

Zwischen Selbst- und Fremdbestimmung

Eine qualitative Studie zur Selbstbestimmung aus Perspektive
der Fachpersonen in besonderen Wohnformen

Inauguraldissertation

zur Erlangung des

Doktorgrades der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.)

an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der

Vinzenz Pallotti University Vallendar

vorgelegt von:

Christina Anna Hajek

Erstgutachterin:

Prof.in i.K. Dr. rer. cur. Brigitte Anderl-Doliwa

Zweitgutachter:

Prof. Dr. med. Markus Steffens

vorgelegt im August 2023

Für meine Familie

Danksagung

Auf meinem Weg zu dieser Arbeit haben mich einige Menschen begleitet, denen ich hier ganz herzlichen Dank aussprechen möchte. Zuallererst Frau Prof.in Dr. rer. cur. Brigitte Anderl-Doliwa, die mir diesen Weg aufgezeigt und ermöglicht hat. Die einwandfreie Betreuung im Schreibprozess, die Unterstützung und die vielen lehrreichen Gespräche waren für mich von großem Wert. Dafür bedanke ich mich herzlich.

Mein Dank gilt auch Prof. Dr. med. Markus Steffens, der mir insbesondere im Punkt „Begegnung, Haltung und Beziehungsgestaltung“ wichtige Perspektiven aufgezeigt hat. Ein besonderer Dank gilt den teilnehmenden Bewohnenden, Kolleginnen und Kollegen der Einrichtung der Eingliederungshilfe. Ohne eure Unterstützung wäre diese Arbeit nicht durchführbar gewesen. Danke für eure Bereitschaft, mich in eure Leben zu lassen. Danke an die Arbeitsgruppe der VPU um Frau Prof.in Dr. rer. cur. Brigitte Anderl-Doliwa für die kollegiale Beratung, Unterstützung und den Gedankenaustausch zu allen Herausforderungen im Rahmen dieser Arbeit.

Danke an meine Mutter Sabine Hajek, die mir das alles ermöglicht hat. Du hast mich bedingungslos auf allen Wegen motiviert und unterstützt. Danke für deinen Glauben an mich. Danke an meinen Partner und Ehemann Christian Michael Renner. Ohne deine grenzenlose Unterstützung wäre diese Arbeit niemals fertig geworden. Danke, dass du für mich da warst – auch als die Zeiten schwieriger wurden. Danke für deine beständige Ermutigung.

Ein Dank auch an Frank Voss für die Unterstützung und Beratung. Ein besonderer Dank geht an meine Freunde Sarah, Daniel und Marian und alle anderen Menschen, die mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
Abstract	XI
Zusammenfassung	XII
1. Einleitung	1
1.1 Problemstellung der Arbeit.....	1
1.2 Hinweise zur Verwendung bestimmter Begriffe und zur Lesbarkeit	3
1.3 Einbettung in das Forschungsprojekt ‚VISION-RA‘	4
1.4 Besondere Umstände und Restriktionen im Zusammenhang mit dieser Arbeit	4
1.4.1 Hinweise zur Forschung im Rahmen der COVID-19-Pandemie.....	4
1.4.2 Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar	7
1.5 Aufbau der Arbeit.....	8
2. Theoretischer Rahmen	9
2.1 Selbstbestimmung.....	9
2.1.1 Selbstbestimmung in der Philosophie.....	10
2.1.2 Rahmenbedingungen von Selbstbestimmung.....	12
2.1.3 Abgrenzung des Begriffs ‚Selbstbestimmung‘ von anderen Begriffen	15
2.1.4 Selbstbestimmungstheorie	17
2.1.5 Quantitative Instrumente zur Messung der Selbstbestimmung	22
2.2 Wohnen im Kontext der psychiatrischen Versorgung.....	24
2.2.1 Sozialpsychiatrie	25
2.2.2 Paradigmenwechsel	26
2.2.3 Angebote und Strukturen der Gemeindepsychiatrie.....	28
2.2.3.1 Finanzierung	29
2.2.4 Stationäre Wohnformen in der Gemeindepsychiatrie.....	32
2.2.5 Selbstbestimmung in stationären Wohnformen.....	36

2.3 Sorgebeziehungen im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung	43
2.3.1. Interpersonale Beziehungen nach Peplau	43
2.3.2 Machtungleichgewichte in Sorgebeziehungen	46
2.3.3 Ethische Überlegungen zu Selbst- und Fremdbestimmung in Sorgebeziehungen	50
2.3.4 Professionelle Sorgebeziehungen	54
3. Fragestellung und Ziel.....	65
4. Empirischer Teil	66
4.1 Forschungsdesign	66
4.2 Forschungsethische Überlegungen und ethisches Clearing.....	66
4.3 Systematische Literaturanalyse	69
4.3.1 Überblick über die ausgewählte Literatur.....	76
4.3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturanalyse.....	79
4.4 Methoden der Datenerhebung	81
4.4.1 Teilnehmende Beobachtung	81
4.4.2 Leitfadengestütztes Interview	83
4.5 Sampling.....	84
4.5.1 Wahl der Einrichtung.....	84
4.5.2 Teilnehmende der teilnehmenden Beobachtung.....	85
4.5.3 Interviewte Personen	86
4.6 Durchführung.....	87
4.6.1 Durchführung der leitfadengestützten Interviews.....	87
4.6.2 Transkription der Interviews.....	88
4.6.3 Reflexion der Interviews.....	89
4.6.4 Reflexion der teilnehmenden Beobachtung	89
4.7 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	91
4.7.1 Methoden-Triangulation	93
4.7.2 Computergestützte Daten- und Textanalyse	94
4.7.3 Kategoriensystem	95
5. Ergebnisse der empirischen Forschung.....	99
5.1 Verständnis von Selbstbestimmung.....	99
5.1.1 Definition der Mitarbeitenden von Selbstbestimmung.....	100
5.1.2 Grenzen der Selbstbestimmung	100

5.1.3 Problembewusstsein für Fremdbestimmung in stationären Wohnformen	101
5.1.4 Selbstbestimmung für selbstständige Menschen	101
5.1.5 Zurückhaltung vor Überfürsorge	102
5.1.6 Selbstbestimmung als vertraglich zugesicherte Leistung	103
5.1.7 Bedeutung der Selbstbestimmung	103
5.1.8 Einfluss der Ausbildung	104
5.1.9 Selbstbestimmung als Arbeitsauftrag	104
5.2 Positiv auf die Selbstbestimmung wirkende Faktoren	105
5.2.1 Freiheiten	105
5.2.2 Beziehung	111
5.2.3 Kompetenzen und Eigenschaften von Bewohnenden.....	117
5.2.4 Zugehörigkeit.....	130
5.2.5 Unterschiede zwischen Beobachtungen und Interviews.....	134
5.3 Negativ auf die Selbstbestimmung wirkende Faktoren.....	134
5.3.1 Bevormundung	135
5.3.2 Führen und Steuern.....	138
5.3.3 Fremdbestimmung	142
5.3.4 Institutionelle Rahmenbedingungen	147
5.3.5 Fehlen von Fremdunterstützung	151
5.3.6 Finanzielle Situation	156
5.3.7 Das professionelle Team.....	159
6. Kritische Reflexion	168
7. Deutung und Diskussion der Ergebnisse.....	170
7.1 Verständnis der Mitarbeitenden von Selbstbestimmung	170
7.1.1 Definition der Mitarbeitenden von Selbstbestimmung.....	171
7.1.2 Durch die Mitarbeitenden gesetzte Grenzen der Selbstbestimmung	171
7.1.3 Problembewusstsein für Fremdbestimmung in stationären Wohnformen	172
7.1.4 Selbstbestimmung nur für selbstständige Menschen.....	173
7.1.5 Zurückhaltung vor Überfürsorge	173
7.1.6 Selbstbestimmung als vertraglich zugesicherte Leistung	174
7.1.7 Bedeutung der Selbstbestimmung	174
7.1.8 Einfluss der Ausbildung auf das Verständnis von Selbstbestimmung	175

7.1.9 Selbstbestimmung ist der Arbeitsauftrag.....	175
7.2 Positiv auf die Selbstbestimmung wirkende Faktoren	177
7.2.1 Freiheiten	177
7.2.2 Beziehung	180
7.2.3 Kompetenzen und Eigenschaften von Bewohnenden.....	183
7.2.4 Zugehörigkeit.....	188
7.2.5 Unterschiede zwischen Beobachtungen und Interviews.....	190
7.3 Negativ auf die Selbstbestimmung wirkende Faktoren	190
7.3.1 Bevormundung	191
7.3.2 Führen und Steuern.....	191
7.3.3 Fremdbestimmung	193
7.3.4 Institutionelle Rahmenbedingungen	195
7.3.5 Fehlende Fremdunterstützung	196
7.3.6 Finanzielle Situation	197
7.3.7 Das professionelle Team.....	198
8. Fazit und Empfehlungen für die psychiatrische Pflegepraxis.....	201
Literatur	207
Anhang.....	227
Anhang A: Verwendete Software.....	227
Anhang B: Informationen für Teilnehmende	228
Anhang C: Einwilligungserklärung	231
Anhang D: Transkripte.....	232
Anhang E: Beobachtungsprotokolle	232

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1 AUFBAU DER SELBSTBESTIMMUNGSTHEORIE IN ANLEHNUNG AN DECI UND RYAN (2013).....	18
TABELLE 2 ARTIKEL 19 DER UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION (2006), EIGENE DARSTELLUNG	27
TABELLE 3 THEMENBEREICHE UND DATENBANKÜBERGREIFEND GENUTZTE SUCHBEGRIFFE, EIGENE DARSTELLUNG.....	70
TABELLE 4 EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN, EIGENE DARSTELLUNG	70
TABELLE 5 AUSGEWÄHLTE LITERATUR, EIGENE DARSTELLUNG	78
TABELLE 6 BEOBACHTUNGSEINHEITEN, -KRITERIEN UND -DIMENSIONEN, BEOBACHTERIN, EIGENE DARSTELLUNG.....	82
TABELLE 7 INKLUSIONS- UND EXKLUSIONSKRITERIEN DER TEILNEHMENDEN BEOBACHTUNG, EIGENE DARSTELLUNG	86
TABELLE 8 INKLUSIONS- UND EXKLUSIONSKRITERIEN DER INTERVIEWS, EIGENE DARSTELLUNG.....	87
TABELLE 9 INHALTSANALYTISCHES ABLAUFMODELL ANGELEHNT AN MAYRING (2015).....	92
TABELLE 10 KATEGORIENSYSTEM, EIGENE DARSTELLUNG	98

Abbildungsverzeichnis

SELBSTBESTIMMUNGSKONTINUUM NACH DECI UND RYAN (1985), EIGENE DARSTELLUNG.....	21
DIMENSIONEN DER SOZIALPSYCHIATRIE, EIGENE ABBILDUNG	26
MERKMALE DER GEMEINDEPSYCHIATRIE, EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN SCHÄDLE-DEININGER & WEGMÜLLER, 2016	29
BERUFSGRUPPENÜBERGREIFENDE KOMPETENZEN, EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN KONRAD & ROSEMAN, 2016)	35
PRINZIPIEN DER SELBSTBESTIMMUNG IN ANLEHNUNG AN KENNEDY UND LEWIN (2004), EIGENE DARSTELLUNG	38
ASPEKTE DER SELBSTBESTIMMUNG IN ANLEHNUNG AN WALDSCHMIDT (2012), EIGENE DARSTELLUNG	41
EINFLUSSFAKTOREN IN BEZUG AUF DIE SELBSTBESTIMMUNG IN ANLEHNUNG AN BUCHGRABER UND KERSCHBAUMER (2020), EIGENE DARSTELLUNG	42
PHASEN DER PFLEGE-PATIENTINNEN/PATIENTEN-BEZIEHUNG NACH PEPLAU (VGL. 1995), EIGENE ABBILDUNG.....	45
GRUNDKONFLIKT DER PSYCHIATRISCHEN PRAXIS (VGL. STEINERT, 2001), EIGENE DARSTELLUNG.....	50
DAS ETHISCHE KOORDINATENSYSTEM (NEEDHAM & RUHMANN, 2012, S. 137FF).	52
EINFLUSSFAKTOREN DER BEWERTUNG ETHISCH-MORALISCHER PROBLEME IN DER PFLEGE (VGL. SCHÄDLE-DEININGER, 2014), EIGENE DARSTELLUNG.....	53
LEITPRINZIPIEN VON RECOVERY (VGL. SAMHSA, 2012), EIGENE DARSTELLUNG UND EIGENE ÜBERSETZUNG	57
SCHLÜSSELWERTE RECOVERY-ORIENTIERTER EINRICHTUNGEN (VGL. FARKAS ET. AL, 2005), EIGENE DARSTELLUNG	59
RECOVERY-FÖRDERLICHE EIGENSCHAFTEN IN ANLEHNUNG AN BEDREGAL, O'CONNELL UND DAVIDSON (VGL. 2006), EIGENE DARSTELLUNG	60
RECOVERY-HINDERLICHE FAKTOREN IN ANLEHNUNG AN AMERING UND SCHMOLKE (2015), EIGENE ABBILDUNG	60
PROZESSVARIABLEN DER RECOVERY (VGL. LEAMY ET AL, 2011), EIGENE DARSTELLUNG.....	62
VORGEHENSWEISE IM ZUGE DER LITERATURRECHERCHE, EIGENE DARSTELLUNG.	71
HIERARCHISCHES CODE-SUBCODE-MODELL ZUM VERSTÄNDNIS VON SELBSTBESTIMMUNG, EIGENE DARSTELLUNG	99
VERGLEICH DES VERSTÄNDNISSES VON SELBSTBESTIMMUNG VON PFLEGEFACHPERSONEN UND HEILERZIEHUNGSPFLEGENDEN, EIGENE ABBILDUNG	104
UNTERSCHIEDE ZWISCHEN BEOBACHTUNGEN UND INTERVIEWS, EIGENE DARSTELLUNG.....	134

Abkürzungsverzeichnis

Assertive Community Treatment (ACT)

Black, Indigenous and People of Color (BIPoC)

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

Bundesgerichtshof (BGH)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Bundesverfassungsgerichts (BVerfG)

Case Management (CM)

Community Mental Health Nurses (CMHNs)

Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft e.V. (DGfE)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Eingliederungshilfe (EGH)

Grundgesetz (GG)

Intensive Case Management (ICM)

Interpersonelle gemeindepsychiatrische Behandlung (ICPT)

Katholische Hochschule Mainz (KH Mainz)

Measure of Psychological Needs Satisfaction (MPNS)

Pflegeberufegesetz (PflBG)

Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)

Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG)

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar (PTHV)

Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)

Recovery Oriented Mental Health Programs (ROMPH)

Scale of Psychological Well-Being (SPWB)

Self-Determination Index (SDI)

Sozialgesetzbuch (SGB)

Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi)

Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA)

Teilnahme an einer selbstbestimmten Versorgung (SDC-Intervention)

UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

World Health Organisation (WHO)

Abstract

How self-determined are people in specialized forms of housing? The aim of this dissertation is to answer which aspects promote and restrict the self-determination of residents in residential care. What do staff members understand by self-determination? Are there differences between observation and their self-disclosure? To answer these questions, a qualitative approach of participant observation and guided interviews was chosen. For this purpose, a group home in the Federal Republic of Germany was selected. About 30 people with psychiatric diagnoses live in this facility.

The staff in residential care have their own, short definition of self-determination and attach great importance to it. They point out limits and have an awareness of the challenges of living in an institution. Staff members associate self-determination with independence and conclude that self-determination is only possible for independent people. They propagate restraint and see self-determination as their work assignment. Vocational training has an influence on the understanding of self-determination. Aspects that positively effect self-determination are various freedoms, relationships, the residents' competences and belonging to a group. The aspects negatively affect on self-determination are staff paternalism, leading and controlling residents, external determination, and lack of external support. In addition, institutional framework conditions and the professional team play a role. The residents' financial situation also has an influence on their self-determination.

This shows that self-determination is very important to staff in residential care, but that their actions also restrict or even make it impossible. Based on this dissertation, the recommendation can be derived that the self-determination of the residents of inpatient residential facilities should be placed more strongly at the center of daily work to enable them to lead a self-determined life.

Zusammenfassung

Wie selbstbestimmt sind Menschen in besonderen Wohnformen? Das Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, zu beantworten, durch welche Aspekte die Selbstbestimmung von Bewohnenden stationärer Wohnformen gefördert und eingeschränkt wird. Zudem soll geklärt werden, was die Mitarbeitenden unter Selbstbestimmung verstehen und ob es Unterschiede zwischen Beobachtung und ihrer Selbstauskunft gibt. Um diese Fragen zu beantworten, wurde eine qualitative Herangehensweise aus teilnehmender Beobachtung und leitfadengestützten Interviews gewählt. Zur Untersuchung dieser Fragestellungen wurde eine besondere Wohnform in der Bundesrepublik Deutschland ausgewählt, in der rund dreißig Menschen mit psychiatrischen Diagnosen leben.

Die Mitarbeitenden in stationären Wohnformen haben eine eigene und kurze Definition von Selbstbestimmung und rechnen dieser eine große Bedeutung zu. Sie verbinden Selbstbestimmung mit Selbstständigkeit und sind der Meinung, dass Selbstbestimmung nur für selbstständige Menschen möglich ist. Sie propagieren Zurückhaltung und sehen Selbstbestimmung als ihren Arbeitsauftrag an. Die Berufsausbildung hat einen Einfluss auf das Verstehen von Selbstbestimmung. Aspekte, die positiv auf die Selbstbestimmung wirken, sind verschiedene Freiheiten, die Beziehung, die Kompetenzen der Bewohnenden und die Zugehörigkeit zu einer Gruppe. Negativen Einfluss auf die Selbstbestimmung haben die Bevormundung durch Mitarbeitende, das Führen und Steuern von Bewohnenden, die Fremdbestimmung sowie das Fehlen von Fremdunterstützung. Hinzu kommen die institutionellen Rahmenbedingungen und das professionelle Team. Auch die finanzielle Situation der Bewohnenden hat Einfluss auf ihre Selbstbestimmung.

Dies zeigt, dass die Selbstbestimmung zwar einen hohen Stellenwert bei Mitarbeitenden in stationären Wohnformen innehat, durch deren Handeln aber teilweise eingeschränkt oder gar verhindert wird. Ausgehend von dieser Dissertation lässt sich die Empfehlung ableiten, die Selbstbestimmung der

Bewohnenden stationärer Wohneinrichtungen stärker ins Zentrum der täglichen Arbeit zu stellen, um ihnen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

1. Einleitung

1.1 Problemstellung der Arbeit

„Der [Ess-]Tisch muss mit!“ So lautet die Aussage einer Mitarbeitenden aus der Gemeindepsychiatrie im Forschungsprojekt ‚VISION-RA‘, die der Ansicht war, der Psychiatrieerfahrene könne sein Essen nicht am Wohnzimmertisch einnehmen. Sie wirkte entschlossen, dem Menschen mit psychiatrischer Diagnose ihre Vorstellung von der idealen Nahrungsaufnahme aufzudrängen – und war damit erfolgreich.

Die Förderung der Selbstbestimmung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen stellt ein fundamentales Ziel einer inklusiven Gesellschaft dar. In den letzten fünf Jahrzehnten wurden die Bemühungen verstärkt, die individuellen Rechte und Entscheidungsfreiheiten von Menschen in allen Lebensbereichen zu stärken. Eingebettet in Art. 2 Abs. 1 (Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit) und Art. 3 Abs. 3 (keine Benachteiligung von Menschen mit Behinderung) des deutschen Grundgesetzes nimmt die Selbstbestimmung einen zentralen Stellenwert ein. Auch im Sozialgesetzbuch (SGB) IX wird Menschen mit Behinderung die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zugesprochen. Der Fokus auf Selbstbestimmung birgt auch neue Herausforderungen für die Mitarbeitenden in besonderen Wohnformen und anderen gemeindepsychiatrischen Einrichtungen. Neben der Vielzahl an pädagogisch ausgebildeten Mitarbeitenden sind 19,9 % der Mitarbeitenden in besonderen Wohnformen Pflegefachpersonen (vgl. Jenderny, Schreiter & Steinhart, 2020).

Im Rahmen dieser Arbeit soll aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive die Selbstbestimmung der Bewohnenden untersucht werden. Eine kritische Überprüfung und die Anpassung bestehender Strukturen, Richtlinien und Prozesse sind erforderlich, um den Bedürfnissen der Bewohnenden gerecht zu werden und sie auf ihrem Genesungsweg zu begleiten. Mittels ethnografischer Feldforschung und Interviews mit Mitarbeitenden soll das Ausmaß der Selbstbestimmung von Bewohnenden sowie die Position bezüglich der Selbstbestimmung eingeordnet werden. Zudem wurde die qualitative Inhaltsanalyse eingesetzt, um das Verständnis der Mitarbeitenden von Selbstbestimmung sowie die Aspekte der Einrichtung, die förderlich bzw. hinderlich auf die Selbstbestimmung wirken, aus dem Datenmaterial zu extrahieren. Anschließend werden die Ergebnisse diskutiert und in Form einer Praxisempfehlung aufgearbeitet. Eine solch detaillierte

Untersuchung der Selbstbestimmung innerhalb einer Einrichtung wurde bisher in Deutschland nicht durchgeführt. Diese Arbeit schließt damit eine Lücke, trägt zur Verbesserung der Umsetzung der Rechte von Menschen mit psychiatrischer Diagnose bei und soll darauf aufmerksam machen, dass Bedürfnisse und Rechte bezüglich der Selbstbestimmung von Bewohnenden vermehrt in den Blick genommen werden müssen.

1.2 Hinweise zur Verwendung bestimmter Begriffe und zur Lesbarkeit

Um eine geschlechtergerechte Schreibweise sicherzustellen, wurden genderneutrale Varianten für Personen-, Gruppen- oder Funktionsbezeichnungen gewählt. Bei Begriffen, die nicht genderneutral formuliert werden können, wird ein Asterisk (*) zur besseren Lesbarkeit verwendet. Dieser ist ein Mittel zur Gendersensibilisierung in der deutschen Sprache. Angesprochen werden dadurch nicht nur weibliche und männliche Personen, sondern auch nicht binäre, divers geschlechtliche Personen (vgl. Fischer & Wolf, 2009).

Im folgenden Text werden Menschen mit seelischen Erschütterungen konsequent als ‚Psychiatrieerfahrene‘, ‚Menschen mit Psychiatrieerfahrung‘, ‚Menschen mit psychiatrischer Diagnose‘ oder ‚psychiatrieerfahrene Menschen‘ bezeichnet. Ausnahmen gelten für Übersetzungen oder Zitate. Mit dem Begriff ‚Psychiatrieerfahrene‘ sind Menschen gemeint, die eine psychiatrische Diagnose erhalten haben und aufgrund dieser medizinisch behandelt wurden. Dieser Begriff wurde gewählt, um einer Etikettierung (vgl. Link & Phelan, 2001) entgegenzuwirken. Durch die Herausstellung eines Merkmals (Menschen mit psychiatrischer Erkrankung) kommt es zu Vorurteilen, Abgrenzung und Statusverlust. Damit werden Machtkonstellationen und Diskriminierung ermöglicht. Die Bezeichnungen ‚Betroffene‘ und ‚psychisch Kranke‘ haben eine solche etikettierende Wirkung. Vor dem Hintergrund, dass alle Menschen im Laufe ihres Lebens mit seelischen Erschütterungen zu kämpfen haben und viele eine psychiatrische Diagnose erhalten, ist es wichtig, Veröffentlichungen so zu gestalten, dass der Unterschied zwischen ‚wir‘ und ‚sie‘ nicht verstärkt wird. Wird der Begriff ‚Psychiatrieerfahrene‘ verwendet, liegt der Fokus auf den einschlägigen Erfahrungen der Menschen. Diese sollen, angelehnt an das Recovery-Modell, als Chance der Weiterentwicklung begriffen werden. Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die in besonderen Wohnformen leben, werden in dieser Arbeit als ‚Bewohnende‘ bezeichnet. Gleichzeitig sind diese Menschen Nutzende der gemeindepsychiatrischen Angebote und Mietende des persönlichen Wohnraums.

Der Autorin dieser Dissertation ist bewusst, dass nach Butler (vgl. 2001) nur durch eine Veränderung der Sprache auch eine Veränderung in der Gesellschaft stattfinden kann.

1.3 Einbettung in das Forschungsprojekt ‚VISION-RA‘

Die vorliegende Arbeit wurde aus dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten und von der Katholischen Hochschule Mainz (KH Mainz) und der Hochschule Rhein-Main gemeinsam durchgeführten Forschungsprojekt ‚VISION-RA‘ entwickelt. Die Abkürzung ‚VISION-RA‘ leitet sich von ‚Video- und theatergestützte soziale Innovationen im Bereich Recovery-förderlicher Arbeitsbündnisse in der (Gemeinde-) Psychiatrie‘ ab (vgl. Anderl-Doliwa & Hajek, 2022). Fördermittelgeber ist die BMBF-Linie ‚FH-Sozial 2017‘. Für das Forschungsprojekt ist Prof. Dr. habil. Michael May von der Hochschule Rhein-Main in Wiesbaden verantwortlich. Weiterhin sind Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa (KH Mainz) und Prof. Dr. Margret Dörr beteiligt (ebd.).

Die teilnehmende Beobachtung wurde von der Autorin dieser Dissertation in ihrer Funktion als wissenschaftliche Mitarbeiterin innerhalb des BMBF-geförderten Projekts ‚VISION-RA‘ im Zeitraum von August 2019 bis Dezember 2022 durchgeführt. Ebenso wurden die darauf beruhenden Beobachtungsprotokolle in diesem Zeitraum angefertigt. Auch der Feldzugang wurde durch VISION-RA ermöglicht. Durch die Arbeit der Autorin als wissenschaftliche Mitarbeiterin wurde sie zufällig zwei Praxispartnern im Projekt zugeteilt. Diese waren eine Tagesstätte und eine besondere Wohnform der Eingliederungshilfe. Aufgrund des Forschungsinteresses wurde die stationäre Wohnform für dieses Vorhaben ausgewählt. Zum 31.12.2022 beendete die Autorin ihr Arbeitsverhältnis im Forschungsprojekt.

1.4 Besondere Umstände und Restriktionen im Zusammenhang mit dieser Arbeit

In diesem Kapitel wird auf die besonderen Umstände und Restriktionen hingewiesen, die diese Arbeit maßgeblich beeinflusst haben. Zum einen kam es zu der unvorhersehbaren COVID-19-Pandemie, zum anderen wurde die Stilllegung der pflegewissenschaftlichen Fakultät beschlossen.

1.4.1 Hinweise zur Forschung im Rahmen der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat zu einer gesamtgesellschaftlichen Ausnahmesituation geführt. Grenzsicherungen, Kontaktverbote, die zeitweise Stilllegung jeglichen öffentlichen Lebens sowie weitere Maßnahmen bestimmten seit Anfang 2020 das Leben

in Deutschland. Gesellschaft und Politik rechnen der Pflege eine fundamentale Bedeutung während der COVID-19-Pandemie zu. Der Beitrag professioneller Pflege im Genesungsprozess von Menschen mit COVID-19-Infektion und auch die Sorge um vulnerable Menschen sind zentral. Im Folgenden werden die Einflussfaktoren der COVID-19-Pandemie in Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit beschrieben.

Im Gesundheitswesen kam es zu einem Perspektivwechsel bezüglich Behandlung, Therapie und Prävention. Sämtliche Prozesse, wie die Inanspruchnahme von gesundheitlicher Versorgung und die Zugänge zu dieser, wurden verändert, gekürzt oder gänzlich gestrichen. Es kam zu einer Priorisierung von Maßnahmen und Angeboten. Präventive Angebote im Bereich der seelischen Gesundheit wurden teilweise gänzlich zurückgenommen.

Auch die psychosoziale und die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung war von der COVID-19-Pandemie und ihren Folgen betroffen. Für die Allgemeinbevölkerung wurde eine höhere psychische Belastung bestätigt (vgl. Mauz et al., 2023).

Menschen mit psychiatrischen Diagnosen gehörten während der Pandemie zu einer der besonders gefährdeten Risikogruppen. Winkler et al. (2021) fanden heraus, dass die psychische Belastung anstieg. Stationäre und ambulante Angebote in der psychiatrischen Versorgung wurden reduziert oder eingestellt. Häufig waren aufgrund der Kontaktvermeidung keine persönlichen Gespräche möglich. Psychiatrische Kliniken haben nur in dringenden Fällen Menschen in seelischen Krisen aufgenommen und die Liegezeiten verringert, um Kapazitäten zu schaffen. Diese Kapazitäten wurden in anderen Disziplinen benötigt. Diese Umstände haben möglicherweise die therapeutischen Beziehungen zwischen Mitarbeitenden und Menschen mit psychiatrischer Diagnose beeinflusst (vgl. Inchausti et al, 2020).

Hinzu kamen ständig wechselnde Verfahrensanweisungen und Maßnahmen zur Eindämmung der Virusausbreitung durch politische und wirtschaftliche Entscheidungsträger*innen und aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse. Im ambulanten Setting sollten zeitweise Menschen mit positivem Direktnachweis nicht betreut werden. Das hatte zur Folge, dass grundlegende Unterstützungsleistungen eingestellt wurden (vgl. DGSP, 2020). Gruppen- und Einzelangebote in Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie wurden massiv eingeschränkt. Auch Recovery-förderliche Selbsthilfestrukturen wurden begrenzt und persönliche Treffen waren – je nach tagesaktuell geltenden Maßnahmen – nicht möglich. Die Nutzer*innenbeteiligung zur Ausgestaltung von Unterstützungsstrukturen wurde durch Maßnahmen zur

Pandemiebekämpfung erheblich gefährdet. Werkstätten und Tagesstätten wurden zeitweise geschlossen. Durch diese Maßnahmen bestand die Gefahr eines Verlusts der Selbstwirksamkeitserfahrung. Folglich war der Unterstützungsbedarf in den Einrichtungen, in denen die Menschen leben, deutlich erhöht. Diese sogenannten besonderen Wohnformen sind jedoch strukturell und personell darauf ausgelegt, dass tagsüber wenige Bewohnende anwesend sind. Ein weiteres Problemfeld bildeten die Bestellung gesetzlicher Betreuender und die Bearbeitung von Unterbringungsverfahren, die zeitweise nur per Videokonferenz durchgeführt wurden. Besondere Wohnformen für Psychiatrieerfahrene schlossen ihre Türen und verboten den Bewohnenden den Ausgang (vgl. DGSP, 2020).

Bis heute sind weder die im Bereich der Gemeindepsychiatrie eingeführten Maßnahmen strukturiert erfasst noch wurden die Auswirkungen der Maßnahmen auf die Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie und deren Bewohnende untersucht.

Der Zugang zu dem für diese Arbeit relevanten Feld war erschwert. Durch die unterschiedlichen Maßnahmen der einzelnen Einrichtungen wurden Besuchende, zu denen Forschende zählten, zeitweise oder gänzlich ausgeschlossen. Einige gemeindepsychiatrische Einrichtungen haben die Zusammenarbeit aus diesem Grund beendet, andere haben diese zeitweise ausgesetzt. Die Sicherheitsmaßnahmen (z. B. *Social Distancing*, das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes und die zeitweisen Schließungen der Einrichtungen für Außenstehende) wirkten sich möglicherweise auf Kommunikation, emotionales Erleben und jegliche Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Psychiatrieerfahrenen der Gesundheitseinrichtungen aus. Darüber hinaus bestand eine erhöhte Gefahr für Forschende und deren persönliches Umfeld, sich im Rahmen der Forschungstätigkeit im Feld mit COVID-19 zu infizieren, denn gerade im Bereich der Ethnografie ist der Feldzugang unverzichtbar. Zu erwähnen ist auch die Gefahr, dass sich Teilnehmende an Forschenden anstecken und letztendlich schwer erkranken. Darüber hinaus führte auch die Stigmatisierung geouteter Pflegefachpersonen im Kontakt mit anderen Menschen im alltäglichen Leben zur sozialen Isolation.

Die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie haben dazu geführt, dass die Bibliotheken der Universitäten zeitweise geschlossen waren. Das hatte zur Folge, dass Literatur nur eingeschränkt zur Verfügung stand und nur über aufwendige Postwege oder rein digital zugänglich war.

Die Maßnahmen zur Einschränkung und Bekämpfung der Pandemie hatten mit großer Wahrscheinlichkeit Einfluss auf die Selbstbestimmung aller Menschen, aber

insbesondere derjenigen Menschen, die in besonderen Wohnformen lebten und andere gemeindepsychiatrische Einrichtungen nutzten. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Landesverband Schleswig-Holstein) warnte am 16.04.2020, dass die Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen in besonderen Wohnformen stärker eingeschränkt wurden als die der übrigen Bevölkerung. Die Folgen waren Obdachlosigkeit, erhebliche Belastungen durch Quarantänemaßnahmen und die Gefahr, dass sich durch verringerte Teilhabe und Kontaktlosigkeit das psychische Befinden verschlechtert.

Das Robert Koch-Institut gab am 17.04.2020 ein Empfehlungsschreiben mit dem Titel ‚Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen‘ heraus, in dem verschiedene Maßnahmen dargelegt wurden. Die Bildung von Kohorten, wie im Empfehlungsschreiben aufgeführt, war aufgrund der Räumlichkeiten der Einrichtungen nicht möglich. Auch wären Verlegungen aus den privaten Räumlichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen mit einer erheblichen Belastung verbunden gewesen. Weder das Robert Koch-Institut noch die Mitarbeitenden in den Einrichtungen konnten diese Maßnahmen entgegen dem Selbstbestimmungsrecht der Menschen durchführen. Eine freiheitseinschränkende Maßnahme durch den ausschließlichen Aufenthalt im eigenen Zimmer konnte ebenso nicht von Mitarbeitenden der Einrichtungen durchgesetzt werden. Diese stand dem Selbstbestimmungsrecht der Menschen ebenfalls diametral gegenüber (vgl. Robert Koch Institut, 2020).

Die vorliegende Arbeit kann nicht ohne Rücksicht auf die Einflüsse der COVID-19-Pandemie gelesen werden.

1.4.2 Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

Am 31.03.2021 veröffentlichte die Geschäftsführung der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV) eine Pressemitteilung, in der die Stilllegung der pflegewissenschaftlichen Fakultät angekündigt wurde. Diese Entscheidung hatte Einfluss auf die Fertigstellung dieser Dissertation. Bis zur Klärung, ob und wie die begonnenen Dissertationen zu Ende gebracht werden können, vergingen einige Wochen. Im Jahr 2022 wurde die Änderung des Namens der PTHV in ‚Vinzenz Pallotti University‘ beschlossen. Am 20.09.2022 wurden die Doktorand*innen und Studierenden vom Studierendenservice

darauf hingewiesen, dass der Zugriff auf die Datenbank ‚CINAHL‘ ab dem 31.12.2022 nicht mehr möglich sei. Das führte dazu, dass die Literaturrecherche sich größtenteils auf Literatur stützt, die bis zum 31.12.2022 verfügbar war, was guter wissenschaftlicher Praxis im Sinne von begleitender Literaturrecherche entgegensteht.

1.5 Aufbau der Arbeit

Das erste Kapitel dient der Einleitung und der Orientierung bezüglich der Rahmenbedingungen dieser Arbeit. Im zweiten Kapitel wird der theoretische Rahmen beschrieben. Hier werden die drei wesentlichen Begriffe dargelegt und in ein Verhältnis zueinander gesetzt: Selbstbestimmung, Sozialpsychiatrie und besondere Wohnformen. Die Annäherung an das Thema ‚Selbstbestimmung‘ erfolgt durch die allgemeine Begriffsdefinition sowie die Grenzen der Fremd- und Selbstbestimmung. Darüber hinaus wird Selbstbestimmung von Selbstständigkeit abgegrenzt. Darauf folgt eine Einführung in die Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan, um die verschiedenen Dimensionen von Selbstbestimmung einzubeziehen.

Im nächsten Schritt wird das Feld ‚Wohnen‘ im Kontext der psychiatrischen Versorgung dargestellt. Über die historische Entwicklung, die Sozialpsychiatrie und die verschiedenen Angebote hinaus wird die besondere Wohnform als Handlungsfeld der Gemeindepsychiatrie skizziert. Die Darstellung der Selbstbestimmung in besonderen Wohnformen und der Sicht der Bewohnenden ergänzen dies.

Im Anschluss wird die Sorgebeziehung und insbesondere die Pflege von Menschen mit Psychiatrieerfahrung beschrieben. Hierzu wird das Pflegemodell von Peplau als Grundlage herangezogen und die Aspekte einer professionellen Beziehung werden im Feld herausgearbeitet. Danach werden die aus der Betroffenenbewegung und den Mad Studies entstandenen Theorien der Recovery und des Empowerments zur Arbeit im Bereich der besonderen Wohnform dargestellt. Darüber hinaus wird besonders auf das Machtungleichgewicht und die ethischen Überlegungen innerhalb dieser Sorgebeziehungen eingegangen.

Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über die zentralen Aspekte dieser Dissertation zu geben. Dadurch wird das Verständnis der Fragestellung gewährleistet. Anschließend

werden im methodischen Teil der Arbeit das Forschungsdesign, ein ethisches Clearing, die systematische Literaturanalyse und die genutzten Methoden aufgezeigt. Ebenfalls wird die Datenanalyse mittels der Software ‚MAXQDA‘ beschrieben. Darauf folgt die Darstellung der Ergebnisse anhand der Dimensionen der Fragestellung. Diese Ergebnisse werden anschließend diskutiert und mit einem Fazit sowie einem Ausblick verbunden. Zuletzt werden direkte Empfehlungen formuliert, die sich an Kolleginnen und Kollegen der psychiatrischen Pflegepraxis richten.

2. Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel werden die Literatur und die Theorien, die in die vorliegende Arbeit eingeflossen sind, dargestellt. Die drei zentralen Bausteine sind die Selbstbestimmung, das Feld ‚Wohnen‘ und die Sorgebeziehungen. Dieses Kapitel bildet die Grundlage für die anschließende qualitative Untersuchung der Selbstbestimmung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in besonderen Wohnformen aus der Perspektive von Mitarbeitenden.

2.1 Selbstbestimmung

Der Begriff ‚Selbstbestimmung‘ setzt sich aus zwei Worten zusammen: ‚selbst‘ und ‚Bestimmung‘. Das Wort ‚selbst‘ stammt von dem Demonstrativpronomen ‚selb‘ und entwickelte sich seit dem 15. Jahrhundert zu einem eigenständigen Begriff, unter dem heute Identität und Subjekt verstanden werden (vgl. Waldschmidt, 2012). Der Begriff ‚Bestimmung‘ stammt von dem Wort ‚bestimmen‘, das ‚mit der Stimme (be-)nennen‘ oder ‚durch die Stimme festsetzen‘ bedeutet. Eine Ähnlichkeit zum ‚Stimmen‘ von Musikinstrumenten ist anzunehmen. Auf Grundlage dieser historischen Herleitung des Wortes ‚Selbstbestimmung‘ definiert Waldschmidt diese als „bewusstes Ich, das sich selbst definiert und zugleich Macht auf sich ausübt“ (2012, S. 16).

Es gibt verschiedene Betrachtungsweisen von Selbstbestimmung, die von den gesellschaftlichen Ereignissen der jeweiligen Zeit abhängig sind. Kant sieht den Menschen als grundsätzlich zu Selbstbestimmung fähig an, da jedem Menschen praktische Vernunft zu eigen sei. Kant legt Selbstbestimmung nicht nach der Dimension der Unabhängigkeit aus, sondern nach den Eindrücken der Sinneswelt. Das bedeutet, dass

Menschen in der Lage seien, auch unangenehme Sinneseindrücke rational, positiv und nutzbringend zu begreifen. Wenn nun ein Mensch erkrankte, solle die Vernunft dieses Menschen möglichst rational damit umgehen. Mit dem Verständnis von Selbstbestimmung über die praktische Vernunft kann also Krankheit als vorübergehender Zustand begriffen werden (vgl. Kant, 1870). Menschen haben nach Kant somit das Recht, ihr eigenes Leben frei zu gestalten und ihre eigenen Entscheidungen zu treffen, solange sie dadurch nicht die Autonomie anderer Menschen verletzen (ebd.).

2.1.1 Selbstbestimmung in der Philosophie

Im Rahmen der politischen Philosophie ist die Selbstbestimmung ein viel diskutiertes Prinzip. Rousseau und Hobbes betonen in ihren politischen Philosophien das Konzept der individuellen Freiheit und Selbstbestimmung und betrachten diese als ein wichtiges moralisches Prinzip. Während Rousseau der Ansicht ist, dass der Staat die Aufgabe hat, die Freiheit und das Wohl der Menschen zu schützen und zu fördern, betont Hobbes, dass Selbstbestimmung immer innerhalb der Grenzen der Freiheit anderer ausgeübt werden muss und es wichtig ist, dass alle Menschen in einer Gemeinschaft leben, die ihnen ermöglicht, ihre Ziele und Werte zu verwirklichen (vgl. Brandt & Herb, 2012). Ferner argumentiert Hobbes, dass die Gesellschaft dazu da ist, den Menschen Schutz und Sicherheit zu bieten, weshalb alle Menschen sich an die Regeln und Gesetze der Gesellschaft halten sollten (vgl. Costa & da Silva, 2018). Auch Mill betont in seiner liberalen politischen Philosophie die Wichtigkeit der individuellen Freiheit und Selbstbestimmung und sieht dies als bedeutendes moralisches Prinzip an. Der Staat darf nach Mill allerdings die Freiheit der Menschen nur dann einschränken, wenn dies zum Schutz der Freiheit und des Wohlergehens anderer Menschen notwendig ist (vgl. Schefczyk & Schramme, 2015). Rawls entwickelte in seiner politischen Philosophie das Konzept der ‚Gerechtigkeit als Fairness‘, womit die Autonomie und Selbstbestimmung des Individuums betont und als wichtiges moralisches Prinzip hervorgehoben werden. Nach Rawls bedeutet Selbstbestimmung nicht, dass jeder Mensch völlig frei ist, alle möglichen Handlungen auszuüben, sondern dass jeder Mensch das Recht hat, sein Leben in Übereinstimmung mit seinen eigenen Werten und Überzeugungen zu gestalten. Dies bedeute jedoch nicht, dass jeder Mensch völlig unabhängig von anderen sei, sondern dass jeder Mensch das Recht habe, in einer Gemeinschaft zu leben, die ihm ermöglicht, seine Ziele und Werte zu verwirklichen (vgl. Schnebel, 2015).

All diese bedeutenden Philosophen haben sich mit politischen Themen befasst und Selbstbestimmung als einen wichtigen Wert betrachtet. Sie sind sich einig, dass Selbstbestimmung es Menschen ermöglicht, ihr Leben selbst zu gestalten und ihre eigenen Ziele und Werte zu verfolgen, dass dies jedoch immer innerhalb der Grenzen der Freiheit anderer geschehen müssen. Allerdings haben sie auch unterschiedliche Ansichten über die Rolle der Gesellschaft und, wie Menschen zusammenleben sollten. Ein wichtiger Unterschied zwischen diesen Philosophen besteht darin, dass Rousseau und Rawls die Gleichheit stärker betonen, während Hobbes und Mill den Fokus auf die individuelle Freiheit legen. Rousseau argumentiert, dass die Gesellschaft den Menschen Freiheit und Gleichheit bieten sollte, während laut Rawls Gerechtigkeit darin besteht, dass alle Menschen die gleichen Möglichkeiten haben, ihre Ziele und Werte zu verwirklichen. Hobbes sieht die Notwendigkeit einer zentralisierten Herrschaftsform, die den Menschen Schutz und Sicherheit gewährleistet, während Mill die individuelle Freiheit als wichtigsten Wert betrachtet, der die Gesellschaft schützen sollte.

De Beauvoir betont, dass Selbstbestimmung ein allgemeines Konzept ist, das für alle Menschen von Bedeutung ist. Sie hebt die Bedeutung der Selbstbestimmung für Frauen hervor, wodurch sie auch die allgemeine gesellschaftliche Unterdrückung und Einschränkung der individuellen Freiheit infrage stellt und eine gesellschaftliche Veränderung fordert (vgl. 2018). Der afroamerikanischen Feministin Lorde zufolge kann Selbstbestimmung nicht nur auf individueller Ebene erreicht werden. Es sei auch notwendig, gesellschaftliche Strukturen zu verändern, die Frauen unterdrücken und einschränken (vgl. 1987). In ihrem Werk „The Fragility of Goodness“ (vgl. 2001) spricht Nussbaum von der Selbstbestimmung als Grundlage für ein gutes Leben. Eine Gesellschaft, die die Selbstbestimmung ihrer Mitglieder unterstützt, sei eine gerechtere Gesellschaft. Ein weiterer Aspekt von Nussbaums Arbeit ist der Capability-Approach (Fähigkeiten-Ansatz), dem zufolge die Fähigkeiten, die ein Mensch besitzt, ein zentraler Aspekt seiner Freiheit und Selbstbestimmung sind. Es sei nicht ausreichend, den Menschen formale Rechte zu geben, es müssten ebenso Bedingungen geschaffen werden, die es ihnen ermöglichen, diese Rechte auszuüben (vgl. 2000). Nussbaum beschreibt in „Creating Capabilities: The Human Development Approach and its implementation“ (vgl. 2009) als Voraussetzung für menschliche Würde und Freiheit die Möglichkeit, das eigene Leben nach den eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.

Die historischen und modernen philosophischen Betrachtungsweisen und Diskussionen sind maßgeblich für gesetzliche Rahmenbedingungen der Selbstbestimmung.

2.1.2 Rahmenbedingungen von Selbstbestimmung

In den Rechtsnormen des deutschen Grundgesetzes (GG) ist Selbstbestimmung nicht ausdrücklich erwähnt. Dennoch ist in Art. 2 Abs. 1 GG über die Handlungsfreiheit eines Menschen Folgendes festgeschrieben: „(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“

Zugehörig zur Selbstbestimmung ist auch die rechtliche Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. Entsprechend lautet Art. 3 Abs. 3 GG: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ Dieser Grundsatz ist im SGB IX umgesetzt worden. Menschen mit Behinderung sollten nicht Fürsorgeempfänger sein, sondern selbstbestimmte Bürger*innen. So ist in § 1 S. 1 SGB IX („Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“) bestimmt: „Behinderte [sic!] oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“ Dieser Paragraph wurde durch das Bundesteilhabegesetz abgelöst. Seit dem 01.01.2018 ist im ersten Satz des § 1 SGB IX mit gleichem Titel Folgendes festgehalten: „Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“ Zudem legt § 32 Abs. 1 S. 1 SGB IX („Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“) fest: „Zur Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung als niedrigschwelliges Angebot [...].“ Selbstbestimmung findet sich auch in § 2 Abs. 1 S. 1 SGB XI (Soziale Pflegeversicherung): „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen

den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“

Vor allem im Umgang mit Menschen mit psychiatrischen Diagnosen werden Rahmenbedingungen in Form von Grenzen nach Waldschmidt immer wieder sichtbar (vgl. 2012):

1. Selbstbestimmung darf einer anderen Person nicht schaden.

Das Recht zur Selbstbestimmung kommt an seine Grenzen, wenn es die eigene Person oder andere gefährdet. Die Psychiatrie übernimmt neben einer therapeutischen Aufgabe auch den Schutz der Öffentlichkeit. In der vorliegenden Arbeit wird das Feld der Gemeindepsychiatrie, die einen ambulanten und lebensweltlichen Ansatz hat, in den Fokus gestellt.

2. Selbstbestimmung darf der eigenen Person nicht schaden.

In Fällen, in denen Menschen in akuten psychischen Krisen sich selbst gefährden, kann das Recht auf Selbstbestimmung eingeschränkt werden. Das kann dazu führen, dass sie gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik untergebracht werden.

3. Fähigkeit zur Selbstbestimmung muss gegeben sein.

Bei vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Fähigkeit zur Selbstbestimmung teilweise, vorübergehend oder vollständig eingeschränkt. Oft wird ihnen in psychischen Krisen das Recht auf eine vernünftige Entscheidungsfindung abgesprochen, was ihre Selbstbestimmung beeinträchtigt. Die Förderung dieser Fähigkeit erfordert die Beseitigung psychologischer und gesellschaftlicher Barrieren sowie die Nutzung von Kommunikations- und Reflexionsprozessen, um ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu erreichen.

4. Fremdbestimmung des Willens durch Krankheitssymptome, Diskriminierung und Stigmatisierung sowie Wirkungen von Behandlungen

Die Krankheitssymptome spielen in diesem Falle eine übergeordnete Rolle. Menschen in psychischen Krisen seien nicht oder nur teilweise in der Lage, ihren Willen zu kontrollieren, was die Selbstbestimmung einschränkt (vgl. ebd.). Aufgrund von Diskriminierung und Stigmatisierung vonseiten der Gesellschaft fehlen bestimmte

Ressourcen wie Geld, Arbeit, Konsumgüter und Partnerschaft. Das schränkt vor allem die Handlungsfreiheit ein. Die Behandlung könne ebenfalls die Selbstbestimmung der Menschen beeinflussen, da die erwünschten und unerwünschten Wirkungen von Behandlungen Auswirkungen auf die Persönlichkeit haben könnten (vgl. Schramme, 2013). Verhaltenstherapeutische Konzepte legen den Menschen nahe, dass sie sich ändern müssen, um in der Gesellschaft leben zu können. Auch das steht der Selbstbestimmung diametral gegenüber (ebd.).

Der Deutsche Ethikrat (2018) geht vom Konzept der minimalen Autonomie aus, die zu einer freiverantwortlichen Entscheidung führen kann. Zu dieser gehören das Wissen um die Folgen, das Wollen und die Inkaufnahme dieser sowie das Wählen zwischen Alternativen. Darüber hinaus werden im fachwissenschaftlichen Diskurs im Hinblick auf die Fähigkeit zur Selbstbestimmung vier Anforderungen an Psychiatrieerfahrene gestellt:

1. Sachverhalte verstehen können
2. Informationen verarbeiten und deren Risiken und Folgen bedenken können
3. Informationen bewerten können
4. den eigenen Willen auf Grundlage der vorigen Anforderungen mitteilen können

Entscheidungen werden nicht nur auf Basis rationaler Absichten, sondern auch auf Grundlage emotionaler, situativer und interpersoneller Faktoren getroffen (vgl. Henking & Vollmann et al. 2014). Nach Kennedy und Lewin (2004) gibt es Werte, durch die Selbstbestimmung unterstützt wird. Dazu gehören Respekt, Wahlmöglichkeiten, Eigentümerschaft, Unterstützung und Möglichkeiten. Menschen mit Behinderung müssen als wertvolle und fähige Menschen betrachtet werden. Sie verdienen es, mit Respekt zu behandelt zu werden. Das bedeutet, den individuellen Wert der Person anzuerkennen und ihr die Beachtung zu garantieren, die Menschen benötigen. Das Vorhandensein von Wahlmöglichkeiten ist ebenfalls ein Wert, der die Selbstbestimmung unterstützt. Menschen mit Behinderung sollen im selben Umfang von Lebensstilen, Zielen und Vorlieben profitieren können wie nicht von Behinderung betroffene Menschen. Eigentümerschaft als Wert bedeutet, dass Menschen mit Behinderung Besitz über ihr Leben erlangen. Dazu gehört mehr als nur das Treffen von Entscheidungen. Wichtig ist die volle Kontrolle über das eigene Leben und die in Anspruch genommenen Dienstleistungen. Menschen mit Behinderung verfügen über die totale und endgültige Autorität. Unterstützung ist das Mittel zur Ermöglichung der Selbstbestimmung von

Menschen mit Behinderung. Jeder Mensch benötigt ein Unterstützungsnetzwerk für Fragen und Entscheidungen im Leben. Menschen mit Behinderung sollen jedes Mitglied dieses Unterstützungsnetzwerkes frei wählen und einladen können, mit dem Ziel, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen. Die Möglichkeiten im Leben von Menschen mit Behinderungen waren bisher immer begrenzt. Selbstbestimmung schließt ein, dass Menschen alle Möglichkeiten in ihrem Leben erfahren und wahrnehmen dürfen. Dafür muss ihnen Geld zur Verfügung stehen, um Unterstützungsleistungen organisieren zu können. Das Wahrnehmen von Möglichkeiten erfordert die Fähigkeit, Risiken einzugehen und Fehler zu machen, wodurch auch Wachstum geschehen kann.

Selbstbestimmung wird in der Literatur unterschiedlich diskutiert, gedeutet und interpretiert. Nach Speck (1991) ist Selbstbestimmung eine prinzipielle Potenz. Damit ist eine grundsätzliche Fähigkeit, die jedem Menschen gegeben ist, zu verstehen. Auch der anthropologischen Sichtweise zufolge ist Selbstbestimmung ein dem Menschsein allgemein zugehöriges Merkmal (vgl. Hahn, 1994). Die Lebenshilfe setzt Selbstbestimmung und Entscheidungsfähigkeit gleich (vgl. 1994).

Nachdem allgemeine und philosophische Definitionen von Selbstbestimmung sowie deren (gesetzlichen) Rahmenbedingungen betrachtet wurden, ist es wichtig, den Begriff von anderen abzugrenzen. Im Folgenden werden die Begriffe ‚Autonomie‘, ‚Freiheit‘, ‚Selbstständigkeit‘, ‚Emanzipation‘ sowie ‚Agency‘ beleuchtet und von dem der Selbstbestimmung differenziert. Darüber hinaus werden Heteronomie und Paternalismus als Gegensatz herausgestellt und diskutiert.

2.1.3 Abgrenzung des Begriffs ‚Selbstbestimmung‘ von anderen Begriffen

Um den Begriff der Selbstbestimmung verstehen zu können, muss dieser von den Begriffen ‚Autonomie‘, ‚Freiheit‘, ‚Selbstständigkeit‘ und ‚Emanzipation‘ differenziert werden. Diese werden oft synonym verwendet, unterscheiden sich jedoch durch kaum bemerkbare Abstufungen. Der Begriff ‚Autonomie‘ verweist auf den Tatbestand der Selbstgesetzgebung (vgl. Hügli et al., 1991; Pohlmann, 1971) und bedeutet ‚nach eigenen Gesetzen lebend‘ (vgl. Prinz, 1995). Freiheit wird über den Gegensatz zur Sklaverei definiert (vgl. Conze, 1975) und Emanzipation ist der Kampf gegen Abhängigkeitsverhältnisse und Entmündigung (vgl. Fuchs-Heinritz, 1978). Der Begriff

„Selbstbestimmung“ allerdings vereint Selbstgesetzgebung und Selbstherrschaft. Der selbstbestimmte Mensch besitzt somit nicht nur das äußere Merkmal der Freiheit, sondern kann das Leben nach dem Emanzipationskampf auch mit positiven Inhalten füllen und nach eigenen Gesetzen leben (vgl. Waldschmidt, 1999). In der vorliegenden Arbeit wird deshalb der Begriff der Selbstbestimmung gewählt, weil dieser dem zu untersuchenden Gegenstand am nächsten kommt.

Eine Abgrenzung zu weiteren Begriffen findet sich unter anderem bei Aicher. Aicher zufolge wird Selbstbestimmung oft politisiert und darüber hinaus mit Partizipation, Inklusion und Teilhabe verwechselt. Diese Konzepte dienen dazu, die Rechte der Gruppe von Menschen mit psychischen Diagnosen zu stärken (vgl. 2017). Die Selbstbestimmung allerdings setzt beim Individuum an: „In bioethics, and in particular in medical ethics, autonomy has most often been understood as a feature of individual persons“ (O’Neill 2002, S. 23).

Der Begriff ‚Agency‘ wird allgemein mit ‚Handlungsmacht‘ oder ‚Handlungsfähigkeit‘ übersetzt (vgl. Bandura, 2001), ist im Kontext dieser Arbeit jedoch irreführend bzw. nicht ausreichend. Jeder Mensch handelt. In der vorliegenden Arbeit geht es jedoch um das selbstbestimmte Handeln.

Heteronomie ist nach Kant der Gegensatz zur Autonomie und bedeutet die Abhängigkeit von fremden Einflüssen bzw. vom Willen anderer (vgl. Frankfurter Arbeitskreis für politische Theorie, 2015; vgl. Klauß, 1997). Als Gegenbegriff zu ‚Selbstbestimmung‘ wird auch ‚Fremdbestimmung‘ verstanden, wobei Fremdbestimmung im Duden als „das Bestimmtsein durch andere in einem Abhängigkeitsverhältnis“ (o. J.) definiert wird. Der Unterschied zwischen Heteronomie und Fremdbestimmung liegt also darin, dass Heteronomie sich auf externe Faktoren wie Gesetze, Normen und Autoritäten bezieht, die die Entscheidungen einer Person beeinflussen, während Fremdbestimmung auf der Kontrolle durch andere Personen oder Institutionen beruht. Beide Konzepte können dazu beitragen, dass Menschen sich nicht frei und autonom fühlen und ihr Leben nicht selbstbestimmt gestalten können.

Die Einschränkung von Autonomie und Freiheit zum Wohlergehen eines Menschen wird als ‚Paternalismus‘¹ bezeichnet. Nach Mill gibt es einen harten und einen weichen Paternalismus. Die Aufklärung über eine riskante Handlung versteht er als weichen Paternalismus – der Mensch kann frei wählen, wie er handeln möchte. Wird der Mensch aber gegen seinen Willen von dieser Handlung abgehalten, liegt harter Paternalismus vor (1859).

In der Literatur wird oftmals der Unterschied zwischen Selbstbestimmung und Selbstständigkeit skizziert (vgl. Steiner, 1999; Niehoff, 1997). Auch für die vorliegende Arbeit ist eine Differenzierung notwendig. Selbstbestimmung ist auch für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen möglich. Die Fähigkeit, Entscheidungen über das eigene Leben zu treffen, ist jedem Menschen grundsätzlich gegeben. Selbstständigkeit ist hingegen die Fähigkeit, Erledigungen und Handlungen selbst auszuführen. Dazu gehören z. B. das Ankleiden, die Essenzubereitung und die Körperhygiene. Selbstbestimmung hängt weder von der Intelligenz eines Menschen ab noch sind weitere Kompetenzen dafür notwendig. Zusammenfassend kann Selbstbestimmung als ein Recht beschrieben werden, das jedem Menschen zugestanden werden kann. Die Selbstbestimmung schließt niemanden aus.

2.1.4 Selbstbestimmungstheorie

Im Folgenden wird die Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan (2013) erläutert, eine psychologische Theorie, die auf die Motivation und das Verhalten von Menschen bezogen ist. Dieser Theorie zufolge ist die Fähigkeit von Menschen, über sich selbst zu bestimmen und ihr Leben aktiv und eigenverantwortlich zu gestalten, für ihr psychisches Wohlbefinden und ihre Leistungsfähigkeit von großer Bedeutung. Die Selbstbestimmungstheorie besteht aus vier kleineren Theorien, die in einer Theorie zusammengefasst werden (vgl. Deci & Ryan, 2002). Grundsätzlich kann somit die Selbstbestimmungstheorie als Metatheorie für menschliches Verhalten angesehen werden. Die Tabelle 1 zeigt den groben Aufbau der Selbstbestimmungstheorie. Das Konzept der grundlegenden Bedürfnisse rahmt diese vier kleineren Theorien ein. Wie bei der Pflgetheorie nach Peplau² spielen die Bedürfnisse und deren Befriedigung eine

¹ Siehe Kap. 2.3.2.2 Paternalismus in Sorgebeziehungen in der vorliegenden Arbeit

² Siehe Kapitel 2.3.1 Pflgetheorien psychiatrischer Pflege

entscheidende Rolle dabei, zu psychischem Wohlbefinden zu kommen. Gemäß der Selbstbestimmungstheorie gibt es drei fundamentale psychologische Bedürfnisse, die von grundlegender Bedeutung für das Wohlbefinden und die Selbstbestimmung von Menschen sind: das Verlangen nach Autonomie, das Streben nach Kompetenz und der Wunsch nach sozialer Integration.

Das organismisch-dialektische Menschenbild, ein psychologisches Menschenbild, wurde von den Psychologen Deci und Ryan entwickelt. Es betont, dass Menschen als dynamische, sich selbst regulierende und sich entwickelnde Systeme betrachtet werden sollten, die sich in Interaktion mit ihrer Umwelt befinden. Menschen werden nicht nur durch ihre individuellen Eigenschaften und Erfahrungen geprägt, sondern auch durch die Wechselwirkungen zwischen ihnen und ihrer Umwelt. Zudem entwickeln und verändern Menschen sich ständig. Ihr Verhalten und ihr Wohlbefinden hängen von ihren Bedürfnissen und Werten ab. Laut diesem Menschenbild sind Menschen in der Lage, ihr Verhalten und ihr Wohlbefinden zu beeinflussen und zu verbessern, indem sie ihre Bedürfnisse erfüllen, ihren Werten entsprechen und ihre Fähigkeiten sowie Kenntnisse entwickeln (vgl. 1985).

Bedürfnisse	Theorie der kognitiven Evaluation (1975)
Autonomie	Einfluss von sozialen Kontexten, Autonomie und Kontrolle auf die Motivation
Kompetenz	
Beziehungen	Theorie der kausalen Orientierung (1985) Einfluss unterschiedlicher Tendenzen in Entwicklung sowie Verhalten auf die dauerhafte Wertorientierung
	Theorie der organismischen Integration (1985) Entwicklung durch Erfahrungen und Integration von Normen und Werten in das Selbstbild
	Theorie der grundlegenden Bedürfnisse (2000) Beziehungen zwischen Zielen von Gesundheit und Zufriedenheit sowie psychologischen Bedürfnissen
organismisch-dialektisches Menschenbild	

Tabelle 1 Aufbau der Selbstbestimmungstheorie in Anlehnung an Deci und Ryan (2013)

Die Theorie der kognitiven Evaluation ist Teil der Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan. Sie beschreibt, wie Menschen ihre Motivation für eine Tätigkeit aufgrund von Belohnungen oder Bestrafungen verändern können. Durch Belohnungen und Bestrafungen verringert sich die intrinsische Motivation für eine Tätigkeit, während die extrinsische Motivation erhöht wird. Intrinsische Motivation ist die Motivation, die aus dem Vergnügen oder der Bedeutung einer Tätigkeit resultiert. Extrinsische Motivation hingegen ist die Motivation, die von äußeren Faktoren wie Belohnungen oder Bestrafungen ausgeht. Die Theorie besagt auch, dass die Art, in der Belohnungen und Bestrafungen vermittelt werden, wichtig ist. Wenn sie als Anreize für bestimmte Verhaltensweisen verwendet werden, die von den Menschen als wichtig und sinnvoll angesehen werden, hat dies tendenziell eine positive Wirkung auf die Motivation. Wenn sie jedoch als Kontrollelemente verwendet werden, die das Verhalten der Menschen diktieren, beeinflussen sie die Motivation tendenziell negativ.

Die Psychologen Deci und Ryan haben die Theorie der kausalen Orientierung, auch als ‚Theorie der kognitiven Orientierung‘ bekannt, erarbeitet. Diese Theorie beschreibt, wie Menschen ihre Handlungen und ihre Motivation in Bezug auf ihre Ziele und Werte ausrichten. Unterschieden werden drei Arten kausaler Orientierungen, die von Menschen angenommen werden können:

1. Intrinsische Orientierung: Menschen, die intrinsisch orientiert sind, führen Tätigkeiten aus, weil sie diese als sinnvoll und bedeutsam empfinden und aus eigenem Antrieb heraus handeln.
2. Extrinsische Orientierung: Menschen, die extrinsisch orientiert sind, führen Tätigkeiten aus, um Belohnungen oder Bestrafungen zu erhalten bzw. vermeiden.
3. Amotivation: Amotivation ist die mangelnde Bereitschaft, eine Tätigkeit auszuführen. Menschen, die amotiviert sind, haben kein Interesse an dieser Tätigkeit und fühlen sich nicht motiviert, sie durchzuführen.

Laut der Theorie der kausalen Orientierung hat die Weise, nach der Menschen ihre Motivation und ihr Handeln ausrichten, Auswirkungen auf ihre Leistung, ihr Wohlbefinden und ihr Verhalten.

