der Enthospitalisierung unterscheiden Wüllenweber und Theunissen zwischen :

- Krisen in der Vorbereitungsphase
- Krisen während der Umzugsphase
- Krisen in der Eingewöhnungsphase

Sie weisen im Sinne von Krisenprävention darauf hin, dass es von großer Bedeutung ist, ob ein Mensch alleine oder mit ihm vertraute Mitbewohner/innen und Personal die wohlbekannte Umgebung wechselt und wie hoch der Selbstständigkeitsgrad ist, den die künftige Wohneinrichtung fordert. Nach Möglichkeit sollen die Betroffenen in die Planung der neuen

Lebensgestaltung mit einbezogen werden (vgl. Wüllenweber und Theunissen 2001:300).

Wichtig und hilfreich für die Bewohner/innen sind tagesstrukturierende Maßnahmen und wenn möglich die Beibehaltung des bisherigen Tagesrhythmus. Psychosoziale Krisen und Probleme entstehen dann, wenn betroffene Menschen überfordert werden und/oder wenn sie nur unzureichende Kontrolle über sich und ihre (neue) Lebenssituation wahrnehmen können (vgl. ebd.). Wichtig sind auch das Abschiednehmen von Vertrautem und die Möglichkeit, sich auf Neues einstellen zu können. Soziale Kontakte sollten weitestgehend aufrechterhalten werden.

So bedeutsam die Selbstbestimmung der Bewohner/innen als Betreuungsziel ist, so sollte man sich jedoch davor hüten, die betroffenen Menschen mit „verordneter“ Selbstbestimmung zu überfordern (vgl. Wüllenweber und Theunissen 2001:305-307). Thiersch ist der Ansicht, dass in einer für Menschen unübersichtlichen Lebenssituation (z.B. bei einer Übersiedlung) die Herstellung von neuen, verlässlichen Bezügen in der Lebenswelt, die aktive Gestaltung des eigenen Lebensarrangements in Raum, Zeit und sozialen Beziehungen neues Gewicht erhält (vgl. Thiersch 2005:169).

Wie werden derzeit akute Krisensituationen im Psychosozialen Betreuungszentrum gelöst?

Zuerst wird mittels professioneller Intervention durch eine Psychologin und durch psychiatrisch geschultes Personal versucht, hausintern zu deeskalieren. Weiters gibt es die Möglichkeit, medizinisch zu intervenieren. Sollte aber die Krise selbst- oder fremdgefährdende Aspekte haben, ist eine Einweisung in die Psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Tulln notwendig.

Marion und Ernst Wüllenweber halten für die Krisenintervention das Konzept des Case Managements aus der Sozialen Arbeit für geeignet (vgl. Wüllenweber et al. 2001:29). „Case Management soll im Rahmen von Krisenintervention als ein spezifisches Konzept zur Integration der Hilfen und zur Begleitung des Krisenbetroffenen expliziert werden“ (ebd.).

3.7. Netzwerkkarten

Netzwerkkarten bilden die Beziehungsnetzwerke von Menschen ab. In netzwerkanalytischer Forschungstradition werden Strukturen als wesentliche soziale Eigenschaften begriffen und beschrieben (vgl. Jansen 2003:13). Ihr Ziel ist, individuelles Handeln zu erklären und damit die Entstehung bzw. Veränderung von Sozialstrukturen zu begründen. Sozialstrukturen werden als zusammengesetzte Einheiten, die aus den konkreten Interaktionen von Akteuren entstehen, gesehen. Damit ist die Netzwerkkarte ein Instrument, das die Eigenschaften und die Dynamik der zusammengesetzten Makroeinheiten mit den Aktionen der Primäreinheiten – Individuen oder korporative Akteure – verbindet (vgl. Jansen 2003:275). Strittig ist jedoch die Priorität von Akteuren oder Strukturen und das noch immer zu wenig reflektierte Verhältnis zwischen konkreten Netzwerken und Interaktionen und subjektiven Bedeutungszuschreibungen, Normen und Institutionen, Kulturen und Symbolwelten (vgl. Jansen 2003:278).

Es sind die gesamten Beziehungen – eben das Netzwerk – der Bewohner/innen zu untersuchen, um ihr individuelles Verhalten verstehen und erklären zu können.

3.8. Sozialtherapeutische Betreuung im PSBZ

Nach einer gelungenen Übersiedlungs- und Aufbauphase erscheint es als äußerst wichtig, die dynamische fachwissenschaftliche Etablierung des Psychosozialen Betreuungszentrums und den Aufbau von Kooperationen und Vernetzungsarbeit zu fördern. In einem allmählichen Prozess der konsequenten Horizonterweiterung sollen Erfahrungen, Überlegungen und Erkenntnisse weitergegeben, ausgetauscht, wissenschaftlich beleuchtet und möglicherweise auch revidiert werden. Bis heute sind die Konturen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb der Berufsfelder in der Sozialen Arbeit weder in der Theorie noch in der Praxis geklärt (vgl. Dewe 2007). Sie haben alle miteinander zu tun, sie sind aber keinesfalls alle gleichzusetzen. So macht es schon in der theoretischen Ausrichtung einen Unterschied, ob man Sozialtherapeutische Arbeit eher mit Schlüsselwörtern wie „Erziehung“ und „Lernen“, eher mit „Hilfe“ bzw. mit „Hilfe und sozialer Kontrolle“, eher mit

„sozialen Problemen“ und „abweichendem Verhalten“, eher mit „Lebensführung“, „Normalisierung“ und „Lebensbewältigung“ oder aber mit „Dienstleistung“ und „Lebensweltorientierung“ in Verbindung bringt. So meinen Rauschenbach und Züchner, dass Soziale Arbeit im Wesentlichen auf die drei sozialen Tatbestände „Erziehungstatsache“, „soziale Probleme“ und „Risiken der individuellen Lebensführung und der alltäglichen Lebensbewältigung“ (vgl. Rauschenbach et al 2002:157) reagiert. Im Psychosozialen Betreuungszentrum Tulln ist eine angemessene Auseinandersetzung der verschiedenen Berufsfelder mit unterschiedlichen Theorien und Konzepten zu gewährleisten, damit es Betreuungskriterien gibt, wann etwas der gesellschaftlichen Normalisierung zuzurechnen ist, wann ein bestimmtes Verhalten als soziale Abweichung kategorisiert wird oder warum etwas als dem Normalitätsprinzip entsprechend gilt. Es muss aber auch die Erkenntnis vorhanden sein, dass es bei der Begegnung von Professionellen zu einer Kreuzung sozialer Kreise kommt (vgl. Dewe, 2007/08). Diese inhaltliche Akzentverschiebung möge vor einer isolierten Verwahr-Einrichtung bewahren und hin zu einer international anerkannten Modell-Einrichtung führen. Eine Weiterentwicklung, die mehr und anders ist als eine historiografische Weiterführung einer ehemaligen psychiatrischen Betreuungseinrichtung.

Sozialarbeiterisches Handeln hätte im PSBZ grundsätzlich nicht das wissenschaftliche Wissen im Mittelpunkt sondern ihr Zentrum wäre die Fähigkeit der diskursiven Auslegung und Deutung von lebensweltlichen Schwierigkeiten und Einzelfällen mit dem Ziel, neue Sichtweisen zu finden und Entscheidungen zu begründen unter den Bedingungen von Ungewissheit (vgl. Dewe 1984:795). Bei „Hilfebedürftigkeit“ bzw. aufgrund „sozialer Benachteiligung“ passt sozialarbeiterisches Handeln unterschiedliche Wissens- und Handlungsformen einer situativen Handlungspragmatik an und schafft damit neue Möglichkeiten für Menschen, die von der Umwelt oft auf ihre Erkrankung reduziert werden. Normalisierung soll zu positiv veränderten Situationen der Betroffenen führen und Räume schaffen, um den Austausch von Betroffenen und Nicht-Betroffenen zu fördern und die Erkrankung in den Hintergrund treten zu lassen.

Da es während der Erstellung dieser Diplomarbeit zu einem Leitungswechsel im sozialtherapeutischen Bereich gekommen ist, ist es ein Anliegen der Autorin,

auf die Bedeutsamkeit der Besetzung der Sozialtherapeutischen Leitungsfunktion hinzuweisen, denn auch in der Arbeit von Sozialeinrichtungen muss beachtet werden, dass es Wissensvorrat auf der Makro-, Meso- und Mikroebene gibt und geben muss, soll die Qualität der Arbeit nicht allein auf das Grundelement der praktischen Erfahrung reduziert werden. Wissen und Erkenntnisse in der Sozialen Arbeit müssen auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen:

- Erfahrung als Grundelement
- Subjektbezogenes Wissen und spezifische Wissensbestände auf der Ebene des Individuums (diese Wissensbestände gelangen nur in Einzelsituationen zur Anwendung)
- Routinewissen in Fertigkeiten und standardisierten Tätigkeiten
- Intersubjektivität als institutionsbezogenes Wissen auf der Ebene der Organisation (Intersubjektivität meint, verschiedene Perspektiven zu dulden, verschiedene Blickwinkel nebeneinander zu stellen und stehen zu lassen)
- Wissen auf Ebene der Fachtheorien und der Gesellschaft.

Generell ist vor sehr engen Rahmenbedingungen, was Integrationserfolge betrifft, zu warnen: jede Vorgabe ist bei entsprechender Selektion der künftigen Bewerbungen (und Aufnahme der prognostisch günstigsten Bewerber/innen) erreichbar.

Wenn M. Foucault in seinem Werk „Die Maschinen des Werdens“ schreibt: „Eine Normalisierungsgesellschaft ist der historische Effekt einer auf das Leben gerichteten Machttechnologie“ (Foucault 1998:360), dann stellt das Konzept des Normalitätsprinzips im Psychosozialen Betreuungszentrum Tulln insofern eine große Herausforderung an die Betreuenden dar, als damit erstmals die Definitionsmacht der „Experten“ aus dem Bereich der traditionellen Pflege und Ärzteschaft in Frage gestellt wird, denn die Experten für individuelle Bedürfnisse und für das, was „normal“ ist, können letztlich nur die betreuten Menschen selbst sein. Die Pflegenden / Betreuenden sind dabei aufgefordert, mit den chronisch psychisch kranken Menschen in einen Dialog zu treten und diese zu fragen, anstatt Anweisungen zu geben. Sie sind aufgefordert, die

Lebensbedingungen im Psychosozialen Betreuungszentrum den Bewohner/innen anzupassen, statt sich von ihnen Anpassung zu erwarten. Soziale Arbeit ist gekennzeichnet von nicht-trivialen Prozessen. Autopoietische Prozesse, deren Output nicht durch den Input gesteuert werden kann, die nicht-linearen Gesetzen gehorchen und die somit in ihren Reaktionen und Ergebnissen unvorhersehbar sind (vgl. Dewe WS 2007/08:10). Damit lässt sich Soziale Arbeit nur unbedeutend mit Effektivität und Effizienz legitimieren. Sie erhält ihre Legitimation durch die Paralogie. Paralogie (Ambivalenz) bedeutet, dass wissenschaftliches Wissen und Forschung nicht logisch sondern durch Neues, Unvorhersehbares, Überraschungen, Unsicherheiten, Risiken, Chancen legitimiert werden. Mittlerweile beziehen sich laut Lyotard viele Wissenschaften auf derartige hochkomplexe Systeme z.B. die Quantentheorie und Mikrophysik (vgl. Lyotard 1979:163).

„Normalität ist also keine natural gegebene und nachwachsende Ressource, sondern *stets Produkt von Normalisierung*, d.h. von Normalisierungs-Dispositiven, und demnach exklusives Produkt der modernen Gesellschaften.“ (Link 1997:425).

4. Empirischer Teil

4.1. Forschungsfragen

Da die Verlegung des Lebensraumes vom asylierten Bereich des Psychiatrischen Krankenhauses Gugging in das Psychosoziale Betreuungszentrum Tulln für die jahrelang hospitalisierten und fremdbestimmten Menschen, im Alter von 30 bis 82 Jahren, eine erhebliche Umstellung darstellt, sieht die methodische Konzeption dieser Studie vor, dass die qualitativen und quantitativen Forschungsergebnisse Antworten auf folgende Forschungsfragen geben:

4.1.1. Forschungsfrage 1 und Annahme

Inwieweit werden die sozialen, physischen und psychischen Lebensumstände der psychisch chronisch kranken Menschen durch die institutionelle Umstrukturierung „Auflösung von Gugging als psychiatrischer Standort und als psychiatrische Versorgungseinheit“ (Brosch 2006:1) beeinflusst und aktuell wahrgenommen?

Die Untersuchung geht von der Annahme aus, dass Veränderungen des Lebensplatzes für die betroffenen Menschen in den ersten Monaten mit verschiedensten Überforderungen einhergehen und durch Probleme mit dem Umfeld sichtbar werden.

4.1.2. Forschungsfrage 2 und Annahme

„Entspricht die jetzige Lebensform den Vorstellungen der im Psychosozialen Betreuungszentrum lebenden Menschen und wie sehen diese derzeit und mit Blick auf die Zukunft gerichtet aus?“

Die Annahme hierzu lautet, dass je höher die Zufriedenheit mit der derzeitigen Lebensform ist, es umso eher gelingt, den Anschein von Normalität zu wahren.

4.1.3. Forschungsfrage 3 und Hypothese

Durch die Übersiedlung hat sich die Frage gestellt, in welche unterstützenden Beziehungsnetze die Bewohner/innen des Psychosozialen Betreuungszentrums eingebunden sind, um den sozialen Alltag zu bewältigen. Pantucek meint, dass Personen, die intensiv vom Sozial- oder Gesundheitswesen als „Fall“ identifiziert worden sind, typische Merkmale in ihren Netzwerkkarten aufweisen: Professionelle Helfer/innen werden gewichtig (vgl. Pantucek 2007: Skriptum WS 2007/08).

Die Hypothese dazu lautet: „Die Netzwerkkartenanalyse zeigt dahingehend Ergebnisse, dass die Bewohner/innen des Psychosozialen Betreuungszentrums die typischen Merkmale nach Pantucek aufweisen.“

Findet die Hypothese in der Untersuchung eine Bestätigung wäre dies ein Anzeichen auf einen wie Castel sagt „totalitären Typ der Betreuung“ (vgl. Castel: 1976, zit. nach: Link 1997:152) und im Sinne einer Verbesserung der Betreuungs- und Lebensqualität zu verändern und nach zwei bis drei Jahren zu evaluieren.

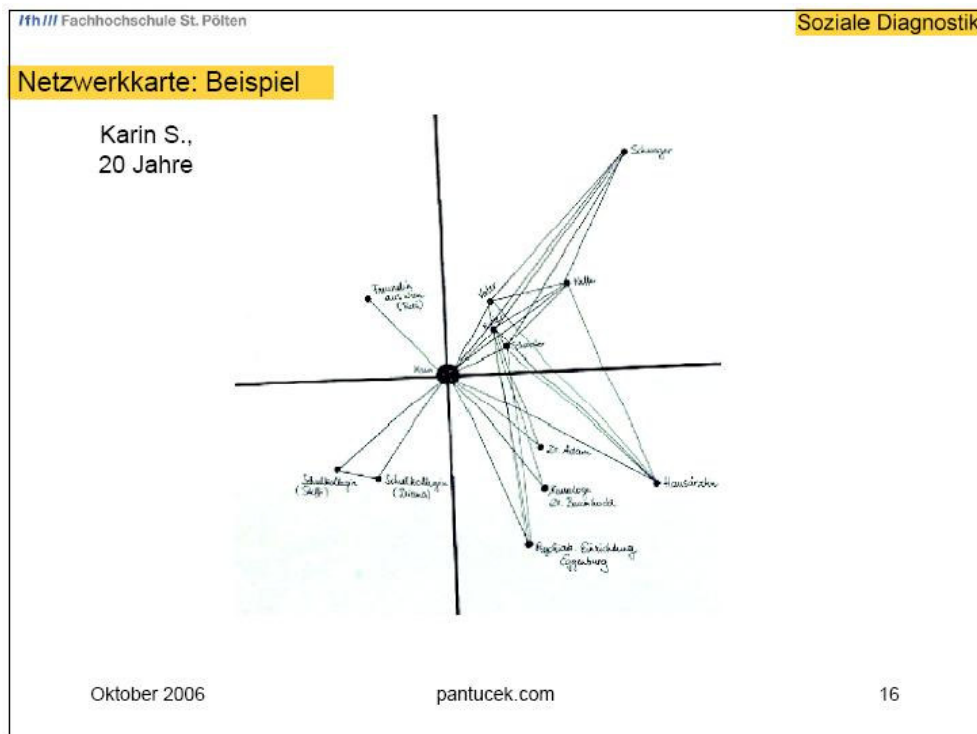


Abb.8: Netzwerkkarte einer 20-jährigen Psychiatrie-Patientin

4.2. Methodenwahl und Durchführung

Triangulation der Methoden:

Zur Erreichung der gesetzten Forschungsziele bedient sich die vorliegende Arbeit sowohl empirisch-qualitativer als auch empirisch-quantitativer Methoden zur Theorienbildung und Überprüfung. Der Sinn und der Gewinn von Triangulation liegen nach Flick in erster Linie in der Verbindung von Methoden und Daten aus diesen unterschiedlichen Bereichen und weniger im Prinzip der Bestätigung bzw. Validierung von Ergebnissen. Die Erweiterung der Perspektiven ermöglicht ein mehr an Erkenntnis wie: komplementäre oder einander ergänzende Ergebnisse, ein vollständigeres Bild vom Forschungsgegenstand und ein breiteres und umfassenderes Verständnis von Theorie und Praxis (vgl. Flick 2004:85).

