

**2018**

**Die Selbstbestimmung des Klienten in der ambulanten Assistenz in Osnabrück Stadt und dem Landkreis Osnabrück**

**Bachelor – Thesis**

**Sozialpädagogik**

**t.amm. 37489**

Mara Rink

131774

Saxion University of Applied Sciences

Georgsmarienhütte, 25.05.2018

# Die Selbstbestimmung des Klienten in der ambulanten Assistenz in Osnabrück Stadt und dem Landkreis Osnabrück.

Segen oder Fluch? Ein Ist-Zustand.

Mara Rink

131774

Bachelor-Begleiter: Lutz Siemer

Saxion University of Applied Sciences

Georgsmarienhütte, 25.05.2018

Da diese Arbeit in einer gendgerechten Sprache verfasst sein soll, wird das geschriebene Wort i.d.R. neutralisiert, d.h. dass die Worte durch substantivierte Partizipien ersetzt werden, wie zB. Teilnehmerinnen/Teilnehmer wird zu Teilnehmende. Stört dies den Lesefluss erheblich oder ist eine Neutralisierung nicht möglich, wird die männliche Form genommen, ohne eine Bewertung vorzunehmen oder zu diskriminieren. Es sind selbstverständlich Menschen aller Geschlechtszugehörigkeiten gemeint.

## Danksagung

“Snowflakes are one of nature´s most fragile things, but just look what they can do when they stick together”

(Verna M. Kelly, zitiert nach Clinton, 1996, S. 20).

Nun, da meine Bachelor-Thesis fertig ist, ist es an der Zeit, die Menschen zu erwähnen, die mich auf vielen unterschiedlichen Wegen unterstützt, motiviert und begleitet haben:

Sascha, mein Mann, der nicht nur meine emotionalen Krisen auffangen musste, sondern auch durch so manche hitzige Diskussionen zur Klärung schwieriger Fragen beigetragen hat.

Marie, meine Tochter, die in der Zeit des Schreibens so viel zurückstecken musste und mich immer wieder charmant daran erinnerte, warum ich diesen steinigen Weg gegangen bin.

Tanja, meine Schwester, die sowohl moralische als auch seelische Unterstützung war und ebenfalls meine emotionalen Krisen abfangen musste.

Anne, die unermüdlich versucht hat, meinen inneren Perfektionisten zu bremsen und mich so manches Mal auf den Boden der Tatsachen zurückgeholt hat.

Narvin und Ismael, die hilfreiche und konstruktive Kritik äußerten und immer motivierende Worte für mich fanden.

Meine Fachdozenten und Begleiter Lutz und Udo, die mir wertvolle Anregungen mit auf den Weg gaben und manchmal auch meinen Blick zurechtgerückt haben.

Euch allen sage ich ein großes Dankeschön, dass ihr mich begleitet habt, meine Launen ertragen und einen großen Teil dazu beigetragen habt, mir meinen Wunsch zu erfüllen und ich jetzt da stehen darf, wo ich immer hin wollte.

Danke, ihr seid meine Schneeflocken!

Mara

## **Vorwort**

Diese Arbeit stellt nun den Abschluss meines Sozialpädagogikstudiums dar. Damit dieser Abschluss kein notwendiges Übel neben Beruf und Familie wird, habe ich eine Thematik gewählt, die sowohl für mich spannend als auch für meine Arbeit als Sozialpädagogin relevant ist: die Selbstbestimmung der Klienten in der ambulanten Hilfe. Ich arbeite bereits seit fast zwei Jahren in der ambulanten Hilfe – vor mehreren Jahren bereits in der Ambulanten Jugendhilfe, nun seit fast zwei Jahren in der Ambulanten Assistenz für erwachsene Menschen mit psychischen Behinderungen.

Immer wieder ist mir während meiner Praxis aufgefallen, dass es Sozialpädagogen manchmal nicht recht gelingen mag, dem Klienten seine Selbstbestimmung zu gewähren. Stattdessen wurde eher im Sinne des Pädagogen gehandelt – oder so, wie der Pädagoge meint, dass es richtig ist – fachlich argumentiert oder nicht, es wurde gehandelt – egal, ob der Klient es wollte oder nicht. Etwas für andere über den Kopf hinweg zu entscheiden fällt leicht. Jedoch fällt es psychisch kranken Menschen nicht leicht, sich gegen Entscheidungen, die gegen ihren Willen getroffen wurden, zu wehren. Unsere Klienten sind die Experten, die uns genau Auskunft darüber geben können, was sie brauchen, was wir tun können.

