

Sozialpädagogische Anamnese

Verfahren für BewohnerInnen des Trainings- und Teilzeitbetreuten
Wohnens

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Roland SCHÖGLER, bakk.phil.

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaften

Begutachter: Univ.-Prof. Dr.phil. Arno Heimgartner

Graz, 2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit,

dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe und dass ich diese Masterarbeit bisher weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorlegt habe.

Graz,

Zusammenfassung

Sozialpädagogische Anamnese dient der Datenerfassung, der Beurteilung von Entwicklungsständen und der Beobachtung von Potentialen von Menschen. Zu Beginn einer sozialpädagogischen Betreuung angewandt, stellt die Anamnese einen zentralen Baustein in der Diagnostik dar und ist Grundlage für die Auswahl individuell passender pädagogischer Interventionen. Aufgrund unzureichender anamnestischer Verfahren für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung im Wohnbereich, wird der Frage nachgegangen, wie sich aktuelle sozialpädagogische Methoden der Anamnese auf dieses besondere Handlungsfeld adaptieren lassen. Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung eines speziell kreierten anamnestischen Verfahrens, das anhand unterschiedlicher Methoden auf die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung im Trainingswohnen und Teilzeitbetreuten Wohnen zugeschnitten ist. Basis für die inhaltlichen Schwerpunkte des Anamnesekonzepts bildet die Leistungsverordnung des steirischen Behindertengesetzes und ihren darin beschriebenen pädagogischen Zielsetzungen. Der in dieser Arbeit vorgestellte Anamneseprozess zeichnet sich durch das methodische Vorgehen mittels Fragebögen für BewohnerInnen sowie für Angehörige, speziellen Beobachtungsverfahren und einem eigens entworfenen Auswertungsbogen aus. Als Ergebnis liegt eine strukturierte Anleitung für ein anamnestisches Verfahren vor, das anhand der erstellten Vorlagen von MitarbeiterInnen von Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung als methodisches Werkzeug angewandt werden kann.

Abstract

Social pedagogical anamnesis serves to gather data, evaluate developments and observe potentials of individuals. These case histories are assembled at the beginning of social pedagogical support and represent a core element of diagnosis used to determine individualized pedagogical interventions. Current anamnestic procedures in supported housing are not adapted to people with mental disabilities. This thesis thus investigates pathways to adapt current social pedagogical methods of anamnesis to this specific area. The aim is to develop a multi-methodical procedure tailored to working with people with disabilities in supporting living residences. The suggested anamnestic procedure is based on foci and pedagogic aims set in the Ordinance of the Styrian Law for People with Disabilities (*Leistungsverordnung des steirischen Behindertengesetzes*). The anamnestic procedure developed in this thesis stands out by combining data from a questionnaire for residents and relatives, specific observational methods and a custom-developed evaluation sheet. The results of the thesis offer a structured methodological guide to perform anamnesis, which is directed to social pedagogical professionals working with people with disabilities in supported living residences.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Behinderung	3
2.1	Behindertenpädagogik	5
2.2	Heilpädagogik	6
2.3	Sonderpädagogik	7
2.4	Rehabilitationspädagogik.....	8
2.5	Integrationspädagogik/Inklusive Pädagogik.....	9
2.6	Geistigbehindertenpädagogik	11
3	Normalisierungsprinzip	12
4	Wohnen und Behinderung.....	16
4.1	Leistungsverordnung des Landes Steiermark	20
4.2	Trainingswohnen und Teilzeitbetreutes Wohnen	21
4.2.1	Zielgruppe	22
4.2.2	Grundsätze und Prinzipien	22
4.2.3	Konzeptionelle Grundlagen.....	24
5	Der sozialpädagogische Fall.....	26
6	Sozialpädagogische Diagnostik.....	29
6.1	Medizinische Diagnostik	31
6.2	Psychologische-pädagogische Diagnostik	33
6.3	Diagnostik in der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit.....	37
6.4	Systemische Diagnostik	39
6.5	Klassifikationssysteme in der Sozialen Diagnostik	42
6.6	Person in Environment (PIE)	42
6.7	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	47
6.8	Fallrekonstruktive Diagnostik in der Sozialen Arbeit	53
6.8.1	Biographische Diagnostik	53
6.9	Heilpädagogische Diagnostik	58
6.10	Beobachtung	63
7	Die Anamnese	68
7.1	Arbeitsregeln nach Müller (2008).....	71

7.2	Assessment.....	79
7.3	Das anamnestische Interview.....	82
7.3.1	Interview-Führung.....	83
7.3.2	Art der Kommunikation.....	84
7.3.3	Aufbau des Fragebogens.....	86
7.3.4	Art des Interviews.....	89
7.3.5	Vorbereitung auf das BewohnerInnen-Gespräch.....	90
7.3.6	Raumgestaltung.....	91
7.3.7	Das Gespräch.....	91
7.4	Explorationsgespräch Eltern.....	92
7.4.1	Angehörigen-Anamnesebogen.....	93
7.5	Einschätzungen des lebenspraktischen Betreuungsbedarfs.....	96
7.6	Einschätzungen der persönlichkeitsbezogenen Aspekte.....	99
7.7	Einschätzungen der personellen Ressourcen.....	101
8	Resümee.....	104
	Literaturverzeichnis.....	105
	Abbildungsverzeichnis.....	110
	Anhang I – Checkliste der Dokumente/Nachweise/Gutachten.....	111
	Anhang II – Notfallblatt.....	112
	Anhang III – Gesundheitsblatt.....	113
	Anhang IV – BewohnerInnen-Anamnesebogen.....	114
	Anhang V – Angehörigen-Anamnesebogen.....	130
	Anhang VI – Assessmentblatt.....	148

1 Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit der Entwicklung eines sozialpädagogischen Anamneseverfahrens, das gezielt darauf ausgerichtet ist, seine Anwendung in der vom Steiermärkischen Behindertengesetz festgeschriebenen Leistung des Trainingswohnens und Teilzeitbetreuten Wohnens für Menschen mit Behinderung zu finden. Das Wissen über eine Person, das im Zuge der Anamnese gewonnen wird, dient als Grundlage für viele Bereiche der pädagogischen Arbeit mit den BewohnerInnen und stellt die Basis dar, auf der Ziele entwickelt, Bedürfnisse in Erfahrung gebracht und Ressourcen entdeckt werden. Die zur Anwendung gebrachten Verfahren werden sowohl direkt mit den BewohnerInnen der betreuten Wohnformen, als auch mit Angehörigen durchgeführt.

Das Anamneseverfahren besteht aus einem BewohnerInnen- und einem Angehörigen-Fragebogen. Beide anamnestischen Gespräche richten den Fokus auf das Erfragen von biographischen Fakten und Ereignissen des/der BewohnerIn. Anhand der daraus gewonnenen Informationen und in Kombination mit kontrollierten und bewussten Beobachtungen in den ersten Wochen nach dem Einzug ins Trainings- und Teilzeitbetreute Wohnen, kann mit Hilfe eines entwickelten Assessmentblattes eingeschätzt werden, in welchen Lebensbereichen der/die BewohnerIn professionelle Unterstützung benötigt. Auf Grundlage dieser Erhebung können konkrete pädagogische Maßnahmen, die individuell auf die Bedürfnisse der KlientInnen abgestimmt sind, entworfen werden.

Der theoretische Teil zu Beginn der Arbeit gliedert sich in zwei größere Kapitel: Im ersten Kapitel wird neben allgemeinen Begriffen und Ansätzen der Behindertenarbeit genauer auf die Leistungen Trainings- und Teilzeitbetreutes Wohnen, deren Zweck, Ziele und Richtlinien Bezug genommen. Für die Anamnese ist die Klärung des Aufgabenbereichs der Maßnahmen deshalb wichtig, weil durch das Wissen über den pädagogischen Auftrag, Informationen gezielt eingeholt werden können und den gesamten Anamneseprozess eine Richtung vorgeben.

Der zweite Teil erörtert die Theorie sozialpädagogischer Diagnoseverfahren. Die Anamnese wird grundsätzlich als Teil eines gesamten Diagnoseverfahrens betrachtet,

trotzdem ist eine gänzliche Abkoppelung zu den anderen diagnostischen Schritten (Diagnoseerstellung, Maßnahmensetzung und deren Evaluierung) auf Grund der Prozesshaftigkeit und Zirkularität sozialpädagogischer Diagnoseverfahren nicht möglich. Dementsprechend bedarf es einer Klärung dieses sehr umfassenden Gebietes dieses sozialpädagogischen Handlungsfeldes.

Der letzte Teil der Arbeit beschreibt den gesamten Anamneseprozess und deren methodischen Instrumente zur Erhebung wesentlicher Informationen sowie die Darstellung der Auswertung.

Auf Grund meiner Tätigkeit als Betreuer im Trainings- und Teilzeitbetreuten Wohnen konnte ich die hier vorgestellten Verfahren zur Anwendung und Testung bringen. Aus diesem beruflichen Kontext heraus speist sich auch mein Interesse an diesem Thema und begründet sich das Wissen um die Wichtigkeit einer sorgfältigen Anamnese in der Einzugsphase, als Grundlage für nachhaltige pädagogische Interventionsmaßnahmen und Lernfelder. Nach eingehender Recherche zum Thema Anamnese im betreuten Wohnbereich von Menschen mit Behinderung wurde für mich ersichtlich, dass konkrete, auf die Maßnahme ausgerichtete und in der Praxis anwendbare, methodische Werkzeuge in der Literatur weitgehend unbehandelt sind. Dieser Umstand motivierte mich zur Erarbeitung eines solchen Verfahrens.

2 Behinderung

Behinderung gilt als ein mehrdimensionaler Begriff, der sich in den Disziplinen der Pädagogik, Soziologie, Psychologie und Medizin etabliert hat. Allerdings sind weder Sinn noch Grenzen des Begriffs genau geklärt (Bundschuh/Heimlich 2007, S. 34). In der Alltagsvorstellung wird Behinderung mit feststellbaren organischen Faktoren verbunden, die sich durch ihre Sichtbarkeit nach außen zeigen (vgl. Biewer 2013, S. 28). Eine einheitliche Definition in einem wissenschaftlichen Kontext ist aber nicht gegeben, da die verschiedenen Disziplinen (Medizin, Pädagogik, Psychologie, Soziologie) den Begriff im Kontext ihrer eigenen wissenschaftstheoretischen Grundlagen und Funktionen jeweils unterschiedlich fassen (vgl. Dederich 2016, S. 107). Die Definition, entstanden aus einem bildungstheoretischen Kontext, konzentriert sich auf die Bedeutung von Behinderung bezogen auf Bildungsprozesse und Bildungsinstitutionen (vgl. Biewer 2013, S. 28), während die medizinische Definition kausal und klassifikatorisch angelegt ist. Behinderung im Kontext von soziologischen Theorien orientiert sich unter anderem an Ausgrenzungs- und Benachteiligungsmechanismen und die Begriffsdefinition aus einer sozialrechtlichen Perspektive dient verteilungspolitischen Zwecken (vgl. Dederich 2016, S. 107). Auf Grund der unterschiedlichen Ausrichtungen des Begriffs in den verschiedenen Disziplinen *„ist Behinderung als kontextbedingtes Figur-Hintergrund-Phänomen zu fassen, das an verschiedenen Deutungs- und Handlungsmuster gebunden ist und immer nur im Licht der jeweiligen „Optik“ und der mit ihr gekoppelten sozialen Praktiken erscheint.“* (Dederich 2016, S. 107)

Ganz allgemein erfasst der Behinderungsbegriff immer eine Einschränkung oder ein Hemmnis, das in der Medizin ein Synonym für angeborene oder erworbene, langfristige bzw. dauerhafte Schädigung bezeichnet. Einen, aus einem sozialwissenschaftlichen Kontext, entscheidenden Faktor in der Definition von Behinderung, spielte die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 1980 zwischen *impairment* (Beeinträchtigung), *disability* (Behinderung) und *handicap* (Benachteiligung) unterschieden hat. Im Jahr 1997 wurde die Definition abgeändert und *disability* durch *activity* (Aktivität) und *handicap* durch *participation* (Teilhabe) ersetzt. Hierin verdeutlicht sich die Wende hin zur Fokussierung auf gesellschaftliche Auswirkungen und Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit Behinderung (vgl. Bundschuh/Heimlich 2007, S. 34).

Die Folgeerscheinungen von Behinderung müssen dabei relativ betrachtet werden (vgl. Bleidick 1998, zit. n. Bundschuh/Heimlich 2007, S. 34), da sie immer abhängig von den gegebenen Normvorstellungen einer Gesellschaft sind (vgl. Bundschuh 1994, zit. n. Bundschuh/Heimlich 2007, S. 34). Behinderung erhält dadurch eine mehrdimensionale Bedeutung, die sich aus einem Geflecht von Beziehungen und Relationen zusammensetzt (vgl. Dederich 2016, S. 109).

Dieser vielschichtige Ansatz von Behinderung findet sich auch in der Definition der Behindertenrechtskonvention (BRK) der Vereinten Nationen (UN), die 2008 von den Mitgliedsländern ratifiziert wurde. Diese Begriffsdefinition vom Terminus *Menschen mit Behinderung* bezieht sich auf Personen „*die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.*“ (Sozialministerium Österreich 2016, S. 6)

Die UN- Behindertenrechtskonvention verfolgt das Ziel, dass Menschen mit Behinderung die Menschenrechte in gleicher Form genießen können, um damit voll in der Gesellschaft teilhaben zu können. Die BRK bezieht sich auf die Menschenrechte aus Sicht von Menschen mit Behinderung und vereint somit das soziale Modell von Behinderung mit dem Menschenrechtsansatz. Demnach wurde die Wechselwirkung aus einer längerfristigen Einschränkung einer Person und den Umweltfaktoren definitorisch als Behinderung festgelegt. Das bedeutet, dass eine Behinderung nicht der Person selbst zugeschrieben wird. Vielmehr entsteht Behinderung auf Grund der gesellschaftlichen Auswirkungen einer Beeinträchtigung (vgl. Aichele 2016, S. 456). Die UN-BRK ist ein internationales Übereinkommen der UN und findet ihren Ausgangspunkt in der Wahrung der Freiheit und dem Schutz vor Diskriminierung für Menschen mit Behinderung. Für die Gewährleistung des gleichberechtigten Rechtsgenusses ist eine Verbesserung der bestehenden gesellschaftlichen Bedingungen für Menschen mit Behinderung erforderlich. Daher sind die Begriffe der Partizipation und Inklusion zentraler Bestandteil der UN-BRK. Aus juristischer Sicht gibt es keinen Rechtsanspruch auf Inklusion oder Partizipation, da diese Begriffe als Rechtsgrundsatz aufgefasst werden. Schlagend wird

ein Grundsatz erst, wenn die tatsächlichen Rechte, wie etwa das Recht auf Bildung, auf Grund von inklusionsfernen Bedingungen nicht bestehen (vgl. Aichele 2016, S. 456-457).

In der fachspezifischen Literatur, aber auch in der Alltagssprache, finden sich verschiedene Begriffe für das Tätigkeitsfeld der Arbeit mit Menschen mit Behinderung, die zwar meist synonym verwendet werden, sich aber in gewisser Weise voneinander unterscheiden. Im Zuge dieser Arbeit, die pädagogische Maßnahmen für Menschen mit Behinderung in den Fokus nimmt, ist eine genauere Klärung der Termini erforderlich. In der Folge werden die, für die Pädagogik relevanten, Begriffe *Behindertenpädagogik*, *Heilpädagogik*, *Sonderpädagogik*, *Rehabilitationspädagogik*, *Inklusionspädagogik* sowie *Geistigbehindertenpädagogik*, als Spezialgebiet erörtert und verglichen.

2.1 Behindertenpädagogik

Behindertenpädagogik wird allgemein als Überbegriff für die Pädagogik für Menschen mit Behinderung verwendet. Der Begriff wurde nach dem zweiten Weltkrieg im deutschsprachigen Raum eingeführt, mit dem Motiv der Allgemeinverständlichkeit und auf Grund der Verbreitung des Begriffs „Behinderung“ in sozialrechtlichen und politischen Bereichen (Behindertengesetz) (vgl. Bleidick 2016 (1), S. 103-104). Außerdem wurde damit versucht einen gemeinsamen Begriff für die verschiedenen bereits verwendenden Bezeichnung wie Heilpädagogik, Sonderpädagogik oder Rehabilitationspädagogik zu finden (vgl. Biewer 2009, S. 30). Der Begriff Behinderung ist kein rein pädagogischer Ausdruck, sondern findet sich auch im Sozialrecht oder der Medizin wieder und muss daher aus einer pädagogischen Perspektive spezifiziert werden. Behinderung ist für die Pädagogik deswegen relevant, weil sie den üblichen, normalen Bildungsverlauf beeinträchtigt, stört, hemmt und/oder unterbricht. Behinderung im pädagogisch/erziehungswissenschaftlichen Kontext wird somit zu einer intervenierenden Variable. Dies bedeutet, dass ein spezifisches Eingehen auf das Individuum unter Berücksichtigung der Behinderung notwendig ist. Beispielsweise erlernen blinde Menschen die Brailleschrift oder gehörlose Personen die Gebärdensprache.

Einwände zur Verwendung des Begriffs begründen sich damit, dass Behinderung nicht klar von Nicht-Behinderung abzugrenzen ist. Zudem ist der Terminus durch die

sozialrechtliche Sonderstellung von Menschen mit Behinderung mit einer Stigmatisierung verbunden (vgl. Bleidick 2016 (1), S. 105).

2.2 Heilpädagogik

Der Begriff Heilpädagogik ist die älteste Bezeichnung in der Literatur für Menschen mit Behinderung, aus einem pädagogischen Blickwinkel. Der Begriff stammt aus dem Theorie- und Praxisbereich, *„der sich auf Erziehung, Unterrichts und Therapie von Menschen bezieht, die wegen individueller und sozialer Lern- und Entwicklungshindernisse einer besonderen Unterstützung und Hilfe bedürfen, um ein menschenwürdiges Leben führen zu können.“* (Speck 2016, S. 124).

Heilpädagogik lässt sich aber auch aus einem medizinischen Kontext betrachten. Auf Grund der medizinischen Assoziation des Heilens („gesund“, „vollständig“, „gerettet“) kann der Begriff den Erziehungsprozess, der zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderung beitragen soll, in den Hintergrund rücken lassen. Der Terminus Heilpädagogik verdeutlicht vor allem den, aus dem 19. und frühen 20. Jahrhundert ausgehenden, Einfluss der Medizin auf die PädagogInnen, die die Disziplin der Heilpädagogik als eine von der Medizin angeleitete Tätigkeit betrachteten. Die Kritik des Begriffs der Heilpädagogik richtet sich demnach an die starke medizinische Verortung. Wendet man sich aber von diesem Begriff völlig ab, so müsste man konsequenterweise den medizinischen Einfluss, der aber eine wichtige Rolle in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung einnimmt, aus der pädagogischen Arbeit ausschließen (vgl. Biewer 2009, S. 30). Biewer (2009) argumentiert für die Verwendung des Heilpädagogik-Terminus, in dem er sich auf Georgens und Deinhardt bezieht, die den Begriff Mitte des 19. Jahrhunderts aus einem pädagogischen Kontext gewählt haben. Der Begriff wurde im Zuge der Ausarbeitungen zur Erziehung von Kindern mit einer Behinderung verwendet und sprach sich bereits sehr früh für eine koedukative und integrative Erziehungsform aus (vgl. ebd., S. 32).

Heute definiert sich Heilpädagogik als eine Disziplin, die sich in der Theorie und Praxis mit dem Zustand von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Behinderung auseinandersetzt und sich mit der personalen Entwicklung, als auch dem sozialen Leben

der Betroffenen und Angehörigen befasst. Die Heilpädagogik schließt eine Fülle von verschiedenen erzieherischen, therapeutischen, didaktischen und rehabilitativen Arbeitsgebieten ein. Konkret bezieht sich die Heilpädagogik auf folgende Formen von Behinderung:

- Geistige Behinderung
- Körperbehinderung
- Lernbehinderung
- Sprachbehinderung
- Hörschädigung
- Sehschädigung
- Erziehungsschwierigkeiten (vgl. Fornefeld 2000, S. 14).

Relevant für diese Arbeit sind vor allem die Bereiche der geistigen Behinderung und Lernbehinderung, da die Maßnahmen Trainingswohnen und Teilzeitbetreutes Wohnen hauptsächlich von jenen Menschen in Anspruch genommen werden.

Bezogen auf die Verwendung des Begriffs Heilpädagogik hebt Speck (2016) hervor, dass sich der Begriff zwar von der medizinischen Akzentuierung abgelöst habe, in Deutschland jedoch als Überbegriff nur eine geringe Verwendung findet. Anders ist dies in Österreich und der Schweiz, wo sich die Bezeichnung Heilpädagogik etablieren konnte. Als alternative Bezeichnung hat allen voran in Deutschland, aber auch in den anderen deutschsprachigen Ländern, der Begriff Sonderpädagogik Einzug gefunden (vgl. Speck 2016, S. 125).

2.3 Sonderpädagogik

Gegenwärtig wird der Begriff der Sonderpädagogik am häufigsten in der deutschsprachigen, fachspezifischen Literatur verwendet. Die Bezeichnung hat ihren Ursprung in der *Sonderschulpädagogik* und die Etablierung des Begriffs ging mit dem

Ausbau der Sonderschulen im deutschsprachigen Raum einher. Auf Grund der Ausbildungen zu SonderschullehrerInnen auf Hochschulen und den Gebrauch des Begriffs in Dokumenten der Bildungspolitik und Schuladministration Mitte des 20. Jahrhunderts, setzte sich Sonderpädagogik als Oberbegriff für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung durch. Allerdings ist der Ausdruck wegen der jüngeren Entwicklungen hin zu integrativen Schulmodellen und einem Abbau von Sonderschulen in Kritik geraten. Mit dem Verweis auf Sondereinrichtungen, die sich mit partizipativen Grundsätzen inklusiver Erziehungsformen widersprechen könnten, wurde Sonderpädagogik mit dem Stichwort „Absonderungspädagogik“ in Verbindung gebracht (vgl. Biewer 2009, S. 29). Die Bezugnahme auf Absonderung bzw. Aussonderung widerspricht dem Gleichheitsgrundsatz und führt dazu, dass Menschen mit Behinderung als besondere Menschen betrachtet werden und nicht als Ausprägungsform menschlichen Daseins (vgl. Bleidick 2016, S. 173). Außerdem kann das Besondere mit den Euthanasieprogrammen der Nationalsozialisten in Verbindung gebracht werden, deren Anstalten sich als Sonderbehandlung oder Sonderbetreuung verstanden (vgl. Rudnick 1990, zit. n. Bleidick 2016, S. 173). Ein weiterer Kritikpunkt im Terminus bezieht sich auf die Tatsache, dass die universitäre Disziplin der Sonderpädagogik nicht mehr allein im Kontext schulischer Pädagogik forscht, sondern alle Lebensbereiche und –alter mit ein bezieht (vgl. Biewer 2009, S. 29). Der außerschulische Bereich wollte sich mit der Berufsbezeichnung HeilpädagogInnen vom sonderschulischen Berufsfeld abgrenzen, wodurch in weiterer Folge der Oberbegriff Sonder- und Heilpädagogik eingeführt wurde (vgl. Speck 2016, S. 125). Für den Begriff der Sonderpädagogik spricht nach Biewer (2009), dass der Begriff nicht zwingend negativ konnotiert sein muss. Er stellt fest, dass Sonderpädagogik das Besondere eines Menschen hervorhebt und eine, in einem positiven Sinne, besondere Aufmerksamkeit einen Menschen gegenüber entgegenbringt (vgl. Biewer 2009, S. 30).

2.4 Rehabilitationspädagogik

Eine andere, in der deutschsprachigen Literatur häufig zu findende Bezeichnung, ist die Rehabilitationspädagogik. Dieser Begriff stammt aus dem ehemaligen Ostdeutschland und ist anfangs auch nur in dieser Region verwendet worden (vgl. Biewer 2009, S. 30). Rehabilitation galt ursprünglich als Prozess in die Wiedereingliederung von

Erkrankten/Verletzten in Arbeit und Beruf. Später wurde der Begriff auf Behinderung ausgeweitet, mit dem Ziel der gesellschaftlichen Eingliederung in allen Bereichen und Lebensalter. Der Begriff Rehabilitation ist dabei ein weitgefasster und beinhaltet unterschiedliche Disziplinen, einschließlich der Pädagogik, die sich dem Thema der Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen, widmet. Darunter fallen etwa die medizinische Rehabilitation bei Gesundheitsstörungen mit langfristigen Auswirkungen oder sozial-berufliche Rehabilitation, die das Ziel der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt von Menschen mit Behinderung verfolgt (vgl. Ellger-Rüttgardt 2001, S. 88).

Aus pädagogischer Sicht wird die Bezeichnung der Rehabilitation insofern kritisiert, als dass der Begriff einen technokratischen Anpassungsprozess suggeriert, der Menschen mit Behinderung zu einem bestimmten Zweck behandelt. In der Pädagogik lehnt man die Anpassung jedoch ab und verfolgt das Ziel, Menschen mit Behinderung durch Bildung zu mehr Autonomie zu führen (vgl. ebd., S. 90). Im pädagogischen Kontext ist der Rehabilitationsbegriff so weit gefächert, dass er nicht unbedingt pädagogische Inhalte mitinbegriffen haben muss. Jedoch wird durch die Verwendung auf die verschiedenen Fachgebiete hingewiesen und kann so neue und vielfältige Zugänge öffnen (vgl. Biewer 2009, S. 31).

Als Überbegriffe verwende ich in dieser Arbeit, wie es in der fachspezifischen Literatur ebenfalls üblich ist, Behindertenpädagogik, Heilpädagogik und Rehabilitationspädagogik als synonyme Oberbegriffe. Zwar sind alle Bezeichnungen, wie in der Erörterung beschrieben, mit negativen Konnotationen verbunden, mangels eines „korrekten“ Begriffs ist eine Verwendung jedoch unvermeidlich.

2.5 Integrationspädagogik/Inklusive Pädagogik

Der Ausdruck Integrationspädagogik steht als Gegenbegriff zur Sonderpädagogik. Er bezeichnet die Nichtaussonderung von Kindern aus dem normalen Regelschulsystem und kennzeichnet sich durch heterogene Gruppen, mit der Möglichkeit von gemeinsamen Lern- und Entwicklungsprozessen.

Sowohl Kinder mit Behinderung als auch jene ohne sollen die Gelegenheit vorfinden, voneinander zu lernen und eine Chance haben, in ihrer Unterschiedlichkeit Entwicklungsprozesse anzuregen (vgl. Bundschuh/Heimlich/Krawitz 2007, S. 141).

Historisch betrachtet gibt es vier Phasen des Umgangs mit Menschen mit Behinderung: Exklusion, Separation, Integration und Inklusion. Exklusion bedeutete, dass Kinder mit Behinderung als bildungsunfähig betrachtet und daher vollständig aus dem Bildungssystem ausgeschlossen wurden. Die Phase der Separation erfolgte in den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts und zeichnete sich durch eine Teilung des Schulsystems aus, indem Sonderschuleinrichtungen für Menschen mit Behinderung entstanden. Etwa ein Jahrzehnt später setzte der Trend ein zu einer Vernetzung zwischen den geteilten Schulsystemen, was zur Integration von behinderten Menschen in das Regelschulsystem führte. Parallel dazu, erfolgte eine radikale Schulreform, in der gefordert wurde, dass die gesamte SchülerInnenschaft in ihrer Vielfalt im gleichen Schulsystem unterrichtet wird. Damit wurde die Inklusiv Pädagogik ins Leben gerufen (vgl. Bürli 2016, S. 126-132).

Im Mittelpunkt des pädagogischen Handlungsfeldes der Integrationspädagogik steht die Förderung der Lern- und Entwicklungsprozesse von Menschen mit Behinderung innerhalb heterogener Gruppen. Von der Tatsache ausgehend, dass unterschiedliche Lern- und Entwicklungsvoraussetzungen gegeben sind, werden im Rahmen integrationspädagogischer Arbeit Handlungskonzepte reflektiert, die das gegenseitige Lernen von Personen innerhalb heterogener Gruppen erlaubt. Die Inklusiv Pädagogik verfolgt die gleichen Ziele wie die Integrationspädagogik. Sie gilt aber als Weiterentwicklung, da sie ein Bildungssystem fordert, in dem alle Kinder und Jugendlichen von Anfang an gemeinsam in den Kindergarten und die Schule gehen. Letztendlich soll damit Aussonderung in einem strukturellen Kontext überflüssig werden (vgl. vgl. Bundschuh/Heimlich/Krawitz 2007, S. 143-145)

Zwar stellt die Schule den Ausgangspunkt inklusiver Pädagogik dar, jedoch geht Inklusion über diese Belange hinaus. Sie erstreckt sich über die gesamte Lebensspanne und setzt sich das Ziel, ein wert- und würdevolles Leben zu führen. Sie strebt also nach Verbesserung der Lebenssituation aller Menschen und im Speziellen für Menschen mit Behinderung (vgl. Bundschuh 2012, S. 102).

2.6 Geistigbehindertenpädagogik

Die Maßnahmenbeschreibung von Trainingswohnen und Teilzeitbetreutem Wohnen richtet sich nicht explizit an Personen mit geistiger Behinderung, jedoch konnte ich durch meine Erfahrungen in der mehrjährigen Tätigkeit als Betreuer feststellen, dass das Angebot hauptsächlich von Menschen in Anspruch genommen wurde, bei denen eine geistige Behinderung im Vordergrund steht. Dementsprechend lässt sich die Arbeit mit den BewohnerInnen in die Geistigbehindertenpädagogik einordnen.

Die Geistigbehindertenpädagogik stellt sich die Frage, wie das Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung durch Erziehung und Förderung entwickelt werden kann. Diesem Ziel nähert sie sich, indem sie das Leben dieser Menschen erforscht und entsprechende pädagogische Konzepte entwirft. Diese sind spezifisch ausgerichtet und abhängig vom Alter und dem Grad der Behinderung der jeweiligen Person. Der Ausgangspunkt jeder pädagogischen und didaktischen Maßnahme ist die Person mit ihren spezifischen Bedürfnissen, weshalb aus konzeptionell-didaktischer Sicht von einer Subjektorientierung gesprochen wird. Außerdem bietet die Geistigbehindertenpädagogik Spezialeinrichtungen (Wohnheime, Werkstätten etc.), die nicht dem Zwecke der Isolation dienen sollen, sondern der Förderung der gesellschaftlichen Integration in allen Lebensbereichen (vgl. Fornefeld 2000, S. 16-17).

Das Aufgabenspektrum der Geistigbehindertenpädagogik ist weitläufig und interdisziplinär ausgerichtet. Auf Grund der Tatsache, dass mit Menschen in allen Lebensaltern gearbeitet wird, unterscheiden sich die pädagogischen Maßnahmen je nach Lebensphase der KlientInnen. Sie deckt aber nicht nur alle Lebensalter ab, sondern auch alle Lebensbereiche, woraus folgende konkrete Aufgabenbereiche der Geistigbehindertenpädagogik abgeleitet werden:

- Humangenetische Beratung/Pränatale Diagnostik
- Frühdiagnose und Therapie
- Medizinische Therapien und Versorgung
- Juristische Hilfen (Behindertenrecht)

- Soziale Hilfen/Hilfen zur Eingliederung
- Psychologische Hilfen (Krisenintervention und Therapien)
- Schulische Erziehung und Bildung
- Berufsvorbereitung und Arbeit
- Hilfen zur Freizeitgestaltung
- Weiterbildung/Erwachsenenbildung
- Wohnen in unterschiedlichen Institutionen
- Assistenz im Alter/Sterbebegleitung (vgl. Fornefeld 2000, S. 18-19).

Wie die Heilpädagogik allgemein ist auch die Geistigbehindertenpädagogik abhängig von den Einflüssen und Erkenntnissen anderer Disziplinen. Die Medizin gibt Antworten auf behindertenspezifische medizinische Fragen (z.B. Ursachen von Hirnschädigungen), die Psychologie erklärt innerpsychische und zwischenmenschliche Prozesse (Wahrnehmung, Denken, Handeln etc.), während die Einflüsse der Soziologie auf die wechselseitigen Zusammenhänge von geistiger Behinderung und Gesellschaft verweisen. Außerdem fließen die Bereiche der Rechtswissenschaften, Philosophie und Allgemeine Pädagogik in die pädagogische Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung ein (vgl. ebd., S. 23-24).