Nach Mayring sind immer Menschen oder Subjekte Gegenstand humanwissenschaftlicher Forschung; der Untersuchungsgegenstand liegt nie völlig offen, er muss immer auch durch Interpretationen erschlossen werden. Humanwissenschaftliche Gegenstände müssen immer möglichst in ihrem natürlichen, alltäglichen Umfeld untersucht werden (vgl. Mayring 1999:9ff). Gleichzeitig zielen die wichtigen Gütekriterien der quantitativen Forschung wie Reliabilität und Validität auf die Verallgemeinerung der Ergebnisse ab (vgl. Kromrey 1991:196ff). Forschungsergebnisse können auf diese Weise kritisch hinterfragt werden und die Vorgehensweise erlaubt der Forscherin, aus dem üblichen Denkraum ausubrechen, Kreativität zur Lösung eines Problems zu entwickeln und schließlich neue Wege bei der Interpretation der Forschungsergebnisse einzuschlagen.

4.2.1. Narratives Einzelinterview

Als Technik, um die Auswirkungen der Umstrukturierungsmaßnahme, die Erhebung der neuen Lebensform sowie die Frage nach unterstützenden Beziehungen zu erheben, wurde das autobiographisch-narrative Einzelinterview gewählt. Bei dieser Erhebungstechnik ist das Erkenntnisinteresse methodisch sowohl auf die Wirkmechanismen in individuellen Einzelfallprozessen als auch

ihrer milieuspezifischen Besonderheiten ausgerichtet und führt vom besonderen zum allgemeinen (vgl. Glinka 1998:25). In der Erhebungs- und Analysephase des narrativen Interviews wurden die sozialen Erscheinungen betrachtet. Parallel dazu ging es ebenso um die Entdeckung neuer Aspekte der sozialen Wirklichkeit. Charakteristisch ist, dass die Forscherin zunächst Daten erhebt und sie anschließend mit einer kleinen Forschergruppe auswertet. Das narrative Interview ist eine Technik der qualitativen Forschung mit dem Ziel der Theorienbildung.

Die Durchführung der Interviews fand in den geschützten Aufenthaltsbereichen der Bewohner/innen statt, um eine möglichst natürliche Kommunikation zu garantieren. Dies stellte insofern kein Problem dar, da die Forscherin den Interviewpartner/innen bekannt ist. Charakteristisch für die Interviewsituation war, dass kein Interview sofort zielgerichtet beginnen konnte, sondern zunächst einmal allgemein geplaudert wurde und Informationen weitergegeben wurden. Dies hat zur Vertrauensbildung beigetragen und war somit einer offenen Kommunikation förderlich. Zum anderen zeigte sich schon im Vorfeld, wie schwer es diesen Menschen fällt, konzentriert an einem Thema zu bleiben und den Gedankenfluss in Gang zu halten. Diese Problematik wird von der in der Einrichtung tätigen Psychologin als typisches Krankheitssymptom der im Psychosozialen Betreuungszentrum lebenden Klientel beschrieben und ist somit nicht vorrangig als Mangel an Erzählbereitschaft oder narrativer Kompetenz zu sehen. Diese Gegebenheit hatte nur zur Folge, dass der Interviewverlauf, der normalerweise bei narrativen Interviews in keiner Weise strukturiert ist, bisweilen doch strukturiert wurde, um den Gedanken- und Erzählfluss aufrecht zu erhalten. Nach einer Einverständniserklärung der Gesprächspartner/innen wurden die Interviews elektronisch aufgezeichnet. Um dem Anspruch gerecht zu werden, die Gesprächsergebnisse möglichst authentisch darzustellen, wurden die Interviews transkribiert. Für die inhaltsanalytische Auswertung der Antworten wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring eingesetzt.

Der Entscheidung für qualitative Interviews lag außerdem zugrunde, dass sie laut Lamnek (vgl. 1993:61) für die sprachliche Erfassung von Bedeutungsmustern eine große Rolle in der empirischen Forschung spielen.

Die narrativen Interviews wurden mit der Intention geführt, Ansichten, Meinungen und Einstellungen der Bewohner/innen zu erheben. Das Ziel der narrativen Interviews bestand weiters darin, zusätzliche Informationen – vor allem solche, an die bei der Konzeption der Untersuchung nicht von vorneherein gedacht wurde – zu gewinnen. Seine Wirksamkeit bezieht das narrative Interview aus der alltagsweltlichen Kompetenz des Informanten (vgl. Glinka 1998:35) und somit konnten im Rahmen dieser Studie auch ganz spezifische und individuelle Probleme sichtbar gemacht werden. Gleichzeitig sind diese Informationen umfassender, weil sie nicht durch vorgegebene Antworten eingegrenzt sind. Das Handlungsschema des Erzählens ist eine elementare, institutionalisierte Form menschlicher Kommunikation. Die Basisregeln der Kommunikation fördern den Fluss der Erinnerungen der InformantInnen (vgl. Glinka 1998:36- 37).

Der Prozess der Datenerhebung ist keine einseitige Beobachtung der Forscherin, sondern eine interaktive Beziehung.

Selektives Sampling:

Die Samplingstrategie verfolgte eine möglichst große Repräsentanz jener Personengruppe, die im Jänner 2007 in den Heimbereich des Psychosozialen Betreuungszentrums Tulln übersiedelt wurde in Bezug auf ihr gemischtes Alter, ihre mannigfachen Diagnosen und ihre unterschiedliche Aufenthaltsdauer im asylierten Krankenhausbereich des Donauklinikums Gugging. Asyliert bedeutet hier, dass die Kosten von der zuständigen Sozialabteilung der Bezirkshauptmannschaft getragen wurden. Um eine geschlechtergerechte Erhebung durchzuführen wurden die Interviews mit je zwei Männern und zwei Frauen geführt. Die Anzahl der Interviews entspricht dem Maßstab für eine zeitlich extrem begrenzte Diplomforschungsarbeit (vgl. Glinka 1998:29). Zusätzlich kann laut Mayring angemerkt werden, dass exakt quantifizierbare Ergebnisse von Inhaltsanalysen auf der Basis einer großen Befragungsanzahl nicht unbedingt objektiver sind als qualitative Einzelfallergebnisse (vgl. Mayring 1995:35). So wurde vielmehr darauf geachtet, möglichst verschiedene Persönlichkeitstypen zu erfassen, um einen typischen Querschnitt zu erhalten. Die ausgewählten Patient/innen erhielten jeweils eine kurze Einführung in das Gesprächsthema und eine Erklärung warum bzw. an welchen Daten Interesse besteht. Ferner wofür die Informationen in weiterer Folge verwendet werden

und auch, um die Befragten zur Erzählform über ihre Erfahrungen, Einschätzungen und über ihre Erlebniswelt anzuregen. Es entspricht den Grundprinzipien wissenschaftlichen Arbeitens, dass Anonymität zugesichert wurde. Die Schaffung einer Vertrauensbasis war Voraussetzung, um überhaupt eine Bereitschaft für ein narratives Interview erlangen zu können. Die Interviewführung gestaltete sich wie bereits erwähnt aufgrund der Denk- und Sprachstörungen der Bewohner/innen als sehr schwierig und aufwendig.

Erfahrungen bei der Befragung von chronisch psychisch Kranken:

Bei narrativen Interviews bleiben PatientInnen schnell an einzelnen Begriffen, Erinnerungen, Wörtern hängen oder sie weichen allzu sehr vom Thema ab. Oder es muss der Hang zum Detaillierungszwang unterbrochen werden, um das Interview auswertbar zu erhalten. Immer wieder verlieren die Befragten plötzlich für ein paar Minuten / Sequenzen ihre verständliche Sprache. Auch muss die Autorin dafür sorgen, dass der Erzählfluss aufrecht bleibt.

Viele dieser LangzeitpatientInnen haben ein Problem mit Beschreibungen von Zuständen, die länger als ein paar Wochen/Monate zurückliegen - manche leben zeitweise überhaupt in einer "anderen Welt" z.B. in der Monarchie. So vertritt Hans Swilders (1991) die Meinung, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Depression, Neurosen u.a.) die eigene Vergangenheit häufig nicht wirklich ausreichend zur Verfügung haben. Sie werden mehr als gewöhnlich durch Angst vor der Zukunft in Anspruch genommen. Furcht, Misstrauen, Dominanz, Manipulation behindern ihren mitmenschlichen Umgang ernstlich (vgl. Pauls 2004: 189-190).

Befürchtungen und Blockaden der Interviewpartner/innen, dass das was sie zu erzählen haben, für die Forscherin irrelevant sein könne, weil sie darüber ja schon von anderen informativer unterrichtet worden sei, bzw. weil die Forscherin Repräsentantin der Organisation ist, wurden zunächst abgebaut; einerseits um die Fähigkeit zum Erzählen nicht negativ zu beeinflussen und andererseits, um Befürchtungen des Erzählers / der Erzählerin, im nachhinein gegenüber den Mitakteurinnen des Handlungsfeldes durch Herstellung von Öffentlichkeit bloßgestellt zu werden, zu reduzieren.

Nachdem versucht wurde, das Forschungsfeld sozusagen mit dem ethnographischen Blick eines Fremden zu begehen, bildeten die Erzählungen in den Interviews die Grundlage des Primärdatenmaterials.

Ergänzt wurden die narrativen Interviews der Betroffenen durch ein Experteninterview, da das Interesse bei dieser Interviewform – untermauert von Meuser/Nagel (vgl. 2005:75) – „... ein abgeleitetes Interesse darstellt, welches von einer Forschungsfrage abgeleitet wurde, für deren Bearbeitung auf Expertenwissen nicht verzichtet werden kann.“

Das Experteninterview fließt in diese Arbeit im Sinne von Komplementärwissen ein.

Analyse der erhobenen Daten

Die Analyse der erhobenen Daten wurde entsprechend den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Sie kristallisierte sich nach einigen Versuchen als die zweckmäßigste Methode, in Bezug auf die Erlangung von Ergebnissen zur Forschungsfrage, heraus. Gerade die strukturierte Inhaltsanalyse nach Mayring macht es möglich, die schwierigen Kommunikationsinhalte der vorgelegenen Texte nicht nur wissenschaftlich zu analysieren sondern auch Erkenntnisse zur sozialen Wirklichkeit der Betroffenen zu erlangen (vgl. Mayring 2005:20). Merten definierte die Inhaltsanalyse nach Mayring als eine Methode zur Erhebung sozialer Wirklichkeit, bei der von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nicht-manifesten Kontextes geschlossen wird (vgl. Merten 1995:15).

Der Aspekt des Verstehens wird von Groeben besonders betont, wenn er als Ziel einer Inhaltsanalyse eine möglichst objektive verstehende Beschreibung deklariert und die Bedeutung einer Botschaft als Aufgabe beschreibt (vgl. Groeben 1987:1).

Bei der Auswertung des verschrifteten Materials wurden in einem ersten Schritt die erhobenen Daten / Informationen sozialwissenschaftlich-hermeneutisch paraphrasiert. Hermeneutisch meint ein Verfahren, das ein Vorverständnis der Interpreten im Prozess der Deutung herausstreicht (vgl. Mayring 1990:83). Verstehen soll sich im hermeneutischen Zirkel vollziehen. Demgemäß wurden inhaltlich zusammenhängende Passagen des Textes so mit eigenen Worten zusammenfassend wiedergegeben, dass die Deutung der subjektiven Perspektive der Subjekte erarbeitet werden konnte (vgl. ebd.). Die Ergebnisse dieser Interviews sind nicht Sätze der Forschergruppe, die sie über soziale Erscheinungsformen formuliert sondern Beobachtungssätze, die die

interviewten Personen über sich selbst aussprechen.

Durch die anonymisierenden Analysen werden die situationsbezogenen Informationen zu situationsungebundenen Informationen.

An dieser Stelle möchte die Autorin die Vorstellung ad absurdum führen, dass die vorangegangene Beschreibung sich in einer relativ einfachen und kurzfristigen „Nacherzählung“ der Geschichte, die die befragte Person präsentiert hat, erschöpfe. So zeichnen die in diesen Erzählungen aufscheinenden Prozesse Handlungs- und Erleidensabläufe eines Alltagsgeschehens nach. Diese Abläufe vollziehen sich in konstituierenden, verändernden, als auch abbrechenden sozialen Beziehungen (vgl. Glinka 1998:34). Mit dem autobiografisch-narrativen Interview wurde ein Forschungsverfahren gewählt, bei dem die Steuerung und Intervention der Forscherin weitgehend zurückgenommen wird. Mit einem hoch entwickelten und ausdifferenzierten Erhebungs- und Analyseinstrumentarium werden die Erfahrungs- und Orientierungsbestände des Informanten durch die Perspektive des von ihm unterlegten, jeweils gültigen Relevanzsystems rekonstruiert. Laut Glinka ist vorwegzunehmen, dass die Kompetenz zum Stegreiferzählen nicht nur weitgehend vorhanden ist, sondern auch ein über die Jahre immer wieder bestätigter Erfahrungswert zeigt, dass diese Kompetenz schichtunabhängig unter den Menschen verteilt ist. „Damit wird die Annahme, viele potentielle Informationen, insbesondere die aus den sozial-ökonomisch benachteiligten Milieus, seien nur unzureichend oder gar nicht in der Lage, im Rahmen einer Stegreiferzählung eigen erlebter Erfahrungen eine Geschichte zu erzählen, obsolet.“ (Glinka, 1998:35).

In der Einschätzung und ersten Auswertung dieses Datenmaterials bekam die Forschergruppe ein Gespür für die allgemeinen und besonderen sozialen Erscheinungen und Prozessesstrukturen. Beim Durchlesen wurden alle Textstellen markiert, die spontan ersichtlich Antworten auf die entsprechenden Forschungsfragen waren. Als schwierigstes Problem gestalteten sich aber die Maßstäbe des Auswertens selbst. Waren doch im nächsten Arbeitsschritt der Kategorisierung die Kernaussagen zu identifizieren und die Paraphrasen zu generalisieren und abstrakter zu fassen, um dem Anspruch der Vergleichbarkeit der relevanten Dimensionen zu erfüllen.

Kategorienbildung

Die in Einheiten zerlegten Informationen wurden untereinander abgewogen, bedeutungsgleiche ebenso wie die sich widersprechenden Informationen, und in inhaltsanalytische Kategorien eingeteilt. Diese Kategorien befriedigten aber vorerst nicht in Hinblick auf die Forschungsfragen. Dies verwies das Forschungsteam auf die Notwendigkeit, thesengeleitete Kategorienschemen zu bilden und diese gleichzeitig induktiv zu erweitern.

Nach der erneuten Zuordnung des Materials und einer ersten Textreduktion erfolgte im nächsten Schritt die Zusammenführung der Kategorien der vier einzelnen Auswertungen und die zweite Textreduktion gemäß dem Ziel immer abstrakter, komplexer zu werden.

Auf der Ebene der Reduktion löst man sich „vom Fall“ und es kann das Phänomen beleuchtet werden. Diese Vorgehensweise folgt immer dem Prinzip der zusammenhängenden Betrachtung; dies meint, dass Handlungssequenzen und nicht isolierte Handlungen analysiert werden und durch Kommunikation mit den Betroffenen die Gültigkeit der Interpretation (kommunikative Validierung) überprüft wird (vgl. Mayring: 1990:84).

Ausschnitt einer qualitativen Auswertung:

Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring			
Paraphrase		Generalisierung	Reduktion
Zelle			K = Kategoriesystem
6	Am 24. oder ähnlich bin ich übersiedelt	PatientInnen erinnern sich relativ genau an das Übersiedlungsdatum	K1 Beeinflussung der sozialen Lebensumstände K2 Beeinflussung der physischen Lebensumstände K3 Beeinflussung der psychischen Lebensumstände K4 Vorstellungen zur Lebensform K5 Zufriedenheit und Lebensform K6 Probleme mit der Umwelt K7 Unterstützende Beziehungsnetze (dieses Kategoriesystem von K1-K7 ist thesengeleitet und wurde induktiv erweitert)
8	Ich hatte den Wunsch nach einem schönen Zimmer geäußert	Vor der Übersiedlung wurden Wünsche geäußert	
9	Ich habe ein schönes Zimmer.	Wünsche wurden erfüllt, Patienten sind zufrieden	
11	Aber es gibt unangenehme Kollegen	Das Verhalten mancher PatientInnen ist unangenehm und bedrohlich	
11	Eine Kollegin hat mir mit der Faust auf den Rücken geschlagen	Manche PatientInnen attackieren andere	
13	Eine Kollegin hat mir heute den Vogel gezeigt.	Manche Verhaltensweisen von PatientInnen sind beleidigend	
15	Ein Kollege will mich aus dem PSBZ nehmen	PatientInnen wollen das PSBZ verlassen	
15	Wir wissen nicht, ob das geht	Unsicherheiten bezüglich der Realisierung von Vorhaben	
16	Ich könnte bei seinem Vater ein Zimmer haben	Andere Wohnmöglichkeiten sind vorhanden	
18	Außerhalb des PSBZ nach einer Wohnmöglichkeit suchen	Alternative Wohnmöglichkeiten suchen	
20	Der will mich heiraten und so	Lebensziele klären und verwirklichen	
22	Einerseits will ich das,...	Unsichere Vorhaben, Entscheidungsbereitschaft	
25	Ich möchte einmal außerhalb des PSBZ leben	Zukunftsvorstellungen sind vorhanden und werden formuliert	

Die sieben aus der Gliederung des Fragebogens abgeleiteten deduktiven Kategoriensysteme wurden von zwei Forscherinnen im dialog-konsensuellen Verfahren (vgl. Groeben 1988:22) nach der Generalisierung im Zuge der ersten Reduktion durch Selektion um die induktive Kategoriendefinition erweitert und zusätzlich von einer unabhängigen Forscherin überprüft.

