



Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Intensiv-betreutes Einzelwohnen für psychisch kranke Menschen –

Wie zufrieden sind Nutzerinnen und Nutzer mit
dieser ambulanten Hilfeform nach SGB XII? –
Eine Erhebung aus dem Landkreis Traunstein

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades:
Diplom-Sozialpädagogin (FH) an der Hochschule Neubrandenburg

Vorgelegt von: Susanne Schwerin

Abgabetermin: 25.06.2009

Erstprüfer Prof. Dr. med. habil. Peter Schwab

Zweitprüfer Prof. Dr. phil. Sigrid Haselmann

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0484-3

Selbständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

Burgkirchen,

(Vor- und Zuname)

Abkürzungen

Abs.	Absatz
allg.	allgemein
amb.	ambulant
Art.	Artikel
Behandlg.	Behandlung
BEW	Intensiv-betreutes Einzelwohnen / Betreutes Einzelwohnen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BP	Bezugsperson
Bsp.	Beispiel
BVerfGE	Gerichtsentscheidung des Bundesverfassungsgerichtes
bzw.	beziehungsweise
CMQM	Caritas München Qualitäts-Manager
DiCV	Diözesanverband München und Freising
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
einschl.	einschließlich
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
etc.	et cetera
FGG	Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GG	Grundgesetz
ICD 10	International Classification of Diseases, 10. Revision
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
i. S. d.	im Sinne des
i. V. m.	in Verbindung mit
J.	Jahre
KastrG	Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden
m. d.	missing data
Nr.	Nummer
o. g.	oben genannte/r/s

PsychPV	Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie – Psychiatrie-Personalverordnung
RiStBV	Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannte/r/s
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
TWG	Therapeutische Wohngemeinschaft
u. a.	unter anderem / und andere
UnterbrG	Bayerisches Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

Inhaltsverzeichnis

Selbständigkeitserklärung	II
Abkürzungen	III
Inhaltsverzeichnis	V
Vorwort	VIII
1. Einleitung	1
2. Sozialpsychiatrie	3
2.1. Die deutsche Geschichte der Psychiatrie	3
2.1.1. Das 19. Jahrhundert	3
2.1.2. Das 20. Jahrhundert	5
2.2. Die sozialpsychiatrische Sichtweise in der Psychiatrie	7
2.3. Rechtsnormen für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen	9
2.3.1. Bundesrecht	9
2.3.1.1. Verfassungsrecht	9
2.3.1.2. Betreuungsrecht	10
2.3.1.3. Strafrecht und Strafprozessrecht	12
2.3.1.4. Medizinrecht und Sozialrecht	13
2.3.2. Landesrecht (Bayern)	16
2.4. Arbeitsfeld Soziale Psychiatrie	18
2.4.1. Ein Felder-Schema	18
2.4.2. Das Intensiv-betreute Einzelwohnen	19
2.4.2.1. Leitlinien	19
2.4.2.2. Ziele	20
2.4.2.3. Bedarf feststellung	21
2.4.2.4. Zielgruppe	21
2.4.2.5. Theoretische Grundlagen und Methoden	22
2.4.2.6. Leistungen	22
2.4.2.7. Qualitätssicherung	23
2.5. Sozialpsychiatrie und Forschung	25
2.6. Die Zukunft der Sozialpsychiatrie	28
2.7. Zusammenfassende Gedanken	31
3. Evaluation	32
3.1. Begriffsdefinition	32

3.2. Aufgaben und Ziele.....	33
3.3. Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval).....	34
3.3.1. Nützlichkeit.....	35
3.3.2. Durchführbarkeit.....	36
3.3.3. Fairness	36
3.3.4. Genauigkeit.....	37
3.4. Formen der Evaluation	38
3.5. Zentrale Methoden der Evaluation.....	40
3.5.1. Mündliche Befragung	41
3.5.2. Schriftliche Befragung.....	42
3.6. Grenzen empirischer Forschung	44
3.7. Datenschutz.....	45
4. Fragestellung und Entstehung der Evaluation.....	46
5. Durchführung.....	50
5.1. Sammlung von Informationen.....	50
5.2. Die Stichprobe	50
5.3. Durchführung des Interviews	52
5.4. Datenschutz.....	53
5.5. Probleme und mögliche Fehlerquellen	53
6. Ergebnis	56
6.1. Ergebnisse zum BEW allgemein	56
6.2. BEW-Effekte	59
6.3. Zufriedenheit.....	69
6.4. Zusammenfassende Interpretation der Daten	71
7. Zusammenfassung und Ausblick.....	78
8. Verzeichnisse	84
8.1. Literatur	84
8.2. Diagramme	87
8.3. Tabellen.....	87
8.4. Abbildungen.....	87
9. Anhang	87
9.1. Interviewleitfaden.....	87
9.2. Ergebnisse in tabellarischer Form	97
9.3. Gesetze und Richtlinien.....	104
9.3.1. Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie	104

9.3.2. Ergänzungen zu den Qualitätsleitlinienpapier BEW/TWG.....	111
9.3.3. Leitlinien und Standards zur Sicherung der Qualität der Leistungs- erbringung im betreuten Einzelwohnen (BEW) für Menschen mit seelischer Behinderung.....	116

Vorwort

Die vorliegende Diplomarbeit entstand im Rahmen meines Studiums an der Hochschule Neubrandenburg in Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst in Traunstein und bildet den Abschluss meines Studiums. Die Arbeit wurde in der Zeit von März bis Juni 2009 angefertigt und stützt sich auf Informationen, die ich während meines Praxissemesters im Sozialpsychiatrischen Dienst in Traunstein gesammelt habe (März bis Juli 2008).

Die Themenwahl wurde von Robert Siller, Dipl.-Sozialpädagoge und Mitarbeiter der Beratungsstelle für psychische Gesundheit, maßgeblich initiiert.

Ich bedanke mich bei den Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Traunstein für die Möglichkeit, die Arbeit in der Beratungsstelle anzufertigen.

Mein besonderer Dank gilt Robert Siller für die Betreuung, sowie Martin Grob, Dipl.-Psychologe und Psychotherapeut, für die fachliche Hilfestellung bei der Durchführung und Auswertung.

Meinen Eltern gilt mein aufrichtiger Dank für ihre unermüdliche Unterstützung und Förderung während meiner gesamten Ausbildung.

Insbesondere möchte ich mich bei meinem Partner, Benjamin Riemer, für viele Stunden der Geduld bedanken.

1. Einleitung

Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden in der Zeit des Zweiten Weltkrieges in Deutschland Opfer des rassenhygienischen Gedankenguts der nationalsozialistischen Politik. Sie wurden sterilisiert, misshandelt, vernachlässigt oder getötet.

Heute sind psychisch kranke Menschen Teil der Gesellschaft und werden durch unterschiedliche Gesetze und Richtlinien geschützt. Ferner haben sie die Möglichkeit, umfangreiche Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Ein Weg ist das Intensiv-betreute Einzelwohnen. Es richtet sich an psychisch kranke Menschen, die keine stationäre Behandlung benötigen, jedoch mit der ambulanten ärztlichen Versorgung ohne qualifizierte psychosoziale Betreuung überfordert sind. Die Betroffenen erhalten so die Chance, in einer eigenen Wohnung selbstständig zu leben.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Caritas in Traunstein bietet diese Form der Unterstützung seit 1996 an. Der Gedanke, eine Evaluation zur Bewertung dieser Tätigkeit durchzuführen, kam bereits 2006 durch das Erscheinen der Studie „Betreuungsbedürfnisse chronisch schizophrener Patienten in verschiedenen Wohnformen“ von Kallert und Leißé in der Fachzeitschrift *Sozialpsychiatrische Informationen* auf.

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit durchgeführte Evaluation befasst sich mit der Frage, wie zufrieden Klienten und Klientinnen mit dieser ambulanten Hilfe sind. Es wird herausgestellt, ob bestimmte Faktoren die Zufriedenheit beeinflussen und welche dies im Einzelfall sind. Ziel ist es, die entscheidenden Merkmale in der Arbeit mit den Klienten und Klientinnen zu berücksichtigen, um durch eine hohe Zufriedenheit den größtmöglichen Nutzen für die Betroffenen zu erzielen. Es wurde die Methode der Befragung angewandt – in mündlicher und schriftlicher Form. Hierzu wurde im Vorfeld von Robert Siller und Sofie Stadler (Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Traunstein) ein Interviewleitfaden entwickelt.

Um das Intensiv-betreute Einzelwohnen in den entsprechenden Kontext einzuordnen, wird als erstes auf die Sozialpsychiatrie eingegangen. Nachdem die Geschichte der Psychiatrie genauer betrachtet wurde, wird die sozialpsychiatrische Sichtweise der Psychiatrie erörtert. Daran schließt sich der Bereich der Rechtsnormen an, um danach in dem Arbeitsfeld Soziale Psychiatrie die Bereiche sozialpädagogischen Handelns zu klären. In diesem Rahmen wird besonderes Augen-

merk auf das Intensiv-betreute Einzelwohnen gelegt. Im folgenden Abschnitt wird der aktuelle Stand sozialpsychiatrischer Forschung erörtert. Die Zukunft der Sozialpsychiatrie bildet den Abschluss dieses Kapitels.

Daran schließt sich ein Kapitel an, welches sich mit den Grundlagen der Evaluation befasst. Nach einer kurzen Einführung folgen Begriffsdefinition, Aufgaben und Ziele. Im Anschluss wird genauer auf die Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation eingegangen. Diese stellen Leitlinien für eine effektive Evaluation zur Verfügung. Nach der Vorstellung von Formen und zentralen Methoden werden Grenzen der empirischen Forschung aufgezeigt. Am Ende dieses Kapitels wird der Datenschutz thematisiert.

Es folgt der Bereich der Fragestellung und der Entstehung der durchgeführten Evaluation. In diesem Kapitel wird zunächst auf den bereits erwähnten Artikel von Kallert und Leißé eingegangen, um daraufhin die Entstehung und die Fragestellung der durchgeführten Evaluation zu präzisieren. Der Aufbau des Interviewleitfadens wird ebenfalls in diesem Abschnitt dargestellt.

Die Durchführung der Evaluation stellt ein weiteres Kapitel dar. Dabei wird zu Beginn auf die Sammlung von Informationen eingegangen. Anschließend wird die Stichprobe vorgestellt, um danach die Durchführung des Interviews zu erörtern. Es folgt der Bereich des Datenschutzes. Hier wird dargelegt, wie die Beteiligten mit den gesetzlichen Vorschriften umgegangen sind. Letztlich sollen Probleme der Evaluation und mögliche Fehlerquellen aufgezeigt werden.

Es folgen die Ergebnisse. An die allgemeinen Ergebnisse zum Intensiv-betreuten Einzelwohnen schließen sich die Resultate bezüglich der BEW-Effekte an. Daraufhin wird auf die Ergebnisse eingegangen, die die Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen betreffen. Schließlich folgt eine zusammenfassende Interpretation der Daten.

Die Zusammenfassung und ein Ausblick bilden den Abschluss dieser Arbeit.

2. Sozialpsychiatrie

Der Begriff Sozialpsychiatrie ist schwer zu fassen. Er enthält das Wort Psychiatrie, zu dem Dörner schrieb: „Psychiatrie ist soziale Psychiatrie – oder sie ist keine Psychiatrie.“¹ Ist die Sozialpsychiatrie nun eine Unterform der Psychiatrie? Oder ist es eine soziale Psychiatrie, wie sie von Klaus Dörner definiert wurde?

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem Gebiet der Sozialpsychiatrie von der Geschichte bis hin zu zukünftigen Entwicklungen und soll eine Antwort auf diese Frage geben.

2.1. Die deutsche Geschichte der Psychiatrie

Die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland ist ein Teil der allgemeinen Geschichte. Sie zeigt in Deutschland – vergleichbar mit Frankreich, England und Amerika – die Schattenseite einer Gesellschaft, welche Anderssein „[...] hinter Anstaltsmauern verbannte, um eine bürgerliche Leistungskultur aufzubauen zu können“ (Blasius 2001, Seite 29). Psychisch kranke Menschen waren weniger wert als Gesunde, doch in keinem anderen Land wurden in der Psychiatrie derart viele Patienten ermordet wie während der Zeit des Nationalsozialismus.

Das Erinnern an die Vergangenheit zielt darauf ab, der heutigen Psychiatrie eine Orientierung zu geben – zum Beispiel über Fragen die Gewalt betreffend oder über Gefahren politischem Missbrauchs von psychiatrischem Wissen.²

2.1.1. Das 19. Jahrhundert

Das 19. Jahrhundert in Deutschland war eine Zeit mit großen politischen und gesellschaftlichen Wandlungen. In der ersten Hälfte des Jahrhunderts standen Emanzipationsbewegungen der bürgerlichen Schichten im Vordergrund. Diese prägten die Politik etwa bis in das Gründungsjahrzehnt des Deutschen Kaiserreichs (1871). Durch Krisen innerhalb des neuen, von Bismarck geschaffenen Reiches änderte sich der bürgerliche Liberalismus. Der Emanzipationsliberalismus entwickelte sich zum Nationalliberalismus. Aufgrund des zunehmend konservativer werdenden Reichsnationalismus verlor das Gemeinwesen an Wert, wel-

¹ Blasius 2001, Seite 19

² ebenda, Seite 29f

ches auf der Gleichheit sozialer Chancen, auf sozialer Gerechtigkeit und politischer Partizipation beruhte.

Schon das Vernunftpotential der Aufklärung (17. bis 18. Jahrhundert) beeinflusste den Umgang mit „seelengestörten Menschen“. Sie sollten von den Menschenrechten nicht ausgeschlossen werden.

Vor diesem Hintergrund entstanden im 19. Jahrhundert die frühen „Heilanstalten“ für Menschen mit geistigen Erkrankungen. Es wurde angenommen, dass diese erfolgreich zu behandeln sind. Somit ist die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts als eine Reformphase des „Irrenwesens“ zu charakterisieren.³ Ziel war eine menschenwürdige Behandlung der psychisch kranken Personen. Da der Umgang mit diesen Menschen jedoch vom Entwicklungs- und Bewusstseinsstand der Gesellschaft abhing, wurde dieses Ziel sehr schnell wieder aufgegeben.

Die Industrialisierung und Urbanisierung im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts brachte eine Verklassifizierung der Gesellschaft mit sich. Der Staat stufte die „Irrenfrage zu einer Angelegenheit bürokratischer Sozialtechnik“ (Blasius 2001, Seite 31) herunter. Dies führte wiederum zu einem enormen Wachstum in der Entwicklung des öffentlichen Anstaltswesens.

Mit dem Wechsel von der bürgerlichen zur industriellen Gesellschaft änderten sich die Prioritäten in Bezug auf die staatliche Fürsorge. Es kam das Bestreben auf, psychisch kranke Menschen von Gesunden zu trennen und eine klare Grenze zwischen gesund und krank zu ziehen. Die Zahl der Anstalten stieg explosionsartig an.⁴ Gleichzeitig sollte die Armenfrage gelöst werden. Die Irrenhäuser wurden zu Armenhäusern. Die Direktoren der Anstalten bekamen wenig Unterstützung von Wissenschaft und Politik, wodurch sich die Psychiatrie in einer gesellschaftlichen Randposition befand. Demzufolge fanden Treffen statt, die dem Erfahrungsaustausch dienten. Auf einer Konferenz 1898 wurde die Einführung der Familienpflege angeregt. Damit griffen die Anstaltsleitungen den Gedanken von Wilhelm Griesinger (1817 – 1868) auf, der die Familienpflege schon in den sechziger Jahren des 19. Jahrhunderts vertreten hatte. Die zuständigen Behörden reagierten äußerst zurückhaltend.⁵

³ Bsp.: 1825 – Gründung der Musteranstalt Siegburg, 1846 – Einrichtung der „Kreis-Irren-Anstalt erlangen“

⁴ 1877 gab es 93 Anstalten mit 33 023 Patienten, 1904 waren es 180 Anstalten mit 111 951 Patienten.

⁵ Vgl. Blasius 2001, Seite 32

2.1.2. Das 20. Jahrhundert

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde das Thema Familienpflege wieder aufgegriffen. Die Irrenfrage auf einen Verwaltungsakt zu reduzieren und mit psychisch kranken Menschen ähnlich umzugehen wie mit der Armutsbewölkerung war fehlgeschlagen. Auf dem internationalen Kongress für Irrenfürsorge, welcher in Mailand 1906 stattfand, standen freie Verpflegungsformen im Mittelpunkt. Auch die deutschen Psychiater unterstützten eine Resolution, in der es hieß: „Für einen nicht unerheblichen Teil der fürsorgebedürftigen, dafür geeigneten Kranksinnigen stellt die familiäre Pflege die nützlichste, freieste, beste und billigste Verpflegungsform dar und bildet überdies für eine Anzahl von Kranken einen wichtigen Heilfaktor“ (Blasius 2001, Seite 33). Es zeichnete sich ein Trend zur offenen Fürsorge ab.

Der Erste Weltkrieg führte zu einem massiven Umdenken. Das menschliche Leben verlor mit steigender Zahl der Kriegsopfer immer mehr an Wert. Psychisch kranke Menschen wurden als minderwertig eingestuft, da sie „[...] die Nation an ihrer Gefechtsbereitschaft nur störten“ (Blasius 2001, Seite 34).

Die deutsche Psychiatrie verlor ihre ethische Grundorientierung und richtete sich an den nationalen Kriegszielen aus. Emil Kraepelin war eine zentrale Person dieser Zeit. Er hatte das „klinische Konzept der Psychiatrie“ entwickelt und eine systematische Einteilung der psychischen Krankheiten nach den Kriterien von Prognose und Symptomatologie geschaffen.⁶ 1917 wurde in München die von ihm initiierte „Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie“ eröffnet. Er wollte erkunden, „in welchem Umfang die Vererbung krankhafter Anlagen einerseits, Keimschädigungen andererseits die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit auch der zukünftigen Geschlechter ungünstig beeinflussen“ (Blasius 2001, Seite 35).

Die Leitung der Abteilung für Genealogie und Demographie übernahm in München Ernst Rüdin (1874 – 1952). Er stellte ein Symbol für das Aufkeimen rassenhygienischen Gedankenguts in der Fragestellung der klinischen Psychiatrie dar. Zum Ende des Ersten Weltkrieges war die Basis der Psychiatrie, die Parteinahme für den psychisch kranken Menschen, ins Wanken geraten.

In der Weimarer Republik wurde erneut ein Reformversuch unternommen, der jedoch erfolglos blieb.⁷ Die Psychiatrie der Weimarer Republik pendelte zwischen „Reform und Radikalisierung“ (Siemen 1993, Seite 98f). Im Fokus standen über-

⁶ Vgl. Blasius 2001, Seite 32

⁷ ebenda, Seite 36

wiegend die so genannten heilbaren Kranken. Die Unheilbaren wurden weitestgehend außer Acht gelassen. Es wiederholte sich die Aufteilung der Bevölkerung in Gesunde und Kranke, in Heilbare und Unheilbare. Somit wurden die Schwächeren der Gesellschaft erneut ausgegrenzt. Die Rassenhygiene erhielt zunehmend Unterstützung durch die Politik. Ernst Rüdin vertrat schon in der vornationalsozialistischen Zeit diese Gedanken. Seinem biologischen Wissen wurde Macht verliehen, da es der Politik entsprach.⁸ Opfer der nationalsozialistischen Rassenhygiene waren physisch, psychisch, sensorisch und geistig behinderte Menschen. Für betroffene Anstaltsinsassen konnte ihre Erkrankung unter anderem Sterilisation, Misshandlung durch Vernachlässigung und medizinische Versuche, sowie „Euthanasie“ bedeuten. Es waren aber auch Menschen mit diesen Einschränkungen betroffen, die nicht in einer Anstalt lebten. Der Begriff von geistiger und seelischer Krankheit wurde in dieser Zeit sehr weit gefasst. Aussagen von Nachbarn und Polizei, familiäre Hintergründe und der Schulabschluss wurden beispielsweise bei der Diagnose „Schwachsinnige/r“ oder „moralisch Schwachsinnige/r“ mit herangezogen.

Am 14. Juli 1933 wurde das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* erlassen. Dieses Gesetz betraf insbesondere Anstaltsinsassen, kranke, behinderte und für „schwachsinnig“ erklärte Menschen, „Asoziale“ und Menschen, in deren Familie psychische Krankheiten vorkamen. Durch dieses Gesetz konnten die Betroffenen sterilisiert werden. Die Entscheidung hierüber lag bei den Erbgesundheitsgerichten und den Erbgesundheitsobergerichten als Berufungsinstanz.

Neben den so genannten Fremdrassigen⁹ waren auch psychisch kranke Anstaltsinsassen von der Vernichtungspolitik der Nationalsozialisten betroffen. Zusätzlich zu den rassenhygienischen Gedanken spielten hierbei auch wirtschaftliche Überlegungen eine Rolle. Die Ausgaben im Fürsorgebereich wurden massiv herabgesenkt, was dazu führte, dass von dem täglichen Verpflegungssatz ein erwachsener Mensch nicht ernährt werden konnte. In Hessen sank der Verpflegungssatz beispielsweise auf unter 40 Pfennig pro Tag. Somit wurden die Betroffenen vernachlässigt und durch Nahrungsentzug, medizinische Versuche oder „Euthanasie“ getötet.

Ab dem 18. August 1939 galt der *Erlass zur Erfassung behinderter Kinder*. Dadurch waren Hebammen, Geburtshelfer und Ärzte aufgefordert, behinderte

⁸ Vgl. Blasius 2001, Seite 37

⁹ Juden, Sinti, Roma und Angehörige anderer, als „Zigeuner“ verfolgter Gruppen

Neugeborene zu melden. Nach Kriegsbeginn begann die „Euthanasie“ mit der Ermordung dieser Kinder.¹⁰

Die Psychiatrie teilte im Zweiten Weltkrieg Überzeugungen und Praktiken des Nationalsozialistischen Staates. Sie sah sich im Dienste höherer politischer Ziele und kam der Pflicht, das Leben umsorgend zu bewahren, nicht nach. Aus heutiger Sicht verlor die Psychiatrie die Orientierung an dem Menschsein. Blasius äußert, dass der Dienst am Menschen in der Ehre des Dienens und nicht in Dienstleistungen für ein System, wie es im Dritten Reich geschah, liege.¹¹

Zur Entwicklung der Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg wird der Bereich der sozialpsychiatrischen Sichtweise im folgenden Abschnitt genauer betrachtet.

2.2. Die sozialpsychiatrische Sichtweise in der Psychiatrie

Die sozialpsychiatrische Sichtweise der Psychiatrie beinhaltet zunächst ein Konzept psychischer Krankheit und des psychisch Kranken im sozialen und ökologischen Kontext. Diese Sichtweise ergänzt psychologische und biologische Konzepte, denen ebenfalls große Bedeutung zugeschrieben werden kann. Die sozialpsychiatrische Perspektive hat Einfluss auf die Organisation der psychiatrischen Krankenversorgung. Ferner beinhaltet diese Sichtweise einen ethischen und sozialpolitischen Aspekt, der mit dem Bestreben um gesellschaftliche Gleichstellung und Gleichbehandlung chronisch psychisch Kranker mit körperlich kranken Menschen einhergeht. Es wird davon ausgegangen, dass soziale Faktoren maßgeblich an der Entstehung und dem Verlauf psychischer Krankheiten beteiligt sind. Folglich sollten sie in der Behandlung und Rehabilitation beachtet werden. Der Betroffene nimmt auch während einer psychischen Krankheit am Sozialleben teil. Somit betreffen psychische Krankheiten gemäß der Perspektive der Sozialpsychiatrie Bürger, die als Familienmitglied, als Arbeitnehmer, als Autofahrer, als alltägliches Gegenüber Teil des gesellschaftlichen Lebens sind. Es gibt keine Menschen, deren Identität in der Krankheit oder einem Krankenhauspatienten aufgeht. Es gibt lediglich Menschen mit psychischen Störungen, die daher für einen bestimmten Zeitraum in Behandlung stehen. Gleichzeitig bleiben sie ihren alltäglichen Aufgaben verbunden.

¹⁰ URL 1 [Stand: 16.04.2009]

¹¹ Vgl. Blasius 2001, Seite 40f

Die sozialpsychiatrische Sichtweise der Psychiatrie ist nicht als umfassender Ansatz für die Praxis der Krankenversorgung anzusehen. Sie stellt vielmehr einen essentiellen Baustein dar, der in der Theoriebildung Beachtung finden sollte.

Der deutsche Psychiater G. Illberg habe 1904 folgendes gesagt¹²: „Die Lehre von den für die geistige Gesundheit der Gesamtheit verderblichen Umstände und den zu deren Abwehr nützlichen Maßregeln wollen wir soziale Psychiatrie nennen.“ Folglich wurden soziale Missstände als gefährlich für die geistige Gesundheit angesehen.

In Deutschland wurden in den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts sozial-psychiatrisch orientierte Fürsorgestellen gegründet, welche die Nachsorge entlassener Anstaltspatienten abdecken sollten. Im Zweiten Weltkrieg geriet die Nachsorge jedoch wieder in den Hintergrund.¹³ Nach der Zeit des Nationalsozialismus kam der Reformbedarf der Psychiatrie erneut auf – angestoßen durch die sozial-psychiatrische Sichtweise. Die Idee der Tagesklinik wurde anfangs in London (1947) und Montreal (1948) realisiert. Der schwer psychisch Kranke behielt dadurch einerseits seine Autonomie und Selbstverantwortlichkeit. Andererseits wurde ihm Schutz, Unterstützung und spezifische Therapie angeboten. In Deutschland wurde die stationäre Psychiatrie in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts reformiert. Die Enquête der 200¹⁴ leitete 1975 einen Reformprozess der deutschen Psychiatrie ein, der maßgeblich bis heute anhält. 1988 kam durch die Bundesregierung die Frage nach den Versorgungsbausteinen und -funktionen auf. Aufgrund der Personalverordnung Psychiatrie (siehe 2.3.1.4) wurde insbesondere die Situation in den großen psychiatrischen Krankenhäusern verbessert.

Laut Strotzka (1965) stellt die „Sozialpsychiatrie [...] als empirische Wissenschaft, als therapeutische Praxis und als soziale Bewegung den Versuch der Rückbeziehung auf und der Integration der psychisch Leidenden in ihre soziale Realität dar [...].“ Folglich berücksichtigt die sozialpsychiatrische Sichtweise die Situation des psychisch Kranken in seiner individuellen psychosozialen Entwicklung, in seiner Familie, in seiner sozialen Umwelt, an seinem Arbeitsplatz und in seiner Freizeit.¹⁵

¹² Zitiert nach Hoffmann-Richter 1995

¹³ Ursachen: siehe Abschnitt 2.1.2

¹⁴ Die Enquête-Kommissionen sind überfraktionelle Arbeitsgruppen, die zur Lösung von langfristigen Fragestellungen eingesetzt werden, in denen unterschiedliche juristische, ökonomische, soziale und ethische Aspekte zu berücksichtigen sind.

¹⁵ Vgl. Eikelmann 1997, Seite 1-48

2.3. Rechtsnormen für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen

Die Rechtsnormen für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind im deutschen Recht an unterschiedlichen Stellen festgeschrieben. Es finden sowohl bundesrechtliche als auch landesrechtliche Vorschriften Anwendung.

Im Rahmen dieser Arbeit werden zu Beginn die wichtigsten Artikel des Grundgesetzes und der Europäischen Menschenrechtskonvention genannt. Außerdem dürfen die Grundsätze des Betreuungsrechts nicht außer Acht gelassen werden. Um einen vollständigen Überblick geben zu können, folgen einige Besonderheiten des Strafrechts und des Strafprozessrechts, welche psychisch kranke Menschen betreffen. Daran schließen sich die Bereiche des Medizin- und des Sozialrechts an, um zum Schluss auf eine spezielle Vorschrift des Bundeslandes Bayern einzugehen.

2.3.1. Bundesrecht

2.3.1.1. Verfassungsrecht

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“¹⁶ Die Menschenwürde stand schon in der ersten Fassung des Grundgesetzes vom 23.5.1949 im ersten Artikel und galt nach den Erfahrungen aus dem Zweiten Weltkrieg als besonders schützenswert. Der Schutz der Menschenwürde ist neben anderen Grundrechten Ausdruck des Sozialstaatsprinzips gemäß Art. 20 Abs. 1 GG. Ebenso hat jeder Mensch das Recht auf freie Persönlichkeitsentfaltung (Art. 2 Abs. 1 GG), auf Leben und auf die körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG). Gemäß Art. 3 Abs. 1 GG sind alle Menschen vor dem Gesetz gleich. Es darf niemand aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG). Die Rechtsschutzgarantie für die Grundrechte ist in Art. 19 GG verankert. Demnach darf ein Grundrecht in seinem Wesensgehalt nicht verändert werden.

Des Weiteren ist Art. 104 GG für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen relevant. Hier wird geregelt, dass die Freiheit eines Menschen nur durch Gesetz eingeschränkt werden darf. Ferner dürfen die festgehaltenen Personen weder seelisch noch körperlich misshandelt werden (Art. 104 Abs. 1 GG). Eine freiheits-

¹⁶ Art. 1 Abs. 1 GG

entziehende Maßnahme bedarf der richterlichen Anordnung (Art. 104 Abs. 2 Satz 1 GG). Selbst die Polizei darf ohne richterliche Entscheidung eine Person längstens bis zum Ende des Tages nach ihrem Ergreifen in Gewahrsam halten (Art. 104 Abs. 2 Satz 3 GG). Letztlich ist gemäß Art. 104 Abs. 4 GG unverzüglich ein Angehöriger oder eine Person des Vertrauens von der richterlichen Anordnung einer Freiheitsentziehung zu benachrichtigen.

Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) regelt in Art. 5 Abs. 1 EMRK, unter welchen Umständen eine Freiheitsentziehung gerechtfertigt ist. Die Gründe für ihre Festnahme sind der betroffenen Person innerhalb einer möglichst kurzen Frist in einer für sie verständlichen Sprache mitzuteilen (Art. 5 Abs. 2 EMRK). Sollte bei der Festnahme oder Freiheitsentziehung dieser Artikel verletzt werden, hat der Betroffene Anspruch auf Schadensersatz (Art. 5 Abs. 5 EMRK). Die Folter, unmenschliche oder erniedrigende Strafe oder Behandlung wird in Art. 3 EMRK verboten.

2.3.1.2. Betreuungsrecht

Die Voraussetzungen für eine gesetzliche Betreuung sind in § 1896 BGB geregelt. Betroffen sind demnach Volljährige, die wegen einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbst regeln können und somit mittel- oder langfristig auf die Hilfe anderer angewiesen sind (§ 1896 Abs. 1 BGB).

Die gesetzliche Betreuung wird zum Wohle des Betroffenen für die Lebensbereiche und Aufgaben eingerichtet, in denen er Unterstützung und Hilfe benötigt. Der Betreuer wird vom Vormundschaftsgericht bestellt (§ 1896 Abs. 1 BGB), jedoch nicht gegen den freien Willen des Betroffenen (§ 1896 Abs. 1a BGB).

Bei der Wahl des Betreuers sind Vorschläge des Betroffenen grundsätzlich zu berücksichtigen, soweit diese nicht dem Wohl des zu Betreuenden zuwiderlaufen (§ 1897 Abs. 4 BGB). Als Betreuer kommen nahe stehende Personen in Frage, aber auch Mitarbeiter eines Betreuungsvereins, der Betreuungsstelle, ehrenamtliche Betreuer, sowie Berufsbetreuer. Letztere sind jedoch nur dann zu bestellen, wenn keine andere geeignete Person zur Verfügung steht (§ 1897 Abs. 6 BGB). Der Umfang der Betreuung und die Pflichten des Betreuers werden in § 1901 BGB geregelt. Das Bürgerliche Gesetzbuch schreibt keine typischen Aufgabenkreise

vor. Der Richter hat diese herauszufinden und an die Bedürfnisse des Betroffenen anzupassen.

Mögliche Aufgabenkreise sind:

- Vermögenssorge
- Gesundheitssorge
- Aufenthaltsangelegenheiten
- Wohnungsangelegenheiten
- Post- und Fernmeldeangelegenheiten
- Vertretung gegenüber Behörden, Klinik- und Heimleitung

Zusätzlich ist es möglich, einen Einwilligungsvorbehalt gemäß § 1903 BGB einzurichten, um erhebliche Gefahr vom Betreuten und dessen Vermögen abzuwenden. In diesem Fall benötigt der Betreute zu einer Willenserklärung die Einwilligung des Betreuers (§ 1903 Abs. 1 BGB), es sei denn, die Willenserklärung bringt dem Betreuten lediglich einen rechtlichen Vorteil (§ 1903 Abs. 3 Satz 1 BGB) oder betrifft geringfügige Angelegenheiten des täglichen Lebens (§ 1903 Abs. 3 Satz 2 BGB). Der Betreuer ist bei der Besorgung aller Angelegenheiten dazu verpflichtet, die Wünsche des Betroffenen zu berücksichtigen, soweit diese dem Wohl des Betreuten nicht widersprechen und dem Betreuer zuzumuten sind (§ 1901 Abs. 3 BGB). In einigen Bereichen benötigt der Betreuer dennoch die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Gemäß § 1904 BGB muss der Betreuer bei einer Untersuchung des Gesundheitszustandes, einer Heilbehandlung oder einem ärztlichen Eingriff die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einholen, sofern die Gefahr besteht, dass der Betreute in Folge dieser Maßnahme sterben oder einen schweren und längeren gesundheitlichen Schaden erleiden könnte. Ebenso ist die vormundschaftliche Genehmigung von Nöten, wenn der ärztliche Eingriff in einer Sterilisation besteht (§ 1905 BGB), der Betreute durch den Betreuer untergebracht (§ 1906 BGB) oder die Mietwohnung des Betreuten gekündigt werden soll (§ 1907 BGB). Diese Vorschriften dienen dem Schutz des Betreuten.

2.3.1.3. Strafrecht und Strafprozessrecht

Strafrecht

Das Strafrecht stellt den Rechtsgüterschutz durch Einwirkung auf menschliches Verhalten dar, in welchem für schulhaft begangene Straftaten teils schwerwiegende staatliche Sanktionen vorgesehen sind. In § 20 StGB (Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störung) ist der Grundsatz „nulla poena sine culpa“ verankert: Wenn jemand schuldunfähig ist, kann ihm kein Schuldvorwurf gemacht werden. § 21 StGB (verminderte Schuldfähigkeit) knüpft an § 20 StGB an. Sowohl bei der Schuldunfähigkeit als auch bei der verminderten Schuldfähigkeit werden zwei Dinge gemäß dem sog. *gemischten Modell* gefordert: Einerseits muss der Täter einen bestimmten biologischen Befund aufweisen (biologische Komponente). Es muss eine krankhafte Störung vorliegen. Andererseits muss er aufgrund dieser Störung unfähig sein, das Unrecht der Tat einzusehen, bzw. nach dieser Einsicht zu handeln. Dies stellt die psychologische Komponente dar. Die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit muss festgestellt werden. Ist der Täter schuldunfähig, wird er freigesprochen. In beiden Fällen ist die Anordnung von Maßregeln der Besserung und Sicherung möglich – z.B. die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB.¹⁷

Die Unterbringung in der Psychiatrie ist jedoch nur dann rechtmäßig, wenn von der Person infolge ihres Zustandes weitere erhebliche Straftaten zu erwarten sind und sie demnach für die Allgemeinheit gefährlich ist (§ 63 StGB). Bei der Art und Dauer der Maßregeln zur Besserung und Sicherung ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gemäß § 62 StGB zu beachten. Dieser gilt laut BVerfGE 70, 312 ebenso für die Vollstreckung.¹⁸ Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus kann vom Gericht auch dann angeordnet werden, wenn das Strafverfahren wegen Schuld- oder Verhandlungsunfähigkeit nicht durchgeführt werden kann (§ 71 Abs. 1 StGB). Wird ein psychisch kranker Mensch gegen seinen Willen ohne Gerichtsbeschluss untergebracht, und wird dieser innerhalb der gesetzlichen Frist nicht nachgeholt, liegt eine Freiheitsberaubung gemäß § 239 StGB vor. Dies kann mitunter eine Freiheitsstrafe bis zu 10 Jahren bedeuten (§ 239 Abs. 2 StGB).

¹⁷ Vgl. Joecks 2003, Seite 85ff

¹⁸ Vgl. Deinert/Jegust 2006, Seite 38

Strafprozessrecht

Betreute im Sinne des § 1896 BGB, die wegen einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung keine ausreichende Vorstellung von der Bedeutung des Zeugnisverweigerungsrechtes haben, dürfen ausschließlich vernommen werden, wenn sie zur Aussage bereit sind und der Betreuer dem zustimmt (§ 52 Abs. 2 StPO).

Es besteht ferner die Möglichkeit, den Beschuldigten zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen psychischen Zustand durch Gerichtsanordnung in ein öffentliches psychiatrisches Krankenhaus einweisen zu lassen, um ihn dort zu beobachten (§ 81 Abs. 1 StPO). Gemäß dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit darf dies ausschließlich angeordnet werden, wenn der Betroffene dringend der Tat verdächtigt wird (§ 81 Abs. 2 StPO). Die Unterbringung darf nicht länger dauern, als dies zur Beobachtung des Beschuldigten unbedingt notwendig ist (Nr. 62 RiStBV). Die Höchstdauer für die Unterbringung zur Beobachtung liegt bei sechs Wochen (§ 81 Abs. 5 StPO).

