



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Enthospitalisierung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung und deren Auswirkung auf die soziale Kompetenz – dargestellt am Beispiel vier langzeithospitalisierter Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung“

Verfasserin

Miriam Kerzendorfer

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Johannes Meyer

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer andern Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 25.09. 2012

Miriam Kerzendorfer

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Darlegung des Forschungsvorhabens.....	7
2.1 Forschungsstand und Forschungslücke	7
2.2 Fragestellung	9
2.3 Methodik.....	10
2.3.1 Hermeneutische Erschließung der theoretischen Grundlagen	10
2.3.2. Durchführung der empirisch-analytischen Untersuchung	11
2.4 Vorschau	11
3. Begriffsbestimmungen	13
3.1 Enthospitalisierung	13
3.2 Der Personenkreis "Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung" ..	14
4. Soziale Kompetenz	15
4.1 Zum Begriff der sozialen Kompetenz	15
4.1.1 Begriffsbestimmung „Kompetenz“	15
4.1.2 Begriffsbestimmung „soziale Kompetenz“	16
4.2 Zur sozialen Kompetenz bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung.....	18
4.2.1 Sozial-adaptive Fähigkeiten und lebenspraktische Fertigkeiten	19
4.2.2 Sozialverhalten.....	21
4.3 Zusammenfassung und Arbeitsdefinition	23
5. Die Betreuung und Unterbringung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in traditionellen psychiatrischen Institutionen.....	24
5.1 Die Lebens- und Betreuungsbedingungen der untergebrachten Personen	24
5.1.1 Das dominierende Menschenbild und Verständnis von Behinderung	24
5.1.2 Die professionelle Orientierung des Betreuungspersonals	26
5.1.3. Die soziale Rolle als „PatientIn“	27
5.1.4 Pflegen, Verwahren und Schützen als methodische Ausrichtungen	28

5.1.5 Die Gestaltung der institutionellen Betreuung und Unterbringung	30
5.2. Die Auswirkungen der traditionellen Betreuung und Unterbringung auf die soziale Kompetenz der betroffenen Menschen	31
5.2.1 Auswirkungen auf sozial-adaptive Fähigkeiten und lebenspraktische Fertigkeiten	31
5.2.2 Auswirkungen auf das Sozialverhalten	32
5.3 Zusammenfassung	35
6. Das Leben nach der Enthospitalisierung: Wohnen und Betreuung in gemeindenahen Einrichtungen	36
6.1 Grundsätze	36
6.1.1 Normalisierung	36
6.1.2 Integration.....	38
6.2 Die Lebens- und Betreuungsbedingungen.....	39
6.2.1 Das dominierende Menschenbild und Verständnis von Behinderung	39
6.2.2 Die professionelle Orientierung des Betreuungspersonals	40
6.2.3 Die soziale Rolle als „BürgerIn“ und „KlientIn“	42
6.2.4 Förderung als methodische Ausrichtung im Betreuungsprozess.....	44
6.2.5 Die Gestaltung der Betreuungs- und Wohneinrichtungen.....	46
6.3 Die Auswirkungen gemeindenaher Wohn- und Betreuungsformen auf die soziale Kompetenz von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung	48
6.3.1 Auswirkungen auf sozial-adaptive Fähigkeiten und lebenspraktische Fertigkeiten	48
6.3.2 Auswirkungen auf das Sozialverhalten	49
6.4 Zusammenfassung	49

7. Die empirische Untersuchung	50
7.1 Einführung	50
7.1.1 Inhalt der Untersuchung	50
7.1.2 Ziel der Untersuchung	50
7.2 Fragestellung	51
7.2.1 Ableitung der Fragestellung aus der Literatur.....	51
7.2.2 Fragestellung der Untersuchung	54
7.3 Hypothesen	55
7.4 Der Ablauf der Untersuchung.....	56
7.4.1 Die Ermittlung der Untersuchungsteilnehmer	56
7.4.2 Das Erhebungsinstrument.....	56
7.4.3 Die Datenerhebung und Auswertung.....	57
8. Die Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer	61
8.1. Soziodemografischer Hintergrund.....	61
8.2 Hintergrundinformationen zum Psychatrieaufenthalt	62
8.2.1 Beschreibung der Institution.....	62
8.2.2 Informationen zur Aufenthaltsdauer	63
8.2.3 Einweisungsgründe und gestellte medizinische Diagnosen.....	65
8.3 Hintergrundinformationen zur gemeindenahen Betreuung	66
8.3.1 Beschreibung der Institution.....	66
8.3.2 Informationen zur Aufenthaltsdauer	67

9. Die Untersuchungsergebnisse.....	67
9.1. Ergebnisse im Bereich sozial-adaptiver Fähigkeiten und lebenspraktischer Fertigkeiten	68
9.1.1 Selbstständigkeit und Unabhängigkeit.....	68
9.1.2 Kommunikation und Interaktion	73
9.2 Ergebnisse im Bereich des Sozialverhaltens	77
9.2.1 Verhaltensauffälligkeiten	77
9.3 Auffallende Einzelergebnisse	82
10. Diskussion und Zusammenfassung.....	83
10.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Überprüfung der Hypothesen.....	83
10.2 Vergleich der Ergebnisse mit ähnlichen Studien in der Forschungsliteratur	84
10.3 Kritik der Studie	85
10.4 Zusammenfassung und Ausblick.....	86
11. Verzeichnisse.....	89
11.1 Literaturverzeichnis	89
11.2 Abbildungsverzeichnis	97
12. Kurzzusammenfassung (Abstract)	98
13. Lebenslauf	100

1. Einleitung

Gegen Ende der 1980er Jahre wurde in Wien begonnen, Menschen mit geistiger Behinderung aus den psychiatrischen Anstalten auszugliedern. Die betroffenen Menschen zogen in Folge in gemeinwesenintegrierte und heilpädagogisch ausgerichtete Wohneinrichtungen um (Vgl. Berger et al. 2006). Den Prozess der Ausgliederung von Menschen mit Behinderung aus klinisch orientierten Einrichtungen und der Eingliederung in pädagogisch orientierte Betreuungssysteme nennt man „Enthospitalisierung“. Die Enthospitalisierung sollte eine Reform der Betreuungssysteme von Menschen mit geistiger Behinderung einleiten, die das Ziel verfolgte, Menschen mit geistiger Behinderung an die Gesellschaft heranzuführen. Diese Eingliederung von Menschen mit Behinderung wird auch als „gesellschaftliche Integration“ beschlagwortet. Gesellschaftliche Integration bedeutet, dass Menschen mit Behinderung die Chance erhalten sollen, ihre eigenen sozialen Netzwerke aufzubauen, sich beruflich am Arbeitsmarkt einzubringen, aber auch an Bildungsmaßnahmen und an kulturellen Aktivitäten teilnehmen zu können.

Als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche gesellschaftliche Eingliederung von Menschen mit geistiger Behinderung wird die Entwicklung sozialer Kompetenzen gesehen (Vgl. Holtz 1994, Fiedler 2006). Genau dieses Ziel war durch die Betreuung in der Psychiatrie nicht erreichbar: Menschen mit geistiger Behinderung wurden in der Psychiatrie unter isolierenden und menschenunwürdigen Lebensbedingungen verwahrt und erhielten keine angemessene individuelle Förderung. Besonders traf dies auf Menschen zu, die aufgrund der Komplexität ihrer Beeinträchtigung als „schwer geistig und mehrfach behindert“ stigmatisiert wurden und als „Pflegefälle“ in der Psychiatrie „aufgehoben“ wurden. Aufgrund der menschenunwürdigen Lebensbedingungen entwickelten viele Menschen bei dieser Art der Unterbringung auffällige Verhaltensweisen, die man als „Hospitalismusschäden“ bezeichnet (Vgl. Hoffmann 1994, S. 17).

Durch die Enthospitalisierung der Menschen mit geistiger Behinderung und der einhergehenden Veränderung der Lebenssituation erhoffte man sich, dass sich die Folgen der Hospitalisierung fast „automatisch“ auflösen würden, beziehungsweise abbauen würden und Menschen aufgrund der pädagogischen Bemühungen und der gemeinwesenintegrierten Wohnformen ihre sozialen Kompetenzen positiv entwickeln würden. Dies hätte dann zur Folge, dass Menschen mit geistiger Behinderung und auch schwerer geistiger Behinderung sich leichter in die Gesellschaft eingliedern könnten und somit ein Hauptziel der

Enthospitalisierung realisiert werden könnte. Fraglich ist, ob diese Erwartungen tatsächlich erfüllt worden sind.

Das Thema des Effekts der Enthospitalisierung auf die Entwicklung der sozialen Kompetenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung scheint also ein wichtiges Thema für die Heilpädagogik zu sein. Es sollte daher auch Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung sein. Tatsächlich ist jedoch festzustellen, dass zwar im angloamerikanischen Raum sehr viele Studien durchgeführt wurden die dieses Thema zum Gegenstand hatten (Kim et al 2001). Im deutschsprachigen Raum fand jedoch die wissenschaftliche Überprüfung des Effekts der Ausgliederung auf die sozialen Kompetenzen betroffener Menschen nur ansatzweise statt. In Österreich selber gibt es nur eine Studie, die das Thema der Kompetenzenentwicklung nach der Psychiatrieausgliederung bei Menschen mit geistiger Behinderung anstreift (Vgl. Berger et al 2006).

Wie deutlich argumentiert wurde, scheint dieses Thema relevant für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung zu sein. Sie erhält jedoch für die Verfasserin der Arbeit noch zusätzlich eine persönliche Brisanz, weil sie im Rahmen eines Praktikums in einer Wohneinrichtung der Lebenshilfe Wien vier Männer mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung kennenlernen durfte, die jahrzehntelang in einer Wiener psychiatrischen Einrichtung gelebt hatten. Betreuer, die die betroffenen Menschen schon seit der Enthospitalisierung seit zehn Jahren betreuen, berichten, dass sie positive Veränderungen bei diesen Personen feststellen konnten. Deshalb kam die Verfasserin der Arbeit auf die Idee, sich differenzierter damit auseinanderzusetzen, welche Auswirkungen die Ausgliederung aus der Psychiatrie und die Eingliederung in gemeindenähe Betreuungssysteme auf die betroffenen Menschen genommen haben.

2. Darlegung des Forschungsvorhabens

2.1 Forschungsstand und Forschungslücke

Es findet sich im deutschsprachigen Raum viel Literatur zum Themenkreis der Enthospitalisierung und Psychiatriereform. Versucht man den pädagogischen Diskurs zusammenzufassen, lässt sich trotz Differenzen über die strukturelle und auch inhaltliche Gestaltung der Ausgliederung von Menschen mit geistigen Behinderungen aus klinisch orientierten Versorgungseinrichtungen (Psychiatrien/Pflegeheime) feststellen, dass

grundsätzlich ein Konsens darin besteht, dass Dezentalisierungsmaßnahmen für viele betroffene Menschen einen positiven Effekt auf ihre Lebenssituation- und -qualität haben. Dies lässt sich an folgenden Aspekten darstellen:

1. Eine Zunahme an persönlicher Autonomie;
 2. Eine Reduzierung von Verhaltensauffälligkeiten;
 3. Eine Anpassung der Lebensbedingungen behinderter Menschen an die durchschnittliche, im kulturellen Kontext übliche Lebensgestaltung, das heißt eine Normalisierung der Lebensverhältnisse;
 4. Eine Verbesserung der individuellen sozialen Netze;
 5. Einen Anstieg sozialer und wirtschaftlicher Integration;
 6. Eine Steigerung an personalen, kognitiven und sozialen Kompetenzen;
- (Vgl. Biewer 2009, S. 119 -124; Theunissen 2005, S. 105 ff.)

Anhand einiger im deutschsprachigen Raum durchgeführten Studien und Beobachtungen lassen sich diese Effekte großteils bestätigen (Vgl. Dalferth 2000, S. 90; Berger 2006, S. 7 ff.; S. 108; Hämmerle 2001, S. 58; Drechsler 2000, S. 87). Es werden aber auch Defizite in der Realisierung der Enthospitalisierung beschrieben, insbesondere bei den Hauptzielen der Prozesse wie der sozialen Integration, der Partizipation am Arbeitsmarkt oder der Förderung von Bildung und Ermöglichung einer individuellen Freizeitgestaltung. (Vgl. Neubauer 1999, S. 61-63; Vgl. Theunissen 1999 S. 6 ff.)

Im Zusammenhang mit Enthospitalisierungsprozessen wird der Erwerb und die Förderung unterschiedlicher Kompetenzen, insbesondere dem der sozialen Kompetenz diskutiert, da dieser als Schlüsselfaktor für die gesellschaftliche Integration dient (Vgl. Holtz 2005).

Der Blick in die Literatur zeigt, dass es sehr viele Publikationen gibt, die sich mit dem Thema der sozialen Kompetenz auseinandersetzen (Vgl. Rose-Krasnor 1997, S. 111). Fasst man die Literatur über den Aspekt der sozialen Kompetenz zusammen, so lässt sich feststellen, dass die bisher gesichtete Literatur von äußerst unterschiedlichen theoretischen Ansätzen ausgeht und daher kein Konsens in der Definition sozialer Kompetenz vorherrscht, da der Begriff inhaltlich unterschiedlich breit gefasst und gefüllt ist und oft aber auch nur umschrieben wird. Es lässt sich daher die soziale Kompetenz nur als Konstrukt beschreiben, welches äußerst reduziert als die Fähigkeit verstanden werden kann, mit Menschen gut umzugehen. (Vgl. Fiedler 2006 S. 9; Nigsch 1999, S. 3; Rose-Krasnor 1997, S. 112 ff). Bezogen auf Menschen mit geistiger Behinderung wird der Begriff der sozialen Kompetenz meist vereinfacht mit

altersentsprechenden lebenspraktischen Fertigkeiten gleichgesetzt. Außerdem werden deren soziale Kompetenzen meist unter einer defizitären Sicht aufgrund eingeschränkter kognitiver Fähigkeiten gesehen (Vgl. Fiedler 2006, S. 9; Holtz S. 1994. S. 29 ff). Insgesamt wurden aber nur 2 Publikationen gefunden, die sich mit den sozialen Kompetenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung auseinandersetzen (Fiedler 2006, Holtz 1994). Über die soziale Kompetenz bei Menschen, die zur Gruppe der sogenannten schwer(st) geistig Behinderten gehören, lässt sich keine wissenschaftliche Publikation finden.

Konkret ist festzustellen, dass es im deutschsprachigen und insbesondere im österreichischen Raum wenig Studien gibt, die sich mit dem Effekt der Enthospitalisierung auf die sozialen Kompetenzen von Menschen mit geistiger bzw. schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung beschäftigen. (Vgl. Drechsler 2001; Vgl. Jahns 1994 S. 108). Im Gegensatz dazu wurden im angloamerikanischen Raum zahlreiche Untersuchungen bezüglich der Entwicklung sozialer Kompetenzen (*Behavioral outcomes*) durch Enthospitalisierungsmaßnahmen durchgeführt. Diese fanden auch bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung statt. (Vgl. Drechsler 2006, S. 36; Kim et al. 2001; S. 39 ff). Für den Wiener Raum lässt sich nur eine Studie dokumentieren, welche sich mit den Auswirkungen der Wiener Psychiatriereform und den begleitenden Anstaltsausgliederungsprozessen beschäftigt. Anhand von Betreuerbefragungen wurde ein höheres Kompetenzniveau in den Bereichen *Allgemeine Selbstständigkeit und Kommunikation/Orientierung und Autonomie* bei einer seit 10 Jahren im extramuralen Bereich befindlichen KlientInnengruppe befundet (Vgl. Berger et al. 2006, S. 7).

2.2 Fragestellung

Die Darstellung der Forschungslücke und des Forschungsstandes zeigt, dass es in Österreich und insbesondere Wien keine genauen Untersuchungen über den Effekt der Enthospitalisierungsprozesse auf die sozialen Kompetenzen bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung gibt. Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag, die Forschungslücke zu verkleinern. Die Forschungsfrage lautet daher:

Welche Auswirkungen haben Enthospitalisierungsprozesse auf die Entwicklung sozialer Kompetenzen ehemals langzeithospitalisierter Personen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung?

2.3 Methodik

In der vorliegenden Arbeit werden folgende methodische Arbeitsschritte durchgeführt werden:

2.3.1 Hermeneutische Erschließung der theoretischen Grundlagen

In einem ersten Schritt wird versucht werden, die arbeitsrelevanten Themenbereiche hermeneutisch zu erschließen. Zuerst werden die für die Arbeit relevanten Begrifflichkeiten definiert und diskutiert werden. Dazu erfolgt zunächst eine Definition der Personengruppe von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung. Die Klärung des Begriffs besitzt zwei Motive: Das erste Motiv besteht darin, zu bestimmen, welche Bedeutung der Begriff „Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung“ für die vorliegende Arbeit besitzt. Der zweite Grund dieser Begriffsklärung ist darin zu finden, dass die Begriffsbestimmung als Instrumentarium für die Auswahl der Probanden der empirisch-analytischen Untersuchung dienen soll.

In einem weiteren Schritt folgt eine Klärung des Begriffs der Enthospitalisierung. Als zentralen Terminus der Arbeit wird auf den Begriff der sozialen Kompetenz vertieft eingegangen werden. Hier wird zunächst einmal versucht werden, soziale Kompetenz allgemein zu definieren und zu beschreiben. Im Anschluss an diese allgemeine Darstellung sozialer Kompetenz, werden die daraus resultierenden Ergebnisse mit dem Personenkreis von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung zusammengeführt werden. Insgesamt haben diese Erläuterungen das Ziel, das Verständnis sozialer Kompetenz bei der Personengruppe von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu klären. Diese Klärung besitzt insbesondere die Relevanz, dass die für die vorliegende Arbeit notwendigen Zusammenhänge begrifflich fassbar gemacht werden sollen. Dafür wird auch eine Arbeitsdefinition entwickelt werden.

In einem zweiten hermeneutischen Schritt wird die traditionelle Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in psychiatrischen Anstalten mit der Betreuung in gemeindenahen Wohnformen verglichen werden. Hier wird zunächst einmal versucht werden, das jeweilige Menschenbild und das Verständnis von Behinderung aus der

vorliegenden Literatur herauszuarbeiten. In einem zweiten Schritt erfolgt dann eine Darstellung der Lebens- und Betreuungsbedingungen in den unterschiedlichen Betreuungsformen. Neben der Darstellung der unterschiedlichen Betreuungsmodelle für Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung wird in einem weiteren hermeneutischen Prozess das jeweilige Betreuungssetting auf den Aspekt des Effekts auf die soziale Kompetenz der betroffenen Personen untersucht werden.

In einem weiteren Schritt erfolgt noch die theoretische Analyse bisher veröffentlichter empirisch-analytischer Studien zu einer ähnlichen Fragestellung. Die Ergebnisse dieser Analyse werden als Grundlage für die Entwicklung der Hypothesen der anschließend durchgeführten empirisch-analytischen Untersuchung genommen werden.

2.3.2. Durchführung der empirisch-analytischen Untersuchung

Die empirisch-analytische Untersuchung der vorliegenden Arbeit wird eine Dokumentenanalyse sein. Es gab für die Verfasserin der Arbeit die Möglichkeit, in einer Wohneinrichtung 4 enthospitalisierte Männer kennenzulernen. Über jeden dieser 4 Personen ist in der Wohneinrichtung eine sehr umfangreiche Dokumentation verfügbar. Die dort auffindbaren Informationen eignen sich aufgrund sehr detaillierter Beschreibungen des Verhaltens und der Fähigkeiten sehr gut, der Forschungsfrage nachgehen zu können, inwiefern sich die sozialen Fähigkeiten und das Verhaltensspektrum dieser 4 Männer seit der Enthospitalisierung verändert haben.

Aus der entwickelten Arbeitsdefinition bzw. den zentralen Ergebnissen der Betrachtungen der sozialen Kompetenz bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung wird ein Kategoriensystem für die Analyse der Dokumentation erstellt werden. Eine detaillierte Darstellung der methodischen Vorgehensweise erfolgt in Kapitel 7.

2.3 Vorschau

Nach der Einleitung in Kapitel 1, sowie der Darlegung des Forschungsvorhabens in Kapitel 2, erfolgt in den Kapiteln 3 und 4 eine Klärung der grundlegenden Begrifflichkeiten der Arbeit.

In Kapitel 4 wird, wie schon oben beschrieben, vertiefend auf den zentralen Begriff der sozialen Kompetenz eingegangen werden.

Kapitel 5 und 6 befassen sich mit der theoretischen Darstellung der Lebens- und Betreuungsbedingungen von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in traditionellen, psychiatrischen Einrichtungen und in modernen, gemeindenahen Betreuungseinrichtungen. In Anschluss an die Darstellung der Lebens- und Betreuungsumstände in den jeweiligen Betreuungsmodellen wird theoretisch diskutiert werden, welche Auswirkungen diese Umstände auf die Entwicklung der sozialen Kompetenzen besaßen bzw. wie sich diese Bedingungen heute noch auf die Entwicklung des Sozialverhaltens und die lebenspraktischen Fähigkeiten der betreuten Menschen auswirken.

Kapitel 7 führt zunächst in das empirisch- analytische Untersuchungsvorhaben der vorliegenden Arbeit ein. Zusätzlich werden die für die Untersuchung grundlegenden Fragestellungen und Hypothesen vorgestellt werden. Diese wurden sich aus den theoretischen Befunden der Betrachtungen aus den Kapitel 5 und 6 und den vorgefundenen empirischen Ergebnissen ähnlich gearteter Studien entwickelt. In Kapitel 7 wird auch der Ablauf der Untersuchung (Ermittlung der Untersuchungsteilnehmer, das Erhebungsinstrument, die Datenerhebung- und auswertung) detailliert beschrieben werden.

In Kapitel 8 erfolgt eine Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer. Hierzu werden zunächst die soziodemografischen Informationen (Alter, Bildungsstand, Altersdurchschnitt der Probanden) dargestellt werden. Außerdem werden detaillierte Informationen zu den bisherigen institutionellen Aufenthalten der untersuchten Personen in den Unterkapiteln 8.2 und 8.3 gegeben werden.

Die Ergebnisse der empirisch-analytischen Untersuchung werden in Kapitel 9 präsentiert werden.

In Kapitel 10 werden die Ergebnisse der empirisch-analytischen Untersuchung der vorliegenden Arbeit mit den Befunden anderer vorgefundener empirischer Studien zu ähnlichen Themenbereichen diskutiert werden. In einem weiteren Schritt werden die vorhandenen Grenzen und methodischen Herausforderungen der empirisch-analytischen Untersuchung problematisiert werden. Zuletzt erfolgt eine Zusammenfassung der Arbeit mit einem Ausblick auf weitere mögliche Forschungsbemühungen.

Kapitel 11 beinhaltet ein Literaturverzeichnis und ein Abbildungsverzeichnis. Im Literaturverzeichnis werden alle direkt und indirekt verwendeten Literaturquellen angegeben werden. Das Abbildungsverzeichnis enthält sämtliche Darstellungen und Grafiken mit Quellenangaben, die für die vorliegende Arbeit verwendet wurden. In Kapitel 12 befindet sich die Kurzzusammenfassung der Arbeit sowohl in deutscher als auch in englischer Sprache.

Kapitel 13 enthält einen Lebenslauf der Verfasserin der vorliegenden Arbeit.

3. Begriffsbestimmungen

3.1 Enthospitalisierung

In den letzten Jahrzehnten hat sich der Personenkreis der betreuten Menschen in heilpädagogisch orientierten Einrichtungen insbesondere durch Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung erweitert. Diese Erweiterung des Personenkreises resultiert aufgrund von Reformen in der Behindertenhilfe: Bis vor wenigen Jahren war es üblich, Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen, oder anderen vergleichbaren klinischen Einrichtungen zu betreuen und unterzubringen. In diesen Institutionen lebten die betroffenen Menschen unter Bedingungen, die ihrer individuellen Bedürfnis- und Interessenslage nur unzureichend oder gar nicht gerecht wurden. Die betroffenen Menschen wurden in den Einrichtungen als „hoffnungslose Pflegefälle“ betreut, durch ihre Verwahrung in psychiatrischen Anstalten oder ähnlichen Einrichtungen von der Gesellschaft isoliert und ihrer Rechte beraubt. Diese problematischen Lebens- und Betreuungsbedingungen hatten zur Folge, dass die betroffenen Menschen unter diesen Zuständen litten und in ihrer Persönlichkeits- und Kompetenzentfaltung eingeschränkt wurden. Viele von ihnen entwickelten als Reaktion Verhaltensauffälligkeiten.

Ende der 60er Jahre wurden diese problematischen Betreuungsbedingungen in den klinischen Einrichtungen und insbesondere in psychiatrischen Anstalten sehr stark kritisiert. Aus dieser Kritik an den psychiatrischen Einrichtungen folgten unterschiedliche Versuche, diese Zustände zu verbessern, beziehungsweise den psychosozialen Betreuungssektor zu

reformieren. (Vgl. Theunissen 2007, S. 95, Hoffmann 1999, S. 16). Diese Reformbemühungen wurden unter dem Begriff der „Enthospitalisierung“ bekannt.

Der Begriff der Enthospitalisierung bezieht sich auf mehrere Ebenen: In einem *weiteren Sinn* steht er für die Ausgliederung stationär nicht behandlungsbedürftiger Menschen mit Behinderungen oder chronischen psychischen Erkrankungen aus klinischen Einrichtungen. Enthospitalisierung in einem *weiteren Sinn* kann auch als *formelle Ausgliederung* bezeichnet werden.

In einem *engeren Sinn* steht der Begriff für eine Umgestaltung der Betreuung und der Unterbringungssituation. Diese Umgestaltung hat das Ziel, die negativen Auswirkungen, welche die langjährige Unterbringung in klinischen Einrichtungen auf die betroffenen Menschen hatte, aufzuheben, beziehungsweise zu reduzieren (Vgl. Theunissen 2007, S. 95). Enthospitalisierung in einem *engeren Sinn* wird auch als *inhaltliche Ausgliederung* definiert.

3.2 Der Personenkreis "Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung"

In der Beschreibung von Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen leben mussten, wird oftmals von Personen geredet, die „schwer geistig und mehrfach behindert“ sind. Obwohl diese Begrifflichkeit suggeriert, es würde sich um einen homogenen Personenkreis handeln, zeigt sich in der Praxis, dass es sich um Personen mit sehr unterschiedlichen Eigenschaften und Bedürfnissen handelt. Dalferth hat diese zusammengefasst. Für ihn besitzt die Personengruppe folgende Charakteristika:

- Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung sind bei Alltagsverrichtungen, der Selbstversorgung, Kommunikation und Mobilität auf ständige Hilfe und Pflege angewiesen;
- Sie benötigen zur Bewältigung und Gestaltung eines sinnerfüllten Lebens ein hohes Maß an psychosozialer, pädagogischer und pflegerischer Unterstützung;
- Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung weisen neben einer geistigen Behinderung erhebliche zusätzliche Beeinträchtigungen auf (z.B. körperliche

Behinderungen, Sinnesschädigungen, Epilepsie, Hyperaktivität, psychische und organische Erkrankungen);

- Sie zeigen ein spezifisches Verhalten (z.B. selbstverletzendes oder fremdgefährdendes Verhalten, Angstzustände, Schreien, Stereotypien, Kontaktabwehr, Passivität, Rückzug, autistische Symptome);
- Sie kommunizieren spezifisch nonverbal (überwiegend nonverbale Kommunikation, oder Sprechen in Sätzen, die maximal aus zwei und bis drei Worten bestehen),
- Viele der Personen, die lange in psychiatrischen Einrichtungen leben mussten, weisen typische Hospitalismussymptome auf (Körperschaukeln, geringe emotionale Steuerung und Frustrationstoleranz);

(Vgl. Dalferth 2006, S. 116, Dalferth 2000, S. 31)

4. Soziale Kompetenz

4.1 Zum Begriff der sozialen Kompetenz

4.1.1 Begriffsbestimmung „Kompetenz“

Der Begriff der sozialen Kompetenz findet sich zunehmend in unterschiedlichen pädagogischen Publikationen. Dieser Befund lässt sich insbesondere darin untermauern, dass soziale Kompetenz heute als wichtiger Faktor für ein erfolgreiches berufliches und privates Leben gilt (Vgl. Euler 2009, S. 13). Aus diesem Grund entwickelte sich die Entfaltung der sozialen Kompetenz zu einem wichtigen Bildungsziel und wurde in den unterschiedlichen pädagogischen Bereichen wie der Erwachsenenbildung, der Schulpädagogik oder der Sozialpädagogik zu einem Gegenstand theoretischer und praktischer Auseinandersetzung.¹ Auch in der Heilpädagogik wird der Begriff der sozialen Kompetenz zunehmend erwähnt und diskutiert (Vgl. Speck 2003, Theunissen 2005, Fiedler 2009). Die Entwicklung der sozialen Kompetenz gilt hier als zentraler Aspekt, damit Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft aufgenommen werden können und an ihr partizipieren können.