Der methodologische Anspruch einer rein induktiven Kategorienbildung konnte daher nur näherungsweise realisiert werden.

2. Kategoriensystem:

K1-K7 plus induktive Kategorien wie: Übersiedlung, Stimmung allgemein, Grundversorgung, Allgemeines, Versorgung, Betreuung, Arbeit-Beschäftigung-Tätigkeiten-Freizeit-Tagesstruktur, Gesundheit, Soziale Kategorie und Sonstiges.

Durch die induktiven Kategorien wurde darauf geachtet, dass auf den Interpretationsebenen keine Informationen verloren gehen.

Im nächsten Arbeitsschritt wurden die Auswertungen aller Kategorien der vier Interviews in einer Tabelle zusammengefasst, einer zweiten Textreduktion und neuerlichen Bündelung unterzogen und in Folge in einem neuen Kategoriensystem mit letztlich neun Kategorien zusammengestellt:

K1 Beeinflussung der sozialen Lebensumstände

K2 Beeinflussung der physischen Lebensumstände

K3 Beeinflussung der psychischen Lebensumstände

K4 Vorstellungen zur Lebensform und Zufriedenheit mit der dzt. Lebensform

K5 Probleme mit der Umwelt

K6 Unterstützende Beziehungsnetze und Besuch

K7 Arbeit – Beschäftigung – Freizeit - Tagesstruktur

K8 Gesundheit und Versorgung

K 9 Übersiedlung

Vor den Interpretationen erfolgten durch das Forschungsteam eine Rücküberprüfung des zusammengefassten Kategoriensystems am Ausgangsmaterial und eine dritte Textreduktion.

In derselben Weise wurde auch das Experteninterview analysiert und überprüft.

Die Interpretationen entstanden in Forschungsteams von meist drei Personen, wobei darauf geachtet wurde, dass sich dieses Team möglichst unterschiedlich zusammensetzte, um eine große Bandbreite von möglichen Interpretationen einzelner Stellen zu gewährleisten und nicht mögliche Sichtweisen von vorneherein zu übersehen. Bei der Zusammenfassung der zu interpretierenden Sequenzen wurde versucht, spezielle Probleme quer durch alle Interviews und verschiedenen Situationen hindurch zu beleuchten. Durch diese vergleichende Analyse ein und desselben Problems in unterschiedlichen Fällen wurden Gemeinsamkeiten aber auch Gegensätzlichkeiten aufgezeigt. Es wurden die zentralen Gemeinsamkeiten der Untersuchung dargestellt aber auch, welche Optionen den Handelnden in ihrer Situation überhaupt zur Verfügung standen. Es wurde der Versuch unternommen, gemeinsame Themen, die von den Interviewten selbst angesprochen bzw. eingebracht aber in sehr unterschiedlicher Weise behandelt bzw. beurteilt wurden, vergleichend zu analysieren. Qualitative Forschung kann nichts über die Verteilung aber sehr viel über Inhaltliches aussagen.

Es erscheint auch von Bedeutung, die linguistischen Aspekte darzustellen, die sich zeigen, wenn versucht wird, Texte möglichst objektiv und systematisch zu analysieren. „Die Auffassung, dass Wörter, Sätze oder Texte für bezeichnete Gegenstände oder Vorstellungen stehen, ist in der Sprachphilosophie spätestens seit Wittgenstein überholt“ (Knapp 1995:21). Wittgenstein's „Philosophische Untersuchungen“ münden in sein Zitat: „Die Bedeutung des Wortes ist sein Gebrauch in der Sprache“ (Wittgenstein 1969:311). Damit ist nach Knapp die Bedeutung der sprachlichen Äußerung immer in eine soziale Handlung integriert, sozial determiniert und erst zu erschließen, wenn man weiß, welche sprachliche Handlung mit dem sprachlichen Zeichen vollzogen wird.

4.2.2. Strukturiertes Interview unter Einsatz eines Fragebogens

Um die Qualität dieser Forschungsarbeit zu vertiefen wurde dieser Schritt auch mittels eines strukturierten Interviews unter Einsatz eines Fragebogens vollzogen. Mit anderen Worten: Dieser quantitative Forschungsablauf folgt einer vorgegebenen Systematik, die dafür sorgt, dass sich die Daten auf die Hypotheseprüfung richten. Diese Regelgeleitetheit spiegelt sich in standardisierten Datenerhebungsinstrumenten wider. So sind beispielsweise bei einer Befragung die Formulierungen der Fragen, ihre Reihenfolge und ebenso die Antwortkategorien vorgegeben. Die Antworten sind nach dieser Logik besser miteinander vergleichbar obwohl auch zu diskutieren wäre, ob tatsächlich alle Befragten unter der gleichen Frage auch das Gleiche verstehen. Jedenfalls sollte diese unmittelbare Vergleichbarkeit zur (nie vollständig) erzielbaren Objektivität der Forschung beitragen. Diese 2-fache Analyse bedeutete aber auch einen erheblichen Mehraufwand für die Autorin.

Da es zu diesem Forschungsgebiet keine vergleichbaren Studien gab, wurde ein Fragebogen konzipiert.

Die Gliederung des Fragebogens erfolgte in folgende Bereiche:

- A. Zufriedenheit mit der aktuellen Lebens- und Betreuungssituation
- B. Zufriedenheit mit dem Tagesablauf und Hausregeln
- C. Zufriedenheit mit dem Freizeitangebot
- D. Zufriedenheit mit der Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitsituation
- E. Zufriedenheit mit der Wohnsituation
- F. Zufriedenheit mit der Nachbarschaft und dem Umfeld.

Dieser Aufbau sollte es den Befragten ermöglichen, rasch einen Überblick über die einzelnen Aspekte der Befragung zu gewinnen.

Die möglichst kurzen und in der Alltagssprache formulierten Fragestellungen erfolgten in semistrukturierter (geschlossener und offener) Form. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten waren beim Alter mit Maßzahlen (0-100 Jahre) und bei allen anderen Fragestellungen entweder durch Einfachwahlfragen oder durch 5-stufige Skalen, mit bipolaren Frageitems, abgestuft möglich (ausgenommen die demografischen Daten). Die 5-stufige Skala wurde

gewählt, da sie dem Schulnotensystem entspricht, dem Menschen am Vertrautesten ist und ihre Reliabilität (die Messgenauigkeit/Verlässlichkeit) erwiesen ist. Für das Auswertungsverfahren wurden die Skalen symmetrisch gebildet, da die Fragen eine positive/negative Zuordnung zulassen. Ursprünglich bestand die Überlegung, eine 4-teilige Skala zu verwenden, um die Tendenz auf Mittelwerte zu gehen, zu verhindern. Letztendlich setzte sich das Forschungsinteresse dahingehend durch, zu erfahren, ob durch die Verwendung der 5-teiligen Skala auch bei dieser befragten Personengruppe eine Tendenz zu neutralen Werten besteht.

An dieser Stelle wird vorweggenommen, dass sich diese Tendenz bei der befragten Personengruppe nicht bestätigt hat.

Die 5-stufige Skala, bei der die Bewohner/innen von „hoher Zufriedenheit“, über „neutral“ bis „starker Unzufriedenheit“ beurteilen können, soll eine differenzierte Information über die Ausprägung eines Merkmales liefern. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Abstufungen subjektiv unterschiedlich aufgefasst werden. Dies kann zu Antworttendenzen führen.

Da bei schriftlichen Befragungen die Tendenz zu weniger Rücklauf besteht, wurde versucht, dieser Tendenz durch die Verteilung von Getränkebons bei Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen entgegenzusteuern. Von einer persönlichen Befragung wurde Abstand genommen, um die Tendenz zu „sozial erwünschten“ Antworten und Suggestion zu vermeiden. Typisch für die Fragebogenmethode ist, dass allen Befragten eine sprachlich klar strukturierte Vorlage zur Beurteilung vorgegeben wird. Alle Personen beurteilen also anhand der gleichen Verhaltensweisen, Merkmale und Eigenschaften (vgl. Mummendy, 1987).

Nach einer Vorerhebung im Feld und Hinweisen aus den ersten narrativen Interviews wurde der Fragebogen schließlich um die offenen Fragen erweitert und die vorhandenen Fragen wurden präzisiert. Die mittels offener Fragen erwartbaren Informationen liefern zwar keine quantitativen Daten, dafür aber die Chance, evt. vollkommen unbekannte Aspekte zu erschließen. Ihre Auswertung besteht darin, die Antworten zu sammeln, zu ordnen und gegebenenfalls auszuzählen. Bei einer weiteren Erhebung könnte dann

anstelle der freien Frage eine Auswahlfrage (formuliert aus den jeweils zusammengefassten Antworten zu einer Frage) gestellt werden.

Die Anzahl von 56 Fragen mag im Vergleich zu anderen Fragebögen relativ hoch erscheinen, doch in Hinblick auf mögliche weitere Forschungsprojekte in diesem Gebiet wurde der Fragebogen bewusst sehr ausführlich gestaltet, um eine solide Basis für weitere Themenfindungen zu bilden. Allgemeine Richtwerte in der Fachliteratur umfassen zwischen 20 und 40 Fragen (vgl. Konrad 2005:120).

Aufgrund mehrerer Expertengespräche wie mit der therapeutischen Leiterin und der Psychologin des Psychosozialen Betreuungszentrums konnte davon ausgegangen werden, dass es einige Personen geben wird, die den Fragebogen aufgrund ihres Krankheitsbildes (z.B. paranoide Vorstellungen) nicht ausfüllen werden. Jene, die von sich aus bereit sind, diese Fragebögen auszufüllen, werden auch eine längere Version akzeptieren. Ein weiteres Expertengespräch mit einer in der Psychiatrie erfahrenen Meinungsforscherin bildete die Grundlage davon auszugehen, dass der Fragebogen einen vertrauensbildenden Fragenaufbau verlangt, da psychisch kranke Menschen häufig auf Befragungen mit Angst und starker Abwehr reagieren. Diese Aussage bestätigte sich im Forschungsfeld. Es bedurfte Geduld und auch Überzeugungsarbeit, die Bewohner/innen zum Ausfüllen der Fragebögen zu motivieren.

So wurden einleitend zwei sehr alltägliche Fragen nach dem derzeitigen Befinden gestellt. Diese Fragen sollten dem Ziel der rituellen „Gesprächseröffnung“ und zur Motivation, den Fragebogen auszufüllen, dienen. Für die Auswertung waren diese Fragen letzten Endes in Bezug auf Krisen und Überforderungen von Bedeutung.

Geschlecht, Alter, Familienstand, Diagnose, Aufenthaltsdauer in Gugging und Schulbildung wurden erst geblockt am Ende des Fragebogens abgefragt, um auch Auskunft über die Diagnose zu erhalten.

Die unterschiedlichen Zuordnungen der Adressaten der Fragebögen (Bewohner/innen, Sachwalter/innen und besachwaltete Bewohner/innen) wurden gekennzeichnet, um gegebenenfalls Häufigkeiten nachvollziehen zu können. Die „doppelten“ Fragen sollten Auskunft darüber geben, ob die Antworten der befragten Person einer logischen Struktur folgen.

Operationalisierung

Operationalisierung ersetzt die persönlichen und subjektiven Wahrnehmungen und Empfindungen von Menschen durch Zuordnung von objektiv messbaren und kontrollierbaren Reizen und ebenso von objektiv mess- und kontrollierbaren Antworten damit sie prinzipiell von jedem beliebigen Beobachter / jeder beliebigen Beobachterin zu jeder beliebigen Zeit wiederholbar sind. Bei der Operationalisierung der relevanten Dimensionen ist darauf hinzuweisen, dass sich manche Fragen auf mehrere Inhaltsbereiche beziehen können.

Operationalisierungsschritte:

I. Veränderungen der sozialen, physischen und psychischen Lebensumstände durch die Übersiedlung:

Fragen nach der subjektiven Erlebniswelt der Betroffenen und Bewertung

II. Überforderung:

Überforderung ist erkennbar an Konflikten in der Interaktion mit Mitbewohner/innen und der Tullner Bevölkerung sowie am Mangel einer strukturierten Tagesbewältigung und persönlichen Lebensform wie z.B. einem sehr zurückgezogenen, abgeschotteten Leben:

Fragen nach dem Befinden

Fragen nach Problemen mit der neuen Lebenssituation

Fragen nach Problemen mit den Nachbarn und dem Umfeld

Fragen nach der Bewertung der medizinischen, pflegerischen und betreuenden Versorgung

Fragen nach der Bewertung des Umganges mit Suchtmittel

Fragen nach der Bewertung des Tagesablaufes

Fragen nach der Bewertung der Wohnform

Fragen nach der Bewertung des Umfeldes

III. Zufriedenheit mit der neuen Lebensform:

Fragen wie z.B. "Es fällt mir schwer, wieder neue soziale Kontakte am neuen Lebensort zu knüpfen." Oder "Ich finde es schwierig, weil ich mich in Tulln so wenig auskenne." wurden von der Einrichtungsleitung bei dem strukturiertem Interview unter Einsatz eines Fragebogens nicht gestattet. Da der Begriff Zufriedenheit aber eher eine Grundbefindlichkeit (subjektive Erlebniswelt der Betroffenen) als eine differenzierte Bewertung einzelner Faktoren nahe legt, wird der Begriff im Fragebogen zumindest dahingehend operationalisiert: Entspricht die neue Lebensform im Psychosozialen Betreuungszentrum Tulln den Erwartungen auf den Gebieten wie

- Betreuung, Pflege und medizinische Versorgung
- Tagesablauf und Hausregel
- Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitsituation
- Wohnsituation, Wohnform, Wohnumgebung und Infrastruktur
- Nachbarschaft und Umfeld

Um dennoch differenziertere Ergebnisse im Hinblick auf die Begriffe Überforderung und Zufriedenheit zu erhalten, wurde dies bei der Auswertung der offenen Fragen der Fragebögen und der narrativen Interviews berücksichtigt. Konkret: Es wurde erhoben, welche Ereignisse und Aussagen für Überforderung sprechen, anhand welcher Beschreibungen Zufriedenheit mit der eigenen Bewältigungskompetenz in der neuen Situation besteht und wo Hinweise auf die Notwendigkeit der Unterstützung durch das Betreuungspersonal gegeben sind. Weiters auch, wie Zufriedenheit als Differenz zwischen den Erwartungen und dem Eingetretenen beschrieben wird.

IV. Unterstützende Beziehungsnetzwerke:

Frage nach Lebenspartner/in

Frage nach Sachwalter/in

Zusätzlich: Untersuchung der Netzwerkkarten

V. Normalisierung:

Der Begriff Normalitätsprinzip / Normalisierung wurde durch folgende Fragen messbar gemacht:

Fragen nach dem allgemeinen Befinden (einleitend)

Fragen nach der Bewertung der Übersiedlung und den damit verbundenen Veränderungen

Fragen nach der Bewertung der medizinischen, pflegerischen und betreuenden Versorgung

Fragen nach der Akzeptanz der Hausregeln

Fragen nach der Bewertung der Freizeitmöglichkeiten

Fragen nach der Bewertung der Arbeits- / Beschäftigungssituation

Fragen nach der Bewertung der Infrastruktur

Fragen nach der Bewertung der Wohnsituation, der Wohnform und der Wohnumgebung

Befragte Personengruppen

- 36 LangzeitpatientInnen (die Gesamtzahl der im Jänner 2007 übersiedelten Personen war 40; zwei Männer verstarben vor Befragung und zwei weitere Personen konnten aufgrund ihres Krankheitsbildes den Fragebogen nicht ausfüllen)
- 12 Sachwalter/innen

Die Fragebögen wurden an 29 Sachwalter/innen mit der Bitte übermittelt, den Fragebogen so auszufüllen, wie sie meinten, dass ihre Probanden die Fragen beantworten würden.

Zur Erhebungsmethode des Fragebogens wird angemerkt, dass ein Messverfahren zuverlässige Daten liefern kann, ohne deshalb gültig zu sein, z.B. wenn durch das Instrument Misstrauen, Angst, Abwehr und Verstellung hervorgerufen werden. Die Ankündigung der Befragungen - sowohl der narrativen Interviews besonders aber der Fragebögen - hat gezeigt, dass diese von der untersuchten Personengruppe häufig mit IQ-Tests in Verbindung gebracht werden. Dies hatte unmittelbar eine hohe Ablehnung der Befragung hervorgerufen. Um dennoch Zugang zu finden, wurden die leitenden Betreuer/innen in die Durchführung der Befragung miteinbezogen und instruiert, da erfahrungsgemäß die Personengruppen der Bereichs- und Stationsleitungen die Vertrauenspersonen der Bewohner/innen darstellen. Der Erfolg einer Befragung ist vor allem dann von der Instruktion abhängig, wenn es gilt Ängste abzubauen und, wenn es um die Motivation geht, den Fragebogen auszufüllen (vgl. Konrad 2005:102). Die leitenden Betreuer/innen wirkten einerseits "wegbereitend" für die strukturierten Interviews und andererseits auch „unterstützend“ beim Ausfüllen der Fragebögen mit.

Die schließlich vorgefundene Gesprächsbereitschaft der Bewohner/innen sowie eine äußerst hohe Rücklaufquote der Fragebögen bestätigten die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit dieser Vorgehensweise bei hospitalisierten Personen und gleichzeitig auch die Bedeutsamkeit der beständigen, vertrauensbildenden professionellen Beziehungen in einer sozialen Betreuungseinrichtung.