Ist die öffentliche Sicherheit gefährdet und sind dringende Gründe für die Mutmaßung gegeben, dass eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB) begangen wurde und der Betroffene folglich in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht wird, kann das Gericht eine einstweilige Unterbringung in einer derartigen Anstalt anordnen (§ 126a Abs. 1 StPO). Der Unterbringungsbefehl muss jedoch aufgehoben werden, sobald die Voraussetzungen für eine einstweilige Unterbringung nicht mehr vorliegen oder im Gerichtsurteil keine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet wird (§ 126a Abs. 3 StPO).

2.3.1.4. Medizinrecht und Sozialrecht

Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden (KastrG)

Die Kastration ist eine Behandlung, durch welche die Keimdrüsen des Mannes entfernt oder dauerhaft funktionsunfähig gemacht werden (§ 1 KastrG). Sie kann dazu führen, dass zum Beispiel ein Sexualstraftäter, der zur Sicherungsverwahrung untergebracht werden soll, nicht mehr als gefährlich einzuschätzen ist. Dadurch kann gemäß § 67d Abs. 2 StGB das Aussetzen zur Bewährung in Betracht kommen.

Führt ein Arzt die Kastration durch, macht er sich nicht der Körperverletzung gemäß §§ 223ff StGB strafbar, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- der willigt Betroffene ein
- die Behandlung ist notwendig, um beim Betroffenen schwerwiegende Krankheiten, seelische Störungen oder Leiden, die mit seinem abnormen Sexualtrieb in Verbindung stehen, zu verhindern, zu heilen oder zu lindern
- der Betroffene hat das 25. Lebensjahr vollendet
- für den Betroffenen entstehen keine unverhältnismäßigen körperlichen oder seelischen Nachteile durch die Kastration
- die Kastration wird nach dem aktuellen medizinischen Stand durchgeführt (§ 2 KastrG)

Sollte der Betroffene die Folgen oder die Bedeutung der Kastration nicht voll einsehen bzw. verstehen, genügt dessen Einwilligung nicht. In diesem Fall ist die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts einzuholen (§ 6 KastrG). Ferner darf die Behandlung erst nach Bestätigung durch die Gutachterstelle durchgeführt werden (§ 5 KastrG). Führt ein Arzt die Kastration ohne diese Bestätigung oder ohne die erforderliche Genehmigung des Vormundschaftsgerichts durch, macht er sich strafbar (§ 7 KastrG).

Soziotherapie

Versicherte i. S. d. § 5 SGB V, die aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, haben gemäß § 37a SGB V Anspruch auf Soziotherapie, sofern dadurch Krankenhausaufenthalte vermieden oder verkürzt werden oder zwar notwendig, jedoch nicht ausführbar sind. Die Soziotherapie ist eine Einzelfallhilfe und umfasst die Koordinierung der verordneten Leistungen und die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme. Der Versicherte hat Anspruch auf maximal 120 Stunden Therapie innerhalb von drei Jahren. Volljährige haben ferner eine Zuzahlung an die Krankenkasse zu leisten, deren Höhe sich nach § 61 SGB V richtet. Voraussetzungen, Art und Umfang der Soziotherapie sind in den *Soziotherapie-Richtlinien – Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen*

Versorgung geregelt. In diesen Richtlinien wird ebenso aufgeführt, was eine schwere psychische Erkrankung in diesem Sinne ist. Hierbei wird die Klassifizierung nach der ICD-10 angewandt.

Somit sind die folgenden Krankheitsbilder als schwere psychische Erkrankung anzusehen:

- F 20.0 – 20.6 (Schizophrenie)
- F 21 (schizotype Störung)
- F 22 (anhaltende wahnhaftes Störung)
- F 24 (induzierte wahnhaftes Störung)
- F 25 (schizoaaffektive Störung)
- F 31.5 (gegenwärtige schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung)
- F 32.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen)
- F 33.3 (schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung)¹⁹

Gemäß den *Soziotherapie-Richtlinien* wird vorausgesetzt, dass der Patient in der Lage ist, die Therapieziele zu erreichen. Folglich soll er über die notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen.

Die *Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen* gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie ermöglichen letztlich durch einheitliche Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie eine qualitätsgesicherte, dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen.

Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV)

Die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie – Psychiatrie-Personalverordnung dient der Ermittlung des Personalbedarfs für Ärzte, Krankenhauspflegepersonal und sonstiges therapeutisches Fachpersonal in psychiatrischen Einrichtungen.

¹⁹ Nr. 9 Soziotherapie-Richtlinien (in der Fassung vom 23.08.2001)

Ziel ist die Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen stationären oder teilstationären Behandlung der Patienten, welche einer Krankenhausbehandlung i. S. d. § 39 Abs. 1 SGB V bedürfen (§ 1 PsychPV). Gemäß § 2 PsychPV sollen die Vertragsparteien die Grundsätze und Maßstäbe dieser Verordnung bei der Vereinbarung des Budgets und der Pflegesätze zugrunde legen. Die Patienten sind bestimmten Behandlungsbereichen zuzuordnen (siehe Tabelle 1).

A Allgemeine Psychiatrie	S Abhängigkeitskranke	G Gerontopsychiatrie
A1 Regelbehandlung	S1 Regelbehandlung	G1 Regelbehandlung
A2 Intensivbehandlung	S2 Intensivbehandlung	G2 Intensivbehandlung
A3 Rehabilitative Behandlung	S3 Rehabilitative Behandlung einschl. sog. Entwöhnung	G3 Rehabilitative Behandlung
A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranke	S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranke	G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranke
A5 Psychotherapie	S5 Psychotherapie	G5 Psychotherapie
A6 Tagesklinische Behandlung	S6 Tagesklinische Behandlung	G6 Tagesklinische Behandlung

Tabelle 1: Behandlungsbereiche in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene

Für jeden Behandlungsbereich und jede Berufsgruppe wird die Arbeitszeit in Minuten je Patient und Woche vorgegeben. Dies stellt den Minutenwert dar, welcher wiederum in Personalstellen umgerechnet wird (§ 3 PsychPV). Es werden Stichtagserhebungen durchgeführt, um die durchschnittliche Belegung der Einrichtung zu ermitteln und die Entwicklung im nächsten Pflegesatzzeitraum berücksichtigen zu können (§ 4 Abs. 2 PsychPV). Die Ergebnisse werden den Vertragsparteien und der zuständigen Landesbehörde schriftlich mitgeteilt und sind Grundlage der Pflegesatzverhandlungen (§ 4 Abs. 3 PsychPV).

2.3.2. Landesrecht (Bayern)

Gemäß dem *Bayerischen Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranke und deren Betreuung* (UnterbrG) kann ein psychisch Kranke oder ein infolge von Geistesschwäche oder Sucht psychisch Gestörter nur dann gegen oder ohne seinen Willen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in sonstiger Weise vergleichbar untergebracht werden, wenn er durch die psychische Störung eine erhebliche Gefährdung für die öffentliche Sicherheit, für sein Leben oder seine Gesundheit darstellt (Art. 1 UnterbrG). Die Gefährdung soll durch die Unterbrin-

gung beseitigt werden. Ferner ist der Betroffene so zu behandeln, dass er ein eigenverantwortliches Leben führen kann (Art. 2 UnterbrG). Sein Persönlichkeitsrecht ist zu wahren (Art. 4 UnterbrG). Des Weiteren ist der Betroffene so unterzubringen, zu behandeln und zu betreuen, dass der Unterbringungszweck bei geringstem Eingriff in die persönliche Freiheit erreicht wird (Art. 12 Abs. 1 UnterbrG). Eine Unterbringung ist jedoch nur dann zulässig, wenn die Gefahr nicht durch andere, weniger einschneidende Hilfen (Art. 3 UnterbrG) abgewendet werden kann (Art. 1 Abs. 1 Satz 3 UnterbrG).

Eine Unterbringung wird auf Antrag der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde angeordnet (Art. 5 UnterbrG). Die Kreisverwaltungsbehörde führt von Amts wegen Ermittlungen durch und lässt ein Gutachten über den Betroffenen erstellen (Art. 7 Abs. 1 UnterbrG). Liegen demnach die Voraussetzungen für eine Unterbringung vor, beantragt die Kreisverwaltungsbehörde bei dem nach § 70 Abs. 5 Satz 1 FGG zuständigen Gericht, die Unterbringung anzuordnen (Art. 7 Abs. 3 UnterbrG). Diese wird dann wiederum von der Kreisverwaltungsbehörde, welche sich der Mitwirkung der Polizei bedienen kann, ausgeführt (Art. 8 UnterbrG). In dringenden Fällen kann einerseits die Kreisverwaltungsbehörde ohne Gerichtsbeschluss eine vorläufige Unterbringung anordnen, und andererseits kann die Polizei den Betroffenen ohne Anordnung der Kreisverwaltungsbehörde in eine Einrichtung einliefern. Das zuständige Gericht bzw. die Kreisverwaltungsbehörde sind in diesem Fall unverzüglich zu informieren (Art. 10 UnterbrG).

Sowohl der Leiter, als auch die Kreisverwaltungsbehörde haben das Gericht sofort zu verständigen, wenn nach ihrer Überzeugung die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr gegeben sind (Art. 24 UnterbrG).

Die Unterbringungs- und Heilbehandlungskosten hat der Betroffene zu tragen (Art. 25 Abs. 1 Satz 1 UnterbrG). Sie werden vom Bezirk, in dessen Bereich der Betroffene untergebracht ist, übernommen, soweit der Betroffene oder andere sie nicht unmittelbar selbst tragen können. Der Bezirk kann Ersatz der Kosten verlangen (Art. 26 Abs. 1 UnterbrG). Aufgrund des UnterbrG können folgende Grundrechte eingeschränkt werden: Recht der körperlichen Unversehrtheit und Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 GG), die Unverletzlichkeit des Briefgeheimnisses (Art. 10 GG), die Freizügigkeit (Art. 11 GG), die Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG).

2.4. Arbeitsfeld Soziale Psychiatrie

Das Arbeitsfeld der sozialen Psychiatrie lässt sich durch ideelle und strukturelle Kontexte näher bestimmen. Der ideelle Kontext meint die von der Sozialpsychiatrie entwickelten Ideen, Konzepte und Grundhaltungen – also die Versorgungskultur. Der strukturelle Kontext, auch Versorgungsstruktur genannt, richtet den Blick auf die Organisation von Behandlung und Betreuung, Vor- und Nachsorge, Rehabilitation und Krisenintervention, sowie auf Angebots- und Organisationsformen der entsprechenden Einrichtungen und Dienste.²⁰

2.4.1. Ein Felder-Schema

Gemäß dem Felder-Schema von Haselmann (siehe Abbildung 1)²¹ erfolgt die psychosoziale Arbeit in den eben genannten Kontexten.

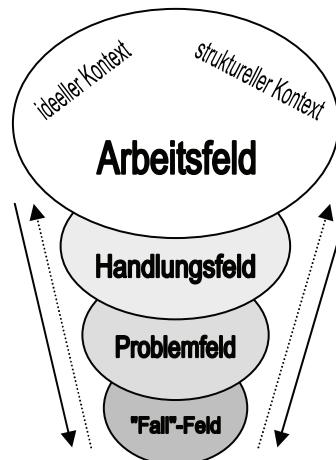


Abbildung 1: Ein Felder-Schema²²

Das konkrete Arbeitshandeln vollzieht sich sodann in einem bestimmten Arbeitsfeld, z.B. in einem Sozialpsychiatrischen Dienst. Das Handlungsfeld ist durch bestimmte Aufgaben und Anforderungen gekennzeichnet, wodurch Handlungsräume und Entscheidungsbefugnisse eröffnet werden. Ebenso enthält das jeweilige Handlungsfeld für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ein Problemfeld. Das bedeutet, dass sie mit konkreten Aufgaben- und Problemstellungen oder Auftragerteilungen konfrontiert werden, mit denen sie sich auseinander zu setzen haben. Das Problemfeld beinhaltet auch das Fallfeld. Dies meint die spezifische Fall-

²⁰ Vgl. Haselmann 2008, Seite 29ff

²¹ ebenda, Seite 34f

²² Vgl. Schema in: Haselmann 2008, Seite 34

arbeit. In diesem Feld realisiert sich die psychosoziale Arbeit, da sie sich als konkrete Interaktion mit Klienten und Klientinnen und ihren sozialen Systemen vollzieht. Innerhalb dieses Feldes kann die psychosoziale Arbeit durch unterschiedliche Arbeitsweisen und Methoden realisiert werden.

Der Bereich des Intensiv-betreuten Einzelwohnens im Arbeitsfeld des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Caritas in Traunstein soll im weiteren Verlauf genauer betrachtet werden.

2.4.2. Das Intensiv-betreute Einzelwohnen

Das Intensiv-betreute Einzelwohnen ist eine Maßnahme für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, die ihnen ein weitestgehend selbständiges Leben in einer eigenen Wohnung ermöglichen soll.

In Traunstein wird das Intensiv-betreute Einzelwohnen vom Sozialpsychiatrischen Dienst angeboten, dessen Träger die Caritas ist. Das Intensiv-betreute Einzelwohnen unterscheidet sich vom Betreuten Einzelwohnen ausschließlich im Betreuungsschlüssel²³. Das Betreute Einzelwohnen hat einen Betreuungsschlüssel von 1:12, das Intensiv-betreute Einzelwohnen hingegen 1:10.

Das *Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie* [Entwurfsstand 02/07] ist eine Umsetzung der *Leitlinien und Standards zur Sicherung im betreuten Einzelwohnen für Menschen mit seelischer Behinderung* [Stand: 11.07.2002]. Es beinhaltet Leitlinien, Ziele und Anspruchsgruppen. Ebenso werden die Bedarfseinstellung, theoretischen Grundlagen und Methoden aufgeführt und die Qualität geregelt.²⁴

2.4.2.1. Leitlinien

Die Caritas versteht sich als Anwalt für die armen und schwachen Menschen und ist sowohl Anbieter sozialer Dienstleistungen, als auch Teil des Diözesanverbandes München und Freising (DiCV). Die Dienste des Fachbereiches Sozialpsychiatrie stehen in christlicher Verantwortung.

Im zweiten *Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch kranker Menschen und psychisch behinderter Menschen* [München 1990]²⁵ werden betreute Wohn-

²³ Der Betreuungsschlüssel ist eine Angabe der Personen, die für die Betreuung anderer Personen zur Verfügung stehen und wird im Zahlenverhältnis (1:n) angegeben.

²⁴ Vgl. Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie (siehe Anhang 9.3.1)

²⁵ URL 2 [Stand: 06.05.2009]

formen einerseits für psychisch kranke und andererseits für seelisch behinderte Menschen gefordert, die keine weitere stationäre Behandlung benötigen, jedoch allein mit ambulanter ärztlicher Behandlung ohne qualifizierte psychosoziale Betreuung mit dem selbständigen Leben überfordert sind.

Der Aspekt der eigenen Wohnung wird im *Psychiatriekonzept des Bezirks Oberbayern* besonders herausgestellt. Zu einer gesunden Lebensgestaltung brauchen Menschen einen Lebensmittelpunkt. Dieser fördert Sicherheit, Selbstbewusstsein und soziale Identität. Häufig benötigen psychisch kranke Menschen jemanden an ihrer Seite, der ihre Rechte einfordert oder ihnen dabei hilft.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Betreuten Einzelwohnens richten sich nach dem Leitbild des Caritasverbandes und leisten in Zusammenarbeit mit den Betroffenen professionelle Hilfe.²⁶

2.4.2.2. Ziele

Das wichtigste Ziel der Maßnahme Betreutes Einzelwohnen ist das Ermöglichen einer weitgehend selbständigen Lebensführung psychisch kranker Menschen in der von ihnen gewünschten Wohnform und Umgebung. Die Klienten/-innen sollen durch geeignete Hilfestellungen so unterstützt werden, dass sie unter Einsatz ihrer eigenen Fähigkeiten in der eigenen Wohnung mit möglichst normalem Gemeindekontakt dauerhaft leben können (Normalisierungsprinzip). Folglich ist das Ziel der Erhalt oder die Wiedergewinnung von Autonomie. Vorrang hat dabei die Integration bzw. die Reintegration psychisch kranker Menschen in das Gemeinwesen. Der Leitgedanke ist, dass ambulante Maßnahmen den stationären vorzuziehen sind. Stationäre Klinikaufenthalte sollen möglichst verkürzt oder vermieden werden.

Die konkreten Eingliederungsziele richten sich nach den individuellen Ressourcen und Defiziten des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin und der angestrebten Lebensweise. Durch konkrete Zielvereinbarungen zwischen Klient/-in und Mitarbeiter/-in wird eine schrittweise Annäherung an das Ziel gewährleistet.²⁷

²⁶ Vgl. Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie

²⁷ ebenda

2.4.2.3. Bedarfsfeststellung

Die Bedarfsfeststellung kann erfolgen über Anfragen von:

- Betroffenen und deren Angehörigen
- Ärzten/-innen und Kliniken
- Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und Arbeitskreisen mit gesetzlichen Betreuern/-innen / Betreuungsamt
- Psychotherapeuten/-innen
- Gesundheitsamt
- Beratungsstellen
- Hilfeplankonferenzen
- Gemeindepsychiatrischer Verbund / ambulant-komplementärer Verbund Traunstein²⁸

2.4.2.4. Zielgruppe

Das Angebot des BEW dient der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte oder von Behinderung bedrohten Menschen im Sinne des § 53 SGB XII. Die Maßnahme ist für Menschen geeignet, die entweder vorübergehend, für längere Zeit oder auf Dauer nicht zur selbständigen Lebensführung fähig sind, oder in anderen Wohnformen nicht adäquat versorgt werden. Ferner richtet sich die Maßnahme an Menschen, bei denen eine ambulante ärztliche Behandlung oder andere ärztliche Leistungen allein nicht ausreichen und demnach einen Hilfebedarf im Bereich der Selbstversorgung aufzeigen. Es ist jedoch vorauszusetzen, dass die betreute Wohnform vom Betroffenen als die für ihn geeignete gewünscht wird, und dass es aufgrund der Ressourcen und Defizite des Betroffenen auch das geeignete Angebot darstellt. Die Maßnahme zielt auf den gesamten Bereich der Erwachsenenpsychiatrie ab, und schließt somit die Allgemein- und Gerontopsychiatrie²⁹ mit ein.³⁰

²⁸ Vgl. Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie

²⁹ Gerontopsychiatrie beschäftigt sich mit älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen (ab dem 60. Lebensjahr).

³⁰ Vgl. Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie

2.4.2.5. Theoretische Grundlagen und Methoden

Die Arbeit im Betreuten Einzelwohnen basiert auf Vorgaben, Erkenntnissen, theoretischen Konzepten und Methoden aus mehreren Fachgebieten. So werden aus dem Bereich Sozialpädagogik die soziale Einzelfallhilfe und soziale Gruppenarbeit, der Empowerment-Ansatz, die Systemtheorie, die Gemeinwesenarbeit, das Case-Management und Beratungskonzepte angewandt. Aus dem Bereich der Psychologie werden die Kommunikationstechniken, das Wissen über psychische Erkrankungen, Stressmodelle, die Sozialpsychologie, die Salutogenese und die Lerntheorien genutzt. Ebenso werden psychotherapeutische Verfahren im betreuten Einzelwohnen verwendet. Aus dem Fachgebiet Medizin finden Grundlagenwerke wie die ICD 10³¹ oder die ICIDH³² ihre Anwendung. Besonders zu berücksichtigende medizinische Gebiete sind die Psychiatrie, die Sozialpsychiatrie, die Neurologie, die Pathologie, die Psychosomatik und das Recovery-Konzept. Aus der Rechtswissenschaft finden u. a. die Sozialgesetzbücher XII, IX und II ihre Anwendung. Ebenso sind theologische und ethische Grundlagen, sowie auch betriebswirtschaftliches Wissen von Bedeutung für die Arbeitsweise im Betreuten Einzelwohnen.³³

2.4.2.6. Leistungen

In sehr vielen Gebieten können Leistungen im Zusammenhang mit der Maßnahme Betreutes Einzelwohnen erbracht werden. Einige Bereiche sollen nachstehend exemplarisch genannt werden:

- Umgang mit Auswirkungen der seelischen Behinderung
- Selbstversorgung und Wohnen
- Alltagsbewältigung
- Tages- und Freizeitgestaltung
- Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung
- Krisenversorgung
- Dokumentation
- Qualitätssicherung

³¹ International Classification of Diseases

³² International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

³³ Vgl. Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie

Die zu erbringenden Leistungen richten sich nach den Zielvereinbarungen, welche zwischen Klient/in und Mitarbeiter/in geschlossen werden. Diese wiederum orientieren sich an den individuellen Kompetenzen, Beeinträchtigungen und Bewältigungsstrategien der Betroffenen.³⁴

2.4.2.7. Qualitätssicherung

Das CMQM-Konzept³⁵ bietet die Basis für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement und wurde speziell für den Caritasverband München und Freising entwickelt. Es wird unterschieden zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Strukturqualität

Die Strukturqualität umfasst die äußeren Rahmenbedingungen.

Im Rahmen des Betreuten Einzelwohnens für seelisch behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen sollen mit Hilfe von professionellen Mitarbeitern/-innen Betreuungsleistungen erbracht werden, um dem Leistungsberechtigten/ der Leistungsberechtigten ein weitgehend selbständiges Leben zu ermöglichen. Die Anspruchsgrundlage ergibt sich aus § 54 Abs. 1 SGB XII i. V. m. § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX. Da gemäß § 19 Abs. 2 SGB IX ambulante Maßnahmen den stationären vorzuziehen sind, umfassen die Wohnmöglichkeiten i. S. d. § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX in erster Linie das Ambulant Betreute Einzelwohnen. Die folgenden Vorschriften sind ebenfalls relevant: §§ 75ff SGB XII, die Eingliederungshilfe-Verordnung gemäß § 60 SGB XII, sowie der Bayerische Rahmenvertrag zu § 79 Abs. 1 SGB XII. Letztlich sind auch die *Leitlinien und Standards zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung im betreuten Einzelwohnen und in therapeutischen Wohngemeinschaften für Menschen mit seelischer Behinderung* des Bezirks Oberbayern als verbindlich anzusehen.

Im Rahmen der Strukturqualität sind einige organisatorische Voraussetzungen zu erfüllen. Die Aufgaben von Träger und Leitung sind wie die Struktur der Sozialpsychiatrischen Dienste in diversen Veröffentlichungen des Verbandes festgelegt. Es existiert ein Rahmenkonzept für das Ambulant Betreute Einzelwohnen. Ein Betreuungsvertrag regelt das Betreuungsverhältnis.

³⁴ Vgl. Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie

³⁵ URL 3 [Stand: 07.05.2009]

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind fachlich qualifiziert für die Arbeit. Sie werden von der Leitung der Stelle in ihrer Arbeit gestärkt. Ebenso unterstützen und vertreten sich die Kollegen im Team untereinander. Regelmäßige Supervisionen und Fortbildungen werden durch den DiCV gewährleistet. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet, sofern sie von den Hilfeempfängern nicht davon entbunden wurden.

Um die Qualität gewährleisten zu können, sind bestimmte bauliche Bedingungen und Ausstattungen erforderlich. Einige Forderungen sollen hier beispielhaft aufgeführt werden:

- Büro- und Beratungsräume mit EDV-Ausstattung und abschließbaren Aktenschränken
- Telefon, Faxgerät, Mobiltelefon, Kopierer
- Sanitäre Einrichtungen
- Literatur, Arbeitsmaterial, sowie Moderationsmaterial
- Ausstattung für Öffentlichkeitsarbeit

Das Betreute Wohnen wird über Tagessätze, die in der Entgeltvereinbarung festgelegt sind, vom Bezirk Oberbayern finanziert. Sollten Einkommen und Vermögen des/der Leistungsberechtigten die gesetzlichen Vorgaben übersteigen, wird diese/r finanziell mit herangezogen. Dies kann dazu führen, dass der/die Leistungsberechtigte einen Teil oder die gesamten Kosten zu tragen hat. Letztlich gehört zur Strukturqualität auch die Öffentlichkeitsarbeit, welche von allen Einrichtungen des DiCV geleistet wird.

Prozessqualität

Die Prozessqualität stellt Kriterien für die Qualität der Abläufe dar. Voraussetzung hierfür ist das Vorhandensein einer entsprechenden Strukturqualität.

Bei dem Betreuten Einzelwohnen werden die Leistungen individuell und bedarfsorientiert mit den Klienten erbracht. Der Mitarbeiter / die Mitarbeiterin orientiert sich hierbei an den Wünschen, Bedürfnissen und Ressourcen des Klienten / der Klientin. Das Angebot stellt in der Regel eine aufsuchende Hilfe dar, und findet demnach in der häuslichen Umgebung statt. Der Gesamtplan ist das entsprechende Hilfeplaninstrument. Demnach fördern alle beteiligten Stellen innerhalb des Caritasverbandes aktiv eine Vernetzung.

Ergebnisqualität

Durch die Ergebnisqualität werden der Grad der Zielerreichung und die Evaluation³⁶ beschrieben. Das wichtigste Ziel des Betreuten Einzelwohnens ist sowohl die adäquate Versorgung der Zielgruppen, als auch die Berücksichtigung der unterschiedlichen Anspruchsgruppen. Der DiCV bemüht sich um gute Kooperation mit den Kostenträgern. Durch die Öffentlichkeitsarbeit ist das Angebot des Betreuten Einzelwohnens den Anspruchsgruppen bekannt. In den unterschiedlichen Gremien werden Erfahrungen ausgetauscht und ein gemeinsames Vorgehen besprochen.³⁷

2.5. Sozialpsychiatrie und Forschung

Die Forschung aus der sozialpsychiatrischen Perspektive wurde trotz ihrer Tradition lange Zeit eher wenig beachtet. Neuerungen von Behandlungsmethoden und -institutionen entwickelten sich häufig aus der Praxis und wurden nicht selten erst Jahre später wissenschaftlich überprüft. Die sozialpsychiatrische Wissenschaft analysiert komplexe Prozesse, z.B. die Behandlung psychisch Kranker in umfassenden Betreuungsformen mit psycho-, pharmako- und soziotherapeutischen Elementen. Die Methodik vereint dementsprechend quantitative und qualitative Anteile. Die Auswertungen basieren auf differenzierten statistischen Prozeduren.³⁸

Es gibt unterschiedliche Formen der Forschung, auf die hier nur kurz eingegangen werden soll.

Zur epidemiologischen Forschung zählen Studien bezüglich der Verursachung und Entstehung psychischer Störungen und der Verlaufsbeobachtung von größeren Kohorten³⁹ unter bestimmten Behandlungs- oder Versorgungsbedingungen. Die epidemiologische Forschung hat in den letzten Jahrzehnten in Verbindung mit den neuen Klassifikationssystemen psychiatrischer Krankheiten wie der DSM IV⁴⁰ oder der ICD 10⁴¹ einen enormen Aufschwung erlebt.

Das zentrale Thema der sozialpsychiatrischen Sichtweise der Forschung ist noch heute die Versorgungsforschung, insbesondere die Evaluation der Durchführbar-

³⁶ Begriffsdefinition siehe 3.1

³⁷ Vgl. Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie

³⁸ Vgl. Eikelmann 1997, Seite 157

³⁹ Kohorten sind definierte Patientengruppen.

⁴⁰ Die DSM IV ist das nationale Klassifizierungssystem der American Psychiatric Association.

⁴¹ Die ICD 10 ist das Internationale Klassifikationssystem der Krankheiten, 10. Revision.

keit, der Auswirkungen und der Kosten fortschrittlicher Behandlungsprogramme. Sie beinhaltet somit die Evaluation innovativer Behandlungsstrukturen und -formen, aber auch die Analyse subjektiver Sichtweisen der Patienten, Angehörigen und Professionellen. Ein Aspekt der Versorgungsforschung ist die Rehabilitationsforschung. Hier wird die Effektivität bestimmter Institutionen, Methoden und Strategien der Rehabilitation psychisch Kranke und Behinderte überprüft. Ebenso gehört die Forschung zur Lebensqualität psychisch kranker Menschen in diesen Bereich. Hierbei wird ein komplexer, subjektiver Wertungsprozess untersucht, welcher das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Patienten mit einbezieht. Bei der sozialpsychiatrischen Forschung treten jedoch auch methodische Probleme und Grenzen auf. Neue Formen psychiatrischer Versorgung oder Behandlung und alternative Methoden der langfristigen Therapie werden wissenschaftlich bewertet. Zu den zentralen Forschungsmethoden der Sozialpsychiatrie gehören die Messung von globaler Effektivität, einzelne Effekte, die Bestimmung von Prognosen, von Verlaufsformen und die Analyse weiterer Aspekte⁴². Vor dem Hintergrund dieser Aufgabenvielfalt und der Komplexität ist es nachvollziehbar, dass früher eine Anzahl an wichtigen wissenschaftlichen Fragen offen blieb. Die Effektivität innovativer Betreuungsformen wurde anfangs kaum umfassend untersucht. Dies bedeutet, dass die Zahl der Evaluationen zu gering und die methodische Qualität oft nicht ausreichend waren. Inzwischen hat sich die sozialpsychiatrische Forschung weiterentwickelt.

Dadurch, dass sich Innovationen in der Psychiatrie überwiegend aus der Praxis heraus entwickelten und die wissenschaftliche Basis häufig fehlte, wurden einige Neuerungen mit Skepsis betrachtet oder abgelehnt. Psychiatrische Tageskliniken wurden zum Beispiel als reine „Modeerscheinung“ diskreditiert, wodurch die Etablierung dieser Versorgungsform möglicherweise verzögert wurde.

Ein weiteres Problem stellt der Untersuchungsgegenstand dar. Die Strukturen und Gewohnheiten der psychiatrischen Versorgung, die historisch gewachsen sind, sind methodisch und wissenschaftlich schwer zu erfassen. Die Forschung wird häufig begleitend durchgeführt. Notwendige experimentelle Bedingungen lassen sich aus ethischen und praktischen Gründen nicht herstellen. Ferner sind das Interesse und die Bereitschaft der Mitarbeiter, sich an derartigen Untersuchungen zu beteiligen, sehr wechselhaft.

⁴² z.B. die Analyse der Kosten oder die Untersuchung von anderen, patientenfernen Auswirkungen

Letztlich führen auch die geringe finanzielle Unterstützung in diesem Bereich und der große zeitliche Aufwand solcher Versorgungsuntersuchungen zu Schwierigkeiten. Eine Evaluation auf diesem Gebiet ist daher aufwendig und kompliziert.⁴³

Die Wahl der Methoden richtet sich nach dem Forschungsgegenstand. In Bereichen, die bislang nicht erforscht wurden, wird zunächst eine Hypothesengenerierung durchgeführt, um einen Überblick zu gewinnen. Mit zunehmendem Wissen über den Gegenstand können präzise Fragestellungen formuliert werden. Zu den klassischen Methoden der sozialpsychiatrischen Forschung gehören Querschnitts- und Längsschnittanalysen. Hierbei wird erfragt, wer aus welchen Gründen Nutzer psychiatrischer Institutionen und Dienste ist bzw. wie das Ergebnis der Betreuung nach 6, 12 oder 24 Monaten aussieht.

Ferner ist die Beschreibung der Bezugsgruppe relevant. Die allgemeine Zielgruppe (z.B. psychisch kranke Menschen) eines bestimmten Therapieverfahrens in einer definierten Bevölkerungsgruppe muss hierbei von der Gruppe unterschieden werden, die die Therapie auch planmäßig abschließt. Die Untersuchung mit Kontrollgruppen wird in der evaluierenden Versorgungsforschung nur selten durchgeführt, da es kaum möglich ist. In der Vergangenheit wurde einige Male mit Vergleichsgruppen gearbeitet. Hierzu gehören zum Beispiel Hoult (1987) im Bereich der Akut-Kranken-Versorgung und Vetter (1985), welcher einen Vergleich zwischen den für rehabilitative, therapeutische Wohngemeinschaften angemeldeten und später auch eingezogenen Kranken mit Patienten, die angemeldet, aber nicht eingezogen sind, aufstellte.

Es sind im Bereich der sozialpsychiatrischen Forschung auch einige Probleme und Grenzen zu beachten. Bei vielen Untersuchungen ist die Stichprobe sehr klein. Wichtige Faktoren wie Diagnose, Medikation und Behandlungsart bzw. -intensität werden nicht über den gesamten Untersuchungszeitraum kontrolliert. In einigen Versorgungsstudien sind Definition und Darstellung der untersuchten Patientengruppen ungenau, wodurch der Vergleich mit anderen Populationen nahezu unmöglich wird. Internationale Klassifikationssysteme und standardisierte Untersuchungs- und Erhebungsmethoden sollen dieser Problematik entgegenwirken. Die Zahl der Fälle in Sozialpsychiatrischen Diensten ist recht schnell benannt. Schwierigkeiten gibt es jedoch bei der Anzahl von möglichen Nutzern, um die Größe eines Dienstes bemessen zu können. Ferner werden bei katamnestischen

⁴³ Eikelmann 1997, Seite 157ff

Untersuchungen⁴⁴ häufig Patienten mit einbezogen, die für die darzustellende therapeutische Maßnahme als besonders geeignet erscheinen. Dadurch wird bereits eine Vorauswahl getroffen und die allgemein zu erwartenden Misserfolge werden auf ein Minimum reduziert.⁴⁵ Ein weiteres Problem stellt die Randomisierung dar. Dies ist ein Verfahren, bei dem die Stichproben durch Zufallsmechanismus Behandlungen zugeteilt werden. Bekannte und unbekannte Einflussgrößen sollen dadurch gleichmäßig zwischen Studien- und Kontrollgruppe verteilt werden.⁴⁶ Diese Form der Zuweisung von Patienten ist meist aus ethischen Gründen nicht vertretbar.

Durch die sozialpsychiatrische Perspektive werden psychisch kranke Menschen mehrdimensional behandelt. Die Einflüsse der verschiedenen pharmakologischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Maßnahmen können dabei kaum differenziert werden. Ferner sind auch Effekte, die durch die Behandlung erzielt wurden, schwer von Spontanbesserungen zu unterscheiden.

Ein Wissenszugewinn durch die sozialpsychiatrische Sichtweise ist somit nur langsam zu realisieren, da umfangreiche Schwierigkeiten zu beachten sind.⁴⁷

2.6. Die Zukunft der Sozialpsychiatrie

In Bezug auf die Frage, wie die Zukunft der Sozialpsychiatrie aussehen könnte, gibt es einerseits Hoffnungen und andererseits Befürchtungen.

Die Entwicklung der Psychiatrie könnte weg von den großen psychiatrischen Krankenhäusern und hin zu modernen, flexiblen, gemeindezentrierten Diensten führen, welche auch ambulante und teilstationäre Kriseninterventionsteams und Rehabilitationszentren beinhalten. Es ist denkbar, dass in allen somatischen Krankenhäusern psychiatrische Abteilungen vorhanden sind. Ebenso könnte ein Netzwerk mit sozialpsychiatrischen Einrichtungen, ortsansässigen Ärzten und sozial-medizinischen Institutionen aufgebaut werden. Die Sozialpsychiatrie wäre somit gut in Medizin und Gesellschaft integriert. Das Wissen über Wechselwirkungen zum einen zwischen sozialen Einflüssen und psychischen Störungen und zum wesentlich umfassender als zum jetzigen Zeitpunkt.

⁴⁴ Katamnestische Untersuchungen sind Untersuchungen, die nach Überwindung der Erkrankung durchgeführt werden.

⁴⁵ Vgl. Eikelmann 1997, Seite 162

⁴⁶ URL 4 [Stand: 28.04.2009] / Das Bertelsmann Lexikon 1996, Seite 8021

⁴⁷ Vgl. Eikelmann 1997, Seite 162f

Dies wiederum würde eine effiziente therapeutische und präventive Praxis ermöglichen. Letztlich würde auch eine sinnvollere Tarifgestaltung für sozialpsychiatrische Leistungen eine Verbesserung der Behandlung und Wiedereingliederung von psychiatrischen Patienten ermöglichen.

Die Kritiker bezüglich der Zukunft der Sozialpsychiatrie gehen davon aus, dass das sozialpsychiatrische Handeln und Denken zu wenig medizinisch und zu wenig fundiert sein wird. Auf Grund von Quantifizierung und Rationalisierung würden Bereiche wie die Neurowissenschaften, die biologische Psychiatrie und die Psychopharmakologie intensiver gefördert. Es gibt Auffassungen, die folgendes beinhalten: „Jede gute Psychiatrie ist heute Sozialpsychiatrie.“⁴⁸ Außerdem seien Methoden und Sichtweisen der Sozialpsychiatrie gut in der allgemeinen Psychiatrie integriert. Dadurch verliere diese die Grundlage als eigenständiger Bereich.⁴⁹

Um eine realistische Tendenz aufzeigen zu können, müssen die Stärken und Schwächen der aktuellen Sozialpsychiatrie betrachtet werden.

Zu den Stärken zählt die sehr dynamische Entwicklung der Sozial- und Gemeindepsychiatrie, die in den meisten westlichen Ländern seit den letzten 20 bis 30 Jahren stattfindet. Daher wurden mehrere traditionelle Krankenhäuser durch Netzwerke von gemeindezentrierten Diensten und Übergangseinrichtungen ergänzt. In vielen Krankenhäusern wurden psychiatrische Abteilungen integriert, wodurch die Psychiatriekrankenhäuser teilweise entlastet und ersetzt werden. Die Zahl der Langzeitpatienten in diesen psychiatrischen Krankenhäusern ist dadurch stark zurückgegangen.