¹ (Vgl. http://soko.eduhi.at/fileadmin/content/Studie/Studie_Teil3.pdf [14.04.2012])

Zentraler Terminus des Begriffs der sozialen Kompetenz ist das Wort „Kompetenz“. Dieser ist mit dem Eigenschaftswort „kompetent“ verwandt. Das Adjektiv „kompetent“ findet seinen Ursprung im lateinischen Wort „competere“. Hier besitzt es zwei Bedeutungen: Die erste Bedeutung findet sich darin, dass „competere“ so viel wie „sachverständig“ und „fähig“ bedeutet. Neben dieser ersten Bedeutung findet sich eine zweite darin, das Wort „competere“ und somit das Adjektiv „kompetent“ als „zuständig“, „befugt“, „maßgebend“ zu verwenden (Vgl. Duden Fremdwörterbuch 2001). Aus dieser Wortanalyse folgt, dass sich beim Begriff „Kompetenz“ zwei Begriffsverwendungen unterscheiden lassen:

1. Eine Person verfügt über bestimmte Fähigkeiten, die es ihm ermöglichen, bestimmten Anforderungen in spezifischen Bereichen zu entsprechen.
2. Eine Person oder eine Einrichtung ist für einen bestimmten Aufgabenbereich zuständig, bzw. ist berechtigt, darüber zu bestimmen.

4.1.2 Begriffsbestimmung „soziale Kompetenz“

Für die Definition des Wortes „soziale Kompetenz“ ist die erste Verwendung zentral. Dies zeigt sich, wenn man einen Blick in die unterschiedlichen psychologischen oder pädagogischen Publikationen zum Themenbereich der sozialen Kompetenz wirft. Soziale Kompetenz wird hier trotz unterschiedlicher vorherrschender Modelle und Definitionen zusammengefasst, als Fähigkeit einer Person beschrieben, mit Menschen „gut“ umgehen zu können (Vgl. Fiedler 2009, S. 14). Dies zeigt sich auch exemplarisch an der Definition von Küching und Wittrock (1983).

Soziale Kompetenz liegt laut diesen Autoren vor, wenn die *„individuelle Fähigkeit zur Erkennung von Beziehungskonflikten, zur Entwicklung von Strategien zu deren Lösung und zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung positiver Beziehungen“* besteht.²

Hinsch und Pfingsten (2007) haben unterschiedliche spezifische Verhaltensweisen aufgezählt, die als Beispiele für sozial kompetentes Handeln gelten können:

² (Küching, Wittrock 1983, S. 35, zit. n. http://www.petra-buchwald.de/Evaluation_TSK3.pdf [16.08.2012])

Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen	
Nein-sagen	Komplimente akzeptieren
Versuchungen zurückweisen	Auf Kontaktangebote reagieren
Auf Kritik reagieren	Gespräche beginnen
Änderungen bei störendem Verhalten verlangen	Gespräche aufrechterhalten
Widerspruch äußern	Gespräche beenden
Unterbrechungen im Gespräch unterbinden	Erwünschte Kontakte arrangieren
Sich entschuldigen	Um Gefallen bitten
Schwächen eingestehen	Komplimente machen
	Gefühle offen zeigen

Abbildung 1: Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen (Vgl. Hinsch, Pfingsten 2007, S. 4-5)

Blickt man auf diesen Gegenstandskatalog, so zeigt sich, dass sozial kompetentes Verhalten sehr vielfältig ist. Um dieser Vielfältigkeit gerecht zu werden, benötigt es unterschiedliche Aspekte, die an der Ausführung sozial kompetenten Handelns beteiligt sind. Laut Kanning (2002) besteht daher soziale Kompetenz aus drei Bereichen:

1. einem perzeptiv-kognitiven Bereich (Selbstwahrnehmung, Kontrollüberzeugungen, Perspektivenübernahme, etc.);
2. einem motivational-emotionalen Bereich (emotionale Stabilität, Prosozialität, usw.);
3. unterschiedlichen Verhaltensaspekten (Fertigkeiten, Kommunikationsverhalten, Konfliktverhalten);

(Vgl. Kanning 2002, S. 13)

Wie diese unterschiedlichen Kompetenzbereiche zusammenspielen, soll an einem praktischen Beispiel illustriert werden: Zunächst muss die soziale Situation analysiert werden. Dies geschieht durch perzeptiv-kognitive Aspekte. In einem zweiten Schritt müssen Verhaltensoptionen entwickelt (perzeptiv-kognitive und motivational-emotionale Aspekte)

und umgesetzt werden (Verhaltensaspekte). In einem letzten Schritt erfolgt eine Evaluation der sozialen Interaktion (perzeptiv-kognitive Aspekte). Dafür muss sich laut Bundschuh der betroffene Mensch „*seiner gesellschaftlichen Abhängigkeit bewusst sein und soziale Rollen und Normerwartungen kritisch reflektieren*“ können (Bundschuh 2000, S. 325 zit. n. Fiedler 2009, S. 16).

Sozial kompetentes Verhalten ist daher laut Kanning „*das Verhalten einer Person, das in spezifischen Situationen dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird.*“ (Kanning 2009, S. 13).

Zentral erscheint in diesem Zusammenhang die Bezugnahme der Generierung sozial kompetenten Verhaltens in einem Wechselprozess mit der sozialen Umwelt. Laut Holtz et. al. (1982) entwickelt sich soziale Kompetenz nicht nur aus individuellen Faktoren, sondern auch aus den jeweiligen vorherrschenden Umweltbedingungen, die dazu beitragen können, Verhaltensspielräume zu erweitern oder diese einzuschränken.³ Faktoren der sozialen Umwelt tragen also maßgeblich dazu bei, wie Menschen in bestimmten Situationen handeln und sie bestimmen auch maßgeblich die Lerngeschichte bzw. Entwicklung sozial kompetenter Verhaltensweisen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass soziale Kompetenz als Oberbegriff für spezifische Fähigkeiten eines Menschen verstanden werden kann, den unterschiedlichen Anforderungen, die sich aus dem Zusammenleben mit anderen Menschen und der Gesellschaft ergeben, angemessen begegnen zu können. Das bedeutet, dass ein sozial kompetenter Mensch sowohl seine eigenen Interessen als auch die der Gesellschaft passend in seinen Handlungsentscheidungen berücksichtigt. Wie sehr dies einem Menschen gelingt, hängt nicht nur von seinen individuellen Voraussetzungen ab, sondern entwickelt sich auch aus seinem persönlichen Umfeld bzw. seinen bisherigen Erfahrungen in gesellschaftlichen Interaktionen (Vgl. Nestler, Goldbeck 2009, S. 21).

4.2 Zur sozialen Kompetenz bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung

³ (Vgl. Holtz et. al 1982, zit. n. <http://arbeitsblaetter.stangl-aller.at/KOMMUNIKATION/SozialeKompetenz.shtml> [23.08.2012])

Das oben dargestellte Verständnis sozialer Kompetenz zeigt, dass soziale Kompetenz trotz unterschiedlicher vorherrschender Modelle als sehr komplexes Konstrukt wahrgenommen wird. Es sind viele unterschiedliche Bereiche und Elemente, die zusammenwirken, um sozial kompetentes Verhalten zu generieren. Aus diesem Grund folgt, dass die Beurteilung, inwiefern eine Person sozial kompetent ist, bei allen Menschen ebenso vielfältig gestaltet sein sollte. Dies scheint jedoch bei der Personengruppe der Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung nicht der Fall zu sein. Hier zeigen theoretische und empirische Befunde, dass soziale Kompetenz eher sehr eindimensional dargestellt und beurteilt wird. Gründe für diese zumeist einseitige Bewertung und Darstellung liegt möglicherweise darin, dass es bisher keine empirischen Studien zur theoretisch postulierten Mehrdimensionalität des Konstrukts (Vgl. Nestler, Goldpeck 2010, S. 39-47) gibt. Dies liegt insbesondere daran, dass es bis heute keine fundierten Modelle über die kognitiven Prozesse von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung gibt (Vgl. Kleinert et. al 2009, S. 306).

4.2.2 Sozial-adaptive Fähigkeiten und lebenspraktische Fertigkeiten

Blickt man in die unterschiedlichen Beschreibungen der sozialen Kompetenz bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung, so zeigt sich, dass hier oftmals von sozial-adaptivem Verhalten bzw. „adaptive behavior“ gesprochen wird. Dieser Begriff wurde von der AAMR (American Association on Mental Retardation), einer der wichtigsten Behindertenorganisationen im angloamerikanischen Raum eingeführt und wird in der englischsprachigen Literatur häufig gleichbedeutend mit den Termini „social competence“ oder „social competency“ verwendet (Vgl. Nihira 1999, S. 11 zit. n. Fiedler 2007, S. 23).

Tatsächlich wird der Begriff des „adaptive behavior“ auch als Klassifikationsmerkmal des Vorliegens einer geistigen Behinderung miteinbezogen (Vgl. Fiedler 2009, S. 23). So heißt es in der häufig rezipierten Definition geistiger Behinderung der AAMR: „*Mental retardation is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. This ability originates before 18.*“ (Luckasson et. al. 2002, S. 1 zit. n. Fiedler 2007, S. 23).

Obwohl der Begriff also in der Definition geistiger Behinderung so eine wichtige Rolle spielt, zeigt sich, dass es sehr unterschiedliche Vorstellungen gibt, was unter dem Terminus verstanden werden kann. Fasst man die unterschiedlichen Sichtweisen zusammen, so zeigt

sich, dass unter sozial-adaptivem Verhalten insbesondere verstanden werden kann, inwiefern eine Person fähig ist, möglichst selbstständig und ohne Unterstützung der Gesellschaft den Alltag zu bewältigen (Vgl. Fiedler 2009, S. 23). Aus diesem Grund wird in der angloamerikanischen Literatur auch in diesem Zusammenhang von „independent living skills“ gesprochen. Im deutschen Sprachraum spricht man auch von „lebenspraktischen Fertigkeiten“

Unabhängigkeit und Selbstständigkeit gelten also als bestimmendes Merkmal beim Verständnis sozial-adaptiver Fähigkeiten. Diese Perspektive dominiert auch die unterschiedlichen diagnostischen Instrumentarien, die das sozial-adaptive Verhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung beurteilen wollen. Dies soll an folgendem Beispiel skizziert werden:

Aus- und Anziehen

Zeigt erste Ansätze der Mitarbeit beim Ausziehen

Zeigt erste Ansätze der Mitarbeit beim Anziehen

Hält seine Arme und Beine hin, wenn man es auszieht

Zeigt Ansätze zum selbstständigen Aus- und Anziehen (Teilschritte)

Zieht auf Anweisung einfache Kleidungsstücke aus (ohne Verschuß)

Zieht sich auf Anweisung weite Hosen oder einfache Pullover an (braucht wenig Hilfe)

Kann auf Anweisung einfache Verschlüsse öffnen (große Knöpfe, Reißverschluss)

Zieht allein einfache Kleidungsstücke an (nicht unbedingt mit der richtigen Seite nach vorn)

Abbildung 2: Beispiel für die Bewertung sozial-adaptiven Verhaltens in einem diagnostischen Instrumentarium im Bereich An- und Ausziehen (aus: Primäre Pädagogische Analyse und Curriculum Form S/P=PAC, Günzburg 1977)

Wie dieses Beispiel aus dem Bereich der Körperpflege zeigt, dominiert auch der hier Gedanke der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit: Es werden sämtliche Fähigkeiten zur Beurteilung herangezogen die notwendig sind, um ein möglichst autonomes Leben zu führen (z.B:

Fähigkeiten im Bereich der Nahrungsaufnahme, bei der Körperpflege; Fertigkeiten der Orientierung, der Kommunikation und der Interaktion).

Kritisch anzumerken ist hier, dass es scheint, dass dazu sehr vereinfacht und willkürlich konkrete Handlungen des Lebens ausgewählt werden. Diese Reduzierung erscheint zwar für ein anwendbares Verfahren notwendig, tatsächlich können jedoch dadurch nur bedingt Rückschlüsse auf die soziale Kompetenz der beurteilten Person zugelassen werden.

4.2.3 Sozialverhalten

In vielen Publikationen zum Thema der sozialen Kompetenz bei Menschen mit geistiger Behinderung wird diese ausschließlich über das Sozialverhalten bzw. über soziale Fertigkeiten definiert. In Zusammenhang mit dem Konzept der sozial-adaptiven Verhaltensweisen werden soziale Fähigkeiten bzw. wird das Sozialverhalten oftmals als Teilaspekt dieser Fähigkeiten betrachtet (Luckasson et. al. 2002, S. 1 zit. n. Fiedler 2007, S. 23). Tatsächlich gibt es hier jedoch keine einheitliche theoretische Sicht, da Abgrenzungen sehr unterschiedlich vorgenommen werden.

Primär kann aus pädagogisch-psychologischer Sicht unter dem Sozialverhalten die Handlungsweise eines Menschen gegenüber seinen Mitmenschen verstanden werden. Dieses Verhalten äußert sich durch Sprechen, Blickkontakt, oder andere nonverbale Kommunikation etc. Ist dieses Verhalten angemessen, so wird diese Person als sozial kompetent beurteilt. Nach Gresham und Reschly (1987) gibt es unterschiedliche Dimensionen des Sozialverhaltens bzw. sozialer Fertigkeiten. Darunter fallen intrapersonelle Verhaltensweisen, selbstbezogenes und aufgabenbezogenes Verhalten (Gresham, Reschly 1987, zit. n. Schmittmann 2008, S. 43).

Tatsächlich variieren die Vorstellungen, wann ein Verhalten als angemessen und somit als kompetent beurteilt wird, erheblich. Dies zeigt der Blick in die unterschiedlichen Publikationen zu dem Thema.

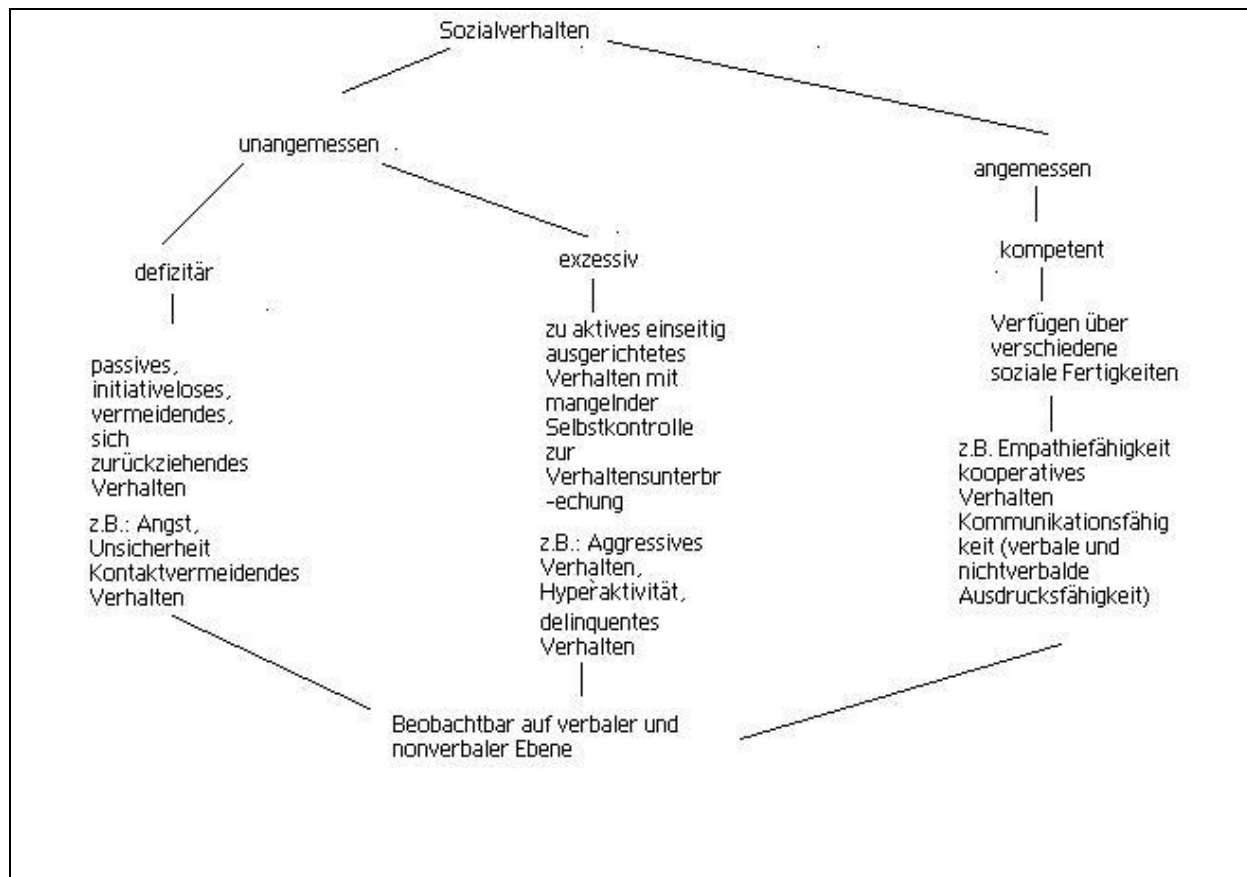


Abbildung 3: Beispiel einer Spezifizierung von Sozialverhalten (Petermann 1992, S. 21 n. Fiedler 2009, S. 17)

Fasst man die unterschiedlichen Sichtweisen zum Themenbereich des Sozialverhaltens zusammen, so lässt sich sagen, dass das primäre Bestimmungsmerkmal die soziale Akzeptanz der Handlungsweisen einer Person ist.

Wie schon beim Begriff des sozial-adaptiven Verhaltens auch schon angemerkt wurde, scheint es jeoch fraglich, die soziale Kompetenz einer Person danach zu beurteilen, inwiefern sie einen Katalog an Fähigkeiten „erfüllt“ oder nicht – besonders im Hinblick auf die willkürliche Auswahl der zu beurteilenden Fertigkeiten. Jegliches Ergebnis kann nur bedingte Aussagekraft darüber geben, ob die Person tatsächlich sozial kompetent ist oder nicht. Dieser Befund zeigt sich insbesondere auch darin, wenn man die oben dargestellten Ausführungen berücksichtigt, wo soziale Kompetenz als facettenreiches Konstrukt beschrieben wird und soziale Fertigkeiten und Verhaltensweisen bloß als Teilmenge sozialer Kompetenz dargestellt werden.

4.3 Zusammenfassung und Arbeitsdefinition

Ziel dieses Kapitels war es, eine Grundlage für die weiteren Ausführungen und Bewertungen sozialer Kompetenz bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung zu schaffen und eine Arbeitsdefinition zu entwickeln. So zeigt sich bei der Auseinandersetzung mit dem Begriff der sozialen Kompetenz, dass diese als Oberbegriff für Fähigkeiten (perzeptiv-kognitive Fähigkeiten, emotionale-motivationale Fähigkeiten, behaviorale Fähigkeiten) betrachtet werden muss, die in der Interaktion mit anderen Menschen und im gesellschaftlichen Leben eingesetzt werden müssen. Soziale Kompetenz versteht sich daher als ein komplexes Konstrukt.

Außerdem wird soziale Kompetenz als gelungener Kompromiss zwischen den Interessen eines Individuums und der Gesellschaft gesehen, es enthält sowohl emanzipatorische, aber auch adaptive Aspekte.

Im Vergleich dazu wird bei Menschen mit geistiger Behinderung soziale Kompetenz ausschließlich über das vorhandene Verhaltensspektrum bewertet, was der Sicht auf sozialer Kompetenz als multidimensionales Konstrukt widerspricht. Dieses Verhaltensspektrum reduziert sich insbesondere auf Fähigkeiten die für eine gesellschaftliche Partizipation und ein „Funktionieren“ innerhalb der Gesellschaft dienlich sind. Das bedeutet, dass eine Person als sozial kompetent gilt, wenn sie fähig ist, möglichst selbstständig und ohne Hilfe ihren Alltag zu bewältigen (Essen, An- und Auskleiden, Orientierung, etc.) und sich sozial unauffällig verhält. Diese Sichtweise ist insbesondere aus dem Grund problematisch, weil gemäß den oben dargestellten Ausführungen soziale Kompetenz als Fähigkeit verstanden muss, sowohl seine eigenen Interessen, als auch die der Gesellschaft ausgewogen zu berücksichtigen zu können und entsprechend zu handeln. Es ergibt sich daher der Befund, dass also weniger die sozialen Kompetenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung betrachtet werden als viel mehr ihre soziale Anpassungsfähigkeit an die durch die Gesellschaft gestellten Anforderungen.

Trotz diesem kritischen Resümee soll die folgende Definition als Grundlage weiterer Ausführungen in der Arbeit gelegt werden:

Soziale Kompetenz bei einem Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung bedeutet, dass er Verhaltensweisen und Fertigkeiten besitzt, die es ihm ermöglichen, an der Gesellschaft partizipieren zu können. Sozial kompetent zu handeln besteht darin, den Alltag eigenständig gestalten zu können und sich im gesellschaftlichen Zusammenleben sozial akzeptiert zu verhalten.

5. Die Betreuung und Unterbringung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in traditionellen psychiatrischen Institutionen

5.1 Die Lebens- und Betreuungsbedingungen der untergebrachten Personen⁴

5.1.1 Das dominierende Menschenbild und Verständnis von Behinderung

Ein Menschenbild wird dann entworfen „wenn der zu beschreibende Sachverhalt zu komplex ist, als daß logische Erklärungsversuche zu dessen Erfassung genügen“ (Fischer 1989, S. 270). Diese Reduktion auf ein bestimmtes „Bild“ soll dazu dienen, Menschen in bestimmte Kategorien einteilen zu können. Auch im medizinischen-psychiatrischen Modell gibt es ein bestimmtes Menschenbild. Dieses lässt sich anhand einiger Aussagen von betreuenden Personen in der psychiatrischen Anstalt Wien-Steinhof illustrieren:

„Wir wissen nie, was in einem Patienten steckt, er ist voller Überraschungen. Beleidigungen müssen einem Pfleger egal sein.“

„Manche Patienten wissen doch gar nicht, dass sie da sind.“

„Der eine hat Fresslust, die gedämpft werden muss, der andere sammelt Brot(...)- man muss alles überhören, sonst werden die Patienten tötlich.“ (Forster, Pelikan 1991, S. 47)

Diese hier genannten Aussagen implizieren, dass im traditionellen Betreuungsmodell die betreuten Menschen sehr negativ charakterisiert werden: Sie werden vorrangig als „abnormal“: als verhaltensauffällig, gefährlich, irrational und asozial beschrieben.

Diese Denkschablonen findet man auch in Aussagen über Menschen mit geistiger Behinderung und schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung. So lassen sich in einem Lehrbuch für Psychiatrie über die betroffenen Menschen folgende Kommentare finden:

⁴ Die Struktur für die Beschreibung der Lebens- und Betreuungsbedingungen orientiert sich an den Ausführungen bei Aselmaier (Vgl. Aselmaier 2008, S. 55).

„Es ist selbstverständlich, dass die Oligophrenen (= Menschen mit geistiger Behinderung) keiner feineren Gefühlsabstufung fähig sind.“ (Bleuler 1960, S. 522)

„Die schwersten Idioten (=Menschen mit schwerer und schwerster geistiger und mehrfacher Behinderung) sind völlig hilflos. Sie liegen oder sitzen herum wie kleine Kinder, regelmäßig sind sie unrein. Je nach Temperament spielen sie oder sind ungebärdig, schreien, schlagen sich oder irgendetwas in der Umgebung (...).“ (Bleuler 1960, S. 525)

„(...)Idioten, die sich nicht erziehen lassen, sind eine große Plage, besonders wenn sie noch fähig sind, herumzugehen. Sie fassen alles an, beschmutzen, zerstören, aus Unaufmerksamkeit und absichtlich.“ (Bleuler 1960, S. 525)

„Bei allen verschiedenen Klassen (= Schweregraden von geistiger Behinderung) zeigt sich sehr oft ein merkwürdiger und in ausgesprochener Weise der Geschlechtscharakter. Weibliche Idioten wollen beachtet sein und erfinden zu diesem Zweck alle möglichen Tricks, zerkratzen sich, damit sie der Arzt behandeln müsse (...).“ (Bleuler 1960, S. 525)

Wie diese Beschreibungen von Menschen mit geistiger Behinderung zeigen, werden ihre Fähigkeiten werden als gering und begrenzt eingestuft. Insbesondere Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung werden zum Beispiel auch als „bildungsunfähig“, „spielunfähig“, „lernunfähig“, „total pflegebedürftig“ in ärztlichen Attesten charakterisiert (Vgl. Theunissen 2000, S. 24). Es zeigt sich also eine sehr negative Sicht auf die betreuten Personen.

Theunissen beschreibt das Menschenbild des medizinisch-psychiatrischen Modells als biologistisch-nihilistisch. Unter Biologismus wird insbesondere die im 19. Jahrhundert entstandene Ideologie verstanden, die Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen und Behinderungen als gesellschaftliche „Unheilsbringer“ eingestuft hatte. Diese Kategorisierung beruht auf der Annahme, dass diese Menschen als „erbkrank“ eingeordnet wurden und ihnen ein negativer Einfluss auf die Entwicklung der Gesellschaft zugeschrieben wurde (Vgl. Strachota 2002, S. 159).

Der Biologismus übte bis in die 1960er Jahre großen Einfluss auf das Menschenbild der Medizin aus. Er besaß daher auch großen Einfluss auf die Theorie und Praxis der Psychiatrie.

Der Rückgriff auf einen Defektzustand förderte im medizinisch-psychiatrischen Modell auch ein bestimmtes Verständnis von Behinderung, *„nach welchem alle normabweichenden Verhaltens- und Erlebensweisen als Hinweis auf einen fast ausschließlich im Inneren des*

Menschen sich vollziehenden pathologischen Prozeß interpretiert werden. Folgt man dieser Argumentation, ist Behinderung ausschließlich eine individuelle Kategorie, ein persönliches, weitgehend unveränderliches und somit hinzunehmendes Schicksal“ (Theunissen 2000, S. 26). Behinderung wurde also als Krankheit, als pathologischer biologischer Prozess eines Menschen interpretiert. Durch diese biologische Sicht auf Behinderung, wo ein „Defektzustand“ mit einer „Behinderung“ gleichgeschaltet wurde, wurde eine sehr einseitige Sicht auf Behinderung gefördert: Behinderung wurde ausschließlich als individuelle Kategorie eines Menschen betrachtet. Insbesondere soziale Kontextfaktoren, die Behinderung erst stark beeinflussen, wurden ignoriert. Diese Ignoranz hatte schwerwiegende Auswirkungen in der Forschung und in der Praxis. So beschreibt Blatt 1974 eine alltägliche Anstaltssituation in einer psychiatrischen Anstalt, wo Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung untergebracht wurden: „gerade die Schwerstbehinderten sind es, die tagaus, tagein meistens sich selbst überlassen sind, auf dem Boden herumliegen, schlafend, hockend oder sich eintönig hin- und herwiegend, keinen emotional positiven Kontakt zu erwachsenen Bezugspersonen erfahren, obgleich meistens hier und da hilflos herumstehende Pflegepersonen zu sehen sind.“ (Blatt 1974, S. 21 zit. n. Theunissen 2000, S. 26)

5.1.2 Die professionelle Orientierung des Betreuungspersonals

Geistige Behinderung galt somit im medizinisch-psychiatrischen Modell als Krankheit. Unter diesem Gesichtspunkt fiel die Betreuung der betroffenen Menschen in den Zuständigkeitsbereich der Medizin bzw. der Psychiatrie. Die pessimistische medizinisch-psychiatrische Sicht auf die Entwicklungs- und Fördermöglichkeiten und das Stigma des „gesellschaftlichen Ballastes“ der Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung bewirkte, dass diese in den Betreuungseinrichtungen hauptsächlich von unter- oder fehlqualifiziertem Personal betreut wurden:

Hauptsächlich arbeitete ärztliches Personal, Pflegepersonal und therapeutisches Personal in der Versorgung in psychiatrischen oder vergleichbaren Einrichtungen. Ärztliches Personal spielte in der täglichen Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung nur eine sehr geringe Rolle. Es war hauptsächlich zur Kontrolle und Leitung der Betreuungseinrichtungen zuständig oder sorgte für die Anordnung und Durchführung „therapeutischer“ Maßnahmen bei Personen mit unerwünschtem Verhalten (z.B. Anordnung von Psychopharmaka oder Durchführung von Elektroschocks). Das ärztliche Personal

dominierte die in der Betreuung tätigen Berufsgruppen. Es stand in der Hierarchie innerhalb der Betreuungseinrichtungen an oberster Stelle (Vgl. Forster 1997, S. 21). Dies zeigte sich auch darin, dass es die größten Entscheidungs- und Handlungskompetenzen innerhalb psychiatrisch-medizinisch orientierter Einrichtungen aufwies (Vgl. Theunissen 2000, S. 77).