4.2.3. Erstellung der Netzwerkkarten

Für die Erstellung einer Netzwerkkarte wird der Bewohner / die Bewohnerin als Ankerperson gewählt und in den Mittelpunkt eines Din A3-Blattes gezeichnet. Er / Sie bildet das Zentrum des Netzwerkes. Dann wird die Fläche der Unterlage in vier Sektoren geteilt: Freunde/Bekannte, Familie, Schule/Beruf und professionelle Beziehungen. In einem weiteren Schritt werden gemeinsam mit dem Bewohner / der Bewohnerin die Personen des sozialen Umfelds eingetragen: Je wichtiger diese Person ist, desto näher wird das Symbol für diese Person zur Ankerperson gezeichnet. Besteht zwischen zwei Personen Kontakt, werden diese mit einer Linie verbunden. Dadurch entsteht Stück für

Stück ein Netz, das in den Sektoren unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Schließlich werden diese Netzwerke in einen inneren Kreis der engeren Kontakte und einen äußeren Kreis der seltenen / loseren Kontakte unterteilt.

Im gegenwärtigen Forschungsfeld konnten zwanzig Netzwerkkarten erstellt werden.

5. Ergebnisse

5.1. Darstellung der interpretativen Auswertung

Die Aussagen / Texte der Bewohner/innen- und des Experteninterviews wurden schrittweise anhand der neun Ergebniskategorien interpretiert:

5.1.1. Experteninterview

Die im Jahr 2000 gefällte weitreichende Entscheidung der NÖ Landesregierung, Gugging aufzulösen, wurde von den Bediensteten und PatientInnen sehr unterschiedlich und kritisch aufgenommen. Es entstanden Ängste und niemand konnte sich vorstellen, dass eine jahrhundertlange Tradition aufgelöst wird. In zahlreichen Baubesprechungen wurde überlegt, wie die chronifiziert psychisch Kranken in Zukunft untergebracht werden sollten und man hat versucht, die Wünsche des Landes aber auch der künftigen Nutzer/innen und des Personals zu berücksichtigen. Den künftigen Bewohner/innen sollte es möglich sein, so zu leben wie man zu Hause lebt. Als Normalitätsprinzip bezeichnet, verstand man darunter, dass sie eine Wohnung mit eigenem Sanitärbereich haben sollten. Tagsüber sollten Beschäftigungsmöglichkeiten, Betreuungsangebote und Kommunikationsbereiche vorhanden sein. Eine wesentliche Zielsetzung war, dass dieses Haus keine geschlossene Institution wird sondern, dass die Menschen sich dort jederzeit frei bewegen können. 2005 wurde am Areal des Landespflegeheimes Tulln mit dem Bau des Psychosozialen Betreuungszentrums begonnen. Kritisch wird hier noch immer angemerkt, dass für psychisch kranke Menschen eher ein ländlich geprägter Lebensraum gewählt werden hätte sollen. Dort hätten für sie vermehrt Möglichkeiten bestanden, sich frei in der Umgebung zu bewegen ohne ständig mit der umliegenden Bevölkerung in Berührung zu kommen. In Gugging und der nahe gelegenen Stadt Klosterneuburg gehörten die PatientInnen für die Bevölkerung zum Alltagsbild und es gab keine Probleme. Aber wie wird das in Tulln – einer neuen Umgebung und Stadt - sein, wenn dort plötzlich psychiatrische PatientInnen sind, die dem Klischee der Stadt nicht entsprechen? Anfangs waren die ersten Begegnungen der Tullner Bevölkerung mit den neuen Bewohner/innen überraschend und gewöhnungsbedürftig. Auch

im Landespflegeheim hat es unter den Bewohner/innen und Mitarbeiter/innen Verunsicherung gegeben und nahezu keiner wusste, wie er sich bei den ersten Begegnungen verhalten sollte.

Bei Veranstaltungen des Landespflegeheimes – vor und nach der Übersiedlung der PatientInnen – wurde darauf hingewiesen, dass diese Menschen nicht mehr oder weniger gefährlich sind als die Durchschnittsbevölkerung. Die Bewohner/innen sind Menschen mit mehr oder weniger starken Selbstfürsorge-defiziten, die nicht immer auf den ersten Blick erkennbar sind, oder die aber auch ganz deutlich erkennbar sein können. Das Wichtigste wäre, diesen Menschen so normal wie möglich gegenüber zu treten und sie so normal als möglich zu behandeln. Gemäß dem Normalitätsprinzip wurde darauf hingewiesen, dass man den Bewohner/innen des PSBZs in einer unangenehmen Situation so begegnen soll, wie man allen anderen begegnet, die etwas unangenehmes tun (z.B. dass jemand nicht so mit einem reden soll, oder etwas nicht tun soll, oder einen nicht ansprechen soll). Diese Vorgabe kann wahrscheinlich nicht jeder erfüllen, der sich mit dieser Thematik noch nie auseinandergesetzt hat und bedeutet für Leute, die mit solchen Menschen bisher nicht in Berührung gekommen sind eine Umstellung. Wenn man aber mit solchen Menschen regelmäßig zu tun hat wird es zur Selbstverständlichkeit und es gibt keine Berührungsängste mehr. Es geht einfach darum, Ängste zu nehmen und normal zu reagieren. Einerseits nichts zu bagatellisieren und immer offen für Gespräche zu sein und andererseits nicht irgendetwas zu verstecken oder zu verheimlichen. Das erscheint der beste Ansatz im Umgang mit den Bewohner/innen des PSBZ zu sein. Dies kann aber nicht automatisch von allen Menschen verlangt werden, denn Fremde, die herkommen, sehen das vielleicht anders, weil sie den Umgang nicht gewöhnt sind.

Mittlerweile nehmen die PatientInnen an den Veranstaltungen des Rosenheimes teil. Man kennt sie und weiß, wie sie reagieren. Viele wissen, dass man sich darüber nicht mehr den Kopf zerbrechen muss.

Es hat eine gegenseitige Annäherung stattgefunden.

5.1.2. Bewohner/inneninterview

Auch die Bewohner/innen des PSBZ erinnern sich an das Übersiedlungsgeschehen relativ genau. Die Grundlage für ihre Stabilität bildete ein rücksichtsvoller Umgang miteinander, denn durch die Verlegung des Lebensraumes wurde die Alltagsroutine innerhalb ihrer Lebenswelt gebrochen. In den sozialen, physischen und psychischen Lebensumständen zeigte sich dies indem Lebensziele neu überdacht und abgeklärt werden. Heute darüber zu sprechen fällt den Bewohner/innen schwer, da das Denken und Sprechen für sie z.B. aufgrund von Gedankensperren oder unterbrochenem Gedankenfluss oft schwierig ist.

Folgend wird die Fülle der Bedeutungen, die ihre Aussagen haben, als Typisierung reduziert, dargestellt:

Wahrgenommen wird von den Bewohner/innen des PSBZs das Verhalten der Mitbewohner/innen und das wird von ihnen sowohl freundschaftlich als auch als unangenehm und bedrohlich erlebt. In letzterem Fall sind die Bewohner/innen erleichtert, wenn PatientInnen mit schweren Erkrankungsformen mehr in die Schranken gewiesen werden und auf jede Person Rücksicht genommen wird. Da die Bewohner/innen dem Heimaufenthaltsgesetz unterliegen, können unter bestimmten Voraussetzungen freiheitsbeschränkende Maßnahmen gesetzt werden. In bedrohlichen Situationen vermittelt das Einzelzimmer den Nutzer/innen ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. In den Mehrbettzimmern in Gugging gab es nach ihren Erzählungen oft schlimme Situationen und Erfahrungen. Somit stellt das Einzelzimmer eine Erweiterung ihrer Verhaltensmöglichkeiten zur Konfliktbewältigung dar. Die Bewohner/innen können ihre Zimmer selbst gestalten, müssen sich aber auch den Pfleger/innen richten. Dies fällt ihnen aber meist nicht schwer und findet den theoretischen Bezug bei Goffman's Totale Institutionen. Die Bewohner/innen äußern, dass sie mit Mitbewohner/innen und Nachbarn keine Probleme haben. Sie vertragen sich aufgrund des Wissens über die Krankheit und deren „Unheilbarkeit“. Sie sind freiwillig im PSBZ und sind froh, wenn sie von ihrem Umfeld keine Vorwürfe bekommen, dass sie sich in stationäre Behandlung begeben haben. Diese Bewohner/innen waren oft schon mehrere Jahre nicht mehr in ihrer Heimat. Zu den ersten stationären Aufnahmen wird erzählt, dass Krisen meist unerwartet auftreten und die ersten Aufenthalte der PatientInnen in Gugging oft

nur wenige Tage dauerten. Für die Menschen vergeht die Zeit beim ersten Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung äußerst langsam.

Ein zentrales Thema stellt „Vertrautes“ und „Neues“ dar. „Krisen können durch akute lebensverändernde Ereignisse ausgelöst werden, die für einzelne Personen oder Mikrosysteme die Alltagsnormalitäten gefährden können.“ (Keupp 2004:23). In Gugging gab es durch den Krankenhausbetrieb Vertrautes und Neues und die PatientInnen konnten selbst bestimmen, was sie sich zutrauten. Die Übersiedlung bedeutete für alle ein lebensveränderndes Ereignis. Nach einem Jahr im PSBZ begegnen sie nun immer denselben Personen und es gibt kaum Veränderungen. So gibt es jene, die sich im PSBZ wohlfühlen und glücklich sind und jene, die Gugging sehr vermissen.

Die Bewohner/innen bedauern, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Vor der Aufnahme in die Psychiatrie waren sie jahrelang berufstätig und sie freuen sich, wenn frühere KollegInnen den Kontakt zu ihnen halten. Bewohner/innen, die ihre Schulzeit in Tulln verbracht haben, kennen Tullner Bürger und finden sich in Tulln gut zurecht. Zu unterscheiden ist wieder unter jenen, die sich mit ihren Angehörigen, Mitbewohner/innen, Betreuungspersonal und ehemaligen KollegInnen über ihre Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft unterhalten und jenen, welche sich sehr zurückziehen oder nur mit einigen wenigen sprechen.

Allgemein gültig ist: Kleine Geschenke erfreuen die Bewohner/innen.

Die Einzelzimmer und die Ruhe im PSBZ stellen wie bereits erwähnt, einen großen Unterschied zu früher dar. Es wurde damit gerechnet, dass alles schön und neu ist. Neues wird aber – oft aus Angst vor Krankheitsschüben – nicht aufgesucht. So bewältigen die Patient/innen von Gugging die Übersiedlung wie auch jede andere Veränderung sehr schwer und unterschiedlich gut. Da Vertrautes wichtig ist gibt es Bewohner/innen, die das Zimmer oder die Abteilung kaum verlassen; dennoch freuen sie sich, wenn sie die vertraute Umgebung ausweiten können. Dabei sind jene nicht zu vernachlässigen, die die vertraute Umgebung auch dann nicht verlassen wollen, wenn sie begleitet und unterstützt werden.

Obwohl es im PSBZ „wie in einem Hotel“ ist, hat es einer Gruppe von Menschen in Gugging besser gefallen. In Gugging war mehr Platz und die weitläufige Parkanlage und der Teich werden sehr vermisst. Anderen gefällt

jetzt wiederum die Umgebung in Tulln besser. Manche Dinge sind im PSBZ besser, manche waren in Gugging besser. Keine Aussage und kein Verhalten kann idealtypisch zugeordnet werden. In der Realität zeigen sich immer Mischformen.

Der Krankheitsverlauf ist bei chronisch psychiatrischen PatientInnen unterschiedlich. Tage ohne Psychosen sind für sie gute Tage. Sie wissen, dass es wichtig ist, selbst dazu beizutragen, dass es einem gut geht. So machen sie einerseits alles, damit es ihnen im PSBZ gut geht, andererseits meinen sie auch, dass es ihnen nur in einem psychiatrischen Krankenhaus gut gehe. Es gibt sowohl PatientInnen bei denen durch die Übersiedlung eine Psychose ausgelöst wurde, als auch PatientInnen wo keine Psychose ausgelöst wurde. Im Laufe der Zeit wird die Einrichtung des PSBZ auch von PatientInnen, die vor der Übersiedlung große Ängste hatten, positiv gesehen. Neues/Fremdes wird durch die Routine der alltäglichen Lebenswelt zu Vertrautem (vgl. Schütz 1972:58f).

Drastische Fehler im Leben können ein Grund für die Notwendigkeit von stationärer psychiatrischer Behandlung sein. Die Bewohner/innen erkennen Zusammenhänge zwischen bestimmten Lebenssituationen und ihrer Erkrankung. Sie fühlen sich durch den Aufenthalt im PSBZ in ihren sozialen Kompetenzen gestärkt.

Die Auswertung zeigt weiters, dass die Bewohner/innen unterschiedliche Lebensformen verwirklichen möchten. Es gibt Bewohner/innen ohne Lebenspartner, mit wechselnden und mit längerfristigen Partnerschaften. Bei intimen Kontakten haben die Bewohner/innen Angst vor möglichen gesundheitlichen Folgen durch Ansteckungsgefahr.

Bewohner/innen, deren Wünsche bei der Übersiedlung erfüllt wurden, sind sehr zufrieden und stolz auf ihr eigenes Zimmer. Das Zimmer entspricht ihren Vorstellungen, dort können sie machen was sie wollen (z.B. lesen wann sie wollen) und sie fühlen sich wie zu Hause. Die Atmosphäre empfinden sie als angenehm, für sie gab es noch keine unangenehmen Überraschungen im PSBZ und sie fühlen sich hier wohler als in Gugging. Angemerkt wird hier, dass Bewohner/innen aber auch der Meinung sind, dass das Mehrbettzimmer die besser geeignete Wohnform gewesen sei.

Für wichtig halten die Bewohner/innen, dass man nachgeben, sich einfügen und auch klein begeben kann. Dann gibt es ein gutes Auskommen mit allen. Gelegentlich werden Unstimmigkeiten mit Freunden wahrgenommen. Bei Problemen mit Mitbewohner/innen haben PatientInnen Angst vor strafrechtlichen Folgen. Die Menschen im PSBZ leben sehr zurückgezogen.

Dem gegenüber gibt es Bewohner/innen die das PSBZ verlassen möchten und nach alternativen Wohnmöglichkeiten suchen. Bezüglich anderer Wohnformen bestehen sehr große Unsicherheiten.

Erzählungen zufolge könnten Bewohner/innen auch zu Hause wohnen. Sie sind aber froh, wenn sie nicht häufig in die Heimat müssen.

Auffallend ist, dass das Thema „Urlaub“ völlig unerwähnt bleibt da es der allgemeinen Normalität entspricht, zeitweise einen Urlaub einzuplanen. „Abweichendes Verhalten (nach der Norm der Mehrheit) kann konformes Verhalten (nach den Normen der Gruppe oder Subkultur) sein.“ (Feldmann 2001:73). Abweichung ist abhängig von der Art der Normierung, Sichtbarkeit der Abweichung, Kontrollchancen und Sozialisationsbedingungen. Viele Normen des alltäglichen Lebens werden unbewusst befolgt. Diese Normen werden teilweise erst durch die Beobachtung von abweichendem Verhalten bewusst (vgl. Feldmann 2001:74).

Die Besuchshäufigkeit wurde durch die Übersiedlung verändert und es bestehen unterschiedliche Besuchsfrequenzen. So freuen sich Bewohner/innen über die Übersiedlung, wenn ihr früherer Wohnort in der Nähe von Tulln liegt und hoffen auf mehr Besuch. Es gibt aber Bewohner/innen die, obwohl sie Verwandte haben, keinen Besuch von ihren Angehörigen erhalten und diese auch ihrerseits nicht besuchen. Bei anderen Bewohner/innen kommen die Verwandten selten zu Besuch (z.B. 1x im Jahr zum Geburtstag), da sie ihre eigenen Angelegenheiten haben. Es wurde aber auch gesagt, dass Angehörige regelmäßig zu Besuch kommen und die Bewohner/innen auch ihrerseits regelmäßig Besuche abstatten; gelegentlich wird dies mit kleineren Reisen verbunden. Bewohner/innen, deren Angehörige nicht so weit nach Tulln als nach Gugging haben, bekommen nun häufiger Besuch; gleichzeitig wohnen Angehörige ganz in der Nähe von Tulln und kommen kaum oder gar nicht zu Besuch. Andere Angehörige und Freunde besuchen die Bewohner wie früher; unabhängig von der Entfernung. Bewohner/innen, die immer weniger Besuch

erhalten, machen sich selbst dafür verantwortlich, z.B. werden Kontakte aufgrund von Krankheitsschüben abgebrochen. Sie sind weiters der Meinung, dass man mehr Besuch bekommt, wenn man „klein beigibt“.

Die Bewohner/innen hätten gerne mehr Kontakte und warten auf Verwandtenbesuche. Erwähnt wird, dass Besuche häufig mit einer Einladung ins Café Eulenspiegel oder zum Essen verbunden werden. Daher ist für sie wichtig, dass das Kaffeehaus am Wochenende als Kommunikationszentrum geöffnet ist. Kommunikationsorte sind auch die Raucherzimmer. Sie werden auch von Nichtrauchern gerne als Kommunikationszentren benutzt.

Aufgrund regelmäßiger finanzieller Unterstützung haben PatientInnen Geld. Entweder wird das Geld über das Pflegepersonal ausgezahlt oder die Bewohner/innen holen sich das Geld von der Bank. Eigenständiges Verwalten des Taschengeldes ist möglich und Einkäufe werden entweder im Kaffeehaus oder in Tullner Geschäften erledigt.