Die Theorie der organismischen Integration, auch bekannt als ‚Theorie der integrativen Selbstregulation‘, wurde von Deci und Ryan entwickelt und beschreibt, wie Menschen

ihre Handlungen und Gedanken integrieren, um ein Gefühl von Einheit und Zusammengehörigkeit zu erreichen. Laut dieser Theorie gibt es drei Arten von organismischer Integration:

1. Externe Integration: Menschen, die externe Integration erleben, orientieren sich an äußeren Faktoren wie Belohnungen oder Bestrafungen und handeln aufgrund externer Anreize.
2. Interne Integration: Wenn interne Integration vorliegt, richten sich Menschen nach inneren Faktoren wie eigenen Interessen, Werten und Bedürfnissen und handeln aufgrund eigener Motivation.
3. Integrative Selbstregulation: Menschen, die eine integrative Selbstregulation vornehmen, integrieren ihre Handlungen und Gedanken und handeln aufgrund einer Mischung aus inneren und äußeren Faktoren. Sie sind in der Lage, ihr Verhalten zu regulieren und zu kontrollieren, und nehmen ein Gefühl von Selbstbestimmung wahr.

Laut der Theorie der organismischen Integration hat die Art, in der Menschen ihre Handlungen und Gedanken integrieren, Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden, ihre Leistung und ihr Verhalten.

Die Theorie der grundlegenden Bedürfnisse beschreibt, wie Menschen ihre Motivation und ihre Handlungen anhand ihrer grundlegenden psychologischen Bedürfnisse ausrichten. Laut dieser Theorie gibt es drei grundlegende psychologische Bedürfnisse, die für die Entwicklung von Selbstbestimmung und intrinsischer Motivation relevant sind:

1. Autonomie: das Bedürfnis, eigene Entscheidungen zu treffen und die eigenen Handlungen zu kontrollieren
2. Kompetenz: das Bedürfnis, die eigenen Fähigkeiten und Kenntnisse zu entwickeln und erfolgreich zu sein
3. Verbundenheit: das Bedürfnis, Teil einer Gemeinschaft zu sein und Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen

Der Theorie der grundlegenden Bedürfnisse zufolge ist die Erfüllung dieser Bedürfnisse wichtig dafür, ein Gefühl von Selbstbestimmung und intrinsischer Motivation zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Wenn diese Bedürfnisse unerfüllt bleiben, kann das zu einer Verringerung der Selbstbestimmung und der intrinsischen Motivation führen.

Diese vier eingebetteten Theorien spiegeln den ständigen Aktualisierungsprozess der Metatheorie wider.

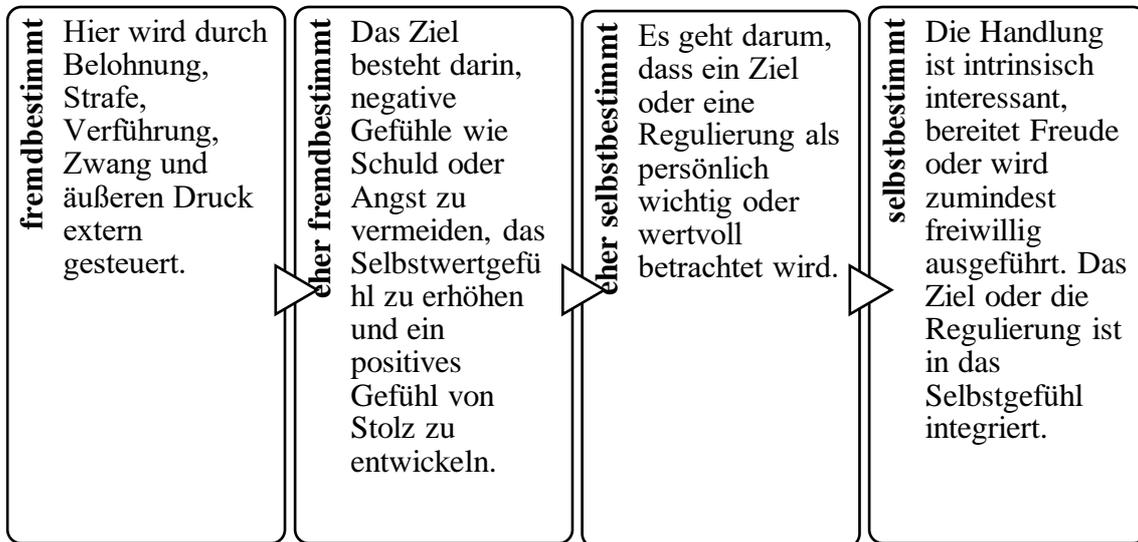


Abbildung 1 Selbstbestimmungskontinuum in Anlehnung an Deci und Ryan (1985)

Das Konzept des Selbstbestimmungskontinuums umfasst die unterschiedlichen Ebenen von Selbstbestimmung, die Menschen in ihrem Verhalten zeigen können. Das Kontinuum umfasst drei Ebenen:

1. Amotivation: Amotivation ist die mangelnde Bereitschaft, eine Tätigkeit auszuführen. Menschen, die amotiviert sind, haben kein Interesse an einer Tätigkeit und fühlen sich nicht motiviert, sie durchzuführen.
2. Externe Regulation: Externe regulierte Verhaltensweisen basieren auf äußeren Faktoren wie Belohnungen oder Bestrafungen. Menschen, die extern reguliert sind, handeln hauptsächlich, um Belohnungen zu erhalten oder Bestrafungen zu vermeiden, nicht aufgrund eigener Interessen oder Werte.
3. Selbstbestimmung: Selbstbestimmung liegt dann vor, wenn Verhaltensweisen auf inneren Faktoren wie eigenen Interessen, Werten und Bedürfnissen basieren. Menschen, die selbstbestimmt sind, handeln aufgrund eigener Motivation und sind in der Lage, ihr Verhalten zu kontrollieren und zu regulieren.

Das Selbstbestimmungskontinuum ist ein Kontinuum. Menschen können sich an unterschiedlichen Stellen dieses Kontinuums befinden und ihr Verhalten kann entlang dieses Kontinuums verändert werden (vgl. Deci & Ryan, 1985).

Die Selbstbestimmungstheorie ist für die vorliegende Dissertation von zentraler Bedeutung, da sie besagt, dass die Fähigkeit, Ziele frei und selbstbestimmt festzulegen und Entscheidungen frei und selbstbestimmt zu treffen und umzusetzen, eine Voraussetzung für das psychische Wohlbefinden sowie die Entfaltung individueller Potenziale ist. Für Menschen ist es von großer Bedeutung, das eigene Leben kontrollieren und eigene Entscheidungen treffen zu können und nicht von anderen gezwungen oder gedrängt zu werden.

Zudem hat die Selbstbestimmungstheorie Auswirkungen auf die Arbeit mit psychiatrieerfahrenen Menschen in besonderen Wohnformen, da sie darauf hinweist, dass es ein wichtiges Anliegen ist, sicherzustellen, dass Menschen so viel Kontrolle wie möglich über ihre Behandlung und ihr Leben haben. Dies kann bedeuten, dass Menschen an der Entscheidung über ihre Behandlung beteiligt werden, ihnen die Möglichkeit gegeben wird, ihre eigenen Ziele und Prioritäten zu setzen, und sie in der Lage sein sollten, ihre eigene Behandlung zu verwalten und darüber zu entscheiden, wann und wie sie sich in der Psychiatrie behandeln lassen. Laut der Selbstbestimmungstheorie ist es wichtig, Stärken und Ressourcen von Menschen in besonderen Wohnformen zu nutzen und ihnen die Unterstützung zu geben, die sie brauchen, um ihre Ziele zu erreichen und ihre eigenen Entscheidungen umzusetzen. Dies kann dazu beitragen, dass sie mehr Kontrolle über ihr Leben haben und sich weniger abhängig von anderen fühlen.

2.1.5 Quantitative Instrumente zur Messung der Selbstbestimmung

Das Ausmaß der Selbstbestimmung kann quantitativ gemessen werden. Dazu können verschiedene Instrumente und Tests verwendet werden. Der Self-Determination Index (SDI) beispielsweise ist ein psychologisches Instrument, das verwendet wird, um die Selbstbestimmung einer Person zu messen. Der SDI wurde von Deci und Ryan entwickelt und basiert auf der Selbstbestimmungstheorie, der zufolge Menschen ein grundlegendes Bedürfnis nach Autonomie, Kompetenz und Verbindlichkeit haben und die Befriedigung dieser Bedürfnisse für das psychische Wohlbefinden von Bedeutung ist. Der SDI besteht aus 18 Fragen, die sich auf verschiedene Aspekte von Selbstbestimmung beziehen und anhand einer Skala von 1 (überhaupt nicht zutreffend) bis 7 (sehr zutreffend) beantwortet werden. Die Fragen beziehen sich auf die Bereiche ‚Autonomie‘, ‚Kompetenz‘ und

‚Verbindlichkeit‘ und werden drei untergeordneten Dimensionen zugeteilt: Autonomieorientierung, Selbstbestimmung und Verantwortungsgefühl (vgl. 1985).

Ein weiteres Instrument ist die Scale of Psychological Well-Being (SPWB), die ebenfalls von Ryan und Deci entwickelt wurde und mit der die Selbstbestimmung und andere Konzepte des psychischen Wohlbefindens gemessen werden. Sie umfasst 22 Items, die sich auf verschiedene Aspekte von Selbstbestimmung und psychischem Wohlbefinden beziehen. Gemessen werden Autonomie, Kompetenz und Verbindlichkeit. Autonomie ist das Gefühl, dass Handlungen nicht auf externen Zwängen basieren, sondern selbstgewählt sind. Kompetenz liegt dann vor, wenn Menschen das Gefühl haben, die eigenen Ziele zu erreichen. Von Verbindlichkeit wird dann gesprochen, wenn der Mensch das Gefühl hat, dass er zur Gemeinschaft gehört und seine Handlungen Auswirkungen auf andere Menschen haben. Die SPWB eignet sich nur als Teil einer Bewertung der gesundheitlichen Lage einer Person (vgl. 2000).

Das psychologische Messinstrument ‚Measure of Psychological Needs Satisfaction‘ (MPNS) wurde von Sheldon und Hilpert entwickelt, um die Befriedigung psychologischer Bedürfnisse in verschiedenen Lebensbereichen zu messen. Die MPNS basiert auf der Selbstbestimmungstheorie, die besagt, dass die Befriedigung dreier grundlegender psychologischer Bedürfnisse – Autonomie, Kompetenz und Verbundenheit – eine wichtige Voraussetzung für das mentale Wohlbefinden und die Entfaltung der individuellen Persönlichkeit ist. Die MPNS umfasst einen Fragebogen mit 16 Items, mit denen die Befriedigung dieser drei Bedürfnisse in verschiedenen Lebensbereichen abgefragt wird. Die Teilnehmenden werden aufgefordert, anzugeben, inwieweit sie sich in den jeweiligen Lebensbereichen autonom, kompetent und verbunden fühlen (vgl. 2012).

Die Selbstbestimmung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen kann allerdings nicht isoliert von Umständen und Unterstützungsleistungen betrachtet werden. Gerade in stationären Wohnsettings sind weitere Aspekte zu beachten. In den folgenden Kapiteln wird die Situation in stationären Wohnsettings in Deutschland expliziert und der aktuelle Wissensstand hinsichtlich der Selbstbestimmung von Menschen in diesen Einrichtungen wiedergegeben.

2.2 Wohnen im Kontext der psychiatrischen Versorgung

Das Wort ‚wohnen‘ kommt vom althochdeutschen ‚wonên‘ und bedeutet ‚zufrieden sein‘ (vgl. Antor, 2007). Wohnen ist Mittelpunkt des Lebens, Freiraum und bildet Identität ab (ebd.). Es stellt sich jedoch die Frage, wie Menschen mit psychiatrischen Diagnosen wohnen. In Deutschland existieren unterschiedliche Wohnformen für Menschen mit Behinderungen: zum einen Formen des betreuten Einzelwohnens, Wohngruppen, dezentrale Wohnverbände sowie Wohn- und Pflegeheime. Zum anderen gibt es Übergangseinrichtungen, soziotherapeutische Einrichtungen und die Familienpflege. Diese Angebote unterscheiden sich im Hinblick auf Wohnform, Betreuungsleistung und -dichte, Finanzierung sowie Bedarf (vgl. Stengler et al, 2015).

Die Kennzahlen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger zeigen deutlich, dass im Jahr 2017 28,5 % aller Menschen, die in besonderen Wohnformen lebten, Menschen mit psychiatrischen Diagnosen waren. In Deutschland lebten demnach ungefähr 60 400 Menschen mit seelischen Behinderungen in stationären Wohneinrichtungen. Diese Zahlen sind allerdings unvollständig und nicht differenziert nach geschlossenen und offenen Wohnformen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, 2019). Jenderny, Schreiter und Steinhart schätzen, dass es in Deutschland mindestens 6000 Plätze in geschlossenen Wohnsettings gibt. Jedoch gibt es dazu keine zugänglichen Daten (2020).

Die Heimversorgungsstruktur der Gemeindepsychiatrie in Deutschland ist bis heute intransparent und heterogen. Geschlossene Heimunterbringungen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und daraus resultierenden komplexen sozialen Problemen müssen befristet und letztes Mittel sein (vgl. Borbé et al, 2021). Die Qualität der stationären und ambulanten Angebote der Psychiatrie bestimmt die Zahl der Rehospitalisierungen. Je besser diese Angebote sind, desto niedriger ist die Rate der Rehospitalisierungen (vgl. Fasel, Baer & Frick, 2010).

Das Wohnen im Kontext der psychiatrischen Versorgung wird vor allem durch die Strömung der Sozialpsychiatrie abgedeckt, die im folgenden Kapitel erläutert wird.

2.2.1 Sozialpsychiatrie

Die Sozialpsychiatrie ist eine Teildisziplin der Psychiatrie. Bevor auf den Aspekt des Sozialen eingegangen wird, soll zunächst der Begriff der Psychiatrie definiert werden. Er setzt sich aus den Worten ‚psych‘ und ‚iatrea‘ zusammen, die aus dem Altgriechischen stammen und ‚Seele‘ sowie ‚ärztliche Heilkunde‘ bedeuten (vgl. Mechler, 1963).

Die Ursprünge der Sozialpsychiatrie liegen in dem Gedanken, dass sich der Staat um Menschen in Not zu kümmern habe. Dieser Gedanke kam zu Beginn des 19. Jahrhunderts auf. Allerdings wurde dieser humanistische Gedanke durch paternalistische Strukturen realisiert, die bis heute den verwahrenden Charakter der Psychiatrie prägen. Unter anderem der naturwissenschaftlich orientierte Psychiater Griesinger (1817–1868) forderte bereits Möglichkeiten zur Betreuung und Wiedereingliederung in das nahe soziale Umfeld. Diese Forderungen konnten sich allerdings nicht allgemein durchsetzen (vgl. Schöny, 2018). Strotzka, ein Pionier der Sozialpsychiatrie in Österreich, definierte diese als

„jene Wissenschaft, die sich systematisch mit der Bedeutung von sozialen, kulturellen sowie Umgebungsfaktoren in weitestem Sinn für seelische Gesundheit und Krankheit befasst. Sie bezieht dabei soziologische, sozialpsychologische und kulturanthropologische Momente sowohl in Bezug auf die allgemeine Beeinflussung der Auffassungen von Gesundheit und Krankheit als auch deren Bedeutung für den einzelnen in ihre Betrachtung ein. Sie beschäftigt sich im Besonderen mit der Diagnose, Prognose, Therapie und Vorbeugung psychischer Krankheiten in und für Gruppen von Menschen.“
(Strotzka, 1972, zitiert in Hinterhuber & Meise 2008, S. 148f)

Im Jahr 1997 fügte Schmitt dieser Definition hinzu, dass Nachsorge ein wichtiger Aspekt ist. 2002 definierten Priebe und Hoffmann die Sozialpsychiatrie als eine Disziplin, die sich auf die Bedeutung sozialer Faktoren in Bezug auf psychische Gesundheit und Krankheit sowie deren Vorbeugung und Veränderung konzentriert.

Eine Analyse der verschiedenen Definitionen von Sozialpsychiatrie zeigt, dass die sozialen Faktoren, die mit psychiatrischen Erkrankungen zusammenhängen, im Fokus stehen (vgl. Schöny, 2018). Priebe und Finzen schreiben der Sozialpsychiatrie drei zentrale Dimensionen zu: theoretische und empirische Wissenschaft, politische Bewegung und praktische psychische Gesundheitsfürsorge (2002).



Abbildung 2 Dimensionen der Sozialpsychiatrie, eigene Abbildung

Die empirische sozialpsychiatrische Wissenschaft ist hauptsächlich auf Fragestellungen zu Krankheitsursachen und Epidemiologie, Versorgung, Wirkung und Outcome sowie Prävention und Gesundheitsförderung im sozialen und gesellschaftlichen Kontext ausgerichtet. Die politische Bewegung hinter der Sozialpsychiatrie vertritt einen explizit normativen Standpunkt. Im Mittelpunkt stehen Inklusion und Empowerment im Ausbau gemeindenaher Versorgung. Die praktische Gesundheitsfürsorge der Sozialpsychiatrie gliedert sich in Therapie, Rehabilitation und Prävention (vgl. Schöny, 2018).

Die Gemeindepsychiatrie ist die praktizierende Sozialpsychiatrie. Thornicroft und Szmuckler zählen hierzu alle Interventionen, die zur Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen in deren Wohn- und Lebensumfeld notwendig sind. Diese Interventionen werden innerhalb eines gemeindepsychiatrischen Netzwerks von psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungseinrichtungen und -teams erbracht. Hierzu gehören auch Hilfen zur Teilhabe an Wohnen und Leben (2001).

2.2.2 Paradigmenwechsel

Die Wahlfreiheit in der Frage nach Wohnpräferenzen von Menschen mit Behinderung, die durch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) sichergestellt wurde, ebnete den Weg für einen Paradigmenwechsel. In Art. 19 UN-BRK ist manifestiert, dass

„Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“ (UN Enable, 2006).

Artikel 19 der UN-BRK – unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass

1. Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
2. Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;
3. gemeindenahen Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

Tabelle 2 Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention (2006), eigene Darstellung

Im Jahr 2017 veröffentlichte der UN-Fachausschuss zur UN-BRK eine fünfte Allgemeine Bemerkung zum Thema ‚Selbstbestimmung‘, die sich speziell auf Artikel 19 bezieht. Laut dieser Bemerkung ist ein selbstbestimmtes Leben nur fernab von Institutionen möglich. Allerdings ist das Wohnen außerhalb von Institutionen kein Garant für Selbstbestimmung. Wenn die Bedingungen fremdbestimmt sind, beispielsweise aufgrund zeitlicher Einschränkungen der Verfügbarkeit von Unterstützungsleistungen, die die

Selbstständigkeit sicherstellen (z. B. nur um 18 Uhr verfügbar), kann die Selbstbestimmung dennoch begrenzt sein (vgl. UN, 2017).

Menschen mit Psychiatrieerfahrung können sich bis heute nicht aussuchen, wo und mit wem sie leben. In der vorliegenden Dissertation geht es vor allem um die Selbstbestimmung von Bewohnenden besonderer Wohnformen der Eingliederungshilfe. Die Umsetzung dieser Angebote wird über das Bundesteilhabegesetz (BTHG) geregelt. Dieses Gesetz wurde mit dem Ziel erstellt, der UN-BRK zu entsprechen. Konkret bedeutet dies, dass eine Trennung zwischen Fach- und existenzsichernden Leistungen vorgenommen wird. Der Fokus in diesem Gesetz liegt auf der Perspektive der leistungsberechtigten Menschen. Hieraus ist auch die Forderung nach Partizipation und Teilhabe der Bewohnenden begründet (vgl. Rosemann, 2018). Dass das Thema Wohnen für Menschen mit Unterstützungsbedarf eine große Relevanz besitzt, zeigt auch eine Metaanalyse von Richter und Hoffmann: 84 % der betroffenen Menschen wollen unabhängig von Institutionen wohnen (vgl. 2017). Trotzdem bleiben die Zahlen derer, die in einer besonderen Wohnform leben, seit Jahren konstant. 60 000 Menschen mit seelischen Behinderungen leben in diesen stationären Einrichtungen (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, 2019).

2.2.3 Angebote und Strukturen der Gemeindepsychiatrie

Die gemeindenahe Psychiatrie (auch ‚Gemeindepsychiatrie‘) entstand infolge der Psychiatrie-Enquete und des Modellprogramms Psychiatrie und wurde in die deutsche Versorgungslandschaft integriert. Dörner und Plog erarbeiteten 1996 Kriterien der gemeindepsychiatrischen Versorgung, die von Schädle-Deininger und Villinger weiterentwickelt wurden (vgl. Schädle-Deininger & Wegmüller, 2016).



Abbildung 3 Merkmale der Gemeindepsychiatrie, eigene Darstellung in Anlehnung an Schädle-Deininger & Wegmüller, 2016

Die Strukturen der Gemeindepsychiatrie in Deutschland sind heterogen. Sozialrechtliche Aspekte und Finanzierungssysteme sind nicht einheitlich geregelt. Eine sektorenübergreifende kontinuierliche Versorgung und Leistungserbringung existiert nicht. Passende und individuelle Leistungen sind nur an wenigen Standorten und oft nur als Modellprojekte verfügbar (vgl. Borbé et al, 2021). Generell wird unterschieden zwischen ambulanten und stationären gemeindepsychiatrischen Angeboten (vgl. Stengler et al, 2015).

2.2.3.1 Finanzierung

Mit dem BTHG, das die Rechte von Menschen mit Behinderung stärken soll, hat sich zum Jahr 2020 auch die Struktur der Finanzierung gewandelt. Es existieren keine ambulanten, teilstationären oder stationären Leistungen mehr. Die fachlichen und unterhaltssichernden Leistungen werden nun differenziert und von verschiedenen Leistungsträgern bezahlt. Für Erstere ist die Trägerin der Eingliederungshilfe (EGH) zuständig, für Letztere der Sozialhilfeträger.

Die Aufgaben der Eingliederungshilfe sind in § 90 SGB IX festgeschrieben:

„(1) Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die

Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können.

(2) Besondere Aufgabe der medizinischen Rehabilitation ist es, eine Beeinträchtigung nach § 99 Absatz 1 abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder die Leistungsberechtigten so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(3) Besondere Aufgabe der Teilhabe am Arbeitsleben ist es, die Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung der Leistungsberechtigten entsprechenden Beschäftigung sowie die Weiterentwicklung ihrer Leistungsfähigkeit und Persönlichkeit zu fördern.

(4) Besondere Aufgabe der Teilhabe an Bildung ist es, Leistungsberechtigten eine ihren Fähigkeiten und Leistungen entsprechende Schulbildung und schulische und hochschulische Aus- und Weiterbildung für einen Beruf zur Förderung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

(5) Besondere Aufgabe der sozialen Teilhabe ist es, die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

Die Finanzierung von Leistungen für stationäres Wohnen für Menschen mit Behinderungen in Deutschland erfolgt in der Regel über die Sozialhilfe. Diese wird von den örtlichen Sozialhilfeträgern (meist den Kommunen) in Form von Geld- oder Sachleistungen erbracht. Die Sozialhilfe richtet sich nach dem SGB XII und dem BTHG, ist für Menschen mit geringem Einkommen und Vermögen bestimmt und soll ihnen dabei helfen, ihren Lebensunterhalt zu sichern und ein menschenwürdiges Leben zu führen. Die Höhe der Sozialhilfeleistungen richtet sich nach dem Bedarf und den Möglichkeiten des betroffenen Menschen. In der Regel werden die Kosten für Unterkunft, Heizung und Nahrung von der Sozialhilfe übernommen. Es gibt auch andere Finanzierungsmöglichkeiten für stationäres Wohnen, zum Beispiel die Pflege- oder die Rentenversicherung. In diesen Fällen muss jedoch der Bedarf an Pflege oder Betreuung gegeben sein und die Leistungen müssen entsprechend beantragt werden. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind seit 2020 im SGB IX aufgeführt und anhand einer Grobstruktur, den nachfolgenden Gesichtspunkten, geordnet:

- soziale Teilhabe: Leistung für Wohnraum, Assistenz, Mobilität, Freizeit, Hilfsmittel

- Teilhabe am Arbeitsleben: Hilfsmittel, Assistenz, Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)
- Teilhabe an Bildung: Schulbegleitung, Vorlesekräfte, Studien- und Kommunikationsassistenzen

Die Leistungen können in verschiedenen Formen an die Leistungsberechtigten erbracht und entweder als Sach- oder Dienstleistung oder in Form eines persönlichen Budgets ausgezahlt werden.

Der Sozialhilfeträger übernimmt die unterhaltssichernden Leistungen. Menschen mit Behinderung haben damit die Möglichkeit, Sozialhilfe zu beziehen. Im Bereich des stationären Wohnens kann die Eingliederungshilfe beispielsweise dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderungen eine passende Wohnform finden und sich dort einleben. Sie kann auch die notwendigen Hilfen und menschliche Unterstützung bereitstellen, damit die betroffene Person möglichst selbstständig in ihrem Wohnumfeld leben kann. Die Eingliederungshilfe wird auf Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger (meist der Kommune) beantragt und ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden, zum Beispiel eine festgestellte Behinderung und einen Bedarf an Hilfe. Die Höhe der Leistungen richtet sich nach dem individuellen Bedarf und den Möglichkeiten der betroffenen Person (vgl. Rosemann, 2018).

In den USA, Kanada, Australien und dem Vereinigten Königreich hat sich das Modell der ‚Self-directed Care‘ aus den veränderten Einstellungen und Richtlinien im Bereich der Behindertenunterstützung und Langzeitpflege entwickelt. Dahinter steht die Idee, wie in Deutschland, dass Menschen die Möglichkeit haben, selbst Entscheidungen über ihre Pflege und Unterstützung zu treffen. Dies wird damit begründet, dass Menschen Experten in ihrem eigenen Leben und am besten in der Lage sind, Entscheidungen über die nötige Pflege und Unterstützung zu treffen. ‚Self-directed Care‘ wird häufig von Regierungsprogrammen und -richtlinien unterstützt und gilt als Möglichkeit, Menschen, die Unterstützung benötigen, mehr Wahlfreiheit, Kontrolle und Unabhängigkeit zu bieten. Self-directed Care wurde auch durch das Konzept der personenzentrierten Pflege beeinflusst, das die Bedeutung der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Vorlieben und Ziele bei der Pflegebereitstellung betont. Der Begriff konzentriert sich auf ein bestimmtes Modell der Leistungserbringung, bei dem individuelle Budgets

eingerrichtet werden, um das Erreichen pers6nlich definierter Behandlungs- und Rehabilitationsziele direkt zu untersttzen (vgl. Salyers & Zisman-Ilani, 2020).

2.2.4 Stationre Wohnformen in der Gemeindepsychiatrie

Stationre Wohnformen haben einen festen Platz in der psychiatrischen Versorgungsstruktur. Ist das Wohnen von befristeter Dauer, wird auch von ‚Asylen‘ gesprochen. Ist das Wohnen von einer lrengerer Verweildauer gekennzeichnet, ist von ‚Anstalten‘ die Rede. Merkmale dieser Einrichtungen sind Zentralversorgung, Systemzwang (Binnenregulierung), Machtstrukturen sowie Absonderung (vgl. Antor, 2007). Das autonome Leben, das aus der Forderung der Independent-Living-Bewegung hervorging, setzte sich beim Wohnen nicht durch – wenngleich Selbstbestimmung ein Grundanspruch ftr Menschen mit Behinderung ist (vgl. ebd.). In Deutschland gibt es heute verschiedene Arten besonderer Wohnformen, zum Beispiel betreutes Wohnen, Wohnen in Wohngemeinschaften oder Wohnen in Einrichtungen. Diese Wohnformen k6nnen in unterschiedlichen Einrichtungen angeboten werden, zum Beispiel Wohnheimen, Pflegeeinrichtungen oder Wohngruppen. Diese Wohnformen sind in der Regel auf die Bedrfnisse der betroffenen Personen abgestimmt und bieten individuelle Untersttzung sowie Betreuung. Im Folgenden werden das stationre Wohnen in Einrichtungen als Teil der Gemeindepsychiatrie und die Akteure betrachtet.

Hinsichtlich der heimartigen Unterbringung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen existiert umfassende Kritik. In der S3-Leitlinie ‚Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen‘ ist als Intervention empfohlen, Psychiatrieerfahrene in eigenen Wohnungen mit mobiler Untersttzung zu versorgen. Wohngruppen oder heimrehnliche Unterbringungen sollen nur mit dem Ziel, in eine eigene Wohnung zurfckzukehren, eingesetzt werden (vgl. DGPPN, 2019). Die Weiterentwicklung des psychosozialen und psychiatrischen Angebots kann nur durch 6ffentliche Kontrolle, transparente Partizipation und demokratische Meinungsbildungsprozesse gelingen (vgl. Bomke, 2008).

2.2.4.1 Bewohnende der stationären Wohnformen

Jendermy, Schreiter und Steinhart haben in ihrer Studie über stationäre Wohnsettings für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen herausgefunden, dass von den Menschen, die in offenen Wohnangeboten leben, 31,5 % Frauen und 68,5 % Männer³ sind. In geschlossenen Wohnsettings liegt der Frauenanteil bei 35,9 %, der Männeranteil bei 64,1 % (2020). Die am häufigsten unterstützten Menschen sind Menschen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis (54,4 %), gefolgt von Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (10,4 %), Menschen mit Persönlichkeitsstörungen (9,8 %) sowie Menschen mit affektiven Störungen (9,6 %).

Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die in Einrichtungen leben, verlieren ihre Selbstbestimmung. Eine qualitative Studie von Brolin et al. zeigt, dass ein Hauptanliegen von Menschen in Wohnsettings das Erlangen von Selbstbestimmung ist und mit dem Streben nach Sinn als Verhaltensmuster versucht wird, dies zu lösen. Brolin et al. entwickelten eine Theorie, der zufolge das Leben in der Gegenwart, das Streben nach Selbstbestimmung, die Stärkung des Selbstwertgefühls, die emotionale Verarbeitung und das Ausruhen in der Gegenwart als Strategien dazu dienen. Diese Strategien unterstützen sich gegenseitig und werden einzeln, gleichzeitig oder abwechselnd eingesetzt. Wenn dies erfolgreich ist, wird ein Sinn in der Gegenwart wahrgenommen. Wenn jedoch alle Strategien versagen, wird die Flucht aus der Gegenwart genutzt, um mit dem Entzug der Selbstbestimmung umzugehen. Die Implikationen der Ergebnisse legen nahe, den institutionellen Charakter des sozialen und physischen Umfelds zu reduzieren und die Selbstbestimmung von Menschen, die Wohnangebote nutzen, zu unterstützen (2016).

Bezüglich der Stärkung der Selbstbestimmung herrscht Uneinigkeit. In der australischen Studie von Byrne, Schoeppe und Bradshaw (2018) sollte untersucht werden, inwieweit Psychiatrieerfahrene (n = 1217) die Prinzipien von Recovery kennen und welche Inhalte ihnen am wichtigsten sind. Darüber hinaus wurden sie gefragt, ob sie mit diesen Ansätzen übereinstimmen. Der Selbstbestimmung wurde vonseiten der Psychiatrieerfahrenen kein hoher Stellenwert zugeschrieben. Mehr als 80 % der Bewohnenden besonderer Wohnformen äußerten jedoch den Wunsch, nicht in einem Heimsetting zu leben (vgl. Richter & Steinhart, 2016). Die Bewohnenden werden durch multiprofessionelle Teams, die in diesen Wohneinrichtungen arbeiten, unterstützt. Diese Teams werden im Folgenden betrachtet.

³ Nicht binäre Menschen wurden nicht erfasst

2.2.4.2 Multiprofessionelle Teams der stationären Wohnformen

In den sogenannten besonderen Wohnformen im Rahmen der Eingliederungshilfe arbeiten Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen und Hilfskräfte zusammen (vgl. Schädle-Deininger & Wegmüller, 2016). Neben Pflegefachpersonen sind dort Heilerziehungspfleger, Sozialarbeiter*innen und Angehörige anderer Berufsgruppen tätig. Dieses Kapitel soll Aufschluss über die Zusammensetzung von Teams und Kompetenzen im Hinblick auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden geben.

Jendermy, Schreiter und Steinhart haben herausgefunden, dass 48,3 % der Mitarbeitenden in stationären Wohnsettings in Deutschland pädagogischen Berufen entstammen. 19,9 % sind Pflegefachpersonen, 12,5 % haben keinen Berufsabschluss. Ergotherapeuten belegen 7 % der Stellen. 1,2 % sind psychologische und medizinische Fachpersonen, der restliche Anteil setzt sich aus ein- und zweijährig ausgebildeten Mitarbeitenden zusammen. Lediglich 7,74 % der Mitarbeitenden in offenen und 6,92 % der Mitarbeitenden in geschlossenen Wohnsettings verfügen über sozialpsychiatrische Zusatzausbildungen (vgl. 2020). Die Vorgaben für die Zusammensetzung der Berufsgruppen sind in Deutschland vielfältig. In einigen Leistungsvereinbarungen sind Quoten zur Fachkraftbesetzung festgelegt, in anderen nicht. Begründungen dazu fehlen (vgl. Walther, 2020). Kernkompetenzen, die Fachpersonen bei der Wohnbetreuung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen besitzen müssen, sind in der folgenden Abbildung aufgeführt.

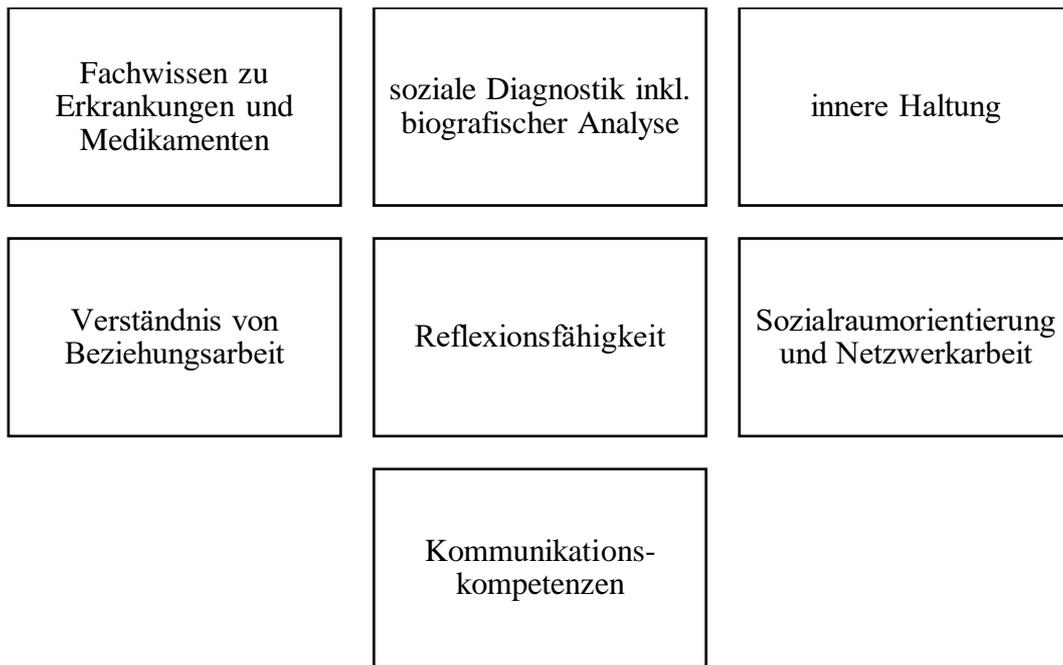


Abbildung 4 Berufsgruppenübergreifende Kompetenzen, eigene Darstellung in Anlehnung an Konrad & Rosemann, 2016)

Auch Clarke und Fawcett kamen zu dem Ergebnis, dass für eine personenzentrierte Perspektive Pflegewissen und Pflegeführung wichtig sind (2016). Bereits im Jahr 1952 betonte Peplau die Notwendigkeit, dass Angehörige der Pflegeberufe sich von rein medizinischen Aspekten der Versorgung lösen und den Fokus auf pflegerisches Handeln richten (vgl. Peplau, 1952). Der Prozess der Pflege zielt darauf ab, die Gesundheit zu fördern. Pflege kann sowohl Einzelpersonen als auch sozialen Gruppen helfen, ihre Fähigkeiten zu entdecken und zu nutzen, um ihrem Leben einen Sinn zu geben. Die Kompetenz der Pflegeberufe besteht darin, Menschen bei der Lösung ihrer Probleme zu unterstützen und sie auf ihrem Weg zu begleiten.

In einer Studie von Adamus et al. wurden die Präferenzen, Einstellungen und Arbeitsbedingungen schweizerischer Fachpersonen des unabhängig unterstützenden Wohnens mit denen von Fachpersonen der stationären Pflegeeinrichtungen verglichen. Sie fanden unter anderem heraus, dass stigmatisierende Einstellungen von Fachpersonen in stationären Pflegeeinrichtungen weit verbreitet sind. Alle Fachpersonen räumen dem Unterstützungsprozess besondere Wichtigkeit ein. Als hinderlich für eine erfolgreiche Wohnrehabilitation werden Stigmatisierung und gesetzliche sowie politische Anforderungen angesehen (2022).

Die multidisziplinäre Zusammensetzung von Teams in der Sozialpsychiatrie hat eine lange Tradition. Walther geht von deutlichen Unterschieden in den Ausbildungsinhalten und davon, dass die nötigen Kompetenzen weniger in der Ausbildung als vielmehr in der Praxistätigkeit gelehrt werden, aus. Die Ausbildungsgänge seien nicht auf die Wohnbetreuung ausgerichtet (2020). Auch der Umgang mit (potenziellen) Auszubildenden in der Pflege hat Einfluss auf die spätere Berufspraxis. Die australischen Forschenden Perlman et al. kamen in ihrer Studie zu dem Schluss, dass die Selbstbestimmung von Menschen mit diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen, die Pflegestudierende während ihrer Praktika (bzw. heute ihrer Praxiseinsätze) erleben, einen Einfluss auf die spätere soziale Distanz zu Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und deren Stigmatisierung hat (2020). Der Umgang mit dem beruflichen Nachwuchs ist wichtig. Rückmeldungen von ihnen haben eine besondere Bedeutung, da sie am besten erkennen, welche Praktiken schädlich sind (vgl. Bartholomew, 2009).

2.2.5 Selbstbestimmung in stationären Wohnformen

In der Vergangenheit wurde Menschen mit psychischen Erkrankungen das Recht auf Handlungs- und Rechtsfähigkeit in vielen Aspekten verwehrt (vgl. Lachwitz, 2014). Menschen mit psychischen Erkrankungen lebten am Rand der Gesellschaft, wurden weggesperrt und versteckt. Während des Dritten Reichs wurden sie wie Juden und andere stigmatisierte Menschen systematisch vernichtet. Bis in die 1970er Jahre sind für den Umgang mit Menschen mit psychiatrischen Diagnosen Maßnahmen wie Einsperren, Absondern und Einschließen üblich. Aufrechterhalten wurden diese Vorgehensweisen aufgrund der Überzeugung, dass etwas Normales und etwas Pathologisches existiert. Menschen wurden mittels Autorität, Paternalismus und direkter Verfahren an dieses System angepasst und stigmatisiert (vgl. Waldschmidt, 1999).

Ende des 20. Jahrhunderts erstarkte der Selbstbestimmungsgedanke als Ergebnis des gesellschaftlichen Wandels. Die Forderung nach einer Stärkung der Selbstbestimmung für Psychiatrieerfahrene wurde als ‚nachholende Befreiung‘ positiv betrachtet. Allerdings führte diese Argumentation in einer überzogenen Weise auch zu der falschen Annahme, dass zur Selbstständigkeit notwendige Unterstützungen vorenthalten werden (vgl. Waldschmidt, 2003). Auch die Betrachtung von Selbstbestimmung unter normativen Gesichtspunkten zeigt, dass Autonomie (Selbstständigkeit) als Leitidee und Ziel

anzustreben ist. Betroffene haben erwirkt, dass dies als Rechtsnorm festgelegt wurde. Grundlegend sind diesbezüglich die allgemeinen Menschenrechte zu nennen. Über die Deklaration von Madrid haben die Teilnehmenden des europäischen Behindertenkongresses erreicht, die Selbstbestimmung als ihnen zustehendes Recht anzuerkennen. Damit forderten sie im Sinne des Empowerment-Gedanken eine Abkehr von Entscheidungen durch Fachpersonen (vgl. Deklaration von Madrid, 2003).

Die Selbstbestimmung ist ein grundlegender Wert in der modernen Gesellschaft (vgl. Waldschmidt, 2012) und wird als elementares ethisches Prinzip der Psychiatrie und Psychotherapie angesehen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., 2014). Die Herausforderung für die Fachpersonen ist dabei, ihr Dilemma zwischen der Verantwortlichkeit als Helfer und der Risikobereitschaft als Begleiter zu lösen. Die Forderung der Behindertenbewegung (Eigenbezeichnung) lautet: „Ich weiß doch selbst, was ich will!“ (vgl. Rock, 1996). In den letzten fünfzig Jahren wurde einiges getan, um die Behandlung von Menschen in seelischen Krisen weniger gewaltvoll zu gestalten. Zu den Bemühungen gehören unter anderem die Psychiatrie-Enquete von 1975, die Declaration of Hawaii der World Psychiatric Association von 1977, das Betreuungsgesetz von 1992 und das Patientenverfügungsgesetz von 2009. Auch die UN-BRK aus dem Jahr 2006 sowie der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) von 2011 über die Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug sind hier zu nennen (vgl. Borbé, 2013). Hinzu kommen neuere Entwicklungen in diesem Bereich, wie das BTHG⁴ (vgl. Rosemann, 2018), und diverse Weiterentwicklungen der landeseigenen Gesetze der Bundesrepublik Deutschland zum Umgang mit Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Auch das BVerfG beschäftigt sich mit dem Thema ‚Selbstbestimmung‘. Im Jahr 1981 sprach es Menschen mit psychiatrischen Diagnosen die ‚Freiheit zur Krankheit‘ aus. Der Wille der Menschen stehe vor dem Wohl. 1992 wurde dann das Betreuungsrecht mit der Orientierung an den Wünschen der Betreuten veröffentlicht. Zudem erließ der Bundesgerichtshof (BGH) ein Urteil, mit dem der mutmaßliche Wille der Betroffenen als rechtlich bindend für das ärztliche Handeln festgelegt wurde. Im Jahr 2007 trat dann § 1896 Abs. 1a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in Kraft: „Gegen den Willen eines Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.“ Im Jahr 2011 entschied das BVerfG

⁴ Siehe Kapitel 2.2 Wohnen im Kontext der psychiatrischen Versorgung

die grundsätzliche Geltung und Beachtung der Selbstbestimmung im Maßregelvollzug, was den §§ 630a ff. BGB folgte. All diese Entscheidungen beeinflussten den Stand der Selbstbestimmung in der Bundesrepublik (vgl. Kammeier, 2015).

Im Widerspruch dazu steht, dass eindeutige Menschenrechtsverletzungen bis heute im Bereich der Psychiatrie alltäglich sind. Weltweit werden Menschen mit psychischen Erkrankungen unter anderem Folter, Isolierung, Fixierung und Elektrokrampftherapie ausgesetzt (vgl. Mürner & Sierck, 2015). Behandlungserfolge auf dem Genesungsweg von Menschen mit seelischen Erkrankungen werden bis heute durch Zwang und Gewalt erschwert (vgl. Henking & Vollmann, 2014).

Nach Kennedy und Lewin (2004) ist die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung personenzentriert und -geleitet zu betrachten. Der Mensch mit Behinderung übernimmt somit Verantwortung für sein Leben und die dienstleistenden Fachpersonen treffen keine Entscheidungen mehr. Das Individuum entscheidet, wo und mit wem es lebt und welche Formen der Dienstleistung und Unterstützung es in Anspruch nimmt. Kennedy und Lewin haben in ihrem Artikel Prinzipien für die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung festgelegt.

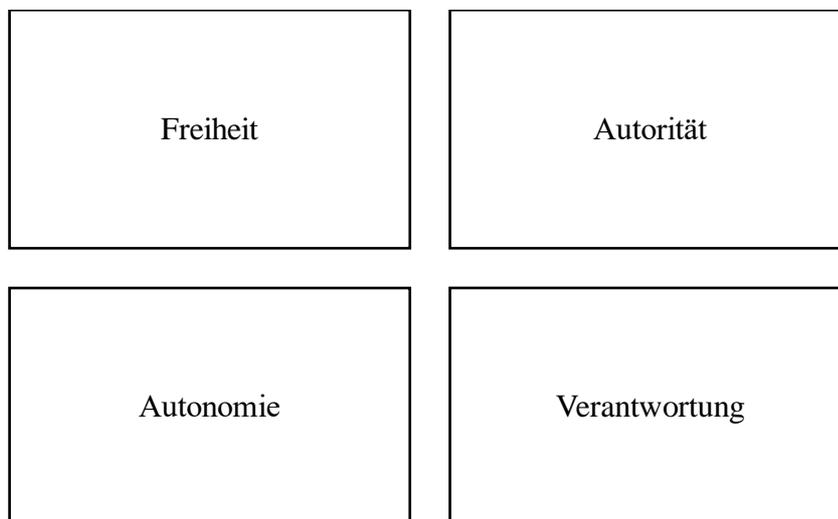


Abbildung 5 Prinzipien der Selbstbestimmung in Anlehnung an Kennedy und Lewin (2004), eigene Darstellung

Freiheit als Prinzip der Selbstbestimmung meint, dass der Mensch frei gewählte Unterstützung in Anspruch nehmen kann. Menschen sind nicht dazu verpflichtet, bestehende Angebote und Einrichtungen zu nutzen, sondern können die unterstützenden

Leistungen beziehen, die für sie relevant sind. Das Prinzip der Autorität bedeutet unter anderem, dass Menschen mit Behinderung bestimmte finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen, die sie selbstverantwortlich einsetzen können, um beispielsweise notwendig unterstützende Dienstleistungen zu bezahlen. Die Autonomie als Prinzip der Selbstbestimmung betrifft auch den Umgang mit finanziellen und personellen Ressourcen, die ihnen zur Unterstützung zum Leben in der Gemeinschaft zur Verfügung stehen. Autonomie bedeutet, diese Ressourcen eigenverantwortlich verwalten zu können. Der Grundsatz der Verantwortung meint, dass Menschen mit Behinderung eine Rolle in der Gemeinschaft übernehmen. Das bedeutet einerseits, dass sie entlohnter Arbeit nachgehen, sich persönlich weiterentwickeln und sich um andere in der Gemeinschaft sorgen, andererseits aber auch, dass sie ihr Geld so einsetzen, dass sie das Leben anderer Menschen mit Behinderung bereichern (ebd.).

Die Pflege „unterstützt die Selbstständigkeit der zu Pflegenden und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung“ (§ 5 Abs. 2 des Pflegeberufereformgesetzes [PflBRefG]). Die Selbstbestimmung von Psychiatrieerfahrenen ist unabdingbar. Das Formulieren eigener Ziele und die Förderung von Hoffnungen und Selbsthilfepotenzialen sind zentrale Handlungsaufträge für die Pflege (vgl. DGPPN, 2019). Es ist die Pflicht von Fachpersonen im Gesundheitswesen, die Selbstbestimmung zu ermöglichen und zu fördern. „Richtig verstandene Fürsorge ist [...] von vornherein nicht-paternalistisch [sic!] orientiert, indem sie zu jedem Zeitpunkt dem Kranken, soweit es geht, autonome Selbstsorge bereits im Umgang mit seiner Krankheit ermöglicht“ (Rehbock 2005, S. 327). Darüber hinaus finden sich in Artikel 19 der UN-BRK (siehe Tabelle 3) grundlegende Rechte im Zusammenhang mit der Selbstbestimmung. Der Behinderungsbegriff wurde 2018 neu gefasst. In § 1 SGB IX lautet es:

„Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von [...] Menschen mit seelischen Behinderungen und von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.“

Die sogenannte Informierte Einwilligung dient als Grundsatz der Selbstbestimmung: Das grundlegende Paradigma der Selbstbestimmung im Gesundheitswesen, in der Forschung, der Politik und anderen Zusammenhängen ist die ausdrückliche Zustimmung (vgl. Beauchamp & Childress 2001, S. 107). In der Gemeindepsychiatrie besteht das Problem, dass Personen mit Erfahrungen in der Psychiatrie oft nicht als unabhängige Akteure betrachtet werden. Zusätzlich werden Menschen mit psychischen Krisen oft nicht mit dem nötigen Respekt behandelt. Laut Kennett (2007, S. 90-113) liegt dies daran, dass sie oft Schwierigkeiten haben, Beziehungen aufzubauen, und ihr Verhalten von anderen falsch interpretiert wird. Dies führt zu einem Kreislauf aus negativen, eingeschränkten und defensiven Verhaltensweisen die auf künstliche und paternalistische Professionalität beruht.

Jahnke betont, dass nicht alle angebotenen Hilfsmaßnahmen dazu geeignet sind, den Prozess der Genesung zu fördern. So gibt es oft eine problematische Stereotypisierung unter Fachleuten, die kontraproduktiv sein kann. Einige Eingriffe gehen zu weit und gefährden die Selbstständigkeit des Einzelnen (Jahnke, 2015, S. 252).

Die Beziehungen zwischen Fachpersonen und Psychiatrieerfahrenen sind häufig durch Kränkungen aufgrund der psychiatrischen Diagnose gekennzeichnet (vgl. Borbé, 2013). Der Gesundheitsstatus nimmt bei der Entscheidung über das Recht einer Person auf Selbstbestimmung eine Schlüsselposition ein. Die Institution der Betreuung und sozialrechtliche Aspekte spiegeln diese Positionierung wider. Allerdings ist auch bei gesunden Menschen das Recht auf Selbstbestimmung von Rahmenbedingungen abhängig und muss im gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden. Die (in diesem Kontext seelische) Behinderung eines Menschen verstärkt die Herausforderungen im Hinblick auf ein selbstbestimmtes Leben (vgl. Waldschmidt, 1999).

Der Deutsche Ethikrat (2018) formuliert in seiner Stellungnahme zum Thema ‚Zwang‘, dass Zwang als Gewalt direkt und unmittelbar auf den Körper einer anderen Person ausgeübt wird, um Entscheidungs- und Verhaltensmöglichkeiten zu beschränken. In Sorgebeziehungen kann dies auch eine Situation sein, in der ein Mensch sich fremd- oder selbstgefährdend verhält und dann mit einem Gurt im Bett fixiert wird. Darüber hinaus sind abgeschlossene Stationstüren und das Vorenthalten von Hilfsmitteln mittelbarer Zwang. Auch psychischer Zwang kann in Sorgebeziehungen vorkommen. Als Beispiele sind hier das Androhen negativer Konsequenzen und das Vorenthalten relevanter Informationen, um ein bestimmtes Verhalten zu erreichen, zu nennen. Darüber hinaus gibt es strukturelle Zwänge, die auf Menschen in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen

wirken und eine selbstbestimmte Alltagsgestaltung durch Psychiatrieerfahrene erschweren oder unterbinden. Zwang ist eine direkte Folge einstig defizitorientierter persönlicher Wertvorstellungen und unreflektierter persönlicher Wertpräferenzen aufseiten des Fachpersonals (vgl. ebd.).

Durch die Analyse von fünf Einzelfallstudien extrahierte Waldschmidt (2012) die in der folgenden Abbildung aufgeführten Aspekte der Selbstbestimmung von Menschen mit körperlichen Einschränkungen.

Grundrechte	Bestandteil der Menschenwürde	persönliche Freiheit	Bedürfnisbefriedigung
aktive Lebensgestaltung	Selbsterfahrung / Selbsterkenntnis	Bewegungsfreiheit / Mobilität	Handlungsfreiheit
Entscheidungsfreiheit	Selbstverantwortung	Arbeit	Teilnahme am sozialen Leben

Abbildung 6 Aspekte der Selbstbestimmung in Anlehnung an Waldschmidt (2012), eigene Darstellung

Die Selbstbestimmung aus Sicht von Psychiatrieerfahrenen untersuchten Buchgraber und Kerschbaumer (2020) in ihrer Forschungsarbeit zur Selbstbestimmung psychoseerfahrener Menschen. Durch qualitative Interviews identifizierten sie 13 Einflussfaktoren für Selbstbestimmung.



Abbildung 7 Einflussfaktoren in Bezug auf die Selbstbestimmung in Anlehnung an Buchgraber und Kerschbaumer (2020), eigene Darstellung

Buchgraber & Kerschbaumer betonen, dass vor allem eine partnerschaftliche, vertrauensvolle Begegnung zwischen Psychiatrieerfahrenen und Fachpersonen bzw. Angehörigen wichtig ist. Diese sollte durch Akzeptanz, Wertschätzung und Offenheit gekennzeichnet sein (ebd.). Auch Kennett zufolge ist eine gegenseitige Beziehung Grundlage für Respekt und Wohlwollen. Demnach kann erwartet werden, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrung mit weniger Wohlwollen und Respekt behandelt werden als andere Menschen (vgl. 2007).

Die professionelle Beziehung zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden ist nicht immer unkompliziert. Im folgenden Abschnitt wird das Spannungsfeld der Mitarbeitenden zwischen Macht und Partizipation dargestellt.

2.3 Sorgebeziehungen im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung

Die Sorgebeziehung stellt ein zentrales Thema in der Gemeindepsychiatrie dar und ist immer auch von Machtverhältnissen geprägt. Sauter spricht von einer grundsätzlich asymmetrischen Natur, wobei die Macht der Psychiatrieerfahrenen gegenüber der der Professionellen (z. B. aufgrund von Wissen) abgeschwächt ist (vgl. 2011, S. 652ff). In diesem Kapitel wird das Spannungsverhältnis zwischen Selbst- und Fremdbestimmung in der Sorgebeziehung genauer analysiert.

2.3.1. Interpersonale Beziehungen nach Peplau

Peplau hat die Beziehungsarbeit in der Pflege für Menschen mit seelischen Erkrankungen 1952 erstmals in „Interpersonal relations in nursing“ beschrieben. Ihr zufolge ist Pflege „ein signifikanter, therapeutischer, interpersonaler Prozess“ (vgl. Peplau et al., 1995, S. 39). Die Pflege unterstützt einzelne Menschen bei der Erhaltung ihrer Gesundheit im Zusammenhang mit anderen gesellschaftlichen Prozessen, die ebenfalls dazu beitragen, dass jeder einzelne Mensch gesund bleibt (ebd.).

Laut Peplau wird die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen in der Pflege oft nicht ausreichend gewürdigt. In bestimmten Situationen, in denen ein professionelles Team Gesundheitsdienstleistungen erbringt, sind Pflegefachpersonen daran beteiligt, die Rahmenbedingungen zu organisieren. Die Pflege wird als Instrument der Bildung betrachtet und als Förderer der Reife angesehen. Ziel ist es, die Persönlichkeit in Richtung eines kreativen, konstruktiven, produktiven und gesellschaftlichen Lebens zu fördern (vgl. Peplau et al., 1995, S. 39). Peplaus Theorie zufolge ist die Beziehung pflegetherapeutisch wertvoll. In ihrer Arbeit fokussierte Peplau sich auf die Frage, wie sich die Beziehungsgestaltung förderlich auf den Genesungsprozess auswirken kann. Pflegefachpersonen reflektieren im Rahmen von Psychodynamik sich selbst, ihr Handeln und die Auswirkungen ihres Handelns für sie selbst und das Gegenüber.

Lührmann (2010) fasste die vier wichtigsten Inhalte der Pflgetheorie nach Peplau zusammen:

1. Im Zuge der teilnehmenden Beobachtung wird das von Menschen in seelischen Krisen Gesagte wahrgenommen und die eigene Reaktion auf das Gesagte reflektiert
2. Die Bedürfnisse des Menschen stehen im Mittelpunkt.
3. Pflegefachpersonen sind sich ihrer verschiedenen Rollen bewusst.
4. Pflegefachpersonen erkunden, fragen und warten ab.

Peplau betont, dass durch den Fokus auf Partizipation, etwas mit dem Menschen zu tun gibt. Voraussetzung dafür ist, dass eine Beziehung entsteht, in der beide Parteien eine Schwierigkeit auf die gleiche Weise interpretieren und diese Schwierigkeit gemeinsam bewältigen wollen. Die privaten Interessen von Menschen in seelischen Krisen müssen im Pflegeprozess mit den beruflichen Interessen der Pflegefachpersonen abgestimmt werden (vgl. Peplau et al., 1995).

Pflegefachpersonen übernehmen im Pflegeprozess verschiedene Funktionen. Die unterstützende Rolle wird wirksam, wenn notwendige Informationen von Pflegefachpersonen geteilt werden, damit Menschen mit seelischer Erkrankung ihre Probleme und ihre Situation verstehen können. Ebenso sollten Pflegefachpersonen verstehend zuhören, um Ereignisse und Gefühle nachvollziehen und beratend tätig werden zu können. Darüber hinaus können der Pflegefachperson von Betroffenen familiäre Rollen zugewiesen werden – z. B. die der Schwester, des Bruders, der Mutter oder des Vaters. Auf diese Weise können Pflegefachpersonen eine Reflexion älterer Gefühle und eine Neuorientierung ermöglichen. Pflegefachpersonen sind laut Peplau technische Fachleute, die kritisch mit vielfältigen Fragestellungen umgehen (vgl. ebd.). Die Selbsterkenntnis ist zentrales Werkzeug, um offene und verdeckte Bedürfnisse bei Menschen in seelischen Krisen wahrzunehmen. Aber auch Menschen mit seelischen Erkrankungen müssen erkennen, dass ein Bedarf an professioneller Hilfe besteht. Dazu gehört auch, dass sie wissen, welche Hilfsstrukturen existieren und dass kooperative Hilfe zur Planung notwendig ist. Aus dieser Erkenntnis kann sich die Motivation ergeben, die aufgetretenen Probleme anzugehen (vgl. ebd.).

Peplau definiert vier sich überschneidende Phasen der Beziehung im Pflegeprozess. Diese vier Phasen sind eng miteinander verbunden und können in jeder Pflegesituation auftreten (vgl. ebd.).

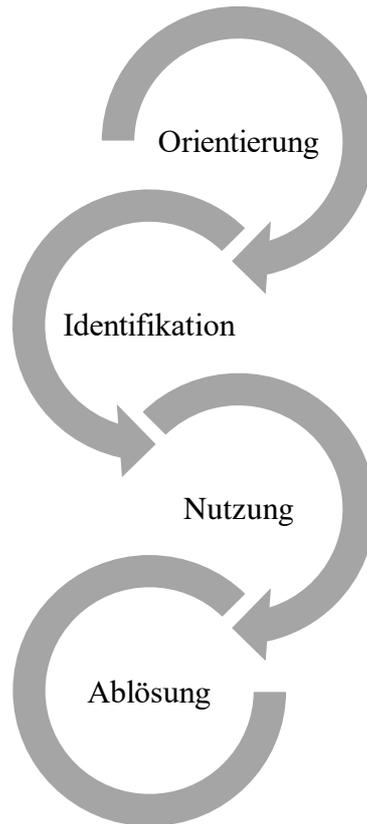


Abbildung 8 Phasen der Pflege-Patientinnen/Patienten-Beziehung nach Peplau (vgl. 1995), eigene Abbildung

Die erste Phase ist die der Orientierung. In dieser Phase besteht ein Bedarf und professionelle Hilfe wird als dienlich erachtet und entsprechend gesucht. Diese Phase zeichnet sich also durch die Suche nach Beistand aus. Die darauffolgende Phase der Identifikation ist gekennzeichnet durch das Ausleben und Annehmen von Gefühlen. Dadurch können Menschen mit seelischen Erkrankungen ihre Gefühle neu erkunden und ihre Persönlichkeit stärken. Die Aufgabe von Pflegefachpersonen ist es dabei, die Menschen so zu akzeptieren, wie sie sind, und ihre zugeschriebene Rolle auszufüllen. Daraus entsteht eine Situation des konstruktiven Lernens.

Wenn die vorangegangene Phase erfolgreich verlief, kann der Mensch mit seelischer Erkrankung die für ihn passende Hilfestruktur nutzen (Phase der Nutzung). Gleichzeitig wird er anfangen, sich neue Ziele zu suchen. Entscheidend ist, dass sich in dieser Phase Prozesse der Identifikation und Prozesse der Ablösung überschneiden. Das Verhalten schwankt oft zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit. In der Phase der Ablösung geht es dann darum, sich von Pflegefachpersonen zu ‚befreien‘ und Eigenständigkeit zu

entwickeln. Die gesamte Begegnung zwischen Pflegefachpersonen und Menschen mit seelischen Erkrankungen ist auf diese Befreiung ausgerichtet (ebd.).

Außerdem spielen menschliche Bedürfnisse in Peplaus Theorie eine wichtige Rolle. Peplau nennt Sicherheit und die Erfüllung von Wollen, Begehren und Wünschen als oberstes Ziel menschlichen Handelns. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass durch die Befriedigung dieser Bedürfnisse neuere und reifere Bedürfnisse entstehen. Pflegefachpersonen müssen durch intensives Kennenlernen und Zeit in der Lage sein, dies zu erkennen. Durch die intensive Aufmerksamkeit von Pflegefachpersonen können sich Persönlichkeiten weiterentwickeln – indem die Menschen erkennen, was sie wünschen, und die Fähigkeit erwerben, für diese Wünsche zu kämpfen. In herausfordernden Situationen ist es oftmals nicht leicht zu erkennen, welche zwei Ziele sich gegenüberstehen. Wichtig zu sein scheint, dass Menschen mit seelischer Erkrankung klar sein muss, welche Ziele sie verfolgen. In konflikthaften Situationen kann es hilfreich zu sein, Spannungen aktiv zu hinterfragen, um die Besorgnisse zu mildern (ebd.).

Dennoch kommt es in Sorgebeziehungen zu Machtungleichgewichten. Im folgenden Abschnitt werden diese näher betrachtet.

2.3.2 Machtungleichgewichte in Sorgebeziehungen

In Sorgebeziehungen kommt es zu einer Dynamik der Machtungleichheit, die erheblichen Einfluss auf die Beziehung haben kann. In diesem Kapitel soll die Frage beantwortet werden, wie Machtungleichgewichte in Sorgebeziehungen entstehen und welche Auswirkungen sie haben können.

Mitarbeitende in der Psychiatrie besitzen Macht, eine „Chance[,] innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance besteht“ (Weber & Winckelman, 1956, S. 28). Weber und Winckelmann betonen die Bedeutung von Macht in sozialen Beziehungen und argumentieren, dass Macht nicht nur auf der Fähigkeit beruht, jemanden zu zwingen, sondern auch auf der Fähigkeit, andere zu überzeugen und zu beeinflussen (ebd.). Gemäß Sauter (vgl. 2011, S. 652ff) besteht in Sorgebeziehungen eine asymmetrische Machtverteilung. Wenn Fachpersonen diese Macht jedoch dazu nutzen, Menschen zu

disziplinieren, kann dies als Machtmissbrauch und Gewalt gegenüber den Betroffenen angesehen werden, wie von Billen (2014) beschrieben.

In diesem Kapitel werden verschiedene Konzepte herangezogen, um die Dimensionen von Machtungleichgewichten und Machtmissbrauch in Sorgebeziehungen darzustellen und ihre Auswirkungen auf die Beziehung zu analysieren.

2.3.2.1 Ableismus und testimoniale Ungerechtigkeit in Sorgebeziehungen

In der vorliegenden Arbeit ist es von Bedeutung, den Einfluss von Ableismus darzustellen, da dieser bisher wenig Beachtung gefunden hat. Der Begriff ‚Ableismus‘ stammt aus der englischsprachigen Behindertenbewegung und leitet sich vom Wort ‚ability‘ (Fähigkeit) ab. In der deutschen Übersetzung wird der Begriff ‚Ableismus‘ verwendet (vgl. Buchner, 2015).

Es gibt Vorurteile und unbewusste Voreingenommenheit in der (psychiatrischen) Gesundheitsversorgung, die auch von Fachleuten ausgehen (vgl. Thornicroft et. al., 2007, S. 113ff). Diese können beeinflussen, wie sie im Alltag Informationen wahrnehmen, interpretieren und kommunizieren, wie in einer Studie von Cooper et al. (2012, S. 979-987) beschrieben wurde. In einer Gesellschaft, in der körperliche und psychische Gesundheit als Norm angesehen und die Abwesenheit von Beeinträchtigungen als wünschenswert betrachtet wird (vgl. Pena-Guzman & Reynolds, 2019, S. 205ff), kann diese Wahrnehmung dazu führen, dass Menschen, die diese Norm nicht erfüllen, epistemische Kompetenzen abgesprochen werden (Angermeyer et al., 2013, S. 146ff). Die Sprech- und Denkweise dieser Menschen stimmt nicht mit der der Gesellschaft überein. Infolgedessen werden sie als unglaubwürdig abgestempelt und ihnen wird ihre Intelligenz aberkannt (vgl. Jongsma et al, 2017, S. 221ff).