Eine weitere Stärke bieten die hohe Motivation und Kreativität vieler sozialpsychiatrisch engagierter Mitarbeiter. Nur dadurch wird die Einführung der o. g. gemeindezentrierten Einrichtungen ermöglicht. Eine ständige Entwicklung der Methoden der Rehabilitation, der Techniken zur Krisenintervention, des Case-Managements, der Familienarbeit und -therapie ist zu verzeichnen. Durch systematische Evaluationen werden die genannten Methoden gefestigt.

Zunehmende empirische Sozialforschung stellt ebenso eine solide Basis der Sozialpsychiatrie dar. Demzufolge werden u. a. Erkenntnisse über Korrelationen zwischen psychischen Störungen und unterschiedlichen sozialen Bedingungen möglich.

⁴⁸ U. a. Christian Müller, 1997

⁴⁹ Vgl. Ciompi 2001, Seite 755f

Evaluationen zum Thema Kosten und Nutzen von verschiedenen Behandlungsmethoden ergaben, dass bei vielen Patienten gemeindezentrierte therapeutische Ansätze bei gleichem Nutzen bis zu 50 Prozent günstiger sind gegenüber den vollstationären Behandlungen. Durch gemeindezentrierte Ansätze würden die Wiedereingliederung gefördert und Krankenhauszeiten verringert.⁵⁰

Wenn man die Schwächen der aktuellen Sozialpsychiatrie betrachtet, fällt auf, dass die Mehrzahl mit der Vielfalt von innovativen sozialpsychiatrischen Einrichtungen zusammenhängt. Die gemeindezentrierten Institutionen sind untereinander oft schlecht koordiniert. Eine fehlende einheitliche ärztliche Leitung von stationären und ambulanten Diensten erschwert eine langfristige Koordinierung von mehreren kurzfristigen Behandlungsansätzen zu einem sinnvollen Ganzen.

Des Weiteren fließt der überwiegende Teil der finanziellen und personellen Mittel in stationäre Einrichtungen. Die Sozialpsychiatrie hat aktuell wenig akademisches Gewicht, was durch die sehr geringe Zahl an universitären Lehrstühlen für Sozialpsychiatrie deutlich wird. Die Zahl der Lehrstühle für biologische Psychiatrie ist bedeutend größer. Somit kann festgestellt werden, dass das Gleichgewicht zwischen neurobiologischer, psychodynamischer und sozialer Psychiatrie zumindest im Bereich von Lehre und Forschung noch nicht hergestellt ist.

Aus den genannten Überlegungen ergeben sich abermals Zukunftsperspektiven mit positiver und negativer Tendenz.

Ciompi ist der Auffassung, dass es durchaus wahrscheinlich sei, dass sich die Dynamik der Sozialpsychiatrie an Orten mit guten Rahmenbedingungen weiterhin entfalten wird. Innovative Entwicklungen seien auch in schwierigen Finanzsituationen durch den Transfer von Ressourcen von Kliniken in die Gemeinden möglich. Es sei denkbar, dass psychiatrische Krankenhäuser aufgelöst werden. An ihre Stelle sollen psychiatrische Abteilungen in somatischen Kliniken treten, unterstützt von ambulanten und teilstationären Diensten.

Eine weitere Zukunftstendenz sei die vermehrte Schaffung von gemeindezentrierten ambulanten psychiatrischen Notfalldiensten und Kriseninterventionsteams, welche 24 Stunden am Tag verfügbar sind. Es würden sich auch neue Formen sozialer und beruflicher Wiedereingliederung etablieren und ausbreiten. Die Psychiatrie werde künftig stärker gemeindezentriert orientiert sein. Um derartige Entwicklungen ermöglichen zu können, sei der Abbau von bürokratischen Schranken gegen die Anstellung von sozialpsychiatrischem Personal in Privatpraxen sowie

⁵⁰ Vgl. Ciompi 2001, Seite 758ff

eine Reformierung der Kassentarifstrukturen für die ambulante psychiatrische Betreuung und Sozialarbeit unverzichtbar. Die genannten Schwächen der aktuellen Sozialpsychiatrie werden sich wahrscheinlich noch auf diese Entwicklung auswirken. Es sei ebenso möglich, dass sie sich verstärken.

Eine Verknappung der finanziellen und personellen Mittel sei zu erwarten, und in diesem Zusammenhang erhöhe sich die Konkurrenz um die verfügbaren Mittel. In Verbindung mit der Qualitätssicherung oder auch dem globalen Management sei ferner mit einer Zunahme der Bürokratisierung zu rechnen.

Diesen Problemen könne zum einen mit einer qualitativen Verbesserung der sozi-alpsychiatrischen Methoden und Kompetenzen, zum anderen aber auch mit effizienter Öffentlichkeitsarbeit, systematischen Evaluationen und Weiterentwicklung begegnet werden.⁵¹

2.7. Zusammenfassende Gedanken

In diesem Kapitel wurde ein Überblick über das umfassende Gebiet der Sozialpsychiatrie gegeben. Die Geschichte stand ebenso im Fokus wie die Zukunft der Sozialpsychiatrie. Des Weiteren wurde auf das geltende Recht, die sozialpsychiatrische Sichtweise der Psychiatrie, das Arbeitsfeld und die Forschung eingegangen. Letztlich gilt es eine Antwort auf die eingangs gestellte Frage, ob die Sozialpsychiatrie eine Unterform der Psychiatrie darstellt, zu geben.

Es stellte sich heraus, dass mehrfach die Ansicht vertreten wird, dass jede Psychiatrie eine Sozialpsychiatrie sei.⁵² Es wurde u. a. in den Unterkapiteln „Die sozi-alpsychiatrische Sichtweise in der Psychiatrie“ und „Die Zukunft der Sozialpsychiatrie“ dargestellt, dass die Sozialpsychiatrie ihr Augenmerk auf spezifische Aspekte der psychischen Erkrankungen und deren Heilung legt. Ferner wurde festgestellt, dass die Methoden und Sichtweisen vielfach in die allgemeine Psychiatrie integriert sind. Somit können die Auffassungen von Dörner und Müller, dass jede Psychiatrie eine soziale Psychiatrie ist, bestätigt werden. Daher ist auch das Intensiv-betreute Einzelwohnen für psychisch kranke Menschen Bestandteil der sozialen Psychiatrie.

⁵¹ Vgl. Ciompi 2001, Seite 760ff

⁵² Vgl. Müller 1997 und Dörner

3. Evaluation

Ein maßgebliches Mittel zur Entwicklung der Sozialpsychiatrie ist die Forschung, die u. a. auf den Methoden der Evaluation beruht. Empirische Forschung sucht nach Erkenntnissen, welche durch systematische Auswertung und Erfahrungen entstehen.⁵³ Diese befasst sich mit der Bewertung von Maßnahmen oder Interventionen.⁵⁴

Es gilt einerseits zu klären, was unter dem Begriff der Evaluation zu verstehen ist. Andererseits sollen die anzuwendenden Grundsätze und Methoden in diesem Bereich genauer betrachtet werden.

3.1. Begriffsdefinition

Der Begriff Evaluation wurde schon von mehreren Autoren⁵⁵ definiert. So ist Evaluation die systematische Informationssammlung für die Bewertung von Maßnahmen. Evaluation ist nicht einfach eine Form angewandter Sozialforschung, sondern eine eigenständige Methode wertender Analyse, die sich auf den Balanceakt zwischen Wissenschaft und Politik spezialisiert hat.⁵⁶

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Evaluation das

1. methodische Erfassen
2. begründete Bewerten von Ressourcen und Ergebnissen zum
3. besseren Verstehen und Gestalten einer Praxismaßnahme durch Wirkungskontrolle, Steuerung und Reflexion meint.⁵⁷

Folglich dient Evaluation als Planungs- und Entscheidungshilfe.⁵⁸ Dadurch ist diese auf ein breites Spektrum an Methoden angewiesen, um hilfreiche Informationen bereitstellen zu können.

⁵³ Bortz/Döring 2003, Seite 5

⁵⁴ ebenda, Seite 101

⁵⁵ z.B. Schaffer 2002, Seite 69; Bortz/Döring 2003, Seite 101; Sanders 2006, Seite 28; Wottawa/Thierau 2003, Seite 13

⁵⁶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1999, Seite 20

⁵⁷ Reichmann 2004, Seite 18

⁵⁸ Wottawa/Thierau 2003, Seite 14

3.2. Aufgaben und Ziele

Evaluationsforschung dient der Bewertung des Konzeptes, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme.⁵⁹ Evaluationsforschung befasst sich zusätzlich mit Personen, Umweltfaktoren, Produkten, Techniken und Methoden, Zielvorgaben, Projekten und Programmen, Systemen und Strukturen,⁶⁰ demnach mit allen Aktivitäten, bei denen es um die Bewertung des Erfolges von gezielt eingesetzten Maßnahmen oder um Auswirkungen von Wandel in Natur, Kultur, Technik und Gesellschaft geht.⁶¹ Dies ist ein sehr breit gefächerter Aufgabenkatalog.

Evaluation dient ferner der Handlungsoptimierung, durch welche ein bestimmtes Ergebnis erreicht werden soll. Aus vielen möglichen Aktionen wird jene ausgewählt, die subjektiv am effektivsten erscheint. Danach werden der damit erreichte Erfolg, der benötigte Aufwand und eventuell aufgetretene unbeabsichtigte Nebenwirkungen rückgemeldet und subjektiv bewertet. Dies ermöglicht wiederum eine Handlungsoptimierung in einer später auftretenden, vergleichbaren Situation.⁶² Folglich kann Evaluation dazu dienen, innerhalb eines wissenschaftsexternen, vorläufigen und in gewissen Grenzen willkürlichen Rahmens die Wahrscheinlichkeit für die Wahl einer guten Verhaltensmöglichkeit zu erhöhen und analog dazu die Wahl einer schlechten Alternative zu verringern.⁶³

Der Zweck einer Evaluation wird durch die einzelnen Ziele und den vorgesehenen Nutzen der daraus resultierenden Ergebnisse definiert.⁶⁴

Bei der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Evaluation ist das Ziel, die Zufriedenheit der Klienten /-innen mit der Maßnahme Intensiv-betreutes Einzelwohnen für psychisch kranke Menschen (BEW) zu analysieren und zu bewerten. Durch eine hohe Zufriedenheit mit der Maßnahme BEW ist eine hohe Motivation zur Zusammenarbeit zwischen Klient /-in und Sozialpädagoge / Sozialpädagogin zu erreichen, wodurch die Maßnahme höchstmögliche Erfolge erzielen kann.

⁵⁹ Bortz/Döring 2003, Seite 102

⁶⁰ Wottawa/Thierau 2003, Seite 61

⁶¹ Bortz/Döring 2003, Seite 102

⁶² Wottawa/Thierau 2003, Seite 18

⁶³ ebenda, Seite 21f

⁶⁴ Sanders 2006, Seite 171

3.3. Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval)

„Ein Standard ist ein Prinzip, auf das sich die in einem Fachgebiet tätigen Praktiker geeinigt haben, und dessen Beachtung dazu beiträgt, dass die Qualität und die Fairness der jeweiligen beruflichen Tätigkeit – z.B. Evaluation – verbessert werden.“⁶⁵

Die *Standards für die Evaluation von Programmen* gleichen dem in Fuchs u. a. dargestellten Verständnis von Standards als einen „Maßstab zur Bewertung eines Verhaltens als gut, wünschenswert o. ä.“.⁶⁶ Folglich wird der Standard als eine soziale, in Aushandlungsprozessen zu konkretisierende Leitlinie verstanden.⁶⁷

Das *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* wurde 1975 in den Vereinigten Staaten von Amerika gegründet, um ein Projekt zur Entwicklung von allgemeinen Standards für die Evaluation in Bildung und Erziehung zu entwickeln. 1981 wurde die erste Version der *Standards for Evaluational Programs, Projects and Materials* verfasst. Nach einem umfangreichen Überprüfungsprozess entstanden die *Program Evaluation Standards*. Die Standards stellen somit auch Leitlinien für effektive Evaluationen zur Verfügung.⁶⁸

1997 wurde die Deutsche Gesellschaft für Evaluation (DeGEval) gegründet. Aufgrund der Übersetzung der Standards des *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* in die deutsche Sprache und durch Beeinflussung von Erkenntnissen in der Schweiz, leitete die DeGEval einen Prozess zur Formulierung eigener Evaluationsstandards ein. Ausgangspunkt waren sowohl die amerikanischen, als auch die schweizerischen Standards.⁶⁹ Im Oktober 2001 wurde von der Mitgliederversammlung der DeGEval die *Standards der Deutschen Gesellschaft für Evaluation* verabschiedet. Die Grundstruktur der Standards mit den vier Hauptgruppen Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit ist erhalten geblieben. Demzufolge sind Standards auch Leitprinzipien, welche Hinweise und Warnungen vor Fehlern enthalten.⁷⁰

Bei der vorliegenden Arbeit wurden die nachstehenden Standards beachtet.

⁶⁵ Sanders 2006, Seite 27

⁶⁶ Fuchs 1975, Seite 651

⁶⁷ Sanders 2006, Seite 251

⁶⁸ ebenda, Seite 23-25

⁶⁹ ebenda, Seite 303f

⁷⁰ ebenda, Seite 35

3.3.1. Nützlichkeit

„Die Nützlichkeitsstandards sollen sicherstellen, dass die Evaluation sich an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet.“⁷¹

Es wurden acht Nützlichkeitsstandards formuliert:

- Die Beteiligten und Betroffenen müssen identifiziert werden, um deren Interessen zu klären und möglichst weit bei der Anlage der Evaluation zu berücksichtigen.
- Die Evaluationszwecke müssen geklärt werden. Dadurch können die Beteiligten und Betroffenen Position zu den Evaluationszwecken beziehen. Das Evaluationsteam kann einen klaren Arbeitsauftrag verfolgen.
- Der Evaluator / die Evaluatorin soll glaubwürdig und methodisch kompetent sein, um mit den Ergebnissen ein Höchstmaß an Glaubwürdigkeit und Akzeptanz zu erreichen.
- Bei der Auswahl und dem Umfang der Informationen ist darauf zu achten, dass diese die Behandlung der zu untersuchenden Fragestellung zum Evaluationsgegenstand ermöglicht und der Informationsbedarf des Auftraggebers berücksichtigt wird.
- Ferner ist auf die Transparenz der Werte zu achten, da die Grundlagen der Interpretation der Ergebnisse klar ersichtlich sein sollen.
- Die Berichterstattung muss vollständig und klar sein. Evaluationsberichte sollen alle wesentlichen Informationen zur Verfügung stellen, leicht zu verstehen und nachvollziehbar sein.
- Die Evaluation soll rechtzeitig geplant und durchgeführt werden. Es soll möglich sein, dass die Ergebnisse der Evaluation in offene Entscheidungs- und Verbesserungsprozesse einfließen können.
- Außerdem soll auf Nutzung und Nutzen der Evaluation geachtet werden. Die Planung, Durchführung und Berichterstattung soll so gestaltet werden, dass Beteiligte und Betroffene dazu ermuntert werden, die Ergebnisse zu nutzen.⁷²

⁷¹ URL 5: [Stand: 03.04.2009]

⁷² URL 5: [Stand: 03.04.2009]

3.3.2. Durchführbarkeit

„Die Durchführbarkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird.“⁷³

Folgende drei Durchführbarkeitsstandards sind zu befolgen:

- Das Evaluationsverfahren soll angemessen sein und ist so zu wählen, dass Belastungen des Evaluationsgegenstandes bzw. der Beteiligten und Betroffenen in einem adäquaten Verhältnis zum Nutzen der Evaluation stehen. Das Evaluationsverfahren schließt auch das Verfahren zur Beschaffung der notwendigen Informationen mit ein.
- Durch ein diplomatisches Vorgehen wird eine möglichst hohe Akzeptanz der verschiedenen Beteiligten und Betroffenen in Bezug auf das Vorgehen und die Ergebnisse der Evaluation erreicht.
- Des Weiteren darf die Kostenwirksamkeit nicht außer Acht gelassen werden. Die Evaluation ist dann kostenwirksam, wenn ihr Nutzen größer ist als die Kosten, oder wenn Kosten und Nutzen gleich groß sind. Die Kosten umfassen den Wert aller Ressourcen, die für die Evaluation verwendet wurden.⁷⁴

3.3.3. Fairness

„Die Fairnessstandards sollen sicherstellen, dass in einer Evaluation respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird.“⁷⁵ Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation hat fünf Standards die Fairness betreffend verfasst:

- Vereinbarungen, welche zwischen den Vertragsparteien einer Evaluation ausgehandelt werden, sind schriftlich festzuhalten. Dadurch sollen die Parteien verpflichtet werden, alle Bedingungen dieser Vereinbarung zu erfüllen oder aber neu auszuhandeln.

⁷³ URL 5: [Stand: 03.04.2009]

⁷⁴ Sanders 2006, Seite 105; Kosten: Gesamtwert aller personellen und sachlichen Mittel (aufgebrachte Zeit der Teilnehmenden und ehrenamtlichen Helfer, tatsächlich in Rechnung gestellte Beiträge und Sachleistungen)

⁷⁵ URL 5: [Stand: 03.04.2009]

- Es ist ferner darauf zu achten, dass bei der Planung und Durchführung der Evaluation die Sicherheit, Würde und Rechte der einbezogenen Personen geschützt werden.
- Die Evaluation soll die Stärken und Schwächen des jeweiligen Evaluationsgegenstandes möglichst vollständig und ehrlich überprüfen und darstellen, so dass die Stärken weiter ausgebaut und die Schwachpunkte behandelt werden können.
- Das Evaluationsteam bzw. der Evaluator / die Evaluatorin soll die Evaluation unparteiisch durchführen. Die Auswertung soll fair und möglichst frei von persönlichen Gefühlen sein. Dadurch kann die Evaluation die unterschiedlichen Sichtweisen von Beteiligten und Betroffenen auf den Evaluationsgegenstand und die Ergebnisse in Rechnung stellen.
- Ferner sollen die Ergebnisse offen gelegt und den Beteiligten und Betroffenen zugänglich gemacht werden.⁷⁶

3.3.4. Genauigkeit

„Die Genauigkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervorbringt und ermittelt.“⁷⁷

In den Evaluationsstandards wurden neun Genauigkeitsstandards festgehalten:

- Der Evaluationsgegenstand ist klar und genau zu beschreiben und zu dokumentieren, damit er eindeutig identifiziert werden kann.
- Der Kontext des Evaluationsgegenstandes soll hinlänglich detailliert untersucht und analysiert werden.
- Um eine Identifizierung und Einschätzung zu ermöglichen, sollen Gegenstand, Zwecke, Fragestellungen, Vorgehen und Informationsquellen der Evaluation genau dokumentiert und beschrieben werden. Dies schließt die angewandten Methoden mit ein. Dadurch kann die Verlässlichkeit und Angemessenheit der Informationen eingeschätzt werden.
- Die Informationsquellen sind genau zu dokumentieren, um die Verlässlichkeit und Angemessenheit der Daten einschätzen zu können.

⁷⁶ URL 5: [Stand: 03.04.2009]

⁷⁷ URL 5: [Stand: 03.04.2009]

- Die Verfahren zur Gewinnung von Daten sollen so gewählt und eingesetzt werden, dass die Zuverlässigkeit der gewonnenen Daten nach fachlichen Maßstäben sichergestellt ist.
- Bei den gesammelten, aufbereiteten, analysierten und präsentierten Informationen soll eine systematische Fehlerprüfung durchgeführt werden.
- Die Informationen einer Evaluation sollen angemessen und systematisch analysiert werden, sodass dadurch die effektive Beantwortung der Fragestellung ermöglicht wird.
- Jegliche Folgerung, die in der Evaluation gezogen wurde, soll ausdrücklich begründet werden, damit die Adressaten und Adressatinnen diese einschätzen können.
- Außerdem soll die Evaluation so dokumentiert und archiviert werden, dass eine Meta-Evaluation ermöglicht wird (siehe 2.4).⁷⁸

3.4. Formen der Evaluation

Evaluationen können in unterschiedlicher Art und Weise durchgeführt werden. Ebenso gibt es eine Vielzahl an Unterscheidungsmöglichkeiten. Diese Arbeit beschränkt sich auf sieben Abgrenzungsmöglichkeiten, um einen Überblick zu geben. Dies erhebt jedoch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Makro- und Mikro-Evaluation

Bei einer Makro-Evaluation wird die Gesamtheit aller Prozesse und Maßnahmen betrachtet.

Die Mikro-Evaluation betrachtet hingegen einen Aspekt dieser Gesamtheit genauer. Das bedeutet, dass ein Prozess oder eine Maßnahme analysiert und bewertet wird.⁷⁹

Summative und formative Evaluation

Die summative Evaluation wird durchgeführt, wenn eine Maßnahme abgeschlossen ist. Diese Form beurteilt zusammenfassend die Wirksamkeit einer vorgegebenen Intervention.

⁷⁸ URL 5: [Stand: 03.04.2009]

⁷⁹ URL 6: [Stand: 03.04.3009]

Eine formative Evaluation ist eine Begleitevaluation. Sie wird erforderlich, wenn Maßnahmen und ihre Wirkung fortlaufend kontrolliert werden sollen. Im Unterschied zur summativen sind formative Evaluationen meist erkundend angelegt. Sie zielen auf die Identifizierung von Wirkungsverläufen, die Vermittlung handlungsrelevanten Wissens⁸⁰ und die Maßnahmerestriktionen durch politisch administrative Systeme ab. Eine formative Evaluation wird beispielsweise bei der Entwicklung einer neuen Unterrichtstechnik durchgeführt. Dabei werden die Praktikabilität der Methode und die Lernerfolge der Schüler unterrichtsbegleitend geprüft.⁸¹

Retrospektive und prospektive Evaluation

Anhand einer retrospektiven Evaluation wird die Frage beantwortet, ob mit einer Maßnahme die angestrebten Ziele erreicht wurden. Diese Form der Evaluation wird demnach nach der Beendigung einer Maßnahme durchgeführt.

Im Gegensatz dazu wird mit einer prospektiven Evaluation die Frage beantwortet, ob die Interventionsprogramme den finanziellen Aufwand für eine geplante Maßnahme rechtfertigen. Die Erfolgsaussichten einer geplanten Maßnahme werden ermittelt.⁸²

Extrinsische und intrinsische Evaluation

Bei der extrinsischen Evaluation wird eine Maßnahme aufgrund ihrer Auswirkungen bei den jeweiligen Adressaten überprüft.

Bei der intrinsischen Evaluation erfolgt die Bewertung unabhängig von konkreten Auswirkungen. Es wird beispielsweise bei der Bewertung eines Personalentwicklungssystems nicht auf dessen Passung zur jeweiligen Unternehmenskultur geachtet.⁸³

Input- und Output-Evaluation

Die Input-Evaluation analysiert und bewertet einzelne Aspekte einer Maßnahme.

Bei der Output-Evaluation hingegen wird das Augenmerk auf das Ergebnis einer bestimmten Maßnahme gelegt.⁸⁴

⁸⁰ Handlungsrelevantes Wissen ist Prozess- und Steuerungswissen.

⁸¹ Bortz/Döring 2003, Seite 112f

⁸² Ebenda, Seite 105

⁸³ URL 7: [Stand: 03.04.2009]

⁸⁴ URL 6: [Stand: 03.04.3009]

Interne und externe Evaluation

Bei der internen Evaluation werden Prozesse und Maßnahmen von Personen evaluiert, die diese geplant und durchgeführt haben. Die interne Evaluation wird auch als Selbstevaluation bezeichnet.

Bei einer externen Evaluation führt eine Person die Evaluation durch, die nicht an der Planung und Durchführung dieser beteiligt war.⁸⁵

Meta-Evaluation

Nach Abschluss eines Evaluationsprojektes sollten die gewonnenen Erfahrungen nach Möglichkeit aufbereitet und zusammengefasst werden. Die gewonnenen Informationen und angewandten Methoden werden überprüft. Dies wird als Meta-Evaluation bezeichnet.⁸⁶

3.5. Zentrale Methoden der Evaluation

Um eine Evaluation durchführen zu können, wird zwischen folgenden Methoden gewählt:

- Verhaltensbeobachtung
- Leistungsmessung
- Befragung
- Kriterienkatalog

Im Rahmen dieser Arbeit wurde ausschließlich die Methode der mündlichen und schriftlichen Befragung angewandt, wodurch auf eine nähere Erläuterung der anderen Techniken an dieser Stelle verzichtet werden kann. Die Befragung ist die am häufigsten benutzte Untersuchungsvariante in der empirischen Sozialforschung. Etwa 90% aller Daten werden mithilfe dieser Methode gewonnen. Es wird zwischen mündlichen Befragungen in Form von Interviews und schriftlichen Befragungen mittels Fragebögen unterschieden.

Die Entwicklung eines aussagekräftigen Fragebogens erfordert mehr Vorkenntnisse und Vorarbeit als ein Interview. Ein Fragebogen sollte so gestaltet sein, dass die Bearbeitung, abgesehen von einer einleitenden Instruktion, ohne weitere

⁸⁵ URL 6: [Stand: 03.04.3009]

⁸⁶ Wottawa/Thierau 2003, Seite 138f

Erläuterungen möglich ist. Kann dies nicht garantiert werden, sollte das finanziell und zeitlich aufwendigere Interview durchgeführt werden.

Eine schriftliche Befragung wird als anonym erlebt. Dadurch erhöht sich die Bereitschaft zu ehrlichen Aussagen und zu einer gründlicheren Auseinandersetzung mit der erfragten Problematik. Es ist jedoch nicht vorhersehbar, wie viele der postalisch verschickten Fragebögen bearbeitet werden. Es ist nicht zu überprüfen, ob die vorgegebene Reihenfolge der Fragen eingehalten wird oder wie hoch die Bearbeitungszeit ist. Bei einem Fragebogen ist das Befragungsinstrument im höchsten Maße standardisiert. Die Gestaltung der Befragungssituation und die Begleitumstände werden durch den Befragten selbst beeinflusst.

Im Gegensatz dazu soll der Interviewer bei der mündlichen Befragung die Begleitumstände so gut wie möglich standardisieren. Der Interviewablauf ist hingegen nicht vorhersehbar (individuelle Verständnisfragen, etc.).⁸⁷

Beide Verfahren haben ihre Stärken und ihre Schwächen, die im Folgenden erörtert werden.

3.5.1. Mündliche Befragung

Die Methode der mündlichen Befragung wurde ursprünglich ausschließlich in Expertengesprächen eingesetzt. Erst seit Beginn des 20. Jahrhunderts findet das wissenschaftliche Interview seine regelmäßige Verwendung. Heute wird es als „Königsweg der praktischen Sozialforschung“ angesehen.⁸⁸

Bei einer mündlichen Befragung kann der Ablauf von völlig offen bis vollständig standardisiert variieren.

Bei dem standardisierten Interview sind der Wortlaut und die Abfolge der Fragen eindeutig vorgegeben. Die Fragen sind präzise formuliert. Standardisierte Interviews eignen sich insbesondere für klar umgrenzte Themenbereiche.

Bei unstrukturierten Interviews ist lediglich ein thematischer Rahmen vorgegeben, wodurch die Gesprächsführung offen ist. Hier erhält der Interviewer / die Interviewerin eine zentrale Rolle. Mit seiner / ihrer Art ein Gespräch zu führen beeinflusst er / sie das Ergebnis. Zudem sind auch Präferenzen, Sympathien und Antipathien des Interviewers / der Interviewerin wichtig. Die Antworten der Befragten werden mitprotokolliert oder aufgezeichnet. Diese Form der Befragung eignet sich beson-

⁸⁷ Bortz/Döring 2003, Seite 237

⁸⁸ König 1962, Seite 27

ders für schwierige Themenbereiche, die für die Befragten unangenehm sind und deren Bearbeitung Einfühlungsvermögen erfordert.

Zwischen den standardisierten und den nicht standardisierten Interviews liegen die so genannten halb- oder teilstandardisierten Interviews. Für diese Befragungsform ist ein Interview-Leitfaden charakteristisch. Dieser schreibt dem Interviewer / der Interviewerin mehr oder weniger verbindlich die Inhalte des Gesprächs vor.⁸⁹

Es gibt eine Vielzahl von Formen der mündlichen Befragung. Folglich lassen Interviews sich unter anderem unterscheiden nach:

- dem Ausmaß der Standardisierung (strukturiert – halb strukturiert - unstrukturiert)
- dem Autoritätsanspruch (weich – neutral – hart)
- der Art des Kontaktes (direkt – telefonisch – schriftlich)
- der Anzahl der befragten Personen (Einzelinterview – Gruppeninterview)
- der Anzahl der Interviewer
- der Funktion (Bsp.: ermittelnd – vermittelnd)
- dem Einsatzbereich (Bsp: Personalwesen – Strafvollzug – Massenmedien)⁹⁰

Die Vorbereitung eines Interviews beginnt mit der Festlegung des zu erfragenden Themenbereiches. In der Makroplanung werden einzelne thematische Teilbereiche bestimmt, wodurch die Struktur des Interviews festgelegt wird. Die Mikroplanung beinhaltet die Spezifizierung der Inhalte und die Präzisierung der Frageformulierungen. Anhand dessen kann ein Fragebogen oder Interviewleitfaden erstellt werden.⁹¹

3.5.2. Schriftliche Befragung

Bei einer schriftlichen Befragung beantworten die Untersuchungsteilnehmer selbstständig schriftlich vorgelegte Fragebögen.

Diese Untersuchungsvariante ist mit einem geringeren finanziellen Aufwand verbunden als die mündliche Befragung. Ein großer Nachteil dieser Befragungsart ist die unkontrollierte Erhebungssituation. Es ist möglich diesem Nachteil entgegen-

⁸⁹ Bortz/Döring 2003, Seite 239ff

⁹⁰ ebenda, Seite 238

⁹¹ ebenda, Seite 248

zuwirken, indem mehrere Teilnehmer in Gruppen zusammengefasst und unter standardisierten Bedingungen bei Anwesenheit eines Untersuchungsleiters gleichzeitig schriftlich befragt werden.

Bei dem Erstellen eines Fragebogens für eine schriftliche Befragung sind mehrere Prinzipien zu beachten. Es muss eine verständliche Instruktion enthalten sein, welche die Handhabung des Fragebogens eindeutig erklärt. Durch die Makro- und Mikroplanung werden die Reihenfolge der einzelnen Themenbereiche und die Abfolge der Fragen festgelegt. Sozialstatistische Angaben werden am Anfang des Fragebogens erhoben. Der letzte Teil sollte kurze, leicht zu beantwortende Fragen enthalten.

Bei einer schriftlichen Befragung sind Fragen mit Antwortvorgaben der offenen Frageform vorzuziehen. Durch die Verwendung von geschlossenen Fragen wird die Auswertung der Fragebögen erheblich erleichtert. Ebenso ist die Objektivität bei geschlossenen Fragen höher als bei offenen.

Bei offenen Fragen ist damit zu rechnen, dass die Teilnehmer nur kurze und unvollständige Antworten liefern. Grund hierfür ist die Angst vor Rechtschreibfehlern oder stilistischen Mängeln.

Fragebogenitems können zudem als Frage oder als Behauptung formuliert werden. Um Positionen, Meinungen und Einstellungen zu erkunden, eignen sich insbesondere Behauptungen, deren Zutreffen der Teilnehmer einzustufen hat.

Die Frage ist allgemein formuliert. Das angesprochene Problem wird offen gehalten. Die Behauptung hingegen ist direkter formuliert und provoziert u. U. eindeutigere Stellungnahmen.

Die Datenanalyse ist in der Regel computergestützt. Hierfür werden die Daten der Fragebögen in eine Datei geschrieben und gespeichert. Bei größeren Datenmengen, können zur elektronischen Datenerfassung Fragebögen verwendet werden, die maschinenlesbar sind. Durch spezielle Einlesegeräte werden die Daten automatisch digitalisiert.

Eine weitere Möglichkeit sind elektronische Fragebögen. Hier beantworten die Teilnehmer den Fragebogen durch entsprechende Eingaben an einem Terminal.⁹²

⁹² Bortz/Döring 2003, Seite 253ff

3.6. Grenzen empirischer Forschung

Empirische Forschung stößt an unterschiedlichen Stellen an ihre Grenzen.

Die Sozialforschung muss in der Empirie prinzipiell von widerlegbaren Hypothesen ausgehen. Die Hypothese muss folglich so exakt formuliert sein, dass der empirische Gehalt der Aussage überprüft und gegebenenfalls widerlegt werden kann. Selbst bei eindeutig formulierten Aussagen kann eine empirische Überprüfung schwierig sein, denn zur Kontrolle wird von einer begrenzten Stichprobe auf die Allgemeinheit geschlossen. Es kann kaum bewiesen werden, ob dies der Realität entspricht.⁹³ Somit gilt der vorhergesagte Zusammenhang einer Hypothese immer nur als vorläufig verifiziert. Eine Falsifikation drückt hingegen die endgültige Verwerfung einer Hypothese aus, welche bereits bei einer einzelnen nicht-entsprechenden Beobachtung eintritt (siehe Abbildung 2).

Ein weiteres Problem stellt die hypothesengesteuerte Wahrnehmung dar. Es ist deshalb denkbar, dass Forscher und Forschrinnen Beobachtungen, die nicht in das „Hypothesenbild“ passen, gar nicht wahrnehmen. Hier kann eine genaue Überprüfung der methodischen Vorgehensweise für Transparenz sorgen.

Es ist außerdem das Problem der Selbstselektion zu beachten. Treten bestimmte Effekte in einer Versuchsgruppe auf, die in der Kontrollgruppe ausbleiben, kann dadurch nicht automatisch auf einen Kausalzusammenhang geschlossen werden. Es ist nicht auszuschließen, dass es in der Versuchsgruppe andere Ursachen für die Effekte gibt. Die Effekte sind folglich auf nicht weiter geklärte Konstellationen bei den Personen aus der Stichprobe zurückzuführen, nicht aber auf die Ursachen, die in der Hypothese genannt sind.

Letztlich darf das Problem von Scheinkorrelationen nicht außer Acht gelassen werden. Ein Beispiel ist die Hypothese: „Wer auf großem Fuß lebt, hat auch ein größeres Einkommen.“ Würde demnach zu diesem Thema eine Studie durchgeführt werden, käme ein scheinbarer Zusammenhang zwischen Schuhgröße und Gehalt heraus. Dies hängt allerdings nur mit dem Umstand zusammen, dass Frauen in der Regel kleinere Füße haben als Männer und auch über ein geringeres Einkommen verfügen. Von der Schuhgröße kann nicht direkt auf das Einkommen geschlossen werden.⁹⁴

⁹³ Bsp.: Lange galt die Hypothese „Alle Schwäne sind weiß.“ als richtig – bis in Neuseeland schwarze Schwäne entdeckt wurden.

⁹⁴ Schaffer 2002, Seite 30ff

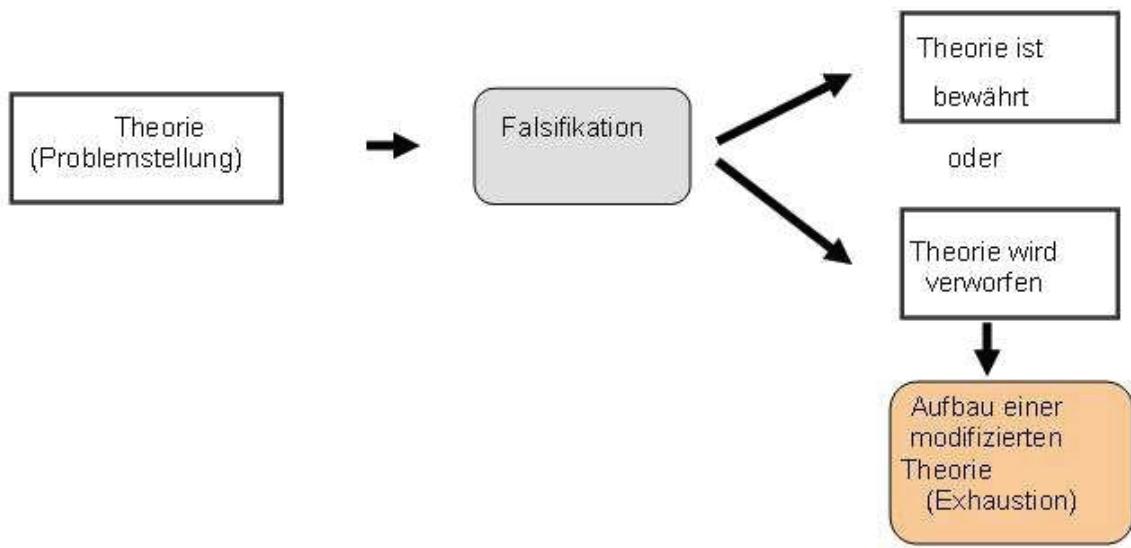


Abbildung 2: Exhaustion und Falsifikation⁹⁵

3.7. Datenschutz

Der Schutz der Persönlichkeitsrechte sollte auch in sozialwissenschaftlichen Evaluationsprojekten gewahrt werden. Hierfür gibt es eine Vielzahl an gesetzlichen Vorschriften. Der Datenschutz ist garantiert durch das Grundrecht auf informelle Selbstbestimmung. Das Bundesverfassungsgericht leitet dies aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG her.⁹⁶ Dieses Grundrecht wird durch das Bundesdatenschutzgesetz und die Datenschutzgesetze der Länder konkretisiert. Des Weiteren sind in den Sozialgesetzbüchern I und X Regelungen zum Datenschutz enthalten. Gemäß § 67 Abs. 1 Satz 1 SGB X⁹⁷ sind Sozialdaten Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person (Betroffener), die von einer in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Demnach sind Sozialdaten besonders sensible Daten – zum Beispiel bezüglich des Gesundheitszustandes. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten betrifft das Recht auf informelle Selbstbestimmung und bedarf einer gesetzlichen Grundlage.⁹⁸ Das Recht auf Schutz der Sozialdaten ist nicht dispositiv und kann daher rechtsgeschäftlich weder ausgeschlossen noch beschränkt werden (§ 84a Abs. 1 SGB X). Die Datenschutzaufsicht obliegt dem Bundes- bzw.