Für die alltägliche Versorgungsarbeit der Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung wurde Pflegepersonal eingesetzt. Es war meistens schlecht ausgebildet. Außerdem war es auf den Betreuungsstationen quantitativ stark unterbesetzt vorhanden. Aufgrund dieser Probleme konnte nur unzureichend auf die spezifischen Bedürfnisse der betroffenen Menschen eingegangen werden. Die Versorgung reduzierte sich auf Maßnahmen, die das Überleben gewährleisten sollten und den Routinebetrieb in den Einrichtungen aufrechterhalten sollten.

Im Laufe des zweiten Drittels des 20. Jahrhunderts gab es Ansätze, das Berufsgruppenspektrum in der Betreuung der Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung zu erweitern. Es wurde insbesondere durch therapeutisches Personal ergänzt. Der Ausbau an Personal sollte den betroffenen Menschen Anregungen schaffen und ihnen Förder- und Entwicklungsmöglichkeiten eröffnen (Vgl. Meyer 1994, S. 88; Vgl. Arnold, 1993, S. 88).

5.1.3. Die soziale Rolle als „PatientIn“

Wie gezeigt wurde, war die Beziehung zwischen den Berufsgruppen innerhalb des medizinisch-psychiatrischen Betreuungsmodells hierarchisch geprägt. Die hierarchische Ausrichtung der Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen wurde auch auf die Beziehung zwischen dem Personal und den hospitalisierten Menschen erweitert. Im – medizinisch-psychiatrischen Betreuungsmodell bedeutete dies, dass an unterster Stelle der Hierarchie die untergebrachten Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung standen. Sie nahmen in den Einrichtungen die Rolle einer „Patientin“ oder eines „Patienten“ ein.

Die soziale Rolle des/r PatientIn orientierte sich am vorherrschenden negativen Menschenbild innerhalb der Psychiatrie. Demzufolge wurden PatientInnen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung als „handlungs- und entscheidungsunfähig“ eingestuft. Basierend auf entsprechenden Rechtskonstruktionen wurde in Folge dann

legitimiert, ohne das Einverständnis und nach Belieben über die betroffenen Menschen innerhalb der klinischen Einrichtung zu bestimmen. Das Leben der hospitalisierten Menschen wurde also von Fremdbestimmung geprägt. Sie wurden als bloßer Nutzer von Fürsorge betrachtet.

5.1.4 Pflegen, Verwahren und Schützen als methodische Ausrichtungen

Unter der methodischen Ausrichtung des traditionellen Betreuungsmodells können die Betreuungsprinzipien verstanden werden, unter denen Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung behandelt und versorgt wurden. Für Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung, die in den medizinisch-psychiatrischen Betreuungseinrichtungen leben mussten, wurde deren Betreuung nach den Prinzipien der *Pflege*, der *Verwahrung* und des *Schützens* ausgerichtet (Vgl. Aselmaier 2008, S. 55).

- *Pflegen*: Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung wurden aufgrund der statischen Perspektive ihrer Entwicklungs- und Förderfähigkeit bloß pflegerisch versorgt. Das bedeutet im Kontext des traditionellen Betreuungsmodells, dass die Pflege sich nur auf die Versorgung körperlicher Bedürfnisse beschränkte. Diese einseitigen Pflegebemühungen reduzierten sich hauptsächlich auf die Bereiche der Körperpflege, des Essens und Trinkens und der Ausscheidung. Auf psychische Bedürfnisse, wie z.B. eine eigene Intim- und Privatsphäre, soziale Kontakte, die Respektierung eigener Gewohnheiten, das Bedürfnis nach sinnvoller Beschäftigung und Anregung oder Abwechslung im Stationsalltag, wurde nicht oder nur unzureichend eingegangen. Auch therapeutische Bedürfnisse (ausreichende Zuwendungen durch das Personal, Verständnisvolles Eingehen auf spezifische Problemlagen) wurden in der alltäglichen Betreuung nur ungenügend berücksichtigt (Vgl. Forster 1979, S. 51). Die medizinisch-therapeutischen Interventionen hatten keinen rehabilitativen Charakter, sie erfolgten fast ausschließlich, um unerwünschtes, „störendes“ Verhalten der „PatientInnen“ zu reduzieren. Als medizinisch-therapeutisches Repertoire können daher insbesondere die Verabreichung von sedierenden Psychopharmaka, das Fixieren der Extremitäten, die Unterbringung in Isolierzellen, das Tragen von Bauchgurten, etc. betrachtet werden (Vgl. Theunissen 2000, S. 27).

- *Verwahren und Schützen*: Im orthodoxen medizinisch-psychiatrischen Betreuungsmodell zielte die betreuerische und medizinische Intervention insbesondere auf

zwei Ziele ab: Heilung bei Menschen, die als rehabilitierbar oder therapierbar eingestuft wurden, oder Verwahrung, bei Personen, die als „unheilbar“ etikettiert wurden (Vgl. Forster 1997, S. 23). Insbesondere Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung wurden aufgrund des traditionellen Behinderungsverständnisses der Psychiatrie als „unheilbar“ oder „förderunfähig“ eingestuft. Dies hatte zur Folge, dass die betreuenden und therapeutischen Bemühungen sich darauf reduzierten, die betroffenen Menschen in den Institutionen zu verwahren.

Die Verwahrung der Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in psychiatrischen Einrichtungen hatte insgesamt mehrere Gründe:

1. Ökonomische Gründe: Die kustodiale Betreuung der Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in psychiatrischen Einrichtungen galt lange Zeit als besonders ökonomisch. Diese Meinung stützte sich insbesondere auf die zentralistische Organisationsform der psychiatrischen Betreuungseinrichtungen.
2. Soziale Gründe: Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung wurden zumeist von ihren Angehörigen gepflegt. Durch Tod oder Erkrankung der betreuenden Angehörigen wurde die familiäre Betreuung gefährdet, oder viele der Angehörigen fühlten sich auch in der Betreuung ihrer Angehörigen mit Behinderung überfordert. Diese Gründe hatten zur Folge, Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung oftmals in psychiatrische Einrichtungen einzuweisen. Die Einweisung in eine psychiatrische Anstalt wurde auch oftmals durch ein Fehlen komplementärer Unterstützungsdienste oder unzureichender Wohnangebote im Wohnort forciert.⁵
3. Ideologisch-gesellschaftliche Tendenzen: Insbesondere in der traditionellen Psychiatrie reduzierte sich das Bild von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung auf die Dogmen der „Unbildbarkeit“, „gesellschaftlichen Nutzlosigkeit“ oder „Unverstehbarkeit“. Diese negativen Attribuierungen und Bewertungen der betroffenen Menschen entwickelten sich in Wechselwirkung zu gesellschaftlichen und ideologischen Entwicklungen. Sie führten zu einer Stigmatisierung der Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in der Öffentlichkeit. Das Stigma bewirkte letztendlich, die betroffenen Menschen von der gesellschaftlichen Partizipation auszuschließen und sie in psychiatrische Einrichtungen zu übergeben und dort vor der Gesellschaft zu verwahren. In diesem Sinn gestaltete sich die

⁵ Vgl. http://www.pb-lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/empfehlung/downloads/Ein-Platz-in-der-Gesellschaft.pdf [05.01.2011], S. 13; Schmidt 1999, S. 55).

Psychiatrie als verlängerter Arm gesellschaftlicher Interessen (Vgl. Schmidt 1993, S. 53, Vgl. Finzen 1998, S. 44; Markowetz 2006, S. 151 ff).

4. Die Behinderung selbst: Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung wurden aufgrund der Schwere ihres allgemeinen Zustandes (Verhaltensauffälligkeiten, zusätzliche Erkrankungen oder Behinderungen und daraus resultierende große Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit) in institutionelle Betreuung übergeben. Diese Einweisungsindikation war jedoch zumeist gepaart mit den oben genannten sozialen Gründen für eine Übernahme in eine psychiatrische Einrichtung ⁶

5.1.5 Die Gestaltung der institutionellen Betreuung und Unterbringung

Institutionen lassen sich insbesondere aus soziologischer Sicht folgendermaßen charakterisieren (Vgl. Bittersam; Larcher 2000, S. 22,):

- Institutionen sind immer obligatorisch.
- Die Teilnahme bzw. die Mitgliedschaft in der Institution ist nicht frei wählbar und beeinflusst in einem größeren oder geringeren Ausmaß das Leben und die sozialen Beziehungen der Mitglieder.
- Zwischen den Mitgliedern findet immer eine Hierarchiebildung statt. Sie ist also von asymmetrischen Beziehungen zwischen den unterschiedlichen Gruppen geprägt.

Diese Aspekte gelten für alle Formen von Institutionen. Tatsächlich liegen jedoch Institutionen in Gefahr, sich zu einer „totalen Institution“ umzuformen. Dieser Begriff wurde vom Soziologen Erving Goffman geprägt. Er definiert eine „totale Institution“ als „*Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen, die für längere Zeit von der Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen.*“ (Bittersam, Larcher 2000, S. 22)

Die Charakterisierung einer totalen Institution lässt sich insbesondere nach Goffman bei den Einrichtungen des medizinisch-psychiatrischen Betreuungsmodells finden. Das Leben der

⁶ Vgl. http://www.pb-lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/empfehlung/downloads/Ein-Platz-in-der-Gesellschaft.pdf [05.01.2011], S. 13; Schmidt 1999, S. 55).

Menschen in diesen Einrichtungen fand an einem Ort statt, das bedeutet, dass die Lebensbereiche Arbeit, Freizeit, Wohnen an einem Standort vollzogen wurden (Vgl. Goffman 1969 S. 17). Dies bedeutete auch, dass sich so soziale Kontakte zumeist auch nur auf die Menschen innerhalb der Institution beschränkten und sie von anderen gesellschaftlichen Kontakten weitgehend ausgeschlossen waren. Diese gesellschaftliche Isolation wurde zumeist auch durch die Bauweise (hohe Mauern, Lokalisierung am Stadtrand) begünstigt. Der Lebensalltag und die Alltagsroutine wurden durch Regelungen bestimmt und waren genau vorgegeben (Vgl. Goffman 1969 S. 17). Diese Normierungen und Vorgaben wurden vom Personal festgelegt. Die Einhaltung der Regeln und der täglichen Routine wurde vom Betreuungspersonal kontrolliert und überwacht. Insgesamt wurde die Anpassung der betreuten Personen in der Betreuungsinstitution angestrebt (Vgl. Bittersam, Larcher 2000, S. 22). Das Leben in den Institutionen des medizinisch-psychiatrischen Modells ließ also durch die strukturellen Vorgaben kaum Lebensgestaltung zu, die den Bedürfnissen, Rechten oder Interessen der untergebrachten oder betreuten Menschen nahe kam.

5.2. Die Auswirkungen der traditionellen Betreuung und Unterbringung auf die soziale Kompetenz der betroffenen Menschen

5.2.1 Auswirkungen auf sozial-adaptive Fähigkeiten und lebenspraktische Fertigkeiten

Die vorgefundenen Betreuungsbemühungen in den Psychiatrien lassen sich darin zusammenfassen, dass die dort vorgefundenen Bedingungen als inhuman bewertet werden müssen: Den dort untergebrachten Personen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung wird der *„Anspruch und Recht auf Sozialkontakt, auf eine Bezugsperson, auf einen Platz in der Gemeinschaft, auf intuitiv-spontantes Handeln, auf Autonomie und Selbstständigkeit, auf Achtung ihrer Persönlichkeit sowie auf eine qualitativ hochwertige Erziehung bzw. auf Entfaltung ihrer persönlichen Identität vollständig genommen“* (Vgl. Theunissen 2000, S. 28). In Folge bedeutet das für die dort untergebrachten Menschen, dass sie aufgrund der unangemessenen Lebens- und Tätigkeitsbedingungen, in einer autonomen Lebensgestaltung eingeschränkt wurden. Dies hatte zur Folge, dass Personen die längere Zeit in stationärer psychiatrischer Betreuung leben mussten, ihre Fähigkeiten für eine eigenständige Lebensgestaltung nicht ausreichend entfalten, bzw. weiter entwickeln konnten. Diese durchaus erlern- bzw. trainierbaren Fertigkeiten und Fähigkeiten lagen dadurch brach,

was letztendlich zum Ergebnis führte, das die betroffenen Personen unter anderem wiederum eine erhöhte Pflegebedürftigkeit entwickelten.

5.2.2 Auswirkungen auf das Sozialverhalten

Neben der Verkümmern der Möglichkeiten autonomer Lebensgestaltung, hatte eine langjährige psychiatrische Unterbringung bei vielen Menschen zur Folge, dass sie sich nachteilig auf ihr Sozialverhalten auswirkte. Diese negativen Auswirkungen werden in der Literatur als Hospitalisierung beschrieben.

Tatsächlich zeigt sich, dass *„Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen bei geistig Behinderten eine weitaus höhere Verbreitung haben als in der nichtbehinderten Bevölkerung“* (Dosen 1993, S. 91 zit. n. Fröhlich, Mohr 2008, S. 141).

Lange Zeit wurden diese Probleme bei Menschen mit geistiger Behinderung auch als Ausdruck ihrer Behinderung per se betrachtet (Vgl. Hämmerle 2001, S. 22). Diese monokausale Sicht führte letztendlich dazu, dass Verhaltensprobleme und psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung angenommen und nicht weiter hinterfragt wurden.

Tatsächlich konnte gezeigt werden, dass diese einseitige Sicht auf die Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung zu kurz kommt: *„Verhaltensauffälligkeiten sind nicht einzig und allein an einer Person festzumachen, sondern stets Ausdruck einer Störung des Verhältnisses zwischen Individuum und Umwelt (Personen, Dinge, Begebenheiten), die die betreffenden Personen durch spezifisch problemlösende Verhaltensweisen zu bewältigen versucht, die von anderen als normabweichend oder sozial unerwünscht gekennzeichnet (beklagt) werden“* (Vgl. Theunissen 2005, S. 59). Das bedeutet also, dass Verhaltensprobleme nicht ausschließlich auf die Beeinträchtigungen einer Person zurückgeführt werden können, sondern dass sie das Resultat eines komplexen Wechselspiels intraindividuellen Faktoren und sozialer und biografischer Faktoren sind.⁷

⁷ In diesem Zusammenhang soll kurz in Anlehnung an Theunissen zwischen dem Begriff der „Verhaltensauffälligkeit“ und dem Begriff „psychische Störung“ unterschieden werden: Er unterscheidet beide Problemlagen darin, dass einer psychischen Störung neben sozialen und biografischen Faktoren vor allem eine pathologische Störung zugrunde liegt, während Verhaltensauffälligkeiten eine unzureichend entwickelte soziale Kompetenz darstellen (Vgl. Theunissen 2006, S. 190).

Besonderes Augenmerk spielt in diesem Zusammenhang der Aspekt der Entstehung und Aufrechterhaltung engerer sozialer Beziehungen: Dieser entpuppt sich als Hauptprobleme im Leben von vielen Menschen mit geistiger Behinderung. Dies gründet sich darin, dass viele dieser Menschen aufgrund ihrer unterschiedlichen Problemlagen schon in ihrer Kindheit lange Krankenaufenthalte erleben müssen und schon von Anfang an lange Trennungen von den Eltern vorkamen und keine stabilen Beziehungen zu ihnen aufgebaut werden konnten. Im Gegensatz dazu war es schwierig, die Signale und Verhaltensweisen des Kindes zu entschlüsseln, um seine unterschiedlichen Bedürfnisse befriedigen zu können (Vgl. Hämmerle 2001, S. 21). Dies führte dazu, dass viele Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund dieser Biografie Verhaltensauffälligkeiten entwickeln, die letztendlich dazu führen, dass sie in institutionalisierte Einrichtungen übergeben werden. In diesem Zusammenhang konnten auch Jenkins et. al (1998, zit. n. Hämmerle 2001, S. 23) zeigen dass das Ausmaß an Problemverhalten der entscheidender Faktor für eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik ist. Grad der sozialen Beeinträchtigung und psychiatrischer Status spielen hier nur eine untergeordnete Rolle.

Besonders in den psychiatrischen Einrichtungen konnten die betroffenen Personen aufgrund der ständigen Personalfluktuaton und der hauptsächlich auf Versorgungsinteraktionen reduzierten Bezüge zum Betreuungspersonal jedoch auch keine stabilen Beziehungen aufbauen. Neben diesen Faktoren wurde durch das deprivierende, anregungsarme Milieu zusätzlich die Entstehung von Problemverhalten bzw. die Aufrechterhaltung auffälliger Verhaltensweisen gefördert (Vgl. Hämmerle 2001, S. 23).

Diese typische Biografie vieler Menschen mit geistiger Behinderung bestätigt die oben dargestellten Ausführungen insofern, als dass sie verdeutlicht, dass das Spektrum und die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten sehr vielschichtig sind. Erschwerend kommt dazu, dass es für ein Symptom mehrere Ursachen geben kann, die sich gegenseitig beeinflussen (Vgl. Theunissen 2005, S. 78). Es können daher für ein Problemverhalten unterschiedliche Erklärungen denkbar sein.

So gibt es unterschiedliche Hypothesen, um den Sinn oder Zweck dieser Verhaltensweisen zu erklären. In Zusammenhang mit einer dauerhaften psychiatrischer Unterbringung sollen in Bezug auf die Generierung autoaggressiver bzw. selbstverletzender Verhaltensweisen exemplarisch zwei dieser Erklärungsmodelle präsentiert werden:

1. Unterforderungshypothese:

Diese Hypothese sagt, dass selbstverletzendes Verhalten infolge sensorischer Deprivation oder aufgrund des Mangels entwicklungsmaßer Angebote ein Mittel einer Person darstellen kann, sich selbst Reize (Stimulationen) zu zuführen (Vgl. Theunissen 2005, S. 79).

2. Autoaggression als Durchsetzungsstrategie:

Laut diesem Erklärungsmodell werden selbstverletzende Verhaltensweisen als Mittel eingesetzt, um sich erfolgreich durchsetzen zu können bzw. behaupten zu können. Der Erfolg kann darin bestehen, Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, Beachtung zu finden, Zuwendung zu erfahren, aber auch Anforderungen oder Aufforderungen auszuweichen und in Ruhe gelassen zu werden. Die Autoaggressionen sind also gemäß dieser Hypothese der Ausdruck eines selbstbestimmten Verhaltens (Vgl. Theunissen 2005, S. 81).

Es zeigt sich also, dass es unterschiedliche Erklärungsversuche gibt, um auffällige Verhaltensweisen zu interpretieren. Sinn dieser Modelle ist letztendlich, erfolgversprechende Interventionsmöglichkeiten zu finden, um diese Verhaltensprobleme zu reduzieren, bzw. das Sozialverhalten der betroffenen Personen positiv zu unterstützen. Hier zeigt sich auch, dass psychiatrische Krankenhäuser sich dazu schwer eignen, weil zu wenig über zeitliche und personelle Ressourcen verfügt werden kann. Tatsächlich ist jedoch für die Intervention die systematische Mitarbeit aller relevanten Bezugspersonen notwendig.

Obwohl die Verhaltensprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr verschiedene Ursachen haben können, gibt es Erscheinungsbilder, die oftmals bei Menschen beobachtet wurden, die dauerhaft hospitalisiert wurden:

Die wichtigsten Probleme werden folgendermaßen beschrieben (Vgl. Jervis 1978, S. 129; Burton 1974, S. 12 ff; Theunissen 2007, S. 95; Spitz 1974, S. 77 ff.):

- Allgemeiner Interessensverlust;
- Antriebslosigkeit, die bis zur Apathie gehen kann;
- Verlust an Individualität;

- Anpassung an eine beschränkte Lebensroutine, die von den Betroffenen nicht verlassen werden möchte;
- Aufbau von Wahnvorstellungen;
- Verhaltensauffälligkeiten: Selbstverletzende Verhaltensweisen, Fremdaggressionen, Stereotypien (z. B.: Wackeln mit dem Kopf, Schaukeln des Oberkörpers, Spielen mit den Händen);
- Zwänge, Regression auf kindliche Verhaltensweisen;
- Mangelnde Sozialisation, mit einer Neigung bis zu „asozialem Verhalten“;
- Kotschmierern, Spielen mit Speichel oder Erbrochenem;
- Enuresis, Enkopresis;
- Ablehnung von Körperkontakt
- Vermeidung von Blickkontakt
- Eßstörungen (z. B.: Nahrungsverweigerung, Essen und Trinken im Übermaß)
- Essen ungeeigneter Gegenstände;
- Depressive Verstimmungszustände;
- Hyperaktivität;

Obwohl viele dieser Symptome auch bei Menschen mit leichter und mittelschwerer geistiger Behinderung anzutreffen sind, sind sie am weitest häufigsten bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung zu beobachten, die eine lange „Anstalts- und Heimkarriere“ aufweisen (Vgl. Theunissen 2006, S. 191). Prävalenzschätzungen bestätigen die Zunahme ihrer Häufigkeit mit steigendem Grad der geistigen Behinderung (Vgl. Theunissen 2006, S. 191).

5.3 Zusammenfassung

Aufgabe dieses Kapitels war es aufzuzeigen, in welcher Weise das traditionelle psychiatrische Betreuungsmodell die Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung bestimmt hat und welche Auswirkungen diese Betreuung auf die Entwicklung der sozialen Kompetenzen bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung besaß. Hier zeigte sich, dass die dauerhafte psychiatrische Unterbringung für die betroffenen Menschen entwicklungshemmend auf Verhaltensweisen und Fertigkeiten wirkte, die es ihnen ermöglicht, ein Leben innerhalb der Gesellschaft führen zu können.

6. Das Leben nach der Enthospitalisierung: Wohnen und Betreuung in gemeindenahen Einrichtungen

6.1 Grundsätze

6.1.1 Normalisierung

Der Grundsatz der Normalisierung besagt, dass sich die Lebensverhältnisse von Menschen mit Behinderungen an die Normen und Gepflogenheiten des gesellschaftlichen Lebens angleichen sollten. Normalisierung bedeutet also, dass das Leben von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensphasen und Lebensbereichen so normal wie möglich gestaltet werden sollte. Die Normalisierung der Lebensverhältnisse der betroffenen Menschen soll zur Minimalisierung von Stigmatisierung, Diskriminierung und gesellschaftlicher Isolation dienen. Es soll somit die Einstellung der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung positiv beeinflussen. Der Normalisierungsgrundsatz gilt für *„alle Betroffenen, für alle Situationen, Einrichtungen, therapeutischen Aktivitäten und damit für alle Berufsgruppen“* (Dörner/Plog 1980 S. 301, zit. n. Theunissen 2000, S. 51). Nirje hat als erster versucht, die Idee der Normalisierung systematisch darzustellen. In seinem Verständnis von Normalisierung bedeutet das in Folge:

1. Normaler Tagesrhythmus: Schlafen, Aufstehen, Anziehen, Mahlzeiten, Wechsel von Arbeit und Freizeit – der Tagesrhythmus ist dem altersgleicher Nichtbehinderter Menschen anzupassen.
2. Trennung der Lebensbereiche von Arbeit, Freizeit und Wohnen: Diese Bereiche sollten klar getrennt sein und es beinhaltet auch einen Ortswechsel und eine Veränderung der Kontaktpersonen im Alltag. Es bedeutet auch eine bestimmte Alltagsroutine wie z.B. tägliche Phasen der Arbeit zu haben,
3. Normaler Jahresrhythmus: Ferien, Besuche, Familienfeiern, religiöse und kulturelle Feiern wie Ostern oder Weihnachten, Neujahr. Im Jahresverlauf sollen wiederkehrende Ereignisse stattfinden.

4. Normaler Lebensablauf: Behandlung und Angebote sollen auf das jeweilige Lebensalter abgestimmt sein.
5. Berücksichtigung der Wünsche und Willensäußerungen: Menschen mit geistiger Behinderung sollten ihr Leben nach ihren Bedürfnissen gestalten dürfen. Dies umfasst die Berücksichtigung von Wünschen, Entscheidungen und Willensäußerungen. Es bedeutet auch, Menschen mit schwerer geistiger Behinderung nicht wie Kleinkinder zu behandeln, sondern mit ihnen respektvoll umzugehen und ihre Individualität zu akzeptieren.
6. Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern: Menschen geistiger und mehrfacher Behinderung haben Bedürfnisse nach geschlechtlichen Kontakten. Diese sind ihnen zu ermöglichen.
7. Normale wirtschaftliche Standards: Der Lebensstandard, die finanzielle Grundsicherung, Arbeits- und Taschengeld von Menschen mit geistiger Behinderung sollten sich an der durchschnittlichen Situation der Bevölkerung orientieren.
8. Normale Standards des Lebensumfeldes: Im Hinblick auf die Größe, die Lage, die Ausstattung von Wohn-, Arbeits- und Freizeiteinrichtungen ist das Umfeld für Menschen mit geistiger Behinderung an die Standards von „nichtbehinderten Menschen anzupassen (Vgl. Theunissen 2000 S. 51ff, Theunissen 1991, S. 61; Thimm 2005, S. 22).

Das Normalisierungsprinzip kann als eines der einflussreichsten Grundlagen in den Reformen der Betreuung von Menschen mit Behinderung gelten. Viele neue Wohn- und Betreuungsformen fußen auf der Idee des Normalisierungsgedankens.

Zum Beispiel wurde auch in Wien versucht, das Betreuungssystem von Menschen mit Behinderung nach den Gesichtspunkten des Normalisierungsprinzips zu gestalten (Vgl. Zielplan 1979, S. 12). Hier ist jedoch festzustellen, dass die unterschiedlichen Betreuungsorganisationen das Normalisierungsprinzip sehr unterschiedlich umsetzen. Dies ist besonders bei der Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung beobachtbar. Es lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass aufgrund der umfassenden Problemlagen der Personen eine Umsetzung mit Schwierigkeiten verbunden ist. Die Umsetzung des Normalisierungsgedankens ist deswegen im Bereich der Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung Gegenstand vieler Diskussionen in Theorie und Praxis.

6.1.2 Integration

Als anderer wichtiger Grundsatz für die Betreuung behinderter Menschen dient das Prinzip der Integration. Integration kann als Prozess gesehen werden, der auf mehreren Ebenen stattfinden sollte. Fornefeld hat sechs Ebenen der Integration bestimmt. Sie spricht von einem Recht auf:

- Räumliche Integration: Räumliche Integration bedeutet, dass Menschen mit Behinderungen in Wohngegenden leben, in denen auch nicht-behinderte Menschen leben.
- Funktionale Integration: Unter funktionaler Integration lässt sich verstehen, dass Menschen mit Behinderungen Zugangsmöglichkeiten zu öffentlichen Dienstleistungen besitzen. Sie sollten wie andere Menschen auch zum Beispiel Supermärkte, Gasthäuser, öffentliche Verkehrsmittel benutzen können.
- Soziale Integration: Unter sozialer Integration versteht Fornefeld, dass Achtung und Respekt Grundlage sozialer Beziehungen sind und für alle Menschen gelten.
- Personale Integration: Für Fornefeld bedeutet personale Integration, dass Menschen mit Behinderung das Recht besitzen, emotional befriedigende, persönliche Beziehungen aufbauen zu können und ein selbstbestimmtes Leben führen zu können.
- Gesellschaftliche Integration: Das bedeutet, dass Menschen mit Behinderungen gesetzlichen Ansprüche als Mitbürgerinnen und Mitbürger haben und bei unterschiedlichen politischen oder anderen gesellschaftlichen Entscheidungen mitbestimmen sollen.
- Organisatorische Integration: Fornefeld versteht unter organisatorischer Integration, dass Gemeindestrukturen angepasst und verändert werden sollen, sodass auch Menschen mit Behinderungen sich mit diesen Strukturen zurecht finden können.

(Vgl. Fornefeld 2002, S. 134 ff.)