Aus dieser Stigmatisierung und Diskriminierung resultiert testimoniale Ungerechtigkeit. Darunter ist die Herabstufung der Glaubwürdigkeit aufgrund sozialer Identität und negativer Vorurteile zu verstehen. Kidd und Carel fanden heraus, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen systematisch Opfer testimonialer Ungerechtigkeit sind (2017, S. 172ff). Eine Folge dessen ist der Vertrauensverlust, sowohl hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten als auch in Bezug auf das System der Gesundheitsversorgung. Darüber

hinaus kann es dazu kommen, dass Betroffene relevante Informationen zurückhalten oder Fachpersonen an sie gerichtete Informationen gar nicht erst empfangen. Auch wenn manche Stereotypen auf statistischer Verteilung beruhen, können sie zu Fehlern führen. Aus Stereotypen kann eine Überbewertung oder auch eine kongruente Wahrnehmung von Symptomen resultieren (vgl. Puddifoot, 2019, S. 69ff). Stigmatisierungen von Psychiatrieerfahrenen beeinträchtigen auch den Recovery-Prozess (Baker et al, 2020). Psychiatrieerfahrene müssen als Empfangende von Gesundheitsdienstleistungen wahrgenommen werden, damit jede Art von Stigma überwunden werden kann (vgl. Gilbert et al, 2013). Laut Grüber besteht nicht selbstverständlich ein Kontakt zwischen Psychiatrieerfahrenen und Menschen ohne diese Erfahrungen. Es existiert eine Parallelwelt, die für Personen außerhalb dieser Parallelwelt nicht zu verstehen ist (2015).

Nach dieser kritischen Betrachtung der Auswirkungen von Stigmatisierung und Diskriminierung müssen weitere Einflussfaktoren beleuchtet werden.

2.3.2.2 Inter- und intrapersonelle Autonomiekonflikte

Mitarbeitende in besonderen Wohnformen stehen in einem besonderen Spannungsfeld zwischen Autonomie und Kontrolle. Dabei existieren zwei Arten von Autonomiekonflikten: Interpersonelle Autonomiekonflikte entstehen, wenn zwei oder mehr Personen unterschiedliche Vorstellungen darüber haben, wie sie ihre Freiheit und Unabhängigkeit ausüben sollten. Dies kann zu Spannungen führen, wenn die Beteiligten versuchen, ihre Autonomie zu wahren, während sie gleichzeitig die Autonomie anderer respektieren müssen. Intrapersonelle Autonomiekonflikte hingegen resultieren dann, wenn eine Person versucht, ihre Wünsche und Bedürfnisse mit den Erwartungen und Anforderungen in Einklang zu bringen, die von anderen an sie gestellt werden. Hier können innere Konflikte auftreten, wenn die Person sich zwischen verschiedenen Optionen entscheiden oder sich selbst gegenüber loyal sein muss, während sie gleichzeitig andere respektiert (vgl. Pollmächer, 2019). Mögliche Ursachen für Autonomiekonflikte in Sorgebeziehungen sind folgende:

- unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse: In Gemeinschaften, in denen Menschen zusammenleben, die unterschiedliche Werte, Ziele und Lebensstile haben, kann es schwierig sein, eine Balance zwischen den individuellen Autonomiebedürfnissen und den Erwartungen der Gemeinschaft zu finden.

- Mangel an klaren Regeln und Grenzen: Wenn in einer Gemeinschaft klare Regeln und Grenzen fehlen, die das Verhalten und die Autonomie der Mitglieder festlegen, kann es zu Autonomiekonflikten kommen, da jeder seine eigenen Vorstellungen davon hat, wie die Autonomie ausgeübt werden sollte.
- Mangel an Kommunikation und Zusammenarbeit: Wenn es Schwierigkeiten gibt, offen und ehrlich zu kommunizieren und zusammenzuarbeiten, können Autonomiekonflikte entstehen, da jeder seine eigenen Bedürfnisse und Erwartungen hat und diese nicht immer leicht zu vereinbaren sind.

Die Folgen von Autonomiekonflikten in besonderen Wohnformen können vielfältig sein. Derartige Konflikte können zu Spannungen und Konflikten innerhalb der Gemeinschaft führen und dazu beitragen, dass sich die Mitglieder ausgegrenzt und unterdrückt fühlen. Das wiederum ist die Ursache für Aggressionen (vgl. Papadopoulos et. al., 2012).

Björkdal, Palmstierna und Hansebo haben unterschiedliche Beziehungsmuster, bei Mitarbeitenden auf psychiatrischen Akutstationen, gefunden. Die einen Mitarbeitenden bauen wirkungsvolle Beziehungen auf, die anderen wollen die Station möglichst sauber und sicher halten. Letztere erzeugen Misstrauen und ein Gefühl von Verlorenheit (vgl. 2010).

Es ist daher wichtig, Autonomiekonflikte frühzeitig zu erkennen und zu bewältigen, um negative Auswirkungen zu vermeiden. Die Anwendung von Zwang und Gewalt im psychiatrischen Setting ist weder unausweichlich noch schicksalhaft oder grundsätzlich zu verurteilen, sollte jedoch grundsätzlich nur als Notbehelf dienen, wenn von gravierenden Gefahren für den Menschen selbst oder andere Menschen auszugehen ist. Das Dilemma liegt darin, dass Rechte nicht beachtet werden können, ohne gleichzeitig ein anderes Recht zu missachten. Pollmächer und Nyhuis appellieren im Sinne einer autonomiefokussierten Psychiatrie, diese Rechte- und Interessenkollisionen transparent zu machen und zu vermeiden (vgl. 2018). Es ist wichtig, Autonomie und Selbstbestimmung der betreffenden Personen zu respektieren und ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen. Dies kann dazu beitragen, eine positive und respektvolle Sorgebeziehung aufzubauen und die Beteiligten zu stärken.

2.3.3 Ethische Überlegungen zu Selbst- und Fremdbestimmung in Sorgebeziehungen

Auch Ethiker*innen befassen sich mit dem Handeln im psychiatrischen Kontext. Es stellt sich die Frage, ob es eine Richtschnur für das pflegerisch-psychiatrische Handeln gibt. Nach Steinert existiert ein Grundkonflikt in der psychiatrischen Praxis. Wie in Abbildung 8 dargestellt, befindet sich auf der einen Seite die Selbstbestimmung und auf der anderen Seite die Fremdbestimmung. Erstere wird durch die therapeutische Haltung und die Risikofreudigkeit beeinflusst, Letztere durch eine paternalistische Grundhaltung und das Bedürfnis nach Sicherheit (vgl. 2001, S. 32ff).

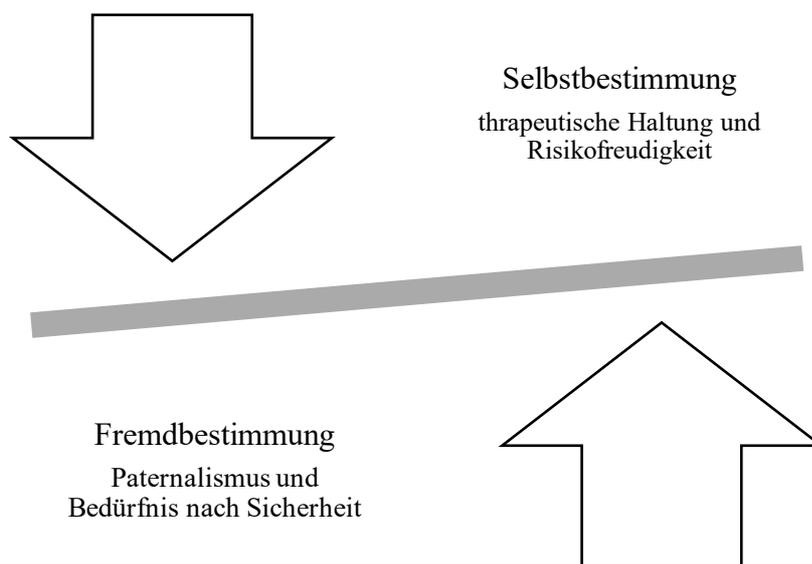


Abbildung 9 Grundkonflikt der psychiatrischen Praxis (vgl. Steinert, 2001), eigene Darstellung

Aufgrund dieser Problematik haben Needham und Ruhmann vier Quadranten der ethischen Argumentation für die psychiatrische Praxis erstellt (2012, S. 135ff). Sie beziehen sich auf die folgenden vier ethischen Grundhaltungen:

1. relativistische Ethik: Die relativistische Ethik ist ein ethischer Ansatz, dem zufolge moralische Werte und Prinzipien nicht universal sind, sondern von der Kultur, der Gesellschaft oder dem individuellen Kontext abhängen, in dem sie angewendet werden. Im Gegensatz zu anderen ethischen Ansätzen, laut denen es objektive moralische Werte gibt, die für alle Menschen gleichermaßen gelten, betont die relativistische Ethik, dass moralische Werte subjektiv und kulturbedingt sind. Dieser Ansatz wird oft kritisiert, weil er die Möglichkeit von moralischem Fortschritt und moralischer Kritik infrage stellt. Er kann aber auch dazu beitragen, Toleranz und

Verständnis für kulturelle Unterschiede in moralischen Werten zu fördern (vgl. Dreier, 2007, S. 240ff).

2. absolutistische Ethik: Die absolutistische Ethik geht davon aus, dass es objektive moralische Werte gibt, die für alle Menschen gleichermaßen gelten und unabhängig von Kultur, Gesellschaft oder individuellem Kontext sind. Im Gegensatz zur relativistischen Ethik, nach der moralische Werte und Prinzipien subjektiv und kulturbedingt sind, betont die absolutistische Ethik die Existenz universell gültiger moralischer Werte. Dieser Ansatz wird oft kritisiert, weil er die kulturelle Vielfalt und Unterschiedlichkeit moralischer Werte nicht berücksichtigt. Es gibt aber auch Argumente dafür, dass er die Möglichkeit bietet, universell gültige moralische Werte zu identifizieren und zu vermitteln, die für alle Menschen gleichermaßen gelten (vgl. Werner, 2011, S. 122ff).
3. Ethik der Autonomie: Die Ethik der Autonomie stellt einen ethischen Ansatz dar, in dem das Konzept der Autonomie als wichtiges moralisches Prinzip betrachtet wird. Autonomie bezieht sich auf die Fähigkeit eines Individuums, eigene Entscheidungen zu treffen und frei sowie eigenverantwortlich eigene Handlungen auszuführen und zu verantworten. Die Ethik der Autonomie geht davon aus, dass jeder Mensch das Recht hat, seine Persönlichkeit und sein Leben frei zu entfalten und seine eigenen Werte und Ziele zu verfolgen, solange er dadurch nicht die Autonomie anderer Menschen verletzt. Betont wird die Verantwortung des Einzelnen, eigene Entscheidungen frei und informiert zu treffen und die Konsequenzen seiner Handlungen zu tragen (vgl. Beauchamp & Childress, 2001, S. 57 ff).
4. paternalistische Ethik: In der paternalistischen Ethik wird davon ausgegangen, dass es in bestimmten Situationen moralisch gerechtfertigt sein kann, dass eine Person oder Organisation eine andere Person daran hindert, bestimmte Entscheidungen zu treffen oder bestimmte Handlungen auszuführen, wenn dies zum Schutz oder zum Wohl der betroffenen Person ist. Die paternalistische Ethik betont das Konzept der Fürsorge und Verantwortung für andere Menschen, wird jedoch auch kritisiert, weil sie das Konzept der Autonomie und Selbstbestimmung einschränken und die Möglichkeit sozialer Ungerechtigkeit und Benachteiligung ignorieren kann. Es besteht auch die Gefahr, dass sie missbraucht wird, um die Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen zu beschränken, ohne deren Wohl im Sinn zu haben (vgl. Düber, 2016, S. 27).

Dieses ethische Koordinatensystem kann zur Besprechung ethischer Probleme herangezogen werden. Abbildung 9 veranschaulicht, dass Fragestellungen hinsichtlich der verschiedenen Pole der Ethik betrachtet werden können.

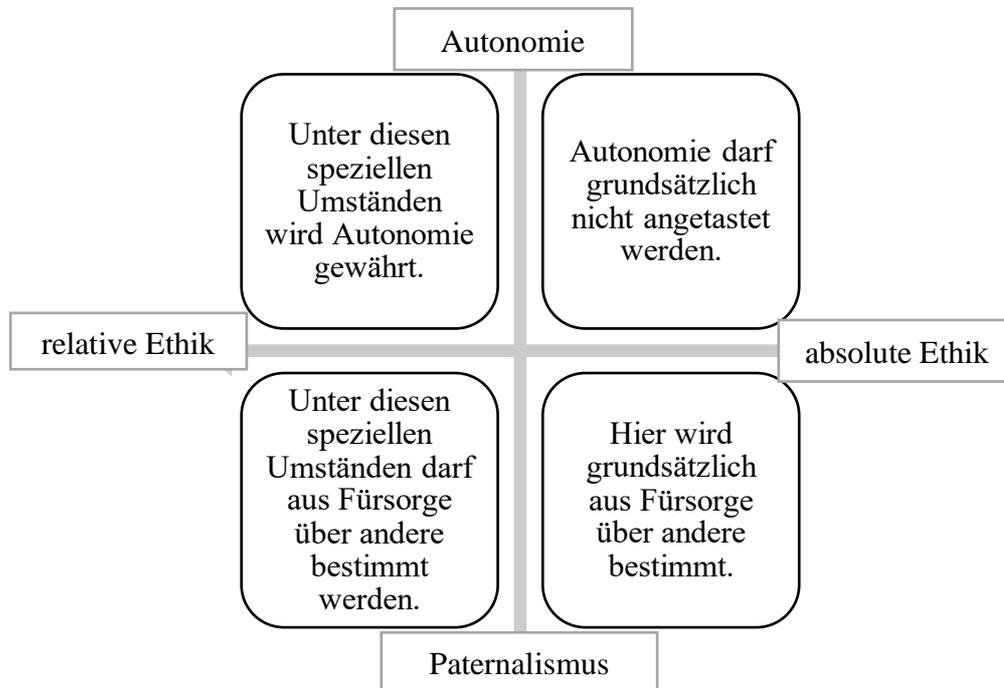


Abbildung 10 Das ethische Koordinatensystem (Needham & Ruhmann, 2012, S. 137ff)

2.3.3.1 Einfluss der Ethik auf die Berufspraxis

Für eine reflexive Berufspraxis ist Wissen um Ethik und deren praktische Anwendung wichtig. Schädle-Deininger hat in ihrem Artikel zu Ethik und Haltungen der psychiatrischen Pflege einen Überblick über ethische Fragestellungen formuliert. Ethisch-moralische Probleme werden durch unterschiedliche Faktoren bewertet (2014, S. 11ff).

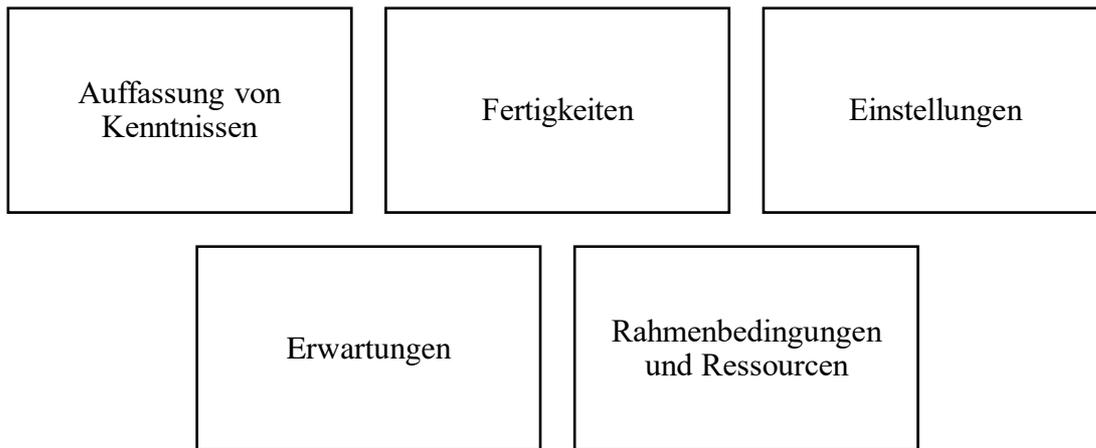


Abbildung 11 Einflussfaktoren der Bewertung ethisch-moralischer Probleme in der Pflege (vgl. Schädle-Deininger, 2014), eigene Darstellung

Ein ethisch-moralisches Problem besteht laut Schädle-Deininger erst dann, wenn es um ein normatives Problem geht und bei der Lösung nicht auf Autoritäten und/oder Dogmen zurückgegriffen werden kann. An Fachpersonen in der psychiatrischen Pflege werden hohe Anforderungen bezüglich ethischer Überlegungen gestellt. Es ist eine Voraussetzung, dass die Fachpersonen eine von Würde, Autonomie und Selbstbestimmung gekennzeichnete Grundhaltung als Basis ihres beruflichen Handelns ansehen (ebd.).

Ethische Überlegungen und eine moralische Grundhaltung sind nach Schädle-Deininger ein Qualitätsmerkmal für professionelles Handeln in der Pflege. Die folgenden vier Prinzipien sollten Pflegende in ihrer täglichen Arbeit berücksichtigen und reflektieren:

1. Respekt vor der Autonomie: Alle Menschen haben das Recht auf eigene Entscheidungen und darauf, Handlungen nach eigenen Wertvorstellungen zu vollziehen
2. Schadensvermeidung: Pflegende sollen Schaden an Menschen mit seelischer Behinderung verhindern.
3. Fürsorge: Das Wohl des Menschen steht im Mittelpunkt des professionell pflegerischen Handelns.
4. Gerechtigkeit: Wirtschaftlichkeit und das Funktionieren der Organisation müssen im Einklang mit dem Wohl der betroffenen Menschen stehen.

Aus Schädle-Deiningers Abhandlung gehen Konsequenzen für die Praxis hervor. Eine dieser Konsequenzen ist die Förderung der Besprechungskultur und der Wertschätzung gegenüber Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Dazu muss den Fachpersonen ein entsprechender zeitlicher Rahmen zur Verfügung stehen. Die zeitnahe Reflexion außergewöhnlicher Situationen sollte ebenso einen hohen Stellenwert haben. Ein Personalmix aus genügend qualifizierten pflegerischen Mitarbeitenden und Erfahrungsexperten führt zu angemessenen Situationseinschätzungen und Handlungen. Der Einbezug von Pflegewissenschaft und -forschung ist existenziell, um (neuste) Theorie mit der Praxis zu verbinden. Zudem sollten Qualitätssicherung und -überprüfung durch Erfahrungsexperten und deren Angehörige erfolgen. Konzeptionelle Strukturen sollten als Hilfsmittel und Basis für eine konstruktive Zusammenarbeit genutzt werden. Es gilt, eine gemeinsame Sprache mit den Betroffenen zu finden, um deren Erleben zu bewerten, zu verstehen und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln (ebd.). Nach Tschinke (2021, S. 76f) hat es positive Effekte auf den Genesungsweg, wenn sich psychiatrische Pflegefachpersonen mit ethischen Fragestellungen (in der ambulanten psychiatrischen Pflege) auseinandersetzen.

2.3.4 Professionelle Sorgebeziehungen

Im Hinblick auf die Gestaltung einer gelingenden Sorgebeziehung weist Pollmächer (2019) darauf hin, dass Bedürfnisse nach und Rechte auf Selbstbestimmung in den Blick genommen werden und Fachpersonen autonomiefokussiert arbeiten müssen. Zwang kann nur dann vermieden werden, wenn Rechte- und Interessenkollisionen transparent sind. Nur dann können präventive Maßnahmen ergriffen werden. Auch Weißflog und Lademann (2021) schreiben in „Verstehen in der Pflege“, dass sich gute psychiatrische Pflege dadurch auszeichnet, dass Menschen in seelischen Krisen auf dem Weg der Genesung zum selbstbestimmten Handeln unterstützt.

Das Zusammenspiel zwischen Fachpersonen und Menschen in seelischen Krisen ist eine wichtige Grundlage des Genesungsprozesses. Eine vertrauensvolle Beziehung beeinflusst diesen Prozess. Lorenz et al. (2007) fanden heraus, dass die angebotene Hilfe als stärkend empfunden wird, wenn eine Vertrauensbasis besteht. Der Beziehung zwischen Fachpersonen und Menschen in seelischen Krisen kommt somit große Bedeutung zu.

McCloughen, Gillies und O'Brien (2011) zufolge wird die therapeutische Beziehung durch Macht über Wissen, Informationen und Expertise beeinflusst.

Gelingende Beziehungen sind nicht durch Parteilichkeit oder Hilfe gekennzeichnet. In einer Studie von Abeld wurden verschiedene Aspekte der professionellen Beziehung zwischen Fachpersonen und Psychiatrieerfahrenen in gemeindepsychiatrischen Einrichtungen expliziert. So sind unter anderem Alltagssituationen durch die Spannungsfelder von Nähe und Distanz bzw. Macht und Gleichberechtigung gekennzeichnet. Das Interesse der Psychiatrieerfahrenen, an Hilfeplanungen zu partizipieren, ist gering. Die professionelle Beziehung muss auf Nähe und Vertrauen basieren, obwohl das übergeordnete Ziel darin besteht, die Beziehung zu beenden. Überdurchschnittliches Engagement aufseiten der Fachpersonen wird von Psychiatrieerfahrenen als Versuch, „zusätzlich als Privatmensch etwas [zu] geben“ (2020, S. 69f), empfunden. Es scheint also wichtig zu sein, menschlich in der Beziehung involviert zu sein. Gahleitner (vgl. 2014) zufolge sollten sich Fachpersonen als ‚ganze Person‘, das heißt in beruflicher und privater Rolle, in den Genesungsprozess einbringen. Dies kann, wenn die Rollen nicht reflektiert werden, zu beziehungs-dynamischen Unstimmigkeiten führen (vgl. Abeld, 2020). Ein reflexives Verständnis der Berufspraxis unterstützt Pflegefachpersonen dabei, Erfahrungen einzuordnen und zu verarbeiten (vgl. Batholomew, 2009, S. 145). Um dieses reflexive Verständnis zu praktizieren, sind Wissen zu Ethik und Haltung sowie Zeit für Pflegefachpersonen erforderlich.

2.3.4.1 Recovery

Die Recovery-Orientierung ist das Ergebnis einer US-amerikanischen Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung und erlangt international sowie national zunehmenden Einfluss auf das psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Gesundheitswesen. In vielen Ländern weltweit ist Recovery in die psychiatrischen Versorgungssysteme integriert (vgl. Schrank & Schmolke, 2007, S. 45).

Der Begriff ‚Recovery‘ kann auf verschiedene Weisen verstanden werden: Recovery im sozialpsychiatrischen Kontext meint nicht die langfristige medizinische Remission von Krankheit (vgl. Andreasen et al., 2005). Die personenzentrierte Recovery bedeutet nicht Remission, sondern vielmehr Aufbruch zu etwas Neuem. Es ermöglicht eine persönliche

Weiterentwicklung für Menschen mit chronischen Verläufen (vgl. Schrank & Amering, 2007). „Indem man akzeptiert, was man nicht tun oder nicht sein kann, beginnt man zu entdecken, wer man sein und was man tun kann. Recovery ist ein Prozess. Es ist ein Lebensstil“ (Deegan, 1996, Übersetzung von Amering & Schmolke, 2012, S. 25).

Recovery ist darüber hinaus auf zwei Ebenen zu verstehen: Zum einen ist Recovery ein gesellschaftlicher Prozess, die Mental-Health-Awareness-Bewegung, zum anderen ist Recovery die persönliche Ebene der Psychiatrieerfahrenen in Genesung und die Haltung der Fachpersonen (vgl. Perkins & Slade, 2012). Diese Haltung ist von persönlichem Wachstum und persönlicher Entwicklung hin zu einem erfüllten, sinnhaften und selbstbestimmten Leben gekennzeichnet. Fachpersonen können diese Haltung unterstützen, indem sie weniger eine helfende Rolle einnehmen und vielmehr in eine solidarische Beziehung treten (vgl. Hellwig, 2020). Das Beziehungsgeflecht zwischen den Psychiatrieerfahrenen und den Pflegefachpersonen spielt eine wichtige Rolle im Recovery-Prozess (vgl. Amering & Schmolke, 2012). Entscheidend ist in dieser Beziehung, dass professionell Helfende echtes Interesse zeigen, präsent sind und Zeit zur Verfügung stellen. Auch die, die ihre professionelle Rolle verlassen und zeitweise etwas anderes als erwartet gemacht haben, wurden in der Untersuchung von Borg und Kristiansen als besonders hilfreich identifiziert. Das Geben und das Annehmen von Geschenken in einer freundschaftlichen Beziehung werden ebenfalls als Recovery-förderliche Faktoren im Arbeitsbündnis zwischen professionell Helfenden und Psychiatrieerfahrenen empfunden (2004).

Recovery ist „ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes hoffnungsvolles Leben zu führen zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen“ (Anthony, 1993, S. 11). Die US-amerikanische Behörde ‚Substance Abuse and Mental Health Service Administration‘ (SAMHSA) erstellte eine Arbeitsgrundlage für die Recovery-orientierte Praxis. Die in der folgenden Abbildung aufgeführten zehn Leitprinzipien werden darin besonders erwähnt.

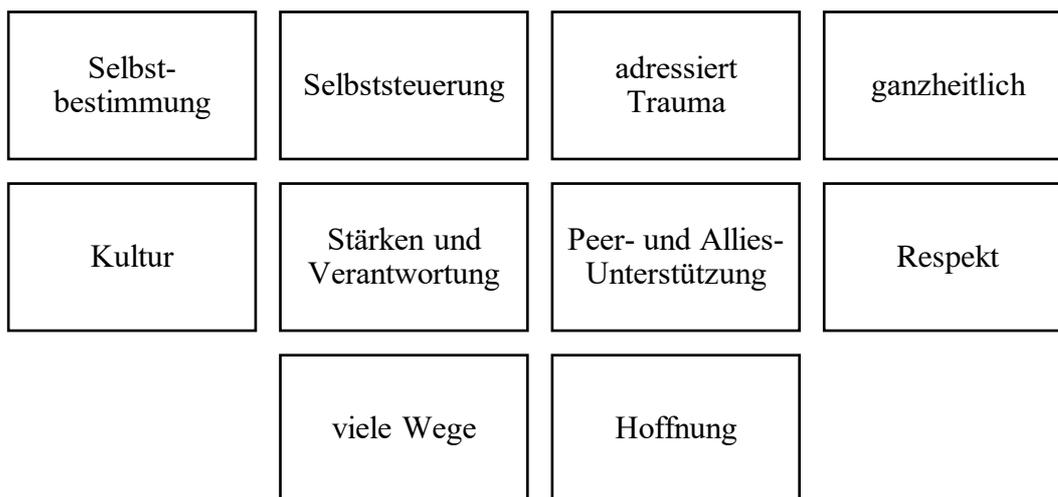


Abbildung 12 Leitprinzipien von Recovery (vgl. SAMHSA, 2012), eigene Darstellung und eigene Übersetzung

Selbstbestimmung und Selbststeuerung sind Grundlagen für die Genesung, da Betroffene eigene Lebensziele formulieren und ihren individuellen Weg gehen. Dabei werden sie von Dienstleistern unterstützt und angeleitet, wodurch sie befähigt und mit Ressourcen ausgestattet werden, um eigene Entscheidungen treffen, ihre Genesung einleiten, auf ihren Stärken aufbauen und die Kontrolle über ihr Leben wiedererlangen können (vgl. SAMHSA, 2012). Recovery erwächst durch Hoffnung. Die Auffassung, dass Genesung möglich ist, liefert die wesentliche und motivierende Botschaft einer positiven Zukunft. Sie ermöglicht, dass Menschen die inneren und äußeren Herausforderungen, Barrieren und Hindernisse überwinden. Hoffnung kann von allen Menschen in der Umgebung gefördert werden und wird als Katalysator des Genesungsprozesses verstanden (ebd.). Menschen sind einzigartig, weshalb auch ihre Wege hochgradig individuell sind. Sie haben unterschiedliche Bedürfnisse, Stärken, Vorlieben, Ziele, Kulturen, Hintergründe sowie (Trauma-)Erfahrungen, die beachtet werden müssen. Genesung baut auf vielfältigen (Bewältigungs-)Fähigkeiten, Stärken, Talenten, Ressourcen und der unveräußerlichen Menschenwürde auf. Die Wege der Genesung sind weder linear noch durch kontinuierlichen Fortschritt gekennzeichnet. Rückschläge sind ein natürlicher Teil des Prozesses und wichtig, um die Widerstandsfähigkeit der Betroffenen zu fördern (ebd.). Der Genesungsprozess ist zudem ganzheitlich, weshalb das ganze Leben eines Menschen einschließlich Körper, Geist, Seele und Gemeinschaft einbezogen werden muss. Unterstützende Dienste tragen zu Genesung und Resilienz bei (ebd.). Die Peers und Allies (d. h. Verbündete) leisten durch gegenseitige Unterstützung und Hilfe einen Beitrag in Form von Austausch über Erfahrungswissen und Fähigkeiten. Das soziale

Lernen hat dabei einen hohen Stellenwert. Recovery wird durch das Adressieren von Traumata unterstützt. Traumatische Erfahrungen sind oft mit Vorläufern psychischer Erschütterungen verbunden. Gesundheitsdienstleistende sollten daher immer Trauma-informiert sein. Sie fördern dadurch Sicherheit und Vertrauen (ebd.). Recovery betrifft Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften, in Bezug auf ihre Stärken und ihre Verantwortung. Diese verfügen über Ressourcen, die eine Grundlage für Genesung bilden. Einzelpersonen werden darin unterstützt, für sich selbst zu sprechen. Familien und andere Bezugspersonen haben hingegen die Verantwortung, zu unterstützen. Die Gemeinschaft sollte Möglichkeiten und Ressourcen bereitstellen, um gegen Diskriminierung vorzugehen und zu handeln, damit soziale Inklusion, die der Genesung zuträglich ist, entsteht (ebd.). Recovery basiert darüber hinaus auf Respekt. Menschen mit psychischen Erschütterungen sollte mit Wertschätzung und Respekt begegnet werden. Für die Genesung nötige Schritte erfordern viel Mut. Durch Recovery werden Selbstakzeptanz, die Entwicklung eines positiven Identitätsgefühls und die Wiedererlangung des Glaubens an sich selbst gefördert (ebd.). Ein guter Umgang mit Symptomen der Erkrankung kann erreicht werden, indem der konstruktive und kreative Umgang zu einem Bestandteil der Identität wird. Selbstbestimmung und Lebensqualität trotz Einschränkungen bilden die Maxime (vgl. Amering & Schmolke, 2012).

Der Recovery-Prozess umfasst vier Stadien. Zu Beginn fängt der Psychiatrieerfahrene an, an Recovery zu denken. Fachpersonen unterstützen dies, indem sie Informationen bereitstellen, ermutigen und den Gedanken Raum geben. Anschließend werden im zweiten Stadium Pläne für den Genesungsprozess erstellt. Diesen Schritt begleiten Fachpersonen, indem sie helfen, Herausforderungen und Chancen zu formulieren, und Planungsinstrumente zur Verfügung stellen. Das dritte Stadium ist geprägt von Aktivität. Fachpersonen unterstützen, motivieren und begleiten Psychiatrieerfahrene auf ihrem Weg. Das vierte Stadium ist das des Vorwärts-Gehens und damit die Phase der Weiterentwicklung. Auch hier stehen Fachpersonen bei Rückfällen und weiteren Schritten zur Seite (vgl. Schädle-Deininger & Villinger, 2016).

Die Richtlinie zu ‚Recovery Oriented Mental Health Programs‘ (ROMPH) von Farkas und Anthony beinhaltet evidenzbasierte Recovery-förderliche Prinzipien für Hilfseinrichtungen. Werte, Überzeugungen, das Menschenbild und die Arbeit können mehr positive Auswirkungen haben als die Angebote der Einrichtung an sich. Formuliert

werden vier Schlüsselwerte, die für Einrichtungen notwendig sind, um Recovery zu praktizieren.

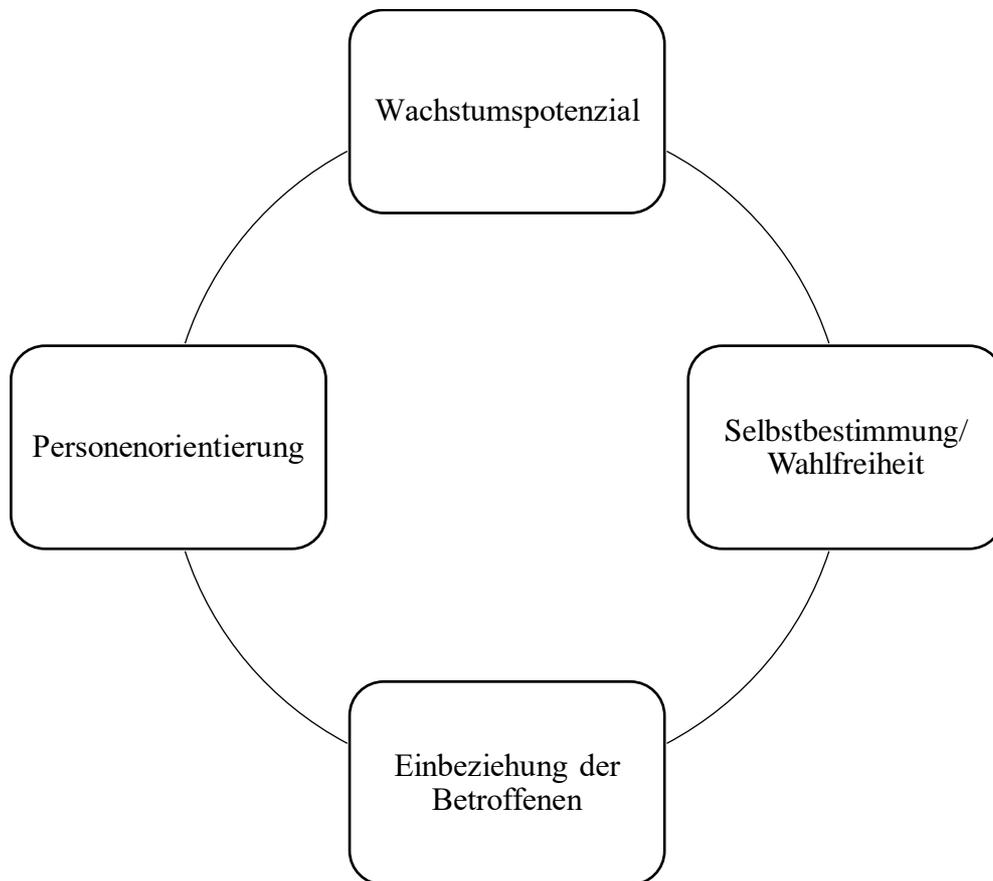


Abbildung 13 Schlüsselwerte Recovery-orientierter Einrichtungen (vgl. Farkas et. al, 2005), eigene Darstellung

Psychiatrische Gesundheitseinrichtungen sollten diese Schlüsselwerte in ihren Auftrag der umfassenden Versorgung und ihr Leitbild implementieren (vgl. 2005).

Das Recovery Knowledge Inventory beschreibt die Umsetzung von Kenntnissen und Haltungen psychiatrischer Einrichtungen hinsichtlich Recovery. Entwickelt wurde dieses Operationalisierungsinstrument von Bedregal, O'Connell und Davidson an der Yale University. Die zentralen Eigenschaften einer Recovery-förderlichen Versorgung sind in der folgenden Abbildung aufgeführt.

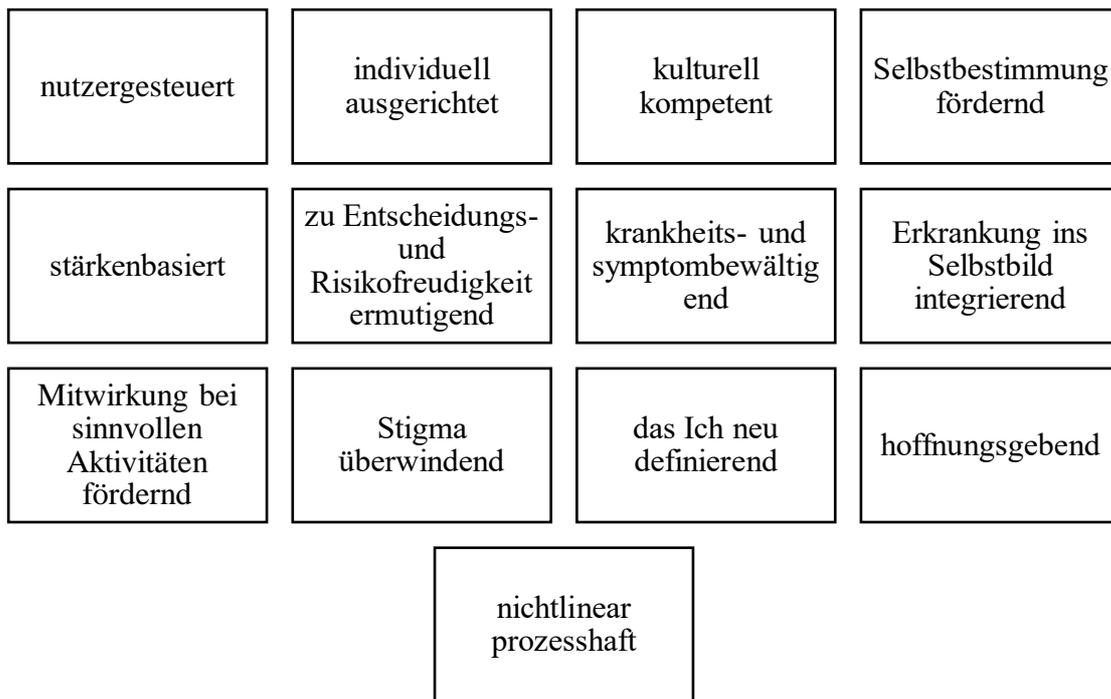


Abbildung 14 Recovery-förderliche Eigenschaften in Anlehnung an Bedregal, O'Connell und Davidson (vgl. 2006), eigene Darstellung

Nach Amering und Schmolke (2012) gibt es ebenfalls Faktoren, die die Genesung von Psychiatrieerfahrenen verhindern.

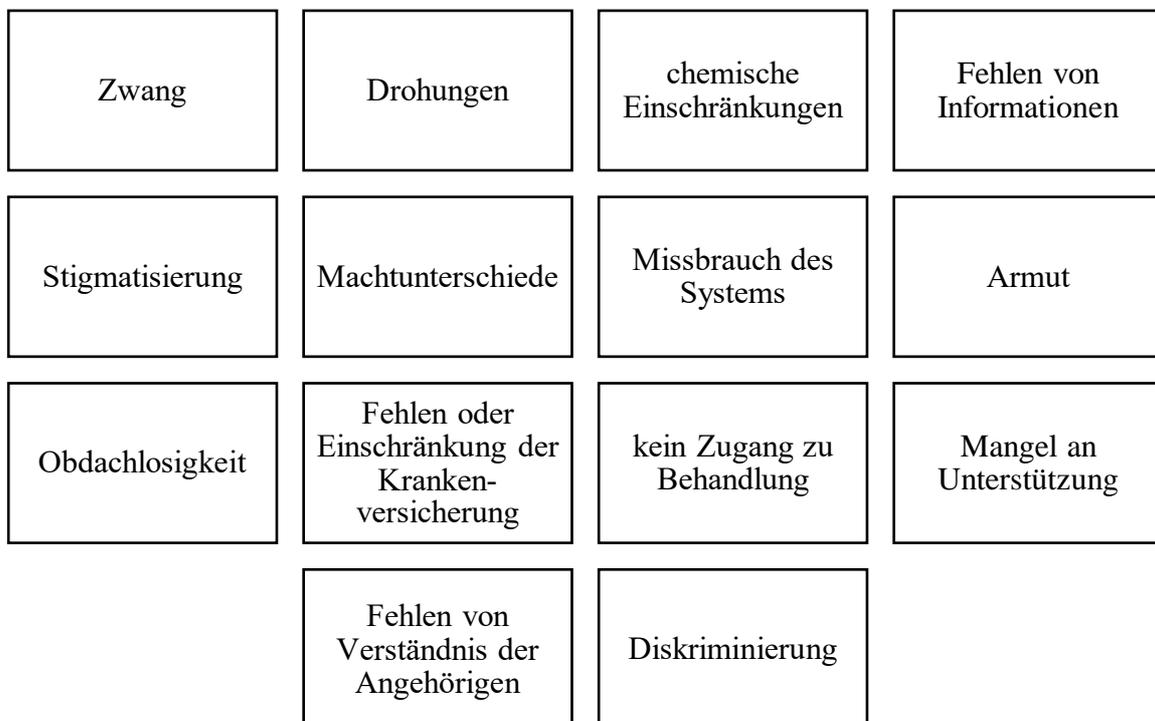


Abbildung 15 Recovery-hinderliche Faktoren in Anlehnung an Amering und Schmolke (2015), eigene Abbildung

Der Recovery-Weg ist geprägt von herausfordernder Arbeit und Rückschlägen in verschiedenen Entwicklungsphasen. Diese Phasen sind nicht schematisch darstellbar, da es keinen linearen Weg gibt, und können auch mehrfach erlebt werden. In der ersten Phase befinden sich Psychiatrieerfahrene in einem Zustand von Abhängigkeit, Hilfsbedürftigkeit und Unselbstständigkeit. Dieser Zustand ist ihnen jedoch nicht bewusst. Ziele, Bedürfnisse und Wünsche sind nicht klar und es fehlt die Motivation zur Veränderung. Zentrale Aufgabe der Fachpersonen ist es, die Psychiatrieerfahrenen zu informieren, zu begleiten und zu motivieren. Das erfordert eine professionelle Beziehung. In der zweiten Phase, die weiterhin von Abhängigkeit, aber auch von Bewusstheit gekennzeichnet ist, besitzen die Psychiatrieerfahrenen Informationen und haben bereits eine vertrauensvolle Beziehung zu Fachpersonen aufgebaut. Typisch ist dennoch, dass sie (noch) kein Vertrauen in ihre Fähigkeiten besitzen und von Fachpersonen Unterstützung erhalten. Zudem ist von einem geringen Gefühl an Selbstwirksamkeit auszugehen. Die dritte Phase zeichnet sich durch Unabhängigkeit und Bewusstheit aus, wobei Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit eine zentrale Rolle einnehmen. Das Hilfesystem tritt in den Hintergrund. Für die vierte Phase sind Interdependenz und Bewusstheit kennzeichnend. Der Psychiatrieerfahrene hat das Bewusstsein erlangt, dass er Hilfe erhalten kann, wenn dies notwendig ist. Zentraler Inhalt dieser Phase ist, dass das Leben außerhalb psychiatrischer Einrichtungen stattfindet – psychiatrische Unterstützung aber, wo notwendig, wahrgenommen wird. Die Fachpersonen unterstützen dabei, sich von der Rolle als Patientin oder Patient zu verabschieden (vgl. Townsend, 2003).

Leamy et al. arbeiteten durch ein systematisches Review Merkmale heraus, die die Genesung beeinflussen. Der Genesungsprozess ist nicht linear, sondern vielmehr individuell, aktiv und einzigartig (2011).

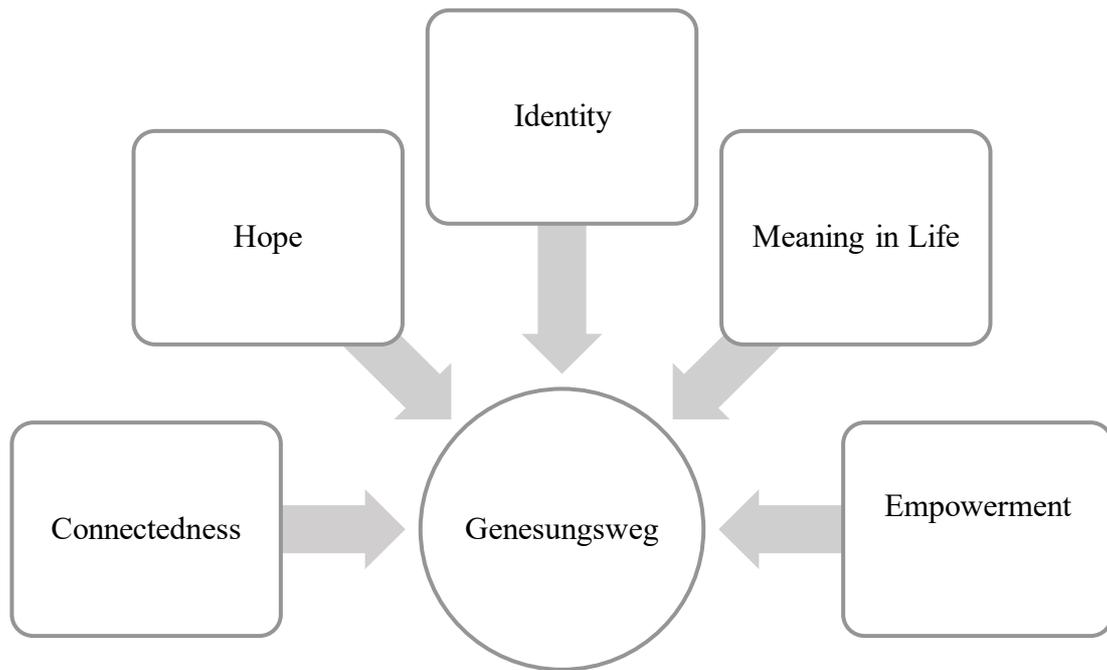


Abbildung 16: Prozessvariablen der Recovery (vgl. Leamy et al, 2011), eigene Darstellung

Das Merkmal der Connectedness bildet die Vernetzung und Verbundenheit mit anderen Menschen ab. Beziehungen, Zugehörigkeit und Unterstützung besitzen eine zentrale Rolle im Genesungsprozess. Die Variable Hope steht für die Hoffnung und den Optimismus hinsichtlich der Zukunft. Durch diese Hoffnung auf Veränderung soll Motivation entwickelt werden. Die Identity (Identität) soll während der Genesung aufgebaut werden und möglichst positiv sowie selbstbestimmt sein. Das Merkmal Meaning in Life verweist auf die Sinnstiftung. Bedeutend für die Genesung sind Krankheitserfahrung, Spiritualität, soziale Rollen und Ziele. Durch Empowerment, die Selbstermächtigung, werden persönliche Stärken in den Fokus genommen, was auf die individuelle Verantwortung im Prozess verweist (Leamy et al., 2011).

Daraus folgt, dass Selbstbestimmung eine zentrale Rolle dabei einnimmt, zu einer positiven Beschreibung des Lebens zu gelangen. Das Recovery-Modell wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit als Grundlage für Ansatz und Haltung verwendet. Innerhalb eines groß angelegten Literaturreviews fanden Ellison et al. heraus, dass die wichtigsten Komponenten von Recovery Personensteuerung, Empowerment, Sinnhaftigkeit und Hoffnung sind (2018).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Umsetzung von Recovery in der Eingliederungshilfe wichtig ist, da sie dazu beitragen kann, dass Menschen, die von psychischen Erkrankungen betroffen sind, ihre Funktionen und Fähigkeiten wiedererlangen, ihr Leben selbstbestimmter gestalten können, besser in die Gesellschaft integriert werden und ein inklusiveres Leben führen können. Die Umsetzung von Recovery in der Eingliederungshilfe dient auch dazu, dass psychisch erkrankte Menschen ein stärkeres Gefühl von Kontrolle über ihr Leben erhalten, sich weniger von anderen abhängig fühlen, ihre Stärken und Ressourcen besser nutzen und die Unterstützung bekommen, die sie brauchen, um ihre Ziele zu erreichen und ihr Leben selbstbestimmter zu gestalten.

Neben der Recovery-Orientierung wird auch das Empowerment (die Selbstermächtigung) von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen forciert. Im folgenden Abschnitt wird die Idee des Empowerment dargestellt und die Bedeutung für diese Arbeit erläutert.

2.3.4.2 Empowerment

Der Begriff ‚Empowerment‘ hat seinen Ursprung in der Menschenrechtsbewegung von Black, Indigenous and People of Color (BIPoC) in den USA und bedeutet ‚Selbstbefähigung‘ sowie ‚Selbstermächtigung‘. Der Ansatz des Empowerment wird auf Menschen mit seelischen Erkrankungen übertragen und genutzt, um Selbstbestimmung zu fördern und die Ressourcenorientierung, die Enthierarchisierung von Strukturen sowie die Demokratisierung voranzutreiben (vgl. Schöny, 2018). Ziel ist es, dass Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen als Experten in eigener Sache sich selbst vertreten (vgl. Theunissen et al, 1995). Es gilt, das Gefühl des Ausgeliefertseins und die Ohnmacht gegenüber Fachpersonen und psychiatrischen Institutionen zu überwinden. Dabei machen nach Keupp (1999) die folgenden vier Grundsätze Empowerment aus:

- Ressourcen- und Kompetenzorientierung, Salutogenese
- Selbstorganisation und Mitwirkung von Betroffenen, keine Bevormundung, keine Expertenlösungen
- Räume und Möglichkeiten für Selbstorganisation sowie den Aufbau von Ressourcen
- Räume und Möglichkeiten für gemeinschaftliches Handeln

In der psychiatrischen Praxis kann Empowerment durch verschiedene Maßnahmen angeregt werden. Im Hinblick auf Selbsthilfe und Selbstbestimmung bestehen drei zentrale Maßnahmen darin,

- die Selbstwirksamkeit zu fördern,
- die Verantwortung bei Betroffenen zu belassen und
- Behandlungs- und Unterstützungsformen zu beratschlagen und abzusprechen.

Lauber und Rössler stellen in ihrem Forschungsbericht zwei zentrale Ergebnisse heraus: Ein in die Praxis integrierter Empowerment-Ansatz kann die Beziehung zwischen Betroffenen und Fachpersonen verbessern. Darüber hinaus kann durch die Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen die Stigmatisierung reduziert und die Lebensqualität gesteigert werden (vgl. 2005). Niehoff (in Hähner et al., 2006) konkludiert, dass Empowerment (auch) ein handlungsleitender Rahmen für Fachpersonen ist. Diese werden aktiv, um die Selbstbestimmung und Selbstständigkeit von Menschen mit Behinderung weitestgehend in die Hand zu nehmen. Sie fördern Selbstorganisation und Eigeninitiative, um (ungenutzte) Ressourcen und Fähigkeiten nutzbar zu machen (2006). Selbstbestimmung durch Selbstermächtigung kann auch von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen selbst erreicht werden (vgl. Prestin, 2022).

3. Fragestellung und Ziel

Im Kontext des Wohnens von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Selbstbestimmung ein zentrales Thema. Anhand der theoretischen Hinführung zum Thema lassen sich folgende erkenntnisleitende Fragen explizieren:

- Was verstehen die Mitarbeitenden in stationären Wohnformen unter Selbstbestimmung und was bedeutet Selbstbestimmung für sie?
- Wie selbstbestimmt sind Menschen innerhalb stationärer Wohnformen?
- Welche hinderlichen Faktoren lassen sich finden, die die Selbstbestimmtheit von Menschen in stationären Wohnformen beeinflussen?
- Welche förderlichen Faktoren lassen sich finden, die die Selbstbestimmtheit von Menschen in stationären Wohnformen beeinflussen?
- Gibt es Diskrepanzen zwischen der Selbst- und der Fremdwahrnehmung der Mitarbeitenden?

4. Empirischer Teil

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die theoretischen Grundlagen für die folgende Untersuchung dargestellt und das Ziel – die Beschreibung der Selbstbestimmung der Bewohnenden im Feld der stationären Wohnform aus zwei Perspektiven – wurde formuliert. In diesem Kapitel werden der methodische Plan und die Vorgehensweise im Rahmen dieser Dissertation dargestellt.

4.1 Forschungsdesign

Für die vorliegende Dissertation wurde ein deskriptives Forschungsdesign gewählt, da es das Ziel ist, das Verständnis von Selbstbestimmung und das Verhalten der Mitarbeitenden im Hinblick auf Selbstbestimmung zu beschreiben. Alle Daten wurden in einer besonderen Wohnform erhoben. Im ersten Schritt wurden eine systematische Literaturanalyse durchgeführt, um eine Übersicht zum Stand der Forschung zu erhalten. Im zweiten Schritt wurden dann zwei qualitative Methoden der Datenerhebung im Forschungsfeld genutzt: die teilnehmende Beobachtung und das leitfadengestützte Interview. Diese Kombination ermöglichte es, detaillierte Informationen der Gruppe (Mitarbeitende der besonderen Wohnformen) zu sammeln. In Abgrenzung dazu existieren quantitative Methoden, die auf Messungen und Zählungen ausgerichtet sind (vgl. Girtler, 2001). Im Rahmen dieser Dissertation wurde der ist-Zustand der Selbstbestimmung in besonderen Wohnformen aus der Perspektive der Mitarbeitenden erhoben. Hierbei handelt es sich um eine Querschnittstudie (vgl. Mayer, 2015, S. 128f). Es wurde die Between-Method-Triangulation (vgl. Denzin, 2017) qualitativer Daten in Form von Beobachtungsprotokollen und Interviews gewählt. Zur qualitativen Inhaltsanalyse wurde die Regulatorik von Mayring herangezogen. Diese zielt darauf ab, die Inhalte schriftlichen Datenmaterials in ihrem ursprünglichen Kontext zu verstehen und zu beschreiben (vgl. 2015).

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werden die einzelnen Schritte detailliert dargestellt.

4.2 Forschungsethische Überlegungen und ethisches Clearing

In diesem Kapitel werden die ethischen Überlegungen behandelt, die bei der Durchführung der Untersuchung von Bedeutung waren. Die grundlegenden ethischen

Anforderungen, die bei der wissenschaftlichen Arbeit zu berücksichtigen sind, werden erläutert und die spezifischen ethischen Herausforderungen, die bei der Untersuchung auftraten, werden beschrieben. Die Einhaltung ethischer Standards ist für die Validität und die Zuverlässigkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse von Bedeutung. Daher sollten wissenschaftliche Untersuchungen stets unter Berücksichtigung ethischer Aspekte erfolgen.

Die in dieser Dissertation verwendeten Beobachtungsprotokolle stammen aus dem Projekt ‚Video- und theatergestützte soziale Innovationen im Bereich Recovery-förderlicher Arbeitsbündnisse in der (Gemeinde-)Psychiatrie‘ (VISION-RA). Dieses Projekt wurde durch die Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft e.V. (DGfE) in Bezug auf forschungsethische Aspekte begutachtet und dort unter der Genehmigungsnummer ‚09/2018/DGfE‘ geführt. Für das Forschungsprojekt ist Prof. Dr. habil. Michael May von der Hochschule Rhein-Main in Wiesbaden verantwortlich. Weiterhin sind Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa (KH Mainz) und Prof. Dr. Margret Dörr (ebenda) beteiligt. Somit sind die ethischen Voten und Begutachtungen erbracht. Die Interviews wurden ergänzend für die vorliegende Arbeit angefertigt. Da es sich bei der interviewten Gruppe nicht um eine besonders vulnerable oder schutzbedürftige Gruppe handelt, war die Zustimmung einer Ethikkommission nicht notwendig.

Forschungsethische Fragen wurden in allen Phasen des Forschungsprozesses kontinuierlich reflektiert. Aufgrund der persönlichen Beziehung zwischen der Forschenden und den beforschten Menschen in diesem Forschungsvorhaben ist dies von Bedeutung (vgl. Gahleitner & Miethe, 2010). Dafür wurden Notizen zu ethisch relevanten Entscheidungen angefertigt und es wurde an der Supervision zum Forschungsprojekt ‚VISION-RA‘ teilgenommen. Darüber hinaus fanden ein Austausch und Diskussionen mit Kolleginnen und Kollegen über ethische Fragestellungen statt. Besonders wurden dabei die Haltung und Einstellung, ethische Aspekte, Methode und Vorgehensweise berücksichtigt.

Ziel dieses Kapitels ist es, die Bemühungen zum Schutz der Teilnehmenden darzulegen und die Forschungsmethoden nach bestem Wissen und Gewissen darzulegen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden die drei ethischen Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes nach Mayer (2015) angewandt:

1. umfassende Information und freiwillige Zustimmung
2. Anonymität
3. Schutz der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden

Die Teilnehmenden wurden im Rahmen des Lehrforschungsprojekts ‚VISION-RA‘ über die teilnehmende Beobachtung bei Workshops und Einzelgesprächen, ggf. mithilfe von Informationsmaterial (bei Bedarf auch in Leichter Sprache), umfassend aufgeklärt. Die Mitarbeitenden, die an den Interviews teilgenommen haben, wurden einzeln vor der Durchführung der Interviews über Inhalt und Zweck aufgeklärt. Auch die Wahrung der Anonymität und die Freiwilligkeit der Teilnahme wurden thematisiert. Dies wurde in einer schriftlichen Erklärung festgehalten und eine Kopie dieser unterschriebenen Einverständniserklärung (siehe Anhang C) wurde ausgehändigt.

Die Teilnehmenden konnten zu jeder Zeit der Datenerhebung Rückfragen stellen. Die Teilnahme war absolut freiwillig. Den Befragten gegenüber wurde kommuniziert, dass der Beteiligung am Interview jederzeit widersprochen bzw. das Einverständnis widerrufen werden kann. Sie wurden nicht zur Teilnahme gezwungen. Eine (Nicht-)Teilnahme hatte keinen schädigenden Einfluss auf Privat- und Berufsleben.

Die angefertigten Beobachtungsprotokolle, Audiodateien und Transkripte sind der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Die Rohdaten sind auf einer nur für diesen Zweck verwendeten Festplatte gespeichert. Veröffentlicht werden ausschließlich die anonymisierten Ergebnisse. Zitate können den Teilnehmenden nicht zugeordnet werden. Auch ein Rückschluss auf die Einrichtungen ist nicht mehr möglich.

Die Anonymität wird den teilnehmenden Personen jederzeit zugestanden. Die Identität der Personen ist geheim. Die Teilnehmenden erhielten bereits beim Erstellen der Protokolle und Transkripte Namenspseudonyme, um einen Rückschluss auf Einzelpersonen zu verhindern. Verwendete Ortsnamen oder Eigennamen von Einrichtungen wurden ebenfalls bereits beim Protokollieren und Transkribieren anonymisiert (vgl. LoBiondo-Wood, Haber, 2014). Zum Beispiel wurden Vor- und Nachnamen ausgetauscht und Namen ausgewählt, die keinen Rückschluss auf die familiäre Herkunft oder andere Merkmale erlauben. Ortsbezogene Namen und Namen von Einrichtungen wurden ebenfalls bis zur Unkenntlichkeit verändert. Zitate werden

ohne Zuordnungen zu einzelnen Personen aufgeführt. Alle Informationen wurden ausschließlich wissenschaftlich verwertet. Allein verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Autorin dieser Arbeit. Dies umfasst das Erfassen, Speichern, Auswerten und Aufbereiten der Daten. Die Daten wurden nicht weitergeleitet. Informationen, die im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung sowie vor und nach den Interviews an die Forschende herangetragen wurden, wurden nicht verwendet, wenn es von den Teilnehmenden so gewünscht wurde. Die Vertraulichkeit gegenüber den Teilnehmenden wurde jederzeit gewahrt.

Durch die Forschungsarbeit wurden den Teilnehmenden keine physischen und/oder psychischen Schäden zugefügt. Zu beachten ist, dass die Gruppe der in einer Institution lebenden psychiatrieeerfahrenen Teilnehmenden als besonders vulnerabel gilt (vgl. Mayer, 2015). Die Ergebnisse und Empfehlungen bezüglich der Selbstbestimmung in der Gemeindepsychiatrie können jedoch einen positiven Einfluss auf die Praxis haben.

Im Sinne der Wahrhaftigkeit (vgl. ebd.) wurden keine Daten manipuliert, nicht bearbeitet oder ganz ausgelassen.

4.3 Systematische Literaturanalyse

Im ersten Schritt wurde durch die systematische Literaturanalyse eine Übersicht zur Selbstbestimmung in der Eingliederungshilfe, insbesondere in besonderen Wohnformen, erstellt. Ziel hierbei war es, einen Überblick über die Thematik zu erhalten. Diese Analyse orientiert sich an der Vorgehensweise zur Erarbeitung eines Scoping Reviews nach Arksey und O'Malley (2005).

Hierzu wurde zuerst eine orientierende Recherche durchgeführt, die zur Entwicklung der Suchstrategie beitrug. Mithilfe der Worte ‚Selbstbestimmung‘ und ‚Psychiatrie‘ wurde eine unsystematische Analyse mittels Google Scholar, einer Suchmaschine für wissenschaftliche Dokumente, vorgenommen. Aufgrund der zahlreichen Ergebnisse (ungefähr 22 500 in 0,07 Sekunden) wurde direkt mit einer systematischen Analyse begonnen.

gesuchter Themenbereich	Suchbegriffe
--------------------------------	---------------------

Pflege	Nursing
Gemeindepsychiatrie	Community psychiatry
Wohnform	Housing
Selbstbestimmung	Self-determination

Tabelle 3 Themenbereiche und datenbankübergreifend genutzte Suchbegriffe, eigene Darstellung

Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden anhand der Fragestellung sowie der freien Literaturanalyse festgelegt und im Prozess der Analyse ergänzt.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> - englisch- und deutschsprachige Literatur - Befragung von Pflegefachpersonen - Setting der Untersuchung: Gemeindepsychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflege von Menschen mit Demenz - Pflege von Kindern und Jugendlichen - fremdsprachige Literatur

Tabelle 4 Ein- und Ausschlusskriterien, eigene Darstellung

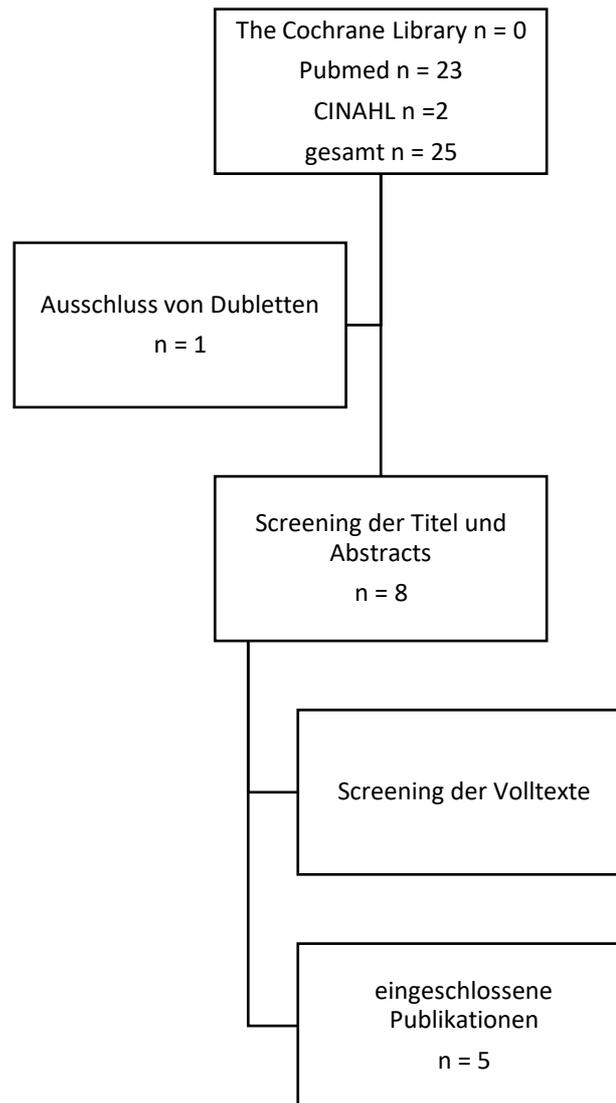


Abbildung 17 Vorgehensweise im Zuge der Literaturrecherche, eigene Darstellung

Recovery-oriented Mental Health Practice in a Community Care Unit: An Exploratory Study (2016)

McKenna, B., Oakes, J., Fourniotis, N., Toomey, N., Furness, T.

In der australischen Studie von McKenna et al. wurde untersucht, wie eine genesungsorientierte Versorgung in gemeindenahen Pflegeeinrichtungen umgesetzt wird. Die Studie zielte darauf ab, Elemente zu identifizieren, die zur Förderung der Genesung beitragen. Darüber hinaus wurden Maßnahmen beschrieben, die die Pflegefachpersonen hierfür anwenden. Insgesamt nahmen 21 Leistungserbringer freiwillig an Einzelinterviews teil.