⁹⁵ URL 7: [Stand: 03.04.2009]

⁹⁶ BVerfGE 65, 1 (43 f) - Volkszählurteil

⁹⁷ URL 8: [Stand: 30.03.2009]

⁹⁸ Kokemoor 2006, Seite 66 f

Landesbeauftragten für den Datenschutz (§ 81 Abs. 2 SGB X). Zusätzlich unterliegen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die einer in § 203 Abs. 1 StGB genannten Berufsgruppe angehören, der strafrechtlichen Schweigepflicht. Zu dieser Gruppe zählen unter anderem Berufspsychologen, Ehe-, Familien- oder Jugendberater, Berater für Suchtfragen in einer anerkannten Beratungsstelle, staatlich anerkannte Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen.

Erzieher/-innen oder Heilpädagogen/-innen fallen nicht in den Geltungsbereich des Gesetzes und können sich demnach nicht gemäß § 203 StGB strafbar machen.

4. Fragestellung und Entstehung der Evaluation

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, wie zufrieden Klienten und Klientinnen mit dem Intensiv-betreuten Einzelwohnen sind. Es wird herausgestellt, ob bestimmte Faktoren die Zufriedenheit beeinflussen und welche dies im Einzelfall sind. Die Idee, eine derartige Studie durchzuführen, entstand 2006 mit dem Erscheinen des Artikels „Betreuungsbedürfnisse chronisch schizophrener Patienten in verschiedenen Wohnformen“ von Thomas W. Kallert und Matthias Leißé in der Fachzeitschrift *Sozialpsychiatrische Informationen*.⁹⁹ Kallert und Leißé veröffentlichen in diesem Artikel die Ergebnisse ihrer Studie mit 244 chronisch schizophrenen Patienten aus der Region Dresden, welche in fünf unterschiedlichen Betreuungsformen lebten (vgl. Diagramm 1). Die verschiedenen Wohnformen sind das Leben in einem Pflegeheim, einer sozialtherapeutischen Wohnstätte oder gemeinsam mit der Familie. Ebenso trennen Kallert und Leißé die Wohnformen Ambulant betreutes Wohnen und das Leben allein in einer Wohnung voneinander ab. Das Ambulant betreute Wohnen umschreibt in dieser Studie das Leben einer Gruppe von enthospitalisierten und anderen chronisch erkrankten Patienten in betreuten Wohngruppen oder in der eigenen Wohnung.¹⁰⁰

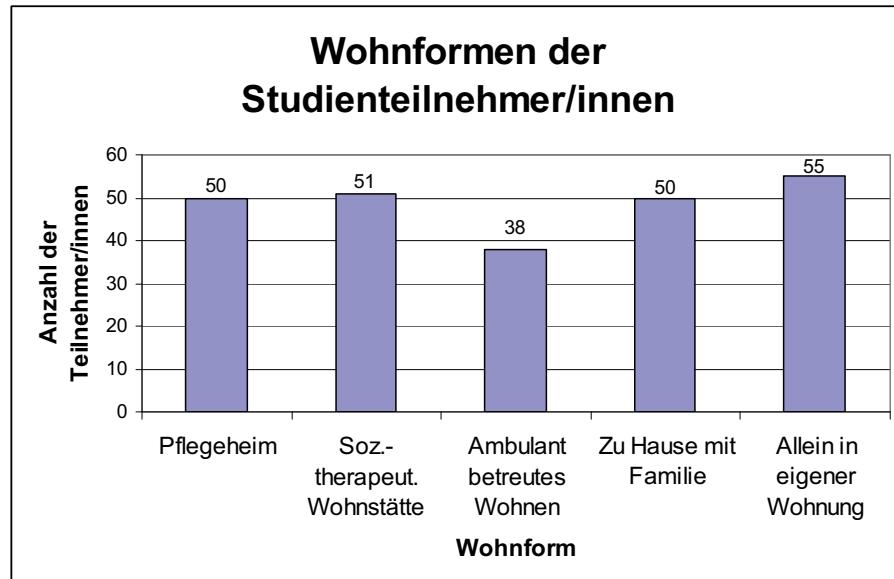


Diagramm 1: Wohnformen der Studienteilnehmer
(Daten aus der Studie "Betreuungsbedürfnisse chronisch schizophrener Patienten in verschiedenen Wohnformen" von Kallert und Leißé)

⁹⁹ Kallert/Leißé 2006, Seite 10-16

¹⁰⁰ ebenda, Seite 12

Alle Teilnehmer /-innen der Studie haben die Diagnose einer schizophrenen Störung gemäß der ICD-10. Kallert und Leißé überprüften an dieser Gruppe folgende Hypothesen:

1. „Schwer kranke und behinderte Patienten, die eine umfangreiche Betreuung in institutionalisierten Wohnformen erhalten, benennen weniger Bedürfnisse nach Unterstützung als Patienten in autonomen Wohnformen.“
2. In verschiedenen Wohnbetreuungsformen geben diese Patienten stabil unterschiedliche Unterstützungsschwerpunkte an, die mit den an Behinderungsschweregraden orientierten Betreuungskonzepten kongruent sind“ (Kallert/Leißé 2006, Seite 11).

Es stellte sich heraus, dass das familiäre und soziale Netzwerk der Patienten des psychiatrischen Pflegeheims und der sozialtherapeutischen Wohnstätte am geringsten ausgeprägt war. Patienten, die im Pflegeheim wohnten, zeigten eine schlechte soziale Anpassung. Die soziale Anpassung der Patienten in sozialtherapeutischen Wohnstätten und im ambulant betreuten Wohnen war mäßig. Sowohl die Patienten, die mit ihren Familien zusammen wohnten, als auch die, welche allein in einer Wohnung lebten, zeigten eine befriedigende soziale Anpassung.

Die Studie ergab, dass sich die durchschnittliche Anzahl der Betreuungsbedürfnisse in der Gesamtpopulation auf 4,43 Bedürfnisbereiche bezieht. Die höchste Zahl gaben Patienten im ambulant betreuten Wohnen an (5,69), gefolgt von den Studententeilnehmern /-innen der sozialtherapeutischen Wohnstätten (5,10). Die Anzahl der Bedürfnisbereiche war in den übrigen Gruppen niedriger (Pflegeheim: 3,94, mit Familien lebend: 3,93, allein lebend: 3,7). Somit konnte die erste Hypothese nicht bestätigt werden.

Es zeichnete sich hingegen ein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Hilfebedürfnisse und dem Niveau sozialer Behinderung ab. Die Autoren benennen im Artikel die genauen Bereiche, in denen die jeweiligen Patientengruppen Unterstützungsbedarf sehen.¹⁰¹

Robert Siller, Diplom-Sozialpädagoge (FH) und Mitarbeiter der ambulanten Beratungsstelle für psychische Gesundheit in Traunstein, wollte nach Ablauf von zehn Jahren die Maßnahme Intensiv-betreutes Einzelwohnen der Caritas in Traunstein evaluieren.

¹⁰¹ Kallert/Leißé 2006, Seite 10-16

Eine derartige Zufriedenheitsbefragung für eine ambulante Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen ist nicht bekannt. Im alltäglichen Dienstgeschehen war dieses Vorhaben zeitlich jedoch nicht realisierbar. Daher erfolgte die Umsetzung erst, als zusätzliche Kapazitäten entstanden. Diese wurden durch die Mitarbeit einer Praktikantin, der Verfasserin, ermöglicht, welche den Auftrag erhielt, die Befragung selbstständig durchzuführen und auszuwerten.

Der Interviewleitfaden (siehe 9.1) wurde bereits 2006 durch Robert Siller und Sofie Stadler, Diplom-Psychologin, entwickelt. Er umfasst 10 Seiten mit 24 Fragen – teilweise mit Unterpunkten. Zu Beginn werden Alter und Geschlecht der teilnehmenden Person erfragt. Zusätzlich notierte die Verfasserin die Hauptdiagnose gemäß der Klassifizierung der ICD-10. Darauf folgen Punkte zur Maßnahme BEW. Es wird erhoben, wie lange das BEW in Anspruch genommen, auf wessen Initiative es beantragt wurde und ob es dem persönlichen Wunsch des / der Betroffenen entsprach. Ferner sind Fragen zum Bereich Wohnform enthalten (In welcher Wohnform lebten Sie vor der Maßnahme BEW? Veränderte sich die Wohnform während des BEW?). Es folgt der Bereich der professionellen Unterstützung. Die Befragten benennen, welche Unterstützung¹⁰² sie vor dem BEW erhielten, welche ihnen durch das BEW vermittelt wurde und welche sie im Verlauf der Maßnahme nicht mehr benötigten. Die Betroffenen wurden ferner gefragt, ob das Betreute Einzelwohnen ihrer Meinung nach sie vor einer Heimunterbringung oder einer anderen betreuten Wohnform (z.B. Wohngruppe oder Familienpflege) bewahrt hat. Daraufhin wird anhand mehrerer Fragen untersucht, ob sich die Häufigkeit der Aufenthalte in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus durch die Maßnahme BEW verändert hat. Der / die Befragte äußert sich im Anschluss dazu, ob er / sie glaubt, dass er / sie ohne das BEW häufigere Aufenthalte in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik benötigt hätte. Es folgen Fragen zum Thema Menge der Psychopharmaka, Zufriedenheit und Sicherheit im Umgang mit Medikamenten, und zum Einfluss des Betreuten Einzelwohnens darauf. Zugleich wird erfragt, ob es während des BEW Veränderungen hinsichtlich einer gesetzlichen Betreuung gab, und ob dies gegebenenfalls im Interesse des Klienten / der Klientin geschah. Ebenso wird der Einfluss des BEW auf das allgemeine Lebensgefühl des Klienten / der Klientin erfasst. Daran schließt sich ein umfangreicher Punkt an, bei dem die Zufriedenheit des Klienten /

¹⁰² Bsp.: Facharzt, gesetzliche Betreuung, Pflegedienst, Sozialpsychiatrische Dienst

der Klientin in unterschiedlichsten Bereichen¹⁰³ ermittelt wird. Es wird zum einen die Zufriedenheit vor der Maßnahme BEW im Schulnotensystem eingeschätzt. Zum anderen erfolgt die Einschätzung für die Zeit, seitdem das BEW in Anspruch genommen wurde.

Der letzte Teil richtet sich an die Personen, die das Betreute Einzelwohnen abgeschlossen haben. Hier wird zum einen erfragt, ob sich die Wohnform im ersten Jahr nach der Beendigung des BEW verändert hat. Zum anderen wird erfasst, warum es abgeschlossen wurde, und wer die Entscheidung diesbezüglich traf.

¹⁰³ Bsp.: Tagesstruktur, finanzielle Freiheiten, Wohnsituation, familiäre und soziale Kontakte, psychischer Gesundheitszustand

5. Durchführung

Die Durchführung der Studie erfolgte von der Verfasserin im Rahmen eines 20-wöchigen Praktikums (März – Juli 2008) in der Beratungsstelle für psychische Gesundheit in Traunstein.

5.1. Sammlung von Informationen

Die Verfasserin erhielt den Auftrag zur eigenständigen Durchführung und Auswertung der Studie zur Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen mit der Maßnahme Intensiv-betreutes Einzelwohnen. Es war notwendig, diverse Informationen zu sammeln (Name, Adresse, Telefonnummer, gesetzlicher Betreuer, etc.), um Kontakt mit den aktuellen und ehemaligen Klienten /-innen aufnehmen zu können. Zu diesem Zweck diente unter anderem ein umfangreiches Studium der Klientenakten. Gleichzeitig wurde aus den Akten die Dauer der Maßnahme notiert, da viele Klienten /-innen den genauen Zeitraum nicht mehr benennen konnten. Außerdem wurden die Mitarbeiter der Beratungsstelle für psychische Gesundheit in Traunstein befragt. Sie verfügten häufig über die aktuelle Adresse, Telefonnummer, Anschrift der Eltern des Klienten / der Klientin, oder wussten, bei welchen Klienten /-innen es Erfolg versprechender ist, wenn der Mitarbeiter des BEW den Kontakt aufnimmt. War die aktuelle Anschrift nicht bekannt, konnte zumindest der Name des gesetzlichen Betreuers weiterhelfen. Es wurde Kontakt mit dem gesetzlichen Betreuer oder ambulanten Pflegediensten aufgenommen, um die Adresse oder die Telefonnummer der ehemaligen Klienten /-innen zu erhalten, oder die jeweilige Person um Kontaktaufnahme zu bitten. War lediglich eine Adresse bekannt, wurde der / die Betroffene schriftlich über das Vorhaben der Evaluation benachrichtigt und zur Teilnahme gebeten. Auch hier kamen einige Anschreiben zurück, da die Betroffenen unbekannt verzogen waren. Des Weiteren wurde ein Online-Telefonbuch¹⁰⁴ genutzt, um Klienten zu kontaktieren.

5.2. Die Stichprobe

Als Teilnehmer für diese Studie kamen alle Personen in Frage, die das Intensiv-betreute Einzelwohnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Traunstein in An-

¹⁰⁴ URL 9: [Stand: März 2008]

spruch nehmen oder genommen haben. Dies entspricht einer Gruppe von 115 Menschen. Einige dieser Personen waren zum Zeitpunkt der Evaluation verstorben, unbekannt verzogen, akut psychotisch, in einem psychiatrischen Krankenhaus oder lehnten die Befragung ab. Dadurch entstand eine Stichprobe mit 72 Personen. Dies entspricht 62,6% der Gesamtpopulation. Die Stichprobe umfasst 38 Männer (53,8%) und 34 Frauen (47,2%).

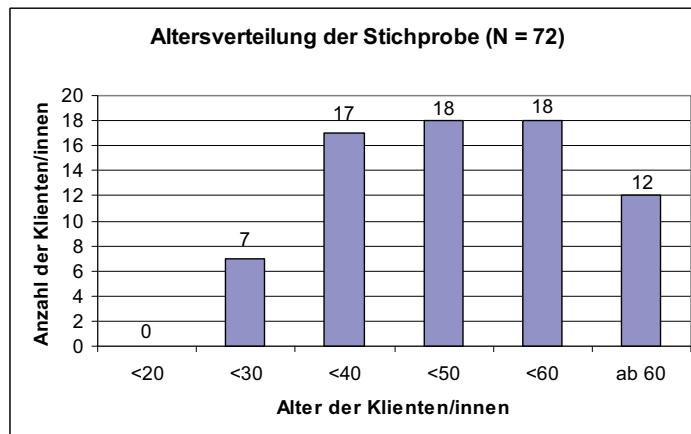


Diagramm 2: Altersverteilung der Stichprobe (N = 72)

Die Beteiligten waren im Alter zwischen 22 und 73 Jahren (siehe Diagramm 2). Sieben Personen (9,7%) befanden sich im Alter zwischen 20 und 30. 17 Betroffene (23,6%) waren jünger als 40. Jeweils 18 Personen (je 25,0%) waren jünger als 50 bzw. 60. Und 12 Teilnehmer (16,7%) waren älter als 60. Das entspricht einem Durchschnittsalter der Stichprobe von 46,4 Jahren, wobei die weiblichen Teilnehmer im Durchschnitt 49,2 und die Männer 43,8 Jahre alt waren. Des Weiteren wurde die Diagnose der Teilnehmer /-innen gemäß dem Klassifizierungssystem ICD-10 erhoben (siehe Diagramm 3).

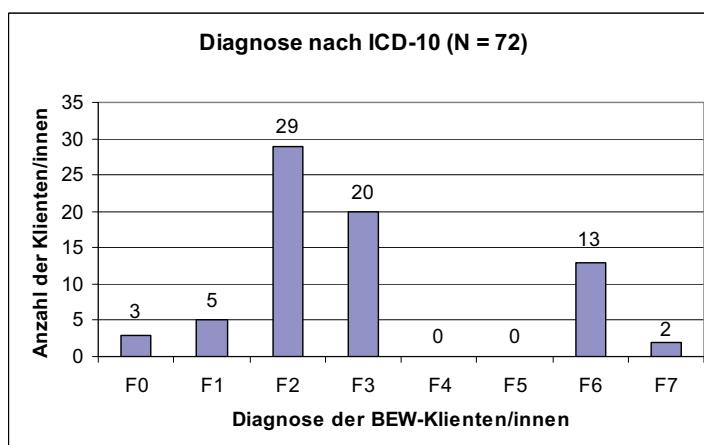


Diagramm 3: Diagnose nach ICD-10 (N = 72)

Angegeben wurden die Hauptdiagnosen, folglich diejenigen, die beim Klienten überwiegend in Erscheinung treten. Dies schließt nicht aus, dass bei einigen Teilnehmern /-innen Doppeldiagnosen vorliegen. Es ergibt sich folgende Verteilung der Hauptdiagnosen: Drei Personen (4,2%) haben die Diagnose einer organischen Störung (einschließlich symptomatischer, psychischer Störung). Bei fünf Stichprobenteilnehmern /-innen (6,9%) liegen psychische oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen vor. Der größte Anteil verteilt sich auf die Bereiche Schizophrenie (29 Personen: 40,3%) und affektive Störungen (20 Personen: 27,8%). Weitere 13 Menschen (18,1%) haben die Diagnose Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung. Und bei zwei Personen (2,8%) wurde eine Intelligenzminderung diagnostiziert.

Die Stichprobe enthält 28 (38,9%) aktuelle BEW-Teilnehmer /-innen und 44 Personen (61,1%), welche die Maßnahme bereits beendet haben.

5.3. Durchführung des Interviews

Das Interview wurde auf verschiedenen Wegen durchgeführt. Überwiegend wurde der Interviewleitfaden bei einem persönlichen Kontakt zu dem Klienten / der Klientin ausgefüllt. Hierzu wurden diverse Hausbesuche innerhalb und außerhalb des Landkreises Traunstein durchgeführt. Ebenso wurden Teilnehmer /-innen an ihrem Arbeitsplatz (z.B. Werkstatt für psychisch kranke Menschen), in der geschlossenen Psychiatrie oder in einem Pflegeheim aufgesucht.

Bei einigen Klienten war der telefonische Kontakt sinnvoller (z.B. mit einer Klientin, die sich in der forensischen Psychiatrie weiter außerhalb des Landkreises aufhielt), da eine Anreise unwirtschaftlich gewesen wäre. Andere Klienten /-innen erklärten sich ausschließlich mit einem telefonischen Interview einverstanden. Ebenso wurde bei einer Klientin das Interview mit der gesetzlichen Betreuerin durchgeführt, da die Klientin dazu allein nicht in der Lage war.

Ein Teil der Fragebögen wurde postalisch an die Klienten /-innen verschickt und teilweise von ihnen ausgefüllt zurück gesendet. Wie bereits angesprochen, übernahmen auch Mitarbeiter /-innen des SPDi die Befragung einiger Klienten /-innen und führten zu diesem Zweck Hausbesuche durch.

Bei persönlichen und telefonischen Kontakten wurde der Interviewleitfaden chronologisch von der ersten bis zur letzten Frage beantwortet. Der Klient / die Klientin hatte auf diese Weise die Möglichkeit, Verständnisfragen zu klären. Durch

Nachfragen der Interviewerin konnten einige Antworten präzisiert werden. Dies war bei der schriftlichen Befragung nicht möglich.

5.4. Datenschutz

Um die datenschutzrechtlichen Vorschriften (vgl. 3.7) nicht zu verletzen, wurden die Fragenbögen in der Reihenfolge nummeriert, in der sie ausgefüllt wurden. Eine alphabetische Nummerierung würde eine Zuordnung der Klienten und Klientinnen erleichtern. Eine Übersicht hierzu besteht, wird jedoch nicht veröffentlicht.

Im Rahmen der Durchführung war überraschend, dass der Datenschutz in der Praxis eine sehr geringe Rolle zu spielen scheint. So war es der Verfasserin ohne Vorlage eines Schriftstückes in fast allen Fällen möglich, bei gesetzlichen Betreuern, Betreuungsvereinen, Pflegediensten, ehemaligen gesetzlichen Betreuern, etc. sämtliche relevante personenbezogenen Daten telefonisch zu erfahren. Es wurde ferner beim Sozialpsychiatrischen Dienst in Traunstein nicht erfragt, ob die Autorin tatsächlich eine Praktikantin in der Beratungsstelle für psychische Gesundheit ist und die angesprochene Evaluation im Auftrag der Caritas durchführt. Diese Form der Handhabung mit personenbezogenen Daten erleichterte die Durchführung der Evaluation.

Lediglich ein Pflegedienst eines anderen Landkreises verweigerte die Herausgabe von Daten. Da jedoch bekannt war, dass der Klient von ihnen gepflegt wurde, gab es eine Einigung auf folgendes Vorgehen: Der Pflegedienst gibt die Bitte der Teilnahme an der Evaluation an die betroffene Person weiter. Diese meldete sich beim ehemaligen BEW-Mitarbeiter, woraufhin ein Hausbesuch mit der Verfasserin vereinbart wurde, um den Interviewleitfaden auszufüllen.

5.5. Probleme und mögliche Fehlerquellen

„Die ideale, als ‚Datenträger‘ prinzipiell austauschbare Befragungsperson, die zu einer neutralen Interaktion mit einer ihr in der Regel unbekannten Person fähig ist, die intellektuell und verbal den Anforderungen eines Interviews gewachsen ist, die zwischen emotionaler Kontaktgestaltung und sachlichem Informationsaustausch zu trennen weiß und die ein starkes Eigeninteresse für das Befragungsthema aufbringt, dürfte eine Fiktion sein.“¹⁰⁵

¹⁰⁵ Bortz/Döring 2003, Seite 244

Es ist demnach denkbar, dass Sympathien und Antipathien gegenüber dem BEW-Personal bei der Beantwortung der Fragen eine Rolle spielten, insbesondere, wenn die Befragung von dem jeweiligen BEW-Mitarbeiter durchgeführt wurde.

Ferner erfährt der / die Interviewte durch vorgegebene Antworten, was als normal oder plausibel gilt. Dadurch können ehrliche Antworten beeinträchtigt werden. Des Weiteren traten während der Durchführung der Evaluation einige Schwierigkeiten auf. Einige davon führten zu Veränderungen des Interviewleitfadens (vgl. 9.1). Andere stellten sich als Fehlerquellen dar.

So fiel bei den Befragungen immer wieder auf, dass einige Antwortmöglichkeiten hinzuzufügen sind. Die Frage fünf (Auf wessen Initiative wurde das BEW beantragt?) wurde somit um die Antwortmöglichkeit „Tagesstätte“ erweitert. Bei den Fragen acht, neun und zehn, welche die Unterstützung vor, durch und nach dem BEW erheben, wurde der „Sozialpsychiatrische Dienst“ als unterstützender Dienst hinzugefügt. Problematisch ist dabei, dass zwischen SPDi- und BEW-Mitarbeitern Personaleinheit besteht, da das BEW durch Kollegen /-innen des SPDi durchgeführt wird. Es ist unklar, inwieweit einige Klienten und Klientinnen die beiden Dienste voneinander trennen konnten.

In Frage 17 wurden die Studienteilnehmer /-innen gebeten, sich bezüglich Veränderungen der Dosis bzw. Menge der Psychopharmaka während des BEW zu äußern. Hierbei wurde deutlich, dass es bei einigen Klienten und Klientinnen Veränderungen in beide Richtungen (mal mehr, mal weniger) gab. Daher wurde die Frage um diese Antwortmöglichkeit erweitert. Ebenso war auch bei Frage 20 a (Veränderungen während des BEW hinsichtlich einer gesetzlichen Betreuung) die Variante mit Veränderungen in beide Richtungen (Aufgabenbereiche wurde öfter ausgedehnt und wieder eingeschränkt) hinzuzufügen.

Zusätzlich wurde, wie oben bereits erwähnt, die Hauptdiagnose der Klienten und Klientinnen erhoben.

Obwohl die Palette der Antwortmöglichkeiten sehr umfassend angelegt ist, gab es bei der schriftlichen Befragung Klienten/-innen, die weitere Kästchen zeichneten. Zum Beispiel wurde bei Frage 16 (Glauben Sie, dass Sie ohne BEW öfter in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik gemusst hätten?) ein Kästchen mit „unentschieden“ hinzugefügt. In diesem Fall wurde die Frage als nicht beantwortet (m. d.) gewertet. Es kam ferner vor, dass mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt wurden, obwohl nur eine Antwort in Frage kommt (vgl. z.B. Fragen 5, 7, 11, 17). Hier musste im Nachhinein eine Auslese stattfinden.

Des Weiteren beantworteten einzelne Klienten /-innen einige Fragen nicht. Die Gründe hierfür waren unter anderem:

- Der Klient / die Klientin wusste keine Antwort oder konnte sich nicht erinnern.
- Es traf keine Antwort zu.
- Der Klient / die Klientin wollte die Frage nicht beantworten.

Ein weiteres Problem stellte die angegebene Dauer der BEW-Maßnahme dar, da sie häufig von den Befragten falsch eingeschätzt wurde. Dies konnte durch die Verfasserin anhand der Klientenakten korrigiert werden.

Die Ergebnisse der Evaluation wurden möglichst objektiv dargestellt.

6. Ergebnis

6.1. Ergebnisse zum BEW allgemein

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse präsentiert, welche den allgemeinen Teil des BEW betreffen.

BEW-Betreuer / Betreuergeschlecht

Im Laufe der Jahre, in denen das BEW in Traunstein angeboten wurde, haben sieben Kollegen /-innen Klienten /-innen in dieser Form betreut. Um die Anonymität sicherstellen zu können, erhielten die Mitarbeiter /-innen Buchstaben (vgl. Diagramm 4).

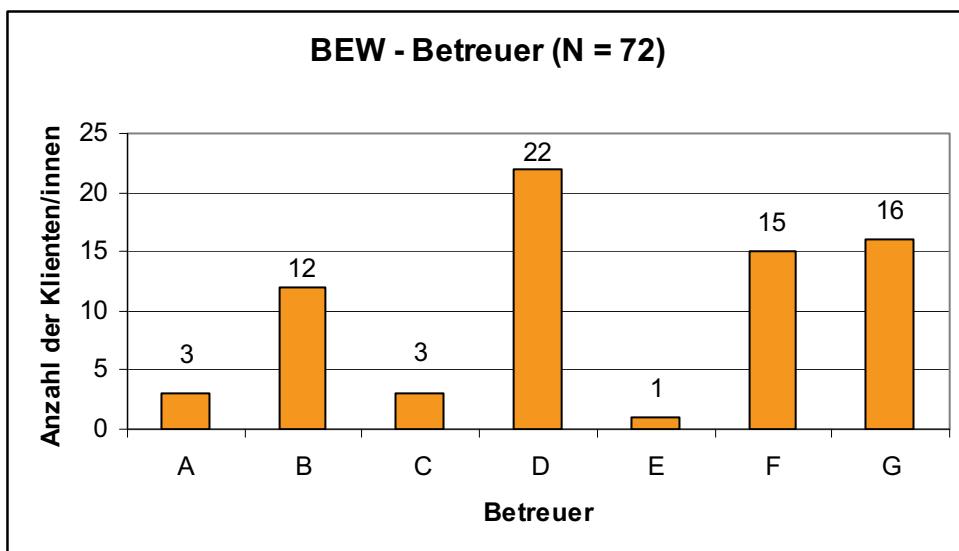


Diagramm 4: BEW - Betreuer (N = 72)

Die Mitarbeiter /-innen A und C haben somit drei Klienten / Klientinnen (4,2%) betreut. Der / die Mitarbeiter /-in B betreute 12 (16,7%) und Kollege /-in D 22 (30,6%) Klienten / Klientinnen. Ein/e Klient /-in (1,4%) arbeitete beim BEW mit Mitarbeiter /-in E zusammen. Mitarbeiter /-in F betreute letztlich 15 (20,8%) und Kollege /-in G 16 Klienten / Klientinnen (22,2%). Die unterschiedlichen Planstellen der Mitarbeiter /-innen wurden hierbei nicht berücksichtigt.

Das Geschlecht der Betreuer verteilt sich dabei folgendermaßen: 31,9% (23 Personen) der Befragten wurden durch Frauen betreut und 68,1% (49 Personen) durch männliche Kollegen.

Die Dauer der BEW-Maßnahme

Wie lange sind oder waren Sie im BEW?		
	Zahl	Prozent
weniger 12	19	26,4%
12 bis 24	27	37,5%
mehr als 24	26	36,1%

Tabelle 2: Wie lange sind oder waren Sie im BEW?

Die Maßnahme BEW in Traunstein hat eine durchschnittliche Länge von 28,17 Monaten (N = 72), wobei zwei Klienten /-innen an der Maßnahme 2 Monate und ein/e Klient /-in 215 Monate teilnahmen. Dabei dauerte sie bei 19 Personen (26,4%) weniger als 12 Monate. 27 Klienten /-innen (37,5%) nahmen an der Maßnahme zwischen 12 und 24 Monaten teil. Und 26 Befragte (36,1%) erhielten die Hilfe länger als 24 Monate.

Initiative

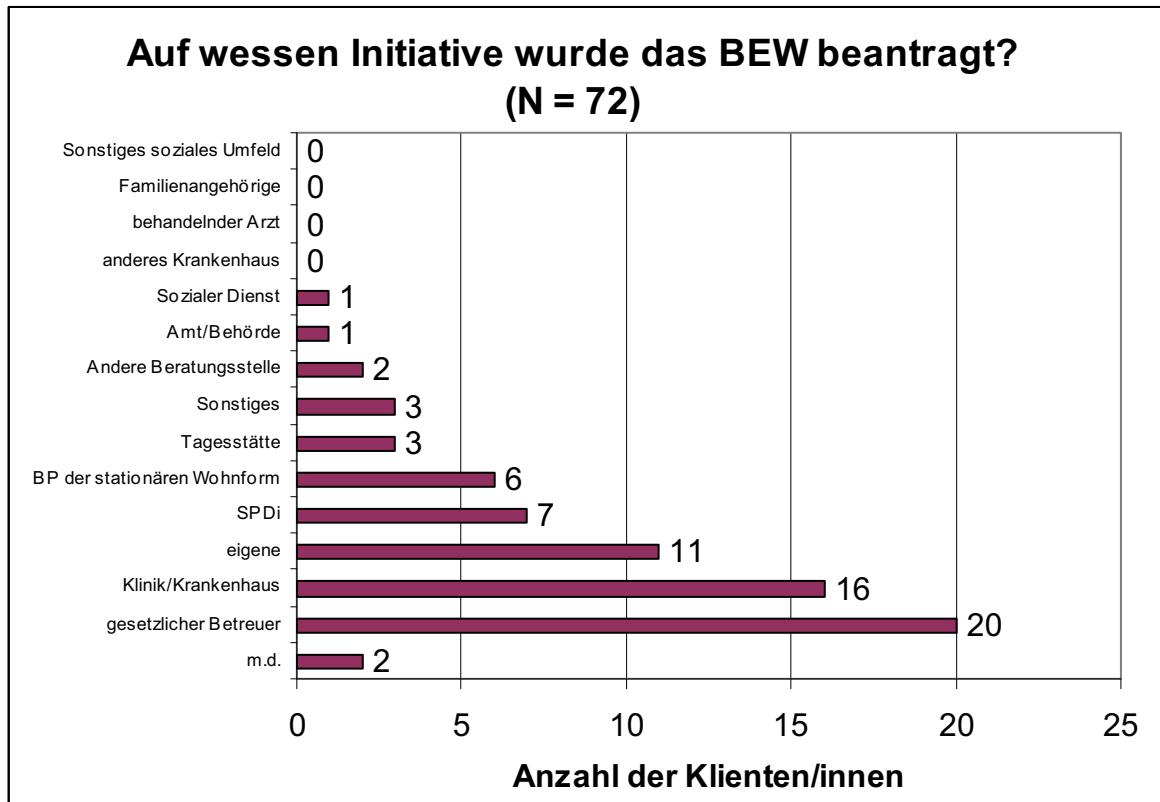


Diagramm 5: Auf wessen Initiative wurde das BEW beantragt? (N = 72)

Die Initiative, das BEW zu beantragen, ging jeweils ein Mal (1,4%) von einem Amt oder einer Behörde, bzw. vom Sozialen Dienst aus. Zwei Mal (2,8%) wurde eine andere Beratungsstelle tätig. Und jeweils drei Klienten /-innen (4,2%) gaben an,

dass die Initiative zur Beantragung einerseits von der Tagesstätte andererseits von sonstigen Personen/Einrichtungen ausgegangen sei. Sechs Befragte (8,3%) gaben an, dass das Bezugspersonal der vorhergehenden stationären Wohnform (Heim, Wohngruppe) die Maßnahme angeregt habe. Bei sieben Klienten /-innen (9,7%) ging die Initiative vom Sozialpsychiatrischen Dienst aus. Bei 15,3% (11 Personen) kam der Entschluss zur Beantragung vom Klienten / von der Klientin selbst. Bei 20 Teilnehmern /-innen (27,8%) kam die Initiative vom gesetzlichen Betreuer / von der gesetzlichen Betreuerin. In 16 Fällen (22,2%) regte eine Klinik oder ein Krankenhaus die Beantragung der Maßnahme an. Zwei Befragte konnten hier keine Antwort geben (m. d. = 2,8%).

Persönlicher Wunsch

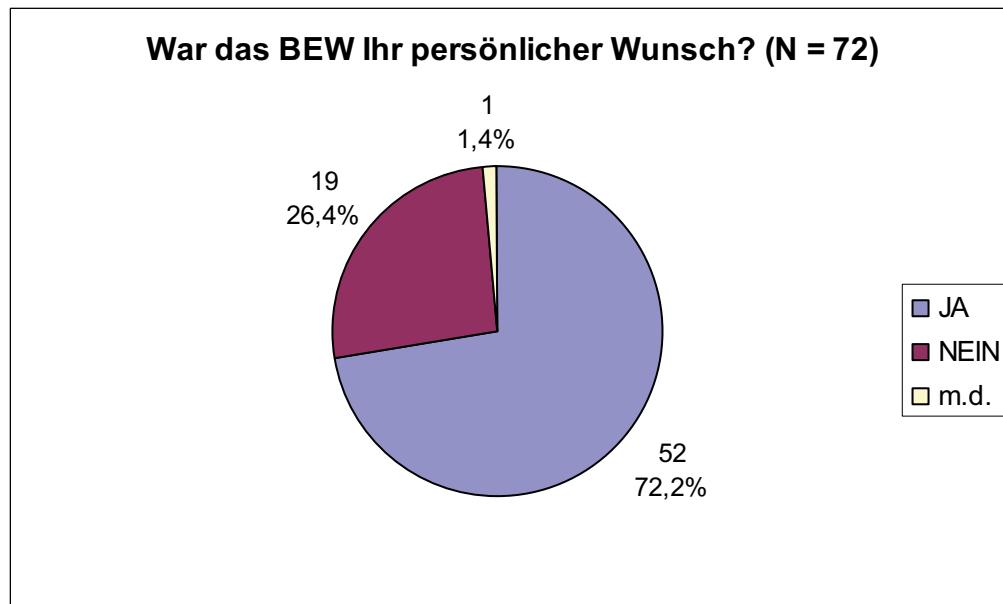


Diagramm 6: War BEW auch Ihr persönlicher Wunsch? (N = 72)

52 Befragte (72,2%) gaben an, dass das Intensiv-betreute Einzelwohnen ihrem persönlichen Wunsch entsprach. Wohingegen 19 Personen (26,4%) meinten, dass die Maßnahme gegen Ihren Wunsch durchgeführt wurde. Eine Person beantwortete diese Frage nicht (m. d. = 1,4%).

Beendigung der Maßnahme

In Diagramm 7 werden die Gründe für das Beenden der ambulanten Hilfe graphisch dargestellt.

Keine/r der Befragten gab an, dass er / sie sich nicht mehr mit der Bezugsperson des BEW verstand, was dann zur Beendigung der Maßnahme geführt hätte.

Hingegen gaben 7 Klienten / Klientinnen (15,9%) die finanzielle Eigenbeteiligung als Grund für das Ende der Maßnahme an. Zwei Befragte (4,6%) sind aus dem Landkreis verzogen, wodurch die Zuständigkeit wechselte. Bei drei Teilnehmern / Teilnehmerinnen (6,8%) konnte diese ambulante Hilfeform nicht helfen, die Probleme zu lösen. Vier Befragte (9,1%) gaben an, dass ein Wechseln in eine stationäre Wohnform der Grund für das Ende der Maßnahme war. Und letztlich gaben 28 Klienten / Klientinnen (63,6%) sonstige Gründe an.