Obwohl der Gedanke der Integration ein wichtiges Grundprinzip in den Ausgliederungsmaßnahmen von Menschen mit Behinderungen darstellt, zeigt ein Blick in die Literatur, dass der Begriff „Integration“ sehr unterschiedlich interpretiert wird. Dies führt dazu, dass sich sehr unterschiedliche Konzepte in Theorie und Praxis entwickelt haben. (Vgl. Theunissen 1999, S. Biewer 2009, S. 122). In den letzten Jahren wurde der Integrationsbegriff

jedoch darauf hin weiter diskutiert, Menschen mit Behinderungen nicht nur die gesellschaftliche Teilnahme, sondern eine gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Für Bude bedeutet dies im Gegensatz zum Begriff der Integration, dass Inklusion darauf abzielt, „die Teilhabe an der komplexen und differenzierten Gesellschaft“ zu thematisieren (Vgl. Bude 2000, S.1 zit. n. Biewer S. 89). Beim Thema der Inklusion geht es also nicht mehr um die Frage, wie ein Mensch mit Behinderung in die Gesellschaft integriert werden kann, sondern vielmehr wie er *„mit und trotz seiner Behinderung in gesellschaftliche Prozesse einbezogen bleibt“* (Aselmaier 2008, S. 61).

Brisanz gewinnt diese Diskussion insbesondere bei der Gruppe von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung: Hier scheint insbesondere die Teilhabe oder Teilnahme an der Gesellschaft aufgrund der Komplexität ihrer Problemlagen (z.B.: Verhaltensauffälligkeiten, schwerer körperliche Behinderung neben der geistigen Behinderung) ein Hemmschuh zu sein. Eine größere Herausforderung neben diesen personenbezogenen Schwierigkeiten ist jedoch die (negative) Reaktion der Gesellschaft auf Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung. Diese trägt maßgeblich dazu bei, dass viele betroffene Menschen gehindert sind, wie nicht-behinderte Menschen in der Gesellschaft leben zu können.

6.2 Die Lebens- und Betreuungsbedingungen

6.2.1 Das dominierende Menschenbild und Verständnis von Behinderung

Der Gestaltung der Betreuung und Unterbringung in Kliniken und ähnlichen Einrichtungen lag ein bestimmtes Menschenbild zugrunde. Es orientierte sich an der „Abnormalität“ der betreuten Menschen und rückte in seinen Focus die Defizite, Schwächen und Probleme der betreuten Menschen. Aufgrund dieser defizitorientierten Sichtweise galt das betreute Klientel als *„belieferungs-, anweisungs- und behandlungsbedürfnig; und die damit verknüpfte Defizitorientierung war eine unhinterfragte Prämisse“* (Theunissen, Kulig 2006, S. 244). In den Leitideen der Enthospitalisierung und einer gemeindenahen Betreuung (Inklusion und Integration, Empowerment und Selbstbestimmung, Normalisierungsprinzip) scheint jedoch ein anderes Menschenbild zugrunde zu liegen. Der Mensch wird hier als Person wahrgenommen, welcher Akteur seiner Entwicklung und Gestalter seiner Umwelt ist. Aus

dieser Wahrnehmung heraus wird jedem Menschen eine persönliche „Handlungs- und Gestaltungskompetenz“ zugeschrieben. Es werden also die Persönlichkeit und die individuellen Stärken eines Menschen in den Vordergrund gestellt. Die Behinderung eines Menschen wird in diesem Menschenbild bloß als Teilmerkmal gesehen, nicht als dominierendes „Erkennungszeichen“ eines Menschen.

Durch die Sicht, dass der Mensch mit seinen Stärken im Vordergrund steht und nicht die Behinderung, verändert sich auch die Theorie und Praxis von Menschen mit Behinderung: Selbst Menschen mit schweren Beeinträchtigungen besitzen das Potential zur Gestaltung ihres Lebens. Sie haben durch dieses Potential die Möglichkeit, ihr Leben nach ihren Wünschen zu führen. Aus dieser Betrachtung heraus besitzen sie wie andere Menschen auch, alle Rechte als BürgerInnen und sind Träger sämtlicher Menschenrechte.

Das Menschenbild orientiert sich also nicht ausschließlich an einem negativen Attribut einer Person. Es nimmt den Menschen aus mehreren Perspektiven wahr. Diese Mehrperspektivität zeigt sich auch beim vorherrschenden Verständnis von Behinderung. Dies bedeutet folgendes: Behinderung entwickelt sich aus der Interaktion zwischen den persönlichen Faktoren eines betroffenen Menschen und seinem Umfeld. Unter persönlichen Faktoren können insbesondere körperlich-organische Bedingungen verstanden werden, andererseits aber auch persönliche Möglichkeiten und Stärken einer betroffenen Person. Unter dem Umfeld eines Menschen lassen sich zum Beispiel seine familiäre Situation, Freunde, aber auch die Kultur, Lebensbedingungen, etc. verstehen.

Für die Theorie und Praxis bedeutet dieses Verständnis von Behinderung, dass diese Sicht versucht, der komplexen Wirklichkeit von Menschen mit Behinderung gerecht zu werden, um ihnen adäquate Hilfeleistung zukommen lassen zu können.

6.2.2 Die professionelle Orientierung des Betreuungspersonals

Die Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in gemeindenahen und heilpädagogisch orientierten Einrichtungen orientiert sich am positiven Menschenbild. Im positiven Menschenbild wird jeder Person das Potential zugesprochen, sich in seiner Persönlichkeit und seinen Fähigkeiten weiterentwickeln zu können. Gerade Menschen mit Behinderung benötigen jedoch aufgrund ihrer Problemlage für die Entfaltung

ihres Potentials Hilfe und Unterstützung. Deshalb stellt pädagogisch geschultes Personal die größte Berufsgruppe innerhalb der Betreuungs- und Wohneinrichtungen dar.

Als pädagogische Berufe gelten zum Beispiel HeilpädagogInnen, SozialpädagogInnen, ErzieherInnen, oder auch BehindertenfachbetreuerInnen. Personen in diesen Berufen stehen mit den KlientInnen in direktem Kontakt und üben an ihnen die zentrale Dienstleistung aus. Als zentrale Dienstleistung an Menschen mit Behinderung kann im Bereich Wohnen zum Beispiel eine allgemeine betreuerisch-pädagogische und unterstützende Tätigkeit verstanden werden. Dies kann unter anderem die Hilfestellung bei der Körperpflege, die Vorbereitung der Mahlzeiten, Hilfe bei dem Kontakt mit Behörden oder Unterstützung bei Krankenhaus- und Arztbesuchen sein. Eine betreuerisch-pädagogische Tätigkeit kann aber auch gezielte pädagogische Unterstützung sein, wie zum Beispiel die pädagogische Anleitung beim Erlernen lebenspraktischer Fertigkeiten (z.B. Schuhe zubinden lernen).

Gerade in Bereichen, wo Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung betreut werden müssen, gehört auch pflegerisch ausgebildetes Personal (qualifiziertes Pflegepersonal und Pflegehilfe) aufgrund des hohen Unterstützungs- und Pflegebedarfs zu einer wichtigen Berufsgruppe. Österreichweit gibt es seit 2007 Bemühungen, für den Behindertenbereich Fachpersonal auszubilden, um einerseits den pädagogischen, aber auch pflegerischen Ansprüchen des zu betreuenden Klientels gerecht zu werden⁸(

Neben dem pädagogischen Personal und dem Pflegepersonal gibt es in der Behindertenbetreuung ExpertInnen für spezialisierte Aufgaben und Tätigkeiten. Sie haben eine komplementäre Funktion (Vgl. Wüllenweber 2006, S. 534). Hier können PsychologInnen, ÄrztInnen, Physio-oder ErgotherapeutInnen genannt werden. Unter einer spezialisierten Aufgabe in der Behindertenbetreuung kann man beispielsweise folgendes verstehen: ÄrztInnen sind in der Behindertenbetreuung für die medizinische Behandlung von erkrankten Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung verantwortlich. Neben ihrer medizinisch-therapeutischen Aufgabe in der Betreuung stellen sie z.B. Gutachten aus, die wichtig für die Beantragung finanzieller Unterstützungen sind.

In einer gemeindenahen, heilpädagogisch orientierten Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung sind also viele unterschiedliche Berufe vertreten. Ein wichtiges Merkmal dieser interdisziplinären Arbeit ist der Anspruch der Gleichheit zwischen den unterschiedlichen

⁸ Vgl. <http://www.sob.caritas-wien.at/ausbildung/fach-und-diplomausbildung/modulares-ausbildungssystem/> [03.04. 2011]).

Berufsgruppen. Das bedeutet, dass keiner Berufsgruppe eine dominierende Stellung zugesprochen wird und dass jede Berufsgruppe in ihren Aufgaben einen eigenen Verantwortungs- und Entscheidungsspielraum besitzt.

Neben dem Fachpersonal arbeiten in der Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung auch Laien bzw. unausgebildete Personen. Diese arbeiten entweder ehrenamtlich oder auch in bezahlter Stellung, z. B. als Besuchsdienst. Auch Zivildienstleistende spielen zum Beispiel in Wien in der Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung eine wichtige Rolle. Wie in anderen Bereichen des Sozialbereiches, besteht im Bereich der Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung aktuell die Tendenz, viele Laien auch in der direkten Betreuungsarbeit einzusetzen. Diese Tendenz wird als „Entpädagogisierung“ bezeichnet. Sie resultiert vorrangig aus dem negativen und einseitigen Verständnis von professioneller Betreuung. In diesem negativen Verständnis wird professioneller Betreuung unterstellt, die betreuten Menschen würden eher zur Passivität gedrängt werden und es würde ihnen keine menschliche Nähe, Empathie oder Beziehung geboten werden. Diese negative Sicht auf Professionalität scheint vor allem durch ein veraltetes Verständnis von Professionalität begründet zu sein. Denn das moderne Verständnis von professioneller Betreuung wendet sich ausdrücklich gegen die genannten Kritikpunkte (Wüllenweber 2006, S. 527).

6.2.3 Die soziale Rolle als „BürgerIn“ und „KlientIn“

Im medizinischen Betreuungsmodell besaßen Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung den Status von PatientInnen. Dieser Status bedeutete im Betreuungsalltag für die betroffenen Personen, dass sie von ihren Bürger- und Menschenrechten entbunden waren. Ihr Lebensalltag wurde von anderen Menschen bestimmt. Sie besaßen keinerlei eigenen Handlungs- und Entscheidungsspielraum.

Im Betreuungsmodell gemeindenaher Einrichtungen wird Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung der Status als BürgerIn zugesprochen. Beispielsweise haben somit Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung folgende Rechte:

- Gleichberechtigte Anerkennung als rechtsfähige Person
- Zugang zur Justiz

- Persönliche Freiheit und Sicherheit
- Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch
- Schutz der Unversehrtheit der Person
- Freizügigkeit und Staatsangehörigkeit
- Unabhängige Lebensführung und Teilhabe an der Gemeinschaft
- Persönliche Mobilität
- Recht der freien Meinungsäußerung, Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen
- Achtung der Privatsphäre
- Achtung von Heim und Familie
- Bildung
- Gesundheit
- Habilitation und Rehabilitation
- Arbeit und Beschäftigung
- Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz
- Teilnahme am politischen und öffentlichen Leben
- Teilnahme am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport⁹

In der betreuerischen Praxis bedeutet das, dass Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung das Recht auf den Vollzug ihrer Menschen- und Bürgerrechte besitzen. Sie müssen daher nicht nur als Rechtsträger wahrgenommen werden, sondern der Vollzug der Menschen- und Bürgerrechte ist selbst eine *„Aufgabe der Daseinsvorsorge und der sozialen Sicherung“* (Speck 2003, S. 154).

Aus ihrem Status als BürgerInnen und den damit verbundenen Rechten lässt sich noch ein anderes Verständnis ableiten: Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung werden im gemeindenahen, heilpädagogisch orientierten Betreuungsmodell als KlientInnen betrachtet. Die Sicht als KlientIn geht damit einher, sämtliche Unterstützungsmaßnahmen als Dienstleistungen für die betroffenen Menschen zu betrachten. Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung werden somit nicht mehr als Empfänger von Fürsorge, sondern als NutzerInnen von Diensten betrachtet. Ihnen wird in Folge ein „Kundenstatus“

⁹Vgl. <http://www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Themen/UN-Konvention/%28nl%29/1/#nl> [29.03.2011])

zugeschrieben. Dieser Kundenstatus impliziert, dass Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung selber die Möglichkeit haben sollen, Entscheidungen bezüglich ihres täglichen Lebens zu treffen und auch selber Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen bestimmen zu können.

Tatsächlich ist gerade dieser tägliche Vollzug in den Betreuungseinrichtungen Gegenstand vieler Diskussionen. Diese ergeben sich insbesondere aufgrund der strukturellen Bedingungen in der täglichen Betreuung der Menschen, die diese Realisierung eingrenzen (Vgl. Seifert 2006, S. 377). Aufgrund des hohen Unterstützungs- und Betreuungsbedarf ist die Diskussion gerade in der Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung von besonderer Brisanz und wird gerade bei dieser Personengruppe aktuell intensiv diskutiert (Vgl. Seifert 2006, S. 377, Vgl. Dalferth 2006, S. 116 ff).

6.2.4 Förderung als methodische Ausrichtung im Betreuungsprozess

Fasst man die Auffassung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung im medizinisch-psychiatrischen Betreuungsmodell zusammen, so zeigt sich die generelle Bewertung, sie als „gesellschaftlich gefährvoll“ und als „bildungsunfähige Pflegefälle“, also aus einer defizitorientierten Sicht einzustufen. Diese Sicht hatte Auswirkungen auf die Prinzipien der täglichen Betreuung der betroffenen Menschen. Die Betreuung umfasste fast ausschließlich eine pflegerische Grundversorgung, die für ein Überleben sorgen sollte. Außerdem wurden sie aufgrund ihres Status als „gesellschaftliche Bedrohung“ in Einrichtungen untergebracht, wo sie gesellschaftlich isoliert waren und ihr Leben sehr eintönig gestaltet war.

Im Vergleich zum medizinischen Modell dominiert im gemeindenahen, heilpädagogischen Modell die Perspektive, dass jeder Mensch das Potential hat, seine Persönlichkeit und seine Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Dieses Potential wird auch Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung zugeschrieben. Aus diesem Grund steht im Zentrum der Betreuungspraxis sie in ihrer Entfaltung zu unterstützen. Diese Unterstützung soll unter dem Gesichtspunkt der Förderung geschehen. Förderung kann somit als führendes Grundprinzip im Betreuungsprozess von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung betrachtet werden. Förderung als leitende Idee der betreuenden Praxis wird auch im Wiener Zielplan von 1979 festgehalten. Hier heißt es: *„Jeder Behinderte ist förderbar, wenn auch das Erreichbare*

unterschiedlich ist. Im Mittelpunkt der Betreuung geistig Behinderter stehen die Förderung und die Entwicklung fehlender Fähigkeiten.“(Wiener Zielplan 1979)

Im Zentrum betreuerischer Arbeit steht also der Aspekt der Förderung. Er kann also als die leitende methodische Ausrichtung in der Betreuung von Menschen mit Behinderungen und in Folge von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung gelten. Diese Feststellung führt zur Annahme, dass es ein valides Verständnis vom Begriff der Förderung geben müsste. Tatsächlich zeigt sich, dass es bis jetzt noch keine tragfähige Definition oder ein gültiges Verständnis des Begriffes gibt (Vgl. Theunissen 2007, S. 119, Speck 2003, S. 330). Zum Beispiel ist auch in den Grundlagen der Enthospitalisierung in Wien, dem Wiener Zielplan nicht näher spezifiziert, was die Autoren denn tatsächlich unter dem Aspekt der „Förderung“ verstehen. Diese Unklarheit kann daher zu folgendem Problem führen: Es birgt sich hier die Gefahr, den Begriff zu einer bloßen Leerformel zu reduzieren, beziehungsweise in der betreuerischen Praxis, dass keinerlei positive Auswirkungen auf die Lebens- und Betreuungsbedingungen betroffener Menschen ausgeübt werden.

Oftmals wird auch von einem Verständnis von Förderung ausgegangen, dass aus den von Förderung betroffenen Personen etwas „gemacht werden“ müsse. Dieses Verständnis von Förderung liegt auch offensichtlich zum Beispiel dem Wiener Zielplan zugrunde, denn hier wird im Passiv formuliert: *„Jeder Behinderte ist förderbar“*(Wiener Zielplan 1979, S. 12). Diese Vorstellung impliziert, dass eine Förderinstanz das Ziel der Förderung festlegt bzw. genau weiß, was für den Betroffenen richtig und falsch ist. Es besteht also eine sehr einseitige Förderabsicht und implizit wird auch von einer defizitären Sicht auf Menschen mit Behinderung ausgegangen. Gerade dieses Verständnis ist im Kontext einer Betreuung von (erwachsenen) Menschen mit Behinderung äußerst fraglich. Aus diesem Grund wird heute ein Förderverständnis zugrunde gelegt, welches seinen Ursprung in der Empowerment- Idee findet: Menschen mit Behinderungen und in Folge auch Menschen mit schwerer geistiger Behinderung sollen angeregt bzw. in die Lage versetzt werden, selber etwas aus sich zu machen bzw. selber festzulegen, welche Entwicklungsziele sie in ihrem Leben haben. Theunissen beschreibt dies folgendermaßen: *„Pädagogisch formuliert bedeutet dies, von einem behinderten Menschen aus (subjektzentriert), mit ihm gemeinsam (kooperativ), und für ihn (antizipatorisch), ein Förderkonzept zu entwickeln. Die Entwicklung dieses „Dreiklangs“ korrespondiert mit der Schwere der geistigen Behinderung: So nimmt zum Beispiel der antizipatorische Aspekt in der Arbeit mit geistig schwerst behinderten Menschen breiteren Raum ein als in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen, die für sich selber sprechen*

können. In dem Falle ist es besonders wichtig, die Chance der Subjektzentrierung und Kooperation nicht leichtfertig zu verspielen (Theunissen 2007, S. 119).

Ein Beispiel für ein Konzept, das diesem Verständnis von Förderung folgt, ist die Dialogische Entwicklungsplanung. Hier wird aus der Perspektive des Menschen mit Behinderung eine Förderplanung erstellt, die zum Ziel hat, ihn in seinen erwünschten Tätigkeiten und Fähigkeiten zu fördern. Im Gegensatz zum Konzept vieler alter Förderpläne, wo ExpertInnen Förderziele bestimmen, besitzt bei der dialogischen Entwicklungsplanung der Mensch mit Behinderung das Bestimmungsrecht in der Zielsetzung. Sie berücksichtigt seine individuellen Interessen, seine Lebenslage und auch seine Bedürfnisse. Der/die ExpertIn hat die Funktion eines Bindegliedes zwischen den an der Förderung beteiligten Personen und er organisiert alle Hilfen und Maßnahmen, die das Förderziel erreichen sollen. Somit hat der Experte oder die Expertin hier nur eine koordinierende Funktion (Vgl. <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh2-03-bensch-klicpera.html> [02.04.2011]).

Das Konzept der dialogischen Entwicklungsplanung findet zum Beispiel auch in einigen Einrichtungen in Wien Anwendung, wo Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung untergebracht und betreut werden.¹⁰

6.2.5 Die Gestaltung der Betreuungs- und Wohneinrichtungen

In gemeindenahen, heilpädagogisch orientierten Einrichtungen orientiert sich die Gestaltung der Betreuungseinrichtungen für Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung nach den Prämissen der Enthospitalisierung, nämlich der Normalisierung und der Integration. Diese Prämissen sind in der Praxis für das Wohnen und die Betreuung von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung formell und inhaltlich nach bestimmten Aspekten realisiert (vgl. Hoffmann 1999, S. 20, 21).

Beispielhaft sind wesentliche Aspekte der *formellen* Gestaltung genannt:

- Räumliche, funktionale und organisatorische Integration der Betreuungs- und Wohneinheiten in die allgemeine Infrastruktur eines Ortes oder einer Stadt;

¹⁰ Vgl. <http://www.dielebenshilfe.at/?id=358> [02.04.2011])

- Dezentralisierung und Regionalisierung der Betreuungs- und Wohneinrichtungen – also wohnortnah Unterstützungsmaßnahmen zu erhalten;
- Gemeindeintegrierte, bedürfnisorientierte und häusliche Wohneinheiten;
- Selbstversorgungsprinzip;
- Verwirklichung einer demokratisch-partnerschaftlichen Organisationsstruktur;

Inhaltlich bestimmen folgende Elemente die Gestaltung gemeindenaher und heilpädagogischer Betreuungseinrichtungen:

- Soziale, personale und gesellschaftliche Teilhabe der betreuten Personen;
- Gewährleistung eines normalen Tages-, Wochen- und Jahresrhythmus und eines normalen Lebenslaufes;
- Ermöglichung einer angemessenen Beziehung zwischen den Geschlechtern, z.B. Voraussetzungen schaffen für das Zusammenleben von Männern und Frauen, Bejahung von Partnerschaften und Liebesbeziehungen;
- Alltagsbegleitung bzw. Assistenz als Hilfe zur Selbsthilfe;
- Emanzipation und Autonomie entsprechend den individuellen Möglichkeiten;
- Beachtung und Respektierung der Person, ihrer Bedürfnisse und Fähigkeiten;
- Organisation von Arbeits-, Bildungs-, und Freizeitmöglichkeiten – dazu gehört auch das Angebot einer Tagesstätte;
- Psychosoziale Angebote zur Bewältigung bzw. Kompensation von Krisen, Verhaltensauffälligkeiten oder Hospitalisierungssymptomen (z.B. Einzelhilfen oder Praxisberatung zur Bewältigung von Gewalterfahrungen);

Diese genannten Aspekte sind in der Gestaltung gemeindenaher Einrichtungen handlungsbestimmend. Das bedeutet, dass viele Einrichtungen des gemeindenahen Betreuungstyps nach diesen Aspekten inhaltlich und formell gestaltet sind. (Vgl. Theunissen 1999, S. 9; Hoffmann 1999, S. 20f; Bradl 1999, S. 183;). Hier ist jedoch anzumerken, dass die Gestaltung von Einrichtungen in der Praxis immer von unterschiedlichen Faktoren abhängig ist. So ist die Gestaltung zum Beispiel

- von vorherrschenden sozialpolitischen und ökonomischen Faktoren in einem Staat oder einer spezifischen Region,

- vom Engagement von Leitungspersonen in den Trägerschaften oder in den jeweiligen Betreuungseinrichtungen,
 - vom persönliche Engagement des Betreuungspersonals in den Einrichtungen
- abhängig.

Deshalb sind die Einrichtungen trotz dieser dargestellten Grundlagen in der Praxis sehr unterschiedlich gestaltet.

6.3 Die Auswirkungen gemeindenaher Wohn- und Betreuungsformen auf die soziale Kompetenz von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung

6.3.1 Auswirkungen auf sozial-adaptive Fähigkeiten und lebenspraktische Fertigkeiten

Insbesondere Untersuchungen von langzeithospitalisierten Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung zeigen folgende Effekte des Wohnens und der Betreuung in gemeindenahen und heilpädagogischen Einrichtungen:

- Eine Verbesserung der Selbstständigkeit und Selbsthilfe im Alltag (z.B. selbstständigere Durchführung der Körperhygiene oder des Toilettengangs);
- Eine Zunahme an Individualität (z.B. Tragen und Auswahl eigener Kleidung, Besitz persönlicher Gegenstände, Verständlich machen eines eigenen Willens);
- Eine Normalisierung des Alltags durch Angleichung des Tagesablaufs an allgemeine Lebensbedingungen;

(Vgl. Dalferth 2000, S. 90; Vgl. Theunissen 2000, S. 67)

6.3.2 Auswirkungen auf das Sozialverhalten

Ähnliche Effekte wurden in der Entwicklung des Sozialverhaltens beschrieben. Diese zeigen sich beispielsweise in

- einer Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten, die aufgrund einer langjährigen Hospitalisierung entstanden sind. Zum Beispiel konnten sich Selbst- und Fremdaggressionen, Stereotypen (z.B. Körperschaukeln), etc. reduzieren.
- der Verbesserung des Sozialverhaltens (z.B. Verbesserung des Kontakts zu den MitbewohnerInnen, angepasstes Verhalten während der Essenszeiten);
- einer Reduktion körperlicher Hospitalismusschäden (z.B. Verbesserung von Inkontinenzproblemen, Besserung des Ernährungsstatus ehemals unterernährter Personen);

(Vgl. Dalferth 2000, S. 90 ff; Berger 2006, S. 7 ff; Hämmerle 2001, S. 58 ff; Neubauer 1999, S. 28 ff, Jahns 1994, S. 107ff; Meyer 1994, S. 93)

Fasst man die beschriebenen Aspekte zusammen, so lässt sich schlussfolgern, dass das Leben und die Betreuung in gemeindenahen Einrichtungen eine positive Wirkung auf die Entwicklung der sozialen Kompetenzen bei den betroffenen Menschen besitzt und dass die Enthospitalisierung für diese Menschen wichtig war. Diese Resultate wurden auch von den Ausgliederungsbemühungen erhofft (Vgl. Theunissen 2000, S. 23).

Eine detaillierte Beschreibung des Effekts der Enthospitalisierung bzw. des Lebens in gemeindenahen Einrichtungen auf die Entwicklung der sozialen Kompetenzen ehemals enthospitalisierte Menschen mit geistiger Behinderung ist in Abschnitt 7.2.1 näher beschrieben. In den dort dargelegten Ausführungen wird näher auf die bisherigen empirischen Befunde zu diesem Themenbereich eingegangen.

6.4 Zusammenfassung

Ziel des Kapitels war eine Skizzierung und Diskussion der Grundzüge gemeindenahen Wohnens und welche Auswirkungen diese Aspekte auf die Entwicklung der sozialen Kompetenz (im Sinne von Sozialverhalten und sozial-adaptiven Fertigkeiten) von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung haben. Als Resultat zeigt sich, dass die

erwünschten Effekte der Enthospitalisierung größtenteils eingetreten sind und dass besonders ehemals enthospitalisierte Menschen aufgrund der gebotenen Unterstützung und Förderung ihre sozialen Fähigkeiten erweitern konnten bzw. Verhaltensauffälligkeiten reduziert werden konnten.

7. Die empirische Untersuchung

7.1 Einführung

7.1.1 Inhalt der Untersuchung

In der folgenden Untersuchung wird konkret die Entwicklung sozialer Kompetenzen bei 4 Menschen nach der Enthospitalisierung erhoben. Diese 4 Personen lebten alle mindestens 10 Jahre in einer Wiener psychiatrischen Einrichtung. 2000 wurden sie durch ein von der Stadt Wien gefördertes Ausgliederungsprojekt aus der psychiatrischen Institution ausgegliedert und in eine gemeindenahere Wohneinrichtung in Wien aufgenommen. Die untersuchten Personen sind schwer geistig und mehrfach behindert: Sie besitzen neben ihrer geistigen Behinderung zusätzliche körperliche und seelische Beeinträchtigungen und/oder Verhaltensauffälligkeiten. Sie gelten daher als „schwierige Personen“, die sehr betreuungs- und pflegebedürftig sind.

Die Beurteilung der Entwicklung der sozialen Kompetenzen erfolgt anhand der Analyse vorliegender Dokumente (Betreuerberichte, Krankengeschichten, Teamsitzungsprotokolle, etc), welche über die betroffenen Personen vorliegen. Die Analyse wird durch ein ausgearbeitetes Kategoriensystem durchgeführt. Durch dieses Kategoriensystem wird versucht, das soziale Verhalten und die sozialen Fertigkeiten der betroffenen Personen in den vorhandenen Dokumenten zu erfassen und einen Entwicklungsverlauf darzustellen.

7.1.2 Ziel der Untersuchung

In den letzten Jahren wurden in Wien und in Österreich viele Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung aus psychiatrischen Einrichtungen ausgegliedert und in gemeindenahen Betreuungs- und Wohneinrichtungen integriert. Die Aufnahme dieses

Personenkreises in extramurale Betreuungseinrichtungen galt nicht als selbstverständlich, da bei diesen „schwierigen“ Personen aufgrund des Ausmaßes ihrer körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen Betreuungsschwierigkeiten erwartet wurden. Außerdem wurde den betroffenen Personen kaum Entwicklungspotential zugesprochen. In vielen internationalen Studien zeigte sich, dass sich diese Annahmen jedoch als falsch herausstellten: Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung konnten nicht nur in kleine gemeindenahе Betreuungs- und Wohneinrichtungen erfolgreich integriert werden, sondern es zeigte sich auch eine positive Persönlichkeitsentwicklung und eine Erweiterung persönlicher Fähigkeiten und Kompetenzen. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es daher zu zeigen, dass Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung von den Wiener Ausgliederungsbemühungen profitieren konnten und die Aufnahme in gemeindenahе Betreuungseinrichtungen einen positiven Effekt auf die Entwicklung ihrer sozialen Fähigkeiten und Verhaltensweisen hatte.