3 Normalisierungsprinzip

Das Normalisierungsprinzip geht auf den Dänen Bank-Mikkelsen aus dem Jahr 1959 zurück, das Menschen mit Behinderung dazu verhelfen sollte, ein möglichst normales Dasein führen zu können (vgl. Fornefeld 2000, S. 136) und ist Grundlage für integrative Modelle, wie zum Beispiel das gemeindenahes Wohnen, offene Hilfen, integrative Arbeitsgruppen oder Erwachsenenbildung für Menschen mit Behinderung (vgl. Beck 2016, S. 154-155). Nirje hat diesen Gedanken in den 1970er Jahren aufgegriffen und durch acht Forderungen und Grundprinzipien konkretisiert:

- **„Ein normaler Tagesrhythmus:** Schlafen, Aufstehen, Anziehen, Mahlzeiten, Wechsel von Arbeit und Freizeit – der gesamte Tagesrhythmus ist dem altersgleicher Nichtbehinderter anzupassen.
- **Trennung von Arbeit-Freizeit-Wohnen:** Klare Trennung dieser Bereiche, wie das bei den meisten Menschen der Fall ist. Das bedeutet auch: Ortswechsel und Wechsel der Kontaktpersonen. Es bedeutet ferner, täglich Phasen von Arbeit zu haben und nicht nur einmal wöchentlich eine Stunde Beschäftigungstherapie. Bei Heimaufenthalt: Verlagerung der Aktivitäten nach außen.
- **Normaler Jahresrhythmus:** Ferien, Verreisen, Besuche, Familienfeiern; auch bei Behinderten haben solche, im Jahresverlauf wiederkehrenden Ereignisse, stattzufinden.
- **Normaler Lebenslauf:** Angebot und Behandlung sollen klar auf das jeweilige Lebensalter bezogen sein (auch der geistig Behinderte ist Kind, Jugendlicher, junger Erwachsener usw.).
- **Respektierung von Bedürfnissen:** Behinderte sollen soweit wie möglich in die Bedürfnisermittlung einbezogen werden. Wünsche, Entscheidungen und Willensäußerungen Behinderter sind nicht nur zur Kenntnis zu nehmen, sondern auch stark zu berücksichtigen.
- **Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern:** Geistig Behinderte sind Jungen und Mädchen, Männer und Frauen mit Bedürfnissen nach (anders)geschlechtlichen Kontakten. Diese sind ihnen zu ermöglichen.
- **Normaler wirtschaftlicher Standard:** Dieser ist im Rahmen der sozialen Gesetzgebung sicherzustellen.
- **Standards von Einrichtungen:** Im Hinblick auf Größe, Lage, Ausstattung usw. sind in Einrichtungen für geistig Behinderte solche Maßstäbe anzuwenden, wie

man sie für uns „Normale“ für angemessen hält.“ (Thimm 1984, zit. n. Thesing 1989, S. 47-48)

Ausgangspunkt für diese Prinzipien war die Forderung nach einer grundlegenden, nachvollziehbaren Alternative in der Betreuung von Menschen mit Behinderung. Zuvor herrschte das Dogma des Ver- und Bewahrens in Form von Segregation und Diskriminierung in zentralisierten Anstaltsunterbringungen und dem Paradigma des biologischen Menschenbilds von Personen mit Behinderung, das keine pädagogische Perspektive bot (vgl. Ferber 1986, zit. n. Beck 2016, S. 154). Das Verständnis von Normalisierung, auf dem das Normalisierungsprinzip basiert, ist auf zwei Ebenen zu betrachten: Auf der Ebene des Lebensstandards bedeutet Normalität anerkannte und gleichberechtigte Lebensbedingungen, sowie Wahl- und Partizipationsmöglichkeiten. Die Ebene der Individualität bezieht sich auf den Respekt gegenüber dem Individuum, den Grad der Selbstwirksamkeit, die soziale Zugehörigkeit und das Ausmaß der Kontrolle des eigenen Lebens (vgl. Beck 2016, S. 157).

Wolfensberger hat das Konzept der Normalisierung in den 1980er Jahren weiterentwickelt und vollzieht eine Namensänderung hin zu Aufwertung sozialer Rollen. Dieses Konzept richtet sich an die persönlichen Eigenschaften eines Menschen mit Behinderung, mit dem Ziel Verhaltensweisen und Merkmale zu entwickeln, die einer gesellschaftlichen Norm entsprechen. Hierin wird ersichtlich, dass sich dieses Konzept nicht nur auf die Mittel der Betreuung bezieht, sondern auf die persönlichen Verhaltensweisen und das Erscheinungsbild von Menschen mit Behinderung abzielt. Sein Ansatz zur Zielerreichung einer Normalisierung lag in der Aufwertung der sozialen Rolle von Menschen mit Behinderung (vgl. Thimm 1990, zit. n. Biewer 2009, S. 119).

Für diese Annahme entwickelte Wolfensberger ein Modell, das verschiedene Handlungsebenen der Interaktion und Interpretation in den verschiedenen Systemen einschloss.

Wolfensbergers Weiterentwicklung des Normalisierungsprinzips (1983)
Grundannahme: Die Aufwertung (Valorisation) der sozialen Rolle kann erfolgen durch die tatsächliche Kompetenz und das soziale Image einer Person oder Gruppe.

Handlungsebenen (horizontal); Personen und Systemebenen (vertikal)	Interaktion (Handlungen gegenüber Menschen mit Behinderung)	Interpretation (Darstellung von Menschen mit Behinderung nach außen)
Person	Erlernen gesellschaftlich akzeptierter Verhaltensweisen (z.B. selbstständiges Essen, Beherrschen von Umgangsformen)	Bezeichnung von Personen in der Öffentlichkeit (z.B. Anrede mit dem Nachnamen statt dem Vornamen)
Primäre soziale Systeme	Gestaltung des Lebens, Familien und Heimen (Entwicklung von Fähigkeiten und Gewohnheiten als liege keine Behinderung vor)	Namensgebung von Institutionen (Verwendung neutraler oder positiv besetzter Namen statt z.B. „Wohnheim für Behinderte“)
Gesellschaftssysteme	Gestaltung des gesetzlichen Rahmens (z.B. Einbeziehung von Werkstätten in das System der Sozialversicherung)	Beeinflussung gesellschaftlicher Wertvorstellungen zur Anerkennung von Abweichungen

Abbildung 1: Wolfensbergers Weiterentwicklung des Normalisierungsprinzips (1983) (Biewer 2009, S. 120)

Dieser Tabelle nach entsteht die Aufwertung der sozialen Rolle in einer Interaktions- und einer Interpretationsdimension. Interaktion richtet sich an Handlungen gegenüber Menschen mit Behinderung, mit Interpretation ist die Darstellung von Menschen mit Behinderung nach außen gemeint. Diese beiden Dimensionen werden auf drei Ebenen behandelt: der Ebene der Person, der Ebene primärer sozialer Systeme und der Ebene der Gesellschaftssysteme.

Konkret bedeutet das, dass auf der Ebene der Person Fähigkeiten entwickelt werden, die einer gesellschaftlichen Norm entsprechen, z.B. selbstständiges Essen, Grüßen, um etwas Bitten etc., (Dimension der Interaktion). Gleichzeitig ist ein Umgang mit Menschen mit Behinderung von den Mitgliedern einer Gesellschaft in gleicher Form zu pflegen, wie mit Menschen ohne Behinderung bzw. einem höheren sozialen Status. Das beinhaltet den gleichen respektvollen Umgang und zeigt sich beispielweise darin, dass man Menschen mit Behinderung mit dem Nachnamen anspricht. Die Ebene der primären sozialen Systeme verfolgt das gleiche Ziel wie die erste Ebene. Es sollen Gewohnheiten und Fähigkeiten innerhalb der Familie oder den Wohnheimen in einem Ausmaß entwickelt werden, als ob keine Behinderung vorhanden wäre. Auf der Dimension der Interpretation meint man beispielsweise, dass Wohngemeinschaften nicht offensichtlich mit Schildern gekennzeichnet werden sollen, die die Behinderung eines Menschen in den Vordergrund

rücken. Stattdessen sollen positiv behaftete Namensgebungen gefunden werden (wenn überhaupt ein Schild notwendig ist). Die dritte Ebene der Gesellschaftssysteme schließt eine bessere Einbeziehung der Menschen mit Behinderung in das Sozialsystem ein (Interaktionsdimension) und fordert die Organe der Gesellschaft dazu auf, die Anerkennung von Abweichungen zu beeinflussen. Etwa können Medienkampagnen positiv über Sportereignisse (z.B. Special Olympics) berichten (vgl. Biewer 2009, S. 121).

Das Normalisierungsprinzip und deren Weiterentwicklung ist auch Grundlage für das Trainings- und Teilzeitbetreute Wohnen. Beide Formen sind konzeptionell so ausgelegt, dass ein selbstbestimmtes Leben, das Arbeit, Freizeit und Wohnen voneinander (räumlich) trennt, ermöglicht. Es fördert die De-Institutionalisierung indem die Wohnungen innerhalb normaler Wohnkomplexe gemietet werden und nicht als Betreute Wohngemeinschaften gekennzeichnet sind und zudem normalen wirtschaftlichen Standards entsprechen. Ein normaler Tages- und Jahresrhythmus wird forciert, indem der Arbeitsbereich ausgelagert ist und Freizeitaktivitäten bewusst nach außen verlegt werden.

4 Wohnen und Behinderung

Grundsätzlich gilt Wohnen als Zentrum des privaten Lebens und ist einer der wichtigsten Bausteine von Lebensführung und Lebensqualität. Die Wohnung wirkt zudem identitätsstiftend: Sie ist Wohnsitz (Adresse), Lebensmittelpunkt (soziale Einbindung, Heimat) sowie Statussymbol und symbolischer Ausdruck von Lebenshaltung. Eine Wohnung bietet emotionale Räume für Selbstbestimmung (Privatsphäre, Individualität und Intimität), gewährt Sicherheit (Eigentum und Person) und Schutz vor Witterung und Gewalt. Die Wohnung wird für das soziale Miteinander mit der Familie oder mit MitbewohnerInnen oder anderen Personen des sozialen Umfelds genutzt (vgl. Wacker 2016, S. 305).

Thesing (1998) beschreibt ähnliche Punkte als Grundbedürfnisse menschlichen Wohnens:

- *„Streben nach Sicherheit, Schutz und Geborgenheit,*
- *Wunsch nach Beständigkeit und Vertrautheit,*
- *Suche nach einem räumlichen Rahmen, der die Möglichkeit der Selbstverwirklichung bietet,*
- *Bedürfnis der Kommunikation,*
- *Der Wunsch nach Selbstdarstellung (Demonstration von sozialem Status).“*
(Thesing 1998, S. 32, zit. n. Andritzky 1987).

Bis in die 1970er Jahre lebten Menschen mit Behinderung hauptsächlich in Institutionen, die sich aus den Anstaltsgründungen des 19. Jahrhunderts entwickelt haben (vgl. Faulstich 1993, zit. n. Wacker 2016, S. 306) und deren Aufgabenbereiche in der Wohnplatzschaffung, der Versorgung und der Erziehung lagen. Gleichzeitig wurden durch diese Anstalten die Defizitzuschreibungen von Menschen mit Behinderung sichtbar (vgl. Wacker 2016, S. 307). In den 1970er Jahren wurden Anstalten skandalisiert und im Zuge der Normalisierungsdebatte eine De-Institutionalisierung gefordert. In diesem Zeitraum entstanden neue Formen des Wohnens für Menschen mit Behinderung, wie betreute Wohngruppen, mobile Wohnbetreuung oder Trainingswohnen. Ein grundlegender Wandel im institutionellen und gruppenbezogenen Wohnen fand jedoch nicht statt und nach wie vor werden Menschen mit Behinderung als HilfsempfängerInnen und nicht AkteurInnen ihres eigenen Lebens betrachtet (vgl. Wacker 2016, S. 307).

Die UN-Behindertenrechtskonvention, auf die bereits im Kapitel *Behinderung* näher eingegangen wurde, fordert unter anderem die völlige Gleichstellung in der Möglichkeit der Wahl des Wohnortes und der Wohnform von Menschen mit Behinderung und beschreibt dies konkret im „Artikel 19 - Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ der UN-BRK folgend:

„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

- a. 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;*
- b. 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;*
- c. gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen. “*

(Sozialministerium Österreich 2016, S. 16)

Grundsätzlich sollen Menschen mit Behinderung frei über die Art ihrer Wohnform entscheiden. Die Maßnahmen des Steirischen Behindertengesetzes bieten verschiedene Formen der Wohnbetreuung an, aus denen Menschen mit Behinderung wählen können. Problematisch ist die unvollständige Umsetzung des Artikels 19 der UN-BRK, da vor allem ländliche Gebiete in ihrer Angebotsdichte unterversorgt sind. Menschen mit Behinderung sind daher mitunter gezwungen Wohnbetreuungsformen in Anspruch zu nehmen, die nicht ihren exakten Wünschen entsprechen. Außerdem sind lange Wartezeiten in Kauf zu nehmen bis Wohnplätze in den gewünschten Angeboten zur Verfügung stehen. Durch die regional unterschiedliche Angebotslandschaft an Maßnahmen müssen Menschen mit Behinderung einen ungewollten Ortswechsel vollziehen um passende Leistungen beziehen zu können. Außerdem ist es Menschen in Wohngemeinschaften meist nicht möglich zu entscheiden mit wem sie zusammen in einer Wohnung leben (vgl. MonitoringAusschuss.at 2016, S. 11).

Der Monitoring-Ausschuss, der als unabhängiges Kontrollorgan in der Umsetzung der UN-BRK fungiert, stellt in der Stellungnahme zur Situation der De-Institutionalisierungsentwicklung zudem fest, dass die Unterstützung von Menschen mit

einem hohen Betreuungsbedarf fast ausschließlich in Wohnheimen, Wohnhäusern oder zumindest größeren Wohngemeinschaften angeboten wird. Damit sind, mangels alternativer Angebote, Menschen mit hohem Betreuungsbedarf nach wie vor dazu gezwungen, in Einrichtungen zu leben. Diese Art der strukturellen Diskriminierung widerspricht klar mit dem Artikel 19 UN-BRK (vgl. MonitoringAusschuss.at 2016, S. 12).

4.1 Leistungsverordnung des Landes Steiermark

Das steirische Behindertengesetz beschreibt in der Leistungsverordnung (LEVO) die verschiedenen Maßnahmen, die für Menschen mit Behinderung angeboten werden. Diese gliedern sich in Leistungsarten der klassischen Behindertenhilfe, sozialpsychiatrische Leistungen und Geldleistungen. Für die vorliegende Arbeit sind die Leistungsarten der klassischen Behindertenhilfe relevant und im Speziellen jene der Wohnbetreuungsformen. Zur Gewährung einer Leistung ist eine Antragstellung bei der zuständigen Bezirksbehörde notwendig. Die Zuständigkeit der Bezirksbehörde ist immer abhängig vom Hauptwohnsitz der antragstellenden Person. Ob eine beantragte Leistung als passgenau eingeschätzt werden kann und in welchem Stundenausmaß eine Betreuung notwendig erscheint, wird in einem Clearinggespräch des Vereins Individueller Hilfebedarf (IHB) geklärt. Der unabhängig agierende Verein IHB erstellt danach einen Bericht und spricht der zuständigen Bezirksbehörde eine Empfehlung für die passende Leistung und deren Betreuungsausmaß aus. Diese gilt als fachliche Grundlage für die Bescheiderstellung. Nach Erhalt des Bescheides kann die gewünschte Leistung, sofern freie Plätze zu Verfügung stehen, bei einem anbietenden Träger in Anspruch genommen werden.

Das Steirische Behindertengesetz hat in seiner Leistungsverordnung drei verschiedene Grundformen der Wohnbetreuung verschriftlicht:

1. Vollzeitbetreutes Wohnen
2. Teilzeitbetreutes Wohnen
3. Mobile Wohnbetreuung

Die hier erarbeiteten Methoden zu Anamneseverfahren richten sich an das Setting des Teilzeitbetreuten Wohnens und Trainingswohnens, die unter dem Punkt 2 Teilzeitbetreutes Wohnen genauer beschrieben werden. Teilzeitbetreute Wohnformen unterscheiden sich grundsätzlich von vollzeitbetreuten Wohnformen, da nicht 24 Stunden betreut wird. Außerdem ist der Betreuungsschlüssel geringer bemessen, weil der Betreuungsaufwand für Menschen im Vollzeitbetreuten Wohnen höher eingeschätzt wird als in Teilzeitbetreuten Wohnformen. Gemein haben die beiden ersten Wohnformen, dass

Wohnungen für Menschen mit Behinderung von Institutionen zur Verfügung gestellt werden. In der mobilen Betreuung sind Menschen mit Behinderung selbst MieterInnen einer Wohnung, in der sie unterstützt werden. Das Ausmaß der Unterstützung von mobilen Betreuungsformen, wie beispielsweise Wohnassistenz, ist davon abhängig, wie viele Betreuungsstunden Menschen mit Behinderung für die Leistung von der zuständigen Bezirksbehörde zugesprochen bekommen.

4.2 Trainingswohnen und Teilzeitbetreutes Wohnen

Beide Wohnformen fallen unter den Punkt 2 der teilzeitbetreuten Wohnformen und unterscheiden sich hauptsächlich im Ausmaß des zugesprochenen Betreuungsausmaßes. Das Trainingswohnen gilt als Wohnform für Menschen, die mehr Unterstützung benötigen und ist damit mit einem höheren Betreuungsschlüssel konzipiert. Der wesentliche Unterschied der beiden Wohnformen liegt darin, dass im Trainingswohnen eine Nachtbereitschaft vorgesehen ist. Dies bedeutet, dass ein/e BetreuerIn in der Nacht vor Ort sein muss.

Für das Teilzeitbetreute Wohnen benötigt es zwischen 22:00 und 06:00 Uhr eine Rufbereitschaft. Der/die BetreuerIn braucht hier nicht vor Ort sein, muss aber in der Nacht telefonisch erreichbar sein und gegebenenfalls in den Dienst treten können.

Einige Einrichtungen bieten sowohl Trainingswohnen als auch Teilzeitbetreutes Wohnen an einem Standort an, um unkomplizierter von einer Betreuungsform zur nächsten wechseln zu können. Die Anamneseverfahren sind daher auf beide Betreuungsformen ausgerichtet. Die Leistung Trainingswohnen wird grundsätzlich nur für zwei Jahre, in Ausnahmefällen für drei Jahre, gewährt. Ist nach diesem Zeitraum der/die BewohnerIn noch nicht bereit in eine eigene Wohnung zu ziehen, kann Teilzeitbetreutes Wohnen in Anspruch genommen werden, ohne dabei einen Wohnungswechsel vollziehen zu müssen. Grundsätzlich gilt für beide Maßnahmen, dass Menschen mit Behinderung auf eine autonomere Form der Betreuung vorbereitet werden.

4.2.1 Zielgruppe

Prinzipiell müssen Menschen, die das Trainingswohnen bzw. Teilzeitbetreute Wohnen in Anspruch nehmen wollen, sich „aus eigener Überzeugung bzw. freiem Willen“ (LEVO 2013, S. 8) für diese Leistung entscheiden. Als Zielgruppe gelten sowohl Jugendliche (nach Beendigung der Schulpflicht), als auch erwachsene Personen mit einer intellektuellen/kognitiven, körperlichen, Sinnes- bzw. mehrfacher Behinderung. Die Leistung wird für Personen angeboten, die noch zu Hause leben und von der Familie bzw. dem Elternhaus ausziehen wollen oder bereits in einer betreuten Wohnform leben und ihre Wohnsituation verändern möchten (vgl. LEVO 2013, S. 8).

Folgende Umstände werden als Ausschlusskriterien für die Leistung beschrieben:

- Bei einer Suchterkrankung;
- Bei einem überwiegenden Pflegebedarf;
- Bei einer notwendigen dauerhaften medizinischen Versorgung;
- Wenn eine psychische Erkrankung (und nicht die Behinderung) im Vordergrund steht;
- Wenn Personen in der Lage sind, in einer geringer betreuten Wohnform zu leben (vgl. LEVO 2013, S. 8).

4.2.2 Grundsätze und Prinzipien

Die Leistungsverordnung verschriftlich generelle Grundsätze der Integration und Teilhabe, an die sich die Organisationen halten müssen:

„Normalisierung: Gleichberechtigte Teilhabe und Teilnahme am Leben der nicht behinderten Menschen. Die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung entsprechen weitgehend denen von Menschen ohne Behinderung.

***Inklusion und Partizipation:** Inklusion ist die untrennbare Einheit von sozialer Gemeinschaft und einer am einzelnen Menschen orientierten Erziehung, Bildung und Lebensgestaltung aller ihrer Mitglieder. Menschen mit Behinderung erhalten das*

notwendige Maß an Unterstützung für eine aktive Partizipation am gesellschaftlichen Leben.

Unteilbarkeit: *Grundsätzlich kann jeder Mensch mit Behinderung, unabhängig von Art, Ausmaß und Schweregrad der Behinderung, integriert werden. Alle an konkreten Hilfeplanungen und Maßnahmen beteiligten Personen arbeiten freiwillig mit.*

Ganzheitlichkeit: *Die jeweilige Lebenswirklichkeit ist angemessen zu berücksichtigen und in alle Maßnahmen von Förderung und Lebensbewältigung einzubeziehen.*

Individualisierung: *Alle Unternehmungen, die Lebensqualität erhalten und verbessern sowie Handlungskompetenzen zur Lebensbewältigung betreffen, müssen auf den einzelnen Menschen ausgerichtet sein und Wünsche, Bedürfnisse und Besonderheiten einbeziehen.*

Wahlrecht und Selbstbestimmung: *Integrative Prozesse sollen in adäquater Form miteinander geplant, durchgeführt und reflektiert werden.*

Empowerment: *Menschen mit Behinderung treffen Entscheidungen, die ihre Person betreffen selbst bzw. sie sind zumindest maßgeblich an den Entscheidungsprozessen beteiligt. Die Selbstständigkeit dient der Förderung und Stärkung des persönlichen Handlungsspielraums und der Eigenverantwortung und somit der Gleichstellung mit Menschen ohne Behinderung.*

Verstehbarkeit: *Vereinbarungen sind sowohl mit den Menschen mit Behinderung zu erarbeiten als auch in einer leicht verständlichen Version aufzulegen.*

Mitgestaltung der Dienstleistung: *Die Leistungserbringung wird durch/von NutzerInnen mitgestaltet und in ihrer Erbringungsqualität bewertet. Der Einrichtungsträger hat die Bildung einer Interessensvertretung der KlientInnen (BewohnerInnenbeirat) in geeigneter Weise anzuregen und zu unterstützen. Bei allen wichtigen Fragen (z.B. Hausordnung oder Änderung des Leistungsangebots) ist die gewählte Interessensvertretung zu hören und hat Mitwirkungsrecht.“ (LEVO 2013, S. 3-4)*

4.2.3 Konzeptionelle Grundlagen

Wie die Prinzipien der Zusammenarbeit und die Einhaltung der pädagogischen Aufträge im Zuge des Trainingswohnens und Teilzeitbetreuten Wohnens umgesetzt werden, entscheiden die anbietenden Einrichtungen. Aus den Erfahrungen meiner mehrjährigen Arbeit als Betreuer hat sich das System der Bezugsbetreuung, das eine individuell abgestimmte pädagogische Arbeit mit den BewohnerInnen sichern soll, gut bewährt. Dabei richtet sich der Schwerpunkt der Betreuungsarbeit auf BewohnerInnen, die den BetreuerInnen als BezugsklientInnen zugewiesen werden. Damit sollen die inhaltliche Betreuungsarbeit, die Dokumentation sowie Nachbereitungsarbeiten auf die einzelnen BewohnerInnen besser abgestimmt werden. Co-BetreuerInnen vertreten die BezugsbetreuerInnen, wenn diese abwesend sind und stehen in einem regelmäßigen Austausch über Veränderungen, Entwicklungen und Zielplanungen.

Daneben sind Einrichtungen dazu verpflichtet, die in der LEVO festgeschriebenen Auflagen zur Dokumentation einzuhalten. Diese erfolgt soweit wie möglich in Kooperation mit den BewohnerInnen und beinhaltet Folgendes:

- *„Vorgeschichte/Erstkontakt (z.B. Anfragen von Menschen mit Behinderung, bei Bedarf Warteliste, Ersterhebung, Anamnesebogen, Zuweisungsdiagnose, Interessensabklärung und dergleichen)*
- *Aufnahme in Form einer Stammdatenerhebung (allgemein, medizinisch) des Unterstützungsbedarfes, des Pflegebedarfes, der Kompetenzen und Ressourcen, weitere therapeutisch-psychologische Maßnahmen, zusätzliche Betreuungsvereinbarung, Erfassen von Wünschen und Zielen des Menschen mit Behinderung, zusätzliche Vereinbarungen mit Personen aus dem Herkunftssystem (Eltern, Angehörige und SachwalterInnen), Notfallblatt, Gesundheitsblatt (Medikamente und Befunde) und dergleichen*
- *Verlaufs- und Maßnahmendokumentation (Aktualisierung persönlicher Stammdaten, Ziel- und Entwicklungsplanung (individueller Hilfeplan) auf Basis des konkreten Leistungszuerkennungsbescheides und der*

Betreuungsvereinbarung, regelmäßige Evaluierung der gesetzten Maßnahmen und Ziele)

- *Abschlussdokumentation der Betreuungsleistung inklusive Maßnahmenenerfolg“*
(LEVO 2013, S. 12)

Das vom Autor entwickelte Anamneseverfahren bezieht sich auf die Kriterien der ersten beiden Punkte. Es werden biographische Informationen über den/die BewohnerIn eingeholt, Unterstützungsbedürfnisse abgeklärt, Notfall- und Gesundheitsblätter erarbeitet, sowie Kompetenzen und Ressourcen eingeschätzt und in Form eines Ergebnisblattes dargestellt. Arbeiten Einrichtungen nach einem Bezugsbetreuungssystem, ist es vorgesehen, dass der gesamte Anamneseprozess von dem/der BezugsbetreuerIn durchgeführt wird.

Anamnese (als Teil sozialer Diagnostik) nimmt einen bedeutenden Stellenwert in der sozialpädagogischen Praxis ein. Sie bildet die Basis für pädagogische Interventionen und methodische Herangehensweisen. Im folgenden Kapitel gehe ich detailliert auf sozialpädagogische Diagnoseverfahren allgemein ein und beschreibe unterschiedliche Konzepte, die als theoretische Grundlagen für meinen entwickelten Anamneseprozess dienen.

5 Der sozialpädagogische Fall

Soziale Diagnostik findet dann ihre Anwendung, wenn mit sozialarbeiterischen bzw. sozialpädagogischen Fällen gearbeitet wird. Bevor der Fokus auf die theoretischen Ansätze der Sozialen Diagnostik gerichtet wird, muss geklärt werden, welche Merkmale einen Fall im Kontext der Sozialen Arbeit auszeichnen. Hierfür bedarf es zuerst der Unterscheidung zwischen den traditionellen Theorieansätzen der *Sozialarbeit* und *Sozialpädagogik*.

Die *Sozialarbeit* entstammt historisch aus der sozialen Fürsorge, Armenpflege und Wohlfahrtspflege. Sie richtet sich in erster Linie an in Not geratene Menschen und bietet Hilfeleistungen an. Die *Sozialpädagogik* dagegen entwickelte sich aus der Jugendfürsorge und unterscheidet sich von der Sozialarbeit primär darin, dass sie eine erzieherische Dimension beinhaltet (vgl. Braun/Graßhoff/Schweppe 2011, S. 15). Aus dieser Entstehungsgeschichte resultiert ein unterschiedliches Verständnis sozialer Fallarbeit. So rückt in der *sozialpädagogischen* Tradition die Erforschung der Entwicklungsprozesse von Kindern und Jugendlichen in den Vordergrund. Zur Umsetzung der Erforschung arbeitet die Sozialpädagogik individuums- und einzelfallorientiert und bezieht dabei Materialien wie Tagebücher, Einzelfallbeschreibungen oder autobiographische Quellen in die Forschung mit ein. Aus dieser Tradition des Interesses allgemeiner Entwicklungsprozesse setzt ein sozialpädagogischer Fall nicht zwingend einen konkreten oder spezifischen Hilfebedarf voraus. In der *Sozialarbeit* hingegen ist der Hilfebedarf vordergründig. Somit liegt die Hauptaufgabe der sozialarbeiterischen Fallarbeit in der Klärung, ob und in welchem Ausmaß ein Hilfebedarf erforderlich ist. Mit der Entscheidung eines Hilfebedarfs entsteht jedoch das Problem der Stigmatisierung, da ab dem Zeitpunkt, an dem eine Person zu einem sozialarbeiterischen Fall wird und damit einen Hilfebedarf benötigt, der Fall einer spezifischen Problemgruppe angehört (z.B. Arme, Arbeitslose, Verschuldete etc.) (vgl. ebd., S. 15-16).

In vielen praktischen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit ist eine Trennung zwischen Sozialarbeit und Sozialpädagogik nicht möglich. Gerade im Bereich des Trainingswohnens zeigt sich diese Tatsache. So kann die Leistung nur in Anspruch genommen werden, wenn ein konkreter Hilfebedarf behördlich erhoben wird. In der Steiermark wird dieses Verfahren vom Verein IHB-Team (Individueller Hilfebedarf)

durchgeführt, deren Gutachten als Voraussetzung für die Finanzierung der Leistung gelten. Das Trainingswohnen selbst sieht vor, erzieherische Handlungen zu setzen, die darauf abzielen, die Selbstständigkeit der BewohnerInnen zu fördern. Aber auch im Betreuungsalltag verschwimmen die Grenzen zwischen Sozialarbeit und Sozialpädagogik. So ist neben dem Erkennen der Entwicklungspotentiale der einzelnen Personen und die darauf folgende pädagogische Maßnahmenfindung (sozialpädagogischer Aufgabenbereich) auch die Hilfe bei Notlagen (z.B. bei Verschuldung), das Wissen über Leistungsansprüche (öffentliche Gelder) und die Hilfe in der Einholung dieser (sozialarbeiterischer Aufgabenbereich), im Tätigkeitsfeld der BeteuerInnen des Trainingswohnens mitinbegriffen. Demzufolge können im Falle des Diagnostizierens im Trainingswohnen (wie auch in vielen anderen sozialpädagogischen Maßnahmen) sozialarbeiterische und sozialpädagogische Verfahren einander nicht ausschließen.

Als eine bekannte Beschreibung des Fallverstehens zeigt Müller (1997) sein System des *Fall von*, *Fall für* und *Fall mit* auf. Diese von ihm benannte multiperspektivische Fallarbeit beschreibt Personen, die sozialpädagogisch/sozialarbeiterisch betreut werden, anhand drei Typen von Fällen:

Beim „Fall von“ geht es darum, „*Allgemeines, in konkretes, auf den Einzelfall bezogenes Handeln sinnvoll umzusetzen.*“ (Müller 1997, S. 32). Mit „Allgemeines“ ist beispielsweise eine Gesetzgebung gemeint, wie etwa die Maßnahme Trainingswohnen, die gewährt werden kann, wenn eine geistige Behinderung bei einem Menschen vorliegt. BewohnerInnen des Trainingswohnens sind daher *Fälle vom* BHG (Behindertengesetz). Der „Fall von“ bezieht sich aber nicht ausschließlich auf die Verwaltungs- und Rechtsebene. „Allgemeines“ kann auch bedeuten, dass es sich um eine bestimmte Theorie, eine Norm oder ein Phänomen handelt. So kann eine Person ein *Fall von* Kindesmissbrauch sein und daher von einer Wohneinrichtung der Jugendwohlfahrt betreut werden (vgl. Müller 1997, S. 32-33). Auf das Trainingswohnen bezogen bedeutet dies, mit *Fällen von* geistiger Behinderung zu arbeiten.

Der Typ *Fall für* meint das Wissen über das passende Verweisen zu anderen Zuständigkeiten. Der Beruf des/der SozialpädagogIn hat eine ganzheitliche Zuständigkeit für das Klientel, da es in alle Lebensbereiche eingreift. Damit sind SozialpädagogInnen

abhängig von anderen Kompetenzen. Entscheidend ist die Handlungskompetenz zu wissen, an welche anderen Fachkräfte in bestimmten Fällen verwiesen werden muss (vgl. Müller 1997, S. 38-39). Wenn im Trainingswohnen bei einem/r KlientIn beispielsweise Schnittspuren an den Unterarmen zu sehen sind und sich nach einem Gespräch herausstellt, dass sich die/der BewohnerIn regelmäßig ritzt, so liegt es außerhalb des Kompetenzbereichs des/der SozialpädagogIn eine psychologische Behandlung durchzuführen. Die Aufgabe der SozialpädagogIn ist es, die Problematik zu erkennen und den/die BewohnerIn entsprechend zu vermitteln. In dem angesprochenen Beispiel würde die Person zu einem *Fall für* eine/n PsychotherapeutIn. Daneben ist die Person beispielsweise auch ein *Fall für* eine Tageswerkstätte, wenn die Fähigkeiten nicht ausreichend sind, um am ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Für SozialpädagogInnen innerhalb des Trainingswohnens ist daher das Wissen über Angebote anderer Disziplinen im Allgemeinen, aber auch Wissen über die Angebotslandschaft im Sozialraum wichtig. Daneben sind sozialarbeiterische Kenntnisse vonseiten der BetreuerInnen erforderlich. Zum Beispiel muss ein/e BetreuerIn wissen, dass bei einer hohen Verschuldung eines/r KlientIn und bei gleichzeitiger Aussichtslosigkeit einer Besserung der finanziellen Situation, ein Sachwalterschaftsverfahren beim Bezirksgericht eingeleitet werden kann, um zu prüfen, ob eine externe Person die Verwaltung der finanziellen Angelegenheiten übernehmen muss und die betreute Person zu einem *Fall für* die Sachwalterschaft wird. Im Typus *Fall mit* geht es schließlich um die konkrete sozialpädagogische Arbeit zwischen KlientInnen und SozialpädagogInnen (vgl. Müller 1997, S. 41-42). Im Trainingswohnen handelt es sich meistens um einen *Fall mit* Lernschwäche, dessen Ziel es beispielsweise ist, eine Anzahl an Koch-Rezepten zu üben und zu merken, um eine eigenständige Zubereitung seiner Mahlzeiten zu erlernen. Die Aufgabe der SozialpädagogInnen liegt darin, die individuell notwendigen didaktischen Vorbereitungen zu treffen, sowie mit passenden Methoden der Erreichung von gesetzten Zielen näher zu kommen.

Das in dieser Arbeit zu entwickelnde Anamneseverfahren schließt alle drei Ebenen des Fallverstehens mit ein. Es soll als Informationsgrundlage dienen, um zu verstehen um welchen Fall es sich handelt (Fall von), was außerhalb des Trainingswohnens benötigt wird (Fall für), was im Zuge der pädagogischen Arbeit notwendig ist und wie dies bestmöglich umgesetzt werden kann (Fall mit).

