



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern, Betreuern und
Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
in Einrichtungen für
intellektuell und mehrfach behinderte Menschen

Verfasserin

Ulrike Scheibenbauer

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Jänner 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuer der Diplomarbeit: MMag. Dr. Ferdinand Holub, MEd MSc BA

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass es sich bei der hier vorliegenden Diplomarbeit um meine eigene Arbeit handelt, die ich selbstständig verfasst und andere als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass die Diplomarbeit weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt wurde. Diese Arbeit stimmt mit der zur Begutachtung vorgelegten sowie beurteilten Arbeit überein.

Ulrike Scheibenbauer

Wien, Jänner 2013

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen und mich bei den Menschen bedanken, die mich während meines Studiums unterstützt und zum Gelingen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Mein besonderer Dank gilt

- Meinem Betreuer MMag. Dr. Ferdinand Holub, für seine professionelle Beratung und Betreuung während der Verfassung meiner Diplomarbeit.
- Allen Interviewteilnehmern, die ihre Zeit geopfert haben und mir einen persönlichen Einblick ermöglichten.
- Karin, die sich die Zeit für das Korrekturlesen meiner Arbeit genommen hat.
- Meiner Mama, die immer an mich geglaubt hat und mich im Laufe meines Studiums sowohl finanziell, als auch emotional unterstützt hat.
- Meinem Papa und seiner Gattin Brigitte, ohne deren Hilfe und finanzielle Unterstützung es nicht möglich gewesen wäre, meinen Bildungsweg so zu gestalten.
- Meiner Oma, die selbst Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester war.
- Meinen besten Freundinnen Arriana, Katharina und Bettina, für ihr unermüdliches Verständnis und ihre motivierenden Worte.
- Meiner Studienkollegin und Freundin Tina, die mich während meines gesamten Studiums begleitet hat.

*„Es gibt viele unterschiedliche Lebenswege.
Jeder Mensch kann seinen Lebensweg selbst gestalten“
(Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 30).*

Zusammenfassung

In der vorliegenden Diplomarbeit wird die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern, Behindertenbetreuern, Ärzten und Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Einrichtungen für intellektuell und mehrfach behinderte Menschen analysiert.

Dazu wurden sechs qualitative Interviews mit Sachwaltern, Behindertenbetreuern und Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern geführt und diese mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Aus den Experteninterviews ist ersichtlich, welche positiven und negativen Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen gemacht wurden. Die daraus folgenden Verbesserungsvorschläge der Experten sind in die Auswertung der Interviews miteinbezogen worden.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit werden die Hintergründe der Sachwalterschaft und die unterschiedlichen Aufgabenbereiche sowie Einsatzgebiete von Behindertenfachkräften und Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in der Behindertenarbeit beleuchtet. Weiters werden Begriffe geklärt, die sich aus den Forschungsfragen ergeben und zu einem besseren Verständnis der Thematik beitragen sollen.

Ein wichtiger Schwerpunkt umfasst den Stellenwert der Pflege beziehungsweise des Pflegepersonals in der Behindertenarbeit. Da intellektuell und mehrfach behinderte Menschen immer älter werden, müssen auch hier die pflegerischen Maßnahmen genau strukturiert und geplant werden. Dies geschieht teilweise mit Hilfe Diplomierter Gesundheits- und Krankenschwestern/pfleger.

Die Erkenntnisse sollen dazu beitragen zu verdeutlichen, wie wichtig eine gute Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist um eine sichere, umfassende und ganzheitliche Betreuung von intellektuell und mehrfach behinderten Menschen zu gewährleisten.

Abstract

In this master thesis, the cooperation between guardians, disability care workers, physicians, and registered nurses will be analyzed in home care facilities for people with intellectual and multiple disabilities.

For this purpose six qualitative interviews were conducted with guardians, disability care workers, and registered nurses and then analyzed by the means of the qualitative content analysis by Mayring. The expert interviews indicate which positive and negative experiences were made between the various professional groups. The consequential suggested improvements by the experts were included in the analysis of the interviews.

In the theoretical part of this thesis, the background of guardianship and the different areas of responsibilities as well as operational areas of disability care workers and registered nurses are highlighted in the disabled care. Additionally, terms are clarified that result from the research questions and contribute to a better understanding of the topic.

An important focus includes the role of nurses or nursing staff in the disabled care. Since intellectual and multiple disabled people are living longer, the nursing measures have to be clearly structured and planned. This is done partly with the help of registered nurses.

These findings should contribute to the importance of a good working relationship between the various professional groups in order to ensure reliable, comprehensive and holistic care of people with intellectual and multiple disabilities.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Titel und Thema.....	1
1.2	Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation	1
2	Methodik	3
2.1	Fragestellung.....	3
2.2	Aufbau	3
2.3	Literaturrecherche.....	4
3	Sachwalterschaft	7
3.1	Daten und Fakten	7
3.2	Definition	7
3.3	Entstehung.....	8
3.4	Bestellung eines Sachwalters	9
3.5	Das Sachwalterschaftsverfahren.....	10
3.6	Auswahl des Sachwalters	13
3.7	Aufgaben/Pflichten eines Sachwalters	14
3.8	Aufgaben/Pflichten des Gerichts	17
3.9	Wirkungskreis/Angelegenheiten	18
3.9.1	Persönliche Angelegenheiten.....	19
3.9.2	Vermögenssorge	21
3.9.3	Privatrechtlicher und öffentlich rechtlicher Bereich	24
3.9.4	Sonstige Angelegenheiten	24
3.10	Angehörigenvertretung	24
3.11	Vorsorgevollmacht	27
3.12	Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis	28
4	Menschen mit geistiger Behinderung	29
4.1	Daten und Fakten	29
4.2	Definition Behinderung allgemein	31
4.3	Definition geistige Behinderung.....	31
4.4	Symptome	35
4.5	Ursachen	37
4.6	Geistige Behinderung versus psychische Störung.....	39
4.7	Therapieangebote	40
5	Behindertenarbeit in Wohneinrichtungen	43

5.1	Wohneinrichtungen	43
5.2	Behindertenbetreuer.....	44
5.3	Aufgaben der Behindertenbetreuer	45
5.3.1	Alltagsgestaltung.....	47
5.3.2	Wohnen	47
5.3.3	Pflegerische Tätigkeiten.....	48
5.3.4	Arbeit, Beschäftigungstherapie, geschützte Werkstätten	49
5.3.5	Freizeitgestaltung	49
5.3.6	Biografiearbeit	50
5.3.7	Beratende Funktion	51
5.3.8	Planung und Dokumentation	52
5.4	Der Altersprozess.....	53
5.5	Rolle der Pflegepersonen	56
5.6	Behinderteneinrichtung versus Pflegeheim	58
5.7	Exemplarisches Beispiel einer Behinderteneinrichtung	59
5.7.1	Struktur der Einrichtung	60
5.7.2	Werkstätten.....	60
5.7.3	Wohnhäuser	61
5.7.4	Betreuung und Pflege.....	62
6	Empirischer Teil	67
6.1	Methode, Studiendesign	67
6.2	Datenerhebung, Messinstrument	68
6.2.1	Stichprobe.....	69
6.2.2	Kontaktaufnahme	70
6.2.3	Beschreibung der Interviewsituation	70
6.2.4	Ethische Überlegungen.....	71
6.3	Datenaufbereitung	71
6.4	Datenauswertung	72
6.5	Qualitative Gütekriterien	75
6.6	Darstellung und Diskussion der Ergebnisse	77
6.6.1	K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Betreuern	77
6.6.2	K2: Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Ärzten.....	86
6.6.3	K3: Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und DGKS.....	87
6.6.4	K4: Zusammenarbeit zwischen Betreuern und DGKS	88

6.6.5	K5: Zusammenarbeit zwischen Betreuern und Ärzten	91
6.6.6	K6: Zusammenarbeit zwischen DGKS und Ärzten.....	94
6.6.7	K7: Unterschied Pflegeheim/Behinderteneinrichtung.....	94
7	Diskussion und Schlussfolgerung.....	97
8	Abkürzungsverzeichnis	101
9	Literaturverzeichnis.....	103
10	Anhang	113

1 Einleitung

Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, meint die Formulierung beide Geschlechter, unabhängig von den in der Formulierung verwendeten konkreten geschlechtsspezifischen Bezeichnungen. Keineswegs soll die Formulierung diskriminierend sein.

1.1 Titel und Thema

In der vorliegenden Diplomarbeit wird die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern, Behindertenbetreuern, Ärzten und Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Einrichtungen für intellektuell und mehrfach behinderte Menschen analysiert. Dies ist eine anspruchsvolle Aufgabe jeder Berufsgruppe.

Durch meine bisherige intensive Beschäftigung mit der Thematik der Sachwalterschaft im Behindertenbereich, sehe ich immer mehr die Wichtigkeit einer wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesem Bereich.

1.2 Problem, Erkenntnisinteresse und Motivation

Der Anlass und die Motivation diese Diplomarbeit zu verfassen, ist vor allem mein persönlicher Zugang zu diesem Thema. Ich habe als Behindertenbetreuerin in einer Wohngemeinschaft von Menschen mit Behinderungen gearbeitet und hatte täglich mit Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und Sachwaltern zu tun. Eine gute Zusammenarbeit mit Sachwaltern und Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern stellt die Basis für eine effiziente Arbeit im Behindertenbereich dar.

Dadurch, dass Sachwalter unter anderem die finanziellen Mittel ihrer Klienten verwalten, haben sie einen Einfluss auf bestimmte Entscheidungen, wie zum Beispiel Zusatzangebote. Dadurch kann es zu Spannungen kommen, wenn der Sachwalter von vorgegebenen Maßnahmen nicht überzeugt ist und das Personal der Institution diese als präventive, kurative oder fördernde Intervention ansieht.

Viele Sachwalter rekrutieren sich aus dem unmittelbaren familiären Umfeld ihrer Klienten. Dadurch finden sich teilweise konträre Ansichten, wenn das

Personal nach dem Normalisierungsprinzip Maßnahmen, die die Selbstständigkeit fördern sollen fundieren, aber Sachwalter dies aus bestimmten Gründen (z.B. Sicherheitsbedenken) ablehnen. Therapieangebote und gewisse Freizeitbeschäftigungen können zu den erwähnten Streitigkeiten führen.

Da intellektuell und mehrfach behinderte Menschen immer älter werden, müssen auch hier die pflegerischen Maßnahmen genau strukturiert und geplant werden. Dies geschieht teilweise mit Hilfe der Behindertenbetreuer, Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger, Ärzten und den Sachwaltern. Als angehende Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester ist es mir ein Anliegen, diese unterschiedlichen Arbeitsbereiche in der Behindertenarbeit darzustellen, mögliche Probleme aufzuzeigen und eventuell Lösungsvorschläge zu entwickeln.

2 Methodik

2.1 Fragestellung

Mit den folgenden Forschungsfragen wird die vorliegende Diplomarbeit aufgebaut.

Hauptforschungsfragen:

- Wie arbeiten Sachwalter, Behindertenbetreuer, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger und Ärzte in Einrichtungen für intellektuell und mehrfach behinderten Menschen zusammen?
- Welche positiven und negativen Erfahrungen werden in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen gemacht?
- Welche Verbesserungsvorschläge ergeben sich aus deren Erfahrungen in Bezug auf die Zusammenarbeit?

Nebenforschungsfragen:

- Welche Aufgaben und Tätigkeiten haben Sachwalter?
- Welche Aufgaben haben Behindertenbetreuer von intellektuell und mehrfach behinderten Menschen in einer Behindertenwohneinrichtung?
- Welche Aufgaben haben Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger in einer Behindertenwohneinrichtung?
- Was unterscheidet eine Behinderteneinrichtung von einem Pflegeheim aus Sicht der Befragten.

Auf Basis der verwendeten Literatur und der empirischen Untersuchung sollen die Forschungsfragen beantwortet werden.

2.2 Aufbau

Die Diplomarbeit gliedert sich in mehrere Teile.

Nach einer theoretischer Abhandlung über die Thematik der Sachwalterschaft wird auf notwendige Grundbegriffe der Behindertenbetreuung eingegangen.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit werden die Hintergründe der Sachwalterschaft und die unterschiedlichen Aufgabenbereiche sowie Einsatzgebiete von Behindertenfachkräften und Diplomierten Gesundheits- und

Krankenpflegern in der Behindertenarbeit beleuchtet. Weiters werden Begriffe geklärt, die sich aus den Forschungsfragen ergeben und zu einem besseren Verständnis der Thematik beitragen sollen.

Zusätzlich findet der Bereich Wohnen im Behindertenbereich eine besondere Berücksichtigung in dieser Diplomarbeit.

Ein wichtiger Schwerpunkt umfasst den Stellenwert der Pflege beziehungsweise des Pflegepersonals in der Behindertenarbeit. Da intellektuell und mehrfach behinderte Menschen immer älter werden, müssen auch hier die pflegerischen Maßnahmen genau strukturiert und geplant werden. Dies geschieht teilweise mit Hilfe Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger.

Es wurden sechs qualitative Interviews mit Sachwaltern, Behindertenbetreuern und Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern geführt. Die gewonnen Interviews wurden transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet.

Aus den Experteninterviews ist ersichtlich, welche positiven und negativen Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen gemacht wurden. Die daraus folgenden Verbesserungsvorschläge der Experten sind in die Auswertung der Interviews miteinbezogen worden.

2.3 Literaturrecherche

Im Zeitraum von 1.3.2010 bis 4.9.2010 und von 5.6.2012 bis 16.7.2012 wurde die Literaturrecherche, welche aus Primär- und Sekundärliteratur besteht, durchgeführt.

Die Literaturrecherche begann im eigenen Bücherbestand und umfasste sechs relevante Bücher. Des weiteren wurde eine Freihandsuche in der Schulbibliothek der Barmherzigen Brüder vorgenommen. Es wurden zwei relevante Bücher gefunden. Im Anschluss daran erfolgte eine Freihandsuche in der medizinischen Universitätsbibliothek. Des weiteren wurde in der Onlinedatenbank der Universitätsbibliothek Wien nach relevanten Büchern recherchiert.

Im Anschluss daran bin ich im Zeitschriftensaal der Universitätsbibliothek auf juristische Zeitschriften wie „ÖJZ“ und „FamZ“ gestoßen. Weitere Bücher und Zeitschriftenartikel habe ich in der Lebenshilfe-Bibliothek und in der Arbeiterkammerbibliothek gefunden.

Bei der Durcharbeitung der Literatur stieß ich auf weitere relevante Berichte, Artikel und Informationsbroschüren.

Des Weiteren standen mir unveröffentlichte Leitfäden und Konzepte von der Behinderteneinrichtung Caritas Lanzendorf zur Verfügung.

Relevante Gesetzestexte wurden im Internet auf der Informationsseite im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes gesucht.

Folgende Suchbegriffe kamen u. a. zum Einsatz „Sachwalterschaft“, „Sachwalter“, „Behindertenbetreuung“, „geistige Behinderung“, „geistig behindert“ und „Behindertenpädagogik“.

Zudem wurde die Literaturrecherche durch bestimmte Ein- und Ausschlusskriterien eingegrenzt.

Aufgrund des umfangreichen Quellenmaterials über Sachwalterschaft und Behindertenarbeit, begrenzt sich diese Diplomarbeit auf den deutschsprachigen Raum und auf intellektuelle, mehrfach behinderte Menschen, die in einer Behinderteneinrichtung untergebracht sind.

Der Publikationszeitraum der Bücher betraf die letzten zehn Jahre.

3 Sachwalterschaft

3.1 Daten und Fakten

35.000 Personen hatten im Jahr 1999 einen Sachwalter, davon ein Drittel der besachwalteten Personen einen Vertreter für eine Angelegenheit. Zwei Drittel wurden in allen Angelegenheiten durch einen Sachwalter unterstützt, nur ca. 1000 Personen hatten einen Sachwalter für einzelne Angelegenheiten (Zierl, 2007, S. 5).

Laut Albert (2010, S. 353) hatten im Jahr 2010 in Österreich ca. 50.000 Personen einen Sachwalter.

Ca. 60 % aller Sachwalterschaften werden von Angehörigen, Freunden und Bekannten übernommen (Schorn, 2012, S. 11). Die Vermögensverwaltung stellt mit 30 % den Hauptgrund für eine Sachwalterschaft dar. Weitere 13 % der besachwalteten Personen haben Versorgungsansprüche und 7 % der Sachwalter eine medizinische Entscheidung zu treffen (Barth & Kellner, 2010, S. 462).

3.2 Definition

„Vermag eine volljährige Person, die an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist (behinderte Person), alle oder einzelne ihrer Angelegenheiten nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst zu besorgen, so ist ihr auf ihren Antrag oder von Amts wegen dazu ein Sachwalter zu bestellen“ (ABGB, § 268, Abs. 1).

„Ein Sachwalter ist eine Person, die vom Gericht als Vertreter für einen volljährigen psychisch kranken oder geistig behinderten Menschen in bestimmten Angelegenheiten bestellt wurde. Der Betroffene kann nämlich nicht mehr für sich selbst sorgen, ohne, dass ihm daraus ein Nachteil entsteht“ (Schorn, 2012, S. 6).

Für minderjährige Personen wird kein Sachwalter bestellt, da sie unter der Obsorge ihrer Eltern stehen (Kolba & Resetarits, 2007, S. 572).

3.3 Entstehung

Bezeichnungen für Personen, die unter einer Sachwalterschaft standen waren früher „Kuranden“, dies sind Schutz- und Pflegebefohlene und „Besachwaltete“ (Zierl, 2007, S. 8). „Pflegebefohlener“, „behinderte Person“, „besachwaltete Person“ und „betroffene Person“ stellten damals zeitgemäße Begriffe dar, die nicht als diskriminierend galten (Maurer, 2007, S. 1).

Vom 1. September 1916 bis 30. Juni 1984 galt die „Kaiserliche Verordnung über die Entmündigung“. Die fehlende Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, der psychischen Betreuung und Begriffe wie „Entmündigung“ „Geistesschwäche“ und „Geisteskrankheit“ verlangten eine Änderung des damaligen Gesetzes (Zierl, 2007, S. 5).

1978 begannen die Beratungen zum neuen Gesetz, „Sachwalterschaft für behinderte Personen“, welches am 2. Februar 1983 vom Nationalrat beschlossen wurde und am 1. Juli 1984 in Kraft getreten ist (Zierl, 2007, S. 5). Das Sachwaltergesetz hat die Entmündigungsordnung abgelöst (Müller & Prinz, 2010, S. 19). Die individuellen Bedürfnisse, die Selbstbestimmung sowie das Wohl psychisch Kranker und geistig behinderter Menschen waren wichtige Neuerungen im Sachwaltergesetz. Die Vereinssachwalterschaft wurde ebenfalls mit diesem Gesetz erschaffen (Zierl, 2007, S. 6f). Ein weiterer wichtiger Punkt betraf die Rechte einer entmündigten Person zu wahren und die Geschäftsfähigkeit einer behinderten Person zu beschränken (Müller & Prinz, 2010, S. 19). Die Begriffe „Sachwalter“ und „Sachwalterschaften“ wurden ebenfalls mit dem neuen Gesetz eingeführt (Zierl, 2007, S. 7).

Der Anteil an älteren Menschen nimmt zu. Damit verbunden sind auch Krankheiten wie Demenz, was wiederum zum Anstieg der Sachwalterschaften führte. Aus diesem Grund musste eine Umgestaltung des Gesetzes erfolgen (Barth & Ganner, 2010, S. 8). 2007 wurde das „Sachwaltergesetz“ vom „Sachwalterrechts-Änderungsgesetz“ abgelöst (Barth & Ganner, 2010, S. 8). „Pflegebefohlene“ ist der neue festgelegte Begriff für eine besachwaltete Person (Zierl, 2007, S. 8).

Das „Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz 2001“, die „Reform des Außerstreitrechts 2003“ und das „Familien- und Erbrechts-Änderungsgesetz“ wurden mit dem Sachwalterrecht verknüpft (Müller & Prinz, 2010, S. 19).

Wichtige Änderungen sind, dass die Sachwalterschaft nur mehr für volljährige Personen gilt und der Sachwalter persönlichen Kontakt mit der besachwalteten Person haben muss (Müller & Prinz, 2010, S. 19).

Das im Nationalrat am 24. Mai 2006 beschlossene (Zierl, 2007, S. 7) und am 1. Juli 2007 in Kraft getretene Änderungsgesetz zur Sachwalterschaft enthält weitere wichtige Punkte (Müller & Prinz, 2010, S. 19). Die Selbstbestimmung psychisch Kranker oder geistig behinderter Menschen soll mehr gefördert werden und die Familienautonomie mehr an Bedeutung gewinnen (Zierl, 2007, S. 9).

Eine weitere Erneuerung des Sachwalter-Änderungsgesetzes ist eine Beschränkung der Sachwalterschaften. Eine private Person darf höchstens fünf Personen vertreten. Notare und Rechtsanwälte dürfen nicht mehr als 25 Sachwalterschaften übernehmen (Zierl, 2007, S. 8). Ein Sachwalter soll nur so viele Sachwalterschaften übernehmen, um die er sich ordnungsgemäß kümmern kann. Die persönliche Kontaktaufnahme und die Pflichten der Sachwalterschaft müssen erfüllt werden (ABGB, § 279, Abs. 5).

Die „*Vorsorgevollmacht*“ und „*Vertretungsbefugnis durch den nächsten Angehörigen*“ sind weitere Neuerungen und stellen eine Alternative zur Sachwalterschaft dar (Kolba & Resetarits, 2007, S. 571).

3.4 Bestellung eines Sachwalters

Einen Antrag für die Bestellung eines Sachwalters kann die betreffende Person selbst, ein Pflegeheim, ein Krankenhaus oder eine andere Person, z.B. ein Angehöriger, stellen. Es muss die Notwendigkeit einer Sachwalterschaft begründet werden (Müller & Prinz, 2010, S. 29). Die Voraussetzung ist, dass die betroffene Person ihre Angelegenheiten nicht mehr selbst erledigen kann oder ein Nachteil für sie entstehen würde (Kolba & Resetarits, 2007, S. 572). Die betroffene Person hat das „*Antragsrecht*“ eine Sachwalterschaft zu bestellen. Ein „*Anregungsrecht*“ gilt für alle anderen Personen. Das heißt, eine Sachwalterschaft darf nur von der betroffenen Person selbst beantragt werden, alle anderen dürfen dies nur anregen. Ein Anregungsrecht haben private Personen, soziale Einrichtungen, öffentliche Dienststellen. Als private Personen werden Familienangehörige, Nachbarn, Bekannte und Ärzte genannt. Pflegeheime und Krankenhäuser fallen unter soziale Einrichtungen. Mit

öffentlichen Dienststellen sind Gemeindeämter, Magistrate und Bezirkshauptmannschaften zu verstehen (Zierl, 2007, S. 32).

Das jeweilige Bezirksgericht ist zuständig für das Sachwalterschaftsverfahren (Schorn, 2012, S. 28). Es wird auch Pflegschaftsgericht genannt (Kolba & Resetarits, 2007, S. 575).

Entweder wird die Anregung schriftlich verfasst oder am Amtstag mündlich angeregt. Die Anregung sollte den Grund zur Bestellung einer Sachwalterschaft und die Darstellung der nicht mehr zu erledigenden Angelegenheiten enthalten (Schorn, 2012, S. 28f).

Ein Sachwalter darf nicht bestellt werden, wenn eine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorliegt oder die betroffene Person mit Hilfe der Familie, einer Pflegeeinrichtung oder Behinderteneinrichtung oder einem gesetzlichen Vertreter ihre Angelegenheiten selbst besorgen kann (ABGB, § 268, Abs. 2).

Nach der Anregung erhebt das zuständige Gericht die Lebensumstände des Betroffenen und klärt ab, ob eine Vorsorgevollmacht oder eine Angehörigenvertretung existiert, indem sie im Österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) Einsicht nimmt. Des Weiteren werden in Frage kommende Sachwalter und Bereiche, die die betroffene Person ohne Hilfestellung nicht selbstständig durchführen kann, z.B. finanzielle Angelegenheiten, erfasst (Glanzer, 2009, S. 12). Sind alle notwendigen Informationen vom Gericht erhoben, so wird das Verfahren entweder eingestellt oder es folgt eine Erstanthörung, zu der alle zuständigen und relevanten Personen geladen werden (Schorn, 2012, S. 29).

3.5 Das Sachwalterschaftsverfahren

Falls der zuständige Richter der Meinung ist, dass eine Sachwalterschaft notwendig wäre, leitet er das Verfahren ein (Kolba & Resetarits, 2007, S. 576). Die betroffene Person wird in der Erstanthörung über den Grund der geplanten Sachwalterschaft informiert. Es werden weitere Erkenntnisse über die betroffene Person eingeholt, aber auch Auskünfte Verwandter und vom Betreuungspersonal zur Selbstständigkeit, Lebenspraxis, Umgang mit Geld, Betreuungsaufwand u.s.w. (Barth & Mannhardt, 2010, S. 568).

Es ist nicht notwendig, dass die betroffene Person bei der mündlichen Verhandlung anwesend ist, z.B. aufgrund des körperlichen psychischen Zustandes (Müller & Prinz, 2010, S. 36).

Das Verfahren wird eingestellt, falls eine Alternative zur Sachwalterschaft möglich wäre (Schorn, 2012, S. 30). Damit ist gemeint, falls eine Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger oder eine Vorsorgevollmacht vorliegt, wird dies einer Sachwalterschaft vorgezogen (Kolba & Resetarits, 2007, S. 573).

Ist der Richter der Meinung, dass eine Sachwalterschaft nötig sein könnte, kommt es zur Fortsetzung des Verfahrens und zur Bestellung eines Verfahrenssachwalters (Schorn, 2012, S. 30). Der Verfahrenssachwalter steht der betroffenen Person während des Verfahrens zur Seite, damit die Person eine Unterstützung erhält. Wenn das Verfahren über die Bestellung der Sachwalterschaft abgeschlossen ist, endet auch die Verfahrenssachwalterschaft (AußStrg, § 119). Verfahrenssachwalter können alle „*einsichtsfähigen*“ Personen sein und auch vom Betroffenen selbst gewählt werden. Der Verfahrenssachwalter klärt die betroffene Person über Pflichten und Aufgaben eines Sachwalters auf, versucht die notwendigen zu besorgenden Angelegenheiten und Wünsche, für die der zukünftige Sachwalter zuständig sein soll, herauszufinden und das Gericht darüber zu informieren (Schorn, 2012, S. 31).

Ist es schon während des Verfahrens notwendig bestimmte Angelegenheiten durchzuführen, wird bis zum Beschluss des Richters ein einstweiliger Sachwalter bestellt (Kolba & Resetarits, 2007, S. 576). Die einstweilige Sachwalterschaft endet, wenn der endgültige Sachwalter vom Gericht genannt wurde (Zierl, 2007, S. 39).

Vereinssachwalter und einstweiliger Sachwalter können nebeneinander existieren oder auch eine Person sein (Schorn, 2012, S. 31).

Das Gericht fordert für die Bestellung eines Sachwalters ein Gutachten über die betroffene Person an. Es ist erforderlich, um die Notwendigkeit eines Sachwalters zu bestätigen. Das Gutachten wird von einem Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie, einem Internisten oder einem Sachverständiger aus der Behindertenpädagogik erstellt (Müller & Prinz, 2010, S. 34). Das

Gericht gibt dem Betroffenen einen Untersuchungstermin bei einem Facharzt bekannt, bei dem das Gutachten erstellt werden muss (Schorn, 2012, S. 33). Art und Umfang der geistigen Behinderung oder psychischen Störung, welche Aufgaben der Betroffene noch selbst erledigen kann, wie lange eine Sachwalterschaft notwendig erscheint, welche Angelegenheiten zu besorgen wären, wie lange die Krankheit oder Beeinträchtigung schon besteht und noch andauern wird usw. sind Inhalte des Gutachtens, welches die Grundlage zur mündlichen Verhandlung bildet (Müller & Prinz, 2010, S. 34; Schorn, 2012, S. 33). Zur mündlichen Verhandlung, auch Tagsatzung genannt, wird der Betroffene, seine Angehörigen, der Sachverständiger, Verfahrenssachwalter und sonstige relevanten Personen, die Auskunft geben können, per eingeschriebenem Brief vorgeladen (Schorn, 2012, S. 33). In der mündlichen Verhandlung wird das Gutachten besprochen (Müller & Prinz, 2010, S. 36). Das Gutachten wird vom Sachverständiger erörtert, damit sich das Gericht ein Bild vom Betroffenen machen kann. Das Gericht muss danach entscheiden, ob ein Sachwalter zu bestellen ist (Schorn, 2012, S. 33).

So wie nach der Erstanthörung kann das Gericht nach der mündlichen Verhandlung das Verfahren einstellen wenn es der Meinung ist, dass kein Sachwalter nötig sei (Schorn, 2012, S. 35). Die Entscheidung über die Einsetzung einer Sachwalterschaft wird in Form eines schriftlichen Beschlusses vom Gericht übermittelt (Kolba & Resetarits, 2007, S. 576). Der Beschluss enthält den Namen des Sachwalters, die zu besorgenden Angelegenheiten, Angelegenheiten, die vom Betroffenen selbst erledigt werden können, die Kosten des Verfahrens und die Begründung des Beschlusses (Schorn, 2012, S. 35).