Da ich persönlich sehr selbstbestimmt bin, diese Haltung auch vertrete und auch jedem anderen Menschen – insbesondere meinen Klienten, die ich betreue, zugestehe, lag meine Motivation für dieses Thema immens hoch. Die in der vorangegangenen Forschung gewonnenen Erkenntnisse sind nicht nur relevant für meine Arbeit als Sozialpädagogin, sondern auch für den Bereich der ambulanten Hilfe. Meine Intention dieses Thema zu wählen lag darin zu ergründen, wie das Erleben der Selbstbestimmung der Klienten ist und ob die Ambulanten Assistenzen an sich arbeiten können und grundlegende Strukturen verändern sollten. Die Selbstbestimmung der Klienten – Segen oder Fluch?

## **Abstract**

The present bachelor thesis deals with the topic self-determination of clients in outpatient assistance. This qualitative study addresses the question of what self-determination means for the client in outpatient assistance, what emphasis the subject has for the client and how the client in outpatient assistance experiences self-determination.

The question of self-determination of clients in social work is increasingly coming into focus not least due to the Code of Ethics of the DBSH (professional organisation and trade union for social work in Germany). Self-determination follows the principles of human dignity and is anchored in the Basic Law (German Constitution) and thus a fundamental right of every human being. The aim of this qualitative research is to gain insights into how the client of *ABC-Betreuungen* - here representing all outpatient assistances in the city and district of Osnabrück - experiences self-determination, especially in outpatient assistance. On the basis of these data it should be clarified whether the work of the outpatient assistance needs to change.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>THEORETISCHER RAHMEN</b> .....	<b>2</b>
2.1	AMBULANTE ASSISTENZ AM BEISPIEL ABC-BETREUUNGEN.....	2
2.2	PÄDAGOGISCHES LEITBILD.....	6
2.3	DEFINITION SELBSTBESTIMMUNG.....	7
2.3.1	<i>Definition Erleben</i> .....	10
2.4	BEHINDERUNG UND MENSCHENWÜRDE.....	10
2.5	GESETZ ZUR STÄRKUNG DER TEILHABE UND SELBSTBESTIMMUNG VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN - BUNDESTEILHABEGESETZ.....	12
2.5.1	<i>Veränderungen/Neu</i> .....	14
2.6	PERSÖNLICHES BUDGET UND AMBULANTE ASSISTENZ.....	17
2.7	RELEVANZ FÜR DIE SOZIALE ARBEIT.....	19
<b>3</b>	<b>FORSCHUNGSRAHMEN</b> .....	<b>19</b>
3.1	WARUM ABC-BETREUUNGEN?.....	20
3.2	DATEN DER TEILNEHMENDEN.....	20
3.3	ZIELE DER FORSCHUNG.....	22
3.4	STRATEGIE, DESIGN UND METHODE DER FORSCHUNG.....	23
3.4.1	<i>Empirische Querschnittsuntersuchung</i> .....	24
3.5	FORSCHUNGSINSTRUMENT.....	24
3.6	AUSWERTUNG DER FRAGEBÖGEN.....	25
<b>4</b>	<b>DARSTELLUNG DER FORSCHUNGSERGEBNISSE</b> .....	<b>26</b>
4.1	BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE.....	26
4.2	GENÜBERSTELLUNG VOR UND WÄHREND DER INANSPRUCHNAHME DER AMBULANTEN ASSISTENZ.....	27
4.3	VOR DER INANSPRUCHNAHME DER AMBULANTEN ASSISTENZ.....	28
4.4	WÄHREND DER INANSPRUCHNAHME DER AMBULANTEN ASSISTENZ.....	28
4.5	WÜNSCHE DER KLIENTEN.....	30
<b>5</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN</b> .....	<b>30</b>
5.1	TEILFRAGE 1: IST COACHING IN DER AMBULANTEN ASSISTENZ SINNVOLL?.....	30
5.2	TEILFRAGE 2: IST DIE SELBSTBESTIMMUNG DER KLIENTEN – SOFERN VORHANDEN – HINDERLICH IN BEZUG AUF IHRE LEBENSAUFGABEN?.....	32
5.3	GÜTEKRITERIEN.....	34
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>35</b>