6 Sozialpädagogische Diagnostik

Der Begriff Diagnose stammt aus dem Griechischen und bedeutet „unterscheiden“, „durch und durch erkennen“, „durchblicken“ (vgl. Heiner 2005, S. 253/Schrapper 2008, S. 197). Diagnostizieren in einem sozialpädagogischen Kontext heißt demnach, herauszufinden, was Menschen prägt und was Situationen ausmacht. Dies soll unter der Beurteilung von Lebensumständen, Entwicklungspotentialen oder Problemverhalten erkundet werden, mit dem Ziel, geeignete pädagogische Interventionsmaßnahmen zu finden und anzubieten (vgl. Schrapper 2008, S. 198). Der Ursprung der diagnostischen Arbeit im Berufsfeld der Sozialen Arbeit liegt in der Jahrhundertwende (19. auf 20. Jhd.), im Entstehen der ersten Jugendfürsorgebehörden die begannen, Gutachten und Beurteilungen zu erstellen, vorwiegend von LehrerInnen und ÄrztInnen. Diese gingen der Frage nach, wie sich Lebensschwierigkeiten von Menschen beschreiben ließen und was fürsorgerisch unternommen werden könnte. Die Erstellung dieser Diagnosen verfolgte zwei Ziele: Einerseits ging es darum die Hilfsbedürftigkeit von Personen zu bestimmen, andererseits erfüllten Gutachten den Zweck, öffentliche finanzielle Mittel für die Fürsorge zu legitimieren (vgl. Uhlendorff 1999, S. 128). Aus theoretischer Sicht beginnt die Diskussion in der professionellen Sozialen Arbeit im deutschsprachigen Raum mit Alice Salomon und ihrem, im Jahr 1926 erschienenen Werk „Soziale Diagnose“, in dem sie von pädagogischen Fachkräften für das Diagnostizieren verlangt, *„Material zu sammeln (eigene Beobachtungen und Aussagen anderer), das beschaffte Material zu prüfen und zu vergleichen, es zu bewerten, Schlüsse daraus zu ziehen – schließlich ein Gesamtbild zu erstellen, das erlaubt, einen Plan für die Abhilfe (Behandlung) zu schaffen.“* (Salomon 1926, zit. n. Heiner 2005, S. 254) Sozialpädagogische Diagnosen dienen somit als eine Form der Vorbereitung und der begleitenden Reflexion des Interventionsprozesses (vgl. Heiner 2005, S. 254).

Buttner (2008) beschreibt die Notwendigkeit der sozialen Diagnose auf Grund des entstanden Legitimationsdrucks und der Personenzentrierung im Berufsfeld der Sozialen Arbeit. Die Legitimationsentwicklungen, die wegen eintretender Ökonomisierung des Sozialbereichs einhergehen, erfordern Qualitätssicherung, Outputorientierung und Transparenz sowie Effizienz und Effektivität. Diese Punkte nachvollziehbar und nachweislich zu machen, geschieht mit Hilfe diagnostischer Verfahren (vgl. Buttner 2008, S. 345).

Der zweite wesentliche Grund für die Notwendigkeit Sozialer Diagnostik liegt in der Entwicklung hin zu einer personenzentrierten KlientInnenarbeit. Hierfür bedarf es an individuellen und differenzierten Hilfestellungen und Interventionen, die begründet werden müssen. Soziale Diagnostik versucht spezielle Merkmale, also Symptome, wie Bedürfnisse, Defizite, Stärken etc. zu bestimmen und zu erheben, damit Intervention nachvollziehbar werden bzw. Interventionen überhaupt bestimmt werden können (vgl. ebd., S. 345-346).

Für die konkrete Umsetzung einer Sozialen Diagnose beschreibt Pantucek (2012) folgende allgemeine Merkmale Sozialer Diagnostik:

1. *„erhebt den Problemkontext*
2. *‚verhandelt‘ die Problemdefinition mit den Beteiligten*
3. *versucht Ressourcen aufzuspüren*
4. *sucht nach Bearbeitungs- und Lösungsmöglichkeiten*
5. *veranschaulicht problemrelevante Zusammenhänge*
6. *ermöglicht Entscheidungen zur Problembearbeitung für die KlientInnen und zur Interventionsplanung“* (Pantucek 2012, S. 81)

In der Theorie erfolgt aufbauend auf diese Merkmale eine soziale Diagnose in folgenden drei Schritten: Erstens die Anamnese, zweitens die Diagnose und drittens die Intervention. Bei der Anamnese geht man der Frage nach: Was war und was ist los? Mit dieser Frage will man im Anamnese-Prozess fallbezogene Informationen sammeln und soziale Phänomene der KlientInnen beschreiben (Punkt 1 nach Pantuceks Merkmalen). Im zweiten Schritt, der Diagnose, wird anhand der Informationen aus der Anamnese der Frage nachgegangen: Warum ist das so? Damit will man die sozialen Phänomene der KlientInnen verstehen (Punkte 2-5). Bei der Intervention, also dem dritten Schritt, wird mit den Informationen aus der Anamnese und dem daraus resultierenden Erkenntnisgewinn über die Situation der KlientInnen, der im Zuge der Diagnose erworben wurde, der Frage nachgegangen: "Was ist zu tun?" Hierin besteht nun die Aufgabe, geeignete pädagogische Maßnahmen zu formulieren und umzusetzen, die zur Verbesserung des Falles beitragen sollen (Punkt 6) (vgl. Galuske 1998, S. 64, zit. n. Müller 2010, S. 221).

Das Erkennen und Verstehen einer bestimmten Lebenssituation/eines bestimmten Verhaltens und die darauffolgende Einschätzung der Förderpotentiale ist grundsätzlich Teil jeder sozialpädagogischen Arbeit. Eine förderorientierte Sozialdiagnostik ist aber auch abhängig von anderen Diagnosen aus humanwissenschaftlichen Disziplinen, und lässt medizinische und psychologische Gutachten miteinfließen. Zudem werden in sonderpädagogischen Betreuungseinrichtungen die sozialarbeiterischen und sozialpädagogischen Gutachten von hilfebedarfsermittelnden Institutionen (in der Steiermark vollzieht dies der Verein IHB) miteinbezogen, wie es im konkreten Fall des Trainingswohnen in Einrichtungen von der Steirischen Leistungsverordnung vorgeschrieben wird (vgl. LEVO 2013, S. 9).

Bevor die sonderpädagogische und förderorientierte Diagnostik genauer erarbeitet wird, will ich im folgenden Kapitel die verschiedenen diagnostischen Zugänge in den Humanwissenschaften erörtern und deren Bedeutung für die Sonderpädagogik im Allgemeinen und das Trainingswohnen im Speziellen diskutieren.

6.1 Medizinische Diagnostik

In der medizinischen Diagnostik konzentriert man sich auf die bestimmten Symptome einer Krankheit. Mittels der Suche nach Störfaktoren bzw. Symptomen will man die Krankheit und deren Ursache erklären und mit passenden Maßnahmen entgegenwirken (Therapie). Dabei gilt, dass die Chancen einer passenden und hilfreichen Therapie höher sind, je genauer die Informationen über Störfaktoren und Ursachen der Krankheit eingebracht wurden (vgl. Ondracek 2007, S. 24). Die Diagnose stellt somit die Voraussetzung für jede Therapie dar. Sowie in allen verwandten Teilbereichen der Sonder- und Sozialpädagogik erfolgt auch in der Medizin die Diagnostik in den drei Schritten der Anamnese, Diagnose und Intervention bzw. Therapie. Ähnlich wie in der Sozialpädagogik unterscheiden sich innerhalb des breiten Feldes der Medizin, je nach Fachrichtung, die Diagnostikverfahren. Als Beispiel: Die Untersuchung und Diagnoseerstellung bei einem Oberschenkelbruch weichen in der Intensität und Methodik von jenen einer Einweisung eines Kindes in die Kinder- und Jugendpsychiatrie ab. Während bei einer Fraktur der Fokus auf das klar sichtbare Symptom (Schmerzen im

Oberschenkel) gelegt und eingeschränkt wird, richtet sich die Diagnostik im zweiten Fall verstärkt auf den bio-medizinischen Bereich und schließt andere Personen, Beziehungen und die Lebenswelt des/der PatientIn mit ein (vgl. Seidel 2005, S. 300).

Medizinische Diagnosen haben für die Behindertenarbeit auf mehreren Ebenen eine wesentliche Bedeutung. Besonders wirkmächtig sind medizinische Diagnosen wenn es um finanzielle Unterstützungsangebote geht. Die Gewährung von Leistungen der Krankenkassen, Sozialämter, Pensionsversicherungsanstalten setzen medizinische Gutachten für die jeweilige Inanspruchnahme voraus (vgl. Seidel 2005, S. 298). Medizinische Diagnosen gelten vor allem bei Leistungen für Menschen mit Behinderung als wesentlich und dienen zum Beispiel als Grundlage für die Entscheidung ob ein Erhöhungsbetrag für die Familienbeihilfe genehmigt wird oder nicht. Aus Sicht der öffentlichen Geldgeber entscheidet letztendlich die medizinische Diagnose ob ein Mensch Zugang zu den verschiedenen Unterstützungs- und Betreuungsleistungen (Sach- oder Geldleistung) aus der Behindertenhilfe erhält. Das wiederum spiegelt den hohen Stellenwert der Medizin und deren Erhebungsmethoden wider.

Medizinische Diagnosen spielen zudem eine wichtige Rolle in der pädagogischen Arbeit mit KlientInnen. So werden auf Grundlage der ICD-10-Diagnosen passgenaue Unterstützungsmaßnahmen aufgebaut. Das ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist ein im deutschsprachigen Raum anerkanntes und angewandtes Klassifizierungssystem von Krankheiten und benennt unter dem „Kapitel F: Psychische Störungen“ geistige Behinderung als Intelligenzminderung (vgl. Seidel 2005, S. 306). Hierin wird zwischen dem Schweregrad der Intelligenzminderung, der anhand standardisierter Verfahren festgestellt wird, unterschieden und jeweils eigens kodiert (z.B. F 70 - Leichte Intelligenzminderung). Die Intelligenzstörung kann zwar allein auftreten, bei den meisten BewohnerInnen des Trainingswohnens ist sie jedoch mit anderen psychischen oder körperlichen Störungen verbunden. Häufig finden sich Störungen des Sozialverhaltens, psychische Krankheiten wie Persönlichkeitsstörungen oder auch Autismus. Der ICD-10 ist darauf ausgerichtet solche Fälle mit zusätzlichen Schlüsselnummern zu erweitern. Beispielsweise wird eine leichte Intelligenzminderung mit sonstigen Verhaltensauffälligkeiten als F 70.8 kodiert. Wichtig dabei ist, dass die erstellte Diagnose immer das aktuelle Funktionsniveau zeigt. Denn der ICD-10 erwähnt ausdrücklich, dass die Intelligenzminderung und das

Sozialverhalten veränderbar sind und sich durch Übung und Rehabilitation (zumindest in einem leichten Ausmaß) verbessern können (vgl. ICD-10 2017, Kapitel V).

Für das Arbeiten im Trainingswohnen stellen ICD-10 Diagnosen einen wichtigen Informationsteil der Anamnesephase dar. Sie geben Auskünfte über Krankheiten, Verhaltensauffälligkeiten und Intelligenzniveau und ermöglichen es, die pädagogische Betreuungsarbeit darauf auszurichten. Sollten keine Diagnosen vorhanden sein und lehnen KlientInnen zudem eine Untersuchung bei einem/r PsychiaterIn ab, erschwert dies die pädagogische Arbeit. Symptome werden vom jeweiligen Personal eingestuft und auf auffälliges Verhalten nach dem Prinzip „Versuch-Irrtum“ reagiert, anstatt adäquate Interventionen entsprechend der psychiatrischen Krankheit setzen zu können. Bei Fallbesprechungen und Supervisionen könnte dadurch wesentlich effizienter eine entsprechende Vorgehensweise erarbeitet werden. Im Rahmen der Anamnesephase werden bereits bestehende Diagnosen und Gutachten aufgenommen und dokumentiert. Sollten keine aktuellen vorhanden sein, wird dem/der KlientIn eine Untersuchung, im Sinne einer optimaleren Betreuungsarbeit, empfohlen.

6.2 Psychologische-pädagogische Diagnostik

In der psychologischen Diagnostik, ausgehend von der Differenzialdiagnostik in der man die menschlichen Unterschiede im Verhalten untersucht, versucht man relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale zu erkennen, um davon ausgehend eine Prognose für das Verhalten erstellen zu können. In der Psychologie werden vor allem über Tests und standardisierten, vergleichbaren Erhebungsmethoden die weitgehend zeit- und situationsunabhängigen Eigenschaften eines Menschen erfasst. Die Einholung der Informationen, die eine Auswertung über die Persönlichkeit eines Menschen erlauben, wird in der psychologischen Diagnostik auf verschiedene Arten durchgeführt: Gespräch, Beobachtung, Interview, Tests, Fragebögen oder auch projektive Techniken wie etwa Zeichentests. Die Interpretation der Informationen ist dabei abhängig von der Ausrichtung des Diagnoseverfahrens und kann beispielsweise psychoanalytisch, sozialpsychologisch oder lerntheoretisch erfolgen. Dabei bezieht sich die Psychologie in der Regel auf die Emotionalität, Identität und Verhaltenssteuerung der Menschen (vgl. Hornáková/Ondracek 2007, S. 25-26). In der psychologischen Differenzialdiagnostik

stellen die Ergebnisse der spezifischen Verfahren einen Vergleich zwischen der diagnostizierten Personen und einer Norm dar.

Nach Nußbeck (2008) unterscheidet man zwischen zwei Arten des Vergleichs:

1. Normen im sozialen Vergleich:

Bei den Normen im sozialen Vergleich geht es darum, die diagnostizierte Person in ihrem Verhalten, ihren Fähigkeiten oder Fertigkeiten mit einer Bezugsgruppe beschreibend zu vergleichen. Diese Bezugsgruppe kann die Altersgruppe, eine Gruppe mit einem bestimmten Merkmal (z.B. geistige Behinderung) oder eine Berufsgruppe etc. sein. Die diagnostische Beschreibung resultiert aus der Abweichung des Mittelwerts von der Bezugsgruppe. Psychologische Tests richten sich mehrheitlich nach dieser Art des Normvergleichs und basieren zumeist auf Grundlage der statistischen Normalverteilung (vgl. Nußbeck 2008, S. 229).

2. Normen im Vergleich mit einem Kriterium:

Beim Normvergleich von Kriterien beurteilt die psychologisch-pädagogische Diagnostik Fertigkeiten und Fähigkeiten (etwa Lese- und Schreibfähigkeit, soziale Kompetenz etc.) von Personen, ohne diese dabei mit Fähigkeiten von anderen Personen zu vergleichen. Vielmehr werden definierte Kriterien erstellt, die von Personen erreicht werden sollen und bereits auf das Verhaltensrepertoire der zu diagnostizierenden Menschen abgestimmt sind. Diese Art des Normvergleichs ermöglicht somit ein individuumorientiertes Vorgehen und kann das Erreichen von Lern- und Förderzielen überprüfen (vgl. ebd., S. 229).

Die Psychologie, als naturwissenschaftlich ausgelegte Disziplin, orientiert sich bei ihren Testungen stark an standardisierten Verfahren und den dazugehörigen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität. Unter Einhaltung dieser Kriterien erhält man einen möglichst objektiven Eindruck der zu diagnostizierenden Person, um unabhängige, zuverlässige und zutreffende diagnostische Analysen zu erzielen. *Objektivität* meint, dass die Ergebnisse der Diagnose, unabhängig von der untersuchenden Person, gleich sind. Ein und dieselbe Person sollte von verschiedenen diagnostizierenden Personen die gleiche Diagnose erhalten. *Reliabilität* gilt als Kriterium der Zuverlässigkeit und

bedeutet, dass die gleiche Diagnose unter gleichen Umständen, aber zu einem anderen Zeitpunkt, erstellt wird. Sie ist also zeitunabhängig und situationsüberdauernd. Unter *Validität* versteht man die Tauglichkeit einer Untersuchung und will damit gewährleisten, ob die Diagnose das gemessen hat, was es messen sollte. Je valider eine Messung ist, desto aussagekräftiger sind die Ergebnisse (vgl. Bundschuh 2010, S 83-93).

Mittels standardisierter Verfahren versucht man das zu beurteilende Verhalten, unter im Vorfeld festgelegten Bedingungen, zu provozieren, mit dem Ziel, auf diese Art und Weise möglichst unabhängige, objektive Ergebnisse zu generieren. Ein Test untersucht in der Regel eine Stichprobe, etwa richtet er den Fokus auf ein bestimmtes Verhaltensmerkmal einer Person (z.B. Intelligenz, Konzentration, Wahrnehmungsleistung usw.), die innerhalb der Vergleichsgruppe differenziert werden. Die Vergleichsgruppe wiederum ist eine repräsentative Gruppe für die untersuchte Person und muss streng genommen die gleichen Merkmale aufweisen, wie die getestete Person. Das heißt, die getestete Person müsste theoretisch die Eigenschaften aufweisen um in der Vergleichsgruppe sein zu können. Wie bei den zwei Arten der Normen bereits angesprochen, muss eine Person nicht zwingend mit einer Vergleichsgruppe getestet werden, sondern die Tests können auch kriterienorientiert sein, indem beispielsweise mit bestimmten Verfahren bestimmte Lern- und Entwicklungsziele überprüft werden. Der Vorteil der standardisierten Tests liegt in der Einhaltung (bzw. bestmögliche Annäherung) der wissenschaftstheoretischen Gütekriterien von Objektivität, Reliabilität und Validität (vgl. Nußbeck 2008, S. 238). Beispielsweise werden in der Entwicklungsdiagnostik Tests zur Erfassung von senso- und psychomotorischen Aspekten durchgeführt. Anhand dieser Tests werden aktuelle Verhaltensmerkmale erfasst und mit „wünschenswerten“ Merkmalen, die sich nach empirisch erforschten Entwicklungsnormen richten, verglichen. Die zu klärenden Fragen in den Verfahren sind: „Wie ist die bisherige Entwicklung gelaufen? Wie wird es in Zukunft? Was ist der Grund für den Entwicklungszustand?“ Die Fragen sind entweder auf einen Gesamtzustand der Entwicklung eines Menschen gerichtet oder auf spezielle Teilbereiche wie etwa der Motorik, der Wahrnehmung, der Sprache etc. (vgl. Hornáková/Ondracek 2007, S. 26).

Als charakteristisches und bekanntestes Beispiel der psychologischen Diagnostik gelten standardisierte Tests zu Fähigkeiten von Menschen, etwa Tests zur Intelligenz. Die Psychologie unterscheidet dabei zwischen:

- Der Fähigkeit (ability) als eine Voraussetzung für bestimmtes Handeln,
- der Befähigung (capability) als eingeübte Fähigkeit und
- der Fertigkeit (skill) als spezielle, einzigartige Fähigkeit (vgl. Hornáková/Ondracek 2007, S. 26).

Eine strenge Einhaltung der wissenschaftstheoretischen Kriterien von Objektivität, Reliabilität und Validität in pädagogisch-diagnostischem Kontext gilt schwer umsetzbare Idealvorstellung, der man sich lediglich annähern kann. Menschliches Verhalten oder Interaktionen zwischen Menschen sind nie vollkommen kontrollierbar. Die Qualität von diagnostischen Erhebungsmethoden lässt sich trotzdem an der Orientierung der Gütekriterien beurteilen und so den Grad der Brauchbarkeit von Ergebnissen aus der Diagnose bestimmen (vgl. Nußbeck 2008, S. 230).

In der Sonder- und Heilpädagogik kommt zudem erschwerend hinzu, dass Menschen mit geistiger Behinderung mit der unnatürlichen Situation, die ein Testverfahren mit sich bringt, nicht gut zurechtkommen und die Ergebnisse daher verfälscht oder völlig unbrauchbar werden können. Zudem sind viele übliche Testverfahren, die mit Menschen ohne Intelligenzminderung durchgeführt werden können, schwer für geistig behinderte Menschen zu adaptieren, da etwa Kommunikationsprobleme, das fehlende Aufgabenverständnis, nicht vorhandene Motivation für die Testverfahren oder Verhaltensprobleme eine angemessene Testung unmöglich machen (vgl. Nußbeck 2008, S. 238).

Im Speziellen für die Betreuung von Menschen mit Behinderung sind Intelligenz-, Konzentrations-, entwicklungspsychologische- und Persönlichkeitstests für die pädagogische Arbeit von Wichtigkeit und dienen als Grundlage der Methodenauswahl für die Begleitung und Betreuung. Ähnlich wie die medizinischen Diagnosen werden psychologische Gutachten, wie sie zum Beispiel Clearing Stellen erarbeiten, als wichtige Informationsquelle herangezogen. Liegen keine Diagnosen vor oder liegen vorhandene

Diagnosen in ihrer Erstellung bereits viele Jahre zurück, so werden dementsprechende Empfehlungen zur Einholung aktueller Gutachten ausgesprochen. Aussagekräftige, in ihrer Ausarbeitung zeitintensive, psychologische Diagnosen sind mit einem hohen finanziellen Aufwand verbunden, das vor allem bei KlientInnen aus einkommensschwachen Familien bzw. bei KlientInnen die nur über ein geringes eigenständiges Einkommen verfügen, dazu führt, meist keine Gutachten einholen zu können. Doch gerade die Erstellung psychologischer Gutachten kann neben dem Erkenntnisgewinn über die Diagnostik den BetreuerInnen interdisziplinären Austausch mit PsychiaterInnen und klinischen PsychologInnen ermöglichen, um gemeinsam Interventionsmaßnahmen zu planen und abzustimmen.

Psychologische und medizinische Diagnoseverfahren haben gemein, naturwissenschaftlich ausgerichtet zu sein und in Form von standardisierten Verfahren durchgeführt zu werden, um bestimmte Merkmale eines Menschen zu bestimmen (Krankheiten, Intelligenz, etc.). Im nächsten Unterpunkt wende ich mich an sozialpädagogische und sozialarbeiterische Herangehensweisen in der sozialen Diagnostik. Hierin wird sich zeigen, dass zwar standardisierte Verfahren genauso ihre Anwendung finden, allerdings der Versuch einen Menschen in Einbezug seines gesamten Systems (der Lebenswelt) zu diagnostizieren, an seine Grenzen stößt. Insofern bedarf es in der sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Diagnostik zusätzlicher Methoden und theoretischer Konzepte, abseits rein quantitativer Forschungsansätze.

6.3 Diagnostik in der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit

Wie in der Überleitung bereits erwähnt, unterscheiden sich die sozialpädagogische Diagnostik von jenen der Medizin und Psychologie. Grundsätzlich kann man drei Punkte herausstreichen, die eine soziale Diagnose auszeichnen und deren Abgrenzung zu anderen Disziplinen beschreiben:

Sozialpädagogische Besonderheiten sind zumal die Ausrichtung, subjektive Zusammenhänge zu verstehen. Die Frage in der sozialpädagogischen Diagnostik richtet sich nicht danach welche Defizite oder wie auffällig jemand ist, sondern fragt sich, welche subjektive Logik bestimmte Handlungen in der Lebensgeschichte von KlientInnen hatten oder haben. Man will herausfinden, welche subjektive Funktion etwa Stehlen, Weglaufen oder Aggressivität für den oder den/die KlientIn haben. Denn nur durch dieses Verstehen

können realisierbare und passende Angebote geschnürt werden, die zum Um- und Neulernen erfolgreicher und sozial respektierter Überlebensstrategien/Verhaltensweisen führen (vgl. Schrapper 2008, S. 201).

Die zweite Besonderheit ist, dass sich sozialpädagogische Diagnostik nicht nur auf die individuelle Biographie oder Familiengeschichte bzw. der gesamten Lebensumstände der KlientInnen bezieht, sondern auch auf deren Hilfesysteme. Denn sobald eine Person zu einem pädagogischen Fall wird, wirken dabei immer das Hilfesystem bzw. die PädagogInnen ein. Deswegen ist es aus Sicht der SozialpädagogInnen wichtig, dass ihr Agieren reflektiert wird und mit welchen Werten und Normen sie ihren Fällen begegnen bzw. wie sich diese voneinander unterscheiden (vgl. ebd., S. 203).

Und zuletzt ist eine Besonderheit der sozialpädagogischen Diagnostik jene, dass die Diagnoseverfahren nicht immer linear, sondern auch zirkulär erfolgen können. Das bedeutet, dass nicht immer der Reihenfolge Anamnese, Diagnose, Intervention gefolgt werden muss bzw. kann, sondern oftmals eine Intervention getätigt werden muss, bevor eine Diagnose überhaupt möglich ist. Zudem besteht die Möglichkeit, dass die drei Phasen der Diagnose miteinander verschmelzen können (vgl. ebd., S. 204). Damit ist gemeint, dass zum Beispiel ein Anamnesegespräch, in dem einem Menschen die Möglichkeit geboten wird über seine Probleme zu sprechen, allein schon eine hilfreiche Intervention für ihn sein kann (vgl. Pantucek 2008, S. 97).

Vor allem der letzte Punkt führt die Notwendigkeit über das allgemeine Wissen sozialer Diagnostik für die Entwicklung eines Anamneseverfahrens vor Augen, da die jeweiligen Schritte eines gesamten Diagnoseverfahrens ineinander verschwimmen und durch die Prozesshaftigkeit sozialer Diagnosen nicht abgekoppelt voneinander bearbeitet werden können. Ein Anamneseverfahren kann gleichzeitig eine Diagnose darstellen, Interventionen beinhalten und als Evaluation pädagogischer Maßnahmen verwendet werden.

Die Soziale Arbeit hat hinsichtlich dieser Ausgangslage von sozialer Diagnostik eine Vielzahl an Verfahren entwickelt. Diese sind abhängig von Klientel, der pädagogischen Zielsetzungen, der Ressourcen von sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Einrichtungen und der bestimmten Zielsetzungen. Ziel aller Verfahren ist es aber, nicht allein bei der zu diagnostizierenden Person zu verweilen, sondern die gesamte Lebenswelt zu berücksichtigen. Dahingehend spielen systemische Ansätze in Diagnoseverfahren und

die Beziehungsmuster innerhalb der Umwelt des/der KlientIn eine wichtige Rolle und sollen folgend genauer betrachtet werden.

6.4 Systemische Diagnostik

Soziale Systeme nach Ritscher (2004) sind Ereignisse, Dinge oder Personen, die unter einer bestimmten Sinnbestimmung über einen längeren Zeitraum miteinander in Verbindung stehen. Die Familie einer Person ist Teil eines Systems. Die Familie, wie sie bei uns gegenwärtig in Erscheinung tritt, ist ein Resultat gesellschaftlicher Normen bezugnehmend auf Sozialisations- oder Erziehungssysteme. Die Personen innerhalb der Familie unterliegen dieser gesellschaftlichen Aufgabe und passen sich entsprechend ihrer Handlungsmöglichkeiten an. Aus diesen Handlungen und der gleichzeitigen Abgrenzung zu anderen Systemen, betreffend deren Werte, Mythen, Traditionen, etc., entsteht die Identität des Systems. Die Mitglieder des Systems stehen in einem wechselseitigen Verhältnis, das durch kommunikative Prozesse Regeln entwirft und erhält, die innerhalb des eigenen Systems, als auch außerhalb Anwendung finden. Systeme ergeben somit die soziale Wirklichkeit von Menschen (vgl. Ritscher 2004, S. 69). Die systemische Diagnose diagnostiziert die Wechselseitigkeit der Beziehungen und Beziehungsereignisse und versucht Muster und Strukturen eines Systemprozesses zu rekonstruieren, um so ein bestimmtes Verhalten einer bestimmten Person in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen (vgl. Ritscher 2004, S. 75-76).

Folgende Aspekte sind wesentlich für eine systemische Diagnose:

- *„Rollen, Rollenbeziehungen und- verteilungen: Wer hat wann und welche Aufgaben zu erfüllen;*
- *Regeln und Metaregeln (Regeln zur Veränderung von Regeln): Welche Verhaltensvorschriften gibt es;*
- *Statusbestimmungen: Wer verfügt über welche Informationen und Durchsetzungsmöglichkeiten für eigene Ansprüche (Macht);*
- *die kognitiv-affektive Landkarte: Zentrale Themen, Mythen, Geschichten, Botschaften, Ideen, Werte, Aufgaben und Bewältigungsstrategien als*

Bezugspunkte und Messlatten für die Handlungen der Mitglieder des Systems.“
(Ritscher 2004, S. 76)

Das systemische Diagnostizieren findet sich in vielen Methoden wieder. Prinzipiell wird dabei versucht ein bestimmtes Verhalten auf Grund von Beziehungskonstellationen nachvollziehen zu können und zu beschreiben, mit dem Ziel der „*Entdeckung des Sinns und der systemerhaltenden Funktion von Symptomen, Störungen, Entwicklungsblockaden und sozialen Auffälligkeiten*“ (ebd., S. 76). Daneben geben Diagnoseverfahren im Blick auf systemische Konstellationen Aufschluss über die generellen Sozialisationsbedingungen unter denen eine Person aufgewachsen ist. Diese wiederum sind, bezogen auf Menschen mit Lernbehinderung, wesentlich, wenn man davon ausgeht, dass erlernte Hilflosigkeit als Erklärungsmuster für die Genese geistiger Behinderung, vor allem bei einer verminderten Form davon, herangezogen wird (vgl. Werning/Lütj-Klose 2012, zit. n. Tillmann 2016, S. 94). Um die systemischen Konstellationen zu verstehen, diagnostiziert man, wie konkrete Beziehungen auf einen Menschen wirken, also ob sie eine Person negativ oder positiv beeinflussen. Aber auch welche Stellung eine Person innerhalb ihres Systems hat, wie sie wahrgenommen wird, welche Stellung ihr zugeteilt wird und wie sie sich selbst darin fühlt (vgl. Wolfendale, 1992, zit. n. Vojtová 2007, S. 94).

Der systemische Ansatz stellt keine lineare Betrachtungsweise dar. Damit ist gemeint, dass das Verhalten einer Person, Ursache für das Verhalten einer anderer Person ist (Ursache-Wirkungsprinzip). Vielmehr wird der Kontext betrachtet, in dem Kommunikation erfolgt und aus welchem ein bestimmtes Verhalten entspringt. Ein Problem wird dabei nicht im Individuum, sondern zwischen den Individuen gesucht. Das Verhalten von Personen innerhalb eines Systems (beispielsweise in der Familie) resultiert nicht ausschließlich aus den Beziehungen innerhalb eines Systems, sondern wird vom erweiterten Umfeld mitbeeinflusst (z.B. Schule, Freunde, Nachbarschaft etc.) (vgl. Rothe 2011, S. 29). Als methodische Werkzeuge zur Darstellung der beeinflussenden Beziehungskonstellationen fungieren unter anderem Netzwerkarten oder Genogramme. Für die Arbeit im Trainingswohnen haben Systeme die gleiche Bedeutung wie für andere sozialpädagogische Maßnahmen. Neben dem besseren Verständnis über Verhaltensmuster dienen sie vor allem dazu, herauszufinden, welche Personen im Leben

eines/einer BewohnerInnen von Bedeutung sind, welche Bezugspersonen bekannt sind und zu welchen Menschen ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht, immer den Blick darauf gerichtet, diese Personen als wichtige Ressource für die Weiterentwicklung für den/die BewohnerIn heranziehen zu können.

Für den diagnostischen Prozess der Erfassung der Lebenssituation eines Menschen sind vier Systemebenen wichtig: Ebene der Einheit vom System und seiner Umwelt; Ebene der systembildenden Komponenten; Ebene der systembildenden Beziehungen, Ebene der Entwicklungsgesetzmäßigkeiten des Systems (vgl. Porkornà, 1997, zit. n. Vojtová 2007, S. 93). Die Ebene der Einheit vom System und seiner Umwelt klärt die Funktionsfähigkeit von Systemen. Es stellen sich hierfür die Fragen, wie das System von der Außenwelt abgegrenzt ist (offen oder geschlossen), wie das System Impulse von außen aufnimmt und auf diese reagiert oder wie das System Impulse in die Außenwelt sendet. Die zweite Ebene der systembildenden Komponenten klärt die Anordnung der einzelnen Elemente innerhalb eines Systems, sowie die speziellen Eigenschaften und Funktionen. Die dazu gestellten Fragen richten sich an die spezifischen Rollen von Elementen im Funktionieren von Systemen und an die Offenheit der Elemente gegenüber Einflüssen anderer Systemelemente. Die dritte Ebene erforscht die systembildenden Beziehungen, also den Charakter der Systemstruktur, die Wechselwirkung der Innen- und Außensysteme, sowie die Kommunikation der einzelnen Elemente innerhalb des Systems. Hierin geht man der Frage nach der Stabilität und Dynamik der Systemstruktur nach. Die letzte Ebene der Entwicklungsgesetzmäßigkeiten des Systems hängt von der Aktivität der Komponenten ab, die innere Widersprüche im System auszugleichen versucht. In welcher Form dies stattfindet, entscheidet über den Charakter des Verhaltens innerhalb eines System. Ist es statisch oder dynamisch und können Abweichungen und Spannungen ausgeglichen werden, um sich in einem Gleichgewicht zu halten? (vgl. ebd., S. 93-94). Das Hinterfragen dieser vier Ebenen kann in jedem System eines Menschen erfolgen. Die wesentlichen Systeme für die sozialpädagogische Diagnostik sind die Familie, die Schule, der Freundeskreis und die Arbeit. Auch für das Trainingswohnen sind diese Systembereiche entscheidend für diagnostische Verfahren und das Herausfinden von möglichen Ressourcen und Hemmnissen. Diagnostiziert man das System Familie und geht man systematisch den Fragen der oben beschriebenen Ebenen nach, so stellt man sich beispielsweise bezogen auf die dritte Ebene (Ebene der systembildenden

Beziehungen) folgende Fragen: Wie verhalten sich die Eltern? Vermittelt die Familie ihren Mitgliedern das Gefühl der Geborgenheit? Bietet die Familie Raum für die freie Entfaltung? (vgl. ebd., S. 97).