Das Gericht entscheidet mit Berücksichtigung der Vermögensverhältnisse, ob der Betroffene die Kosten für die Verhandlung übernehmen muss. Wird das Verfahren eingestellt, ohne dass ein Sachwalter bestellt wurde, bezahlt die Kosten die Republik Österreich (Kolba & Resetarits, 2007, S. 576).

Der Sachwalter muss sämtliche Behörden und zuständige Stellen schriftlich über die Sachwalterschaft informieren. Eine Kopie der Sachwalterurkunde sollte dem Schreiben beigelegt werden (Schorn, 2012, S. 49).

3.6 Auswahl des Sachwalters

Nur bestimmte Personen dürfen eine Sachwalterschaft übernehmen (Barth & Ganner, 2010, S. 58).

Ein Sachwalter kann ein Angehöriger, eine nahestehende Person, ein Bekannter, ein Rechtsanwalt, ein Notar, ein ehrenamtlicher oder hauptberuflicher Vereinssachwalter sein (Albert, 2010, S. 253).

„Bei der Auswahl des Sachwalters oder Kurators ist auf die Art der Angelegenheiten, die für die zu vertretende Person (den Pflegebefohlenen) zu besorgen sind, zu achten“ (ABGB, § 273, Abs. 1).

Die Auswahl des Sachwalters muss in einer bestimmten Reihenfolge ablaufen (Schorn, 2012, S. 10). Das Gericht entscheidet, wer die Sachwalterschaft übernimmt (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 11).

Das Gericht muss überprüfen, ob eine Sachwalterverfügung vorliegt (Schorn, 2012, S. 10). Eine Sachwalterverfügung kann von einsichts- und urteilsfähigen Personen errichtet werden und nennt den gewünschten Sachwalter, falls die Urteils- und Einsichtsfähigkeit verloren geht (Schorn, 2012, S. 27). Das Gericht stimmt der Sachwalterverfügung zu, falls nichts dagegen spricht (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 11). Falls der gewünschte Sachwalter nicht in der Lage ist die Person zu vertreten, ist die Sachwalterverfügung unwirksam (Schorn, 2012, S. 10).

Liegt keine Sachwalterverfügung vor, so wird der Betroffene oder seine Angehörigen vom Gericht gebeten, einen Sachwalter vorzuschlagen (Schorn, 2012, S. 10). Nahe Angehörige oder Bekannte des Betroffenen werden bevorzugt, weil sie den Betroffenen gut kennen und in seinem Interesse handeln würden. Ist dies nicht möglich, muss ein anderer Sachwalter bestellt werden (Kolba & Resetarits, 2007, S. 574).

Falls keine Person vorgeschlagen wird oder kein Angehöriger die Sachwalterschaft übernehmen kann oder will, so wird der örtliche Sachwalterschaftsverein zuständig (Schorn, 2012, S. 10). Der Sachwalterverein gibt dem Gericht eine geeignete Person bekannt. (Schorn, 2012, S. 13). Im Sachwalterverein arbeiten haupt- und ehrenamtliche Sachwalter. Das Bundesministerium für Justiz finanziert hauptsächlich diese

Sachwalter. Hauptamtliche Sachwalter sind Angestellte des Sachwaltervereins und haben eine Ausbildung als Jurist, Psychologe oder Sozialarbeiter (Kolba & Resetarits, 2007, S. 581). Die Verfahrenssachwalterschaften und komplizierte Sachwalterschaften werden von hauptberuflichen Sachwaltern übernommen (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 19), ehrenamtliche von hauptamtlichen Sachwaltern unterstützt. Die Sachwalter werden von den Sachwaltervereinen ausgebildet und den Gerichten zur Verfügung gestellt (Buchberger, 1991, S. 2).

In Österreich existieren vier Sachwaltervereine (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 19).

Der Sachwalterverein übernimmt nicht nur Sachwalterschaften, sondern hat auch eine beratende Funktion. Er informiert über Sachwalterschaft, deren Alternativen, Angehörige die zum Vertreter bestellt wurden und Interessierte (VSPBG, § 4, Abs. 1, 3). Der Sachwalterverein klärt welche Angelegenheiten zu besorgen wären und ob Alternativen zur Sachwalterschaft bestehen (VSPBG, § 4, Abs. 2).

Notare und Rechtsanwälte übernehmen eine Sachwalterschaft einer Person, wenn die zu besorgenden Angelegenheiten hauptsächlich rechtlich sind (Schorn, 2012, S. 14).

Andere Personen wie Sozialarbeiter, Psychologen und Ehrenamtliche stehen als letzte Möglichkeit bei der Wahl zum Sachwalter zur Auswahl (Schorn, 2012, S. 10).

Eine Sachwalterschaft darf nicht übernommen werden von Personen, die den Betroffenen in einem Heim oder zu Hause betreuen, da sie den Betroffenen gegenüber der Einrichtung meist nicht vertreten können (Kolba & Resetarits, 2007, S. 575).

3.7 Aufgaben/Pflichten eines Sachwalters

Der Sachwalter soll psychisch Kranken oder geistig behinderten Menschen eine Hilfestellung geben und ihnen helfen, das eigene Leben zu meistern, wenn die besachwaltete Person dies nicht mehr selbstständig tun kann (Müller & Prinz, 2010, S. 23).

„Der Sachwalter (Kurator) hat dabei das Wohl des Pflegebefohlenen bestmöglich zu fördern“ (ABGB, § 275, Abs. 1).

Eine Sachwalterschaft beschränkt die Selbstbestimmung einer Person und sollte nur in Betracht gezogen werden, wenn die Person für bestimmte Angelegenheiten nicht mehr selber sorgen kann bzw. unfähig dazu ist und aus dem Handeln ein Nachteil entstehen würde (Schorn, 2012, S. 6, 8). Daraus lässt sich ableiten, dass die betroffene Person von einem Sachwalter vertreten wird und in dessen Namen handelt. Der Sachwalter muss den Willen des Betroffenen berücksichtigen. Dies ist nicht immer möglich, da der Betroffene nicht grundlos besachwaltet wird, weil er zum Beispiel zu seinem Nachteil gehandelt hat. In bestimmten Fällen muss der Sachwalter gegen den Willen des Betroffenen handeln und bei gravierenden unterschiedlichen Ansichten, die das Wohle der Betroffenen schaden (z.B. notwendige Operationen), (Kolba & Resetarits, 2007, S. 573) beim Gericht ein Einverständnis beantragen (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 12).

„Die Sachwalterschaft stellt einen Schutz des Betroffenen vor einem ihm drohenden Nachteiles dar“ (Schorn, 2012, S. 6).

Unter Nachteil versteht Schorn (2012, S. 8) einen

„Schaden an Gesundheit, Leben, Vermögen, Ehre oder Freiheit“.

Eine weitere Aufgabe umfasst die Personensorge. Die Personensorge gehört zu den persönlichen Angelegenheiten und umfasst zwei wesentliche Punkte. Zum einen der persönliche Kontakt mit der besachwalteten Person, Besorgung der ärztlichen Versorgung sowie Sicherstellung der sozialen und pflegerischen Betreuung (Barth & Ganner, 2010, S. 45). Jeder Sachwalter muss sich um die Sicherstellung der sozialen Versorgung kümmern, egal für welche Angelegenheiten er zuständig ist. Gemeint ist, dass der Sachwalter nicht selbst für die Pflege der betroffenen Person aufkommen muss, sondern dafür z.B. eine Hauskrankenpflege organisiert (Barth, 2005, S. 59).

Der Sachwalter muss persönlichen Kontakt mit der betroffenen Person halten, um die Lebenssituation zu kennen (Kolba & Resetarits, 2007, S. 580). Der

Kontakt sollte mindestens einmal im Monat stattfinden, wenn der Sachwalter mindestens für zwei Angelegenheiten zuständig ist (ABGB, § 282). Entscheidungen müssen, wie bereits erwähnt, gemeinsam mit dem Betroffenen getroffen werden und dessen Wille muss berücksichtigt werden (Kolba & Resetarits, 2007, S. 580).

Der Sachwalter hat kein Recht, die Pflicht des persönlichen Kontaktes an Dritte weiter zu geben, sondern muss sich selbst ein Bild von der besachwalteten Person schaffen (Barth, 2005, S. 60).

Der Sachwalter muss die Verschwiegenheitspflicht einhalten. Nur in Ausnahmefällen darf er die Verschwiegenheitspflicht brechen. Gemeint sind Auskünfte an Dritte oder Behörden, falls er gesetzlich dazu verpflichtet wäre (Kolba & Resetarits, 2007, S. 580).

Ebenso gehört die Berichtspflicht zu den Aufgaben eines Sachwalters. Die Berichtspflicht des Sachwalters wird einmal jährlich in Form eines Jahresberichtes durchgeführt. Er dient zur Überprüfung der Tätigkeit des Sachwalters und gibt Auskunft über eine Änderung oder Beendigung der Sachwalterschaft (Barth & Ganner, 2010, S. 94).

Der Sachwalter muss nach Antritt der Sachwalterschaft innerhalb von ein bis zwei Monaten einen Antrittsbericht schreiben und diesen dem Gericht vorlegen, um eine gute Zusammenarbeit mit dem Gericht zu gewährleisten. Das Gericht hat eine Unterstützungs- und Überprüfungspflicht (Schorn, 2012, S. 82f).

Der Antrittsbericht sollte die „*persönliche Situation*“,

„Lebensverhältnisse (Urlaub, Hobbys, Wohnsituation, soziales Umfeld, des Betroffenen, seine persönlichen Kontakte (Besuche des Sachwalters/Besuchsdienst, Freunde, Bekannte) und sein körperliches und geistiges Wohlbefinden (Krankheit, Krankenhausaufenthalte, Medikamenteneinnahme“

der besachwalteten Person enthalten (Schorn, 2012, S. 82f).

Die Situation des Betroffenen muss ebenfalls in einem Bericht, mindestens alle drei Jahre, erläutert werden (Kolba & Resetarits, 2007, S. 580).

Der persönliche Kontakt zwischen Klient und Sachwalter, Vermögen des Klienten, seelisches und körperliches Befinden, pflegerische und ärztliche Versorgung werden im Jahresbericht erfasst. Jede Abweichung der genannten Punkte ist zusätzlich im Bericht zu erfassen (Barth & Ganner, 2010, S. 94).

Der Sachwalter muss einen zusätzlichen Bericht vorlegen, wenn das Gericht es für notwendig erachtet (Schorn, 2012, S. 84).

Ist der Sachwalter für die finanziellen Angelegenheiten zuständig, so ist er verpflichtet, alle Rechnungen aufzubewahren und zusätzlich Aufzeichnungen der Einnahmen und Ausgaben zu führen (Kolba & Resetarits, 2007, S. 580).

Zusätzlich zur Genehmigung des Sachwalters muss eine Zustimmung des PflEGschaftsgerichts eingeholt werden, wenn größere Angelegenheiten zu besorgen sind. Mit größeren Angelegenheiten ist z.B. die Annahme einer Erbschaft, die Anschaffung eines Autos oder eines Grundstückes gemeint (Kolba & Resetarits, 2007, S. 577).

Wird keine Genehmigung des Gerichtes eingeholt, sind die getroffenen Entscheidungen nicht wirksam (ABGB, § 275, Abs. 2).

3.8 Aufgaben/Pflichten des Gerichts

Der Richter entscheidet, für welche Angelegenheiten der Sachwalter zuständig ist (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 12).

Wenn der Sachwalter seine Aufgaben nicht erfüllt, so muss das Gericht einen anderen Sachwalter beauftragen (Kolba & Resetarits, 2007, S. 580). Das Gericht, der Betroffene oder der Sachwalter können einen Antrag auf Beendigung der Sachwalterschaft stellen (Kolba & Resetarits, 2007, S. 581).

Das Gericht muss den Sachwalter regelmäßig überprüfen, ob eine Sachwalterschaft noch notwendig ist (Kolba & Resetarits, 2007, S. 581) und ob er seine Tätigkeiten erfüllt (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 18). Dies erfolgt über die Berichte des Sachwalters, eine Befragung der besachwalteten Person oder ein neues medizinisches Gutachten (Kolba & Resetarits, 2007, S. 581).

Dem Sachwalter stehen 5 % der Bemessungsgrundlage des Betroffenen zu, die er bei Gericht als Entschädigung beantragen kann. Die Bemessungsgrundlage

sind jährliche Einkünfte abzüglich gesetzlicher Abgaben. Zusätzlich kann ein Ersatz der Aufwendungen (zum Beispiel der Fahrtkosten) verlangt werden. (Kolba & Resetarits, 2007, S. 581).

Für bestimmte Tätigkeiten benötigt der Sachwalter die schriftliche Genehmigung in Form eines Beschlusses von dem zuständigen PflEGschaftsgericht: Änderungen des Namens, der Staatsbürgerschaft, des Wohnortes, Auflösung des Dienstvertrages, Entscheidungen über schwerwiegende medizinische Behandlungen, Verkauf von Liegenschaften, Verpachtung und Vermietung von Wohnungen, gerichtliche Klagen, Verkauf von Gegenständen ab 1.000 Euro, Geldanlagen, größere Anschaffungen, Annahme oder Ablehnung von Erbschaften und der Erbrechtsverzicht (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 18f).

3.9 Wirkungskreis/Angelegenheiten

Der Sachwalter ist

„je nach Ausmaß der Behinderung sowie Art und Umfang der zu besorgenden Angelegenheiten“

für bestimmte Aufgaben zu bestellen (ABGB, § 268, Abs. 3).

Das Gericht entscheidet über den Wirkungskreis des Sachwalters. Das heißt auch, in wie weit die Sachwalterschaft die Geschäftsfähigkeit einer Person einschränkt (Zierl, 2007, S. 58). Die Bereiche werden festgelegt, in denen der Betroffene vom Sachwalter vertreten wird. In allen anderen Bereichen kann der Betroffene weiterhin selbst Entscheidungen treffen (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 6). Ab dem 18. Lebensjahr sind Personen voll geschäftsfähig und dies ermöglicht ihnen „*rechtsgeschäftlich*“ zu handeln (Kolba & Resetarits, 2007, S. 569).

„Die behinderte Person kann innerhalb des Wirkungskreises des Sachwalters ohne dessen ausdrückliche oder stillschweigende Einwilligung rechtsgeschäftlich weder verfügen noch sich verpflichten“ (ABGB, § 280, Abs. 1).

Falls eine Person ohne Zustimmung des Sachwalters ein Geschäft tätigt, ist dies nicht wirksam. Die Leistung darf nicht eingefordert werden, falls der Sachwalter dem Geschäft nicht zugestimmt hat oder im Nachhinein genehmigt hat (Kolba & Resetarits, 2007, S. 576).

Der Sachwalter ist für einzelne, mehrere oder alle Angelegenheiten zuständig (Zierl, 2007, S. 58f).

Die zu besorgenden Angelegenheiten werden in drei Stufen unterteilt, „*Persönliche Angelegenheiten*“, „*Vermögenssorge*“ und die „*Vertretung des behinderten Menschen im privatrechtlichen und öffentlichrechtlichen Bereich*“. Die Einteilung hängt davon ab, inwieweit die besachwaltete Person nicht in der Lage ist, die einzelnen Angelegenheiten für sich zu besorgen (Zierl, 2007, S. 59).

Wurde ein Sachwalter für bestimmte Angelegenheiten bestellt, so hat die betroffene Person nur mehr eine beschränkte Geschäftsfähigkeit in diesem Wirkungskreis. Die besachwaltete Person darf ab diesem Zeitpunkt keine Rechtsgeschäfte ohne Zustimmung des Sachwalters tätigen (Schorn, 2012, S. 15f).

3.9.1 Persönliche Angelegenheiten

Die Personensorge gehört zu den persönlichen Angelegenheiten und jeder Sachwalter ist dafür zuständig, egal ob er nur für einzelne Angelegenheiten oder alle Angelegenheiten befasst wurde (Schorn, 2012, S. 50). In den Gesetzen wird die Personensorge nicht eindeutig definiert, deswegen ist im Sachwalterbeschluss oft beschrieben, in welchem Umfang der Sachwalter in diesen Angelegenheiten Entscheidungen treffen muss (Schorn, 2012, S. 50). Allgemein umfasst die Personensorge Entscheidungen über medizinische Angelegenheiten und die Bestimmung des Wohnortes (Zierl, 2007, S. 59). Die Personensorge umfasst die Sicherstellung der Versorgung unter medizinischer, pflegerischer, pädagogischer und sozialer Sicht. Der Sachwalter hat dafür zu sorgen, dass die betroffene Person eine angemessene Versorgung erhält. Dies bedeutet, dass der Sachwalter die Erkrankung und die dafür notwendige Hilfestellung richtig einschätzt. Der Sachwalter sollte die richtigen Fachkräfte wie Heimhilfe, Pflegedienste oder Besuchsdienste, falls notwendig, organisieren

(Müller & Prinz, 2010, S. 54). Der Sachwalter muss, wie bereits erwähnt, den Betroffenen im persönlichen Umfeld besuchen, nur so ist sichergestellt, dass die soziale Betreuung gewährleistet wird (Schorn, 2012, S. 51).

Zum anderen umfasst die Personensorge die Zusammenarbeit mit Dritten um Pflegegeld zu beantragen, Einwilligung von medizinischen Behandlungen sowie Behandlungs- und Heimverträge abzuschließen (Barth & Ganner, 2010, S. 45). Medizinische Behandlungen bedürfen einer Einwilligung des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters (Barth & Dokalik, 2010, S. 172). Ohne Einwilligung darf keine medizinische Behandlung erfolgen (UbG, § 36, Abs. 2). Mit medizinischen Behandlungen sind Tätigkeiten gemeint, die vom Arzt selbst durchgeführt oder an Fachpersonal, wie z.B. Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpfleger, übertragen werden. Medizinische Behandlungen sind kosmetische Operationen, Transplantationen, Transfusionen und Eingriffe der körperlichen Integrität (Barth & Dokalik, 2010, S. 172ff).

„Einer medizinischen Behandlung, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist, kann der Sachwalter nur zustimmen, wenn ein vom behandelnden Arzt unabhängiger Arzt in einem ärztlichen Zeugnis bestätigt, dass die behinderte Person nicht über die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt und die Vornahme der Behandlung zur Wahrung ihres Wohles erforderlich ist. Wenn ein solches Zeugnis nicht vorliegt oder die behinderte Person zu erkennen gibt, dass sie die Behandlung ablehnt, bedarf die Zustimmung der Genehmigung des Gerichts. Erteilt der Sachwalter die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung nicht und wird dadurch das Wohl der behinderten Person gefährdet, so kann das Gericht die Zustimmung des Sachwalters ersetzen oder die Sachwalterschaft einer anderen Person übertragen“ (ABGB, § 283, Abs. 2).

Notfallsituationen stellen eine Ausnahme dar (Barth & Dokalik, 2010, S. 172). Es muss kein Einverständnis von der Person, des Sachwalters oder des Gerichts eingeholt werden, wenn sich die betroffene Person in einem lebensbedrohlichen Zustand befindet, die Einwilligung die Gesundheit

gefährden würde und die medizinische Versorgung dringend notwendig ist (ABGB, § 283, Abs. 3).

„Schutzimpfungen“, „Mandeloperationen“, „Blinddarmoperationen“, „Zahnbehandlungen“ sind einige Beispiele einer „einfachen medizinischen Behandlung“, für die der Sachwalter bei einer einsichts- und urteilsfähigen Person zustimmen muss. Stimmt die betroffene Person gegen eine einfache medizinische Behandlung, muss der Amtsarzt durch den Sachwalter informiert werden. Der Amtsarzt kann in diesem Fall eine psychiatrische Unterbringung erteilen, falls die Ablehnung der Behandlung die einsichts- und urteilsfähigen Person gefährden würde (Müller & Prinz, 2010, S. 58).

Bei „schwerwiegenden medizinischen Behandlungen“, wie z.B. „größere Operationen“, „Setzen einer PEG-Sonde“, „Chemo- und Strahlentherapie“ (Müller & Prinz, 2010, S. 59), „hochdosierte Neuroleptika, Depotbehandlungen, Amputationen oder Behandlungen mit großem Risiko, erheblichen Schmerzen bzw. Nebenwirkungen“ (Schorn, 2012, S. 54) muss der Sachwalter eine zweite ärztliche Meinung einholen oder eine Zustimmung des Gerichts fordern.

Eine pflegschaftsgerichtliche Zustimmung ist zu beantragen, falls die betroffene Person die Behandlung verweigert (Müller & Prinz, 2010, S. 59).

Der Arzt hat gegenüber dem Sachwalter eine Aufklärungspflicht und muss über die Diagnose, den Eingriff und damit verbunden Risiken informieren (Schorn, 2012, S. 53).

Der Wohnort gehört, wie schon erwähnt, ebenfalls zur Personensorge. Die Person darf über den Wohnort selbst bestimmen, falls sie einsichts- und urteilsfähig ist. Ist dies nicht der Fall und der Sachwalter für diese Angelegenheit zuständig, so entscheidet er über den Wohnort (ABGB, § 284a, Abs. 1, 2). Die dauerhafte Änderung des Wohnortes muss vom Pflegschaftsgericht genehmigt werden (Müller & Prinz, 2010, S. 66).

3.9.2 Vermögenssorge

Zu Beginn der Sachwalterschaft muss der Sachwalter dem Gericht, neben dem Antragsbericht, eine Vermögensaufstellung vorlegen (Schorn, 2012, S. 68).

Die Vermögensaufstellung umfasst

„Bargeld, Guthaben (z.B. Sparbücher, Wertpapiere, Girokonto), Versicherungen (z.B. Ablebensversicherung), Liegenschaftsbesitz (z.B. Grundstücke, Haus, Wohnung), sonstiges Vermögen (z.B. Bausparvertrag), laufende Einnahmen (z.B. Pension, Pflegegeld) und Verbindlichkeiten (Schulden)“ (Schorn, 2012, S. 68).

Oft muss der Sachwalter selbst bei den Behörden, Bank-Instituten, Bezirksgerichten und Angehörigen die Informationen einholen, weil der Betroffene oft keinen Überblick über seine Finanzen hat. (Schorn, 2012, S. 68f). Ist die Vermögensaufstellung dem Gericht vorgelegt, verpflichtet sich der Sachwalter zur laufenden Verwaltung der finanziellen Angelegenheiten (Schorn, 2012, S. 69). Finanzielle Angelegenheiten umfassen die Sicherung des Lebensbedarfs der vertretenen Person. Der Sachwalter muss dafür sorgen, dass Zahlungen von der Pensionsversicherung oder dem Sozialamt geleistet werden. Der Sachwalter muss laufende Kosten, wie zum Beispiel die Miete der Wohnung, Pflegekosten und Taschengeld begleichen (Müller & Prinz, 2010, S. 83). Ebenfalls muss der Sachwalter *„Erspartes anlegen, Schulden tilgen oder Liegenschaften vermieten oder veräußern“* (Schorn, 2012, S. 69). Die zuvor genannte Vermögensverwaltung kann der Sachwalter ohne gerichtliche Genehmigung durchführen, weil sie dem ordentlichen Wirtschaftsbetrieb zuzurechnen sind (Schorn, 2012, S. 69).

Zum außerordentlichen Wirtschaftsbetrieb gehören

„Veräußerung oder Belastung von Liegenschaften; Gründung, Veräußerung, Auflösung eines Unternehmens; Verzicht unbedingte Annahme oder Ausschlagung einer Erbschaft; Annahme einer mit Belastungen verbundene Schenkung; Ausschlagungen einer Schenkung; bestimmte Formen der Anlegung von Geld (z.B. Bausparvertrag) und Erhebung einer Klage (z.B. Schadensersatzklage, Pflegegeldklage)“ (Schorn, 2012, S. 70).

Angelegenheiten zum außerordentlichen Wirtschaftsbetrieb müssen vom Gericht genehmigt werden (Schorn, 2012, S. 70).

„Ist der Sachwalter mit der Verwaltung des Vermögens oder des Einkommens der behinderten Person betraut, so hat er diese vorrangig zur Deckung der den persönlichen Lebensverhältnissen entsprechenden Bedürfnisse der behinderten Person zu verwenden“ (ABGB, § 281, Abs. 3).

Änderungen und Maßnahmen über das Vermögen müssen vom Sachwalter rechtzeitig bekanntgegeben werden und die betroffene Person muss darüber informiert werden (ABGB, § 281, Abs. 2). Der Sachwalter hat dafür zu sorgen, dass die besachwaltete Person ihr Leben nach deren Wünschen und Vorstellungen, soweit es finanziell möglich ist, gestalten kann (ABGB, § 281, Abs. 1).

Der Sachwalter ist verpflichtet, die Vermögensverwaltung sorgfältig zu dokumentieren. Alle Zahlungen für die besachwaltete Person sollten in Form eines Beleges ersichtlich sein, auch Überweisungen an die betroffene Person oder dessen Betreuer (Müller & Prinz, 2010, S. 85).

Zur Deckung der persönlichen Bedürfnisse steht einer besachwalteten Person, die kein eigenes Einkommen hat, ein monatliches Taschengeld zu (Müller & Prinz, 2010, S. 181). Der Sachwalter sollte gemeinsam mit der betroffenen Person die Höhe des Taschengeldes festlegen. Die Höhe hängt von den Vermögensverhältnissen und Einkommensverhältnissen und der Begabung mit Geld umzugehen ab (Müller & Prinz, 2010, S. 84).

Wie schon erwähnt muss der Sachwalter in wichtigen Angelegenheiten eine Genehmigung bei Gericht einreichen (Barth & Dokalik, 2010, S. 147).

Die Verwaltung des Einkommens durch den Sachwalter stellt ebenfalls eine große Einschränkung für die besachwaltete Person dar (Müller, 2010, S. 298). Die Sozialhilfe kommt für Personen auf, die in einem Heim oder einer anerkannten Institution gepflegt und/oder betreut werden. Pflegegeld und Pensionsleistungen werden bis zu 80 % an die Sozialhilfe weitergeleitet. Die restlichen 20 % sowie Urlaubs- und Weihnachtsgeld der Pension stehen dem Heimbewohner zur Verfügung (Müller, 2010, S. 324).

3.9.3 Privatrechtlicher und öffentlich rechtlicher Bereich

Bei finanziellen Angelegenheiten und Abschluss von Rechtsgeschäften muss der Sachwalter die besachwaltete Person in ihrem Namen und zu ihrem Vorteil vertreten und den Vertrag abschließen (Müller & Prinz, 2010, S. 68).

„Die Wahrnehmung der rechtlichen Angelegenheiten, die in der Person des Betroffenen begründet sind“

gehören ebenfalls zur Personensorge (Schorn, 2012, S. 50).

3.9.4 Sonstige Angelegenheiten

Eine Namensänderung, der Erwerb der Staatsangehörigkeit, eine vorzeitige Auflösung eines Ausbildungs- oder Dienstverhältnisses und die Wohnortänderung müssen vom Gericht genehmigt werden (Schorn, 2012, S. 50).

3.10 Angehörigenvertretung

Ehegatte, Lebensgefährte, volljährige Kinder und Eltern dürfen die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger geltend machen. Der Lebensgefährte muss allerdings mindestens drei Jahre im gemeinsamen Haushalt gelebt haben (Barth, 2006, S. 192).

Wenn keiner dieser Personen zur Verfügung steht, muss beim zuständigen Sachwalterverein ein Sachwalter bestellt werden (Barth, 2006, S. 197).

Existieren keine Vorsorgevollmacht, sonstige gesetzlichen Vertreter oder Sachwalter, kann ein Angehöriger die nicht mehr geschäftsfähige Person vertreten. In diesem Fall wird eine Person durch einen Angehörigen vertreten, obwohl dieser nicht zum Sachwalter bestellt wurde (Kolba & Resetarits, 2007, S. 583).

Die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger soll Sachwalterbestellungen eindämmen (Barth, 2006, S. 190f). Weiters kennt der Angehörige den Betroffenen schon länger und kann die Interessen besser vertreten als ein Sachwalter, der den Betroffenen erst kennen lernen muss (Kolba & Resetarits, 2007, S. 583). Für 50 % aller Sachwalterbestellungen würde laut Schätzungen eine Angehörigenvertretung in der Lage sein, die notwendigen

Angelegenheiten zu erledigen. Davon betreffen 30 % Finanzen, 13 % die soziale Versorgung und 7 % „*leichte*“ medizinische Entscheidungen (Glanzer, 2009, S. 12).

Eine Angehörigenvertretung hat, mit einigen Ausnahmen, die selben Aufgaben und Pflichten wie ein Sachwalter (Barth, 2006, S. 190f). Sie soll den Angehörigen in Rechtsgeschäften des täglichen Lebens vertreten, die nötig sind, um den Alltag zu bewältigen (Barth, 2006, S. 190f). Die „*Lebensverhältnisse*“ des Betroffenen dürfen nicht „*überschritten*“ werden. Mit Lebensverhältnissen ist das „*Monatseinkommen des Betroffenen*“ gemeint, das „*nicht zu sehr belastet werden*“ darf (Glanzer, 2009, S. 91). Gemeint sind z.B. Lebensmitteleinkäufe und die Besorgung der benötigten Kleidung. Diese Besorgungen setzen voraus, dass der Angehörige über die Finanzen verfügen darf und Zeichnungsberechtigter des Kontos ist (Barth, 2006, S. 190f).