Es wurden die folgenden sechs Themenbereiche ausgearbeitet: (a) eine gemeinsame Vision (,eine kontinuierliche Reise‘), (b) die Förderung der Hoffnung, (c) die Förderung

von Autonomie und Selbstbestimmung, (d) das sinnvolle Engagement, (e) eine ganzheitliche und personalisierte Pflege und (f) die Beteiligung an Gemeinschaft und Bürgerschaft. Die Leistungserbringer der psychosozialen Versorgung scheinen bestrebt zu sein, die persönliche Genesung zu unterstützen. Die klinisch orientierten Leistungserbringer sind jedoch mit einer Spannung zwischen persönlicher und klinischer Genesung konfrontiert. Dieses Spannungsverhältnis zwischen persönlicher und klinischer Genesung kann auf das psychosoziale Rehabilitationsmodell der Pflege zurückgeführt werden, das zuvor als Rehabilitationsmodell angesehen war.

Patient and Community Mental Health Nurse during Interpersonal Community Psychiatric Treatment (2020)

Van Veen, M., Peters, A., Mulder, N., van Meijel, B., Koekkoek, B.

In den Niederlanden ist die langfristige gemeindepsychiatrische Behandlung von Patientinnen und Patienten (ursprüngliche Gruppenzuschreibung übernommen) mit schweren psychischen Erkrankungen wenig entwickelt und es fehlt ein strukturierter, zielorientierter Ansatz. Diese Form der Behandlung wird häufig von ‚Community Mental Health Nurses‘ (CMHNs) durchgeführt, was insbesondere bei der Gruppe der nicht psychotischen Patientinnen und Patienten mit einer schweren psychischen Erkrankung häufig zu einer Business-as-usual-Pflege mit nicht oder wenig evidenzbasierten Interventionen und einer unstrukturierten Behandlung führt. Aus diesem Grund wurde die interpersonelle gemeindepsychiatrische Behandlung (ICPT) entwickelt, um der Pflege dieser Patientengruppe einen Fokus, eine theoretische Sichtweise und eine methodische Struktur zu geben. In einer ersten Pilotstudie wurde festgestellt, dass es Hinweise zur Verbesserung bei verschiedenen Ergebnissen gab. Die von den Patientinnen und Patienten empfundene Arbeitsallianz wurde jedoch, wenn auch nicht signifikant, als vermindert angesehen. Daraufhin erfolgte eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT), zu der auch diese Studie gehört. Ziel dieser Studie war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie die ICPT-Elemente das Arbeitsbündnis und die mögliche Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten im Allgemeinen beeinflussen. Der Hauptteil dieser Mixed-Methods-Studie war eine qualitative Untersuchung, der ein Grounded-Theory-Ansatz zugrunde lag. Für die Auswahl der Teilnehmenden wurden quantitative Daten aus der aktuellen RCT verwendet. Es wurden semistrukturierte Interviews mit 13 Teilnehmenden geführt, die in drei psychiatrischen Einrichtungen in den Niederlanden verteilt waren. Die Interviews und die Analyse erfolgten abwechselnd,

sodass die Interviewthemen durch ständigen Vergleich entwickelt wurden. Die Teilnehmenden waren überwiegend weibliche Sozialleistungsbezieher*innen. Sechs der Teilnehmenden waren über fünfzig Jahre alt. Bei vier Teilnehmende war eine affektive Störung diagnostiziert worden, bei sieben Teilnehmenden eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Ergebnisse stehen im Zusammenhang mit der Theorie der therapeutischen Allianz von Bordin, die sich auf die Übereinstimmung bei therapeutischen Aufgaben und Zielen sowie die Qualität der persönlichen Bindung bezieht. Das Arbeitsbündnis wurde in Bezug auf drei Aspekte analysiert: gemeinsam vereinbarte Ziele, gemeinsam vereinbarte Aufgaben und erlebte zwischenmenschliche Beziehung. Die ICPT hatte einen begrenzten Einfluss auf die gemeinsam vereinbarten Ziele und die zwischenmenschliche Beziehung, jedoch deutliche Auswirkungen auf die gemeinsam vereinbarten Aufgaben. In der täglichen Praxis kann die ICPT einen positiven Einfluss auf das wahrgenommene Arbeitsbündnis haben. Die wichtigsten Faktoren, die das wahrgenommene Arbeitsbündnis im Rahmen der ICPT beeinflussten, waren das gemeinsame Vereinbaren von Aufgaben, die Verwendung eines Plans, die Struktur der Sitzungen, das Bündnis zwischen den CMHNs und den Patientinnen bzw. Patienten sowie die Selbstbestimmung. Eine begrenzte Wirkung hatten das gemeinsame Vereinbaren von Zielen und die Qualität der persönlichen Beziehung zwischen CMHN und Patientinnen und Patienten. Die vorliegende Untersuchung lieferte wertvolle Informationen über die Bedeutung des Arbeitsbündnisses in der ICPT, die Meinungen der Befragten über die ICPT sowie die Aspekte, die in ihrer Beziehung zu ihrer CMHN hilfreich oder nicht hilfreich sein können.

Living by themselves? Psychiatric nurses' views on supported housing for persons with severe and persistent mental illness (2006)

Högberg, T., Magnusson, A., Lützen, K.

Der wichtigste Grundsatz bei der Entwicklung betreuter Wohnformen für Menschen mit langfristigen psychischen Erkrankungen ist, dass ein Leben in der Gemeinschaft ihre Lebensqualität verbessern soll. Ziel dieser Studie aus Schweden war es, die Erfahrungen des psychiatrischen Pflegepersonals im Hinblick auf verschiedene Arten des betreuten Wohnens für Menschen mit langfristigen psychischen Erkrankungen zu beschreiben und die Grundsätze darzulegen, die sie für wichtig halten, um die soziale Integration in die Gemeinschaft zu erleichtern. Neun psychiatrische Pflegefachpersonen wurden dazu befragt. Eine qualitative Inhaltsanalyse ergab als Hauptthema den Versuch, den Grundsatz der Achtung des Selbstbestimmungsrechts der Patientinnen und Patienten aufrechtzuerhalten, wobei dieses Hauptthema mit drei Unterthemen verknüpft war: den Ansichten der Pflegefachpersonen im Hinblick auf ihre moralische Verantwortung, die sozialen Normen, die die Patienten befolgen müssen, um von ihren Nachbarn akzeptiert zu werden, und das unterstützte Wohnen von guter Qualität. Die Pflegefachpersonen vertraten die Meinung, dass der persönliche Kontakt zwischen Nachbarinnen bzw. Nachbarn und Menschen mit psychiatrischen Diagnosen eine wesentliche Möglichkeit ist, die Angst vor diesen zu verringern. Sie sahen sich als Bindeglied zwischen den Bewohnenden der Einrichtung und anderen Nachbarinnen sowie Nachbarn. Ohne den persönlichen Kontakt zwischen Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und ihren Nachbarinnen und Nachbarn besteht die Gefahr, dass die Integration scheitert, unabhängig davon, wie gut die Wohnform gestaltet ist.

Advancing self-determination with young adults who have schizophrenia (2004)

McCann, T., Clark, E.

Im Rahmen der Studie wurde untersucht, wie in Australien Pflegefachpersonen der Gemeindepsychiatrie die Selbstbestimmung von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie fördern, die eine frühe Schizophrenie-Episode durchlaufen. Die Studie stützt sich auf eine Grounded-Theory-Methodik, die Interviews und Beobachtungen umfasst, fand in einer Gemeinde im ländlichen und regionalen New South Wales (Australien) statt und bezog Menschen mit der Diagnose Schizophrenie und Pflegefachpersonen ein. Die Ergebnisse zeigen, dass die Förderung der Selbstbestimmung davon abhängt, dass Pflegefachpersonen Menschen mit

psychiatrischen Diagnosen über ihre Krankheit und ihr Wohlbefinden aufklären und die Selbstkontrolle fördern. Die Entwicklung einer wechselseitigen Beziehung bzw. eines Bündnisses zwischen Pflegefachpersonen und Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ist für die Förderung der Selbstbestimmung unerlässlich. Die Forschenden erörtern, welche Auswirkungen die Förderung der Selbstbestimmung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen auf die Ausbildung, die klinische Praxis und die Forschung hat.

Self-Determination and Choice in Mental Health: Qualitative Insights from a study of self-directed Care (2019)

Thomas, E., Zisman-Ilani, Y., Salzer, M.

Ziel dieser qualitativen Studie war es, zu ermitteln, inwieweit Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch die Teilnahme an einer selbstbestimmten Versorgung (SDC-Intervention) mehr Wahlmöglichkeiten hatten und wie ihre Erfahrungen mit Wahlmöglichkeiten mit der Erfüllung dreier psychologischer Bedürfnisse (Kompetenz, Autonomie und Verbundenheit) zusammenhängen, die in der Selbstbestimmungstheorie identifiziert wurden. Es nahmen 45 Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen teil, die zuvor die SDC-Intervention erfahren haben. Den Teilnehmenden wurden offene Fragen gestellt, um ihre subjektiven Erfahrungen mit der Intervention zwei Jahren nach der Teilnahme zu erfassen. Die Antworten wurden quantifiziert, um zu untersuchen, inwieweit die Teilnehmenden mehr Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl von Gütern und Dienstleistungen zur Erreichung ihrer Genesungsziele hatten. Die Autoren verwendeten die Constant Comparative Method, die sich an der Selbstbestimmungstheorie orientiert, um unabhängig voneinander die Aussagen der Teilnehmenden zu kodieren, die angaben, dass sie eine größere Wahlfreiheit erlebt hatten. Anschließend diskutierten die Autoren die Aussagen, um einen Konsens bei der Kodierung zu erzielen. Die Mehrheit der Teilnehmenden berichtete, dass sie als Ergebnis der Intervention eine größere Wahlfreiheit wahrgenommen hatte. Die Themen ‚Kompetenz‘, ‚Autonomie‘ und ‚Verbundenheit‘ waren in den Antworten der Teilnehmenden zu ihren Erfahrungen mit der größeren Wahlfreiheit vertreten. Durch SDC-Interventionen, die auf die Bedürfnisse nach Kompetenz, Autonomie und Verbundenheit eingehen, kann die Entscheidungsfindung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hinsichtlich der Erreichung ihrer Genesungsziele erleichtert werden.

4.3.1 Überblick über die ausgewählte Literatur

Autor (Jahr)	Land	Methode	Fokus und Ergebnisse
McKenna, B., Oakes, J., Fourniotis, N., Toomey, N., Furness, T. (2016)	USA	Interviews	Die Studie zielte darauf ab, Elemente zu identifizieren, die zur Genesung beitragen. Folgende Maßnahmen, die von Pflegefachpersonen angewendet werden, um dieses Ziel zu erreichen, werden beschrieben: gemeinsame Vision, Förderung von Hoffnung, Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung, Einbindung in sinnvolle Aktivitäten und Engagement, Bereitstellung ganzheitlicher und personalisierter Pflege, Beteiligung der Patienten an der Gemeinschaft und das Gefühl der Zugehörigkeit.
Van Veen, M., Peters, A., Mulder, N., van Meijel, B., Koekkoek, B. (2020)	Niederlande	Mixed Methods, RCT und Grounded Theory	Diese Studie beschreibt die Entwicklung der ICPT. Diese hat einen begrenzten Einfluss auf die gemeinsam vereinbarten Ziele und die zwischenmenschliche Beziehung, aber deutlicheren Einfluss auf die gemeinsam vereinbarten Aufgaben. In der täglichen Praxis kann die ICPT positive Auswirkungen auf das wahrgenommene Arbeitsbündnis haben. Die wichtigsten Faktoren, die das während der ICPT wahrgenommene Arbeitsbündnis beeinflussen, sind das gemeinsame Vereinbaren von Aufgaben, die Verwendung eines Plans, die Struktur der Sitzungen, das Bündnis zwischen den CMHNs und den Patienten sowie die Selbstbestimmung der Patienten. Begrenzte Auswirkungen haben das gemeinsame Vereinbaren von Zielen und die Qualität der

			persönlichen Beziehung zwischen CMHN und Patient.
Högberg, T., Magnusson, A., Lützen, K. (2006)	Schweden	Interviews	Ziel der Studie war es, Erfahrungen von Pflegefachpersonen im Bereich des Wohnens von Menschen mit langfristigen psychischen Erkrankungen zu beschreiben und die Grundsätze darzulegen, die sie für wichtig halten, um die soziale Integration in die Gemeinschaft zu erleichtern. Pflegefachpersonen versuchen, die Achtung des Selbstbestimmungsprinzips aufrechtzuerhalten. Zentraler Faktor ist das Zusammenleben mit Nachbarinnen und Nachbarn.
McCann, T., Clark, E. (2004)	Australien	Grounded Theory	Die Förderung der Selbstbestimmung hängt davon ab, ob Pflegefachpersonen Menschen mit psychiatrischen Diagnosen über ihre Krankheit und ihr Wohlbefinden aufklären und die Selbstkontrolle fördern.
Thomas, E., Zisman-Ilani, Y., Salzer, M. (2019)	USA	Interventionsstudie	In dieser Studie wurde die SDC-Intervention zur Steigerung der Selbstbestimmung getestet. Die meisten Teilnehmenden gaben an, durch die Intervention eine größere Wahlfreiheit erfahren zu haben. Kompetenz, Autonomie und Verbundenheit spielten in ihren Erfahrungen mit dieser Freiheit eine wichtige Rolle. SDC-Interventionen, mit denen auf diese Bedürfnisse eingegangen wird, können Menschen mit

			schweren psychischen Erkrankungen dabei helfen, ihre Genesungsziele zu erreichen, indem sie ihre Entscheidungsfindung erleichtern.
--	--	--	--

Tabelle 5 Ausgewählte Literatur, eigene Darstellung

4.3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Literaturanalyse

Im Folgenden werden die Inhalte der ausgewählten Literatur zusammengefasst, die sich auf die Selbstbestimmung und die genesungsorientierte Versorgung in verschiedenen Wohnformen beziehen. Diese Literatur ist von besonderer Relevanz für die vorliegende Dissertation.

In einer australischen Studie von McKenna et al. (2016) wurde untersucht, wie die genesungsorientierte Versorgung in Pflegeeinrichtungen umgesetzt wird. Die herausgearbeiteten sechs Themenbereiche umfassen unter anderem die Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung. Hervorzuheben ist die Feststellung, dass klinisch orientierte Leistungserbringer mit einem Spannungsverhältnis zwischen persönlicher und klinischer Genesung konfrontiert sind. Dieses Ergebnis ist für diese Dissertation von Relevanz, da Pflegefachpersonen durch ihre Ausbildung und ihre berufliche Erfahrung eine klinische Orientierung aufweisen und sich somit in diesem Spannungsfeld aufhalten.

In einer schwedischen Studie von Högberg, Magnussen und Lützen (2006) wurde herausgefunden, wie psychiatrische Pflegefachpersonen in besonderen Wohnformen die verschiedenen Angebote des Wohnens empfinden und welche Grundsätze sie hinsichtlich ihrer Arbeit für wichtig erachten. Das Hauptanliegen der Teilnehmenden ist der Versuch, das Selbstbestimmungsrecht der Bewohnenden aufrechtzuerhalten. Im Zusammenhang mit der Studie von McKenna et al. (2006) lässt sich feststellen, dass die Selbstbestimmung ein zentrales Thema ist. Nach Högberg, Magnussen und Lützen (2006) spielen ihre moralische Verantwortung, die Ansicht über soziale Normen und die gute Qualität von Angeboten eine wesentliche Rolle. Der Kontakt mit Nachbarinnen und Nachbarn ist ebenfalls essenziell für die Integration in die Gesellschaft. Pflegefachpersonen sehen sich dort als Bindeglied. Auch laut der Studie von McKenna et al. (2016) ist die Beteiligung an der Gemeinschaft ein zentraler Aspekt. Diese Studie ist für diese Dissertation in Bezug auf das Verständnis von Selbstbestimmung relevant. Sie gibt Anhaltspunkte für die Relevanz des Themas und zeigt erste Tendenzen zu Ansichten der Fachpersonen.

McCann und Clark (2004) zeigten, dass die Förderung der Selbstbestimmung davon abhängt, ob Pflegefachpersonen Menschen mit psychiatrischen Diagnosen über ihre

Krankheit und ihr Wohlbefinden aufklären und die Selbstkontrolle fördern. Der Fokus dieser Studie lag auf der Entwicklung einer wechselseitigen Beziehung bzw. eines Bündnisses zwischen Pflegefachpersonen und Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Diese ist für die Förderung der Selbstbestimmung unerlässlich. Auch van Veen et al. (2020) betonen die Wichtigkeit des Arbeitsbündnisses zwischen CMHNs und Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Essenziell sind das gemeinsame Vereinbaren von Aufgaben, die Verwendung eines Plans, die Struktur der Sitzungen, das Bündnis zwischen den CMHNs und den Menschen sowie ihre Selbstbestimmung. Hinsichtlich der Frage nach förderlichen Faktoren der Selbstbestimmung lässt sich annehmen, dass die Beziehung und das Arbeitsbündnis auch für diese Dissertation von besonderer Relevanz sind.

Thomas, Zisman-Ilani und Salzer (2019) fanden in ihrer Interventionsstudie heraus, inwiefern ihre SDC-Intervention zu mehr Wahlmöglichkeiten für Bewohnende führt. Die Mehrheit der Teilnehmenden gab an, als Ergebnis der Intervention eine größere Wahlfreiheit erfahren zu haben. Die Themen ‚Kompetenz‘, ‚Autonomie‘ und ‚Verbundenheit‘ waren in den Antworten der Teilnehmenden über ihre Erfahrungen mit der größeren Wahlfreiheit vertreten. SDC-Interventionen, mit denen auf die Bedürfnisse nach Kompetenz, Autonomie und Verbundenheit eingegangen wird, können die Entscheidungsfindung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bei der Erreichung ihrer Genesungsziele erleichtern. Auch van Veen et al. (2020) entwickelten eine evidenzbasierte Intervention (ICPT). Ziel war es hierbei, der Patientengruppe mit schweren psychiatrischen Erkrankungen eine strukturierte Behandlung, die eine theoretische Grundlage und eine methodische Struktur aufweist, zu bieten. Die ICPT hat einen begrenzten Einfluss auf die gemeinsam vereinbarten Ziele und die zwischenmenschliche Beziehung, hauptsächlich aber Auswirkungen auf die gemeinsam vereinbarten Aufgaben. In der täglichen Praxis kann die ICPT positiv auf das wahrgenommene Arbeitsbündnis wirken. Einen begrenzten Einfluss hatten die gemeinsam vereinbarten Ziele und die Qualität der persönlichen Beziehung zwischen CMHNs und Patientinnen sowie Patienten.

Zusammengefasst verdeutlichen die analysierten Studien die Bedeutung der Förderung von Autonomie, der Selbstbestimmung und der starken Arbeitsbeziehung zwischen Pflegefachpersonen und Bewohnenden in der genesungsorientierten Versorgung dafür,

ein selbstbestimmtes Leben für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in Wohnformen zu ermöglichen.

4.4 Methoden der Datenerhebung

Ziel dieses Kapitels ist es, einen Überblick über die Methoden der Datenerhebung zu geben. Die gewählten Methoden sind die teilnehmende Beobachtung und das leitfadengestützte Interview.

4.4.1 Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung ist eine Methode der qualitativen Sozialforschung zur Datenerhebung, bei der die Beobachtenden aktiv an den untersuchten Aktivitäten und Interaktionen teilnehmen. Dabei versuchen sie, möglichst unvoreingenommen und offen für die Perspektiven und Erfahrungen der beobachteten Personen oder Gruppen zu bleiben. Die teilnehmende Beobachtung ist nach Legewie (1995) ein die Vor- und Nachbereitung einschließender Prozess intensiver Feldarbeit. Die Vorbereitung der teilnehmenden Beobachtung beinhaltet die Präzisierung von Erkenntnisinteresse und Ziel.

Zu Beginn wurde nach Girtler (vgl. 2001) das Vorgehen der teilnehmenden Beobachtung geplant:

1. wirkungsvoller Zugang zum Feld
2. Beziehung zwischen beobachtender Person und Beobachteten
3. Was soll beobachtet werden? Was wird protokolliert?
4. Gestaltung des Protokolls für wissenschaftliche Auswertung

Wax beschreibt den Einstieg ins Feld als das „erste und schwierigste Stadium der Feldforschung“ (1979, S. 68f). Das Kennenlernen der Bewohnenden und der Fachpersonen sowie das Finden der eigenen Rolle dauerten drei Monate. In dieser Zeit lag der Fokus auf dem Aufbau von Beziehungen zu den Bewohnenden sowie den Fachpersonen der Einrichtungen. Girtler (vgl. 2001) nennt als Eigenschaften, die Beobachtende auszeichnen sollten, Ausdauer, Einfühlungsvermögen, Bescheidenheit, Demut und Achtung vor anderen Menschen. Nach Legewie (1995, S. 189ff) gelingt der

Beziehungsaufbau vor allem dann, wenn an für Informationsgebende bekannte Rollen angeknüpft und gleichzeitig das Forschungsvorhaben erklärt wird. Girtler (vgl. 2001) zufolge sollte dieses Kennenlernen nicht einseitig stattfinden, vielmehr sollten auch die Beobachtenden ihre Lebenswelt eröffnen.

Die teilnehmende Beobachtung und das Anfertigen der damit verbundenen Beobachtungsprotokolle erfolgten im Zeitraum von August 2019 bis Dezember 2022. Nach der teilnehmenden Beobachtung wurde in zwei Schritten gearbeitet: Zuerst wurden formlose Feldnotizen angefertigt, im zweiten Schritt wurden diese zu Beobachtungsprotokollen ausformuliert.

Beobachtungseinheiten	Alltagssituationen in der Einrichtung und außerhalb dieser mit Bewohnenden und Mitarbeitenden	
Beobachtungskriterien- und Dimensionen (vgl. Laatz, 1993)	Wissenschaftlichkeit Standardisierung Transparenz Beobachterrolle Partizipationsgrad Natürlichkeit der Situation	systematisch unstrukturiert offen teilnehmend aktiv teilnehmend Feld
teilnehmende Beobachtende	Autorin und Beobachterin sind eine Person	

Tabelle 6 Beobachtungseinheiten, -kriterien und -dimensionen, Beobachterin, eigene Darstellung

Ein Beobachtungsprotokoll ist ein Instrument, mit dem beobachtende Personen alle Beobachtungen und Eindrücke sorgfältig dokumentieren können. Das Beobachtungsprotokoll sollte möglichst genau und detailliert sein, um ein umfassendes Bild der beobachteten Situation zu vermitteln. Dazu wurden die Protokolle in verschiedene Abschnitte eingeteilt und mit einem Titel, dem Datum und der Uhrzeit versehen, um die Einordnung der Beobachtungen zu erleichtern. Es folgt eine Personenbeschreibung, wobei Wert darauf gelegt wurde, die Identität und die Rolle in der beobachteten Situation ausreichend klarzumachen. Für diese Protokolle wurden Berufsbezeichnung bzw. Status der Person und das ungefähre Alter notiert. Anschließend wurde in jedem Protokoll eine Setting-Beschreibung angefügt, in der der Raum (oder die Räumlichkeiten), in dem (bzw. denen) die Beobachtungen stattgefunden haben,

dargestellt sind. Im darauffolgenden Abschnitt wurden Kontextinformationen protokolliert. Dazu gehören die Stimmung, das Geschehen sowie allgemeine Veränderungen, die an diesem Tag in der Einrichtung zu bemerken waren. Danach folgt der Hauptteil des Beobachtungsprotokolls, der unter einem markanten Titel steht und in dem alle relevanten Verhaltensbeobachtungen sorgfältig wiedergegeben werden, um ein genaues Bild der beobachteten Situation zu dokumentieren. Dazu wurden auch nonverbale Verhaltensweisen wie Gestik und Mimik sowie Gespräche protokolliert. Zusätzlich wurden andere Eindrücke und Gedanken der Beobachtenden, die während der Beobachtung aufkamen, festgehalten, um die persönliche Perspektive in die Analyse einbringen zu können. Die Auflistung eigener Gedanken führt dazu, dass subjektive Eindrücke in den gesamten Beobachtungen besser identifiziert werden können. Im Anhang zu jedem Protokoll befinden sich weiterführende Informationen, die zum Verständnis der Situation beitragen.

4.4.2 Leitfadengestütztes Interview

Leitfadeninterviews sind eine Form qualitativer Interviews, bei denen die Interviewenden einen vorbereiteten Fragebogen oder Leitfaden verwenden, um sicherzustellen, dass alle relevanten Themen während des Interviews angesprochen werden und die Teilnehmenden eine einheitliche Befragung erleben. Für die Erhebung des zweiten Datensatzes wurden Interviews dieser Art geführt. Im folgenden Abschnitt wird die Wahl der Methode begründet und die Durchführung beschrieben.

Diese Form des Interviews ermöglicht eine Mischung aus theoriegestützter Befragung und freier Erzählung. Ziel war es, den Mitarbeitenden in der Einrichtung die Gelegenheit zu geben, Erfahrungen darzustellen und gleichzeitig erlebte Episoden und Geschichten zu erzählen. Es sollten verschiedene Arten des Wissens zur Selbstbestimmung in der Einrichtung hervorgebracht werden, um tiefgreifende Einsichten zu erlangen (vgl. Mayer, 2015). Der teilstrukturierte Interviewleitfaden ermöglicht eine flexible Gesprächsführung, gleichzeitig können die Befragenden fokussiert Ziele verfolgen. Der vorliegende Leitfaden ist ausformuliert, jedoch wurde ein Gespräch mit offenem Charakter angestrebt, in dem die Teilnehmenden weitere Aspekte hinzufügen konnten (vgl. Miege & Näf, 2005). Der teilstrukturierte Leitfaden wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit in mehreren Schritten, angelehnt an Miege und Näf (ebd.), erstellt.

Die Grundlage der Erarbeitung des Leitfadens bildeten der theoretische Teil der Dissertation und die damit verbundenen Fragestellungen. Um möglichst subjektive Antworten zu erhalten, wurden die Fragen in einem weiteren Schritt in offene und neutrale Fragen umformuliert. Diese wurden dann bestimmten Themenbereichen zugeordnet und bilden den Interviewleitfaden, der in drei Abschnitte gegliedert ist. Die Fragen zielten explizit darauf ab, die subjektive Beurteilung der Mitarbeitenden zum Thema ‚Selbstbestimmung‘ zu erfahren. Die Abschlussfrage sollte dazu dienen, dass die Pflegefachpersonen Optimierungsvorschläge zur Förderung der Selbstbestimmung nennen und eigene Ideen einbringen können. Dazu wurden Einzelinterviews mit Mitarbeitenden der Einrichtung geplant und durchgeführt.

4.5 Sampling

In diesem Kapitel wird das Sample betrachtet. Zuerst werden die Wahl der Einrichtung und die Einrichtung selbst beschrieben, anschließend die Befragten der teilnehmenden Beobachtung und die interviewten Fachpersonen.

4.5.1 Wahl der Einrichtung

Der Feldzugang wurde durch das vom BMBF geförderte Projekt ‚VISION-RA‘ ermöglicht. Durch die Arbeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin wurde die Autorin zufällig zwei Praxispartnern im Projekt zugeteilt. Ein Praxispartner ist eine Tagesstätte, ein anderer eine besondere Wohnform der Eingliederungshilfe. Aufgrund des Forschungsinteresses wurde die besondere Wohnform für dieses Vorhaben ausgewählt. Aus forschungsethischen Gründen ist eine präzise Darstellung der Einrichtung und der Mitarbeitenden nicht möglich.

Die besondere Wohnform als Angebot der Eingliederungshilfe hat rund dreißig Einzelzimmer⁵ für Erwachsene mit (chronischen) psychischen Erkrankungen. Der Eigenbeschreibung der Einrichtung ist zu entnehmen, dass vorwiegend Menschen mit psychotischen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, hirnorganischen Erkrankungen sowie Mehrfachdiagnosen aufgenommen werden. Die Einrichtung liegt in einer Stadt mit

⁵ Die genaue Platzzahl wird aus Gründen der Anonymität nicht angegeben

über 15000 Einwohnern. Das Wohnhaus ist zentral gelegen und alle Einrichtungen und Geschäfte, die für Besorgungen des täglichen Lebens erforderlich sind, sind fußläufig oder durch den öffentlichen Nahverkehr zu erreichen. Es handelt sich um ein befristetes Angebot. Ziel ist es, die Menschen so zu fördern, dass sie die größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit erlangen. Die Einzelzimmer sind mit eigener Nasszelle ausgestattet. Jeweils zehn Einzelzimmer teilen sich eine vollausgestattete Küche, einen Ess- und einen Wohnbereich. Darüber hinaus gibt es eine weitere Gemeinschaftsküche inklusive Mehrzweckraum für das gemeinsame Essen, an den sich eine Terrasse mit Sitzmöglichkeiten anschließt. Das multidisziplinäre Team besteht (überwiegend) aus Pflegefachpersonen, Sozialarbeiter*innen, Heilerziehungspfleger*innen und Ergotherapeut*innen. Das zweigeschossige Gebäude weist vier Flure auf: Auf einem Flur sind Gemeinschaftsräume und Büros angesiedelt. Die anderen drei Flure führen zu Wohnbereichen mit Einzelzimmern und der Gemeinschaftsküche.

Im folgenden Text wird die stationäre Wohnform der Lesbarkeit wegen als ‚Einrichtung‘ bezeichnet.

4.5.2 Teilnehmende der teilnehmenden Beobachtung

In diesem Kapitel werden die Teilnehmenden der Beobachtung näher beschrieben. Die handlungsleitenden Prinzipien zur Auswahl waren vor allem Nützlichkeit, Angemessenheit (vgl. Morse & Field, 1998) und Zweckgebundenheit (vgl. Mayer, 2015). Für die teilnehmenden Beobachtungen wurden zufällig auftretende Alltagssituationen in der zuvor beschriebenen Einrichtung gewählt. Die Anwesenheit in der Einrichtung wurde über alle Wochentage sowie Uhrzeiten im Zeitraum zwischen August 2021 und Dezember 2022 verteilt. Insgesamt wurden 18 Beobachtungsprotokolle in die vorliegende Arbeit einbezogen. Ziel war es, möglichst unterschiedliche Begegnungen mit möglichst unterschiedlichen Teilnehmenden zu protokollieren. Das maximiert die Varianz und trägt dazu bei, dass viele nutzbare Informationen generiert werden (vgl. Patton, 2002).

Alle Teilnehmenden hatten zu Projektbeginn das 18. Lebensjahr vollendet. Die Gruppe der teilnehmenden Fachpersonen setzt sich aus Pflegefachpersonen,

Ergotherapeut*innen, Erzieher*innen und Sozialarbeiter*innen zusammen. Die teilnehmenden Bewohnenden bilden eine heterogene Gruppe. Um die Einrichtungen nutzen zu dürfen, teilen sie die Gemeinsamkeit einer psychiatrischen Diagnose.

teilnehmende Bewohnende	teilnehmende Fachpersonen
<p>Inklusionskriterien</p> <p>Einwilligungsfähigkeit</p> <p>Psychiatrieerfahrung, lebend in besonderer Wohnform</p> <p>Exklusionskriterien</p> <p>akute seelische Krisen</p>	<p>Inklusionskriterien</p> <p>Einwilligungsfähigkeit</p> <p>mindestens eine dreijährige Berufsausbildung und/oder ein Studium mit einem der folgenden Berufe als Ziel: Pflegefachfrau/-mann, Heilerziehungspfleger*in, Studium der Sozialen Arbeit</p> <p>Exklusionskriterien</p> <p>ein- und zweijährige Helferausbildung, laufende Ausbildung, (grundständiges) Bachelorstudium sowie Praktikum o. Ä.; Arbeit als Hauswirtschaftskraft und andere Mitarbeit (z. B. ärztliches Personal)</p>

Tabelle 7 Inklusions- und Exklusionskriterien der teilnehmenden Beobachtung, eigene Darstellung

Personen, die die Exklusionskriterien erfüllen, können trotzdem als Nebenakteure in den Beobachtungsprotokollen auftauchen und die beobachteten Situationen mitgestalten. Eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe kann, um forschungsethische Aspekte zu wahren, nur teilweise erfolgen.

4.5.3 Interviewte Personen

Für die Interviews wurden Mitarbeitende der Einrichtung ausgewählt, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Die Stichprobe kann nicht detailliert beschrieben werden, da forschungsethische Aspekte einzuhalten sind.

Inklusionskriterien	Exklusionskriterien
<ul style="list-style-type: none"> - Einwilligungsfähigkeit - mindestens eine dreijährige Berufsausbildung und/oder eine Fachweiterbildung bzw. ein Studium zu folgenden Berufen: Pflegefachfrau/-mann, Heilerziehungspfleger*in, Sozialarbeiter*in, Ergotherapeut*in 	<ul style="list-style-type: none"> - ein- und zweijährige Helferausbildung - laufende Ausbildung bzw. laufendes Praktikum o. Ä. - Arbeit als Hauswirtschaftskraft und andere Mitarbeit (z. B. ärztliches Personal)

Tabelle 8 Inklusions- und Exklusionskriterien der Interviews, eigene Darstellung

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden sieben teilstrukturierte Interviews durchgeführt, wobei Mitarbeitende aus den folgenden Berufsgruppen befragt wurden:

- Pflegefachpersonen
- Heilerziehungspfleger*innen
- Sozialarbeiter*innen

Die Einrichtungszugehörigkeit lag zwischen weniger als einem Jahr und neun Jahren, wobei die Teilnehmenden zwischen weniger als einem Jahr und vierzig Jahren Berufserfahrung aufwiesen.

4.6 Durchführung

4.6.1 Durchführung der leitfadengestützten Interviews

Die Teilnehmenden wurden in Einzelgesprächen über die vorgesehenen Interviews informiert und anschließend zur Teilnahme eingeladen. Nach der Einwilligung wurde ein Termin für die Durchführung geplant. Die sieben leitfadengestützten Interviews wurden zwischen Juli und September 2022 geführt. Die Teilnehmenden wurden mündlich und schriftlich über den Ablauf und den Hintergrund des Interviews aufgeklärt. Nachdem die Einwilligungserklärung unterschrieben worden war, fand das Interview statt. Für die Tonbandaufnahme wurde das Gerät ‚VoiceTracer‘ von Philips verwendet. Die Interviews wurden an verschiedenen Orten geführt. Den Teilnehmenden wurde freigestellt, ob das Interview am Arbeitsplatz, in ihrer Freizeit an einem Ort ihrer Wahl oder online per

Videotelefonat stattfinden sollte. Für den Großteil der Interviews wurde ein nicht genutzter Raum in der Einrichtung ausgewählt, um eine störungsfreie Interviewsituation zu gewährleisten. Die Interviews wurden außerhalb der Arbeitszeit, in der Pause geführt. Eine Person wurde aufgrund terminlicher und pandemischer Einschränkungen per Videotelefonat interviewt. Ein Interview wurde telefonisch gestört. Der Interviewleitfaden wurde nicht ausgehändigt, die Teilnehmenden wurden jedoch im Vorhinein über das Thema des Interviews informiert.

Alle Gesprächssituationen waren positiv. Durch den konsequenten Beziehungsaufbau für die teilnehmende Beobachtung profitierten auch die Interviews von einer vertrauten Stimmung.

4.6.2 Transkription der Interviews

Die Interviews wurden nach der Aufnahme verschriftlicht. Hierfür wurde die Software ‚F4‘ benutzt, wobei die Richtlinien der einfachen Transkription von Dresing und Pehl herangezogen wurden (2010). Der Fokus der Analyse lag auf dem semantischen Inhalt der Interviews. Die datenschutzsensiblen Informationen wurden während der Transkription anonymisiert. Die genannten Namen von Orten und anderen Einrichtungen wurden durch Bezeichnungen wie ‚ORT1‘ oder ‚EINRICHTUNG1‘ ersetzt. Vornamen und Nachnamen wurden ebenfalls verändert, aber unter Beibehaltung ethnischer Aspekte. Zur Anonymisierung gehört in diesem Fall auch die Wortverschleifung der Lautsprache, da teilweise mit starkem Dialekt gesprochen wurde. Die Sprache wurde während der Transkription an das Schriftdeutsche angenähert, die Satzform wurde jedoch nicht verändert. Sinneinheiten wurden durch die Interpunktion beibehalten, Rezeptionssignale transkribiert, wenn sie als Antwort dienen, und Pausen durch Auslassungspunkte gekennzeichnet, abhängig von ihrer Länge. Auf die Transkription besonderer Lautbildungen sowie Betonungen wurde verzichtet. Unverständliche Aussagen wurden mit ‚(unv.)‘ gekennzeichnet.

4.6.3 Reflexion der Interviews

Die Interviews mit den Mitarbeitenden wurden im Sommer 2022 geführt. Zu Beginn der Interviewphase wurden einzelne Mitarbeitende angesprochen, um für eine Teilnahme zu werben. Den Interviewten wurde die Möglichkeit gegeben, das Setting des Interviews selbst zu wählen. Dadurch wurden sechs Interviews in der Einrichtung – drei im Büro des Sozialdiensts, drei in einem zu diesem Zeitpunkt freien Besprechungszimmer und eines im Büro der Wohnbereichsleitung – geführt und eines erfolgte online über BigBlueButton. Zuerst erklärten sich zwei Mitarbeitende mit umfassender beruflicher Erfahrung dazu bereit, an einem Interview teilzunehmen. Auch hierbei war der bereits über ein Jahr andauernde Kontakt durch das Forschungsprojekt ‚VISION-RA‘ hilfreich. Nach den ersten Interviews entschlossen sich auch weitere Mitarbeitende dazu, teilzunehmen. Die Bereitschaft zur Partizipation war bei Mitarbeitenden, die als eher engagiert wahrgenommen worden waren, höher als bei Mitarbeitenden, die einen weniger engagierten Eindruck im Alltag machten. Bei diesen entstand der Eindruck von Desinteresse bei Anfragen zum Interview. Während der Interviews herrschte jederzeit eine offene und kollegiale Atmosphäre. Die Mitarbeitenden wurden, aufgrund der einjährigen Beziehung, in der pronominalen Anredeform ‚du‘ angesprochen. Die Interviews fanden vor oder nach der Dienstzeit oder in der Pause statt. Ungeplante Störungen konnten bis auf eine Ausnahme vermieden werden.

Als herausfordernd wurden die Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie wahrgenommen. Zum einen trugen die Mitarbeitenden und die Interviewende jederzeit partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-Masken), zum anderen verkomplizierte das Pandemiegeschehen die Terminfindung. Durch zeitweise Schließungen der Einrichtung und Krankheitsausfälle kam es immer wieder zu Verschiebungen. Ein bereits vereinbartes Interview ist krankheitsbedingt komplett ausgefallen.

4.6.4 Reflexion der teilnehmenden Beobachtung

Die erste Phase der teilnehmenden Beobachtung zielte darauf ab, die Bewohnenden sowie die Fachpersonen kennenzulernen und die eigene Rolle zu definieren. Das nahm circa drei Monate in Anspruch. In dieser Zeit lag der Fokus auf dem Aufbau von Beziehungen zu den Bewohnenden sowie den Fachpersonen der Einrichtung. Dabei wurden vor allem

Ausdauer, Einfühlungsvermögen, Bescheidenheit, Demut und die Achtung der Menschen berücksichtigt. Die Bewohnenden und Fachpersonen haben großes Interesse an der Autorin der Arbeit sowie dem Forschungsvorhaben gezeigt. Im Kontakt mit den Bewohnenden und Fachpersonen hat die Autorin auch ihre Lebenswelt eröffnet. Hilfreich aufseiten der Fachpersonen waren die praktische Berufserfahrung in der Pflege im Setting der Psychiatrie und die Erfahrungen mit dem Eltern-Sein. Aufseiten der Bewohnenden war die Zeit, die die Autorin mit ihnen verbracht hat, nützlich. Diese Zeit war von Gesprächen, Tischkicker-Spielen und der Essensvorbereitung geprägt. Diese Freizeitaktivitäten haben zur Vertrauensbildung beigetragen, wenngleich es durch die örtliche Distanz und die pandemieeinschränkende Maßnahmen nicht zu privatem Kontakt kam. Während der Beobachtung wurde an den alltäglichen Aktivitäten der Einrichtungen teilgenommen.

Allerdings ähneln einige Handlungen der Autorin eher denen der Fachpersonen als denen der Bewohnenden. Beispielsweise verlassen die Fachpersonen und die Autorin die Einrichtung wieder, die Bewohnenden bleiben dort. Darüber hinaus nahm die Autorin an Besprechungen teil, die ausschließlich Fachpersonen vorbehalten waren. Zudem lagen persönliche Gegenstände während des Aufenthaltes in den Räumen, die nur für Fachpersonen zugänglich waren. Ebenso wurden Schlüssel ausgehändigt, um die Fachpersonen nicht zu stören oder als Belastung empfunden zu werden. Diese Handlungen waren nicht vermeidbar. Um von den Bewohnenden nicht als Fachkraft wahrgenommen zu werden, wurden Situationen gezielt genutzt, um sich von diesen zu distanzieren. Beispielsweise wurde dem Mittagessen beigewohnt und der Kontakt in Aufenthalts- und Raucherräumen gesucht, um ins Gespräch zu kommen. Bei Fragen zum Ablauf oder zum Genesungsprozess, die Bewohnende häufig an die Autorin richteten, wurde deutlich auf die Fachpersonen verwiesen. Auch wurde die Autorin von Fachpersonen und Bewohnenden oftmals als ‚Studentin‘ bezeichnet. Das lässt vermuten, dass eine differenzierte Rollenzuschreibung vorhanden war.

Die Beziehungen zu den Fachpersonen waren unterschiedlich. Einige vermieden den Kontakt, andere hingegen suchten Nähe, um über das Projekt ein Gespräch zu initiieren. Die meisten boten an, zu duzen. Wenige Fachpersonen hingegen blieben beim ‚Sie‘. Einladungen zu Mitarbeiterveranstaltungen wurden nicht angenommen. Dennoch konnte nach einiger Zeit zu einigen Fachpersonen eine vertraute und persönliche Beziehung

aufgebaut werden – oftmals wurden auch konfliktbehaftete Sachverhalte anvertraut. Zum Abschied aus der Einrichtung wurde der Autorin ein Blumenpräsen überreicht.

Die Beziehungen zu den Bewohnenden waren teilweise ähnlich. Allerdings war der Kontakt oftmals zeitlich kürzer. Zum einen waren es deutlich mehr Bewohnende in den Einrichtungen und zum anderen hatten diese auch andere Termine außerhalb der Einrichtungen. Zum Beispiel arbeitet ein Teil der Bewohnenden in Voll- oder Teilzeit in WfbMs und besucht Tagesstätten. Auch die Kontaktbeschränkungen im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden als beziehungseinschränkend wahrgenommen.

4.7 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Dieser Abschnitt gibt Aufschluss über die Methode der Inhaltsanalyse nach Mayring. Zur Untersuchung der Selbstbestimmung von Bewohnenden wurden Beobachtungsprotokolle auf Grundlage der teilnehmenden Beobachtung angefertigt und Interviews mit Mitarbeitenden der Einrichtung geführt. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine Vorgehensweise, mit der Kommunikation regel- sowie theoriegeleitet analysiert wird. Dabei handelt es sich nicht um ein standardisiertes Instrument zur Auswertung, die Analyse wird vielmehr an das Material angepasst und anhand der Fragestellung weiterentwickelt. Damit ist die Inhaltsanalyse nach Mayring auf den konkreten Forschungsgegenstand ausgerichtet (vgl. Mayring, 2015).

Die einzelnen Beobachtungsprotokolle und Interviews wurden gemeinsam im Rahmen der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (1995) ausgewertet. Diese Methode wurde gewählt, da sich das Erkenntnisinteresse auf ein bestimmtes Thema und dessen Zusammenhänge richtete. Durch dieser Methode werden Aspekte dieses bestimmten Themas anhand zuvor festgelegter Ordnungskriterien aus dem Material gefiltert. Entlang dieser Ordnungskriterien werden die Beobachtungsprotokolle codiert, wobei Offenheit für neue Kategorien besteht (ebd.).

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Theorie und die Fragestellungen formuliert, zudem wurde das Ausgangsmaterial dargestellt. Die Situation, in der das Material entstanden ist, wurde beschrieben und die dargestellte Form expliziert. Im Anschluss wird, wie von Mayring (2015) festgelegt, das Ablaufmodell skizziert.

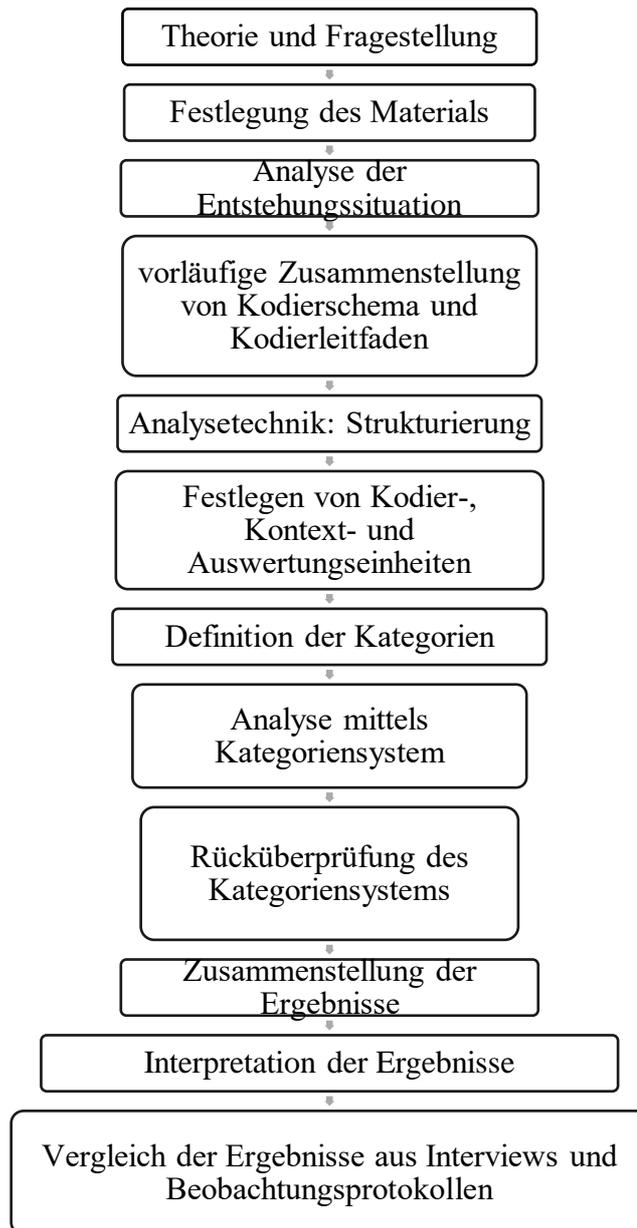


Tabelle 9 Inhaltsanalytisches Ablaufmodell angelehnt an Mayring (2015)

Im ersten Schritt werden ein vorläufiges Codierschema und ein vorläufiger Codierleitfaden auf Basis der Theorie erstellt. Zudem werden die ersten Kategorien entwickelt, die auf die Fragestellung bezogen sind. Dabei kann es sich um allgemeine Kategorien handeln, die für die Beantwortung verschiedener Fragestellungen relevant sein können, oder um spezifische Kategorien, die für die Beantwortung der aktuellen Fragestellung entwickelt werden. Grundsätzlich werden drei Formen der Interpretation unterschieden: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Für diese Arbeit wurde die Form der Strukturierung gewählt. „Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien

einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring, 2015, S. 67).

Den Mittelpunkt der Methode bildet das Kategoriensystem. Durch das gewissenhafte Erstellen eines solchen Systems wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erhöht (vgl. Mayring, 2015). Für die Fragestellung dieser Arbeit eignet sich ein deduktiv-induktives Vorgehen zur Erarbeitung des Kategoriensystems. Die Kategorien wurden also anhand der Theorie und der vorliegenden Daten entwickelt und in einem Codierleitfaden festgelegt (vgl. ebd.). In dieser Form wurde das Kategoriensystem genutzt, um sich den komplexen Datensätzen aus Interviewtranskripten und Beobachtungsprotokollen zu nähern. Das Kategoriensystem weist eine eigene Hierarchie von Kategorien auf: Oberkategorien, Unterkategorien und Mikrokategorien. Während des gesamten Codierungsprozesses wurde das Kategoriensystem immer wieder rücküberprüft und hinterfragt. Anschließend wurden die Kategorien genau definiert, um diesen Prozess transparent und beschreibbar zu machen.

Eine Interpretationsgemeinschaft (vgl. Mruck & Mey, 1998) konnte aufgrund des Zeitdrucks, der aus der Schließung der Fakultät und den Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie resultierte, nur eingeschränkt gebildet werden. Einzelne Dokumente wurden im Austausch mit fachlichen Expertinnen und Experten kategorisiert und einzelne Interpretationen wurden besprochen.

Um festzulegen, welcher Teil des Materials in welche Kategorie fällt, wurde das Verfahren nach Ulich et al. (1985) angewendet. Die Kategorien wurden genau definiert, es wurden Ankerbeispiele benannt und Codierregeln zur eindeutigen Zuordnung formuliert.

4.7.1 Methoden-Triangulation

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde eine Methodentriangulation vorgenommen, indem zwei Methoden zur Datenerhebung genutzt wurden: zum einen die teilnehmende Beobachtung und zum anderen das leitfadengestützte Interview. Dies hatte das Ziel, sich der Selbstbestimmung von Bewohnenden in stationären Wohnformen aus der Perspektive von Mitarbeitenden zu nähern. Die Kombination aus teilnehmender Beobachtung und

Interviews ist verbreitet – wenngleich diese nicht mit dem Begriff ‚Triangulation‘ gemeint ist. Bereits in der Studie ‚Die Arbeitslosen von Marienthal‘ (vgl. Jahoda & Lazarsfeld, 1993) wurde diese Kombination genutzt. Die hier eingesetzte Triangulation diente nicht der Validierung der Ergebnisse, sondern der Betrachtung des Forschungsgegenstands – der Selbstbestimmung – aus möglichst unterschiedlichen Perspektiven (vgl. Flick, 1991). Zudem sollte ein tieferes Verständnis der Selbstbestimmung von Bewohnenden aus Perspektive der Mitarbeitenden erlangt werden.

4.7.2 Computergestützte Daten- und Textanalyse

Zur Analyse der Daten wurde die Software ‚MAXQDA‘ des Unternehmens VERBI GmbH verwendet. Diese erschien 1989 unter dem Namen ‚MAX‘ und wurde seitdem stets weiterentwickelt. Das Kürzel ‚QDA‘ (Qualitative Data Analysis) wurde dem Namen im Laufe der Entwicklung hinzugefügt. MAXQDA eignet sich für vielfältige Methoden zur Analyse qualitativer Daten (vgl. Rädiker & Kuckartz, 2019). Die Software wird hauptsächlich in der Sozialwissenschaft, in der Psychologie und im Bereich der Marktforschung eingesetzt und bietet zahlreiche Funktionen zur Analyse qualitativer Daten, zum Beispiel Texten, Audio- und Videodateien, Bildern und anderen multimedialen Daten, unter anderem folgende:

- Dokumentenmanagement: Verwalten von Texten, Audio- und Video- sowie anderen Dateien
- Code- und Kategorienmanagement: Erstellen und Verwalten von Codes und Kategorien zur strukturierten Analyse von Daten
- Textanalyse-Tools: Funktionen zur Suche, Markierung und Analyse von Texten, wie Wort- und Themenanalysen
- Audio- und Videotranskription: Möglichkeit, Audio- und Videoaufnahmen automatisch oder manuell zu transkribieren
- Visualisierung: Funktionen zur Erstellung von Diagrammen, Netzwerken und anderen Darstellungen, um Analyseergebnisse zu veranschaulichen

MAXQDA ist ein Werkzeug für die qualitativ orientierte Datenanalyse, das von vielen Forschenden und Institutionen genutzt wird. Es gibt zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten und Ressourcen, um die Arbeit mit der Software zu erleichtern (ebd.).

4.7.3 Kategoriensystem

In der qualitativen Forschung ist die Kategorisierung von Daten eine wichtige Methode, um komplexe Informationen zu strukturieren und zu analysieren. Eine Möglichkeit, ein Kategoriensystem in einer übersichtlichen und verständlichen Form darzustellen, ist die Verwendung von Tabellen. In diesem Kapitel wird das Kategoriensystem inklusive Codes und Subcodes in Form einer Tabelle präsentiert. Dabei werden die Kategorien sowie die dazugehörigen (Sub-)Codes aufgeführt. Die Tabelle zeigt, wie die Kategorien durch systematische Analyse der Daten entstanden sind und wie sie zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen.

Kategorie	Code	Subcode
Verständnis von Selbstbestimmung	Arbeitsauftrag	Selbstbestimmung als Rahmen
		Zurückhaltung
	Einschränkungen und Grenzen	
	unvernünftige Entscheidungen	Rückschläge mitnehmen
		nicht gefährden gegen den Rat von Profis Konsequenzen
	rechtliche Aspekte	Grundrecht festgeschrieben
Selbstständigkeit	Hilfe einfordern über mich selbst entscheiden	
von Bedeutung	persönliche Würde	
	Freiheiten	Entscheidungs- und Wahlfreiheit

selbstbestimmungs- förderliche Aspekte		Handlungsfreiheit Bewegungsfreiheit persönliche Freiheit
	Beziehung	Anerkennung und Wertschätzung Fremdunterstützung
	Kompetenzen und Eigenschaften von Bewohnenden	Kompetenzzugewinn durch zunehmende Handlungsmacht Eigenständigkeit Reflexionsfähigkeit Eigen- und Selbstverantwortung Eigeninitiative Informiertheit Achtung der Bedürfnisse
	Zugehörigkeit	Einbindung und Partizipation Teilnahme am sozialen Leben Alltag und Tagesstruktur
selbstbestimmungs- hinderliche Aspekte	Bevormundung	
	Führen und Steuern	Entscheidungen über Geld treffen Kontrollen

		Eigentum
	Fremdbestimmung	durch Erkrankung und Behandlung anderen nicht schaden Diskriminierung Ausgang verwehren unvernünftige Handlungen
	institutionelle Rahmenbedingungen	Hausordnung Regeln und Grenzen Regeln, die aus dem krankenhausbezogenen Denken resultieren Dokumentation strukturierende Pläne
	fehlende Fremdunterstützung	Körperliche Beschwerden nicht ernst nehmen wenig Kommunikation in Krisen Anliegen ignorieren gesetzlich Betreuende
	finanzielle Situation	Armut Kostenübernahme

		Geld erarbeiten Lebensmittelversorgung
	das professionelle Team	negative Erfahrungen Umgang mit Fragestellungen medizinisch geprägte Einstellungen und Kompetenzen Stigmatisierung und Diskriminierung

Tabelle 10 Kategoriensystem, eigene Darstellung

5. Ergebnisse der empirischen Forschung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den Beobachtungsprotokollen und den Interviews strukturiert und zusammengefasst dargestellt. Die Ergebnisse sind anhand der Fragestellungen in die Bereiche ‚Verständnis von Selbstbestimmung‘, ‚förderliche Aspekt bezüglich der Selbstbestimmung‘ und ‚hinderliche Aspekte bezüglich der Selbstbestimmung‘ geordnet. Jedes Ergebnis wird mit Ankerbeispielen aus einem Beobachtungsprotokoll oder Interview belegt. Zur Untermauerung der Ergebnisse werden im Anschluss an die Ergebnisbeschreibung Zitate aus den Daten aufgeführt. Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den gebildeten Kategorien und Codes.

5.1 Verständnis von Selbstbestimmung

In diesem Kapitel wird beleuchtet, was die Mitarbeitenden der Einrichtung unter Selbstbestimmung verstehen. Hierfür wurde das Material anhand der induktiv gebildeten Kategorien zusammengefasst. Selbstbestimmung wird von den Mitarbeitenden aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet und verstanden. Im hierarchischen Code-Subcode-Modell wird deutlich, welche Kategorien zum Verständnis der Mitarbeitenden der Einrichtung von Selbstbestimmung gebildet wurden. Das Modell gibt auch einen ersten Überblick über die Ergebnisse.

Hierarchisches Code-Subcodes-Modell

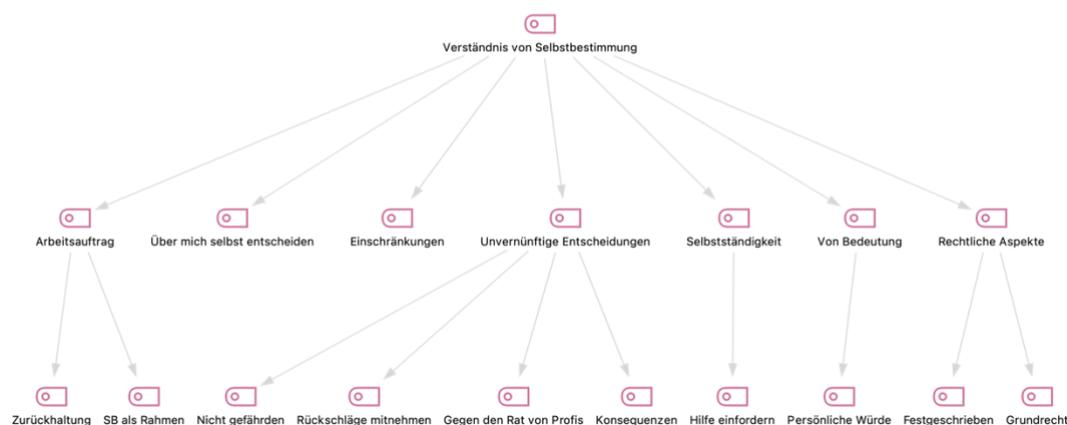


Abbildung 18 Hierarchisches Code-Subcode-Modell zum Verständnis von Selbstbestimmung, eigene Darstellung

5.1.1 Definition der Mitarbeitenden von Selbstbestimmung

Die Mitarbeitenden der Einrichtung beschrieben in den Interviews, dass Selbstbestimmung bedeutet, dass Menschen über sich selbst entscheiden können. Einige Mitarbeitenden bekräftigten dies an Beispielen. Genannt wurden Tagesablauf und Freizeit, Gesundheit, berufliche Entwicklungen, Familie sowie Essen und Trinken.

„Selbstbestimmung heißt, dass ich über mich selbst entscheiden kann, wie ich meinen Tagesablauf gestalte, dass sich keiner ähm ... in meine persönliche Würde einmischen kann ... ähm ... dass ich das ... selbst entscheiden kann, ob ich zum Arzt gehe, ob ich nicht zum Arzt gehe. Ob ich eine berufliche Entwicklung mache, ob ich mich um die Familie kümmere, also ob ich autark bin, hm also, dass ich in Führungsstrichen autark bin, also selbst entscheiden kann, wie ich mein Leben gestalte. Ja“. (Pflege\PflegA: 6)

Ein*e Mitarbeiter*in sieht die Selbstbestimmung aller Menschen eingeschränkt durch die Gesellschaft, die Öffentlichkeit und auch die Arbeitgeber:

„Also deswegen sagt er so ganz viel Selbstbestimmung ist, geht gibt es gar nicht, du kannst nicht hundertprozentig über dich selbst bestimmen, also auch hier, ne weil du hast deine Regeln, an die wo du dich halten musst, wo die Gesellschaft sagt, wo die Öffentlichkeit sagt, da musst du dich einfach dran halten dein Arbeitgeber, ob dir das passt oder nicht passt...“ (Heilerziehungspflege\HepB: 32)

5.1.2 Grenzen der Selbstbestimmung

Die Mitarbeitenden zeigten auch die Grenzen der Selbstbestimmung auf. Selbstgefährdungen, -verletzungen und -schädigungen wurden benannt und als Problem, das es zu lösen gilt, dargestellt.

„...sich selbst gefährden, dass wir dann kommen und nach einer Lösung suchen aber das gemeinsam halt auch eine Einsicht daraus entwickeln, entsteht wenn wir das Gespräch suchen, also dass es jetzt vielleicht etwas schwierig wird, dass sie sich selbst verletzen, können oder selbst schädigen können ja“ (Interviews\PflegA: 8)

5.1.3 Problembewusstsein für Fremdbestimmung in stationären Wohnformen

Die Mitarbeitenden erkennen auch, dass in Einrichtungen immer durch andere (mit-)entschieden wird. Darüber hinaus äußerten sie, dass kein Mensch vollkommen selbstbestimmt leben kann. Sie zählten dazu Einschränkungen der Selbstbestimmung auf, die sie auch bei sich selbst identifizieren, beispielsweise die fehlende Motivation und feste Arbeitszeiten.

„Ich denke, alle die in dem Bereich des Sozialen arbeiten schränken weiterhin die Möglichkeiten des einzelnen ein und das nicht nur bei den psychiatrischen Bewohnern, also Menschen die psychiatrisch erkrankt sind, sondern generell im Gesundheitswesen und im sozialen Bereich. Das wird viel zu wenig gewürdigt, viel zu wenig Achtung draufgelegt. Und ja da ist noch potenzial nach oben.“ (Interviews\PflegA: 34)

5.1.4 Selbstbestimmung für selbstständige Menschen

Das Thema ‚Selbstständigkeit‘ spielt bei den Mitarbeitenden eine Rolle. Sie nannten bei der Frage nach dem Verständnis von Selbstbestimmung Tätigkeiten, die Menschen in der Einrichtung selbstständig ausführen. Selbstbestimmung wird von den Mitarbeitenden mit Selbstständigkeit gleichgesetzt.

„Wenn das der Fall ist und diese klar sind, ist eigentlich auch der Auftrag von uns denjenigen in seiner Selbstbestimmtheit weiterzuführen. Das heißt er wohnt irgendwann auch nicht mehr bei

uns. Was wir dafür machen, ist natürlich, das tägliche. Die Begleitung ...“ (Interviews\PflegB: 29)

Die Selbstständigkeit der Bewohnenden scheint für die Mitarbeitenden ebenfalls ein wichtiger Aspekt zu sein. Selbstständigkeit zu lernen, sei ein Ziel, das es zu erreichen gilt. Dies sei momentan allerdings nicht möglich.

„Ich finde halt dadurch, dass das Eingliederungsgruppe ist, müssen sie lernen, selbstständig leben zu können. Und das tun sie momentan nicht.“ (Heilerziehungspflege\HepB: 32)

5.1.5 Zurückhaltung vor Überfürsorge

Ihre Haltung zur Selbstbestimmung der Bewohnenden beschrieben die Mitarbeitenden so, dass sie sich so wenig wie möglich in Entscheidungen einmischen sollten und sich selbst zurückhalten.

„Selbst probieren zu lassen und nicht immer direkt einschreiten zu wollen, weil ich glaube, das macht man ganz oft auch unbeabsichtigt. Wenn man sie einfach schützen will, aber ich denke, das ist falsch ...“ (Heilerziehungspflege\HepA: 6)

„... und sich möglichst wenig einmischt so lang.“ (Pflege\PflegC: 4)

„Auch gegen den Rat von professionellen Menschen, die und das beste Interesse von eben diesen Menschen haben also, auch wenn ich in deren Interesse das Beste für sie möchte, ist es natürlich obliegt es denen sich dagegen zu entscheiden und für mich ist es sehr wichtig, dass sie einfach ihre eigenen Entscheidungen treffen können und auch damit leben zu lernen.“ (Interviews\SozArbA: 4)

5.1.6 Selbstbestimmung als vertraglich zugesicherte Leistung

Die Selbstbestimmung wird den bewohnenden Menschen nach Aussage der Mitarbeitenden durch den sogenannten Heimvertrag zugesichert.

„Selbstbestimmung wird in der WHO⁶ festgehalten, wird auch hier in unserem Heimbereich festgehalten. Wir haben im Heimvertrag extra eine Klausel, in der es um die Selbstbestimmung der Bewohner geht. Das ist ihnen sogar vertraglich zugesichert.“ (Interviews\PflegB: 4)

5.1.7 Bedeutung der Selbstbestimmung

Die Selbstbestimmung ist für die Mitarbeitenden von großer Bedeutung, wenngleich sie selten gewürdigt und beachtet wird.

„Ich denke, alle die in dem Bereich des Sozialen arbeiten schränken weiterhin die Möglichkeiten des einzelnen ein und das nicht nur mein den psychiatrischen Bewohnern, also Menschen die psychiatrisch erkrankt sind, sondern generell im Gesundheitswesen und im sozialen Bereich. Das wird viel zu wenig gewürdigt, viel zu wenig Achtung draufgelegt. Und ja da ist noch potenzial nach oben.“ (Interviews\PflegA: 34)

Ein*e Mitarbeiter*in umschrieb die Selbstbestimmung als etwas, das ausschließt, dass sich jemand in die persönliche Würde einmischen kann.