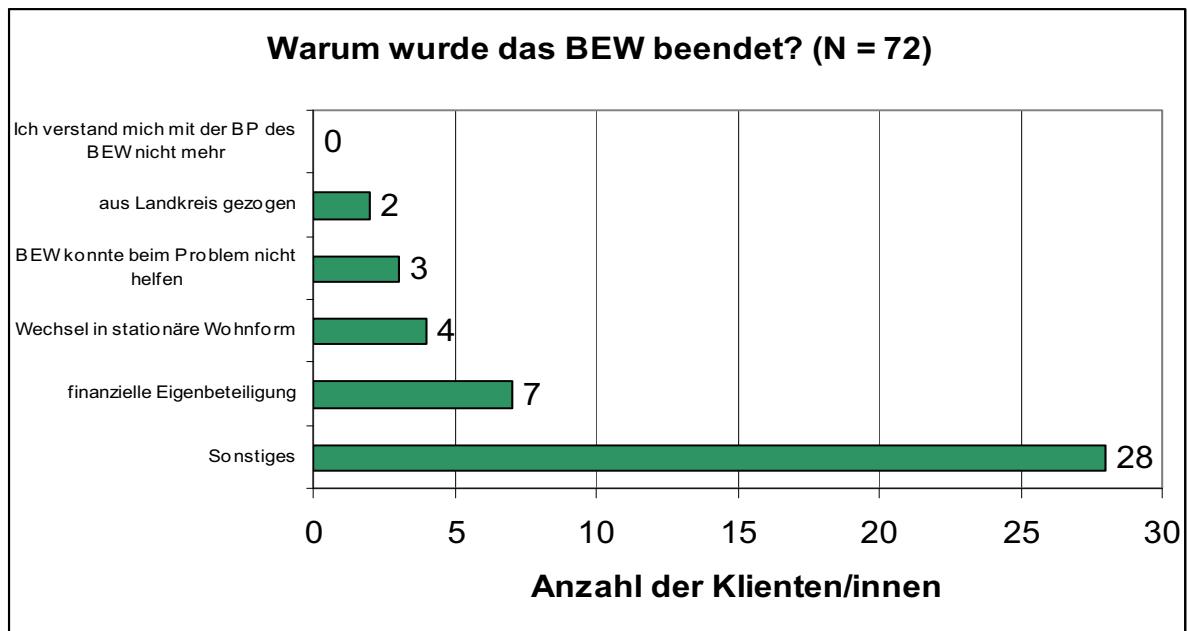


Diagramm 7: Warum wurde das BEW beendet? (N = 44)

Die Entscheidung über das Ende der Maßnahme wurde in 15 Fällen (34,1%) von den Klienten / Klientinnen gemeinsam mit dem / der Bezugsbetreuer/in getroffen. Jeweils 13 Mal (29,6%) kam die Entscheidung von dem Klienten / der Klientin bzw. von dem / der Bezugsbetreuer/in. Drei Personen (6,8%) konnten zu dieser Frage keine Aussagen treffen.

6.2. BEW-Effekte

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fragen genannt, die auf die Effekte des Intensiv-betreuten Einzelwohnens abzielen.

Wohnform vor dem BEW

Die Klienten / Klientinnen wurden zum Thema Wohnform befragt.

In Tabelle 3 ist dargestellt, in welcher Wohnform die Klienten und Klientinnen vor der ambulanten Hilfe BEW lebten.

In welcher Wohnform lebten Sie vor dem BEW?		
	Zahl	Prozent
allein	32	44,4%
mit Partner	4	5,6%
Mit Kind(ern) und Partner	5	6,9%
allein mit Kind(ern)	4	5,6%
in elterlicher Familie	4	5,6%
bei Verwandten	0	0,0%
bei Bekannten	0	0,0%
betreute Wohngemeinschaft	7	9,7%
Familien-Pflege	0	0,0%
Heim	11	15,3%
Sonstiges	5	6,9%

Tabelle 3: In welcher Wohnform lebten Sie vor dem BEW?

Vor der Maßnahme BEW lebten 32 Klienten /-innen (44,4%) allein in einer Wohnung oder in einem Haus. Vier Befragte (5,6%) wohnten mit ihrem Partner zusammen. Fünf Personen (6,9%) lebten sowohl mit dem Partner als auch mit dem Kind / den Kindern gemeinsam in einem Haushalt. Jeweils vier Klienten /-innen (5,6%) gaben an, mit den Kindern allein, bzw. im elterlichen Haushalt zu wohnen. Sieben Teilnehmer /-innen (9,7%) haben vor dem BEW in einer betreuten Wohngemeinschaft gelebt. Elf Klienten / Klientinnen (15,3%) waren vorher in einem Heim. Letztlich gaben fünf Personen (6,9%) an, in einer sonstigen Wohnform gelebt zu haben.

Wohnform während des BEW

Bei 53 Klienten / Klientinnen (73,6%) veränderte sich die Wohnform während des Intensiv-betreuten Einzelwohnens nicht. Bei 19 Personen (26,4%) hingegen gab es Veränderungen. Diese werden in Diagramm 8 graphisch dargestellt.

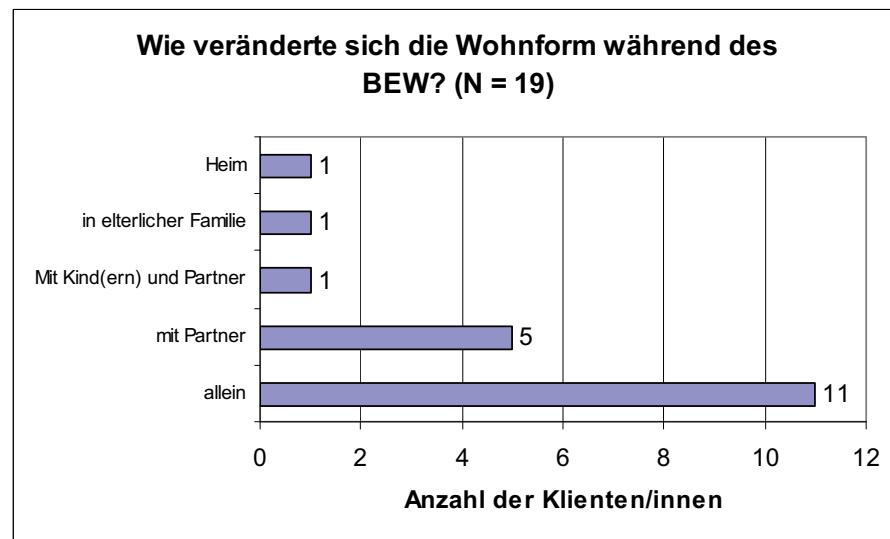


Diagramm 8: Wie veränderte sich die Wohnform während des BEW? (N = 19)

Elf Befragte (15,3%) lebten dann allein in einer eigenen Wohnung. Fünf Klienten / Klientinnen (6,9%) zogen mit ihrem Partner zusammen. Jeweils ein Klient (1,4%) lebte nach der Veränderung mit Kind/ern und Partner, in der elterlichen Familie oder im Heim.

Wohnform nach dem BEW

Von den Befragten, die aktuell nicht mehr am BEW teilnehmen, haben 35 (79,6%) innerhalb des ersten Jahres nach Beendigung der Hilfe ihre Wohnform nicht verändert. 20,5% (9 Personen) der ehemaligen Klienten / Klientinnen wechselten in eine andere Wohnform (siehe Diagramm 9).

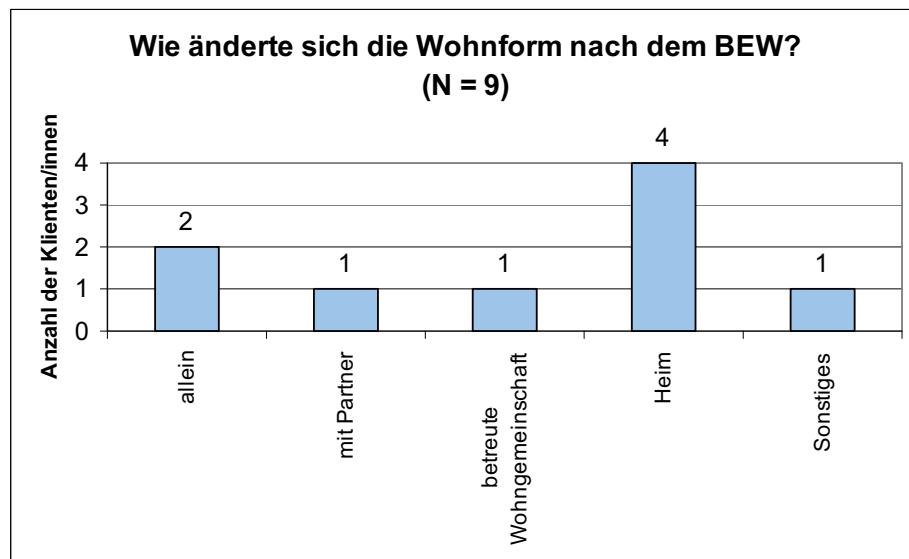


Diagramm 9: Wie veränderte sich die Wohnform nach dem BEW? (N = 9)

Dabei lebten zwei Teilnehmer/-innen (22,2%) nach der Veränderung allein. Vier Betroffene (44,4%) wechselten in eine stationäre Wohnform (Heim). Jeweils eine Person (11,1%) lebte mit dem Partner zusammen, in einer betreuten Wohngemeinschaft, oder in einer sonstigen Wohnform.

Bewahrung vor Heimunterbringung

Von den Befragten waren 42 (58,3%) der Meinung, dass das BEW sie vor einer Heimunterbringung bzw. einer anderen betreuten Wohnform bewahren konnte. 28 Personen (38,9%) teilen diese Meinung nicht. Zwei Befragte (m. d. = 2,8%) machten keine Angabe in diesem Bereich.

Unterstützung

Die Klienten / Klientinnen wurden sodann nach Unterstützungsformen gefragt, die sie vor oder durch das BEW erhielten bzw. nach dem BEW nicht mehr benötigten. 77,8% der Befragten (56 Personen) erhielten vor der ambulanten Hilfe Unterstützung durch andere. 16 Teilnehmer (22,2%) hatten vor der Maßnahme keine weitere Unterstützung. Ferner äußerten 23 Personen (31,9%), dass Ihnen durch die Mitarbeiter /-innen des Intensiv-betreuten Einzelwohnens keine weiteren Dienste vermittelt wurden. Wohingegen 49 Menschen (68,1%) angaben, dass ihnen durch das BEW weitere Unterstützung zuteil kam. Die Art der Unterstützung ist im Diagramm 10 dargestellt.

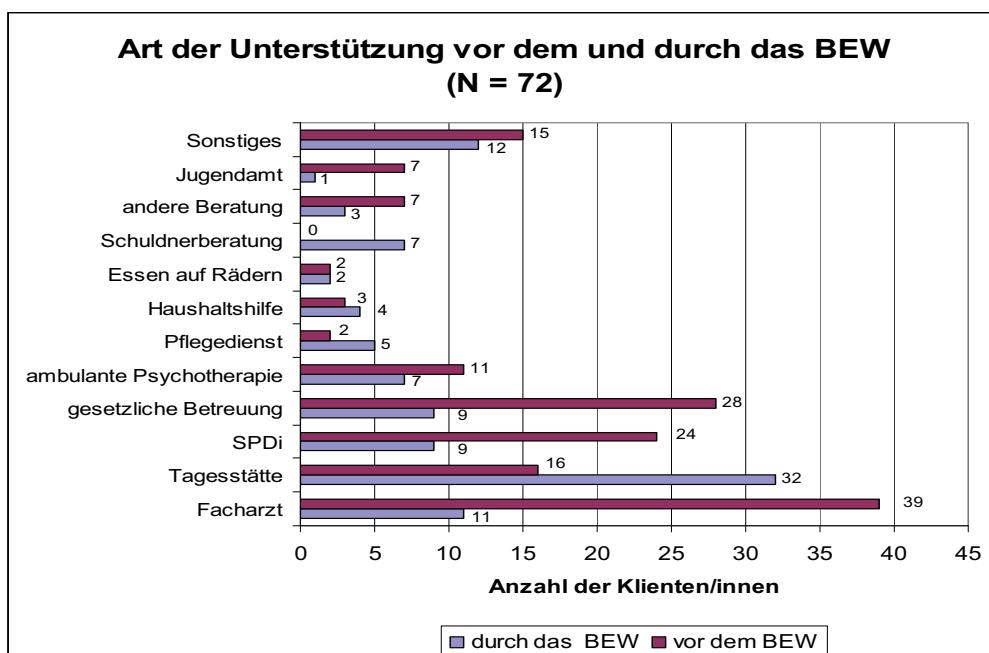


Diagramm 10: Art der Unterstützung vor dem und durch das BEW (N = 72)

39 Befragte (69,6%) bekamen vor dem BEW bereits Unterstützung durch einen Facharzt. Weiteren 11 Klienten /-innen (22,5%) wurde diese Unterstützung durch das BEW vermittelt. 16 Klienten / Klientinnen (28,6%) hatten vor der Maßnahme Kontakt zu einer Tagesstätte für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das BEW konnte diese Unterstützung weiteren 32 Personen (65,3%) vermitteln. 24 Studienteilnehmer /-innen (42,9%) gaben an, vor dem BEW bereits durch den Sozialpsychiatrischen Dienst unterstützt worden zu sein. Die Daten ergeben außerdem, dass neun Klienten / Klientinnen (18,4%) durch das BEW diese Hilfe erhalten. Ferner hatten 28 Befragte (50,0%) vor dem BEW eine gesetzliche Betreuung. Bei neun Personen (18,4%) wurde diese während der ambulanten Hilfe installiert. An einer ambulanten Psychotherapie nahmen 11 Klienten / Klientinnen (19,6%) vor dem BEW teil, wohingegen sieben Betroffenen (14,3%) diese Hilfe durch das BEW vermittelt wurde. Unterstützung durch einen Pflegedienst bekamen zwei Personen (3,6%) bereits vor dem BEW und fünf Personen (10,2%) durch die Maßnahme. Die Auswertung der Daten ergab ferner, dass drei Klienten / Klientinnen (5,4%) vor dem und vier Befragte (8,2%) durch das BEW die Unterstützung von einer Haushaltshilfe in Anspruch nahmen. Jeweils zwei Klienten /-innen (3,6%; 4,1%) bekamen vor dem bzw. durch das BEW Essen auf Rädern. Sieben Studienteilnehmer/-innen (14,3%) konnten in eine Schuldnerberatung vermittelt werden. Des Weiteren gaben je sieben Klienten / Klientinnen (12,5%) an, vor der Maßnahme Unterstützung durch eine andere Beratung bzw. das Jugendamt erhalten zu haben. Durch das BEW wurden drei Teilnehmer /-innen (6,1%) in eine andere Beratung und eine Person (2,0%) an das Jugendamt vermittelt.

Es wurde ferner erfragt, welche Unterstützung, die vor dem BEW in Anspruch genommen wurde, im Verlauf der Maßnahme nicht mehr benötigt wurde.

Dabei erklärten 26 Befragte (36,1%), dass sie weiterhin alle benötigten. 50,0% der Studienteilnehmer /-innen (36 Personen) brauchten einen Teil der Unterstützung nicht mehr. 10 Mal (13,9%) wurde diese Frage nicht beantwortet (siehe Tabelle 4).

Benötigen Sie einen der unterstützenden Dienste, die Sie vor dem BEW in Anspruch genommen hatten, im Verlauf des BEW nicht mehr?		
	Zahl	Prozent
alle weiterhin	26	36,1%
folgende nicht mehr	36	50,0%
m.d.	10	13,9%
Facharzt	4	6,5%
Tagesstätte	9	14,5%
Sozialpsychiatrischer Dienst	19	30,7%
gesetzliche Betreuung	4	6,5%
ambulante Psychotherapie	7	11,3%
Pflegedienst	0	0,0%
Haushaltshilfe	3	4,8%
Essen auf Rädern	1	1,6%
Schuldnerberatung	0	0,0%
andere Beratung	1	1,6%
Jugendamt	3	4,8%
Sonstiges	5	8,1%

Tabelle 4: Benötigen Sie einen der unterstützenden Dienste, die Sie vor dem BEW in Anspruch genommen hatten, im Verlauf des BEW nicht mehr?

19 Klienten /-innen (30,6%) gaben an, dass sie die Unterstützung des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht weiter bräuchten. Neun Befragte (14,5%) besuchten nicht mehr die Tagesstätte. In sieben Fällen (11,3%) war keine ambulante Psychotherapie mehr notwendig. Jeweils vier Klienten / Klientinnen (6,5%) brauchten keine weitere Unterstützung vom Facharzt bzw. durch eine gesetzliche Betreuung. Die Haushaltshilfe / das Jugendamt war bei je drei Befragten (4,8%) nicht weiter erforderlich. Und jeweils ein Befragter / eine Befragte (1,6%) gab an, dass das Essen auf Rädern bzw. eine andere Beratung entbehrlich wurde.

Klinikaufenthalte

Um einen weiteren Effekt des Intensiv-betreuten Einzelwohnens ablesen zu können, wurden die Klienten /-innen gebeten ihre Anzahl der psychiatrischen oder psychosomatischen Klinikaufenthalte zu nennen. Dies gliedert sich in drei Fragen (Gesamtzahl der Klinikaufenthalte vor dem BEW; innerhalb von drei Jahren vor dem BEW; Klinikaufenthalte während des BEW).

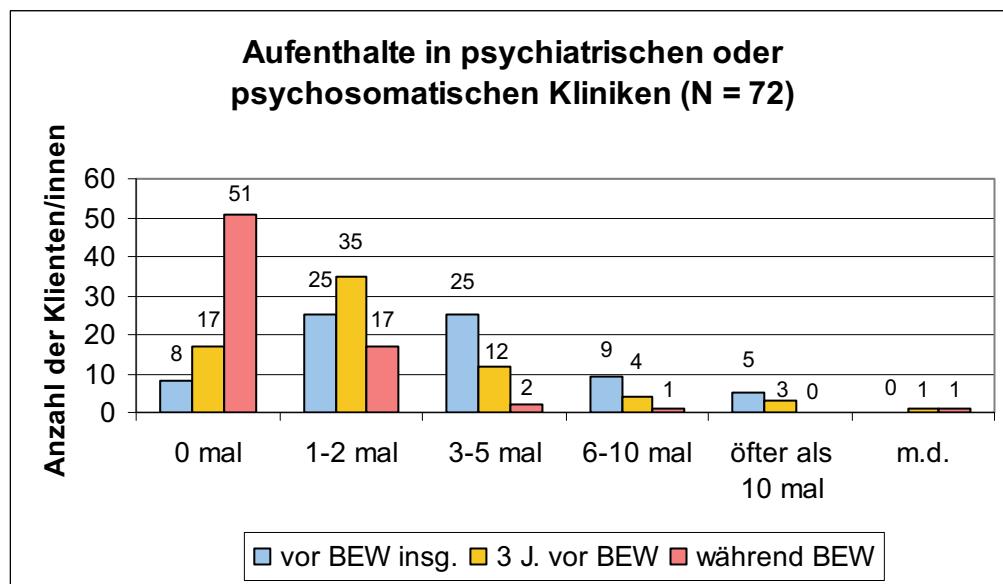


Diagramm 11: Aufenthalte in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken (N = 72)

8 Befragte (11,1%) waren noch nie in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus. 17 Personen (23,6%) gaben an, dass sie innerhalb der drei Jahre vor der ambulanten Hilfe keinen Klinikaufenthalt hatten. Während des BEW war bei 51 Klienten / Klientinnen (70,8%) kein Klinikaufenthalt notwendig.

25 Befragte (34,7%) waren insgesamt vor dem BEW ein- bis zweimal in einem derartigen Krankenhaus. Innerhalb der drei Jahre vor der Maßnahme waren es 35 Betroffene (48,6%). Während des BEW gingen 17 Studienteilnehmer /-innen (23,6%) ein bis zwei Mal in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik.

Die Daten ergaben ferner, dass 25 Befragte (34,7%) insgesamt vor dem BEW drei- bis fünfmal in der Psychiatrie oder Psychosomatik waren. 12 Personen (16,7%) hatten innerhalb der drei Jahre vor dem BEW drei bis fünf Klinikaufenthalte. Während des BEW waren es noch zwei Teilnehmer /-innen (2,8%).

Neun Personen (12,5%) gaben an, dass sie vor dem Intensiv-betreuten Einzelwohnen sechs bis zehn Aufenthalte in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus hatten. Innerhalb von drei Jahren vor der Maßnahme waren vier Befragte (5,6%) so häufig in der Klinik. Während des BEW war es eine Person (1,4%).

Mehr als zehn Aufenthalte in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus hatten vor dem BEW fünf Klienten / Klientinnen, innerhalb von drei Jahren vor dem BEW drei (4,2%) und während der Maßnahme keine Person.

Bewahrung vor häufigeren Klinikaufenthalten

Die Studienteilnehmer /-innen sollten im Anschluss einschätzen, ob die ambulante Hilfe BEW sie vor häufigeren Klinikaufenthalten bewahren konnte. Dabei waren 36 Befragte (50,0%) der Meinung, dass sie auch ohne BEW nicht öfter in eine Klinik gegangen wären. 30 Klienten / Klientinnen (41,7%) gaben an, dass sie ihrer Auffassung nach durch das BEW vor häufigeren Aufenthalten in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus bewahrt wurden. Sechs Teilnehmer /-innen (8,3%) ließen diese Frage unbeantwortet.

Dosis / Menge der Psychopharmaka

Es schließt sich der Bereich die Medikamente betreffend an. Die Betroffenen wurden zu Beginn gefragt, ob sich die Dosis bzw. Menge der Psychopharmaka während des BEW verändert hat (siehe Tabelle 5).

21 Klienten / Klientinnen (29,2%) gaben an, dass die Dosis bzw. Menge gleich geblieben ist. Vier Personen (5,6%) waren sich diesbezüglich unsicher. Die Dosis wurde bei 14 Teilnehmern /-innen (19,4%) verringert und bei sieben (9,7%) erhöht. Weitere 14 Betroffene (19,4%) äußerten, dass es Veränderungen in beide Richtungen gab. Die Dosis wurde somit mal erhöht und dann wieder verringert. Drei Befragte (4,2%) gaben an, seit dem BEW keine Medikamente mehr zu nehmen. Und sieben Personen (9,7%) benötigten noch nie Medikamente. Zwei Mal (2,8%) wurde diese Frage nicht beantwortet.

Änderte sich die Menge / Dosis der Psychopharmaka während des BEW?		
	Zahl	Prozent
Nein, sind gleich	21	29,2%
ich weiß nicht	4	5,6%
ja, wurden weniger	14	19,4%
ja, wurden mehr	7	9,7%
mal mehr, mal weniger	14	19,4%
ich nehme keine Medikamente mehr	3	4,2%
ich brauche lt. Arzt keine Medikamente mehr	0	0,0%
noch nie Medikamente genommen	7	9,7%
m.d.	2	2,8%

Tabelle 5: Änderte sich die Menge / Dosis der Psychopharmaka während des BEW?

Zufriedenheit und Sicherheit im Umgang mit den Medikamenten

Die Studienteilnehmer /-innen wurden im Anschluss gebeten, einzuschätzen, ob sich zum einen die Zufriedenheit und zum anderen die Sicherheit im Umgang mit den Medikamenten während des BEW verändert haben.

Dabei meinten 35 Personen (56,5%), dass sich die Zufriedenheit mit den Medikamenten während der Maßnahme nicht verändert hat. Drei Befragte (4,8%) waren weniger zufrieden. Bei 23 Teilnehmern /-innen (37,1) gab es eine Verbesserung diesbezüglich. Ein Mal (1,6%) wurde der Punkt nicht bewertet.

Bezüglich des Umgangs mit den Medikamenten gaben 24 Klienten / Klientinnen an, dass sie während des BEW sicherer im Umgang mit den Medikamenten geworden sind. Bei 33 Befragten (53,2%) gab es diesbezüglich noch nie Probleme. Letztlich sind fünf Personen (8,1%) weiterhin unsicher im Umgang mit Medikamenten.

Gesetzliche Betreuung

Die Studienteilnehmer /-innen wurden ferner gebeten, Aussagen zu Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen Betreuung zu tätigen (siehe Diagramm 12).

Die Auswertung der Daten ergab dabei, dass bei 19 Befragten (26,4%) bislang keine gesetzliche Betreuung eingerichtet war. Des Weiteren gab es bei 34 Klienten / Klientinnen (47,2%) während des BEW diesbezüglich keine Veränderungen. 19 Personen (26,4%) gaben an, dass es bei ihnen während des BEW Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen Betreuung gab.

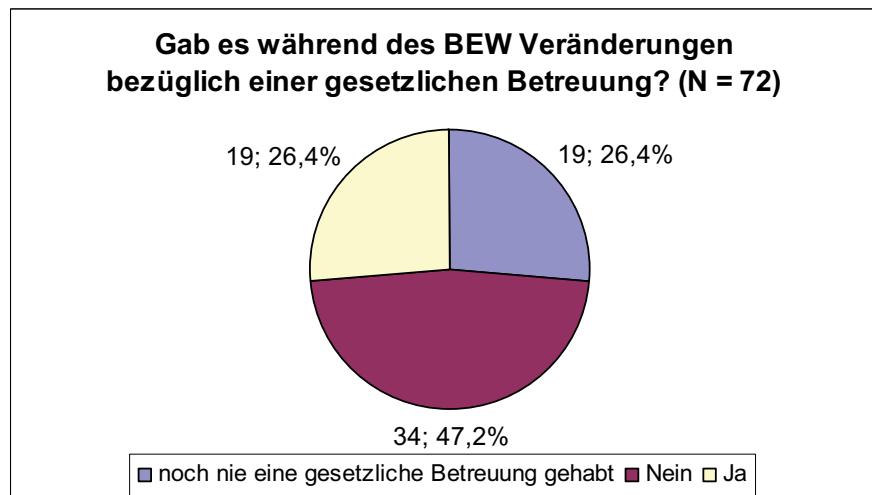


Diagramm 12: Gab es während des BEW Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen Betreuung? (N = 72)

Bei 16 Befragten (80,0%) waren diese Veränderungen in ihrem Sinne. Vier Personen (20,0) schlossen sich dieser Meinung nicht an.

Die Art der Veränderung ist sehr unterschiedlich (siehe Tabelle 6).

Welche Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen Betreuung gab es während des BEW?		
	Zahl	Prozent
gesetzl. Betreuung wurde aufgehoben	2	10,5%
gesetzl. Betreuung wurde eingerichtet	10	52,6%
Aufgabenbereiche wurden eingeschränkt	0	0,0%
Aufgabenbereiche wurden ausgedehnt	2	10,5%
gesetzl. Betreuung wurde öfter eingerichtet und aufgehoben	1	5,3%
Einwilligungsvorbehalt wurde aufgehoben	0	0,0%
Einwilligungsvorbehalt wurde eingerichtet	1	5,3%
Einwilligungsvorbehalt wurde öfter aufgehoben und eingerichtet	0	0,0%
sonstiges	3	15,8%

Tabelle 6: Welche Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen Betreuung gab es während des BEW?

Bei zwei Klienten / Klientinnen (10,5%) konnte eine gesetzliche Betreuung aufgehoben werden. Bei zehn Betroffenen (52,6%) wurde sie hingegen eingerichtet. Eine Person (5,3%) äußerte, dass eine gesetzliche Betreuung während des BEW öfter eingerichtet und wieder aufgehoben wurde. Wiederum gaben zwei Befragte (10,5%) an, dass die Aufgabenbereiche des gesetzlichen Betreuers ausgedehnt wurden. Bei einem Klient / einer Klientin (5,3%) wurde ein Einwilligungsvorbehalt eingerichtet. Letztlich gaben drei Studienteilnehmer /-innen (15,8%) sonstige Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen Betreuung an.

Zum Schluss wurden die Betroffenen gebeten einzuschätzen, ob durch das BEW eine gesetzliche Betreuung verhindert werden konnte. 37 Befragte (51,4%) waren nicht der Meinung, dass das BEW eine gesetzliche Betreuung verhindern konnte. 12 Personen (16,7%) gaben hingegen an, dass diese ambulante Hilfe bei ihnen eine gesetzliche Betreuung verhindert hat. 23 Klienten / Klientinnen (31,9%) ließen diese Frage unbeantwortet.

6.3. Zufriedenheit

In diesem Bereich wurden Fragen zum allgemeinen Lebensgefühl und zur Zufriedenheit gestellt. Die Studienteilnehmer /-innen wurden gebeten einzuschätzen, ob sich ihr allgemeines Lebensgefühl während des BEW verändert hat (siehe Diagramm 13).

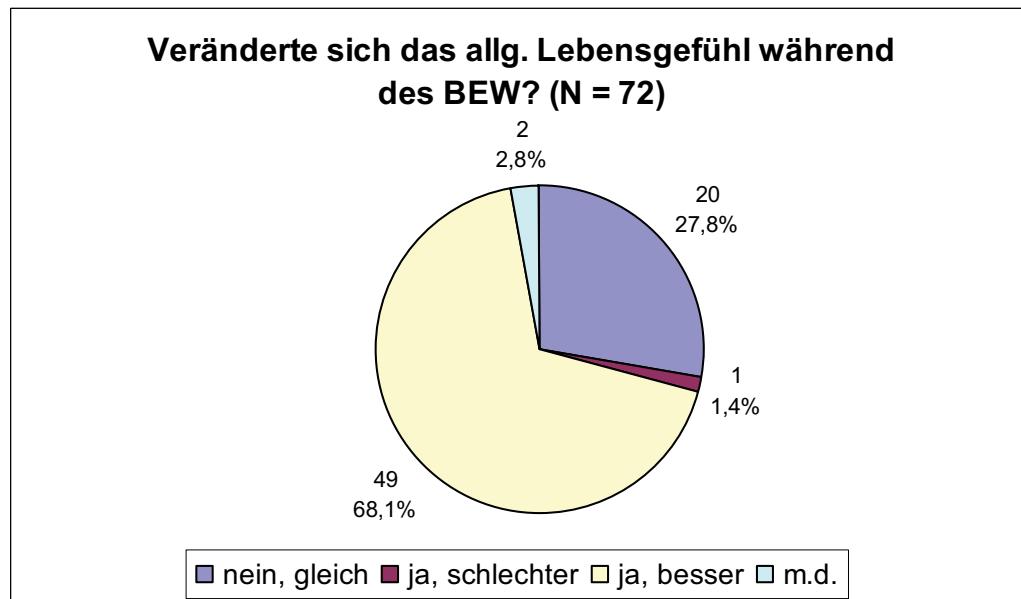


Diagramm 13: Veränderte sich das allg. Lebensgefühl während des BEW? (N = 72)

20 Befragte (27,8%) gaben an, dass es keine Veränderungen gegeben hätte. Bei einem Klienten / einer Klientin (1,4%) hat sich das allgemeine Lebensgefühl während der ambulanten Hilfe verschlechtert. Bei 49 Personen (68,1%) habe es sich hingegen verbessert. 2 Teilnehmer /-innen (2,8%) beantworteten diese Frage nicht.

Die Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen wurde sodann in verschiedenen Bereichen erfragt (siehe Diagramm 14). Sie wurden gebeten, die Angaben im Schulnotensystem zu tätigen. Dabei wurde verglichen, wie die einzelnen Bereiche vor und nach dem BEW eingeschätzt wurden.

Die Klienten und Klientinnen wurden anfangs gefragt, wie ihre persönliche Situation während des BEW geachtet und in den Hilfeprozess mit einbezogen wurde. Die Daten ergeben eine durchschnittliche Schulnote von 1,63.

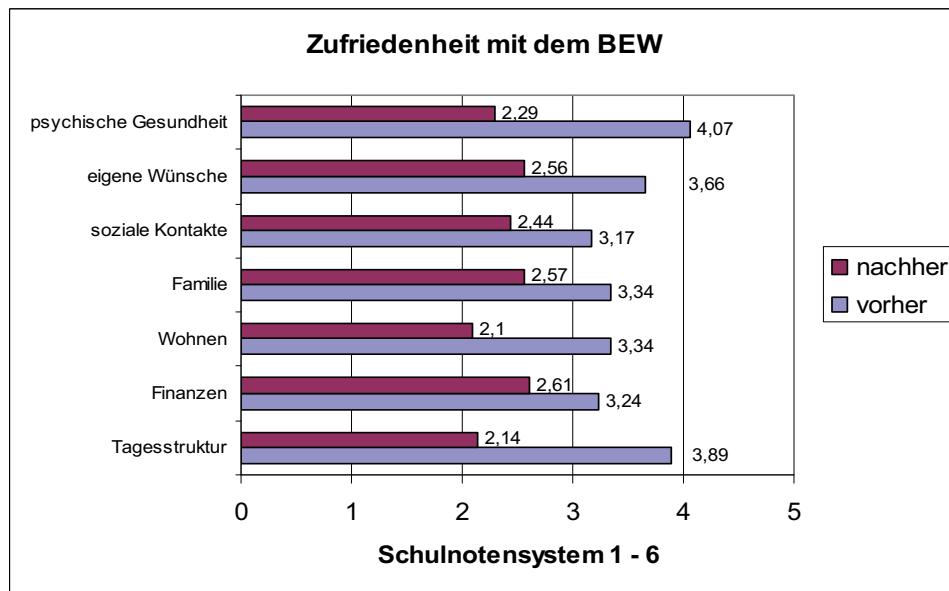


Diagramm 14: Zufriedenheit mit dem BEW

Die Klienten und Klientinnen bewerteten die Zufriedenheit mit ihrem psychischen Gesundheitszustand vor der Maßnahme mit 4,07. Nach dem BEW ergab sich ein Mittelwert von 2,29 (Differenz von 1,78).

Bezüglich der Tagesstruktur vor dem BEW konnte ein Mittelwert von 3,89 ermittelt werden. Durch das BEW veränderte sich die Zufriedenheit mit der Tagesstruktur auf durchschnittlich 2,14. Dies stellt eine Differenz von 1,75 dar.

Im Anschluss sollten die Betroffenen ihre Zufriedenheit mit ihren Möglichkeiten, eigene Wünsche und Bedürfnisse verwirklichen zu können, einschätzen. Die Auswertung der Daten ergab vor dem BEW einen Mittelwert von 3,66, welcher sich durch das BEW um 1,1 auf 2,56 verbesserte.

Die Klienten und Klientinnen beurteilten ihre familiären Kontakte vor dem BEW mit 3,34. Nach der Unterstützung durch das BEW wurden die familiären Kontakte durchschnittlich mit 2,57 bewertet (Differenz von 0,77).

Ebenso wurden die Studienteilnehmer /-innen gebeten, ihrer Zufriedenheit mit den übrigen sozialen Kontakten vor und nach dem BEW einzuschätzen. Vor dem BEW ergab sich eine durchschnittliche Note von 3,17. Nach der ambulanten Hilfe wurde diese Zufriedenheit mit 2,44 bewertet, was eine Differenz von 0,73 ergibt.

Vor dem BEW ergab sich eine Zufriedenheit mit der Wohnsituation im Schnitt von 3,34. Dieser Wert veränderte sich durch das BEW um 1,24 Schulnoten auf 2,1.

Die Klienten und Klientinnen wurden ferner gefragt, wie zufrieden sie mit ihren finanziellen Freiheiten vor dem BEW waren und bewerteten dies durchschnittlich mit 3,24. Im zweiten Teil der Frage, wie zufrieden sie mit ihren finanziellen Freihei-

ten durch das BEW waren, ergab sich ein Wert von 2,61, was wiederum eine Differenz von 0,63 darstellt.

Letztlich wurden die Studienteilnehmer /-innen gebeten, ihre allgemeine Zufriedenheit mit der Maßnahme BEW einzuschätzen. Die durchschnittliche Zufriedenheit liegt hier bei 1,68.

6.4. Zusammenfassende Interpretation der Daten

Im folgenden Abschnitt soll herausgearbeitet werden, welche Aspekte die allgemeine Zufriedenheit¹⁰⁶ der Klienten und Klientinnen mit der Maßnahme BEW beeinflussen.

Betreuer /-geschlecht

Sowohl der einzelne Mitarbeiter /die einzelne Mitarbeiterin, als auch dessen / deren Geschlecht ist kein Faktor für die allgemeine Zufriedenheit der Befragten.

Das Geschlecht des Klienten / der Klientin

Ebenso ist das Geschlecht des Betroffenen mit einem Korrelationswert von 0,15 kein entscheidendes Merkmal für die allgemeine Zufriedenheit.

Diagnose

Es gilt zu untersuchen, ob die Diagnose der Klienten / Klientinnen Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit hat. Betroffene mit der Diagnose einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung (F2; 40,3%) bewerteten die allgemeine Zufriedenheit mit der Maßnahme BEW durchschnittlich mit 1,75 nach dem Schulnotensystem. Klienten / Klientinnen mit der Diagnose einer affektiven Störung (F3; 27,8%) gaben ihre allgemeine Zufriedenheit mit 1,70 an. Die Teilnehmer / Teilnehmerinnen, bei denen eine Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung diagnostiziert wurde (F6; 18,1%), bewerteten hingegen die allgemeine Zufriedenheit mit 1,38. Die anderen Werte sind zu vernachlässigen. Die Daten zeigen demnach, dass Klienten /-innen mit der Diagnose F6 am zufriedensten mit dem BEW sind. Dies kann damit zusammenhängen, dass sie einen anderen Betreuungsbedarf haben.

¹⁰⁶ Fragebogen Nummer 22i

Länge der Maßnahme

Es gilt ferner zu beurteilen, ob die Länge des BEW einen Einfluss auf die Zufriedenheit hat (siehe Diagramm 15 und Tabelle 7).