„*Rechtsgeschäfte zur Deckung des Pflegebedarfs*“ sowie „*Ansprüche, die aus Anlass von Alter, Krankheit, Behinderung oder Armut*“ fallen ebenfalls in den Bereich der Angehörigenvertretung (Kolba & Resetarits, 2007, S. 584). Soziale Ansprüche auf „*Pflegegeld, Pension, Sozialhilfe, Begünstigungen, Notstandshilfe, Krankengeld, Rente und Arbeitslosengeld*“, „*Beantragung von Ermäßigungen bei öffentlichen Verkehrsmitteln*“ und „*Befreiung von Rezept-, Rundfunk-, Fernseh- und Telefongebühr*“ dürfen von einer Angehörigenvertretung angefordert werden (Glanzer, 2009, S. 93f & S. 96). Darüber hinaus darf der Angehörige über das Einkommen und die sozialen Leistungen des Betroffenen verfügen (Kolba & Resetarits, 2007, S. 575).

Wie auch bei der Sachwalterschaft darf ein Angehörigenvertreter nur Angelegenheiten erledigen, für die der Betroffene nicht mehr selbst sorgen kann. Nur die zu besorgenden Angelegenheiten dürfen im Österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) eingetragen werden (Glanzer, 2009, S. 90). Die Vertretungsbefugnis kann von einem Notar im ÖZVV eingetragen werden. Der Angehörige muss z.B. durch eine Heiratsurkunde das Verwandtschaftsverhältnis belegen und ein ärztliches Gutachten über den Grund der Vertretung vorlegen. Der Notar hat nach der Eintragung den Angehörigen ein Informationsblatt über Rechte und Pflichten auszuhändigen und den Betroffenen von der Vertretung zu informieren. Falls ein Sachwalter

bestellt wurde oder der Betroffene einen Widerspruch gegen den Angehörigen geäußert hat, darf keine Eintragung ins ÖZVV getätigt werden (Kolba & Resetarits, 2007, S. 585).

Die Entscheidung zu einfachen medizinischen Behandlungen dürfen von Angehörigenvertretungen getroffen werden, nicht aber zu komplexen Eingriffen, Interventionen oder Operationen (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 6). Eine Zustimmung zu umfangreichen medizinischen Behandlungen, die Änderung des dauerhaften Wohnsitzes, eine Heimunterbringung und komplizierte finanzielle Transaktionen dürfen nicht von einem Angehörigenvertreter getätigt oder durchgeführt werden. Falls eine der genannten Angelegenheiten zu erledigen wäre, muss ein Sachwalter bestellt werden (Müller & Prinz, 2010, S. 138f). Ein Sachwalter ist ebenfalls zu bestellen, falls die Angehörigenvertretung missbräuchlich verwendet wird oder der Angehörige mit den Aufgaben überfordert zu sein scheint (Schorn, 2012, S. 20).

Die Angehörigenvertretung kann gemeinsam mit einer Sachwalterschaft existieren, wenn die zu erledigenden Angelegenheiten die alltäglichen Rechtsgeschäfte überschreiten und die Angehörigenvertretung diese Angelegenheiten nicht erledigen darf. Es steht zur Diskussion, ob dies den Intentionen der Gesetzgebung entspricht. Einerseits würden die Sachwalter somit entlastet werden, indem die alltäglichen Rechtsgeschäfte weiterhin von den Angehörigenvertretern erledigt werden. Andererseits möchte die Gesetzgebung doppelte Vertretungen vermeiden und der Aufwand für das Gericht würde ebenfalls gleich bleiben (Glanzer, 2009, S. 101).

Es dürfen auch mehrere Vertretungsbefugte nebeneinander existieren (Kolba & Resetarits, 2007, S. 585). Es genügt die Entscheidung einer Person, falls unterschiedliche Meinungen vorliegen, ist keine gültig (ABGB, § 284c, Abs. 2).

Noch zu erwähnen ist, dass die Selbstbestimmung bei der Angehörigenvertretung nicht gefördert wird. Ebenso kann der Betroffene die Angehörigenvertretung ablehnen (Schauer, 2006, S. 151). In diesem Fall muss sich die betroffene Person selbst oder mit Hilfe einer Vertrauensperson an das Pflschaftsgericht oder einen Notar wenden. In den meisten Fällen

wird dann ein Sachwalterschaftsverfahren eingeleitet (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 7).

Falls eine Vorsorgevollmacht vorhanden ist, wird diese der Angehörigenvertretung vorgezogen (Schauer, 2006, S. 151).

3.11 Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist für den Betroffenen eine Absicherung, falls er nicht mehr selbst seine Angelegenheiten besorgen kann (Glanzer, 2009, S. 17).

„Eine Vollmacht ist ein Vertrag, durch den der Vollmachtgeber dem Bevollmächtigten erlaubt, wirksam in seinem Namen zu handeln“
(Schorn, 2012, S. 20).

Sie wird vor Verlust der Geschäftsfähigkeit abgeschlossen. Dabei wird eine Person des Vertrauens bestimmt, die Bestellung eines Sachwalters ist später nicht erforderlich (Barth, 2006, S. 139). Diese Person soll in Zukunft bestimmte Angelegenheiten erledigen, v.a. im Fall einer Geschäftsunfähigkeit des Vollmachtgebers. Diese Variante eignet sich für Personen die krank sind, nicht mehr geheilt werden können und noch eine Vorsorgevollmacht abschließen können bzw. wollen, z.B. Menschen mit unheilbaren Krebsleiden (Glanzer, 2009, S. 17).

Wenn eine Person ihre Entscheidung ohne Risiko für sich selbst bestimmen und die Konsequenzen erkennen kann, liegt eine Einsichts- und Urteilsfähigkeit vor (Glanzer, 2009, S. 17). Die Geschäfts-, Einsichts- und Urteilsfähigkeit geht dann verloren, wenn der Betroffene z.B. durch eine psychische Krankheit nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen. Eine Person kann vor dem Verlust der Geschäftsfähigkeit mit der Vorsorgevollmacht selbst bestimmen, welche Person für welche Angelegenheiten zuständig sein soll. Die Vorsorgevollmacht muss persönlich vom Vollmachtgeber errichtet werden. Es können mehrere Bevollmächtigte nebeneinander unterschiedliche Angelegenheiten erledigen (Schorn, 2012, S. 20f).

Der Bevollmächtigte, die Aufgabenbereiche die vertreten werden sollen und Wünsche in Bezug auf die pflegerische und medizinische Versorgung sowie der

gewünschte Wohnort sollten in der Vorsorgevollmacht schriftlich festgehalten und unterzeichnet werden (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 7).

Ein Notar oder ein Rechtsanwalt kann das Wirksamwerden der Vorsorgevollmacht registrieren (Schorn, 2012, S. 24). Die Registrierung ist nicht verpflichtend (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 8) und erfolgt im ÖZVV (Schorn, 2012, S. 24). Der Vertreter muss ein ärztliches Zeugnis vorlegen, indem die Geschäftsunfähigkeit des Betroffenen bescheinigt wird, ansonsten kann die Registrierung nicht eingetragen werden. Nach der Registrierung wird dem Bevollmächtigten eine Bestätigung über die Vertretung ausgestellt (Schauer, 2006, S. 153).

Die Vorsorgevollmacht kann jederzeit widerrufen werden, auch wenn der Betroffene bereits geschäftsunfähig ist. Die Folge ist eine Einleitung des Sachwalterschaftsverfahren (Bundesministerium für Justiz, 2007, S. 8).

3.12 Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis

Das Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) wird von der Österreichischen Notariatskammer geführt (Glanzer, 2009, S. 58). Im ÖZVV werden in schriftlicher Form Vorsorgevollmachten und deren Wirksamwerden oder Widerruf, Sachwalterschaftsverfügungen und deren Widerruf, Angehörigenvertretungen und deren Widersprüche und Bekanntgabe der Endigung von Angehörigenvertretung und Wirksamwerden einer Vorsorgevollmacht eingetragen (Glanzer, 2009, S. 59).

Die Registrierung einer Vorsorgevollmacht dürfen Rechtsanwälte und Notare vornehmen. Alle anderen Eintragungen darf nur ein Notar vornehmen (Glanzer, 2009, S. 59).

Die Angehörigenvertretung und Vorsorgevollmacht müssen nicht im ÖZVV eingetragen werden, sollten aber für den Fall eines Sachwalterschaftsverfahren registriert werden (Schauer, 2006, S. 153).

4 Menschen mit geistiger Behinderung

4.1 Daten und Fakten

In Europa sind ca. 10 % der Bevölkerung von körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen betroffen (Hofer, 2010, S.13f).

Laut einer Studie von Scott im Jahr 1994 lag die Zahl der Menschen mit geistiger Behinderung international bei ca. einem Prozent. Im deutschsprachigen Raum kann von einer Anzahl der geistig behinderten Menschen zwischen 0,3 % und 0,49 % ausgegangen werden (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 173). Unterschiedliche Klassifizierungen erschweren die Angaben.

In Österreich leben kaum Menschen mit geistiger Behinderung mit Geburtsjahrgängen vor 1945 (Haveman & Stöppler, 2010, S. 69), denn im zweiten Weltkrieg wurden diese Menschen „ausgerottet“ (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 15). Unter der „Euthanasie“, dem „Vernichtungsprogramm der Nationalsozialisten“ wurden rund 120.000 psychisch kranke und geistig behinderte Menschen ermordet (Haveman & Stöppler, 2010, S. 69).

Psychische Erkrankungen und geistige Behinderungen sind nicht meldepflichtig, weshalb es schwer ist genaue Zahlen zu erhalten (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 15). In Österreich liegen wenige statistische Daten über Menschen mit geistiger Behinderung vor. Nach Erhebungen der Statistik Austria schätzt man den Anteil von Menschen mit geistiger Behinderung und Lernproblemen auf 5 % der gesamten Bevölkerung (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 224).

Die Lebenserwartung der Menschen wächst und hat sich in den letzten 100 Jahren verdoppelt. Frauen wurden damals durchschnittlich 48 Jahre alt und Männer 45 Jahre (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 13). In Österreich beträgt die statistische Lebenserwartung von Frauen, die 2011 geboren sind 83,45 Jahre, und die der Männer 78,11 Jahre. Im Jahr 1970 betrug die Lebenserwartung von Frauen 73,38 Jahre und von Männern 66,46 Jahre (Statistik Austria, 2012).

Durch eine Verminderung der Säuglingssterblichkeitsrate, den steigenden Wohlstand, bessere Arbeitsbedingungen, eine bessere medizinische Versorgung, eine Verbesserung der Hygiene, der Ernährung und des Lebensstils sowie der Einführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen stieg die Lebenserwartung (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 13). Die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung ist in den letzten Jahren ebenfalls gestiegen (Haveman & Stöppler, 2010, S. 71) und unterscheidet sich kaum von der Lebenserwartung nicht behinderter Menschen (Haveman & Stöppler, 2010, S. 92), jedoch sind einige Aspekte des Alterungsprozesses nicht erforscht. Man nimmt an, je schwerer die geistige Behinderung ist, umso geringer wäre die Lebenserwartung (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 13).

Der Unterschied zu nicht behinderten Menschen liegt darin, dass bei geistig behinderten Menschen u.a. vermehrt chronische Krankheiten auftreten (Haveman & Stöppler, 2010, S. 92). Daraus lässt sich ableiten, dass die Anzahl bestimmter Alterserkrankungen wie Demenz und Depressionen auch bei Menschen mit geistiger Behinderung ansteigen wird. Dadurch wird der Besuch einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung und einer Beschäftigungstherapie nur schwer möglich sein. Dies fordert ein Umdenken des Betreuungskonzeptes für diese Personengruppen, welches schon im Gange ist (Theunissen, 2002, S. 13f).

„Die Betreuung, die Wohnverhältnisse, die Ernährung, der Lebensstil und die medizinische Versorgung haben sich für die wenigen Überlebenden des Dritten Reichs und die nach dem Krieg geborenen geistig behinderten Menschen deutlich gewandelt“ (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 13).

Die Lebenserwartung in den 20er Jahren betrug für Menschen mit geistiger Behinderung ungefähr 20 Jahre und für Menschen mit Down Syndrom neun Jahre. In den 80er Jahren wurden Menschen mit geistiger Behinderung durchschnittlich 58 Jahre alt und jene mit Down Syndrom 47 Jahre. Die Gründe dafür liegen in der Verbesserung der medizinischen Versorgung und in neuen

Erkenntnissen in deren Förderung und Begleitung in pädagogischer und psychologischer Sicht (Theunissen, 2002, S. 12).

4.2 Definition Behinderung allgemein

Zum Begriff „*Behinderung*“ existieren zahlreiche unterschiedliche Definitionen aus medizinischer, soziologischer, heilpädagogischer, pflegewissenschaftlicher und juristischer Sicht.

In der frühen Weimarer Republik ist der Begriff „*Behinderung*“ entstanden. Sechs Jahrzehnte dauerte es, bis der Begriff verbreitet angewendet wurde (Schmubl, 2009, S. 7).

„Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten“ (BGStG, § 3, Abs. 1).

Die Begriffe „*Behinderung*“ und „*behinderte Person*“ werden in der österreichischen Rechtsordnung nicht einheitlich verwendet (Zierl, 2007, S. 8), da alle Definitionen „*kontextbezogen*“ verstanden werden sollen (Hofer, Iser, Miller-Fahringer & Rubisch, 2006, S. 40).

Es ist schwierig den Begriff „*Behinderung*“ zu definieren, da er oft im Sprachgebrauch unterschiedliche Anwendung findet. Experten sind der Meinung, dass es zum gegebenen Zeitpunkt nicht möglich ist, einen einheitlichen Begriff zu finden, zu unterschiedlich sind die Sichtweisen, Hypothesen und Begriffsannahmen dazu (Hofer, 2010, S.13f).

4.3 Definition geistige Behinderung

„*Debilität, Imbezillität und Idiotie*“ sind die drei Schweregrade, nach denen die Psychiatrie eine geistige Behinderung früher eingeteilt hat (Zierl, 2007, S. 50). Der Begriff „*Idiotie*“ wurde durch den Begriff „*schwere geistige Behinderung*“

ersetzt und ist die schwerste Form der geistigen Behinderung mit der Annahme, dass diese Menschen bestimmte Handlungen, wie „*Sprache, hygienische Gewohnheiten und sinnvolle Tätigkeiten*“ nicht erwerben können (Fischer, 2008, S. 20).

Weiters unterschied man früher zwei Formen der geistigen Störung „*Torpide Form mit allgemeiner Antriebsschwäche*“ und die „*erethische Form mit ausgeprägtem Bewegungsdrang und Aggression*“ (Zierl, 2007, S. 50).

1926 hat Hilfsschuldirektor Breitenbarth aus Halle a.d. Saale den Begriff „*geistige Behinderung*“ erstmals angewendet um die Betroffenen von körperlich behinderten Menschen abzugrenzen (Speck, 2005, S. 43). Durch die Elternvereinigung „*Lebenshilfe für geistig Behinderte*“ wurde der Begriff „*geistige Behinderung*“ ab 1958 in der Öffentlichkeit verwendet (Schmubl, 2009, S. 11). Ende der 1950er Jahre fand der Fachbegriff „*geistige Behinderung*“ in Deutschland und Österreich weitgehend Akzeptanz und löste die Begriffe „*Schwachsinn, Blödsinn, Idiotie oder Oligophrenie*“ ab (Theunissen, 2008, S. 127). Die geistige Behinderung wurde früher auch als „*Geistesschwäche*“ bezeichnet (Speck, 2005, S. 47).

1974 beschreibt der deutsche Bildungsrat Menschen mit geistiger Behinderung in der „*psychischen Gesamtentwicklung*“ und „*Lernfähigkeit beeinträchtigt*“. Notwendig sind lebenslange Hilfe aus sozialer und pädagogischer Sicht (Theunissen, 2005, S. 28). Bei einer geistigen Behinderung handelt es sich um ein andauerndes nicht fortschreitendes Geschehen, wie z.B. bei einer Demenz (Maurer, 2007, S. 48).

Die American Psychiatric Association definierte 1996 den Begriff geistige Behinderung als „*Entwicklungsstörung*“, mit drei Kennzeichen. Zum einen eine „*unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit*“ und zum anderen eine „*eingeschränkte Anpassungsfähigkeit*“ (Theunissen, 2005, S. 24).

Wie auch die American Psychiatric Association definieren Barth und Ganner (2010, S. 41) den Begriff, wie auch der Gesetzgeber im Sachwaltergesetz, in Zusammenhang mit drei wichtigen Merkmalen. Geistige Behinderung ist demnach eine Minderung der durchschnittlichen allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit, die vor dem 18. Lebensjahr vorhanden sein muss. Zusätzlich besteht eine Anpassungsstörung.

Als Beispiel einer defektorientierten Sichtweise seien exemplarisch Oy und Sagi erwähnt, für sie ist

„der geistig Behinderte unfähig, sein Leben selbstständig zu gestalten, er ist dauerhaft auf die Hilfe anderer angewiesen. Sein auffälliges Symptom ist die verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit, verbunden mit einem gestörten Sozialverhalten“ (Theunissen, 2005, S. 17).

Für Speck (2005, S. 46) wird unter geistiger Behinderung eine

„Erscheinungsform oder Eigenart des Menschlichen verstanden, bei der lebenslang ein erheblicher Rückstand der mentalen (intellektuellen) Entwicklung zu beobachten ist, der sich in aller Regel in unangemessen wirkenden Verhaltensweisen und in vergleichsweise erheblich herabgesetzten Lernleistungen auf schulischem, sprachlichem, körperlichem und sozialem Gebiet manifestiert, so dass die eigene Lebensführung in erheblichem Maße auf Hilfe angewiesen ist“.

Cobb und Mittler bezeichnen eine geistige Behinderung als eine unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit mit einer Anpassungsstörung (Müller & Prinz, 2010, S. 25). Ein weiteres wichtiges Merkmal ist, dass die geistige Behinderung vor dem 18. Lebensjahr auftritt (Maurer, 2007, S. 49).

Zierl (2007, S. 50) beschreibt den Begriff geistige Behinderung als eine *„angeborene oder frühkindliche erworbene intellektuelle Minderbegabung“*, auch *„Oligophrenie“* genannt. Der Begriff Oligophrenie wird mit *„Schwachsinn“* gleichgesetzt (Maurer, 2007, S. 49) und heute kaum mehr verwendet (Theunissen, 2005, S. 16).

Theunissen (2002, S. 8) hingegen spricht von *„Menschen mit Lernschwierigkeiten und mehrfacher Behinderung“*. Der Begriff *„Lernschwierigkeiten“* verkörpert *„kognitive und intellektuelle Probleme“* und sollte Begriffe wie *„Lern- oder geistige Behinderung“* in den Hintergrund rücken (Theunissen, 2002, S. 8).

„Mehrfache Behinderung“ sollte laut Theunissen (2002, S. 8) darauf hinweisen, dass Menschen mit einer *„geistigen Behinderung“* oft nicht nur *„kognitiv“*, sondern auch andere Entwicklungsstörungen wie zum Beispiel in der *„Motorik“*

aufweisen. Menschen, die an einer „mehrfach und schweren Behinderung“ leiden, können zusätzlich eine Reihe anderer Merkmale aufweisen. Gemeint sind z.B. eine „stark reduzierte Lernbasis“, sie können sich „kaum sprachlich verständigen“, körperliche Beeinträchtigung, „Autismus“, „massive Verhaltensauffälligkeiten“, „psychische Störungen“ und „chronische Krankheiten“ wie „Epilepsie“ u.s.w. liegen dann zusätzlich vor (Theunissen, 2002, S. 9).

„Geistige Behinderung bedeutet eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung. Behinderung ist nicht nur von der individuellen Gesundheit oder den Beeinträchtigungen eines Kindes abhängig, sondern hängt auch entscheidend davon ab, in welchem Maße die vorhandenen Rahmenbedingungen seine vollständige Beteiligung am gesellschaftlichen Leben begünstigen“ (Weltgesundheitsorganisation WHO, 2012).

Die Begriffe „intellektuelle Behinderung“, „Lernbehinderung“ und „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ gewinnen im deutschsprachigen Raum immer mehr an Bedeutung und sind mit dem Begriff „geistige Behinderung“ gleichzusetzen (Theunissen, 2008, S. 130). Ebenso tritt anstelle des Begriffs „Geistigbehinderte“ vermehrt die Bezeichnung „Menschen mit geistiger Behinderung“ (Speck, 2005, S. 48).

Der Begriff „geistige Behinderung“ ist auch deshalb schwer zu definieren, weil jede Person darunter etwas anders versteht, ihn unterschiedlich auffasst (Theunissen, 2005, S. 11) und er sehr komplex und schwer zu erklären ist (Speck, 2005, S. 48).

Ebenso drückt der Begriff

„geistige Behinderung ein Defizit, etwas Negatives, ein Manko, ein Handicap aus“

und für viele Personen nicht

„was den Menschen zum Menschen macht, was seine Entwicklungschancen, seine Bedürfnisse und Fähigkeiten, seine Lebensinteressen und seinen Wert und seine Würde als Mensch ausmacht“ (Speck, 2005, S. 48).

Der Begriff *„geistige Behinderung“* wird in vielerlei Hinsicht kritisiert und es gibt Bestrebungen wegen der sozialen Eingliederung, Inklusion und der zu vermeidenden Diskriminierung von betroffenen Menschen, den Begriff zu umschreiben oder nicht zu verwenden. Dies konnte bisher nicht zufriedenstellend gelöst werden, da es z.B. aus juristischer Sicht notwendig erscheint, diese Bezeichnung zu verwenden (u.a. für Sozialleistungen, Sachwalterschaft u.s.w.) und Alternativen, wie Menschen mit Behinderung, nichtssagend erscheinen (Speck, 2005, S. 49ff). Weiteres gibt es Schwierigkeiten bei der Definition durch Betroffene, da Menschen mit geistiger Behinderung sich selbst schwer definieren können, die Definitionen nicht verallgemeinert werden können und nur auf *„Basis der Achtung vor ihnen“* vorgenommen werden sollten (Speck, 2005, S. 43). Ein geistig behinderter Mensch ist ein Mensch *„wie du und ich“*. Bedeutend ist nicht die *„Schädigung oder Behinderung“*, sondern das *„Entwicklungs- und Lernpotential“* (Speck, 2005, S. 48).

4.4 Symptome

Der Begriff *„Syndrom“* bedeutet eine *„regelhafte Kombination verschiedener Einzelsymptome“*. Menschen mit geistiger Behinderung weisen *„syndromale Erkrankungen mit Intelligenzminderung“* auf (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 175).

Neuhauser beschreibt bestimmte körperliche Syndrome, die bei ungefähr 30 - 40 % der Kinder mit geistiger Behinderung vorhanden sind. Ungewöhnliche Schädelformen und Haaransatz, große Fontanellen sowie sehr eng stehende Augen, stark ausgeprägte innere Lidfalten, Irisflecken, hoher

Gaumenbogen, mehrere Zungenbändchen, Lippenfisteln, Zahnanomalien, ungewöhnliche Stellung oder Form der Ohren, veränderte Handfurchungen, Nagelverlängerungen und Verwachsungen zwischen den Fingern sind einige Beispiele körperlicher Symptome von Menschen mit geistiger Behinderung (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 175).

Weiteres können Erkrankungen an den Organen und neurologische Beeinträchtigungen bei geistig behinderten Menschen bestehen. Dadurch wird die Ausprägung der geistigen Behinderung noch komplexer (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 175).

Erkrankungen an verschiedenen Organen wie *„Herz-Kreislauf-System, Lungen und Verdauungstrakt“*, *„Hörstörungen“*, *„Sehstörungen“*, *„Epilepsie“* und neurologische Erkrankungen wie veränderter *„Reflexstatus“*, *„Muskeltonus“* und veränderte *„Motorik“* sowie *„Koordination“* können bei Menschen mit geistiger Behinderung zusätzlich auftreten (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 175).

„Aufmerksamkeitsschwäche“, *„hohe Ablenkbarkeit“*, *„mangelnde Umstellungsfähigkeit und Spontanität im Denken und Handeln“*, Probleme bei Lösungsstrategien, *„Schwierigkeiten beim abstraktem Denken“* und *„zielgerichtetem Handeln“* sind weitere Probleme im Zusammenhang mit einer geistigen Behinderung (Theunissen, 2005, S. 36f). Auch der *„sprachliche“* und *„non-verbale Ausdruck“* ist oft eingeschränkt bei Menschen mit geistiger Behinderung (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 175). Dadurch kann es zu einer erschwerten Interaktion kommen (Theunissen, 2005, S. 36).

Laut Steinhausen können zusätzlich

„psychiatrische Störungen“ wie *„Autismus, Psychosen (psychische Desintegration mit emotionalen Störungen u.a.), Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen, Stereotypien und Automutilation (Autoaggressionen), Enuresis und Enkopresis (Einnässen und Einkoten), Essstörungen und sonstige“*

auftreten (Speck, 2005, S. 55).

Ebenso betonen Mehler-Wex und Warnke (2008, S. 175f), dass Menschen mit geistiger Behinderung häufiger an *„psychischen Störungen“* und

„*psychiatrischen Erkrankungen*“ leiden als Menschen ohne geistige Behinderung.

Beeinträchtigung des lernens wird als „*intellektuelle Leistungsminderung, Entwicklungsverzögerung, Wahrnehmungsstörung, psychomotorische Auffälligkeit*“ bezeichnet (Theunissen, 2005, S. 35).

Die beschriebenen Aspekte treffen nicht auf jeden Menschen mit geistiger Behinderung zu. Die Störungen können in unterschiedlichen Ausprägungen und zeitlichen Intervallen auftreten (Theunissen, 2005, S. 37).

4.5 Ursachen

Die Entstehung einer geistigen Behinderung kann unterschiedliche Ursachen haben (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 177).

Die pathologischen Gründe sind zahlreich, bedeutend ist allerdings die „*Schädigung des Gehirns*“ (Speck, 2005, S. 53). Die Schädigungsbilder können nach der Ursache, z.B. genetisch, oder nach dem Zeitpunkt der Schädigung eingeteilt werden.

Die Kinder- und Jugendpsychiater Neuhäuser und Steinhausen kamen zu dem Schluss, dass geistige Behinderung ein „*komplexes Phänomen*“ und „*keine bloße medizinische Kategorie*“ bedeutet. Die „*interdisziplinäre Ergänzung*“, in Bezug auf die Psychologie, stellt einen wichtigen Aspekt dar (Speck, 2005, S. 54). Die geistige Behinderung stellt ein komplexes Geschehen dar, welches irreversibel ist. Nicht nur die Schädigung des Gehirns ist der Auslöser einer geistigen Behinderung, sondern auch endogene, exogene, somatische und soziale Gründe stehen in einem engen Zusammenhang und spielen eine wichtige Rolle (Speck, 2005, S. 56).

Zum einen kann eine geistige Behinderung angeboren sein, bei der Geburt entstehen oder im Laufe des Lebens erworben werden (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 177).

„*Biologische, physiologische, somatofunktionelle Faktoren*“ sind Ursachen, welche sich auf „*Organdefekte*“ und „*körperliche Fehlbildungen*“ beziehen (Theunissen, 2005, S. 35).

„*Pränatale Schädigungen*“ (Theunissen, 2005, S. 35) bzw. angeborene Fehlentwicklungen können durch „*erbliche Störungen*“ wie „*Fehlbildung des*

Nervensystems" oder durch Fehlbildung der Chromosomen wie „Trisomie 21, 18 und 13" entstehen (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 177). „Genmutationen" und „Fehlbildungs-Retardierungssyndrome" auf den Wachstum des Körpers und der Körperform bezogen, sind weitere pränatale Ursachen (Speck, 2005, S. 54f). Die pränatalen Ursachen sind die häufigsten Gründe für eine geistige Behinderung (Speck, 2005, S. 55).

Weiters kann sich der Embryo im Mutterleib fehlentwickeln. Diese Fehlentwicklungen sind durch perinatale Ursachen am Embryo gekennzeichnet. „Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Röteln, Lues, Toxoplasmose, Zytomegalie)" und „schädliche Substanzen (Alkohol, bestimmte Medikamente, Bleivergiftungen)" und „Mangelernährung (Rhesus-Unverträglichkeit, Mehrlingsschwangerschaft, Nabelschnur- oder Plazenta-Anomalien)" sind mögliche Gründe (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 177). Die äußerlichen Faktoren werden auch „exogene" Ursachen genannt (Speck, 2005, S. 55).

„Perinatale Ursachen" wie „Geburtstraumata, Enzephalopathie durch Sauerstoffmangel, Frühgeburt" (Theunissen, 2005, S. 35), „Erkrankungen des zentralen Nervensystems (z.B. Enzephalitis, Meningitis)" Sauerstoffmangel oder Minderdurchblutung des Gehirns (z.B. während der Geburt) und Hirnblutungen" können zu Schäden des Embryos oder des Neugeborenen führen (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 177).

„Infektionen des zentralen Nervensystems, Schädel-Hirn-Traumata, Hirntumore, Vergiftungen, Sauerstoffmangel, zerebrale Anfallsleiden" sind einige Beispiele, wodurch eine geistige Behinderung im Laufe des Lebens erworben werden kann (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 177).

Entzündungen wie „Meningitis" und „Enzephalitis" führen ebenfalls zu einer Schädigung des Nervensystems (Speck, 2005, S. 55). Eine Beeinträchtigung nach der Geburt nennt man „postnatale Ursache" (Theunissen, 2005, S. 35).