6.1	STÄRKEN DER FORSCHUNG .....	35
6.2	SCHWÄCHEN DER FORSCHUNG .....	36
<b>7</b>	<b>EMPFEHLUNGEN FÜR DAS BERUFSFELD .....</b>	<b>37</b>
<b>8</b>	<b>RESÜMEE.....</b>	<b>39</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>41</b>
	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>44</b>
	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....</b>	<b>46</b>
	<b>TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>47</b>
	<b>ANLAGEN .....</b>	<b>48</b>
	ANLAGE A: FRAGEBOGEN .....	48
	ANLAGE B: AUSWERTUNGEN DES FRAGEBOGENS .....	57

## 1 Einleitung

Im sozialpolitischen Kontext ist die Selbstbestimmung in Vergangenheit oft diskutiert und von der Fachwelt viel bewegt worden, so dass diese Thematik einen großen Anteil der heutigen Arbeit mit dem Klienten ausmacht. Indiz dafür ist zum Beispiel die Einführung des *Persönlichen Budgets* im Zuge der Inklusion, die im Jahre 2009 mit der Unterzeichnung der UN-Behindertenkonvention (UN-BRK) die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung festschrieb. Analog dazu ist sicherlich auch der berufsethische Ansatz des DBSH in Deutschland zu erwähnen. Als grundlegende Bezugspunkte dieses Ansatzes ist die Teilhabe und Partizipation von Menschen mit Behinderungen hervorzuheben (Greune, et al., 2014).

2004 beteiligte sich der Landkreis Osnabrück bereits an dem Modellversuch „*Das Persönliche Budget*“ und führt das Konzept seit dem kontinuierlich bis heute erfolgreich weiter (Landkreis Osnabrück, 2017). Das persönliche Budget ist fester Bestandteil der Leistungspalette von Stadt und Landkreis Osnabrück und wird in Kapitel 2.6 näher bearbeitet.

Bedingt durch die Ökonomisierung der sozialen Arbeit geht der Trend von stationären Einrichtungen immer weiter hin zu ambulanten Hilfen, bspw. Ambulanten Assistenzen. Das hat zur Folge, dass die stationäre Unterbringung in Wohnheimen, Kliniken, etc. deutlich zurückgeht, die Ambulanten Hilfen aber deutlich mehr in Anspruch genommen werden. Viele Vorteile bieten sich dem Klienten in einer ambulanten Hilfe, die er selbstständig wählen und selbstbestimmt nutzen kann.

Thema der vorliegenden Bachelor-Thesis ist die Selbstbestimmung des Klienten in der Ambulanten Assistenz in Osnabrück Stadt und dem Landkreis Osnabrück. Demzufolge wird die Frage geklärt, wie das Erleben der Selbstbestimmung des Klienten in der Ambulanten Assistenz aktuell ist.

In diesem Kontext werfen sich zwei weitere Teilfragen auf, die in der folgenden Arbeit ebenfalls geklärt werden:

- Teilfrage 1: Ist Coaching in der Ambulanten Assistenz sinnvoll?
- Teilfrage 2: Ist die Selbstbestimmung der Klienten – sofern vorhanden – hinderlich in Bezug auf ihre Lebensaufgaben?

Die Selbstbestimmung des Klienten wird gefördert, indem die Ambulante Assistenz beispielsweise in den wichtigen Lebensbereichen unterstützend zur Seite steht, aber ansonsten der Klient eigenverantwortlich sein Tun und Handeln bestimmt. Der Klient wird mit bedingungsloser Wertschätzung, Kongruenz und Empathie an dem Punkt abgeholt, an dem er sich befindet und soll so im besten Falle ein Maximum an Selbstbestimmung erleben. Die Ergebnisse hierzu sollen zukünftig das pädagogische Fachpersonal sensibilisieren, im Kontext der Selbstbestimmung des Klienten entsprechende Hilfestrategien zu entwickeln.