Beschäftigung finden die Bewohner/innen in den Therapiewerkstätten. Diese sind im PSBZ von Montag bis Freitag geöffnet. Aber auch am Wochenende gibt es Beschäftigungsmöglichkeiten. Die Bewohner/innen sagen, dass es in Gugging weniger Auswahl an Beschäftigungsmöglichkeiten gegeben hat und die PatientInnen in Gugging einfach in den Tag hinein leben konnten, auch wenn es ihnen geschadet hat. Die Einstellung ist sehr ambivalent, da die betroffenen Menschen andererseits auch finden, dass es die PatientInnen im PSBZ besser haben als in Gugging, da der Tagesablauf nicht so streng ist wie in Gugging.

Lob kann sich motivationsfördernd auswirken. Durch Lob und eine sehr freundliche und nette Anleitung des therapeutischen Personals zur sinnvollen Tagesbeschäftigung fühlen sich die Bewohner/innen motiviert und sie arbeiten so gut es geht. Körperliche Beschwerden und Platzknappheit erschweren allerdings ihre Tätigkeiten. So können z.B. aufgrund von körperlichen Beschwerden weitere Wegstrecken nicht zurückgelegt werden oder nach vielen gemalten Bildern verlieren die PatientInnen ihre Freude am Malen. Daher ist Abwechslung bedeutend und es kann abgeleitet werden, dass die Menschen im PSBZ gerne Dinge herstellen, die gebraucht werden oder die sie selbst gerne machen wollen. Als störend empfinden sie, dass es für manche Arbeiten

Bezahlung gibt und für andere nicht oder, dass sie für den regelmäßigen Werkstättenbesuch nichts bezahlt bekommen.

Die Bewohner/innen genießen das warme Wetter und sind besonders gerne im Sommer im Freien. Sie können ihre Freizeitbeschäftigung selbst auswählen und durchführen. Alleine oder in der Gruppe ins Hallen- oder Aubad schwimmen gehen ist sehr beliebt. Es gibt aber auch Bewohner/innen, die die (Freizeit-) Angebote des PSBZs und der Stadt Tulln nicht nützen.

Die befragte Personengruppe befindet sich seit Jahren in stationärer psychiatrischer Behandlung und hat ausgiebige Psychiatrieerfahrungen. Sie brauchen Betreuungspersonal, das sie kennen, während des Tages und während der Nacht. Während einer krankheitsbedingten Krise geht es diesen Menschen sehr schlecht und dieser Zustand wird als sehr schlimm erlebt. In Gugging waren diese Situationen für sie jedoch erträglicher, da Betroffene in dieser Situation mehr Personal brauchen und in Gugging ihrer Meinung nach ausreichend Personal vorhanden war. So bestehen die Herausforderungen für das Personal darin, den betreuten Menschen in krisenhaften Situationen (z.B. durch Affektlabilität) beiseite zu stehen und Konflikte mit dem Umfeld möglichst gering zu halten. Wenn insgesamt mehr Personal im PSBZ wäre, würden sich alle im PSBZ wohler fühlen - besonders im Nachtdienst. PatientInnen mit schwerem Krankheitsverlauf geht es zudem auch dann schlecht, wenn sie nicht in einer akuten Krise befinden. Betroffene möchten sich das Leben nehmen, um nicht mehr unter ihrer Krankheit zu leiden. Für sie ist es furchtbar, wenn sie in einer Krise sind und kein Facharzt für Psychiatrie anwesend ist. Krisenhafte Situationen bedeuten für diese Menschen zumeist große Rückschläge. Bei Rückschlägen helfen laut ihren Angaben Medikamente und das Reden über die Probleme. Da der Facharzt für Psychiatrie aber nur an zwei Wochentagen anwesend ist (im Krisenfall kann er angerufen werden) sind die Bewohner/innen der Meinung, dass Gugging besser war, da sie in einem Krankenhaus untergebracht waren. Sie meinen, dass es ihnen im PSBZ besser gehen würde, wenn mehr Fachärzte – so wie in Gugging - anwesend wären.

Die Bewohner/innen können sich an ihre Lebenslust erinnern und die Hoffnung auf Genesung ist für sie ein großer Wunsch - wird aber auch als Illusion gesehen. Sie fühlen sich zu krank, um jemals wieder die Einrichtung verlassen zu können. Sie sind davon überzeugt, dass kranke Menschen in einem

Krankenhaus betreut werden sollen und nicht in einem Heim. In einem Krankenhaus hätten sie mehr Therapien, einen höheren Personalschlüssel und höher qualifiziertes Personal. Diese Betreuungsqualität wünschen sie sich im PSBZ. Gleichzeitig wird aber auch von den Bewohner/innen festgestellt, dass - obwohl Gugging ein Krankenhaus war - es PatientInnen auch dort gesundheitlich schlecht ging und, dass das PSBZ wiederum nicht so bedrohlich für sie ist, wie es Gugging war. In der Analyse war aber auch vorzufinden, dass Bewohner/innen der Ansicht sind, dass ihre Gesundheits- und Lebenssituation besser geworden ist. Nach der Übersiedlung seien vermehrt Psychosen aufgetreten, dies habe sich aber gebessert und die Befürchtungen, dass sich der Gesundheitszustand durch die Übersiedlung verschlechtere, habe sich auf längere Sicht nicht bewahrheitet. Ferner besteht das Gefühl, dass im PSBZ nur geholfen werden kann, indem die Medikamente erhöht werden.

Die allgemein-medizinische und pflegerische Versorgung ist im PSBZ zum Zeitpunkt der Befragung gegeben und damit ist die vor der Übersiedlung vorhandene Ungewissheit über die persönliche Versorgung „vergessen“.

Wenn man die Aussagen der Bewohner/innen als Interpretationen von Beobachter/innen von außen zusammenfasst zeichnet dies folgendes Bild:

Die PatientInnen haben sich nicht bewusst auf die Übersiedlung vorbereitet, im Unterbewussten aber Reaktionen gezeigt und es wurde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt. So hatten sie direkt bei der Übersiedlung keine Psychosen aber in den ersten Wochen im PSBZ zeigten sich krisenhafte Krankheitssymptome. Die Bewohner/innen haben sich gefreut, dass sich das Personal um sie gekümmert hat. Die persönliche Betreuung war vor wie nach der Übersiedlung vorhanden, hat aber durch den Personalwechsel zu Einbrüchen geführt. Positiv verändert hat sich die Essensversorgung durch die Möglichkeit der Menüwahl und die Betreuung in der Pflege wobei der Vergleichszeitraum zwischen Gugging und dem PSBZ kurz ist: In Gugging gab es willkürliche Handlungen des Personals in Form von Strafen für PatientInnen. Im PSBZ habe man noch keine Strafen erlebt: „... unabhängig davon, ob man etwas gesagt hat oder nicht und unabhängig von der Laune.“ Wenn man mit dem Betreuungspersonal reden kann, gelingt es besser, sich einzuleben. Die Übersiedlung an und für sich war nicht so sehr das Problem wie die täglichen körperlichen Einschränkungen und Behinderungen. Um es mit den Worten

eines Bewohners zusammenzufassen: „Es geht einem ganz gut und man hat sich gut eingelebt.“

Das PSBZ ist nun seit einem Jahr an diesem Standort in Betrieb. Das Umfeld ist der Meinung, dass die Bewohner/innen die von ihnen gewünschten Lebensformen verwirklichen können soweit sie fähig sind, eine Lebensplanung vorzunehmen und das Leben selbständig zu führen und zu gestalten. Die Menschen im PSBZ sind ihrer Meinung nach meist gepflegt und benehmen sich normal in ihrer Umwelt. Im Laufe der Zeit hat sich alles beruhigt und es sind kaum Probleme festzustellen.

Anmerkung:

Für die Beurteilung der Datengewinnung wie auch für die Bewertung der Befunde sind die Gesichtspunkte der Reliabilität und der Validität von Bedeutung. So ist unter dem Grad der Reliabilität der Grad der Genauigkeit von Beobachtungen, ausgedrückt durch den Grad der Übereinstimmung zwischen wiederholten Feststellungen desselben Sachverhaltes, zu verstehen (vgl. Konrad 2005:139). „Die Zuverlässigkeit einer Feststellung gestattet noch keine Aussage darüber, was diese Feststellung bedeutet, d.h. ob und inwieweit sie gültig ist für das, was man festzustellen wünscht.“(Konrad 2005: 139-140). In dem Spannungsverhältnis zwischen dem Verstehen und der Objektivität zeigt sich eine Grundproblematik einer Inhaltsanalyse, die sich in der Kontroverse zwischen qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse spiegelt. Die qualitative Analyse beansprucht eher das angemessene Verstehen und die quantitative Analyse eher die Objektivität des Analyseverfahrens. Diese Kontroverse gilt in der wissenschaftlichen Literatur aber weitgehend als überholt, weil beide Aspekte in Textanalysen einfließen (vgl. Mayring 1983; Groeben 1987).

Die Berücksichtigung der linguistischen Kriterien ermöglichte qualitativ hochwertige Forschungsergebnisse und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Forschungsergebnisse stellt ein weiteres Qualitätskriterium der Forschungsarbeit dar, deren Validität jederzeit durch den wissenschaftlichen Leser / die wissenschaftliche Leserin geprüft werden kann.

5.2. Quantitative Analyse - Hypothesenprüfung

Die Vorgehensweise der Hypothesenprüfung folgte wissenschaftstheoretisch betrachtet einer deduktiven Logik. Hier ist anzumerken, dass in den Kultur- und Sozialwissenschaften diese Logik durchaus auch umstritten ist, da bei sozialen und kulturellen Phänomenen die Zusammenhänge weniger deterministisch sind als in den Naturwissenschaften. „Die deduktive Logik ist hier also nur als idealtypisch anzusehen“ (Burzan 2005:27).

Bei der Datenauswertung wurde auf ein sorgfältiges und fragen- und hypothesengeleitetes Vorgehen geachtet. Die Auswertung umfasste 2 Schritte:

1. Deskription der Daten (Häufigkeitsverteilung) - Feinanalyse
2. Überprüfung der Forschungsfragen

Die erste Auswertung der Fragebögen basierte auf einer Prüfung der Variablenausprägungen, um einen Überblick über das empirische Datenmaterial zu gewinnen. Die 5-stufige Skala wurde dabei z.T. in eine 3-stufige Skala umkodiert, um lediglich die Tendenzen (Zustimmung, neutral, Ablehnung) wiederzugeben. Die Feinheiten wurden erst später analysiert. Diese Datenerhebung entspricht der Grundgesamtheit. Die Rücklaufquote bei den Bewohner/innen betrug 94,7%, da zwei Personen aufgrund ihres Krankheitsbildes nicht in der Lage waren, die Fragebögen auszufüllen. Bezogen auf die österreichische Gesamtbevölkerung ist diese Gruppe für eine Stichprobenerhebung zu klein, um die Abweichung von der Normverteilung festzuhalten. So machen auch Korrelationen nur Sinn bei der Befragung von vielen Menschen.

Das Durchschnittsalter beträgt anhand der ausgewerteten Alterserhebung 57 Jahre.

Die Rücklaufquote bei den Sachwalter/innen betrug 43%.

Nachstehend wird aufgezeigt, ob es Probleme nach Meinung der Bewohner/innen gegeben hat und ob diese im Zusammenhang mit der Tagesbetreuung und den Freizeiteinrichtungen des Psychosozialen Betreuungszentrums und mit dem Freizeitangebot der Stadt Tulln stehen. Darüber hinaus werden auch verschiedene Zeiträume verglichen.

Kreuztabelle:	Wie gefällt Ihnen das Freizeitangebot im PSBZ am Wochenende?						
	Hatten Sie im letzten Monat Probleme mit den Nachbarn des PSBZ bzw. mit dem Umfeld?						
	Überhaupt nicht gut				Sehr gut	ohne Antwort	
ja	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%	0,0%	2,1%
nein	0,0%	0,0%	92,3%	94,4%	100,0%	42,9%	87,5%
ohne Antwort	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	57,1%	10,4%
	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Wie aus der Graphik ersichtlich, hat nur ein/e Bewohner/in ein Problem angeben. Dieses bezog sich auf eine etwaige Rücksichtslosigkeit von Mitbewohner/innen. Alle anderen gaben keine Probleme an. Wenn man nun diese Graphik betrachtet, fällt auf, dass kein/e einzige/r Bewohner/in des PSBZs mit dem Freizeitangebot des PSBZs unzufrieden ist. Dies lässt darauf schließen, dass durch das Freizeitangebot des PSBZs die Bewohner/innen primär im eigenen Haus bleiben und sie dadurch weniger den Kontakt mit ihrem Umfeld suchen, was Möglichkeiten zu Konflikten bieten könnte.

Hat sich diese Tendenz erst im letzten Monat ergeben oder war das seit der Übersiedlung so? Diese Frage beantwortet folgende Graphik:

Kreuztabelle	Hatten Sie seit der Übersiedlung Probleme mit den Nachbarn des Psychosozialen Betreuungszentrum bzw. mit dem Umfeld?						
	Wie gefällt Ihnen das Freizeitangebot im PSBZ am Wochenende?						
	Überhaupt nicht gut				Sehr gut	ohne Antwort	
ja	0,0%	0,0%	7,7%	11,1%	0,0%	0,0%	6,3%
nein	0,0%	0,0%	92,3%	88,9%	100,0%	42,9%	85,4%
ohne Antwort	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	57,1%	8,3%
	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

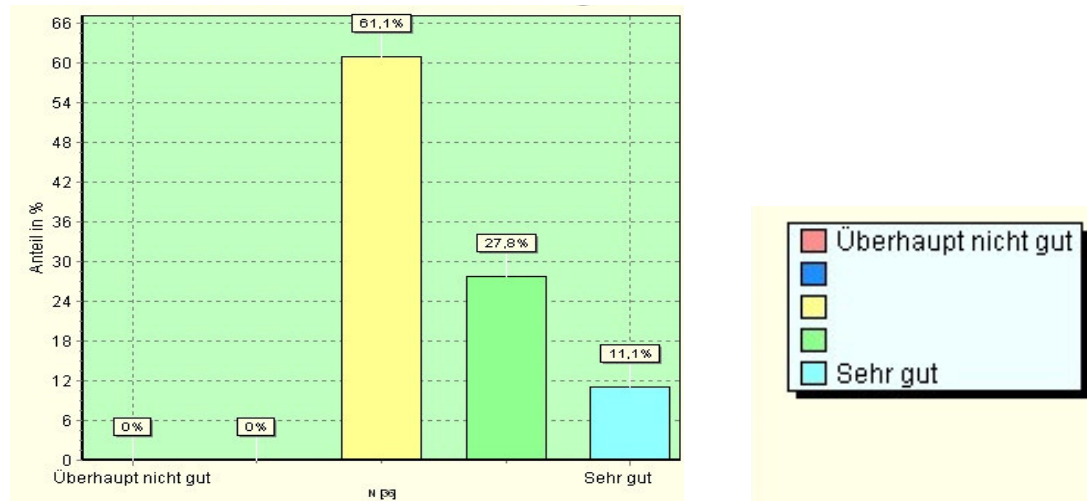
Seit der Übersiedlung gab es zwar zwei Personen mehr, die Konflikte hatten, die Anzahl derer, die über das Tullner Freizeitangebot Bescheid wussten, war aber aus verständlichen Gründen zu diesem Zeitpunkt noch nicht gegeben.

Somit kann gesagt werden, dass die Bewohner/innen des PSBZs schon mit bestimmten Gewohnheiten nach Tulln kamen, nämlich sich kaum in das öffentlich gesellschaftliche Leben zu integrieren und auch nach der

Übersiedlung in eine neue Umgebung es nicht zum Anlass nehmen, dieses Verhalten zu ändern.

Dass die Bewohner/innen des PSBZs tatsächlich zurückgezogen leben und weniger im Tullner Umfeld gegenwärtig sind, belegt auch folgende Graphik:

„Wie gefällt Ihnen das Tullner Freizeitangebot?“



61,1 % der Bewohner/innen haben keine Meinung zum Tullner Freizeitangebot. Das heißt, sie kennen es nicht. Eine Ursache dafür dürfte sein, dass wie in obiger Tabelle schon erwähnt, die Bewohner/innen des PSBZs kaum das Areal des PSBZs verlassen.