Die genannten Schädigungen schließen nicht automatisch auf eine geistige Behinderung. Ein Hydrozephalus kann z.B. ohne Komplikationen ausheilen und es entsteht keine geistige Behinderung (Theunissen, 2005, S. 36).

Die geeignete Therapie und Früherkennungsmaßnahmen unmittelbar nach der Diagnose einer geistigen Behinderung sind entscheidend wie z.B.

„Heilpädagogik, Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik, Verhaltenstherapie, Familienarbeit, Unterstützung durch Sozialdienste, ärztliche Betreuung“ (Mehler-Wex & Warnke, 2008, S. 179).

4.6 Geistige Behinderung versus psychische Störung

Die psychischen Krankheiten wurden früher als *„Geisteskrankheiten“* bezeichnet (Maurer, 2007, S. 49). Darunter versteht man eine erhebliche Abweichung im Erleben und Verhalten u.a. im Denken, Fühlen und Tun mit Leidensdruck. Bei einer psychischen Störung spricht man, im Unterschied zu einer geistigen Behinderung, von einer fortschreitenden Krankheit (Maurer, 2007, S. 48).

Psychische Störungen werden unterschiedlich klassifiziert, z.B. in Psychosen, Folgen einer organisch nachweisbaren Erkrankung und Veränderungen des Gehirns. Hirntumor, Schlaganfall, Demenz und Koma gelten u.a. als Auslöser psychischer Störungen (Müller & Prinz, 2010, S. 24). In der Klassifikation nach ICD10 finden sich u.a. Persönlichkeits-, Wahn-, Verhaltens- und Affektstörungen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI, 2013). Die u.a. in der älteren deutschen Psychiatrie verwendeten Begriffe *„endogene“* und *„exogene“* gelten als Sammelbezeichnung für Psychosen und psychiatrische Störungen und sind veraltet, da gegenwärtig psychiatrische Krankheiten beschreibend angeführt werden (Zierl, 2007, S. 50).

„Schizophrene Erkrankungen“, „manisch-depressive Gemütskrankheiten“ und *„verschiedene Arten von Demenz“* sind ebenfalls Beispiele für psychische Krankheiten (Maurer, 2007, S. 49).

Laut wissenschaftlichen Studien benötigen ungefähr 20 - 40 % aller geistig Behinderten gelegentlich und ca. 10 % dauernde psychiatrische Unterstützung (Berger, 2006, S. 5).

Im Gegensatz zur Rechtswissenschaft sieht die Medizin eine klare Trennung zwischen diesen beiden Begriffen. Für die Rechtswissenschaft ist der Unterschied zwischen den Begriffen geistige Behinderung und psychische

Störung nicht relevant, wenn für beide Personengruppen ein Sachwalter bestellt werden muss (Maurer, 2007, S. 48). Wenn eine geistige Behinderung oder eine psychische Störung vorliegt und die betroffene Person einzelne oder alle Angelegenheiten nicht mehr besorgen kann, dann muss ein Sachwalter bestellt werden. Alleine eine geistige Behinderung oder psychische Krankheit sind keine Gründe für eine Sachwalterschaft (Maurer, 2007, S. 50).

4.7 Therapieangebote

Für schwere „*Verhaltensauffälligkeiten*“ und bei „*psychischen Störungen*“ sind Psychiater oder Neurologen zuständig. Da sich viele geistig behinderte Menschen nicht adäquat äußern können, um z.B. Schmerzen mitzuteilen, werden häufig internistische Abklärungen, auch im Rahmen einer stationären Aufnahme notwendig (Theunissen, 2005, S. 91).

Der Psychiater verordnet hauptsächlich eine medikamentöse Therapie. Eine gut eingestellte Pharmakotherapie ist bei Menschen mit „*selbstverletzenden, aggressiven und zwanghafte-impulsiven Verhaltensweisen*“ wichtig. Neuroleptika werden in der Regel bei akuten Psychosen eingesetzt. Benzodiazepine werden bei akuten Krisen wie „*Anspannung, Erregung, Angst und Aggressionen*“ verabreicht. Die Nebenwirkungen von Benzodiazepinen sind Abhängigkeit und eine „*Abstumpfung der Persönlichkeit*“, deshalb sollten sie nicht als Dauermedikation angewendet werden. Atypische Neuroleptika werden bei selbstverletzenden Personen und geistig behinderten Menschen zur Sedierung bevorzugt, da sie weniger Nebenwirkungen aufweisen. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer werden bei „*depressiven Störungen*“, „*Aggressionen*“, „*impulsives Verhalten*“ und „*Zwangsstörungen*“ eingesetzt. Bei Serotonin-Wiederaufnahmehemmern ist mit weniger Nebenwirkungen als bei Neuroleptika zu rechnen. „*Übelkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Nervosität*“ sind typische Nebenwirkungen von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (Theunissen, 2005, S. 92). Eine Therapie mit Psychopharmaka muss unter ärztlicher Überwachung stattfinden. Eine alleinige Gabe von Psychopharmaka ohne angemessene Betreuung stellt nicht das Ziel einer effizienten Therapie dar (Theunissen, 2005, S. 93).

Die sonstigen therapeutischen Angebote und Interventionen bei geistig behinderten Menschen sind zahlreich und umfassend. Frühförderprogramme, Musiktherapie, Logopädie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Physiotherapie, Bewegungstherapie, gebärdenunterstützte Kommunikation, Aromatherapie, Voltigieren, Trainingsprogramme und Sonderpädagogische Förderungen sind einige Beispiele.

„Basale Stimulation“ findet in der Pflege mit schwerst mehrfach behinderten Menschen Anwendung (Aschoff, 2010, S. 101). *„Festes, klares Berühren, anregendes oder beruhigendes Waschen“* sind z.B. Bestandteile der basalen Stimulation (Aschoff, 2010, S. 101).

Therapeutische Angebote wie

„Wahrnehmungsförderung auf optischer, akustischer, gustatorischer, olfaktorischer und taktiler Ebene durch stimulierende Aktivitäten (arbeiten mit Spiegeln, Geräuschen, Tönen, Liedern, Eincremen, Parfümieren, Kaffee, Seife, Kräuter, Blumen, Tieren)“

dienen zur Verarbeitung von Problemen der Vergangenheit und sind optimale Angebote für Menschen mit einer schweren geistiger Behinderung, Demenz und anderen Abbauerscheinungen (Theunissen, 2002, S. 86f).

5 Behindertenarbeit in Wohneinrichtungen

5.1 Wohneinrichtungen

Seit den 70er Jahren entstehen im deutschsprachigen Raum vermehrt verschiedene Wohnformen für geistig behinderte Menschen (Holub, 2011, S. 8). Geistig behinderte Menschen sind meist lebenslang auf Hilfe, Betreuung und Pflege angewiesen (Speck, 2005, S. 88). Dies bedeutet eine „*soziale Abhängigkeit*“ (Speck, 2005, S. 90) von anderen Personen, Professionen oder Institutionen (Theunissen, 2008, S. 128).

Laut Ergebnissen der Sozialhilfe in Deutschland 2006 erfasst für 195711 Leistungsberechtigte leben ca. 30 % Menschen mit geistiger Behinderung, 65 % psychisch kranke Menschen und ca. 3 % körperlich behinderte Menschen in Einrichtungen des betreuten Wohnens. Die Ergebnisse zeigen eine Vermehrung dieser Wohnform, da diese Menschen älter werden und von der eigenen Familie, aufgrund des Alters und höherem Pflegeaufwand, oft nicht mehr betreut werden können. Diese Veränderungen müssen bei den Angeboten von tagesstrukturierenden Werkstätten und Wohnformen berücksichtigt werden (con_sens, 2007).

Unterschiedliche Träger in ganz Österreich bieten Wohnheime, Wohngemeinschaften und betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderung an (Hofer, 2010, S. 182). Menschen mit Beeinträchtigungen werden dort in ihrer Lebensführung unterstützt und ihre Selbstständigkeit gefördert. In diesen Wohnformen wird laut Eigenangaben viel Wert auf die individuelle Gestaltung des Alltags gelegt. Soziale Kontakte aufzubauen und den eigenen Tagesablauf zu strukturieren soll ebenfalls möglich sein (Hofer, 2010, S. 182). Es werden verschiedene Wohnformen angeboten. Mit „*Gruppengegliedertes Wohnen*“ sind kleine Wohnheime und Wohnhäuser mit höchstens drei Wohngruppen bis zu acht Personen gemeint. Weiteres gibt es Wohnungen mit ungefähr sechs Bewohnern, Einzel- und Paarwohnungen, die an Wohnheimen angebunden sind, und Wohnfamilien (Haveman & Stöppler, 2010, S. 146). Daneben existieren noch große Behinderteneinrichtungen, meist von kirchlichen Trägern wie „*Caritas*“ und „*Diakonie*“, geführt. Weitere bedeutende Organisationen sind „*Lebenshilfe*“ und „*Jugend am Werk*“ die betreutes Wohnen,

Trainingswohnungen und Wohngemeinschaften für geistig behinderte Menschen anbieten.

Viele geistig behinderte Menschen leben seit ihrer Kindheit in Einrichtungen, da deren Familien überfordert sind (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 18).

„Pflege und Grundversorgung, Alltags- und Freizeitgestaltung, Biographisches Arbeiten, Psychosoziale Lebenshilfe und Begleitung beim Sterben“

sind grundlegende wichtige Bereiche für geistig behinderte Menschen in Behinderteneinrichtungen und führen zu einer ganzheitlichen Begleitung (Theunissen, 2002, S. 106f).

„Die Förderung der Lernfähigkeit, die Unterstützung des Bildungsprozesses und auf die soziale Eingliederung“

sollen die Aufgaben einer Behinderteneinrichtung sein (Speck, 2005, S. 213).

Das Heimvertragsgesetz, welches am 1. Juli 2004 in Kraft trat, regelt die Verträge zwischen Seniorenheim, Pflegeheim und Behindertenheim und seinen Bewohnern. Das Entgelt, die Dauer des Vertrages, Ausstattung des Zimmers, Verpflegung, Grundbetreuung sind wichtige Regelungen in diesem Gesetz (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 211).

5.2 Behindertenbetreuer

Theunissen (2005, S. 36) definiert Pädagogen, Sozialarbeiter, Psychiater und Psychologen als Angehörige von *„Fachdiensten für seelische Gesundheit“*, die u.a. geistig behinderte Menschen psychosozial unterstützen sollen.

16122 Personen waren in Österreich im Jahr 2006 in Behinderteneinrichtungen, Tagesstätten und mobilen Dienstleistungen beschäftigt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009, S. 216).

Es sollte ausreichendes und fachlich qualifiziertes Personal für die Betreuung, Förderung und Pflege in jeder Einrichtung vorhanden sein, welches sich nach Angebot der Betreuung, Bewohneranzahl und Art der Beeinträchtigung richtet (NÖ Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung, § 7, Abs. 1). Hier gibt es immer wieder Probleme. Z.B. wenn der Personalschlüssel in privaten Einrichtungen aus Kostengründen völlig unzureichend ist, Betreuungspersonal therapeutische Pflege durchführen soll oder fehlende Qualifizierungen vorliegen (Holub, 2011, S. 9).

Diplom-Sozialbetreuer (mit Schwerpunkt Behindertenarbeit und Behindertenbegleitung), Fach-Sozialbetreuer, Diplom-Sozialarbeiter, Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, Angehörige des gehobenen medizinisch Technischen Dienstes, Sozialpädagogen, Sonderkindergärtner, Heilpädagogen, Psychologen und Ärzte gelten als fachlich qualifiziertes Personal (NÖ Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung, § 7, Abs. 3).

Das Betreuungspersonal verfügt über eine sehr uneinheitliche oder sogar keine adäquate Ausbildung (Holub, 2011, S. 8). Nach einer Studie von Bensch und Klicpera, (2002, S. 65) arbeiten 26 % Behindertenpädagogen und Fachbetreuer, 16 % Psychologie- und Pädagogik- Studenten, 9 % Sozialpädagogen und Sonderkindergärtner, 8 % Sozialarbeiter, 3 % Therapeuten und 3 % Krankenpfleger und Altenpfleger in den von ihnen untersuchten Behinderteneinrichtungen. 31 % der Behindertenbetreuer haben keine facheinschlägige Ausbildung.

50 % der Betreuer im Tagesbereich und 60 % der Betreuer im Wohnbereich müssen in Niederösterreich eine Fachausbildung in den vorigen genannten Berufsgruppen vorweisen, ansonsten wird diese Einrichtung nicht gefördert (NÖ Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung, § 7, Abs. 2).

Die vielfältigen Aufgabenbereiche machen es schwierig eine geeignete Berufsausbildung anzubieten (Bensch & Klicpera, 2002, S. 63).

5.3 Aufgaben der Behindertenbetreuer

Behindertenbetreuer in Behinderteneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung haben viele Aufgaben, die verschiedene Bereiche umfassen (Bensch & Klicpera, 2002, S. 63).

Die Rollen, in der sich die Behindertenbetreuer sehen, werden laut Bensch und Klicpera (2002, S. 67) als

„persönlicher Assistent, Anwalt, Freizeitanimotor, Freund, Lehrer, Elternersatz“

beschrieben.

Die Begleitung und Förderung bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung bezieht sich auf alle Lebensbereiche und soziale Situationen (Speck, 2005, S. 331). Zur Behindertenarbeit zählen Aufgaben wie die Begleitung und Organisation des Alltags, die Mitgestaltung der Lebenswelt, die Hilfestellung bei der Körperpflege, die Unterstützung bei der Haushaltsführung, Freizeitgestaltung Hygiene, Ernährung und Bekleidung (Theunissen, 2005, S. 111f). Soziale Bereiche wie Beruf, Alltag, Freizeit, Wohnen, Freundschaften und Beziehungen sind wichtige Aspekte in der Behindertenbetreuung (Speck, 2005, S. 331).

Die Schwierigkeit einer geeigneten Alltagsgestaltung besteht für Behindertenbetreuer darin, die individuelle und passende Aktivität für jeden einzelnen Klienten zu finden (Theunissen, 2005, S. 115). Die Gestaltung des Alltages sollte für Menschen mit geistiger Behinderung individuell sein und die Möglichkeit des Selberwählens beinhalten (Haveman & Stöppler, 2010, S. 166). Die Interessen, Bedürfnisse, Wünsche und die Berücksichtigung des Alters müssen im Hinblick auf die passende Aktivität abgestimmt werden (Theunissen, 2005, S. 115). Die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erhalten, die eigenen Interessen zu wahren, die Privatsphäre zu erhalten, Weiterbildung zu ermöglichen, Ruhepausen und Rückzugsmöglichkeiten zu bieten, sind wichtige Aspekte in der Alltagsgestaltung (Haveman & Stöppler, 2010, S. 166f).

Die zeitliche Komponente stellt im Bereich der Behindertenbetreuung einen wesentlichen Punkt dar. Ein strukturierter und regelmäßiger Tagesablauf gibt geistig behinderten Menschen Sicherheit. Auf der anderen Seite fordern aktuelle Situationen und Bedürfnisse Flexibilität in der Alltagsgestaltung. Auch Pausen und Ruhephasen sollten nicht zu kurz kommen (Theunissen, 2005, S. 116).

Es ist, wie bereits erwähnt wichtig, jeden einzelnen Menschen individuell zu sehen und in seiner persönlichen Entwicklung zu unterstützen, damit die Bedürfnisse und Interessen gestillt werden können (Bleeksma, 2009, S. 19). Viele professionell geführte Behinderteneinrichtungen bieten Menschen mit intellektueller und/oder mehrfacher Behinderung die Möglichkeit selbstständiger zu werden, dies geschieht unter einer hohen Assistenzsicherheit des Betreuungspersonals (Speck, 2005, S. 331). Behindertenbetreuer haben die Aufgabe die Fähigkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung zu unterstützen, sie anzuleiten, weiterzuentwickeln, zu ergänzen und ihnen Hilfestellungen anzubieten, wenn dies nötig ist (Bleeksma, 2009, S. 19f). Pflegerische Arbeiten, Anleiten und Fördern, Arbeiten im Haushalt, Begleitung von Bewohnern, Gesellschaft leisten, Beziehung aufbauen und diese pflegen, Dokumentation sowie schriftliche Planung, organisatorische Aufgaben und Gespräche mit Kollegen können die Aufgaben der Betreuer in einem Behindertenwohnheim sein (Bensch & Klicpera, 2002, S. 65).

5.3.1 Alltagsgestaltung

Behindertenbetreuer begleiten Menschen mit geistiger Behinderung im Alltag. Dies bedeutet Angebote zu machen, Wege aufzuzeigen, Neugier zu wecken, zu animieren und Neues auszuprobieren, immer mit der Möglichkeit, sich auch gegen solche Angebote zu entscheiden (Bensch & Klicpera, 2002, S. 64). Die Alltagsgestaltung sollte für Menschen mit geistiger Behinderung sinnerfüllend und individuell gestaltet sein (Theunissen, 2002, S. 106). Die gleiche und regelmäßige Abfolge des Tagesablaufes fördert ein vertrautes und sicheres Wohnen. Auf der anderen Seite bedarf es einer individuellen Gestaltung, z.B. durch eigene Bestimmung der Schlafenszeiten (Theunissen, 2002, S. 108).

5.3.2 Wohnen

Abhängig vom Behinderungsgrad können eigene hauswirtschaftliche Tätigkeiten von behinderten Menschen selbstständig oder mit Anleitung durchgeführt werden (Theunissen, 2005, S. 113).

Tiere und Pflanzen pflegen, Gesellschaftsspiele, Bewegungsspiele, Singspiele, Gesprächskreise, Gymnastik, Tanzen, Musik hören, Singen, Bücher und

Kataloge lesen oder anschauen, Entspannen, Geschichten erzählen, Telefonieren, Fernsehen, Video und DVD schauen, verschiedenes Sammeln wie z.B. Steine, Muscheln, Briefmarken, Postkarten, Knöpfe oder Comics können sinnvolle Aktivitäten im Wohnbereich sein (Haveman & Stöppler, 2010, S. 234). Weitere Beispiele für lebenspraktische Tätigkeiten sind Essen kochen, Kaffee zubereiten und dabei Küchengeräte und Küchenhilfsmittel bedienen, Tisch decken und abräumen, Geschirr spülen, putzen, einkaufen, Wäsche waschen, Umgang mit Geld, Führung eines Sparbuches, An- und Auskleiden, Zimmerpflege, Wechsel der Bettwäsche, Instandhaltung und Pflege persönlicher Gegenstände und Umgang mit fremdem Eigentum (Theunissen, 2005, S. 113). Die individuelle Gestaltung im eigenen Zimmer, z.B. durch Aussuchen der Wandfarbe oder des Bodens, stellt einen weiteren wichtigen Wohlfühlfaktor dar (Theunissen, 2002, S. 109). Ebenso sollte die Intimsphäre bei jedem einzelnen Bewohner gewahrt und von anderen akzeptiert werden (Theunissen, 2002, S. 108).

5.3.3 Pflegerische Tätigkeiten

Die Sozialbetreuungsbereiche sind nach den jeweiligen Landesgesetzen berechtigt, Basispflegeleistungen zu erbringen. Viele beinhalten auch die Verabreichung von Medikamenten nach ärztlicher Anordnung und Ermächtigung der Verabreichung durch die Eltern oder den zuständigen Sachwalter (Holub, 2011, S. 8).

Menschen mit geistiger Behinderung benötigen u.a. Hilfe oder Anleitung beim Waschen, Duschen, Baden, Haare waschen, Rasieren, Kämmen, Anwenden von Pflegehilfsmittel sowie bei der Nagel-, Haut- und Zahnpflege. Die Sexualhygiene sowie Ausscheidung ist ein weiterer Bereich, in dem geistige Behinderte Menschen oft Schwierigkeiten haben.

Hilfestellung und Assistenz bei der Nahrungsaufnahme und beim Trinken sind Aufgaben der Betreuung (Theunissen, 2005, S. 112).

Beratung bei besonderer Diät, Schonkost und Sondennahrung, Hilfestellung bei medizinischen Handlungen (z.B. Medikamenteneinnahme, Begleitung bei Arztbesuchen, ärztliche Verordnungen wie eine spezielle Wundversorgung) und Hilfe bei der Mobilisation und Unterstützung bei orthopädischer Hilfsmittel wie

Rollstuhl oder Gehilfe fallen ebenfalls in den Bereich der Behindertenpädagogik (Theunissen, 2005, S. 112).

Seit 2007 ist es möglich für Sozialbetreuungsberufe im Behindertenbereich eine Zusatzausbildung im Bereich der Pflege zu absolvieren, um die „Basisversorgung“ der grundpflegerischen Tätigkeiten zu erlernen. Diese Zusatzqualifikation beinhaltet 100 theoretische und 40 praktische Stunden. Es ist vorgesehen, dass Behindertenbetreuer dieses pflegerische Wissen nachholen (Holub, 2011, S. 8).

5.3.4 Arbeit, Beschäftigungstherapie, geschützte Werkstätten

Die Werkstatt ist für viele Menschen mit geistiger Behinderung ihr Arbeitsplatz. Die Werkstatt ermöglicht dem Menschen Neues zu erlernen, sich weiterzubilden, Kontakte zu knüpfen, Beziehungen im Sinne von Freundschaften einzugehen und Ansehen, Lob sowie Respekt zu bekommen. Kreatives Arbeiten wird in der Beschäftigungstherapie für geistig behinderte Menschen angeboten und kann auch im Wohnbereich Anwendung finden. Einige Beispiele sind Häkeln, Nähen, Stricken, Sticken, Stoffmalerei, Knüpfen, Schmuck herstellen, Malen, Zeichnen, Fotografieren, Töpfern, Weben und Holzarbeiten (Haveman & Stöppler, 2010, S. 234).

5.3.5 Freizeitgestaltung

Die Freizeitgestaltung dient der Erfüllung sozialer Bedürfnisse und um dem Alltag einen Sinn zu geben, die Hobbies sollten unterstützt werden (Theunissen, 2005, S. 113). Freizeit bedeutet für geistig behinderte Menschen sich erholen, entspannen und vergnügen zu können (Haveman & Stöppler, 2010, S. 166).

Folgende Beispiele können für sinnvolle Freizeitgestaltung genannt werden: spezielle Gesprächskreise, Theater-, Kino- oder Museumsbesuche, Ausflüge in Freizeit- und Tierparks, Galerien, Sternwarte, Besuche von Ballettvorstellungen, Kirchen, Stadtfeste, Karnevalsumzüge, Autorennen, Restaurants und Sportveranstaltungen (Haveman & Stöppler, 2010, S. 234),

Aktivitäten wie Zeichnen, Basteln, Handarbeiten, Werken, Tanz, Theaterspiel, Lese oder Vorlesungsstunden (Theunissen, 2005, S. 86).

Das Halten von Haustieren, Züchten und Pflegen von Pflanzen, Urlaubsgestaltung, Musikgruppe, Gestaltung des eigenen Zimmers mit Bildern, Pflanzen, Möbeln, Wandfarbe und Dekoration sind weitere Beispiele der Alltagsgestaltung (Theunissen, 2005, S. 113).

Die Aufgabe des Behindertenbetreuers liegt darin, den geistig behinderten Menschen den „*Nutzen der Freizeit*“ zu vermitteln, dabei zu unterstützen und zu begleiten (Speck, 2005, S. 339).

Körperliche Aktivität ist ein weiterer wichtiger Bereich in der Behindertenarbeit. „*Sport, Schwimmen Joggen, Sportspiele, Garten- oder Landarbeit*“ sollten besonders aggressive geistig behinderte Menschen fördern (Theunissen, 2005, S. 114). Badminton, Fußball, Basketball, Kegeln, Gymnastik, Angeln, Golf, Reiten, Joggen, Minigolf, Tischtennis, Skifahren, Schwimmen, Tennis, Spazieren gehen sind einige Beispiele für sportliche Aktivitäten (Haveman & Stöppler, 2010, S. 234).

Auch die gesellschaftliche Integration sollte von Behindertenbetreuern unterstützt und gefordert werden. Das Erkunden des Lebensumfeldes, örtliche Orientierung, das Beachten der Verkehrsregeln, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Nutzung öffentlicher Ressourcen sowie Dienstleistungsangebote z.B. Kaufhäuser, Café, Friseur, Kino, Schwimmbad und die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen sind einige Angebote, die eine Eingliederung in das öffentliche Netzwerk fördern (Theunissen, 2005, S. 115). Um die soziale Integration von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern, zählt Theunissen (2002, S. 69) die Teilnahme an „*Selbsterfahrungsgruppen*“, „*sozialen Lerngruppen*“, „*Gemeinschaftsaktivitäten*“, „*Theatergruppen*“ und „*Altenclub in der Gemeinde*“.

5.3.6 Biografiearbeit

Biografiearbeit bietet Menschen mit geistiger Behinderung eine Möglichkeit den eigenen Sinn des Lebens zu finden (Theunissen, 2002, S. 70) und ermöglicht es den Menschen besser zu verstehen in Bezug auf seine Bedürfnisse und sein

Verhalten (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 267). Die Betreuer können den Menschen helfen sich besser zu erinnern (Bleeksma, 2009, S. 95).

Die Biografiearbeit ermöglicht einen Rückblick auf das eigene Leben (Theunissen, 2002, S. 113).

„In diesem Sinne geht es bei einer Biografiearbeit um eine persönliche und zugleich soziale vermittelte Lebensbeschreibung, bei der eine Rückschau auf das bisherige Leben statthat. In dieser Rückschau kommt es zur Reflexion, Deutung oder Bewertung des individuellen Lebenslaufs, getroffener Entscheidungen, spezifischer Ergebnisse und Handlungen“ (Theunissen, 2002, S. 113).

Für die Begleitung von Menschen mit Behinderung aber auch mit Demenz ist es wichtig deren Gewohnheiten und Wünsche zu kennen, um eine gute Betreuung zu ermöglichen (Theunissen, 2002, S. 116). Wenn die Betreuer den Bewohner kennen, können sie ihn besser verstehen (Caritas der Erzdiözese Wien, 2010, S. 5). Biografiearbeit ermöglicht das eigene Leben zu reflektieren, den Sinn zu erkennen, erlebte Ereignisse und Schicksale noch einmal zu überdenken (Speck, 2005, S. 345).

In der ersten Phase der Biografiearbeit erfolgt ein chronologisches Zusammenschreiben des Lebens. Wichtige Verknüpfungen und Zusammenhänge bilden sich heraus. Es folgt ein Suchen der Schwächen, Stärken, Wünsche und Bedürfnisse der Person. Danach werden kritische und schwere Lebensereignisse aufgearbeitet und reflektiert. Auffällige Verhaltensweisen versucht man in Form einer Therapie und Beratung zu analysiert und aufzuarbeiten. Zum Schluss werden Einschränkungen und schlechte Erfahrungen, die eine Schädigung der Person hervorgerufen haben, bearbeitet (Theunissen, 2002, S. 118ff).

5.3.7 Beratende Funktion

Die Behindertenbetreuer sind weiters für die „allgemeine Lebensberatung“ zuständig und begleiten den geistig behinderten Menschen in allen Lebensbereichen. Beispiele sind Erarbeitung von Wünschen, Interessen und Vorstellungen zur Lebensgestaltung, das Entdecken neuer Interessen,

biographisches Arbeiten, Unterstützung zum Umgang mit einem persönlichen Budget, Beratung bei sozialen, rechtlichen und finanziellen Fragen, Hilfe bei der Durchführung von Bewohnerversammlungen und die Mitsprache zu fördern (Theunissen, 2005, S. 114).

Bei der „*psychosozialen Lebenshilfe*“ geht es um assistierende Arbeit und Hilfe im Bereich bei Krisen, Problemen im Verhalten und bei der Sozialisation. Aufgaben der Behindertenbetreuer sind individuelle Beratung, Gesprächsrunden zur Bearbeitung spezifischer Themen wie: Streit oder Mobbing, Alkohol, Sinn und Zweck der Gruppe, Verstoß gegen Gruppenregeln, Durchsetzung eigener Interessen, Kontaktschwierigkeiten, Angst, Verarbeitung persönlicher Probleme, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Krisen- und Konfliktbewältigung in Alltagssituationen oder speziellen Lebenslagen, Probleme in der Partnerschaft oder mit der Sexualität, Sterben und Tod (Theunissen, 2005, S. 114).

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Behindertenarbeit sind Beziehungen zwischen geistig behinderten Menschen untereinander und zu ihren Betreuern. Die Aufgaben der Behindertenbetreuer sind Konflikte innerhalb der Gruppe zu schlichten, die Interessen der Einzelnen zu vertreten und das Zusammenleben in der Wohngruppe positiv zu beeinflussen. Dies kann z.B. durch ausgewählte Gruppenzusammensetzungen, durch Gruppengespräche über Sympathien und Antipathien, Wahrnehmung von Freundschaften und regelmäßige Bewohnerbesprechungen gefördert werden (Theunissen, 2005, S. 116).

Die „*Persönlichkeitsbildung*“ stellt ebenso einen wichtigen Aspekt in der Behindertenarbeit dar. Hierzu zählen Fertigkeiten zur Selbstversorgung zu erlernen, um den Alltag im Bereich des Wohnens, der Arbeit und Freizeit, möglichst selbstständig zu bewältigen. Lösung der eigenen Probleme, der Umgang damit, eigene Entscheidungen und „*Selbstverwirklichung*“ zählen zur Entwicklung der Persönlichkeit, wobei die Betreuer unterstützend handeln können (Speck, 2005, S. 331).