6.5 Klassifikationssysteme in der Sozialen Diagnostik

In der Sozialen Arbeit gab es bereits mehrere Versuche Klassifikationssysteme in die verschiedenen Handlungsfelder zu integrieren. Ähnlich wie der ICD sollen diese Systeme anhand von Codierungen die Möglichkeit geben, eine gemeinsame Sprache unter professionellen SozialpädagogInnen bzw. SozialarbeiterInnen zu ermöglichen. In der Folge werde ich sowohl das PIE-System (Person-In-Environment), als auch die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) genauer erörtern, dabei auf die positiven Ansätze für die soziale Diagnostik eingehen aber auch die Grenzen der Umsetzbarkeit der Klassifikationssysteme in sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Handlungsfeldern aufzeigen. Neben der allgemeinen Aufarbeitung sozialer Diagnostik sollen diese Modelle als theoretische Basis für die Entwicklung der Anamneseverfahren für das Trainingswohnen für Menschen mit Behinderung dienen, da sie darauf abzielen die Gesamtheit einer Person systematisch zu diagnostizieren.

6.6 Person in Environment (PIE)

Das Person-In-Environment-System (PIE), das in den 1990er Jahren von den Amerikanern Karls und Wandrei entwickelt wurde (vgl. Pantucek 2008, S. 294), gilt als eines der bekanntesten Klassifikationssysteme in der sozialen Diagnostik. Das PIE setzt sich das Ziel, soziale Funktionen bzw. soziale Probleme zu erfassen und dient der Diagnostik sozialer Funktionsstörungen. Zudem ist im Verfahren das Einbeziehen anderer Klassifikationssysteme bzw. anderer Diagnosen aus der Medizin und Psychologie inkludiert. Zur Erfassung der Funktionsstörungen besteht das PIE aus vier Faktoren, aus denen sich das Codierungssystem zusammensetzt. Es klassifiziert dabei neben den sozialen Funktionen bzw. Störungen von KlientInnen, die Probleme und Defizite im Versorgungsangebot ihrer Umwelt (vgl. Adler 2004, S. 166-167). Das PIE-System ist

rein deskriptiv, sie beschreibt also lediglich die Situation und die Problembereiche einer Person und beinhaltet keine vorgegebenen Interventionsmaßnahmen.

Die vier Faktoren, auf denen das System aufgebaut ist, bestehen aus:

- Faktor 1: Soziale Rollen
- Faktor 2: Umwelt und Umgebungsprobleme im Kontext kommunaler Versorgungssysteme
- Faktor 3: Psychische Probleme
- Faktor 4: Körperliche Erkrankungen

Die Faktoren 3 und 4 erschließen sich aus Diagnosen anderer Disziplinen (z.B. medizinische oder psychiatrische ICD-10 Diagnosen). Von SozialpädagogInnen werden tatsächlich die Faktoren 1 und 2 gemessen, um im Anschluss eine abschließende Diagnose unter Berücksichtigung aller vier Faktoren zu erstellen.

Der Faktor 1, „Soziale Rollen“, erschließt mit einem standardisierten Erhebungsbogen die Problemfelder, die sich aus dem Austausch zwischen Individuum und Umwelt ergeben. Zusätzlich werden auch Probleme erhoben, welche aus Erwartungshaltungen anderer Personen oder der Gesellschaft entstehen. Die sozialen Rollen sind im Erhebungsbogen in vier Gruppen unterteilt:

- *Familienrollen:* Rolle als Eltern, als Kind, als Geschwister oder andere familienbezogene Rollen;
- *Interpersonelle Rollen:* Rolle als FreundIn, NachbarIn, BeziehungspartnerIn etc.;
- *Berufliche Rollen:* Rolle als ArbeitnehmerIn, SchülerIn, StudentIn etc.;
- *Rolle spezieller Lebenssituationen:* Rolle als stationärer KlientIn, BewährungskandidatIn, Flüchtling, zugehöriger einer Minderheit, etc. (vgl. Adler 2004, S.167-168).

Die sozialen Rollen sollen in der Diagnose Beziehungsverhältnisse aufzeigen und das spezielle/problemhafte Verhalten nachvollziehbar machen. Mit dem Hinterfragen der vier Gruppen versucht man ein möglichst umfassendes Bild von den sozialen Beziehungen und deren Zusammenwirken innerhalb der gesamten Lebenswelt eines/r KlientIn zu

erhalten. Einerseits zielt man darauf ab ein Verständnis dafür zu bekommen, weshalb problematisches Verhalten durch soziale Beziehungen entsteht. Andererseits können soziale Beziehungen als wichtige Ressourcen für Veränderungsprozesse herangezogen werden und positiv auf eine Person einwirken.

Faktor 2, „Umwelt- und Umgebungsprobleme im Kontext kommunaler Versorgungssysteme“, umfasst „*die Summe aller natürlichen und durch den Menschen geschaffenen Umstände außerhalb der Person*“ (Adler 2004, S. 168). Wie Faktor 1 wird auch der Faktor 2 in Untersysteme gegliedert:

- System der ökonomischen und basalen Bedürfnisse: Ernährung, Unterkunft, ökonomische Ressourcen, Arbeit etc.;
- Erziehungs- und Bildungswesen: Erziehung und Bildung sowie Diskriminierung auf Grund des Alters oder der Religion;
- Justizwesen und Rechtssystem: öffentliche Sicherheit, Diskriminierung im Rechtssystem (z.B. auf Grund von Sexualität);
- Gesundheits- und Sozialsystem: Soziale Dienste in der Umgebung, Diskriminierung im Gesundheitswesen;
- System freiwilliger Zusammenschlüsse: Religionsgruppierungen, Vereine, Diskriminierung im System freiwilliger Zusammenschlüsse (z.B. wegen ethnischer Zugehörigkeit);
- System der affektiven Unterstützung: Diskriminierung der affektiven Unterstützung aufgrund des Alters, Hautfarbe oder einer Behinderung (vgl. Adler 2004, S. 168-169).

Jedes einzelne System wird im PIE hinterfragt und bei einem auftretenden Problem codiert. Im Faktor 1 wird die jeweilige Rolle der Person mit den folgenden vier Dimensionen klassifiziert: Typen von sozialen Interaktionsproblemen, Intensitätsindex, Dauer Index und Coping Index. Jeder dieser Dimensionen hat eine unterschiedliche Anzahl an Ausprägungen. So kann beispielsweise die Rolle des Bruders (Code 13), den Typus Abhängigkeit (Code 40) hervorrufen, mit einem Intensivitätsindex „hoch“ (Code 4) bei einer Dauer von mehr als fünf Jahren (Code 1) und einem Coping Index „teilweise inadäquat“ (Code 4). Im PIE-Assessmentblatt wird dann der jeweils entstandene Code eingetragen. Der Faktor 2 diagnostiziert nach dem gleichen System, lediglich die

Dimensionen ändern sich. Zudem sieht das System vor eine erforderliche Intervention zu nennen (vgl. Pantucek 2012, S. 296-299). Zur Veranschaulichung zeigt die folgende Grafik einen Erhebungsbogen für die Familienrollen mit den dazugehörigen Dimensionen:

Faktor I:
1. – 4. Probleme in Rollen

Name KlientIn						
Gesprächsdatum						
SozialarbeiterIn						

1. FAMILIENROLLEN	Code	Typus	Intensität	Dauer	Coping	erforderliche Intervention
π Vater/Mutter	11					
π PartnerIn	12					
π Kind	13					
π Bruder/Schwester	14					
π anderes Familienmitglied	15					
π wichtiger Anderer	16					

<p>TYPEN VON SOZIALEN INTERAKTIONSPROBLEMEN</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 Macht 20 Ambivalenz 30 Verantwortung 40 Abhängigkeit 50 Verlust 60 Isolation 70 Viktimisierung 80 gemischt 90 andere: ... 	<p>INTENSITÄTS INDEX</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 kein Problem 2 gering 3 mäßig 4 hoch 5 sehr hoch 6 katastrophal 	<p>DAUER INDEX</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 > 5 Jahre 2 ein bis 5 Jahre 3 sechs Mo bis ein Jahr 4 ein bis sechs Monate 5 zwei Wo bis ein Monat 6 < 2 Wochen 	<p>COPING INDEX</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 hervorragend 2 überdurchschnittlich 3 adäquat 4 teilweise inadäquat 5 inadäquat 6 keine Coping-Fähigkeiten
---	--	--	--

Abbildung 2: Person In Environment (PIE): Faktor 1-4 Probleme in Rollen (Pantucek 2008, S. 296-297)

Wie bereits erwähnt ist der PIE eine deskriptive Methode und beinhaltet keine vorgegebenen Interventionsmaßnahmen für jeweilige Diagnosen, sondern überlässt diese Entscheidung den SozialpädagogInnen bzw. –arbeiterInnen. Außerdem beinhaltet das System nicht die Entstehung von Problembereichen, sondern beschreibt lediglich die momentane Situation eines/r KlientIn. Zudem ist das System in seiner Komplexität mit einem hohen zeitlichen Arbeitsaufwand (sowie einer längeren Einschulungsphase) verbunden, sodass es in sozialpädagogischen Handlungsfeldern durchaus abschreckend wirken kann. Trotzdem lassen sich folgende, für die Anwendung des PIE-Systems sprechende, Punkte zusammenfassen:

- Das PIE-System ist nicht nur für einen speziellen Bereich der Sozialen Arbeit ausgelegt, sondern kann überall angewandt werden. Damit kann es zu einer einheitlichen Erfassung von Problembereichen aller individuumorientierten Teilbereiche der Sozialen Arbeit beitragen.
- Da das System nicht einer speziellen Theorie der sozialen Arbeit unterliegt, vermeidet es Widersprüchlichkeiten die durch verschiedene theoretische Ansätze entstehen können. Das PIE-System lässt Raum für viele verschiedene theoretische Ansätze, wie die Lebenswelttheorie, unterschiedliche systemische Ansätze, als auch Theorien zum Sozialraum.
- Mit den Begriffsrastern stellt es eine einheitliche Sprache zur Verfügung. Das ermöglicht eine leichtere Nachvollziehbarkeit der Arbeit und bietet, durch die Codierung von den Lebenssituationen der KlientInnen eine einfachere statistische Bearbeitung, insbesondere hinsichtlich der Forschungszwecke.
- Mit dem Einbezug von Diagnosen aus der Medizin und der Psychologie schlägt das System eine Brücke zu verwandten Disziplinen der Sozialen Arbeit (vgl. Adler 2004, S. 172-173).

Der Nachteil des Systems, wie generell der Nachteil eines Klassifikationssystems, liegt in der Tatsache, dass die Lebenssituationen zu unspezifisch benannt sind und die reale Lebenswelt einer Person komplexer ist, als eine vereinheitlichtes System sie beschreiben

kann. Daneben bietet der PIE, ähnlich wie die im nächsten Unterkapitel vorgestellte ICF, eine gemeinsame Sprache für Lebenssituationen an, jedoch keine konkreten Methoden, wie diese eruiert werden können. Zwar kann das PIE-System in allen Handlungsfeldern der klientenorientierten Sozialen Arbeit angewandt werden, die konkrete Durchführung muss aber individuell abgestimmt sein (vgl. ebd., S. 170).

6.7 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Das System des „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), zu Deutsch „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“, ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickeltes, bio-psycho-soziales Klassifizierungssystem, das auf die Zielgruppe behinderter Menschen ausgerichtet ist. Der ICF wurde 2001 veröffentlicht, ist die Weiterentwicklung des ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) und verfolgt das Ziel, die Lebenswirklichkeit betroffener Menschen besser zu erfassen. Zwischen den beiden Modellen des ICF und ICIDH gibt es eine Vielzahl an Unterschieden. Als die wichtigsten gelten folgende:

Das Grundmodell des ICF ist bio-psycho-sozial ausgerichtet und kein reines Krankheitsfolgenmodell. Es diagnostiziert somit nicht nur die Behinderung als ein Defizitmerkmal, sondern zielt darauf ab, Ressourcen zu erkennen. Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderung auftreten können, sowohl mit deren negativen als auch positiven Folgen. Der entscheidendste Unterschied und gleichzeitig der Faktor, der eine Umsetzung schwierig macht, ist jener der Kontextfaktoren. So definierte der ICIDH Behinderung als einen formalen Überbegriff für Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen. Der ICD bestimmt Behinderung mit der Tatsache der Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in allen Lebensbereichen und mit der expliziten Einbeziehung der Kontextfaktoren einer Person (vgl. WHO 2005, S. 4-5). Unter Kontextfaktoren versucht man den gesamten Lebenshintergrund einer Person miteinzubeziehen und unterscheidet dabei Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der ein Mensch lebt. Diese Faktoren liegen außerhalb des Individuums.

Personenbezogene Faktoren sind „der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen und umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems sind.“ (WHO 2001, S. 20 f., zit. n. Bigger/Strasser 2005, S. 248-249) Die Kontextfaktoren beziehen somit die soziale und lokale Umgebung und deren Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit einer Person mit ein.

Der ICF misst also wie funktional gesund ein Mensch ist. Laut Definition ist eine Person dann funktional gesund, „wenn

1. *ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),*
2. *sie all das tut oder kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),*
3. *sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation an Lebensbereichen).“* (WHO 2005, S. 4)

Die Beeinträchtigung der funktionellen Gesundheit ist der ICF nach kein Merkmal einer Person, sondern entsteht aus einem Geflecht von vielen Bedingungen, die nicht von der Person selbst geschaffen, sondern vom Umfeld einer Person beeinflusst werden (vgl. Gramp 2005, S. 275).

Der ICF ist dazu entwickelt worden die Abweichungen der funktionalen Gesundheit in ihren unterschiedlichen Ausprägungen zu klassifizieren.

Der Aufbau der ICF basiert dabei auf zwei Teilen, mit jeweils zwei Komponenten. Der erste Teil betrifft die Funktionsfähigkeit und Behinderung, mit den Komponenten des Körpers, der sich in Körperfunktionen und Körperstrukturen unterscheidet. Mit Körperfunktionen sind die physiologischen, einschließlich der psychologischen Funktionen gemeint. Die Körperstrukturen definieren sich als anatomische Teile des Körpers, also Organe, Gliedmaßen und deren Bestandteile. Die zweite Komponente erfasst die Aktivitäten und Partizipation eines Menschen. Sie misst dabei inwieweit eine Person am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann. Im Konkreten bezieht es sich dabei

etwa auf die Bereiche Kommunikation, Mobilität oder Selbstversorgung. Der zweite Teil besteht aus den Kontextfaktoren mit den oben bereits erklärten Komponenten der Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren (vgl. ICF 2005, S. 16-17).

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über den Aufbau der Komponenten:

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Umweltfaktoren	personenbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgabe, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
Positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation (Teilhabe)	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
Negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe)	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

Abbildung 3: ICF: Komponentenaufteilung (ICF 2005, S. 17)

Der ICF betrachtet, als Konsequenz der funktionalen Behinderung, die Auswirkung auf das Ausmaß der Aktivität einer Person. Alle Komponenten wirken sich auf den Grad der Aktivität einer Person aus (siehe Tabelle). Anhand eines Codierungssystems wird die Art der Ausprägung klassifiziert.

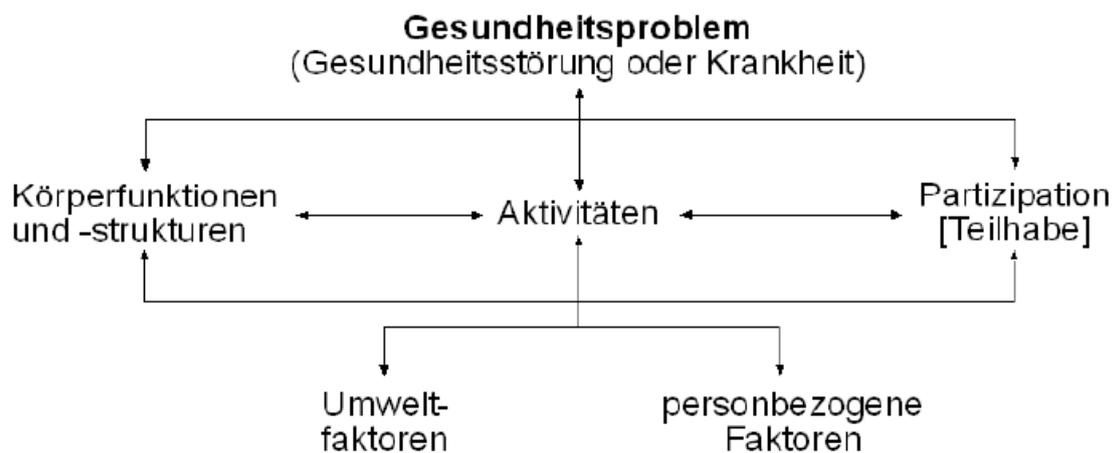


Abbildung 4: ICF: Wechselwirkung der Aktivitäten (WHO 2005, S. 23)

Der ICF umfasst knapp 200 Seiten, ein Großteil davon besteht aus Codierungen, die innerhalb dieser Arbeit nicht alle präsentiert werden können. Trotzdem möchte ich zu Veranschaulichungszwecken zeigen, wie dieses Codierungssystem aufgebaut ist und folgendes Beispiel aus der Komponente „Teilhabe“ vorstellen.

Die Komponente gliedert sich in neun sogenannte Kapitel:

Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung

Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Kapitel 3: Kommunikation

Kapitel 4: Mobilität

Kapitel 5: Selbstversorgung

Kapitel 6: Häusliches Leben

Kapitel 7: Interpersonale Interaktionen und Beziehungen

Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche

Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (vgl. WHO 2005, S. 42-46)

Jedes einzelne Kapitel ist in weitere Unterkapitel unterteilt. Innerhalb der Unterkapitel werden die verschiedenen Ausprägungen aufgezeigt und mit Codes versehen, die am

Ende zur Klassifizierung der funktionalen Behinderung herangezogen werden. Als Beispiel soll hier das Kapitel „Kapitel 6: Häusliches leben“ dienen, deren Unterkapitel inklusive der Codierungen wie folgt gegliedert sind:

„Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten (d610-d629)

d610 Wohnraum schaffen

d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs schaffen

d629 Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, anders oder nicht näher bezeichnet

Haushaltsaufgaben (d630-d649)

d630 Mahlzeiten vorbereiten

d640 Hausarbeiten erledigen

d649 Haushaltsaufgaben, anders oder nicht näher bezeichnet

Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen (d650-d669)

D650 Haushaltsgegenstände pflegen

D660 anderen helfen

D669 Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen, anders oder nicht näher bezeichnet“ (WHO 2005, S. 44)

Die jeweiligen Codierungen haben eine genaue Definition. So lautet jene des Codes d630: „Mahlzeiten vorbereiten“:

„Einfache und komplexe Mahlzeiten für sich selbst planen, zu organisieren, zu kochen und anzurichten, wie ein Menü zubereiten, genießbare Lebensmittel und Getränke auszuwählen, Zutaten für die Vorbereitung der Mahlzeit zusammen zu stellen, mit Wärme kochen, sowie kalte Speisen und Getränke vorbereiten und die Speisen servieren.“ (WHO 2005, S. 113)

Meistens gliedern sich die oben aufgeführten Codes in weitere Untercodierungen. Im Beispiel des gerade definierten Codes d630 untergliedert sich dieser noch in die Codes

„d6300 Einfache Mahlzeiten“ und „d6301 Komplexe Mahlzeiten“, mit jeweils einer weiteren genauen Definition.

Sollte sich nun herausstellen, dass eine Person Schwierigkeiten in der Zubereitung einer Mahlzeit hat und noch nie warm gekocht hat, würde der entsprechende Code, inklusive der Ausprägung, angegeben werden. Die Ausprägung, also wie hoch das Problem einzuschätzen ist, hat vier Stufen und reicht von 1 (Problem nicht vorhanden) bis 4 (Problem voll ausgeprägt). Das angegebene Beispiel würde also mit d6300.4 codiert werden und erhielte damit eine gemeinsame Sprache.

Wichtig dabei ist die Tatsache, dass der ICF kein konkurrierendes Modell zum ICD ist. Vielmehr liefert der ICF eine Ergänzung dazu. Die Funktionsfähigkeit und die Behinderung, in Verbindung mit dem im ICD festgelegten Gesundheitsproblem, werden im ICF klassifiziert. Erforderlich ist das, da der ICD defizitorientiert ausgerichtet ist und lediglich die Krankheit einer Person anhand eines Codierungssystems klassifiziert. Dabei sind aber nicht die Auswirkungen auf die Lebenswelt einer Person, die durch eine Krankheit entstehen, mitbegriffen. Funktionale Probleme zu klassifizieren, die mit einer Krankheit bzw. Behinderung miteinhergehen, soll durch das bio-psycho-soziale Modell des ICF erfolgen (vgl. Göttgens/Schröder 2014, S. 32). Außerdem ist der ICF kein Diagnoseinstrument an sich. Es handelt sich um keine bestimmte Methode, sondern versucht eine einheitliche Terminologie zur Klassifikation von Funktionseinschränkungen zu entwickeln (vgl. Bigger/Strasser 2005, S. 246).

Wie gut zu erkennen ist, unterliegt die Klassifizierung funktionaler Gesundheit bzw. Behinderung einem sehr komplexen und aufwendigen System. Zudem besteht das Problem, dass selbst mit diesem, in die tiefe gehenden Aufbau, keine Vollständigkeit erreicht werden kann, da die personenbezogenen Faktoren in ihrer Ausprägung nicht klassifiziert werden können. Aufgrund der individuellen Ausprägungen personenbezogener Merkmale lassen sich Kategorien schwer bis kaum erstellen. Die hier erarbeitete Anamnesemethode wird nicht darauf ausgelegt sein, Informationen für ein Codierungssystem zu generieren, da die beschriebenen Grenzen der Umsetzung der ICF auch im Bereich des Trainingswohnens gelten. Vielmehr gibt dieses System einen Überblick über relevante Bereiche des Lebens eines Menschen mit Behinderung und zeigt die Wechselwirkungen zwischen Behinderung aus einer medizinischen Perspektive und

den Einflüssen aus der Umwelt einer Person auf. Außerdem gibt der ICF eine Orientierung darüber, in welche Richtung die Fragestellungen der Anamnese gehen müssen, um ein gesamtheitliches Bild einer Person zu erhalten.

Die bisher vorgestellten Ansätze diagnostischer Verfahren beschreiben aktuelle Lebens- und Gesundheitslagen einer Person. Der nächste Abschnitt bezieht sich auf fallrekonstruktive Verfahren, deren Fokus auf die Biographie einer Person gerichtet ist.

6.8 Fallrekonstruktive Diagnostik in der Sozialen Arbeit

Unter Fallrekonstruktionen in der Sozialpädagogik versteht man den Versuch der Herstellung sozialer Sinnstrukturen, so wie sozialen und kommunikativen Regeln, mit denen Menschen ihre Wirklichkeit leben und erleben. Dabei richtet sich der Fokus auf die Analyse der sozialen Räume, der sozialen Handlungen (Verhalten) und sozialer Prozesse hinsichtlich sozialpädagogischer Handlungsfelder (vgl. Wensierski, 2010 S. 175). Als wichtigstes Werkzeug zur Ermittlung dieser Punkte dient die biographische Diagnostik. Ausgehend von einem qualitativen Forschungsansatz, versucht die handlungsorientierte Sozialpädagogik dieses Verfahren in die verschiedenen Berufsfelder zu integrieren. Wie Biographie-Arbeit funktioniert, wie sich Theorie und Praxis unterscheiden und welche Beispiele es in der Praxis gibt, erörtert das folgende Kapitel.

6.8.1 Biographische Diagnostik

Für die Soziale Arbeit spielt die Biographie des/der KlientIn eine wesentliche Rolle. Sie kann Auskunft über das Verständnis und das Selbstverständnis von KlientInnen geben aber auch aufschlussreich im Verstehen des Verhaltens sein, wenn man weiß, auf welche Erfahrungen Personen zurückgreifen können und inwieweit das Verhalten dadurch beeinflusst wird. Gleichzeitig sollen die Informationen als Ausgangslage zum Erlernen neuer Verhaltensweisen dienen und darauf aufgebaut und abgestimmt werden (vgl. Pantucek 2012, S. 226). Als Biographie bezeichnet man im Wesentlichen die „*geronnene Erfahrung aus Erlebenssituationen im bisherigen Leben eines Menschen.*“ (Glinka 2005, S. 207) Diese Erfahrungen werden in Form von Erinnerungen im Gedächtnis eines

Menschen abgelagert. Diese zunächst statischen Erinnerungsmomente können in Form von Erzählen einen mehr oder weniger geordneten Ablauf einnehmen, in dem der Mensch dazu in der Lage ist, in autobiographischer Form seine Handlungssituationen zu erklären. Dabei gilt jede einzelne Person als alleinige/r ExpertIn seiner/ihrer eigenen Vergangenheit (vgl. ebd., S. 207). Für die Fähigkeit in Form von Kommunikation die eigene Biographie für andere erfahrbar zu machen, ist das wichtigste Werkzeug der biographischen Arbeit, sowohl in einem wissenschaftlichen Kontext, als auch in der sozialpädagogischen Praxis, das Führen und Analysieren narrativer Interviews. Diese Methode der qualitativen Sozialforschung gibt den Raum, durch subjektive Erinnerungen Lebenssituationen und -entscheidungen einen Sinn zu geben und daher nachvollziehbar für den/die InterviewerIn zu machen. Die Analyse, also die Auswertung des Erzählten, ist dem System der hermeneutischen Textanalyse zuzuordnen. Daher werden narrative Interviews in der wissenschaftlichen Arbeit aufgenommen und transkribiert. In pädagogischen Handlungsfeldern ist diese Art der Analyse aus mehreren Gründen selten und schwer umsetzbar. Einerseits ist die Auswertung biographischer Interviews mit hermeneutischen Textanalysen nicht inbegriffen in die Ausbildung vieler, in der Praxis stehenden PädagogInnen und meist fehlen die zeitlichen Ressourcen für diese aufwendige Analyseform. Zum anderen ist allein das Aufnehmen eines Interviews bereits problematisch. Die Sichtbarkeit eines Aufnahmegeräts innerhalb eines sozialpädagogischen Gesprächs kann etwas Kontrollierendes suggerieren und daher hemmend auf die interviewte Person wirken. Weitere Gründe, die das Spannungsverhältnis von Theorie und Praxis aufzeigen, werden später in diesem Kapitel bearbeitet.

In der Fallrekonstruktion unterscheidet man zwischen der gelebten, erzählten und erlebten Lebensgeschichte eines Menschen. Die Auswertung erfolgt in Form von Hypothesenbildungen und darauffolgenden Hypothesenausschlüssen. Als die gelebte Lebensgeschichte bezeichnet man die „objektive“ Abfolge von Lebensereignissen aus Sicht des/der BeobachterIn, ohne dabei subjektive Ansichten der befragten Person zu berücksichtigen. Bei den erzählten Lebensereignissen richtet sich der Fokus der beobachtenden Person auf die Art und Weise der Selbstpräsentation des/der Interviewten. Die erzählten Lebensereignisse verstehen sich als die subjektive Wahrnehmung von bestimmten Ereignissen in der Biographie der befragten Person. Die Unterscheidung

dieser drei Ebenen der Lebensereignisse begründet sich damit, dass sie sich voneinander unterscheiden können. So müssen bestimmte Erfahrungen oder Phasen im Leben einer Person nicht gleich präsentiert werden, wie sie erlebt wurden. Es kann auch sein, dass die reale zeitliche Abfolge von Erlebnissen nicht übereinstimmend mit den subjektiv wahrgenommen Erzählungen sind (vgl. Fischer/Goblirsch 2004, S. 134-135).

Bei der hermeneutischen Textanalyse wird der Fokus vor allem auf die Struktur der erzählten Lebensgeschichte gerichtet und in weiterer Folge rekonstruiert. Die Struktur des Erzählten ist deswegen von Bedeutung, da die erzählende Person diese Themen anspricht, die für ihre eigene Biographie wichtig erscheinen. So erzählt man von Ereignissen, die entweder besonders positiv oder negativ hervorstechen oder aber neue biographische Phasen einleiten. Durch die Struktur der Erzählung ist es möglich, viele Informationen aus der Biographie eines Menschen zu erhalten. So lässt sich etwa erfahren, welche Erfahrungen besonders relevant für den/die Befragte/n in ihrem/seinem Leben war, vor welchen Schwierigkeiten die Personen stand oder worauf sie stolz ist (vgl. Fischer/Goblirsch 2004, S. 135). Außerdem können besondere Lebensereignisse, die etwa traumatisierend wirkten, in Erfahrung gebracht werden und im Sinne der Ressourcenarbeit Informationen über Personen enthalten, die eine besondere Bedeutung für die befragte Person einnehmen.

Die wissenschaftstheoretische Herangehensweise unterscheidet sich jedoch von jener in der praktischen Arbeit im sozialpädagogischen Handlungsfeld. Wie, zeigt folgende tabellarische Gegenüberstellung:

Biographische Forschung	Biographische Diagnostik
Analytisches Interesse	Praktisches Handlungsinteresse: Pädagogische Interventionen
Handlungsentlastender Raum	Alltags- und Verwertungszwänge: Erfolg, Wirtschaftlichkeit, Ressourcenabhängigkeit usw.
Extensives Zeitbudget	Institutioneller Zeitdruck
Falldefinition: selbstbestimmt	Falldefinition: Externe Setzung
Fallauswahl: selbstbestimmt durch Prämissen	Fallauswahl: extern bestimmt
Verantwortung des Wissenschaftler: Wissenschaftslehrgemeinschaft	Verantwortung des Professionellen: Recht, Klient, Institution
Anonymität des Klienten	Keine Anonymität
Freiwilligkeit des Interviewten	Eigeninteresse des Klienten: Rechtfertigung, Leistungserwartung Latenter bis manifester Zwang (Problem durch bis Rechtspflicht)
Zugzwänge des Erzählens	Erzählhemmungen; Kontrollierte Erzählung; Zugzwänge des Erfolgs
Wissenschaftliche Disziplinarität	Professionelle Interdisziplinarität
Validität: wissenschaftliche Methode	Validität: Praktischer Erfolg
Objektstellung der Untersuchungsperson	Subjektorientierung und Betroffenenbeteiligung
Verzicht auf Perspektiventriangulation der handelnden Personen	Einbeziehung aller signifikanten Bezugspersonen
Zeitperspektive: Retrospektiv	Zeitperspektive: Retrospektiv, gegenwartsorientiert, Prospektiv
Beschränkung auf Biographiedimensionen	Biographieanalyse immer eingebettet in umfassende Interaktions- und Handlungsanalyse und -Planung

Abbildung 5: Vergleich: Biographische Forschung vs. Biographische Diagnostik (Wensierski 2010, S. 178)

Die Gegenüberstellung zeigt nicht nur die Unterschiede zwischen den beiden Logiken, sie wirft auch die Frage auf, ob sich theoretische Konzepte der Diagnostik in praktizierter Sozialpädagogik überhaupt umsetzen lassen. Laut Wensierski (2010) sind intersubjektiv gültige Wahrheitsaussagen, die wissenschaftlichen Theorien unterliegen, in sozialpädagogischen Handlungsfeldern wegen verschiedener strukturellen Gegebenheiten nicht möglich. So ist ein/e SozialpädagogIn mit seinen/ihrer Fällen nicht

daran gebunden wissenschaftlichen Logiken zu folgen, sondern sozialpädagogische Maßnahmen zu setzen, die eine Verbesserung der Lebenssituation eines Menschen herbeiführen sollen. Dies gelingt unter Berücksichtigung ethnischer Prinzipien, struktureller und zeitlicher Zwänge, hoher Fallzahlen und/oder (lokal)-politischer Rahmenbedingungen. Diese Umstände lassen Diagnosen nach strengen wissenschaftstheoretischen Kriterien nicht zu, da etwa in der Biographie-Arbeit die Textanalyse in der wissenschaftlichen Forschung unbegrenzte Zeit voraussetzt. Zudem sieht die Wissenschaft in der Fallbearbeitung vor, den Fall lediglich zu analysieren aber nicht handlungsorientiert einzugreifen. Sie grenzt sich somit von der Verantwortung der Auswirkungen des Eingriffs eines/r SozialpädagogIn in die Lebenswelt des/der KlientIn klar ab. Für die Praxis kommt erschwerend hinzu, dass ein Erfolgsdruck von Seiten der KlientInnen und den Trägern vorherrscht, von dem die rein wissenschaftliche Analyse befreit ist. Der wesentliche Unterschied liegt aber in der Freiwilligkeit bzw. Nicht-Freiwilligkeit der befragten Person. Während für die wissenschaftliche Biographieforschung die ProbandInnen ihre Interviews freiwillig führen und sich gleichzeitig auf ihre Anonymität verlassen können, finden sich in der Sozialpädagogik selten kooperative InterviewpartnerInnen, da eine sozialpädagogische Interventionsmaßnahme oftmals fremdbestimmt eingeleitet wird (vgl. Wensierski 2010, S. 179). Das führt dazu, dass die interviewten Personen nicht das Eigeninteresse an den Ergebnissen aufbringen, das in dialogischen Diagnoseverfahren theoretisch vorausgesetzt wird (vgl. Jakobs 2005, S. 284-285).

Will man im Zuge des Trainingswohnens Informationen erhalten, die dem besseren Verstehen der BewohnerInnen entgegenkommen, müssen persönliche Dinge erfragt werden, die nur dann erzählt werden, wenn ein Vertrauensverhältnis besteht. Ein wesentlicher Teil des hier vorgestellten Anamneseverfahrens wird sich auf die Aufarbeitung biographischer Erzählungen beziehen. Hierzu wird ein Fragebogen entwickelt, der nach allen wichtigen Lebensbereichen in der Biographie einer/s BewohnerIn fragt. Der Anamnesebogen teilt sich dabei auf in einen Elternfragebogen und einen Fragebogen für den Menschen mit Behinderung. Hervorzuheben ist dabei, dass Interviews nicht am ersten Tag des Einzugs stattfinden, sondern nach einer gewissen Phase des Einlebens, Kennenlernens und Beziehungsaufbaus zwischen BetreuerInnen und BewohnerInnen.