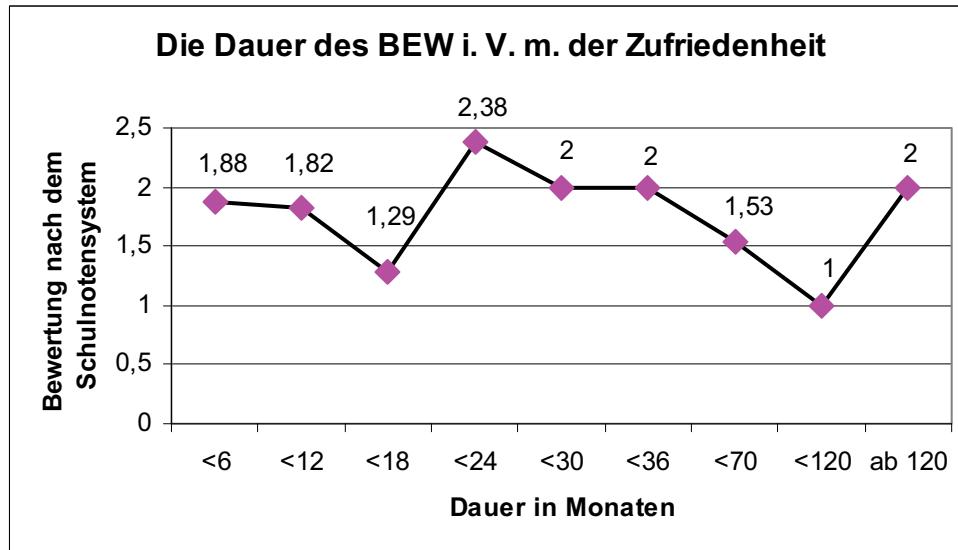


Diagramm 15: Dauer des BEW i. V. m. der Zufriedenheit

Dauer der Maßnahme in Monaten	Anzahl der Klienten / -innen	Prozent	Zufriedenheit im Schulnotensystem
< 6	8	11,1%	1,88
6 – 12	12	16,7%	1,82
12 – 18	17	23,6%	1,29
18 – 24	8	11,1%	2,38
24 – 30	5	6,9%	2,00
30 – 36	1	1,4%	2,00
36 – 70	17	23,6%	1,53
70 – 120	3	4,2%	1,00
> 120	1	1,4%	2,00

Tabelle 7: Länge des BEW in Verbindung mit der allgemeinen Zufriedenheit

Teilnehmer /-innen, die an der Maßnahme weniger als 12 Monate teilnahmen (26,4%), bewerteten die allgemeine Zufriedenheit mit 1,83. Die Klienten / Klientinnen, bei denen die Maßnahme zwischen 12 und 24 Monaten (37,5%) bzw. mehr als 24 Monate (36,1%) dauerte, gaben die allgemeine Zufriedenheit mit 1,63 bzw. 1,62 an. Es wird sichtbar, dass die Klienten /-innen, die weniger als 12 Monate an dem BEW teilnahmen, am wenigsten zufrieden waren.

Wird die Länge des BEW genauer betrachtet, wird deutlich, dass zum einen eine hohe Zufriedenheit bei Klienten / Klientinnen zu verzeichnen ist, die an der Maß-

nahme zwischen 12 und 18 Monate teilnahmen (23,6%). Hier wurde die Zufriedenheit mit 1,29 bewertet. In diesem Bereich sind vor allem Klienten und Klientinnen mit den Hauptdiagnosen F3 und F6 vertreten. Betroffene, welche am BEW zwischen 36 und 70 Monaten teilnahmen (23,6%), beurteilten die Zufriedenheit durchschnittlich mit 1,53. In diesem Feld sind vor allem Klienten / Klientinnen mit der Diagnose F2 vorzufinden. Die Daten zeigen demnach, dass eine Länge der Maßnahme von weniger als 12 Monaten zu gering ist. Es können nicht ausreichend Zufriedenheitseffekte erzielt werden. Je nach Diagnose ist eine unterschiedliche Dauer notwendig. Menschen mit der Diagnose Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen sind demnach am zufriedensten bei einer längeren Maßnahmedauer (bis zu 70 Monaten). Klienten /-innen mit affektiven Störungen hingegen sind am zufriedensten bei einer Dauer von 12 bis 18 Monaten. Dies ist auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Klienten / Klientinnen zurückzuführen.

Initiative

Die Klienten / Klientinnen, die auf eigene Initiative das BEW beantragten (15,3%), haben eine durchschnittliche Zufriedenheit von 1,36. Klienten / Klientinnen, bei denen die Beantragung der Maßnahme auf der Initiative des gesetzlichen Betreuers beruht (27,8%), bewerteten die allgemeine Zufriedenheit mit 1,95. Ging die Initiative von einem Krankenhaus oder einer Klinik aus (22,2%), wurde die allgemeine Zufriedenheit mit der Maßnahme BEW mit 1,67 beurteilt. Beantragte das Bezugspersonal der vorhergehenden stationären Wohnform (8,3%) oder der Soziopsychiatrischen Dienst (9,7%) das BEW, liegt die allgemeine Zufriedenheit bei 1,83 bzw. 1,86. Die anderen Werte sind aufgrund zu geringer Aussagekraft zu vernachlässigen.

Persönlicher Wunsch

Ein weiterer Faktor ist der persönliche Wunsch. Entsprach die Maßnahme BEW dem persönlichen Wunsch des Klienten / der Klientin (72,2%), wurde die allgemeine Zufriedenheit mit 1,49 bewertet. In der Gruppe, deren persönlicher Wunsch mit dem BEW übereinstimmte, waren alle Personen mit der Diagnose F6. Ihre Zufriedenheit liegt mit 1,38 deutlich unter der durchschnittlichen Zufriedenheit von 1,68. Geschah die Durchführung der Maßnahme gegen den Wunsch des / der Betroffenen (26,4%), bewertete dieser / diese das BEW durchschnittlich mit 2,16.

In der Gruppe, bei der das BEW nicht dem persönlichen Wunsch entsprach, waren u. a. 34,5% der Betroffenen mit der Diagnose F2 und 25,0% der Klienten mit der Diagnose F3. Der Hohe Anteil der Schizophreniepatienten in dieser Gruppe kann mit der Angst vor Veränderungen zusammenhängen. Die Daten zeigen, dass der persönliche Wunsch einen direkten Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit mit der Maßnahme hat. Unterstützt wird dieses durch die eigene Initiative. Es kann somit interpretiert werden: Je mehr die Maßnahme vom Klienten / von der Klientin ausgeht (Wunsch und Initiative), umso zufriedener ist er / sie. Folglich lässt sich vermuten, dass die Voraussetzungen für das BEW in Bezug auf Klienten /-innen mit der Diagnose F2 der eigene Wunsch und die Eigeninitiative sein sollten. Ist dies nicht gegeben, sollte die Dauer der Maßnahme mittel- bis langfristig angelegt werden; mindestens jedoch 2 Jahre, wenn nicht sogar bis zu 70 Monaten.

Wohnform

Vor dem BEW lebten 32 Klienten /-innen (44,4%) allein in einer Wohnung oder einem Haus. Diese Teilnehmer /-innen hatten eine allgemeine Zufriedenheit von 1,61. Des Weiteren lebten 11 Klienten / Klientinnen (15,3%) vor dem Betreuten Einzelwohnen in einem Heim. Diese bewerteten die allgemeine Zufriedenheit mit 1,82, und waren dementsprechend weniger zufrieden als die anderen. Andere Werte sind zu vernachlässigen, da sie nicht aussagekräftig sind.

Während des BEW gab es bezüglich der Wohnform bei 53 Teilnehmern / Teilnehmerinnen (73,6%) keine Veränderung. Die Zufriedenheit wurde hier durchschnittlich mit 1,56 bewertet. Bei den Klienten / Klientinnen, die in eine andere Wohnform wechselten (19 Personen; 26,4%), ergab sich eine Zufriedenheit von 2,00. Auch hier können die Daten so interpretiert werden, dass die Klienten / Klientinnen, die einen Wechsel der Wohnform vollzogen, unzufriedener sind. Dieser Trend lässt sich ebenso bei den Teilnehmern / Teilnehmerinnen ablesen, die das BEW bereits beendet haben. Hier wechselten 9 Personen (20,5%) die Wohnform innerhalb des ersten Jahres nach Beendigung der Maßnahme. Sie bewerteten die durchschnittliche Zufriedenheit mit 2,63. Weitere 35 Personen (79,6%) blieben in ihrer bisherigen Wohnform. Es ergab sich eine durchschnittliche Zufriedenheit von 1,54. Es kann demnach angenommen werden, dass ein Wechsel der Wohnform Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Maßnahme BEW hat.

Unterstützung

77,8% der Befragten (56 Personen) erhielten Unterstützung durch andere Dienste, bevor das BEW beantragt wurde. Sie hatten eine durchschnittliche Zufriedenheit von 1,75. Die Klienten / Klientinnen, welche vor dem BEW keine Unterstützung durch andere Dienste erhielten (16 Personen; 22,2%) bewerteten die Maßnahme durchschnittlich mit 1,44. Die Daten können so interpretiert werden, dass diese Klienten / Klientinnen die Maßnahme BEW schon als Verbesserung ansahen.

Die Art der Unterstützung, die den Betroffenen während des BEW zuteil kam, ist kein entscheidendes Merkmal für die allgemeine Zufriedenheit. Hingegen sind die Personen, die durch das BEW einige Unterstützung nicht mehr benötigten (36 Befragte; 50,0%) mit durchschnittlich 1,6 etwas zufriedener als der Personenkreis, der alle Hilfen weiterhin benötigt (26 Befragte; 36,1%). Diese Teilnehmer /-innen bewerteten die allgemeine Zufriedenheit mit 1,88.

Ein drohender Heimaufenthalt (Frage 12) ist mit einem Korrelationswert von 0,009 kein Kriterium für die Zufriedenheit mit dem BEW.

Klinikaufenthalte objektiv und subjektiv im Widerspruch

Es ist ein Widerspruch bezüglich des Zusammenhangs zwischen BEW und den Aufenthalten in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik deutlich geworden.

Objektiv wird deutlich, dass 70,8% der Klienten / Klientinnen während des BEW keinen Aufenthalt in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus benötigten. Wohingegen gerade mal 11,1% der Befragten vor dem BEW gar nicht, und 23,6% in den drei Jahren vor der Maßnahme nicht in einer derartigen Klinik waren. 34,7% der Teilnehmer /-innen hatten insgesamt ein bis zwei bzw. drei bis fünf Klinikaufenthalte vor dem BEW. Auch die Kurve bezüglich der Krankenhausaufenthalte innerhalb der drei Jahre vor der Maßnahme steigt an. 48,6% der Befragten waren ein bis zwei Mal, und 16,7% waren drei bis fünf Mal in der Psychiatrie oder Psychosomatik.

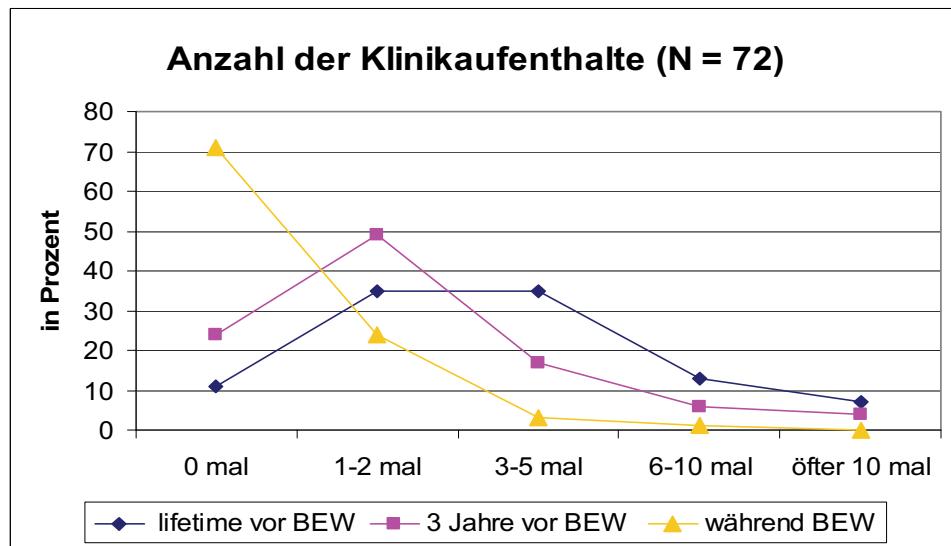


Diagramm 16: Anzahl der Klinikaufenthalte (N = 72)

Es wird im Diagramm 16 deutlich, dass ausschließlich die Kurve bezüglich der Klinikaufenthalte während des BEW gegenläufig ist. Während 23,6% der Befragten angaben, im Laufe der Maßnahme ein bis zwei Mal in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik gegangen zu sein, waren es nur 2,8%, die in der Zeit des BEW drei bis fünf Klinikaufenthalte hatten. Die Daten können demnach so interpretiert werden, dass durch die Maßnahme BEW weniger Klinikaufenthalte bei den Klienten und Klientinnen notwendig werden. Dies wiederum führt zu einer Kostenersparnis beim Bezirk (Kostenträger), da das BEW langfristig kostengünstiger ist als Klinikaufenthalte. Es ist anzunehmen, dass das BEW vor Klinikaufenthalten schützt. Dem widerspricht jedoch die subjektive Einschätzung der Klienten / Klientinnen (siehe Diagramm 17).

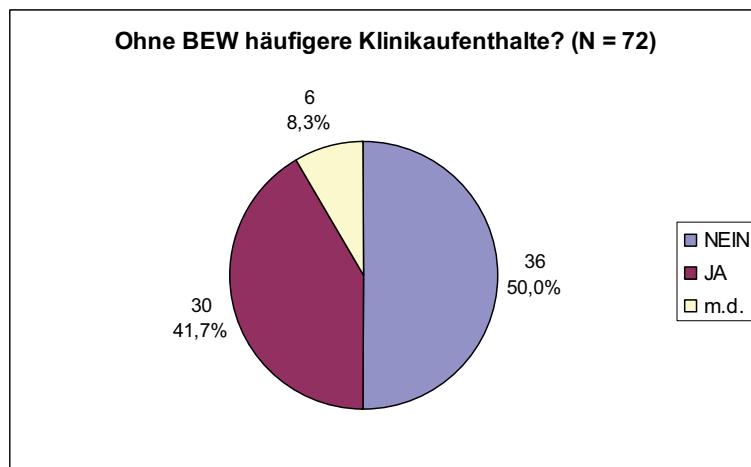


Diagramm 17: Ohne BEW häufigere Klinikaufenthalte? (N = 72)

36 Befragte (50,0%) gaben an, dass sie der Meinung sind, ohne das BEW nicht häufiger in ein psychiatrisches oder psychosomatisches Krankenhaus gegangen zu sein. Hingegen glaubten 30 Studienteilnehmer /-innen (41,7%), dass das BEW sie vor häufigeren Klinikaufenthalten bewahrte. 6 Befragte (8,3%) machten zu diesem Punkt keine Aussage. Es wird deutlich, dass nicht alle befragten Studienteilnehmer /-innen in der Lage waren, diesen Bereich objektiv einzuschätzen. Dies kann damit zusammenhängen, dass sie die Effekte der Maßnahme BEW nicht voll erfassen, oder einige positive Effekte nicht dem BEW zuschreiben.

Änderung der Medikamentendosis (Clusterdarstellung)

Die Frage bezüglich der Änderung der Dosis der Psychopharmaka wurde im Diagramm 18 geclustert, um ein aussagekräftiges Ergebnis zu erhalten. Es wird sichtbar, dass sich bei 46 Befragten (63,9%) die Menge der Psychopharmaka nicht änderte. Diese Gruppe bewertete die durchschnittliche Zufriedenheit mit 1,69 und liegt demnach etwa im allgemeinen Durchschnitt. Bei 7 Teilnehmern / Teilnehmerinnen (9,7%) wurde die Dosis erhöht, was dazu führte, dass sie weniger zufrieden sind (2,00). Die Klienten /-innen, bei denen die Dosis verringert werden konnte (17 Personen, 23,6%), sind mit der ambulanten Hilfe am zufriedensten (1,47).

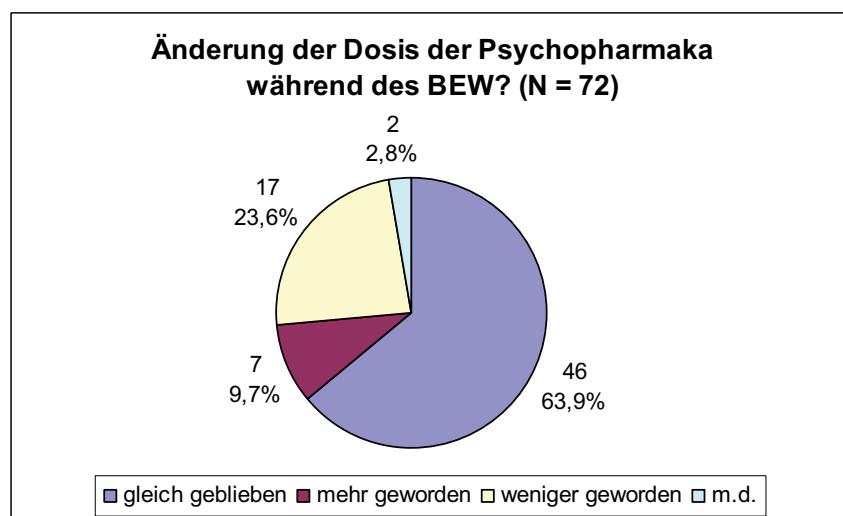


Diagramm 18: Änderung der Dosis der Psychopharmaka während des BEW im Cluster (N = 72)

Änderung der gesetzlichen Betreuung

19 Klienten / Klientinnen (26,4%) gaben an, dass bei ihnen noch gar keine gesetzliche Betreuung eingerichtet wurde. Sie waren mit dem Betreuten Einzelwohnen überdurchschnittlich gut zufrieden (1,44). Die Teilnehmer /-innen, bei denen es bezüglich einer gesetzlichen Betreuung keine Veränderungen gab (34 Personen;

47,2%), bewerteten die allgemeine Zufriedenheit mit 1,82. Veränderungen in diesem Bereich gab es bei 19 Befragten (26,4%). Sie hatten eine Zufriedenheit von 1,63 und liegen damit leicht unter dem allgemeinen Schnitt von 1,68. Die durchschnittliche Zufriedenheit in dieser Gruppe variiert zwischen 1,0¹⁰⁷ und 3,5¹⁰⁸. 80,0% der Befragten, bei denen es Veränderungen gab, äußerten, dass die Veränderungen in ihrem Sinne geschahen. Diese Personen sind mit dem BEW sehr zufrieden (1,31). Wohingegen die Klienten / Klientinnen, die der Meinung sind, dass die Veränderungen bezüglich der gesetzlichen Betreuung nicht in ihrem Sinne waren (20,0%), die allgemeine Zufriedenheit mit dem BEW mit 2,75 bewerteten. Diese Bewertungsunterschiede können mit dem Grad der persönlichen Einschränkung des Betroffenen zusammenhängen, und damit, wie schwerwiegend er dieses für sich einschätzt. Des Weiteren gaben 12 Personen (16,7%) an, dass durch das BEW eine gesetzliche Betreuung verhindert wurde. Sie beurteilen die allgemeine Zufriedenheit mit der Hilfe dementsprechend positiv (1,36). Die anderen Werte sind zu vernachlässigen.

Hat sich das allgemeine Lebensgefühl verändert?

Die Frage, ob sich das allgemeine Lebensgefühl während des BEW veränderte, hat Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit mit der Hilfe. 20 Studienteilnehmer /-innen (27,8%) gaben an, dass sich das allgemeine Lebensgefühl während des BEW nicht verändert hat. Sie bewerteten die allgemeine Zufriedenheit mit 1,95. Diese Betroffenen hatten eine durchschnittliche BEW-Dauer von 23 Monaten. Bei einem Klienten / einer Klientin (1,4%) verschlechterte sich das allgemeine Lebensgefühl, was dazu führte, dass er / sie mit dem BEW gar nicht zufrieden war (6,00). Diese Person nahm 18 Monate an der Maßnahme teil. Bei 49 Befragten (68,1%) verbesserte sich das allgemeine Lebensgefühl während des BEW. Sie waren mit der Maßnahme zufrieden (1,5) und nahmen etwa 31 Monate teil. Die Daten können so interpretiert werden, dass die Dauer der Hilfe sich auf das allgemeine Lebensgefühl auswirkt. Je kürzer die Maßnahme ist, desto schlechter ist das Lebensgefühl. Das wiederum bestätigt auch, dass die Dauer des BEW Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit hat.

¹⁰⁷ Einwilligungsvorbehalt wurde eingerichtet; gesetzliche Betreuung wurde öfter eingerichtet und wieder aufgehoben.

¹⁰⁸ Die Aufgabenbereiche des Betreuers wurden ausgedehnt.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Im Rahmen dieser Arbeit galt es herauszufinden, wie zufrieden Nutzer und Nutzerrinnen mit dem Intensiv-betreuten Einzelwohnen in Traunstein sind und ob bestimmte Faktoren die Zufriedenheit beeinflussen. Zu diesem Zweck wurde von der Autorin der vorliegenden Arbeit eine Evaluation durchgeführt. Diese stellt eine Mischung aus verschiedenen Formen dar (siehe 3.4):

- *Mikroevaluation* (eine Maßnahme wird evaluiert)
- *Formative Evaluation* (in Bezug auf einen Teil der Klienten/innen handelt es sich um eine Begleitevaluation)
- *Summative Evaluation* (in Bezug auf den anderen Teil der Klienten/innen wird eine abgeschlossene Maßnahme evaluiert)
- *Extrinsische Evaluation* (die Maßnahme wird aufgrund ihrer Auswirkungen auf den Adressaten überprüft)
- *Input-Evaluation* (es werden einzelne Aspekte einer Maßnahme bewertet – hier die Zufriedenheit)
- *Externe Evaluation* (die Evaluation wurde von einer Person durchgeführt, die nicht an der Planung und Durchführung der zu bewertenden Maßnahme beteiligt war)

Der Untersuchungszeitraum umfasst zwölf Jahre, in denen das Intensiv-betreute Einzelwohnen angeboten wurde (1996 – 2008). Die Durchführung der Evaluation (siehe 5.3) fand im Rahmen eines Praxissemesters der Verfasserin in der Beratungsstelle für psychische Gesundheit in Traunstein zwischen März und Juli 2008 statt.

Für die Durchführung der Evaluation war eine Sammlung von Informationen (Name, Adresse, Telefonnummer, etc.) notwendig, um Kontakt mit den Betroffenen aufnehmen zu können (siehe 5.1). Hierzu führte die Autorin ein umfangreiches Studium der Klientenakten durch. Des Weiteren wurden die Mitarbeiter/-innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die gesetzlichen Betreuer der Klienten und Klientinnen diesbezüglich befragt. Letztlich konnten einige Daten durch ein Online-Telefonbuch ermittelt werden.

Es wurde bei der Evaluation die Methode der mündlichen und schriftlichen Befragung angewandt (siehe 3.5). Bei der mündlichen Befragung war die Art des Kon-

taktes entweder persönlich in Form eines Hausbesuches oder telefonisch. Es wurde ein standardisiertes Interview verwendet, bei dem Wortlaut und Abfolge der Fragen eindeutig vorgegeben sind. Die mündliche Befragung fand in Einzelinterviews statt. Bei der schriftlichen Befragung wurde der gleiche Interviewleitfaden, wie er bei der mündlichen Befragung benutzt wurde, postalisch an die Studienteilnehmer und Teilnehmerinnen verschickt. Hier konnte nicht überprüft werden, ob sich die Klienten und Klientinnen bei der Beantwortung an die vorgegebene Reihenfolge der Fragen gehalten haben.

Die Stichprobe (siehe 5.2) dieser Studie umfasst 72 Personen, von denen 38 männlich und 34 weiblich sind. Das Durchschnittsalter der Gesamtpopulation liegt bei 46,4 Jahren. Die Frauen sind dabei durchschnittlich 49,2 und die Männer 43,8 Jahre alt.

Der überwiegende Teil der Stichprobe verteilt sich auf die Hauptdiagnosen (gemäß der ICD-10) F2 (Schizophrenie, 29 Personen: 40,3%), F3 (affektive Störungen, 20 Personen: 27,8%) und F6 (Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen, 13 Personen: 18,1%). Von den Befragten nehmen 28 Klienten und Klientinnen aktuell am Intensiv-betreuten Einzelwohnen teil. 44 Personen haben die Maßnahme bereits beendet.

Die Auswertung der erhobenen Daten zeigt, dass die Diagnose Einfluss auf die Zufriedenheit der Klienten /-innen hat (siehe 6.4). Betroffene mit der Diagnose Schizophrenie bewerteten ihre allgemeine Zufriedenheit mit dem BEW durchschnittlich mit 1,75 nach dem Schulnotensystem. Die Befragten, bei denen eine affektive Störung diagnostiziert wurde, beurteilten die ambulante Hilfe mit 1,70. Klienten mit dem Befund einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung sind mit der ambulanten Hilfe am zufriedensten (1,38). Es ist davon auszugehen, dass dieses Ergebnis eine Folge der unterschiedlichen Betreuungsbedürfnisse ist.

Ferner ergab die Auswertung, dass die Länge der Maßnahme einen Einfluss auf die allgemeine Zufriedenheit hat (siehe 6.4). Einerseits waren Klienten und Klientinnen, die an dem BEW zwischen 12 und 18 Monaten teilnahmen, besonders zufrieden (1,29). Andererseits gab es Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die bei einer höheren Dauer (36 bis 70 Monate) eine ausnehmend hohe Zufriedenheit angaben (1,53). Die Auswertung ergab, dass in der ersten Gruppe insbesondere Klienten und Klientinnen mit der Diagnose F3 und F6 vertreten sind. In der zweiten Gruppe

sind es hauptsächlich Betroffene mit F2. In jedem Fall ergab die Auswertung, dass eine BEW-Dauer unter 12 Monate zu kurz ist, da nicht ausreichend Effekte erzielt werden können. Außerdem zeigt die Analyse, dass sich die Länge der Maßnahme an der jeweiligen Diagnose orientieren sollte. Klienten und Klientinnen mit der Diagnose einer Schizophrenie benötigen demnach eine wesentlich längere Aufenthaltsdauer in dem BEW als Betroffene mit F3 oder F6.

Ein weiteres wesentliches Merkmal für die allgemeine Zufriedenheit stellt die Initiative dar (siehe 6.4). Es ist entscheidend, von wem die Initiative zur Beantragung des BEW ausgeht. Wurde das BEW aus Eigeninitiative heraus beantragt, lag die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Maßnahme bei 1,36. Kam der Entschluss zur Beantragung von einer Klinik oder einem Krankenhaus, bewerteten die Betroffenen die ambulante Hilfe mit 1,67 und liegen damit fast im gesamten Durchschnitt von 1,68. Am unzufriedensten waren die Studienteilnehmer /-innen, bei denen die Initiative vom gesetzlichen Betreuer ausging (1,95). Es wird deutlich, dass die Klienten und Klientinnen umso zufriedener sind, je mehr die Maßnahme von ihnen gestützt wird.

Dieser Trend wird von dem Merkmal „persönlicher Wunsch“ unterstützt (siehe 6.4). Entsprach das BEW dem persönlichen Wunsch des Betroffenen, wurde es durchschnittlich mit 1,49 bewertet. Entsprach es nicht dem persönlichen Wunsch, lag die allgemeine Zufriedenheit bei 2,16.

Die Auswertung der Daten ergab ferner, dass die Unterstützung partiell Einfluss auf die Zufriedenheit hat (siehe 6.4). Klienten und Klientinnen, die vor dem BEW bereits durch andere unterstützt wurden, bewerteten die allgemeine Zufriedenheit mit 1,75. Die Studienteilnehmer /-innen, die vor dem BEW jedoch keine weitere Unterstützung hatten, waren überdurchschnittlich zufrieden (1,44).

Des Weiteren sind die Befragten, die durch das BEW einen Teil der Unterstützung nicht mehr benötigten, zufriedener (1,6) als diejenigen, die weiterhin alle ihre Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen (1,88).

Die Daten können so interpretiert werden, dass diese Klienten und Klientinnen durch das BEW eine Verbesserung verspürten, was sich wiederum in ihrer Zufriedenheit zeigte.

Ein weiteres Merkmal für die allgemeine Zufriedenheit ist die Veränderung der Wohnform während des BEW (siehe 6.4). Gab es diesbezüglich Veränderungen, wurde die allgemeine Zufriedenheit mit der Maßnahme durchschnittlich mit 2,0 bewertet. Die Befragten, bei denen es keinen Wechsel der Wohnform gab, waren zufriedener (1,56). Ein Wechsel der Wohnform scheint sich hierbei negativ auf die allgemeine Zufriedenheit auszuwirken.

Des Weiteren ist die Veränderung der Dosis bzw. Menge der Psychopharmaka ein Merkmal für die allgemeine Zufriedenheit (siehe 6.4). Wurde die Dosis erhöht, waren, die Klienten und Klientinnen durchschnittlich weniger zufrieden (2,0) als die Klienten /-innen, bei denen die Dosis nicht verändert (1,69) bzw. verringert (1,47) wurde.

Die Betroffenen, bei denen es keine Veränderungen gab, liegen in etwa im allgemeinen Durchschnitt (1,68). Die Daten lassen sich so interpretieren, dass eine Verringerung bzw. Erhöhung der Dosis der Psychopharmaka von den Klienten und Klientinnen dem Wirken des BEW zugeschrieben wird, was wiederum die Zufriedenheit beeinflusst. Ebenso sind diejenigen, die während des BEW sicherer im Umgang mit ihren Medikamenten geworden sind, zufriedener (1,38) als diejenigen, die nie Probleme im Umgang mit den Arzneimitteln hatten (1,82) bzw. noch genauso unsicher sind wie vor der ambulanten Hilfe (2,4). Auch hier können die Daten so gewertet werden, dass die gewonnene Sicherheit von den Betroffenen dem BEW zugeschrieben wird. Durch diesen BEW-Effekt erhöht sich folglich die allgemeine Zufriedenheit mit der Maßnahme.

Ein weiteres entscheidendes Merkmal ist die gesetzliche Betreuung (siehe 6.4). Personen, bei denen es bezüglich einer gesetzlichen Betreuung keine Veränderungen gab, sind am unzufriedensten (1,82). Die Betroffenen, die hingegen bislang keinen gesetzlichen Betreuer hatten, waren überdurchschnittlich zufrieden (1,44). Im ungefähren Durchschnitt lagen die Befragten, bei denen es Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen Betreuung gab (1,63). Von dieser Gruppe waren diejenigen zufriedener, bei denen die Veränderungen in ihrem Sinne waren (1,31). Unzufrieden waren hingegen die Klienten und Klientinnen, bei denen Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen Betreuung vorgenommen wurden, die nicht in ihrem Sinne waren (2,75). Die Daten können so ausgelegt werden, dass

sowohl positive als auch negative Meinungen bezüglich den Veränderungen dem BEW zugeschrieben werden.

Die Auswertung der Daten bezüglich der Aufenthalte in einem psychosomatischen oder psychiatrischen Krankenhaus ergab einen Widerspruch. Während in der Zeit vor dem BEW 8 Personen (11,1%) insgesamt noch nie und 17 Befragte (23,6%) in den 3 Jahren vor dem BEW nicht in einer derartigen Klinik waren, stieg die Zahl der Klienten und Klientinnen, die während des BEW in keiner Psychiatrie oder Psychosomatik waren, auf 51 Personen (70,8%) an. Den Daten ist folglich zu entnehmen, dass das BEW einen Großteil der Studienteilnehmer /-innen vor Klinikaufenthalten bewahrt hat. Als die Betroffenen jedoch gefragt wurden, ob durch die ambulante Hilfe ihrer Meinung nach häufigere Klinikaufenthalten vermieden werden konnten, antworteten 36 Personen mit „nein“ und 30 Personen mit „ja“. Hier scheinen die Teilnehmer /-innen den positiven Effekt nicht dem BEW zuzuschreiben.

Somit lässt sich feststellen, dass spezifische Merkmale die Zufriedenheit der Klienten /-innen beeinflussen. Für die zukünftige Arbeit sollte demnach insbesondere Folgendes beachtet werden: Die allgemeine Zufriedenheit mit dem BEW hängt zum einen mit dem Bedarf zusammen, der aufgrund einer bestimmten Diagnose besteht. An dem Bedarf sollte die Dauer ausgerichtet werden. Wird dann die Maßnahme durch den Wunsch und Initiative des Betroffenen unterstützt, können positive Zufriedenheitseffekte erzielt werden.

Im Rahmen dieser Evaluation wurden Gesetze und Richtlinien bezüglich des Datenschutzes von der Verfasserin beachtet (siehe 3.7 und 5.4). So wurden zum Beispiel die Fragebögen in der Reihenfolge nummeriert, in der sie ausgefüllt wurden, sodass eine Identifizierung der Klienten und Klientinnen durch Außenstehende nicht möglich ist. Es stellte sich jedoch heraus, dass einige gesetzliche Betreuer und Pflegedienste mit den Informationen über die Betroffenen leichtfertig umgehen.

Während der Durchführung wurden einige mögliche Fehlerquellen und Probleme sichtbar (siehe 5.5). Obwohl der Interviewleitfaden von Beginn an sehr umfangreich gestaltet war, musste er im Laufe der Evaluation angepasst werden, indem

einige Antwortmöglichkeiten hinzugefügt wurden. Ferner ist es denkbar, dass ehrliche Antworten durch folgende Umstände beeinflusst wurden:

- Sympathien und Antipathien gegenüber den BEW-Betreuern /-innen
- Vorgegebene Antwortmöglichkeiten, da diese zeigen, was als normal und plausibel gilt

Einige schriftlich Befragte gaben außerdem abweichende Antworten, indem sie entweder zusätzliche Kästchen zeichneten (Bsp.: „unentschieden“ bei Entscheidungsfragen), oder bei Fragen mehrere Varianten ankreuzten, obwohl nur eine Antwortmöglichkeit genannte werden sollte. Hier wurden die Ergebnisse entweder nicht gewertet oder eine nachträgliche Auslese durchgeführt.

Es ist folglich nahe liegend, dass bei zukünftigen Evaluationen in diesem Bereich die Interviewleitfäden und/oder Fragebögen genauere Instruktionen enthalten sollten, um dem Klienten / der Klientin und dem Evaluator / der Evaluatorin den Umgang damit zu erleichtern. Ferner ist es sinnvoll, wenn die durchführende Person an der Entwicklung des Interviewleitfadens beteiligt ist, da sich dadurch einige nachträgliche Fragen erübrigen.

Es fiel auf, dass sich ein Teil der Befragten von dem 10-seitigen Umfang des Interviewleitfadens überfordert fühlte. Auch hier ist eine Verringerung des Umfangs denkbar.

Es ist vorstellbar, dass entsprechende Evaluationen in weiteren Landkreisen Bayerns oder deutschlandweit durchgeführt werden, um Vergleiche zu schaffen. Ergebnisse einer flächendeckenden Evaluation können wiederum Grundlage für Verhandlungen mit dem Bezirk, die die Finanzierung des BEW betreffen, sein. Insbesondere das Verhältnis zwischen Diagnose des Betroffenen und Dauer der Maßnahme sollte hierbei Beachtung finden. Letztlich können bei hoher Zufriedenheit des Klienten / der Klientin höhere BEW-Effekte erzielt werden.

8. Verzeichnisse

8.1. Literatur

Bayerisches Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung (UnterbrG). Stand: 28. März 2000. In: Deinert, H./Jegust, W.: Das Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen. Köln 2006.

Blasius, D.: Deutsche Erinnerung. Wegstrecken der Psychiatriegeschichte. In: Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen Kontroversen Perspektiven. Tübingen 2001, Seite 29-41.

Bortz, J./Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin u. a. 2003.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Evaluation. Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. Band 8. Köln 1999.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Stand: 05. September 2006. In: Stascheit, U. (Hrsg.): NomosGesetze. Gesetze für Sozialberufe. 14. Auflage. Frankfurt 2007.

Ciompi, L.: Welche Zukunft hat die Sozialpsychiatrie? Hoffnungen, Befürchtungen und Leitbilder. In: Wollschläger, M. (Hrsg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen Kontroversen Perspektiven. Tübingen 2001. Seite 755-765.

Deinert, H./Jegust, W.: Das Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen. Köln 2006.

Eikelmann, B.: Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis. Stuttgart 1997.

Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK). Stand: 17. Mai 2002. In: Deinert, H./Jegust, W.: Das Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen. Köln 2006.

Fuchs, W. u. a. (Hrsg.): Lexikon zur Soziologie. Hamburg 1975.

Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG). Stand: 14. August 2006. In: Stascheit, U. (Hrsg.): NomosGesetze. Gesetze für Sozialberufe. 14. Auflage. Frankfurt 2007.

Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden (KastrG). Stand: 26. Januar 1998. In: Deinert, H./Jegust, W.: Das Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen. Köln 2006.

Grundgesetz (GG). Stand: 28. August 2006. In: Stascheit, U. (Hrsg.): NomosGesetze. Gesetze für Sozialberufe. 14. Auflage. Frankfurt 2007.