„... dass sich keiner ähm ... in meine persönliche Würde einmischen kann“ (Interviews\PflegA: 6)

⁶ World Health Organisation (WHO)

5.1.8 Einfluss der Ausbildung

Da das Team interdisziplinär zusammengesetzt ist, lassen sich sowohl Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten im Verständnis von Selbstbestimmung feststellen.

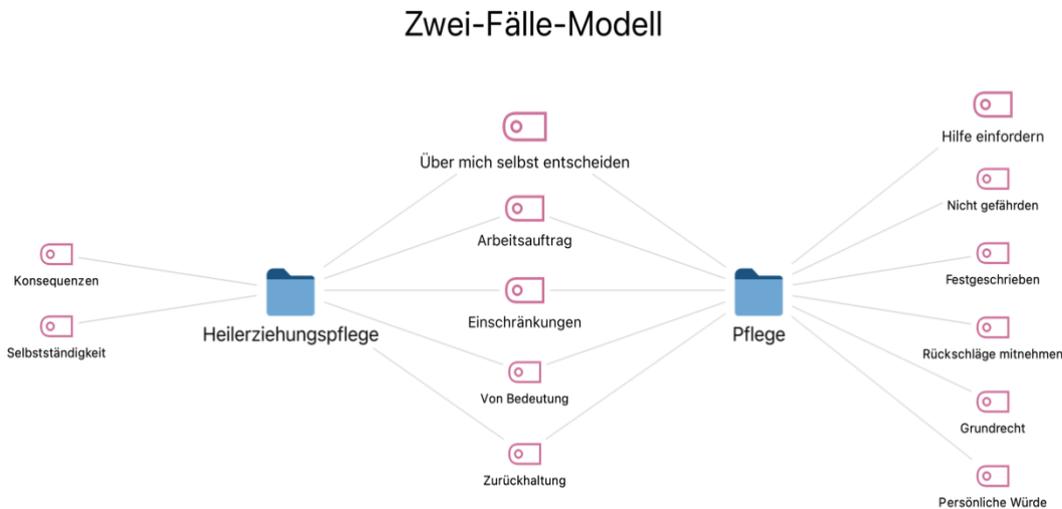


Abbildung 19 Vergleich des Verständnisses von Selbstbestimmung von Pflegefachpersonen und Heilerziehungspflegerinnen, eigene Abbildung

Während die Heilerziehungspflegerinnen eher über die Selbstständigkeit und die Konsequenzen unvernünftiger Entscheidungen sprachen, waren den Pflegefachpersonen der Einrichtung andere Themen wichtig. Sie erwähnten das Einfordern von Hilfe, um die Selbstständigkeit zu gewährleisten, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen sich nicht gefährden sollen und dass Selbstbestimmung als festgeschriebene Regel darübersteht. Sie sehen Selbstbestimmung als Grundrecht und zur persönlichen Würde dazugehörig an. Gemeinsamkeiten zwischen den Angehörigen der Berufsgruppen liegen darin, dass es ihnen darum geht, dass Bewohnende über sich selbst entscheiden und dies Teil des Arbeitsauftrags ist. Sie betonten die Bedeutung von Selbstbestimmung und berichteten, dass diese aber auch mit Einschränkungen für Bewohnende einhergeht. Interessant ist, dass Angehörige beider Berufsgruppen von der Notwendigkeit der eigenen Zurückhaltung in Bezug auf Selbstbestimmung sprachen.

5.1.9 Selbstbestimmung als Arbeitsauftrag

Die Mitarbeitenden sehen Selbstbestimmung und die Förderung dieser in der Einrichtung als Arbeitsauftrag an.

„Unser Arbeitsauftrag läuft in Richtung der Selbstbestimmung oder auch der Förderung der Selbstbestimmung.“ (Interviews\PflegB: 4)

Ihre Rolle ist dabei die der Unterstützenden und/oder Beratenden auf dem Weg in die Selbstbestimmung.

„Wir haben nur die beratende Funktion und das ist alles schon sehr selbstständig. Also, das wird alles komplett allein gemacht.“ (Heilerziehungspflege\HepA: 12)

„Also, ich biete letztendlich Unterstützung an und für mich ist die Selbstbestimmtheit, wenn eine Person sich etwas entscheidet, so leben zu wollen.“ (SozialArb\SozArbA: 4)

5.2 Positiv auf die Selbstbestimmung wirkende Faktoren

Anhand der erhobenen Daten wurden positive Einflussfaktoren in Bezug auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden expliziert. Diese werden in den folgenden Unterkapiteln dargestellt.

5.2.1 Freiheiten

In der Studie wurden verschiedene Ausprägungen von Freiheiten genannt. Dazu zählen die Entscheidungs- und Wahlfreiheit, die Handlungsfreiheit, die Bewegungsfreiheit und die persönlichen Freiheiten. In den folgenden Kapiteln werden die dazugehörigen Ergebnisse betrachtet.

5.2.1.1 Entscheidungs- und Wahlfreiheit

Den Bewohnenden wird, vonseiten der Einrichtung und der Mitarbeitenden, Entscheidungs- und Wahlfreiheit bei bestimmten Themen zugestanden. Das wird anhand

der Beobachtungsprotokolle und Interviews deutlich. So gaben die Mitarbeitenden an, dass die Bewohnenden ihre eigenen Entscheidungen treffen:

„Sie haben die Hilfe von fachlichen Personen und dann entscheiden, wie sie das handhaben...“ (Interviews\SozArbA: 6)

Die Beobachtungsprotokolle zeigen, dass die Bewohnenden in Alltagsentscheidungen einbezogen werden:

„Kommen Sie, Frau Rot, sie suchen eine neue Vase für den Tisch aus. Das hier ist ja ihr Wohnzimmer.“, sagt Frau Müller und läuft zum Küchenschrank. Sie öffnet eine Tür am Boden. Frau Rot läuft langsam und vorsichtig hinterher und ich folge Frau Rot. Frau Müller läuft zurück zum Tisch. Frau Rot steht vor dem geöffneten Schrank und betrachtet die Vasen. Nach kurzer Bedenkzeit sagt sie: „Der braune Krug, passt gut!“ Sie bückt sich langsam und greift nach dem Henkel des alten braunen Krugs. Sie zieht ihn heraus und schließt langsam die Schranktür – ohne den viel zu niedrigen Griff.“ (Beobachtungsprotokolle\Protokoll Wut im Bauch: 14)

In den Interviews benannten die Mitarbeitenden diverse Möglichkeiten zur freien Entscheidung und Wahl, was durch die Beobachtungsprotokolle untermauert wird. Das betrifft zum Beispiel die Zigaretteneinteilung, die Verpflegung mit Lebensmitteln, das Fernbleiben über Nacht, die Nennung der Handynummer in der Akte, die Körperhygiene und die Kontaktaufnahme zur eigenen Familie.

Eine Entscheidungsmöglichkeit in der Einrichtung besteht darin, dass die Bewohnenden wählen können, ob sie die Verpflegung durch die Einrichtung in Anspruch nehmen oder eine Verpflegungspauschale ausbezahlt bekommen. Diese Verpflegungspauschale beträgt 5,12 Euro pro Tag. Der Gesamtbetrag wird am Anfang des Monats gezahlt. Die Bewohnenden haben somit die Möglichkeit, über ihre komplette Ernährung zu entscheiden. Sie sind frei in der Wahl der Lebensmittel und der Zubereitung, die sie in einer der drei Gemeinschaftsküchen vornehmen können. Darüber hinaus können sie

entscheiden, zu welchen Uhrzeiten sie essen. Ein*e Mitarbeitende*r berichtete, dass dies überwiegend gut funktioniert. Manche Bewohnenden benötigen Anleitung und Förderung bei der selbstständigen Nahrungszubereitung.

„Ein Beispiel ist die Essenspauschale. Die Bewohner haben die Möglichkeit die hier leben, die Menschen die hier Leben, haben die Möglichkeit, ihr komplettes Essensgeld für den kompletten Monat zu bekommen und sich dann selbst zu versorgen. Das gibt denen die Möglichkeit, selbstbestimmt über ihre Menüauswahl und auch über die Zeiten des Essens, und wie sie das eben das eben zubereiten.“
(Interviews\PflegB: 6)

So können die Menschen auch frei wählen, welche Gerichte sie für sich selbst zubereiten. Es spielt dabei keine Rolle, ob die Lebensmittel gesund oder ungesund sind:

„Ja gut also, ich meine die müssten nicht hier mitessen. Viele haben ja die Verpflegungspauschale, kochen sich mehr oder weniger selbst, aber das ist ja das. Ob die jetzt Tiefkühlkost machen oder jeden Tag nur Wurstbrot, das ist ja ihre Sache, also mit nicht mein Verhältnis, ob das jetzt gesund ist oder ungesund völlig Wurst.“ (Interviews\PflegC: 6)

Die Menschen, die diese Möglichkeit nutzen, lagern ihre Lebensmittel in einem Kühlschrank in ihren Privaträumen.

„Also haben wir jetzt zum Beispiel Herrn Flach. Der geht für sich selbst einkaufen, der kocht sich dann sein Mittagessen selbst. Er hat, ich glaube auch einen Kühlschrank in seinem Zimmer, wo er dann seine Sachen auch lagert, dass die anderen da nicht dran gehen. Ja, nach dem Kochen dann natürlich auch alles wegräumen.“ (Interviews\PflegD: 10)

Ähnlich verhält sich dies mit dem vorbereiteten Essen derer, die die Verpflegungspauschale nicht in Anspruch nehmen. Ein*e Mitarbeiter*in erzählte, dass

sie auch abends Nuss-Nougat-Aufstrich serviert, wenngleich er/sie selbst abends andere Lebensmittel bevorzugt:

„...[W]enn jemand abends Nutella wieder kriegt der Nutella, wenn ihm und nicht einfach nur Wurst und Käse, nur weil ich abends dann Wurst und Käse esse.“ (Interviews\PflegC: 16)

Zudem können die Bewohnenden in der Einrichtung zwischen der sozialen Gemeinschaft und den Rückzugsmöglichkeiten entscheiden:

„Selbstbestimmt ist auch der Rückzug. Die Bewohner auch haben die Rückzugs-Möglichkeit, Sie haben hier ist auch etwas Selbstbestimmendes. Was leider früher nicht die Regel war. auch die selbstbestimmte Möglichkeit wann will ich wieder an der Gemeinschaft teilnehmen? Wann will ich auch wieder Zurückkommen?“ (Interviews\PflegB: 15)

Diesbezüglich formulieren die Mitarbeitenden auch den Wunsch nach Kontaktmöglichkeiten. Die Bewohnenden können selbst entscheiden, ob sie ihre Handynummer hinterlegen.

„Sie können ihren Tagesablauf selbst gestalten. Sie können, wenn sie eine Freundin außerhalb des Wohnbereichs haben, können sie sagen, dass sie über Nacht bei der Freundin übernachten. Sie können auf Freiwilligkeitsbasis ihre Handynummer angeben, müssen sie aber nicht. Ich finde, das ist auch schon mal selbstbestimmt. Wenn was notfallmäßig wäre, dass man sie erreichen kann, müssen sie aber nicht. Haben auch einige so gemacht. Manche haben ihre Nummer angegeben, andere haben sie nicht angegeben. Dann sind sie halt ein Stück weit nicht erreichbar. Genau ... dass sie ihre Ausflüge planen können, dass sie einen Urlaub planen können. Wir haben im Moment einen

Bewohner, der ist schon seit drei Wochen in der Türkei ...“
(Interviews\PflegA: 14)

Die Bewohnenden dürfen die Einrichtung verlassen, wann sie das möchten. Die Mitarbeitenden wünschen sich, dass sie sich an- und abmelden. Ob die Bewohnenden diesem Wunsch nachkommen, steht ihnen frei:

„Wir wünschen uns immer, dass die Leute sich abmelden und anmelden, falls mal was ist, dass wir halt einfach Wissen der ist ja da und da hin vielleicht kann man da auf dem Weg mal gucken, ob was passiert ist. Aber so grundsätzlich müssten Sie das auch nicht das machen sollten, wenn Sie das möchten und die meisten machen es auch tatsächlich. Genau aber wir dürfen wirklich rund um die Uhr kommen gehen, wann und wie sie wollen also auch, wenn sie wegbleiben, über Nacht. Das ist kein Problem.“ (Interviews\HepA: 16)

Ein*e Mitarbeiter*in erklärte jedoch, dass sie, wenn sie Entscheidungen der Bewohnenden als nicht vernünftig empfindet, in den Dialog geht und ihre Gedanken dazu darstellt. Dabei achtet sie darauf, dies eher im Rahmen von Tür- und Angelgesprächen anzusprechen und die Bewohnenden zum Nachdenken anzuregen.

„Ich finde das ehrlich und offen und sagt das heißt also finde ich jetzt nicht ok, dass Sie jetzt die Entscheidung getroffen haben, versuche ich ihnen dann aber auch die Aspekte zu erklären, wieso ich der Meinung bin. [...] man kann klar durch Gespräche, Gesprächsführung kannst du den auch so in die Bahn sag ich mal rein lenken. [...] Man kann auch das Gespräch immer wieder mal suchen, wenn es zu viel ist, dann blockiert sie komplett, aber so zwischendrin immer wieder mal das Ansprechen also so mach ich das [...] wenn man draußen beim Rauchen sind dann eher so auf die nicht du musst jetzt sondern überleg doch mal, dass er halt dann selber auf entscheiden kann ist das jetzt wieder nicht richtig, aber das ist vielleicht der richtige Weg. [...] Also

in den Mund legen kannst du niemanden, was dann, müssen sie selbst.“
(Interviews\HepB: 28)

5.2.1.2 Handlungsfreiheit

Auch die Handlungsfreiheit der Bewohnenden wurde an zwei Stellen aus der Perspektive der Mitarbeitenden angesprochen. Ein*e Mitarbeiter*in berichtete, dass die Bewohnenden ihren Tagesablauf selbst gestalten und außerhalb übernachten können.

„Sie können ihren Tagesablauf selbst gestalten. Sie können, wenn sie eine Freundin außerhalb des Wohnbereichs haben, können sie sagen, dass sie über Nacht bei der Freundin übernachten.“ (Interviews\PflegA: 14)

5.2.1.3 Bewegungsfreiheit

Die Bewegungsfreiheit ist ebenfalls ein Aspekt der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Aus der Perspektive der Mitarbeitenden ist die Einrichtung behindertengerecht eingerichtet:

„Behindert ist von der (unv.) fast nichts mehr. Wir haben also ebenerdige Möglichkeiten der Fortbewegung, wir haben einen Aufzug im Haus. Es gibt auch die Möglichkeit für behindertengerechtes Wohnen. Wir haben mehrere Zimmer, die behindertengerecht eingerichtet sind.“ (Interviews\PflegB: 21)

Die Selbsterfahrung spielt laut den Mitarbeitenden eine Rolle. Ein*e Mitarbeiter*in berichtete davon, dass Bewohnende negative Erfahrungen und Reaktionen anderer erleben sollten. Als Beispiel nannte sie die Situation des Nichtduschens, was ein in der Einrichtung häufig auftretendes Thema ist:

„... Das ist so wie bei, weil wenn Kinder auch die ausprobieren müssen und auch vielleicht auch eine negative Erfahrung machen müssen. Zum

Beispiel auch bei der Hygiene. Es ist dann so, es riecht unangenehm... da muss auch mal eine Reaktion erfolgen, um daraus auch etwas zu lernen und das auch nicht nur hinnehmen. Und dann kommt ja jemand und dann kommt der, dass ich wieder Dusche. Oder so.“ (Pflege\PflegA: 26)

5.2.1.4 Persönliche Freiheit

Zur Selbstbestimmung gehört die persönliche Freiheit. In einem Interview stellte ein*e Mitarbeiter*in dar, wie sie mit dem Freiheitsbedürfnis eines Bewohnenden umgeht:

„Der eine Mann auch mit dem Zimmer und eine Pflanze der ist ganzen Tag unterwegs. Mir wäre es auch lieber, er würde mehr essen und weniger rennen. Aber er ist glücklich und wenn er irgendwann in dieser Hitze umfällt, ist er glücklich umgefallen. Und wenn ich ihn dann hier habe und er liegt im überhitzten Zimmer. Obwohl er viel lieber da draußen wäre und lebt, deshalb eine Woche länger, dann war unglücklich und das ist schwierig.“ (Pflege\PflegC: 22)

Dieser Punkt kann auch im Zusammenhang mit der Bedürfnisbefriedigung genannt werden. Die Bedürfnisse der Bewohnenden sind ein zentraler Aspekt der Selbstbestimmung und werden von den Mitarbeitenden auch als solcher verstanden.

5.2.2 Beziehung

Die Beziehung hat einen positiven Einfluss auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden besonderer Wohnformen. Insbesondere wirken sich Anerkennung, Wertschätzung sowie Fremdunterstützung durch Dritte aus. Im Folgenden werden die Ergebnisse hierzu dargestellt.

5.2.2.1 Anerkennung und Wertschätzung

Die Bewohnenden erhalten Anerkennung und Wertschätzung von den Mitarbeitenden der Einrichtung. Dies wurde in verschiedenen Situationen und anhand einiger Schilderungen

deutlich. Meist zeigten sich diese in beobachteten Begegnungen, in Formulierungen zum Respekt vor der Privatsphäre und darin, dass sich die Mitarbeitenden Zeit nehmen. Hinzu kommen kleine Geschenke für die Bewohnenden der Einrichtung. Wie die Mitarbeitenden Anerkennung und Wertschätzung den Bewohnenden gegenüber zeigen, ist unterschiedlich. In der Begegnung, so schilderten einige Mitarbeitende, kommt es darauf an, ein individuelles und entspanntes Setting für Gespräche zu schaffen. Sie bevorzugen Tür- und Angelgespräche gegenüber festen Verabredungen zum Gespräch:

„Individuell gehe ich dann immer auf den einzelnen nicht gezielt. Weil das ist, im in Folge habe ich das schon mitbekommen ist das unangenehm und "können wir mal reden?" oder so, wir versuchen das auf eine lockere Art zu machen.“ (Interviews\PflegA: 18)

Andere Mitarbeitende setzen auf vorbereitete Gespräche, die verabredet sind, und ein offizielles Setting:

„Also natürlich bringe ich den Klienten erst ins Büro und ich versuche zu schaffen, in dem man sich auch öffnen kann. Also, ich werde jetzt nicht zwischen Tür und Angel das Problem besprechen, sondern wirklich ein 4-Augen Gespräch oder vielleicht auch im Vorfeld der Prozessbegleitung mal gesprochen haben.“ (Interviews\SozArbA: 22)

Auch in Begegnungen mit unglücklichem Anlass sind die Mitarbeitenden freundlich und reagieren mit Empathie:

„Das ist mir auch schon passiert. Scherben bringen Glück! ...Mir hat die Vase eh nicht gefallen“, sagt Frau Müller laut und wirkt dabei auf mich sehr freundlich.“ (Beobachtungsprotokolle\Protokoll Wut im Bauch: 14)

„Wenn jemand verschlafen hat und jetzt alles abgeräumt und fertig und sagt dann auch du lieber Gott, ich habe das Essen verpennt, wenn die

das nicht jeden Tag immer macht und immer dann, wenn alles abgeräumt ist. Selbstverständlich mit dem gehe ich in die Küche, macht den Kühlschrank auf [...] und es ist ja ihre Küche im Prinzip.“
(Interviews\PflegC: 16)

Den Mitarbeitenden ist der Respekt vor der Privatsphäre wichtig. Die Bewohnenden in der Einrichtung wohnen in Einzelzimmern mit eigenem Bad. Dieses Setting wird mit dem einer Wohngemeinschaft verglichen:

„Ich sehe das hier so mehr als WG-Hausgemeinschaft, nur dass jeder wirklich sein eigenes Zimmer hat zum Zuschließen und nicht alles gemeinschaftlich genutzt werden muss.“ (Interviews\PflegC: 16)

Auch im Zuge der Beobachtung wurden Situationen wahrgenommen, in denen Mitarbeitende die Privatsphäre der Bewohnenden respektierten, zum Beispiel das Betreten von Privaträumen:

„Im Obergeschoss angekommen, bleibt Frau Gold vor einer der ersten Türen im Flur stehen, klopft und schließt gleichzeitig die Tür auf. Sie ruft:“
Darf ich reinkommen?“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Allein gelassen: 8)

Anerkennung erleben die Bewohnenden auch dadurch, dass sich die Mitarbeiterinnen Zeit nehmen – sei es in der Begegnung oder für eine konkrete Aufgabe:

„Im Moment gar nicht, aber sie hat halt auch Angst davor, sich wieder mit ihnen zu treffen, weil eben so lange schon nichts mehr war und dann habe ich einfach gesagt wir haben jetzt so viele neue Kollegen gekriegt, da habe ich gesagt, wir sind eigentlich oft gut besetzt und ob's dir denn helfen würde, wenn ich einfach mit dir hin fahr, weil die [Angehörigen] Wohnen jetzt auch nicht so weit weg. Ich glaube, ORT und ORT also

es geht. Und da hat sie sich total darüber gefreut.“ (Interviews\PflegD: 34)

5.2.2.2 Fremdunterstützung

Die Fremdunterstützung durch Mitarbeitende, Angehörige und gesetzlich Betreuende ist ein häufig in den Beobachtungen und Interviews auftauchendes Thema. Am häufigsten ging es um die Unterstützung durch Mitarbeitende der Einrichtung. Dies umfasst Hilfeleistungen bei Alltagserledigungen, zum Beispiel dem Einkaufen, bei der morgendlichen Routine sowie bei Terminvereinbarungen.

„Ja, die Frau Lunkenbein, braucht halt auch unsere Unterstützung gerade so beim Wäsche rauslegen, dann wäre sie einfach komplett überfordert, wenn sie ihren Kleiderschrank aufschließen, morgens sagen, so suchen sie sich ja so Hosen, Oberteil, Unterhose, Strümpfe raus, gehen sie duschen und dann kommen sie vor.“ (Interviews\PflegD: 6)

„Klar sind wir da auch unterstützen, wenn da mal absolut nix geht, dann helfen wir dann auch aber sowas also da dürfen wir selbst entscheiden, wo der ist, wann sie die Termine haben wollen.“ (Interviews\HepA: 14)

Das bedeutet für die Mitarbeitenden auch, dass die Bewohnenden Hilfe einfordern können:

„Selbstbestimmt bedeutet auch, dass der Bewohner auch selbstbestimmt zum Personal kommen, um sich Hilfe zu holen. Auch das ist im Endeffekt eine Art Selbstbestimmung.“ (Interviews\PflegB: 8)

Dabei unterstützen sie kurz- und langfristige Ziele. Als langfristige Ziele wurden vor allem der Auszug und die Selbstständigkeit formuliert.

„Darüber hinaus, was mache ich, ich sehe mich als Gast in der Einrichtung. Ich habe das mal zu gesagt, ihr wohnt hier, ich komme zu besuch. Ich bin dafür da, um euch zu helfen. Ich sehe mich selbst als Krückstock auf dem Weg der Bewohner zur Selbstständigkeit. ähm Helfen tu ich.“ (Interviews\PflegB: 41)

Aber auch die Unterstützung der Kommunikation mit anderen Stellen, indem die Ansichten und Bedürfnisse der Bewohnenden gegenüber Dritten gestärkt werden, wurde von den Mitarbeitenden aufgeführt:

„Und so ist es ja auch so 8 Jahre her, heut kam er, der traut sich nicht, sagt er. Könnte sie meiner Betreuerin schreiben, ich würde gerne einen Tagesausflug machen nach Straßburg, Straßburg und dann und dann sagt er ob die mir bitte 50,00€ extra, weil er möchte sich auch dieses Neun-Euro-Ticket kaufe. Ich habe nicht Straßburg, ich habe geschrieben, der würde gerne einen Tagesausflug machen und sie möchte doch bitte 50,00€ soweit vorhanden. Schnellstens überweisen das wäre im August und er möchte mal einen ganzen Tag einfach einen Ausflug machen. Ich habe die Straßburg extra weggelassen, weil die dann sofort wieder sagt, also innerhalb Deutschlands also es gibt, wenn er Norddeutschland fährt, ist er weiter weg ja ist doch so, wenn er jetzt nach Sylt fährt, dann dauert es aber länger, bis er wieder da ich. Ich habe ihm dann die Mail gegeben, da hat er gelacht. Bei der Straßburg haben sie gar nicht geschrieben da habe ich gesagt muss ich das vielleicht fahren sie ja auch in den Hunsrück oder so habe ich jetzt geschrieben sie planen Tagesausflug und damit hat sich's. Und das sind so Dinge wo ich dann, wenn ich, wenn ich die Betreuer kenne und weiß. Dann lass ich manche Dinge einfach weg, der wird wiederkommen.“ (Interviews\PflegC: 24)

Aber auch bei Umständen wie unerfüllter Körperhygiene gehen die Mitarbeitenden auf die Bewohnenden zu und unterstützen diese:

„Da läuft es noch so auf der Schiene, ähm pflegerischer Seits, so dieses könnte ja irgendwie Hygienetechnisch da ist ähm ... also, wenn ein Bewohner anfängt zu müffeln dann werde ich das auch tun, weil wir sind ja dann alle gemeinsam in, in ... betrifft ja jetzt auch den der sehr antriebsarm ist, der sich dann auch nicht duscht oder so, und wenn das anfängt übel zu riechen und andere mit betroffen sind, auch ich, weil ich bin ja auch da und dann suche ich auch das Gespräch. Also das ist sehr unangenehm vielleicht kommen sie dem mal nach oder so. Es ist schwierig dass so zu formulieren...“ (Interviews\PflegA: 22)

Die Bewohnenden werden auch durch Angehörige und gesetzliche Betreuende fremdunterstützt. Ein*e Mitarbeiter*in berichtete von engagierten gesetzlichen Betreuenden, die sich Zeit nehmen und engagiert hinsichtlich der Bedürfnisse und Belange der Bewohnenden sind. Auch die Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden der Einrichtung wurde positiv hervorgehoben:

„Da brauch ich nur anrufen und sagen. Ist das für sie ok, oder? Wir haben diesen das Problem ich habe gerade letzte Woche, hier mit einem, den hatte ich noch nie gesehen, weil ich mit dem Mann wenig zu tun, ja der der kommt meistens zu Zeiten wo mein Schicht dann vorbei war. Ja. Tot... älter also noch ein bisschen älter, wie ich total engagiert, aber auch verständnisvoll und mit dem konnte man ganz normal sprechen, so. Klasse! Also, der hat dann noch ein Zimmer gesucht und da habe ich dann auch gesehen naja, meine Gästezimmer dann. Jammern sie halt ein bisschen, wenn die Person ich habe gesagt es hilft dann manchmal, dass meine die erste Mal im Gästezimmer sind und so. Total sympathischer Mensch, der wird am Anfang von dem Mann abgelehnt, der ist dann immer wieder, der hat gesagt Ach, ich glaub ihnen geht's heut nicht so gut? Ich melde mich wieder so in 4 Wochen komme ich noch mal vorbei. Vielleicht haben Sie Lust, soll ich mal ein Eis mitbringen oder so jetzt der freut sich die könne sich bestens unterhalten. Der hat ihn aber auch nicht überrollt, ne weder so

na ja also nee damit dem kann ich es gar nicht der der liebt mich ja völlig ab. Der hat eben die Zeit gelassen sich umzugewöhnen, weil der andere aus Altersgründen, der anderen Betreuer, ausgeschieden ist und klappt bestens. Frau ja, ich darf keine Namen nennen, eine Betreuerin, die ist total engagiert, was die, ach für die eine Bewohnerin, die da ins Krankenhaus Stunden saß, die mit der im Krankenhaus, des bekommt die alles nicht bezahlt, wenn irgendwas ist, die hat mittlerweile mehrere schwierige Leute hier, die ist sofort da sofort zurück. Die schreibt mir auch vorher, wenn sie in Urlaub geht, dass man Bescheid weiß, und dann wird alles sofort erledigt? Die komme auch an Weihnachten vorbei, die komme auch am Geburtstag mit einem Blumenstrauß, auch wenn sie zum 3. Und 4. Mal rausgeworfen werden.“
(Interviews\PflegC: 24)

Auch die Angehörigen unterstützen die Bewohnenden in ihren Wünschen und Bedürfnissen. Deutlich wurde das anhand der Situation eines Bewohnenden der Einrichtung, der eine Wohnung gefunden hatte.

„Er erzählt, dass er hätte diese Wohnung sogar schon zum ersten August hätte beziehen können, aber da er heute für vier Wochen in die Türkei fliegt wäre das zu knapp geworden. Seine Familie sei bereit die Wohnungsmiete zu bezahlen, damit sie für ihn verfügbar bleibt.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll "Auszug": 9)

5.2.3 Kompetenzen und Eigenschaften von Bewohnenden

Die persönlichen Eigenschaften und Kompetenzen der Bewohnenden haben ebenfalls einen positiven Einfluss auf ihre Selbstbestimmung. Dazu gehören zunehmende Handlungsmacht, Eigenständigkeit, Reflexionsfähigkeit, Eigen- und Fremdverantwortung, Eigeninitiative, Informiertheit und die Achtung der eigenen Bedürfnisse.

5.2.3.1 Kompetenzzugewinn durch zunehmende Handlungsmacht

Der Kompetenzgewinn, der sich aus einer zunehmenden Handlungsmacht ergibt, ist ein selbstbestimmungsförderliches Element in der Einrichtung. Bewohnende erfahren in der Einrichtung vor allem dann einen Kompetenzgewinn, wenn sie wichtige Anliegen klären sowie Entscheidungen treffen. Wichtig hierbei sind allerdings die Motivation, diese Anliegen klären zu wollen, und die Unterstützung, um selbstständig handeln zu können.

„Und meiner Ansicht und meine Erfahrung nach ist es viel sinnvoller, eben diesen Anfragen zu begegnen sagen ich helfe Ihnen gerne, wenn sie sich zunächst einmal selbst darum kümmern, Kontakt bereits aufzubauen, mir Ansprechpartner zu liefern, das Anliegen vielleicht mal selbst vortragen und wenn du dann nicht weiterkommen, ihnen gerne unterstützen und unter die Arme greifen, aber ich finde das Aktivwerden von unseren Klienten und Klientinnen. Es ist ein großer Schritt zur Selbstbestimmung ähm, weil wenn ich das für die Regel, müsste ich auch über den Kopf hinaus entscheiden, was jetzt eigentlich wollen, auch wenn sie mir vielleicht vorher sagen, dann habe ich die Option nicht und dann muss ich für die entscheiden, das kann ich nicht, soll selbst ihr Anliegen äußern.“ (Interviews\SozArbA: 20)

Darüber hinaus unterstützen die Mitarbeitenden die Bewohnenden der Einrichtung individuell, auch sprachlich, und gehen auf diese ein.

„Da so dieses Gefühl dafür zu vermitteln, dass man das, wenn man es möchte, auch selbst schaffen kann, weil es meistens keine riesen Anforderungen sind. Man muss halt nur genau wissen, wenn man vielleicht ansetzt, oder? Wie man es auch formuliert, das ist ganz oft ein Problem der Sprache nicht, weil die Klienten nicht verstehen würden, sondern weil die Sprache im Sozialen oder auch gerade als was sowas angeht, was, was Kosten Institutionen angeht, einfach voll kompliziert ist für Menschen, die vielleicht eine Beeinträchtigung haben und dann eben nicht es einfach haben, selbstbestimmt zu agieren und dann ihrem Betreuer brauchen etc. einen Betreuer super Sache, aber

die agieren hinter verschlossenen Türen, das ist was, was ich auch kritisch beäuge. Also ich finde, man muss sie miteinbeziehen.“

(Interviews\SozArbA: 22)

Darüber hinaus wurden weitere Situationen identifiziert, die einen Kompetenzgewinn durch die Zunahme von Handlungsmacht erwarten lassen. Dies betrifft unter anderem die Begleitung bei der eigenständigen Nahrungszubereitung, wenn Bewohnende die Verpflegungspauschale beziehen, und die Förderung der eigenständigen Medikamenteneinnahme. Auch die Planung von Tagesausflügen bzw. Urlauben und die Heranführung an den eigenständigen Zigarettenkonsum wurden als solche Situationen herausgestellt. Im Kontext der Essenzubereitung und Nahrungsaufnahme ist bei Bewohnenden der Einrichtung ein Kompetenzgewinn zu erkennen. Von der Übernahme der Entscheidung, welche Lebensmittel konsumiert werden, bis hin zur eigenen Verpflegung können die Bewohnenden stufenweise herangeführt werden.

„Das ist, also, man hat jetzt die letzte Zeit ausprobiert, wenn wir jetzt das hinlegt oder hinstellt und sagt so und so lang steht jetzt dein Essen noch da, dann iss.“ (Interviews\HepB: 8)

Die Mitarbeitenden berichteten, dass sie kreativ werden und verschiedene Lösungswege testen:

„Ich habe jetzt am Wochenende habe ich mit Buffet gemacht, habt da geht sie hin, holt sich das Essen, setzt sich und ist ohne. irgendwie viel Aufwand oder Theater oder sowas das funktioniert dann bestellst du ihr eine Calzone, dann ist die in 10 Minuten weggegessen weil's ihr halt schmeckt, weil sie deshalb will. Also ich hätte nicht vorgegeben, sie kann selbst entscheiden. Dann in dem Moment. Verstehst du wie ich meine?“ (Interviews\HepB: 8)

Zum Schluss sind die Bewohnenden in der Lage, sich im Bereich der Nahrungsaufnahme vollständig selbst zu versorgen. Jedoch können sie jederzeit weiterführende Beratung durch die Mitarbeitenden einfordern

„Die, die auch in der Selbstversorgung sind die kochen sich ja auch selbst, da beraten, ja tatsächlich nur, wenn es dann bei den Diabetikern so ist, aber da können sie ja auch komplett selbst bestimmen was esse ich zum Frühstück Mittag Abend egal wann esse ich das also da sind sie ja super selbstbestimmt, [...] Da grätscht auch keiner von den Mitarbeitern rein.“ (Interviews\HepA: 12)

Im Hinblick auf das selbstständige Herrichten und Einnehmen von Medikamenten gibt es laut den Mitarbeitenden ein ähnliches Stufenmodell. Die meisten Bewohnenden in dieser Einrichtung bekommen die Medikamente vorbereitet und zu den entsprechenden Uhrzeiten ausgehändigt. Jedoch durchlaufen einige ein sogenanntes Training.

„PflegB: Und wie gesagt, dass wir daran arbeiten, dass die Bewohner ihre Medikamente selbst richten. Das ist ein Teil, der der Selbstbestimmung, der gerade ist. #00:27:26-8#

I: hm (bejahend) kannst du das noch kurz skizzieren? Mit den Medikamenten, was da die Fragestellung ist? #00:27:36-0#

PflegB: Also Medikamente selbst richten haben wir jetzt momentan bei einem Bewohner, in der Nachbareinrichtung ist das bei fast allen Unser Ziel ist, dass wir uns wie die Nachbareinrichtung auch in fast aller Bewohner orientieren. Training machen wir jetzt schon bei dem ein oder anderen. Wichtig ist, dass die Bewohner die Abläufe kennen lernen. Was jetzt zu beachten ist, was muss ich, wo ich drauf ähm achten? auch von der Bestellung her et cetera?“ (Interviews\PflegB: 55-57)

Ein*e Mitarbeiter*in berichtete, dass die Medikamente meist im Laufe der Zeit herunterdosiert oder abgesetzt werden, da sie aufgrund des neuen Settings nicht mehr benötigt werden.

„Hundert Prozent kam mit einer heftigen Dosierung hierunter und um 50% kurz. Dadurch, dass sie dann mehr Bewegung, mehr Selbstständigkeit, mehr Freizeitaktivitäten. War diese Medikation auch gar nicht mehr so nötig? Und da wird vieles mit mindestens um die Hälfte reduziert. Des find ich gut, da haben die auch mitbestimmt, also manche hat er auch Angst, dass irgendwo was reduziert wird, wo wir gesagt haben, naja mir gucken jetzt einfach mal diese ganzen Schlafmittel zur Nacht. Ich weiß gar nicht, wer hier noch was zum Schlafen kriegt, also das ist fast komplett weggefallen, weil die waren müde, weil die sind dann Rad gefahren oder mal einen Ausflug an den Ententeich oder so.“ (Interviews\PflegC: 18)

Auch Rückschläge gehören zum Kompetenzgewinn der Bewohnenden für die Mitarbeitenden dazu.

„Ja. Ja, wenn es dann doch nicht packt, dann war es halt ein Fehlschlag und dann fängt man von vorne an. Das heißt ja nicht, dass er dann wieder jahrelang trinkt. [...] Aufstehen, Krone richten weiter. Dann weiß man es tut mir vielleicht bestimmte Umgebung nicht so gut, ich finde es aber auch nicht so schlimm. Ich finde so Dinge nicht so schlimm man kann doch mal was ausprobieren und dann kann man doch sehen, ob es klappt?“ (Interviews\PflegC: 24)

5.2.3.2 Eigenständigkeit

Die Eigenständigkeit ist ein weiterer Aspekt, der eine selbstbestimmungsfördernde Wirkung hat. Situationen, in denen Eigenständigkeit eine Rolle spielt, sind das Klären von Anliegen, das Vereinbaren von Arztterminen, das Geschirrspülen, das Einkaufen, die Medikamenteneinnahme und die Verpflegung mit Lebensmitteln. Ein*e Mitarbeiter*in

erklärte, dass zu Beginn einer Anfrage abgefragt wird, was Bewohnende bereits unternommen haben, um ihr Anliegen selbst zu lösen:

„... [U]nd dann ist meine erste Frage was haben die denn schon selbst unternommen? Das ist einfach mal, um zu gucken.“
(Interviews\SozArbA: 22)

Dazu gehört auch, dass die Bewohnenden eigenständig medizinisches Fachpersonal wählen, Termine vereinbaren und diese wahrnehmen.

„Ja, also zum Beispiel, wenn es um Arzttermine-ausmachen oder Arztaussuchen generell angeht? Das machen die Bewohner ja weitestgehend selbstständig.“ (Interviews\HepA: 12)

Die Mitarbeitenden erzählten, dass sie offen für Ideen und Interessen der Bewohnenden sind und ihre Angebote darauf ausgerichtet gestalten.

„Also, da halt mehr Förderung auch dringend zur Eigenständigkeit, also auch eigene Ideen entwickeln.“ (Interviews\PflegA: 24)

„Auch quasi auf die Wünsche eingegangen wird, wenn es darum geht, Ausflüge etc zu machen also. Ich glaube, wir sind gut aufgestellt, um den Personen viele Möglichkeiten zu bieten, aber wir sind auch nicht abgeneigt, wenn Personen etwas Neues haben. Was sie interessiert, darauf einzusteigen und einfach das Angebot dann auch zu liefern“
(Interviews\SozArbA: 16)

Ein*e Mitarbeiter*in schilderte, dass zum Beispiel dem Wunsch der Bewohnenden, Medikamente selbst vorzubereiten, entsprochen wird.

„... [E]s sei denn er ist schon so weit, dass er sagt er ist schon so weit, ich möchte selbst meine Medikamente richten. Also da gehen wir auch hin, da gehen wir auch mit, wir machen das.“ (Interviews\PflegA: 18)

Für den Großteil der Bewohnenden werden die Medikamente vorbereitet, sodass die Bewohnenden diese eigenständig zu den angegebenen Zeiten am Pflegebüro abholen können.

„Unterbrochen wird die Situation vom Essenswagen, der geliefert wurde. Die beiden Bewohnenden gehen Richtung Pflegebüro, um sich ihre Medikamente zu holen.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Axolotl: 24)

Dieses Vorbereiten und Ausgeben der Medikamente wird von den Bewohnenden mehrheitlich gewünscht, wie ein*e Mitarbeiter*in berichtete.

„Dass ähm der größte Teil, bis auf einen Bewohner, ähm Medikamente zur gewissen Zeit noch abholen, das ist aber auch von den Bewohnern so gewünscht.“ (Interviews\PflegA: 18)

Vor allem durch die Essenspauschale wird die Eigenständigkeit der Bewohnenden gefördert, erklärten die Mitarbeitenden. Die Bewohnenden erhalten einen Geldbetrag, für den sie Lebensmittel erwerben können, sodass sie dann in den Gemeinschaftsküchen eigenständig Mahlzeiten zubereiten können.

„Ein Beispiel ist die Essenspauschale. Die Bewohner haben die Möglichkeit die hier leben, die Menschen die hier Leben haben die Möglichkeit ihr komplettes Essensgeld für den Kompletten Monat zu bekommen und sich dann selbst zu versorgen. Das gibt denen die Möglichkeit selbstbestimmt über ihre Menüauswahl und auch über die Zeiten des Essens, und wie sie das eben das eben Zubereiten ... das ist ein Beispiel dafür, dass wir mit dieser Essenspauschale, dass die im

Alltag besser zu Recht kommen und auch strukturiert wird.“
(Interviews\PflegB: 6)

5.2.3.3 Reflexionsfähigkeit

Die Mitarbeitenden der Einrichtung unterstützen die Bewohnenden dabei, ihre Reflexionsfähigkeit weiterzuentwickeln und ihr Problem- und Realitätsbewusstsein zu stabilisieren. In den Beobachtungsprotokollen finden sich einige Anmerkungen dazu. Vor allem werden Bewohnende mit ausgeprägter Unsicherheit verbal gestützt. Die beobachteten Situationen sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass ihnen ein intensiver Kontakt vorausging, beispielsweise das Zusammensitzen am Aquarium.

„Frau Roth sagt unsicher, dass sie alles schlecht machen würde. Sie positioniert ihre Hände behutsam in den Schoß. Herr Dent erwidert, dass das gar nicht stimme und zählt auf, was sie heute schon gemacht habe. „Das alles ist doch ein guter Start in den Tag!“
(Beobachtungsprotokolle\Protokoll Das Aquarium, tippen & Zigaretten: 10)

„Frau Roth fügt an, dass sie ihren Schlafanzug nicht mehr tragen kann, da dieser imprägniert sei. Anschließend führt sie aus, dass sie sich in ihrem neuen Zimmer unwohl fühle. Dort seien alle vorherigen Bewohner gestorben. Herr Dent erklärt, dass einer zuvor ausgezogen ist und dann in der neuen Einrichtung verstorben sei. Und eine Dame sei im Krankenhaus verstorben. Niemand sei direkt in diesem Zimmer verstorben. Frau Roth bekräftigt nochmal ihre Aussage, dass alle Menschen, die zuvor in ihrem neuen Zimmer gelebt haben, nun verstorben sind. Herr Dent versucht es erneut zu erklären, dass alle anderen alt und krank waren und dies nun mal im Leben so sei.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Axolotl: 20)

5.2.3.4 Eigen- und Selbstverantwortung

Die Bereitschaft zur Eigenverantwortung aufseiten der Bewohnenden sprachen die Mitarbeitenden in den Interviews selten an. In einem Nebensatz wurde erwähnt, dass Bewohnende den Wunsch äußern, nun ihre Medikamente selbst vorzubereiten.

„...[E]s sei denn er ist schon so weit, dass er sagt er ist schon so weit, ich möchte selbst meine Medikamente richten.“ (Interviews\PflegA: 18)

In einem weitergefassten Rahmen des Genesungskonzeptes findet sich ein Hinweis darauf, dass die Bewohnenden die Wahrnehmung der Tagesstätten-Angebote frei nach ihren Interessen wählen können.

„Auch bei ihr wird der TAGESSTÄTTE so, das ist auch Selbstbestimmung, da sind dahin geht. Das war eigentlich für Montag, Dienstag, Mittwoch angedacht. Sie selbst hat dann bestimmt sie geht dienstags nicht. Sie möchte lieber am Freitag, weil da singen ist. Ich glaube die machen da Chor, das mach ich auch halt ganz gerne, dann gehe ich doch lieber freitags. Das hat sie alles selbst geklärt. Alles selbstgemacht, alles (unv.) und seitdem blüht sie auch wirklich auf.“ (Interviews\PflegD: 34)

Ein weniger relevanter Einflussfaktor scheint laut Mitarbeitenden das Übernehmen von Verantwortung zu sein. Ein*e Mitarbeiter*in sprach darüber, dass es wichtig ist, dafür zu sorgen, dass die Bewohnenden mehr Eigen- und Gruppenverantwortung übernehmen:

„Ja, also ich denke schon, dass prinzipiell das Angebot noch da ist, dass jetzt ... Mittagessen im Team... also ich fände das schon schöner, auch wenn da Schwächere sind, dass die Gruppe der Bewohner, die stärker selbstständig sind, auch vielleicht die Schwächeren mittragen. Das das jetzt auch nicht so sehr, dass wir sozusagen da sind als Unterstützung auch dass wir als Mitglied da sind. Dafür zu sorgen, dass das mehr

eigenständig, mehr Eigenverantwortung übernehmen, auch für die Gruppe. Nicht nur für sie selbst. Wenn ich für mich selbst eine eigene Verantwortung übernehme, habe ich auch den Blick für die Gruppe und ärgere mich nicht, weil der andere dasselbe redet, sondern habe auch eine Verpflichtung. Also das gehört zur Selbstständigkeit auch dazu, sich verantwortlich zu fühlen. Das finde ich sollte man, mehr machen.“
(Interviews\PflegA: 28)

Im Hinblick auf Selbstverantwortung gibt es für wenige Menschen die Möglichkeit, ihre Medikamente selbst vorzubereiten. Ziel sei es, dass dies, wie in der Nachbareinrichtung (vom selben Einrichtungsträger), so viele Menschen wie möglich machen. Ein Training finde jetzt schon mit einigen Menschen statt.

„Also Medikamente selbst richten haben wir jetzt momentan bei einem Bewohner, in der Nachbareinrichtung ist das bei fast allen. Unser Ziel ist, dass wir uns wie die Nachbareinrichtung auch in fast aller Bewohner orientieren. Training machen wir jetzt schon bei dem ein oder anderen. Wichtig ist, dass die Bewohner die Abläufe kennen lernen. Was jetzt zu beachten ist, was muss ich, wo ich drauf ähm achten? auch von der Bestellung her Et cetera.“ (Interviews\PflegB: 55-57)

Bezüglich der Selbstverantwortung sprach ein*e Mitarbeiter*in im Interview darüber, dass es wichtig ist, die Verantwortung für sich selbst sowie die eigenen Handlungen und deren Konsequenzen zu übernehmen.

„... und auch zu sagen: ‚ich koche jetzt‘, aber ich bin auch für mein Zeug jetzt selbst verantwortlich, wenn du was anstellst, was ich halt gemacht habe, muss ich auch dafür Sorge tragen, dass gehört zu Selbstbestimmtheit dazu, dass man Verantwortung übernimmt.“
(Interviews\SozArbA: 8)

Im selben Interview wurde erwähnt, dass es sich auch in dem Fall des Medikamentenstellens um eine stufenweise Annäherung an die Selbstverantwortung handelt.

„Also Medikamente selbst richten haben wir jetzt momentan bei einem Bewohner, in der Nachbareinrichtung ist das bei fast allen. Unser Ziel ist, dass wir uns wie die Nachbareinrichtung auch in fast aller Bewohner orientieren. Training machen wir jetzt schon bei dem ein oder anderen. Wichtig ist, dass die Bewohner die Abläufe kennen lernen. Was jetzt zu beachten ist, was muss ich, wo ich drauf ähm achten? auch von der Bestellung her? Etcetera.“ (Interviews\PflegB: 55-57)

5.2.3.5 Eigeninitiative

Der Aspekt der Eigeninitiative wurde von verschiedenen Mitarbeitenden in den Interviews angesprochen und auf verschiedene Weisen skizziert. Dies betrifft die Eigeninitiative der Bewohnenden, das Gespräch zu suchen oder niederschwellige Teilhabeinrichtungen zu besuchen.

„Auch bei ihr wird der TAGESSTÄTTE so das ist auch Selbstbestimmung, da sind dahin geht. Das war eigentlich für Montag, Dienstag, Mittwoch angedacht. Sie selbst hat dann bestimmt sie geht dienstags nicht. Sie möchte lieber am Freitag, weil da singen ist. Ich glaube die machen da Chor, das mach ich auch halt ganz gerne, dann gehe ich doch lieber freitags. Das hat sie alles selbst geklärt. Alles selbstgemacht, alles (unv.) und seitdem blüht sie auch wirklich auf.“ (Interviews\PflegD: 34)

5.2.3.6 Informiertheit

Die Informiertheit der Bewohnenden in der Einrichtung nimmt in den Beobachtungsprotokollen und Interviews einen großen Raum ein. Diesbezüglich kann

zwischen umfassenden Informationen zu verschiedenen Sachlagen, Informationen zu somatischen Erkrankungen und Räumen zur Kommunikation differenziert werden.

„Also, das ist erster Schritt, ist immer die Information des und die Frage des Bewohners, oder des Menschen hier (unv.): was möchten sie? Das ist der erste Teil der Selbstbestimmung.“ (Interviews\PflegB: 29)

Überdies werden Informationen zu anderen Sachlagen weitergegeben, beispielsweise zu gesamtgesellschaftlichen und politischen Themen innerhalb der Morgenrunde.

„Herr Schmidt erklärt, dass Pfand auf Flaschen erweitert wird und dass der Strompreis steigt Dies habe auch möglicherweise zur Folge, dass Lebensmittel und andere Dinge teurer werden. Er überlegt kurz, aber ihm fallen keine weiteren Änderungen ein.“ (Beobachtungsprotokolle\Protokoll PostCovidAusbruch: 8)

Auch Informationen zur eigenen Situation und zur Kommunikation mit anderen Beteiligten werden geteilt.

„Er fragt vorsichtig und mit leicht zitteriger Stimme, wann er dann ausziehen darf. Herr Hahn erklärt, dass er jederzeit ausziehen darf. Seine Betreuerin würde es allerdings erst Anfang 2023 bejahen. Herr Yildirim schluckt auffällig laut und unübersehbar. ‚SO lang?!‘, fragt er erschüttert.“ (Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll "Auszug": 14)

Die Mitarbeitenden erklärten deutlich ihr Vorgehen, wie sie diese Informationen weitergeben. Informationen sollten eher Impulsen gleichen und niemals als Vorschriften formuliert werden.

„Ja gut, [...], halt möglichst wenig Vorschriften, sondern immer nur ich nenne es jetzt mal Impulse, Anregungen, aber niemals irgendeine Vorschrift...“ (Interviews\PflegC: 30)

Es existieren diverse Räume zur Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden und den Bewohnenden. Zu diesen Räumen gehören die Morgenrunde, Gespräche zwischen (einzelnen) Teammitgliedern und Bewohnenden sowie Gespräche, an denen ausschließlich die Teammitglieder teilnehmen. Es wurde betont, dass diese Gesprächsräume regelmäßig angeboten werden.

„Dann von der äußeren, also wie die Bewohner sich äußern, geben wir ihnen genügend, dass sie sich artikulieren können, dass sie ihre Wünsche vortragen können. Wir machen also auch kommunikativ regelmäßig...“ (Interviews\PflegB: 21)

5.2.3.7 Achtung der Bedürfnisse

Die Achtung der Bedürfnisse von Bewohnenden wurde in den Interviews vor allem im Zusammenhang mit Themen wie Ruhe und Rückzug, mit Möglichkeiten zur Mitteilung und mit individuellen Situationen angesprochen. Vor allem das Bedürfnis nach Rückzug und Gesellschaft wird, wenn die Bewohnenden es verspüren, in der Einrichtung laut Aussagen der Mitarbeitenden geachtet.

„Selbstbestimmt ist auch der Rückzug. Die Bewohner auch haben die Rückzugs-Möglichkeit, Sie haben hier ist auch etwas Selbstbestimmendes. Was leider früher nicht die Regel war. auch die selbstbestimmte Möglichkeit wann will ich wieder an der Gemeinschaft teilnehmen? Wann will ich auch wieder Zurückkommen?“ (Interviews\PflegB: 15)

„Wenn jemand verschlafen hat und jetzt alles abgeräumt und fertig und sagt dann auch du lieber Gott, ich habe das Essen verpennt, wenn die das nicht jeden Tag immer macht und immer dann, wenn alles

abgeräumt ist. Selbstverständlich mit dem gehe ich in die Küche, macht den Kühlschrank auf und sagt: ‚wir haben nur das und das und das.‘ Also das gibt’s bei mir dann nicht, dass man sagt: ‚Sie wissen, wann es Essen gab.‘ Wir sind ja hier nicht in irgendeinem Hotel, wo die Küche geschlossen ist, und es ist ja ihre Küche im Prinzip.“ (Interviews\PflegC: 16)

5.2.4 Zugehörigkeit

Die Kategorie ‚Zugehörigkeit‘ bezieht sich auf das Gefühl und die Wahrnehmung einer Person, Teil der Gruppe bzw. Gemeinschaft zu sein. Ergebnisse in Bezug auf die Zugehörigkeit betreffen die Einbindung und Partizipation, die Teilnahme am sozialen Leben sowie den Alltag und die Tagesstruktur.

5.2.4.1 Einbindung und Partizipation

Der Aspekt der Einbindung und Partizipation der Bewohnenden zeigte sich sowohl im Interview als im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung. Ein*e Mitarbeiter*in erzählte im Interview von einem Gespräch, das für einen Bewohnenden initiiert wurde, um Wünsche und Bedürfnisse anzuhören.

„Da gibt es jetzt ein, also, Interventionsgespräch zwischen Heimleitung, Betreuer, Prozessbegleiter und Bewohner. Und dann der Bewohner seine Wünsche nochmal äußern kann und dann ähm der Betreuer und die anderen gehört werden. Aber für mich auch wieder ein Weg zur Selbstbestimmung, zu helfen, dass der Bewohner die Möglichkeit hat, selbstbestimmt zu leben.“ (Interviews\PflegB: 23)

Zudem wurde beobachtet, dass eine Bewohnende in die Auswahl einer neuen Vase für den Gemeinschaftsbereich einbezogen wurde, nachdem die vorherige Vase zerbrochen war.

„Kommen Sie, Frau Rot, sie suchen eine neue Vase für den Tisch aus. Das hier ist ja ihr Wohnzimmer.“, sagt Frau Müller und läuft zum Küchenschrank. Sie öffnet eine Tür am Boden. Frau Rot läuft langsam und vorsichtig hinterher und ich folge Frau Rot. Frau Müller läuft zurück zum Tisch. Frau Rot steht vor dem geöffneten Schrank und betrachtet die Vasen. Nach kurzer Bedenkzeit sagt sie: „Der braune Krug, passt gut!“. Sie bückt langsam sich und greift nach dem Henkel des alten braunen Krugs. Sie zieht ihn heraus und schließt langsam die Schranktür – ohne den viel zu niedrigen Griff.
(Beobachtungsprotokolle\Protokoll Wut im Bauch: 14)

5.2.4.2 Teilnahme am sozialen Leben

Die Menschen, die in der Einrichtung leben, können am sozialen Leben teilnehmen. Zum einen wird soziales Leben in der Einrichtung durch die Mitarbeitenden organisiert. Das Zusammentreffen der Bewohner und die Pflege des Aquariums sind Angebote, um in sozialen Kontakt zu treten. Ein*e Mitarbeiter*in beschrieb im Interview, wie sie einen isolierten Menschen zur Teilnahme am Bewohnermeeting motiviert hat:

„...dass zumindest er am Bewohner Meeting teilnimmt oder eine Morgenrunde teilnehmen. Das macht er also ein einmal die Woche nimmt dann irgendwas teilt das ist vollkommen ok. Das ist ein kleiner Schritt, aber das ist ein Stück weit. Druck, wo ich dann auf ihm aufgebaut hab, dass er es halt macht. Und wenn er jetzt nur selbstbestimmt ist, tut er halt gar nix. Deswegen hat er sich Selbstbestimmung, die ist schön und gut, aber so manchmal. Muss man die glaub ich auch so ein bisschen zum Glück zwingen.“
(Interviews\HepB: 10)

Auch der Tagesablauf wurde, mit wenigen Ausnahmen, genannt. Ebenso sind das Betreten und Verlassen der Einrichtung ohne Einschränkungen möglich. Die Türen werden von den Mitarbeitenden nicht abgeschlossen.

„Aber da, wenn sie sich abmelden, dann dürfen sie natürlich trotzdem gehen. Also der Herr Schwarz der geht trotzdem nachts um 2 an die Tankstelle (lacht).“ (Interviews\PflegD: 16)

Zum anderen organisieren die Menschen die Teilnahme am sozialen Leben selbst. Ein Aspekt, der diesbezüglich wiederholt in Interviews und Beobachtungen ersichtlich wurde, ist die Arbeit. Die Mitarbeitenden erzählten, dass Berufstätigkeit der Bewohnenden ein Ziel ihrer Arbeit ist. Es geht vor allem um die Arbeit in WfbMs, aber auch der regelmäßige Besuch einer Tagesstätte und das Flaschensammeln scheinen einen Charakter zu haben, der dem von Arbeit gleichkommt.

„...aber natürlich auch ein bisschen dahinführen, dass man nicht alles geschenkt kriegt, sondern dass wir eventuell auch eine berufliche Tätigkeit nachgehen, aber immer so abgestimmt was kann jemand leisten?“ (Interviews\PflegC: 6)

Ein Mensch, der in der Einrichtung lebt, führt regelmäßig Tätigkeiten bei einer Bäckerei durch, für die er in Form von Brötchen und Kaffee entlohnt wird.

„Ein weiterer Aspekt ist, dass er beim gegenüberliegenden Bäcker die Straße kehrt und die Sonnenschirme aufspannt – im Gegenzug erhält er dort dann Kaffee und Brötchen.“ (Beobachtungsprotokoll Intensivstation: 13)

Auch der Besuch eines Fitnessstudios, das Fahrradfahren, die Mitgliedschaft im Angelverein sowie das Züchten von Pflanzen sind für die Selbstbestimmung in der Einrichtung förderlich. Den Mitarbeitenden zufolge besteht hinsichtlich der Freizeitgestaltung vollkommene Selbstbestimmung:

„Ja gut, die Freizeitgestaltung halt, also ich finde, die können. Was können Sie nicht selbst bestimmen?“ (PflegC, Pos. 16)

Einzelne Bewohnende planen auch zeitlich aufwendigere Ausflüge und Urlaube:

„Genau ... dass sie ihre Ausflüge planen können, dass sie einen Urlaub planen können. Wir haben im Moment einen Bewohner, der ist schon seit drei Wochen in der Türkei.“ (Interviews\PflegA: 14)

Einige Menschen organisieren sich Aktivitäten zur Lebensgestaltung. Die Mitarbeitenden berichteten von Angeln, Fahrradfahren, Spazieren, dem Besuch des Fitnessstudios und Yoga. Darüber hinaus besitzt ein Mensch in der Einrichtung verschiedene einheimische und exotische Pflanzen, die er ertragreich pflegt.

„Also, die ist ja eben mit dem Fitnessstudio, die flippt da ja völlig aus, also das ist ihr ist jetzt ich glaub, sie hat ja Yogamatte gekauft und Hanteln und so also.“ (Interviews\PflegC: 30)

5.2.4.3 Alltag und Tagesstruktur

In diesem Zusammenhang berichteten die teilnehmenden Mitarbeitenden der Einrichtung, dass die Menschen ihren Alltag und ihre Tagesstruktur aktiv selbst bestimmen, gestalten und planen können.

„Also, die Bewohner können von ihrer Tagesstruktur eigentlich selbstbestimmt leben. Es gibt, die angeboten werden.“ (Interviews\PflegB: 13)

Die Einrichtung bietet Aktivitäten zur Tagesstrukturierung an, die von den Menschen wahrgenommen werden können. Dazu gehören zum Beispiel die alltägliche Morgenrunde, Feste zu besonderen Anlässen und kleinere Ausflüge. Darüber hinaus findet jeden Freitag eine Versammlung aller Bewohnenden statt. Auch in den Beobachtungen wurden Hinweise auf die freie Alltagsgestaltung der Menschen wahrgenommen. Zeitweise herrschte eine erstaunliche Ruhe auf den Fluren und in den

Gemeinschaftsräumen. Einige Menschen gehen tagsüber arbeiten, einkaufen oder halten sich in ihren Privaträumen auf.

„Die meisten Bewohner sind arbeiten, einkaufen oder in ihren Zimmern.“ (Protokoll Teamsitzung: 8)

5.2.5 Unterschiede zwischen Beobachtungen und Interviews

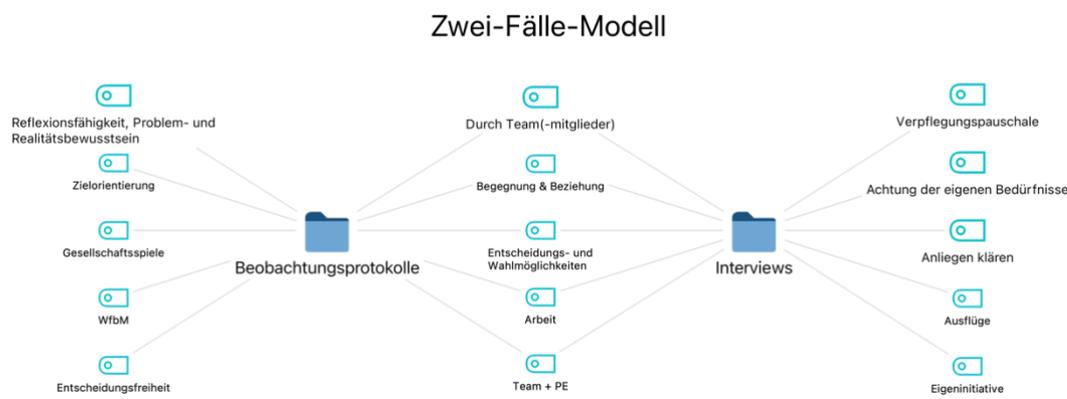


Abbildung 20 Unterschiede zwischen Beobachtungen und Interviews, eigene Darstellung

Hinsichtlich der selbstbestimmungsfördernden Eigenschaften der Einrichtung gab es Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen den Ergebnissen der beiden Erhebungen. In den Beobachtungsprotokollen finden sich hauptsächlich Reflexionsfähigkeit, Zielorientierung, die Arbeit in der WfbM und die Entscheidungsfreiheit. In den Interviews hingegen sprachen die Mitarbeitenden vor allem über die Verpflegungspauschale als Mittel der Selbstbestimmung, die Achtung der eigenen Bedürfnisse, das Klären von Anliegen, Ausflüge und Eigeninitiative. Sich überschneidende Punkte sind die Unterstützung durch Teammitglieder, die Begegnung und Beziehung, Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten, die Arbeit und die gemeinsame Kommunikation.

5.3 Negativ auf die Selbstbestimmung wirkende Faktoren

Neben fördernden Faktoren wurden im Rahmen der Beobachtungen und Interviews auch hinderliche Faktoren für die Selbstbestimmung identifiziert.

5.3.1 Bevormundung

Genannt wurden durch Bevormundung gekennzeichnete Handlungen. Dies betrifft vor allem Situationen, in denen Mitarbeitende den Bewohnenden Vorgaben gemacht haben. Diese Vorgaben sind häufig alltäglicher Natur und beziehen sich auf die Medikamenteneinnahme, die zu konsumierenden Lebensmittel, Kleidung und die Körperpflege. Aber auch die Anweisung, dass die Spülmaschine in der Gemeinschaftsküche nicht benutzt werden darf, die Festlegung, wer wann und wie lange arbeiten geht, und die Bestimmung, dass im Gemeinschaftsraum keine Musik abgespielt werden darf, gehören zu diesen Vorgaben. Ein*e Mitarbeiter*in erzählte im Interview, dass diese Vorgaben ungleich verteilt sind. Einigen Bewohnenden werden viele Vorgaben gemacht, andere können selbst entscheiden, was sie machen.

„...Frau Mayer jetzt zum Beispiel die wird halt als gedrückt, das musst du machen, das musst du machen, das musst du machen und jetzt geh doch schon, jetzt macht das. Und das ist halt also es ist irgendwie ungleich aufgeteilt einerseits dürfen sie machen, was sie wollen, aber die anderen wiederum, werden in der Schiene hereingedrückt.“
(Heilerziehungspflege\HepB: 6)

Der Grund für eine solche ungleiche Behandlung ist laut den Interviewten das Krankheitsbild, nicht aber der Behinderungsgrad:

„Ich glaub, die machen das wirklich so ein Stück weit auch vom, ich sag jetzt nicht vom Behinderungsgrad, aber vom Krankheitsbild abhängig.“ (Heilerziehungspflege\HepB: 8)

Darüber hinaus nehmen die Mitarbeitenden den Bewohnenden alltägliche und besondere Aufgaben ab. Dazu gehören Tätigkeiten wie das Einkaufen, die Kleiderauswahl, das Auswählen und Zubereiten von Lebensmitteln und die Zimmerhygiene.