Mit den Informationen sowie dem Gespräch selbst über die Biographie der BewohnerInnen können deren Bedürfnisse besser und schneller verstanden, die Beziehung zwischen BetreuerIn und BewohnernIn verbessert, Ressourcen entdeckt, Geborgenheit und Sicherheit durch das Bewahren alter Gewohnheiten geschaffen und die Identität der Menschen gestärkt werden (vgl. Lindmeier 2004, S. 26-27).

Das nächste Unterkapitel erörtert heilpädagogische Diagnoseverfahren, mit dem Schwerpunkt auf förderdiagnostischen Prinzipien.

6.9 Heilpädagogische Diagnostik

Die heilpädagogische Diagnostik findet ihren Ursprung im Gebiet der angewandten Psychologie, mit dem Ziel das Verhalten und die psychischen Prozesse von Menschen mit geistiger Behinderung zu erforschen. Die Anfänge machten dabei Binet und Simon, deren Namen in Verbindung mit der Entwicklung von Intelligenztests stehen. In den Anfängen der heilpädagogischen Diagnostik wurden hauptsächlich Testverfahren angewandt, die sich als statische Diagnostik, Selektions-, Merkmals- und Eigenschaftsdiagnostik bezeichnen lassen können. Durch die daraus resultierenden Zuschreibungen und defizitären Beschreibungen von Menschen mit Behinderung ist diese Art der Testverfahren in Kritik geraten. Diese, als lineare Diagnostik benannte Art, führte zu einseitigen Defizitzuschreibungen. Zwar werden Abweichungen zu einer „Norm“ verdeutlicht, die jedoch zu keiner Hilfestellung für den Menschen mit Behinderung führen. Als alternative Herangehensweise wurde mehr und mehr die Entwicklung förderdiagnostischer Modelle fokussiert, mit der Intention den Herausbildung die Persönlichkeit und die Erweiterung der Handlungskompetenzen zu fördern. Diese Differenzmodelle (im Gegensatz zu Defizitmodellen) basieren auf dem Konzept der Einbeziehung soziologisch-gesellschaftsspezifischer Theorien, sowie auf der Orientierung an pädagogischen und didaktischen Ansätzen. Zur Umsetzung förderdiagnostischer Modelle ist der Blick allein auf den Menschen mit Behinderung nicht ausreichend, sondern erfordert zudem das Kennenlernen äußerer Umstände (vgl. Bundschuh 2007, S. 49).

Als Voraussetzung für das Beurteilen heilpädagogischer Diagnoseverfahren bedarf es von Seiten der BeurteilerInnen, in meinem speziellen Fall der BetreuerInnen des Trainingswohnens, fachliche Kompetenz, die sich in Kompetenzwissen, Bedingungswissen, Verfahrenswissen, Änderungswissen und pädagogisch-psychologischem Wissen ausdrückt. Das Wissen über die eigenen Kompetenzen braucht man für die Einschätzung, ob Fragestellungen in Diagnoseverfahren selbst oder nur unter Einbeziehung anderer Fachleute, wie SupervisorInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen, TherapeutInnen, beantwortet werden können. Unter Bedingungswissen versteht man die Kompetenz, kausale Zusammenhänge zwischen den Verhaltensweisen und Lernleistungen und den früheren, sowie gegenwärtigen Bedingungen (z.B. der familiären Veränderungen in der Biographie) der KlientInnen zu erkennen. Das Verfahrenswissen bezieht sich auf die Anwendungsfähigkeiten und das Wissen von Anwendungsmethoden der sozialen Diagnostik allgemein und deren Gütekriterien. Vor allem in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung, deren Beeinträchtigungsformen sehr unterschiedlich sein können, muss man über ein Repertoire verschiedener Methoden verfügen, um für den/die KlientIn passende Verfahren auswählen zu können.

Die Grundlage für das Änderungswissen ist das aus der Diagnose generierte Wissen, woraus pädagogische Maßnahmen für die KlientInnen abgeleitet werden. Unumgänglich im sonderpädagogischen Berufsfeld ist das Wissen über Teilbereiche der Psychologie, die in einem engen Zusammenhang mit der Heilpädagogik stehen. Hervorzuheben dabei besonders die Persönlichkeitspsychologie, Entwicklungspsychologie oder Sozialpsychologie (vgl. Kurth 1999, S. 254).

Der inklusive Ansatz in der Heil- und Sonderpädagogik geht von dem grundsätzlichen Paradigmenwechsel aus, der Behinderung nicht als eine Eigenschaft einer bestimmten Person betrachtet, sondern die Behinderung als eine sozial bedingte Folge von individuellen Schädigungen, Leistungsminderungen und Funktionsbeeinträchtigungen sieht. Das bedeutet, „*Selektion und Separation werden nicht die logische Folge von Behinderung, sondern als die Behinderung selbst gesehen.*“ (Feyerer 2013, S. 69) Demnach gilt eine Behinderung nicht als ein unveränderbarer, vorgegebener oder genetischer Defekt, sondern wird als veränderbarer Zustand angesehen, unter der Voraussetzung dass Menschen mit Behinderung in ihr Lebensumfeld integriert werden.

Dies gelingt indem soziales Handeln und Erleben ermöglicht werden um Anregungen und Auseinandersetzungen für das Entfalten und Entwickeln in ihrer Lebenswelt gewährleistet werden (vgl. Feyerer 2013, S. 69). Dieser Paradigmenwechsel in der Heil- und Sonderpädagogik wirkt sich auf das Diagnostizieren aus, indem der Fokus auf die Potentiale und Ressourcen gerichtet wird und defizitorientierte Konzepte in den Hintergrund rücken. Demnach ist in der Heil- und Sonderpädagogik der Ansatz der Förderdiagnostik wesentlicher Bestandteil der pädagogischen Arbeit.

Der inklusive, förderorientierte Ansatz folgt dem menschenrechtlichen Grundsatz der Gleichwertigkeit, in dem man menschliche Vielfalt anerkennt und fördert und jedem Menschen die gleiche Würde und das gleiche Recht entgegenbringt (vgl. Feyerer 2013, S. 69-70).

Die heilpädagogische Förderdiagnostik zielt allen voran darauf ab Ressourcen bei Menschen mit Behinderung zu finden und anhand dieses Wissens über die Entfaltungsmöglichkeiten der Personen, passende und entwicklungsfördernde Maßnahmen zu setzen. Vor allem in der heilpädagogischen Diagnostik stellt das Miteinbeziehen von Diagnosen aus anderen Disziplinen (medizinische Diagnosen, psychologische Gutachten) einen wichtigen Faktor dar, da das Wissen über physische und psychische Gegebenheiten der betreuten Personen als hilfreiche Ergänzung zur pädagogischen Arbeit genutzt werden kann. Heilpädagogische Prozesse verfolgen die Intention des Verstehens und Lernens über die Lebenswelt und der Lebensumstände der betroffenen Personen. Dabei gilt die Situationsabklärung des Individuums als primäres Ziel, das mit Abklärung folgender Punkte herausgefunden werden soll:

- Klärung der Lebensgeschichte des betroffenen Menschen;
- Klärung der Behinderung vom Blickwinkel ihrer Entstehungsgeschichte;
- Klärung über den bisherigen Entwicklungsverlauf der Person;
- Klärung der Veränderungen in den Lebensumständen (vgl.

Hornáková/Ondracek 2007, S. 30).

Anhand des Erklärens der Lebenssituation der Menschen soll deren subjektive Erlebnis-Denk- und Handlungsweisen besser verstanden werden.

Folgende Tabelle zeigt die Unterschiede zur traditionellen Diagnostik auf:

	Standardisierte Verfahren bzw. normierte Verfahren (Tests)	Informelle Verfahren (wie Verhaltensbeobachtung, Befragung)
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • Testaussagen für bestimmte Bezugsgruppen (z.B. für Verhaltensauffällige) möglich • Vorhandene Testgütekriterien: Objektivität, Reliabilität, Validität • Unter der Annahme normalverteilter Merkmale: klares theoretisches Konzept 	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Aussagen über Lernprozesse • Suche nach veränderbaren individuellen Merkmalen und schulischen Bedingungen • Bezug zwischen Diagnose und Förderung angenommen
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • Suche nach überdauernden (statt veränderten) Persönlichkeitsmerkmalen • Aufgrund einmaliger Untersuchung: Beschulungsvorschlag • Defizitorientierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Umfangreiches Veränderungswissen zu möglichst vielen Störungsbildern • Weil individualisierend: diffuse theoretische Konzepte (bzw. theorieloser Sammelbegriff) • Fehlende förderdiagnostische Messinstrumente
	= Status- oder Selektionsdiagnostik	= Förder- oder Prozessdiagnostik

Abbildung 6: Status- oder Selektionsdiagnostik vs. Förder- oder Prozessdiagnostik (Bochert 2007, S. 15)

Für die Heil- und Sonderpädagogik ist die Statusdiagnose der Behinderung in der pädagogischen Arbeit weniger wichtig, da die Förderung und Planung der Entwicklung des betreuten Menschen viel mehr vom Verhalten der Person, als etwa von der Intelligenzleistung abhängig ist. Die medizinische/psychologische Diagnose „geistige Behinderung“ ist lediglich Grundlage für die Entscheidung, dass spezielle pädagogische Maßnahmen gesetzt werden (müssen). Diese Zustandsdiagnose gibt aber keine Auskunft über individuell passende Maßnahmen. Die Erkenntnisse über fördernde Maßnahmen und deren Überprüfungen werden mittels Methoden aus der Prozessdiagnostik gewonnen (vgl. Nußbeck 2008, S. 233). Wie aber bereits im Punkt „Psychologische Diagnostik“ erwähnt, sind Methoden und Ergebnisse die der Status- und Selektionsdiagnostik

zuzuschreiben sind, auch in den förderdiagnostischen Ansätzen nicht auszuschließen. Vielmehr sind sie ein wichtiger Teil des Gesamtbildes eines/r KlientIn, worauf pädagogische Handlungsmethoden begründet werden. Für die Förderdiagnostik ist die eine Statusdiagnose aber nichts Immerwährendes, sondern sie sucht Wege, eine Verbesserung im Sinne eines selbstbestimmteren Lebens zu erreichen.

Die methodische Herangehensweise der diagnostischen Prozesse liegt in der verstehenden Erfahrungsannäherung. Bei der Erkundung der subjektiven Lebenssituation der beeinträchtigten Menschen ist ein Beziehungsaufbau mit jenen Personen unumgänglich, der mit einem begegnenden und vertrauensvollen Umgang, in der Regel im gemeinsamen Tun, entsteht. Die betreuende bzw. diagnostizierende Person muss dabei das Verhältnis zwischen KlientIn und BetreuerIn als ein Verhältnis betrachten, in dem zwei Personen gemeinsam an einem Problem arbeiten. Die Behinderung wird in heilpädagogischen Prozessen nicht als eine Ansammlung von Symptomen betrachtet, sondern als systemhaften Zusammenhang verstanden. Um verstehen zu können, ist es notwendig in die Lebenswelt und die subjektiven Wahrnehmungen des Individuums einzutauchen und nicht nur die behinderte Person selbst, sondern auch das soziale, ökonomische und ökologische Umfeld miteinzubeziehen (vgl. Horňáková/Ondracek 2007, S. 29).

Der diagnostische Prozess verläuft in vier Schritten:

1. Den Anlass für eine diagnostische Untersuchung benennen (i.d.R. sind es unklare Aspekte der beeinträchtigten Lebenslage des/der KlientIn) und Bedingungen für die Zusammenarbeit schaffen.
2. Anamnestische Daten sammeln (Vor- und Krankengeschichte, bisherige Untersuchungen, Gutachten). Vom Blickwinkel der möglichen Zusammenarbeit mit dem o.g. Anlass auswerten.
3. Die Informationen und Daten in einer Beschreibung des Ist-Zustands interpretieren, den anzustrebenden Soll-Zustand samt vorläufiger Prognose seiner Erreichung beschreiben sowie die dafür erforderlichen Aufgaben und Maßnahmen vorschlagen und planen.

4. Die geplanten Handlungen, Vorgänge und Prozesse durchführen, wobei der Umsetzungsprozess fortwährend reflektiert, gegebenenfalls präzisiert und anschließend als Ganzes evaluiert werden muss (vgl. ebd., S. 31).

6.10 Beobachtung

Als ein wesentlicher Bestandteil des Anamneseverfahrens im Trainingswohnen gilt die gezielte Beobachtung des/der KlientIn innerhalb des Wohnbereichs. Eine Beobachtung bietet sich im Zuge der Betreuung innerhalb einer stationären Einrichtung dadurch gut an, da ein täglicher und enger Kontakt zu den BetreuerInnen besteht und die Betreuung hauptsächlich innerhalb des Wohnraums des/der BewohnerIn stattfindet. Bestimmte Fähigkeiten, Routinen und Entwicklungsstände werden den BetreuerInnen somit gut vor Augen geführt.

Die Beobachtung als bewusste Wahrnehmung einer Personen trägt zur Sondierung der aktuellen Lage einer Person bei und hilft in der Entscheidungsfindung von Fördermaßen und pädagogischen Interventionen, da sich durch die gezielte Beobachtung ein genaues und umfassendes Bild des/der BewohnerIn einholen lässt (vgl. Klenoský/Ondracek 2007, S. 102).

Grundsätzlich unterliegt, aus einer wissenschaftlichen Perspektive, die Beobachtung drei Bedingungen:

1. Zielgerichtetheit: Die Beobachtung ist nicht zufällig oder beiläufig, sondern richtet sich auf ein konkretes Beobachtungsfeld oder Beobachtungsobjekt.
2. Differenziertheit: Es darf in der Beurteilung keine Einsichtigkeit und Vergröberung entstehen, sondern Äußerungsmerkmale müssen originalgetreu und umfassend registriert und eingeordnet werden, sowie gegebenenfalls in bestimmte Kontexte der zu beobachtenden Person gestellt werden (z.B. aggressives Verhalten im Kontext des sozialen Umfelds).
3. Objektivität: Objektiv beobachten bedeutet, persönliche Erwartungen, Einstellungen und Interessen des/der BeobachterIn nicht in die Beurteilung

einfließen zu lassen. Im besten Fall untersuchen mehrere BeobachterInnen den gleichen „Beobachtungsgegenstand“ (vgl. Bundschuh 2010, S. 147).

Die folgende Auflistung zeigt einen Überblick über die verschiedenen Beobachtungsarten, die ihre Anwendung entweder in Reinform oder in Kombination miteinander finden können. Dies gilt sowohl in einem wissenschaftlichen, als auch in einem praxisorientierten Kontext:

Zufalls-, Gelegenheitsbeobachtung: Diese Art der Beobachtung ergibt sich aus einer nicht geplanten, also zufälligen Situation heraus (vgl. Bundschuh 2010, S. 147-148). Diese Beobachtungsart kann man zwar in der pädagogischen Arbeit mit Menschen mit Behinderung innerhalb des Trainingswohnens nicht systematisieren (wie man das generell nicht machen kann), trotzdem werden viele Erkenntnisse über eine Person durch das zufällige Erkennen bzw. Beobachten gewonnen, die Einfluss auf die Diagnose sowie, die pädagogische Arbeit nehmen.

Systematische Beobachtung: Die beobachtende Person stellt sich genau auf die Durchführungsbedingungen ein und bestimmt bereits im Vorfeld den Beginn, die Dauer, das Beobachtungssystem etc. (vgl. ebd., S. 148). Die systematische Beobachtung ist ein wichtiger Bestandteil meines Anamneseverfahrens. So werden viele lebenspraktische Bereiche durch bewusst eingeleitete Situationen beobachtet und beurteilt. Siehe dazu Kapitel..., wo ich genauer auf die systemische Beobachtung im Rahmen der Anamnese eingehen werde.

Freie Beobachtung: Die freie Beobachtung ist eine nichtstandardisierte Beobachtung, in der dem/der Beobachterin frei überlassen ist, auf welche Verhaltensmerkmale man seinen Fokus richtet wird.

Gebundene Beobachtung: Die gebundene Beobachtung gilt als eine standardisierte Beobachtung, in der Beobachtungsziel und -zweck, sowie die relevanten Merkmalsbereiche überschaubar angeordnet sind (vgl. ebd., S. 148). Die gebundene Beobachtung ist vor allem für das Trainingswohnen die geeignete Form zur Einschätzung

bestimmter Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmalen. Durch die Leistungsverordnung des Steiermärkischen Behindertengesetzes sind pädagogische Zielsetzungen genau beschrieben und geben somit den Beobachtungszielen einen Rahmen.

Beobachtung in natürlichen Situationen: Diese Beobachtungsform wird als unkontrollierte Beobachtung bezeichnet und findet in Situationen statt, die von den beobachtenden Personen weder beeinflusst, noch verändert werden. Eine natürliche Situation kann auch eingeleitet werden, in dem man beispielsweise Materialien bereitstellt (Spielsachen, Situationen in der freien Natur, in der Wohnung etc.).

Beobachtung in künstlichen Situationen: In dieser kontrollierten Beobachtungsform werden Situationen absichtlich hergestellt, um den Einfluss bestimmter Variablen auf die beobachtende Person einschätzen zu können. Als extremste Form dieser Beobachtungsart gilt das Experiment (vgl. ebd., S. 148).

Die BetreuerInnen des Trainingswohnens werden im Zuge der Anamnese phase meistens eine Mischform aus den oben beschriebenen Arten wählen. So kann etwa eine systematische Beobachtung eine natürliche Situation einleiten und Elemente einer gebundenen Beobachtung einfließen lassen.

Laut Klenoský/Ondracek (2007) hat sich in der sozialpädagogischen Arbeit die *aktiv teilnehmende Beobachtung* etabliert. Sie ist ein Resultat aus der Erkenntnis, dass durch das Einhalten streng wissenschaftlicher Beobachtungskriterien zwar die Feststellung von bestimmten Fähigkeiten, Reaktionen und Kompetenzen erfasst werden konnte, ohne aber ein Problemverständnis im Kontext der Lage eines/r KlientIn zu erhalten. In der sozialpädagogischen Arbeit will man herausfinden, was KlientInnen belastet oder freut, welche Werte für sie wichtig sind, welche subjektive Bedeutung ein bestimmtes Verhalten hat oder wie geholfen werden kann. Dementsprechend setzt sich die aktiv teilnehmende Beobachtung folgende Ziele:

- Einen Einblick in die Dynamik der Beziehungen und Gruppenprozesse gewinnen.
- Den Lebenswandel der beobachteten Personen kennen lernen.
- Informationen über konkrete Probleme und Bedürfnisse gewinnen
(vgl. Klenoský/Ondracek 2007, S. 103).

Aus Sicht der BetreuerInnen ist es wichtig, ein möglichst hohes Maß an Objektivität beizubehalten und sich nicht von subjektiven Eindrücken vereinnahmen zu lassen. Trotz Empathie bzw. Antipathie muss der/die BetreuerIn in der Lage sein, systematisch zu beobachten und neben der korrekten Anwendung von methodischen Mitteln und der ordentlichen Dokumentation auch seine/ihre persönlichen Eindrücke zu hinterfragen, indem er/sie

- *„die eignen Gefühle und Gedanken reflektiert, die seine Beobachtung beeinflussen,*
- *empathisch ist und dadurch den Beziehungsaufbau zum Klienten fördert,*
- *sich im gemeinsamen Tun bemüht zu begreifen, wie der/die Klient seine/ Lage erlebt,*
- *bemüht ist, die Welt und die Kultur, in der der Klient lebt, zu verstehen,*
- *die Welt des Klienten nicht nur als die Fachperson, sondern auch als empfindender, denkender und handelnder Mensch betritt.“* (Klenoský/Ondracek 2007, S. 104)

Bundschuh (2010) erwähnt die Unmöglichkeit einer vollkommenen Objektivität der BeobachterInnen, vor allem dann, wenn nur eine Person, so wie es im Trainingswohnen meistens der Fall ist, beobachtet. Um der Problematik der Objektivität entgegenzuwirken führt er oft vorkommende Fehlerquellen an, deren man sich als beobachtende Person bewusst sein muss, um sie zu vermeiden:

Halo-Effekt: Diese Fehlerquelle in der Beobachtung besagt, dass man auf Grund von besonders hervortretenden Einzelmerkmalen (z.B. besondere Mimik, Erscheinungsbild, schwerfällige Motorik, etc.) dazu neigt, voreilig verallgemeinernde Schlüsse zu ziehen.

Generosity error: Dieser, die Objektivität mindernde Effekt, ist auf die falsche Beurteilung auf Grund von Sympathiegefühlen (positive wie negative) zurückzuführen. Die Sympathiegefühle können beispielsweise aus eigenen Vorerlebnissen, aus Assoziationen (beispielsweise wegen Ähnlichkeiten zu einer bekannten Person) oder wegen Mitleids mit dem/der KlientIn entstehen. Vor allem aus einem Gefühl des Mitleids neigt man dazu, besonders wohlwollend zu urteilen. Paradoxerweise entsteht aber durch das Wissen über den Generosity error das Problem, dass falsche Einschätzungen getroffen werden, weil bewusst versucht wird, diese Fehlerquelle zu vermeiden.

Central tendency: Diese Fehler in der Beobachtung entsteht durch die Vermeidung extremer Urteile. So neigt der/die BeobachterIn dazu, Personen in ihrem Verhalten oder ihrer Entwicklung als „mittelmäßig“ einzuschätzen, aus der Furcht heraus, bei extremen Beurteilungen, die mit wesentlich stärkeren Konsequenzen verbunden sind, falsch liegen zu können (vgl. Bundschuh 2010, S. 155-156).

7 Die Anamnese

Der Begriff *Anamnese* leitet sich aus dem griechischen „Erinnerung“ ab und wurde als Bestandteil der medizinischen Diagnose in den Tätigkeitsbereich der Sozialpädagogik übernommen. In der Medizin versteht man unter Anamnese die Erhebung der Krankheitsgeschichte der PatientInnen. Es geht darum, mit dem wirklichen oder vermeintlichen Wissen, Informationen zur Entstehung der Krankheit zu erhalten (vgl. Kemmler 1980, S. 9). Die systematische Informationseinholung der körperlichen und seelischen Vorgeschichte erfolgt in der Regel durch bestimmte Befragungsverfahren, wobei nicht nur die Betroffenen befragt werden können, sondern auch Dritte (vgl. Stimmer 2000, S. 31). In der Rekonstruktion der Vorgeschichte eines Falles, also der Anamnese, ist die Durchführung immer kontextabhängig. So werden bei der Anamnese eines/r PatientIn mit Herzleiden andere Schwerpunkte in der Vergangenheit des/der PatientIn in den Fokus gerückt, als dies bei der Aufnahme eines/r KlientIn mit einer Mehrfachbehinderung im Trainingswohnen der Fall sein wird. Während es in medizinischen Untersuchungen noch einfacher ist Relevanzbereiche für die sinnvolle Informationssammlung zur Erhebung eines Krankheitsbildes und deren Entstehung einzugrenzen, steht die Sozial- als auch die Sonderpädagogik vor dem Problem, nicht klar vorgegeben zu haben, welche Informationen in der Vorgeschichte eines Falles oder eines/r KlientIn wichtig sind. Es ist möglich, eine Unmenge an Informationen zu erheben, die für die sozialpädagogische Arbeit überflüssig sind, während gleichzeitig Informationen enthalten bleiben, die wichtig für die Hilfeleistungen und Unterstützungsmaßnahme des Falles sind. Die Anamnese in einem sozialpädagogischen Kontext hat somit eine doppelte Aufgabe: Sie muss einerseits Relevanzbereiche für die Arbeit mit den KlientInnen abstecken, um ein Übermaß an Informationen, deren Inhalte keiner Wichtigkeit entsprechen, zu vermeiden. Andererseits muss die Anamnese verhindern, dass die Relevanzbereiche zu schnell eingeeengt werden, um den Blick für andere Möglichkeiten offenzuhalten (vgl. Müller 1997, S. 55). Ein Anamneseverfahren bietet die Möglichkeit, den/die KlientIn mit dem sozialen Umfeld begegnen zu können, um auf diesem Weg die Schwierigkeiten und Symptome eines Falles besser zu verstehen, dabei ein detailliertes Bild von der Entwicklung und Persönlichkeitsstruktur zu erhalten und in weiterer Folge die Lebenswelt und Umwelt des/der KlientIn kennenzulernen. Im

Idealfall könnte die Anamnese eine lückenlose Erklärung für die Verursachung bestimmter Probleme eines Menschen geben (vgl. Kemmler 1980, S. 9-10).

Der Idealfall ist in der praktischen Arbeit mit KlientInnen schwer möglich. Neben der Tatsache, dass es aus verschiedenen Gründen unrealistisch ist, alle relevanten Informationen zu erhalten (nicht vorhandene Zeitressourcen, Ereignisse sind in Vergessenheit geraten oder in falscher Erinnerung, Dokumente gehen verloren, KlientInnen sind nicht gewillt von bestimmten Ereignissen zu erzählen, etc.), ist das Verstehen einer anderen Person generell nur in einem begrenzten Ausmaß möglich.

Grenzen des Verstehens

In sozialpädagogischen Anamnese- und Diagnoseverfahren bestehen gewisse Grenzen des Verstehens. Verstehen bedeutet in einem allgemeinen Sinn die Verständigung über etwas, das zwischen zwei Personen kommuniziert wird. Ziel des Verstehens ist das Einverständnis zwischen den beiden Personen über ein Drittes. Herrscht ein Missverständnis vor, so versucht man in Form von Argumentation, Einwendungen oder durch Hinterfragen und Widerlegen zu einem Einverständnis zu gelangen (vgl. Mühlrel 2005, S. 32). In einem sozialpädagogischen Kontext versucht der/die SozialpädagogIn den/die KlientIn und deren Lebenssituation und das Verhalten zu verstehen. Eine bestimmte, meist problematische Lebenssituation ist das Resultat einer Wechselwirkung zwischen Individualität und Lebensumständen, also der beeinflussenden Umwelt einer Person. In der sozialpädagogischen Arbeit geht es darum, diese Umstände zu erkennen (diagnostizieren) und in Interaktion mit den KlientInnen Lösungswege zu suchen, die zu einer Verbesserung der Lebenssituation führen. Verstehen bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Lebensweise des/der KlientIn, also die Lebensgestaltung in Wechselwirkung zur Umwelt (vgl. ebd., S. 33). Die Unmöglichkeit des grenzenlosen Verstehens resultiert aus der Unterschiedlichkeit der Lebenswelten und Lebensumstände von SozialpädagogInnen und KlientInnen, die Müller (2008) mit der Schwierigkeit des Verstehens anderer Kulturen vergleicht (vgl. Müller 2008, S. 99). Gleichzeitig liefert er einen Ansatz, wie in anamnestischen Verfahren, als grundsätzlich erste Phase der Diagnostik, mit der Verstehens-Problematik umgegangen werden kann und verbindet es mit der Haltung professioneller SozialpädagogInnen. Er unterscheidet zwischen PädagogInnen, deren Standpunkt jener sei, besser irgendetwas zu tun, als gar nichts und

meint damit, dass diese Art der KlientInnenarbeit ohne Anamnese auskommt. Die gegensätzliche, zweite Haltung entspricht einer ängstlichen, abwartenden Herangehensweise, die nur vermeintlich fehlerfreie pädagogische Schritte setzen kann, wenn ausreichend Informationen eingeholt wurden. Diese zweite Haltung erfordert ein Übermaß an Anamnese (vgl. Müller 2008, S. 99). Beide Extreme in ihre Reinform sind in professionellen pädagogischen Handlungsfeldern ungeeignet. Die erste Haltung stützt sich demnach auf die erstbeste zu Verfügung stehende Lösung eines pädagogischen Problems, mit der Begründung, dass zu viel Wissen nur mehr Ungewissheit herbeiführe. Die zweite Haltung hingegen steht vor dem Problem, lange keine Lösungen anbieten zu können, da zuerst die Ursache des Problems in investigativen Verfahren gefunden werden müsse. Sollte das tatsächlich gelingen, stehen PädagogInnen oftmals vor dem Problem trotzdem nichts daran ändern zu können (vgl. ebd., S. 99).

Müller bezeichnet Anamnese, im Sinne einer alternativen (dritten) Haltung, als „*aufmerksamen Umgang mit Nichtwissen*“ (ebd., S. 100). Sie zielt darauf ab, Problemverhalten von Menschen nicht systematisch nachzuspüren, da tatsächliche Ursachen durch den Versuch des reinen Erfragens ohnehin im Verborgenen bleiben. Vielmehr stellt sein Ansatz eines Anamneseverfahrens den Versuch dar, sein Gegenüber zunächst einfach zuzuhören, ohne sofort konkret wissen zu wollen, was ein problematisches Verhalten oder eine schwierige Lebenssituation verursacht hat. Dieser Ansatz hat den Vorteil, dass er den Umgang mit der Ungewissheit, die jeder sozialpädagogische Fall mit sich bringt, für SozialpädagogInnen erträglich erscheinen lässt. Mit dieser Haltung lässt sich zudem die Notwendigkeit der vorurteilsfreien Bewertung anderer Sichtweisen, Kulturen, Lebensstrategien usw. aufnehmen, ohne dabei den Blick für notwendige Handlungen und Handlungsstrategien zu verlieren (vgl. Müller 2008, S. 100). Für die Phase der Anamnese ist es somit nicht zwingend notwendig, den KlientIn und deren Verhalten, Lebensweisen und Problemfelder zu verstehen. Vielmehr ist die Einsammlung von Informationen, denen man wert- und vorurteilsfrei gegenübersteht, das eigentliche Ziel anamnestischer Verfahrensweisen. Sich dem Verstehen der Lebensumstände und Verhaltensweisen der KlientInnen bestmöglich anzunähern, auf deren Grundlage pädagogische Interventionen gesetzt werden, ist Aufgabe der Diagnoseerstellung. Anamnestische Verfahrensmethoden müssen aber auf dieses Ziel abgestimmt sein und müssen in ihrer Entwicklung der Frage nachgehen, was

eigentlich erfragt werden muss. Diese Frage wiederum ist abhängig davon, in welchem Rahmen und Setting eine Betreuung stattfindet, bzw. welchen Zweck und welches Ziel eine pädagogische Maßnahme innerhalb eines institutionellen Rahmens verfolgt. Zudem sind die Methoden klientel- und ressourcenabhängig (z.B. der Faktor Zeit). Da das sozialpädagogische Feld weit gestreut ist, gibt es keine anamnestischen Standardverfahren, die überall gleich eingesetzt werden können. Arbeitet man mit Jugendlichen mit deviantem Verhalten, wird die Informationseinholungsphase in einem pädagogischen Beratungsprozess methodisch anders aufgebaut sein, als mit Menschen mit Lernbehinderung im betreuten Wohnen.

7.1 Arbeitsregeln nach Müller (2008)

Burkhard Müller (2008) formuliert insgesamt sieben Arbeitsregeln zur sozialpädagogischen Anamnese, die im Folgenden zusammengefasst werden.

Arbeitsregel 1: Anamnese heißt, einen Fall wie einen unbekanntem Menschen kennen lernen.

Die Erschließung eines Falles kann nie ohne das Kennenlernen der Person, mit der gearbeitet wird, geschehen. Nach Müller bedeutet das, zuerst ein Gespräch zu führen und den Menschen auf diesem Wege kennen lernen, statt mit Fallaktenstudien oder mit dem Klären frühkindlicher Erfahrungen zu beginnen. Das Ziel der Anamnese allgemein ist nicht den Fallhintergrund aufzudecken, sondern die Chancen zu erhöhen, dass sich durch das Einholen der notwendigen Informationen der Fall von selbst erschließt. Dabei ist wichtig, dass es ganz normal ist, zu Beginn einer Fallarbeit nicht gleich alles zu wissen bzw. den Fall sofort zu lösen (vgl. Müller 2008, S. 109). Um Informationen, die für die spätere notwendige Aufklärung bestimmter Fallhintergründe zu erhalten, muss ein gewisses Maß an Vertrauen zwischen PädagogIn und KlientIn herrschen, das es erlaubt, auch über persönliche Erlebnisse und Gedanken zu sprechen. Ein solches Vertrauen entsteht aber erst, wenn man einen Menschen unvoreingenommen kennenlernt. Für das Trainingswohnen und den dazugehörigen Methoden der Anamnese soll diese Regel insofern umgesetzt werden, in dem die Anamneseverfahren erst nach einer kurzen Eingewöhnungsphase und dem Kennenlernen der BetreuerInnen sowie der Umgebung

stattfinden. Das gleiche gilt für den Elternfragebogen, der erst dann durchgeführt wird, wenn die angehörige Person bereits eine Eingewöhnungsphase hinter sich hat. Hält man sich nicht daran und führt das Interview zu früh aus, könnten dadurch wichtige Informationen vorenthalten bleiben.

Arbeitsregel 2: Anamnese bedeutet, einen Problemfall erst umsichtig wahrzunehmen, ehe man versucht seine Hintergründe zu erkunden.

Die zweite Arbeitsregel beschreibt die Wichtigkeit der Zuordnung der Art des Falles. Mit den eingeholten Informationen will man allgemein klarstellen, ob es sich um einen *Fall für*, *Fall von* oder *Fall mit* handelt (vgl. Müller 2008, S. 109-110). Bezogen auf das Trainingswohnen sind gewisse Kenntnisse bereits vorhanden. So ist es klar, dass es sich um einen *Fall von* geistiger Behinderung handelt, da dies als Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistung gilt. Im Zuge des Anamneseverfahrens soll zusätzlich festgestellt werden, ob es sich um andere Ausprägungen des *Falls von* (z.B. Fall von Verwahrlosung) handelt. Außerdem kann man nicht davon ausgehen, dass ein/e BewohnerIn ausschließlich ein *Fall für* Trainingswohnen allein ist, sodass im Anamneseprozess festgestellt werden soll, ob externe Unterstützungen benötigt werden. Zuletzt ist sie Grundlage für die persönliche Zielplanung und die pädagogische Arbeit *mit* den BewohnerInnen. Das Hinterfragen dieser Punkte erfordert die Einholung persönlicher Daten, Erlebnisse und Gedanken. Das Wissen darüber ist wichtig für eine gute Zusammenarbeit, kann aber ins Gegenteil umschlagen, wenn die, wie in Regel 1 beschriebene, Wichtigkeit eines Vertrauensverhältnisses nicht gegeben ist (vgl. Müller 2008, S. 110).