5.3.8 Planung und Dokumentation

Um die genannten Punkte der Alltagsarbeit im Behindertenwohnbereich umzusetzen, sollte eine „*Förderplanung*“ für jeden Bewohner erstellt werden. Um die „*Förderziele*“ umzusetzen, sollte jeder Mitarbeiter den erstellten Plan

kennen. Hier wären regelmäßige Teambesprechungen von Vorteil. Jeder Bewohner benötigt einen „*Bezugsbetreuer*“, eine „*Verlaufsdokumentation*“, „*Zwischenevaluierungen*“ und einen „*Jahresbericht*“ (Theunissen, 2005, S. 137).

5.4 Der Altersprozess

Zur Thematik liegen einige Publikationen mit dem Schwerpunkt Pflege im Behindertenbereich vor. Das Buch „*Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter*“ herausgegeben von Christina Ding-Greiner und Andreas Kruse erläutert in vielen Fallbeispielen die Schwierigkeiten im Berufsalltag von Behindertenbetreuern und Pflegepersonen im Behindertenbereich (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 9).

Das Älterwerden von Menschen mit geistiger Behinderung fordert viele Kompetenzen der Mitarbeiter in Behinderteneinrichtungen. Wissen und Erfahrungen in Bezug auf Pflege als auch der Pädagogik sind sehr wichtig um eine angemessene Versorgung bieten zu können. Die Realität sieht oft anders aus. In Behinderteneinrichtungen arbeiten vielfach Mitarbeiter mit pädagogischem Wissen, sie sind nicht auf die Pflege älter werdender Menschen geschult und haben wenig Erfahrung in der Pflege. In Pflegeeinrichtungen arbeiten hingegen Pflegefachkräfte, die wenig pädagogisches Wissen besitzen (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 9).

Der Prozess des Alterns wird immer wichtiger im Bereich der Behindertenpädagogik, aufgrund des immer Älterwerdens der Menschen. Die Berücksichtigung dieses Faktums ist wichtig in der Behindertenarbeit und damit sollte so früh als möglich begonnen werden (Theunissen, 2002, S. 65). Informationen über das Älterwerden, Veränderungen und der damit verbundene Prozess, das Planen der Zukunft über die eigene Wohnsituation, der bevorstehende Abschied von der Werkstatt, die Freizeitgestaltung, Information über körperliche Veränderungen sowie die Anpassung der Ernährung und Bewegung müssen in der Aufklärung enthalten sein (Theunissen, 2002, S. 66). Im Alter verlernen u.a. behinderte Menschen oft bereits erlernte Tätigkeiten durchzuführen oder können diese nicht mehr selbstständig meistern. Die Aufgabe der Betreuer besteht in der Unterstützung.

Die Entscheidung darüber sollte jedoch vom Betroffenen selbst getroffen werden (Bleeksma, 2009, S. 36). Ältere Menschen benötigen unterschiedliche Hilfestellungen bis hin zur ganzen Übernahme der Körperpflege. In der Pflege bedeutet dies, sie dabei zu unterstützen und die vorhandenen Ressourcen zu fördern (Theunissen, 2002, S. 106). Behindertenbetreuer sollten individuell auf die Bedürfnisse der Menschen eingehen und versuchen die Selbstständigkeit so lange als möglich zu behalten (Bleeksma, 2009, S. 36). Aktivierende Pflege nach Erwin Böhm könnte das Ziel der Grundversorgung sein (Theunissen, 2002, S. 106).

Durch den Prozess des Alterns treten vermehrt gesundheitliche Probleme auf und körperliche sowie geistige Fähigkeiten nehmen ab. Dadurch wird die medizinische und pflegerische Versorgung immer wichtiger (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 19). Der Prozess des Alterns verläuft aufgrund der „*intellektuellen Schädigung*“ bei geistig behinderten Menschen anders ab als bei gesunden Menschen. Eine Demenz z.B. tritt früher auf als bei gesunden Menschen. Der Alterungsprozess tritt früher und schneller ein (Speck, 2005, S. 343). Wie auch bei nicht behinderten Menschen ist die Anzahl der Erkrankungen im Alter vielfältig und vielschichtig (Haveman & Stöppler, 2010, S. 92).

„Diabetes Mellitus, Herzinsuffizienz, Osteoporose (insbesondere bei Anfallsleiden), Sehschwäche (durch grauen oder grünen Star), Schwerhörigkeit, Arthrose/Arthritis, chronische Bronchitis, Schlaganfall, Übergewicht, Hypertonie, Angina pectoris, Demenzen mit Spätepilepsie, Nebenwirkungen von Psychopharmaka, Schwindel und Schwächeanfälle, Sturz und Gangstörungen, Thrombose, Austrocknung, Inkontinenz, Harnwegsinfektion, Obstipation, Anämie, verringertes Geschmacksempfinden, degenerative Wirbelsäulenerkrankungen, Schlafstörungen“

sind die meist verbreitetsten Krankheiten von Menschen mit Behinderung im Alter (Theunissen, 2002, S. 28).

Für mögliche Probleme in Bezug auf das Älterwerden, seien es Schmerzen, Einschränkungen oder Verlustängste, sollten Lösungen gefunden werden,

indem defizitausgleichende Förderungen angeboten werden und an den Stärken der Betroffenen angeknüpft wird. Rehabilitative Maßnahmen, wie ein Wiedererlernen verlorener Fähigkeiten sollte fester Bestandteil in der Behindertenbetreuung sein (Theunissen, 2002, S. 67f). Die älter werdenden geistig behinderten Menschen fordern ein Umdenken und eine Neugestaltung ihres Alltages. Diesbezüglich existieren bereits neue Beschäftigungsansätze für diese Altersgruppe. Spezielle Maßnahmen für Senioren mit geistiger Behinderung wurden in Werkstätten und in Behindertenwohnhäusern erarbeitet (Theunissen, 2002, S. 95). Einrichtungen wie *„Lebenshilfe, Caritas und Diakonie“*, in denen Menschen mit geistiger Behinderung wohnen oder eine Werkstätte besuchen, bieten ein individuelles Angebot an (Theunissen, 2002, S. 96).

Es gibt stellenweise bereits eigene Gruppen für ältere geistig behinderte Menschen in Werkstätten. In diesen Gruppen wird auf die individuellen Bedürfnisse älterer Menschen eingegangen und die vorhandenen Ressourcen genutzt (Haveman & Stöppler, 2010, S. 130).

Theunissen (2002, S. 101) berichtet über eine Behinderteneinrichtung im Schloss Hoym in Sachsen-Anhalt. Diese Behinderteneinrichtung bietet einen *„Seniorenclub“* für Menschen mit geistiger Behinderung an. Der Tagesablauf ist flexibel und sollte für jeden Besucher individuell gestaltet werden. Gymnastikübungen und gemeinsames Einkaufen sind z.B. Angebote des Seniorenclubs. Beim Einkaufen kann Neues erlernt werden und dies führt möglicherweise zu einer Sinnschulung. Gemeinsame Spiele, Bastelstunden, Feiern, Spaziergänge und Kinoveranstaltungen sind weitere Angebote in diesem Club. Der Seniorenclub für Menschen mit Behinderung legt Wert auf vier Bedürfnisse:

„größtmögliche Selbstständigkeit, sinnvolle Tätigkeit, mitmenschliche Beziehungen und erfüllende Ergebnisse“ (Theunissen, 2002, S. 103f).

Flexible Arbeitszeiten, längere Pausen, freie Nachmittage oder ganze freie Tage ermöglichen einen besseren Übergang von der Arbeitswelt in den Ruhestand (Haveman & Stöppler, 2010, S. 129). Die eigenen individuellen Ressourcen sollten gefördert werden, um ein Verlernen von Fähigkeiten und Fertigkeiten möglichst lange hinauszuzögern. Ebenso wichtig ist das

Mitspracherecht bei geplanten Interventionen und der Alltagsplanung (Theunissen, 2002, S. 66).

Eine Auseinandersetzung mit Neuem sollte auch bei Menschen mit Behinderung ein Thema sein. Zum Beispiel können das Anwenden von Küchengeräten, Einkaufen im Supermarkt und das Fahren mit öffentlichen Verkehrsmittel auch von dieser Personengruppe erlernt werden. Was erlernbar wäre, ist sehr individuell und hängt von vielen Faktoren, wie Art und Schwere der Behinderung, ab (Theunissen, 2002, S. 72).

5.5 Rolle der Pflegepersonen

„Gute und fachkompetente Pflege hat auch in Behinderteneinrichtungen einen hohen Stellenwert. Sie kann dazu beitragen, Behinderung, Krankheit und Alter zu bewältigen, den Tag zu strukturieren, Kommunikation zu fördern und neue bzw. unterschiedliche Reize zu setzen. Mit Pflege sollte auch im Alter noch Förderung verbunden sein. An dieser Stelle trifft sich die Pflege mit der Pädagogik und führt zur pädagogischen Qualifizierung einer alltäglichen Handlung im Gruppendienst einer Wohneinrichtung für behinderte Senioren“ (Aschoff, 2010, S. 107).

Menschen mit geistiger Behinderung werden, wie schon erwähnt, immer älter. Sie benötigen vermehrt Hilfe bis zur völligen Übernahme der Körperpflege (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 51). Das Personal in Behinderteneinrichtungen sollte und müsste aus diesem Grund auch stellenweise pflegerische Handlungen durchführen (Holub, 2011, S. 8). Dies bedeutet eine vermehrte Belastung der Mitarbeiter. Die Übernahme der Pflege von pädagogischen Mitarbeitern wird als anspruchsvoll gesehen und als Unsicherheit erlebt, da sie wenig Erfahrung und Wissen in diesem Bereich besitzen (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 51). Die *„fachgerechte Lagerung von Bettlägrigen zur Vermeidung von Dekubitalgeschwüren, zur Wundversorgung oder der Pflege von Nasensonden“* wird als Herausforderung der pädagogischen Mitarbeiter erlebt, da sie nicht dazu befugt sind, solche Tätigkeiten durchzuführen (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 51).

Die Hilfsbedürftigkeit wird mit dem Alter immer größer, was wiederum zur Unterstützung bei der Pflege führt. Aus diesem Grund muss ein Umdenken in den Behindertenwohneinrichtungen erfolgen, bei dem der Schwerpunkt Pflege viel mehr an Bedeutung gewinnen sollte (Aschoff, 2010, S. 99). In der Vergangenheit war überwiegend pädagogisch ausgebildetes Personal in Wohngruppen für Menschen mit Behinderung tätig. Dies hat sich auf Grund einer höheren Betreuungs- und Pflegeaufwand geändert. Es werden nun vermehrt multiprofessionelle Teams bestehend aus Pflegefachkräften, Psychologen und Pädagogen in Wohngruppen eingesetzt. Die unterschiedlichen Fachkräfte unterstützen und beraten sich gegenseitig (Aschoff, 2010, S. 100). Die Mitarbeiter beraten sich z.B. über pflegerische Aspekte bei älteren Menschen untereinander und geben das eigene Wissen für eine anspruchsvolle Versorgung weiter (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 51). Dennoch kann eine angemessene Pflege nicht von Pädagogen in professioneller Weise durchgeführt werden, da sie über körperliche Veränderungen und Erkrankungen nur unzureichend in ihrer Ausbildung lernen. Auf der anderen Seite lernen Pflegefachkräfte nur unzureichend heilpädagogische Grundlagen über geistige Behinderungen sowie psychische Erkrankungen, um eine effiziente Betreuung zu vollbringen. Multiprofessionelle Teams ermöglichen eine ganzheitliche, umfassende und sichere Pflege und Betreuung von geistig und mehrfach behinderten Menschen (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 265). Pflegerisches Grundwissen wird oft durch Pflegepersonen den Teams der Behindertenbetreuung vermittelt. Dadurch kann das Wissen dieser Fachkräfte an das gesamte Team weitergegeben werden (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 282). Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger sind hauptsächlich als *„Experten für den Pflegebereich“* in Behinderteneinrichtungen zuständig. Sie sind für den Diagnostischen Prozess, Gesundheitsförderung und Hygienemaßnahmen zuständig, beraten und geben Auskünfte bei pflegerelevanten Themen (wie körperschonendes Arbeiten), verwalten Medikamente, sind bei Teambesprechungen anwesend, organisieren Visiten von Ärzten und führen Gespräche mit Angehörigen und Sachwaltern (Holub, 2011, S. 8f).

„Pflegewissenschaftliche Tätigkeiten und Wissensvermehrung stärkt die notwendige Emanzipation von der Medizin und fördert die Ausbildung einer eigenständigen Identität. Bereits vorhandenes Wissen aller mit gerontopsychiatrischen Fragen beschäftigten Wissenschaften kann dann im Pflegealltag Niederschlag finden, Kommunikationsbarrieren können niedergerissen und Kommunikationsverweigerung überwunden werden“ (Lissmann, 2010, S. 89).

Fort- und Weiterbildungen ermöglichen es ebenfalls pflegerische Basiskenntnisse zu erlernen. Des weiteren wird durch Doppelqualifikationen der Mitarbeiter das Wissen der beiden Berufsgruppen verstärkt (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 282). Allerdings dürfen therapeutische Pflegeinterventionen und „*Behandlungspflege*“ nur Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger nach ärztlicher Anordnung ausüben (Holub, 2011, S. 9).

In den vorhandenen Ausbildungen in der Pädagogik und Pflege finden sich kaum Verknüpfungen beider Berufsrichtungen (Ding-Greiner & Kruse, 2010, S. 265), in Deutschland existiert hingegen der Beruf des Heilerziehungspflegers.

5.6 Behinderteneinrichtung versus Pflegeheim

Der Unterschied zwischen einer Behinderteneinrichtung und einem Pflegeheim liegt darin, dass in der Regel alte, hochbetagte Personen mit einem hohem Pflegeaufwand das Klientel eines Pflegeheimes sind, in dem die Versorgung und die Pflege durch Pflegefachkräfte (z.B. Altenpfleger) im Mittelpunkt steht. In Behinderteneinrichtungen leben behinderte Personen mit einem unterschiedlich hohen Betreuungs- und Pflegeaufwand, wobei eine Beschäftigung (z.B. in Werkstätten), Förderung und Betreuung meist durch Behindertenfachkräfte erfolgt. Eine Aufnahme kann bereits im Kindesalter erfolgen (Aschoff, 2010, S. 99).

Wenn ältere Menschen mit geistiger Behinderung in einem „*traditionellen*“ Behindertenwohnheim verbleiben, stellt das oft große Anforderungen an das Wohnheim. Diese Anforderungen beziehen sich auf die Mitarbeiter und die bauliche Struktur. Es müssen die baulichen Gegebenheiten danach ausgerichtet sein, pflegebedürftige Menschen ordnungsgemäß betreuen zu können. Die Wohneinheiten sollten rollstuhlgerecht angelegt sein, geeignete

Bäder und Toiletten sind ebenfalls notwendig (Haveman & Stöppler, 2010, S. 230).

5.7 Exemplarisches Beispiel einer Behinderteneinrichtung

Als Einrichtung für Menschen mit intellektueller und mehrfacher Behinderung wird die Caritas Behinderteneinrichtung Lanzendorf, welche zur Caritas der Erzdiözese Wien gehört, im Folgenden näher beschrieben.

Die Behinderteneinrichtung der Caritas bietet intellektuell und mehrfach behinderten Menschen

„unterschiedliche Wohnmöglichkeiten, unterschiedliche Arbeitsplätze, viele Freizeitaktivitäten, verschiedene Bildungsangebote“ (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 30).

Die Caritas-Behinderteneinrichtung Lanzendorf liegt direkt in der niederösterreichischen Gemeinde Lanzendorf (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 8). Im Jahr 282 wurde die Ortschaft Lanzendorf gegründet und die ehemalige Burg gebaut. Die Burg stand am Areal der heutigen Behinderteneinrichtung Caritas Lanzendorf. Die Burg wurde durch die Römer und die Türkenbelagerung mehrmals zerstört und wieder aufgebaut. Sie hatte verschiedene Funktionen, wie z.B. als Bräuhaus, Metallwarenfabrik, Hausindustrie und Textilfabrik bis schließlich 1900 erstmals eine Einrichtung für *„verkrüppelte Kinder“* der Kaiserin-Elisabeth-Stiftung aus dem Areal geschaffen wurde (Schuster, 1996, S. 3f). 1935 wurde die Stiftung dem *„Liebeswerk für arme verlassene Kinder“* geschenkt (Schuster, 1996, S. 4).

Im Jahr 1947 übernahm die Caritas das Areal und ein Kinderheim wurde errichtet. Im Jahr 1954 folgte ein Heim für schizophrene Menschen (Schuster, 1996, S. 10). Die Einrichtung wurde umgebaut und moderner gestaltet. Bis zum Jahre 1985 wohnten in der Einrichtung intellektuell und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 5).

In den 80er und 90er Jahren wurde die Einrichtung immer weiter umgebaut und neue Konzepte entstanden. 2003 entstand das erste Seniorenhaus für ältere Menschen mit intellektueller Behinderung, um diesen eine individuelle

Betreuung zu bieten. Seit 2010 befindet sich die Caritas Einrichtung in einem weiteren Umbau (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 5f).

5.7.1 Struktur der Einrichtung

Die Caritas Behinderteneinrichtung Lanzendorf liegt in einer großen Grünanlage und besteht aus drei Wohnhäusern, verschiedenen Tageswerkstätten und dem Verwaltungsgebäude (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 8).

In den Wohnhäusern befinden sich die Ordination, ein Turnsaal, ein Caféhaus und einige Therapieräume. Ein großer Speisesaal befindet sich direkt neben der Betriebsküche. Im Park befinden sich ein Atrium für Veranstaltungen, ein langer rollstuhlgerechter Gehweg und Therapieschaukeln (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 8).

5.7.2 Werkstätten

Die Tageswerkstätte, welche an Werktagen bis 16 Uhr geöffnet hat, besteht aus mehreren Gruppen und bietet Menschen mit intellektueller und mehrfacher Behinderung und psychisch beeinträchtigten Menschen 125 Arbeits- und Betreuungsplätze. In den Werkstätten findet eine individuelle Förderung statt, welche als Beschäftigungstherapie verstanden werden kann und einige Klienten auf den Arbeitsmarkt vorbereitet (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 11f).

Die Tageswerkstätten bestehen aus der Holz- und Deko-Gruppe, der Gartengruppe, der Industriegruppe, dem Betriebsteam der Wäscherei, der Großküche und der Haustechnik (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 9). Die Aktiv-Seniorengruppe ist gezielt für ältere Menschen bestimmt (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 11).

Die Klienten können sich die Tageswerkstätte überwiegend selbstständig aussuchen. Ebenso werden die Tagesgestaltung und die Pausenzeiten selbst bestimmt. „*Ostermarkt, Weihnachtsbazar, Sommerfest, Verkaufsshop, Besuch von Sportfesten*“ sind bewusst durchgeführte Aktivitäten im Rahmen der Werkstätten, um mit der Außenwelt in Kontakt zu treten (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 18).

5.7.3 Wohnhäuser

In einem der drei Wohnhäuser werden die Bewohner rund um die Uhr betreut, da viele der Klienten keine Werkstätte mehr besuchen (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 16). Dieses Wohnhaus wird „Haus Elisabeth“ genannt, ist barrierefrei gebaut und bietet für 34 ältere Menschen mit intellektueller und mehrfacher Behinderung Platz. Durch die spezielle pflegerische Raumausstattung, z.B. Pflegebadewannen, Duschliegen und Hebelifter, können pflegebedürftige Bewohner ganzheitlich betreut werden (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 8ff).

Einzelzimmer gibt es im „Haus Franziska“, in der Wohngemeinschaft „Franziska“ und im „Pavillon“ (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 8). In diesen Häusern besuchen alle Bewohner tagsüber eine Werkstätte, in die sie mit einem Fahrtendienst gebracht werden. Die Betreuung durch Fachpersonal erfolgt, wenn die Bewohner im Haus sind. Im Krankheitsfall ist ebenfalls ein Betreuer anwesend. In der Nacht hat das Betreuungspersonal Schlafbereitschaft (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 18). Das Wohnhaus „Franziska“ bietet 17 Menschen mit intellektueller und mehrfacher Behinderung einen Betreuungsplatz. Der Schwerpunkt liegt in der pädagogischen Betreuung, Unterstützung im Alltag und in der Pflege (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 9f). In der Wohngemeinschaft „Franziska“ und im „Pavillon“ werden schwerpunktmäßig Menschen mit intellektueller Behinderung betreut. 16 Bewohner finden Unterstützung durch Betreuer im Bereich Alltagsgestaltung, Haushalt und Freizeit (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 10). In der Wohngemeinschaft „Franziska“ benötigen die Bewohner mehr Unterstützung, als in der Wohngemeinschaft und im „Pavillon“ (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 10).

Die Betreuer gestalten gemeinsam mit den Bewohnern im Rahmen eines Wochenplans die gesamte darauffolgende Woche. Die Betreuer unterstützen die Bewohner unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen, um an ein möglichst normales Leben anzuknüpfen. Viel Wert wird „auf das physische, soziale, materielle, aktivitätsbezogene sowie emotionale Wohlbefinden“ gelegt, welches im Rahmen eines Jahresberichtes reflektiert wird (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 19).

Ist es nicht mehr möglich einen Bewohner aufgrund einer medizinischen Notwendigkeit und kontinuierlichen therapeutischen Pflege in der Einrichtung zu betreuen, wird ein entsprechender Platz in einem Pflegeheim gesucht, da die Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern nur tagsüber in der Ordination anwesend sind (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 12).

5.7.4 Betreuung und Pflege

Die Betreuungsteams setzen sich aus unterschiedlich fachlich ausgebildetem Personal zusammen. Das Betreuungsteam besteht aus Pädagogen, Sozialbetreuern, Psychologen, Pflegehelfern, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Heimhilfen und Reinigungskräften. Zivildienstler, Praktikanten, ehrenamtliche Mitarbeiter und Besuchsdienste unterstützen die Betreuer (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 11f).

In der Einrichtung sind pflegerische Handlungen sehr wichtig (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 24).

„Betreuung und Pflege sind eng miteinander verschränkt, bedingen einander gegenseitig und sind in der Praxis einer Einrichtung für KlientInnen kaum voneinander zu trennen“ (Caritas der Erzdiözese Wien, 2012, S. 24).

Drei Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern (DGKS) arbeiten Montag bis Freitag tagsüber in der Ordination, die sich in einem der drei Wohnhäuser befindet (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 8). Die Zusammenarbeit zwischen der Wohnhausleitung, den Behindertenbetreuern, den DGKS und dem Hausarzt ist sehr intensiv, um eine sichere und ganzheitliche medizinische Betreuung zu gewährleisten (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 12).

Die DGKS haben viele Aufgabengebiete. Die Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern schulen die Mitarbeiter bezüglich pflegerischer Tätigkeiten, wie z.B. „*Stesolidverabreichung, Inkontinenz, Hebetechnik, Mobilisierung usw.*“ ein (Busch, Dolejsi, Geringer & Mirzaei, 2012, S. 2). Die DGKS sind für Wundversorgung im Falle einer Verletzung zuständig. Des Weiteren wird die Wunde regelmäßig von den DGKS im Zuge des Verbandwechsels kontrolliert

und versorgt (Busch et al., 2012, S. 9). Medizinische relevante Informationen wie Vitalzeichen, psychische Veränderungen, Wunden und deren Heilung, werden von den DGKS dokumentiert (Busch et al., 2012, S. 10). Subkutane Spritzen werden nach Arztanordnung von den DGKS verabreicht und zusätzlich Blutzuckermessungen durchgeführt. Nur von den DGKS eingeschulte Betreuer dürfen diese Messung bei den Bewohnern durchführen (Busch et al., 2012, S. 3, 6).

Eine Konsultation des Hausarztes findet einmal in der Woche in der Ordination oder direkt bei den Bewohnern statt. Die Visite wird von den Diplomierten Gesundheits- oder Krankenschwestern vorbereitet und danach ausgearbeitet. Die DGKS begleiten den Hausarzt während der gesamten Visite (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 12). Alle relevanten Informationen werden von den Behindertenbetreuern in der Arztmappe schriftlich festgehalten und von der DGKS an den Hausarzt weitergeleitet (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 12).

Die Mitarbeiter fordern die Medikamente schriftlich bei den DGKS an, die Rezepte werden vom zuständigen Hausarzt ausgestellt und an die Apotheke weitergeleitet, welche die Medikamente liefert (Busch et al., 2012, S. 3).

Geplante Facharztbesuche (wie zum Beispiel beim Augenarzt, Neurologen, Psychiater) werden von den Hausärzten, den DGKS und den Bezugsbetreuern gemeinsam geplant. Die Bewohner werden vom zuständigen Bezugsbetreuer zum Facharzt begleitet. Der Facharzt hält die Ergebnisse der Untersuchung im Arztformular schriftlich fest, welches der Bezugsbetreuer an die DGKS weiterleitet (Busch et al., 2012, S. 7f). Alle Befunde werden in der Ordination archiviert (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 12).

In Akutsituationen wenden sich die DGKS telefonisch an den zuständigen Hausarzt. Falls Bedarf besteht, werden die Bewohner vom Arzt untersucht. Die Informationen bei den Hausarztbesuchen und eventuelle Therapieänderungen werden von den DGKS schriftlich festgehalten und in den zuständigen Mappen für die Mitarbeiter eingeordnet, diese dann gelesen und unterschrieben (Busch et al., 2012, S. 6f).

In Notfällen (z.B. Sturz, Erbrechen, epileptischer Anfall) werden die DGKS von den Betreuern verständigt. Die DGKS versucht dann vor Ort die weitere Vorgehensweise zu klären. Ob z.B. die Bewohner im Krankenhaus untersucht

werden müssen oder der Hausarzt kontaktiert wird, entscheidet die DGKS (Busch et al., 2012, S. 9). Anamnesebögen und medizinische Notfallblätter der Bewohner, welche im Akutfall ins Krankenhaus mitgegeben werden müssen, werden von den DGKS verwaltet und laufend aktualisiert. In den Wohnhäusern liegen Kopien auf (Busch et al., 2012, S. 2). Im Falle einer stationären Aufnahme in ein Krankenhaus werden die zuständigen Sachwalter und Angehörigen vom diensthabenden Mitarbeiter informiert. Die DGKS tritt danach mit dem Krankenhaus in Verbindung, um Informationen zu erlangen (Busch et al., 2012, S. 7).

Wird ein Klient krank, so wird die DGKS vom diensthabenden Mitarbeiter informiert. Sie besucht den Bewohner in der Wohngruppe und trifft notwendige Maßnahmen (Busch et al., 2012, S. 8).

Besonderes wichtig ist die Nachbehandlung nach akuten Erkrankungen oder einem Spitalsaufenthalt. Rehabilitationen und Kuraufenthalte werden von den DGKS und den behandelten Ärzten geplant, die vorhergesehenen Einrichtungen von den DGKS informiert und gemeinsam der Therapieaufenthalt organisiert (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 12).

In der Einrichtung stehen den Bewohnern verschiedene Therapie- und Gesundheitsangebote vor Ort oder außerhalb der Einrichtung zur Verfügung. Es stehen folgende Angebote zur Auswahl:

„Behandlung, Beratung und Diagnostik durch eine klinische Psychologin, progressive Muskelentspannung, Physiotherapie, Massage, Wirbelsäulengymnastik, Musiktherapie, Chorgesang, Rhythmik, Tiergestützte Therapie, Heilpädagogisches Voltigieren, Tanzpädagogik, Gedächtnis- und Kulturtraining, Ernährungstraining, Frauengruppe“
(Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 13).

Die DGKS organisieren die Therapien, soweit es möglich ist über die zuständige Krankenkasse. Einige Therapien können nicht über die Krankenkasse verrechnet werden. In diesen Fällen müssen die Bewohner die Kosten für die Therapie selbst tragen (Caritas der Erzdiözese Wien, 2011, S. 13).

Die Medikamente werden von der Apotheke wöchentlich eingelistet, von den Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern stichprobenmäßig kontrolliert und in den Wohnhäusern und Werkstätten ausgeteilt (Busch et al.,

2012, S. 2). Weitere Dauermedikamente wie „*Tropfen, Salben, Inhalationen, Zäpfchen, Depotpflaster*“ werden von den Mitarbeitern durch den Eintrag in die Arztmappe angefordert, von den DGKS in der Apotheke bestellt und geliefert. Werden die genannten Medikamente zur akuten Behandlung eingesetzt, wird der Name des Bewohners, Einnahmedauer und Einnahmezeitpunkt auf die Verpackung geschrieben (Busch et al., 2012, S. 4).

Die diensthabenden Betreuer teilen die Medikamente aus und unterstützen die Bewohner bei der Einnahme, wenn dies erforderlich ist (Busch et al., 2012, S. 3).

6 Empirischer Teil

Die in diesem Kapitel relevanten Forschungsfragen werden zum besseren Verständnis ein weiteres Mal aufgelistet.

- Wie arbeiten Sachwalter, Behindertenbetreuer, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger und Ärzte in Einrichtungen für intellektuell und mehrfach behinderten Menschen zusammen?
- Welche positiven und negativen Erfahrungen werden in der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen gemacht?
- Welche Verbesserungsvorschläge ergeben sich aus deren Erfahrungen in Bezug auf die Zusammenarbeit?