„... [h]inderlich für manche ist es vielleicht, dass sie vielleicht doch noch sehr viel abgenommen bekommen an Eigenständigkeit.“
(Pflege\PflegA: 20)

Ein*e Mitarbeiter*in der Einrichtung beschrieb, warum in einem Fall die Zimmerhygiene übernommen wird.

„Ja, also es gibt dann Sachen, wie wir das denen Wäsche gewaschen wird oder das jetzt bei unserem neuen Bewohner. Jetzt habe ich gerade mitbekommen, dass dem das Zimmer gesaugt worden ist, obwohl er das allein kann. Das ist Bett bezogen worden, obwohl er das allein kann, weil man Angst hat, aber vor der Konfrontation, weil wenn er halt nicht will, dann fängt er langsam schreien, fängt an zu toben. Wie so ein Kleines HB-Männchen, sage ich mal, dann haben wir ihm das halt jetzt, warum auch immer abgenommen gerade. Kleinigkeiten eigentlich.“
(Heilerziehungspflege\HepB: 18)

Zum einen bitten die Bewohnenden um Unterstützung durch die Reinigungs- und Hauswirtschaftskraft, so äußerten die Mitarbeitenden in den Interviews, zum anderen die Mitarbeitenden.

„Auch mit der Zimmerhygiene oder so die Leute dürfen das ja eigentlich alles, oder soll das auch alles selbst machen? Und dann haben wir aber unsere Reinigungskraft und wird, die wird dann aber trotzdem oft gebeten ja, gehst du mal durch, mein Zimmer, wischst du mal da ab und willst du mal da und eigentlich ja auch also von den Bewohnern, aber teilweise auch von den Kollegen, tatsächlich. Und das finde ich halt also es kann die dies selbst können, finde ich. Sollte es auch selbst machen und dies eben nicht das können sollten es mit Unterstützung machen, aber nicht komplett abgenommen bekommen, ...“
(Heilerziehungspflege\HepA: 34)

Auch in Ausnahmesituationen, wie im Falle einer Bewohnenden mit Fraktur, werden Aufgaben abgenommen.

„Ja habe ich auch ein ganz gutes Beispiel die eine Kollegin wir haben eine Bewohnerin, die ist eigentlich ziemlich selbstständig. Sie hatte eine Fraktur an der Schulter. Und konnte dann relativ zeitnah vieles wieder selbst und eigenständig und dann wurde sie so ein bisschen von der Kollegin herabgestuft und es wurde alles abgenommen. Also, ich mache das Bett von der Bewohnerin, sie macht dann, bringt doch die Krankmeldung weg oder sonstiges, was die Bewohnerinnen alles hätte selbst machen können und auch gesagt hat, sie würde es selbst machen.“ (Heilerziehungspflege\HepA: 32)

Auch ein paternalistischer Umgang mit der Medikamenteneinnahme vonseiten der Mitarbeitenden wurde angesprochen. Ein*e Mitarbeiter*in schilderte, dass keine Möglichkeit für einen Kompromiss bei der Medikamentenausgabe gibt:

„Die Medikamentenausgabe, die klar, die ist festgesetzt, das muss sein.“ (Heilerziehungspflege\HepB: 12)

Auf die Nachfrage, ob es Bewohnende gebe, die die Medikamente in Eigenverwahrung haben, berichtete ein*e Mitarbeiter*in Folgendes:

„Das könnten wahrscheinlich tatsächlich sogar noch mehr Leute hier würde ich behaupten, aber wird halt also nicht ich glaub beiderseits nicht so gewünscht, manche trauen sich das glaube ich auch selbst noch nicht ganz so zu. Und manche bekommen halt von uns auch nicht zu tun zugetraut, wenn man denken, ob die dann regelmäßig genommen werden und so und das ist ja auch irgendwie also die Medikamente sind ja oftmals wirklich sehr wichtig und wenn sie dann mal vergessen gehen oder gar nicht genommen werden über einen langen Zeitraum kann das. Für jeden Beteiligten auch blöd werden, weil manche Mittel

sind, ja auch für die Psychosen, um sie zu unterdrücken. Dann, wenn die fehlen würden, weiß ich nicht, also das können schon fatal dann sein. [I: Hast du sowas schon mal erlebt?] Nee, also ich bin ja erst seit 2 Monaten jetzt hier in dem Bereich und sowas habe ich tatsächlich noch nicht mitgekriegt.“ (Heilerziehungspflege\HepA: 28)

5.3.2 Führen und Steuern

Auch das Führen und Steuern der Bewohnenden durch Mitarbeitende wurde beobachtet. In den Interviews sprachen zudem einige der Mitarbeitenden darüber. Die Mitarbeitenden empfinden es als ihre Aufgabe, den Bewohnenden aufzuzeigen, welche Alternativen es zu ihren Entscheidungen und Möglichkeiten gibt.

„Und ich sage immer, es geht darum, dem Bewohner aufzuzeigen, welche Alternativen es zu welchen Möglichkeiten gibt.“
(Interviews\PflegB: 31)

Zu Beginn der Datenerhebung fiel eine Information auf der Magnettafel im Büro der Mitarbeitenden auf. Auf einem Blatt Papier stand, dass ein Bewohner bei nicht durchgeführter Körperpflege weniger Taschengeld erhält.

„Ich lese die Notizen am Notizbrett neben der Tür und möchte Frau Gold nicht beim Tippen stören. Mir fällt ein laminiertes Papier besonders auf. Auf diesem steht geschrieben: „Herr Schaf: Duschen Dienstag und Donnerstag. Wenn nicht bekommt er 10€ Taschengeld/Woche abgezogen. Prozessbegleiter Herr NACHNAME.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Intensivstation: 8)

Nach sieben Monaten und einer vierwöchigen Abwesenheit aufgrund eines COVID-19-Ausbruches in der Einrichtung war diese Regelung nicht mehr zu finden.

„Auch die Regelung für einen anderen Bewohner der Einrichtung zwecks Taschengeldentzug bei Nichtduschen ist abgehängt. [Ob diese Regel auch nicht mehr besteht, konnte ich nicht erfragen.] Ich habe das Gefühl, dass sich in der Zeit meiner Abwesenheit etwas verändert hat.“

(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Die Massage: 10)

In diesem Beobachtungsprotokoll findet sich auch der Hinweis darauf, dass die Neugestaltung der Tafel und ein Teamgespräch zur Auflösung einiger Regeln an der Tafel beigetragen haben, nachdem zwei neue Mitarbeitende in der Einrichtung eingestellt wurden.

Die Bewohnenden werden laut den Mitarbeitenden auch durch die Kostenträger gelenkt. Ein*e Mitarbeiter*in erzählte mir, was in einem Beobachtungsprotokoll festgehalten wurde, dass einem Bewohner angedroht wurde, dass seine Leistungszahlung eingestellt wird, wenn er nicht in der WfbM arbeitet:

„Darüber hinaus hat der Kostenträger angekündigt, die Leistungsbezahlung einzustellen, wenn er nicht regelmäßig in der WfbM arbeiten geht.“

(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Intensivstation: 13)

5.3.2.1 Finanzielle Entscheidungen

Die Mitarbeitenden berichteten darüber, dass sie Entscheidungen bezüglich der Finanzen der Bewohnenden treffen. Sie füllen einen Vordruck aus, mit dem die Bewohnenden einen bestimmten Geldbetrag an der Kasse einholen können.

„Dann kriegen Sie von uns einen Zettel ausgefüllt, da steht drauf, wieviel sie holen dürfen. Und genau den Betrag bekommen sie ausgezahlt.“ (Heilerziehungspflege\HepB: 22)

Ein*e Mitarbeiter*in stellte das eigene Vorgehen bezüglich der Geldbeträge und dessen Folgen für sie persönlich dar:

„Der kam hier her das erste Wochenende. Ich habe halt auch mit dem Geld zum Beispiel, ich gebe den Leuten hier solange das Konto gefüllt ist, wenn es leer ist. Ich sag immer, es wird immer weniger, sie müssen gucken, sonst ist nichts mehr da und dann geht gar nix, aber das müssen sie ja auch lernen, wenn sie ausziehen, ist es genauso und dann habe ich dem damals, oh Gott, das war ein Riesen... Da habe ich einen riesigen Ärger bekommen. Ich glaub, der wollte 200,00€ war halt frisch da [...] Um 10 war er wieder da, ich habe mich riesig gefreut. Ich hätte mir am liebsten für so viel Selbstständigkeit gratuliert, aber das darf ich ja dann nicht einmal, hätte mal eine weil es war ja naja der kam, er hätte wenigstens sagen müssen ich fahr jetzt, die hätten es ihm garantiert verboten. Probewohnen hier, Auflage. [...] Ich habe damals einen Riesenaufstand, dass sie das, der hier bleiben durfte ich habe gesagt ihr Leute er hat nix angestellt. Der hat halt einfach jetzt endlich frei. Jetzt ist er wieder da.“ (Pflege\PflegC: 24)

5.3.2.2 Kontrollen

In der Einrichtung werden regelmäßig Kontrollen durchgeführt. Zum einen werden erledigte Aufgaben der Bewohnenden überprüft und zum anderen wird nachgehalten, ob sie bei der Arbeit sind.

„Plötzlich steht Herr Schwarz in der Tür. ‚Ich habe alles sauber gemacht!‘, sagt er und grinst dabei. ‚Haben Sie auch den Tisch abgewischt?!‘, entgegnet Frau Dubel. Bei mir kam das vorwurfsvoll an. Herr Schwarz dreht sich um und geht. ‚Ich kontrolliere!‘, legt sie laut nach.“ (Beobachtungsprotokolle\Protokoll Das Aquarium, tippen & Zigaretten: 13)

Beobachtet wurde eine Situation, in der ein*e Mitarbeiter*in der Einrichtung am Morgen kontrolliert, ob ein Bewohner zur Arbeit in einer WfbM aufgebrochen ist.

„Ich frage: ‚Müsst ihr kontrollieren, ob die Bewohner auf der Arbeit sind?‘ und blicke sie dabei an. Frau Gold antwortet kurz: ‚Ja.‘. Sie blickt an mir vorbei. Daraufhin frage ich: ‚Warum?‘. Frau Gold atmet tief ein, sie mich an [wirkt auf mich unsicher] und sagt: ‚Dann rufen die [von der WfbM] uns an und fragen, warum der nicht auf der Arbeit ist. Dann müssen wir das ja wissen. Der bleibt oft zu Hause und geht nicht arbeiten. Der geht nur hin, wenn er will. Der macht, was er will.‘ Ich antworte kurz: ‚Ah, ok.‘ und folge Frau Gold, die bereits zur Treppe läuft.“ (Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Allein gelassen: 8)

5.3.2.3 Eigentum

Auch das Eigentum der Menschen mit Psychiatrieerfahrung bleibt von den Mitarbeitenden nicht unberührt. So berichtete ein*e Mitarbeiter*in, wie eine Auszubildende der Pflegefachberufe (hier ‚Schülerin‘ genannt) die Tabakreste eines Bewohnenden entsorgte.

„Und dann geht es Schülerinnen hier, die die wird, dann geschickt geht bei einem Bewohner hin und er hatte ganze Tisch voller Tabakkrümel. Für die ist es Müll, der sammelt, es gibt nochmal 3 Zigarette, der ist hier ausgeflippt. Sie hat ein Mülleimer genommen und hatte, so wie wir das daheim machen, aber war unser Fehler. Die Schülerin konnte nix dafür.“ (Pflege\PflegC: 14)

Darüber hinaus wurde auf Nachfrage nach konkreten Situationen bezüglich der Zimmerhygiene erzählt, dass es eine Situation mit einem*einer Mitarbeiter*in gab, der*die Topfpflanzen eines Bewohnenden der Einrichtung entsorgen wollte.

„Ja, wir haben einen Bewohner. Der hat zum Beispiel ganz viele Pflanzen gezüchtet, also Kiwis alles Mögliche, die sind geworden. Jetzt ist es in einem Krankenhaus ja so, dass Topfpflanze definitiv im Schlafräum verboten sind. Das hat aber ja ganz andere, das sind

Erdbazillen, das sind ja auch oft frisch Operierte. Leute, das ist ja ganz klar. Wir sind aber kein Krankenhaus. Und. Viele, die so Krankenschwester, wir sind ja, die meistens sind ja älter und die haben noch so. Dieses Krankenschwester, das ist unhygienisch. Das darf nicht sein. Die sollten weggeworfen werden, wo ich gesagt habe, selbst wenn der Mann Atemprobleme kriegt, dann kann er eben darauf hinweise, dass es vielleicht besser wäre. Er hätte weniger Pflanze im Zimmer, wenn er das aber so möchte oder ich habe dann vorgeschlagenen kauf doch immer so, wieso nur Treppenregal. Vielleicht kann man ihn dazu bewegen da oben im Foyer in dem Eck. Da kann er sie pflege, da geht keiner dran, da ist Platz, es sieht hübsch aus, aber nicht wegwerfe, das ist ja Diebstahl! Ich kann doch nicht einfach fremdes Eigentum vernichtet, nur weil mir das jetzt missfällt, ob da jetzt Kiwi kommt oder nicht?“ (Pflege\PflegC: 14)

Auch in Situationen, in denen sich Menschen mit Psychiatrieerfahrung selbst gefährden, wird Eigentum entwendet und gesondert gelagert.

„Ich habe das Gefühl, dass sie das Gefühl hat, dass wir ihr nicht glauben. Mir wurde schon am Morgen erzählt, dass eine andere Fachkraft Herr Reiter und die Auszubildende Frau Schön sie gestern dabei beobachtet haben, wie sie sich Deodorant in den Augen sprühen wollte. Frau Schön konnte sie aufhalten. Daraufhin haben sie ihr jegliche Chemikalien abgenommen. Diese stehen nun auf einer Ablage im Pflege-Büro.“ (Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Der brennende Boden: 5)

5.3.3 Fremdbestimmung

Auch Fremdbestimmung war in den Beobachtungen und Interviews ein wiederkehrendes Thema. Diesbezüglich wurden Grenzen der Selbstbestimmung aufgezeigt. Zudem ging es um Fremdbestimmung durch Stigmatisierung und Diskriminierung sowie durch

Erkrankung und Behandlung. Der Umgang mit unvernünftigen Handlungen wurde ebenfalls thematisiert, wobei Fremd- und Selbstgefährdung eingeschlossen waren.

Fremdbestimmung, die aus Erkrankungen und Behandlungen resultiert, wurde im Zuge der teilnehmenden Beobachtung wahrgenommen. In dieser Kategorie geht es hauptsächlich um die Symptome, die zur medizinischen Diagnose gehören. Diese können Ängstlichkeit, Zwangsstörungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen sowie Denkstörungen sein.

„Also bei der Sabine, ich kann jetzt mal die Sabine nehmen, die kann sich ja immer nicht entscheiden, was diese an was hindert, an, dass es falsch ist, das ist falsch, das brennt, das brennt, ich lege halt dann also ich treffe klar eine Vorauswahl. Ich lege dann immer 2 Garnituren Kleidung hin 2 Hosen, Hosen, Oberteile, Oberteile, Socken, keine Ahnung, was dann kann trotzdem durchmischen, was sie anziehen will, wie sie jetzt das anziehen oder willst du lieber das Oberteil mit der Hose anziehen oder so also ein Stück weit, nämlich hier die Selbstbestimmung? Dann entscheide vor, aber sie kann ja dann trotzdem noch entscheiden, in welchen Konstellationen sie das anzieht, aber die braucht das, auch wenn sie, wenn du jetzt den Kleiderschrank einfach aufmachst und sagt hier ist nochmal aus, dann steht ihnen 4 Stunden immer noch da und weiß nicht was sie anziehen soll und kommt so nicht in den Tagesablauf rein. [I: Und woran liegt das?] Das ist die Psychose, von der die hat, da so Menschen im Ohr und der sagt das ist falsch, das ist falsch, das ist falsch, das ist falsch. Und wenn da jetzt nicht so viel da liegt, kann er ja nicht viel sagen, dass das falsch ist.“ (Heilerziehungspflege\HepB: 26)

Die Selbstbestimmung wird auch durch die Maxime, anderen nicht zu schaden, beeinflusst. Ein*e Mitarbeiter*in der Einrichtung erklärte, dass sie keine Bewohnenden aufnehmen möchte, die keine Medikamente nehmen, da sie mit einem solchen Fall einmal eine schlechte Erfahrung gemacht hat.

„Medikation ja, das ist ja auch so wirkliche voraus, da bin ich auch jemand, der sagt nee, ich möchte niemanden, der von vornweg alle Medikation ablehnt, weil ich das gefährlich finde. Grad wenn man dann auch noch die Vorgeschichte kennt, ...“ (Pflege\PflegC: 16)

Fremdbestimmung kann allerdings auch einen Nutzen haben, wenn es darum geht, zu vermeiden, dass die Bewohnenden der Einrichtungen sich selbst schaden. Allerdings begegnen die Mitarbeitenden den Bewohnenden dabei direktiv und wenig empathisch.

„Kann ich eine Zigarette haben?“, fragt sie. „Nein!“, sagt Frau Dubel, sehr laut. Von jetzt auf gleich reagiert sie aufgebracht. „Ums Verrecken bekommen sie keine Zigarette von mir. Sie haben um neun Uhr eine bekommen. Und wir haben ausgemacht, dass Sie dann um 10 Uhr keine bekommen.“, fügt sie an. Frau Decker sagt: „Ok, danke danke.“ Und verschwindet. (Beobachtungsprotokolle\Protokoll Das Aquarium, tippen & Zigaretten: 20)

Die Bewohnenden erfahren auch Diskriminierung durch Außenstehende. Als Beispiel nannten die Mitarbeitenden hier den Übergang zwischen Einrichtung und eigener Wohnung.

„...[W]enn man jetzt hier Wohnungen braucht ist unser Wohnungsmarkt nicht sehr erfreut über Menschen die aus unserem Bereich kommen. Und macht auch nicht sehr die Arme auf. Mein Wunsch wäre auch an die Gesellschaft nach Außen eine Öffnung, und eine andere Bereitschaft auch diese Menschen mit offenen Armen aufzunehmen.“ (Pflege\PflegB: 51)

Zu diesen von den Mitarbeitenden ausgehenden Einschränkungen der Selbstbestimmung in Form von Bevormundung kommen allerdings Handlungen von Außenstehenden hinzu. So verwehren gesetzlich Betreuende teilweise Schritte der Selbstbestimmung.

„Es ist ein Bewohner, wo schon seit einem ungefähr Jahr klar ist, dass der eine eigene Wohnung haben kann, dass der Bewohner, der Mensch so weit entwickelt hat, dass er lebt. Aber der Betreuer nicht bereit ist für ihn den Mietvertrag zu unterschreiben, weil er Angst [hat], dass derjenige in seine alte psychische Verfassung zurückfallen könnte.“
(Pflege\PflegB: 23)

Auch die peripheren Einrichtungsstellen schränken die Selbstbestimmung der Bewohnenden ein. Ein*e Mitarbeiter*in beschrieb eine Situation, die sie mit Mitarbeitenden der Kasse⁷ erlebt hat.

„Wir haben jetzt den Anruf gekriegt von der Kasse, da wollte eine Bewohnerin ihre Kontoauszüge. Da haben die hier angefragt, ob die das dürfen.“ (Pflege\PflegC: 26)

Darüber hinaus wird die Selbstbestimmung eingeschränkt, indem Hausärzte meist vorgegeben werden, überfürsorgliche Zuwendung geleistet wird, Urlaub in Gruppen stattfindet und Lebensmittel in der Gemeinschaftsküche für Bewohnende, die durch den Träger mit Mahlzeiten versorgt werden, außerhalb der Essenszeiten weggeschlossen werden.

Die Mitarbeitenden werfen den Bewohnenden in der Einrichtung vor, dass sie keine Motivation aufweisen. Es sei zudem schwierig, die Bewohnenden zu motivieren.

„Du hast es hier relativ schwierig, die Leute zu motivieren ...“
(Pflege\PflegD: 24)

⁷ Die Kasse ist ein einrichtungseigener Ort, der zur Aufgabe hat, Geld an Patientinnen und Patienten sowie Bewohnenden auszuzahlen, das zuvor von Zugehörigen einbezahlt wurde.

„Der Herr Marx, der ist selbstständig. Er kann, wenn er will...“
(Heilerziehungspflege\HepB: 8)

5.3.3.1 Verwehren des Ausgangs

Grundsätzlich sind die Türen der Einrichtung jederzeit geöffnet, sodass die Bewohnenden diese jederzeit verlassen können (siehe Kapitel 5.2.1.1). Allerdings äußerte ein*e Mitarbeiter*in während einer teilnehmenden Beobachtung im Gespräch mit einem*einer anderen Mitarbeiter*in der Einrichtung, dass sie die Türen nachts zuschließt und bei Bedarf öffnet und somit den Ausgang verwehrt. Es sei dann in einem Nachtdienst dazu gekommen, dass ein Bewohner auf die Terrasse wollte. Dem Wunsch habe sie entsprochen und nach einiger Zeit sei dieser nicht mehr auf der Terrasse gewesen.

„Die Krankenpflegehelferin beginnt zu erzählen: „Weißt du, was der Herr Schwarz in meinen Nächten gemacht hat, Michael?“. [...] Um 2 Uhr sei er wieder zu ihr gekommen und habe gefragt, ob er an die frische Luft dürfe. Sie habe die Terrassentür aufgeschlossen und hinausgelassen. Nach einiger Zeit habe sie entsetzt festgestellt, dass er nicht mehr auf der Terrasse war. Sie ist entsetzt und sagt, dass sie ihm die Tür nie wieder öffnen würde. Es könne nicht sein, dass er „einfach weggeht“.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll "Auszug": 8)

Die*der andere Mitarbeiter*in sagte als Reaktion auf diese Aussage, dass sie sich diesbezüglich unnötigen Stress mache. Folgende Antwort darauf wurde im Protokoll festgehalten:

„Sie sagt, sie sei vom ‚alten Schlag‘ und sie kann sich nicht mehr umgewöhnen.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll "Auszug": 8)

5.3.3.2 Unvernünftige Handlungen

Daran schließt der Punkt der unvernünftigen Handlungen an. In der Einrichtung treten oft Situationen auf, in denen sich Nutzende zu unvernünftigen Handlungen entscheiden. Dies betrifft den Umgang mit dem Diabetes mellitus und damit verbunden den Lebensmittelkonsum, die Körperpflege sowie das Handhaben der eigenen Finanzen.

„Wir haben ja mehrere den Diabetes haben und die Medikamente nicht gerne regelmäßig nehmen möchten und sich nicht an die Diätvorschriften halten. Die extrem viel Süßes konsumieren ähm. Wo jetzt auch die Geschichte so ist, dass der Blutzucker recht hoch ist, ziemlich hoch ist.“ (Pflege\PflegA: 10)

5.3.4 Institutionelle Rahmenbedingungen

Die institutionellen Rahmenbedingungen der Einrichtung schränken die Selbstbestimmung der Bewohnenden ein. In der Einrichtung existieren Pläne, Ordnungen und Standards. Die Hausordnung der Einrichtung regelt hauptsächlich Fälle, die anderen Psychiatrieerfahrenen schaden und den Hausfrieden stören könnten, und beinhaltet den Zusatz, dass der Alkohol- und Drogenkonsum verboten ist, sowie die Bitte, dass alle um 22 Uhr wieder zurück im Haus sind.

„Dass ich sag es geht in jedem Mietshaus, das tu ich dann auch so. Also wenn ich Nachtdienst habe und einer hat um 11:00 Uhr volle Bässe, volle Kanne. Geht nicht das, geht aber auch bei mir in unserem Haus nicht. Da würde ich auch bei den Nachbarn klopfen, also das sind einfach gewisse gesellschaftliche Regelungen, die es auch wegen der Hausordnung hier gibt, ist halt auch eine Hausordnung, aber wie in jedem normalen Wohnhaus, da ist nicht mehr und nicht weniger drin, da gibt es gar nix so speziell, ja gut keine Droge und so.“ (Pflege\PflegC: 30)

„Ja, sind die Hausordnung wieder zum Beispiel drin, dass sie keinen Alkohol trinken dürfen, was ja logisch ist. Drogen dürfen Sie nicht hier reinnehmen. Besuch muss angemeldet werden. Aber wegen Corona (unv.) sie als auch immer Tests mitbringen... Ja, die Ruhezeiten müssen sie halt einhalten, das ist halt wie zu Hause, in der Mietswohnung auch abends um 22 Uhr keine Party mehr gefeiert wird... Ich glaube, das ist so das grobe was so in der Hausordnung drinsteht. Hauptsache halt Alkohol und Drogen dürfen sie halt hier nicht.“ (Pflege\PflegD: 18)

Die Mitarbeitenden sind der Meinung, dass die Bewohnenden Regeln und Grenzen benötigen.

„Die brauchen [...] ihre Regeln und deren Grenzen.“
(Heilerziehungspflege\HepB: 6)

Ein*e Mitarbeiter*in schilderte die missverständliche Dokumentation bezüglich des Begriffs ‚Standard‘. Sie vertritt die Meinung, dass die Mitarbeitenden eigene Maßstäbe anlegen.

„Und dann stand da ‚Entspricht... Zimmerhygiene entspricht nicht dem üblichen Standard.‘ Dann dachte ich was ist der übliche Standard? Also der ist bei uns ist ja viel festgelegt. Auch im Intranet nicht. Es gibt ja für alles Leitlinien, Konzepte und sonst noch. Es gibt keinen üblichen Standard, da hat jeder auch einen eigene.“ (Pflege\PflegC: 8)

Darüber hinaus werden Regeln, die aus der einrichtungszugehörigen Klinik stammen, angewendet. Begründet werden diese auch durch medizinische Diagnosen.

„Jetzt ist es in einem Krankenhaus ja so, dass Topfpflanze definitiv im Schlafräum verboten sind. Das hat aber ja ganz andere, das sind Erdbazillen, das sind ja auch oft frisch Operierte. Leute, das ist ja ganz klar. Wir sind aber kein Krankenhaus.“ (Pflege\PflegC: 14)

„Zum Beispiel im Nachtdienst gehen wir alle 2 Stunden ins Zimmer rein, da haben wir auch nicht wirklich so ihre Privatsphäre. Auch so, wenn wir irgendwas von den brauchen oder bei Diabetikern müssen wir öfters Probleme bei den so haben wie. Der Herr Schreiber zum Beispiel müssen wir auch mal reingucken, okay ist was hat er jetzt einen Anfall oder nicht? Ja, also so richtig selbst bestimmen das ist jetzt ihr Zimmer ist und keine rein gehen darf funktioniert halt leider auch nicht, also beim Herr Flach schon aber der Flach hat jetzt auch keine Erkrankungen, wo wir jetzt ständig kommen müssen. Ja. Also es geht dann auch halt wieder um die Erkrankung, bei den Diabetikern, bei den Epileptiker. Müssen wir halt rein gucken.“ (Pflege\PflegD: 22)

„Das ist halt so schwierig von diesem starren... was ist halt früher immer ja, was man halt als Krankenschwester und was dann halt in die Psychiatrie, aber noch vor 10 Jahren genauso war also vor 10 Jahren war, das kann es gab eine Duschplan, es gab einen Hygieneplan und genau der musste befolgt werden.“ (Pflege\PflegC: 22)

In der Einrichtung existieren auch strukturierende Pläne, um den Alltag und den Umgang mit bestimmten Fragestellungen zu regeln. Diese wurden meist von einem multidisziplinären Team erstellt. Dabei geht es zum Beispiel um die Zigaretteneinteilung, die Benutzung und den Umgang mit Tassen, die Essenszeiten, die Tages- und Wochenpläne sowie die Hygienepläne, zum Beispiel den Bettwäschewechsel.

„Plötzlich steht Frau Decker in der Tür und fragt, ob sie eine Zigarette bekommen kann. Frau Gelb kneift ihre Augen zusammen und versucht das Schild am schwarzen Brett zu lesen. Darauf sind Zigaretten-Ausgabezeiten für Frau Decker notiert. Sie liest laut: ‚Hm, 13 Uhr...Haben sie schon eine bekommen?‘.“ (Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Dienstbeginn: 9)

Ein*e Mitarbeiter*in der Einrichtung erzählte, dass es nach ihrem Empfinden zu viele Rahmenbedingungen und Vorgaben gibt. Sie habe den Eindruck, diese würden die Bewohnenden ausbremsen.

„Weil im Moment habe ich das Gefühl, dass doch auch manchmal habe ich das Gefühl, dass das alles so gut läuft und so viel Rahmenbedingungen da sind, ähm dass jetzt auch manchmal ein bisschen ausbremsen kann in einer eigen (unv.) ... Ideenentwicklung oder so. Dass es so viel Vorgabe ist.“ (Pflege\PflegA: 24)

Es gibt eine Ausnahme für die Einhaltung dieser strukturierenden Regeln. Die Bewohnenden der Einrichtung dürfen selbstbestimmt wählen, ob sie an den tages- und wochenstrukturierenden Angeboten teilnehmen.

„Die vielen Hilfen werden zum Teil zu fest Uhrzeiten angeboten, die Bewohner eine Struktur finden wann wird was angeboten? Was kann ich für Angeboten wahrnehmen? Und sie können dann selbstbestimmt an diesen einklinken. [...] Es hängt normalerweise in jeder Gruppe ein Tages- und Wochenplan wo die Bewohner Freizeitangebote angeboten bekommen. Und es gibt auch jeden Morgen bei den Morgenrunden, wenn die die halt eben morgens da sind, können dann ähm werden dann ähm informiert über Angebote, die am Tag stattfinden also direkt für den Tag. Und es gibt halt prospektiv diesen Plan für die ganze, der in jeder gruppe aushängt.“ (Pflege\PflegB: 13)

Gerade im Bereich ‚Hygiene‘ scheint es strenge Vorgaben zu geben, auf deren Einhaltung geachtet wird.

„Es gibt halt einen festen Plan, wir haben hier ja auch eine Hauswirtschaftskraft, also, da wird noch zu viel Kontrolle ausgeübt.“ (Pflege\PflegA: 22)

5.3.5 Fehlen von Fremdunterstützung

Das Fehlen von Fremdunterstützung ist ein weiterer hinderlicher Aspekt in Bezug auf die Selbstbestimmung der Menschen, die in der Einrichtung leben. Vor allem mangelt es an Unterstützung durch Fachpersonen. Anliegen wurden nicht angehört, Bitten übergangen und körperliche Beschwerden nicht ernst genommen. Darüber hinaus gestalten Mitarbeitende ihren Kontakt ohne jegliche Kommunikation oder mit nur weniger Kommunikation. Am häufigsten wurde angegeben, dass körperliche Beschwerden – hauptsächlich Schmerzen in unterschiedlichen Ausprägungen und mit unterschiedlichen Lokalisationen – nicht ernst genommen, ignoriert oder nicht weiterverfolgt wurden.

„Dann steht Herr Schwarz plötzlich im Türrahmen. Er spricht undeutlich laut und sagt teilweise unverständlich: ‚... Intensivstation, ... Ich gehe jetzt einkaufen!‘. Frau Gold erwidert energisch und laut: ‚Bitte gehen Sie jetzt!‘. Frau Gold schaut starr ununterbrochen auf den PC. Herr Schwarz lächelt und beginnt erneut undeutlich zu sprechen. Frau Gold dreht sich auf ihrem Bürostuhl um und sagt laut: ‚Labern Sie nicht so einen Dreck!‘ Es ist einen Moment lang still. Dann führt sie fort: ‚Sie sagen Dinge, die keinen Sinn ergeben. Dem Arzt erzählen Sie dies und dann das. Gehen Sie zur Intensivstation und bitten sie dort um Behandlung‘. Sie atmet tief ein. Herr Schwarz sagt: ‚Ok.‘, winkt breit grinsend ab und geht.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Intensivstation: 9-10)

Im Anschluss an das hier zitierte Gespräch erklärte die Fachkraft, warum sie die körperlichen Beschwerden nicht ernst nimmt. Dabei geht es vor allem um persönliche Einschätzungen und Vorurteile. Aber auch in anderen Situationen, in denen körperliche Beschwerden nicht ernst genommen wurden, erklären es die Mitarbeitenden mit tradierte Abläufe und anekdotische Evidenz.

„Frau Gold blickt zu mir und sagt: ‚Der wollte heute Morgen, dass wir eine Verlegung zur Intensivstation veranlassen.‘ und lacht spöttisch.

Sie erklärt weiter, dass sie stark daran zweifelt, dass Herr Weiß körperlich und seelisch krank ist. Ich höre ihr aufmerksam zu und halte Blickkontakt. Sie erklärt mir, dass er aus einer ‚asozialen Familie‘ kommt – jeder kenne seine Familie in Ort. Er habe ‚es nicht anders gelernt‘. Seine Familie sei nach Deutschland gekommen und habe ‚immer nur die Hand aufgehoben‘. Er sei ein Trinker [oder Säufer – ich kann mich nicht mehr an den gewählten Begriff erinnern] und habe seine Frau nicht gut behandelt. Seine Kinder distanzieren sich immer mehr von ihm und seinem Verhalten. ‚Er hat hier [in der Einrichtung] eigentlich nichts zu suchen.‘, sagt sie wütend. Ich frage nach, warum er hier nicht sein dürfe. Frau Gold sagt, dass sie glaubt, dass er nicht krank ist. Wir werden durch einen Telefonanruf unterbrochen.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Intensivstation: 9-10)

„Ich setze mich auf den Stuhl am Tischende und wende mich zu Frau Gelb. Ich frage sie, warum sie glaubt, dass Frau Groß keine Schmerzen hat. Ich scheine sie mit meiner Frage zu überraschen. Sie holt kurz tief Luft und fängt an verschiedene Argumente aufzuführen. Zum einen sag sie, dass die das von den Kolleg*innen so gesagt bekommen hat vor 3 Jahren bei ihrer Einarbeitung. Darüber hinaus kann sie keine Schmerzsignale an Frau Groß feststellen. Sie sagt sie habe kein schmerzverzerrtes Gesicht oder ähnliches und rauchen könne sie ja trotzdem immer. Herr Dingeldey, der ebenfalls wieder am Tisch sitzt, stimmt ihr mit einem leisen ‚ja‘ zu. Ich habe das Gefühl, dass sie dadurch gestärkt wurde und anschließend selbstsicherer im Ton ist. Sie führt fort, dass sie das Gefühl hat Frau Groß würde ‚am Ibuprofen hängen‘ und es eigentlich gar nicht brauchen. Oft sei ihr auch aufgefallen, dass sie es in denen Momenten wolle, wenn andere Bewohner nach Bedarf fragen würden. I“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Betteln: 12)

Allerdings konnte auch beobachtet werden, dass in Krisensituationen wenig kommuniziert wird.

„Frau Gold steht neben ihr und blickt zu Frau Rot hinunter. Sie fragt was los sei. Anschließend beginnt Frau Rot für mich unverständliche Sätze zu sagen. Durch ihr weinen und schluchzen kann ich kein Wort verstehen. Frau Gold sagt ‚Beruhigen sie sich doch. Alles ist gut.‘ Frau Rot schluchzt weiter unverständliche Sätze. Ich gehe wenige Schritte zur Seite und blicke auf das schwarze Brett, dass an der Wand hängt. Ich fühle den Schmerz von Frau Rot nach, mich ergreift das Weinen. Frau Gold sagt: ‚Alles ist gut.‘ Ich habe das Gefühl, dass die Worte von Frau Gold Frau Rot nicht erreichen. Frau Rot reagiert nicht auf das zureden von Frau Gold. Plötzlich höre ich, wie Frau Gold weggeht und drehe mich um. Tatsächlich ist Frau Gold gegangen und Frau Rot sitzt weiterhin weinend im Eingangsbereich.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Allein gelassen: 10)

Auch im Umgang mit der Zigaretteneinteilung werden persönliche Maßstäbe zur Bewertung der Ernsthaftigkeit körperlicher Schmerzen herangezogen.

„Frau Gelb sagt: ‚Würden Sie auch eine Zigarette nehmen?‘ Frau Groß bekommt große Augen und sagt: ‚Ja! Danke Danke Danke!‘ ‚Dann können die Schmerzen ja nicht so schlimm sein.‘, erwidert Frau Gelb. ‚Doch doch, bitte bitte.‘, sagt Frau Groß.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Betteln: 10)

Auch werden Anliegen der Bewohnenden vonseiten der Fachpersonen ignoriert und nicht angehört.

„In diesem Moment kommt Frau Flat um die Ecke und sagt energisch und laut: ‚Sie stehen ja schon wieder in der Tür! Gehen Sie!‘ [Ich habe mich ziemlich erschrocken. Zum einen habe ich sie nicht kommen

sehen und zum anderen kam das ziemlich plötzlich.] Frau Decker bleibt stehen und sagt nichts. Frau Flat begrüßt uns unerwartet freundlich und wir begrüßen sie. [Ich fühle mich etwas überfahren.] Frau Flat sagt: ‚Gehen Sie und setzen Sie sich vorne hin.‘ Sie zeigt in Richtung des Eingangsbereiches, wo eine Sitzecke aufgestellt ist. Frau Decker verlässt den Türrahmen wortlos und verschwindet – nicht in die Richtung, die Frau Flat vorgeschlagen hatte.“
(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Dienstbeginn: 10)

Auch beim folgenden Beobachtungsprotokoll spielt das Übergehen von Bitten eine Rolle. Bewohnende müssen Einwegprodukte mehrfach verwenden.

„Frau Dubel ist dabei, den Rasierer im Spritzenabwurf zu entsorgen, und versucht, den Deckel zu öffnen (den man nach einmaligem Schließen aus Sicherheitsgründen nicht öffnen darf). Frau Decker zieht die Augenbraue hoch und sagt: ‚Ich habe kein Geld. Den kann man öfter benutzen.‘ Sie blickt mich an. Ich habe das Gefühl, dass sie von mir erwartet, dass ich etwas dazu sage. Frau Dubel schaut sich die Klinge des Rasierers genau an, indem sie sich diese näher ans Gesicht hält. Sie sagt: ‚Das ist doch ein Einwegrasierer!‘, und wirft ihn in den geöffneten Abwurf. Frau Decker seufzt leise und geht aus dem Türrahmen in Richtung Speisesaal.“
(Beobachtungsprotokolle\Protokoll Das Aquarium, tippen & Zigaretten: 22)

Nach dieser Situation beschreibt sich die Bewohnerin, Frau Decker, selbst – als ‚armen Ritter‘.

„Dann läuft Frau Decker am Büro vorbei und sagt: ‚Heute Mittag gibt es arme Ritter. Ein armer Ritter bin ich auch.‘“
(Beobachtungsprotokolle\Protokoll Das Aquarium, tippen & Zigaretten: 22)

Auch die gesetzlichen Betreuenden unterstützen die Bewohnenden der Einrichtung nicht. Die Verhältnisse zwischen den gesetzlichen Betreuenden, den Fachpersonen sowie den Bewohnenden sind unterschiedlich. Negative Erfahrungen hängen vor allem mit der Untersagung alltäglicher Aktivitäten zusammen und damit, dass die Bewohnenden, laut den Mitarbeitenden, kein Gespür für die Bedürfnisse der Bewohnenden haben.

„Es spricht immer noch eine Person mit und der schränkt natürlich die Selbstbestimmung immens ein und es ist wahnsinnig schwer. Ich weiß jetzt gar nicht so, hier gibt es niemanden ohne Betreuer, die haben alle einen Betreuer. [I: Und wie sind die so?] Die sind auch total, also, da gibt es welche, da haben wir auch versucht, die Betreuung zu wechseln, weil, also, ich kann das gar nicht beschreiben. Dragoner, die haben mich überrollt. Die waren unverschämt, die waren, also, da durften die Leute auch hier gar nichts, die haben ja alles unterbunden. [I: Kannst du mal genauer erzählen, was du damit meinst?] Die waren richtig aggressiv. Die kamen her, wenn jemand dann gesagt hat: ‚Ja, er möchte jetzt einen Ausflug machen oder so.‘ Dann: ‚Kommt nicht infrage, die holt sich nur wieder was zu essen.‘ Wortwörtlich, die hat wirklich in unserem Beisein gesagt: ‚Die wird immer fetter in unserem Beisein, das wird sowieso nichts mehr mit der. Die wird sie [sich?] schneiden bis an ihr Lebensende.‘ So in diesem Ton. Dann gibt es Betreuer, die kenne ich überhaupt nicht, die waren noch nie hier. Die schicken uns alles, was sie, ich meine, klar, die kriegen natürlich nicht viel bezahlt für das, was hier, weil das meiste machen eh wir. Aber es gibt natürlich auch Bewohner, die lehnen die völlig ab, die dürfen gar nicht das Haus betreten, die möchten keinen Besuch.“ (Pflege\PflegC: 24)

Auch der fehlende Austausch mit den gesetzlichen Betreuenden wurde in den Interviews angesprochen. Dieser führt, wie im obigen Beispiel beschrieben, zu einer Einschränkung der Selbstbestimmung.

„Ein Betreuer super Sache, aber die agieren hinter verschlossenen Türen, das ist was, was ich auch kritisch beäuge. Also ich finde, man muss sie miteinbeziehen.“ (SozialArb\SozArbA: 22)

Als Beispiel kann der geplante Auszug eines Bewohnenden aufgezeigt werden. Das multiprofessionelle Team der Einrichtung und der Bewohner haben beschlossen, dass er ausziehen kann. Es wurden alle notwendigen Planungen (auch mit Unterstützung der Angehörigen) vorgenommen und eine Wohnung wurde gefunden.

„Plötzlich klingelt sein Telefon, er läuft in sein Büro und telefoniert. Ich nehme wahr, dass die Betreuerin von Herrn Yildirim angerufen hat. Während des Telefonats merke ich, dass sie mit dem Datum des Auszuges nicht einverstanden ist. Als das Telefonat beendet ist, bestätigt Herr Hahn mir diese Information. Ich frage nach, wie es dazu kommt. Sie ist nicht für diesen Bereich zuständig, allerdings äußert sie wohl klar, dass sie diesen Auszug nicht mitträgt und die Betreuung für den Fall eines Auszuges vor Frühjahr 2023 beende.“ (Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll "Auszug": 10)

5.3.6 Finanzielle Situation

Die Armut schränkt die Bewohnenden in ihrer Selbstbestimmung ein. Das fängt bei alltäglich anfallenden Punkten wie der Körperpflege und der Lebensmittelversorgung an und zieht sich durch das gesamte Leben.

„[A]lso zum einen reicht es vom Taschengeld nicht. Sie können sich das für den Monat gar nicht leisten, was sie rauchen würde...“ (Heilerziehungspflege\HepA: 8)

Allerdings sind manche Mitarbeitende auch der Meinung, dass die Bewohnenden über die Sozialhilfe finanziell ausreichend abgesichert sind und dieses Geld selbstbestimmt ausgeben können.

„Durch die Sozialhilfe sind die Menschen, die hier leben in der Einrichtung finanziell gut abgesichert. Ja, und in den verschiedensten Bereichen ihr Geld und selbstbestimmt auszugeben. Das geht vom, los über das Kleidergeld bis hin zu Freizeitmaßnahmen.“ (Pflege\PflegB: 15)

Ein*e Mitarbeiter*in berichtete, dass sich im Laufe der Zeit und durch die neue Gesetzgebung Veränderungen bezüglich der Kostenübernahme ergeben haben.

„Darüber hinaus wenn Bewohner äußern sie möchten gerne mal in den Zoo fahren? Dann ist es bei uns immer, ist nie ein Problem gewesen. Kostentechnisch gibt es natürlich, da oft Hindernisse seit der Umstellung auf das Bundesteilhabegesetz. Das kann man auch ganz klar sagen, dass es da manchmal Probleme gab, aber letzten Endes, wenn der Klient mal fünf Euro dazu zahlen muss, ist einfach mal so...“ (SozialArb\SozArbA: 18)

Die Fachpersonen der Einrichtung behalten zudem Geld ein, wenn die erforderliche Körperpflege nicht erbracht wurde.

„Ich lese die Notizen am Notizbrett neben der Tür und möchte Frau Gold nicht beim Tippen stören. Mir fällt ein laminiertes Papier besonders auf. Auf diesem steht geschrieben: ‚Herr Schaf: Duschen Dienstag und Donnerstag. Wenn nicht bekommt er 10€ Taschengeld/Woche abgezogen. Prozessbegleiter Herr Reiter‘.“ (Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Intensivstation: 8)

Einige der Bewohnenden werden kreativ, um sich Geld zu erarbeiten, aber von anderen diesbezüglich eingeschränkt.

„Herr Schwarz sammelt Pfandflaschen, um das Pfand auszulösen. Argumente, die dagegen aufgeführt werden, sind Hygiene in Beziehung zur Pandemie und die Außenwahrnehmung der Einrichtung. Darüber hinaus hat der Kostenträger angekündigt, die Leistungsbezahlung einzustellen, wenn er nicht regelmäßig in der WfbM arbeiten geht. Ein weiterer Aspekt ist, dass er beim gegenüberliegenden Bäcker die Straße kehrt und die Sonnenschirme aufspannt – im Gegenzug erhält er dort dann Kaffee und Brötchen.“

(Beobachtungsprotokolle\Beobachtungsprotokoll Intensivstation: 13)

Bezüglich der Lebensmittelversorgung werden falsche finanzielle Anreize gesetzt, so schilderte ein*e Mitarbeiter*in. Diese schränkten die Bewohnenden in ihrer Selbstbestimmung ein.

„Hinderliche Aspekte sind ganz klar Kostenangelegenheiten [...]. Also, ein konkretes Beispiel ist: Für unser Essen in der Klinik gibt es für den Tag eine Pauschale von fünf Euro zwölf für den ganzen Tag. Das heißt, das Frühstück ist in dem Fall zweiundachtzig Cent. Außerhalb der Einrichtung könnte man wahrscheinlich für zweiundachtzig Cent sich nicht ausgiebig ernähren zum Frühstück, während man in der Einrichtung dafür sehr viel bekommt. Das heißt aber auch im Umkehrschluss, eine Person wird quasi schon dazu verleitet, wenn sie ein bisschen monetäres Denken hat, dass sie halt in der Einrichtung isst. Und das ist nicht Selbstbestimmtheit, aber die selbst stellt die Selbstständigkeit. Und das ist ja ein großer Faktor, der selbstbestimmte Wege vorerst mal selbstständig wird und auch handeln und unser und das halt. Für alle Mahlzeiten, letztendlich auch für drei Euro Mittagessen, wird es mittlerweile schon schwierig. Und ich glaube, dass das ein Problem ist, dass man da halt viele Menschen dann schon irgendwo mehr oder weniger, wie soll ich das sagen, in die Richtung schiebt sozusagen, bei uns zu essen. Einfach, weil sie es nicht leisten können, einfach, weil die Kosten als [halt?] so schwer sind.“

(SozialArb\SozArbA: 12)

Manche Bewohnende haben aus diesem Grund wieder aus der Selbstversorgung zur einrichtungsbezogenen Versorgung gewechselt.

„Oder die sagen so nein habe ich keine Zeit für, ist mir zu teuer oder sonstwas [I: Gibt es das?!] und dann halt einfach die nicht kochen ja. Also zum Beispiel die Frau Moos, die war in der Selbstversorgung und ist jetzt tatsächlich wieder rausgegangen, weil sie gesagt hat, sie kommt damit gar nicht klar mit dem Einkaufen. Geld einteilen muss ja auch dafür den ganzen Monat reichen und so viel ist es nicht ich glaube 158€ Monat, ist ja nicht wirklich viel mittlerweile. Und die ist dann tatsächlich nach 2 Monaten einfach wieder raus gegangen und isst jetzt wieder bei uns mit. Also das geht, die Möglichkeit gibt natürlich auch.“
(Pflege\PflegD: 12)

5.3.7 Das professionelle Team

Einfluss auf die Selbstbestimmung der Menschen in der Einrichtung haben die Mitglieder des professionellen Teams – unabhängig von dem zuvor genannten Ergebnis, dass Bewohnende keine Fremdunterstützung von Mitarbeitenden erhalten.

5.3.7.1 Negative Erfahrungen im Spannungsfeld

Die Mitarbeitenden sind geprägt durch negative Erfahrungen, die aus dem Spannungsverhältnis von Selbstbestimmung und Fürsorge resultieren, was dazu führt, dass die ‚Fürsorgefraktion‘ überwiegt.

„Dann habe man Ihnen gesagt, jetzt seid ihr Gemeindepsychiatrie und nun steht Teilhabe und Autonomie im Vordergrund. Dies habe man auch umzusetzen versucht. Dabei sei ein Mann dann ‚total unter die Räder gekommen‘ Er sei dann an den Folgen gestorben. (Was genau passiert ist war nicht herauszubekommen).“
(Beobachtungsprotokolle\Protokoll Autonomie und Fürsorge: 24)

„Am Ende überwiegt oft die Fürsorge, aber es gibt auch die ‚Autonomiefraktion‘, es scheint die Sorge zu bestehen, dass das Team an diesem Konflikt zerbricht.“ (Beobachtungsprotokolle\Protokoll Autonomie und Fürsorge: 28)

Die Erfahrung hat Auswirkungen auf die heutige Einstellung der Mitarbeitenden zu Selbstbestimmung.

„Dann habe sie miterleben müssen, dass Autonomie auch dazu führt sich selbstbestimmt Schaden zuzufügen, das habe sehr geschmerzt. Heute sei sie oft auf der ‚Fürsorgeseite‘.“ (Beobachtungsprotokolle\Protokoll Autonomie und Fürsorge: 24)

Die Einstellung der Mitarbeitenden ist geprägt von einem tradierten und überfürsorglichen Professionsverständnis.

„Das ist klar, aber ansonsten nicht und ich denk es hängt wirklich nur so an der Einstellung, dass viele so sofort ja man kann die doch nicht ins Unglück rennen lassen man kann die doch nicht vor die Hunde gehen lassen.“ (Pflege\PflegC: 22)

„Aber hier im Haus denke ich irgendwie wirklich nur an diese einzelnen unterschiedlichen Vorstellungen. Ja, die meisten würde die wahrscheinlich lieber ein Leben lang. Betütele. Wenn sie nicht ordentlich frisiert sind, die Haar schneide, die Fingernägel schneide. Jeden Tag 3 Leute duschen, so wie man das so kennt. Von früher also in einem Zimmer anfangen, so war das du am Anfang hier. Erdgeschossbereich Dusche 3 Zimmer ja soweit ist und das ist bei vielen so immer noch diese Vorstellung und.“ (Pflege\PflegC: 22)

5.3.7.2 Umgang mit Fragestellungen im Spannungsfeld

Die Art, in der im Team Themen mit und ohne Selbstbestimmungsbezug besprochen werden, ist ebenfalls aufschlussreich. Ob es überhaupt Teambesprechungen gibt und wie diese durchgeführt werden, wurde der Autorin dieser Arbeit zunächst nicht mitgeteilt.

„Die Fragen nach Teamsitzungen wurden zunächst von Fachpersonen mit Aussagen wie ‚haben wir hier nicht‘ beantwortet. Auch die Begründung ‚wir sprechen doch jeden Tag bei der Übergabe‘ hörte ich einige Male. Ich hatte das Gefühl, abgewimmelt zu werden – bis zu dem Tag, an dem ich ein Teamsitzungsprotokoll auf dem Tisch im Pausenraum sah. Ich sprach die Leitungskraft konkret darauf an, dass ich gerne das nächste Mal daran teilnehmen möchte, und wurde prompt für den 15. November eingeladen. Die Leitung (Frau Müller) bot mir sogar an, wenn der Termin nicht passe, die Teamsitzung zu verschieben. Ich stimmte dem ursprünglichen Termin zu und bedankte mich dafür. Frau Müller sagte, dass sie die Teamsitzung ‚eh schon protokolliert habe‘.“ (Beobachtungsprotokolle\Protokoll Teamsitzung: 7)

Die terminierten Teamgespräche werden nur von wenigen Teammitgliedern wahrgenommen. Begründungen dafür sind die COVID-19-Pandemie-bezogene Regulatorik der Einrichtung und der Aufwand, der anfällt, um an einem freien Tag für eine Stunde in die Einrichtung zu kommen.

„Frau Müller beginnt damit, dass sie anmerkt, dass nicht viele Teammitglieder da sind.“ (Beobachtungsprotokolle\Protokoll Teamsitzung: 13)

Auch die Mitarbeitenden erwähnten, dass ihnen der Austausch und die Konsenssuche im Team fehlen.

„Primär denke ich schon, mir fehlt [...] dieser Teamaustausch, der fehlt mir tatsächlich halt auch auf einem bestimmten Niveau, dass man sich gegenseitig, also, unterstützt also hier war jetzt auch wieder so eine Handlung ich merk das immer weil wir sind ja hier da und wir müssen uns einfach von den verschiedenen Bereichen unterstützen. Auch nochmal nur die Leute hier vom Pfllegeteam sind. Das man immer einen Konsens hier hat und dann auch gemeinsam bespricht.“ (Pflege\PflegA: 22)

Aus der Kultur und der Haltung ergeben sich, wenn es zum Austausch kommt, für die Teammitglieder negative Erfahrungen. Das führt dazu, dass Themen, mit oder ohne Bezug zu Selbstbestimmung, nicht besprochen werden.

„Weil. Ja, dieses beleidigte also, dass ich glaube, das ist auch ein Frauenproblem. Männer sind da oft nicht so extrem, also das ist wirklich. Ich weiß nicht, ob ein Klischee ist, aber dieses beleidigte ‚dann mach ich gar nix mehr‘ [...] Da habe ich dann zwischendrin gedacht „Oh Gott eh es jetzt wieder eskaliert soll sie halt die Krankmeldung da hin fahren“ also das war Wahnsinn was hier. Es hat mich auch sehr mitgenommen. Das erste halbe Jahr war ich fix und fertig, weil ich, weil ich nicht verstehen konnte und weil ich so das Gefühl hatte. Dass vorher... Dinge, die mich auch geärgert haben, wo ich dann gesagt habe, könnten wir mal diese oder jenes ansprechen, das wird sich angehört, aber nie angesprochen. Der nächste kam mit was anderem, ich habe mir halt vorgenommen, wenn du mir einer kommt und sagt das und das stört mich werde ich das Ansprechen und dann hat es halt gewaltig geknallt, weil dann halt viele beleidigt waren, obwohl ich jedes Mal gesagt habe es geht jetzt nicht um richtige oder falsche Meinung könne man nicht jetzt darüber diskutieren. Was ist hier überhaupt das Ziel und wie können wir es erreichen. Wir wollen ja im Prinzip des selbe? Dass die Leute sich wohlfühlen? Und nicht vor allem nicht gegängelt fühlen und nicht so von oben herab. Aber das war sehr schwer. Ist es immer noch.“ (Pflege\PflegC: 10)

„Ich würde mir persönlich wünschen, dass es, ich will das Wort ‚professionell‘ nicht nehmen, dass mehr miteinander und ... wertschätzender miteinander in den einzelnen Berufsgruppen umgegangen wird. Und auch nach außen hin, wir sind dann auch immer bisschen außen vor, wir sind so in unserem Bereich. Hatte ich jetzt auch hier und da. Und da hatte ich auch das Gefühl, wir sind so hmhm, wir können das so, ah, so das Wertschätzende prinzipiell, das überträgt sich dann auch auf das ganze Konzept.“ (Pflege\PflegA: 32)

Innerhalb des Teams herrschen verschiedene Einstellungen und Betrachtungsweisen, was immer wieder zu Unstimmigkeiten und Konflikten im Zusammenhang mit der Selbstbestimmung der Bewohnenden führt.

„Also von daher finde ich es hier schwierig, ist es im Zusammenwirken mit denen verschiedene Einstellungen des Personals, was da jeder zu tun hat, versteht“ (Pflege\PflegC: 6)

„Ich würde sagen, das hängt rein am Personal. Die Einschränkungen liegen an den verschiedenen Berufsauffassungen, also, weil bei. Ich hoffe, dass das jetzt bei den Jüngeren, die ja hier Ausbildung gemacht haben und sich bewusst für den Bereich entschieden haben, dass es da anders wird. Aber der sind halt viele Krankenschwestern sowie mehr als früher und dann geht es, das haben die ja eingebläut gekriegt.“ (Pflege\PflegC: 22)

„„Alex, hast du mal ’ne Zigarette für mich?“ Frau Dubel hört dies ebenfalls und schreit laut: ‚NEIN!‘ Herr Hahn sagt nichts. Ich höre seine Schritte auf uns zukommen – er trägt neue Turnschuhe, die auf dem Boden quietschen. ‚Das ist dann wohl meine Schuld‘, sagt er. ‚Ich habe ihr sonst um 9 Uhr, nach der Morgenrunde, auch immer eine gegeben‘, fügt er hinzu und zieht dabei die Schultern leicht nach oben.

Frau Dubel reagiert nicht darauf. Ich spüre aber, dass sich ein Konflikt anbahnt. Herr Hahn verlässt das Büro und Frau Dubel tippt.“
(Beobachtungsprotokolle\Protokoll Das Aquarium, tippen & Zigaretten: 20)

5.3.7.3 Klinisch geprägte Einstellungen und Kompetenzen

Die Einstellungen der Mitarbeitenden sind eng mit ihren Kompetenzen verknüpft, die wiederum überwiegend klinisch geprägt sind.

„Vor unserem Gespräch fand die Übergabe vom Frühdienst an den Spätdienst statt. Wir durften diesem Austausch beiwohnen. Die ausgetauschten Informationen waren stark medizinisch geprägt, z. B. Urinkontrollen und Blutentnahmen.“
(Beobachtungsprotokolle\Protokoll Autonomie und Fürsorge: 14)

„Sie fragt die Anwesenden, wie sie die Beziehungsgestaltung aus ihrer Perspektive beurteilen. Frau Widmer-Bruch antwortet prompt. Sie beschreibt erst kurz in der Einrichtung zu sein und hier zunächst ganz neue Perspektiven der Beziehung erst lernen zu müssen. In der Neurologie haben medizinische Fragen im Vordergrund gestanden.“
(Beobachtungsprotokolle\Protokoll Autonomie und Fürsorge: 19)

Die Mitarbeitenden berichteten, dass bei der Eröffnung der Einrichtung klinisch geprägte Mitarbeitende und Bewohnende zusammengestellt wurden. Dieser Paradigmenwechsel von Klinik zu Einrichtung habe sie überfordert.

„Es habe sich herausgestellt, dass diese abrupte Wandlung Mitarbeiter und Psychiatrieerfahrene überfordert habe.“
(Beobachtungsprotokolle\Protokoll Autonomie und Fürsorge: 24)

Die unterschiedliche fachliche Kompetenz führt laut den Mitarbeitenden auch zu Konflikten im Team, durch die wiederum die Selbstbestimmung der Bewohnenden eingeschränkt werde.

„Ein anderer Aspekt ist einfach die Fachlichkeit von vielen Mitarbeitenden. Wir wurden ja alle verschieden sozialisiert und da. Manche sind Mütter von Kindern, manche sind Alleinstehende und noch um zwanzig, was auch immer so ein Teamgefüge ist, natürlich schön multiprofessionelles, auch super, aber manchmal kommt es halt da auch zu Auseinandersetzungen, weil manche Personen halt dann denken, sie müssten über den Kopf der Klienten hinaus entscheiden, was das Beste für sie wäre. Was aber halt einfach auch teilweise zu der Fachlichkeit dazugehört einfach, weil man ja auch verschieden sozialisiert ist und dadurch die Erfahrungen von seinem eigenen Leben weitergeben möchte. Aber das ist ja auch kontraproduktiv für die Selbstbestimmtheit, auch selbst Erfahrungen zu machen, die vielleicht negativ sind, kann man ja für die Person nicht entscheiden.“
(SozialArb\SozArbA: 12)

Auch das Verständnis von Selbstbestimmung wurde im Kontext der Fachlichkeit angesprochen und kritisch beleuchtet.

„Dazu führt, dass ein Mangel an Selbstbestimmtheit bei den Personen existiert, weil man dann gegebenenfalls Entscheidungen trifft für die Person, weil man das Konstrukt, die, der Selbstbestimmtheit von dieser Person nicht ganz durchblicken kann, während man leicht, hätte man mehr Zeit und mehr Möglichkeiten, sich mehr auf die Person einlassen kann und dann auch versteht, aber zumindest ansatzweise verstehen kann, wie die Person das haben möchte. Nicht, warum es so ist, ist, können wir nicht nachvollziehen. Aber zumindest verstehen können, wie die Person das haben möchte und wie die Person ihre Selbstbestimmtheit versteht, und dann danach uns auch richten.“
(SozialArb\SozArbA: 32)

Ein*e Mitarbeiter*in schlug vor, den Fokus der Mitarbeitenden mehr auf Selbstbestimmung zu richten, damit die Entscheidungsfindung bei Dilemmata einheitlicher erfolgt.

„Was sich ändern könnte, wäre, dass der, sich der Blickwinkel vom Personal mehr in Richtung Selbstbestimmung öffnen müsste. Es gibt die, sind nicht so bereit dazu, andere sind etwas mehr bereit dazu. Es ist halt notwendig, dass halt dann alle an einem Strang ziehen.“
(Pflege\PflegB: 47)

Wichtig scheint den interviewten Mitarbeitenden zu sein, dass die Bewohnenden umfassende Informationen zu ihren somatischen Erkrankungen erhalten, gerade dann, wenn es um unvernünftige Entscheidungen geht.

„Das ist jetzt heute aktuell eingetreten. Wir haben ja mehrere, die einen Diabetes haben und die Medikamente nicht gerne regelmäßig nehmen möchten und sich nicht an die Diätvorschriften halten, die extrem viel Süßes konsumieren ähm, wo jetzt auch die Geschichte so ist, dass der Blutzucker recht hoch ist, ziemlich hoch ist. Wir haben aber schon alles ausgereizt, haben auch ihre Erklärungen bekommen. Da gibt es ja auch eine Diabetologie. Die ja auch die ganzen ... die Zuckerkrankheit, direkt nochmal die Informationen lernen, selbstbestimmt damit umgehen, wie sie kochen können.“ (Interviews\PflegA: 10)

5.3.7.4 Stigmatisierung und Diskriminierung durch Mitarbeitenden

Die Bewohnenden werden von den Mitarbeitenden stigmatisiert und diskriminiert. Das wird dann sichtbar, wenn Mitarbeitende Bewohnende ungerecht behandeln.

„Plötzlich steht Herr Schwarz in der Tür. ‚Ich habe alles sauber gemacht!‘, sagt er und grinst dabei. ‚Haben Sie auch den Tisch abgewischt?!‘, entgegnet Frau Dubel. Bei mir kam das vorwurfsvoll an.

Herr Schwarz dreht sich um und geht. ‚Ich kontrolliere!‘, legt sie laut nach.“ (Beobachtungsprotokolle\Protokoll Das Aquarium, tippen & Zigaretten: 13)

Ein*e Mitarbeiter*in sprach darüber, dass unerwünschtes Verhalten oft darauf beruhe, dass die Menschen Aufmerksamkeit bräuchten. Indirekt unterstellte sie ihnen damit manipulatives Verhalten.

„... [W]eil, sie ist auch so, sie brauchen die Aufmerksamkeit und macht das auch viel deswegen. Ich sage, nicht nur, das glaube ich nämlich nicht, aber es ist viel wegen der Aufmerksamkeit.“ (Heilerziehungspflege\HepA: 24)

Auf die Frage nach der Ungleichverteilung der Möglichkeit zu Selbstbestimmung antwortete ein*e Mitarbeiter*in, dass diese von der medizinischen Diagnose abhängig sei.

„Ich glaub, die machen das wirklich so ein Stück weit auch vom ich sag jetzt nicht vom Behinderungsgrad, aber vom Krankheitsbild abhängig.“ (Heilerziehungspflege\HepB: 8)

Ein*e Mitarbeiter*in wies am Beispiel der Zimmerhygiene auf die unprofessionelle Sprache in der Dokumentation der Einrichtung hin:

„Und dann stand da ‚Entspricht... Zimmerhygiene entspricht nicht dem üblichen Standard.‘ Dann dachte ich was ist der übliche Standard? Also der ist bei uns ist ja viel festgelegt. Auch im Intranet nicht. Es gibt ja für alles Leitlinien, Konzepte und sonst noch. Es gibt keinen üblichen Standard, da hat jeder auch einen eigene. Und dann als Nachsatz ‚Das Zimmer ist eine Katastrophe.‘ Das war für mich, wo ich dachte, das geht gar nicht, das geht nicht in der Helferrunde das ist wertend. Was ist für wen eine Katastrophe?“ (Pflege\PflegC: 8)

Zudem beschrieben die Mitarbeitenden maximale Selbstbestimmtheit, auch bei potenziell schädlichen Handlungen oder Unterlassungen.