Aufgrund der Untersuchung kann daher gesagt werden, dass die Bewohner/innen des PSBZs keine Probleme haben bzw. keine Konflikte wahrnehmen. Für sie sind die Angst vor Neuem und die eigene Anpassung wichtige Motive, warum für sie Konflikte kein Thema sind. Dies belegen auch die Antworten der folgenden offenen Frage der Erhebung:

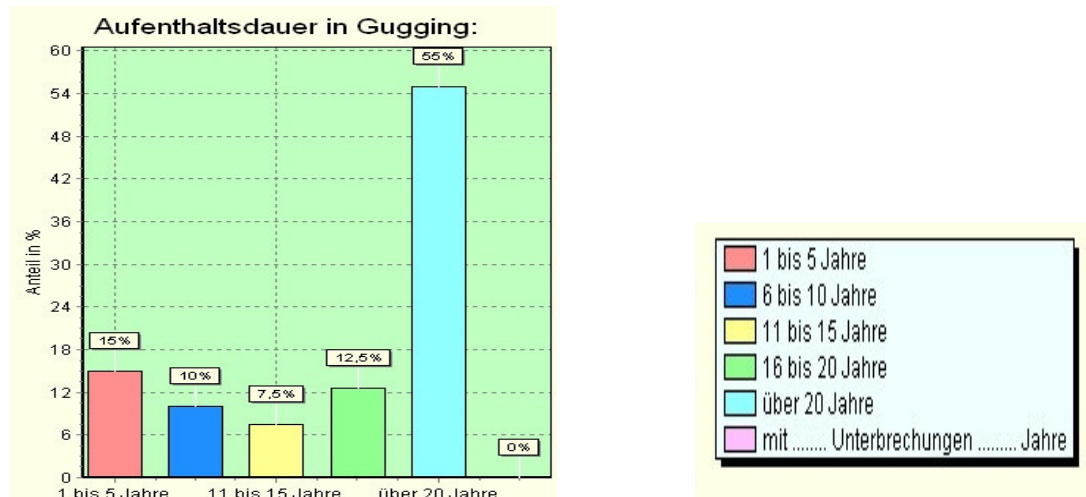
„Warum hatten Sie im letzten Monat keine Probleme mit den Nachbarn des PSBZ bzw. mit dem Umfeld?“

- Bin sehr unkompliziert und auch viel alleine im Zimmer
- es ist nichts vorgefallen, sonst hätte man mich woanders hingeschickt
- habe keinen Kontakt
- ich gehe kaum hinaus
- bin immer freundlich, die anderen auch
- gehe nicht weg
- habe keinen Kontakt zu Nachbarn

- weil ich mich angepasst habe
- gehe nicht hinaus
- weil ich lieber alleine bin und keinen Kontakt pflege
- bin nicht grantig
- bin sehr umgänglich
- gehe nur zum Zigarettenholen hinaus
- gehe nur zur Trafik und zum Libro
- ich bin verträglich
- Komme gut mit allen aus
- sehe sie nie
- ich sehe niemanden
- Wir grüßen immer freundlich
- ich plaudere gern
- gehe nicht hinaus
- Ich rede nicht mit ihnen
- bin freundlich
- Ich freu mich immer, wenn mich wer grüßt, auch aus dem Auto
- weiß ich nicht, kenn niemanden, wollen eh alle nur mein Geld

Die geringe Wahrnehmung von Konfliktsituationen durch die Bewohner/innen wird zusätzlich durch das Experteninterview belegt. In diesem Zusammenhang wird auf die Aussage von Friedmann (vgl. 1992:7) im Theorieteil verwiesen, in der zum Ausdruck gebracht wird, dass psychisch erkrankte Menschen eine andere Qualität des Erlebens haben. Diese massiven Aussagen, keinen Kontakt zu haben bzw. zu pflegen sind nach E. Goffman ein deutliches Zeichen der Hospitalisierung. Insbesondere, da mehr als die Hälfte der Bewohner/innen schon über Jahrzehnte zuerst im Psychiatrischen Krankenhaus Gugging und jetzt im Psychosozialen Betreuungszentrum in Tulln leben. Nach Jantzen ist ein Leben unter isolierenden Bedingungen ein Boden für inadäquate Wahrnehmungstätigkeiten und Verlust an Realitätskontrolle. Die „versuchte“ Realitätskontrolle ist aus der Logik der Biografie der Bewohner/innen heraus hoch zweckmäßig. Eine Änderung der äußeren Bedingungen ist durch eine Autonomie fördernde Lebenswelt realisierbar (Jantzen 1980:141).

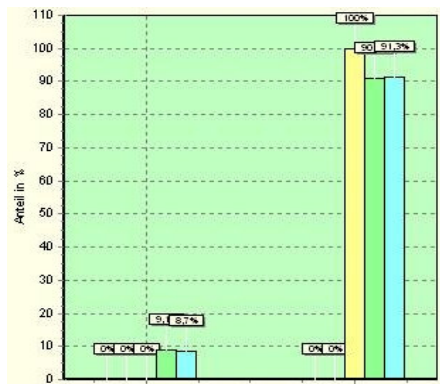
Die Aufenthaltsdauer der Bewohner/innen in Gugging:



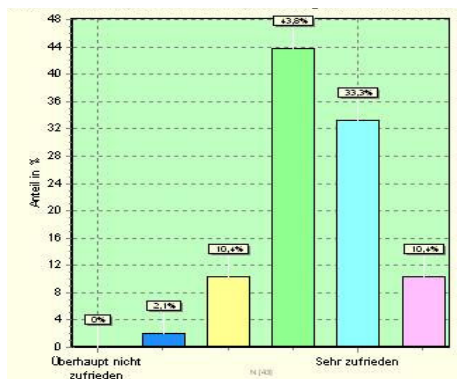
Seit der Übersiedlung gab es drei Personen, die Konflikte hatten. Die Bewohner/innen, die regelmäßig in die Therapiewerkstätten gehen, sind subjektiv zu 81% mit dem Angebot der Therapiewerkstätten zufrieden. Von der Gesamtzahl der Befragten sind 70,8% mit dem Angebot der Therapiewerkstätten zufrieden. Eine Feinanalyse belegt, dass die Therapiewerkstätten zu wenig Platz bieten und Bewohner/innen die gedrängte Nähe zu Mitbewohner/innen nicht wollen bzw. dann das Angebot der Tageswerkstätten aus erwähntem Grunde nicht in Anspruch nehmen.

Folgende Kreuztabelle untermauert, dass die BewohnerInnen aufgrund eines bedarfsgerechten Angebotes der Tageswerkstätten primär im Psychosozialen Betreuungszentrum bleiben und sie dadurch weniger den Kontakt mit ihrem Umfeld suchen, was wie bereits erwähnt, Möglichkeiten zu Konflikten bieten könnte:

Zufriedenheit mit dem Angebot der Tageswerkstätten und Probleme mit dem Umfeld seit der Übersiedlung:

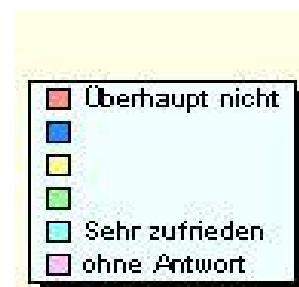
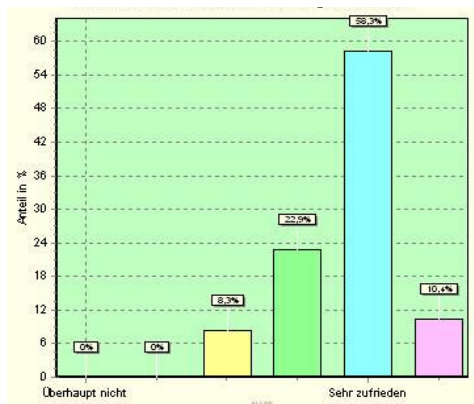


Wie sehr sind Sie mit dem restlichen Tagesablauf zufrieden?



Die Auswertung belegt mit über 77,1% auch eine hohe bis sehr hohe subjektive Zufriedenheit der Bewohner/innen mit dem restlichen Tagesablauf.

Wie zufrieden sind Sie mit der Pflege im Psychosozialen Betreuungszentrum?

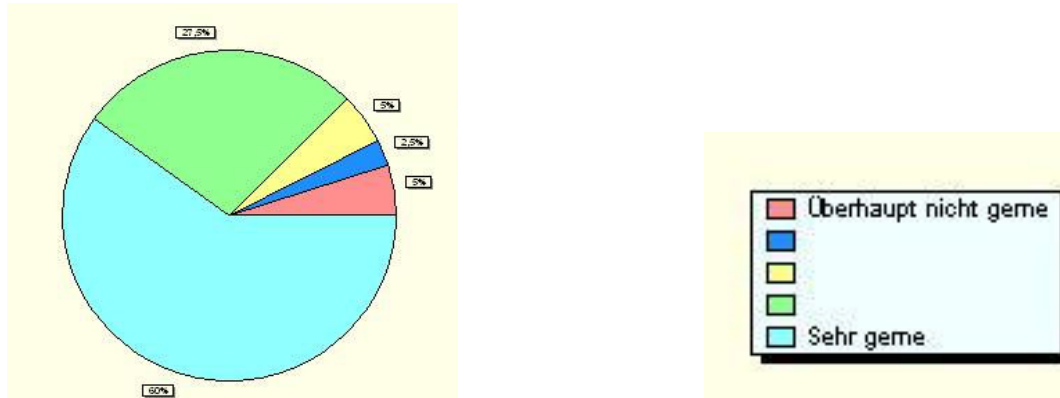


Die hohe bis sehr hohe Zufriedenheit mit der Pflege wird von 81,2% belegt.

Aus dem Rücklauf der Fragebögen ist ersichtlich, dass 60,4% mit der „Raucherregelung“ zufrieden sind. 6,3% sind nicht zufrieden und 20,8 hatten dazu keine Meinung.

79,2% haben für das Alkoholverbot Verständnis und 20,8 % haben dazu keine Antwort oder Meinung angegeben.

Besuchen Sie das Café Eulenspiegel im Psychosozialen Betreuungszentrum?

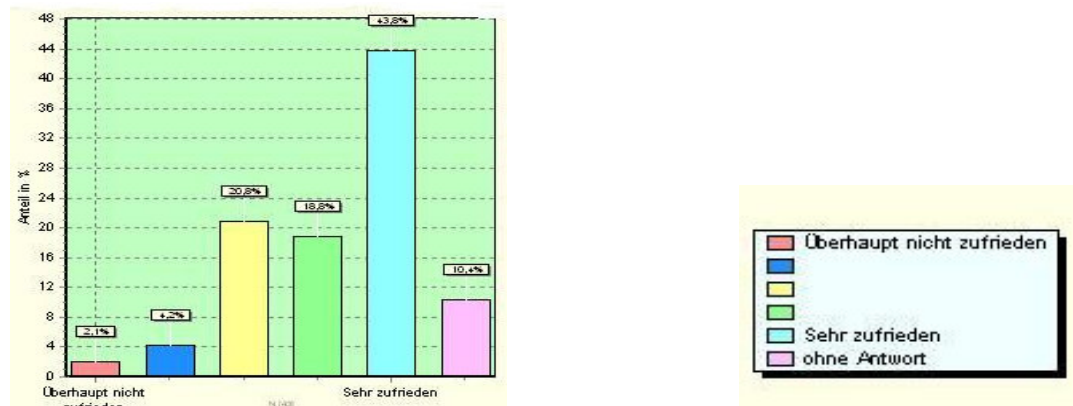


Knapp 90% der Antworten weisen darauf hin, dass das Therapiecafé Eulenspiegel gerne bis sehr gerne besucht wird.

Von den Antworten auf die offene Frage „*Wenn Sie Besuch bekommen, welche Rolle spielt dann das Café Eulenspiegel?*“ konnte abgelesen werden, dass die Bewohner/innen wenig Besuch erhalten.

Auffällig sind die empirischen Ergebnisse im Bereich der Versorgung durch den Facharzt für Psychiatrie. Die hohe bis sehr hohe Zufriedenheit wird mit 62,6% ausgewiesen. Der neutrale Wert zeigt 20,8%. doch gleichzeitig wird auch eine große bis sehr große Unzufriedenheit mit 6,3% aufgezeigt. Auffällig ist, dass bei dieser Frage auch einige wenige negative Nennungen zu finden sind; auffällig deshalb, weil bei den meisten Fragen diese Rubriken unbesetzt geblieben sind.

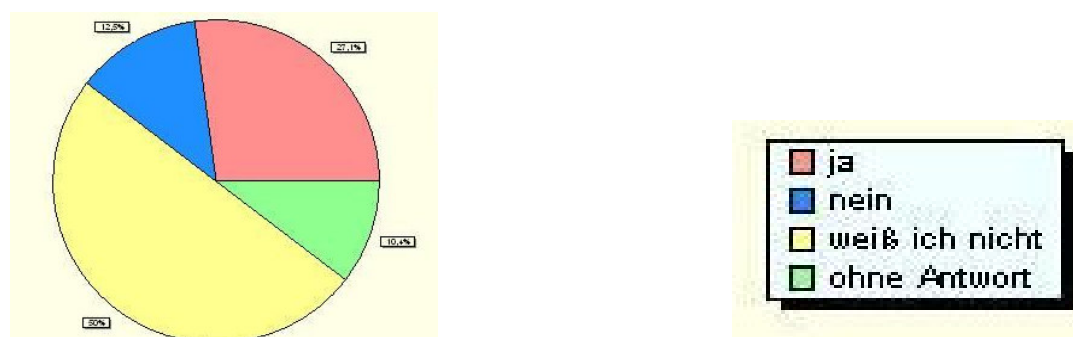
„Wie zufrieden sind Sie mit der fachärztlichen Versorgung im PSBZ?“



Anhand von Anmerkungen auf den Fragebögen ist diese subjektive Unzufriedenheit auf die als unzureichend empfundenen Anwesenheitszeiten des Facharztes zurückzuführen. Im Lichte der Analyse der narrativen Interviews sind die Ergebnisse auch dahingehend zu interpretieren, dass das gegenwärtige zeitliche Ausmaß an fachärztlicher Betreuung im PSBZ in Gegenüberstellung zu dem vormals gewohnten Ausmaß an fachärztlicher Betreuung in einem Psychiatrischen Krankenhaus nicht angemessen ist.

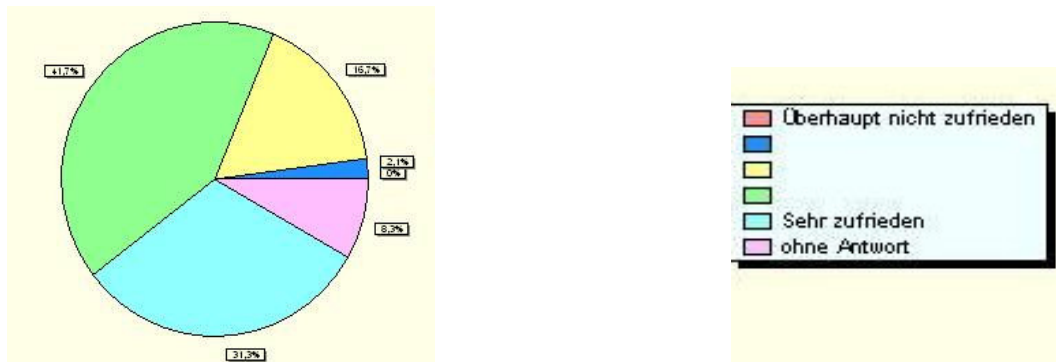
Die nächste Graphik zeigt die Ergebnisse zur Frage:

„Sind Sie damit zufrieden, dass Sie nicht mehr in einer Langzeitstation in einem Psychiatrischen Krankenhaus leben, sondern im Psychosozialen Betreuungszentrum, das als Teil des Pflegeheimes Tulln geführt wird?“



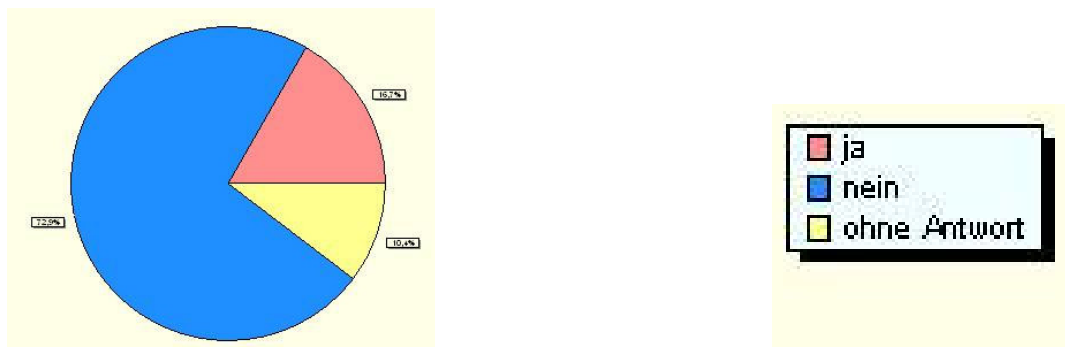
60% der Befragten haben keine Meinung dazu. 27% sind damit zufrieden, dass sie nicht mehr im Langzeitbereich eines Krankenhauses untergebracht sind und 13% sind damit nicht zufrieden.

„Wie sind Sie mit Ihrer derzeitigen Lebenssituation im PSBZ zufrieden?“



Mehr als zwei Drittel der Bewohner/innen sind mit der Lebensform zufrieden.

„Haben Sie den Wunsch nach einer anderen Wohnform?“



Die Wohnform entspricht zu 73% den Vorstellungen, nur 16,7% der befragten Bewohner/innen haben den Wunsch nach einer anderen Wohnform.

Entsprechend der statistischen Auswertung aller durchgeführten Analysen sind einige Aspekte zu dieser Studie deutlich sichtbar geworden. Die Qualität der Betreuung steht offensichtlich in enger Verbindung mit der hohen Bewertung der subjektiven Zufriedenheit. Zusammenfassend zeigt sich, dass mehr als zwei Drittel der Menschen, die jahrelang hospitalisiert und fremdbestimmt waren, ein Jahr nach der Übersiedlung mit der neuen Lebensform zufrieden sind. Die Übersiedlung kann als professionell und erfolgreich durchgeführt bezeichnet werden, da durch die Übersiedlung wenige akute Krisen ausgelöst wurden. Kritisch zu hinterfragen wären allerdings die Aussagen von jahrelang in der Psychiatrie tätigen Betreuer/innen, es sei auffällig, dass in der Zeit seit der Übersiedlung bis zum Zeitpunkt der Ergebnisanalyse vier Männer im Alter von 45, 71, 79 und 82 Jahren verstorben sind. In der Fachliteratur ergibt sich

folgender Zusammenhang: „Auch Berichte aus dem Ausland belegen, dass Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung ohne angemessene Begleitung mit verschiedensten psychosozialen und gesundheitlichen Risiken verbunden sind, bis hin zu einer erhöhten Todesrate.“ (Dalferth 1999).