- Was unterscheidet eine Behinderteneinrichtung von einem Pflegeheim aus Sicht der Befragten.

Diese Zusatzfrage begründet sich dadurch, da stellenweise die Tendenz besteht geistig behinderte Menschen wegen fehlenden Einrichtungen und aus Kostengründen in einem Pflegeheim aufzunehmen.

6.1 Methode, Studiendesign

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt.

„Mit qualitativer Forschung will man Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus („subjektiv“) erfahren und verstehen. Man bedient sich dabei offener nicht standardisierter Erhebungsverfahren und wertet die Daten mithilfe interpretativen Methoden aus“ (Mayer, 2002, S. 73).

Quantitative Forschung beschäftigt sich mit metrischen Variablen und statistischen Auswertungen und bevorzugt große Stichproben.

Qualitative Forschung benötigt hingegen kleinere Stichproben und fordert

„Offenheit, Forschung als Kommunikation, Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand, Reflexivität von Gegenstand und Analyse, Explikation und Flexibilität“ (Lamnek, 2010, S. 3, 19).

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung, welche als *„normatives Paradigma“* bezeichnet wird und sich mit standardisierten Verfahren beschäftigt sowie einer objektiven Realität annimmt, wird die qualitative Forschung als *„interpretatives Paradigma“* verstanden, welche die Interpretation durch ihre subjektive Wirklichkeit formt (Lamnek, 2010, S. 33).

Die *„Grundprinzipien“* qualitativer Forschung sind

„Induktiv, theoriebildend, ideographisch (das Einmalige, Einzigartige beschreibend), interpretativ, bezogen auf das Relevanzsystem des Betroffenen (Verlauf und Inhalt der Forschung wird weit gehend von der Sicht der Betroffenen bestimmt), holistisch (ganzheitlich), subjektiv, offen und flexibel im Vorgehen (offen gegenüber dem Untersuchungsgegenstand, der Theoriebildung, der Methode und flexibel im Forschungsprozess und in der Methodik)“ (Mayer, 2002, S. 72f).

Induktion geht von einem Einzelfall aus und bezieht sich auf die Verallgemeinerung oder Theorie und ist daher *„theoriebildend“* (Mayer, 2002, S. 20, 72). Induktives Vorgehen bedeutet demnach, dass Theorien und Hypothesen von der Realität gebildet werden.

Die quantitative Sozialforschung ist deduktiv, hier werden Theorien und Hypothesen aufgestellt, die sich auf die soziale Realität beziehen (Lamnek, 2010, S. 115). Das heißt, die Deduktion geht von einer Theorie oder allgemein gültigen Aussage aus und bezieht sich dann auf den Einzelfall und ist daher *„theoriegeleitet“* (Mayer, 2002, S. 20, 72).

6.2 Datenerhebung, Messinstrument

Die Datenerhebung wurde mittels qualitativer Interviews durchgeführt.

Das qualitative Interview ist durch einen weichen bis neutralen Kommunikationsstil, offene Fragen, mündliche sowie persönliche Face-to-Face

Befragung und haben bis keinen Standardisierungsgrad gekennzeichnet (Lamnek, 2010, S. 303).

Es wurde ein halbstrukturiertes Experteninterview gewählt. In einem Experten-Interview steht das Wissen des Befragten im Vordergrund (Flick, 2002, S. 206). Somit wird ermöglicht, einen tiefen Einblick in die Thematik zu bekommen (Müller-Mundt, 2002, S.280).

Ein Interviewleitfaden wurde zur besseren Orientierung während der Interviews verwendet und zum besseren Verständnis in Anhang 3 – 6 dargestellt. In einem Leitfadeninterview sollen auf offen formulierte Fragen freie Antworten folgen (Flick, 2002, S. 205). Der Befragte kann durch die offene Gestaltung des Interviews seine eigene Struktur einbringen. Der Leitfaden ist eine Hilfestellung des Interviewers für das Interview. Notwendige Abweichungen vom Leitfaden sind jederzeit zulässig, eine starre Abfrage und Reihenfolge ist nicht erwünscht. Ein Nachfragen nach neuen Informationen während des Interviews sollte ebenso ein Ziel des leitfadenorientierten Interviews sein (Siering, Staender & Bergner, 2002, S. 290).

Alle Interviews wurden trotz des Interviewleitfadens flexibel gestaltet, die Reihenfolge und Formulierung der Fragen den Interviews individuell angepasst. Offenen Fragen, die sich im Laufe des Gesprächs ergaben, ermöglichten den Gesprächsverlauf aufrechtzuerhalten und sollten den Interviewten einen offenen Erzählcharakter ermöglichen. Auch Zwischen- und Verständnisfragen wurden gestellt.

6.2.1 Stichprobe

Experteninterviews fordern eine exakte Stichprobenziehung (Mayring, 2010, S. 119), um die Analyse der Strukturen und deren Zusammenhänge im Zentrum zu sehen (Müller-Mundt, 2002, S.271).

In einem Zeitraum von vier Monaten, August 2012 bis November 2012, stellten sich sechs Personen für ein Interview zur Verfügung. Alle Interviews wurden für die Auswertung herangezogen. Bei den Interviewpartnern handelte es sich um zwei Behindertenbetreuer, zwei Sachwalter, eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und eine Person in der Leitung. Darunter waren vier Frauen und zwei Männer im Alter zwischen 34 und 65 Jahren.

Die Interviews wurden nummeriert und die Befragten kodiert. Die Sachwalter wurden mit SW1 und SW2, die Behindertenbetreuer mit BB1 und BB2, die Krankenschwester mit DGKS und die Person der Leitung mit L kodiert. Alle Interviewpartner zeichneten sich durch langjährige Berufserfahrung in diesem Bereich aus. Die Berufserfahrung der befragten Personen lag zwischen neun und 27 Jahren.

„Die Stichprobe kann dann als groß genug betrachtet werden, wenn eine sogenannte Datensättigung (oder theoretische Sättigung) eintritt, d.h. wenn durch weitere Daten (z.B. neue Interviews) keine zusätzlichen Einsichten mehr gewonnen werden können“ (Mayer, 2002, S. 193).

Die Datensättigung wurde erreicht. Dennoch ist die Verallgemeinerung der Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe nur im geringen Ausmaß möglich.

6.2.2 Kontaktaufnahme

Die erste Kontaktaufnahme und Anfrage bei dieser Forschung mitzumachen, fand persönlich in zwei verschiedenen Behinderteneinrichtungen statt. Alle Teilnehmer erhielten ein Informationsschreiben, das sich im Anhang 1 befindet. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig.

6.2.3 Beschreibung der Interviewsituation

Vor jedem Interview wurde ein weiteres Mal über Ziel, Sinn und Zweck der Interviews sowie die weitere Vorgehensweise informiert. Weiters wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt und nochmals die Anonymität der Interviewpartner zugesichert. Die Interviews fanden auf Wunsch der Interviewpartner in Räumlichkeiten der Institution, in einem Café und während einer Veranstaltung statt. Die Dauer der einzelnen Interviews betrug zwischen 18 und 46 Minuten.

Nach den Interviews wurde die Interviewsituation von der Autorin anhand eines Gesprächsprotokolls genau dokumentiert, welches sich im Anhang 2 befindet. Das Gesprächsprotokoll wurde angelegt um wichtige Zusatzinformationen, die auf dem Tonband nicht hörbar waren, festzuhalten.

6.2.4 Ethische Überlegungen

Ethische Überlegungen sind in der Wissenschaft sehr wichtig und erfordern vom Forscher viel Verantwortung.

In der Pflegeforschung gelten die selben ethischen Grundsätze wie in der Pflegepraxis. „Freiwillige Teilnahme“, „Anonymität“ sowie Schutz vor „psychischen und physischen Schäden“. Die freiwillige Teilnahme ist gekennzeichnet durch ein Informationsrecht bezogen auf Ziel, Zweck, Abfolge, Rolle als Objekt der Studie, Folgen und Risiken der Forschung, eine freiwillige Entscheidung, an dem Forschungsprojekt mitzuwirken, die Teilnahme zu verweigern und jederzeit aus der Forschung auszusteigen. Die Anonymität der Mitwirkenden an der Forschung muss vom Forscher schriftlich bestätigt werden. Psychische und physische Schäden sollten so weit es möglich ist vermieden werden (Mayer, 2002, S. 55f).

Diese Forderungen fanden während der Befragung Berücksichtigung.

6.3 Datenaufbereitung

Alle Interviews wurden mittels eines Diktiergerätes aufgenommen und dann in maschinengeschriebener Form transkribiert. Die Interviews wurden in ein normales Schriftdeutsch übertragen, um das Transkribieren, das Lesen und die anschließende Auswertung leichter zu machen. Es wurden kommentierte Transkripte angelegt, wodurch Auffälligkeiten durch vorher festgelegte Sonderzeichen kommentiert wurden, um sprachliche Auffälligkeiten wie Pausen, Lachen oder Betonungen im Wortprotokoll zu vermerken:

,	kurzes Absetzen einer Äußerung
.	Ende eines Satzes
...	Pause (pro Sekunde ein Punkt)
/	Abbrechen eines Satzes
?	Frageintonation
(Lachen)	nichtverbale Äußerungen in Klammer
<u>Unterstreichen</u>	auffällige, starke Betonungen werden unterstrichen
(wird es?)	vermuteter Wortlaut
_____	Unverständliches

Bei den Transkripten wurden die Zeilen links durchgehend nummeriert, um die Bewertung leichter zu gestalten. Um die Wahrung der Anonymität zu gewährleisten wurden genannte Personen und Orte verkodet.

Die Transkripte haben einen Umfang von 75 Seiten, im Anhang 7 befindet sich ein Auszug aus einem Transkript.

6.4 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte nach dem Prinzip der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010, S. 59). Zum Beantworten der Forschungsfragen dieser Diplomarbeit scheint es sinnvoll, diese Art der Auswertung zu wählen.

Inhaltsanalyse will „*Kommunikation analysieren*“, dabei systematisch, regelgeleitet und theoriegeleitet vorgehen sowie „*Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen*“ (Mayring, 2010, S. 13).

Laut Mayer (2002, S. 167) gibt es „*verschiedene Arten der interpretativ-reduktiven Verfahren zur Analyse qualitativer Daten*“.

Alle Verfahren haben folgende vier Schritte gemeinsam:

1. „*Vertraut machen mit dem Material, Erkennen von inhaltlich wichtigen Stellen*“

Die Transkripte werden öfters durchgelesen und wichtige Stellen, in Zusammenhang mit den Forschungsfragen, markiert.

2. „*Verkodung und Bilden von Kategorien*“

Die wichtigen Stellen werden verkodet. Das bedeutet, dass Überbegriffe (=Kategorien) gefunden werden, die die Bedeutung der Inhalte wiedergeben. Weiteres werden diesen Kategorien Unterkategorien zugeordnet.

3. „*Synthese aller Interviews in ein Kategorienschema*“

Jedes verkodete Interview wird in ein Kategoriensystem zusammengelegt.

4. „Herstellen von Zusammenhängen“

Die Beziehungen der Kategorien werden herausgearbeitet, um die Interpretation der Daten zu sichern (Mayer, 2002, S. 167).

Anhand dieser vier Schritte sieht man, dass die Inhaltsanalyse eine Methode zur „*systematischen Interpretation*“ qualitativer Bestandteile ist, die durch „*Analyseschritte und Analyseregeln*“ systematisieren und überprüfen soll (Mayring, 2010, S. 48). Das heißt, bei der Inhaltsanalyse werden die einzelnen Interpretationen in Schritte zerlegt. Die Schritte werden vorher genau festgelegt, um ein Nachvollziehen und eine Überprüfung für andere Personen möglich zu machen (Mayring, 2010, S. 59).

Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring ist ein interpretativ-reduktives Verfahren, deskriptiver Art.

„Hier bleibt man beim Offensichtlichen, bei dem, was gesagt wurde bzw. niedergeschrieben ist. Der Text wird reduziert, umschrieben und in Kategorien zusammengefasst, die dann miteinander verknüpft und interpretiert werden“ (Mayer, 2002, S. 166).

Wobei die Inhaltsanalyse „*stärker induktiv als die Analyse nach Fragen*“ ist (Mayer, 2002, S. 169). Induktiv ist die zusammenfassende Inhaltsanalyse deshalb weil die Kategoriebildung induktiv erfolgt.

Im Folgenden werden die sieben Schritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring beschrieben.

1. Analyseeinheiten

Das Material wird intensiv durchgelesen und relevante Daten in Verbindung mit der Forschungsfrage werden herausgefiltert. In anderen Worten ausgedrückt bedeutet dies die Bestimmung der Analyseeinheiten (Mayring, 2010, S. 68f).

2. Paraphrasierung

Im zweiten Schritt werden inhaltsrelevante Textstellen paraphrasiert, dass heißt „*die einzelnen Kodiereinheiten werden nun in eine knappe, nur auf*

den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben" und in einer „*grammatikalischen Kurzform*" sowie auf einer einheitlichen Sprachebene formuliert. Nicht relevante und ausschmückende Textstellen werden hier nicht mehr berücksichtigt (Mayring, 2010, S. 68f).

3. Generalisierung

Danach wird das Abstraktionsniveau der Paraphrasen bestimmt. Es müssen alle generalisiert werden, die unter dem Niveau liegen. Dies geschieht durch eine Verallgemeinerung der Paraphrasen. Paraphrasen werden belassen, die über dem Abstraktionsniveau liegen (Mayring, 2010, S. 68f).

4. Reduktion durch Selektion

Inhaltsgleiche Paraphrasen werden gestrichen und sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst sowie durch einen neuen Überbegriff wiedergegeben.

Am Ende der Reduktion muss überprüft werden, ob die Kategorien das Ausgangsmaterial noch repräsentieren (Mayring, 2010, S. 68f).

5. Reduktion durch Bündelung

In einem weiteren Reduktionsverfahren werden die Kategorien und Überbegriffe aller Interviews zusammengeführt, indem ein noch höheres Abstraktionsniveau festgelegt wird. Paraphrasen, die über das Material verstreut liegen, werden ebenfalls zusammengefasst (Mayring, 2010, S. 68f).

6. Kategoriensystem

Aus den nun entstandenen Aussagen werden Kategorien gebildet.

Es entsteht ein „*neues, allgemeineres und knapperes Kategoriensystem*" (Mayring, 2010, S. 68f).

7. Rücküberprüfung

Das neue zusammenfassende Kategoriensystem muss am Ende am Ausgangsmaterial überprüft werden, um festzustellen, ob die gebildeten Kategorien repräsentativ sind (Mayring, 2010, S. 68f).

Zum besseren Verständnis befindet sich in Anhang 8 ein Auszug aus der Datenauswertung, angelehnt an den Auszug des Transkript von Anhang 7.

Falls nach diesem Durchlauf das Kategoriensystem noch immer zu umfangreich ist, kann durch eine weitere Zusammenfassung das Material reduziert werden. Das Abstraktionsniveau wird auf eine noch höhere Ebene festgelegt. Eine Rücküberprüfung muss dann ebenfalls gemacht werden. Dieser Prozess kann so lange durchlaufen werden, bis die angestrebte Reduzierung des Materials erreicht ist (Mayring, 2010, S. 69).

In der Datenauswertung dieser Diplomarbeit fand dieses Verfahren Anwendung, bis die Reduzierung des Materials erreicht wurde. Einige Kategorien wurden nicht für die Diskussion der Ergebnisse herangezogen, wie z.B. die Kategorien über die Aufgabe der Sachwalter, da diese Kategorie im theoretischen Teil der Diplomarbeit schon behandelt wurde.

6.5 Qualitative Gütekriterien

Um die Überprüfbarkeit und Qualität von Forschungsarbeiten zu sichern, existieren Gütekriterien. Es muss jede Analyse anhand bestimmte Gütekriterien hin überprüft werden können (Mayring, 2010, S. 116).

Qualitative Forschung kann „aus methodologischen und forschungsstrategischen Gründen“ nicht mit quantitativen Gütekriterien beurteilt werden (Froschauer & Lueger, 2003, S. 166), da die quantitative Forschung andere Ziele verfolgt als die qualitative Forschung.

Reliabilität ist die Zuverlässigkeit, ob sich bei wiederholten Messungen mit dem selben Messinstrument der gleiche Wert ergibt (Mayer, 2002, S. 79) und die „Genauigkeit der Messung“ (Mayring, 2010, S. 116). Reliabilität ist als Maßstab ungeeignet, da die qualitative Forschung nichts misst. Objektivität stellt ebenfalls kein Kriterium dar, denn in der qualitativen Forschung wird die Subjektivität des Forschungsgegenstandes benötigt (Froschauer & Lueger, 2003, S. 166). Validität ist die Gültigkeit, „ob ein Messinstrument tatsächlich das misst, was es messen soll“ (Mayer, 2002, S. 79). Eine Validität kann in der qualitativen Methode nicht definiert werden (Froschauer & Lueger, 2003, S. 166).

Die qualitativen Gütekriterien wurden von Vertretern der qualitativen Forschung entwickelt und sind „Verfahrensdokumentation“, „argumentative Interpretationsabsicherung“, „Regelgeleitetheit“, „Nähe zum Gegenstand“ und „kommunikative Validierung“ (Mayer, 2002, S. 79).

Mayring beschreibt ein weiteres Gütekriterium, die „Triangulation“ (Lamnek, 2010, S. 131f).

Die Verfahrensdokumentation bedeutet eine detaillierte „Darstellung des Vorgehens“, damit man den Prozess nachprüfen kann (Lamnek, 2010, S. 131). Denn die Methoden werden oft speziell abgeändert und für die bestimmte Forschung angepasst. Die Abänderungen müssen genau beschrieben werden um die Überprüfung zu gewährleisten (Mayer, 2002, S. 80).

Die Interpretationsabsicherung muss ebenfalls zur Nachprüfung genau dokumentiert werden (Lamnek, 2010, S. 131). Die Interpretation darf nicht oberflächliche Behauptungen und spekulative Elemente enthalten, sondern sie muss begründet und argumentiert werden (Mayer, 2002, S. 80).

Durch die Regelgeleitetheit ist der Forschende verpflichtet, bestimmten vorgegeben Regeln und Schritten während der Forschung zu folgen (Lamnek, 2010, S. 131f).

Die Nähe zum Gegenstand ist in der qualitativen Forschung von großer Bedeutung, da die Lebenswelt des Forschungsgegenstandes subjektiv wahrgenommen werden muss (Lamnek, 2010, S. 132).

Validierung meint die Gültigkeit überprüfen, indem man die Ergebnisse z.B. den Betroffenen vorlegt und darüber spricht oder mit den Forschungsmitgliedern darüber diskutiert (Mayer, 2002, S. 80).

Die Triangulation fordert

„verschiedene Methoden, Theorieansätze, Interpreten, Datenquellen etc., die dazu herangezogen werden, Phänomene umfassender, abgesicherter und gründlicher zu erfassen“ (Lamnek, 2010, S. 132).

Die Theoriegeleitetheit der Interpretation ist eine „Analyse einer präzisen theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung“. An gewonnene Ergebnisse anderer wird angeknüpft. Deshalb muss die Fragestellung vorher genau abgeklärt werden. Die Theoriegeleitetheit wird oft kritisiert, da Theorien das

Material verzerren und „den Blick zu sehr einengen“, das verhinderte ein Eintauchen in das Material (Mayring, 2010, S. 57f). Deshalb wurde in der vorliegenden Diplomarbeit bei der Darstellung der Ergebnisse die Theoriegeleitetheit nicht berücksichtigt, alle anderen qualitativen Gütekriterien jedoch beachtet.

6.6 Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Aus der Datenauswertung konnten mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring sieben Kategorien (K) entwickelt werden, die in folgender Tabelle dargestellt sind.

K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Betreuern
K2: Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Ärzten
K3: Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und DGKS
K4: Zusammenarbeit zwischen Betreuern und DGKS
K5: Zusammenarbeit zwischen Betreuern und Ärzten
K6: Zusammenarbeit zwischen DGKS und Ärzten
K7: Unterschied Pflegeheim/Behinderteneinrichtung

Die ersten sechs Kategorien beinhalten die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Die letzte Kategorie stellt den Unterschied zwischen einem Pflegeheim und einer Behinderteneinrichtung dar. Die einzelnen Kategorien wurden jeweils in Kapiteln unterteilt, interpretiert und mit Originalzitaten aus den Interviews belegt.

6.6.1 K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Betreuern

Eine wichtige Aufgabe von Behindertenbetreuern ist es

„Kontakte zu Angehörigen und Sachwaltern zu pflegen“ (L, Z. 84).

In den Interviews wird der Kontakt durch zwei Arten beschrieben:

„Information über den Klienten und Abklärung der Notwendigkeiten“ (L, Z. 256)

Die Kontaktaufnahme erfolgt hauptsächlich telefonisch

„Die Betreuer bzw. der Leiter ruft den Sachwalter an, berichtet ihm von der Aktualität des Anrufes, was braucht der Klient? Oder welche Informationen muss man ihm geben über seinen Klienten? Die sprechen sich ab, vereinbaren Ziele, wenn es nötig ist, oder Vereinbarungen treffen, und die werden dann durchgeführt. Und der Sachwalter, der ja eben für den und den Bereich zuständig ist, erledigt sozusagen seine Pflichten nach Hinweis durch den Betreuer oder die Betreuerin oder die jeweilige Leitung“ (L, Z. 228-235).

Aus den unterschiedlichsten Gründen kontaktieren sich Betreuer und Sachwalter. An dieser Stelle sind die wichtigsten aufgelistet:

„Wenn wir was brauchen oder wenn jetzt irgendwas dringend ist, müssen wir den Sachwaltern Bescheid geben“ (BB2, Z. 173-174)

„Es geht vorwiegend um die Organisation der finanziellen Dinge“ (BB1, Z. 105)

„Da wird extra ein Kassabuch geführt mit dem Sachwaltergeld, und darüber müssen sie Rechnung legen und das Kassabuch dann dem Sachwalter vorlegen am Jahresende. Das wird dann zu den Sachwaltern geschickt bzw die Sachwalter nehmen sich das raus, weil die brauchen das dann auch, falls das PflEGschaftsgericht von ihnen Rechtfertigungen verlangt“ (L, Z. 93-98)

„Die Urlaubsangelegenheiten interessieren mich natürlich auch ... weil wo wird hingefahren. Gut da müsstens natürlich mit mir Kontakt aufnehmen (lachen) ... weil wie schaut´s finanziell aus?“ (SW2, Z. 207-209)

„Naja mich interessieren natürlich auch wie´s denn wie die medizinische Betreuung ist“ (SW1, Z. 153-154)

„Und oder wo ich das Gefühl gehabt hab es wird zu wenig getan es es wird .. der Augenarzt wär eigentlich schon notwendig. Also das schau ich mir schon sehr genau an und bespreche mit den Betreuern sehr genau und dann auch mit den Krankenschwestern. Was ist notwendig, was ist nicht notwendig? Und möchte da eigentlich gern Einsicht haben, und das darf der Sachwalter“ (SW2, Z. 157-162)

„Es geht auch um die Organisation von größeren medizinischen Eingriffen, wo ich die Einverständniserklärung vom Sachwalter brauch. Oder auch um andere Dinge, dass man einen Besuchsdienst organisiert“ (BB1, Z. 110-112)

„Wenn jetzt Klienten von uns erkranken, ins Krankenhaus müssen oder sonst eben, da sind wir verpflichtet, Sachwalter zu verständigen“ (BB2, Z. 164-165)

„Ich frage bei der Einrichtung nach, wie es dem Klienten psychisch und physisch geht. Ob er etwas benötigt“ (SW1, Z. 99-100)

Die Zusammenarbeit zwischen Sachwalter und Mitarbeiter in der Behinderteneinrichtung wird positiv aber auch negativ beschrieben.

„Die Zusammenarbeit mit den Behindertenbetreuern funktioniert im Großen und Ganzen recht gut“ (SW1, Z. 29-30)

„Wenn ich jetzt auf meine langjährige Tätigkeit zurückschau, sehr unterschiedlich. ... Ah manchmal hat es sehr gut funktioniert .. und ich muss sagen und manchmal überhaupt nicht“ (SW2, Z. 9-11)

„Naa, also wenn wir was brauchen, muss ich ehrlich sagen, haben wir eigentlich großteils gute Erfahrungen gemacht“ (BB2, Z. 210-211)

„Sonst funktioniert´s eigentlich durchwegs ganz gut“ (BB1, Z. 171)

Die Kontaktaufnahme wird unterschiedlich gesehen. Zum einen gibt es Sachwalter, die sehr bemüht sind Kontakt mit den Klienten aufzunehmen, zum anderen gibt es aber auch Sachwalter, die nur den notwendigen Kontakt pflegen.

„Manche melden sich nie, manche rufen dreimal in der Woche an und fragen, wie es dem Klienten geht“ (L, Z. 241-242)

„Es gibt Ausnahmen, da sagst wirklich, die Sachwalter sind sehr bemüht, die kommen auf Besuch, die sind ständig einmal da. Aber dann gibt´s wirklich Sachwalter, und das sind die mehreren, sag ich jetzt einmal, die kaum da sind“ (BB2, Z. 178-181)

Die Mitarbeiter der Einrichtungen stellen sich auf die unterschiedlichste Zusammenarbeit mit den einzelnen Sachwalter ein.

„Wir stellen uns eben auf diesen Modus ein, wie der Sachwalter das gern haben möchte bzw. wie der Klient diesen Kontakt pflegen möchte, und weisen die Sachwalter dementsprechend hin“ (L, Z. 244-246)

Die Behindertenbetreuer sind der Meinung, dass es einen Unterschied macht wenn ein Familienmitglied Sachwalter ist. Im Gegensatz zu beruflichen Sachwalter, sind Angehörige bemühter, den Kontakt mit dem Klienten und den Betreuern zu halten.

„Also ich kann mir gut vorstellen, das ist ein Unterschied, wenn die Angehörigen die Sachwalterschaft haben, sind alle einbezogen, weil die kommen ja auf Besuch her“ (L, Z. 204-206)

„Es ist oft so, wenn´s jetzt keine rein geschäftliche Beziehung ist, sondern der Sachwalter irgendwo aus dem Angehörigen-, Bekanntenkreis kommt, also es ist schon vorgekommen, dass einer ein paar Termine andauernd verschoben hat und dann sehr kurzfristig abgesagt hat. Wir haben dann aber drüber gesprochen, und das kommt jetzt nicht mehr vor. Oder wenn er nicht kann, sagt er schon ein paar

Tage vorher ab. Also es lässt sich eigentlich alles besprechen" (BB1, Z. 154-160)

Oft stellt die Kontaktaufnahme eine Herausforderung bei Rechtsanwälten, von Seiten der Behindertenbetreuer, dar.

„Wenn ein Sachwalter ein Rechtsanwalt ist, von dem es recht schwer ist, ihn überhaupt einmal zu kontaktieren, dann irgendwas / die Notwendigkeit von Zahlungen zu überzeugen, dann macht das eher die Gruppenleitung" (L, Z. 206-210)

Es werden überwiegend positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Sachwaltern und Behindertenbetreuer gemacht.

„Der Teil, den ich kenne, dass die sehr motiviert an der Sache dran sind und auch interessiert an dem Klienten" (BB2, Z. 198-199)

„Ist verpflichtend, ja. Einmal im Monat sollten's Kontakt aufnehmen, kann aber auch telefonisch sein, das muss nicht sein, dass sie herkommen. Aber die meisten kommen eigentlich regelmäßig und sind auch immer erreichbar. Es kann auch sein, die Bewohner den Sachwalter jetzt einfach nur so anrufen wollen, um zu wissen, wie es ihm geht, weil es entsteht dann ja auch eine Bindung. Es ist jetzt nicht nur die gerichtliche Bindung, sondern es ist dann ja auch schon was anderes auch da. Und sie verstehen sich dann ja auch meistens ganz gut" (BB1, Z. 126-133)

„Die kontaktieren mich auch relativ oft, ja wenn irgendwas ansteht. Und das funktioniert ganz gut" (SW1, Z. 85-86)

„Ich hab Betreuerinnen gehabt, die haben mich über alles informiert jetzt, wenn sie Begleitung gebraucht haben, wenn wenn sie weg gefahren sind, wenn's den Klienten schlecht gegangen ist, dann haben's mich angerufen" (SW2, Z. 16-19)

Trotz der positiven Feedbacks von beiden Seite, gibt es auch einige Probleme in der Zusammenarbeit.

„Das Negative ist eben, dass ich finde, dass der soziale Kontakt zum Klienten bei 70% der Sachwalterschaft für mich zu wenig ist. Definitiv zu wenig. Weil die Pflicht haben sie ja einmal im Monat. Und das passiert zu 70 % sicher nicht“ (BB2, Z. 218-221)

Der Personalwechsel in Behinderteneinrichtungen ist groß und hat negative Auswirkungen auf die Klienten.

„Das Personal wechselt sehr oft und dies ist für mich eine Herausforderung. Besonders wenn es um die Zusammenarbeit geht“ (SW1, Z. 193-194)

„Hat´s Zeiten gegeben wo die Fluktuation der Betreuer ja sehr groß war und kaum hab ich eine Betreuerin kennen gelernt, ist schon die nächste Betreuerin gekommen. Und das ist natürlich sehr negativ, hat sich das dann auch für die Klienten ausgewirkt“ (SW2, Z. 13-16)

Ein weiteres Problem sind die Dienstzeiten der Behindertenbetreuer. Behindertenbetreuer sind hauptsächlich am späten Nachmittag oder Abend in der Wohngruppe und versorgen die Klienten. Tagsüber sind die Betreuer oft nicht im Dienst, da die Klienten in den Werkstätten sind. Wenn Sachwalter in der Wohngruppe anrufen und dringend etwas von bestimmten Betreuern benötigen, dann sind diese selten im Dienst.