- Haselmann, S.: Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie – systemisch oder subjektorientiert? Ein Lehrbuch. Göttingen 2008.
- Hoffmann-Richter, U./ Finzen, A.: Sozialpsychiatrie – Spezialdisziplin oder Sichtweise. In: Finzen, A./ Hoffmann-Richter, U.: Was ist Sozialpsychiatrie. Bonn 1995. Seite 11-19.
- Joecks, W.: StGB. Studienkommentar. München 2003.
- Kallert, T.W./ Leißé, M.: Betreuungsbedürfnisse chronisch schizophrener Patienten in verschiedenen Wohnformen. In: Sozialpsychiatrische Informationen. 36 (2006), H. 3, Seite 10-16.
- Kokemoor, A.: Sozialrecht. Köln u. a. 2006.
- König, R. (Hrsg.): Das Interview. Köln 1962.
- Leitlinien und Standards zur Sicherung der Qualität im betreuten Einzelwohnen für Menschen mit seelischer Behinderung. Stand: 11. Juli 2002. siehe Anhang 9.3.3
- Lexikographisches Institut: Das Bertelsmann Lexikon in 24 Bänden. Stuttgart 1996.
- Müller, C.: Zur Schweizer Psychiatrie – Rückblick und Ausblick. Schweiz 1997.
- Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie. Entwurfsstand 02/07. siehe Anhang 9.3.1
- Reichmann, J.: Weiterbildungs-Evaluation. Lernerfolge messbar machen, Neuwied 2004.
- Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (RiStBV). In: Deinert, H./Jegust, W.: Das Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen. Köln 2006.
- Sanders, J. (Hrsg.): Handbuch der Evaluationsstandards. Die Standards des „Joint Committee on Standards for Educational Evaluation“. Wiesbaden 2006.
- Schaffer, H.: Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau 2002.
- Siemen, H. L.: Die Reformpsychiatrie der Weimarer Republik: Subjektive Ansprüche und die Macht des Faktischen. In: Franz-Werner Kerstin u.a. (Hrsg.), Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert (S. 98-108). Paderborn 1993.
- Sozialgesetzbücher I, II, V, IX, X, XII. In: <http://www.sozialgesetzbuch.de> [Stand: 30.03.2009]
- Soziotherapie-Richtlinien. Stand: 23. August 2001. In: Deinert, H./Jegust, W.: Das Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen. Köln 2006.

Stascheit, U. (Hrsg.): NomosGesetze. Gesetze für Sozialberufe. 14. Auflage. Frankfurt 2007.

Strafgesetzbuch (StGB). Stand: 22. August 2006. In: Deinert, H./Jegust, W.: Das Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen. Köln 2006.

Strafprozessordnung (StPO). Stand: 12. August 2005. In: Deinert, H./Jegust, W.: Das Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen. Köln 2006.

Strotzka, H.: Einführung in die Sozialpsychiatrie. Reinbek bei Hamburg 1965.

URL 1: http://de.wikipedia.org/wiki/Nationalsozialistische_Rassenhygiene [Stand: 16.04.2009]

URL 2: <http://www.stmas.bayern.de> [Stand: 06.05.2009]

URL 3: <http://www.cmqm.de> [Stand: 07.05.2009]

URL 4: <http://de.wikipedia.org/wiki/Randomisierung> [Stand: 28.04.2009]

URL 5: http://www.degeval.de/index.php?class=Calimero_Webpage&id=9025 [Stand: 03.04.2009]

URL 6: http://www.uni-koblenz.de/~gpko/download/ss07/veranstaltungen/1.1.07/qualitaetsentwicklung_gs.pdf [Stand: 03.04.3009]

URL 7: <http://www.fleck.it/wipaed/images/falsifikation.gif> [Stand: 03.04.2009]

URL 8: <http://www.sozialgesetzbuch.de> [Stand: 30.03.2009]

URL 9: <http://www.dastelefonbuch.de> [Stand: März 2008]

Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für Personalbedarf in der stationären Psychiatrie – Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV). Stand: 26. September 1994. In: Deinert, H./Jegust, W.: Das Recht der psychisch Kranken. Sammlung bundes- und landesrechtlicher Bestimmungen. Köln 2006.

Vetter, P.: Die Rehabilitation psychisch Behinderter in therapeutischen Wohngemeinschaften und ihr Einfluss auf die Hospitalisierungsdauer. Nervenarzt 56: 116-120. 1985.

Wottawa, H./Thierau, H.: Lehrbuch Evaluation. Bern u. a. 2003.

Zweiter Bayerischer Landesplan zur Versorgung psychisch kranker Menschen und psychisch behinderter Menschen. In: <http://www.stmas.bayern.de> [Stand: 06.05.2009]

8.2. Diagramme

Diagramm 1: Wohnformen der Studienteilnehmer.....	46
Diagramm 2: Altersverteilung der Stichprobe (N = 72).....	51
Diagramm 3: Diagnose nach ICD-10 (N = 72).....	51
Diagramm 4: BEW - Betreuer (N = 72)	56
Diagramm 5: Auf wessen Initiative wurde das BEW beantragt? (N = 72)	57
Diagramm 6: War BEW auch Ihr persönlicher Wunsch? (N = 72).....	58
Diagramm 7: Warum wurde das BEW beendet? (N = 44).....	59
Diagramm 8: Wie veränderte sich die Wohnform während des BEW? (N = 19).....	61
Diagramm 9: Wie veränderte sich die Wohnform nach dem BEW? (N = 9).....	61
Diagramm 10: Art der Unterstützung vor dem und durch das BEW (N = 72).....	62
Diagramm 11: Aufenthalte in psychiatrischen oder psychosomatischen Kliniken (N = 72).....	65
Diagramm 12: Gab es während des BEW Veränderungen	67
Diagramm 13: Veränderte sich das allg. Lebensgefühl während des BEW? (N = 72).....	69
Diagramm 14: Zufriedenheit mit dem BEW	70
Diagramm 15: Dauer des BEW i. V. m. der Zufriedenheit.....	72
Diagramm 16: Anzahl der Klinikaufenthalte (N = 72).....	76
Diagramm 17: Ohne BEW häufigere Klinikaufenthalte? (N = 72).....	76
Diagramm 18: Änderung der Dosis der Psychopharmaka	77

8.3. Tabellen

Tabelle 1: Behandlungsbereiche in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene	16
Tabelle 2: Wie lange sind oder waren Sie im BEW?	57
Tabelle 3: In welcher Wohnform lebten Sie vor dem BEW?.....	60
Tabelle 4: Benötigen Sie einen der unterstützenden Dienste, die Sie vor dem	64
Tabelle 5: Änderte sich die Menge / Dosis der	66
Tabelle 6: Welche Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen	68
Tabelle 7: Länge des BEW in Verbindung mit der allgemeinen Zufriedenheit	72

8.4. Abbildungen

Abbildung 1: Ein Felder-Schema	18
Abbildung 2: Exhaustion und Falsifikation	45

9. Anhang

9.1. Interviewleitfaden

Klientenbefragung – Intensiv-betreutes Einzelwohnen der Caritas Traunstein

1. Alter: _____

2. Geschlecht: Weiblich
 Männlich

3. Nehmen Sie aktuell BEW in Anspruch ?

Ja Nein

4. a) Wie lange sind oder waren Sie insgesamt im BEW?

Weniger als 12 Monate
 Zwischen 12 und 24 Monaten
 (Seit) mehr als 24 Monate(n)

b) Genau waren das _____ Monate

5. Auf wessen Initiative wurde BEW beantragt?

Meine eigene
 Meines gesetzlichen Betreuers
 Klinik/Krankenhaus
 Eines anderen Krankenhauses
 Eines behandelnden niedergelassenen Arztes
 Amt/Behörde
 Sozialer Dienst
 Bezugspersonal meiner vorhergehenden stationären Wohnform (Heim, Wohngruppe)
 Familienangehörige
 Sonstiges soziales Umfeld (Freunde, Nachbarn, Arbeitskollegen)
 Sozialpsychiatrischer Dienst
 Tagesstätte
 Andere Beratungsstelle, und zwar: _____
 Sonstiges: _____

6. War BEW auch ihr persönlicher Wunsch? Ja Nein, ich habe Anderen zuliebe zugestimmt**7. In welcher Wohnform lebten Sie vor der Maßnahme BEW?**

- Alleine in einer Wohnung / Haus
- Mit Partner zusammen
- Mit Kind(ern) und Partner
- Allein mit meinen Kindern
- In meiner elterlichen Familie
- Bei Verwandten
- Bei Bekannten
- In einer betreuten Wohngemeinschaft
- In Familienpflege
- Im Heim
- Sonstiges: _____

8. Wurden Sie vor dem BEW durch andere unterstützt?**(Mehrfachnennungen möglich)** Nein Ja, nämlich:

- Facharzt
- Tagesstätte
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- gesetzliche Betreuung
- ambulante Psychotherapie
- Pflegedienst
- Haushaltshilfe
- Essen auf Rädern
- Schuldnerberatung
- andere Beratung
- Jugendamt
- Sonstiges: _____

9. Wurden Ihnen vom BEW Dienste vermittelt, die Sie bislang nicht in Anspruch genommen hatten?

(Mehrfachnennungen möglich)

Nein

Ja, nämlich:

- Facharzt
- Tagesstätte
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- gesetzliche Betreuung
- ambulante Psychotherapie
- Pflegedienst
- Haushaltshilfe
- Essen auf Rädern
- Schuldnerberatung
- andere Beratung
- Jugendamt
- Sonstiges: _____

10. Benötigten Sie einen der unterstützenden Dienste, die Sie vor dem BEW in Anspruch genommen hatten (vgl. Frage 8), im Verlauf des BEW nicht mehr?

(Mehrfachnennungen möglich)

alle weiterhin

folgende nicht mehr:

- Facharzt
- Tagesstätte
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- gesetzliche Betreuung
- ambulante Psychotherapie
- Pflegedienst
- Haushaltshilfe
- Essen auf Rädern
- Schuldnerberatung
- andere Beratung
- Jugendamt
- Sonstiges: _____

11. Veränderte sich die Wohnform während des BEW?

Nein Ja, denn nach der Veränderung lebte ich...

- alleine in einer Wohnung
- mit Partner zusammen
- mit Kind(ern) und Partner
- allein mit meinen Kindern
- in meiner elterlichen Familie
- bei Verwandten
- bei Bekannten
- in einer betreuten Wohngemeinschaft
- in Familienpflege
- im Heim
- Sonstiges: _____

12. Sind Sie persönlich der Meinung, dass das BEW sie vor einer Heimunterbringung bzw. einer anderen betreuten Wohnform (z.B. Wohngruppe oder Familienpflege) bewahrt hat?

Nein Ja

13. Wie oft waren Sie vor Beginn des BEW insgesamt in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus?

- 0
- 1 - 2
- 3 - 5
- 6 -10
- öfter als 10: _____

14. Wie oft waren Sie in den letzten 3 Jahren vor Beginn des BEW in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus?

- 0
- 1 - 2
- 3 - 5
- 6 -10
- öfter als 10: _____

15. Wie oft waren Sie während des BEW in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus?

- 0
- 1 - 2
- 3 - 5
- 6 - 10
- öfter als 10: _____

16. Glauben Sie, dass Sie ohne BEW öfter als in Frage 15 angegeben in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik gemusst hätten?

- Nein
- Ja

17. Hat sich während des BEW die Dosis bzw. Menge Ihrer Psychopharmaka verändert?

- Nein, sie sind gleich geblieben
- Ich weiß nicht
- Ja, es wurden weniger
- Ja, es wurden mehr
- Veränderung in beide Richtungen: mal mehr, mal weniger
- Ja, ich nehme seitdem gar keine Medikamente mehr
- Ja, ich brauche lt. meinem Arzt seither keine Medikamente mehr

- Ich habe noch nie Medikamente genommen

18. Wie hat sich während des BEW die Zufriedenheit mit Ihren Medikamenten verändert?

- Sie ist gleich geblieben?
- Sie hat sich verringert?
- Sie hat sich erhöht?

19. Sind Sie während des BEW sicherer im Umgang mit Ihren Medikamenten geworden (z.B. frühzeitig an ein neues Rezept denken, sie regelmäßig einnehmen, etc.)?

- Ja
- Nein, das war nie ein Problem
- Nein, da bin ich (heute noch) unsicher

20.a) Hat sich während des BEW etwas hinsichtlich einer gesetzlichen Betreuung verändert?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein, ich hatte nie eine gesetzliche Betreuung | <input type="checkbox"/> Nein, es ist alles gleich geblieben | <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:

<input type="checkbox"/> sie wurde ganz aufgehoben
<input type="checkbox"/> eine gesetzliche Betreuung wurde eingerichtet
<input type="checkbox"/> die Aufgabenbereiche des gesetzlichen Betreuers wurden eingeschränkt
<input type="checkbox"/> die Aufgabenbereiche des gesetzlichen Betreuers wurden ausgedehnt
<input type="checkbox"/> eine gesetzliche Betreuung wurde öfter eingerichtet und wieder aufgehoben
<input type="checkbox"/> ein bestehender Einwilligungsvorbehalt wurde aufgehoben
<input type="checkbox"/> ein Einwilligungsvorbehalt wurde eingerichtet
<input type="checkbox"/> ein Einwilligungsvorbehalt wurde öfter eingerichtet und wieder aufgehoben
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
|---|--|---|

b) Wenn ja: Waren diese Veränderungen in Ihrem Sinne?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

c) Konnte durch das BEW Ihrer Meinung nach eine gesetzliche Betreuung verhindert werden?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

21. Wie hat sich während des BEW Ihr allgemeines Lebensgefühl verändert?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Es ist gleich geblieben |
| <input type="checkbox"/> Es hat sich verschlechtert |
| <input type="checkbox"/> Es hat sich verbessert |

22. Bitte verteilen Sie Schulnoten:

- a) Wie wurde Ihre persönliche Situation während des BEW geachtet und in den Hilfeprozeß mit einbezogen?

1	2	3	4	5	6
sehr gut					sehr schlecht

- b) Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Tagesstruktur vor dem BEW?**

1	2	3	4	5	6
sehr gut					sehr schlecht

- bb) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tagesstruktur nach Unterstützung durch das BEW?**

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

- c) Wie zufrieden waren Sie mit ihren finanziellen Freiheiten vor dem BEW?

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

- cc) Wie zufrieden sind Sie mit Ihren finanziellen Freiheiten nach Unterstützung durch das BEW?**

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

d) Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Wohnsituation (Wohnort, Wohnungseinrichtung, Sauberkeit, etc.) vor dem BEW?

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

dd) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation (Wohnort, Wohnungseinrichtung, Sauberkeit, etc.) nach Unterstützung durch das BEW?

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

e) Wie beurteilen Sie die familiären Kontakte vor dem BEW?

1	2	3	4	5	6
sehr gut					sehr schlecht

ee) Wie beurteilen Sie die familiären Kontakte nach Unterstützung durch das BEW?

1	2	3	4	5	6
sehr gut					sehr schlecht

f) Wie zufrieden waren Sie vor dem BEW mit ihren übrigen sozialen Kontakten (Freundschaften; Bekanntschaften; Möglichkeiten, mit anderen Menschen zusammen sein zu können; evtl. Partnerschaft/Ehe)?

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

ff) Wie zufrieden sind Sie nach Unterstützung durch das BEW mit ihren übrigen sozialen Kontakten (Freundschaften; Bekanntschaften; Möglichkeiten, mit anderen Menschen zusammen sein zu können; evtl. Partnerschaft/Ehe)?

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

g) Wie zufrieden waren Sie vor dem BEW mit Ihren Möglichkeiten, Ihre Wünsche und Bedürfnisse verwirklichen zu können?

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

gg) Wie zufrieden sind sie nach Unterstützung durch das BEW mit Ihren Möglichkeiten, Ihre Wünsche und Bedürfnisse verwirklichen zu können?

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

h) Wie zufrieden waren Sie mit Ihrem psychischen Gesundheitszustand vor dem BEW?

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

hh) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem psychischen Gesundheitszustand nach Unterstützung durch das BEW?

1	2	3	4	5	6
sehr					gar nicht

i) Wie zufrieden waren/sind Sie mit dem BEW ganz allgemein?

1	2	3	4	5	6
sehr zufrieden					gar nicht zufrieden

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie kein BEW mehr in Anspruch nehmen:

23. Veränderte sich die Wohnform im ersten Jahr nach der Beendigung des BEW?

- Nein Ja, denn danach lebte ich...

 - alleine in einer Wohnung
 - mit Partner zusammen
 - mit Kind(er) und Partner
 - allein mit meinen Kindern
 - in meiner elterlichen Familie
 - bei Verwandten
 - bei Bekannten
 - in einer betreuten Wohngemeinschaft
 - in Familienpflege
 - im Heim
 - Sonstiges:

24. a) Warum wurde das BEW beendet?

- Finanzielle Eigenbeteiligung
 - Ich verstand mich mit meiner Bezugsperson des BEW nicht mehr
 - Ich bin aus dem Landkreis weg gezogen
 - BEW konnte mir bei meinen Problemen nicht (mehr) weiter helfen
 - Ich musste/wollte in ein stationäres Wohnangebot wechseln (betreute Wohngruppe, Heim)
 - Sonstiges:

b) Wer hat die Beendigung des BEW entschieden?

- Ich schlug die Beendigung des BEW vor
 - Bezugsperson des BEW schlug Beendigung des BEW vor
 - Bezugsperson des BEW und ich trafen gemeinsam die Entscheidung zur Beendigung

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!

9.2. Ergebnisse in tabellarischer Form

Betreuer

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
A	3	4,2%	1,67
B	12	16,7%	1,67
C	3	4,2%	1,67
D	22	30,6%	1,73
E	1	1,4%	2
F	15	20,8%	1,79
G	16	22,2%	1,5

Betreuergeschlecht

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
weiblich	23	31,9%	1,57
männlich	49	68,1%	1,73

Diagnose

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
F0	3	4,2%	1,33
F1	5	6,9%	2
F2	29	40,3%	1,75
F3	20	27,8%	1,7
F4	0	0,0%	0
F5	0	0,0%	0
F6	13	18,1%	1,38
F7	2	2,8%	2

Frage 1

Alter

	Durchschnittsalter		Zufriedenheit
komplett:	46,4		
weiblich:	49,2		1,54
männlich:	43,8		1,78

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
<20	0	0,0%	0
<30	7	9,7%	1,86
<40	17	23,6%	1,38
<50	18	25,0%	1,94
<60	18	25,0%	1,72
ab 60	12	16,7%	1,5

Frage 2

Geschlecht

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
weiblich	34	47,2%	1,55
männlich	38	52,8%	1,79

Frage 3

Nehmen Sie aktuell Teilnahme am BEW teil?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
JA	28	38,9%	1,57
NEIN	44	61,1%	1,74

Frage 4

Wie lange sind oder waren Sie im BEW?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
weniger 12	19	26,4%	1,83
12 bis 24	27	37,5%	1,63
mehr als 24	26	36,1%	1,62

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
<6	8	11,1%	1,88
<12	12	16,7%	1,82
<18	17	23,6%	1,29
<24	8	11,1%	2,38
<30	5	6,9%	2
<36	1	1,4%	2
<70	17	23,6%	1,53
<120	3	4,2%	1
ab 120	1	1,4%	2

Durchschnittliche Dauer:

28,17

Frage 5

Auf wessen Initiative wurde das BEW beantragt?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
eigene	11	15,3%	1,36
gesetzlicher Betreuer	20	27,8%	1,95
Klinik/Krankenhaus	16	22,2%	1,67
anderes Krankenhaus	0	0,0%	0
behandelnder Arzt	0	0,0%	0
Amt/Behörde	1	1,4%	1
Sozialer Dienst	1	1,4%	1
BP der stationären Wohnform	6	8,3%	1,83
Familienangehörige	0	0,0%	0
Sonstiges soziales Umfeld	0	0,0%	0
Sozialpsychiatrischer Dienst	7	9,7%	1,86
Tagesstätte	3	4,2%	1
Andere Beratungsstelle	2	2,8%	1
Sonstiges	3	4,2%	1,33
m.d.	2	2,8%	

Frage 6

War da BEW Ihr persönlicher Wunsch?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
JA	52	72,2%	1,49
NEIN	19	26,4%	2,16
m.d.	1	1,4%	

Frage 7

In welcher Wohnform lebten Sie vor der Maßnahme BEW?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
allein	32	44,4%	1,61
mit Partner	4	5,6%	1,5
Mit Kind(ern) und Partner	5	6,9%	1,4
allein mit Kind(ern)	4	5,6%	1,5
in elterlicher Familie	4	5,6%	2
bei Verwandten	0	0,0%	0
bei Bekannten	0	0,0%	0
betreute Wohngemeinschaft	7	9,7%	2
Familien-Pflege	0	0,0%	0
Heim	11	15,3%	1,82
Sonstiges	5	6,9%	1,6

Frage 8

Wurden Sie vor dem BEW durch andere unterstützt?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
Nein	16	22,2%	1,44
JA	56	77,8%	1,75
Facharzt	39	69,6%	1,79
Tagesstätte	16	28,6%	1,73
Sozialpsychiatrischer Dienst	24	42,9%	1,71
gesetzliche Betreuung	28	50,0%	2,04
ambulante Psychotherapie	11	19,6%	1,9
Pflegedienst	2	3,6%	2,5
Haushaltshilfe	3	5,4%	1,33
Essen auf Rädern	2	3,6%	1,5
Schuldnerberatung	0	0,0%	0
andere Beratung	7	12,5%	1,71
Jugendamt	7	12,5%	1,71
Sonstiges	15	26,8%	1,53

Frage 9

Wurden Ihnen vom BEW Dienste vermittelt, die Sie bislang nicht in Anspruch genommen hatten?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
Nein	23	31,9%	1,68
JA	49	68,1%	1,67
Facharzt	11	22,5%	1,64
Tagesstätte	32	65,3%	1,69
Sozialpsychiatrischer Dienst	9	18,4%	1,67
gesetzliche Betreuung	9	18,4%	1,89
ambulante Psychotherapie	7	14,3%	1,57
Pflegedienst	5	10,2%	1,6
Haushaltshilfe	4	8,2%	2
Essen auf Rädern	2	4,1%	1,5
Schuldnerberatung	7	14,3%	1,57
andere Beratung	3	6,1%	1,33
Jugendamt	1	2,0%	2
Sonstiges	12	14,5%	1,5
andere Beratung	1	1,6%	1
Jugendamt	3	4,8%	2
Sonstiges	5	8,1%	1,4

Frage 10

Benötigen Sie einen der unterstützenden Dienste, die Sie vor dem BEW in Anspruch genommen hatten, im Verlauf des BEW nicht mehr?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
alle weiterhin	26	36,1%	1,88
folgende nicht mehr	36	50,0%	1,6
m.d.	10	13,9%	
Facharzt	4	6,5%	1,67
Tagesstätte	9	14,5%	1,63
Sozialpsychiatrischer Dienst	19	30,7%	1,74
gesetzliche Betreuung	4	6,5%	2
ambulante Psychotherapie	7	11,3%	2,17
Pflegedienst	0	0,0%	0
Haushaltshilfe	3	4,8%	1,33
Essen auf Rädern	1	1,6%	1
Schuldnerberatung	0	0,0%	0
andere Beratung	1	1,6%	1
Jugendamt	3	4,8%	2
Sonstiges	5	8,1%	1,4

Frage 11

Veränderte sich die Wohnform während des BEW?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
NEIN	53	73,6%	1,56
JA	19	26,4%	2
allein	11	15,3%	2,09
mit Partner	5	6,9%	2
Mit Kind(ern) und Partner	1	1,4%	2
allein mit Kind(ern)	0	0,0%	0
in elterlicher Familie	1	1,4%	1
bei Verwandten	0	0,0%	0
bei Bekannten	0	0,0%	0
betreute Wohngemeinschaft	0	0,0%	0
Familien	0	0,0%	0
Heim	1	1,4%	2
Sonstiges	0	0,0%	0

Frage 12

Konnte das BEW eine Heimunterbringung verhindert?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
NEIN	28	38,9%	1,64
JA	42	58,3%	1,66
m.d.	2	2,8%	

Frage 13, 14 15

Wie oft waren Sie in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
vor BEW			
0 mal	8	11,1%	1,88
1-2 mal	25	34,7%	1,56
3-5 mal	25	34,7%	1,68
6-10 mal	9	12,5%	1,89
öfter als 10 mal	5	6,9%	1,5
insgesamt			

3 Jahre
vor dem
BEW

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
0 mal	17	23,6%	1,71
1-2 mal	35	48,6%	1,77
3-5 mal	12	16,7%	1,42
6-10 mal	4	5,6%	1,25
öfter als 10 mal	3	4,2%	1,5
m.d.	1	1,4%	

Während
des BEW

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
0 mal	51	70,8%	1,63
1-2 mal	17	23,6%	1,88
3-5 mal	2	2,8%	1
6-10 mal	1	1,4%	2
öfter als 10 mal	0	0,0%	0
m.d.	1	1,4%	

Frage 16

Konnte das BEW häufigere Klinikaufenthalte vermeiden?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
NEIN	36	50,0%	1,75
JA	30	41,7%	1,53
m.d.	6	8,3%	

Frage 17

Hat sich die Dosis / Menge der Psychopharmaka während des BEW verändert?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
Nein, sind gleich	21	29,2%	1,86
ich weiß nicht	4	5,6%	1,75
ja, wurden weniger	14	19,4%	1,57
ja, wurden mehr	7	9,7%	2
mal mehr, mal weniger	14	19,4%	1,43
ich nehme keine Medikamente mehr	3	4,2%	1
ich brauche laut Arzt keine Medikamente mehr	0	0,0%	0
Ich habe noch nie Medikamente genommen	7	9,7%	1,71
m.d.	2	2,8%	

Frage 18

Zufriedenheit mit Med. während des BEW?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
gleich	35	56,5%	1,77
schlechter	3	4,8%	1,67
besser	23	37,1%	1,52
m.d.	1	1,6%	

Frage 19

Sicherer im Umgang mit Med während des BEW?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
JA	24	38,7%	1,38
Nein, noch nie Problem	33	53,2%	1,82
Nein, noch unsicher	5	8,1%	2,4

Frage 20a

Gab es während des BEW Veränderungen bezüglich einer gesetzlichen Betreuung?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
Nein, noch nie eine ges Betreuung	19	26,4%	1,44
Nein, alles gleich	34	47,2%	1,82
Ja, denn:	19	26,4%	1,63
gesetzl. Betreuung wurde auf- gehoben	2	10,5%	1,5
gesetzl. Betreuung wurde ein- gerichtet	10	52,6%	1,5
Aufgabenbereiche wurden eingeschränkt	0	0,0%	0
Aufgabenbereiche wurden ausgedehnt	2	10,5%	3,5
gesetzl. Betreuung wurde öfter eingerichtet und aufgehoben	1	5,3%	1
Einwilligungsvorbehalt wurde aufgehoben	0	0,0%	0
Einwilligungsvorbehalt wurde eingerichtet	1	5,3%	1
Einwilligungsvorbehalt wurde öfter aufgehoben und einge- richtet	0	0,0%	0
sonstiges	3	15,8%	1,33

Frage 20b

Waren die Veränderungen in Ihrem Sinne?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
JA	16	80,0%	1,31
NEIN	4	20,0%	2,75

Frage 20c

Konnte durch BEW ges Betreuung verhindert werden?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
JA	12	16,7%	1,36
NEIN	37	51,4%	1,62
m.d.	23	31,9%	

Frage 21

Hat sich das allg Lebensgefühl während des BEW verändert?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
nein, gleich	20	27,8%	1,95
ja, schlechter	1	1,4%	6
ja, besser	49	68,1%	1,5
m.d.	2	2,8%	

Frage 22

Bitte verteilen Sie Schulnoten:

	Mittelwert		Mittelwert
Einbeziehung der Situation des Klienten	1,63		
	vorher		nachher
Tagesstruktur	3,89		2,14
Finanzen	3,24		2,61
Wohnen	3,34		2,10
Familie	3,34		2,57
Soziale Kontakte	3,17		2,44
Eigene Wünsche	3,66		2,56
Psychische Gesundheit	4,07		2,29
Allgemeine Zufriedenheit mit dem BEW	1,68		

Frage 23

Änderte sich 1 Jahr nach BEW die Wohnform?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
NEIN	35	79,6%	1,54
JA	9	20,5%	2,63
allein	2	22,2%	2,5
mit Partner	1	11,1%	0
Mit Kind(ern) und Partner	0	0,0%	0
allein mit Kind(ern)	0	0,0%	0
in elterlicher Familie	0	0,0%	0
bei Verwandten	0	0,0%	0
bei Bekannten	0	0,0%	0
betreute Wohngemeinschaft	1	11,1%	2
Familien-Pflege	0	0,0%	0
Heim	4	44,4%	3,25
Sonstiges	1	11,1%	1

Frage 24a

Warum wurde BEW beendet?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
finanzielle Eigenbeteiligung	7	15,9%	1,43
Ich verstand mich mit der BP des BEW nicht mehr	0	0,0%	0
aus Landkreis gezogen	2	4,6%	2,5
BEW konnte beim Problem nicht helfen	3	6,8%	2,33
Wechsel in stationäre Wohnform	4	9,1%	3
Sonstiges	28	63,6%	1,52

Frage 24b

Wer hat Beendigung entschieden?

	Zahl	Prozent	Zufriedenheit
Klient	13	29,6%	1,92
Bezugsperson des BEW	13	29,6%	1,46
gemeinsam	15	34,1%	1,57
m.d.	3	6,8%	

9.3. Gesetze und Richtlinien

9.3.1. Rahmenkonzept BEW/TWG Psychiatrie

1. Leitlinien

Caritas heißt Dienst am Menschen und versteht sich als Anwalt für die Armen und Schwachen. Als Anbieter sozialer Dienstleistungen und Teil des Diözesancaritasverbandes München und Freising (DiCV) stehen die Dienste des Fachbereiches Sozialpsychiatrie in christlicher Verantwortung.

Im zweiten Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch kranker Menschen und psychisch behinderter Menschen (München 1990) werden differenzierte betreute Wohnformen für psychisch kranke Menschen und seelisch behinderte Menschen gefordert, die weiterer stationärer Behandlung nicht mehr bedürfen, aber allein mit ambulanter ärztlicher Behandlung ohne qualifizierte psychosoziale Betreuung mit selbstständigem Leben überfordert sind.

Im "Psychiatriekonzept des Bezirks Oberbayern" ist die Grundidee von Wohnen folgendermaßen beschrieben: *"Ein spezifischer Aspekt des Wohnens ist, dass es von Gewohnheiten bestimmt wird: Die Wohnung ist weniger ein Ort, an dem neue Erfahrungen gesammelt werden, sondern in erster Linie ein Ort, an dem Gewohntes und Alltägliches stattfindet.*

Wohnen ist dabei ein soziales Grundbedürfnis des Menschen und sozialräumlicher Bezugspunkt für das Leben in der Gemeinde. Mit dem Lebensbereich Wohnen ist insbesondere die Verwirklichung der Bedürfnisse nach Schutz, Privatheit, Vertrautheit und Kontinuität sowie Zugehörigkeit verknüpft.

Als grundlegende Anforderung an Wohnumwelten ergibt sich hieraus, dass sie entweder zum Bleiben einladen oder das Bleiben überhaupt erst ermöglichen, denn Vertrautheit kann nur entstehen, wenn genügend Zeit verstreichen kann in der Neues und Ungewohntes allmählich zum Vertrauten und Gewohnten werden kann. Darüber hinaus muss Wohnen Alleinsein ermöglichen, sowohl das "für sich sein" wie auch das "unter sich sein" mit selbstgewählten Personen. (a.a.O. S.161)

Die Empfehlungen des Fachverbandes Psychiatrie in der Caritas (unser Standpunkt Nr. 17, Hilfe für psychisch Kranke..., Freiburg 1995) ergänzen: *"Menschen brauchen zur gesunden Lebensgestaltung einen Lebensmittelpunkt, Er fördert Sicherheit, Selbstbewusstsein und soziale Identität. Diese Aussagen müssen im Hinblick auf psychisch kranke Menschen nachdrücklich betont werden: Häufig können sie das, was Wohnen für Menschen bedeutet, nur erhalten, wenn ihnen Menschen zur Seite stehen, die ihre Rechte einfordern oder ihnen dabei helfen.*

Die MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens leisten entsprechend dem Leitbild des Caritasverbandes im Dialog mit den Betroffenen professionelle Hilfe.

2. Ziele

Oberstes Ziel der Maßnahme Betreutes Wohnen ist die Ermöglichung einer weitgehend selbstständigen Lebensführung psychisch kranker Menschen in ihrer gewünschten Wohnform und Umgebung, d.h. die Klientel durch geeignete Hilfestellungen so zu unterstützen, dass sie bei bestmöglichem Gebrauch ihrer eigenen Fähigkeiten in eigener Wohnung und möglichst normalem Gemeindekontakt dauerhaft leben kann (Normalisierungsprinzip). Hierbei kann es auch um den Erhalt des Status quo und die Vermeidung von Klinikaufenthalten bis hin zur Heimunterbringung gehen.

Wichtigste Priorität hat dabei die Integration bzw. Reintegration psychisch kranker Menschen in das Gemeinwesen, d.h. ihre Wiederbeheimatung dort. Leitgedanke ist hierbei die Umsetzung der Maßgabe ambulant vor stationär. Eine Folge dieser Arbeit kann die Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen sein.

Die konkreten Eingliederungsziele orientieren sich dabei an den individuellen Defiziten und Fähigkeiten der HilfeempfängerInnen in Ausrichtung auf ihre angestrebte oder gewünschte Lebensweise.

Die Zielerreichung wird gewährleistet durch schrittweise Annäherung aufgrund konkreter Zielvereinbarungen zwischen KlientInnen und BetreuerInnen¹⁰⁹.

3. Bedarfsfeststellung

Die Bedarfsfeststellung erfolgt über:

- Anfragen von Betroffenen und deren Angehörigen (schriftlich, persönlich, telefonisch, e-Mail)
- ÄrztInnen
- Kliniken
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
- Arbeitskreise mit gesetzlichen BetreuerInnen / Betreuungsamt
- PsychotherapeutInnen
- Gesundheitsamt
- GPV /AKV
- Hilfeplankonferenzen
- Beratungsstellen (v. a. Sozialpsychiatrische Dienste)

Folgende relevante Veröffentlichungen und Quellen können weiterhin ausgewertet werden:

- Berichte der Weltgesundheitsorganisation
- Berichte der Europäischen Union
- Berichte der Bundesregierung/Bundesgesundheitsministerium
- Psychiatrie-Enquête
- Mikrozensus und statistische Jahrbücher
- Daten der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger zu psychischen Erkrankungen
- Forschungsergebnisse medizinischer Hochschulen
- Berichte und Forschungsergebnisse der Aktion psychisch Kranke
- Berichte des Sozial- und Gesundheitsministeriums Bayern
- Bayerischer Landespsychiatrieplan
- Psychiatriekonzept des Bezirks Oberbayern
- Jahresberichte des DiCV

4. Anspruchsgruppen

4.1. Zielgruppen

Die Angebote des BEW und der TWG leisten Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen im Sinne des § 53 SGB XII.

Sie wenden sich insbesondere an Menschen, die:

¹⁰⁹ Unter BetreuerInnen werden hier die MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens verstanden.

- vorübergehend für längere Zeit oder auf Dauer nicht zur selbständigen Lebensführung fähig sind
- in anderen Wohnformen nicht adäquat versorgt sind
- allein durch ambulante ärztliche Behandlung oder andere nicht ärztliche Leistungen nicht ausreichend versorgt sind und einen zusätzlichen Hilfebedarf im Bereich Selbstversorgung aufzeigen
- diese betreute Wohnform als die für sich geeignete wünschen und aufgrund ihres Hilfebedarfes dieses auch das geeignete Angebot darstellt

Das Angebot zielt auf das gesamte Spektrum der Erwachsenenpsychiatrie (Allgemein- und Gerontopsychiatrie) ab.

4.2. Kooperationspartner

- Sozialpsychiatrisches Umfeld (z.B. Tagesstätten, Sozialpsychiatrische Dienste)
- Soziale Einrichtungen und Beratungsstellen
- ÄrztInnen und TherapeutInnen
- Stationäre Einrichtungen (Kliniken, Psychiatrische Institutsambulanzen, Heime)
- Angehörige
- Gesetzliche BetreuerInnen
- Selbsthilfegruppen
- Kostenträger
- Schulen, Ausbildungsstätten, Arbeitgeber
- Stiftungen
- Caritasverband
- Pfarrgemeinden
- Ehrenamtliche
- Behörden
- Presse
- Politik
- und andere

5. Theoretische Grundlagen und Methoden

Die Arbeitsweise im Betreuten Wohnen basiert auf Vorgaben, Erkenntnissen, theoretischen Konzepten und Methoden aus folgenden Fachgebieten:

Sozialpädagogik:

Soziale Einzelfallhilfe und soziale Gruppenarbeit; Empowerment-Ansatz; Systemtheorie, Gemeinwesenarbeit, Case-Management, Beratungskonzepte

Psychologie:

Kommunikation, Entwicklung, psychische Erkrankungen, emotionale Belastungsfaktoren (Stressmodelle), Sozialpsychologie, Salutogenese, Lerntheorien

Psychotherapeutische Verfahren

Medizin:

- Grundlagenwerke: ICD 10, ICDH, IFD
- Besonders zu berücksichtigende medizinische Gebiete: Psychiatrie, Sozialpsychiatrie, Neurologie, Pathologie, Psychosomatik, Recovery-Konzept

Theologische und ethische Grundlagen

Recht:
SGB XII, SGB IX, SGB II

Betriebswirtschaftliche Grundlagen

6. Leistungen

In den Bereichen:

- Umgang mit Auswirkungen der seelischen Behinderung
- Selbstversorgung und Wohnen
- Alltagsbewältigung
- Tages- und Freizeitgestaltung
- Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen
- Hilfe bei der Existenzsicherung
- Umgang mit Behörden
- Administrative Unterstützung
- Schule, Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung
- Sicherstellung der medizinischen Versorgung
- Therapeutische Angebote
- Krisenversorgung
- Koordination, Hilfeplanung, Abstimmung der Hilfen
- Case-Management
- Dokumentation
- Aufnahmeverfahren und Entlassplanung
- Qualitätssicherung

Bei TWG: Bereitstellung von Sozial- und Wohnraum; Hilfe bei der Gestaltung von Wohnraum

Die konkreten, inhaltlichen Ziele orientieren sich dabei an den individuellen Kompetenzen, Beeinträchtigungen und Bewältigungsstrategien der Betroffenen in Ausrichtung auf ihre angestrebte oder gewünschte Lebens- bzw. Wohnform. Ziel ist der Erhalt oder die Wiedergewinnung von Autonomie.