7.2 Fragestellung

7.2.1 Ableitung der Fragestellung aus der Literatur

Wie in den vorigen Kapiteln gezeigt wurde, änderte sich in den letzten Jahrzehnten die Betreuungssituation für viele Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Veränderungen hatten das Ziel, den betroffenen Menschen eine Verbesserung ihrer Lebensqualität zu gewährleisten und sie in die Gesellschaft zu integrieren. Die damit einhergehende Enthospitalisierung wurde in vielen Studien auf ihre Auswirkungen auf die Menschen mit geistiger Behinderung untersucht. Fasst man die Ergebnisse dieser Studien zusammen, so kommt man zu dem Ergebnis, dass die Enthospitalisierung auf die betroffenen Menschen einen positiven Effekt hatte. Diese Ergebnisse zeigen sich auch bei vielen Studien der Entwicklung des Sozialverhaltens und des Anpassungsverhaltens bei Menschen mit geistiger Behinderung.

Eine der ersten Publikationen zu diesem Thema stammt von Edgerton (1967 zit. n. Fiedler 2009, S. 36). In dieser Längsschnittstudie, die er „Cloak of Competence“ nannte, beschreibt er die mit der Enthospitalisierung verbundenen Lebensveränderungen von 110 Menschen mit geistiger Behinderung zwischen den Jahren 1949 und 1976 (Vgl. Edgerton/Bercovici 1976, S.

486 zit. n. Fiedler 2009, S. 36). Bei dieser Studie wurde festgestellt, dass sich von 30 Personen, die 1960/1961 aus den Institutionen auszogen, die soziale Kompetenz und ihre Unabhängigkeit verbesserte. 12 Personen blieben auf dem gleichen Kompetenzniveau und bei 10 Personen verringerten sich die Fähigkeiten. Die Fluktuation hinsichtlich der gezeigten sozialen Fertigkeiten waren hier stärker ausgeprägt als bei nichtbehinderten Menschen, die in einer Gemeinde leben. Das liegt laut Edgerton & Bercovici daran, dass diese im Vergleich zu Menschen mit geistiger Behinderung ein stabiles Leben führen und weniger Krisen, eine höhere Job-Sicherheit sowie ein besseres Netz von Verwandten und Freunden haben. In den Jahren 1972/73 wurden diese 30 Personen erneut beobachtet. Hier zeigte sich aber, dass alle einen zufriedenen und sogar kreativen Lebensweg gefunden hatten. Somit hatten sich auch ihre sozialen Fähigkeiten deutlich verändert (Vgl. Edgerton/Bercovici 1976, S. 493 zit.n. Fiedler 2009, S. 36).

Einen Überblick über die Entwicklung des Anpassungsverhaltens nach dem Umzug von Menschen mit geistiger Behinderung in gemeindeorientierte Betreuungseinrichtung geben Kim et. al (2001). In ihrer Untersuchung haben sie 33 im US-amerikanischen Raum durchgeführte Vergleichs- und Längsschnittstudien analysiert, die zwischen 1980 und 1999 zu diesem Thema publiziert wurden.

In den untersuchten Vergleichsstudien, die zwischen hospitalisierten und in gemeindeorientierte Einrichtungen ausgegliederte Personen durchgeführt wurden, zeigten sich statistisch signifikante Zuwächse an Fertigkeiten in den Bereichen Selbstständigkeit, Kommunikation, Sozialverhalten für die Personen, die in extramurale Betreuungseinrichtungen ausgegliedert wurden. Ähnliche Ergebnisse ergaben die Analysen der Längsschnittstudien. 7 Längsschnittstudien beschäftigten sich mit der Entwicklung des Sozialverhaltens nach der Enthospitalisierung. Hier zeigte sich, dass in 6 von 7 Studien statisch signifikante Verbesserungen des Sozialverhaltens berichtet wurden. Diese Verbesserungen des Anpassungsverhaltens und des Sozialverhaltens wird insbesondere mit der Veränderung der Wohn- und Betreuungssituation der untersuchten Personen in Verbindung gebracht. Neben Studien, die die Auswirkungen der Enthospitalisierung auf das Anpassungsverhalten untersuchten, analysierten Kim et al auch noch Studien, die versuchten herauszufinden, welchen Effekt die Ausgliederung aus klinischen Einrichtungen auf auffällige Verhaltensweisen („challenging behaviour“) hatte. Hier zeigten jedoch nur 3 seit 1990 veröffentlichte Studien, dass sich auffällige Verhaltensweisen bei den untersuchten Personen signifikant verbessert haben. In 9 Studien zeigte sich im Vergleich zu Personen, die in

stationären Einrichtungen untergebracht waren in den untersuchten Zeiträumen kein signifikanter Unterschied.

Ähnliche Untersuchungsergebnisse zeigen sich bei einer weiteren englischen Follow-up Studie von Goodman und Collins (2008) Hier wurde bei 8 Personen zwischen den Zeiträumen von 1992 – 2007 5 Mal untersucht, inwiefern sich die Ausgliederung auf die Entwicklung auffälliger Verhaltensweisen (Aggression, Selbstverletzung, Zerstörungsverhalten) ausgewirkt hat. Hier zeigt sich, dass sich in den Bereichen der Selbstverletzung und des Zerstörungsverhaltens die Frequenz und auch die Intensität statistisch nicht signifikant verändert haben. Allein im Item Aggression zeigte sich, dass 1996 bei 6 Personen aggressives Verhalten festgestellt wurde, während in der letzten Messung 2007 bei keiner der Personen aggressives Verhalten begutachtet wurde (Vgl. Goodman/Collins 2008, S. 141-145).

Eine andere Längsschnittstudie wurde bei Menschen mit schwereren Behinderungsgraden durchgeführt. So beobachteten Thompson/Carey (1980) über einen Zeitraum von zwei Jahren acht junge Mädchen und Frauen mit schweren („severe“) und schwersten („profound“) geistigen Behinderungen (Vgl. Thompson/Carey 1980, S. 193 zit. n. Fiedler 2009, S. 37). Durch ein begleitendes Trainingsprogramm, das in ihrem natürlichen Lebensraum integriert war, konnte vor allem die soziale Anpassungsfähigkeit von 29,7 auf 39, 6 (bei einem möglichen Höchstwert von 60) gesteigert werden. Somit kann resultiert werden, dass sich das Sozialverhalten unabhängig vom Behinderungsgrad steigert.

1983 untersuchte MacEachron (1983) in einer Studie mit 289 Menschen mit geistiger Behinderung ebenfalls die Effektivität der Deinstitutionalisierung (vgl. MacEachron (Vgl. MacEachron 1983, S. 4 zit. n. Fiedler 2009, S. 37). Hier konnte gezeigt werden, dass sich selbst langzeithospitalisierte Menschen mit geistiger Behinderung in ein natürliches Umfeld integrieren können und sich dann eher sozial angepasst verhalten können. Somit kann beurteilt werden, dass die sozialen Aspekte einer normalisierten Umgebung einen Einfluss auf das soziale Anpassungsverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung haben.

Eine weitere Längsschnittstudie über den Effekt der Enthospitalisierung bei Menschen mit schwereren Behinderungsgraden findet sich bei Dalferth (2001). Hier wurden 14 langzeithospitalisierte Erwachsene mit schwerster geistiger Behinderung und autistischen Verhaltensweisen aus der Psychiatrie in ein eigens für diesen Personenkreis konzipiertes Kleinheim (14 Personen) eingegliedert. Um die Einflüsse von Betreuungsstrategien und Lebenswelten auf die Personen erkennen zu können, wurden in einer pre-move Untersuchung

(9/1995) und post-move Untersuchung (11/1997) die Entwicklungsfort- oder Rückschritte der Personen in den Bereichen Selbsthilfe, Verständigungsvermögen, Sozialanpassung und Motorik quantitativ erhoben. Hier zeigte sich, dass die untersuchten Personen zwischen 1995 und 1997 im Durchschnitt ihre Kompetenzen um 19,9% steigern konnten (durchschnittliche prozentuelle Steigerung in den Bereichen Selbsthilfe: 11,2%, Motorik 10,0%, Verständigung 23,3% und Sozialanpassung 15,1%). Außerdem dokumentierte Dalferth, dass in dem Zeitraum bei den betroffenen Personen weniger Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere Selbstverletzende Verhaltensweisen, aggressive Verhaltensweisen und Zerstörungsverhalten auf ein Minimum reduziert werden konnten. Für Dalferth resultiert das Ergebnis darauf, dass sehr unterschiedliche Faktoren dazubeigetragen haben, diese positiven Entwicklungen zu fördern: Nicht allein der Ortswechsel, sondern auch therapeutische Strategien, das bessere Betreuungsverhältnis, intensiver Personaleinsatz der BetreuerInnen und normalisierte Lebensbedingungen tragen dazu bei, dass sich die unterschiedlichen Kompetenzen von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderungen nach der Ausgliederung positiv entwickeln konnten.

7.2.2 Fragestellungen der Untersuchung

Bisherige Studien haben gezeigt, dass die Enthospitalisierung auf die ausgegliederten Personen in der Entwicklung ihrer sozialen Kompetenzen einen positiven Effekt hatte:

- Verbesserungen wurden insgesamt in der Entwicklung des Anpassungs- und Sozialverhaltens und in lebenspraktischen Fähigkeiten festgestellt (Vgl. Dalferth 2001, Kim et. al. 2001)
- Neben diesen Verbesserungen konnten im Bereich Kommunikation viele Studien dokumentieren, dass sich das Sprachvermögen und Sprachverständnis verbessern konnte (Vgl. Dalferth 2001)
- Unterschiedlich wurde die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten bewertet: Während in einigen Untersuchungen ein Rückgang der Verhaltensauffälligkeiten nach der Enthospitalisierung beobachtet wurde, gibt es viele andere Untersuchungen, die eine Stagnation bzw. eine Intensivierung der Frequenz und der Intensität beobachteten (Vgl. Goodman/Collins 2008).

In der folgenden Untersuchung soll festgestellt werden, ob die beobachteten Veränderungen ähnlicher Untersuchungen auch bei den Untersuchungsteilnehmern der vorliegenden Arbeit repliziert werden können. Es sind daher nun folgende Fragestellungen von Interesse:

- Lässt sich bei den untersuchten Personen eine positive Entwicklung der Fähigkeiten im Bereich des Sozialverhaltens und lebenspraktischer Fähigkeiten finden?
- Welche Veränderungen zeigen sich im Bereich des Verständigungsvermögens? Gibt es hier eine Stärkung im Bereich der Lautäußerung (aktive Sprachverständigung) oder der passiven Verständigung (Sprachverständnis)
- Bei vielen Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, die sehr lange in psychiatrischen Großeinrichtungen leben mussten, wurden Verhaltensauffälligkeiten beobachtet. Viele dieser problematischen Verhaltensweisen wurden als Reaktion auf das vorherrschende deprivierende, entwicklungshemmende Umfeld entwickelt. Inwiefern kann bei den untersuchten Menschen eine Reduktion der Veränderungen dieser Verhaltensauffälligkeiten durch das Wegfallen der zugrundeliegenden Bedingungen beobachtet werden?
- Gibt es Bereiche oder Personen, bei denen nach der Übersiedelung Verschlechterungen oder Rückschritte beobachtet werden?

7.3 Hypothesen

Aus den oben formulierten Fragestellungen ergeben sich für die Durchführung der Untersuchung folgende Hypothesen:

Hypothese 1: Es gibt seit dem Auszug aus dem psychiatrischen Krankenhaus eine Verbesserung der lebenspraktischen Fähigkeiten.

Hypothese 2: Sowohl das aktive als auch das passive Sprachverständnis hat sich bei den betroffenen Personen verbessert.

Hypothese 3: Das Interaktionsverhalten der untersuchten Personen hat sich seit dem Auszug bemerkbar verändert.

Hypothese 4: Durch eine Veränderung der strukturellen und inhaltlichen Betreuungsgestaltung konnten auffällige Verhaltensweisen, die durch die langjährige Fehlbetreuung in den psychiatrischen Einrichtungen entstanden sind, reduziert werden.

7.4 Der Ablauf der Untersuchung

7.4.1 Die Ermittlung der Untersuchungsteilnehmer

Für die Untersuchung wurden 4 Menschen ausgewählt, die zum Personenkreis von „Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung“ (Vgl. 3.2) gehören. Die 4 Personen lebten sehr lange in der psychiatrischen Anstalt Wien-Steinhof (heute: Otto-Wagner-Spital). Im Jahr 2000 zogen die 4 Probanden gemeinsam aus der psychiatrischen Anstalt aus und übersiedelten in eine gemeindenahere Wohneinrichtung der Lebenshilfe Wien. Eine detaillierte Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer wird in Kapitel 8 erfolgen.

7.4.2 Das Erhebungsinstrument

In der Wohneinrichtung gibt es eine sehr umfangreiche Dokumentation. Diese enthält zahlreiche Informationen über die BewohnerInnen. Aus diesem Grund wurde entschieden, die vorliegenden Dokumente als Grundlage für die empirisch-analytische Untersuchung zu nehmen. Als Untersuchungsinstrument für die Erhebung wird die Dokumentenanalyse dienen. Sie ist ein non-reaktives Verfahren der Datenerhebung. Non-reaktiv bedeutet, dass die Durchführung der Untersuchung keinen Einfluss auf die untersuchten Personen, Prozesse, Ereignisse und anderen Untersuchungsmaterialien nimmt. Die Dokumentenanalyse lässt sich als Methode begreifen, *„die sprachliche Eigenschaften eines Texts objektiv und systematisch identifiziert und beschreibt, um daraus Schlussfolgerungen auf nicht-sprachliche Eigenschaften von Personen und gesellschaftlichen Aggregaten zu ziehen“* (Mayntz et. al. 1974, S. 151, zit.n. Lamnek 2005, S. 478). Eine detaillierte Beschreibung der Vorbereitung und Durchführung der Analyse erfolgt im nächsten Unterkapitel.

Die Dokumentenanalyse hat den Vorteil, dass sie bezogen auf den Aufwand eher unproblematisch ist. Das bedeutet zum Beispiel, dass die UntersucherInnen nicht auf die

Teilnahme bestimmter Personengruppen angewiesen sind. Die Daten sind bereits vorhanden und müssen nicht mehr erfragt, ertestet, etc. werden.

Die Dokumentenanalyse besitzt auch einige Nachteile. Nachteilig wirkt sich zum Beispiel aus, dass die darin enthaltenen Informationen lückenhaft oder falsch sein können und daher das Forschungsergebnis verfälscht werden kann. Da es sich bei der Dokumentenanalyse um ein non-reaktives Verfahren handelt, können eventuelle Unklarheiten im Untersuchungsmaterial bei den betreffenden Personen nicht geklärt werden. Diese Unbestimmtheit des Untersuchungsmaterials zeigt sich auch insbesondere bei Dokumenten, die in der institutionellen Praxis verfasst werden. Hier werden oftmals wichtige Daten vergessen oder weggelassen. Auch dies beeinflusst sehr stark mögliche Forschungsergebnisse (Vgl. Flick 2009, S. 329).

7.4.3 Die Datenerhebung und Auswertung

Vor Durchführung der Untersuchung mussten die verfügbaren Quellen zunächst durchgesehen werden. Ziel dieser Sichtung war, Dokumente auszuwählen, mit deren Hilfe eine gezielte Analyse zur Beantwortung der Fragestellung durchgeführt werden könnte.

Folgende Quellen wurden ausgesucht:

- **Berichte aus dem psychiatrischen Krankenhaus (Arztbriefe, Pflegeberichte, Berichte des therapeutischen Personals, vorhandene Abschriften aus dem Aktenmaterial)**

Hier handelt es sich insbesondere um Quellen aus der psychiatrischen Anstalt. Diese wurden von unterschiedlichen Berufsgruppen wie ärztlichem Personal, Pflegepersonal oder auch therapeutischem Personal verfasst. Sie besitzen daher sehr unterschiedliche Informationen über die Probanden, die von fachspezifischen Gesichtspunkten geleitet sind. Die vorliegenden Berichte aus dem Krankenhaus dienen primär drei Zwecken: Zum ersten dienen sie als Kommunikations- und Informationsmittel an die PatientInnen, andere Betreuungseinrichtungen oder Behörden. Zweitens dienen sie als Arbeitsmittel (z.B. Gedächtnisstütze, Grundlage für weiteres therapeutisches Vorgehen, etc.). Drittens erfüllen sie die Funktion der Beweissicherung.

- **Berichte des Betreuungspersonals aus der Wohneinrichtung**

Ähnlich den Dokumenten aus dem Krankenhaus besitzen die Notizen und Vermerke des Betreuungspersonals in der KlientInnenakte ähnliche Funktionen (Beweissicherung, Information und Kommunikation, Arbeitsmittel). In den verfügbaren Berichten finden sich insbesondere detaillierte Darstellungen von Sachverhalten, Ereignissen und Handlungen der KlientInnen. Diese Berichte werden täglich verfasst und sind daher quantitativ das größte vorfindbare Quellenmaterial in der Wohneinrichtung.

- **Anträge zur Förderung von Leistungen der Behindertenhilfe**

Diese Dokumente sind von der Trägerorganisation der Wohneinrichtung mit dem Zweck erstellt, bestimmte Sach- und Geldleistungen von den zuständigen Behörden für die KlientInnen zu begehren. Durch einen sehr genauen Bericht über den Klienten wird gegenüber der Behörde versucht zu argumentieren, warum diesem Ansuchen statt gegeben werden sollte. Ein großer Vorteil dieser Antragsdokumente für die Untersuchung zeigt sich darin, dass diese Berichte eine komprimierte Darstellung der Entwicklungsverläufe der Probanden darstellen.

- **Teambesprechungsprotokolle des Betreuungspersonals in der Wohneinrichtung**

Für die Untersuchung wurden auch die Teambesprechungsprotokolle des Betreuungspersonals der Wohneinrichtung herangezogen. In diesen Protokollen sind der Verlauf und die Ergebnisse der Sitzungen dokumentiert. Sie dienen der Zusammenfassung der besprochenen Inhalte. Da zu den Tagesordnungspunkten der Teamsitzungen oftmals Fallbesprechungen gehören, finden sich in diesen Schriftstücken sehr viele Informationen über die Probanden. Hier sind aktuelle Vorfälle, Probleme oder Ereignisse dokumentiert, die in den Fallbesprechungen diskutiert werden. Vorteil ist, dass hier sehr gut dargestellt ist, wie die unterschiedlichen Betreuungspersonen diese Ereignisse wahrnehmen. Das führt dazu, dass man durch die unterschiedlichen Beschreibungen ein sehr facettenreiches Bild zu den Begebenheiten erhalten kann.

- **Protokolle über das psychiatrische Konsilium in der Wohneinrichtung**

Neben den Protokollen, die über die Sitzungen des Betreuungsteams der Wohneinrichtung verfasst werden, finden sich noch Protokolle über die Konsiliarbesuche des betreuenden Psychiaters der Einrichtung. Hier liegt der Schwerpunkt in den dokumentierten Fallbesprechungen unter den Gesichtspunkten medizinisch-psychiatrischer Intervention.

- **Gutachten von Sachverständigen**

Ein Gutachten ist eine begründete Darstellung eines Sachverhalts eines Experten oder einer Expertin. Ziel des Gutachtens ist es, eine Entscheidungsgrundlage für eine bestimmte Fragestellung zu entwickeln. Auftraggeber für Gutachten sind öffentliche Einrichtungen wie Gerichte, etc. aber auch Versicherungsgesellschaften, Privatpersonen. In diesen Gutachten finden sich auch sehr detaillierte Informationen über den Gesundheitszustand oder andere Problemlagen der Klienten.

- **Erhebungs- und Evaluationsbögen von einrichtungsbezogenen Förderkonzepten**

In der Wohneinrichtung gibt es ein spezielles Praxis-Förderkonzept. In diesem Förderkonzept werden mit den BewohnerInnen der Einrichtung Förderziele besprochen. Diese Förderziele besitzen verbindlichen Charakter, das bedeutet, dass alle MitarbeiterInnen sich an der Realisierung dieser Ziele beteiligen. Nach einem bestimmten Zeitraum wird das Erreichen der Ziele evaluiert bzw. werden neue Ziele erarbeitet. Sowohl die Förderziele, als auch deren Evaluation werden in spezifischen Bögen schriftlich festgehalten. Von der Sichtung dieser Erhebungs- und Evaluationsbögen wurde erwartet, dass ihre Durchsicht mögliche Hinweise auf eine Entwicklungsgeschichte geben kann.

Für die Analyse der Daten wurden mehrere Schritte vorgenommen. Diese orientierten sich in Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage bzw. auf die Verifizierung oder Falsifizierung der abgeleiteten Hypothesen.

In einem ersten Schritt wurden sämtliche Daten erhoben, die für eine detaillierte Beschreibung der untersuchten Personen notwendig sind.

Die Daten lassen sich in folgende Kategorien einteilen:

1. Persönliche Eckdaten

- 1.1 Geburtsdatum
- 1.2 Geschlecht
- 1.3 Familienstand
- 1.4 Geburtsort

2. Hintergrundinformationen zum Psychiatrieaufenthalt

- 2.1 Aufnahmedatum Psychiatrie
- 2.2 Entlassungsdatum Psychiatrie
- 2.3 Einweisungsgründe

2.4 Entlassungsdiagnosen

3. Informationen zur extramuralen Betreuung und Unterbringung

3.1 Aufnahmedatum extramurale Wohneinrichtung

In einem zweiten Schritt wurde versucht, Daten zu erheben, die Hinweise auf mögliche Lernfortschritte oder problematische Entwicklungen geben. Bei der näheren Sichtung des verfügbaren Datenmaterials zeigte sich, dass sich dafür insbesondere folgende Materialien eignen:

- Anträge zur Förderung von Leistungen der Behindertenhilfe (Jahre 2000-2010)¹¹
- Protokolle über Teamsitzungen (Jahre 2000-2010)¹²
- Protokolle über die Besuche des psychiatrischen Konsiliararztes (Jahre 2000-2010)¹³
- Protokolle über die Besuche des Hausarztes bzw. der Hausärztin (Jahre 2000-2010)¹⁴
- Aktenauszüge und Berichte aus der Zeit der psychiatrischen Unterbringung (Jahreszahl unbekannt -2000)¹⁵
- Gutachten von Sachverständigen¹⁶

In diesen Dokumenten sind die unterschiedlichen Entwicklungsverläufe der Probanden sehr gut zusammengefasst und man erhält eine sehr gute Übersicht über ihre Fähigkeiten, Stärken und Schwächen. Oft beziehen sich die erwähnten Dokumente sogar aufeinander. Daher können sie als gute Grundlage zur systematischen Untersuchung für die Beantwortung der Forschungsfrage dienen.

Die Dokumente wurden nach folgenden Kategorien und ihrem Stellenwert innerhalb der gesichteten Dokumente analysiert:

1. Selbständigkeit und Unabhängigkeit (*Definition: Einordnung aller beschriebenen Fertigkeiten oder hinderlichen Handlungsweisen, die für eine eigenständige Lebensgestaltung notwendig sind*)

¹¹ Abkürzung bei Quellenangaben: Antrag Förderung Behindertenhilfe/ Kürzel Proband/ Jahresangabe;

¹² Abkürzung bei Quellenangaben: Teamgesprächsprotokoll/ Kürzel Proband/ Jahresangabe;

¹³ Abkürzung bei Quellenangaben: Gesprächsprotokoll PSY/ Kürzel Proband/ Jahresangabe;

¹⁴ Abkürzung bei Quellenangaben: Gesprächsprotokoll praktischer Arzt/ Kürzel Proband/ Jahresangabe;

¹⁵ Abkürzung bei Quellenangaben: Entlassungsbericht PKH/Kürzel Proband/Jahresangabe;

¹⁶ Abkürzung bei Quellenangaben: Gutachten (Name des Gebiets)/Kürzel Proband/ Jahresangabe;

2. Kommunikation und Interaktion (*Definition: Kategorisierung aller formulierten sprachlichen Fähigkeiten und aller Handlungsweisen, die für die Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung mit anderen Menschen förderlich sind oder diese hemmen*)
3. Verhaltensauffälligkeiten (*Definition: Einreihung aller beschriebenen Handlungen, die stark von gesellschaftlichen Normen abweichen*)

Die Kategorien wurden aus den Betrachtungen zur sozialen Kompetenz entwickelt und durch eine erste Sicht in die Dokumente bereinigt bzw. verfeinert.

Um die Fragestellung aus der vorhandenen Aktenlage beantworten zu können, erfolgte die Auswertung der Dokumente in mehreren Schritten:

In einem ersten Schritt wurde versucht, aus dem vorhandenen Material eine Ausgangssituation darzustellen. Das bedeutet, ein Bild zu rekonstruieren, welche Verhaltensweisen und Fähigkeiten die untersuchten Probanden vor dem Auszug aus der Psychiatrie hatten. Dafür wurden alle verfügbaren Aktenauszüge und Berichte aus der Zeit der psychiatrischen Unterbringung (Jahreszahl unbekannt -2000) auf die oben beschriebenen Kategorien untersucht.

In einem zweiten Schritt wurden die vorhandenen Dokumente stichprobenartig auf die oben beschriebenen Themenbereiche untersucht. Die Stichproben wurden aus den Dokumenten der Jahre 2003/2004, 2006/2007, 2009/2010 gezogen. Ziel der Stichprobenziehung war, die unterschiedlichen beschriebenen Fähigkeiten und Handlungsweisen in den Jahren miteinander vergleichen zu können um einen Entwicklungsverlauf nachkonstruieren zu können. Die Dokumente wurden daraufhin untersucht, wie häufig diese Verhaltensweisen und Fähigkeiten beschrieben wurden. Außerdem wurden sie auf Indikatoren untersucht, wie sich das soziale Anpassungsverhalten und das Sozialverhalten als Ausdruck sozialer Kompetenz der Probanden seit der Ausgliederung verändert haben.

8. Die Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer

8.1. Soziodemografischer Hintergrund

Das aktuelle Alter der Probanden beträgt zwischen 49 und 69 Jahren. Somit liegt das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Untersuchung bei 61 Jahren. Alle 4 Personen sind

männlich und ledig. Keiner der Probanden besitzt einen Schulabschluss, eine Person besuchte die Sonderschule für 3 Jahre.

8.2 Hintergrundinformationen zum Psychiatrieaufenthalt

8.2.1 Beschreibung der Institution

Die Probanden lebten alle vor ihrem Umzug in der psychiatrischen Anstalt Steinhof (heute: Otto-Wagner-Spital). Die Einrichtung wurde 1907 eröffnet und befindet sich am westlichen Stadtrand von Wien. Das psychiatrische Krankenhaus besaß zum Zeitpunkt des Auszugs im Jahr 2000 8 Primariate. Jedem Primariat war eine Station untergeordnet, die für Menschen mit geistiger Behinderung eingerichtet war. Auf den Stationen befanden sich jeweils ca. 16-20 PatientInnen. Diese wurden von diplomiertem Pflegepersonal oder Hilfspersonal betreut. Täglich fanden Visiten des diensthabenden Oberarztes oder der Oberärztin statt.

Der Tagesablauf wurde auf einer der betroffenen Stationen folgendermaßen gestaltet:

06.30-07:00 Uhr:.	Wecken
07:00-08:00 Uhr:	Frühstück, Medikamentenausgabe
08:00 Uhr:	Arbeits- und Beschäftigungstherapie für die einzelnen PatientInnen
09:00 Uhr:	Visite
10:00 Uhr:	Termine mit dem/der PsychologIn, Musiktherapie, Logopädie, etc.
12:00 Uhr:	Mittagessen, Medikamentenausgabe
14:30 Uhr:	Jause
17:00 Uhr:	Abendessen, Medikamentenausgabe
19:30 Uhr:	Schlafengehen

Neben den therapeutischen Angeboten auf den Stationen gab es sehr wenig Abwechslung. Manchmal wurden Ausflüge oder Kaffeehausbesuche geplant. Durch die Unterbesetzung des therapeutischen Personals und des Pflegepersonals gab es keinen Platz für individuelle

Förderung. Trotz dieser Tatsache wurden in den 1990ern einige Veränderungen durchgeführt. Das Personal wurde teilweise pädagogisch geschult, und für viele der PatientInnen wurde ein Platz in einer Werkstätte gefunden. Durch die Beschäftigung in einer Werkstätte wurden die Personen an den Rhythmus des Tagesablaufes in einer extramuralen Betreuungseinrichtung gewöhnt. Neben dieser Maßnahme wurden vor dem Auszug die betroffenen Personen durch engagiertes Krankenhauspersonal auf die Übersiedelung (z.B. durch Gespräche) vorbereitet (Vgl. Hämmerle 2001, S. 52)

8.2.2 Informationen zur Aufenthaltsdauer

Die 4 Probanden wurden zwischen 1976-1991 in der Psychiatrischen Einrichtung aufgenommen. Der jüngste Proband war zum Zeitpunkt der Aufnahme 13 Jahre alt, der älteste 43 Jahre.¹⁷:

Proband	Aufnahmejahr in die Psychiatrie	Lebensalter bei Psychiatrieeinzug
W	1991 (1984)	43 Jahre
X	1988	38 Jahre
Y	1964	21 Jahre
Z	1976	13 Jahre

In den Akten wurden bei 2 Personen Details über die Betreuung vor der Psychiatrieunterbringung gefunden: Herr W und X wurden von ihren Angehörigen bzw. Eltern betreut.