Arbeitsregel 3: Anamnese heißt, sensibel mit Hintergrundwissen umzugehen und mit schnellen Einordnungen in bekannte Raster vorsichtig sein.

Diese Regel ist dann zu beachten, wenn Vermutungen über Ursachen bestimmter Verhaltensweisen, Entwicklungen oder Situationen einer Person bestehen und in der Anamnesephase bereits versucht wird, diese zu beweisen. Das vorschnelle Einordnen in bekannte Raster kann dazu führen, dass andere Möglichkeiten von Umständen und Ursachen bestimmter Verhaltensweisen oder Lebenssituationen ausgeschlossen werden (vgl. Müller 2008, S. 110).

Arbeitsregel 4: Anamnese heißt, den eigenen Zugang zum Fall besser zu verstehen.

Diese Regel weist auf die Wichtigkeit der distanzierten Betrachtung der eingeholten Informationen hin. Damit soll das „Immer-Schon-Bescheid-Wissen“ über einen Fall in Frage gestellt werden, um somit den für sich selbstverständlichen Unterstellungen über eine Person und deren Lebenssituation entgegenwirken zu können (vgl. Müller 2008, S. 111).

Arbeitsregel 5: Anamnese heißt, sich eine Reihe von Fragen zu stellen.

Diese Arbeitsregel beschreibt die Bedeutung des Hinterfragens von eingeholten Informationen.

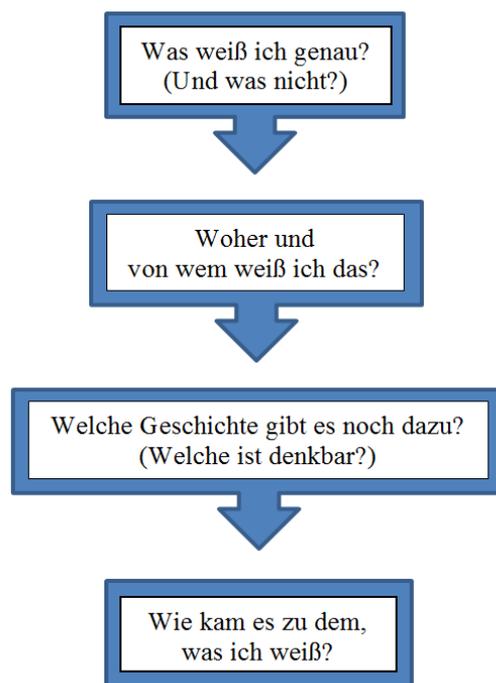


Abbildung 7: Chronologie der anamnestischen Fragestellung (Müller 2008, S. 11)

Beim Stellen dieser Fragen geht es ähnlich wie in Regel 4 darum, wie der eigene Zugang zum Fall ist. Mit diesen Fragen soll die Sache und die Zuständigkeit hinterfragt und geklärt werden. Dabei unterscheidet man zwischen der Klärung von Tatbeständen und Geschichten. Tatbestände sind Fakten und müssen von den Geschichten, die subjektiv sind, unterschieden werden. Beides ist gleichermaßen wichtig. Bezogen auf die drei Fallebenen dienen die Fakten zur Klärung des *Falls von* und des *Falls für*. Die sozialpädagogische Arbeit besteht nicht aus dem reinen Klären der Fakten, sondern bezieht immer die subjektiven Geschichten dahinter mit ein (vgl. Müller 2008, S. 112). Die BetreuerInnen im Trainingswohnen, die das in dieser Arbeit vorgestellte Anamneseverfahren durchführen werden, müssen sich die gleichen Fragen stellen und zwischen Fakten und deren Geschichten dahinter unterscheiden. Was man genau weiß, wird im Assessmentblatt aufgelistet und dargestellt. Etwa werden die Fähigkeiten für die Zubereitung von Mahlzeiten oder die Anwendung der Kulturtechniken eingeschätzt. Daneben gelten als Fakten die Diagnosen aus medizinischen und psychologischen Gutachten, der Grad der Mobilität, Freizeitgestaltung und vieles mehr. Außerdem werden alle wichtigen Informationen wie Versicherungsnummer, Kontaktpersonen, ÄrztInnen etc. in einem Notfallblatt aufgeschrieben. Die Überschneidungen von Geschichten und Fakten werden in den Interviews, sowohl mit dem/der BewohnerIn als auch mit Bezugspersonen, erfragt. So ist es zum Beispiel ein Faktum, dass es in der Vergangenheit des/der KlientIn einen Wohnungswechsel nach einer Scheidung gab. Die Geschichte dahinter, also wie sich dieses Ereignis auf die Person ausgewirkt hat, wird direkt im Fragebogen verschriftlicht.

Arbeitsregel 6: Anamnese heißt, verschiedene Sichtweisen und Ebenen des Falles nebeneinander zu stellen.

Beobachtete Verhaltensweisen und von betroffenen Personen dargestellte Fallgeschichten sollen kritisch auf ihre Inhalte und Zusammenhänge überprüft werden. Es gilt zu beachten, dass immer unterschiedliche Sichtweisen und unterschiedliche Fallebenen vorhanden sind, welche ebenfalls gleichwertig zu betrachten sind. Nur so lassen sich selbsterfüllte Prophezeiungen und Fehlinterpretationen vermeiden (vgl. Müller 2008, S. 112-114).

Zum Beispiel kann Verschuldung auf unterschiedlichen Ebenen analysiert werden: Als mögliche Hintergründe können vom unzureichenden Zahlenverständnis der Person bis zu Suchterkrankungen eine Vielzahl an Ursachen überprüft werden. Genauso vielfältig können auch die Interventionen ausfallen. Diese können bei pädagogischen Maßnahmen ansetzen, über psychiatrische Behandlungen führen und bis zur Installation einer Sachwalterschaft reichen.

Arbeitsregel 7: Anamnese ist nie vollständig. Sie muss es auch nicht sein. Sie beginnt immer wieder von vorne.

Wie bereits mehrmals erwähnt, kann die Anamnese nicht isoliert von den anderen Schritten der gesamten Diagnostik sowie KlientInnenarbeit betrachtet werden. Sie muss immer wieder neu herangezogen werden und ändert sich im Laufe der Betreuung mit den KlientInnen. So kommen Ereignisse erst nach längerer, intensiver Betreuung zum Vorschein, die vorher etwa auf Grund eines nicht ausreichend gegebenen Vertrauensverhältnisses zwischen PädagogIn und KlientIn im Verborgenen blieben. Auch die Lebenssituationen und persönlichen Entwicklungen von KlientInnen ändern sich laufend und damit auch die Anamnese (vgl. Müller 2008, S.114). Vor allem im Trainingswohnen ist dies der Fall, da mit der Leistung im Normalfall eine enge, über mehrere Jahre dauernde Betreuungsarbeit verbunden ist. Das Anamneseverfahren muss also so ausgerichtet sein, dass es Veränderungen über das Wissen über den/der KlientIn erlaubt.

Die Auswertung der Anamnesedaten ist von Fall zu Fall unterschiedlich und unterliegt einer individuellen Gewichtung der Problembereiche. Um dem Problem der großen Anzahl an unterschiedlichen Informationen strukturiert entgegenzuwirken, bedarf es bei der Analyse und Auswertung der Daten eines Bezugsrahmens, der bei der Gewichtung der Daten hilfreich sein soll. Nach Köhn (1998) bezieht sich der Bezugsrahmen immer auf den Kontext der weiteren Behandlung bzw. Betreuung des Menschen mit Behinderung. Wenn der medizinische Aspekt im Vordergrund steht, wird der/die HeilpädagogIn den Fokus der Datenanalyse auf die Informationen der funktionellen Schädigungen, Beeinträchtigungen, Störungen und Anlagebedingungen richten. Stehen im Betreuungsalltag psychodynamische Ansätze im Vordergrund, so werden die Daten aus den Angaben zu familiären Strukturbedingungen oder traumatisierenden Erfahrungen

in den Mittelpunkt rücken. Bedeutsam für die Auswertung werden jene Punkte der Lerngeschichte des Individuums, wenn sich die Arbeit an lerntheoretischen Ansätzen orientiert, um herauszufinden, welche spezifischen und situativen Bedingungen gegeben sein müssen, bzw. wie diese verändert werden müssen, um Entwicklungsfortschritte bei definierten Problemverhaltensweisen erzielen zu können. Aus System- und kommunikationstheoretischer Sicht werden die Kommunikationsebenen im Zusammenspiel der Umweltsysteme des Menschen mit Behinderung genauer betrachtet (vgl. Köhn 1998, S. 148-149).

Unter Berücksichtigung dieser Arbeitsregeln für BetreuerInnen in sozialpädagogischen Handlungsfeldern werden im Folgenden, die für das Trainingswohnen angepassten Anamneseverfahren chronologisch vorgestellt.

Wenn man Informationen über eine/n BewohnerIn sammeln will, dann ist ein systematisches Vorgehen erforderlich. Das Anamneseverfahren für das Trainingswohnen umfasst mehrere Schritte und verschiedene Methoden. Grundstock bilden die, mit dem Einzug des/der KlientIn eingeholten, Fremddiagnosen, Dokumente, Sozialleistungsnachweise, Zeugnisse, etc. Diese Informationen sind nicht nur Informationen die in den gesamten Diagnoseprozess miteinfließen, sondern stellen auch eine Voraussetzung dar, um weitere Leistungen zu beantragen oder zu verlängern (z.B. Therapiekostenzuschuss). Um der Dokumentationspflicht nachzukommen, werden die Unterlagen im BetreuerInnenbüro in den dort aufbewahrten BewohnerInnenmappen eingeordnet. Für den Überblick, welche Unterlagen gebraucht werden und ob diese bereits in der Mappe sind oder nicht, kann eine folgende Checkliste¹ dienen:

- Dokumente
(Staatsbürgerschaftsnachweis, Geburtsurkunde, Meldezettel, Passfotos, Reisepass/Personalausweis, Behindertenausweis etc.)

- Finanzielle Unterlagen
(Bestätigung Familienbeihilfe, Einkommensnachweis/Lehrlingsentschädigung, Nachweis Werkstätten-Entgelte bzw. Taschengeld, Lebensunterhalt-Bescheid, Bedarfsorientierte Mindestsicherung, AMS-Bezug/Notstandsnachweis (bei

¹ Checkliste Formular siehe Anhang 1.

arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen oder Arbeitslosigkeit), Nachweis
Waisenspension, Pensionsnachweis inkl. Ausgleichszulage, Pflegegeldnachweis
etc.)

- Gutachten/Diagnosen
(Psychologisch/psychiatrische Gutachten/Diagnosen, Clearing Bericht etc.)
- Andere Unterlagen
(Nachweis Sachwalterschaft etc.)

Es ist vorgesehen, dass sich die Checkliste auf der ersten Seite der BewohnerInnenmappe befindet und die Punkte sollen zeitnah nach dem Einzug abgehakt werden. Neben der ausgedruckten Form ist die Checkliste auch in digitaler Form zu aktualisieren, da alle Dokumente/Gutachten und wichtigen Unterlagen gescannt und digital abgespeichert werden. Wenn wichtige Unterlagen nicht mehr auffindbar oder verloren gegangen sind, dann sind neue bei den jeweils zuständigen Behörden, ÄrztInnen, Vereinen etc. zu beantragen.

Ein Notfallblatt dient zur Übersicht über die wichtigsten Informationen (Fakten) des/der BewohnerIn. Der Großteil der Stammdaten ist meist schon vor dem tatsächlichen Einzug bekannt und wird im Zuge eines Erstgesprächs aktualisiert.

Ein Notfallblatt² soll Folgendes beinhalten und immer aktuell am PC und im KundInnenordner abgelegt werden:

- Name
- Anschrift
- Telefonnummer
- Geburtsdatum
- Versicherungsnummer (selbstversichert/mitversichert – mit wem, Name, Anschrift)
- Pflegegeldbezug (Pflegestufe, bis wann genehmigt)

² Notfallblatt Formular siehe Anhang 2.

- Mobilität (ohne Einschränkung, Rollstuhl, Krücken, andere Gehilfen)
- Sachwalterschaft (ja, nein, wenn ja: Name, Anschrift, Telefonnummer, e-mail)
- Wichtige Kontakte (wer darf im Notfall verständigt werden, Name, Anschrift, Telefonnummer)
- Diagnosen (medizinisch, psychiatrisch, Datum, wer hat Diagnose erstellt)
- Medikation (was, wofür, Zeitpunkt der Einnahme, von wem verordnet, Datum)

Neben dem Notfallblatt bedarf es, für einen strukturierten Betreuungsablauf, ein weiteres Übersichtblatt betreffend der behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen. Beide Übersichtblätter werden von der Leistungsverordnung vorgeschrieben (vgl. LEVO 2013, S. 12) und erleichtern zudem die Dokumentation für den/die jeweilige KlientIn. Am Gesundheitsblatt³ werden die jeweils behandelnden ÄrztInnen (HausärztIn, ZahnärztIn, PsychiaterIn, NeurologIn, FrauenärztIn etc.) und TherapeutInnen (PhysiotherapeutIn, PsychotherapeutIn, PsychologIn, LogopädIn etc.) samt Kontaktdaten aufgelistet. Besonders wichtig sind die Dokumentation der Besuchshäufigkeit und der Grund des Besuchs bei der jeweiligen ÄrztIn. Ebenso unerlässlich sind die Verlaufsdocumentation der Medikation der KlientInnen, sowie ambulante und stationäre Aufenthalte in Kliniken und Reha-Einrichtungen.

Diese beiden Formulare ermöglichen im Notfall das schnelle Zugreifen auf wichtige Daten und Fakten der KlientInnen. Verändert sich etwa die Medikation eines/r BewohnerIn, ist eine Änderung im Formular problemlos möglich. Es ist ratsam, neben einer digitalen Version auch eine aktuelle Version der Datenblätter in ausgedruckter Form im KundInnenordner abzulegen.

7.2 Assessment

Das Assessment ist aus sozialpädagogischer Sicht ein Verfahren, das sich aus dem Case Management entwickelt hat und dessen Ziel in der Analyse der Lebenssituation des/der KlientIn und den daraus ersichtlichen Hilfeerfordernissen liegt. Der Fokus liegt dabei in der Informationsbeschaffung, mit dem Hauptaugenmerk auf die Stärken des/der KlientIn, der Analyse des sozialen Umfelds und dem notwendigen Interventionsbedarf (vgl. Löcherbach, S. 71-72).

Im Zuge eines Assessmentverfahrens wird zwischen drei Aspekten unterschieden:

1. *Gegenstand des Assessments*: Was möchte ich wissen?
2. *Ziele des Assessments*: Warum möchte ich es wissen?

³ Gesundheitsblatt Formular siehe Anhang 3.

3. *Verfahren und Prozesse des Assessments: Wie komme ich zu dem Wissen?* (vgl. ebd., S. 72).

Bezogen auf das Trainingswohnen muss zuerst eingegrenzt werden, welche Lebensbereiche erhoben werden sollen und wie sich diese Bereiche darstellen lassen. Das hier vorgestellte Assessmentblatt beinhaltet alle, für das Trainingswohnen in der Leistungsverordnung vorgeschrieben, pädagogischen Aufgabenbereiche.

Das Ziel des Assessments besteht darin, eine erste Analyse überschaubar darzustellen, auf der basierend die pädagogischen Maßnahmen gesetzt werden.

Die Informationen zur Erfassung des Assessments werden mittels verschiedener Methoden erfragt. Die zwei wichtigsten Verfahren sind dabei der BewohnerInnen und Angehörigen-Anamnesebogen, sowie verschiedene, individuell auf den/die BewohnerIn ausgerichtete, Beobachtungsverfahren. Diese beiden Verfahren sind bei allen neu eingezogenen Personen im Wohnbereich durchzuführen. Zusätzlich können, je nach Fähigkeiten, Erinnerungsvermögen und motorischem Entwicklungsstand, verschiedene, aus der Sozialen Arbeit bekannte projektive Diagnoseverfahren, wie etwa eine Netzwerkkarte, Biographischer Zeitbalken, Genogramme etc., durchgeführt und angewandt werden.

Assessment der pädagogischen Aufgabenbereiche

Das Assessmentblatt dient zur Übersicht der benötigten pädagogischen Unterstützungsbereiche. Diese Bereiche richten sich grundsätzlich nach, der in der Leistungsverordnung festgelegten, pädagogischen Aufgabenbereiche des Trainingswohnens, die folgende zu fördernde pädagogische Betreuungsbereiche nennt:

- Wohnraumgestaltung und das Wohnen
- Haushaltsführung und Haushaltsorganisation
- Organisation finanzieller Angelegenheiten und der Umgang mit Geld
- Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
- Auseinandersetzung mit der aktuellen Beschäftigungs- und Arbeitssituation
- alle Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung
- Erhalt und Entwicklung sozialer Kompetenzen

- Gestaltung von Freizeit
- Fragen der Gesundheit und Hygiene

Zudem sollen die KlientInnen gefördert und unterstützt werden in den Bereichen:

- Vermittlung von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein
- Entwicklung von Selbstständigkeit und Selbstorganisation
- Unterstützung bei individuellen und sozialen Reifungsprozessen
- Förderung von Planungsfähigkeiten
- Training von Kulturtechniken
- Der Sicherstellung therapeutischer und fachärztlicher Betreuung (vgl. LEVO 2013, S. 10).

Das Ziel des Assessments liegt darin, den Status Quo der Lebensbereiche einzuschätzen und zu erkennen. Das Assessmentblatt lehnt sich an das von Pantucek (2005) entwickelte Inklusionschart, das den Inkludierungsgrad der Funktionssysteme (Arbeitsmarkt, Sozialversicherung, Geldverkehr, Mobilität etc.), der Existenzsicherung (Wohnen, Lebensmittel, Sicherheit) und der Funktionsfähigkeiten (Gesundheit, Kompetenzen, Sorgepflicht) einschätzt, die Tendenz einstuft, Fakten zu den einzelnen Lebensbereichen aufschreibt und Interventionen zur Besserung der Situation vorschlägt (vgl. Panutcek 2005, S. 181). Das hier vorgestellte Assessmentblatt orientiert sich an diesem Schema, ist aber bezüglich der zu beurteilenden Kategorien auf die Maßnahme Trainingswohnen adaptiert⁴.

⁴ Die vollständige Vorlage des Assessmentblattes findet sich in Anhang VI

7.3 Das anamnestische Interview

Das Erfassen von anamnestischen Daten erfordert eine behutsame und verantwortungsbewusste Vorgehensweise, da es um die Erfassung von sensiblen, privaten und oftmals belastenden Lebensereignissen geht. Demnach muss sich die interviewende Person im Vorfeld eines Anamnesegesprächs folgende Fragen stellen:

- *„Wird von dem/der BewohnerIn bzw. von den Angehörigen das anamnestische Gespräch bewusst erwartet?“*
- *Wird das anamnestische Gespräch als lästige Verpflichtung oder sogar als Schuldzuweisung empfunden?“*
- *Bestimmen positive oder negative Vorerfahrungen in früheren anamnestischen Gesprächen die Einstellung (spontane Äußerungsbereitschaft; abwartende Skepsis)?*
- *Stört bzw. fördert die Übertragung auf die Heilpädagogin bzw. deren Gegenübertragung das anamnestische Gespräch?“* (Köhn 1998, S. 141)

Um eine Aktivierung der Bezugspersonen, sowie die Bereitschaft der Zusammenarbeit besser erreichen zu können, muss sich der/die InterviewerIn gut darauf vorbereiten. Mitunter muss damit gerechnet werden, dass von Seiten der befragten Personen eine anfängliche Abwehrhaltung eingenommen wird. Am besten entgegnet man dieser, indem klar und nachvollziehbar die Notwendigkeit einer Anamnese und inwiefern diese die weitere Betreuung beeinflussen kann, erklärt wird. Beim Gespräch selbst sind die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre und eine wertfreie Betrachtung der Aussagen der befragten Personen wichtig. Die BetreuerInnen sehen sich dabei hauptsächlich als EmpfängerInnen von Informationen (vgl. Köhn 1998, S. 142). Das Ziel des Leitfadenterviews, das nur sehr bedingt auf Fakten eingeht, sondern durch die Fragestellungen die Möglichkeit bieten soll, BewohnerInnen möglichst frei und offen über Erlebnisse, Eindrücke und Sinnzusammenhänge ihres Lebens erzählen zu lassen, ist die einfache Anwendung und Dokumentation bei möglichst hoher Informationsgewinnung.

Voraussetzungen einer qualitativen Interviewführung sind das Wissen um die Methode und ausreichend zeitliche Ressourcen. Da letztere meist fehlen, ist eine Strukturierung des Interviewleitfadens besonders wichtig. Von einer Audio-Aufzeichnung ist abzuraten, vielmehr soll der Gesprächsbogen eine Nachvollziehbarkeit durch eine übersichtliche Gestaltung für das gesamte BetreuerInnen-Team leicht machen.

7.3.1 Interview-Führung

Eine gute Interview-Führung erfordert einige Vorbereitungen von Seiten der BetreuerInnen: Zuerst ist es wichtig den Fragebogen genau zu kennen und zu wissen, wie die Fragen angeordnet sind. Dies erlaubt, in passenden Momenten, das spontane Einhaken und Nachfragen bei bestimmten Lebensbereichen, auch wenn diese nach dem Leitfaden erst später besprochen werden sollten. So wird der/die BewohnerIn nicht aus den Gedankengängen und Erzählsträngen herausgerissen bzw. muss diese nicht zu einem späteren Zeitpunkt neu aufnehmen und ein schnelles Mitschreiben in den entsprechenden Feldern ist trotzdem möglich.

Ziel des Interviews ist es, den/die BewohnerIn möglichst viel erzählen zu lassen und dabei selbst möglichst wenig zu sprechen. Das bedeutet aber keineswegs ein regloses Dasitzen und Abwarten. Der Zeigen von bestimmter Mimik und Gestik ist von großer Bedeutung und muss richtig eingesetzt werden. So ist es weniger empfehlenswert seinem Gegenüber durch Nicken oder Lächeln Verstehens-Signale zu senden („Ich verstehe was du meinst.“) sondern durch entsprechende Ausdrucksformen zu zeigen, dass weitere Informationen benötigt werden, um besser zu verstehen (fragender Blick, Erstaunensausrufe, zugewandte Körperhaltung) (vgl. Schütze 1977, zit. n. Niediek 2014, S. 102). Weitere Interview-Techniken, die erzählverlängernd wirken, sind jene des Paraphrasierens und Reflektierens. Diese folgen dem Zweck der kommunikativen Absicherung, sowohl des explizit Gesagten als auch der emotionalen Bedeutung der Erzählung. Dabei ist hervorzuheben, dass die Unterbrechung, die mit einer Paraphrase einhergeht, sich nicht negativ auf den Redefluss auswirken muss. Vielmehr fühlt sich die befragte Person verstanden und es zeigt auf, dass genügend Zeit zum Erzählen zur Verfügung steht. Des Weiteren hilft die Wiederholung des Gesagten dem/der

Interviewten dabei, seine/ihre eigenen Gedanken zu strukturieren (vgl. Helfreich 2009/Witzel 1982, zit. n. Niediek 2014, S. 102).

Der Interviewleitfaden gibt weniger die konkreten Fragen vor, als vielmehr die Lebensbereiche, nach denen zuerst mit einer offenen Frage gefragt wird. Danach bietet der Leitfaden Raum für weiterführende, erzählunregende Fragen. Dieses sogenannte narrative Nachfragen ist gekennzeichnet von drei verschiedenen Fragetypen:

- Fragen nach einer bestimmten Lebensphase: Können Sie genauer darüber erzählen, wie Sie diese Zeit (z.B. nach dem Tod des Vaters) erlebt haben?
- Fragen nach Situationen, die in der Einstiegserzählung erwähnt wurden: Sie haben vorher erwähnt, dass... Können Sie mir darüber mehr erzählen? Wie ist es dazu gekommen?
- Fragen nach einem Beispiel zu einem Argument: Können Sie sich noch an eine Situation erinnern, in der das so war? Wie ist das passiert? (vgl. Rosenthal 1997, zit. n. Niediek 2014, S. s102-103)

7.3.2 *Art der Kommunikation*

In der qualitativen Sozialforschung unterscheidet man zwischen zwei Stilen der Interviewart: das weiche und das harte Interview. Ein weiches Interview zeichnet sich dadurch aus, indem die interviewende Person versucht, ein Vertrauensverhältnis zum/r Befragten zu entwickeln um der befragten Person Sympathie entgegenzubringen. Dabei nehmen InterviewerInnen eine passive Rolle ein und wollen nur bei Themenwechsel eingreifen (vgl. Koolwijk 1974/Grunow 1978, zit. n. Lamnek 1995, S. 57). Ein hartes Interview ähnelt einem Verhör, bei dem die fragende Person Druck ausübt um Antworten zu erhalten. Diese Art der Befragung ist generell in der qualitativen Forschung auszuschließen, da gerade das Einfühlen in die Situation des Gegenübers und das Schaffen eines Vertrauensverhältnisses als entscheidende Voraussetzung für die Einholung verlässlicher Informationen gilt. Doch auch die Reinform einer weichen

Interviewführung ist nach den Kriterien qualitativer Sozialforschung nicht zulässig, weil hierin, wie auch beim harten Interview, eine intersubjektive Nachprüfbarkeit der Daten nicht möglich ist (vgl. Lamnek 1995, S. 58). Die Lösung liegt in der Mitte und nennt sich „neutrale Interviewführung“, welche *„den unpersönlich-sachlichen Charakter der Befragung, die Einmaligkeit der Kommunikation und die soziale Distanz zwischen den Befragungspartnern betont“* (Koolwijk 1974, zit. n. Lamnek 1995, S. 58).

Ein weiteres Merkmal von Befragungen in der qualitativen Sozialforschung liegt in der Art der Frage. Man unterscheidet generell zwischen zwei Arten der Fragestellung: geschlossene und offene Fragen. Eine geschlossene Frage kann entweder implizit oder explizit gestellt werden. Bei implizit gestellten Fragen sind die Antwortmöglichkeiten bereits in der Frageformulierung mitinbegriffen (Haben Sie sich in der Schule gut oder schlecht mit Ihren MitschülerInnen verstanden?). Bei den explizit geschlossenen Fragen sind Antwortkategorien außerhalb der Fragestellung vorgegeben (Wie haben Sie sich mit Ihren MitschülerInnen verstanden? Antwortmöglichkeiten: gut bzw. schlecht.). Die antwortende Person entscheidet sich für jene Antwortmöglichkeit, die seiner/ihrer tatsächlichen Einstellung, Meinung, Verhalten etc. entspricht bzw. dieser am nächsten kommt. Im Gegensatz dazu zeichnet sich eine offene Frage dadurch aus, indem die Antwortmöglichkeiten des/der Interviewten nicht vorgegeben sind, sondern mit eigenen Worten formuliert werden sollen (Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihren MitschülerInnen gemacht?). Der Vorteil von offenen Fragen liegt darin, dass die erwähnten Fakten, Erlebnisse, Erinnerungen etc. in ihrer Bedeutung für die befragte Person strukturiert werden (vgl. Lamnek 1995, S. 59).

Die im Explorationsgespräch gestellten Fragen sind nicht ausschließlich offen. Es handelt sich um eine Mischung aus offenen und geschlossenen Fragen, sowie Fragen zu konkreten Ereignissen in der Vergangenheit des/der KlientIn. Jeder zu erfragende Lebensbereich beinhaltet offene Fragen, die entweder bereits ausformuliert am Fragebogen stehen oder beziehend auf konkrete Lebensereignisse gestellt werden. Das tritt beispielsweise dann ein, wenn sich nach dem Fragen der Veränderungen in der Familienkonstellation herausstellt, dass der leibliche Vater verstorben ist. Hierauf kann und soll die offene Frage „Wie haben Sie die Zeit nach dem Tod des Vater in Erinnerung?“ gestellt werden. Der Fragebogen ermöglicht somit, wie in diesem Beispiel

ersichtlich, das Einfügen von Ad-Hoc Fragen, die sich aus Antworten auf vorgefertigte Fragengestellungen ergeben können.

7.3.3 *Aufbau des Fragebogens*

Der Fragebogen orientiert sich einerseits an Fragen, die in der Literatur zur sozialpädagogischen Anamneseverfahren zu finden sind. Andererseits fragt er nach Lebensbereichen, die speziell auf die Betreuung im Trainingswohnen ausgerichtet sind und zu einem großen Teil jene Lebensbereiche abdeckt, die in der Leistungsverordnung als wesentliche pädagogische Aufgabenbereiche angeführt sind.

Einstiegsfrage:

Das Explorationsgespräch beginnt mit zwei Eingangsfragen: Die erste Frage bezieht sich auf das Wohlbefinden und die Eindrücke nach den ersten Wochen im Trainingswohnen. Die zweite Frage zielt auf das Zusammenleben in der Wohngemeinschaft und an das Beziehungsverhältnis zu den MitbewohnerInnen ab:

- Erzählen Sie mir davon, wie es Ihnen hier nach den ersten Wochen im Trainingswohnen gefällt! Was gefällt Ihnen gut, was gefällt Ihnen dir weniger gut?
- Wie verstehen Sie sich mit deinen MitbewohnerInnen?

Im Anschluss behandelt der Fragebogen folgende Themenblöcke:

- Vorherige Wohnsituation/Wohnbiographie:
 - Wo haben Sie zuletzt gewohnt?
 - Wer hat in diesem Haushalt noch gelebt?
 - Gab es eine Betreuung/Unterstützung in der Familie?
 - Wie hat Ihr Zimmer ausgesehen? Mit wem haben Sie Ihr Zimmer geteilt?
 - Was hat Ihnen zu Hause gefallen und was weniger?

- Wie war Ihr Kontakt zu den Nachbarn und anderen Leuten, die in der Nähe wohnten?
- Warum wollen Sie jetzt hier wohnen? Erzählen Sie mir, wie es zur Entscheidung gekommen ist, bei uns einzuziehen!
- Familienanamnese:
 - Mit welchen Personen aus der Familie hatten Sie engeren Kontakt?
 - Wie würden Sie die Art der Beziehung zu den einzelnen Personen beschreiben?
 - Ist es einmal vorgekommen, dass jemand in der Familie sehr krank war oder gestorben ist?
 - Welche Veränderungen in der Familienkonstellation gab es im Laufe Ihres Lebens?
 - Wie haben sich diese Veränderungen für Sie angefühlt?
 - Hat es noch andere Leute in der Familie gegeben, von denen Sie erzählen möchten?
 - Welche gemeinsamen Aktivitäten und Spiele haben Sie in der Familie unternommen/gespielt?
- Krankheitsanamnese des/der BewohnerIn:
 - Mussten Sie schon einmal operiert werden? Wenn ja: Wissen Sie wann das war? Was hat sich danach verändert?
 - Erzählen Sie mir, wer sich um Sie gesorgt hat, als Sie krank waren!
- Schule und Ausbildung:
 - Wo sind Sie in den Kindergarten und Schule gegangen? (Volksschule/ Hauptschule/ Sonderschule/ Gymnasium/ Polytechnikum)
 - Haben Sie eine abgeschlossene Lehre/ Berufsausbildung?
 - Wie haben Sie Ihre Schulzeit in Erinnerung?
 - Wie kamen Sie mit Ihren MitschülerInnen zurecht?
 - Welche Freundschaftsverhältnisse sind während der Schulzeit entstanden?

- Was waren Ihre Lieblingsfächer und welche haben Ihnen weniger gefallen?
- Freizeit:
 - Was machen Sie gerne in Ihrer Freizeit? Wie haben Sie Ihre Freizeit bisher gestaltet?
 - Sind Sie Mitglied in einem Verein?
 - Erzählen Sie mir etwas über Ihre Freunde und Freundinnen! (Wie oft treffen Sie sie? Welche Aktivitäten unternehmen Sie mit ihnen?)
 - Haben Sie eine Partnerin oder einen Partner?
 - Gibt es etwas, dass Sie unbedingt einmal unternehmen möchten? (Reise, Ausflug, sportliche Aktivitäten etc.)
- Ernährung:
 - Was können Sie bereits selber kochen?
 - Was ist Ihr Lieblingsessen?
 - Gibt es Speisen, die Sie gar nicht mögen? Und gibt es Speisen die nicht vertragen?
 - Was möchten Sie bezüglich der Ernährung/des Kochens noch lernen?
- Soziales Verhalten:
 - Wie gut kommen Sie mit anderen Menschen zurecht?
 - Was müssen andere tun, damit Sie sich ärgern?
 - Hatten Sie schon einmal BetreuerInnen (zu Hause, in der Arbeit, Freizeit)?
Wenn ja: Wie gut kommen Sie mit BetreuerInnen zurecht? Verstehen Sie sich besser mit männlichen oder mit weiblichen BetreuerInnen?
- Finanzielles:
 - Wie sind Sie bisher mit Ihrem (Taschen)-Geld ausgekommen? Borgen Sie manchmal anderen Leuten Geld?
 - Haben Sie eine/n Sachwalter/in? Wenn ja: Wie verstehen Sie sich mit ihm/ihr? Wie bekommen Sie Ihr Geld?

- Worin hätten Sie gerne Unterstützung von den BetreuerInnen?