Auf Grund konkreter Zielvereinbarungen zwischen KlientInnen und BetreuerInnen soll eine schrittweise Annäherung an das Ziel erreicht werden. Dabei werden die KlientInnen durch fest zugeordnete Bezugspersonen begleitet.

7. Qualität

Grundlage für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement ist das CMQM-Konzept, welches für den Caritasverband München und Freising entwickelt wurde.

7.1. Strukturqualität

Die Strukturqualität beschreibt die äußeren Rahmenbedingungen, unter denen die Arbeit geleistet wird.

7.1.1. Gesetzliche Vorgaben und Richtlinien

Die Hilfe wird nach dem SGB IX erbracht. Weitere relevante Gesetzesvorschriften sind der §53 ff und §75 ff des SGB XII, die Eingliederungshilfe-Verordnung nach §60 SGB XII, sowie der Bayerische Rahmenvertrag zu §79 Abs.1 SGB XII. Die Leitlinien und Standards zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung im betreuten Einzelwohnen und in therapeutischen Wohngemeinschaften für Men-

schen mit seelischer Behinderung des Bezirks Oberbayern mit allen Anlagen sind verbindlich.

7.1.2. Organisatorische Voraussetzungen

Die Aufgaben des Trägers, der Leitungen und die Struktur der Sozialpsychiatrischen Fachdienste sind in den verschiedenen Veröffentlichungen des Verbandes (z.B. Organisationshandbuch) festgelegt.

Eine Rahmenkonzeption für den Bereich ambulant betreutes Wohnen existiert und wird in regelmäßigen Abständen überprüft.

Das Betreuungsverhältnis wird mittels eines Betreuungsvertrages geregelt.

Im Bereich der TWG regelt ein Nutzungsvertrag dieses Verhältnis und die Wohnraumüberlassung. Das Zusammenleben in der TWG wird nach bestimmten Regeln und Plänen organisiert (z.B. Hausordnung, Wochenpläne, Krisenpläne, Kursangebote).

7.1.3. Personal

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besitzen die für die Arbeit notwendige fachliche Qualifikation (SozialpädagogInnen oder ähnliche Qualifikationen, Verwaltungsfachleute, hauswirtschaftliche Kräfte, HausmeisterIn). Die interne Kooperation und Aufgabenverteilung ist klar geregelt.

Die Leitung der Stelle unterstützt die MitarbeiterInnen in ihrer Arbeit (z.B. Führen durch Zielvereinbarung), wie sich auch die MitarbeiterInnen gegenseitig im Team unterstützen (Intervision, Fallbesprechungen) und vertreten.

Die regelmäßige Supervision und Fortbildung der MitarbeiterInnen im Rahmen des Personalentwicklungskonzeptes wird durch den DiCV gewährleistet.

Die MitarbeiterInnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet, es sei denn, die KlientInnen entbinden sie von ihrer Schweigepflicht.

7.1.4. Bauliche Bedingungen und Ausstattung

Folgende Ausstattung ist für die sinnvolle Erbringung der geforderten Leistung notwendig:

bei BEW und TWG

- Büroräume / Beratungsräume mit EDV-Ausstattung und abschließbaren Schränken zur sicheren Aufbewahrung der Akten mit personenbezogenen Daten
- Telefon, Faxgerät und Mobiltelefon
- Kopierer
- Fortbewegungsmittel
- Sanitäre Einrichtungen
- Literatur und Arbeitsmaterialien
- Moderationsmaterialien und entsprechende technische Ausstattung
- Materialien für Gruppenarbeit und Freizeitangebote
- Ausstattung für Öffentlichkeitsarbeit

bei TWG:

- Einzelzimmer für die Betreuten
- Sanitäre Ausstattung
- Aufenthalts- und Gruppenräume
- Beratungszimmer für Einzelgespräche / Büro
- Küche mit der entsprechenden Ausstattung für die Zubereitung von Mahlzeiten
- Telefonanschluss und TV-Anschluss in der TWG
- Abstellräume
- Waschmaschine und Trockner / Trockenraum

7.1.5. Finanzielle Grundlagen

Der Bezirk Oberbayern finanziert das Betreute Wohnen über die in der Entgeltvereinbarung festgelegten Tagessätze.

Wenn das Einkommen und Vermögen der Leistungsberechtigten gesetzliche Vorgaben übersteigt, werden diese finanziell mit herangezogen.

7.1.6. Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit wird von allen Einrichtungen des DiCV als wichtige Aufgabe geleistet.

7.2. **Prozessqualität**

Die Prozessqualität beschreibt die entscheidenden Kriterien für die Qualität der Abläufe. Diese können nur dann zufriedenstellend gestaltet werden, wenn die entsprechende Strukturqualität gegeben ist.

Die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientieren sich an den Wünschen und Bedürfnissen der KlientInnen.

Die Kontinuität in der Betreuung wird durch das praktizierte Bezugspersonensystem sichergestellt.

Die Leistungen des Betreuten Wohnens werden individuell und bedarfsorientiert in Zusammenarbeit mit den KlientInnen erbracht. Hilfeplanungsinstrument ist der Gesamtplan in allen seinen Teilen.

Das Betreuungsangebot findet in der Regel als aufsuchende Hilfe in der häuslichen Umgebung statt.

Alle Beteiligten (KlientInnen wie Professionelle) haben während des gesamten Betreuungsprozesses die Möglichkeit, kritische Rückmeldungen zu geben, die in offener Weise aufgenommen und konstruktiv behandelt werden.

Regelungen über Verfahren und Standards existieren im Bereich Aufnahme- und Entlassverfahren. Das Verfahren für die Schweigepflichtentbindung ist geregelt.

Die Vernetzung innerhalb des Caritasverbandes wird von allen beteiligten Stellen aktiv gefördert.

7.3. **Ergebnisqualität**

Die Ergebnisqualität beschreibt den Grad der Zielerreichung und die Evaluation.

Die adäquate Versorgung der Zielgruppe und die Berücksichtigung der unterschiedlichen Anspruchsgruppen ist oberstes Ziel des Betreuten Wohnens. Bei un-

terschiedlichen Zielvorstellungen werden im Rahmen des Möglichen die Wünsche und Bedürfnisse der KlientInnen berücksichtigt.

Der DiCV ist um gute Kooperation mit den Kostenträgern bemüht. Er gewährleistet von seiner Seite auch die Gesprächsbereitschaft bei Problemen.

Die Kooperation und Vernetzung innerhalb und außerhalb des Verbandes ist für alle Beteiligten hilfreich und notwendig.

Im Zuge der Öffentlichkeitsarbeit ist das Angebot des Betreuten Wohnens allen Anspruchsgruppen und Kooperationspartnern bekannt.

In den Gremien des Betreuten Wohnens werden Erfahrungen ausgetauscht und ein gemeinsames Vorgehen koordiniert.

9.3.2. Ergänzungen zu den Qualitätsleitlinienpapier BEW/TWG

27.10.2005

Ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung in therapeutischen Wohngemeinschaften (TWG) und dem betreuten Einz尔wohnen (BEW)

- Ergänzung zu den Qualitätsleitlinienpapier TWG/BEW (Stand 2001) -

Die hier zugrunde liegenden Betreuungsleistungsanteile (direkte und indirekte Leistungsanteile/Stundenwerte) werden als Näherungswert verstanden und dienen der gemeinsamen Orientierung bei der Beurteilung der (quantitativen) Betreuungsleistung im ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung.

Die hier erzielte prozentuale Aufteilung der Betreuungsleistungsanteile in „direkte und indirekte Leistungen“ wird in die Qualitätsleitlinien TWG/BEW des Bezirks Oberbayern aufgenommen.

Unter indirekten Leistungen werden Leistungen abgebildet, die im Klientenbezug stehen und notwendig sind, um eine personen- und lebensfeldbezogene Aufgabenerfüllung gewährleisten zu können.

Die Ermittlung des direkten und indirekten Betreuungsleistungsanteils im Hinblick auf den vereinbarten Betreuungsschlüssel erfolgte unter Berücksichtigung:

Der direkten Leistungen (alle Leistungen, die in direktem Bezug zum Klienten stehen) beinhalten u.a. folgende Leistungen:

- Persönliche Kontakte mit dem Klienten,
- Telefonische Kontakte mit dem Klienten sowie Briefkontakte,
- Klinikbesuche/Arztbesuche,
- Gespräche mit Angehörigen/Bezugspersonen,
- Gruppenaktivitäten im direkten Kontakt mit dem jeweiligen Klienten,
- Fallbesprechungen, Fallsupervisionen,
- Fahrzeiten,
- Dokumentation, Förderplanung/Gesamtplanverfahren,
- Behördenkontakt / Sicherung der Grundversorgung

Die indirekten Leistungen (alle Leistungen, die als indirekte Klientenleistungen sowie unterstützende Leistungen im Sinne der Erfüllung von Leitungs- und Verwaltungsaufgaben notwendig sind) beinhalten u.a. folgende Leistungen:

- Fortbildung,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- allgemeine Kooperationsleistungen auf der institutionellen Ebene (z.B. zwischen den Einrichtungen, mit anderen und mit Behörden),
- Supervision,
- Gremienarbeit,
- Team,
- Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung,
- Verwaltungs- und Leistungsanteile,
- Clearinggespräche mit Interessenten

27.10.2005

Die indirekten Leistungen (gesamt) werden bereinigt durch die bereits erfolgte Berücksichtigung der Fortbildungstage (5 Tage), der Krankheitstage sowie Urlaubszeiten der Mitarbeiter im Rahmen der festgelegten Jahresarbeitsstunden pro Mitarbeiter (derzeit 1578 Std. für eine 38,5 Std/Woche).

Die Anteile „Leitung und Verwaltung“ sind im Rahmen der Qualitätsleitlinien TWG/BEW bereits als eigenes Leistungskontingent berücksichtigt (eigener Stundenanteil). Somit müssen diese auch bei den o.g. indirekten Leistungen (gesamt) mit einbezogen werden. Die Berücksichtigung erfolgt vorrangig in den Bereichen:

- Öffentlichkeitsarbeit,
- allgemeine Kooperationsleistungen auf der institutionellen Ebene (z.B. zwischen den Einrichtungen, mit anderen und mit Behörden),
- Gremienarbeit,
- Leitung und Verwaltung.

Im Ergebnis bedeutet dies folgendes:

Der indirekte Leistungsanteil im Rahmen der Betreuungsleistung (ohne Verwaltung/Leitung) berücksichtigt:

- anteilig Öffentlichkeitsarbeit,
- anteilig allgemeine Kooperationsleistungen auf der institutionellen Ebene (z.B. zwischen den Einrichtungen und anderen und Behörden),
- Supervision,
- anteilig Gremienarbeit,
- Team,
- Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung.

Hierzu ist ein Anteil von **max. 20 %** vorgesehen.

Wenn die in den Qualitätsleitlinien TWG/BEW formulierten Leitungs- und Verwaltungsanteile nicht beim Abschluss der Leistungsvereinbarung berücksichtigt sind, sollte eine diesbezügliche Anpassung erfolgen. Bis dahin wird eine Erhöhung des indirekten Leistungsanteils von (wie unten dargestellt) 20% auf 25% empfohlen.

Es ergibt sich in der Regel ein Verhältnis von **direkten Leistungen (80%) zu indirekten Leistungen (20%)**.

Berechnung der **Jahresarbeitsstunden (JAST)**

38,5 Wochenstunden = Normalarbeitskraft 205 Tage x 7,7 Stunden entspricht **1578 JAST**. (beinhaltet 29 Urlaubstage, 1 AZV-Tag, 5 Fortbildungstage, 12 Feiertage, 9 Krankheitstage)

27.10.2005

Berücksichtigung des individuellen Hilfebedarfs der Leistungsberechtigten bei der Festlegung von Zeitkorridoren (quantitative Betreuungsleistung) / Beurteilung der erbrachten Leistungen (Qualität der Leistung):

Um dem jeweiligen Leistungsberechtigten in der Gesamtheit der sich im Alltag zu bewältigenden Anforderungen begegnen zu können, werden die im Folgenden abgebildeten Zeitkorridore entsprechend der dem Gesamtplanverfahren nach § 58 SGB XII zugrunde gelegten Bewilligungszeiträume gebildet. Für die jeweiligen Bewilligungszeiträume sind planbare Förderziele und Leistungen/Maßnahmen hinterlegt, die Aussagen über die notwendige Betreuungsintensität geben und somit die quantitative Personalressource definieren (Anteil des Stundenkontingentes im Bewilligungszeitraum).

Um den Anforderungen begegnen zu können, die aufgrund „unvorhersehbarer“ Gegebenheiten/Situationen im Alltagsgeschehen bzw. sich aus der Erkrankung/Beeinträchtigung ergeben, ist es notwendig, eine gewisse Flexibilität des Ressourceneinsatzes zu ermöglichen. Es wäre im Sinne einer personenorientierten Förderung nicht zielführend, ein kontinuierliche gleich bleibende quantitative Größe pro Woche als Regelbetreuungsleistung festzulegen, die keinen bedarfsoorientierten Handlungsspielraum ermöglicht. Ziel ist es, den jeweiligen Hilfebedarf und den sich im Alltagsgeschehen ergebenden Situationen im Sinne der Leistungsberechtigten größtmöglich flexibel begegnen zu können ohne eine reguläre und kontinuierlich stattfindende Betreuung, orientiert auf der Grundlage der Förderplanung, aus dem Auge zu verlieren. Es soll somit für den Leistungsberechtigten einerseits eine klare regelhafte Betreuungsleistung pro Woche (für die Erreichung der planbaren Förderziele) zur Verfügung stehen und andererseits aber auch möglich sein, dass der Leistungserbringer auf unvorhergesehene Situationen im Rahmen des zur Verfügung stehenden Betreuungskontingentes adäquat reagieren kann, um somit z.B. Krisen aufzufangen und unnötige vorzeitige Betreuungsabbrüche sowie stationäre Einweisungen, etc. zu verhindern.

Diese Polarität muss bei der Beurteilung der erfolgten Quantität und Qualität der Betreuung im jeweiligen Einzelfall Berücksichtigung finden. Die Leistungserbringer haben diese Polarität der einerseits geplanten sowie auch der ungeplanten Leistungen und deren Inanspruchnahme im Rahmen der Dokumentation der Leistungserbringung und Umsetzung der Förderplanung abzubilden.

Die Überprüfung des erfolgreichen Einsatzes der zur Verfügung gestellten Personalressource erfolgt somit unter Berücksichtigung der Erreichung der im Gesamtplanverfahren abgebildeten Förderziele (Festlegung der Ergebnisqualität) sowie der Notwendigkeit der Bildung eines notwendigen Zeitkontingentes um den o.g. unplanbaren Situationen gerecht zu werden sowie dessen Inanspruchnahme im Rahmen des Bewilligungszeitraumes.

Der Bewilligungszeitraum entspricht in der Regel 6 und 12 Monate. Im Übergangsbereich auch 3 Monate vorwiegend in der Suchthilfe im ambulant betreuten Übergangswohnen.

27.10.2005

Darstellung der Stundenanteils für den jeweiligen Bewilligungszeitraum / Der Anteil an direkten und indirekten Klientenleistungen davon entspricht der o.g. Regelung von in der Regel 80% zu 20%:

Anzahl der JAST	Arbeitstage gesamt	Netto-arbeitstage	Anzahl der Arbeits-Wochen	Wochen-arbeits-stunden	Tagesar-beits-stunden
1.578,00	261	205,0	41,0	38,5	7,7

ergeben bei:

Betreuungsschlüssel	Betreuungs-dauer		Betreuungs-umfang Std.Anzahl	direkte Leistungen 80 %	indirekte Leistungen 20 %
1:6	12 Monate	=	263,00	210,40	52,60
1:8	12 Monate	=	197,25	157,80	39,45
1:10	12 Monate	=	157,80	126,24	31,56
1:12	12 Monate	=	131,50	105,20	26,30

1:6	6 Monate	=	131,50	105,20	26,30
1:8	6 Monate	=	98,63	78,90	19,73
1:10	6 Monate	=	78,90	63,12	15,78
1:12	6 Monate	=	65,75	52,60	13,15

1:6	3 Monate	=	65,75	52,60	13,15
1:8	3 Monate	=	49,31	39,45	9,86
1:10	3 Monate	=	39,45	31,56	7,89
1:12	3 Monate	=	32,88	26,30	6,58

27.10.2005

Anmerkung:

Den o.g. direkten kundenbezogenen Leistungen wurden die Fahrzeiten zugeordnet. Es ist im weiteren Prozess der Entwicklung der Qualitätsleitlinien TWG/BEW notwendig, ein diesbezügliches Zeitfenster (Maximalwert für Fahrzeiten – Anfahrt) festzulegen. Gemeinsames Ziel sollte sein, organisatorisch (z.B. durch dezentrale Strukturen) darauf hinzuwirken, dass lange Anfahrtszeiten, z.B. zur Durchführung eines Hausbesuchs im BEW, vermieden werden können.

Dazu wird vereinbart, eine Erhebung der Fahrzeiten durchzuführen. Diese erfolgt im Zeitraum von November 2005 bis Februar 2006. Im Fachausschusses Psychiatrie der ARGE-Frei der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Abstimmung mit dem Bezirk Oberbayern werden die dazu notwendigen Rahmenbedingungen geklärt und die Ergebnisse März 2006 besprochen. Bis spätestens Mitte 2006 wird seitens des o.g. Gremiums mit dem Bezirk Oberbayern ein Vorschlag zum weiteren Verfahren mit den Fahrzeiten erarbeitet. Die Ergebnisse der Erhebung werden spätestens Mitte 2006 im Rahmen der Weiterentwicklung der Qualitätsleitlinien TWG/BEW in die AG-BEK des Bezirk Oberbayern eingearbeitet.

9.3.3. Leitlinien und Standards zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung im betreuten Einzelwohnen (BEW) für Menschen mit seelischer Behinderung

Ergebnispapier der AG-ARGE-Entgeltkommission vom 11.07.2002

Leitlinien und Standards zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung im betreuten Einzelwohnen (BEW) für Menschen mit seelischer Behinderung

Präambel

Die Maßnahmen zur Eingliederung und Rehabilitation behinderter Menschen befinden sich in einem kontinuierlichen qualitativen Weiterentwicklungsprozess.

Mit den hier vereinbarten Leitlinien und Qualitätsstandards legt die Bezirksarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Oberbayern sowie die BezirkSENTGELTkommission, vor dem Hintergrund der Bestimmungen der §§ 93ff BSHG die nachfolgenden Standards als Bezugsrahmen für Qualitätsentwicklung, Qualitätsprüfungen sowie Entgeltverhandlungen fest.

Ziel ist die Qualität der Leistungserbringung im Interesse der behinderten Menschen sicherzustellen und eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Dabei geht es darum eine bedarfsgerechte Hilfe unter ökonomischen wirtschaftlichen Gesichtspunkten anzubieten um eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung zu erwirken. Dieser Bezugsrahmen ist Beratungsgrundlage für Einrichtungen und Träger, sowie Kooperationspartner.

Gesetzliche Grundlagen für die hier erarbeiteten Qualitätsstandards für therapeutische Wohngemeinschaften sind: §§ 39 ff BSHG, §§ 93 ff BSHG.

Weiterführend: SGB IX, SGB XI, SGB V, II Landespsychiatrieplan und Psychiatrie- und Suchthilfekonzept des Bezirks Oberbayern in der jeweils gültigen Fassung.

Allgemeine Grundsätze für die Arbeit mit behinderten Menschen – versorgungsethische Richtschnur für professionelles Handeln im Rahmen der Eingliederungshilfe

„An der Norm gemessen, ist vielleicht kein Mensch normal, wir sind nur mehr oder weniger nahe der Norm“ (Hanselmann, 1928).

Es gibt Menschen mit unterschiedlichen Erscheinungsbildern (Schweregraden der Behinderung). Es gilt diese zu erkennen und Hilfe, Unterstützung und Förderung im notwendigen Umfang anzubieten. Der behinderte Mensch ist als Person im Sinne eines einzigartigen Subjekts anzusehen.

Personenzentriertes Arbeiten mit behinderten Menschen heißt immer, subjektorientiertes Arbeiten, partnerschaftlich, in Zusammenarbeit mit dem Betroffenen, ausgehend von seinen Bedürfnissen, Fähigkeiten, Zielvorstellungen und Lebensverhältnissen, auch in Auseinandersetzung mit ihm bezüglich des realistisch Erreichbaren.

So verschieden die Erscheinungsbilder von Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen sind, so verschieden haben sich auch Leitbilder und Konzeptionen von Maßnahmen, Diensten und Einrichtungen der Behindertenhilfe entwickelt. Sie alle haben sich an den heutigen anerkannten Erkenntnissen der Pädagogik, Psychologie, Medizin und Pflegewissenschaft zu orientieren.

Menschen mit Behinderung sind Träger von Grundrechten, das heißt, sie haben eine eigene Menschenwürde, ein eigenes Recht auf Freiheit, Persönlichkeit, Gleichbehandlung, Bildung, Religions- und Meinungsfreiheit, Schutz von Ehe und Familie, Beruf, Eigentum, Postgeheimnis, Hausrecht und Abwehr von unrechtmäßigen Eingriffen.

Ergebnispapier der AG-ARGE-Entgeltkommission vom 11.07.2002

Mit dem Gebot der Achtung der Menschenwürde sind Diskriminierungen von Menschen mit Behinderung unvereinbar. Vornehmlich nach den Vorschriften des Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz ist nicht nur die Freiheit des bürgerlichen, gesunden nicht behinderten Menschen geschützt, sondern auch und vor allem die Freiheit des anderen, des kranken, behinderten Menschen, die Freiheit zu Krankheit, Verwirrtheit, Behinderung und Abweichung. Dies kommt insbesondere durch die heutige Fassung des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz zum Ausdruck, wonach niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf.

- Menschen mit Beeinträchtigungen müssen ihre Individualität bzw. spezifische Persönlichkeit und Freiheit leben können.
- Diskriminierende Maßnahmen bei der Begleitung, Assistenz und Förderung sind ebenso zu unterlassen wie Sanktionen und verletzende Äußerungen.
- Die Selbständigkeit und Selbstverantwortung ist zu achten. Gemäß den Fähigkeiten, Interessen und Bedürfnissen sollen deshalb vielfältige Möglichkeiten zur individuellen Entwicklung, Entfaltung und Bildung geboten werden. Übergreifende Aufgabe wie auch Ziel der Eingliederungshilfe ist Hilfe zur Selbsthilfe.
- Dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht und dem Gleichbehandlungsgrundsatz entspricht das Normalisierungsprinzip. Daraus folgt, dass sich Inhalte und Rahmenbedingungen soweit wie möglich an den „normalen“ Lebensverhältnissen zu orientieren haben. Das bedeutet auch, dass professionelle Hilfen allgemeinen Hilfen des sozialen Umfelds gegenüber nachrangig sind und dass Maßnahmen wohnort- bzw. gemeindenah zu erbringen sind. Für die Eingliederungshilfe gilt das Prinzip ambulant vor stationär. Ausnahmen hiervon müssen gesetzlich und fachlich begründet sein.
- Die Konzepte von Maßnahmen der Eingliederungshilfe müssen die Perspektive des Geschlechterverhältnisses einbeziehen (Gender Mainstreaming), d.h. sie müssen die Lebensrealitäten und Lebenserfahrungen von Frauen und von Männern differenziert berücksichtigen. Diese differenzierte Sichtweise ist auch erforderlich für Altersstufen und sich verändernde Lebenslagen und im Sinne eines multikulturellen Ansatzes: Dabei gilt für die Leistungserbringung der Grundsatz, so viel Spezialisierung wie nötig, so wenig wie möglich.

Zielgruppe

Das betreute Einzelwohnen leistet Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen im Sinne des §39 BSHG.

Das betreute Wohnen wendet sich insbesondere an Menschen, die:

- vorübergehend für längere Zeit oder auf Dauer nicht zur selbständigen Lebensführung fähig sind;
- in anderen Wohnformen nicht adäquat versorgt sind;
- allein durch ambulante ärztliche Behandlung oder andere nicht ärztliche Leistungen (z.B. Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, Arbeitsprojekte) nicht ausreichend versorgt sind und einen zusätzlichen Hilfebedarf im Bereich Selbstversorgung aufzeigen;
- diese betreute Wohnform, als die für sich geeignete wünschen und aufgrund ihres Hilfebedarfes dieses auch das geeignete Angebot darstellt.

Das Angebot zielt auf das gesamte Spektrum der Erwachsenenpsychiatrie (Allgemein- und Gerontopsychiatrie) und Suchtkrankenhilfe.

Ergebnispapier der AG-ARGE-Entgeltkommission vom 11.07.2002

Diese Leitlinien gelten nicht für Personen, deren Bedarf der Hilfe zur Pflege zuzuordnen ist.

Strukturqualität

- **Versorgungsgebiet/Einzugsgebiet**

Das Einzugsgebiet – einschließlich der regionalen Versorgungspflicht – des betreuten Einzelwohnens ist jeweils definiert. Es entspricht in der Regel der im GPV zusammen geschlossenen soziographischen Region.¹ Konzeptionell begründete Abweichungen von diesem Ordnungsprinzip – z.B. zur Schaffung gesundheitsfördernder und –erhaltender Lebensbedingungen im Bereich der Suchtkrankenhilfe – sind möglich und werden im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt.

- **Leitbild / Konzeption**

Der Träger verfügt über ein schriftliches Konzept, inklusive Leitbild des jeweiligen Wohnangebotes.

- **Leistungsbeschreibung**

Für jedes Wohnangebot existiert eine Leistungsbeschreibung im Sinne des §93ff BSHG gemäß dem jeweils im Bezirk Oberbayern gültigen Raster (Siehe Anlage).

- **Personelle Ausstattung und Organisation**

Die personelle Ausstattung trägt dem Hilfebedarf der Hilfeberechtigten Rechnung. Folgende Personalschlüssel bzw. Korridore sind maßgeblich:

1. Fachkräfte² im unmittelbaren Betreuungsbereich

des betreuten Einzelwohnens derzeit 1:6 bis 1:12

Nach Erarbeitung der notwendigen Instrumente und Verfahren, die eine individuelle Hilfebedarfsermittlung, -beschreibung sowie deren Finanzierung und Überprüfung ermöglichen, wird eine Anpassung der Personalschlüssel an die unterschiedlichen Hilfebedarfe der Hilfeberechtigten angestrebt.

Die Ergebnisse der Modellvorhaben im Rahmen von §46 und §§93ff BSHG werden Grundlage für das weitere Vorgehen sein.

2. a: Übergreifende Leistungen:

-	Leitung	1	:	60
-	Verwaltungskraft	1	:	120

zu prüfende Alternative:

-	Leitung/Verwaltung	1	:	40
---	--------------------	---	---	----

b: Zentrale Dienste:

- Begründete Overheadkosten finden im Einzelfall Berücksichtigung.

Ziel ist: Sicherstellung/Garantie der direkten Betreuungsleistung am Klienten

¹ GPV als Netz von miteinander in Beziehung stehenden Personen, Diensten, Einrichtungen und Maßnahmen zur Herstellung und Erhaltung psychischer Gesundheit in einem bestimmten soziographischen Bereich

² Diese sind vorrangig: Dipl. Sozialpädagogen/innen, Dipl. Psychologen/innen, Fachkrankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie, Heilerziehungspfleger/innen sowie andere Fachkräfte aus dem Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens mit entsprechenden Zusatzqualifikationen die eine fachgerechte Aufgabenerfüllung gewährleisten.

Ergebnispapier der AG-ARGE-Entgeltkommission vom 11.07.2002

Einem sich veränderten Betreuungsbedarf wird flexibel durch stundenweisen Einsatz von Fach- oder Spezialkräften Rechnung getragen, soweit die bereits zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen, im begründeten Einzelfall, nicht ausreichen. Die zur Umsetzung notwendigen Verfahren, Kriterien und Instrumente werden gesondert entwickelt.

Krisenprävention ist durch interne sowie externe Ressourcen/Angebote für die Hilfeberechtigten sicherzustellen.

Die personelle Organisation bzw. die Aufgaben und Zuständigkeiten der Hilfeverpflichteten sind (auch über ein Organigramm und Stellenbeschreibungen) nachvollziehbar beschrieben.

Bei entsprechender Eignung können Ausbildungsstellen vorgehalten werden.

Das Personal verfügt über alle erforderlichen Sachmittel, die ihr Arbeitsauftrag erfordert. Diese sind im Rahmen der Leistungsbeschreibung zu konkretisieren.

• **Fachliche Qualifizierung und Beratung**

Zur fachlichen Qualifizierung und persönlichen Weiterentwicklung sind bei Bedarf pro Jahr fünf Tage Fortbildungsurlaub
- Einzel-, Gruppen-, Team- und Fall-Supervision 2,5 Stunden pro Monat möglich.

Der Träger von ambulant betreuten Wohnformen stellt die qualitative Durchführung der Supervision durch geeignete Fachkräfte³ sicher.

• **Leistungsspektrum der ambulanten Betreuungsangebote**

Leistungen im Rahmen des betreuten Einzelwohnens beziehen sich vorrangig auf Leistungen zu Bewältigung des Alltagslebens (Selbstversorgung) unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Integration. Die Leistungsbereiche Tagesgestaltung und Kontaktfindung, spezielle Therapieverfahren, Hilfen zur Pflege, Arbeit und Ausbildung, medizinische Grundversorgung sind zusätzliche Leistungsbereiche, die in der Regel innerhalb des Grundleistungspaketes ambulanter Wohnformen keine Vorrangstellung einnehmen. In begründeten Einzelfällen ist die Einbindung dieser Zusatzleistungen in das Leistungspaket der ambulanten Wohnformen notwendig und zu integrieren, um dadurch eventuelle frühzeitige Verlegungen in vollstationäre Einrichtungen zu verhindern.

• **Qualitätsmanagement**

Der Träger verfügt über ein Qualitätsmanagement-System; der Aufwand dafür ist zur personellen Ausstattung zusätzlich berücksichtigt.

Ziel ist: Sicherstellung/Aufrechterhaltung der direkten Betreuungsleistung am Klienten.

• **Dokumentation**

Die Einrichtung verfügt über ein geeignetes, der Hilfeplanung dienendes Dokumentationsystem aus folgenden Bestandteilen:

- Individuelle kundenbezogene Hilfeplanung
- Klientenbezogene Anamnese

³Geeignete Fachkräfte sind: staatlich anerkannte Fachkräfte aus dem medizinischen, pädagogischen, psychologischen und pflegerischen Bereich, mit zusätzlicher supervisorischer Qualifikation und der zusätzlich jeweils notwendigen Fach- und Feldkompetenz.

Ergebnispapier der AG-ARGE-Entgeltkommission vom 11.07.2002

- Klientenbezogene Leistungsdokumentation
- Einrichtungsdokumentation (jahresstatistische Angaben)

- **Kooperation**

Die Zusammenarbeit mit anderen Hilfeanbietern erfolgt, auch in der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), in den Suchtarbeitskreisen und im gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Sie ist klar definiert. Eine Öffentlichkeitsarbeit wird durchgeführt.

Prozessqualität

Betreuung, Begleitung und Unterstützung sind umfassende Prozesse, die je ihre eigenen Qualitäten haben. In der Prozessqualität geht es zuvorderst um Personen und ihre Beziehungsqualität, um Intersubjektivität, Lernbeziehungen, Umgang mit Macht und Scheitern oder Hilfe zwischen Empowerment und Fürsorge.

Prüfverfahren sind an dieser Stelle subjektiv.

Schlüsselprozesse gilt es zu identifizieren, festzulegen und messbar zu gestalten. Objektiv dokumentierbar sind Verfahrensabläufe für Schlüsselprozesse, wie z.B.:

- **Aufnahme**

Beteiligung von Arzt für Psychiatrie und Kostenträger

- **Hilfeplanung**

- Einbeziehung der Diagnose
- Individuelle Hilfeplanung, die sich an den Zielen der Betroffenen orientiert
- Regelmäßig sich wiederholende Fortschreibung der Hilfepläne
- Einbeziehung der Betroffenen
- Einbeziehung von natürlichen (Angehörige) und professionellen Bezugspersonen (Betreuer)

- **Betreuung**

Entsprechend den Vereinbarungen in den individuellen Hilfeplänen und den in den Leistungsvereinbarungen dokumentierten Leistungen ist Art der Betreuung und Betreuungsablauf nachvollziehbar darzustellen.

- **Dokumentation**

Die Prozesse im Rahmen der Hilfeplanung sind in geeigneter Form zu dokumentieren

- **Beschwerden**

Den Klienten sind Beschwerdemöglichkeiten in geeigneter Form aufzuzeigen.

- **Entlassplanung**

Im Rahmen der Fortschreibung der Hilfepläne findet eine Überprüfung der Entlassmöglichkeiten statt.

- **Dienstplangestaltung**

Garantiert einen kontinuierlichen Betreuungsablauf.

- **Kooperation und Vernetzung**

Im Rahmen der Hilfeplanung wie Hilfeerbringung (Betreuung) ist verbindliche Kooperation vereinbart.

Ergebnispapier der AG-ARGE-Entgeltkommission vom 11.07.2002

• Qualitätsmanagement:

Im Rahmen des Qualitätsmanagements findet ein kontinuierlicher Verbesserungs-/Entwicklungsprozess statt.

Grundsätzlich gilt:

- Prozesse immer pro Kunde/Klient zu gestalten.
- Prozesse so einfach wie nur möglich zu gestalten.
- Prozesse so einheitlich wie nur möglich zu gestalten.
- Prozesse ressourcenorientiert zu gestalten.
- Prozesse im Rahmen einer kontinuierlichen Verbesserung weiter zu entwickeln.

Ergebnisqualität

Die Überprüfung der Ergebnisqualität orientiert sich am Grad der Erfüllung der Standards

Leitlinien der Strukturqualität sowie der messbaren Schlüsselprozesse.

Bei der Beurteilung der Ergebnisqualität ist besonders die Sichtweise des Klienten zu berücksichtigen.

• Hilfeplanung

Anhand der dokumentierten Hilfeplanung, den dort festgehaltenen Zielen und der gemeinsamen Betreuer und Klient reflexiven Betrachtung des Betreuungsverlaufs ist das Ergebnis zu bewerten und zu dokumentieren.

Die Gemeinsamkeit sollte durch beidseitige Unterschrift festgehalten werden. Sofern nötig und möglich sollten für den Klienten wichtige Bezugspersonen einbezogen sein. Bei dieser tumultsmäßig festvereinbarten - mindestens einmal pro Jahr stattfindenden - Besprechung sollte auch über Entlassmöglichkeiten (Veränderung der Wohn- und Lebensform) gesprochen werden. Ansonsten sollten die Ergebnisse in eine neue zu erstellende Hilfeplanung eingehen.

• Klienten

Neben der oben dargestellten Hilfeplanung finden ergänzend regelmäßige Klientenbefragungen statt. Die Ergebnisse fließen in die Leistungserbringung, die konzeptionelle Weiterentwicklung des Hilfeangebotes sowie in das Management der Einrichtung ein.

Vereinbarung über Verbindlichkeit, Gültigkeit und Zeitrahmen der Leitlinien und Qualitätsstandards

Die Leistungsträger und die Leistungserbringer erklären die vorgenannten allgemeinen Rahmenbedingungen für das betreute Einzelwohnen für Menschen mit seelischer Behinderung für verbindlich.

Beide Partner bekraftigen, dass eine neuérliche Anpassung der Rahmenbedingungen des "Betreuten Wohnens" an die aktuellen fachlichen Standards im Bedarfsfall oder spätestens in einem Zeitraum von 5 Jahren erfolgen sollte.

Grundsätzlich besteht für die angebotene Leistung eine individuelle Leistungsvereinbarung zwischen beiden Partnern. Dort wird die Leistung auf der Grundlage dieser Leitlinien und Qualitätsstandards für das betreute Einzelwohnen detailliert beschrieben. Abweichungen von den oben genannten Qualitätsstandards müssen in der Leistungsbeschreibung nach-

Ergebnispapier der AG-ARGE-Entgeltkommission vom 11.07.2002

weislich begründet werden. Bei gravierenden Abweichungen bei bereits bestehenden Einrichtungen können Sondervereinbarungen und Übergangsfristen zu deren Behebung vereinbart werden.

Anlage 1: Leistungsbeschreibungs raster des Bezirks Oberbayern

Befürwortender Beschluss durch: Bezirksentgeltkommission vom: 2002
Befürwortender Beschluss durch: Sozialausschuss vom: 2002
Spätester Überarbeitungszeitraum der Qualitätsleitlinien/-standards: 2007
Für Überarbeitung verantwortlich: QM-Beauftragte Psychiatrie und Suchthilfe / Referat 32