1 Person wurde vor dem Eintritt in die psychiatrische Anstalt bereits in einer professionellen Betreuungseinrichtung untergebracht.

¹⁷ Aufgrund der Anonymisierung des Datenmaterials sind die Probanden mit den Buchstaben W, X, Y, Z benannt.

In Abbildung 4 wird das Lebensalter beim Auszug aus der Psychiatrie mit der Dauer des Aufenthaltes in der Psychiatrie dargestellt:

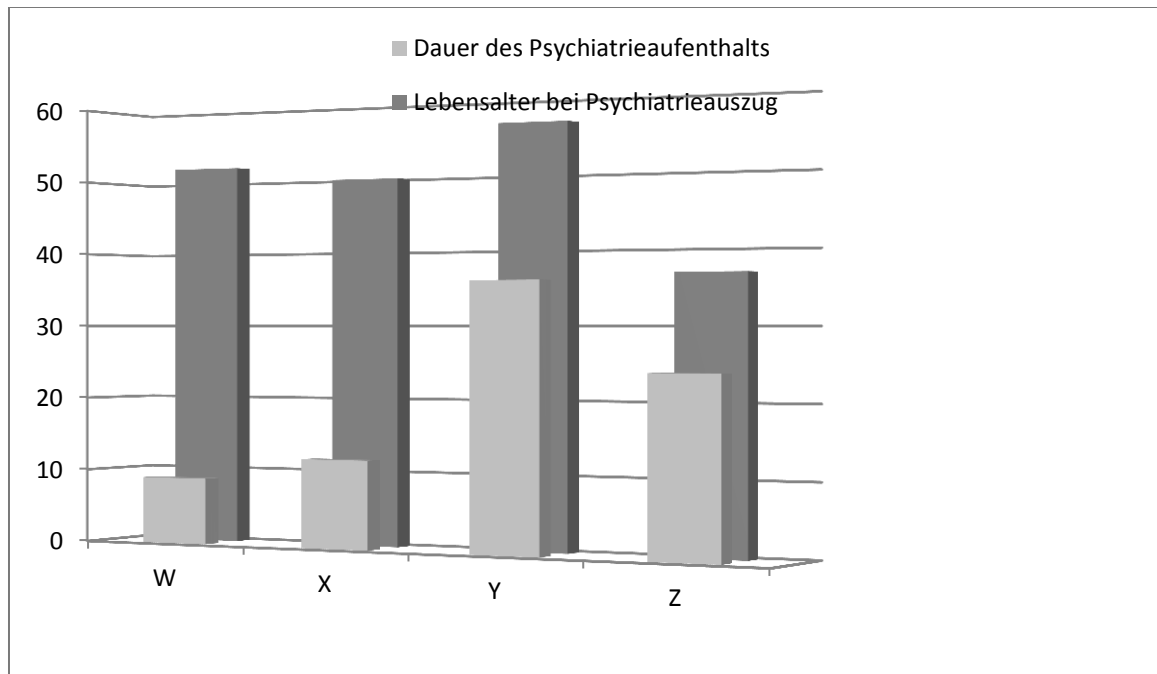


Abbildung 4: Aufenthaltsdauer und Lebensalter der Probanden

Abbildung 4 zeigt, dass die meisten Probanden sehr lange in der psychiatrischen Anstalt untergebracht waren. Herr Y und Herr Z verbrachten den Großteil ihres Lebens in dieser Einrichtung.

8.2.4 Einweisungsgründe und gestellte medizinische Diagnosen

In den vorliegenden Akten wurden folgende Gründe für die Psychiatrieeinweisung gefunden¹⁸:

Proband W: Gründe nicht ermittelbar

Proband X: Gründe nicht ermittelbar

Proband Y: Zerstörungswut, Zerreißen von Kleidern, “ zu Hause nicht mehr haltbar”, nicht kontaktfähig, „läppische Wesensart“, Idiotie;

Proband Z: Aggressionsausbrüche, Selbst- und Fremdgefährdung

Bei den 4 Probanden wurden bei der Entlassung aus dem psychiatrischen Krankenhaus folgende medizinischen Diagnosen gestellt¹⁹:

Herr W: Imbezillität

Herr X: Mittelgradige geistige Behinderung

Herr Y: Hochgradiger Schwachsinn, Epilepsie bei Oligophrenie, St. p. Atheromentfernung im Gesicht 10/1995, St. p. TBC 1971, seborrhoisches Ekzem

Herr Z: Mittelgradige geistige Behinderung, frühkindliche Hirnschädigung, vermutlich nach Encephalitis, Autismus, epileptische Anfallsleiden

Die Diagnosen wurden den ärztlichen Entlassungsberichten entnommen. Sie zeigen aus medizinischer Sicht die somatischen und psychosozialen Probleme der Probanden zum Zeitpunkt des Auszugs.

¹⁸ (Vgl. Entlassungsbericht PKH/W/2001; Entlassungsbericht PKH/X/2001; Vgl. Entlassungsbericht PKH/Y/2001; Neurologisches Gutachten/Z/2009)

¹⁹ (Vgl. Entlassungsbericht PKH/W/2000; Entlassungsbericht PKH/X/2000, Entlassungsbericht PKH/Y/2000, Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2003; Entlassungsbericht PKH/Z/2000)

8.3 Hintergrundinformationen zur gemeindenahen Betreuung

8.3.1 Beschreibung der Institution

Die untersuchten Personen wurden alle in eine Wohngemeinschaft der Lebenshilfe Wien übersiedelt. Es soll daher kurz die Einrichtung in ihren Grundstrukturen dargestellt werden. Die Wohneinrichtung orientiert sich an den oben dargestellten Prinzipien der Enthospitalisierung (Normalisierung, Integration). Diese wurden konkret folgendermaßen umgesetzt:

1. Die Wohneinrichtung befindet sich mitten in einem Wiener Gemeindebezirk. Es gibt in der näheren Umgebung Supermärkte, Gasthäuser, Friseur, etc. Diese sind zu Fuß gut erreichbar und können somit von den BewohnerInnen der Einrichtung genutzt werden.
2. In der Einrichtung leben 12 Personen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung. 50% der Plätze sind für Personen reserviert, die nicht aus der psychiatrischen Anstalt ausgegliedert wurden, um so eine Heterogenität der dort lebenden Personen zu erreichen.
3. JedeR BewohnerIn der Wohngemeinschaft besitzt ein Einbettzimmer. Dies soll den dort lebenden Personen Privatsphäre ermöglichen. Der verbleibende Wohnraum wird in eine Gemeinschaftswohnküche, sowie sanitäre Einrichtungen gegliedert.
4. Der Tagesablauf orientiert sich an allgemein üblichen Tagesstrukturen. Das bedeutet, dass die Personen einen großen Teil des Tages in einer Werkstätte zur Beschäftigungstherapie verbringen und erst am Nachmittag in die Wohngemeinschaft zurückkehren, um dort ihre Freizeit zu verbringen und zu übernachten. Neben der Beschäftigungstherapie außer Haus gibt es noch unterschiedliche Freizeitangebote wie Kaffeehausbesuche, Ausflüge in die Umgebung, etc., die außerhalb der Wohneinrichtung stattfinden. Diese Aktivitäten werden vorwiegend von den BetreuerInnen der Wohneinrichtung geplant.
5. In der Wohneinrichtung herrscht eine sehr hohe Betreuungsichte aufgrund des hohen Betreuungsbedarfs der KlientInnen. Neben den pädagogisch ausgebildeten BetreuerInnen arbeiten in der Wohneinrichtung Zivildienen und nicht-ausgebildetes Personal mit. Das Betreuungspersonal ist für alle Bereiche der BewohnerInnen zuständig (Assistenz bei Arztbesuchen, Hilfestellung bei der täglichen Körperhygiene, Unterstützung in der Freizeitgestaltung, etc.). Zum Zeitpunkt der Erhebung arbeiten 12 qualifizierte BetreuerInnen und 3 Zivildienen in der Wohngemeinschaft. Sie arbeiten im Schichtdienst, um die BewohnerInnen 24 Stunden täglich betreuen zu können.

6. Fünf Stunden in der Woche gibt es eine diplomierte Krankenpflegeperson, die sich um die pflegerischen Probleme der BewohnerInnen bemüht.
7. Einen wesentlichen Bestandteil des Wohngemeinschaftskonzepts stellt die Förderung der betreuten Personen dar. Dazu werden zusammen mit den KlientInnen Förderpläne erstellt. Diese enthalten detaillierte Einzelschritte, die auf die Bedürfnisse und Interessen der jeweiligen BewohnerIn abgestimmt sind. Die Fördermaßnahmen werden jedoch nicht als Therapie eingestuft, da die Wohngemeinschaft sich nicht als therapeutische Einrichtung versteht. Es gibt jedoch die Möglichkeit einer komplementären individuellen Therapie. Diese wird je nach Notwendigkeit für die BewohnerInnen organisiert. Die individuelle Förderung der BewohnerInnen kann zum Beispiel in folgenden Bereichen erfolgen:
 - Förderung der Kommunikations und Interaktionsmöglichkeiten (z.B.: Sprache, Gebärden, Freizeitgestaltung, Beziehung zwischen den BewohnerInnen, etc.)
 - Förderung lebenspraktischer Fähigkeiten (z.B.: Begleitung und Anleitung bei der Körperpflege, bei Tätigkeiten im Haushalt, beim Einkaufen gehen, etc.)
 - Förderung der Persönlichkeitsentwicklung

(Vgl. Hämmerle 2001, S. 54, <http://www.lebenshilfe-wien.at/Individuelle-Entwicklungsplanu.358.0.html> [04.05.2012])

8.3.2 Informationen zur Aufenthaltsdauer

Die Probanden übersiedelten in die Wohngemeinschaft Anfang Oktober 2000. Sie leben daher alle zum Zeitpunkt der Untersuchung 12 Jahre in der Wohngemeinschaft.

9. Die Untersuchungsergebnisse

Die Analyse der Dokumentation hat in den untersuchten Bereichen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen geführt. Diese werden in den folgenden Seiten präsentiert. Zur besseren Nachvollziehbarkeit des Untersuchungsergebnisses wurden alle beschriebenen Verhaltensweisen der Personen zum Zeitpunkt der jeweiligen Stichprobe vergleichend gegenüber gestellt. Eine detaillierte Kritik der Analyse erfolgt im Kapitel 10.

9.1. Ergebnisse im Bereich sozial-adaptiver Fähigkeiten und lebenspraktischer Fertigkeiten

9.1.1 Selbstständigkeit und Unabhängigkeit

Die Fähigkeiten der Probanden wurden zum jeweiligen Zeitpunkt der Stichprobe aus der Dokumentation folgendermaßen präsentiert:

Herr W: ²⁰

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-selbstständiges An- und Ausziehen -Ankleiden mit Aufforderung -braucht Anleitung bei der Körperpflege -WC-Unterstützung des Pflegepersonals -benötigt Hilfe bei Medikamentenaufnahme -Pat ist mobil	-zieht sich selbstständig an und aus -möchte vom Personal bei der Körperpflege betreut werden -muss gewickelt werden -braucht Aufsicht und Hilfestellung bei Alltagshandlungen -gute Orientierung im Haus -hat Spass beim Einkaufen gehen -kann selbstständig essen -Überwachung beim Essen durch Bolusgefahr - mobil	-Unterstützung bei der Körperpflege -Hilfe beim Toilettengang -trägt Windeln bei Stuhl- und Harninkontinenz -trinkt sehr viel – Aspirationsgefahr -Beobachtung ist notwendig bei Nahrungsaufnahme: Schluckstörungen -innerhalb des Hauses orientiert -Außerhalb der Einrichtung desorientiert- nicht verkehrstüchtig -kann selbstständig gehen	-Unterstützung beim An- und Ausziehen notwendig -Beobachtung ist bei Essensaufnahme notwendig -Harn- und Stuhlinkontinenz -Hilfe beim Toilettengang -Orientierung im Wohnhaus -Begleitung außerhalb des Wohnhauses notwendig – nicht verkehrstauglich -benötigt Hilfe beim Treppensteigen ist unsicher

Fasst man die unterschiedlichen Aussagen in den Dokumenten über den Entwicklungsverlauf bei Herrn W zusammen, so zeigt sich folgendes Bild:

- Herr W. benötigte zum Zeitpunkt aller Stichproben Unterstützung bei der Körperpflege oder der persönlichen Hygiene.

²⁰ (Vgl. Entlassungsbericht PKH/W/2000; Antrag Förderung Behindertenhilfe/W/2003; Antrag Förderung Behindertenhilfe/W/2006; Teamgesprächsprotokoll/W/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/W/2009)

- Er benötigt aufgrund seines Essverhaltens und seiner Schluckstörung Beobachtung und Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme. Diese Unterstützung wurde sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Psychiatrie als auch 10 Jahre später dokumentiert.
- Das Orientierungsvermögen von Herrn W wurde zum Zeitpunkt der Ausgliederung in den Dokumenten nicht beschrieben. Aufgrund der anderen Einträge in der Dokumentation zeigt sich jedoch, dass sein Orientierungssinn zu den untersuchten Zeitpunkten gleich geblieben ist: Herr W ist zu allen Erhebungszeitpunkten innerhalb der Wohneinrichtung und seiner bekannten Umgebung orientiert, außerhalb seines bekannten Aktionsradius benötigt er jedoch Unterstützung in seinem Orientierungsvermögen.
- Positive Wirkung dürften auf ihn bestimmte Förderbemühungen der BetreuerInnen haben. Herr W hat trotz seiner Orientierungsprobleme außerhalb seiner bekannten Umgebung Freude, bestimmten Aktivitäten nachzugehen (hier: einkaufen gehen), Unsicherheiten oder Ängstlichkeit bei Aktivitäten außerhalb der Wohneinrichtung wurden nicht vermerkt. Diese Darstellung in der Dokumentation kann als positive Entwicklung gewertet werden.

Herr X²¹

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-Anziehen mit Hilfe -Körperpflege mit Hilfe -Benötigt Anweisung durch Pflegepersonal -teilweise inkontinent -Essen selbständig -mobil (Spitzfußstellung)	-Körperpflege mit Anleitung -An- und Ausziehen allein -Vorbereitung der Kleidung mit BetreuerInnen -selbstständig am WC – nachher Reinigung durch Personal wegen Kotschmier notwendig -Essen muss vorbereitet werden -Beobachtung bei Essensaufnahme notwendig - Essen wird klein geschnitten -Mobilität gegeben	-Körperpflege mit Unterstützung -geht selbstständig auf die Toilette –diese muss jedoch nachher gesäubert werden - -Orientierung innerhalb des Wohnhauses -keine Verkehrstauglichkeit -Beobachtung bei Essensaufnahme notwendig -kann gehen, braucht beim Treppensteigen Unterstützung wegen Spitzfuß	-Unterstützung bei der Körperpflege -Anweisung beim Anziehen -geht alleine auf die Toilette -Toilette muss jedoch nachher gesäubert werden -Nahrungsaufnahme unter Beobachtung: schlingt Essen und Trinken herunter -Orientierung innerhalb des Wohnhauses gegeben -keine Verkehrstauglichkeit -Unterstützung wegen Spitzfuß

²¹ (Vgl.: Entlassungsbericht PKH/X/2000; Antrag Förderung Behindertenhilfe/X/2004; Teamgesprächsprotokoll X/2003; Antrag Förderung Behindertenhilfe/X/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/X/2010; Gesprächsprotokoll praktischer Arzt/X/2010)

Bei Herrn X zeigen sich folgende Entwicklungen:

- Herr X benötigt zu allen Untersuchungszeitpunkten Unterstützung beim An- und Ausziehen und bei der Durchführung der Körperpflege.
- Herr X kann zwar selbstständig auf die Toilette gehen, schmiert aber sehr gerne Kot. Er benötigt daher nach dem Toilettengang sehr häufig Unterstützung. Diese Beschreibung findet sich zu allen Untersuchungszeitpunkten.
- Bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist laut Beschreibungen Herr X selbstständig. Dennoch benötigt er Beobachtung und Hilfestellung durch das Betreuungspersonal. Diese Beobachtung ist notwendig, weil Herr X gerne sein Essen herunterschlingt und daher Erstickungsgefahr gegeben ist. Da Herr X das Essen sehr gierig schluckt, wird ihm das Essen klein geschnitten, damit die Erstickungsgefahr reduziert werden kann. Diese Verhaltensbeschreibung wurde zu allen Stichprobenzeitpunkten gefunden.
- In Berichten aus den Jahren 2006/2007 wird erwähnt, dass zwar Herr X innerhalb der Wohneinrichtung orientiert ist, aber dass er sich außerhalb seines gewohnten Umfelds nicht alleine zurechtfinden kann. Er ist nicht verkehrstauglich.
- Herr X hatte schon zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Psychiatrie Probleme mit seiner Mobilität: Er benötigt orthopädische Schuhe, da seine Füße eine Spitzfußstellung haben. Er ist mit diesem Schuhwerk jedoch mobil und benötigt kaum personelle Unterstützung (außer beim Treppensteigen).

Insgesamt zeigt sich, dass laut der verfügbaren Dokumentation Herr X seine Fähigkeiten, die für selbstständige Lebensführung notwendig sind, nicht signifikant verändert haben und gleich geblieben sind.

Herr Y ²²

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-lernt selbstständig Händewaschen -pflegt sich selbst -kann sich selbst an- und ausziehen -Körperpflege mit Hilfe -teilweise inkontinent -hilft im Haushalt mit	-An- und Ausziehen selbstständig -Körperpflege: vollständige Übernahme -benötigt Hilfe bei Essensvorbereitung -„macht“ in die Kleidung -geht alleine auf die	-Kann sich selbst an- und ausziehen -Körperpflege muss zur Gänze übernommen werden -Essen kann selbst vorbereitet werden -Essen und Trinken mit Aufsicht	-benötigt Hilfe beim An- und Ausziehen -benötigt Beobachtung bei der Essenaufnahme -kann sich Essen selber klein schneiden, schlingt es jedoch herunter -muss zur

²² (Vgl. Entlassungsbericht PKH/Y/2000; Teamgespräch/Y/2003; Teamgespräch/Y/2004; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2003; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2006; Teamgespräch/Y/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2009)

(Tisch decken) -isst selbstständig -benötigt Aufforderung zum Trinken - ist kontinent -geht auf der Station alleine -geht auf dem Areal mit Hilfe	Toilette -trinkt nicht, muss aufgefordert werden -Vorbereitung des Essens durch Schneiden -Kaffee holen -Brot streichen -benötigt Aufsicht und Hilfestellung im Alltag -konnte bei Medikamentenumstellung U-Bahn in Begleitung fahren	-benötigt am WC keine Hilfe -Erinnerung zum Trinken -Vermehrte Inkontinenz durch Prostataproblem -hilft im Haushalt mit -benötigt Aufsicht im Alltag -	Flüssigkeitsaufnahme motiviert werden -stark inkontinent -starke Sturzgefahr – wurde unsicherer und ängstlicher durch verschlechterten Gesundheitszustand -hilft im Haushalt mit -Orientierung: im Wohnhaus vorhanden -Begleitung außerhalb des Wohnhauses notwendig
--	---	---	---

Folgendes Bild zeigt sich in der Entwicklung lebenspraktischer Fähigkeiten bei Herrn Y:

- Herr Y lebte 36 Jahre in der psychiatrischen Anstalt. Aus diesem Grund findet sich relativ viel Dokumentation zu seinem Psychiatrieaufenthalt. Anhand dieser Dokumente ist ersichtlich, dass Herr Y schon während seines Psychiatrieaufenthalts ein gewisses Spektrum an Fähigkeiten für eine autonome Lebensweise besaß oder erweitern konnte.
- Im Rahmen des individuellen Förderkonzepts wurde versucht, diese Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Das zeigt sich insbesondere darin, dass bereits 2003/2004 dokumentiert wurde, dass Herr Y sich selbst sein Essen und Trinken vorbereiten kann.
- Trotz dieser Verbesserungen benötigt er vor allem im Bereich der Körperpflege und der Hygiene bei der Toilettenbenutzung Unterstützung durch das Betreuungspersonal.
- Diese Unterstützung musste in den letzten Jahren intensiviert werden. Herr Y entwickelte aufgrund einer Prostataerkrankung eine gesteigerte Harninkontinenz (2006/2007; 2009/2010)
- Herr Y ist mobil. Tatsächlich entwickelte Herr Y aufgrund gesundheitlicher Probleme erhöhte Sturzgefahr. Dieses erhöhte Sturzrisiko lässt Herrn Y eher unsicher machen. Dieser Vermerk wurde in der Dokumentation von 2009/2010 gefunden.
- Herr Y findet sich innerhalb der Wohneinrichtung gut zurecht. Bei Aktivitäten außerhalb der Einrichtung benötigt er Begleitung durch das Betreuungspersonal.

In Fähigkeiten der Haushaltsführung konnte Herr Y sowohl in der Psychiatrie als auch in der Wohngemeinschaft seine Fähigkeiten erweitern. In anderen Bereichen wie Hygiene oder Mobilität dürfte sich der Zustand aufgrund persönlicher Gesundheitsprobleme in den letzten Jahren verschlechtert haben. Leider lassen sich aus den untersuchten Dokumenten keine weiteren Ergebnisse interpretieren.

Herr Z²³

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-kooperiert bei Pflegehandlungen -unternimmt Ausflüge in Begleitung -geht viel spazieren -kann selbstständig gehen	-Übernahme der gesamten Körperpflege -Selbstständigkeit beim Kleiderwechsel -Vorbereitung der Wäsche -mit Hilfe einkaufen gehen und U-Bahn-Fahren -geht selbstständig auf die Toilette -braucht ab und zu Hilfe nach dem Toilettengang -sucht keine konstruktive Betätigung durch Betreuungspersonal -geht spazieren -gurtet sich selbstständig bei Autofahrt an -gute Orientierung in vertrauter Umgebung	-braucht Unterstützung bei der Körperpflege -Aufsicht bei der Körperpflege -kann selbstständig gehen -nicht verkehrstüchtig -geht selbstständig auf die Toilette -Essen muss klein geschnitten werden -Beobachtung und Aufsicht durch Personal bei Essensaufnahme -braucht ab und zu Hilfe bei Reinigung nach dem Toilettengang -Orientierung in vertrauter Umgebung ist gut vorhanden -ist mobil -keine Außenorientierung	-Körperpflege mit Beobachtung -Hilfe beim An- und Umziehen -Unterstützung auf der Toilette bei der Reinigung -Alltagshandlungen sind Herausforderung für ihn - Essen muss vorbereitet werden -Zuspruch und Motivation bei der Körperpflege -Essensvorbereitung -Beobachtung bei Essensaufnahme -im Wohnbereich orientiert

- Bei Herrn Z ist eine Verbesserung seiner Fähigkeiten im Bereich der Körperpflege nicht dokumentiert. Sowohl während des Psychiatrieaufenthalts als auch 10 Jahre nach der Entlassung braucht er Unterstützung und Beobachtung.
- Herr Z geht laut Dokumentation der Wohngemeinschaft selbstständig auf die Toilette. Für die Reinigung nach dem Toilettengang benötigt er jedoch Unterstützung durch eine Betreuungsperson. Es ist keine Verbesserung dokumentiert.
- Bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme muss Herr Z ebenfalls beaufsichtigt werden. Er kann zwar selbstständig essen, jedoch schlingt er das Essen und die Getränke sehr schnell herunter, sodass Aspirations- und Bolusgefahr besteht. Auch hier zeigen sich 10 Jahre nach der Entlassung ähnliche Fähigkeitsbeschreibungen.
- Herr Z kann sich wie die anderen Männer sehr gut innerhalb seiner bekannten Umgebung orientieren. Er ist jedoch außerhalb seines bekannten Umfeldes desorientiert und benötigt

²³ (Vgl. Entlassungsbericht PKH/Z/2000; Fallbesprechungsprotokoll/Z/2003; Teamgesprächsprotokoll/Z/2004; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2004; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2007; Teamgesprächsprotokoll/Z/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2010)

Hilfestellung und Begleitung. Diese Orientierungsprobleme wurden zu allen Untersuchungszeitpunkten in der Dokumentation vorgefunden.

In den Fähigkeiten, die für eine Alltagsbewältigung notwendig sind, besitzt Herr Z gemäß der Dokumentation in den untersuchten Zeiträumen ein gleichbleibendes Verhaltensspektrum. Er ist mobil, benötigt jedoch Hilfe und Unterstützung im Bereich Essen und Trinken, sich außerhalb der Einrichtung zu orientieren, oder beim Toilettengang;

9.1.2 Kommunikation und Interaktion

Herr W²⁴

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-kann nicht sprechen -kann Bedürfnisse und Wünsche durch Körpersprache äußern -Sprachverständnis vorhanden -Sozialanbahnung über Berührung -wenig Kontakt zu anderen Patienten	-nonverbal -spricht nur das Wort „Mama“ und „Ja“ -versteh Einzelaufforderungen sehr gut -gutes nonverbales Mitteilungsvermögen -wird von Klienten und Betreuern sehr gemocht -lebt oft in seiner eigenen Welt -wirkt sehr interessiert an neuen Personen	-hat kein Sprachvermögen -Kommunikation ist nonverbal -kann 2-3 Worte sprechen - Wünsche und Bedürfnisse werden über Körpersprache geäußert -Sprachverständnis ist ausreichend vorhanden -versteh einfache und kurze Sätze -ist meist in seiner eigenen Welt	-nonverbal -äußert Wünsche und Bedürfnisse über seine Körpersprache -versteh einfache und kurze Sätze -nimmt durch Gesten und Lauten regen Anteil an seiner Umgebung -geht unkoordiniert auf fremde Menschen zu -wenig Kontakt zu anderen Menschen

Im Bereich Kommunikation und Interaktion wurden folgende Ergebnisse bei Herrn W festgestellt:

- Herr W verfügt über alle Jahre ein gutes passives Sprachverständnis.
- In sämtlichen Verhaltensbeschreibungen der Untersuchungszeiträume wird dargestellt, dass er Wortschatz von sehr wenigen Worten besitzt, sich jedoch nonverbal sehr gut verständlich machen kann.

²⁴ (Vgl. Entlassungsbericht PKH/W/2000; Antrag Förderung Behindertenhilfe /W/2003; Teamgesprächsprotokoll W/2003; Antrag Förderung Behindertenhilfe/W/2003; Antrag Förderung Behindertenhilfe/W/2010; Teamgesprächsprotokoll/W/2009; Teamgesprächsprotokoll/W/2010)

- Herr W hat wenig Kontakt zu seinen Mitbewohnern, er wirkt teilweise abwesend und in sich gekehrt. Diese Beschreibung findet sich sowohl in den Entlassungsdokumenten der Psychiatrie im Jahr 2000 als auch in Berichten der Wohngemeinschaft aus den Jahren 2009/2010.

Anhand der gesichteten Dokumentation kann man keine Verbesserungen oder kann man keine Rückschritte im Bereich der Kommunikation und Interaktion finden. Die verwendeten Fähigkeits- und Verhaltensbeschreibungen wirken in ihren Formulierungen über die Jahre sehr ähnlich.

Herr X ²⁵

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-passives Sprachverständnis -spricht nicht -kein Kontakt zu Mitpatienten -nimmt angebotene Ausgänge und Tagesausflüge gerne an -braucht zwanghafte Bestätigung durch das Pflegepersonal	-lebt in sich gekehrt -kein Sprachvermögen -gutes Sprachverständnis	-Nonverbal -versteht Anweisungen -Vermittelt Wünsche durch Körpersprache und Laute -erweitert Kontaktaufnahme mit Mitklienten -Kein aktives Sprachvermögen -verlangt zwanghafte Anweisung durch das Betreuungspersonal	-ist nonverbal

Bei Herrn X zeigen sich in den Untersuchungsjahren folgende Ergebnisse:

- Herr X besitzt wie Herr W ein eher passives Sprachverständnis über alle Untersuchungszeiträume.
- Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Psychiatrie wird bei ihm erwähnt, dass er zwanghaft auf Aufforderungen und Anordnungen des Betreuungspersonals wartet. Diese Beschreibung wurde in der Dokumentation aus den Jahren 2006/2007 ähnlich formuliert.