„Jetzt Marx zum Beispiel, der klar, der selbstbestimmt in dem Moment. Er tut aber das und das tut ihm ja in dem Moment auch nicht gut, wenn er da gar nichts macht. Also, er nimmt keine, keine Therapien teil. Der kommt zum Essen herunter, das war es dann aber auch schon und [ist] sonst den ganzen Tag nicht zu sehen. Die gesundheitlichen Aspekte sind ihm dabei egal, die nimmt er nicht wahr oder möchtest du nicht wahrnehmen. Das ist dann wieder zu viel Selbstbestimmung, finde ich, wo man. Also, das muss so die ausgeglichene Waage sein.“ (Heilerziehungspflege\HepB: 6).

Ein*e Mitarbeiter*in der Einrichtung vertritt die Ansicht, dass es den richtigen Umgang mit dem Ausmaß an Selbstbestimmung nicht gibt.

„Aber ist diese Intervention jetzt im Sinne der Selbstbestimmung oder ist es ein Eingriff in die Bestimmtheit? Das sind einfach Sachen, die, die kann einem aber auch keiner pauschal erklären. Das ist sehr individuell und ich glaube, das ist [...] einfach noch ein großer, großer, langer Weg, bis man das mal festlegen kann, geschweige denn. Kann man das überhaupt festlegen? Das war eine Frage, weil es halt einfach so individuell ist. Man kann nicht für Hans Peter und für die eher mal das Gleiche entscheiden, das funktioniert nicht.“ (SozialArb\SozArbA: 24)

6. Kritische Reflexion

Auf Grundlage der gegenwärtigen hochschulischen und gesellschaftlichen Ereignisse werden in diesem Kapitel die Methoden und die Inhalte kritisch reflektiert.

Die Wissenschaftlichkeit des qualitativen Forschungsansatzes wird aufgrund seines subjektiven Charakters kritisiert. Diese subjektiven Ansätze sollen im Folgenden reflektiert werden, was zu einer höheren Validität und Übertragbarkeit der Daten führen

soll. Nach Kalitzkus gilt es, folgende Bereiche des Forschungsprozesses zu reflektieren, um größtmögliche Transparenz zu erreichen:

- das theoretische Vorverständnis
- die biografische Positionierung des/der Forschenden
- die Interaktion und Beziehung im Forschungskontext
- das subjektive Befinden bzw. die emotionale Ebene des/der Forschenden
- die Dokumentation des Analyseprozesses (vgl. 2005)

Das theoretische Vorverständnis der Autorin dieser Arbeit bildet die Grundlage für die Auswahl der Untersuchungseinheit und der Fragestellung. Diesbezüglich ist sowohl die außeruniversitäre Ausbildung zur Pflegefachperson als auch das Studium der klinischen Expertise in Gesundheit und Pflege, das von 2014 bis 2020 absolviert wurde, anzuführen. Darüber hinaus ist die Berufserfahrung in Dienstverhältnissen und Praktika zu nennen. Die Tätigkeit in verschiedenen stationären psychiatrischen Settings und der ambulanten Behindertenhilfe sowie Praktikumsprojekte zu offenen Türen in der Akutpsychiatrie und zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) im hessischen Landtag stellen eine Grundlage dar. Darüber hinaus war die Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt ‚VISION-RA‘ richtungsweisend für das theoretische Vorverständnis der Autorin.

Die Beobachtungsprotokolle wurden von der Forschenden verfasst. Das bedeutete für die Autorin dieser Arbeit die Herausforderung, sich vom Forschungsgegenstand abzugrenzen. Die teilnehmende Beobachtung erfordert Unvoreingenommenheit und Distanz. Durch die aktive Teilnahme am Alltag und die regelmäßigen Begegnungen mit Teilnehmenden entstanden soziale Beziehungen. Auch das subjektive Befinden und die emotionale Ebene der Forschenden beeinflussten den Forschungsprozess (vgl. Kalitzkus, 2005). Das Forschungsthema ‚Selbstbestimmung‘ und das Hervorheben der Andersartigkeit der Bewohnenden erhöhten die Distanz zu den Menschen. Die Arbeit der teilnehmenden Beobachter*innen wurde durch die regelmäßige Supervision eines Projekt-externen Supervisors sowie durch Kolleginnen und Kollegen unterstützt. Dabei lag der Fokus auf der Reflexion eigener Einstellungen, Gedanken und Gefühle im Forschungsprozess. So konnten eine fehlerhafte Informationsverarbeitung und die Vermengung subjektiver Bewertungen und objektive Beschreibungen eingedämmt werden (vgl. Bourdieu, 1998).

Darüber hinaus ist als Einschränkung dieser Arbeit anzumerken, dass für die Untersuchung nur eine Einrichtung ausgewählt wurde. Es bleibt offen, ob die Ergebnisse lediglich auf der Kultur dieser Einrichtung basieren. Diese offene Frage ist der begrenzten Zeit aufgrund der Schließung der Fakultät und der COVID-19-Pandemie geschuldet. Die Schließung der Fakultät hatte zur Folge, dass nur drei Jahre für die Fertigstellung der Arbeit genutzt werden konnten. Durch die COVID-19-Pandemie durften besondere Wohnformen nur durch Bewohnende und Mitarbeitende betreten werden. Aufgrund der Kontaktminimierung wurde dann entschieden, nur eine Einrichtung einzubeziehen. Dennoch konnte eine Vielzahl der Mitarbeitenden für Interviews gewonnen werden. Eine Saturierung ist anzunehmen und es konnten wertvolle Ergebnisse präsentiert werden. Das Datenmaterial wurde konsistent, exakt und widerspruchsfrei ausgewertet. Es wurden klare Interpretationsregeln festgelegt und der Forschungsprozess wurde dargelegt. Dies stellt die Nachvollziehbarkeit der vorliegenden Arbeit sicher. Durch den regelgeleiteten Interpretationsprozess lassen sich die Ergebnisse überprüfen. Aufgrund des regelmäßigen Austausches mit anderen Fachexperten über das Datenmaterial kann angenommen werden, dass die Übertragbarkeit der Interpretationen gegeben ist.

7. Deutung und Diskussion der Ergebnisse

Die strukturierte Inhaltsanalyse von Mayring wurde auf das gewählte Datenmaterial aus Interviewtranskripten und Beobachtungsprotokollen angewendet. Anhand der Ergebnisse wird deutlich, dass die Frage nach der Selbstbestimmung der Bewohnenden aus der Perspektive der Mitarbeitenden in der Einrichtung unterschiedlich betrachtet werden kann.

7.1 Verständnis der Mitarbeitenden von Selbstbestimmung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zum Verständnis der Mitarbeitenden in Bezug auf die Selbstbestimmung von Bewohnenden in ihrer Einrichtung diskutiert.

7.1.1 Definition der Mitarbeitenden von Selbstbestimmung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeitenden der Einrichtung Selbstbestimmung als die Möglichkeit, über sich selbst zu entscheiden, verstehen. Sie nannten beispielhaft, wann, wo oder wie Bewohnende eine bestimmte Handlung durchführt oder Entscheidungen für sich und sein Leben trifft. ‚Über sich selbst entscheiden‘ ist eine einfache, verkürzte Umschreibung sowie oberflächliche Definition von Selbstbestimmung. Die Mitarbeitenden gingen gleichzeitig nicht auf (berufs-)rechtliche Aspekte der Selbstbestimmung ein. Die Ursache für dieses Antwortverhalten könnte in der Verfügbarkeitsheuristik liegen. Den Mitarbeitenden fehlt möglicherweise präzises Wissen, was zu einem Urteilsfehler hinsichtlich des Wissens zu Selbstbestimmung führt. Das könnte wiederum zur Folge haben, dass die Mitarbeitenden das Recht auf Selbstbestimmung nicht im Blick haben und dieses den Bewohnenden im schlimmsten Fall verwehren.

Interessant ist auch die Aussage einer Fachperson, die die Selbstbestimmung aller Menschen als durch Gesellschaft, Öffentlichkeit sowie Arbeitgeber eingeschränkt betrachtet und angab, dass es ‚ganz viel Selbstbestimmung‘ nicht gebe. Dabei handelt es sich um einen Fehlschluss, der aus unlauteren Verallgemeinerungen resultiert. Nur weil ein Teil der Menschen in ihrer Selbstbestimmung von anderen eingeschränkt wird, bedeutet das nicht, dass alle Menschen lediglich begrenzt selbstbestimmt sind.

Interessant für zukünftige Forschung ist, inwieweit vertiefende Kenntnisse zur Selbstbestimmung in Aus-, Fort- und Weiterbildungen von Fachpersonen in der Gemeindepsychiatrie eingebracht werden können, um ein besseres Verständnis und eine bessere Förderung zu ermöglichen. Ziel ist eine autonomiefokussierte Haltung.

7.1.2 Durch die Mitarbeitenden gesetzte Grenzen der Selbstbestimmung

Neben der eigenen Definition zeigten die Mitarbeitenden auch die Grenzen von Selbstbestimmung auf. Diese sind laut den Mitarbeitenden mit dem Prinzip der Schadenvermeidung verbunden. Die Selbstbestimmung endet an dem Punkt, an dem die Bewohnenden sich selbst oder andere zu Schaden kommen (könnten). Die Ursache für diese Grenzziehung liegt möglicherweise in den allgemeinen Grenzen von Selbstbestimmung, wie sie von Waldschmidt (2012) formuliert wurden. Allerdings fehlen

bei dieser Definition die Grenzen der Fähigkeit zur Selbstbestimmung und die Fremdbestimmung des Willens, die aufgrund von Krankheitssymptomen, Diskriminierung, Stigmatisierung und Wirkungen von Behandlungen vorgenommen wird. Eine Folge der Grenzziehung ausschließlich auf Basis von Schäden kann die Einschränkung der Selbstbestimmung durch überfürsorglichen Zwang sein. Dieser überfürsorgliche Zwang kann seinen Ursprung auch im ‚Ich bin als Fachkraft verantwortlich‘-Phänomen nach Rock (1996) haben und weniger zu rationalen als vielmehr zu persönlichen Entscheidungen führen. Es ist Aufgabe zukünftiger Forschungsprojekte, herauszufinden, wie diese falsch verstandene Verantwortung von Fachpersonen aufgelöst und ihr Selbstbewusstsein hinsichtlich ihrer Fähigkeiten gestärkt werden kann.

7.1.3 Problembewusstsein für Fremdbestimmung in stationären Wohnformen

Die Mitarbeitenden erzählten, dass in Einrichtungen immer durch andere (mit-)bestimmt wird. Hervorzuheben ist, dass die Mitarbeitenden in Bezug auf die nicht mögliche Selbstbestimmung von Bewohnenden in besonderen Wohnformen ein Problembewusstsein besitzen. Problematisch ist dieses Ergebnis, wenn bedacht wird, dass die Bewohnenden meist keine Wahl hatten, ob sie in eine Einrichtung einziehen. Das Problembewusstsein der Mitarbeitenden kann zur Folge haben, dass sie aufgeben, die Selbstbestimmung zu fördern, weil diese von vornherein nicht möglich war. In diesem Fall würden sich Ohnmacht und Resignation verbreiten. Möglicherweise haben die Mitarbeitenden auch einen institutionalisierten Blick auf besondere Wohnformen und nehmen die Möglichkeiten der Selbstbestimmung nicht (mehr) wahr.

Wie Brolin et al. (2016) im Zusammenhang mit ihrer Studie festhalten, verlieren Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die in Einrichtungen leben, ihre Selbstbestimmung. Erleben Fachpersonen, dass sie der professionell-fachlichen bzw. berufsethischen Perspektive nicht entsprechen können, führt dies zu moralischem Stress (vgl. Epstein & Hamric, 2009). Mehr als 80 % der Bewohnenden besonderer Wohnformen äußerten den Wunsch, nicht in einem Heimsetting zu leben (vgl. Richter & Steinhart, 2016). Die Aussage der Mitarbeitenden lässt auch annehmen, dass weder die UN-BRK noch das BTHG aus Perspektive der Mitarbeitenden umgesetzt wurde bzw. werden kann. Auch der UN-Fachausschuss kam zu dem Ergebnis, dass ein

selbstbestimmtes Leben nur außerhalb von Heimen möglich ist (vgl. UN, 2017). Ein Aspekt, der weiterer empirischer Untersuchungen bedarf, ist die Einführbarkeit der gesetzlichen Änderungen in die Praxis.

7.1.4 Selbstbestimmung nur für selbstständige Menschen

Generell betrachten die Mitarbeitenden der Einrichtung die Selbstbestimmung im Zusammenhang mit Selbstständigkeit, wobei diese beiden Aspekte als untrennbar dargestellt wurden. Selbstständigkeit bedeutet, etwas ohne Hilfe zu tun und praktisch zu können. Selbstbestimmung liegt nach Kant jedoch dann vor, wenn der Mensch seine eigenen vernunftbestimmten Ziele verfolgen kann. Dies ist eine Überschneidung mit fatalen Folgen für die Bewohnenden der stationären Wohneinrichtung, denn sie führt dazu, dass einige Menschen in der Einrichtung von vornherein von Selbstbestimmung ausgeschlossen werden, weil sie durch ihre Einschränkungen auf Hilfe angewiesen sind. Die Ursachen hierfür liegen in stereotypen Betrachtungsweisen von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und in Ableismus. Dieses Ergebnis deckt sich teilweise mit den Überlegungen von Theunissen et al. (1998), die vor solch einer Überschneidung warnen. Von weitergehendem Interesse ist die Frage, ob die theoretische Konfrontation der Fachpersonen mit der Diskussion von Selbstbestimmung und Selbstständigkeit einen Einfluss auf die Praxis hat.

7.1.5 Zurückhaltung vor Überfürsorge

Die Mitarbeitenden gaben an, sich selbst zurückzunehmen, aber jederzeit ansprechbar zu sein. So können sie von den Menschen um Hilfe gebeten werden. Die Wahrnehmung der Fachpersonen über ihr eigenes Verhalten setzt voraus, dass die Bewohnenden dies wissen und auch wollen. Neu eingezogene oder uninformierte Bewohnende müssen entsprechend über Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden, da es ansonsten dazu kommen kann, dass sie sich keine Hilfe suchen. Bewohnende, die keine vertrauensvolle Beziehung zu den Mitarbeitenden haben, bleiben von vornherein ausgeschlossen.

Diese Zurückhaltung findet sich allerdings in den Merkmalen der Gemeindepsychiatrie – „Selbsthilfe vor Fremdhilfe“ von Schädle-Deininger und Wegmüller (2016) – wieder. Konkret wurde bereits in der Pflge Theorie nach Peplau (1995) diese Zurückhaltung in Bezug auf die Unterstützung berücksichtigt. Auch die Grundsätze des Empowerments (vgl. Keupp, 1999) sehen vor, dass weder Bevormundung stattfindet noch Expertenlösungen angestrebt werden. Allerdings ist die professionelle Beziehung hierfür eine Grundvoraussetzung.

Im Zusammenhang mit anderen Ergebnissen dieser Arbeit zeigt sich allerdings ein anderes Bild: So ist zu beobachten, dass die Fachpersonen die Bewohnenden bevormunden und nicht ausreichend unterstützen (siehe Kapitel 5.3). Die Selbst- und die Fremdwahrnehmung stimmen somit in diesem Punkt nicht überein. Hier scheint es nötig, den professionellen Theorie-Praxis-Transfer zu untersuchen, da eventuell das professionelle Verständnis von Zurückhaltung und Hilfe verschoben ist.

7.1.6 Selbstbestimmung als vertraglich zugesicherte Leistung

Selbstbestimmung ist den Bewohnenden auch durch den Vertrag, den sie mit der Einrichtung geschlossen haben, zugesichert. Ursächlich hierfür könnte sein, dass der Träger der Einrichtung erkannt hat, dass die Wahrnehmung und die Förderung der Selbstbestimmung wichtig sind, und diese Punkte deshalb in die Verträge aufgenommen hat. Dabei orientierte sich der Träger möglicherweise an den gesetzlichen Vorgaben des deutschen Grundgesetzes, des Bundesteilhabegesetzes sowie des SGB IX (Art. 1) sowie den Inhalten von Artikel 19 der UN-BRK.

7.1.7 Bedeutung der Selbstbestimmung

Selbstbestimmung ist für die Mitarbeitenden und die Menschen in der Einrichtung von Bedeutung. Einige Mitarbeitende dachten in den Interviews darüber nach, was Selbstbestimmung für sie persönlich bedeutet und wie wichtig diese für sie ist. Möglicherweise wurde die Bedeutung durch den Fokus der Interviews überhöht und die Ergebnisse unterliegen dem Confirmation-Bias. Byrne, Schoeppe und Bradshaw (2018) stellten fest, dass Selbstbestimmung für Bewohnende kaum relevant ist. Interessant wäre

es, zu untersuchen, warum Bewohnende Selbstbestimmung nicht für wichtig erachten, Fachpersonen hingegen diese als entscheidend bewerten, wenngleich andere Forschungen (Brolin et al, 2016) und gesellschaftliche Bewegungen wie die Independent-Living-Bewegung (vgl. Antor, 2007) zeigen, dass Selbstbestimmung essenziell ist.

7.1.8 Einfluss der Ausbildung auf das Verständnis von Selbstbestimmung

Je nach Berufsgruppenzugehörigkeit verstehen die Mitarbeitenden Selbstbestimmung unterschiedlich. Die Ursache für diese verschiedenen Betrachtungsweisen liegt möglicherweise in den abweichenden curricularen Rahmenbedingungen. Die Ausbildung zur Heilerziehungspflegekraft ist eher an pädagogischen Perspektiven orientiert, die pflegerische Ausbildung gründet hauptsächlich auf medizinischer und klinischer Sichtweisen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Annahmen von Walther. Die Ausbildungen der Fachpersonen unterscheiden sich erheblich und sind kaum auf die Bedürfnisse in der Wohnbetreuung der Sozialpsychiatrie ausgerichtet (vgl. 2020).

An dieser Stelle muss betont werden, dass dieser Mix aus Fähigkeiten und Fachlichkeit für den reflexiven Diskurs im Team von Vorteil sein kann. Allerdings kann es durch ein Ungleichgewicht im Team zu Schwierigkeiten kommen. Die interdisziplinäre Lehre im Bereich der Heilerziehungspflege und der Pflegeausbildung kann zur Verständigung der Disziplinen beitragen und zu einem respektvollen Umgang führen. In Deutschland wird bereits zu interdisziplinärer Lehre im Bereich ‚Gesundheit‘ geforscht. Allerdings wurde hierbei bislang die Psychiatrie vernachlässigt und aufgrund dessen die Heilerziehungspflege ausgeschlossen. Diese Forschungslücke kann durch weitere Forschung geschlossen werden. Auch die Idee von Walther (2020), eine eigene Berufsgruppe für die Wohnbetreuung in der Sozialpsychiatrie zu schaffen, ist eine Möglichkeit, die es zu untersuchen und zu erproben gilt.

7.1.9 Selbstbestimmung ist der Arbeitsauftrag

Die Mitarbeitenden empfinden die Selbstbestimmung der Bewohnenden als ihren Arbeitsauftrag, also als eine zu erfüllende Aufgabe. Die Selbstbestimmung der Bewohnenden fällt damit, über den sich selbst zugesprochenen Auftrag, in den

Verantwortungsbereich der Mitarbeitenden. Die Ursache für diese Zuschreibung ist wahrscheinlich die Aus- und Fortbildung der Mitarbeitenden, da ein Schwerpunkt der Ausbildung in sozialen bzw. helfenden Berufen die Selbstbestimmung der Menschen ist. Diese Wahrnehmung kann für die Bewohnenden verschiedene Folgen haben: Zum einen führt sie dazu, dass die Mitarbeitenden den Bewohnenden unterstellen, dass ihnen derzeit die für Selbstbestimmung notwendigen Fähigkeiten fehlen. Zum anderen denken sie aufgrund dieser Wahrnehmung womöglich, dass Selbstbestimmung nur durch die Fachpersonen möglich ist. Selbstbestimmung kann jedoch durch Selbstermächtigung auch von den Bewohnenden erreicht werden (vgl. Prestin, 2020). Allerdings kann diese Überhöhung auch dazu führen, dass die Mitarbeitenden frustriert sind, wenn sie die Selbstbestimmung der Bewohnenden zum jeweils aktuellen Moment nicht gewährleisten.

In den Rahmenplänen der Fachkommission ist nach § 53 PflBG (Pflegerberufegesetz) beschrieben, dass Auszubildende der beruflichen Pflege das Selbstbestimmungsrecht des Menschen mit Pflegebedarf wahren müssen. Insgesamt wird der Begriff ‚Selbstbestimmung‘ 102-mal in diesem Entwurf genannt und fast in jedem Lernfeld als Kompetenz aufgeführt. Auch im Lehrplan der Heilerziehungspflege des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft, Weiterbildung und Kultur Rheinland-Pfalz wird das Ermöglichen von Selbstbestimmung als Kompetenz beschrieben. Interessant wären Untersuchungen, inwieweit Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote, die auf Selbstbestimmung, Empowerment und Recovery-Orientierung ausgerichtet sind, das Verständnis, die Wohnbetreuung und die Beziehung zu den Menschen verbessern.

Die Fachpersonen sehen es als ihre Aufgabe an, den Bewohnenden Alternativen aufzuzeigen. Sie gestalten dies dialogisch und teilen ihre Gedanken mit, gerade dann, wenn sie davon ausgehen, dass die Bewohnenden unvernünftig entscheiden bzw. handeln. Die Ursache dieser vermeintlich hilfreichen Wahrnehmung liegt in der Annahme, dass sich Fachpersonen in stationären Wohneinrichtungen verantwortlich fühlen. Das hat möglicherweise zur Folge, dass sie mit ihren Alternativen die Selbstbestimmung der Bewohnenden einschränken oder zumindest beeinflussen. Nach Townsend (2003) ist das Aufzeigen von Alternativen bzw. das Geben von Informationen nur in der ersten Phase des Recovery-Prozesses Aufgabe der Fachpersonen. Diese Unterstützung kann in späteren Phasen als paternalistisch angesehen werden (vgl. Steinert, 2001) und negative Folgen für das Arbeitsbündnis haben. Ungefragte Ratschläge

führen nur dazu, dass die Fachpersonen ihre Probleme mit der Situation der Bewohnenden lösen. Fraglich ist auch, ob die Fachpersonen in der Lage sind, abzuschätzen, ob ihre Ratschläge und Alternativen wirklich für die Bewohnenden und die Bewältigung ihrer Probleme geeignet sind und sie nicht eher dem Dunning-Kruger-Effekt unterliegen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wäre es interessant, zu ermitteln, ob und inwiefern die von Fachpersonen angebotenen Alternativen und Ratschläge aus Sicht der Bewohnenden hilfreich sind.

7.2 Positiv auf die Selbstbestimmung wirkende Faktoren

Anhand des Datenmaterials wurden Faktoren identifiziert, die sich positiv auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden auswirken. Im Folgenden werden diese diskutiert.

7.2.1 Freiheiten

Durch die empirische Studie wurden positive Aspekte identifiziert, die in der Kategorie ‚Freiheiten‘ zusammengefasst werden können. Die Freiheit ist nach Kennedy und Lewin (vgl. 2004) ein Prinzip der Selbstbestimmung. Darunter fallen die Entscheidungs- und Wahlfreiheit, die Handlungsfreiheit, die Bewegungsfreiheit und die persönliche Freiheit. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu diesen Formen der Freiheit diskutiert.

7.2.1.1 Entscheidungs- und Wahlfreiheit

Den Bewohnenden wird bezüglich bestimmter Themen eine gewisse Entscheidungs- und Wahlfreiheit zugestanden. Die Mitarbeitenden gaben an, dass die Bewohnenden in der Einrichtung ihre eigenen Entscheidungen treffen können. Die Ursache dieser Aussage kann zum einen die Antworttendenz der sozialen Erwünschtheit und zum anderen die Annahme, dass die Bewohnenden der Einrichtung wirklich Entscheidungs- und Wahlfreiheit besitzen, sein. Das steht allerdings schon im Grundsatz den in dieser Arbeit und der Literatur beschriebenen Ergebnissen entgegen. Denn 80 % der Menschen, die in stationären Wohnsettings leben, wollen gar nicht dort wohnen (vgl. Richter & Steinhart). Damit sind sie schon im ersten Schritt in ihrer Entscheidungsfreiheit eingeschränkt. Im zweiten Schritt besitzen sie, aufgrund der unübersichtlichen Angebotsstruktur (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, 2019), keine

Wahlfreiheit hinsichtlich der Einrichtungen. An diesem Punkt ist eine Untersuchung aus der Perspektive der Bewohnenden zielführender, da diese weniger der Verzerrung durch soziale Erwünschtheit unterliegt.

Es wurde beobachtet, dass Bewohnende von Mitarbeitenden in Alltagsentscheidungen, die die Einrichtung betreffen, einbezogen werden. Dies ist zum einen, wie viele förderliche Aspekte, auf die Kompetenz und das Verständnis der Mitarbeitenden zurückzuführen. Zum anderen muss jedoch auch hier von einer gewissen Verzerrung ausgegangen werden, da die Autorin die Situationen offen beobachtet hat und die Fachpersonen somit ‚besonders gut‘ handeln wollten. Der Einbezug der Bewohnenden in Entscheidungen und dessen Relevanz, die den Alltag der Einrichtung betreffen, erhält in der Fachdiskussion hohe Zustimmung (vgl. Rosemann, 2018). In der Wissenschaft scheint noch ungeklärt zu sein, inwieweit Nutzende systematisch und strukturiert an Entscheidungen bezüglich des stationären Wohnsettings partizipieren können. Denkbar wäre die Entwicklung einer Checkliste und einer Leitlinie.

In den Interviews wurde deutlich, dass die Mitarbeitenden der Einrichtung alltägliche Kleinigkeiten, wie die Verpflegung mit Lebensmitteln und die freie Zigaretteneinteilung, bereits als Möglichkeiten für freie Entscheidungen und freie Wahl in der Einrichtung ansehen. Diese Antworten lassen sich womöglich auf die gezielte Frage nach positiv wirkenden Aspekten, die in dieser Einrichtung Einfluss auf die Selbstbestimmung nehmen, die Verfügbarkeit grundsätzlicher eigener Entscheidungen und die vordergründigen Auswahlmöglichkeiten zurückführen. Die Entscheidung, ob eine Person raucht, Nuss-Nougat-Creme zum Frühstück und Abendessen erhält oder sich in ihrem Zimmer aufhält, ist keine ernsthafte Entscheidung bzw. Wahl, die die Selbstbestimmung fördert. Wird die dazu vorhandene Literatur betrachtet, wird deutlich, dass es keine Auswahlmöglichkeit gibt (vgl. Richter & Steinhart, 2016), obwohl diese von verschiedenen Stellen gefordert wird (vgl. (UN Enable, 2006). Dieses Ergebnis liefert eine weitere Grundlage für die dringend notwendige Reform der psychosozialen Angebote in Deutschland. Grundsätzlich ist es in stationären Wohnformen mit heimartigem Charakter nicht möglich, Entscheidungs- und Wahlfreiheit für die Bewohnenden zu gewährleisten.

Der Umgang mit unvernünftigen Entscheidungen basiert bei einigen Mitarbeitenden auf Empathie und Geduld, wofür wiederum deren persönliche Kompetenzen und deren Haltung ursächlich sind. Die Folge ist, dass Menschen im Kontakt mit diesen Mitarbeitenden mehr Selbstbestimmung und möglicherweise eine größere Behandlungszufriedenheit (vgl. Tschinke, 2016) erleben können. Dieses Ergebnis deckt sich mit Angaben in der Literatur zur ethischen Reflexionsfähigkeit von psychiatrisch Pflegenden und den Implikationen für die berufliche Praxis (vgl. Schädle-Deiningner, 2014). Interessant für die weitere Forschung wäre, inwieweit Fachpersonen in der Wohnbetreuung, die in Bezug auf selbstbestimmungsorientierte Herangehensweisen kompetent sind, als Multiplikator*innen für diese Teams genutzt werden können. Möglicherweise ist hier auch das Empowerment dieser Fachpersonen ein Ansatzpunkt.

7.2.1.2 Handlungsfreiheit

Die Bewohnenden können laut den Mitarbeitenden ihren Tagesablauf selbst gestalten und auch, wenn sie das möchten, auswärts übernachten. Die Mitarbeitenden gestehen ihnen zu, alltäglich zwischen verschiedenen Handlungsoptionen zu wählen. Die Folgen dessen können ein höheres Selbstwertgefühl, ein gesteigertes Wohlbefinden und eine größere Zufriedenheit mit dem eigenen Leben sein. Nach Deci und Ryan (1985) ist dann von einer hohen Selbstbestimmung auszugehen, wenn Handlungen intrinsisch motiviert oder zumindest völlig freiwillig sind. Das Handeln aufgrund eigener Motivation scheint bedeutsam zu sein. Eine Handlungsfreiheit-fördernde Haltung und Konzeptausrichtung bei Fachpersonen im gemeindepsychiatrischen Setting scheint daher für eine selbstbestimmungsförderliche Zielsetzung wichtig zu sein.

7.2.1.3 Bewegungsfreiheit

Den Mitarbeitenden zufolge besitzen die Bewohnenden eine gewisse Bewegungsfreiheit. Darunter verstehen sie unter anderem eine Ausstattung des Gebäudes, die für Menschen mit Bewegungseinschränkungen zuträglich ist. Ursächlich für diese Ansicht kann die allgemeine Aufmerksamkeit der Gesellschaft für eine Bauweise sein, die (körperlich) behinderten Menschen gerecht wird. Die Bewohnenden der Einrichtung können unabhängig von ihren körperlichen Einschränkungen alle Räume erreichen und nutzen. „Wird Bewegungsfreiheit nur in Bezug auf rein körperlich nützliche Merkmale betrachtet, bleiben Bedürfnisse unberücksichtigt, die aus psychiatrischen

Einschränkungen resultieren“. Die hier aufgezeigte Forschungslücke sollte aus der Perspektive von Bewohnenden analysiert und geschlossen werden.

7.2.1.4 Persönliche Freiheit

Als persönliche Freiheit der Bewohnenden beschreiben die Mitarbeitenden, dass diese ihren Bedürfnissen und Wünschen nachgehen können. Ursachen für die persönliche Freiheit können die Rahmenbedingungen der Einrichtung und/oder die persönlichen Überzeugungen der Mitarbeitenden sein. Darüber hinaus sind auch die persönlichen Eigenschaften der Bewohnenden zu nennen, deren Selbstvertrauen, Mut und Risikobereitschaft dazu beitragen, dass sie ihre persönliche Freiheit auch tatsächlich nutzen. Die Folgen von persönlicher Freiheit können Selbstverwirklichung, Kreativität, Toleranz, gegenseitiges Verständnis sowie Gesundheit und Wohlbefinden sein. Die Bedürfnisbefriedigung und die persönliche Freiheit sind nach Waldschmidt (vgl. 2012) zentrale Aspekte der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Auch Buchgraber und Kerschbaumer definieren die Achtung der eigenen Bedürfnisse als wichtigen Einflussfaktor in Bezug auf die Selbstbestimmung (vgl. 2020). Peplau beschreibt die Achtung der Bedürfnisse eines Menschen ebenfalls als bedeutsam (vgl. Lührmann, 2010). Die angemessene Haltung von Fachpersonen und eine geeignete konzeptuelle Ausrichtung von (psychiatrischen) Einrichtungen stellen Grundvoraussetzungen für die Wahrnehmung und das Ausleben von Selbstbestimmung dar.

7.2.2 Beziehung

Die Beziehung zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden in Einrichtungen ist bedeutsam für die Selbstbestimmung (vgl. Peplau, 1995, Björkdahl, Palmstierna & Hansebo, 2010). Aspekte dieser Beziehung sind Anerkennung, Wertschätzung sowie die Fremdunterstützung durch Fachpersonen und Dritte. Im folgenden Abschnitt werden die hierzu gefundenen Ergebnisse diskutiert.

7.2.2.1 Anerkennung und Wertschätzung

Hinsichtlich Anerkennung und Wertschätzung gegenüber den Bewohnenden zeigen sich unterschiedliche Vorgehensweisen innerhalb des Teams. Einige Mitarbeitende bringen diese Anerkennung und Wertschätzung auf. Ursächlich hierfür können die unterschiedlichen Berufsausbildungen der Mitarbeitenden sein. Darüber hinaus können die persönlichen Kompetenzen und die Motivation, die bezüglich der Arbeit mit den Bewohnenden besteht, Einfluss auf die Anerkennung und Wertschätzung der Mitarbeitenden für die Bewohnenden haben. Die Beziehung zwischen Fachpersonen und Bewohnenden ist einer der Schlüsselfaktoren von Selbstbestimmung (vgl. Buchgraber & Kerschbaumer, 2018) und (pflege-)therapeutisch wertvoll (Peplau, 1995). Auch Björkdahl, Palmstierna und Hansebo haben unterschiedliche Beziehungsmuster bei psychiatrisch Tätigen gefunden (vgl. 2010). Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit unterstreicht diese Beobachtung und zeigt, dass dieses Muster auch in deutschen stationären Wohnformen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen existiert. Derzeit arbeiten Forschende an der Möglichkeit, sich diesen unterschiedlichen Beziehungsmustern mittels dialogisch-reflexiver Methoden anzunähern (vgl. Anderl-Doliwa & Hajek, 2022). Anschließend gilt es Wege zu finden, diese Methoden nachhaltig in den Alltag der Fachpersonen zu implementieren und somit Anerkennung und Wertschätzung zu fördern sowie zu kultivieren.

7.2.2.2 Fremdunterstützung

Die Fremdunterstützung, die Mitarbeitende leisten, scheint diesen im Hinblick auf die Selbstbestimmung besonders wichtig zu sein. Überdies sei es entscheidend, diese Unterstützung selbstbestimmt einzufordern. Die Mitarbeitenden erkennen gemäß ihrem Arbeitsauftrag, dass Unterstützung relevant ist. Diese Wahrnehmung ist der erste Schritt der Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung und deckt sich mit Ergebnissen von Studien, in denen die Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen untersucht wurde und Handlungsanweisungen formuliert wurden (vgl. Buchgraber & Kerschbaumer, 2018; Adamus, 2022; SAMHSA, 2012; Townsend, 2003; Keupp, 1999; uvm.). Da die Unterstützung nach Kennedy und Lewin (2004) frei gewählt sein muss, lässt sich annehmen, dass die Unterstützung, die in der Einrichtung geleistet wird, nicht die volle Wirkung von selbstbestimmt eingeforderter Fremdunterstützung entfalten kann, da sie nicht frei gewählt ist (vgl. Richter & Steinhart, 2016). In dieser

Einrichtung sind die Bewohnenden teilweise nicht freiwillig. Der Aufenthalt wurde für sie durch die gesetzliche Betreuung organisiert oder wegen forensischer Auflagen gab es keine anderen Möglichkeiten als den Aufenthalt in der Einrichtung.

Eine noch zu schließende Forschungslücke in Bezug auf wirksame Fremdunterstützung von Fachpersonen in stationären Wohnsettings besteht hinsichtlich der Frage, wie es nachhaltig gelingt, wirksame Unterstützungsmöglichkeiten näherzubringen und in der Praxis zu etablieren.

Die Bewohnenden erfahren Unterstützung und Beratung durch die Mitarbeitenden der Einrichtung, möglicherweise weil die Mitarbeitenden dies als ihre Aufgabe definieren. Damit unterstützen sie die Selbstständigkeit der Bewohnenden. Davidson et al. (2005) fanden heraus, dass die hilfreichsten Professionellen die sind, die zuhören können und sich aufrichtig kümmern, wenngleich die Vorstellungen der Bewohnenden jederzeit zugelassen. Laut Borg und Christiansen werden Helfende, die täglich zur Verfügung stehen, als besonders hilfreich angesehen. Wichtig ist, dass diese Helfenden offen für die Bedürfnisse der Bewohnenden sind, Zeit aufbringen und präsent sind. Zukünftig könnte es von Interesse sein, wie diese Hilfe und Beratung durch die Mitarbeitenden stringent als unterstützend wahrgenommen werden können.

Zum unterstützenden Personenkreis zählen die Mitarbeitenden sich selbst, die gesetzlichen Betreuenden und die Angehörigen. Ursächlich für diese Einschätzung sind die ihnen bekannten Personen, mit denen sie in der Einrichtung traditionell täglich arbeiten. In der Literatur finden sich allerdings weitere Personen, die unterstützend tätig werden können, unter anderem Peers und Allies (vgl. SAMHSA, 2012). Diese und die Bewohnenden können sich vor allem gegenseitig durch Erfahrungswissen helfen (vgl. Theunissen & Plaute, 1995). Dem Empowerment-Gedanken folgend kann die Einrichtung hinsichtlich der Unterstützung mehr Wert auf Selbstermächtigung und Erfahrungswissen legen, um die Selbstbestimmung der Bewohnenden mithilfe eines diverseren Personenkreises zu fördern.

Die Wahrnehmungen der Hilfeleistungen von gesetzlichen Betreuenden und Angehörigen scheinen ebenso unterschiedlich zu sein wie die der Mitarbeitenden. Auch in diesen Fällen scheint es unterschiedliche Beziehungsmuster zu geben (vgl. Björkdahl,

Palmstierna & Hansebo, 2010). Die Ursachen liegen, wie bei den Mitarbeitenden der Einrichtung, wahrscheinlich in den beruflichen Kompetenzen, den persönlichen Eigenschaften und/oder der beruflichen Motivation. Die Folgen sind qualitativ unterschiedliche Beziehungen und selbstbestimmungswirksame Unterstützung. Fehlendes Verständnis aufseiten der Angehörigen ist hingegen ein Recovery-hinderlicher Faktor (Amering & Schmolke, 2015). Umgekehrt ist das Verständnis der Angehörigen im Hinblick auf die Selbstbestimmung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen wertvoll (vgl. Buchgraber & Kerschbaumer, 2018).

Das übergeordnete Ziel der Arbeit von Mitarbeitenden ist der Auszug der Bewohnenden aus der stationären Wohnform. Um dieses Hauptziel zu erreichen, werden schrittweise kurz- und langfristige Ziele formuliert. Dieses Ergebnis der Interviews zeugt von einer strukturierten Vorgehensweise, die aus den gesetzlich geforderten Teilhabeplänen und der Theorie von Peplau (2015), deren siebte Phase der Pflege-Patient*innen-Beziehung auf die Ablösung abzielt, resultiert. Darüber hinaus findet sich diese Inhalte auch in den von Schädle-Deininger und Villinger dargestellten vier Stadien des Recovery-Prozesses wieder. Im zweiten Stadium sollen gemeinsam Herausforderungen und Chancen formuliert und Planungsinstrumente zur Verfügung gestellt werden (2016). Das lässt vermuten, dass die Mitarbeitenden von Anfang an die Ablösung bzw. den Auszug der Bewohnenden im Blick haben und anhand von Planungsinstrumenten vorgehen. Laut Abeld (2020) ist jedoch das Interesse der Bewohnenden, an den Hilfeplanungen zu partizipieren, gering.

7.2.3 Kompetenzen und Eigenschaften von Bewohnenden

Die Kompetenzen und Eigenschaften der Bewohnenden spielen aus Sicht der Mitarbeitenden eine Rolle bei der Entfaltung von Selbstbestimmung. Im Folgenden werden die Ergebnisse hierzu diskutiert.

7.2.3.1 Kompetenzgewinn durch zunehmende Handlungsmacht

Für die Bewohnenden der Einrichtung ergibt sich durch zunehmende Handlungsmacht ein Kompetenzgewinn. Die Mitarbeitenden beschrieben dazu eine Art individuelles Stufenmodell oder Training für verschiedene Bereiche des Lebens. Wie im vorherigen

Kapitel aufgeführt, ist auch hier das strukturierte und zielorientierte Vorgehen im Zuge der Teilhabeplanung als ursächlich für dieses Ergebnis anzusehen. Aus den Interviews mit den Mitarbeitenden lässt sich eine Art Stufenmodell hinsichtlich der Entwicklung von Kompetenzen ablesen. Beispielsweise erstreckt sich der Umgang mit den eigenen Medikamenten von der kompletten Organisation und Kontrolle durch andere über das angeleitete Vorbereiten bis hin zur eigenständigen Verwahrung der Medikamente. Daraus entsteht eine Richtschnur für Fachpersonen, die die Einarbeitung neuer Mitarbeitender in stationären Einrichtungen vereinfacht. Dies führt möglicherweise aber auch zu wenig Individualität und geringem Handlungsspielraum bei komplexen Fragestellungen und dazu, dass die Bewohnenden nicht frei über die Unterstützung entscheiden dürfen. Eine Richtschnur im Umgang mit Kompetenzgewinn kann für die Mitarbeitenden eine Erleichterung darstellen. Wichtig wäre nun, auch aus der Perspektive der Bewohnenden die Forschungslücke hinsichtlich der strukturierten Vorgehensweise der Fachpersonen zu schließen und dabei zu erwartende Einschränkungen des individuellen Umgangs aus ihrem Blickwinkel zu analysieren.

Die Mitarbeitenden sagten, dass für sie Rückschläge in der Arbeit mit den Bewohnenden dazugehören. Ihr Umgang damit ist von Leichtigkeit geprägt. Zum einen könnte diese Aussage durch den Wunsch nach sozialer Erwünschtheit verzerrt sein. Zum anderen gehört der Umgang mit Rückschlägen zu einer professionellen Beziehung, zeugt von der Kompetenz der Mitarbeitenden und führt im Idealfall zu einer professionellen Beziehung zwischen den Fachpersonen und den Bewohnenden. Auch in der Literatur zu Recovery-orientierter Praxis wird auf herausfordernde Zeiten und Rückschläge während der Genesung verwiesen. Die Aufgabe der Fachpersonen ist es, die Bewohnenden zu begleiten (vgl. Townsend, 2003).

7.2.3.2 Eigenständigkeit

Die Eigenständigkeit hat Einfluss auf die Selbstbestimmung (vgl. Buchgraber & Kerschbaumer, 2018), weshalb die Mitarbeitenden der Einrichtung die Bewohnenden in ihrer Eigenständigkeit unterstützen. Die Förderung der Eigenständigkeit ist ureigene berufliche Aufgabe im Feld der Sorgebeziehungen. Daher wurde dieser Punkt durch die Mitarbeitenden in den Interviews genannt. Aber auch hier könnte eine Verzerrung des Ergebnisses aufgrund von sozialer Erwünschtheit vorliegen. Vor allem dann, wenn das

Ergebnis mit den Ergebnissen aus Kapitel 5.3 verglichen werden, zeigt sich, dass die Mitarbeitenden häufig in tradierten und paternalistischen Mustern handeln. Ziel der Arbeit im psychiatrischen Setting ist nach Peplaus Theorie die Entlassung in die Eigenständigkeit als letzte Phase der Beziehung (vgl. 1995). Zukünftig gilt es die Frage zu klären, ob und inwieweit die erhebliche Lücke zwischen Realität und Annahme geschlossen werden kann.

7.2.3.3 Reflexionsfähigkeit

Ein Ansatz zur Förderung der Reflexionsfähigkeit wurde im Zuge der Beobachtungen identifiziert, jedoch nicht von den Mitarbeitenden in den Interviews beschrieben. Möglicherweise handelt es sich um eine Tätigkeit, die sie nicht als wichtig erachten oder für die sie keine Worte haben. Die Ursache könnte auch darin liegen, dass sie selbst keinen Raum für reflexive Überlegungen haben und somit die Relevanz dieses Aspekts nicht kennen, denn auch ihren eigenen Raum dafür fordern sie nicht ein. Nach Waldschmidt (vgl. 2012) führen aber eben diese Reflexionsprozesse zu einem höheren Niveau der Selbstbestimmung. Hier scheint die Erforschung von Reflexionsmöglichkeiten und entsprechenden Methoden für die Mitarbeitenden und Bewohnenden der Einrichtung einzusetzen (vgl. Anderl-Doliwa & Hajek, 2022).

7.2.3.4 Eigen- und Selbstverantwortung

Die Selbstverantwortung der Bewohnenden in der Einrichtung und die Förderung dieser erwähnten die Mitarbeitenden im Interview im Rahmen des selbstverantwortlichen Vorbereitens und Einnehmens von Medikamenten. Dieser Einflussfaktor der Selbstbestimmung wurde auch von Buchgraber und Kerschbaumer (2018) identifiziert. Beobachtet oder beschrieben wurden Maßnahmen zur Förderung der Selbstverantwortung allerdings nicht. Im Zusammenhang mit dem paternalistischen und tradierten Professionsverständnis der Mitarbeitenden (siehe Kapitel 5.3.1) lässt sich annehmen, dass die Mitarbeitenden das auch nicht fokussiert vornehmen, sondern dass Bewohnende eher aus intrinsischer Motivation heraus (vgl. Deci & Ryan, 1985) auf die Mitarbeitenden zugegangen sind. Das bedeutet für Bewohnende, die nicht über die entsprechende intrinsische Motivation verfügen, dass sie keine oder nur wenig Selbstverantwortung übernehmen können. Ein Ziel zukünftiger Bemühungen ist es,

Maßnahmen zu implementieren, die die Verantwortungsübernahme durch Bewohnende fördert. Hierzu scheint es keine Literatur zu geben.

Die Bereitschaft zur Eigenverantwortung kann anhand der Daten nur teilweise nachgewiesen werden. Es ergibt sich kein eindeutig selbstbestimmungsförderlicher Aspekt, der als Ergebnis dieser Arbeit genannt werden könnte. Lohnend wäre es jedoch, beim Schließen dieser Forschungslücke ein besonderes Augenmerk auf die Perspektive der Bewohnenden zu legen.

7.2.3.5 Eigeninitiative

Die Eigeninitiative der Bewohnenden der Einrichtungen scheint für die Mitarbeitenden eine Bedeutung zu haben. Auch in der Literatur wird die Wichtigkeit der Eigeninitiative betont, da sie einen positiven Einfluss auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden hat (vgl. Buchgraber & Kerschbaumer, 2020). Mitarbeitende nannten Beispiele für die Eigeninitiative der Bewohnenden und im Rahmen der Beobachtungen ergaben sich Situationen, die aus der Eigeninitiative der Bewohnenden resultierten. Es konnten allerdings keine Situationen oder Beschreibungen identifiziert werden, in denen es um Eigeninitiative-förderliche Maßnahmen der Fachpersonen geht. Das heißt nicht, dass sie keine derartigen Maßnahmen ergreifen. Allerdings ist aufgrund der zeitlichen, ständigen Anwesenheit der Autorin davon auszugehen, dass dies nicht der Fokus in der praktischen Arbeit der Mitarbeitenden ist.

Eine Empowerment-orientierte Haltung aufseiten der Fachpersonen fördert die Eigeninitiative von Menschen mit Behinderung (vgl. Niehoff, 2006). Die Implementation des Empowerment-Gedankens in die praktische Arbeit von Fachpersonen in der Gemeindepsychiatrie scheint von besonderer Bedeutung zu sein, wenn es darum geht, die Selbstbestimmung von Menschen zu unterstützen.

7.2.3.6 Informiertheit

Die Informiertheit der Bewohnenden ist für die Mitarbeitenden wichtig und betrifft personen- und einrichtungsbezogene sowie gesellschaftliche Informationen. Den Mitarbeitenden zufolge werden die Nutzenden der Einrichtung regelmäßig über verschiedene Themen informiert. Dies sei der erste Schritt in der Begegnung zwischen

ihnen und den Bewohnenden. Als Ursache für dieses Ergebnis kommt auch hier eine Verzerrung durch soziale Erwünschtheit in Betracht, allerdings ist anhand der Beobachtungsprotokolle sichtbar, dass die Bewohnenden Informationen zu unterschiedlichen Themenbereichen des Lebens erhalten. Im Falle der tatsächlichen Umsetzung könnte dies dazu führen, dass das Machtungleichgewicht zwischen Fachpersonen und Bewohnenden der Einrichtung verringert wird. Allerdings lässt das Ergebnis auch vermuten, dass viele Informationen unstrukturiert und wahllos ausgewählt sind, wenngleich einige Mitarbeitende betonten, dass das Überbringen von Informationen nicht den Charakter einer Vorschrift haben soll. Auch in der Literatur wird Information als wichtig dargestellt (vgl. Peplau, 1995). Die Information wird allerdings erst in der zweiten Phase der Recovery-orientierten Genesung aufgeführt (vgl. Townsend, 2003). Informationen beeinflussen die therapeutische Beziehung vor allem dann, wenn diese ungleichmäßig verteilt sind (vgl. McCloughen, Gillies & O'Brien, 2011). Auf Grundlage der nutzerorientierten Forschung sollte eine Auseinandersetzung damit erfolgen, welche Informationen die Nutzenden wirklich benötigen, um eine positive Wirkung daraus zu ziehen.

7.2.3.7 Achtung der Bedürfnisse

Die Achtung der eigenen Bedürfnisse bzw. der Bedürfnisse der Bewohnenden ist für die Mitarbeitenden ebenfalls ein Thema. In den Interviews mit den Mitarbeitenden ging es diesbezüglich vor allem um Rückzug, Gesellschaft sowie die Nahrungsaufnahme. Ursächlich für dieses Ergebnis ist möglicherweise das berufliche Selbstverständnis der Mitarbeitenden. Die Bedürfniserfüllung ist Aufgabe von Fachpersonen in Sorgebeziehungen. Nach Lührmann (vgl. 2010) stehen die Bedürfnisse der Bewohnenden im Mittelpunkt pflegerischer Handlungen. In der Literatur wird auch auf die Wichtigkeit der Individualität dieser Bedürfnisse hingewiesen (vgl. SAMSHA, 2012). Allerdings wurden im Vorgehen der Mitarbeitenden keine regelgeleiteten Maßnahmen zur Identifizierung von Bedürfnissen entdeckt. Nach Peplau (vgl. 1995) sollten pflegerische Fachpersonen Werkzeuge nutzen, um offene und verdeckte Bedürfnisse zu erkennen. Durch intensive Aufmerksamkeit der Fachpersonen ließen sich die Bedürfnisse von Menschen identifizieren (ebd.). Die Folge könnte eine Missachtung individueller Bedürfnisse sein, denn im Zusammenhang mit den in Kapitel 5.3.5 dargestellten Ergebnissen lässt sich vermuten, dass die Mitarbeitenden das theoretische Wissen haben,

dieses aber nicht in der Praxis anwenden. Zu untersuchen bleibt, warum diese theoretischen Kenntnisse nicht in der praktische Arbeit eingesetzt werden.

7.2.4 Zugehörigkeit

Das Gefühl von Zugehörigkeit zu einer Gruppe ist aus Sicht der Mitarbeitenden eine wichtige Voraussetzung, damit die Bewohnenden Selbstbestimmung ausleben und erfahren können. Zur Zugehörigkeit gehören die Einbindung, Partizipation sowie Teilnahme am sozialen Leben, ebenso die aktive Alltags- und Tagesstruktur.

7.2.4.1 Einbindung und Partizipation

Einbindung und Partizipation von Bewohnenden durch die Mitarbeitenden spiegeln sich im Datenbestand kaum wider. So gab es ein Interventionsgespräch und eine beobachtete Situation, in der eine Bewohnerin sich nach Zerschlagen der alten Vase eine neue aussuchen durfte. Die Ursache liegt möglicherweise darin, dass die Beobachtungen zu einem anderen Zeitpunkt durchgeführt wurden oder keine strukturierte Einbindung und Partizipation der Bewohnenden erfolgen. Eine weitere Ursache könnte der frühere Umgang mit den Bewohnenden sein, sodass sie durch das vermutlich langfristige Leben in Institutionen vorwiegend extrinsisch motiviert oder gänzlich amotiviert sind (vgl. Deci & Ryan, 1985), sich einzubringen. Das resultiert daraus, dass Menschen mittels Autorität, Paternalismus und direkter Verfahren an das System angepasst wurden (vgl. Waldschmidt, 1999). Appelle und gesetzliche Regularien, die eine verstärkte Einbindung und weitergehende Partizipation der Bewohnenden fordern (vgl., Rosemann, 2018; Bomke, 2008), sind den Fachpersonen vermutlich bekannt. Ihnen fehlen allerdings Fort- und Weiterbildung, um Maßnahmen, die auf Einbindung und Partizipation abzielen, anzuwenden. Das hat zur Folge, dass weder die Bewohnenden noch die Fachpersonen der Gemeindepsychiatrie Einbindung und Partizipation fordern und/oder ermöglichen. Um Einbindung und Partizipation zu fördern, sollte zunächst ermittelt werden, wie die Lücke zwischen Theorie und Praxis geschlossen werden kann.

7.2.4.2 Teilnahme am sozialen Leben

Die Mitarbeitenden organisieren das soziale Leben in der Einrichtung. Der Literatur nach haben Menschen ein Bedürfnis nach sozialer Integration (vgl. Deci & Ryan, 2002), die auch Einfluss auf die Motivation der Bewohnenden hat (Deci & Ryan, 1975). Unter Einbezug anderer Ergebnisse lässt sich erkennen, dass die Mitarbeitenden ihre Handlungen aus einem tradierten und paternalistischen Professionsverständnis ableiten. Die Folge ist, dass die Bewohnenden der Einrichtung die Angebote möglicherweise über sich ergehen lassen oder nicht wahrnehmen, da sie als Person nicht involviert sind und lediglich von Mitarbeitenden geführt werden (siehe Kapitel 5.3.2). Als Erklärung kann die Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan herangezogen werden, nach der Menschen ihre Motivation und Handlung an Zielen und Werten ausrichten. Wenn Bestrafung und Belohnung ausschlaggebend für die Teilnahme an sozialen Veranstaltungen sind, tritt die intrinsische Motivation, soweit sie vorhanden war, gänzlich in den Hintergrund. Hier lassen sich Potenziale hinsichtlich der Einbindung und Partizipation der Bewohnenden erkennen. Das Ziel der intrinsischen Motivation kann nur dann erreicht werden, wenn diese die Veranstaltung als sinnvoll und bedeutsam empfinden (vgl. Deci & Ryan, 1975).

Einige der Bewohnenden der Einrichtungen nehmen auch am sozialen Leben außerhalb der Einrichtung teil. Die Mitarbeitenden nannten diesbezüglich das Arbeiten in einer WfbM, aber auch andere selbstgewählte Freizeitaktivitäten, zum Beispiel das Angeln. Diese Teilhabe am sozialen Leben gilt als Einflussfaktor der Selbstbestimmung (vgl. Buchgraber & Kerschbaumer, 2018), den die Mitarbeitenden auch als wichtig identifizierten und den einige Nutzende auch erleben. Möglicherweise haben hier Angehörige unterstützt.

Die Mitarbeitenden nannten das Arbeiten in WfbMs ebenfalls als Teil des sozialen Lebens. Die soziale Teilhabe am Arbeitsleben und die WfbMs werden auch von der Gesetzgebung vorgehalten (vgl. SGB IX) und entsprechend deklariert. Das Prinzip der Autonomie nach Kennedy und Lewin (2004) impliziert auch, Verantwortung zu übernehmen und einer entlohnten Arbeit nachzugehen.

7.2.4.3 Aktive Alltag- und Tagesstruktur

Die Mitarbeitenden gaben in den Interviews an, dass die Bewohnenden der Einrichtung ihren Alltag und ihre Tagesstruktur frei wählen können. Sie bieten dennoch tagesstrukturierende Aktivitäten an. In der Literatur findet sich die, etwas streng formulierte, Aussage, dass strukturelle Zwänge eine selbstbestimmte Alltagsgestaltung unterbinden (vgl. Ethikrat, 2018). Die Teilnahme an den Angeboten der Einrichtung ist jedoch freiwillig, sie stellen lediglich eine Möglichkeit zur Unterstützung der Selbstständigkeit dar.

7.2.5 Unterschiede zwischen Beobachtungen und Interviews

Es wurden unterschiedliche förderliche Aspekte in den verschiedenen Datensätzen gefunden. In den Beobachtungen wurden häufig Situationen begleitet, die durch Reflexionsfähigkeit, Zielorientierung, die Arbeit in der WfbM und Entscheidungsfreiheit gekennzeichnet waren. Ursächlich dafür ist der eng beobachtete Alltag der Bewohnenden und Mitarbeitenden. In den Interviews hingegen sprachen die Mitarbeitenden hauptsächlich über die Verpflegungspauschale als Mittel der Selbstbestimmung, die Achtung eigener Bedürfnisse, das Klären von Anliegen, Ausflüge und die Eigeninitiative der Bewohnenden. Die in den Interviews besprochenen Themen sind abstrakter, aus den Erzählungen entstanden und an den Aufgaben sowie Handlungen der Mitarbeitenden ausgerichtet. Ursächlich hierfür scheint die Perspektive der Mitarbeitenden zu sein. Ihre Überzeugungen in Bezug auf Aufgaben und Handlungen sind nicht mit den tatsächlichen Alltagshandlungen und -aufgaben verbunden. Es finden sich allerdings auch Überschneidungen hinsichtlich der Unterstützung durch Teammitglieder, der Begegnung und der Beziehung zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden, der Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten, der Arbeit und der gemeinsamen Kommunikation. Durch reflexionsorientierte Fort- und Weiterbildung sowie regelmäßige (triadische) Supervision für die Mitarbeitenden könnten die Unterschiede reduziert werden.

7.3 Negativ auf die Selbstbestimmung wirkende Faktoren

In diesem Abschnitt werden Aspekte, die die Selbstbestimmung einschränken, diskutiert.

7.3.1 Bevormundung

Die Mitarbeitenden nehmen den Bewohnenden (auch gegen deren Willen) Aufgaben ab. Umgekehrt bitten die Bewohnenden um Unterstützung, die sie eigentlich nicht benötigen. Die Mitarbeitenden folgen damit der Argumentation einer paternalistischen Ethik, die auf Fürsorge und Verantwortung ausgerichtet ist (vgl. Düber, 2016). Die Bewohnenden der Einrichtung, die vermutlich schon viele Jahre in Institutionen leben, wurden mittels Autorität, Paternalismus und direkter Verfahren an das System ‚Psychiatrie‘ angepasst (vgl. Waldschmidt, 1999) und nutzen dies für sich. Die Handlungen und Arbeitsvorgänge der Fachpersonen sind durch Bevormundung geprägt. Als Ursache für die Ungleichbehandlung der Menschen im Hinblick auf die Selbstbestimmung führten die Mitarbeitenden das Krankheitsbild an. Dies deutet auf eine ableistische Einstellung gegenüber Menschen mit bestimmten Diagnosen hin, infolge derer diesen ihre Intelligenz abgesprochen wird. Das wird auch durch Literatur bestätigt (vgl. Angermeyer et. al., 2013; vgl. Jongasma et al, 2017), in der zudem beschrieben wird, dass dies den Recovery-Prozess beeinträchtigt (vgl. Barker et al, 2020). Daraus folgt eine Ungerechtigkeit für Menschen mit bestimmten Diagnosen im täglichen Leben. Dies wird in der Literatur auch ‚testimoniale Ungerechtigkeit‘ genannt (vgl. vgl. Puddifoot, 2019).

7.3.2 Führen und Steuern

Die Mitarbeitenden sowie Dritte führen und steuern mittels verschiedener Methoden die Bewohnenden der Einrichtung. Sie verstehen ihre Aufgabe darin, mögliche Alternativen aufzuzeigen oder mittels Sanktionierung die Ausführung bestimmter Handlungen anzuleiten. Zu den Sanktionierungen zählen etwa Taschengeldentzug und die Androhung der Einstellung von Teilhabeleistungen. Vermutlich fehlen den Mitarbeitenden Kompetenzen, die laut der Literatur als berufsgruppenübergreifende Kompetenzen für die Wohnbetreuung wichtig sind, hinsichtlich der Kommunikation, der Haltung und des Verständnisses von Beziehungsarbeit (vgl. Konrad & Rosemann, 2016). Daher werden Maßnahmen eingesetzt, die zwar kurzfristig zum gewünschten Ziel bzw. zur von den Bewohnenden gewünschten Handlung führen, allerdings direktiv, fremdbestimmend und extrinsisch motiviert sind (vgl. Deci & Ryan, 2013). Drohungen, Zwang und mangelnde Unterstützung führen bei den Bewohnenden zu einem Misslingen der Recovery (vgl. Amering & Schmolke, 2015). Die Frage ist also, wie eine Einrichtungs- und/oder

Teamtransformation hin zu selbstbestimmungsförderlichen Kompetenzen bezüglich Kommunikation, Haltung und Beziehung gelingen kann.

7.3.2.1 Finanzielle Entscheidungen

Neben dem methodischen Geldeinbehalten gibt es strukturierte Abläufe in der Einrichtung, im Rahmen derer Mitarbeitende über das Geld der Bewohnenden entscheiden. Die Mitarbeitenden legen dabei Geldbeträge fest, die an der einrichtungseigenen Kasse ausbezahlt werden. Manche Mitarbeitende gewähren maximale Freiheit beim Ausbezahlen, was teilweise zu Konfliktsituationen mit Vorgesetzten führt. Ursächlich sind hier zum einen die tradierten Einrichtungsstrukturen und zum anderen die hierarchischen Führungskulturen. Erstere führen möglicherweise dazu, dass Strukturen nicht überdacht und neu ausgerichtet werden. Aus Letzteren ergibt sich eine geringe Risikobereitschaft aufseiten der Mitarbeitenden. Die Risikobereitschaft ist allerdings förderlich für die Recovery (vgl. Bedregal, O'Connell & Davidson, 2006).

7.3.2.2 Kontrollen

Die Bewohnenden werden von den Mitarbeitenden kontrolliert. Ursächlich kann hier eine falsch verstandene Professionalität der Mitarbeitenden, aber auch ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis aufgrund negativer Erfahrungen sein (siehe Kapitel 5.3.7.1). Ständige Kontrollen können Ausdruck unterschiedlicher Erwartungen sein und somit zu Spannungen und Konflikten führen (vgl. Papadopoulos et al, 2014). Im Rahmen der fachlichen Debatte wurde jedoch herausgearbeitet, dass Respekt ein Leitprinzip von Recovery ist (vgl. SAMSHA, 2012). Nur dann, wenn Menschen Verantwortung für sich und ihr Leben übernehmen (im Sinne von Empowerment), kann eine gelungene Genesung resultieren (vgl. Leamy et al, 2011). Für die weitergehende Forschung ist es interessant, wie Mitarbeitende die Verantwortung auf Nutzende übertragen können, ohne dass dabei deren Sicherheitsgefühl verletzt wird.

7.3.2.3 Eigentum

Sowohl den Mitarbeitenden als auch den Beobachtungen zufolge wird das Eigentum der Bewohnenden nicht respektiert und bleibt auch nicht unberührt. Ursächlich sind vermutlich ein falsches Verständnis der Hygienerichtlinien aufgrund tradierter

Einrichtungskulturen und ein Verschwimmen der Grenzen aufgrund des Verantwortlichkeitsgefühls. Dieses Phänomen führt möglicherweise zu einem Vertrauensverlust aufseiten der Bewohnenden und einem Misslingen der Beziehungen zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden. Die vertrauensvolle Beziehung ist jedoch das Ziel der Arbeit von Fachpersonen, wenn es um die Förderung von Selbstbestimmung geht (vgl. Kennedy & Lewin, 2004; Buchgraber & Kerschbaumer, 2020), und beeinflusst den Genesungsprozess (vgl. Lorenz et al, 2007).

7.3.3 Fremdbestimmung

Die Bewohnenden der Einrichtung sind fremdbestimmt. Die Mitarbeitenden schilderten, dass der Wille durch die Erkrankung fremdbestimmt wird oder dass sie bestimmen, um Schaden zu verhindern. Einige Mitarbeitende gehen dabei direktiv und wenig empathisch vor. Dies lässt sich auf die Betrachtung der medizinischen Symptome der Bewohnenden und vermutlich auf ein falsches Verständnis der Verantwortlichkeit zurückführen. Ersteres deckt sich mit Angaben aus der Literatur (vgl. Schramme, 2013), Letzteres ist eine Annahme auf Grundlage der weiteren Ergebnisse dieser Arbeit. Das Sicherheitsbedürfnis der Mitarbeitenden ist ausgeprägt, ebenso die Sorge, gegenüber Vorgesetzten etwas falsch zu machen. Allerdings sind eine gewisse Risikofreudigkeit und therapeutische Haltung förderlich für eine Pflege, die die Selbstbestimmung stärkt (vgl. Steinert, 2001).

Für die weitergehende Forschung ist interessant, durch welche Maßnahmen Menschen mit Erkrankungen, die eine Fremdbestimmung des Willens bedingen, mehr Selbstbestimmung erfahren können und wie diese Maßnahmen in die Praxis implementiert werden können. Für Fachpersonen in stationären Wohnsettings könnte eine evidenzbasierte Leitlinie zum Umgang mit schädlichen Verhaltensweisen, mit dem Fokus auf der Selbstbestimmung, erstellt werden.