Die deskriptive Darstellung der Forschungsergebnisse in Verbindung mit der Interpretation der induktiven Kategorienbildung findet ihren Theoriebezug bei Goffman. Totale Institutionen sind alles andere als ein Ort zum Leben. Allein die unantastbare Hierarchiestruktur von oben nach unten (vgl. Goffman 1972:45,49) befördert nicht nur bei den Mitarbeiter/innen an der Basis Entmündigung und „Burn out“ sondern hat auch gravierende Folgen für die betroffenen Bewohner/innen. „Wo eine gestaffelte Autorität und diffuse, ungewohnte und strikt überwachte Vorschriften vorhanden sind, können wir erwarten, dass die Insassen [...] in permanenter Angst vor einer Übertretung der Regeln und vor den Folgen, die diese zeitigt, leben [...]“ (ebd.:49,337). Als Reaktion entfremdet sich der Mensch häufig bis zu einem gewissen Grade der bürgerlichen Gesellschaft, was sich manchmal darin ausdrückt, dass er nicht bereit ist, die Anstalt zu verlassen. Diese Entfremdung ist als Nebenwirkung der Hospitalisierung zu sehen. Sie entwickelt sich häufig unabhängig von der Krankheit, die zur Einlieferung führte (vgl. Theunissen 1995:44). Dieses in der Sozialpsychiatrie darlegte Fachverständnis verfolgt eine Aufhebung der starren Anstaltsordnungen, der zentralen Versorgungsleistungen sowie der Rituale wie die Ausgabe der Krankenhausmahlzeiten im Interesse der Betroffenen und aus Sicht der Enthospitalisierung. Die Studie zeigt eindeutige Ergebnisse dahingehend, dass Handlungsbedarf im Sinne der angeführten sozialpsychiatrischen Ziele im Psychosozialen Betreuungszentrum Tulln besteht und weitere Maßnahmen zur Enthospitalisierung zu initiieren sind.

Es wäre spannend, diese Maßnahmen wissenschaftlich zu begleiten.

5.3. Netzwerkkartenanalyse

Im Forschungsfeld konnten von zwanzig Ankerpersonen Netzwerkkarten erstellt werden. Analog der Hypothese „Die Netzwerkkartenanalyse zeigt dahingehend Ergebnisse, dass die Bewohner/innen des Psychosozialen Betreuungszentrums die typischen Merkmale nach Pantucek aufweisen.“ wurden die in vier Sektore zugeteilten Kontaktpaare im Auszählverfahren ausgewertet. Die

höchste Anzahl aller Kontakte der zwanzig Bewohner/innen zeigte sich im Sektor „Professionelle Beziehungen“ mit 54 Kontakten oder 37,5%.

An 2. Stelle folgten 44 Kontakte oder 30,5% zum Sektor „Bekannte/Freunde“. Zwanzig Kontaktpaare lagen im inneren Kreis der engeren Kontakte.

Platz 3 nimmt der Sektor „Familie“ mit 37 Kontakten oder 25,7% ein. Zwanzig Kontaktpaare lagen im inneren Kreis. In diesem Sektor wurden auch acht „virtuelle“ Personen (Verstorbene) aufgenommen. Zählt man diese virtuellen Kontakte hinzu wird der Sektor „Freunde/Bekannte“ auf Platz 3 verschoben und der Sektor „Familie“ nimmt Platz 2 ein.

Die mit Abstand geringsten Kontakte bestehen zum Sektor „Beruf/Schule“ mit neun Kontakten (sieben davon sind professionelle Helfer/innen mit multiplexen Beziehungen) oder 6,3%. Im inneren Kreis lagen keine Kontaktpaare.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass anhand der durchgeführten Untersuchung die Hypothese dahingehend bestätigt wird, dass die Beziehungen zum Feld der „professionellen Beziehungen“ verstärkt sind und dass die Beziehungen zu den Sektoren „Familie“, „Freunde/Bekannte“ und „Beruf/Schule“ sehr gering sind.

Multiplexe Beziehungen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass die Beziehungspartner/innen mehrere Funktionen erfüllen, bestehen zwischen den Sektoren „Professionelle Beziehungen“ und „Beruf/Schule“. Betreuer/innen werden auch als Arbeitskollegen/ Arbeitskolleginnen gesehen. Zum Sektor „Freunde/Bekannte“ ist anzumerken, dass eine hohe Anzahl der Freunde und Bekannten aus den Mitbewohner/innen besteht. Gatekeeper, die den Informationsfluss von einem Netzwerksektor zum anderen kontrollieren, sind hauptsächlich Betreuungspersonen. Isolierte Rollen sind kaum vorhanden. Gerade Mitglieder ohne Beziehungen / Rollen zu anderen Netzwerkmitgliedern würden aber als unbefangene Berater/innen eine wichtige Rolle spielen, um die Autonomie der Ankerpersonen zu stützen. Pantucek meint, dass es für Personen mit schwachen sozialen Netzwerken charakteristisch ist, dass Beziehungen da waren, diese aber abgebrochen wurden. Scham verhindert oft die Wiederaufnahme der Beziehungen, aber gerade solche Beziehungen sind meist mit Unterstützung „reparierbar“ (vgl. Pantucek 2007/08: Skriptum der FH).

Im Psychosozialen Betreuungszentrum wären je nach Qualität der loserer Beziehungen netzwerkbezogene Interventionen in Richtung einer Vermehrung der nicht-professionellen Kontakte zu fördern, um die Diversität des Netzwerkes zu erhöhen.

5.4. Ergebnisüberblick und Ausblick

Angesichts der dokumentierten Ergebnisse zeigt sich, dass mehr als zwei Drittel der Menschen, die jahrelang hospitalisiert und fremdbestimmt waren, ein Jahr nach der Übersiedlung vom Krankenhaus Gugging in das Psychosoziale Betreuungszentrum Tulln mit der neuen Lebensform zufrieden sind. Die Übersiedlung kann als professionell und erfolgreich durchgeführt bezeichnet werden, da durch die Übersiedlung wenige akute Krisen ausgelöst wurden. Kritisch zu hinterfragen wären allerdings die Aussagen von jahrelang in der Psychiatrie erfahrenen Betreuer/innen, dass es auffällig sei, dass in der Zeit seit der Übersiedlung bis zum Zeitpunkt der Ergebnisanalyse vier Männer im Alter von 45, 71, 79 und 82 Jahren verstorben sind.

Die Studie enthält eine Zusammenfassung dessen, wie sich diese Menschen selbst bestimmte Lebensformen vorstellen. Die Statements aus der qualitativen Forschungsarbeit belegen und vertiefen die quantitativen Forschungsergebnisse und umgekehrt.

Verbesserungspotential der Einrichtung liegt in qualitativer Hinsicht in einer klareren Ausrichtung des Angebots an Maßnahmen der Enthospitalisierung wie der Erweiterung der Außenkontakte der Bewohner/innen und eine Autonomie fördernde Versorgung im Psychosozialen Betreuungszentrum entsprechend Lebensweltorientierung und „Empowerment“. Herriger versteht Empowerment als biographische Prozesse, in denen Menschen ein Stück mehr Macht und Selbständigkeit für sich gewinnen (vgl. Herriger 2008). Dementsprechend sind die nicht-professionellen Beziehungsnetzwerke zu fördern und die Zielsetzung müsste mit einer neuerlichen Netzwerkkartenanalyse in zwei bis drei Jahren überprüft werden.

Der Maslow'schen Bedürfnispyramide nach – als theoretischen Maßstab für Normalität von menschlichen Bedürfnissen – zeigt diese Studie, dass die *Grundbedürfnisse* der Bewohner/innen als abgedeckt zu bewerten sind. Allerdings hinsichtlich des Bereiches der Sexualität wäre eine weitere Erhebung angezeigt.

Die nächste Stufe *Sicherheit* stellt sich bereits als lückenhaft dar.

Auch die *sozialen Beziehungen* bedürfen im Sinne einer Optimierung der Betreuungsqualität einer gezielten Förderung und sind als Voraussetzung zu sehen, um die nächsten Bedürfnisstufen der *sozialen Anerkennung* und *Selbstverwirklichung* erklimmen zu können.

Die wissenschaftliche Studie kann der Einrichtungsleitung, der therapeutischen Leitung des Psychosozialen Betreuungszentrums, der Bereichsleitung Pflege, dem Betreuungs- und Pflegepersonal, den Angehörigen, den Sachwalter/innen und gegebenenfalls auch den betroffenen Menschen verdeutlichen, dass man sich den Umgang mit eigensinnigen Patient/innen nicht zu „einfach“ machen darf. In diesem „Eigensinn“ liegt die Stärke und Kraft ihrer Problem- und Lebensbewältigung. In der Betreuung dieser Menschen möge nicht mehr Krankheitseinsicht und „Compliance“ als von sich selber verlangt werden.

Die Ressourcen in der Betreuung von chronisch psychisch kranken Menschen sollten nicht zu sehr an den „braven“ Bewohner/innen ausgerichtet werden (vgl. Bock 2006:39). „Dass soziale Beeinträchtigungen wie Arbeitslosigkeit, geringe soziale Einbindung und Verantwortung, instabile Beziehungen in der Altersgruppe und unzureichende familiäre Ressourcen ungünstig sind, erscheint ebenfalls selbstverständlich und sollte stärker als bisher zu Diskursen führen, die über die Fachdiskussion hinaus in die Sozialpolitik reichen“ (Sozialpsychiatrische Informationen 4/2005).

Psycho-soziale Bedürftigkeit erzeugt häufig Spannung sowohl bei den Erkrankten als auch bei deren Angehörigen, da diese Bedürftigkeit in der Gesellschaft nicht geschätzt wird (vgl. Pauls 2004:82). Als Beispiel wird auf die empirische Untersuchung über den Einfluss psychosozialer Faktoren auf Gesundheit und Krankheit im Alter von Grant, Patterson und Yager (1988) hingewiesen. Diese Untersuchung weist darauf hin, dass die Kostenexplosion

im Gesundheitswesen auch auf die Ignoranz der Bedeutung von psychosozialen Bedingungen für die Entstehung und Chronifizierung von Krankheiten zurückzuführen ist. Die potentielle Gleichrangigkeit der drei Systemebenen (biol-psycho-sozial) im Psychosozialen Betreuungszentrum deutet hin auf ein zukunftsweisendes Modell an komplexer Problemwahrnehmung und integrativer Problembearbeitung (vgl. Kleve & Ortmann 2000:117).

Die Auseinandersetzung mit dem Begriff „Normalitätsprinzip“ und die Weiterverfolgung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse und Theorien bedürfen in der Institution des Psychosozialen Betreuungszentrums Tulln einer steten Diskussion. Sich am aktuellen wissenschaftlichen Diskurs zu beteiligen, fachliche Inhalte stets an internationalen Maßstäben zu messen und zu sichern liegt in der Verantwortung gegenüber den betreuten Menschen. G. Theunissen weist darauf hin, dass die Leitprinzipien der Normalisierung und gesellschaftlichen Integration schon bei Jervis (1978) und Neuhäuser (1995) eine bedeutende Rolle spielten: „Ziel der Bemühungen muss es sein, möglichst früh eine gute Integration im gegebenen Umfeld zu erreichen.“ (vgl. Theunissen 1999:53).

So stellt die vorliegende Lebensweltstudie ein geeignetes Mittel für Öffentlichkeitsarbeit von stationären psychiatrischen Einrichtungen dar, da anhand wissenschaftlicher Erhebungen Einblicke in die Lebenswelt chronisch psychisch kranker Menschen ermöglicht werden. Durch verstärkte Aufklärungsarbeit ist auch vermehrtes Verständnis für die betroffene Personengruppe zu erzielen. Hingewiesen wird an dieser Stelle auf die dzt. noch unveröffentlichte wissenschaftliche Befragung der Tullner Bevölkerung zur Akzeptanz des Psychosozialen Betreuungszentrums. So wurde doch in Tulln mitten in einem Wohngebiet ein Lebensraum für chronisch psychisch kranke Menschen geschaffen, die bis vor kurzem im geschützten Areal von Gugging lebten. Die relevanten Faktoren dieser unveröffentlichten Masterarbeit an der Universität Wien, Institut für Soziologie sind, dass der Informationsfluss als zu gering betrachtet wurde, wobei anfänglich ein zu geringes Interesse von Seiten der Tullner Bürger bestand und sich die unmittelbaren Anrainer beeinträchtigt fühlten (vgl. Dopplinger 2008:55). Weitere Ergebnisse sind, dass das räumliche

Umfeld als weniger geeignet als es in Gugging war, beurteilt wurde, da es durch mangelnde Grünzonen auch weniger Möglichkeiten zum Spazieren gehen gibt.

Auffällig ist auch, dass die Einstellung gegenüber dem Psychosozialen Betreuungszentrum und das Sicherheitsgefühl vom Bildungsgrad und der Nationalität abhängig sind (vgl. ebd.).

Die Verknüpfung der beiden Forschungsarbeiten bietet zusätzlich eine wissenschaftliche Grundlage für public relations. Öffentlichkeitsarbeit für die Zielgruppen machen heißt, für mehr Lebensqualität von allen einzutreten. „Wenn wir uns für Menschen in Krisensituationen einsetzen, setzen wir uns auch für uns selber ein, mit dem Ziel, dass ich das Angewiesensein auf andere einmal nicht als demütigend, sondern als zutiefst beglückende Erfahrung erleben kann“ (Lange 1999:55).

6. Schlusswort

Wenn Liese Prokop 1995 zum Projekt "Kinderhaus Gugging" - Ausgliederung schwerstbehinderter Menschen aus dem Krankenhausbereich in neue Wohnformen - schrieb:

„Hätten wir uns damit begnügt, dem Buchstaben des Unterbringungsgesetzes Genüge zu tun, wäre die Lösung einfach gewesen. Wir hätten nur das Kinderhaus formal aus der Psychiatrie ausgliedern müssen, es zu irgendeiner Pflege- oder Betreuungsstation erklärt und einer anderen Verwaltungseinheit zugeordnet. Es ging und geht uns aber um qualitative Veränderungen für die Menschen, ein solcher Etikettenschwindel kam für uns nicht in Frage.“
(Prokop 1995: Vorwort)

dann haben alle Führungsebenen auch die sozialpolitische Verantwortung für das therapeutische Leitprinzip bei der Ausgliederung des Langzeitbereiches für chronisch psychisch kranke Menschen aus dem NÖ-Krankenanstaltenbereich zu tragen.

Das Betreuungskonzept ist als „Work In Progress“ zu verstehen, das der Erweiterung und im speziellen auch der ständigen Überprüfung der Arbeitsrealität im Psychosozialen Betreuungszentrum Tulln bedarf.

Das Psychosoziale Betreuungszentrum Tulln als regionale Einrichtung möge nebst einer Versorgungs- und Pflegeeinrichtung ein international anerkanntes Kompetenzzentrum für Menschen mit psychiatrischer Langzeiterfahrung und für Menschen mit körperlichen und intellektuellen Behinderungen werden.

In diesem Sinne bedanke ich mich bei all jenen, die diese Arbeit unterstützt und gefördert haben. Besonders bedanken möchte ich mich bei den betroffenen Menschen, da bei offenen, teilnehmenden Erhebungsverfahren ein großes Vertrauen zwischen Respondenten und Forscherin unumgänglich ist.

Charlotte Kühlmayer-Trittner

Literatur

Amering, Michaela, Schmolke, Margit (2007): Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Psychiatrie-Verlag. Bonn

Arnold, Eysenck, Meili (Hrsg.) 1993: Lexikon der Psychologie. 10. Auflage. Band 2. Freiburg.

Arnold, Hermann (1988): Medizin und Ethik Problemfeld Eugenik. Herausgegeben von der Zeitgeschichtlichen Forschungsstelle Ingolstadt. Asendorf.

Beck, Düe, Wieland (Hrsg.) (1996): Normalisierung. Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Heidelberg.

Bernard, Jeff / Hovorka, Hans (1991): Normalisierung. Forschungsprojekt ausgeführt im Auftrag des BM f. Wissenschaft und Forschung und des Magistrats der Stadt Wien. Institut für Soziales Design. Wien

Bertelsmann Lexikon (1996): Lexiographisches Institut München. Bertelsmann Lexikon Verlag. Gütersloh

Black, Otto / Kerschbaumer, Anton Dr. (1966): Geschichte der Stadt Tulln, Eigenverlag der Stadtgemeinde Tulln

Bock, Thomas (2006): Eigensinn und Psychose. Paranus. Neumünster

Böhm, Erwin (2008): Das Psychobiographische Pflegemodell nach Böhm
<http://www.enpp.at/theorie.php> am 04.02.2008

Burzan, Nicole (2005): Quantitative Methoden der Kulturwissenschaften. UVK Verlagsgesellschaft. Konstanz

Castel, Robert (1976): L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Paris

Dalferth, M. (1999): Enthospitalisierung in westlichen Industrienationen am Beispiel der USA/Kalifornien, Norwegen und Schweden. In: Theunissen G. / Lingg, A. (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung.

Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn, 88-11

Degener, Theresia (2001): „Gesunder“ juristischer Menschenverstand? In: Schildmann, Ulrike (Hrsg.): Normalität, Behinderung und Geschlecht. Leske+Budrich. Opladen

Dewe, Bernd (2007): Thesen. Skriptum an der Fachhochschule St. Pölten im WS 2007/08

Dopplinger, Ursula (2008): Wissenschaftliche Befragung zur Akzeptanz des Psychosozialen Betreuungszentrums Tulln. Unveröffentlichtes Manuskript geplant als Diplomarbeit an der Universität Wien

Duden – Das große Fremdwörterbuch (2003): Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. Dudenverlag 2003. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich

Erbslöh, E. (1972): Interview. Teubner. Stuttgart

Feldmann, Klaus (2001): Soziologie Kompakt. Westdeutscher Verlag. Wiesbaden

Flaker V., Schmid T. (Hrsg.) (2006): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Böhlau Verlag. Wien – Köln - Weimar

Foerster, Heinz von (1993): KybernEthik. Merve. Berlin

Flick, Uwe (2004): Triangulation. Eine Einführung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Foerster, H. / Glasersfeld (2007) Wie wir uns erfinden. Eine Autobiographie des radikalen Konstruktivismus. Carl-Auer Verlag. Heidelberg

Foucault, Michel (1998): Die Maschinen des Werdens, zit. nach Mazumdar, Pravu P. Hrsg. (1998): Sammlung <dt.> . Diederichs. München

Frankl, Viktor (1982): Der Wille zum Sinn. Hans-Huber-Verlag. Bern

Frankl, Viktor (2002): Was nicht in meinen Büchern steht – Lebenserinnerungen. Beltz Taschenbuch. Weinheim und Basel

Friedmann, Alexander / Tau Kenneth (1992): Leitfaden der Psychiatrie. Maudrich Verlag

Froschauer, U., Lueger Manfred (2003): Das qualitative Interview. UTB. Wien

Früchtel, Frank; Cyprian, Gudrun; Budde, Wolfgang (2007): Sozialer Raum und Soziale Arbeit, Textbook: theoretische Grundlagen. Wiesbaden: VS Verlag.

Garz, Detlef / Kraimer, Klaus (1991): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Westdeutscher Verlag. Opladen

Glinka, Hans-Jürgen (1998): Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. Juventa-Verlag. München

Goffman, Erving (1972): Asyle – Über die soziale Situation psychischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt

Grant, I. / Patterson, T.L. / Yager, J. (1988). Social supports in relation to physical health and symptoms of Depression in the elderly. American Journal of Psychiatry

Graz D., Kraimer K. (Hrsg.) (1991): Qualitativ-Empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Westdeutscher Verlag. Opladen

Groeben, Norbert (1987): Möglichkeiten und Grenzen der Kognitionskritik durch Inhaltsanalysen von Texten. In: Vorderer, P., Groeben, N. (Hrsg.): Textanalyse als Kognitionskritik? Tübingen

Groeben, Norbert u.a. (1988): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Francke. Tübingen

Herriger, Norbert: (2008): Empowerment von Menschen mit Behinderung. Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften an der Fachhochschule Düsseldorf.

http://www.lok.at/kongress/admin/files/Beitrag_Herriger.pdf am 15.3.2008

Jansen, Dorothea (2003): Einführung in die Netzwerkanalyse. Opladen

Jantzen, Wolfgang (1980): Geistigbehinderte Menschen und gesellschaftliche Integration. Bern

Keupp, Heiner (2004): Die Normalität der Krise oder die Krise der Normalität. In: Müller, W. / Scheuermann, U. (Hrsg.): Praxis Krisenintervention. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart

Kirchhoff, S. / Kuhnt, S. / Lipp, P. / Schlawin, S. (2006): Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Kleve, Heiko (1996): Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Die konstruktivistische Wirklichkeitsauffassung und ihre Bedeutung für die Sozialarbeit / Sozialpädagogik und Supervision. Kerstin-IBS. Aachen

Kleve, Heiko / Ortmann, K.H. (2000): Sozialwissenschaft und Sozialmedizin – ein bezugswissenschaftliches Verhältnis. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit Nr.3

Kleve, Heiko (2003): Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau

Kleve, Heiko (2007): Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Klosinski, G. (1996): Psychokulte. Was Sekten für Jugendliche so attraktiv macht. München

Knapp, Werner (1995): Die Inhaltsanalyse aus linguistischer Sicht. In: Mayring, P., Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz-Verlag. Weinheim und Basel

Konrad, Klaus (2005): Mündliche und schriftliche Befragung. Ein Lehrbuch. Verlag Empirische Pädagogik. Landau.

Kromrey, Helmut (1991): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung. Opladen

Lamnek, Siegfried (1993): Qualitative Sozialforschung Band 2. Methoden und Techniken, Beltz Psychologie Verlags Union Weinheim

Lange, Reingard (1999): Visionen in Entwicklung begriffen. In: Reihe – Schriften aus Lainz 14. Kardinal König Haus (Hrsg.)

Lauken Miriam, Brysten Frauke, Wüllenweber Ernst (2001): Krisen, Krisenprävention und Krisenintervention im Prozess der Enthospitalisierung. Zit. nach: Wüllenweber, Ernst / Theunissen, Georg (Hrsg): Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. Kohlhammer. Stuttgart

Link, Jürgen (1997): Versuch über den Normalismus. Westdeutscher Verlag. Opladen

Lyotard, Jean-Francois (1981): Regeln und Paradoxa, in der: Philosophie und Malerei im Zeitalter der Postmoderne. Merve (1986:91-107). Berlin

Manturana, H.; Varela, F. (1987): Der Baum der Erkenntnis: Die biologischen Wurzeln des Erkennens. Scherz (Goldmann). München

Mayring, Philipp (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 1. Auflage. Psychologie Verlags Union. München

Mayring, Philipp (1999): Zum Verhältnis qualitativer und quantitativer Analyse. In Dietmar Bolscho / Gerd Michelsen (Hrsg.), Methoden der Umweltbildungsforschung. Leske & Budrich. Opladen

Mayring, Philipp / Gläser-Zikuda, Michaela (2005): Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz Verlag. Weinheim und Basel

Merten, Klaus (1995): Merten, K. (1995):Inhaltsanalyse. Einführung in Theorie, Methode und Praxis, 2. Aufl., Opladen: Westdeutscher Verlag

Meuser, Michael / Nagel Ulrike (2005): Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander / Littig Beate / Menz, Wolfgang (Hrsg), Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung, VS Verlag für Sozialwissenschaften Weinheim, S. 71-93).

Meyers Lexikonverlag 2007 - Hg. Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG. Datum der Ausgabe: 27. Februar 2007 15:31 UTC

<http://lexikon.meyers.de/meyers/Gewissen> am 09. 02.2008

Miller, Alice (1985): Bilder einer Kindheit. Suhrkamp. Frankfurt

Müller, Max / Halder, Alois (1958): Herders kleines philosophisches Wörterbuch. Herder. Basel, Freiburg, Wien.

Mummendey, Hans-Dieter (1987): Die Fragebogen-Methode. Verlag für Psychologie. Göttingen

NÖ Psychiatrieplan (1995) zit. nach: Evaluation und Kurzfassung (2003)

<http://cms.noegus.at/images/noepsy03-kurz-end.pdf> am 28.01.2008

Pantucek, Peter (2007/08a): Soziale Diagnostik. Skriptum an der Fachhochschule St. Pölten

Pantucek, Peter (2007/08b): Soziale Diagnose. Skriptum an der Fachhochschule St. Pölten

Pauls, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit, Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Juventa Verlag. Weinheim und München

Petri, Horst (1987): Angst und Frieden. Psychoanalyse und gesellschaftliche Verantwortung. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt

Prokop, Liese (1995): Das Projekt „Kinderhaus Gugging“. NÖ-Schriften, 80 Dokumentation, 7/1995

Rauschenbach, Thomas / Gängler, Hans (1992): Soziale Arbeit und Erziehung in der Risikogesellschaft. Luchterhandverlag. Neuwied – Kriftel - Berlin

Rauschenbach, T. / Züchner, I. (2002): Theorie der Sozialen Arbeit, in: Thole, W. (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit, 2002: 139-160. Opladen

Richter, Ingo (2002): Kompetenzerwerb in den Lebenswelten junger Menschen. In: Arbeitsstab Forum Bildung (Hrsg.) (2002): Expertenberichte des Forums Bildung. Bonn. (Ergebnisse des Forum Bildung. 3)

Rindermann, Heiner (1997): Lehrveranstaltungsbewertungen. Studienverlag. Innsbruck

Ringel, Erwin / Hrdlicka, Alfred / Fried, Erich (1986): Die da reden gegen Vernichtung. Europa Verlag. Wien

Schildmann, Ulrike (2001): Normalität, Behinderung und Geschlecht. Ansätze und Perspektiven der Forschung. Leske+Budrich. Opladen

Schilling, Johannes (2000): Anthropologie. Menschenbilder in der Sozialen Arbeit. Luchterhand Verlag. Neuwied, Kriftel

Schmidt, S.J. (1987): Der Radikale Konstruktivismus: Ein neues Paradigma im interdisziplinären Diskurs. In: Ders. (Hrsg.): Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus. Suhrkamp. Frankfurt

Schütz, Alfred (1972): Der Fremde. Gesammelte Aufsätze II. Studien zur soziologischen Theorie. Den Haag: Martinus Nijhoff.

Schütz, Alfred / Luckmann, Thomas (2003): Strukturen der Lebenswelt. UVK Verlagsgesellschaft. Konstanz

Sozialpsychiatrische Informationen (2005): Ökonomie ohne Menschen – zur Verteidigung der Kultur des Sozialen (mit Beiträgen von o.Negt. K. Dörner, F. Bremer, S. Prins) Heft 4. Psychiatrie-Verlag. Bonn

Theunissen, Georg (199): Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. Psychiatrie-Verlag. Bonn

Thiersch, Hans (1995): Lebenswelt und Moral. Beiträge zur moralischen Orientierung Sozialer Arbeit. Juventa-Verlag. Weinheim und München

Thiersch, Hans (2005): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Juventa-Verlag. Weinheim

Titze, Michael (1985): Heilkraft des Humors. Therapeutische Erfahrungen mit Lachen. Freiburg

Treibel, Anette (2004): Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart. 6. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Welsch, Wolfgang (1987): Unsere Postmoderne Moderne. Akademie Verlag (1993). Berlin

Welsch, Wolfgang (1990): Ästhetisches Denken. Reclam. Stuttgart

Wittgenstein, Ludwig (1969): Schriften 1. Suhrkamp. Frankfurt

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Luftaufnahme des NÖ Landespflegeheimes Tulln mit dem
 Psychosozialen Betreuungszentrum: aufgenommen Mai 2007

Abb.2 NÖ Landespflegeheim Tulln, Luftaufnahme

Abb.3 Frontansicht des PSBZ Tulln

Abb.4 Wohnzimmer im PSBZ Tulln

Abb.5: Sanitäreinheit im PSBZ Tulln

Abb.6 Café Eulenspiegel

Abb.7 Gartenbereich mit Blick zu Nachbarn

Abb.8 Netzwerkkarte: Pantucek, Peter (2007b): Soziale Diagnose. Skriptum
 an der Fachhochschule St. Pölten

Verwendete Abkürzungen

PSBZ = Psychosoziales Betreuungszentrum Tulln

NÖ = Niederösterreich

Anhang

Dienstpostenplan:

	DPPL 2008	Tatsächlich beschäftigt im März 08
Arzt (mit Werkvertrag)	0,50	0,25
Psychologe/in	1,00	0,50
Dipl. Krankenpflegepersonal	19,00	16,00
Pflegehelfer/innen	9,00	11,00
Abteilungshelfer/innen	0,00	2,25
Behindertenpädagogen	1,00	3,00
Beschäftigungstherapie	3,00	1,88
Beschäftigungsbetreuung	3,00	2,00
Summe	36,50	36,88

Die Abweichung vom ursprünglichen Dienstpostenplan liege laut dem Direktor des NÖ Landespflegeheimes Tulln – PSBZ vor allem darin begründet, dass im Zuge der Mitnahme von Personal aus Gugging bei der erstmaligen Erstellung des Dienstpostenplanes die erforderlichen Berufsgruppen zwar bekannt waren, eine genaue Zuordnung sowohl von den Qualitäten als auch von der Anzahl der Personen noch nicht möglich war. Eine Begründung sei weiters, dass das von den NÖ Heimen verwendete Personalberechnungsmodell nicht wirklich für die Personalbemessung für diese Art von Einrichtungen geeignet ist. Dieses Modell würde beim Pflegepersonal eine höhere Anzahl ergeben, beim Therapie- und Betreuungspersonal gibt es dafür keine Vorgaben. Wenn man von den heutigen tatsächlich bestehenden Einstufungen ausgeht, wird in Summe ziemlich genau das tatsächlich vorhandene Personal erzielt, wenngleich in anderen Qualitäten. In der Psychiatrie werde normalerweise die deutsche Psych-PV als Berechnungsmodell herangezogen, welches aber für diese Einrichtung wenig geeignet sei. Die ursprüngliche Personalbemessung wurde in Anlehnung an das PSBZ Mauer durchgeführt, welches seit dem Jahr 2000 aus der Landesnervenklinik Mauer herausgelöst wurde.

Besetzung der Tag und Nachtdienste:

Im Bereich der Pflege ist während des Tages folgende Besetzung vorgesehen:

Station A 4,0 Pers. (excl.Stat.Leitung und Abteilungshelferin)

Station B 1,5 Pers. (excl. Stat.Leitung und Abteilungshelferin)

Station C 1,5 Pers. (excl. Stat.Leitung und Abteilungshelferin)

Für die Nacht sind im Bereich der Pflege 3 Personen vorgesehen, wobei 2 Personen auf A und 1 Person auf B+C sind, bzw. im Bedarfsfall gegenseitige Hilfestellung gewährt werden kann.

Warum wurde kein/e Sozialarbeiter/in angestellt?

Im Dienstpostenplan sei von Seiten der Direktion nie ein/e Sozialarbeiter/in vorgesehen gewesen, wenngleich im DPPL 2007 ein/e Sozialarbeiter/in ausgewiesen war. Dies war jedoch scheinbar darauf zurückzuführen, dass in Gugging auf der Station 3 ein Sozialarbeiter tätig war, welcher sich auf der Forensik vor allem um die Wiedereingliederung der Klienten zu kümmern hatte. Da zum damaligen Zeitpunkt nicht klar war, ob alle Bediensteten mit den jeweiligen Qualitäten im Donauklinikum unterkommen würden, wurde offenbar aus diesem Grund ein Sozialarbeiter für das PSBZ vorgesehen, jedoch nicht von der Direktion des Rosenheimes beantragt. Die Anstellung eines Sozialarbeiters / einer Sozialarbeiterin ist nach Meinung des Heimleiters im ho. Kontext nicht erforderlich, da die Rate an Entlassungen (und damit der anderweitigen Unterbringung mit allen damit zusammenhängenden sozialen Bedürfnissen) sehr gering ist.

Heimordnung für das Pflegeheim
--

Sehr geehrte Bewohnerin!
Sehr geehrter Bewohner!

Wir begrüßen Sie im Pflegeheim sehr herzlich. Sie haben hier ein neues Zuhause und leben in einer Gemeinschaft mit gleichen Rechten und Pflichten.

Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen!

Voraussetzung dafür ist ein gutes Zusammenwirken aller Menschen, die im Heim wohnen und arbeiten. Dazu ist es notwendig, bestimmte Regeln einzuhalten. Daher möchten wir Ihnen mit dieser Heimordnung neben allgemeinen Informationen einige wichtige Bestimmungen zur Kenntnis bringen.

Personenbezogene Bezeichnungen in dieser Heimordnung sind nur in männlicher Form angeführt, beziehen sich aber in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

1. Aufnahme in das Heim

Sie haben sich zu einem Aufenthalt bei uns entschlossen. Innerhalb der ersten 2 Monate ist zwischen Ihnen und dem Rechtsträger des Heimes ein schriftlicher Heimvertrag abzuschließen. Dieser regelt unter anderem auch die Kosten für Ihren Aufenthalt in unserem Haus.

2. Umgang miteinander

Sie dürfen erwarten, dass Mitbewohner und Mitarbeiter unseres Hauses Ihnen mit der entsprechenden Freundlichkeit, Höflichkeit und Toleranz begegnen. Im Gegenzug dürfen auch wir dies von Ihnen erwarten.

3. Heimleitung

Mit der Leitung des Heimes ist Herr/Frau betraut. Sein/Ihr Büro befindet sich Wenn Sie Fragen, Wünsche oder Beschwerden haben, so richten Sie diese bitte an den Heimleiter oder an sonstige Mitarbeiter unseres Hauses.

4. Ärztliche Betreuung

Im Heim ist freie Arztwahl möglich. Sie können aber auch die Dienste des Heimarztes, Herrn/Frau Dr., in Anspruch nehmen. Ärztliche Visiten des Heimarztes finden regelmäßig statt. Fragen über Ihren Gesundheitszustand richten Sie oder ihre Vertrauensperson bitte ausschließlich an den behandelnden Arzt.

5. Pflegerische Betreuung

Der Pflegedienst wird von der Pflegedienstleitung, Herrn/Frau, geleitet. Sein/Ihr Büro befindet sich Die pflegerische Betreuung ist rund um die Uhr sichergestellt. Fragen, die die pflegerische Betreuung betreffen, richten Sie oder ihre Vertrauensperson bitte ausschließlich an das diplomierte Pflegepersonal.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Charlotte Kühlmayer-Trittner, geboren am 26. Mai 1962 in Horn,
erkläre,

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

Langenschönbichl, am 28. April 2008

Unterschrift