²⁵ (Vgl. Entlassungsbericht PKH/X/2000; Antrag Förderung Behindertenhilfe /X/2004; Teamgesprächsprotokoll X/2003; Teamgesprächsprotokoll; Antrag Förderung Behindertenhilfe/X/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/X/2010)

- 2006/2007 wurde in einem Teamgesprächsprotokoll erwähnt, dass Herr X vermehrt Kontakt zu seinen MitbewohnerInnen aufnimmt. Inwiefern sich dieser Aspekt weiter entwickelt hat, ist leider in der Dokumentation nicht ersichtlich.

Aufgrund der untersuchten Dokumente ist nicht erkennbar, inwiefern sich Herr X in seinen Kommunikations- und Interaktionsfähigkeiten in den letzten Jahren entwickelt hat und in welchen Bereichen er seine Fähigkeiten erweitern konnte oder sie sich reduziert haben.

Herr Y²⁶

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-Fortschritte im Bereich des passiven Sprachverständnisses -sprachliche Äußerungen sind aktiv vorhanden -lebt zurückgezogen -befolgt einfache Anordnungen -Einzelgänger -Ruft Betreuer nonverbal um Hilfe	-unklarer Ausdruck Ungeduldig -viele Menschen versetzen ihn in Panik -ist interessiert am Geschehen seiner Umwelt -spricht durch Medikamentenänderung -Ignoranz -kein Blickkontakt -mühsame Kommunikation -konnte persönlichen Radius an Sozialkontakten erweitern seit Ausgliederung	-Sprache: Nonverbal -spricht, wenn keiner dabei ist (durch neue Medikamente) -hat ein gutes Sprachverständnis -Einzelgänger -zieht sich viel zurück -keine Anpassung an Veränderungen	-nonverbale Kommunikation -Einzelgänger -möchte Aufmerksamkeit -schließt sich ins Zimmer ein – 1 Mitbewohner bedrängt ihn zuviel -befolgt Aufforderungen

In den Bereichen Kommunikation und Interaktion konnten bei Herrn Y folgende Entwicklungen festgestellt werden:

- Herr Y besitzt ein sehr ausgeprägtes passives Sprachverständnis. Dieses konnte sich laut den Entlassungsberichten der Psychiatrie schon dort verbessern.
- Herr Y besitzt einen aktiven Wortschatz und kann sprechen. Tatsächlich kommt diese Fähigkeit bei ihm insbesondere dann zum Vorschein, wenn bei ihm Medikamente geändert werden. Dieses Phänomen wurde in den Jahren 2003/2004 und 2006/2007 beschrieben. Ansonsten äußert laut den analysierten Dokumenten Herr Y primär nonverbal seine Wünsche.

²⁶(Vgl. Entlassungsbericht PKH/Y/2000; Teamgespräch/Y/2003; Teamgespräch/Y/2004; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2003; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2006; Teamgespräch/Y/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2009; Teamgespräch/Y/2009; Teamgespräch/Y/2010)

- Herr Y ist laut Berichten eher ein Einzelgänger. Jedoch wurde in einem Fallbesprechungsprotokoll aus dem Jahr 2003 die Beobachtung vermerkt, dass Herr Y seit der Ausgliederung seinen Radius an Sozialkontakten erweitern konnte. Inwiefern sich diese Veränderung weiter entwickelt hat, konnte aus den Dokumenten leider nicht ermittelt werden, da im Jahr 2009 ein vermerkter Rückzug beschrieben wurde. Dieser wird insbesondere damit in Zusammenhang gebracht, dass Herr Y von einem Mitbewohner häufig in seinem Zimmer aufgesucht wird und er sich von ihm bedrängt fühlt.

Insgesamt kann nicht aus den untersuchten Dokumenten interpretiert werden, inwiefern sich das Sprachverständnis und das Sprachvermögen verändert haben. Bezüglich des Interaktionsverhaltens gab es einen positiven Eintrag in der Dokumentation. Inwiefern diese positive Entwicklung weiter angehalten hat, ist aus den Dokumenten nicht ersichtlich.

Herr Z²⁷

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-gutes Sprachverständnis -Fehlende Spontansprache -gutes nonverbales Ausdrucksvermögen -lässt sich nicht berühren -Abwehrendes Kontaktverhalten -kaum Blickkontakt	-gute non verbale Kommunikation -gutes Sprachverständnis -fehlende Spontansprache -nimmt Kontaktangebote des Betreuungspersonals an -Kontaktaufnahme mit klatschen/kitzeln -klatscht manchmal mit anderen Klienten in die Hände -bestimmt Nähe und Distanz selbst -geringer Kontakt zu Wohnhauskollegen -meistens gut gelaunt	-nonverbale Kommunikation -gutes Sprachverständnis -unterdurchschnittliches Sprachverständnis-holt sich Hilfe bei BetreuerInnen	-Nonverbale Kommunikation -gutes Sprachverständnis

Herr Z hat im Bereich Kommunikation und Interaktion laut den untersuchten Dokumenten folgende Fortschritte gemacht:

- Im Gegensatz zu den Berichten der Psychiatrie konnte er seinen Radius an Sozialkontakten erweitern. In den psychiatrischen Entlassungsberichten wurde berichtet, dass er ein abwehrendes Kontaktverhalten besitzt. Im Vergleich dazu wurde in den Berichten 3 Jahre später berichtet, dass er vermehrt soziale Kontakte zulässt und dass er im Gegensatz zu

²⁷ (Vgl. Entlassungsbericht PKH/Z/2000; Fallbesprechungsprotokoll/Z/2003; Teamgesprächsprotokoll/Z/2004; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2004; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2007; Teamgesprächsprotokoll/Z/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2010)

früher Körperkontakt zulässt. Dies kann als große Entwicklung im Bereich des Interaktionsverhaltens interpretiert werden.

- Herr Z besitzt ein gutes passives Sprachverständnis. Er spricht nicht, kann jedoch sehr gut nonverbal mitteilen, was er möchte.

Zum Interaktionsverhalten von Herrn Z kann gesagt werden, dass sie sich seit dem Zeitpunkt der Enthospitalisierung positiv entwickelt hat. Das Sprachverständnis und die non-verbale Kommunikation sind bei ihm zu allen Untersuchungszeiträumen ähnlich dargestellt.

9.2. Ergebnisse im Bereich des Sozialverhaltens

9.2.1 Verhaltensauffälligkeiten

Herr W²⁸

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-unruhig -fixiert auf Daumenspiel -wird aggressiv bei Unterbrechung der - stereotypen Handlung -selten aggressive Ausbrüche	-Trinkzwang -Fixierung auf - Daumenspiel -unruhig -launisch -stampft mit dem Fuß	-Stereotypien dauerndes Fingerspiel -Wippen mit dem Oberkörper oder Fuß -verharrt lange in Körperpositionen -Stimmung: ruhig, zurückgezogen, lustig -bei Überforderung: - Nervosität/Zappeln, -Nächtliche Unruhe -Müdigkeit am Tag	-Medikamentenumstellung: unangepasst/unkooperativ -Unruhiger und aggressiver durch medikamentenumstellung -Verbesserung durch Medikamentenumstellung -keine fremdaggressiven Vorfälle Fingerspiel -Wippen mit dem Oberkörper/Fuß- Medikamentenumstellungsphase: launisch, stört andere KlientInnen -Zurückzug in Daumenspiel -schläft gut -wirkt sehr angetrieben -kötet häufig ein -Gemütsschwankungen

Die Verhaltensbesonderheiten haben sich bei Herrn W folgendermaßen entwickelt:

²⁸(Vgl. Entlassungsbericht PKH/W/2000; Antrag Förderung Behindertenhilfe /W/2003; Gesprächsprotokoll PSY/W/2003; Teamgesprächsprotokoll W/2003; Gesprächsprotokoll PSY/W/2004; Antrag Förderung Behindertenhilfe/W/2003; Teamgesprächsprotokoll/W/2003; Gesprächsprotokoll PSY/W/2004; Gesprächsprotokoll PSY/W/2006; Antrag Förderung Behindertenhilfe/W/2010; Gesprächsprotokoll PSY/W/2007; Teamgesprächsprotokoll/W/2009; Teamgesprächsprotokoll/W/2010; Gesprächsprotokoll PSY/W/2010)

- Schon in der Psychiatrie wurden Stereotypen wie Daumenspielen oder unruhiges Verhalten beobachtet. Diese beiden Stereotypen wurden in allen Dokumenten zu den untersuchten Zeitpunkten beschrieben. Aufgrund der vorhandenen Dokumente kann hier leider kein Hinweis gefunden werden, inwiefern sich die Frequenz oder Intensität dieser Verhaltensauffälligkeiten verändert haben.
- Als weitere Verhaltensbesonderheit wird bei ihm Unruhe festgestellt. Diese unruhigen Verhaltensweisen wurden schon in den Entlassungsberichten der psychiatrischen Anstalt dokumentiert. Laut Berichten aus dem Jahr 2009/2010 dürfte sich durch Medikamentenänderungen die Intensität dieser Verhaltensbesonderheit verändert haben. Leider gibt es keine Hinweise auf einen aktuellen Entwicklungsverlauf.

Anhand der vorhandenen Dokumentenlage kann nicht interpretiert werden, inwiefern sich die Verhaltensbesonderheiten von Herrn W dauerhaft entwickelt haben. Man erhält bloß den Eindruck, dass sie sich kurzfristig verändert haben.

Herr X²⁹

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-Schmieren mit Kot tritt phasenweise verstärkt auf -aggressives Verhalten gegenüber Mitpatienten -kaum motivierbar -hält stark an Gewohnheiten fest	-Veränderung macht ihm schwer zu schaffen -unsicher -lebt in sich gekehrt -hat nach Ausgliederung nicht 1 Jahr gelacht Ausgliederung macht ihm schwer zu schaffen -hält an Gewohnheiten fest -entfernt Fusseln – isst oder riecht daran -Körperspiel und wippende Körperhaltung -Verharrt in einer Körperhaltung -hat sich nach Eingliederung schwer eingelebt -zwickt Klienten und Betreuer -beschmiert sich selbst und andere mit Kot	-Aggressionen -isst Insekten (überall) -reißt sich Haare aus -Fremdaggressionen (hauen, zwicken) -verharrt in bestimmten -- Körperhaltungen -stark wechselnde Stimmungen -kann sich nicht an Veränderungen anpassen – löst bei ihm Unruhe und aggressionen -zwanghafte Rituale -braucht festen Tagesablauf -hält stark an Gewohnheiten fest -massive Verhaltensauffälligkeiten	-Verunsicherung durch Tod eines Angehörigen -unangepasstes Verhalten gegenüber Tagesablaufänderungen -Autoaggression -Schreien -Zwicken -Beissen -Kot schmieren -Wippt mit dem Körper -entfernt Fusseln an der Kleidung anderer Menschen -verschluckt kleine Fliegen -zwanghafte Angewohnheiten -zwänglich – verlangt viel Kaffee -Kotschmieren -Wutausbrüche

²⁹(Vgl. Entlassungsbericht PKH/X/2000; Fallbesprechungsprotokoll X/2003; Gesprächsprotokoll PSY/X/2003;Antrag Förderung Behindertenhilfe /X/2004; Gesprächsprotokoll PSY/W/2004; Teamgesprächsprotokoll X/2003; Teamgesprächsprotokoll/X/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/X/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/X/2010; Gesprächsprotokoll PSY/X/2010; Teamgesprächsprotokoll/X/2010)

Die Verhaltensweisen haben sich bei Herrn X laut Interpretation der Dokumente folgenderweise entwickelt:

- Herr X besitzt sehr unterschiedliche auffällige Verhaltensweisen. Insbesondere dominiert bei ihm in den Verhaltensbeschreibungen das Schmieren von Kot. Diese Verhaltensbesonderheit findet sich vielen Beschreibungen zu den Erhebungszeitpunkten wieder.
- Herr X dürfte Schwierigkeiten besitzen, sich an Veränderungen zu gewöhnen. Diese Beobachtung wurde besonders innerhalb der Dokumentation der Wohneinrichtung zu mehreren Zeitpunkten beschrieben. Beschrieben wird bei ihm als Reaktion in diesem Zusammenhang eine Verstärkung der Verhaltensbesonderheiten

Leider ist aus den Handlungsbeschreibungen über Herrn X nicht sichtbar, inwiefern sich seine Verhaltensbesonderheiten positiv entwickelt haben oder ob es Rückschritte gegeben hat.

Herr Y³⁰

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-Angst bei Veränderungen -zerreißt Wäsche -verkräftet Umstellungen nicht besonders gut -schlägt Mitpatienten -selbstzerstörerische Tendenz -fixiert auf Spielsachen -Schlaflosigkeit -Unruhe	-extrem Zwanghaftes Verhalten -vermehrte Beutezüge -Zerreißen von Kleidung -Harnmarkieren -urinert ständig -Kotschmieren -unruhig -Rituale -Zwänge -Getriebenheit -beginnt laut zu weinen -beginnt Gewand zu zerreißen -starke Autoaggressionen -Stehlen -autistische Züge	-extrem zwanghaftes Verhalten -vermehrte Beutezüge -Zerreißen von Kleidung -Harnmarkieren -urinert ständig -Kotschmieren -unruhig -Rituale -Zwänge -Getriebenheit -beginnt laut zu weinen -beginnt Gewand zu zerreißen -starke Autoaggressionen -Stehlen -autistische Züge	-autistische Züge -Autoaggressionen -Stereotypen -bestiehlt Leute -zerreißt Kleiderstücke -Fremdaggressionen -versteckt Kleidung -wichtig sind tägliche Rituale -urinert in Ecken -massive Zwänge -reißt Bilder von den Wänden -psychomotorische Unruhe

³⁰(Vgl.: Entlassungsbericht PKH/Y/2000; Gesprächsprotokoll PSY/X/2003; Teamgespräch/Y/2003; Teamgespräch/Y/2004; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2003; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2006; Teamgespräch/Y/2007; , Antrag Förderung Behindertenhilfe/Y/2009; Teamgespräch/Y/2009; Teamgespräch/Y/2010)

Herr Y zeigt in 10 Jahren Enthospitalisierung folgenden Entwicklungsverlauf im Bereich Verhaltensbesonderheiten:

- In seinen Handlungsbeschreibungen dominieren insbesondere bestimmte Zwänge wie Kotschmieren, das Zerreißen von Kleidern, ein Sammel- und Stehltrieb und das Verharren in zwanghaften täglichen Ritualen.
- Weiters ist laut den Dokumenten Herr Y sehr unruhig. Dieses Verhalten wurde zu allen Zeitpunkten der Untersuchung dokumentiert.
- Herr Y ist auto- und fremdaggressiv. Auch diese Handlungen sind in allen Dokumenten auffindbar, die in für die Untersuchung analysiert wurden.

Fasst man die Entwicklung der Verhaltensauffälligkeiten von Herrn Y zusammen, so zeigt sich, dass sie im Untersuchungszeitraum gleich geblieben sein dürften. Leider gibt die Dokumentation keiner näheren Auskünfte, sodass ein Gesamtüberblick über die Entwicklung Herrn Y nicht dargestellt werden kann.

Auszug 2000	2003/2004	2006/2007	2009/2010
-Kleider zerreißen -Gegenstände zerschlagen -stiehlt -Schlucken von Fremdkörpern -Viele Sterotypen -spielt mit Kot -autoaggressives Verhalten (Kopf schlagen)	-isst viele Nicht essbare Gegenstände -Medikamentenreduktion: verstärktes Onanieren beobachtet Autostimulation -lautes Schreien -zeigt viele Stereotypen -autoaggressive Tendenzen (Kopf an einen Gegenstand schlagen) -vermehrte Verhaltensauffälligkeiten -sehr angetrieben -schmiert vermehrt Kot	-isst ungenießbare Gegenstände -zerreißt Kleidung -Kotschmierern -Autoaggressionen -Autostimulationen -Stereotypen -zwanghaftes Verhalten -zerstört Gegenstände -zeigt autistische Züge -unangepasstes Verhalten durch Schreien in der Gruppe -haltloses Trinken -angetrieben -lautes Verhalten -reagiert unangepasst auf neuen Klienten in der Werkstätte -Einnässen in der Nacht	-Verhalten ist weitgehend unverändert: -starke Autostimulation -viele Stereotypen -trinkt sehr viel -isst ungenießbare Stoffe -starke autoaggressive Tendenzen -zeigt autistische Züge -schreit laut -zwanghaftes Verhalten (haben zugenommen) -unangepasstes Kleidungsverhalten -Schmierern mit Kot (verstärkt) -nächtliche Unruhe -angetrieben

Bei Herrn Z. zeigen sich über alle Untersuchungszeiträume ähnliche Verhaltensprobleme:

- Er zerreißt Kleider, beschädigt Gegenstände.
- Herr Z besitzt sehr viele Sterotypen. Diese werden in allen Dokumenten beschrieben, die für die jeweiligen Untersuchungszeiträume analysiert wurden.
- Sehr dominierend ist in der Dokumentation die Darstellung des Schluckens von Fremdkörpern wie Knöpfe oder Fugenmaterial, dass er sich aus dem Boden oder den Wänden herauszieht.
- Herr Z wird auch sowohl 2003/2004 als auch 2009/2010 als angetrieben und unruhig beschrieben.

Aufgrund unpräziser Darstellungen in der Häufigkeit, der Intensität oder auch möglicher Gründe kann keine detaillierte Analyse über einen Entwicklungsverlauf erfolgen.

³¹ (Vgl. Entlassungsbericht PKH/Z/2000; Gesprächsprotokoll PSY/Z/2003; Fallbesprechungsprotokoll/Z/2003; Teamgesprächsprotokoll/Z/2004; Gesprächsprotokoll PSY/Z/2004; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2004 , Gesprächsprotokoll PSY/Z/2006; Gesprächsprotokoll PSY/Z/2007; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2007; Gesprächsprotokoll PSY/Z/2006; Teamgesprächsprotokoll/Z/2007; Gesprächsprotokoll PSY/Z/2009; Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2010; Gesprächsprotokoll PSY/Z/2010)

9.3 Auffallende Einzelergebnisse

Bei Herrn Y wurde in den Fallbesprechungsprotokollen auf positive Entwicklungen im Bereich Selbständigkeit und Unabhängigkeit Bezug genommen. So heißt es:

„Herr Y bekommt seit 2 Jahren Besuchsdienst. Unter anderem ist dadurch gelungen, seinen persönlichen Radius zu erweitern. Früher bekam er außerhalb des Wohnhauses oder unter fremden Menschen Panikattacken, heute ist es sogar möglich, mit ihm in der Straßenbahn zu fahren.“ (Teamgesprächsprotokoll/Y/2004).

„Ein besonderes Ziel für Herrn Y besteht darin, an Ausflügen teilzunehmen und seinen Erlebnishorizont zu erweitern. Er ist erst seit kurzem bereit, seinen gewohnten Tagesablauf zu durchbrechen, um an Aussenaktionen teilzunehmen, wenn sie nicht mit Wartezeiten oder Menschenmassen verbunden sind.“ (Teamgesprächsprotokoll/Y/2003).

Laut Rücksprache mit den BetreuerInnen der Einrichtung hat er bis jetzt diese Entwicklung beibehalten, die 3 Jahre nach der Ausgliederung in den Teamgesprächsprotokollen beschrieben wurde. Leider wurde dies in der vorgefundenen Dokumentation nicht dokumentiert.

Bei Herrn Z wurde auch in einem Fallbesprechungsprotokoll folgende positive Veränderung im Bereich der Anbahnung von Sozialkontakten vermerkt:

„Herr Z nimmt Kontaktangebote an, im Netzbett in der Psychiatrie durfte niemand Z angreifen.“ (Teamgesprächsprotokoll/Z/2003).

Auf der anderen Seite wurde eine Verschlechterung seiner Verhaltensauffälligkeiten in einem bestimmten Zeitraum dokumentiert. So heißt es in einem Antrag zur Förderung von Leistungen in der Behindertenhilfe im Jahr 2009:

„Zwänge und Stereotypen haben sich seit dem Letztantrag vom X.X.2007 noch zugenommen. Herr Z verschmiert seit dem Letztantrag mehr Klo, beschmutzt dabei nicht nur seine Hände, sondern verteilt den Kot in seiner gesamten Umgebung“ (Antrag Förderung Behindertenhilfe/Z/2010)

Zu diesem Verschlechterungsbefund wurden jedoch leider in der Dokumentation keine Hintergründe gefunden.

10. Diskussion und Zusammenfassung

10.1 Zusammenfassung der Ergebnisse und Überprüfung der Hypothesen

Der Vergleich des Entwicklungsverlaufs der 4 Männer führte zu folgenden Ergebnissen:

- Die Selbstständigkeit der Probanden erhöhte sich laut der dokumentierten Berichte in verschiedenen Bereichen. Beim selbstständigen Gebrauch der Toilette, bei der Körperpflege oder Nahrungsaufnahme konnten beim Vergleich der Aufzeichnungen keine Verbesserungen festgestellt werden. Bei 2 Probanden zeigte sich bei den Fähigkeiten der Haushaltsführung, dass diese sich erweitern konnten. Der Orientierungssinn wird bei allen Probanden zu allen Erhebungszeitpunkten gleich beschrieben. Positiv zu vermerken ist, dass die vermehrten Aussenaktivitäten eine positive Wirkung auf 3 Personen besitzen. Sowohl Herr W, als auch Herr Y und Z scheinen Freude an diesen Aktivitäten zu haben, bzw. reagieren nicht mit problematischen Verhaltensweisen wie Unsicherheit oder Angst.
- In der Sprachentwicklung zeigten sich keine erwähnenswerten Unterschiede zu allen Erhebungszeitpunkten. Alle Personen besitzen laut Dokumentation kaum aktiven Wortschatz, sie teilen sich hauptsächlich nonverbal mit. Aufgrund der vorliegenden Beschreibungen der Kommunikationsfähigkeiten der untersuchten Personen kann die Hypothese nicht verifiziert werden, dass sich die Sprachkompetenzen der 4 Männer nach der Enthospitalisierung verbessern konnten.
- Im Bereich der Interaktionsfähigkeiten zeigte sich in den Berichten von 2 Probanden, dass sie seit dem Auszug aus der Psychiatrie mehr Interesse am Kontakt mit anderen Menschen entwickelten bzw. dass sie Kontaktaufnahme zuließen. Dies kann als positive Entwicklung gedeutet werden, dass das Verhaltensspektrum im Bereich sozialer Interaktion bei diesen 2 Personen laut der aktuellen Aktenlage erweitert werden konnte.
- Keine interpretierbaren Unterschiede zeigten sich beim explorierten Teilbereich der Entwicklung der Verhaltensbesonderheiten. Hier zeigten sich bei allen

Erhebungszeitpunkten ähnliche negative Verhaltensbeschreibungen wie Zwänge, Stereotypien, unangepasstes Verhalten, oder aggressive Verhaltensweisen. Dieses Ergebnis bestätigt leider nicht die aufgestellte Hypothese, dass die Verhaltensweisen, die auf die deprivierende Betreuung in der Psychiatrie zurückgeführt werden, reduziert werden konnten. Es gibt keine Hinweise in der Dokumentation, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten dauerhaft reduzieren konnten. Phasenhaft traten Verschlechterungen oder Verbesserungen auf, die meist in Zusammenhang mit Medikamentenveränderungen beobachtet wurden.

Insgesamt zeigt sich, dass die aufgestellten Hypothesen teilweise bestätigt werden konnten. Dies trifft insbesondere auf die Bereiche Selbstständigkeit- und Unabhängigkeit und Kommunikations- und Interaktionsverhalten zu. Aus den Beobachtungsberichten nach der Aktenlage konnte jedoch nicht bestätigt werden, dass sich nach der Enthospitalisierung die Verhaltensauffälligkeiten dauerhaft verbessern konnten. Dieses Ergebnis zeigte sich bei der Analyse der Dokumente aller 4 Probanden.

10.2 Vergleich der Ergebnisse mit ähnlichen Studien in der Forschungsliteratur

Im Vergleich mit anderen veröffentlichten Studien, die sich mit dem Effekt der Enthospitalisierung beschäftigt haben, konnten tendenziell ähnliche Ergebnisse beobachtet werden. Dies zeigt zunächst der Blick auf die von Edgerton durchgeführte Studie, die die Lebensveränderungen von 110 Menschen mit geistiger Behinderung beobachtete. Die Beobachtung erfolgte zwischen 1949 und 1976. Beinahe ein Drittel der Personen hatte 12 Jahre nach der Enthospitalisierung ihr Unabhängigkeits- und Selbstständigkeitsverhalten verbessern konnten. Dieses Ergebnis kann sich direkt mit dem Ergebnis der vorliegenden Untersuchung decken (Vgl. Edgerton, Berovici 1976, S. 486 zit. n. Fiedler 2009, S. 36). Auch in der von Kim. et. al. (2001) durchgeführten Meta-Analyse veröffentlichter Studien im amerikanischen Raum zeigte , dass viele Personen sich positiv in ihrem Selbstständigkeits- und Unabhängigkeitsverhalten entwickeln konnten.

Ein positiver Effekt der Enthospitalisierung wird auch bei Kim et. al. im Bereich des passiven und aktiven Spracherwerbs dokumentiert. Hier zeigte sich bei 4 von 7 analysierten Studien, dass die untersuchten Personen ihre Kommunikationsfähigkeiten verbessern konnten. Diese

positiven Entwicklungen konnten in der vorliegenden Analyse jedoch nicht bestätigt werden. Bei allen Probanden zeigte sich bei der Überprüfung der Dokumentation, dass die Beschreibungen der aktiven Kommunikationsfähigkeiten und des passiven Sprachverständnisses schon in den Entlassungsberichten des psychiatrischen Krankenhauses sehr ähnlich beschrieben wurden und sich nach 10 Jahren extramuraler Betreuung nicht bemerkenswert verändert haben.

Die signifikante Verbesserung des Interaktionsverhaltens bei 3 der untersuchten Männer zeigt eine ähnliche Tendenz wie in vergleichbaren Studien. In diesem Zusammenhang wird auf eine vierjährige Längsschnittstudie von Birnenbaum und Re (1979, S. 333 zit. n. Fiedler 2009, S. 37) hingewiesen. Hier zeigte sich bei 42 Personen mit einer leichten oder mittelgradig schweren geistigen Behinderung eine Verbesserung der sozialen Beziehungen.

Die erhofften Verbesserungen auffälliger Verhaltensweisen konnten in der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Es konnte im untersuchten Aktenmaterial bei keiner Person ein signifikanter Hinweis auf eine längerfristige Verhaltensbesserung oder Verschlechterung der vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten gefunden werden. Daher spiegelt das Ergebnis der vorliegenden Studie somit ein Ergebnis wider, dass in der Mehrheit der Literatur berichtet wird (Vgl. Kim et. al. 2000, Vgl. Goodman/Collins 2008).

10.3 Kritik der Studie

Flick (2009) hat insbesondere darauf hingewiesen, dass Dokumente eine spezielle und begrenzte Sicht auf beschriebene Sachverhalte vermitteln. Dieses Problem zeigte sich insbesondere bei dem Dokumentationsmaterial, welches der empirisch-analytischen Untersuchung dieser Arbeit zugrunde liegt. Hier zeigte sich für die Verfasserin der Arbeit, dass die Fähigkeiten- und Verhaltensbeschreibungen sehr einseitig dokumentiert sind. Diese Einseitigkeit zeigt sich insbesondere darin, dass die untersuchten Personen meistens sehr negativ beschrieben sind: Es finden sich nur sehr wenige Beschreibungen über positive Verhaltensweisen oder Entwicklungsfortschritte. Diese defizitären Beschreibungen dominieren nicht nur die Dokumentation der psychiatrischen Betreuung, sondern sie beherrschen auch die aufgefundene Dokumentation in der Wohngemeinschaft.

Selbst in Dokumenten, wo sich die Untersucherin erhofft hatte, ausführliche Hinweise und Beschreibungen positiver Entwicklungsschritte und Fähigkeiten zu finden (insbesondere in den Bögen der Evaluation und Zielbeschreibungen des trägerinternen Förderkonzepts), gibt es keine detailliert beschriebenen Hinweise, inwiefern die Förderbemühungen sich positiv auf den Zustand oder die Entwicklung der Personen ausgewirkt haben. Teilweise wurden die Formulierungen in den Dokumenten über mehrere Jahre von einem Erhebungsbogen auf den anderen übertragen, sodass kein Überblick über die Gesamtentwicklung gefunden werden konnte.