Die Bewohnenden der Einrichtung werden den Mitarbeitenden zufolge stigmatisiert und diskriminiert. Vermutlich beruht dies auf der Einstellung der Gesellschaft gegenüber Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, führt zu einer eingeschränkten Handlungsfreiheit und schränkt somit auch die Selbstbestimmung ein. Auch dieser

Prozess fällt unter den Begriff der Fremdbestimmung, wie Schramme ausführt (vgl. 2013).

7.3.3.1 Verwehren des Ausgangs

Den Bewohnenden wird der Ausgang verwehrt, obwohl es sich um eine offene Wohnform handelt. Hier ist ebenfalls ein falsches Verantwortungs- und Sicherheitsgefühl ursächlich. Möglicherweise reichen auch die Kompetenzen der Mitarbeitenden aufgrund ihrer Ausbildung nicht aus. Die Folge ist, dass sie restriktive Maßnahmen umsetzen und somit Zwang auf die Bewohnenden ausüben. Die in der Literatur beschriebene Reflexionsfähigkeit (vgl. Konrad & Rosemann, 2016) scheint, in Bezug auf dieses Ergebnis bei den Mitarbeitenden nicht ausgeprägt zu sein. Ob und inwiefern einjährig ausgebildetes Personal überhaupt Maßnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung umsetzen und in ethisch-reflexive Entscheidungen einbezogen werden sollte, könnte ebenfalls durch weiterführende Forschung geklärt werden.

7.3.3.2 Umgang mit unvernünftigen Handlungen

Der Umgang mit unvernünftigen Handlungen, zum Beispiel dem Konsum von Zucker bei Diabetes mellitus, stellt für die Mitarbeitenden ein regelmäßig wiederkehrendes Spannungsfeld dar, mit dem sie umgehen müssen. Die in der Einrichtung wohnenden Menschen treffen auch Entscheidungen für sich selbst, die die Mitarbeitenden nicht gutheißen. Das führt bei den Mitarbeitenden vermutlich zu einem Konflikt zwischen dem Autonomie-Gewähren und dem Verantwortlichsein. Hierbei scheinen unterschiedliche Erwartungen an die Situation und die Bedürfnisse zu existieren (vgl. Papadopoulos et. al., 2015). Ebenso gibt es Überschneidungen mit den Ergebnissen von Björkdahl, Plamstierna und Hansebo (vgl. 2010), die herausfanden, dass eine Gruppe von Mitarbeitenden gute und wirksame Beziehungen aufbaute und eine andere die Station (oder den Bereich) sauber und sicher halten wollte. Das erzeugt Misstrauen und ein Gefühl von Verlorenheit bei den Bewohnenden. Weiterführende Forschung könnte diesbezüglich aufzeigen, welche Faktoren zu diesem Ergebnis führen und was Lernende benötigen, um wirksame Beziehungen aufzubauen.

7.3.4 Institutionelle Rahmenbedingungen

Die Selbstbestimmung der Bewohnenden wird durch die institutionellen Rahmenbedingungen beeinflusst. Die Mitarbeitenden schilderten, dass die Hausordnung neben typischen Fragestellungen in der Hausgemeinschaft auch den Umgang mit Alkohol und Drogen regelt. Den Bewohnenden sei der Konsum von Alkohol und Drogen untersagt. Die Gründe dafür sind wahrscheinlich Sicherheitsbedenken sowie die Tatsache, dass einige der Bewohner in der Vergangenheit einen problematischen Umgang mit Alkohol und Drogen gezeigt haben, was bis zur Sucht reichte. Das führt allerdings dazu, dass auch der gesellschaftlich anerkannte Konsum von Alkohol für Bewohnende, die kein missbräuchliches Verhalten aufweisen, eingeschränkt wird. Damit wird die Selbstbestimmung der Bewohnenden begrenzt. Hierbei handelt es sich in Anlehnung an Deci und Ryan (vgl. 1985) um eine externe Integration, da die Menschen sich aufgrund externer Reize an Belohnung und Bestrafung orientieren. Wünschenswert und Ziel professioneller Begleitung ist jedoch, dass die Menschen ihr Verhalten aufgrund innerer und äußerer Faktoren selbst regulieren (vgl. ebd.). Hierbei scheint es angebracht zu sein, individuelle Richtlinien für die Bewohnenden festzulegen, um diese nicht durch allgemeingültige Regeln und Zwänge einzuschränken.

Die Mitarbeitenden sind der Meinung, dass die Menschen in der Einrichtung Regeln und Grenzen brauchen. Ursache dafür ist die Selbstverständlichkeit, dass diese für das Zusammenleben in der Gemeinschaft wichtig sind. Sie geben Orientierung sowie Halt und sorgen somit für das Funktionieren der Organisation. So formuliert Schädle-Deininger (2004) eines der vier Prinzipien von Qualität in der Pflege, die berücksichtigt und reflektiert werden sollten. Problematisch wird es allerdings, wenn die Regeln nicht nachvollziehbar und willkürlich aufgestellt sind.

In einem Interview wurde deutlich, dass es durch missverständliche Dokumentationen bezüglich institutioneller Rahmenbedingungen, die als Standard beschrieben wurden, zu Irritationen kommt. Dies liegt an der vermutlich achtlosen Benutzung des Begriffs ‚Standard‘, führt allerdings dazu, dass Lesende den Eindruck erhalten, es gebe festgelegte Normen innerhalb der Einrichtung. Die Bewohnenden werden dadurch abgewertet. Die Folge ist, dass persönliche Vorstellungen zu Maßstäben werden und neue Mitarbeitende sich möglicherweise an diesen orientieren. Literatur scheint es zu diesem Aspekt nicht zu

geben. Der Einfluss von Sprache in der psychiatrischen Pflege stellt eine Forschungslücke dar.

Anhand der Interviews und der Beobachtungen wurde wiederholt deutlich, dass die Regeln durch die Angliederung an die Klinik aufgestellt werden und/oder durch medizinische Diagnosen begründet sind. Dies lässt sich vermutlich auf einen nicht reflektierten Settingwechsel aufseiten der Mitarbeitenden in der Institution zurückführen. Dadurch wurden jedoch Regeln, die eigentlich für psychiatrische Kliniken aufgestellt wurden, in die Wohnform übertragen und werden dort angewendet. Die ethische Reflexion hat positive Effekte auf die Arbeit psychiatrisch tätiger Pflegefachpersonen (vgl. Schädle-Deininger, 2004; Tschinke, 2016). Daraus resultiert die Frage, wie ethische Reflexion kontinuierlich und nachhaltig in die Praxis implementiert werden kann.

7.3.5 Fehlende Fremdunterstützung

Die Beobachtungen und Interviews zeigen, dass die Mitarbeitenden körperliche Beschwerden und Krisensituationen der Bewohnenden häufig nicht ernst nehmen. Die Ursache dessen könnte sein, dass sie Menschen mit psychischen Diagnosen als unglaublich ansehen, wodurch diese Opfer testimonialer Ungerechtigkeit werden, wie bereits von Angermeyer (2013) sowie Kidd und Carel (2017) beschrieben. Daraus können das Übersehen ernsthafter Erkrankungen und, aufseiten der Bewohnenden, ein Verlust an Vertrauen folgen (vgl. Puddifoot, 2019). In weiterführender Forschung könnte der Frage nachgegangen werden, wie Stigmatisierung und Diskriminierung bei Lernenden und Mitarbeitenden in psychiatrischen Angeboten nachhaltig verringert werden können. Zudem können präventive Mechanismen erforscht werden, die Einrichtungen installieren könnten, um solche Folgen zu verhindern.

In Bezug auf die direkte Interaktion konnte in Beobachtungsprotokollen festgehalten werden, dass Mitarbeitende Bitten von Bewohnenden übergehen und ignorieren. Die Ursachen sind vermutlich unter anderem die Haltung des einzelnen Mitarbeitenden sowie ein Mangel an beruflicher Kompetenz und Empathie. Darüber hinaus können auch Egoismus und ein Mangel an Respekt ursächlich sein. Auch Zeitnot kann eine Ursache für dieses Verhalten darstellen. Eine Folge kann der Verlust von Vertrauen (wenn dieses zuvor überhaupt bestand) sein, wie auch Puddifoot (2019) beschrieb. Zudem beeinflusst

dies die Genesung (Barker et al, 2020) und führt durch die unterschiedlichen Erwartungen und die mangelnde Zusammenarbeit zu Konflikten (vgl. vgl. Papadopoulos et. al., 2015). Für weitergehende Forschung ist die Frage interessant, wie fehlende Empathie und eine mangelhafte Haltung der Mitarbeitenden gegenüber Bewohnenden entdeckt und aufgearbeitet werden können.

Die Mitarbeitenden skizzierten in den Interviews die fehlende Unterstützung gesetzlicher Betreuender. Auch die Beobachtungen belegen diesen Mangel. Als Ursachen lassen sich Zeitnot, ein Mangel an Empathie, Respekt und beruflicher Kompetenz sowie Egoismus festhalten. Dies führt, wie das Fehlen von Unterstützung durch Mitarbeitende der Einrichtung, zu Vertrauensverlusten und Konflikten.

7.3.6 Finanzielle Situation

Das Ergebnis zeigt deutlich, dass die Mitarbeitenden die finanzielle Situation unterschiedlich einschätzen. Manche Mitarbeitende beschreiben das Budget als unzureichend. Andere Mitarbeitende hingegen vertreten die Auffassung, die Bewohnenden seien finanziell gut abgesichert. Die Ursachen hierfür sind möglicherweise unterschiedliche Erfahrungen, Informationen, Interessen und Hintergründe, die sie beeinflussen. Auch spielen die Werte und Überzeugungen der Mitarbeitenden eine Rolle bei der Bewertung der finanziellen Situation. Diese gegensätzlichen Meinungen der Fachpersonen unterstreichen, dass an Fachpersonen in der psychiatrischen Versorgung hohe Anforderungen bezüglich ethischer Überlegungen gestellt werden (vgl. Schädle-Deininger, 2014).

Das Einbehalten von Geldbeträgen bei nicht erbrachter Körperpflege wird in der Einrichtung zur Disziplinierung der Bewohnenden eingesetzt. Die Sorgebeziehungen sind somit durch eine asymmetrische Machtverteilung gekennzeichnet (vgl. Sauter, 2011). Wird diese allerdings zur Disziplinierung missbraucht, kann von Machtmissbrauch und Gewalt durch Fachpersonen gesprochen werden (vgl. Billen, 2014). Dies kann einerseits auf mangelnde Kompetenzen und andererseits auf die Arbeitsbelastung und das nicht ausreichend definierte Aufgabengebiet der Mitarbeitenden zurückgeführt werden. Auch die Stellung der Fachpersonen innerhalb der Hierarchie der Einrichtung wird in der Literatur als Ursache genannt (vgl. Siegart,

2001). Vordergründig ist das Einbehalt von Geld ein wirksames Druckmittel, um eine Normalisierung des Verhaltens zu bewirken. Trotzdem stellt es einen Machtmissbrauch dar, denn die Folgen dieser Disziplinierungsmaßnahme sind Gefühle ohnmächtiger Abhängigkeit, der Verlust von Vertrauen und möglicherweise eine Verzögerung der Genesung. Die Disziplinierung von Menschen ist nicht Aufgabe der Eingliederungshilfe (siehe Kapitel 2.2.3.1).

7.3.7 Das professionelle Team

Das professionelle Team ist ein wichtiger Einflussfaktor im Hinblick auf die Selbstbestimmung von Menschen in stationären Wohnformen. Im Folgenden werden die Ergebnisse, die sich auf das professionelle Team beziehen, diskutiert und in den Stand der Forschung eingeordnet.

7.3.7.1 Negative Erfahrungen im Spannungsfeld

Die Mitarbeitenden der Einrichtung entscheiden sich aufgrund schlechter Erfahrungen eher für eine Einschränkung der Selbstbestimmung. Ursächlich hierfür können das Bedürfnis nach Sicherheit sowie der Wunsch, Wiederholungen negativ wahrgenommener Ereignisse zu verhindern, sein. Auch Haltung, Einstellung sowie organisatorische Faktoren können diesem Verhalten zugrunde liegen. Dieses Verständnis kann dazu führen, dass Mitarbeitende die Freiheit der Bewohnenden einschränken, wodurch das Vertrauen sinkt und somit auch die Genesung sich verzögert. Die hier von den Mitarbeitenden zugrunde gelegte Perspektive basiert auf einer paternalistischen Ethik (vgl. Düber, 2016). Demgegenüber steht der Respekt vor der Autonomie als ein Qualitätsmerkmal für professionelles Handeln in der Pflege (vgl. Schädle-Deiniger, 2014).

7.3.7.2 Umgang mit Fragestellungen im Spannungsfeld

Den Fachpersonen in der Einrichtung fehlt der kritische, regelmäßige Austausch im Team, insbesondere zu Fragestellungen im Spannungsfeld von Selbst- und Fremdbestimmung. Die Ursachen hierfür können vielfältiger Natur sein. Den Ergebnissen dieser Arbeit nach könnten die Vakanz der Leitungsposition, die fehlenden

zeitlichen Ressourcen sowie die Maßnahmen zur Begrenzung der COVID-19-Pandemie ursächlich sein. Die Folgen betreffen allerdings die Bewohnenden. Fehlt der Raum für Austausch und Diskussion, gibt es auch keine gemeinsame Teamstrategie, keine Reflexion von Ereignissen und keinen allgemeinen Austausch. Für die Arbeit in der Gemeindepsychiatrie sind diese Faktoren aber essenziell (vgl. Burns, 2010; Schädle-Deininger, 2014). Es scheinen auch Kommunikationsfähigkeiten wichtige berufsgruppenübergreifende Kompetenzen in der Wohnbetreuung zu sein (vgl. Konrad & Rosemann, 2016). Darüber hinaus hat es positive Effekte auf die Zufriedenheit, wenn sich Fachpersonen mit ethischen Fragestellungen auseinandersetzen (vgl. Tschinke, 2016).

Hinzu kommt, dass interne Konflikte unter den Mitarbeitenden bestehen und nicht aufgearbeitet werden. Diese Konflikte gehen möglicherweise auf unterschiedliche Haltungen, Erfahrungen und Interpretationen der Arbeit zurück. Auch das Erleben hierarchischer Strukturen kann eine Ursache der Konflikte sein. In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass interne Auseinandersetzungen Kennzeichen unterdrückter Gruppen sind (vgl. Bartholomew, 2009). Die Folgen sind weniger Zeit und Zuwendung für die Bewohnenden, uneinheitliche Herangehensweisen und möglicherweise negative Gefühle sowie Unzufriedenheit aufseiten der Mitarbeitenden und Bewohnenden. Dies belegen unter anderem Papadopoulos et al. (2015), die aufführen, dass unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse sowie ein Mangel an Regeln, Zusammenarbeit und Kommunikation zu Konflikten führen.

7.3.7.3 Klinisch geprägte Einstellungen und Kompetenzen

In der Interaktion mit den Mitarbeitenden und an der Argumentation dieser fällt auf, dass diese meist klinisch geprägt sind. Somatische Erkrankungen nehmen einen großen Raum im Alltag ein. Ursächlich hierfür kann die vor allem klinisch-psychiatrisch geprägte Berufslaufbahn der Mitarbeitenden sein. Der Großteil der Mitarbeitenden hat vor der Beschäftigung in der Wohneinrichtung im klinisch-psychiatrischen oder somatischen Setting gearbeitet. Darüber hinaus scheinen die wenigsten Fort- und Weiterbildungsangebote der Sozialpsychiatrie besucht zu haben. Medizinisch und/ oder klinisch geprägte Einstellungen und Kompetenzen können in stationären Wohneinrichtungen zu einer ungünstigen Priorisierung von Maßnahmen sowie zu

paternalistischen Betrachtungsweisen führen. Zu diesem Thema scheint es keine Veröffentlichungen zu geben.

7.3.7.4 Stigmatisierung und Diskriminierung durch Mitarbeitende

Die Mitarbeitenden der Einrichtung stigmatisieren und diskriminieren die Bewohnenden, möglicherweise aufgrund bewusster und unbewusster Stereotype von Menschen mit psychischen Diagnosen. Dies wurde bereits von Jongsma et al. beschrieben (vgl. 2017). Konsequenzen von Stigmatisierung und Diskriminierung sind testimoniale Ungerechtigkeit, der Verlust des Vertrauens in Fachpersonen und eigene Fähigkeiten sowie Beeinträchtigungen des Genesungsprozesses (vgl. Barker et al, 2020).

8. Fazit und Empfehlungen für die psychiatrische Pflegepraxis

Es stellt sich die Frage, wie weitreichend die Veränderungen sind, die seit der Psychiatrie-Enquete vorgenommen wurden. Mithilfe dieser detaillierten Untersuchung der Selbstbestimmung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen in besonderen Wohnformen aus der Perspektive von Mitarbeitenden wurde dies veranschaulicht und diskutiert. Die Untersuchungen im Rahmen der vorliegenden Arbeit erlauben die Beantwortung der Forschungsfragen.

Was verstehen Mitarbeitende in stationären Wohnformen unter Selbstbestimmung und was bedeutet das für sie?

Mitarbeitende in stationären Wohneinrichtungen haben eine enge Definition für einen Begriff, dem sie jedoch eine große Bedeutung beimessen. Sie begrenzen die Selbstbestimmung bei Handlungen, die Dritte und die Person selbst gefährden, verletzen und/oder schädigen. Diese Eigengefährdung wurde als Problem benannt, das mit ihrer Hilfe beseitigt werden muss. Selbstbestimmung wird unterschiedlich definiert und es benötigt viel Feingefühl vonseiten der Fachpersonen, um in diesem Spannungsfeld zu entscheiden.

Die Mitarbeitenden der besonderen Wohnform besitzen ein Problembewusstsein für Fremdbestimmung in stationären Wohnformen und assoziieren Selbstbestimmung mit Selbstständigkeit. Ihrer Ansicht nach sind nur die Menschen in der Lage, über sich selbst zu bestimmen, die auch im Alltag selbstständig sind. Diesen Fehlschluss gilt es zu beseitigen und zukünftig zu verhindern. Das oft übertriebene Verantwortungsgefühl der Fachpersonen gegenüber Bewohnenden stationärer Wohneinrichtungen muss abgelegt werden. Diesbezüglich entsteht ein Problem: Die Mitarbeitenden können ihr wenig umfassendes theoretisches Wissen nicht in die Praxis transferieren. Wichtig wäre es, den Mitarbeitenden tiefere Einblicke in die Thematik zu geben, sodass sie Selbstbestimmung in allen Dimensionen und deren Relevanz verstehen. Es fehlt theoretisches und praktisches Wissen zum Thema. Darüber hinaus können Angebote zur Reflexion der eigenen Interaktion mit Menschen mit psychiatrischen Diagnosen helfen, die Haltung und die Kompetenz der Mitarbeitenden hinsichtlich der Selbstbestimmung stetig weiterzuentwickeln. Auszubildenden und Studierenden sollten die Förderung und die Gewährung von Selbstbestimmung als Kernkompetenzen vermittelt werden.

Welche Aspekte, wirken sich positiv auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden aus?

Positiv auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden in besonderen Wohnformen wirken sich verschiedene Freiheiten, die Beziehung, die Zugehörigkeit sowie Kompetenzen und Eigenschaften der Bewohnenden aus. Im Bereich der Freiheiten wurden die Entscheidungs- und Wahlfreiheit, die Handlungsfreiheit, die Bewegungsfreiheit und die persönlichen Freiheiten der Bewohnenden identifiziert. Auch die Beziehung zwischen den Bewohnenden und den Mitarbeitenden spielt eine große Rolle dabei, ob die Bewohnenden Selbstbestimmung erfahren. Die Anerkennung und die Wertschätzung, die den Bewohnenden entgegengebracht werden, sind neben der Fremdunterstützung durch die Mitarbeitenden und Dritte ein positiver Faktor.

Auch die persönlichen Kompetenzen der Bewohnenden wirken, aus der Perspektive der Mitarbeitenden und laut den Beobachtungen, positiv auf die Selbstbestimmung. Diesbezüglich wurden Faktoren identifiziert, die einen Kompetenzgewinn bei zunehmender Handlungsmacht, eine gewisse Eigenständigkeit und Reflexionsfähigkeit sowie die Übernahme von Eigen- und Selbstverantwortung verdeutlichen. Die Eigeninitiative der Bewohnenden scheint ebenfalls Einfluss auf die Selbstbestimmung zu nehmen. Sind Bewohnenden zu verschiedenen Themen informiert, kann das die Selbstbestimmung stärken. Die Achtung der eigenen Bedürfnisse ist ebenso wichtig für das Erleben von Selbstbestimmung. Die Selbstbestimmung wird darüber hinaus durch die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft positiv beeinflusst. Einbindung, Partizipation sowie die Teilnahme am sozialen Leben, ein strukturierter Alltag und eine Tagesstruktur wirken sich besonders förderlich aus.

Welche Faktoren wirken sich, aus der Perspektive von Mitarbeitenden, negativ auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden aus?

Zu den sich negativ auswirkenden Faktoren, die in dieser Forschungsarbeit identifiziert wurden, gehören die Bevormundung, das Führen und Steuern, die Fremdbestimmung, Rahmenbedingungen, das Fehlen von Fremdunterstützung, Armut und das professionelle Team aus Mitarbeitenden.

Die Mitarbeitenden handeln oftmals nach einer paternalistischen Maxime, die von Wohlwollen und Bevormundung gekennzeichnet ist. Sie führen und steuern die

Bewohnenden in verschiedenen Bereichen. Zudem sind die Menschen aufgrund verschiedener Ursachen fremdbestimmt: aufgrund von Erkrankung und/oder Behandlung, damit sie anderen nicht schaden oder wegen der erlebten Diskriminierung. Ihnen wird der Ausgang verwehrt, sie werden aber auch vor unvernünftigen Handlungen bewahrt. Es gibt eine Hausordnung sowie weitere Regeln und Grenzen, die durch die Institution aufgestellt wurden. Manche Regeln resultieren aus dem krankenhausesbezogenen Denken der Mitarbeitenden und des Trägers. Ebenso wird die Selbstbestimmung durch die Dokumentation und die strukturierenden Pläne beeinträchtigt.

Den Bewohnenden fehlt Fremdunterstützung. Körperliche Beschwerden werden nicht ernst genommen, es findet wenig Kommunikation in Krisen statt, Anliegen werden ignoriert und die gesetzlichen Betreuenden sind wenig hilfreich. Auch die finanzielle Situation schränkt die Selbstbestimmung der Bewohnenden ein. Armut, Unklarheit bezüglich der Kostenübernahme, das Erarbeiten von Geld und die Lebensmittelversorgung sind hier untergeordnete Faktoren.

Darüber hinaus kann die Situation des professionellen Teams aus Mitarbeitenden einen erheblichen negativen Einfluss auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden haben. Die Mitarbeitenden befinden sich aufgrund negativer Erfahrungen in einem Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung und sind daher zurückhaltend bei der Gewährung von Freiheiten. Darüber hinaus wirken auch der teameigene Umgang mit Fragestellungen sowie die klinisch geprägten Einstellungen und Kompetenzen auf die Selbstbestimmung. Das Team der Mitarbeitenden stigmatisiert und diskriminiert zudem die Bewohnenden.

Gibt es Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung bei Pflegefachpersonen?

Die Faktoren, die sich in der untersuchten Wohnform positiv auf die Selbstbestimmung auswirken, wurden vor allem in den Interviews von den Mitarbeitenden theoretisch dargelegt. Negativ beeinflussende Faktoren wurden vor allem im Rahmen der Beobachtungen identifiziert. Allerdings wurde anhand der Interviews deutlich, dass Selbstbestimmung nicht von den Mitarbeitenden priorisiert wird. Selbstkritisch schilderten die Mitarbeitenden der Einrichtung, in welchen Bereichen die

Selbstbestimmung eingeschränkt wird und Potenziale ungenutzt bleiben. Dennoch ist bei einzelnen Mitarbeitenden anzunehmen, dass Selbst- und Fremdwahrnehmung deutlich auseinandergehen. Auch hier ist anzumerken, dass vermehrt Wert auf die Schulung reflexiver Fähigkeiten für Intervention, Fallbesprechung und gemeinsame Supervision gelegt werden sollte. Achtsamkeit und Beobachtungsfähigkeiten von Fachpersonen können zur benötigten Feinfühligkeit beitragen.

Wie selbstbestimmt sind Menschen innerhalb stationärer Wohnformen?

Selbstbestimmung ist in besonderen Wohnformen nicht immer einfach zu realisieren. Oft sind verschiedene Akteure und Institutionen involviert, um die Bedürfnisse und Interessen der Bewohnenden abzudecken. Es bedarf einer Balance zwischen der Sicherstellung der notwendigen Unterstützung und der Gewährleistung von Freiheit sowie Selbstbestimmung.

Auf Grundlage der Forschungsergebnisse kann angenommen werden, dass die Bewohnenden von den Mitarbeitenden der Einrichtungen sowie deren Ansichten, Erfahrungen und Handlungen abhängig sind. In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Aspekte beleuchtet, die förderlich bzw. hinderlich wirken. Die Selbstbestimmung ist in stationären Wohneinrichtungen für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen eingeschränkt, wenngleich sie ihnen vertraglich, gesellschaftlich und gesetzlich zugesichert ist. Für Fachpersonen in diesem Setting ist es deshalb wichtig zu wissen, dass jeder Mensch ein Recht auf Selbstbestimmung hat und sie die Inanspruchnahme dieses Rechts unterstützen müssen. Entscheidend ist die Vermittlung von Methoden zur Förderung der Selbstbestimmung. Die Mitarbeitenden der Einrichtung, deren Einstellung, Haltung, Ausbildung und Motivation bestimmen darüber, inwieweit Selbstbestimmung gelebt werden kann.

In der vorliegenden Arbeit wurde darüber hinaus aufgezeigt, dass es von der Interaktion im Alltag und den Erfahrungen der Fachkraft abhängig ist, ob diese für Selbstbestimmung sorgt. Selbst wenn das Verständnis gegeben und die Wichtigkeit von Selbstbestimmung bekannt ist, bedeutet das nicht, dass Selbstbestimmung im Alltag ermöglicht wird. Selbstbestimmungsorientierte Ansätze wie Empowerment oder Recovery sollten deshalb dringend vermehrt in die berufsschulische sowie hochschulische Ausbildung der Fachpersonen integriert werden.

Ungefragte Ratschläge sind im Genesungsprozess selten hilfreich und führen eher zu weniger Selbstbestimmung. Die Partizipation der Bewohnenden sollte, ebenso wie die Selbstbestimmung, vertraglich festgehalten und mittels entsprechender Interventionen durch die Fachpersonen ermöglicht werden. Gleichzeitig müssen die Rechte und Bedürfnisse der Bewohnenden durch klare rechtliche Rahmenbedingungen geschützt werden. Gesetze und Vorschriften müssen den Schutz der Selbstbestimmung gewährleisten und zugleich einen angemessenen Rahmen für die notwendige Unterstützung bieten. Die Selbstbestimmungs-fokussierte Sorgebeziehung stellt die Bewohnenden in den Mittelpunkt jeglicher Handlungen. Die Fachpersonen unterstützen Bewohnende dabei, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und zu artikulieren und Entscheidungen im Sinne ihrer Werte und Vorstellungen zu treffen. Fachpersonen sind aktive Verbündete und Wegbegleitende, treffen jedoch keine Entscheidungen für die Bewohnenden. Die Bewohnenden behalten die Kontrolle über ihr Leben, wodurch sich ihre Lebensqualität erhöht. In dieser Untersuchung wurde auch die Frage betrachtet, ob ein Leben in Institutionen mit Fachpersonen überhaupt selbstbestimmt sein kann.

Insgesamt ist die Selbstbestimmung von Menschen in besonderen Wohnformen ein komplexes Thema, das eine ganzheitliche Herangehensweise erfordert. Es bedarf einer Kultur des Respekts vor individuellen Wünschen und Bedürfnissen sowie der Schaffung von Strukturen und Rahmenbedingungen, die Selbstbestimmung ermöglichen und fördern. Nur durch eine umfassende Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Bewohnenden kann ein würdevolles und erfülltes Leben in besonderen Wohnformen gewährleistet werden.

Literatur

- Abeld, R. (2020). Potenziale und Spannungsfelder professioneller Beziehungen in der Gemeindepsychiatrie—Ergebnisse einer Klient*innen-Befragung. In Gromann, Petra (Hrsg.), *Beziehungskisten in der Gemeindepsychiatrie* (S. 69–97). Psychiatrie Verlag.
- Adamus, C., Alpiger, J., Jäger, M., Richter, D., & Mötteli, S. (2022). Independent Supported Housing Versus Institutionalised Residential Rehabilitation for Individuals with Severe Mental Illness: A Survey of Attitudes and Working Conditions Among Mental Healthcare Professionals. *Community mental health journal*, 1–9.
- Aicher, Simone. (2017). Förderung der Autonomie von Psychiatrie-Erfahrenen. <https://doi.org/10.5283/EPUB.35218>
- Amering, M., & Schmolke, M. (2007). *Recovery Das Ende der Unheilbarkeit* (5. Überarbeitete Ausg.). Bonn: Psychiatrie-Verlag Bonn.
- Anderl-Doliwa, B., & Hajek, C. A. (2022). VISION-RA: Die Interaktion zwischen Fachkräften der Gemeindepsychiatrie und Nutzenden verstehen. *PPH*, 28(02), 73–76.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: Changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2), 146–151.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Antor, G. (2007). *Handlexikon der Behindertenpädagogik*.

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19–32.
- Baker, L. S., Smith, W., Gulley, T., & Tomann, M. M. (2020). Community perceptions of comprehensive harm reduction programs and stigma towards people who inject drugs in rural Virginia. *Journal of Community Health*, 45, 239–244.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52(1), 1–26.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2013). *Das Gezeitenmodell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege*. Huber.
- Bartholomew, K. (2009). *Feindseligkeit unter Pflegenden beenden: Wie sich das Pflegepersonal gegenseitig das Leben schwer macht und den Nachwuchs vergault- Analysen und Lösungen*. Huber.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5. Aufl.). Oxford University Press, USA.
- Becker, T. (Hrsg.). (2008). *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie* (1. Aufl.). Kohlhammer.
- Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. *Psychiatric rehabilitation journal*, 30(2), 96.
- Beyer, C. (2009). *Von der Kreis-Irrenanstalt zum Pfalzkrankenhaus. Eine Geschichte der Psychiatrie in Klingenstein. Kaiserslautern: Institut für pfälzische Geschichte und Volkskunde*.
- Billen, W. (2014). Aspekte des Machtmissbrauchs in Pflegeheimen: Pflege zwischen Fürsorge und Gewalt. *Macht und Missbrauch in Institutionen: Interdisziplinäre Perspektiven auf institutionelle Kontexte und Strategien der Prävention*, 95–110.

- Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(6), 510–518.
- Bomke, P. (2008). Psychiatrie braucht öffentliche Kontrolle – ein institutioneller Zugang. In Raueiser, S. & Jehl, R (Hrsg.), *Verantwortung für die Psychiatrie*. Grizeto.
- Bomke, P., Fuchs, B., & Frech, H. (2013). Psychiatrische Versorgung auf dem Weg in die Kommunen. *Welt Krankenversicherung*, 11(2013), 279–281.
- Borbé, R. (2013). Patientenautonomie in der Psychiatrie. In *Patientenautonomie* (S. 190–203). Brill mentis.
- Borbé, R., Rosemann, M., Nienaber, A., Steinhart, I., & Heinz, A. (2021). Gemeindepyschiatrische Ansätze zur Vermeidung der Unterbringung in geschlossenen Heimen – eine Positionsbestimmung. *Der Nervenarzt*, 92(9), 935–940.
<https://doi.org/10.1007/s00115-021-01136-7>
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of mental health*, 13(5), 493–505.
- Bourdieu, P. (2017). *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. BoD–Books on Demand.
- Brandt, R., & Herb, K. (2012). 1 Einführung in Rousseaus Gesellschaftsvertrag. In Jean-Jacques Rousseau: *Vom Gesellschaftsvertrag* (S. 5–27). Akademie Verlag.
- Brolin, R., Brunt, D., Rask, M., Syrén, S., & Sandgren, A. (2016). Striving for meaning Life in supported housing for people with psychiatric disabilities. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1), 31249.
- Buchgraber, S., & Kerschbaumer, B. (2020). *Selbstbestimmung von psychoseerfahrenen Menschen* (Bd. 23). LIT Verlag Münster.

- Buchner, T., Pfahl, L., & Traue, B. (2015). Zur Kritik der Fähigkeiten Ableism als neue Forschungsperspektive der Disability Studies. *Zeitschrift für Inklusion*.
- Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.). (2019). Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe. (1994). Wörterbuch aktueller Fachbegriffe. Fachdienst der Lebenshilfe, Heft 3, S. 1ff
- Burns, T. (2010). Team structures in community mental health. *Principles of Social Psychiatry*, 2, 387–396.
- Butler, J. (2001). *Psyche der Macht: Das Subjekt der Unterwerfung*. Suhrkamp.
- Byrne, L., Schoeppe, S., & Bradshaw, J. (2018). Recovery without autonomy: Progress forward or more of the same for mental health service users? *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1459–1469. <https://doi.org/10.1111/inm.12446>
- Clarke, P. N., & Fawcett, J. (2016). Nursing knowledge driving person-centered care. *Nursing science quarterly*, 29(4), 285–287.
- Conze, W. (1975). Freiheit. *Ausblick*. Brunner/Conze/Koselleck, 538–542.
- Cooper, L. A., Roter, D. L., Carson, K. A., Beach, M. C., Sabin, J. A., Greenwald, A. G., & Inui, T. S. (2012). The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care. *American journal of public health*, 102(5), 979–987.
- Costa, D. V.-C. R., & da Silva, B. L. (2018). Die Struktur der Aktion im Denken von Hobbes. Für eine Verteidigung des Kompatibilismus. *Aufklärung: revista de filosofia*, 5(3), 39–54.
- Cutcliffe, J., Stevenson, C., & Lakeman, R. (2013). Oxymoronic or synergistic: Deconstructing the psychiatric and/or mental health nurse. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(2), 125–134.

- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177–201.
- Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D. A., Chinman, M. J., Rakfeldt, J., & Tebes, J. K. (2004). Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32(4), 453–477.
- De Beauvoir, S. (2018). *Das andere Geschlecht: Sitte und Sexus der Frau*. Rowohlt Verlag GmbH.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985a). *Motivation and self-determination in human behavior*. NY: Plenum Publishing Co.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985b). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of research in personality*, 19(2), 109–134.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Self-determination research: Reflections and future directions*.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2013). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19(3), 91.
- Denzin, N. K. (2017). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Transaction publishers.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2017). Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe: Bericht 2017. http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/images/berichte/2019-04-08%20BAGS%20Bericht%202017_barrierefrei_final.pdf; (abgerufen am (15.03.2020)).

Derrida, J. (1978). *Writing and Difference*. London and New York.

Deutscher Ethikrat (2018). *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im*

Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung.

<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf> (Abgerufen am 08.2021)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und

Nervenheilkunde e.V. (DGPPN). (2014). *Achtung der Selbstbestimmung und*

Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen: Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. Der Nervenarzt, 85(11), 1419–1431.

<https://doi.org/10.1007/s00115-014-4202-8>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und

Nervenheilkunde, (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren*

psychischen Erkrankungen S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (2. Aufl.). Springer.

Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) (2020): *Gestörtes psychisches*

Gleichgewicht. Zur besonderen Situation von psychisch erkrankten und behinderten

Menschen im „Corona-Alltag“ – ein Problemaufriss aus Sicht der psychiatrischen

Pflege. <https://www.dgsp->

ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/Pflege_und_Corona.pdf

(Abgerufen am 24.11.2021)

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Landesverband Schleswig-Holstein) (2020):

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Landesverband

Schleswig-Holstein e.V zu den Auswirkungen der Corona-Krise auf die

Versorgungssituation psychisch erkrankter Menschen in Schleswig-Holstein.

https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Stellungnahmen/2020/Positionspapier_DGSP_LV_Schleswig-Holstein_zu_den_Auswirkungen_der_Corona-Krise.pdf (Abgerufen am 24.11.2021)

Dreier, J. (2007). Moral relativism and moral nihilism. *The Oxford Handbook of Ethical Theory*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195325911.001.0001>

Dresing, T., & Pehl, T. (2010). Transkription. In *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 723–733). Springer.

Dudenredaktion (o. J.): „Fremdbestimmung“ auf Duden online.

URL: <https://www.duden.de/node/50618/revision/494496> (Abrufdatum: 23.11.2021)

Düber, D. (2016). *Selbstbestimmung und das gute Leben im demokratischen Staat*. Brill mentis.

Elgeti, H. (2019). *Wohin treibt die Sozialpsychiatrie?: Erfahrungsberichte und Debattenbeiträge*. Psychiatrie Verlag.

Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 91–102. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>

Enable, U. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. General Assembly United Nations, New York.

Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4).

Ethikrat, D. (2018). Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. In :

- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery-oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community mental health journal*, 41(2), 141–158.
- Fasel, T., Baer, N., & Frick, U. (2010). Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits-und systembezogene Indikatoren. Obsan.
- Fischer, B., & Wolf, M. (2009). Leitfaden zum geschlechtergerechten Sprachgebrauch. Zur Verwendung in Lehrveranstaltungen und in wissenschaftlichen Arbeiten. Universität Wien: Zentrum für Translationswissenschaft.
- Flick, U. (1991). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. Beltz-Psychologie Verl. Union.
- Friebertshäuser, B. (2005). Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft.
- Fuchs-Heinritz, W. (Hrsg.). (1978). Lexikon der Soziologie (2., verb. u. erw. Aufl). Westdeutscher Verlag.
- für politische Theorie, F. A. (2015). Autonomie und Heteronomie der Politik: Politisches Denken zwischen Post-Marxismus und Poststrukturalismus. transcript Verlag.
- Gahleitner, S. B. (2014). Bindung biopsychosozial: Professionelle Beziehungsgestaltung in der Klinischen Sozialarbeit. Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen–Forschungsergebnisse–Anwendungsbereiche, Dortmund: Borgmann, 55–72.
- Gahleitner, S. B., & Miethe, I. (2010). Forschungsethik in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit: Forschung aus der Praxis-Forschung für die Praxis*, 2, 59.
- Gilburt, H., Slade, M., Bird, V., Oduola, S., & Craig, T. K. (2013). Promoting recovery-oriented practice in mental health services: A quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 167. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167>

- Girtler, R. (2001). *Methoden der Feldforschung*. Böhlau Verlag.
- Greve, N., Bomke, P., Kurzewitsch, E., & Becker, T. (2021a). Versorgungsnetze für Menschen mit psychischen Störungen. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021* (S. 149–171). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_9
- Greve, N., Bomke, P., Kurzewitsch, E., & Becker, T. (2021b). Versorgungsnetze für Menschen mit psychischen Störungen. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021* (S. 149–171). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-62708-2_9
- Grüber, K. (2015). Barrieren für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erkennen, überwinden und beseitigen. In Geiger, G. & Lengsfeld, M. (Hrsg.), *Inklusion – ein Menschenrecht. Was hat sich getan, was kann man tun?* (S. 111–125). Verlag Barbara Budrich.
- Hahn, M. (1994). Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*, 33(2), 81–94.
- Hellwig, C. (2020). *Personenzentriert-integrative Gesprächsführung im Coaching: Zuhören–Verstehen–Intervenieren*. Springer.
- Henking, T., & Vollmann, J. (2014). *Gewalt und Psyche: Die Zwangsbehandlung auf dem Prüfstand*. Nomos Baden-Baden.
- Hinterhuber, H., & Meise, U. (2008). Keine moderne Psychiatrie ohne Sozialpsychiatrie. *Neuropsychiatr*, 22, 148–152.
- Högberg, T., Magnusson, A., & Lützén, K. (2006). Living by themselves? Psychiatric nurses' views on supported housing for persons with severe and persistent mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 735–741.

- Hügli, A., Lübcke, P., & Bafandi, S. (Hrsg.). (2013). *Philosophielexikon: Personen und Begriffe der abendländischen Philosophie von der Antike bis zur Gegenwart (Erweiterte und vollständig revidierte Ausgabe)*. Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). *Psychological interventions and the Covid-19 pandemic [Preprint]*. PsyArXiv.
<https://doi.org/10.31234/osf.io/8svfa>
- Jahnke, B. (2015). Einmal Psychiatrie und zurück—ein Erfahrungsbericht. *Theresia Degener/Elke Diehl*, 248–252.
- Jahoda, M., & Lazarsfeld, P. F. (1993). Hans Zeisel (1975). *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch*. Frankfurt: Suhrkamp. First published in.
- Jendermy, S., Schreiter, J., & Steinhart, I. (2020). Psychiatrische Wohnheime in Deutschland—Transparenz und Strukturen. *Psychiatrische Praxis*, 47(05), 260–266.
- Jongsma, K., Spaeth, E., & Schicktanz, S. (2017). Epistemic injustice in dementia and autism patient organizations: An empirical analysis. *AJOB empirical bioethics*, 8(4), 221–233.
- Kalitzkus, V. (2005). Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81(6), 243–247. <https://doi.org/10.1055/s-2005-836618>
- Kant, I. (1870). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (Bd. 28). L. Heimann.
- Kammeier, H. (2015). In Weiß, P., & Heinz, A. (Eds.). (2016). *Selbsthilfe-Selbstbestimmung-Partizipation: Tagungsdokumentation 03. und 04. November 2015 in Berlin*. Aktion Psychisch Kranke.
- Kennedy, M., & Lewin, L. (2004). Was ist Selbstbestimmung und was nicht. Aus dem Englischen: „Fact Sheet: Summary of Self-Determination“. Erschienen bei: National Center on Supported Living and Choice, Syracuse University, übersetzt von Ulrike

- Gritsch im Auftrag von SLI und WIBS. Online im WWW unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/kennedy-selbstbestimmung.html> (28.02. 2006).
- Kennett, J. (2007). Mental disorder, moral agency, and the self. In Steinbock, B. (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Bioethics* (S. 90–113). Oxford University Press.
- Keupp, H. (1999). Empowerment als Prinzip der Gemeindepsychiatrie. *Psychiatrie auf dem Weg-Menschenbild, Krankheitsverständnis und therapeutisches Handeln*, 26–51.
- Kidd, I. J., & Carel, H. (2017). Epistemic injustice and illness. *Journal of applied philosophy*, 34(2), 172–190.
- Klauß, T. (1997). Wenn alle das Beste wollen, leidet die Selbstbestimmung. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft*, 1, 37–46.
- Kluiter, H. (1997). Inpatient treatment and care arrangements to replace or avoid it-searching for an evidence-based balance. *Current Opinion in Psychiatry*, 10(2), 160–167.
- Konrad, M., & Rosemann, M. (2016). *Betreutes Wohnen: Mobile Unterstützung zur Teilhabe* (Bd. 33). Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch+ medien verlag.
- Laatz, W. (1993). *Empirische Methoden. Ein Lehrbuch für Sozialwissenschaftler*. Thun: Harri Deutsch.
- Lachwitz, K. (2014). Das Recht von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf unterstützte Entscheidungsfindung und auf Abkehr von Maßnahmen der rechtlichen Vertretung. *Informationsd Altersfr*, 41(04), 34–39.
- Lauber, C., & Rössler, W. (2005). Empowerment und Stigma. *Stigma–Diskriminierung–Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*, 212–219.
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

- Legewie, H. (1995). Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. *Handbuch Qualitative Sozialforschung*, 2, 189–193.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2014). *Nursing research-e-book: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.
- Lorde, A. (1987). The uses of anger: Women responding to racism. *Women and Language*, 11(1), 4.
- Lorenz, A., Russo, J., & Scheibe, F. (2007). Aus eigener Sicht. Erfahrungen von NutzerInnen mit der Hilfe. In: Paritätischer Wohlfahrtsverband Berlin.
- Lührmann, S. (2010). Pflge Theorie nach Hildegard Peplau. In S. Amberger & Roll, S. C. (Hrsg.), *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Georg Thieme Verlag.
- Marshall, M., & Lockwood, A. (1998). Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane database of systematic reviews*, 2.
- Mauz, E., Walther, L., Junker, S., Kersjes, C., Damerow, S., Eicher, S., & Thom, J. (2023). Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in public health*, S. 11.
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden-Elemente und Basiswissen für das Studium*. 4. Auflage. Wien: Facultas.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse*. 12., überarb. Aufl.
- McCloughen, A., Gillies, D., & O'Brien, L. (2011). Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences: CONSUMER AND NURSE COLLABORATION. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 47–55. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00708.x>

- McKenna, B., Oakes, J., Fourniotis, N., Toomey, N., & Furness, T. (2016). Recovery-oriented mental health practice in a community care unit: An exploratory study. *Journal of Forensic Nursing*, 12(4), 167–175.
- Mechler, A. (1963). THE TERM " PSYCHIATRY ". HISTORICAL REMARKS. *Der Nervenarzt*, 34, 405–406.
- Merson, S., Tyrer, P., Lack, S., Birkett, P., Lynch, S., Onyett, S., & Johnson, T. (1992). Early intervention in psychiatric emergencies: A controlled clinical trial. *The Lancet*, 339(8805), 1311–1314.
- Mieg, H. A., & Näf, M. (2005). Experteninterviews. Skript, Institut für Mensch-Umwelt-Systeme (HES), ETH Zürich, Zürich: ETH Zürich.
- Mill, J. S. (1859). 'Of the Liberty of Thought and Discussion. On Liberty and The Subjection of Women, 22–63.
- Mill, J. S. (1985). *On liberty*, Edited with an introduction by Gertrude Himmelfarb. London etc., Penguin Books.
- Morse, J. M., Field, P. A., & Abt-Zegelin, A. (1998). *Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege*. Ullstein Mosby.
- Mru, K., & Mey, G. (o. J.). Selbstreflexivität und Subjektivität im Auswertungsprozess biographischer Materialien—zum Konzept einer „Projektwerkstatt qualitativen Arbeitens“ zwischen Colloquium, Supervision und Interpretationsgemeinschaft. Gerd Jüemann & Hans Thomae (Hrsg.), *Biographische Methoden in den Humanwissenschaften*.
- Mruck, K., & Mey, G. (1998). Selbstreflexivität und Subjektivität im Auswertungsprozeß biographischer Materialien: Zum Konzept einer " Projektwerkstatt qualitativen Arbeitens " zwischen Colloquium, Supervision und Interpretationsgemeinschaft. Beltz.

- Mürner, C., & Sierck, U. (2015). Der lange Weg zur Selbstbestimmung. Ein historischer Abriss. Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht–Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe. Bonn: Bundeszentrale für politische Aufklärung, 25–37.
- Niehoff, U. (1997). Grundbegriffe selbstbestimmten Lebens. Vom Betreuer zum Begleiter: Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung, 3, 53–65.
- Nussbaum, M. C. (2000). Women and human development: The capabilities approach (Bd. 3). Cambridge university press.
- Nussbaum, M. C. (2001). The fragility of goodness: Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy. Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. C. (2009). Creating capabilities: The human development approach and its implementation. *Hypatia*, 24(3), 211–215.
- Ohm, G., Lambert, M., & Weatherly, J. (2009). Assertive Community Treatment psychotischer Patienten. Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 183–189.
- O’neill, O. (2002). *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge University Press.
- Pankofer, S. (2000). Empowerment und Zwang–eine unmögliche Beziehung. *Empowerment konkret*, 167–185.
- Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K., & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 425–439.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks. Cal.: Sage Publications, 4.
- Peña-Guzmán, D. M., & Reynolds, J. M. (2019). The harm of ableism: Medical error and epistemic injustice. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 29(3), 205–242.

- Peplau, H. E., Mischo-Kelling, M., & Kelling, G. (1995). Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptueller Bezugsrahmen für psychodynamische Pflege. *Recom.*
- Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29–39.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2011.645025>
- Perlman, D., Moxham, L., Patterson, C., Cregan, A., Alford, S., & Tapsell, A. (2020). Mental health stigma and undergraduate nursing students: A self-determination theory perspective. *Collegian*, 27(2), 226–231.
- Pohlmann, Rosemarie. (1971). Autonomie. In Ritter, Joachim (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie* (Bd. 1, S. 702–719).
- Pollmächer, T. (2019). Autonomiefokussierung als Leitgedanke einer minimal-restriktiven Psychiatrie. *Der Nervenarzt*, 90(7), 669–674.
- Pollmächer, T., & Nyhuis, P. W. (2018). Autonomie-fokussierte Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 45(05), 233–235.
- Prestin, V. E. (2022). (Selbst-)Ermächtigung in der Psychiatrie. Überlegungen zu Grundlagen, Möglichkeiten und Grenzen. *Kerbe*, 4, 4–7.
- Priebe, S., & Finzen, A. (2002). On the different connotations of social psychiatry. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(2), 47–49.
- Priebe, S., & Hoffmann, K. (2002). 32. Sozialpsychiatrie und gemeindenahe Versorgung. In *Kompodium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin* (S. 338–348). Karger Publishers.
- Prinz, S. (1995). Autonomie und Abhängigkeit älterer Frauen. 1995). *Gerontopsychiatrie und Altenarbeit III. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit*, Bd, 94, 1–22.
- Psychosis, N. (2014). *schizophrenia in adults: The NICE guideline on treatment and management*. London: NICE.

- Puddifoot, K. (2019). Stereotyping patients. *Journal of Social Philosophy*, 50(1), 69.
- Rädiker, S., & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA*. Springer.
- Rehbock, T. (2005). Achtung der Autonomie gegenüber «nicht-einwilligungsfähigen» Patienten? – Zur ethischen Problematik von Patientenverfügungen: Respect for autonomy of «incompetent» patients?–The ethical problem of advanced directives. *Pflege*, 18(6), 381–388.
- Richter, D., & Hoffmann, H. (2017). Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 817–823.
- Richter, D., & Steinhart, I. (2016). Wahlfreiheit beim Wohnen: Forschungsstand und praktische Erfahrungen. Steinhart I, Wienberg G. *Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Robert Koch Institut (2020): Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Version V.03 vom 17.04.2020
- Rock, K. (1996). Selbstbestimmung als Herausforderung an die Professionellen. *Geistige Behinderung*, 3(96), 223–232.
- Rosemann, M. (2018). *BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit*. Psychiatrie Verlag, Imprint BALANCE buch+ medien verlag.
- Salyers, M. P., & Zisman-Ilani, Y. (2020). Shared decision-making and self-directed care. In *The Palgrave handbook of American mental health policy* (S. 197–228). Springer.
- Sauter, Dorothea. (2011). Autonomie. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. Huber.
- Schädle-Deininger, H. (2014). Ein-Blick in Ethik und Haltungen der psychiatrischen Pflege. *Psychiatrische Praxis*, 41(S 01), S11–S15.

- Schädle-Deininger, H., & Wegmüller, D. (2016). Psychiatische Pflege: Kurzlehrbuch und Leitfaden für Weiterbildung, Praxis und Studium (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe. <https://doi.org/85611-000>
- Schefczyk, M., & Schramme, T. (2015). John Stuart Mill: Über die Freiheit (Bd. 47). Walter de Gruyter GmbH & Co KG.
- Schmitt, W. (1997). Über sozialpsychiatrische Konzepte in älterer und neuerer Zeit. *Sozialpsychiatrie vor der Enquete*, 38–61.
- Schnebel, K. B. (2015). Rawls: Geschlechtergerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit. In *Selbstbestimmung oder Geschlechtergerechtigkeit* (S. 263–279). Springer.
- Schöny, W. (2018). *Sozialpsychiatrie-theoretische Grundlagen und praktische Einblicke*. Springer.
- Schoßmaier, G. (2019). *Psychosoziale Pflege: Grundlagen–Modelle–Interventionen*. Facultas Verlags-und Buchhandels AG.
- Schramme, T. (2013). Paternalismus, Zwang und Manipulation in der Psychiatrie. In *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin* (S. 263–281). mentis.
- Schrank, B., & Amering, M. (2007). „Recovery“ in der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie*, 21(1), 45–50.
- Sheldon, K. M., & Hilpert, J. C. (2012). The balanced measure of psychological needs (BMPN) scale: An alternative domain general measure of need satisfaction. *Motivation and Emotion*, 36(4), 439–451.
- Speck, O. (1991). *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundhaltung*.
- Steiner, G. (1999). Selbstbestimmung und Assistenz. *Gemeinsam leben–Zeitschrift für integrative Erziehung*, 7.
- Steinert, T. (2001). Ethische Probleme in der psychiatrischen Behandlung und Pflege. *PPH*, 7(01), 32–36.

- Stengler, K., Becker, T., & Riedel-Heller, S. (2014). Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 82(01), 43–53. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1356142>
- Stengler, K., Riedel-Heller, S., Gühne, U., & Becker, T. (2015). Gemeindepsychiatrische Versorgung. *PSYCH up2date*, 9(02), 113–128. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100094>
- Strotzka, H. (1970). *Einführung in die Sozialpsychiatrie* (20.-24. Tsd). Rowohlt.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). SAMHSA's working definition of recovery.
- Theunissen, G., Plaute, W., Stichling, M., & Ziemer, K. (1995). *Empowerment und Heilpädagogik: Ein Lehrbuch*. Lambertus-Verlag.
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International review of psychiatry*, 19(2), 113–122.
- Thornicroft, G., & Szukler, G. (2001). *Textbook of community psychiatry*. Oxford University Press Oxford.
- Townsend, W., & Glasser, N. (2003). Recovery: The heart and soul of treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(1), 83.
- Tschinke U. (2021). *Lehrbuch ambulante psychiatrische Pflege* (I. Tschinke, U. Finklenburg, B. Gähler, & T. Konhäuser, Hrsg.). Hogrefe AG.
- Ulich, D. (Hrsg.). (1985). *Psychologie der Krisenbewältigung: Eine Längsschnittuntersuchung mit arbeitslosen Lehrern*. Beltz.
- UN-BRK (2006): *Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (Convention of the United Nations on the rights of persons with disabilities). Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-unkonvention.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff: 13.12.2020].

- UN (United Nations). (2017). General comment No. 5 (2017) on living independently and being included in the community.
- van Veen, M., Peters, A., Mulder, N., van Meijel, B., & Koekkoek, B. (2020). A qualitative study of the working alliance between patient and community mental health nurse during interpersonal community psychiatric treatment. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(3), 211–220.
- Waldschmidt, A. (1999). Vom autoritären Zwang zur individuellen Selbstbestimmung: Geschichte und Selbstverständnis der humangenetischen Beratung und vorgeburtlichen Diagnostik. Sichtwechsel eV, Verein zur Förderung der Ziele des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik (Hg.): Sichtwechsel: Schwangerschaft und pränatale Diagnostik. Texte, Materialien, Didaktik.–Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben, 38–44.
- Waldschmidt, A. (2003). Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma– Perspektiven der Disability Studies. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 8(2003), 13–20.
- Waldschmidt, A. (2012). Selbstbestimmung als Konstruktion: Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer (2., korr. Aufl). VS, Verl. für Sozialwissenschaften.
- Walther, C. (2020). Kernkompetenzen, um Menschen zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu befähigen. 207–217.
- Walther, Helmut. (2006). Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung, 5.
- Wax, R. H. (1979). Das erste und unangenehmste Stadium der Feldforschung. 1979): *Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus» Natural Sociology «und Feldforschung in den USA*. Stuttgart, 68–74.

- Weber, M., & Winckelmann, J. (1956). *Wirtschaft und Gesellschaft/2. Wirtschaft und Gesellschaft Grundriss der verstehenden Soziologie; mit einem Anhang: Die rationalen und soziologischen Grundlagen der Musik.*
- Weißflog, S., & Lademann, J. (2021). *Verstehen in der Psychiatrischen Pflege: Beiträge für erweiterte pflegewissenschaftliche Perspektiven.* Kohlhammer Verlag.
- Werner, M. H. (2011). Deontologische Ansätze. Einleitung. *Handbuch Ethik*, Metzler, Stuttgart, 122–127.
- Wiesemann, C., & Simon, A. (Hrsg.). (2013). *Patientenautonomie in der Psychiatrie.* In A. Braungart, *Patientenautonomie* (S. 190–203). Brill | mentis.
https://doi.org/10.30965/9783897859661_015
- Winkler, J. G., Jalilzadeh Masah, D., Moran, J. K., Bretz, J., Tsagkas, I., Goldschmidt, T., & Schouler-Ocak, M. (2021). Psychische Belastung während der COVID-19-Pandemie: Konsequenzen für psychiatrisch Erkrankte und therapeutische Implikationen. *Der Nervenarzt*, 92(3), 243–251. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01056-y>
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview, *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1).
- Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1410–1421.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.11.1410>

Anhang

Anhang A: Verwendete Software

Software	Hersteller	Verwendung
Microsoft Office Word 365-Abonnement	Microsoft	Niederschrift des Manuskripts & Erstellung der Grafiken im theoretischen Rahmen
MAXQDA 2022	VERBI GmbH	Qualitative Inhaltsanalyse & Erstellung der Ergebnis- Grafiken
F4-Transkript	Audiotranskription	Erstellung der Transkripte
BigBlueButton	BigBlueButton Inc.	Webkonferenzsystem

Anhang B: Informationen für Teilnehmende

Informationen zur Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe personenbezogener Interviewdaten

Selbstbestimmung in der Gemeindepsychiatrie

Interviewdurchführende: Christina Anna Hajek, RN, M.Sc.

Interviewdatum:

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege,

Ich lade Sie ein, an meinem Forschungsprojekt zum Thema Selbstbestimmung in der Gemeindepsychiatrie im Rahmen von Interviews teilzunehmen. In dieser Einwilligungserklärung informiere ich Sie über mein Promotionsvorhaben an der Vinzenz Pallotti University, für die ich sie gerne interviewen möchte und über mein Vorgehen. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung, was ich mit Ihrem Interview machen darf.

Die Durchführung des Promotionsvorhabens geschieht auf der Grundlage der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union und hält den Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft ein. Ich unterliege der Schweigepflicht und bin auf das Datengeheimnis verpflichtet. Betreut wird die Arbeit von Prof. Dr. Brigitte Anderl-Doliwa.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie. Klinische Studien sind notwendig, um verlässliche neue pflegerische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung des Promotionsvorhabens ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Studie erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

1. Was ist der Zweck der Forschungsarbeit?

Der Zweck dieser Forschungsarbeit ist es herauszufinden, ob die Menschen mit seelischen Erkrankungen in der Gemeindepsychiatrie, vor allem in besonderen Wohnformen, selbstbestimmt leben. In dieser Arbeit setze ich den Fokus auf die Wahrnehmung durch Beobachtung und Interviews mit Mitarbeitenden. Eine Forschungsarbeit zur Perspektive von Menschen mit seelischen Erkrankungen existiert bereits.

2. Warum ist die klinische Studie notwendig?

Die klinische Studie hat eine hohe Relevanz. Themen wie Zwang, Hierarchie und wohlwollende Fürsorge in der (Gemeinde-) Psychiatrie aktuelle Themen sind. Das Ergebnis kann zur Verbesserung der pflegerischen Praxis führen.

3. Wie läuft die Forschung ab?

Insgesamt sind mindestens 3 Interviews mit Mitarbeitenden geplant. Nach der Konzeption eines Leitfadens werden diese durchgeführt. Anschließend werden diese transkribiert und währenddessen anonymisiert. Anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring werden die Inhalte anschließend codiert und ausgewertet. Parallel dazu werden die Beobachtungsprotokolle ausgewertet und anschließend mit den Interviews in Zusammenhang gebracht. Die Ergebnisse werden veröffentlicht.

4. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an dem Promotionsvorhaben?

Es ist möglich, dass Sie durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie keinen direkten Nutzen zu ziehen. Jedoch können durch den neuen Erkenntnisgewinn in Zukunft Pflegende die Selbstbestimmung der Menschen mit seelischen Erkrankungen mehrdimensional in den Fokus nehmen und daraus Handlungen ableiten.

5. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

Es sind keine Risiken, Beschwerden oder Begleiterscheinungen zu erwarten.

6. Wann wird die Erhebung vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen und ausscheiden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

7. In welcher Weise werden die gesammelten Daten verwendet?

Die Vertraulichkeit ist während der gesamten Studie gewahrt. Die Daten werden mittels einer Tonbandaufnahme erhoben. Nach der Transkription wird das Tonband unwiderruflich gelöscht. Die Daten werden ausschließlich von Christina Anna Hajek verwendet und bearbeitet. Es findet keine Weitergabe an Dritte statt. Vorstellungen der gewonnen Ergebnisse geschehen nur mit anonymisierten Daten. Die Ergebnisse mit anonymisierten Daten werden veröffentlicht. Falls sie möchten, dass bestimmte Daten nicht verwendet werden sollen, wird diesem Wunsch nachgegangen.

8. Entstehen für die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Studie entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Eine Vergütung wird nicht gezahlt.

9. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit diesem Promotionsvorhaben stehe ich ihnen gerne zur Verfügung. Sie können mich unter meiner E-Mail-Adresse erreichen.

Christina Anna Hajek: christina.a.hajek@gmail.com

Anhang C: Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe personenbezogener Interviewdaten

Interviewdatum:

Ich bin über das Vorgehen bei der Verschriftlichung, Datenspeicherung und Auswertung des von mir gegebenen Interviews mündlich und mittels einer schriftlichen Ausarbeitung informiert worden. Eine Kopie wurde mir ausgehändigt.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an diesem Interview freiwillig ist und ich zu jeder Zeit die Möglichkeit habe, das Interview abubrechen und mein Einverständnis in eine Aufzeichnung und Transkription des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin mit damit einverstanden,

- dass das Interview mittels Tonbandaufnahme aufgezeichnet wird
- dass das Interview transkribiert und dabei anonymisiert wird
- dass das transkribierte und anonymisierte Interview durch Frau Christina Anna Hajek verwendet, interpretiert und ausgewertet werden darf
- dass das transkribierte und anonymisierte Interview sowie die aus seiner Auswertung gewonnenen Erkenntnisse durch Frau Christina Anna Hajek im Rahmen pflegewissenschaftlicher Forschung verwendet und publiziert werden dürfen

Unter den oben angegebenen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben.

Vor- und Nachname

Ort und Datum

Anhang D: Transkripte

Aufgrund des Schutzes der Anonymität der handelnden Akteure und der Einrichtung werden die Transkripte nicht im Anhang dieser Arbeit angefügt. Die Transkripte werden jedoch von der Autorin des vorliegenden Dokuments sorgfältig aufbewahrt und können eingesehen werden.

Anhang E: Beobachtungsprotokolle

Aufgrund des Schutzes der Anonymität der handelnden Akteure und der Einrichtung werden die Beobachtungsprotokolle nicht im Anhang dieser Arbeit angefügt. Die Beobachtungsprotokolle werden jedoch von der Autorin des vorliegenden Dokuments sorgfältig aufbewahrt und können eingesehen werden.

Eidesstattliche Erklärung zur Einhaltung guter wissenschaftlicher Praxis

Hiermit versichere ich

Christina Anna Hajek, Matrikelnummer: 202234591006

dass ich mich bei der Erstellung der schriftlichen Arbeit an die aktuell geltenden „Richtlinie zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten“ der VPU genannten Regeln und Verpflichtungen gehalten habe.

Mir ist bekannt, dass die Übernahme von Texten, Ideen oder Daten anderer ohne eine eindeutige Kenntlichmachung des Urhebers ein Plagiat ist und gegen die Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis verstößt. Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende schriftliche Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel einschließlich der Internet- quellen und anderer elektronischer Quellen benutzt habe. Alle Zitate und Halbzitate aus gedruckten, ungedruckten und elektronischen und sonstigen Quellen, aus jeder Art von Publikationen oder sonstiger Verbreitung von Arbeitsergebnissen, aus bildlichen Darstellungen und dergleichen habe ich als solche eindeutig und im Einzelnen kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde vorher nicht in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht. Die eingereichte elektronische Fassung (z. B. auf CD-ROM) ist im Wortlaut identisch mit der eingereichten schriftlichen Fassung. Ich bin mir bewusst, dass die Aufdeckung von nicht gekennzeichneten Passagen, die nicht von mir stammen, als Plagiatsversuch interpretiert wird. Dies kann eine Bewertung der Arbeit mit „nicht ausreichend“ und gegebenenfalls rechtliche Konsequenzen zur Folge haben. Sollte im Nachhinein ein Fehlverhalten gemäß der VPU-Richtlinie „Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten“ nachgewiesen werden, kann der mit der Arbeit erworbene akademische Grad oder Titel entzogen werden.

Ort, Datum, Unterschrift