- Arbeit und Beschäftigung:
 - Was sind Ihre bisherigen Berufserfahrungen?
 - Welche Arbeit würden Sie gerne machen? Oder sind Sie zufrieden mit Ihrer jetzigen Tätigkeit?
 - Was können Sie gut in der Arbeit?
 - Was glauben Sie nicht so gut zu können?
 - Wie verstehen/verstanden Sie sich mit Ihren ArbeitskollegInnen?

- Abschluss:
 - Gibt es noch etwas, dass Sie erzählen möchten?

7.3.4 *Art des Interviews*

Der hier entwickelte Explorationsbogen lässt sich aus forschungstheoretischer Sicht in die qualitative Sozialforschung einordnen, obwohl Elemente aus der quantitativen Forschung miteinbezogen wurden. Die bekannteste und wichtigste Form des Interviews in der Sozialforschung ist das narrative Interview, das aus sozialpädagogischer Sicht meist für fallrekonstruktives Fallverstehen eingesetzt wird.

Diese Form der Befragung setzt eine offene Gesprächsführung voraus, in der die fragende Person zurückhaltend agiert und in der der/die Befragte zum Erzählen angeregt wird. Die Interviewführung ist als weich bis neutral zu beschreiben und der Detaillierungsgrad der Erzählung wird im Wesentlichen von dem/der Interviewten bestimmt. Ziel dieser Interviewform ist es, durch den Zugzwang des Erzählens eine realitätsgerechte Rekonstruktion früheren Handelns zu erreichen. Voraussetzung dafür ist eine nicht autoritäre, dafür kollegial-freundschaftliche Vertrauensatmosphäre. Das narrative Interview erfordert aber auch die Aktivität (Nachfragen, Wiederholen, Verständnis ausdrücken, etc.) des/der InterviewerIn. Zum Beispiel sollen Interpretationen zum Zwecke der Kontrolle über das richtige Verständnis wiedergegeben werden (vgl. Lamnek 1995, S. 74). Im Zuge der hier erarbeitenden Explorationsphase ist eine rein narrative Interviewform, auf Grund von zeitlichen Ressourcen (lange Interpretationsverfahren),

schwieriger Vergleichbarkeit und nicht immer vollständig ausgeprägter Fähigkeiten narrativer Kompetenzen der BewohnerInnen, nicht geeignet. Vielmehr lässt sich das Explorationsgespräch (sowohl mit BewohnerInnen als auch mit Angehörigen) mit einem problemzentrierten Interview vergleichen. Im Vergleich zum narrativen Interview, in dem der/die InterviewerIn die Befragung ohne wissenschaftliches Konzept über die zu fragenden Themenbereiche durchführt, also einer streng induktiven Herangehensweise folgt, zeichnet sich das problemzentrierte Interview durch eine Kombination aus Deduktion und Induktion aus. Die InterviewerInnen gehen mit einem theoretischen Vorverständnis in die Befragung und können anhand der Aussagen dieses modifizieren, die Dominanz der Konzeptgenerierung bleibt aber bei der befragten Person (vgl. Lamnek 1995, S. 74). Bezogen auf den Explorationsbogen für das Trainingswohnen besteht ein Wissen über Lebenswelttheorien, Lebensbewältigungsstrategien, Resilienz, Empowerment, inklusionstheoretische Konzeptionen und vieles mehr, auf das sich die Fragen beziehen und das „Problem“ somit eingrenzt werden kann. Zudem sind die betreuungsrelevanten Lebensbereiche in der Maßnahmenbeschreibung vorgegeben und werden somit in den Fokus der Befragung gestellt. Welche Lebensbereiche jedoch von besonderer Bedeutung sind und wie die subjektiven Einstellungen, Betrachtungen und Verhaltensweisen, sowie Erinnerungen und Erfahrungen dargestellt und rekonstruiert werden, ist allein abhängig von den BewohnerInnen. Die Aussagen der BewohnerInnen werden dann mit theoretischen Konzepten rückgekoppelt. So kann beispielsweise ein Mangel an sozialen Beziehungen eine Reihe von Ursachen haben (soziale Verwahrlosung in der Kindheit, nicht erworbene soziale Kompetenzen, Mobbing in Schule, traumatische Erlebnisse, Gewalt in der Familie, soziale Marginalisierung, sozioökonomische Benachteiligungen), welche unterschiedliche Maßnahmen erfordern. Geht man diesen, ausgehend von den Informationen vom Anamneseverfahren, auf den Grund, können Maßnahmen zur Resilienzförderung, dem Training sozialer Kompetenzen, therapeutische Zugangsweisen in der Traumafolgebehandlung oder Ähnliches gesetzt werden.

7.3.5 Vorbereitung auf das BewohnerInnen-Gespräch

Das Gespräch findet etwa einen Monat nach Einzug des/der BewohnerIn statt und wird in groben Zügen vorbesprochen. Es wird angekündigt, dass es sich um ein längeres

Gespräch handelt, in dem der/die BewohnerIn über seine/ihre Vergangenheit, Erlebnisse, Familie, Schule etc. zu erzählen aufgefordert wird. Für das Gespräch wird eine Woche im Vorfeld ein genauer Termin mit genauer Uhrzeit vereinbart. Zudem soll man für das gegebenenfalls anstrengende Gespräch einen angenehmen Ausklang anstreben, indem beispielsweise im Vorfeld vereinbart wird, gemeinsam eine Pizza zu bestellen. Für das Anamnesegespräch an sich müssen in etwa zwei Stunden eingeplant werden. Um Störung zu vermeiden empfiehlt sich, die Termine gut mit dem ArbeitskollegInnen und den anderen BewohnerInnen gut abzusprechen. Wo das Gespräch stattfindet, wird mit dem/der BewohnerIn gemeinsam ausgemacht, wobei das Büro oder Besprechungsräume zu empfehlen sind, da hier die Möglichkeit besteht, dass der/die InterviewerIn den Raum unmittelbar vor dem Gespräch für die Förderung einer besseren Atmosphäre gestaltet.

7.3.6 Raumgestaltung

Einige Vorbereitungen sind vor dem Gesprächsbeginn zu treffen: Es muss dafür gesorgt sein, dass der Raum hell beleuchtet (am besten mit Tageslicht) und gut gelüftet ist. Für den/die BewohnerIn wird ein Sessel so gerichtet, dass er/sie rechts bzw. links des/der BetreuerIn sitzt und nicht gegenüber, da die Suggestion einer Konfrontation vermieden werden soll. Der Tisch soll frei von Unterlagen, Akten, Büroutensilien etc. sein. Stattdessen empfiehlt es sich, Getränke aufzutischen (man kann im Vorfeld bereits nachfragen, welche Getränke von dem/der BewohnerIn präferiert werden). Außerdem trägt es zur positiven Stimmung bei, wenn kleine Snacks oder Kuchen angeboten werden.

7.3.7 Das Gespräch

Nachdem alle Vorbereitungen getroffen wurden, beginnt das Interview zum vereinbarten Zeitpunkt. Vor Beginn der ersten Fragen wird geklärt, dass die Informationen vertraulich behandelt werden und lediglich die BetreuerInnen Zugriff darauf haben. Es wird erklärt weshalb das Gespräch stattfindet und welchen Zweck die Informationseinholung für die Betreuung hat. Hier ist anzumerken, dass es sich nicht empfiehlt, das Interview mit einem Diktiergerät aufzunehmen. Erstens suggeriert ein Diktiergerät für viele Menschen ein Verhör, zweitens kann es hemmend wirken, da Gesagtes nicht mehr zurückgenommen

werden kann. Außerdem muss das Gefühl einer Testsituation vermieden werden. Vor Beginn des Gesprächs soll festgestellt werden, dass es keine falschen Antworten gibt. Außerdem muss verständlich gemacht werden, dass das Nicht-Beantworten einer Frage völlig legitim ist und nur erzählt werden soll, worüber man erzählen will.

7.4 Explorationsgespräch Eltern

Der Explorationsfragebogen für Angehörige, in der Regel sind es die Eltern oder ein Elternteil, ist ähnlich aufgebaut wie jener für die BewohnerInnen und unterscheidet sich nicht von der Art der Fragestellungen und Interviewführung. Es finden gleiche oder ähnliche Fragen wieder, die aber durch die Perspektive der Angehörigen andere Antworten, aus anderen Blickwinkeln, hervorbringen können. Die Vorbereitung des Gesprächs erfolgt durch eine Vereinbarung eines Termins und einer kurzen Erklärung über die Inhalte des Gesprächs. Der Ort des Interviews soll in einem der Büros bzw. Besprechungsräume der Einrichtung erfolgen. Dies schafft allen voran einen professionellen Rahmen, der das Sprechen über persönliche Empfindungen und Ereignisse aus der Vergangenheit fördert. Aus diesem Grund ist ein öffentlicher Ort, wie etwa ein Café oder bei den Angehörigen zu Hause zu vermeiden, da eine professionelle Distanz gewahrt bleiben soll. Förderlich für die Bereitschaft eines Gesprächs mit Angehörigen ist ein regelmäßiger Kontakt in den ersten Wochen nach Einzug des/der BewohnerIn. Dieser Kontakt kann entweder telefonisch erfolgen oder durch Besuche in der Trainingswohnung. Dabei sollten positive Beobachtung über den/die BewohnerIn angesprochen werden. Die BetreuerInnen zeigen Offenheit den Fragen und Anregungen der Angehörigen gegenüber. Hierzu gehört auch das Nachfragen über die Befindlichkeit der Angehörigen bezüglich der neuen Wohnsituation der Kinder. Wurde ein Termin festgelegt (zwei bis vier Wochen nach Einzug ins Trainingswohnen), so ist im Vorfeld, ähnlich dem BewohnerInnen-Gespräch, der Gesprächsraum so zu gestalten, dass eine angenehme, gesprächsfördernde Atmosphäre besteht. Dazu zählen ein ausreichender zeitlicher Rahmen sowie die Garantie eines ungestörten Gesprächsverlaufs ohne Unterbrechungen von außen. Selbstverständlich ist das Zeigen von ehrlichem Interesse gegenüber der Biographie des/der BewohnerIn wie auch jene der Angehörigen.

Inhaltlich setzt sich der Fragebogen aus einer Mischung aus der Einholung von biographischen Fakten und offenen Fragen zu Entwicklungen, Erfahrungen, Erlebnissen und Empfindungen der Angehörigen aus dem Leben des/der BewohnerIn zusammen. Verglichen mit dem BewohnerInnen-Fragebogen werden die biographischen Fakten genauer erfragt, da in der Regel die exakte genaue zeitliche Einordnung von Angehörigen besser in Erinnerung ist, als jene von den BewohnerInnen. Die offenen Fragen dienen dazu, über Lebensereignisse aus der Perspektive der Angehörigen zu erfahren um diese mit den subjektiven Erfahrungen der BewohnerInnen zu vergleichen.

7.4.1 Angehörigen-Anamnesebogen

- Einstieg:
 - Schildern Sie Ihren Eindruck von Ihrem Kind nach den ersten Wochen des Trainingswohnens!
 - Erzählen Sie mir aus Ihrer Sicht den Grund oder die Gründe, weshalb er/sie sich für das Trainingswohnen entschieden hat!

- Gesundheitsanamnese:
 - Welche Diagnosen liegen vor?
 - Frage nach den ÄrztInnen (HausärztIn, NeurologIn/ PsychiaterIn, ZahnärztIn, AugenärztIn, FrauenärztIn, andere wichtige ÄrztInnen).
 - Welche Operationen wurden bisher durchgeführt?
 - Seit wann wird ihr/e Sohn/Tochter medikamentös eingestellt?
 - Gab es im Laufe des Lebens Umstellungen in der Medikation? Wann waren diese und welche Gründe gab es dafür?
 - Wie haben sich die Medikamentenumstellungen auf den gesundheitlichen Zustand ausgewirkt?
 - Wie war der gesundheitliche Entwicklungsverlauf von der Schwangerschaft bis zur Einschulung?
 - Wie war der gesundheitliche Entwicklungsverlauf von der Einschulung bis jetzt?

- Gibt es Familienangehörige mit schweren/chronischen Krankheiten oder Behinderungen?
- Gab es Unfälle, Operationen oder andere einschneidende Erlebnisse in der Familie? Wie haben sich diese Ereignisse auf den/die BewohnerIn ausgewirkt?
- Wohnsituation:
 - Wo war der letzte Wohnsitz vor dem Einzug ins Trainingswohnen?
 - Wer hat im gleichen Haushalt gelebt?
 - Bitte beschreiben Sie mir die Wohnverhältnisse (Haus/Wohnung, Größe, eigenes Zimmer, Privatsphäre etc.)!
 - Wie würden Sie den Kontakt zu den NachbarInnen beschreiben?
 - Wie wurden die Dienstleistungen und Angebote in der Umgebung genutzt (Einkaufen, Veranstaltungen, Jugendzentren, Vereine etc.)?
 - Gab es Umzüge im Laufe der Zeit?
 - Wenn ja, wie haben sich die Umzüge ausgewirkt (gesundheitlicher Zustand, Beziehungsabbrüche, Verhalten etc.)?
- Familienanamnese:
 - Mit welchen Familienmitgliedern hatte der/die BewohnerIn einen engeren Kontakt?
 - Gab es wichtige Bezugspersonen außerhalb der Familie? Wenn ja, wie würden Sie diese Beziehung beschreiben und ist sie immer noch aufrecht?
 - Beschreiben Sie die Beziehung zwischen dem/der BewohnerIn und der Mutter!
 - Beschreiben Sie die Beziehung zwischen dem/der BewohnerIn und dem Vater!
 - Beschreiben Sie die Beziehung zwischen dem/der BewohnerIn und den Großeltern!
 - Beschreiben Sie die Beziehung zwischen dem/der BewohnerIn und den Geschwistern!

- Welche gemeinsamen Aktivitäten und Spiele wurden innerhalb der Familie unternommen/gespielt?
- Wann kam es vermehrt zu Konfliktsituationen?
- Schule und Ausbildung:
 - Wie würden Sie aus Ihrer Sicht das Verhältnis zu den MitschülerInnen beschreiben?
 - Wie haben sich Freundschaftsbeziehungen entwickelt?
 - Welche Probleme gab es in der Schule?
 - Von welchen positiven Schulerfahrungen können Sie erzählen?
- Persönliche Entwicklung:
 - Was sind mögliche Auslöser, Reaktionen und passende Interventionen bei folgenden Gefühlslagen: Wut, Überforderung, Angst, Aggressivität, Trauer.
 - Wie verhält sie der/die BewohnerIn in einer Gruppe?
 - Wie würden Sie sein/ihr Konfliktlösungspotential einschätzen?
 - Wie würden Sie das Verhalten gegenüber unbekanntem Personen beschreiben?
 - Erzählen Sie von Erfahrungen in Beziehungsverhältnissen zu BetreuerInnen (Arbeit, Freizeit, Familienentlastung etc.)!
 - Können Sie etwas über seine/ihre FreundInnen erzählen?
 - Gab/gibt es Liebesbeziehungen?
- Lebenspraktisches:
 - Wie ausgeprägt war die bisherige Unterstützung in Hygiene-Angelegenheiten? (Erinnerung ans Duschen/Zähne putzen; Wäsche waschen; Hygiene am WC etc.)
 - Wie würden Sie die Fähigkeiten im Umgang mit Geld einschätzen? (Einteilung vom Taschengeld, Geld borgen, Verschuldung, Kaufsucht etc.)

- Beschreiben Sie die Alltagsroutinen und deren Bewältigung (Aufstehen, Frühstück richten, pünktliches Erscheinen in der Arbeit, Abendhygiene, Mahlzeiten einnehmen, Schlafen gehen etc.)!
 - Wie schätzen Sie seine/ihre Orientierung im öffentlichen Raum und den Grad der Mobilität ein?
 - Wo würde er/sie aus Ihrer Sicht Unterstützung in alltäglichen Aufgaben brauchen?
- Arbeit und Beschäftigung:
 - Erzählen Sie mir von den bisherigen beruflichen Erfahrungen? Wo hat er/sie bereits gearbeitet? Gibt es eine abgeschlossene Ausbildung?
 - Wie würden Sie seine/ihre Motivation einer Arbeit nachzugehen einschätzen?
 - Wie schätzen Sie seine/ihre Stärken und Schwächen ein?
 - Welche Erfahrungen wurden im Umgang mit ArbeitskollegInnen gemacht?
- Abschluss:
 - Welche Wünsche, Anregungen oder Fragen an uns haben Sie noch?

7.5 Einschätzungen des lebenspraktischen Betreuungsbedarfs

Durch die beiden Interviews kann bereits ein Großteil der im Assessmentblatt beinhaltenden Lebensbereiche eingeschätzt werden. Beobachtungen, die methodisch auf verschiedene Arten durchgeführt werden, dienen als wichtige Ergänzung und Überprüfung der Selbst- und Fremdeinschätzung. Besonders die lebenspraktischen Fähigkeiten werden durch Beobachtungen sehr gut ersichtlich. Sehr oft sind es zufällige Beobachtungen die aufschlussreich sein können und deshalb genau dokumentiert werden müssen. Durch die intensive und nahe Betreuung im Zuge der Maßnahme bieten sich die Methode der kontrollierten Beobachtung sehr gut an, da viele Fähigkeiten und Entwicklungsstände zeitgleich überprüft werden können. Der große Vorteil darin liegt in der Tatsache, dass durch Beobachtungen eine Testsituation vermieden wird. Meist sind

Tests zur Überprüfung jeglicher Leistungen und Fähigkeiten für Menschen mit Behinderung negativ behaftet und Ergebnisse können so auf Grund von Lustlosigkeit oder Nervosität verzerrt sein. Will man etwa die Kulturtechniken überprüfen, empfiehlt es sich meiner Meinung nach nicht, dies anhand eines Diktats und Rechenbeispielen zu tun, sondern in Form einer konstruierten Situation, die gleichzeitig natürlich wirkt. Zum Beispiel wird mit dem/der BewohnerIn vereinbart, gemeinsam Lebensmittel für das Abendessen einzukaufen. Aus dieser alltäglichen Handlung kann eine Situation konstruiert werden, die die Beobachtung vieler Fähigkeiten zulässt. Neben der Planungsfähigkeit (Was will ich essen und was brauche ich dafür?), das sehr oft das Lesen eines Rezeptes erfordert (Lesetest), muss ein Einkaufszettel geschrieben werden (Schreibtest) und es bedarf einer Einschätzung der Kosten (Rechentest, Einschätzung von Geldbeträgen). Das Einkaufen selbst kann Auskunft über die Orientierungsfähigkeit geben (Finde ich allein zum Lebensmittelgeschäft? Kann ich mich im Geschäft orientieren?) und die Planungsumsetzung (Kaufe ich auch alles ein, was am Einkaufszettel steht?). Durch das gemeinsame Kochen lassen sich die Fähigkeiten in der Zubereitung von Mahlzeiten ablesen.

Andere Einschätzungen erfordern keine konstruierte Beobachtung, sondern lassen sich mit einfachen Beobachtungen feststellen. Betritt man das Zimmer eines/r BewohnerIn, gibt dies in der Regel schnell Aufschluss darüber, ob eine Person in der Lage ist, das Zimmer in einem akzeptablen hygienischen Zustand führen zu können. Auch die Fähigkeiten der Raumgestaltung lassen sich dadurch einschätzen. Die auf die körperliche Hygiene bezogenen Einschätzungen lassen sich auch durch bewusstes Beobachten der Alltagsroutinen feststellen. Beispielsweise kann der/die diensthabende BetreuerIn gemeinsam mit dem/der BewohnerIn Zähne putzen, um festzustellen, ob es hierin Training bedarf oder nicht. Bei einer längeren, bereits vertrauten Beziehung zum/r BewohnerIn können intime Hygieneprobleme besprochen und eingeschätzt werden.

Assessmentblatt Trainingswohnen und Teilzeitbetreutes Wohnen								
BewohnerIn	XX			MitarbeiterIn	Roland Schögler		Datum	Jänner 2017
1. Alltagsbezogene Aspekte	Betreuungsbedarf					Tendenz	Informationen	Benötigte Interventionen
	Sehr hoch	hoch	mittel	gering	Sehr gering	< = > >>!	Daten und Fakten	laufende und geplante Maßnahmen/Unterstützungen
Wohnraumgestaltung/ Ordnung im Zimmer		x				>	Unhygienischer Zustand; sehr gebrauchte/alte Möbel	Regelmäßige Zimmerkontrollen; Unterstützung und Trainings beim richtigen Benutzen von Putzgegenständen; Geld ansparen für neue Möbel
Finanzielle Angelegenheiten	x					>>!	geringes Verständnis für Geldbeträge; kommt nicht mit vorhandenem Geld aus; Verschuldung bei Telekommunikationsunternehmen	Einführung eines Kassensystems; Vereinbarung eines Termins bei der Schuldnerberatungsstelle; sollte keine Verbesserung absehbar sein muss eine Sachwalterschaft beantragt werden
Alltagsorganisation				x		=	steht selbstständig auf; kauft selbstständig Lebensmittel; wäscht selbstständig und regelmäßig die Wäsche; strukturierter Tagesablauf erkennbar	Momentan keine Interventionen geplant
Ernährung			x			>	Ungesunde Wahl an Lebensmittel, Gewichtszunahme; einfache Gerichte können zubereitet werden	Beratung und Unterstützung für eine gesündere Ernährung; gemeinsames Zubereiten von Mahlzeiten mit frischen und gesunden Lebensmittel;
Körperhygiene				x		=	duscht täglich ohne Erinnerung; benutzt Deo und andere Hygienemittel; Zähne putzen wird manchmal vernachlässigt	Tägliches Erinnern ans Zähne putzen

Abbildung 8: Einschätzung der alltagsbezogenen Aspekte

Die Abbildung 8 zeigt einen Ausschnitt der Einschätzung lebenspraktischer Fähigkeiten einer anonymisierten Person. Grundsätzlich zielt das Assessmentblatt darauf ab, die Höhe des Betreuungsbedarfs in den jeweiligen Lebensbereichen einzuschätzen. Die Skala reicht von einem sehr hohen bis zu einem sehr geringen Betreuungsbedarf. Die Tendenz spiegelt die Einschätzung wider, ob eine Verbesserung bzw. Verschlechterung zu erwarten ist. Außerdem gibt sie Auskunft darüber, wenn akut Interventionen gesetzt werden müssen. Wie in diesem Beispiel ersichtlich benötigt die Person eine rasche Unterstützung in ihren finanziellen Angelegenheiten, um einer weiteren Verschuldung entgegenzuwirken. Im Feld der Information wird kurz das Problem beschrieben. Wichtig dabei ist, dass darin auch die Möglichkeit geboten wird, den Fokus nicht ausschließlich auf Problembereiche zu richten, indem Raum für die Beschreibung positiver Merkmale geboten wird (siehe Körperhygiene). Das Feld der Intervention beschreibt welche Maßnahmen gesetzt werden müssen um eine Verbesserung herbeizuführen. Verknüpft man diesen Punkt mit der Theorie zu den verschiedenen Fallebenen wird ersichtlich, dass etwa beim Punkt Finanzielle Angelegenheiten die Interventionsmaßnahmen auf den Ebenen des *Fall für* und *Fall mit* angelegt werden. Die Person wird in diesem Beispiel ein Fall für die Schuldnerberatung. Der Fall mit bezieht sich auf die unmittelbare

Betreuungsarbeit indem die Möglichkeit angeboten wird, ein gemeinsames Kassensystem zu installieren, das es den BetreuerInnen erlaubt, unterstützend in der Einteilung des Geldes einzugreifen. Zudem kann ein Plan erstellt werden, wie die vorhandenen Schulden bestmöglich in Raten abbezahlt werden können. Sollten diese oder ähnliche Interventionen zu keiner Verbesserung führen, wird der/die BewohnerIn durch die Anregung eines Sachwalterschaftsverfahrens zu einem Fall für eine Sachwalterschaft.

7.6 Einschätzungen der persönlichkeitsbezogenen Aspekte

Unter den Bereich der persönlichkeitsbezogenen Aspekte fallen im Assessmentblatt die Punkte: Selbstvertrauen, Selbstdisziplin, Motivation, Konfliktfähigkeit, Kritikfähigkeit und Kooperationsbereitschaft. Eine erste Einschätzung dieser Persönlichkeitsbereiche trifft der/die Betreuerin bereits während der Interviewsituation. Dabei obliegt es den Beobachtungsfähigkeiten des/der SozialpädagogIn, „zwischen“ den Fragen und Antworten diese sensiblen Bereiche zu erforschen. Antworten auf konkrete Fragen nach diesen Persönlichkeitsbereichen werden vom/von der InterviewführerIn auf ihre Kongruenz mit körpersprachlichen, nonverbalen Ausdrucksformen überprüft.

Konfliktfähigkeit, Kritikfähigkeit und Kooperationsfähigkeit lassen sich gut im Fragekomplex der sozialen Kontakte in Schule und Freizeit abfragen. Motivation, Selbstdisziplin und Selbstvertrauen können über die Frage nach den Gründen für einen Wohnungswechsel ins Trainingswohnen oder zukunftsprospektive Fragen beantwortet werden. Es sei hier jedoch explizit darauf hingewiesen, dass sich eine Einschätzung über Persönlichkeitsmerkmale aus dem Gesamteindruck über die Person ergibt: Auftreten, Körpersprache, verbale und nonverbale Ausdrucksweisen, sowie inhaltliche Aspekte sollen in diese Charakterisierung miteinbezogen werden. Zur Überprüfung der eigenen Einschätzung des/der KlientIn soll die Fremdeinschätzung des/der Angehörigen herangezogen werden. Diese kann Aufschluss geben über Potentiale und Schwächen einer Person und gegebenenfalls eine überzogene Selbstdarstellung des/der KlientIn relativieren.

Durch Beobachtungen in Alltagssituationen können persönlichkeitsbezogene Eigenschaften gezielt extrahiert und überprüft werden. Möglichkeiten dafür ergeben sich im Wohnalltag beispielsweise bei der Findung von Gruppenentscheidungen (Welchen

Film wollen wir sehen?). Die BewohnerInnen sind gefordert eine Entscheidung zu treffen, Meinungen zu vertreten, Argumente zu finden, Niederlagen auszuhalten, Nachzugeben etc. Kooperationsfähigkeit, Selbstvertrauen, Konfliktfähigkeit und Kritikfähigkeit der einzelnen BewohnerInnen werden ersichtlich und für den/die BeobachterIn einschätzbar.

Gerade die Einschätzung von persönlichkeitsbezogenen Aspekten bedarf eines längerfristigen zeitlichen Rahmens und einer regelmäßigen Überprüfung. Die Eingewöhnungsphase von Menschen mit Behinderung in einer stationären Einrichtung stellt eine massive Ausnahmesituation dar und offenbart mitunter nicht bekannte Persönlichkeitszüge (ängstliches Verhalten, Zurückhaltung, Unsicherheit, Ablehnung, Aufmüpfigkeit, Selbstüberschätzung, Übermotivation etc.). Erst nach einiger Zeit des Einlebens und der Gewöhnung an die neue Wohnumgebung mit den neuen MitbewohnerInnen stabilisiert sich erfahrungsgemäß das Verhalten der Personen und eine bessere Einschätzung der persönlichkeitsbezogenen Eigenschaften wird möglich.

2. Persönlichkeitsbezogene Aspekte	Grad des Persönlichkeitsmerkmals					Information Beschreibung des Merkmals	Benötigte Intervention laufende und geplante Maßnahmen/Unterstützungen
	Sehr hoch	hoch	mittel	gering	Sehr gering		
Selbstvertrauen		x				Sehr überzeugt von eignen Fähigkeiten; neigt zur Selbstüberschätzung	Regelmäßige Gespräche über Selbsteinschätzung und tatsächlich realisierbarer Ziele
Selbstdisziplin			x			Grundsätzlich gegeben, abhängig vom Lebensbereich; Selbstdisziplin im Bereich Arbeit vorhanden; in der Haushaltsführung gering	Motivationsarbeit und Hilfestellungen in der Haushaltsführung und im Ernährungsverhalten
Motivation		x				bereichsabhängig; Motivation für die Arbeit hoch; das gleiche gilt bei der Umsetzung von Freizeitaktivitäten; Motivation in der Verbesserung der Haushaltsführung und im Erlernen neuer Gerichte geringer	Lieblingsspeisen gemeinsam zubereiten (selbst gemachte Pizza statt Tiefkühlware), Putzdienste in die Wochenplanung integrieren
Konfliktfähigkeit				x		Bei Gruppenaktivitäten oft im Clinch mit anderen MitbewohnerInnen, petzt gerne und reagiert sehr emotional wenn Argumente gegen ihn sprechen	Gemeinsam Kommunikationsregeln aufstellen, Moderierte WG-Versammlungen
Kritikfähigkeit				x		Kann schwer mit Kritik umgehen; fasst diese als Einschränkung selbstbestimmter Entscheidungen auf	Soziales Kompetenztraining mit Übungen zu Feedback geben, zur Selbst- und Fremdwahrnehmung und zur Selbstwirksamkeit
Kooperationsbereitschaft			x			Teilweise gegeben	Gemeinsame Aktivitäten (Kochen, Putzen, Freizeit) initiieren

Abbildung 9: Einschätzung der persönlichkeitsbezogenen Aspekte

Der im Assessmentblatt beinhaltete Abschnitt zur Einschätzung der persönlichkeitsbezogenen Aspekte protokolliert den Grad der Persönlichkeitsmerkmale Selbstvertrauen, Selbstdisziplin, Motivation, Konfliktfähigkeit, Kritikfähigkeit und

Kooperationsbereitschaft. Die Einstufungen reichen dabei von sehr hoch bis sehr niedrig. Relevante Merkmalsbeschreibungen werden im Informationsfeld eingetragen und dienen als Grundlage für geplante und benötigte Interventionen.

7.7 Einschätzungen der personellen Ressourcen

Aus den gewonnenen Daten und Informationen aus den Interviews und den Beobachtungen lässt sich eine erste Einschätzung über die benötigten personellen Ressourcen, für eine adäquate Betreuung der Person mit Behinderung, ableiten. Gegebenenfalls müssen zusätzliche Leistungen beantragt werden (Hauskrankenpflege, PsychotherapeutIn, Behindertentaxi, Sachwalterschaft etc.).

Bestehende soziale Ressourcen sollen weiter gelebt und im Sinne eines behutsamen Übergangs ins Trainingswohnen gefördert werden. So sollen beispielsweise tägliche Routinen wie Telefonkontakte oder wöchentliche Termine wie Besuche bei den Großeltern oder anderen Bezugspersonen unbedingt beibehalten werden. Dazu zählen auch Heimfahrten am Wochenende und Freizeitaktivitäten in Vereinen oder kirchlichen Gemeinschaften.

Entscheidend für die Förderung der bestehenden personellen Ressourcen ist der Einfluss der Personen auf den/die Klientin. Reflexive Gespräche mit den BewohnerInnen offenbaren eine fördernde bzw. hemmende Wirkung der sozialen Einflussgrößen (FreundInnen, Familienmitglieder, Bekannte etc.) auf Menschen mit Behinderung. Dabei sind Kontakte im virtuellen Raum wie Facebook oder anderen sozialen Netzwerken nicht zu unterschätzen.

Durch einen längeren Beobachtungszeitraum können Tendenzen in Beziehungen offenbart werden, die sich am Beginn der Betreuung anders präsentierten. Eine als positiv eingeschätzte Beziehung zu einem/einer FreundIn kann sich beispielsweise nach einiger Zeit als Belastung für den/die KlientIn herausstellen. Dasselbe lässt sich bei professionellen Beziehungen und bei familiären Kontakten beobachten. Hier wird, neben der Evaluierung von methodischen Zugängen und unterstützenden Maßnahmen, die Notwendigkeit einer regelmäßigen Überprüfung und Neuerstellung der anamnestisch erhobenen Daten und Informationen ersichtlich.

3.1. Personelle Ressourcen (Familie)	Kontakt				Einflusswirkung	Tendenz Information Kurzbeschreibung des Beziehungsverhältnisses	Benötigte Intervention laufende und geplante Maßnahmen/Unterstützungen
	intensiv	regelmäßig	selten	kein Kontakt			
Mutter:		x			<input checked="" type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar	Gute Beziehung zur Mutter; Gemeinsame familiäre Aktivitäten; enge Zusammenarbeit mit den BetreuerInnen;	Aufrechterhaltung der guten Zusammenarbeit
Vater:				x	<input type="checkbox"/> fördernd <input checked="" type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar	Meidet Kontakt, zahlt lediglich Alimente; sehr belastend, Trauer und Unzufriedenheit über die Situation ersichtlich	Ernsthafte Versuche zur Kontaktaufnahme starten; Führen von aufbauenden Gesprächen; Zuhören und da sein
Großmutter:	x				<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input checked="" type="checkbox"/> unklar	sehr gutes Verhältnis zur Großmutter; bei Besuchen übernimmt die Großmutter Haushaltsaufgaben (putzt das Zimmer, kocht das Abendessen; wäscht die Schmutzwäsche)	Aufklärende Gespräche mit der Großmutter über Sinn und Zweck der Maßnahme Trainingswohnen (Erlernen von Selbstständigkeit); weitere Entwicklungen genau beobachten
Andere Verwandte							
Bruder			x		<input checked="" type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar	Wohnt in einer anderen Stadt, daher seltene Treffen; sehr liebenswerte Beziehung; Idol	Keine Interventionen geplant, eventuell einladen in WG

Abbildung 10: Einschätzung der familiären Ressourcen

3.2. Personelle Ressourcen (FreundInnen/Bekannte)	Kontakt				Einflusswirkung	Tendenz Information Kurzbeschreibung des Beziehungsverhältnisses	Benötigte Intervention laufende und geplante Maßnahmen/Unterstützungen
	intensiv	regelmäßig	selten	kein Kontakt			
Name: Freund		x			<input checked="" type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend	Beste Freund; gehen oft gemeinsam ins Kino; regelmäßige Besuche	Keine Interventionen
Name: Freund		x			<input type="checkbox"/> fördernd <input checked="" type="checkbox"/> hemmend	Vermeintlich guter Freund; borgt ihm oft Geld, worauf die Freundschaft basiert;	Aufklärende Gespräche die Bedeutung von Freundschaft; Aufklärende Gespräche über das Borgen von Geld und deren Gefahren; Kontaktaufnahme der BetreuerInnen mit dem Freund
Name:					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend		
3.3. Personelle Ressourcen (Professionelle Beziehung)	Kontakt				Einflusswirkung	Tendenz Information Kurzbeschreibung des Beziehungsverhältnisses	Benötigte Intervention laufende und geplante Maßnahmen/Unterstützungen
	intensiv	regelmäßig	selten	kein Kontakt			
Arbeitsbetreuerin		x			<input checked="" type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar	Hat ein realistisches Bild über die Fähigkeiten und Arbeitsperspektiven; hört auf Wünsche und steht in einem regelmäßigen Kontakt mit den BetreuerInnen	Regelmäßige Treffen; schnelle Kontaktaufnahme bei Veränderungen in der Arbeit bzw. im Wohnen
Therapeutin		x			<input checked="" type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar	Geht zwei Mal im Monat zur Psychotherapie; steht im Kontakt mit den BetreuerInnen;	Momentan keine Interventionen notwendig

Abbildung 11: Einschätzung der personellen Ressourcen (Freunde/professionelle Beziehungen)

Als personelle Ressourcen werden wichtige soziale AkteurInnen im Umfeld einer Person festgehalten. Hier werden Kontakthäufigkeit (intensiv bis kein Kontakt) und die Einflusswirkung auf den/die BewohnerIn eingeschätzt. Es wird beurteilt ob eine Bezugsperson fördernd oder hemmend auf den/die BewohnerIn wirkt oder ob die Einflussgröße unklar ist. Zur Konkretisierung der Einflusswirkung können zusätzlich die jeweiligen Beziehungen beschrieben und mögliche Interventionen geplant werden.