„Da sind sie nicht immer da, das ist das Problem weil sie ja vormittags sind und nachmittags sind“ (SW2, Z. 25-26)

„Unter Tags erreiche ich die Betreuer kaum in der WG und das nervt“ (SW2, Z. 211)

„Es hat auch Betreuerinnen gegeben wo ich überhaupt nichts gehört hab obwohl ich dann x-Mal angerufen hab“ (SW2, Z. 20-21)

Einige Sachwalter berichten über eine Verweigerung der Einsicht in die Dokumentation.

„Einsicht in diese Dokumentationen haben, da hat’s auch schon da hat’s schon Probleme gegeben. Manchmal weils’ geheißen hat naja das geht sie eigentlich nichts an. Das stimmt nicht, wenn ich mit den medizinischen Angelegenheiten betraut bin, geht mich das schon sehr wohl an“ (SW2, Z. 164-168)

„Die Einsicht in die Dokumentation wurde mir schon einige Male von Betreuern verwehrt“ (SW1, Z. 231-232)

Auf der anderen Seite geben die interviewten Behindertenbetreuer gerne Auskunft und ermöglichen dem Sachwalter einen Einblick in die Dokumentation werfen.

„Na schauen Sie, wenn der Sachwalter ein Recht hat auf Informationen oder Einblicke in das Berichtswesen, dann kann er die natürlich haben“ (L, Z. 285-186)

Die Sachwalter sind der Meinung, dass Aufgaben im Bereich der Körperhygiene und Erscheinungsbild der Behindertenbetreuer nicht immer ordnungsgemäß durchgeführt werden.

„Das war sehr oft der Fall. Ich weiß ja was eingekauft wird aufgrund der Abrechnungen und dass man dann nicht schaut, dass diese Klienten wirklich ordentlich angezogen sind. Und das find ich furchtbar, denn auch die Klienten die sollen so wie wir ... es würde niemand von Betreuerinnen so herumlaufen wie ich manche Klienten, erlebt habe, wie die her kommen. Schuhe die nicht passen, einen 36er, die haben einen 38er an“ (SW2, Z. 246-254)

„Einige Male ist mir aufgefallen, dass die Klienten nicht ordnungsgemäß angezogen waren. Sie hatten schmutzige Kleidung an“ (SW1, Z. 243-244)

„Dass die Haare gewaschen sind und gepflegt sind ... das kann jeder und da muss die Betreuung auch schauen, dass das funktioniert“ (SW2, Z. 263-265)

„Die Klienten sind ohne Beschäftigung herum gesessen und haben in die Luft gesehen, obwohl zwei Betreuer im Dienst waren und ein Zivildienstler. Die haben sich einfach unterhalten, hatten Spaß ... und die Klienten waren unbeaufsichtigt und mussten sich alleine beschäftigen. Solche Situationen habe ich schon öfters bemerkt“ (SW1, Z. 269-273)

Die Mitarbeiter in der Behinderteneinrichtung sind ebenfalls der Meinung, dass Sachwalter nicht immer professionell handeln.

„Ein Wunsch ist, dass jeder Sachwalter seine Tätigkeiten, für die er eingesetzt ist, auch durchführt. Das heißt, wir sind nicht interessiert, dass sachwalterische Tätigkeiten oder Agenden an das Betreuungsteam delegiert werden“ (L, Z. 312-318)

Der Befragte präzisiert diese Passage mit folgender Aussage:

„Gehen Sie zur Bank, machen Sie mir ein Konto dem Klienten. Ist nicht mein 's, mach du Konto, geh du zur Bank. G'frett du dich dort mit dem ab. Außerdem braucht man, um ein Bankkonto zu eröffnen, den Bescheid des Sachwalters, also den Nachweis der Sachwalterschaft. Was soll ich machen? Und faxen lass ich mir das nicht. ... Aber natürlich, das ist der angesprochene Punkt, was / netter Versuch“ (L, Z. 320-325)

Auftretende Probleme werden zuerst mit dem zuständigen Mitarbeiter der Behinderteneinrichtung oder dem Sachwalter besprochen.

„Na ich glaub', das ist einfach nur intensives Gespräch mit den Betreuern“ (SW1, Z. 201-202)

„Naja es es war nur wenn der Wechsel da ist, dann hab ich halt vermehrte Gespräche mit den Betreuern gehabt. Das da wieder so wie ich mir manches wünschen würde oder vorstelle und auch, dass ich weiß wie sie sich welche Möglichkeiten die Betreuer haben, was ihre Aufgabe

ist und das da wirklich die Arbeit funktioniert die Zusammenarbeit ... es ist halt dann immer wieder ein neuerliches Gespräch, nicht" (SW2, Z. 280-285)

Gibt es keine Lösungsmöglichkeit, wenden sich beide Seiten an die Wohnhausleitung.

„Oder wenn ich natürlich auch Beschwerden gehabt habe, dann bin ich schon auch bei der Wohnhausleitung auch. Ich bespreche das zwar zu erst schon auch mit der Betreuerin, aber wenn dann sich nichts ändert dann schon die Wohnhausleitung, also die sind dann schon für mich Ansprechpartner" (SW2, Z. 307-311)

„Bei manchen hat´s wirklich weniger gebracht. Da hab ich auch einigen Schriftverkehr mit der Leitung gehabt" (SW1, Z. 280-281)

„Ja, also wenn´s gar nicht funktioniert, natürlich, dann wenden wir uns an die Hausleitung. Die versucht das dann noch zu regeln. Und wenn wirklich gar nichts geht, dann würde das dann über´s Gericht gehen, dass man einen neuen beantragt. Aber die Erfahrung hab ich noch nicht gemacht" (BB1, Z. 259-263)

Trotz einiger negativer Erfahrungen finden alle Interviewpartner, dass die Zusammenarbeit im Großen und Ganzen gut funktioniert. Trotzdem wurden alle Interviewpartner dazu aufgefordert, Vorschläge zu einer besseren Zusammenarbeit zu bringen.

Eine Behindertenbetreuerin wünscht sich, die Besuche der Sachwalter zu dokumentieren, dass sie wirklich ihre Klienten besucht haben.

„Ich würde das ändern vom Gesetz her. Ich würde das so verändern, das kann ruhig bei einmal im Monat bleiben, aber ich würde das bestätigt haben wollen" (BB2, Z. 238-240)

„Mit Stempel und / Genau, so bestätigt werden. Oder mit der Unterschrift, dass er wirklich beim Klienten war" (BB2, Z. 243-245)

Ein weiteres wichtiges Anliegen stellt die Beziehung zwischen Sachwalter und Behindertenbetreuer dar.

„Der Kontakt auch zwischen Betreuer und Sachwalter müsste vertieft werden. Und ich denke, dass muss sich jeder selber beim Haarbüschel nehmen, dass es für jeden einfach wichtiger wird, Kontakt auszutauschen. Dass man einmal anruft, nicht immer nur, wenn man was braucht und wenn man was will“ (BB2, Z. 257-261)

Die befragten Sachwalter wünschen sich mehr Kontaktmöglichkeiten zu den Betreuern.

„Ich würde mir wünschen, dass ich die Betreuer leichter erreiche, oder vielleicht ihren Dienstplan hätte, damit ich weiß, wann welcher Betreuer im Dienst ist und wann ich denjenigen erreichen kann“ (SW1, Z. 343-345)

Ein Verbesserungsvorschlag wird in den kommenden Monaten versucht in einer Behinderteneinrichtung umzusetzen.

„Wir haben jetzt einen Verbesserungsvorschlag formuliert und sind gerade dabei, ihn umzusetzen, und zwar sind das Sachwalter- und Angehörigen-Informationsabende zu veranstalten. Wir machen das jetzt einmal im Jahr, laden in Wohn- und Tagesstättengruppe die Sachwalter ein. Das ist ein offener Kreis, wo man zusammensitzt und sich gegenseitig Fragen stellt, Fragen beantwortet, oder sich erzählen, eben Informationen zu den Klienten und ihrer Wohnsituation bzw Arbeitssituation gibt“ (L, Z. 304-310)

6.6.2 K2: Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Ärzten

Sachwalter haben selten mit Ärzten zu tun.

„Ich habe wenig mit Ärzten zu tun. Wenn bei Zahnbehandlungen zum Beispiel Geld benötigt wird. Was wirklich notwendig ist, was ist nicht notwendig, wegen dem Geld natürlich auch“ (SW1, Z. 367-369)

Hauptsächlich stehen Behindertenbetreuer mit Ärzten in Kontakt und bilden das Bindeglied zwischen Sachwalter und Arzt.

„Ganz wenige Sachwalter begleiten manchmal ihre Klienten, aber das ist ganz selten. Meistens sind das die Betreuer. Und eigentlich Sachwalter mit Ärzten haben nur dann was zu tun, wenn sie eine Unterschrift bei Operationen, besonderen Untersuchungen oder so was benötigen“ (DGKS, Z. 196-200)

Benötigen Ärzte die Unterschrift des Sachwalters um einen medizinischen Eingriff durchzuführen, müssen sie mit ihm in Kontakt treten.

„Ja aber aber der Sachwalter muss ja die Zustimmung geben, und dadurch müssen sie mich genau aufklären ... und da geh ich genau alles Punkt für Punkt durch“ (SW2, Z. 357-359)

Die interviewten Sachwalter berichten, mit Ärzten durchwegs positive Erfahrungen gemacht zu haben.

„Also das hat wirklich alles funktioniert, alles und dann wollten sie noch irgendwas von mir wissen und das ist dann noch ein Anruf gekommen. Ich hab ihnen das gefaxt und ja, ja das funktioniert“ (SW2, Z. 388-390)

„Mit Ärzten habe ich nur positive Erfahrungen gemacht“ (SW1, Z. 373)

6.6.3 K3: Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und DGKS

Die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und den Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern in den Behinderteneinrichtungen basiert hauptsächlich auf medizinisch-pflegerischen Grundlagen, Fragen bezüglich psychischen und physischen Wohlbefinden sowie Notfällen und finanziellen Angelegenheiten.

„Wenn die Sachwalter die Klienten besuchen, schauen sie öfters zu uns und fragen einfach nach, ob es irgend etwas Neues gibt, wie es ihren Klienten geht. Oder wir setzen sich mit ihnen in Verbindung, wenn wir Impfungen, wenn irgendwelche medizinische Sachen oder ein teures Medikament benötigt wird, wenn Massagen oder irgend etwas zum Zahlen ist, was wir / was medizinisch wichtig ist, treten wir mit ihnen in Verbindung und fragen, ob das okay ist“ (DGKS, Z. 43-49)

„Wenn irgendwas akut ist, also dann rufen mich die Krankenschwestern auch an. Wenn ein Klient zum Beispiel ins Krankenhaus muss“ (SW1, Z. 379-380)

Auch bei einer gewünschter Einsicht in die ärztliche Dokumentation von Seiten der Sachwalter werden die Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern kontaktiert.

„Ich hol mir ja manchmal oder so zweimal im Jahr schau ich mir an die medikamentöse Behandlung. Und wenn ich dann Rückfragen hab, dann ruf ich die Krankenschwester an“ (SW2, Z. 313-315)

Die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern in Behinderteneinrichtungen funktioniert sehr gut und es werden keine Änderungswünsche geäußert.

„Also wenn wir mit ihnen in Verbindung treten oder sie mit uns, ist das eigentlich eine sehr gute Basis“ (DGKS, Z. 55-56)

„Also das funktioniert mit den Krankenschwestern muss ich sagen, mit den Krankenschwestern das funktioniert wirklich“ (SW2, Z. 322-324)

Lediglich ein Kritikpunkt wird bei den Interviews erwähnt.

„Das Einzige ist ein bisschen schwieriger, wenn sie in der Sachwalter / da gibt's in Mödling so eine Sachwalterschaft, da muss man dort anrufen und ist man abhängig. Da braucht man eine Woche, bis sie wirklich sich melden. Das ist das einzige Negative. Aber das kommt nicht sehr oft vor“ (DGKS, Z. 60-63)

6.6.4 K4: Zusammenarbeit zwischen Betreuern und DGKS

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger haben, wie schon erwähnt, unterschiedliche Aufgabenbereiche in einer Behinderteneinrichtung. Folglich lassen sich die Aufgabengebiete zusammenfassen.

„Wir sind in der (Ort verkodet) und werden von den Betreuern angerufen, wenn Notfälle sind oder wenn Veränderungen stattfinden.“ (DGKS, Z. 15-16)

„Wir sind auch für die Betreuer da, wenn Einschulungen, Fragen, wir werden eingeladen zu den Teams“ (DGKS, Z. 26-28)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen wünschen sich von Behindertenbetreuern

„dass sie eben auch Veränderungen wahrnehmen und das auch weitergeben, damit man dem Klienten helfen kann“ (DGKS, Z. 104-105)

„Wir müssen uns auf die Betreuer verlassen können, dass sie uns jegliche Veränderungen, Hautveränderungen, von der Psyche, dass sie uns das melden, damit wir rechtzeitig handeln können“ (DGKS, Z. 81-84)

Behindertenbetreuer kontaktieren die Pflegepersonen bei fachspezifischen Fragen.

„Ja sie melden sich, wenn Hautveränderungen ist, wenn’s den Klienten schlechter geht, wenn sie krank werden, wenn sie Fieber haben, wenn ihnen irgend etwas auffällt, was anders ist, wenn sie plötzlich viel schlafen oder traurig sind“ (DGKS, Z. 90-93)

„Ansonsten, wenn es irgend jemandem schlecht geht, dass sie vielleicht kurz vorbeischauen, Blutdruck messen, keine Ahnung. ... Wenn es irgendjemandem ganz schlecht geht, dass man vielleicht den Kontakt mit dem Krankenhaus noch aufnimmt, das nutzt mir dann auch, weil die Krankenschwestern besser / weil die können dann gleich direkt mit den dortigen Ärzten sprechen, was jetzt anliegt oder“ (BB1, Z. 291-296)

In den Interviews wird geschildert, dass die Zusammenarbeit zwischen den Betreuern und den Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern gut funktioniert.

„Sie sind im Haus, man kann auch vorgehen, wenn man irgendwas braucht, immer erreichbar. Also es funktioniert wirklich gut, ja“ (BB1, Z. 274-275)

„Das funktioniert nur mit wahnsinnig viel Wertschätzung. Die wir gegenseitig uns entgegenbringen“ (BB2, Z. 300-302)

Verbesserungsvorschläge werden von beiden Seiten angenommen.

„Ich mache irgendetwas, weil ich’s jetzt schon fünf Jahre so mach zum Beispiel, und eine der Krankenschwestern sagt, (Name verkodet), so tust dir vielleicht leichter“ (BB2, Z. 293-297)

Der gegenseitige Erfahrungsaustausch in Bezug auf die Arbeit mit den Klienten wird von beiden Seiten als positiv empfunden.

„Na ja, sie schauen auch oft. Also wenn ich Frühdienst hab, dann / (Name verkodet) kommt dann oft und fragt, wie die Nacht war oder ob ich irgendetwas weiß, ob irgendwas vorgefallen ist oder ob wir irgendwas brauchen“ (BB1, Z. 285-288)

„Bei der Morgenrunde / sie erzählen auch positive Sachen, einfach so, dass wir gegenseitig unsere Erfahrungen mit den Klienten machen können“ (DGKS, Z. 93-95)

Änderungsvorschläge werden in Bezug auf eine längere Erreichbarkeit der Pflegepersonen genannt.

„Vielleicht dass sie immer bis um sechs Uhr da sind, weil wenn dann irgendetwas ist, das man entdeckt oder irgendwas braucht, dass man dann vor schauen kann“ (BB1, Z. 303-308)

Es wird gewünscht, dass die Pflegepersonen, aufgrund des immer höheren Pflegebedarfs, an Wochenenden und in der Nacht Bereitschaftsdienst haben.

„Ich sag’, was bei uns oft schon oder vielleicht eher in naher Zukunft, dass vielleicht eine Krankenschwester am Wochenende da ist. Oder zumindest auf Bereitschaft“ (BB2, Z. 313-315)

„Wenn du Sterbende begleitest oder schwer Bettlägerige, was wirklich schon extrem zu pflegen sind, oder du hast Dekubituspatienten, wär’ natürlich geholfen, wenn am Wochenende zumindest Bereitschaftsdienste wären. Dass eben jemand da ist und dass man sich nicht so alleine fühlt und jetzt ____ überlegt, was muss man jetzt machen“ (BB2, Z. 324-329)

6.6.5 K5: Zusammenarbeit zwischen Betreuern und Ärzten

Geistig behinderte Menschen werden oft anders als nicht behinderte Menschen behandelt. Speziell in Krankenhäusern, aber auch in Facharztordinationen soll dies vorkommen.

„Also in Krankenhäusern sind großteils unsere behinderten Menschen leider immer noch Menschen der dritten Klasse. Und das ist sehr, sehr stark spürbar. Es ist oft schon so, dass sie dir das Gefühl vermitteln, sie wollen die da nicht haben“ (BB2, Z. 361-364)

„Also man merkt schon, dass unsere Klienten manchmal zweite Klasse sind, einfach nicht so gleich behandelt als wenn ein „normaler“ Mensch ist, der arbeitet. Und da ist sehr oft sehr wichtig, dass eben wir schicken meistens Betreuer mit, und die vertreten einfach ihren Klienten. Aber manchmal werden auch die Betreuer nicht wirklich wahrgenommen und nicht einmal das hilft“ (DGKS, Z. 162-168)

Behindertenbetreuer wünschen sich einen normalen Umgang mit geistig behinderten Menschen.

„Einfach, dass jeder Mensch, auch Menschen mit besonderen Bedürfnissen, dass alle gleich behandelt werden und keine Unterschiede gemacht werden“ (DGKS, Z. 184-186)

Es wird angenommen, dass der schlechte Umgang mit geistig behinderten Menschen aus der wenigen Erfahrung heraus oder durch ein nicht einlassen wollen entsteht.

„Ich denke, dass es in den Krankenhäusern aus dem Grund so ist, weil sie viel zu wenig mit behinderten Menschen konfrontiert sind. Oder sich zu wenig darauf einlassen“ (BB2, Z. 376-379)

Deswegen werden folgende Verbesserungen vorgeschlagen.

„Ich denke, dass in Krankenhäusern vielleicht so kleine öfters Seminare stattfinden sollten: Wie begegne ich behinderten Menschen? Oder wie kann ich oder darf ich ihnen begegnen? Ich denke, dass das wahnsinnig viel Unsicherheit ist, was von den Ärzten und auch von den Krankenschwestern eben in Krankenhäusern ist, weil sie ja diese Beziehung oder diesen Aufgabenbereich, wie wir ihn haben, kennen sie ja nicht“ (BB2, Z. 382-388)

„Man muss einfach mit diesen Menschen bereit sein, anders zu arbeiten, sich mehr Zeit zu nehmen. Und das wäre einfach wichtig, dass diese Angebote mehr da sind“ (DGKS, Z. 188-190)

Einige Behindertenbetreuer thematisieren negative Erfahrungen bei Fachärzten.

„Ist schon auch vorgekommen, dass man dann irgendwie länger warten muss, weil sie sehen, man kommt mit behinderten Menschen daher“ (BB1, Z. 425-426)

„Also insofern schon, unsere Leute werden einfach nicht von manchen Ärzten gerne gesehen, weil sie Unruhe in die Ordination bringen, weil sie nicht so kooperativ sind. Sie sind nicht bereit, Vorschläge oder einfach anders mit ihnen zu arbeiten“ (DGKS, Z. 151-154)

„Oder was ich besonders negativ fand, da haben wir dann auch Arzt gewechselt, dass die Ärzte vorschlagen, wenn sie wissen, du kommst von einer Behinderteneinrichtung, da haben wir diesen speziellen Tag, und an diesem Tag kommen halt die behinderten Menschen. Und da hab ich dann auch gemeint, nein. Die sind genauso wie alle anderen auch,

und wir möchten eine ganz normale Behandlung haben" (BB1, Z. 427-433)

Die interviewten Betreuer berichten allgemein über positive Erfahrungen bei Fachärzten, da bei einer als unzureichend bewerteten Behandlung oder einer distanzierten Einstellung gegenüber behinderten Menschen die Fachärzte gewechselt werden können.

„Es gibt natürlich auch Ärzte, wo man merkt, die wollen unsere Leute eher weniger. Da probieren wir aber einfach, dass wir dort nicht mehr hinfahren und wieder andere Ärzte suchen" (DGKS, Z. 204-207)

„Also von Fachärzten her muss ich sagen, hab ich wirklich gute Erfahrungen gemacht, gehen gut auf unsere Leute ein." (BB2, Z. 344-345)

„Die Ärzte, die wir jetzt haben, da sind wir jahrelang schon in Behandlung und gibt nur positive Erfahrungen. Wenn's negative gibt, hat man ja das Glück und kann man ja wechseln" (BB1, Z. 435-437)

Die gewählten Fachärzte sind um das Wohlergehen ihrer Patienten sehr bemüht und gehen auf Kompromisse und Vorschläge der Betreuer ein.

„Also da haben wir ein supertolles Erlebnis gehabt. Eine Klientin war mit mir, weil sie dringend einen Ultraschall gebraucht hat, und hat extreme Angst gehabt vor dem Ultraschall. Und das war nicht möglich, mit ihr das Ultraschall zu machen. Bis ich auf die Idee gekommen bin, ob der Arzt so nett wäre und bei mir den Ultraschall macht, damit die Klientin sieht, was das passiert. Also ohne Wenn und Aber, sofort war der Arzt einverstanden und hat bei mir den Ultraschall gemacht. Die Klientin hat alles zusehen dürfen, was da passiert, und siehe da, und sie hatte keine Angst mehr. Er konnte dann die Untersuchung ohne Probleme durchführen" (BB2, Z. 346-355)

6.6.6 K6: Zusammenarbeit zwischen DGKS und Ärzten

Es besteht eine gute Zusammenarbeit zwischen Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und dem praktischem Arzt.

„Also mit dem praktischen Arzt eng, der kommt einmal in der Woche zu uns in die Ordination. Der schaut die Klienten an, die krank sind, die Probleme haben. Und wir begleiten ihn und bearbeiten dann die Visite“ (DGKS, Z. 128-130)

Auch in Notsituationen wird die Zusammenarbeit als positiv bewertet.

„Und in Notfällen sind sie einfach da und stehen mit Rat und Tat zur Verfügung“ (DGKS, Z. 147-148)

Mit Fachärzten arbeiten die Pflegepersonen eher weniger zusammen. Das Bindeglied ist der Betreuer, der die Arztbesuche mit dem Klienten gemeinsam wahrnimmt.

„Sonst haben wir eigentlich / ist unser Zwischen der Betreuer. Weil der begleitet die Klienten zu den Ärzten, zu den außenstehenden Ärzten, und bringt dann die Befunde, und wir bearbeiten sie dann“ (DGKS, Z. 140-142)

Entstehen Fragen, dann wenden sich die Diplomierten Gesundheit- und Krankenschwestern an die Fachärzte

„Wenn wir Befunde bekommen und irgendwelche Probleme gibt oder wenn wir die Medikamente nicht haben, etwas nicht lesen können oder einfach nicht verstehen, dann rufen wir diese Ärzte an, um das alles klarzustellen“ 134-137)

6.6.7 K7: Unterschied Pflegeheim/Behinderteneinrichtung

In der letzten Kategorie werden die getätigten Aussagen zu den Unterschieden zwischen einer Behinderteneinrichtung und einem Pflegeheim aus Sicht der Interviewten dargestellt.

Eine Behinderteneinrichtung ist für Menschen mit geistiger Behinderung gedacht.

„Weil Pflegeheime keine pädagogischen Einrichtungen sind, sondern Pflegeeinrichtungen. Natürlich vermischt sich's da wie dort. Im Pflegeheim werden die Leut zwar nicht geistig behindert, aber sie werden psychisch krank. Irgendwann einmal haben sie eine Demenz oder haben sie eine Depression usw, dann kommen sie nicht extra da her, sondern sie können dort verbleiben und werden auch adäquat gepflegt. Bei uns allerdings haben auch Leute mit Behinderungen Demenzen oder psychische Erkrankungen, verbleiben dann auch hier" (L, Z. 419-426)

„Ein Pflegeheim ist einmal für nicht behinderte Menschen gedacht. Für behinderte Menschen und Menschen mit Behinderungen sind die Behinderteneinrichtungen vorgesehen." (L, Z. 416-418)

Der größte Unterschied zwischen einem Pflegeheim und einer Behinderteneinrichtung wird in der Art der Versorgung der Bewohner gesehen.

„Im Pflegeheim arbeiten Krankenschwestern und Pflegehelfer, Altenpfleger, aber keine Sozialpädagogen oder Behindertenpädagogen, die haben nur wir" (L, Z. 460-462)

„In einem Pflegeheim wird die Pflege von Pflegehelfern oder Diplomkrankenschwestern gemacht. Hier arbeiten nur überhaupt keine / also ab und zu Pflegehelfer, aber hauptsächlich pädagogisches Personal" (DGKS, Z. 216-218)

„Ich glaub', der größte Unterschied jetzt in der Behinderteneinrichtung ist einfach, dass hier vorwiegend pädagogisch-psychologisch gearbeitet wird. Und Pflege ist zwar auch vorhanden, aber wir sind grundsätzlich dafür da, also dabei zu assistieren. Das ist in einer pflegerischen Einrichtung dann natürlich anders" (BB1, Z. 484-488)

Obwohl geistig behinderte Menschen immer älter werden und dadurch ein größerer Bedarf an Pflege besteht, sollte trotzdem noch pädagogisch mit ihnen gearbeitet werden.

„Und sollten mehr pädagogisch mit ihnen arbeiten als pflegerisch. Natürlich, je älter sie werden, brauchen sie immer mehr Pflege. Aber das wird dann trotzdem nur von pädagogischen Betreuern oder Pflegehelfern gemacht. Und wir Krankenschwestern können da nur Tipps geben oder ab und zu unterm Tag bei der Pflege helfen oder einmal mit ihnen pflegen, damit wir ihnen zeigen, wie sie sich leichter tun“ (DGKS, Z. 223-229)

Die Interviewten sind der Meinung, dass in einem Pflegeheim viel zu wenig Personal arbeitet und dadurch weniger Zeit für die Bedürfnisse der Bewohner vorhanden ist.

„Also ich glaub da ist zu wenig Fachpersonal da, zu viel Hilfspersonal und zu viel zu wenig Zeit eben, für den Einzelnen“ (SW2, Z. 430-432)

„Ich glaub da ist zu wenig wenig Personal. Ich bin oft hin gekommen, das Essen ist kalt am Tisch gestanden, wenn ich nicht hin gekommen wäre, hätten sie vielleicht das kalte Essen oder gar nichts bekommen. Das wäre weg genommen worden. Ah ... diese Sachen sind in eine Behinderteneinrichtung ah, sind nicht vorgekommen“ (SW2, Z. 412-417)

In einer Behinderteneinrichtung ist die Zahl der Betreuer wesentlich größer.

„Da hab ich schon ganz stark das Gefühl, dass ich für jeden Einzelnen mehr Zeit haben darf“ (BB2, Z. 449-451)

„Ich glaub es sind auch mehr Betreuer da in einer Behinderteneinrichtung“ (SW1, Z. 401-402)

Zusammenfassend lässt sich ableiten, dass in einer Behinderteneinrichtung andere Bewohner leben als in einem Pflegeheim. In einer Pflegeeinrichtung liegt der Fokus auf die pflegerische Versorgung betagter und hochbetagter Menschen, in Behinderteneinrichtungen auf die Betreuung geistig und mehrfach behinderter Personen aller Altersstufen.

Trotz relativ weniger Publikationen zu dieser Thematik entsprechen die dort gefundenen Angaben größtenteils dieser Passagen.

7 Diskussion und Schlussfolgerung

Die vorliegende Diplomarbeit soll einen Beitrag zum Verständnis der Thematik geistige Behinderung und Sachwalterschaft leisten sowie die unterschiedlichen Aufgabenbereiche und Einsatzgebiete von Behindertenfachkräften und Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern in der Behindertenarbeit näher bringen.

Der Begriff geistige Behinderung weist auf ein Defizit hin. Dies ist bei den Begriffsdefinitionen ersichtlich, da sie meistens defizitorientiert sind. Dennoch sollte der Begriff nicht auf die Schädigung, sondern auf ein Lernpotential der betroffenen Menschen hinweisen. Menschen mit einer geistiger Behinderung werden oft diskriminierend behandelt und nicht in die Gesellschaft eingegliedert. Es sind Menschen wie du und ich, mit dem Unterschied, doch ein bisschen anders zu sein. Die Wissenschaft aber auch die Medien sollten mehr Aufklärungsarbeit bezüglich geistiger Behinderung und psychischer Krankheiten liefern, damit die Bevölkerung mehr Toleranz entwickelt.