Es scheint somit, dass die Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung vorwiegend unter dem Aspekt auffälliger und störender Verhaltensweisen wahrgenommen werden. Diese einseitige Form der Wahrnehmung entspricht jedoch nicht dem Gesamtbild der Person. Aus diesem Grund ergab sich für die Studie das Problem der mangelnden Objektivität bei der Darstellung des tatsächlichen Verhaltensspektrums der Probanden. Diese Problematik verstärkt sich insofern, als durch die jahrelangen persönlichen Beobachtungen der Klienten als auch mit den Gesprächen der BetreuerInnen, sich ein positiveres Gesamtbild über die Persönlichkeit der Probanden und ihren Entwicklungsverlauf abzeichnen lässt. Es wäre daher sinnvoll gewesen, die BetreuerInnen zu diesen Themen zu befragen. 5 BetreuerInnen betreuen die Probanden seit ihrem Umzug aus der Psychiatrie und hätten daher eine detaillierte Beschreibung ihrer bisherigen Veränderungen geben können.

Neben dieser Problematik zeigte sich, dass die Häufigkeit des Auftretens, die Dauer und die Intensität des Verhaltens kaum dokumentiert sind. Es konnten die Reaktionen und Verhaltensweisen lediglich in ihrer Gesamtheit erfasst und bewertet werden und keine präzisen Urteile über Veränderungen im Gesamtverhalten abgegeben werden (Vgl. Dalferth 2000, S. 125).

10.2 Zusammenfassung und Ausblick

Wie bereits in der Einleitung festgestellt, wurde in den letzten zwei Jahrzehnten in Wien begonnen, Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung aus psychiatrischen Anstalten auszugliedern. Diese Wiener Prozesse resultierten vorrangig aus der internationalen Tendenz, die psychosoziale Betreuungslandschaft zu reformieren. Ziel dieser

Reformbemühungen war es insbesondere, die Lebensqualität der bisher in den psychiatrischen Stationen betreuten Menschen zu verbessern. Dies sollte dadurch geschehen, die betroffenen Menschen wieder in die Gesellschaft zu integrieren und ihnen durch unterschiedliche Betreuungsangebote zu ermöglichen, ein Leben führen zu können wie andere Menschen auch.

Ob die Reformen die gewünschten Ziele erreicht haben, ist bis heute Gegenstand unterschiedlicher Diskussionen. Aus diesem Grund wurden bisher viele Studien durchgeführt, um den Effekt dieser Ausgliederungsbemühungen bzw. Enthospitalisierungsprozesse zu untersuchen. Auch in Österreich wurden einige Studien in diesem Zusammenhang durchgeführt. Es zeigt sich jedoch, dass bisher keine Studie durchgeführt wurde, die sich konkret mit dem Aspekt auseinandergesetzt hat, welchen Effekt die Ausgliederungsbemühungen auf die Entwicklung der sozialen Kompetenzen der ausgegliederten Personen hatten. Dies ist insofern verwunderlich, weil soziale Kompetenz als wichtige Voraussetzung für die gesellschaftliche Integration der betroffenen Menschen gesehen wird. Dieser Mangel machte die Auseinandersetzung aktuell bzw. notwendig.

In der vorliegenden Arbeit wurden zunächst zur Grundlegung der Arbeit die Begriffe „Menschen mit schwerer geistiger Behinderung“ und „Enthospitalisierung“ definiert. Daran folgend wurde näher auf dem Begriff der sozialen Kompetenz eingegangen. Dieser wurde dann in einem nächsten Schritt mit der Personengruppe von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung in Verbindung gebracht. Bei dieser Erarbeitung stellte sich heraus, dass soziale Kompetenz bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung vorrangig darin besteht, den gesellschaftlichen Forderungen nach Selbstständigkeit und sozialer Anpassung zu entsprechen. Außerdem wird soziale Kompetenz bei der Personengruppe von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung ausschließlich an sichtbaren Verhaltensweisen beurteilt, was im Gegensatz zu der Annahme besteht, dass soziale Kompetenz ein multidimensionales Konstrukt ist, wo unterschiedliche kognitive und nicht-kognitive Prozesse zusammenspielen, um sozial kompetentes Handeln zu generieren. Dieser Befund führte zum Schluss, dass soziale Kompetenz bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung sehr einseitig wahrgenommen wird, was zuletzt darauf hinführen ist, dass die Erforschung des Personenkreises von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung sich erst in einem Anfangsstadium befindet und bisher noch Modelle vorherrschen, die diesen Personenkreis primär unter defizitären Gesichtspunkten aus der Sicht von Nichtbehinderten wahrnehmen.

Ableitend aus diesen Betrachtungen wurde folgende Arbeitsdefinition formuliert: *Soziale Kompetenz bei einem Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung wird darunter verstanden, dass er Verhaltensweisen und Fertigkeiten besitzt, die es ihm ermöglichen, an der Gesellschaft partizipieren zu können. Sozial kompetent zu handeln besteht darin, den Alltag eigenständig gestalten zu können und sich im gesellschaftlichen Zusammenleben gemäß sozialen Normen zu verhalten.*

Eine zentrale Annahme in der Generierung sozial kompetenten Handelns besagt, dass nicht nur die individuellen Ressourcen einer Person als Voraussetzung dafür gesehen werden müssen, sondern auch ihr soziales Umfeld. Dieses kann die Qualität der Entwicklung des Verhaltens und somit sozialer Kompetenzen maßgeblich beeinflussen. Verdeutlicht wird diese Perspektive durch die Betrachtungen in den Kapiteln 5 und 6. Hier wurden zwei unterschiedliche Betreuungsformen (traditionelle Betreuung in psychiatrischen Einrichtungen und gemeindenahes Wohnen) anhand des vorherrschenden Menschenbildes und der dort vorgefundenen Lebens- und Betreuungsbedingungen miteinander verglichen. Die Bewertung beider Betreuungsformen führte zum Ergebnis, dass gemeindenahes Wohnen Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung ein Umfeld bietet, das den spezifischen Bedürfnissen angepasst ist: Die betroffenen Menschen in diesem Betreuungssetting können sich in ihrer Persönlichkeit entfalten und somit ein Verhaltensspektrum entwickeln, dass ihnen ein Leben innerhalb der Gesellschaft ermöglichen kann.

Der Befund dieses Vergleichs der zwei Betreuungsformen wird durch den Blick in bisherige empirische Untersuchungen bestätigt: Es sind positive Auswirkungen auf die Entwicklung von Fähigkeiten zu verzeichnen, die eine eigenständige Lebensgestaltung ermöglichen. Dies scheint unabhängig vom Grad der Behinderung und vom Alter zu sein. Des Weiteren lassen sich auch durch eine gemeindenahe Integration und familienähnliche Wohnbedingungen auch Verhaltensauffälligkeiten verringern. Dieses Ergebnis zeigte sich in vielen Studien. Diese zentralen Ergebnisse bisheriger empirischer Untersuchungen zu dem Themenbereich dienten als Hypothesen für die anschließende empirisch-analytische Untersuchung dieser Diplomarbeit.

Die im Kapitel 8 erläuterten Resultate der durchgeführten empirisch-analytischen Untersuchung zeigte, dass die aus der Literatur abgeleiteten Hypothesen größtenteils bestätigt werden konnten: Die ausgegliederten Personen konnten nach dem Auszug aus der Psychiatrie und dem Umzug in eine gemeindenahe Wohneinrichtung insbesondere ihre sozial-adaptiven Fähigkeiten bzw. lebenspraktischen Fertigkeiten (Fähigkeiten zur Alltagsgestaltung,

Orientierung, Kommunikations- und Interaktionsverhalten) erweitern. Im Vergleich zeigte sich bei der Untersuchung, dass die vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten seit dem Auszug bei allen Personen nicht signifikant reduziert wurden.

Die Ergebnisse der Untersuchung resultierten aus der Analyse der verfügbaren Dokumentation von 4 Männern, die 2001 aus der psychiatrischen Anstalt Steinhof (heute: Otto-Wagner-Spital) ausgegliedert wurden und seit dem Auszug in einer Wohneinrichtung der Lebenshilfe Wien leben. Die Analyse wurde anhand eines aus den theoretischen Betrachtungen sozialer Kompetenz (Kapitel 4.2) entwickelten Kategoriensystems durchgeführt.

Insgesamt zeigte die Arbeit, dass Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung durch die Enthospitalisierung in der Erweiterung ihrer sozialen und lebenspraktischen Fertigkeiten und Verhaltensweisen als Ausdruck sozialer Kompetenz profitieren konnten, und somit das Integrationsniveau seit der Übersiedelung gestiegen ist. Inwiefern diese positiven Effekte sich tatsächlich auf die Integration und Teilhabe der Gesellschaft ausgewirkt haben, könnte eine Anregung für weitere Forschungsbemühungen sein.

11. Verzeichnisse

11.1 Literaturverzeichnis

Arnold, Heinz (1993): Mehrfach behindert – mehrfach abgeschoben. In: Frei, Eugen X. (Hrsg.): Menschen mit schwerer geistiger Behinderung: Alltagswirklichkeit und Zukunft ; (Fachtagung vom 11. - 13. Oktober 1990 im Anschluss an das Jubiläum "100 Jahre St. Josefsheim Bremgarten" 1989). Luzern: Ed. SZH.

Aselmaier, Laurenz (2008): Community Care und Menschen mit geistiger Behinderung. Gemeinwesenorientierte Unterstützung in England, Schweden und Deutschland; Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Berger, Ernst; et al. (2006): Die Reintegration behinderter Menschen durch Ausgliederung aus Psychiatrischen Einrichtungen – Das Wiener Deinstitutionalisierungsprojekt. In: Med. f. Mensch. Behind. 3, S. 17-27.

Biewer, Gottfried (2009): Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

BITTERSAM, Franz.; LARCHER, Brigitte. (2000): Vom Heim zum Daheim. Neue Lebens und Wohnqualität als Resultat einer Enthospitalisierungsphase von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung?! In: Sozialarbeit in Österreich (2), S 22–24.

Bleuler, Eugen; Bleuler, Manfred (1960): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer Verlag (10. Aufl. / umgearb. von Manfred Bleuler).

Bradl, Christian; Steinhart, Ingmar (Hrsg.) (1996): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung – Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit geistigbehinderten Menschen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Dalferth, Matthias (2000): Enthospitalisierung konkret. Soziale Eingliederung von langzeithospitalisierten, schwerst geistig behinderten Menschen mit autistischen Verhaltensweisen in eine heilpädagogische Einrichtung. Ein Forschungsbericht zur Praxis der Enthospitalisierung. Heidelberg: Universitätsverlag – Edition „S“.

Dalferth, Matthias (2006) Leben in Parallelgesellschaften? Schwer geistig behinderte Menschen zwischen den Idealen der neuen Leitideen und Entsolidarisierungs-Prozessen. In: Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer: Stuttgart.

Drechsler, Christiane (2001): Zur Lebensqualität Erwachsener mit geistiger Behinderung in verschiedenen Wohnformen in Schleswig Holstein untersucht am Beispiel der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld, des Wohngruppenprojektes der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld und der Werkgemeinschaft Bahrenhof e.V. Halle/Saale: Dissertation, unveröffentlicht, Universität Halle.

Droste, Thomas(1999): Die Historie der Geistigbehindertenversorgung unter dem Einfluss der Psychiatrie seit dem 19. Jahrhundert. Eine kritische Analyse neuerer Entpsychiatisierungsprogramme und geistigbehindertenpädagogischer Reformkonzepte. Forum Behindertenpädagogik. Münster. (Band 2)

Duden, Fremdwörterbuch (2001). Dudenverlag: Mannheim.(7. Auflage)

Esselborn-Krumbiegel, Helga (2008): Von der Idee zum Text. Eine Anleitung zum wissenschaftlichen Studium. Paderborn: Schöningh Verlag. (3. Auflage)

Erpenbeck John; von Rosenstiel, Lutz (2003):Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Euler, Dieter (2009): Sozialkompetenzen in der beruflichen Bildung: Didaktische Förderung und Prüfung. Bern: Hauptverlag Finzen, Asmus (1998) (Hrsg.): Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern. München: Piper.

Fiedler, Dörte (2007): Soziale Kompetenz bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.

Flick, Uwe (2009): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbeck: Rowohlt Verlag. (2.Auflage)

Fornefeld, Barbara (2002): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München: UTB Verlag.

Forster, Rudolf; Pelikan, Jürgen. (1978): Patientenversorgung und Personalhandeln im Kontext einer psychiatrischen Sonderanstalt: Eine organisationssoziologische Untersuchung im Psychiatrischen Krankenhaus der Gemeinde Wien „Baumgartner Höhe“. Wien: Fachverlag für Wirtschaft und Technik. (2 Bände)

Forster, Rudolf (1994): Die psychiatrische Versorgung und Psychiatriepolitik in Österreich 1970- 1990. In: Froschauer, Ulrike (Hrsg): Psychosoziale Versorgung und Gesundheitsberufe in Österreich – ausgewählte Aspekte aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. Wien, Facultas Universitätsverlag .

Freyenschlag, Silvia (2001): Auswirkungen der Psychiatriereform auf die psychiatrische Versorgungslandschaft in Niederösterreich seit Etablierung des NÖGUS- Soziales.

Gabriel, Eberhard (2007): 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof zum Otto Wagner-Spital. Wien: Facultas Wiener Universitätsverlag.

Goodman, Lisa; Collins, Graham (2008): The move from hospital: an even longer term follow up of challenging behavior levels. In: The British Journal of Developmental Disabilities 54, H. 2, S. 141-145.

Hämmerle, Margot (2001): Deinstitutionalisierung bei intellektuell behinderten Menschen. Die Entwicklung von 15 langzeithospitalisierten intellektuell behinderten Menschen nach der Ausgliederung aus dem psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe. Diplomarbeit, unveröffentlicht, Universität Wien.

Häßler, Günter, Häßler, Frank (2005): Geistigbehinderte im Spiegel der Zeit. Vom Narrenhäusl zur Gemeindepsychiatrie. Stuttgart (u.a.): Verlag E. Thieme.

Harris, Julia; Roma, Guscia, Nettelbeck, Ted; Kirby, Neil (2009): Impact of Additional Disabilities on Adaptive Behavior and Support Profiles for People With Intellectual Disabilities. In: American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities 114, H.4, S. 237-253.

Haumer, Tanja (2006): Die Förderung sozialer Kompetenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung durch Job Coaching – eine Falldarstellung. Diplomarbeit, unveröffentlicht, Universität Wien.

Hinsch, Rüdiger; Pfingsten, Ulrich (2007): Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Weinheim: PVU-Verlag. (5. Auflage)

Hofmann, Claudia (1999): Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung – Einführung in die Leitterminologie. In: Theunissen, Georg; Lingg, Albert (Hrsg.)(1999): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung: Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.

Holtz, Karl-Ludwig (1994): Geistige Behinderung und soziale Kompetenz: Analyse und Integration psychologischer Konstrukte. Heidelberg: Universitätsverlag.

Holtz, Karl-Ludwig (Hrsg.) (2005): HKI-Heidelberger Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte – Handbuch. Heidelberg: Universitätsverlag. (5. Auflage)

Jahns, Hermann(1994): Die Auflösung der Klinik Blankenburg – 5 Jahre Erfahrungen regionaler Versorgung geistig behinderter Menschen in Bremen. In: Halting, Ruedi; Egli, Jakob (Hrsg.)(1994): Dezentrale Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung: Eine Alternative zur Anstalt. Luzern: Ed. SZH. S. 105-115.

Kanning, Uwe Peter (2002): Soziale Kompetenz - Definition, Strukturen und Prozesse In: Zeitschrift für Psychologie, 210, H. 4, S. 154-163.

Kanning, Uwe Peter (2009) Diagnostik sozialer Kompetenzen. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. f. Psychologie. (2. Auflage)

Kim, Shannon; Larson, Sheryl; Lakin, Charlie (2001): Behavioural outcomes of deinstitutionalisation for people with intellectual disability: a review of US studies conducted between 1980 and 1999. In: Journal of Intellectual & Developmental Disability, 26, H. 1, S. 35-50.

Klauß Theo (2007): Bedürfnisse, Bedürfnisorientierung. In: Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram; Schirbot, Kerstin (2007): Handlexikon geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer.

Klerman, Gerald L. (1978): The evolution of scientific nosology. In: Shershow, John C. : Schizophrenia. Science and practice. Harvard University Press.

Kleinert, Harold; Browder, Diane; Towles-Reeves, Elizabeth: Models of Cognition for Students with significant disabilities: Implications for Assessment. In: Review of Educational Research, 79, H.1, S. 301-326;

Lamnek, Siegfried (2004): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. (4. Auflage).

Leben ohne Krankenhaus (Hrsg.) (2006): Vom schönen Schein der Integration. Menschen mit Behinderung am Rande der Leistungsgesellschaft. Weitra: Bibliothek der Provinz (Tagungsband). Günzburg, Herbert Charles (1988): PAC- Pädagogische Analyse und Curriculum der sozialen und persönlichen Entwicklung des geistig behinderten Menschen. Stratford upon Avon: SEFA.

Markowetz, Reinhard (2006): Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Stigmatisierung und Integration – Behindertensoziologische Aspekte der These „Entstigmatisierung durch Integration!“ In: Matson, Johnny; Smith, Kimberly (2010): Behavior problems: Differences among intellectually disabled adults with co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy In: Research in Developmental Disabilities 31, H.5, S. 1062-1069.

Merkens, Hans (2006): Pädagogische Institutionen. Pädagogisches Handeln im Spannungsfeld von Individualisierung und Organisation. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Meyer, Hannes: Kinder bis in alle Ewigkeit? In: Halting, Ruedi; Egli, Jakob (Hrsg.)(1994): Dezentrale Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung: Eine Alternative zur Anstalt. Luzern: Ed. SZH. S. 85-97.

Möckel, Andreas (2007): Geschichte der Heilpädagogik. Stuttgart: Verlag Klett-Cotta (2. Auflage).

Mühl, Heinz (2006): Merkmale und Schweregrade geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg) (2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer. Stuttgart. S 128-141.

Nestler, Judith Anne Goldbeck, Lutz (2009): Soziale Kompetenz : Training für lernbehinderte Jugendliche SOKO.Weinheim [u.a.]: Beltz 2009

Neubauer, Grit (1999): Zur Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich. In: Theunissen, Georg; Lingg, Albert (Hrsg.)(1999): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung: Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.

Nigsch, Otto (1999): Was ist Sozialkompetenz? In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 24, H 1; S. 215-226.

Palm, Christine (2000): Enthospitalisierung: zwei Modelle der Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus psychiatrischen Anstalten. Diplomarbeit, unveröffentlicht, Universität Innsbruck.

Plaute, Werner; u. a.: Befragungen auf dem Prüfstand. Kann ein Diskursverfahren zu mehr Objektivität in Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen bei Menschen mit schwerster geistiger Behinderung beitragen? In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 1/1998, S. 69-78.

Pitsch, Hans-Jürgen (2006): Normalisierung. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg) (2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer. Stuttgart. S. 224-236.

Psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien (1979) Band2: Zielplan. Wien: Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien.

Sarimski, Klaus (2004): Stereotypen bei geistiger Behinderung und speziellen Störungsbildern. In: Zwänge, Tics und Stereotypen bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine therapeutische und pädagogische Herausforderung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGb am 03.12.2004 in Kassel. S. 13-18.

Schmidt, Rupert (1993): Die Paläste der Irren. Kritische Betrachtungen zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen in Österreich. Wien: Universitätsverlag.

Schmitmann, Marion (2008): Soziale Fertigkeiten und ADHS. Entwicklung und Evaluation eines Trainings sozialer Fertigkeiten bei Kindern mit ADHS. Dissertation; Eigenverlag Bremen

Seifert, Monika (2006): Pädagogik im Bereich des Wohnens. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg) (2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. S. 376-393.

Speck, Otto (2003): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München: Reinhardt Verlag. (5. Auflage)

Strachota, Andrea (2002): Heilpädagogik und Medizin. Eine Beziehungsgeschichte. Wien: Literas-Universitäts Verlag.

Theunissen, Georg (Hrsg.) (1995): Enthospitalisierung – ein Etikettenschwindel?: Neue Studien, Erkenntnisse und Perspektiven der Behindertenhilfe. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.

Theunissen, Georg; Lingg, Albert (1999) (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung: Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.

Theunissen, Georg (1999): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Psychiatrie-Verlag. Bonn.

Theunissen, Georg (2000): Abgeschoben, isoliert, vergessen – Schwerstgeistigbehinderte und mehrfachbehinderte Erwachsene in Anstalten. Beiträge zur Sozialpsychiatrie,

Behindertenpädagogik, ästhetischen Praxis und sozialen Integration. Frankfurt/Main: R.G. Fischer Verlag (6. Auflage).

Theunissen, Georg; Schirbort, Kerstin (2006) (Hrsg.): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote Stuttgart (2. Aufl. 2010). S. 116-128.

Theunissen, Georg (2000) (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung, Stuttgart 2007 (Kohlhammer)

Theunissen, Georg (2005): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag (4. neu bearbeitete und stark erweiterte Auflage).

Thimm, Walter (2005) (Hrsg.): Das Normalisierungsprinzip. Ein Lesebuch zur Geschichte und Gegenwart des Reformkonzepts. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Tiesler, Johannes (1991), Hoffnung macht, daß die Aufgabe erkannt ist. Enthospitalisierung in Österreich. In: Bradl, Christian; Steinhart, Ingmar (1991): Mehr Selbstbestimmung durch Enthospitalisierung. Kritische Analysen und neue Orientierungen für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. S. 94-101.

Wollschläger, Martin (Hrsg.) (2001): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen – Kontroversen - Perspektiven. Tübingen: Dgvt Verlag.

Wüllenweber, Ernst (2006): Skizzen zu Fragen der Professionalisierung. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg) (2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer. Stuttgart. S. 520-530.

Wüllenweber, Ernst (2006): Interdisziplinarität – Auftrag, Chance, Herausforderung. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg) (2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer. Stuttgart. S. 531-540.

Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg) (2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Kohlhammer. Stuttgart.

Internetquellen:

<http://arbeitsblaetter.stangl-aller.at/KOMMUNIKATION/SozialeKompetenz.shtml>
[23.08.2012])

www.dji.de/bibs/225_7015_WT_2_2007_reissig.pdf [05.02.2012]

<http://homepage.ruhr-uni-bochum.de/sven.bielski/Soziale%20Kompetenz.html> [05.03.2012]).

<http://www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Themen/UN-Konvention/%28nl%29/1/#nl>
[29.03.2011])

<http://www.dielebenshilfe.at/?id=358> [02.04.2011]

http://www.pb-lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/empfehlung/downloads/Ein-Platz-in-der-Gesellschaft.pdf [05.01.2011]

<http://www.lebenshilfe-wien.at/Individuelle-Entwicklungsplanu.358.0.html> [04.05.2012])

http://www.menschenrechte.ac.at/orig/92_2/OGH7Ob590_91.pdf [20.02.2011])

http://www.petra-buchwald.de/Evaluation_TSK3.pdf [16.08.2012]

<http://www.sob.caritas-wien.at/ausbildung/fach-und-diplomausbildung/modulares-ausbildungssystem/> [03.04. 2011]).

http://soko.eduhi.at/fileadmin/content/Studie/Studie_Teil3.pdf [14.04.2012]

http://www.wienkav.at/Kav/owp/texte_anzeigen.asp?id=24452 [08.05.2011]).

11.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiele sozial kompetenter Verhaltensweisen (Vgl. Hinsch, Pfingsten 2007, S. 4-5)	17
Abbildung 2: Beispiel für die Bewertung sozial-adaptiven Verhaltens in einem diagnostischen Instrumentarium im Bereich „An und Ausziehen“ (aus: Primäre Pädagogische Analyse und Curriculum Form S/P=PAC, Günzburg 1977)	20
Abbildung 3: Beispiel einer Spezifizierung von Sozialverhalten (Petermann 1992, S. 21 n. Fiedler 2009, S. 17	22
Abbildung 4: Aufenthaltsdauer und Lebensalter der Probanden	64

12. Kurzzusammenfassung (Abstract)

Die vorliegende Diplomarbeit konzentriert sich auf das Thema, welchen Effekt die vor mehr als 10 Jahren stattgefundenen Ausgliederungsprozesse aus psychiatrischen Krankenhäusern, auch Enthospitalisierung genannt, auf die Entwicklung der sozialen Kompetenz bei Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung haben. Um dieser Frage nachzugehen, wird zunächst in einem ersten Arbeitsschritt der grundlegende Begriff Enthospitalisierung bestimmt und eine Beschreibung des Personenkreises „Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung“ vorgenommen. Vertiefend wird auf den Begriff der sozialen Kompetenz allgemein und in einem weiteren Schritt im Kontext von Menschen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung diskutiert. Zentrales Ergebnis dieser Diskussion ist, dass soziale Kompetenz bei dieser Personengruppe als Verfügbarkeit sozial akzeptierter Verhaltensweisen und dem Besitz von Fertigkeiten zu einer selbstständigen Lebensführung interpretiert wird. Im Kontext dieses Verständnisses sozialer Kompetenz wird durch eine theoretische Analyse der Betreuungs- und Lebensbedingungen vor und nach der Enthospitalisierung gezeigt, dass die Ausgliederungsprozesse einen positiven Effekt auf die Entwicklung der sozialen Kompetenz bei den betroffenen Menschen besitzen. Sowohl die bisherigen empirischen Forschungen zu diesem Themenbereich, als auch die Ergebnisse der Dokumentenanalyse von 4 Personen mit schwerer geistiger und mehrfacher Behinderung, die 2000 aus einem Wiener psychiatrischen Krankenhaus ausgegliedert wurden, konnten diesen theoretischen Befund zum größten Teil replizieren.

The purpose of the diploma thesis is to investigate the effects of deinstitutionalization on the social competency of people with severe mental disability. First, basic terms are defined and discussed with a deepening focus of the specific understandings of social competency on the group of people with severe mental disability. Results of this discussion show that social competency, referred to this specific group of people, is interpreted as the availability of skills that are used to function in daily life and the ability to behave socially acceptable. In this understanding of social competency the living conditions and the conditions of support before and after the deinstitutionalization and their influence on the development of social competency were explored. Results of this theoretical analysis show that people with severe mental disability could benefit from deinstitutionalization processes. Many of them developed their social competency expressed in the enlargement of their daily living and social skills and the reduction of improper social behavior. These positive effects of deinstitutionalization on

the development on social competency were empirical investigated in many studies. They tendentially confirm the theoretical described Effects of deinstitutionalization. These results were also found in the analysis of documents of 4 men who had been moved out of a Viennese psychiatric hospital in the year 2000 and currently live in a supported-living home in a local district of Vienna.

13. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Miriam Kerzendorfer
geboren am: 29.03.1981 in Amstetten

Familie:

Vater: Dr. Michael Kerzendorfer, klin. Psychologe, Pensionist;
Mutter: Marianne Kerzendorfer, ehem. Schuloberin, Pensionistin
Geschwister: 1 Bruder: Markus Kerzendorfer, Informatiker

Schul- und Berufsausbildung:

09/87-06/91: Volksschule Öhling
09/91-06/95: Hauptschule Mauer
09/95 – 06/96: Handelsakademie Amstetten
09/96 - 06/98: Handelsschule Amstetten
09/99 – 09/02: Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Gottfried von Preyer'schen Kinderspital
09/03 – 06/04: Berufsreifeprüfung BAKIP Ettenreichgasse, 1100 Wien

Studium:

03/05 – heute: Studium der Pädagogik/Bildungswissenschaft:
Schwerpunkte: Heil- und Integrativpädagogik;
Sozialpädagogik;

Berufserfahrung:

- 02/04 – heute: Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester: Vertragsbedienstete der Gemeinde Wien: Dienststelle Kaiser-Franz-Joseph-Spital, kardiologische Abteilung;
- 06/03 - 01/04: Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester extramuraler Pflegebereich;

Praktika:

- 09/99 – 09/02: diverse Praktika im Rahmen der Ausbildung zur DGKS
- 10/08 – 03/09: Forschungspraktikum am Institut für Bildungswissenschaften der Universität Wien: Arbeitsgruppe Heil- und Integrativpädagogik: Forschungsprojekt: Partizipationserfahrungen in der beruflichen Biografie von Menschen mit einer geistigen Behinderung
- 04/09- 08/09: Lebenshilfe Wien: Wohnbetreuung von Menschen mit schwerer geistiger- und mehrfacher Behinderung nach der Psychiatrieausgliederung

EDV- und Sprachkenntnisse:

- MS-Office: ständig in Anwendung
- Englisch sehr gut

Interessen:

Politik, Literatur, Geschichte, Philosophie und Theologie, Reisen, meine zwei Katzen, Zusammensein mit Freunden, Musik (Ausbildung 4 Jahre in klassischer Gitarre, seit 2004 Ausbildung in klassischem Gesang, Chorgesang;)