Das Assessmentblatt stellt den Abschluss dieses Anamneseverfahrens dar. Nach Beendigung der Eingewöhnungsphase im Trainings- oder Teilzeitbetreuten Wohnen dient das Ergebnisblatt, mit den inkludierten Erstanalysen, der weiteren pädagogischen Maßnahmensetzung. So wird das Assessmentblatt neben laufenden Evaluierungen auch für die Erstellung von Zielplanungen, Stellungnahmen und Berichten herangezogen. Gleichzeitig dokumentiert und ordnet es die wesentlichen Daten und Fakten der KlientInnen. Nicht zuletzt ergibt sich durch die intensive Betreuungsphase am Anfang der Zusammenarbeit von BetreuerIn und BewohnerIn, die gekennzeichnet ist von ehrlich gezeigtem Interesse, die Möglichkeit in eine vertrauensvolle und wertschätzende Beziehung zu starten.

8 Resümee

Nach der intensiven Beschäftigung mit dem Thema wurde mir erneut die Wichtigkeit der ersten Zeit in einer Wohneinrichtung bewusst. Nicht nur seitens des/der BewohnerIn, sondern auch für das BetreuerInnen-Team eröffnet sich eine Situation mit vielen Neuerungen und Herausforderungen. Eine gelungene Anamnesephase bietet den PädagogInnen die Möglichkeit professionelle Arbeit zu leisten und die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung zu den KlientInnen zu schaffen. Ein verantwortungsvoller und wertschätzender Umgang mit den Geschichten und Daten der Frauen und Männer ist dafür die Voraussetzung. Anamnese löst weder Probleme noch ersetzt sie Beziehungsarbeit. Es soll somit hier erneut eindrücklich darauf hingewiesen werden, dass das erstellte Anamneseverfahren lediglich den Ausgangspunkt für eine weitere Fallbeschreibung und Fallbearbeitung markiert.

Der positive Verlauf meiner ersten Testung des Verfahrens in der Praxis bestärkte mich, die erstellten Anleitungen und Vorlagen dem gesamten BetreuerInnen-Team meiner Einrichtung in Zukunft zur Verfügung zu stellen. Unter Berücksichtigung der Erfahrung und des Wissens der KollegInnenschaft kann der Anamneseprozess um weitere Methoden ergänzt und je nach Anforderung auf die speziellen Bedürfnisse der KlientInnen adaptiert werden. So bildet meine Arbeit lediglich den Anstoß für einen Prozess der Evaluierung und Weiterentwicklung der Eingangsphase im Trainingswohnen und Teilzeitbetreuten Wohnen, mit ihren speziellen Methoden und Erfordernissen. Alle zur Durchführung des gesamten Verfahrens benötigten Formulare finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Literaturverzeichnis

Aichele, Valentin (2016): Behindertenrechtskonvention. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/Bleidick, Ulrich/ Antor, Georg (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag Kohlhammer, S. 456-457.

Adler, Helmut (2004): Das Person-in-Environment-System (PIE). Vorteile einer eigenständigen, standardisierten Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 165-182.

Beck, Iris (2016): Normalisierung, Lebensqualität. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/Bleidick, Ulrich/ Antor, Georg (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag Kohlhammer, S. 154-158.

Biewer, Gottfried (2013): Behinderung und Klassifikation unter Berücksichtigung kultureller und gesellschaftlicher Aspekte. In: Schwab, Susanne/Gebhardt, Markus/Ederer-Fick, Elfriede/Gasteiger-Klicpera, Barbara (Hrsg.): Theorien, Konzepte und Anwendungsfelder der inklusiven Pädagogik. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, S. 25-37.

Bigger, Alois/**Strasser**, Urs (2005): Behindertenpädagogische Diagnostik bei schweren Formen geistiger Behinderung. In: Stahl, Burkhard/Irblich, Dieter (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 245-268.

Bleidick, Ulrich (2016): Sonderpädagogik. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/ Bleidick, Ulrich/ Antor, Georg (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag Kohlhammer, S. 172-174.

Bleidick, Ulrich (2016) (1): Behindertenpädagogik. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/Bleidick, Ulrich/ Antor, Georg (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag Kohlhammer, S. 103-107.

Borchert, Johann (2007): Sonderpädagogische Grundfragen. In: Borchert, Johann (Hrsg.): Einführung in die Sonderpädagogik. München/Wien: Oldenburg Verlag, S. 1-38.

Braun, Andrea/**Graßhoff**, Gunter/**Schweppe**, Cornelia (2011): Sozialpädagogische Fallarbeit. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Bundschuh, Konrad (2012): Systeme – Inklusion – Betroffene. Grenzen und Möglichkeiten der Verwirklichung. In: Breyer, Cornelius/ Fohrer, Günther/Goschler, Walter/Heger, Manuela/Kießling, Christina/Ratz, Christoph (Hrsg.): Sonderpädagogik und Inklusion. Oberhausen: Athena, S. 101-114.

Bundschuh, Konrad (2010): Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Bundschuh, Konrad (2007): Diagnostik/Förderdiagnostik. In: Bundschuh, Konrad/Heimlich, Ulrich/Krawitz, Rudi (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Bad Heilbrunn, Verlag Julius Klinkhardt, S. 48-52.

Bundschuh, Konrad/Heimlich, Ulrich (2007): Behinderung. In: Bundschuh, Konrad/Heimlich, Ulrich/Krawitz, Rudi (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 33-35.

Bundschuh, Konrad/Heimlich, Ulrich/Krawitz, Rudi (2007): Integrationspädagogik/Inklusive Pädagogik. In: Wörterbuch Heilpädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 141-145.

Bürli, Alois (2016): Inklusion historisch: Integration und Inklusion. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/ Bleidick, Ulrich/ Antor, Georg (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag Kohlhammer, S. 126-132.

Buttner, Peter/Knecht, Alban (2008): Soziale Diagnostik und Klassifikation. In: Soziale Arbeit, 57. Jg., Sept 2008, S. 343-349.

Dederich, Markus (2016): Behinderung. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/ Bleidick, Ulrich/ Antor, Georg (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag Kohlhammer, S. 107-110.

Ellger-Rüttgardt, Sieglind (2001): Rehabilitation. In: Antor, Georg/ Bleidick, Ulrich (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag Kohlhammer, S. 92-94.

Feyerer, Ewald (2013): Pädagogische Diagnostik und Beurteilung als wesentliche Bestandteile einer inklusiven Pädagogik. In: Schwab, Susanne/Gebhardt, Markus/Ederer-Fick, Elfriede/Gsteiger-Klicpera, Barbara (Hrsg.): Theorien, Konzepte und Anwendungsfelder der inklusiven Pädagogik. Wien: Facultas Verlag, S. 69-82

Fornefeld, Barbara (2000): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Glinka, Hans-Jürgen (2005): Biographie. In: Ott, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Kriftel: Luchterhand, S. 207-220.

Göttgens, Christina/Schröder, Martin (2014): Die ICF als Schlüssel für eine gelingende Interdisziplinäre Zusammenarbeit. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, Jg. 65, H. 1, S. 28-38.

Gramp, Gerd (2005): Behindertenpädagogische Diagnostik in der Rehabilitation erwachsener geistig behinderter Menschen. In: Stahl, Burkhard/Irblich, Dieter (Hrsg.):

Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 267-291.

Heiner, Maja (2005): Diagnostik: psychosoziale. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 253-265.

Horňáková, Marta/**Ondracek**, Petr (2007): Ausgewählte Aspekte klassischer Diagnostik. In: Ondracek, Petr /Stömer, Norbert (Hrsg.): Diagnostik und Planung. Berlin: Frank & Timme GmbH, S. 21-34.

ICD 10 (2017): Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen. In: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f70-f79.htm> [12.12.2016]

Jakobs, Silke (2005): Über die Unmöglichkeit einer Sozialen Diagnose. Diagnostizieren in der Sozialen Arbeit ist ein Prozess, an dessen Ende keine Diagnose steht. In: Soziale Arbeit, 54. Jg., August 2005, S. 282-288.

Kemmler, Lilly (1980): Die Anamnese in der Erziehungsberatung. Die Praxis der Anamneserhebung und –auswertung für Psychologen, Sozialarbeiter, Ärzte und Pädagogen mit einem Anhang über Gutachtenabfassung. Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Hans Huber.

Kurth, Erich (1999): Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik. In: Borchert, Johann (Hrsg.): Sonderpädagogische Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 249-260.

Klenoský, Libor/**Ondracek**, Petr (2007): Beobachtung. In: Ondracek, Petr /Stömer, Norbert (Hrsg.): Diagnostik und Planung. Berlin: Frank & Timme GmbH, S. 102-108.

LEVO (2013): Leistungsarten der klassischen Behinderung. In: http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11953848_5372/dd8719c5/LEVO-StBHG_Anlage%201%20idF%20LGB1%202013_50.pdf [24.03.2017]

Lindmeier, Christian (2004): Biographiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Löcherbach, Peter (2004): Assessment im Case Management und sozialpädagogische Diagnostik. In: Schrapper, Christian (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe. Anforderungen, Konzepte, Perspektiven. Weinheim und München: Jeventuta, S. 69-83.

MonitoringAusschuss.at (2016): Stellungnahme De-Institutionalisierung. In: <https://monitoringausschuss.at/stellungnahmen/de-institutionalisierung-28-11-2016/> [31.03.2017]

Müller, Burkhard (2008): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 5. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Müller, Matthias (2010): Drei Dimensionen Sozialpädagogischer Familienhilfe. In: Michel-Schwartz, Brigitte (Hrsg.): „Modernisierungen“ Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag, S. 205-231.

Mührel, Eric (2005): Verstehen als Grundvoraussetzung für eine Soziale Diagnose. In: Sozialmagazin, 30. Jg. H. 7-8, S. 32-36.

Nußbeck, Susanne (2008): Psychologisch-pädagogische Diagnostik im Förderschwerpunkt „Geistige Behinderung“. In: Nußbeck, Susanne/Biermann, Adrienne/Adam, Heidemarie (Hrsg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Handbuch Sonderpädagogik. Band 4. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG, S. 227-250.

Pantucek, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag.

Pantucek, Peter (2005): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag.

Ritscher, Wolf (2004): Prinzipien und Verfahren systematischer Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In: Heiner, Maja (Hrsg.): Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, S. 68-84.

Rothe, Marga (2011): Sozialpädagogische Familien- und Erziehungshilfe. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Schrappner, Christian (2008): Diagnostik, sozialpädagogische und Fallverstehen. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgabe, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 197-205.

Seidel, Michael (2005): Grundlagen medizinischer Diagnostik. In: Stahl, Burkard/Irblich, Dieter (Hrsg.): Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen: Hogrefe, S. 289-317.

Speck, Otto (2016): Heilpädagogik. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/ Bleidick, Ulrich/ Antor, Georg (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag Kohlhammer, S. 124-126.

Sozialministerium Österreich (2016): UN-Behindertenrechtskonvention. In: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19> [31.03.2017]

Stimmer, Franz (2000): Anamnese. In: Stimmer, Franz (Hrsg.): Lexikon der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. München/Wien: Oldenbourg, S. 31.

Thesing, Theodor (1989): Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Tillmann, Klaus-Jürgen (2016): Sozialisation. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/Bleidick, Ulrich/Antor, Georg (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 89-94.

Uhlendorff, Uwe (1999): Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnosen. In: Peters, Friedheim (Hrsg.): Diagnosen-Gutachten-hermeneutisches Fallverstehen. Rekonstruktive Verfahren zur Qualifizierung individueller Hilfeplanung. Regensburg: Walhalla Fachverlag, S. 126-142.

Wacker, Elisabeth (2016): Wohnen. In: Dederich, Markus/Beck, Iris/ Bleidick, Ulrich/Antor, Georg (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Stuttgart/Berlin/Köln: Verlag Kohlhammer, S. 305-310.

Wensierski, Hans-Jürgen v. (2010): Rekonstruktive Sozialpädagogik. In: Bokc, Karin/Miethe, Ingrid (Hrsg.): Handbuch Qualitative Methoden in der Sozialen Arbeit. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich, S. 174-182.

WHO (2005): In: http://www.soziale-initiative.net/wp-content/uploads/2013/09/icf_endfassung-2005-10-01.pdf [05.03.2017]

Vojtová, Vera (2007): Vernetzung in Systemen. In: Ondracek, Petr /Stömer, Norbert (Hrsg.): Diagnostik und Planung. Berlin: Frank & Timme GmbH, S. 90-102.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wolfensbergers Weiterentwicklung des Normalisierungsprinzips	15
Abbildung 2: Person In Environment (PIE): Faktor 1-4 Probleme in Rollen.....	45
Abbildung 3: ICF: Komponentenaufteilung.....	49
Abbildung 4: ICF: Wechselwirkung der Aktivitäten.....	50
Abbildung 5: Vergleich: Biographische Forschung vs. Biographische Diagnostik	56
Abbildung 6: Status- oder Selektionsdiagnostik vs. Förder- oder Prozessdiagnostik	61
Abbildung 7: Chronologie der anamnestischen Fragestellung	73
Abbildung 8: Einschätzung der alltagsbezogenen Aspekte	98
Abbildung 9: Einschätzung der persönlichkeitsbezogenen Aspekte	100
Abbildung 10: Einschätzung der familiären Ressourcen.....	102
Abbildung 11: Einschätzung der personellen Ressourcen.....	102

Anhang I – Checkliste der Dokumente/Nachweise/Gutachten

Checkliste der Dokumente/Nachweise/Gutachten

Grundsätzlich werden alle Unterlagen kopiert und gescannt. Die Kopie muss in die BewohnerInnenmappe eingeordnet und als Scann digital gespeichert werden.

Dokumente

- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Geburtsurkund
- Meldezettel
- Passfotos
- Reisepass/Personalausweis
- Behindertenausweis

Finanzielle Unterlagen

- Bestätigung Familienbeihilfe
- Einkommensnachweis/Lehrlingsentschädigung
- Nachweis Werkstätten-Entgelte bzw. Taschengeld
- Lebensunterhalt-Bescheid
- Bedarfsorientierte Mindestsicherung
- AMS-Bezug/Notstandsnachweis (bei arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen oder Arbeitslosigkeit)
- Nachweis Waisenpension
- Pensionsnachweis inkl. Ausgleichszulage
- Pflegegeldnachweis

Gutachten/Diagnosen

- Psychologisch/psychiatrische Gutachten/Diagnosen
- Clearing Bericht

Andere Unterlagen

- Nachweis Sachwalterschaft

Anhang II – Notfallblatt

Notfallblatt					
Name		Telefonnr.			
Anschrift					
Geburtsdatum		Versicherungsnr.			
Krankenkasse		<input type="checkbox"/> selbstversichert <input type="checkbox"/> mitversichert			
mitversichert mit:	Anschrift:				
Pflegestufe		genehmigt bis			
Mobilität	<input type="checkbox"/> Ohne Hilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Krücken <input type="checkbox"/> Andere Gehhilfen:				
Sachwalterschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Name des/der SW:			
		Anschrift	Telefonnr.		
			e-mail		
Wichtige Kontakte					
Name	Anschrift		Telefon		
Diagnosen (medizinische, psychiatrische)		erstellt von		Datum	
		erstellt von		Datum	
		erstellt von		Datum	
		erstellt von		Datum	
Aktuelle Medikation	Medikament in mg	Einnahmezeitpunkt			
	_____	0-0-0-0			
	_____	0-0-0-0			
	_____	0-0-0-0			
	_____	0-0-0-0			
	_____	0-0-0-0			
	_____	0-0-0-0			

Anhang III – Gesundheitsblatt

Gesundheitsblatt				
HausärztIn	Name			
	Anschrift			
	letzter Besuch am		Grund des Besuchs	
NeurologIn/ PsychiaterIn	Name			
	Anschrift			
	letzter Besuch am		Grund des Besuchs	
ZahnärztIn	Name			
	Anschrift			
	letzter Besuch am		Grund des Besuchs	
FrauenärztIn	Name			
	Anschrift			
	letzter Besuch am		Grund des Besuchs	
Andere wichtige ÄrztInnen/TherapeutInnen				
	Name			
	Anschrift			
	letzter Besuch am		Grund des Besuchs	
	Name			
	Anschrift			
	letzter Besuch am		Grund des Besuchs	
Stationäre Aufenthalte				
Einrichtung/Klinik		Grund des Aufenthalts		Zeitraum des Aufenthalts

Anhang IV – BewohnerInnen-Anamnesebogen

BewohnerInnen-Anamnesebogen

Datum: _____

Ort: _____

BewohnerIn: _____

BetreuerIn: _____

Einstieg

Erzählen Sie mir davon, wie es Ihnen hier nach den ersten Wochen im Trainingswohnen gefällt! Was gefällt Ihnen gut, was gefällt Ihnen dir weniger gut?

Wie verstehen Sie sich mit deinen MitbewohnerInnen?

Vorherige Wohnsituation

Wo haben Sie zuletzt gewohnt?			
<input type="checkbox"/> bei den Eltern		<input type="checkbox"/> in einer eigenen Wohnung	
<input type="checkbox"/> in einer WG			
<input type="checkbox"/> in einer Einrichtung: _____			
Art der Wohnform:		<input type="checkbox"/> Vollzeitbetreutes Wohnen	
		<input type="checkbox"/> Trainingswohnen	
		<input type="checkbox"/> Teilzeitbetreutes Wohnen	
<input type="checkbox"/> sonstige Wohnform: _____			
Wer hat in diesem Haushalt noch gelebt?			
Name d. Person		Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis	
Name d. Person		Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis	
Name d. Person		Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis	
Name d. Person		Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis	
Gab es eine Betreuung/Unterstützung in der Familie?		In welchem Stundenausmaß wurde die Wohnbetreuung in Anspruch genommen?	
<input type="checkbox"/> Pflegedienst	<input type="checkbox"/> WASS	<input type="checkbox"/> FED	<input type="checkbox"/> Persönliche Assistenz
<input type="checkbox"/> FZA	<input type="checkbox"/> MSB	<input type="checkbox"/> andere: _____	
Stundenausmaß:			
BetreuerInnen:			

Wie hat Ihr Zimmer ausgesehen? Mit wem haben Sie Ihr Zimmer geteilt?	
Was hat Ihnen zu Hause gefallen und was weniger?	
Wie war Ihr Kontakt zu den Nachbarn und anderen Leuten, die in der Nähe wohnten?	
Warum wollen Sie jetzt hier wohnen? Erzählen Sie mir, wie es zur Entscheidung gekommen ist, bei uns einzuziehen!	

Familienanamnese

Mit welchen Personen aus der Familie hatten Sie engeren Kontakt?

Mutter Vater Großeltern: _____

Urgroßeltern: _____

andere Verwandte: _____

Geschwister

Anzahl der Geschwister: _____

Name und Geburtsdatum: _____

Wie würden Sie die Art der Beziehung zu den einzelnen Personen beschreiben?

Gesundheit und Krankheit in der Familie

Ist es einmal vorgekommen, dass jemand in der Familie sehr krank war oder gestorben ist?

- nein
- ja

Wer: _____

Was ist passiert und wie ist es dir danach ergangen?

Welche Veränderungen in der Familienkonstellation gab es im Laufe deines Ihres Lebens?

Wie haben sich diese Veränderungen für Sie angefühlt?

Hat es noch andere Leute in der Familie gegeben, von denen Sie erzählen möchten?

Welche gemeinsamen Aktivitäten und Spiele haben Sie in der Familie unternommen/gespielt?

Krankheitsanamnese

Mussten Sie schon einmal operiert werden? Wenn ja: Wissen Sie wann das war? Was hat sich danach verändert?

Erzählen Sie mir, wer sich um Sie gesorgt hat, als Sie krank waren!

Schule und Ausbildung

Art/Form	Name/Ort der Schule	Zeitraum
Kindergarten		
Volksschule		
Sonderschule		
Polytechnikum		
Lehre/Berufsschule/TQL		
Wie haben Sie Ihre Schulzeit in Erinnerung?		
Wie kamen Sie mit Ihren MitschülerInnen zurecht?		

Welche Freundschaftsverhältnisse sind während der Schulzeit entstanden?	
Was waren Ihre Lieblingsfächer und welche haben Ihnen weniger gefallen?	

Freizeit

Was machen Sie gerne in Ihrer Freizeit? Wie haben Sie Ihre Freizeit bisher gestaltet?	
Sind Sie Mitglied in einem Verein?	

Erzählen Sie mir etwas über Ihre Freunde und Freundinnen! (Wie oft treffen Sie sie? Welche Aktivitäten unternehmen Sie mit ihnen?)	
Haben Sie eine Partnerin oder einen Partner?	
Gibt es etwas, dass Sie unbedingt einmal unternehmen möchten? (Reise, Ausflug, sportliche Aktivitäten etc.)	

Ernährung	
Was können Sie bereits selber kochen?	
Was ist Ihr Lieblingsessen?	
Gibt es Speisen, die Sie gar nicht mögen? Und gibt es Speisen die nicht vertragen?	
Was möchten Sie bezüglich der Ernährung/des Kochens noch lernen?	

Soziales Verhalten

Wie gut kommen Sie mit anderen Menschen zurecht?

Was müssen andere tun, damit Sie sich ärgern?

Hatten Sie schon einmal BetreuerInnen (zu Hause, in der Arbeit, Freizeit)? Wenn ja: Wie gut kommen Sie mit BetreuerInnen zurecht? Verstehen Sie sich besser mit männlichen oder mit weiblichen BetreuerInnen?

Finanzen

Wie sind Sie bisher mit Ihrem (Taschen)-Geld ausgekommen?
Borgen Sie manchmal anderen Leuten Geld?

Haben Sie eine/n Sachwalter/in? Wenn ja: Wie verstehen Sie sich mit ihm/ihr? Wie bekommen Sie Ihr Geld?

Worin hätten Sie gerne Unterstützung von den BetreuerInnen?

Arbeit und Beschäftigung

Bisherige Berufs- oder Beschäftigungserfahrungen			
Einrichtung + Ort	Maßnahme	Tätigkeitsfeld	Zeitraum
<input type="checkbox"/> noch keine Erfahrungen			
Welche Arbeit würden Sie gerne machen? Oder sind Sie zufrieden mit Ihrer jetzigen Tätigkeit?			
Was können Sie gut in der Arbeit?			

Was glauben Sie nicht so gut zu können?

Wie verstehen/verstanden Sie sich mit Ihren
ArbeitskollegInnen?

Abschluss

Gibt es noch etwas, dass Sie erzählen möchten?

Anhang V – Angehörigen-Anamnesebogen

Angehörigen-Anamnesebogen

Datum: _____

Ort: _____

Durchführende Personen: _____

Betrifft BewohnerIn: _____

Einstieg

Schildern Sie Ihren Eindruck von Ihrem Kind nach den ersten Wochen des Trainingswohnens!

Erzählen Sie mir aus Ihrer Sicht den Grund oder die Gründe, weshalb er/sie sich für das Trainingswohnen entschieden hat!

Gesundheitsanamnese

Operationen		
Art der Operation	Zeitpunkt/Alter d. KlientIn	Veränderung im gesundheitlichen Zustands und/oder im Verhalten

Seit wann wurde der/die KlientIn medikamentös eingestellt?			
Gab es im Laufe des Lebens Umstellungen in der Medikation? Wann waren diese und welche Gründe gab es dafür?			
Medikament	Zeitpunkt	Grund	Art der Veränderung
			<input type="checkbox"/> Neueinführung <input type="checkbox"/> Absetzung <input type="checkbox"/> Änderung der Dosierung
			<input type="checkbox"/> Neueinführung <input type="checkbox"/> Absetzung <input type="checkbox"/> Änderung der Dosierung
			<input type="checkbox"/> Neueinführung <input type="checkbox"/> Absetzung <input type="checkbox"/> Änderung der Dosierung
			<input type="checkbox"/> Neueinführung <input type="checkbox"/> Absetzung <input type="checkbox"/> Änderung der Dosierung
Wie haben sich die Medikamentenumstellungen auf den gesundheitlichen Zustand ausgewirkt?			

Wie war der gesundheitliche Entwicklungsverlauf von der Schwangerschaft bis zur Einschulung?

Wie war der gesundheitliche Entwicklungsverlauf von der Einschulung bis jetzt?

Gesundheit und Krankheit in der Familie

Gibt es Familienangehörige mit schweren/chronischen Krankheiten oder Behinderungen?

- nein
- ja

Wer: _____

Krankheit/Behinderung: _____

Wer: _____

Krankheit/Behinderung: _____

Wer: _____

Krankheit/Behinderung: _____

Gab es Unfälle, Operationen oder andere einschneidende Erlebnisse in der Familie?
Wie haben sich diese Ereignisse auf den/die BewohnerIn ausgewirkt?

Wohnsituation

Wo war der letzte Wohnsitz vor dem Einzug ins Trainingswohnen?

- bei den Eltern in einer eigenen Wohnung
- in einer WG
- in einer Einrichtung: _____
- Art der Wohnform: Vollzeitbetreutes Wohnen
 Trainingswohnen
 Teilzeitbetreutes Wohnen
- sonstige Wohnform: _____

Wer hat im gleichen Haushalt gelebt?			
Name d. Person		Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis	
Name d. Person		Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis	
Name d. Person		Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis	
Name d. Person		Verwandtschafts-/ Beziehungsverhältnis	
Bitte beschreiben Sie mir die Wohnverhältnisse (Haus/Wohnung, Größe, eigenes Zimmer, Privatsphäre etc.)!			
Wie würden Sie den Kontakt zu den NachbarInnen beschreiben?			

Wie wurden die Dienstleistungen und Angebote in der Umgebung genutzt (Einkaufen, Veranstaltungen, Jugendzentren, Vereine etc.)?

Gab es Umzüge im Laufe der Zeit?
Wenn ja, wie haben sich die Umzüge ausgewirkt (gesundheitlicher Zustand, Beziehungsabbrüche, Verhalten etc.)?

Familienanamnese

Mit welchen Familienmitgliedern hatte der/die BewohnerIn einen engeren Kontakt?

Mutter Vater Großeltern: _____

Urgroßeltern: _____

andere Verwandte: _____

Geschwister

Anzahl der Geschwister: _____

Name und Geburtsdatum: _____

Gab es wichtige Bezugspersonen außerhalb der Familie? Wenn ja, wie würden Sie diese Beziehung beschreiben und ist sie immer noch aufrecht?

Beziehungen in der Familie	
Beschreiben Sie die Beziehung zwischen dem/der BewohnerIn und der Mutter!	
Beschreiben Sie die Beziehung zwischen dem/der BewohnerIn und dem Vater!	
Beschreiben Sie die Beziehung zwischen dem/der BewohnerIn und den Großeltern!	

Beschreiben Sie die Beziehung zwischen dem/der BewohnerIn und den Geschwistern!

Welche gemeinsamen Aktivitäten und Spiele wurden innerhalb der Familie unternommen/gespielt?

Wann kam es vermehrt zu Konfliktsituationen?

Schule/Ausbildung

Wie würden Sie aus Ihrer Sicht das Verhältnis zu den MitschülerInnen beschreiben?

Wie haben sich Freundschaftsbeziehungen entwickelt?

Welche Probleme gab es in der Schule?

Von welchen positiven Schulerfahrungen können Sie erzählen?

Persönliche Entwicklung

Gefühle			
Gefühlsage	Mögliche Auslöser	Reaktion	Intervention
Wut			
Überforderung			
Angst			
Wohlbefinden			
Soziales Verhalten			
Wie verhält sie der/die BewohnerIn in einer Gruppe?			
Wie würden Sie sein/ihr Konfliktlösungspotential einschätzen?			

Wie würden Sie das Verhalten gegenüber unbekanntem Personen beschreiben?	
Erzählen Sie von Erfahrungen in Beziehungsverhältnissen zu BetreuerInnen (Arbeit, Freizeit, Familienentlastung etc.)!	
Können Sie etwas über seine/ihre FreundInnen erzählen?	

Gab/gibt es Liebesbeziehungen?

Lebenspraktisches

Wie ausgeprägt war die bisherige Unterstützung in Hygiene-Angelegenheiten? (Erinnerung ans Duschen/Zähne putzen; Wäsche waschen; Hygiene am WC etc.)

Wie würden Sie die Fähigkeiten im Umgang mit Geld einschätzen? (Einteilung vom Taschengeld, Geld borgen, Verschuldung, Kaufsucht etc.)

Beschreiben Sie die Alltagsroutinen und deren Bewältigung (Aufstehen, Frühstück richten, pünktliches Erscheinen in der Arbeit, Abendhygiene, Mahlzeiten einnehmen, Schlafen gehen etc.)!

Wie schätzen Sie seine/ihre Orientierung im öffentlichen Raum und den Grad der Mobilität ein?

Wo würde er/sie aus Ihrer Sicht Unterstützung in alltäglichen Aufgaben brauchen?

Arbeit und Beschäftigung

Bisherige Berufs- oder Beschäftigungserfahrungen			
Einrichtung + Ort	Maßnahme	Tätigkeitsfeld	Zeitraum
<input type="checkbox"/> noch keine Erfahrungen			
Wie würden Sie seine/ihre Motivation einer Arbeit nachzugehen einschätzen?			
Wie schätzen Sie seine/ihre Stärken und Schwächen ein?			

Welche Erfahrungen wurden im Umgang mit ArbeitskollegInnen gemacht?

Abschluss

Welche Wünsche, Anregungen oder Fragen an uns haben Sie noch?

Anhang VI – Assessmentblatt

Assessmentblatt Trainingswohnen und Teilzeittretures Wohnen							
BewohnerIn		erstellt von			erstellt am		
1. Alltagsbezogene Aspekte	Betreuungsbedarf				Tendenz	Informationen	Benötigte Interventionen
Wohnraumgestaltung/ Ordnung im Zimmer	Sehr hoch	mittel	gering	Sehr	< = > >> !	Daten und Fakten	laufende und geplante Maßnahmen/ Unterstützungen
Finanzielle Angelegenheiten							
Alltagsorganisation							
Ernährung							
Hygiene							
Kleidung/ Erscheinungsbild							
Mobilität/ Öffentlicher Verkehr							
Medizinische Aspekte Gesundheit							
Behördengänge							
Kulturtechniken							
Gestaltung der Freizeit							
Arbeit							

2. Persönlichkeits- bezogene Aspekte	Grad des Persönlichkeitsmerkmals					Information Beschreibung des Merkmals	Benötigte Intervention laufende und geplante Maßnahmen/Unterstützungen
	Sehr hoch	hoch	mittel	gering	Sehr gering		
Selbstvertrauen							
Selbstdisziplin							
Motivation							
Konfliktfähigkeit							
Kritikfähigkeit							
Kooperations- bereitschaft							

3.1. Personelle Ressourcen (Familie)	Kontakt				Einflusswirkung	Tendenz Information Kurzbeschreibung des Beziehungsverhältnisses	Benötigte Intervention laufende und geplante Maßnahmen/Unterstützungen
	intensiv	regelmäßig	selten	kein Kontakt			
Mutter:					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
Vater:					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
Großmutter:					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
Andere Verwandte					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		

3.2. Personelle Ressourcen (FreundInnen/Bekanntete)	Kontakt				Einflusswirkung	Tendenz Information Kurzbeschreibung des Beziehungsverhältnisses	Benötigte Intervention laufende und geplante Maßnahmen/Unterstützungen
	intensiv	regelmäßig	selten	kein Kontakt			
Name:					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
Name:					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
Name:					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		

3.3. Personelle Ressourcen (Professionelle Beziehung)	Kontakt				Einflusswirkung	Tendenz Information Kurzbeschreibung des Beziehungsverhältnisses	Benötigte Intervention laufende und geplante Maßnahmen/Unterstützungen
	intensiv	regelmäßig	selten	kein Kontakt			
ArbeitsbetreuerIn:					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
TherapeutIn					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
SachwalterIn					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
FreizeitassistentIn					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
Andere							
					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		
					<input type="checkbox"/> fördernd <input type="checkbox"/> hemmend <input type="checkbox"/> unklar		