Behindertenbetreuer haben viele unterschiedlichste und weitgefächerte Aufgabenbereiche. Hinzu kommt, dass der Pflegebedarf geistig behinderter Menschen steigen wird. Die Behindertenbetreuer werden zunehmend mit pflegerischer Versorgung konfrontiert und müssen diese fachgerecht durchführen. Eine professionelle Pflege kann von Sonderpädagogischen Fachkräften nicht durchgeführt werden, da sie über Erkrankungen und physische Veränderungen im Alter nur wenig in der Ausbildung lernen. Hier stehen Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger im Mittelpunkt, die Experten in diesem Bereich sind. Behindertenbetreuer müssen sich entsprechendes Wissen und Kenntnisse von Pflegefachkräften holen, um nicht eine gefährliche Pflege durchzuführen. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nehmen eine spezielle Rolle im Behindertenbereich ein. Sie beraten, schulen, unterstützen und helfen Pädagogen bei pflegerischen Basisangelegenheiten. Arbeiten Pflegefachkräfte als Behindertenbetreuer, so sind sie ebenfalls auf Wissen der Pädagogen angewiesen, da sie nur unzureichend heilpädagogische Grundlagen über geistige Behinderungen sowie psychische Erkrankungen besitzen, um eine effiziente Betreuung zu erbringen.

Multiprofessionelle Teams ermöglichen zwar eine ganzheitliche Pflege und Betreuung von geistig und mehrfach behinderten Menschen, doch stellt sich hier die Frage, ob dies ein erstrebenswertes Ziel darstellt.

Dies sollte ein Denkanstoß sein, um in diesem Bereich eine neue Ausbildung zu entwickeln, damit der zukünftige Pflegebedarf von geistig behinderten Menschen gedeckt werden kann. Möglicherweise könnte eine kombinierte Ausbildung von Sonderpädagogik und Pflege entwickelt werden. Derzeit existiert zwar in der Ausbildung in den Sozialbetreuungsberufen ein Modul zur Erlangung bestimmter pflegerischer Kompetenzen in der Grundpflege und die Möglichkeit für Behindertenbetreuer mit einer anderen Ausbildung dieses ebenfalls zu absolvieren, die Pflege scheint in den meisten Behinderteneinrichtungen jedoch eher einen niedrigen Stellenwert zu besitzen. Vorstellbar wäre eine Zusatzqualifikation z.B. für Diplomierte psychiatrische Pflegepersonen mit heilpädagogischer Ausrichtung.

Es besteht ein wachsender Bedarf in der Pflegewissenschaft, den Alterungsprozess geistig behinderter Menschen, die damit verbundenen Veränderungen und den daraus resultierenden Pflegebedarf zu thematisieren, analysieren und zu erforschen, und ich hoffe, dass mehr Forscher dieses Thema aufgreifen und weiterverfolgen.

Die für diese Diplomarbeit gewählte Methode der empirischen Forschung war geeignet, um die Forschungsfragen zu beantworten. Dennoch ist eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse dieser Diplomarbeit nur bedingt möglich, da im Rahmen dieser Diplomarbeit nur eine kleine Stichprobe zur Datenerhebung verwendet werden konnte.

Die Gütekriterien der qualitativen Forschung wurden berücksichtigt, mit Ausnahme der Theoriebildung, da diese oft von Forschern kritisiert wird und die Autorin der Meinung war, das Ergebnis sonst zu verfälschen.

Die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern, Behindertenbetreuern und Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern in Behinderteneinrichtungen stellt eine wichtige Basis für die Versorgung von intellektuell und mehrfach behinderten Menschen dar. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen deutlich zu machen wie wichtig eine gute

Zusammenarbeit dieser einzelnen Berufsgruppen ist, um eine sichere sowie umfassende und ganzheitliche Betreuung von intellektuell und mehrfach behinderten Menschen zu gewährleisten. Umso besser die Zusammenarbeit funktioniert, umso besser ist die Zufriedenheit im beruflichen Umfeld und umso besser ist die Betreuung der Bewohner. Funktioniert die Zusammenarbeit nicht, sollte überlegt werden, wie mit den anderen Berufsgruppen über Änderungsmöglichkeiten gesprochen werden kann. Wichtig ist hier in erster Linie der richtige Umgang und eine offene Lösungsfindung von beiden Seiten.

Betrachtet man die gewonnenen Daten der empirischen Forschung, so lässt sich ein positives Ergebnis in der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen erkennen. Trotz einiger Probleme sind die interviewten Berufsgruppen bereit Änderungen anzunehmen, Kompromisse einzugehen und an einer Lösung zu arbeiten. Im Mittelpunkt steht das Wohl der besachwalteten Person. Eine Ausnahme stellt die Zusammenarbeit mit den Ärzten aus der Sicht der Behindertenbetreuer dar. Ärzte haben die Pflicht auch geistig behinderte Personen wie alle anderen Menschen gleich zu behandeln und medizinisch zu versorgen. Trotz gewisser Herausforderungen und möglicher Probleme im Verhalten behinderter Menschen dürfen sie nicht diskriminierend oder von einer notwendigen Behandlung ausgeschlossen werden. V.a. die Universität Witten thematisiert diese Problematik bereits in einigen Studien v.a. in Verbindung mit einem Krankenhausaufenthalt.

Die Betreuer geben in diesen Fällen an, einen anderen Facharzt aufzusuchen. Ob das eine geeignete Lösung darstellt, muss hinterfragt werden. Jeder Mensch, unabhängig von Geschlecht, Alter, Religion, Aussehen oder ethnischer Herkunft verdient es, ganzheitlich wahrgenommen zu werden und hat das Recht auf eine ordnungsgemäße Behandlung.

8 Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AußStrG	Außerstreitgesetz
et al.	lateinisch „und andere“
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern
K	Kategorie
ÖZVV	Österreichische zentrales Vertretungsverzeichnis
UbG	Unterbringungsgesetz
VSPBG	Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z.	Zeile

9 Literaturverzeichnis

Bücher, Buchbeiträge

Albert, M. (2010). Sachwalterschaft, Unterbringung, Bewohnerrechte. In Hofer, H. (Hrsg.), Alltag mit Behinderung. Ein Wegweiser für alle Lebensbereiche (S. 253-264). Wien, Graz: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Aschoff, R. (2010). Die Pflege geistig behinderter Menschen im Alter. In Ding-Greiner C. & Kruse A. (Hrsg.), Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis (S. 99-107). 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Barth, P. (2006). Die Reform des Schwalterrechts. In Bundesministerium für Justiz (Hrsg.), Recht und Würde im Alter (S. 181-200). Wien, Graz: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Barth, P. & Ganner, M. (2010). Grundlagen des materiellen Sachwalterrechts. In Barth, P. & Ganner, M. (Hrsg.), Handbuch des Sachwalterschaftsrechts. Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (S. 33-145). Wien: Linde Verlag.

Barth, P. & Dokalik, D. (2010). Personensorge. In Barth, P. & Ganner, M. (Hrsg.), Handbuch des Sachwalterschaftsrechts. Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (S. 147-269). Wien: Linde Verlag.

Barth, P. & Kellner, M. (2010): Die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger. In Barth, P. & Ganner, M. (Hrsg.), Handbuch des Sachwalterschaftsrechts. Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (S. 461-559). Wien: Linde Verlag.

Barth, P. & Kellner, M. (2010). Sachwalterverfahren. In Barth, P. & Mänhardt, A. (Hrsg.), Handbuch des Sachwalterschaftsrechts. Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (S. 561-596). Wien: Linde Verlag.

Bleeksma, M. (2009). Mit geistiger Behinderung alt werden. 3. Auflage, Weinheim, München: Juventa Verlag.

Ding-Greiner, C. & Kruse, A. (Hrsg.).(2010). Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Fischer, E. (Hrsg.).(2008). Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen. 2. Auflage, Oberhausen: ATHENA-Verlag.

Flick, U. (2002). Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten. In Schaeffer, D. & Müller-Mundt, G. (Hrsg.), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung (S. 203-220). 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Froschauer, U. & Lueger, M. (2003): Das qualitative Interview. Wien: Facultas Universitätsverlag.

Glanzer, A. (2009). Alternativen zur Sachwalterschaft. Band 7, Wien: LexisNexis Verlag Orac GmbH & Co KG.

Haveman, M. & Stöppler R. (2010). Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. 2. Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Hofer, H. (Hrsg.).(2010). Alltag mit Behinderung. Ein Wegweiser für alle Lebensbereiche. 7. Auflage, Wien, Graz: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Hofer, H.; Iser, W.; Miller-Fahringer, K. & Rubisch, M. (Hrsg.).(2006). Behindertengleichstellungsrecht. Graz: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Kolba, P. & Resetarits, P. (2007). Mein großer Rechts-Berater. 3. Auflage, Wien: Linde Verlag Wien Ges.m.b.H.

Lamnek, S. (2010). Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Lissmann, L. (2010). Ältere Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung in stationären Einrichtungen aus ärztlicher Sicht. In Ding-Greiner, C. & Kruse, A. (Hrsg.), Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter, Beiträge aus der Praxis (S. 83-91). 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Maurer, E. (2007). Das österreichische Sachwalterrecht in der Praxis. 3. Auflage, Wien: Manz Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH.

Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. 1. Auflage, Wien: Facultas Universitätsverlag.

Mayring, P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mehler-Wex, C. & Warnke, A. (2008). Medizinische Gesichtspunkte bei geistiger Behinderung. In Fischer, E. (Hrsg.), Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung, Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen (S. 169-183). 2. Auflage, Oberhausen: ATHENA-Verlag.

Müller-Mundt, G. (2002). Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung „Funktionaler Erzählungen“. In Schaeffer, D. & Müller-Mundt, G. (Hrsg.), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung (S. 269-284). 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Müller, I. & Prinz, M. (2010). Sachwalterschaft und Alternativen. Ein Wegweiser. 2. Auflage, Wien, Graz: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.

Müller, R. (2010). Einkommens- und Vermögensverwaltung. In Barth, P. & Ganner, M. (Hrsg.), Handbuch des Sachwalterschaftsrechts. Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (S. 33-145). Wien: Linde Verlag

Schorn, D. (2012). Grundzüge des Sachwalterrechts. Wien: Linde Verlag Wien.

Siering, U., Staender, J., & Bergner, E (2002). Leitfadenorientierte Interviews - Eine geeignete Methode zur Ergründung der Handlungsrelevanz von Therapiestandards in der Kardiologie?. In Schaeffer, D. & Müller-Mundt, G. (Hrsg.), Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung (S. 285-304). 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Speck, O. (2005). Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. 10. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Theunissen, G. (2002). Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Theunissen, G. (2005). Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Kompendium für die Praxis. 4. Auflage, Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag.

Zierl, H. P. (2007). Sachwalterrecht. Kurzkommentare. Wien: LexisNexis Verlag Orac GmbH & Co KG.

Broschüren, Zeitschriften

Barth, P. (2005). Der Rechtsanwalt als Sachwalter. Ein Überblick zur Rechtslage unter Berücksichtigung des KindRÄG 2001 und des neuen AußStrG. ÖJZ, 60 (4), 50 – 60

Barth, P. (2006). Das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 – die Reform im Überblick. Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (FamZ), 1 (3), 138 – 144.

Bensch, C. & Klicpera, C. (2002). Betreuer in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Ihre Ausbildung, Aufgaben, Rollenbilder und Betreuungsstile. Zeitschrift für Heilpädagogik, 1 (2), 63 – 68.

Bundesministerium für Justiz (Hrsg.).(2007). Sachwalterschaft. Wissenswertes für Betroffene, Angehörige und Interessierte. Wien: Druckerei im BMJ.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.).(2009). Behindertenbericht 2008. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderung in Österreich 2008. Wien: Büro Service Stelle A des BMASK.

Caritas der Erzdiözese Wien, Behinderteneinrichtungen (Hrsg.).(2010). Biografie - Arbeit. Leitfaden. Wien: Medienfabrik Graz.

Caritas der Erzdiözese Wien, Bereich Menschen mit Behinderung (Hrsg.).(2012). Leitbild. Wien: Verlag Bibliothek der Provinz.

Holub, F. (2011). Behindertenarbeit aus der Sicht der Pflege. Österreichische Pflegezeitschrift, 64 (6), 8 – 12.

Schauer, M. (2006). Vorsorgevollmacht und gesetzliche Angehörigenvertretung nach dem SWRÄG 2006. Neuerungen und praktisch relevante Probleme. FamZ, 1 (3), 148 – 153.

Schmubl, H. (2009). Etiketten. Begriffsgeschichtliche Betrachtungen zu den feinen Unterschieden in der Benennung von Menschen mit Behinderung. Orientierung, 73 (3), 7 – 12.

Theunissen, G. (2008). Geistige Behinderung und Lernbehinderung. Zwei inzwischen umstrittene Begriffe in der Diskussion. Geistige Behinderung, 47 (2), 127 – 136.

Online-Quellen:

Berger, E. (2006). Psychiatrische Hilfe für Menschen mit intellektueller Behinderung- Diagnostik, Therapie und strukturelle Bedingungen. S. 1-12
Zugriff am 19.12.2012 unter www.edumoodle.at/bidok

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2007). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), § 268, Abs. 1, 2, 3. - BGBl. I Nr. 92/2006. Von der Sachwalterschaft, der sonstigen gesetzlichen Vertretung und der Vorsorgevollmacht. Voraussetzungen für die Bestellung eines Sachwalters oder Kurator. Zugriff am 7.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2007). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), § 273, Abs. 1. - BGBl. I Nr. 92/2006. Bestellung. Zugriff am 13.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2007). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), § 275, Abs. 1, 2. - BGBl. I Nr. 92/2006. Rechte und Pflichten. Zugriff am 13.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2009). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), § 279, Abs. 5. - BGBl. I Nr. 52/2006. Besondere Vorschriften für die Sachwalterschaft. Auswahl des Sachwalters. Zugriff am 13.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2007). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), § 280, Abs. 1. - BGBl. I Nr. 92/2006. Geschäftsfähigkeit der behinderten Person. Zugriff am 13.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2007). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), § 281, Abs. 1, 2, 3. - BGBl. I Nr. 92/2006. Berücksichtigung des Willens und der Bedürfnisse der behinderten Person. Zugriff am 7.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2007). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), § 282. - BGBl. I Nr. 92/2006. Personensorge. Zugriff am 11.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2007). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), §§ 283, Abs. 2, 3. - BGBl. I Nr. 92/2006. Von der Sachwalterschaft, der sonstigen gesetzlichen Vertretung und der Vorsorgevollmacht. Voraussetzungen für die Bestellung eines Sachwalters oder Kurator. Zugriff am 7.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2007). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), § 284a, Abs. 1, 2. - BGBl. I Nr. 92/2006. Zugriff am 13.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2010). Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB), § 284c, Abs. 1, 2. BGBl. I Nr. 135/2009. Zugriff am 7.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2005). Außerstreitgesetz (AußStrG), § 119. BGBl. I Nr. 111/2003. Verfahrenssachwalter. Zugriff am 7.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2006). Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG), § 3. BGBl. I Nr. 82/2005. Behinderung. Zugriff am 11.11.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2006). NÖ Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung, § 7, Abs. 1, 2, 3. 9200/8-0. Personelle Voraussetzungen. Qualifikation. Zugriff am 20.11.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2007). Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz (VSPBG), § 4, Abs. 1, 2, 3. BGBl. I Nr. 92/2006. Verfahrenssachwalter. Zugriff am 14.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundeskanzleramt/RIS - Rechtsinformationssystem des Bundes (2010). Unterbringungsgesetz (UbG), § 36, Abs. 2. BGBl. I Nr. 18/2010. Zugriff am 14.10.2012 unter www.ris.bka.gv.at

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe – BAGÜS (2007). Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2005 und 2006
Zugriff am 3.11.2012
<http://www.lwl.org/LWL/Soziales/BAGues/>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI (2013). ICD-10-GM Version 2013
Zugriff am 19.12.2012
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/index.htm>

Statistik Austria (2012). Lebenserwartung bei der Geburt 1970 bis 2011 nach Bundesländern und Geschlecht
Zugriff am 3.11.2012
http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html

Weltgesundheitsorganisation WHO (2012). Definition des Begriffs „geistige Behinderung“

Zugriff am 11.11.2012

<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

Unveröffentlichte Berichte

Buchberger, M. (1992). Entwicklung einer zentralen Geschäftsstelle der Sachwalterschaft in der Südbahngegend. Abschlussarbeit, St. Pölten.

Caritas der Erzdiözese Wien (2012). Tagesstätte Lanzendorf Konzept. Arbeitskreis Caritas Lanzendorf, Lanzendorf.

Caritas der Erzdiözese Wien (2011). Wohnhaus Elisabeth Konzept. Arbeitskreis Caritas Lanzendorf, Lanzendorf.

Caritas der Erzdiözese Wien (2012). Wohnhaus Franziska mit WG und Pavillon Konzept. Arbeitskreis Caritas Lanzendorf, Lanzendorf.

Busch, S., Dolejsi, K., Geringer, M., & Mirzaei, E. (2012). Medizinischer Leitfaden. Caritas Lanzendorf, Lanzendorf.

Schuster, K. (1996). Chronik der heutigen Caritaseinrichtung in Lanzendorf (vormals Caritasheim „Maria Frieden“). Lanzendorf.

10 Anhang

Anhang 1: Ausgehändigte Information an die Interviewpartner

Anhang 2: Gesprächsprotokoll

Anhang 3: Interviewleitfaden Sachwalter

Anhang 4: Interviewleitfaden Behindertenbetreuer

Anhang 5: Interviewleitfaden Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

Anhang 6: Interviewleitfaden Leitung

Anhang 7: Auszug aus einem Transkript

Anhang 8: Auszug aus der Datenauswertung

Anhang 9: Curriculum Vitae

Anhang 1: Ausgehändigte Information an die Interviewpartner

Erläuterung zu den geführten Interviews

In meiner Diplomarbeit für mein Studium Pflegewissenschaft an der Universität Wien, möchte ich die Zusammenarbeit zwischen SachwalterInnen, BehindertenbetreuerInnen, ÄrztInnen, Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/pflegern im Behindertenwohnheim von intellektuell und mehrfach behinderten Menschen analysieren.

Als angehende Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester ist es mir ein Anliegen, diese unterschiedlichen Arbeitsbereiche in der Behindertenarbeit darzustellen, mögliche Probleme aufzuzeigen und eventuell Lösungsvorschläge zu entwickeln.

Meine Diplomarbeit soll einen Beitrag zum Verständnis der Thematik Sachwalterschaft leisten und die unterschiedlichen Aufgabenbereiche und Einsatzgebiete von Behindertenfachkräften in der Behindertenarbeit näher bringen. Ein weiterer Schwerpunkt umfasst den Stellenwert der Pflege beziehungsweise des Pflegepersonals in der Behindertenarbeit.

Um zu realistischen Ergebnissen in meiner Forschungsarbeit zu gelangen, sind Interviews notwendig.

Es werden maximal acht qualitative, halb standardisierte Experteninterviews mit SachwalterInnen, BehindertenbetreuerInnen und Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern/pflegern durchgeführt.

Die gewonnen Interviews werden transkribiert, kodiert und analysiert. Weshalb eine **Tonbandaufnahme während des Interviews** notwendig ist.

Die geplante Dauer der Interviews variiert zwischen 30 und 60 Minuten.

Da ich Sie, vor dem Hintergrund persönlicher Erfahrungen, als Experte beurteile, erhoffe ich mir aus den Interviews aufschlussreiche, interessante und auch verwertbare Informationen zu erhalten.

Hiermit versichere ich Ihnen die **Anonymität** des Interviews. Die gewonnen Daten dienen ausschließlich meiner Diplomarbeit und werden nicht an Dritte weiter gegeben.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft das Interview zu führen!

Ulrike Scheibenbauer

Anhang 2: Gesprächsprotokoll

Name des Interviewten _____

Interview geführt am _____

- Zustandekommen des Interviews
- Milieubedingungen
(Gebäude, Einrichtung, Empfang, beobachtete Interaktionen)
- Rahmenbedingungen
(Zeit, Dauer, Raum, Anwesende)
- Bemerkung zum Gesprächsverlauf, Gesprächsdynamik, Auffälligkeiten
- Besonderheiten an der Interviewsituation
- Störfaktoren
- Was geschah vor/nach der Tonbandaufnahme?
- Eigene Empfindung

Anhang 3: Interviewleitfaden Sachwalter

Informationen zum Interviewpartner

- Ausbildung
- Welche Form der Sachwalterschaft?
- Wie viele Klienten betreuen Sie als Sachwalter?
- Wie lange Sachwalter?

Interviewleitfaden

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Behindertenbetreuern und Sachwaltern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Krankenschwestern und Sachwaltern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Sachwaltern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Was unterscheidet eine Behinderteneinrichtung von einem Pflegeheim?

Angang 4: Interviewleitfaden Behindertenbetreuer

Informationen zum Interviewpartner

Ausbildung

Wie lange Behindertenbetreuer?

Wie lange in dieser Einrichtung?

Interviewleitfaden

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Behindertenbetreuern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und Behindertenbetreuern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Behindertenbetreuern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Welche pflegerischen Tätigkeiten müssen Behindertenbetreuer von geistig behinderten Menschen im Behindertenwohnbereich durchführen?

Was unterscheidet eine Behinderteneinrichtung von einem Pflegeheim?

Anhang 5: Interviewleitfaden Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

Informationen zum Interviewpartner

Wie lange Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester?

Wie lange in dieser Einrichtung?

Interviewleitfaden

Welche Aufgaben haben diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern im Behindertenwohnheim?

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Gesundheits- und Krankenschwestern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Behindertenbetreuern und Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Welche pflegerischen Tätigkeiten müssen Behindertenbetreuer von geistig behinderten Menschen im Behindertenwohnbereich durchführen?

Was unterscheidet eine Behinderteneinrichtung von einem Pflegeheim?

Anhang 6: Interviewleitfaden Leitung

Informationen zum Interviewpartner

Welche Ausbildung?

Wie lange in dieser Position?

Interviewleitfaden

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und Behindertenbetreuern aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Sachwaltern und der Wohnhausleitung aus?

positive/negative Erfahrungen

Änderungsvorschläge

Wie erfolgt die Aufnahme in das Behindertenwohnheim?

Wer übernimmt die Kosten für den Heimaufenthalt?

Welche Unterschiede bestehen zwischen Behindertenheim und Pflegeheim?

Anhang 7: Auszug aus einem Transkript

7 I: *Also, ok. Wie sieht denn die denn jetzt die Zusammenarbeit mit den*
8 *Behindertenbetreuern aus?*

9 S1: Naja, wenn ich jetzt auf meine langjährige Tätigkeit zurückschau, sehr
10 unterschiedlich. ... Ah manchmal hat es sehr gut funktioniert, .. und ich muss
11 sagen und manchmal überhaupt nicht. Und vor allem wenn ich jetzt an das
12 große Heim in (Ort Anonym) denk ____ ich Klienten immer gehabt hab, hats
13 Zeiten gegeben wo die Fluktuation der Betreuer ja sehr groß war und kaum
14 hab ich eine Betreuerin kennen gelernt, ist schon die nächste Betreuerin
15 gekommen. Und das ist natürlich sehr negativ hat sich das dann auch für
16 die Klienten ausgewirkt. Aber ... ich hab Betreuerinnen gehabt die haben mich
17 über alles informiert jetzt, wenn sie Begleitung gebraucht haben, wenn wenn
18 sie weg gefahren sind, wenns den Klienten schlecht gegangen ist, dann habens
19 mich angerufen und ich bin hin gegangen und hab vermehrte ah Hausbesuche
20 gemacht. .. Es hat auch Betreuerinnen gegeben wo ich überhaupt nichts gehört
21 hab obwohl ich dann x-Mal angerufen hab was gibt's was ist notwendig wie
22 schauts aus und ... wies bei mir halt immer war ich hab eigentlich so 14täg
23 Hausbesuche gemacht im Heim.

24 I: *Und da sind natürlich die Bezugsbetreuer jetzt nicht immer da.*

25 S1: Da sind sie nicht immer da, das ist das Problem weil sie ja vormittags sind
26 und nachmittags sind und ah ich .. ich hab auch jetzt Klienten noch die
27 meisten im im Heim (Ort anonym). Da fahr ich dann nach (Ort anonym) zuerst
28 in weil die die meisten auf dort in der (Werkstatt anonym) arbeiten und schau
29 was sich dort abspielt, weil mich das natürlich auch interessiert wies den
30 Klienten dort geht. Und die mit den Klienten wieder ganz andere Erfahrungen
31 machen als die Betreuerinnen im Heim dann, ah wo ich in (Ort anonym) dann
32 sehe mit der Bekleidung hats nicht geklappt, wie die angezogen waren. Also
33 das hat mich ungemein geärgert, also wirklich ich hab denen Bekleidung
34 gekauft und die haben dann was gestreiftes zu was gemusterten. Und und die
35 die Größen haben dann nicht gepasst. Also von daher gesehen wars auch
36 wichtig, das ich das kennen gelernt hab und was die Betreuerinnen auch dort
37 in der Gruppe gemacht haben, ja.

Anhang 8: Auszug aus der Datenauswertung

IP	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Unterkategorie	Kategorie
S1	9, 10, 11	Unter meiner langjähriger Tätigkeit unterschiedliche Zusammenarbeit	Unter langjähriger Tätigkeit unterschiedliche Zusammenarbeit	UK1: Unterschiedliche Zusammenarbeit	K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwalter und Betreuern
S1	13	Fluktuation der Betreuer war sehr groß	Betreuerfluktuation groß	UK3: Ständiger Personalwechsel	K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwalter und Betreuern
S1	13, 14, 15	Kaum einmal Betreuer kennen gelernt, kam schon wieder der nächste Betreuer	Betreuer kennen gelernt, dann kam schon der nächste	UK3: Ständiger Personalwechsel	K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwalter und Betreuern
S1	15, 16	Hat sich für Klienten negativ ausgewirkt	Negative Auswirkung für Klienten	UK4: negative Auswirkung auf Klienten	K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwalter und Betreuern
S1	16, 17, 18	Es gab Betreuer, die mich über alles informiert haben, benötigte Begleitung und Krankheit der Klienten	Einige Betreuer informierten über alles	UK2: Gute Zusammenarbeit	K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwalter und Betreuern
S1	19, 20	Habe ich vermehrte Besuche durchgeführt	Vermehrte Besuche durchgeführt	UK5: Besuche	K8: Aufgaben der Sachwalter
S1	20, 21, 22	Es gab Betreuer die mich nicht informiert haben, obwohl ich oft angerufen habe	Einige Betreuer informierten nicht	UK6: keiner Information von Betreuer	K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwalter und Betreuern
S1	22, 23	Ich habe 14tägige Besuche durchgeführt	14tägige Besuche		K8: Aufgaben der Sachwalter
S1	24, 25	Bezugsbetreuer nicht immer anwesend bei den Besuchen durch unterschiedliche Dienste	Bezugsbetreuer durch unterschiedliche Dienste nicht immer anwesend	UK7: Bezugsbetreuer nicht immer anwesend	K1: Zusammenarbeit zwischen Sachwalter und Betreuern
S1	27, 28, 29	Zuerst besuche ich Klienten in der Werkstatt, dann im Heim, weil ich wissen will wie ihnen dort geht	Zuerst Besuch in der Werkstatt, dann im Heim		K8: Aufgaben der Sachwalter
S1	31, 32, 33	In der Werkstatt sehe ich, dass die Klienten nicht richtig angezogen waren und das ärgert mich	In der Werkstatt aufgefallen, dass Klienten nicht ordnungsgemäß angezogen waren	UK8: passendes Gewand auszuwählen	K9: Aufgaben der Betreuer
S1	33, 34	Ich hab Bekleidung gekauft	Kleidung gekauft	UK9: Geld bereitstellen	K9: Aufgaben des Sachwalter
S1	34	Klienten haben gestreiftes und gemustertes angehabt	Gesteiftes Gewand zu gemusterten		K9: Aufgaben der Betreuer
S1	34, 35	Die Größen haben nicht gepasst	Größe der Kleidung nicht gepasst		K9: Aufgaben der Betreuer

Anhang 9: Curriculum Vitae

Ulrike Scheibenbauer

Geburtsdatum, -ort:

22. Juli 1986, Kittsee (Burgenland)



Bildungsweg

1992 – 1996	Volksschule Barmherzige Schwestern, Wien
1996 – 2000	Bundesrealgymnasium Schopenhauerstraße, Wien
2000 – 2005	Fachprüfung, Reife- und Diplomprüfung an der Höhere Bundeslehranstalt für Mode und Bekleidungstechnik, Wien
2005 – 2006	Studium der Betriebswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität Wien
Seit 2006	Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien
2006 – 2012	Mitbelegung an der Medizinischen Universität Wien
Seit 2010	Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester an der Pflegeakademie der Barmherzigen Brüder Wien

Berufliche Tätigkeiten

Juli 2003	Praktikum in einer Schneiderei
2004 – 2006	Tätigkeiten im Verkauf und Kundenbetreuung in der Modebranche
Juli 2009	Praktikum bei der Caritas der Erzdiözese Wien, Behinderteneinrichtung Lanzendorf Tätigkeiten in der Betreuung von Menschen mit intellektueller und mehrfacher Behinderung
August 2009	Praktikum im Landespflegeheim Himberg Tätigkeiten in der Seniorenbetreuung
September 2009 – September 2010	Caritas der Erzdiözese Wien, Behinderteneinrichtung Lanzendorf Tätigkeiten in der Betreuung von Menschen mit intellektueller und mehrfacher Behinderung