Zunächst wird in Kapitel 2 näher auf den theoretischen Rahmen eingegangen. Hier werden zentrale Begrifflichkeiten zum Thema Selbstbestimmung, Persönliches Budget und Bundesteilhabegesetz definiert. Abgerundet wird dieses Kapitel mit einer Evaluation zur Relevanz für die Soziale Arbeit.

## **2 Theoretischer Rahmen**

Kapitel zwei dieser Arbeit beschreibt zunächst die Einrichtung ABC-Betreuungen als Beispiel für die Ambulanten Assistenzen in Osnabrück Stadt und Landkreis Osnabrück. Anschließend wird das pädagogische Leitbild der Einrichtung näher beleuchtet. In Kapitel 2.4 wird der Begriff Selbstbestimmung definiert. Das Bundesteilhabegesetz und dessen Neuerungen finden in Kapitel 2.6 seinen Platz. Hier wird verdeutlicht, welchen Zusammenhang das Bundesteilhabegesetz und die Selbstbestimmung haben. Das Persönliche Budget skizziert kurz in Punkt 2.7 sein Dasein. In Kapitel 2.8 wird abschließend die Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit beschrieben. In diesem Punkt wird verdeutlicht, welche Wichtigkeit das Thema für die pädagogische Fachwelt haben könnte.

### **2.1 Ambulante Assistenz am Beispiel ABC-Betreuungen**

Im Bereich der Ambulanten Assistenz bietet die Einrichtung „ABC-Betreuungen“ mit Hauptsitz in Georgsmarienhütte innerhalb der Stadt Osnabrück und des Landkreises Osnabrück umfassende Hilfe in verschiedenen Bereichen, wie zum Beispiel

Lebenshilfe, Alltagsstrukturierung, Coaching in besonderen Lebenssituationen (z.B. Burnout, Trauer), AD(H)S vorwiegend im Erwachsenenalter und Beratung und Betreuung von Menschen mit psychischen Problemen. Der Kern dieser Arbeit liegt in der Beratung und Unterstützung des Klienten. Ziel der Einrichtung ABC-Betreuungen ist es, dem Menschen mit Behinderung eine Teilhabe am Leben zu gewährleisten, eine für den Klienten zuträgliche Gesellschaftsfindung zu erhalten und vorliegende Benachteiligungen zu entkräften und zu neutralisieren. Die Wünsche der Klienten stehen immer im Vordergrund (ABC-Betreuungen, 2017). Um dem Klienten eine zusätzliche Möglichkeit der Beratung zu bieten, befindet sich ein Büro mit guter Busanbindung in Osnabrück. Die Räumlichkeiten bieten Platz und Möglichkeiten für die Klienten, sich auf neutralem Gebiet zu bewegen und ihre individuell gestalteten Beratungstermine und Projekte wahrzunehmen. Es gibt Gruppen- und Einzelprojekte, die je nach Klient individuell konzipiert werden. Die Projekträumlichkeiten und der Garten sind barrierefrei gestaltet.

Das Team der ABC-Betreuungen ist überwiegend mobil unterwegs und kann bei Bedarf Behördengänge oder Arztbesuche des Klienten begleiten, Umzüge organisierend unterstützen oder die Klienten in ihren Räumlichkeiten aufsuchen. Das Team an sich agiert unmittelbar auf Augenhöhe, arbeitet im gemeinsamen Kontext und steht in ständigem Kontakt und Austausch. So kann die Qualität der Dienstleistung gewährleistet werden und nach Bedarf flexibel und schnell reagiert werden (Kerk, 2017). Durch die Prägung unterschiedlicher Lebenswege und durch verschiedene Berufserfahrungen kann das Team auf ganz eigene Ressourcen zurückgreifen, dadurch mehrere Rollen übernehmen und somit den Klienten adäquat in mehreren Belangen gleichzeitig unterstützen. Das Team der ABC-Betreuungen besteht aus Anne Kerk, staatlich anerkannte Diplom-Sozialarbeiterin/Diplom-Sozialpädagogin und Leitung von ABC-Betreuungen und Mara Rink, Studentin der Saxion University of Applied Sciences in Enschede und Verfasserin dieser Bachelor-Thesis. Beide blicken auf eine langjährige Erfahrung in der sozialen Arbeit zurück und können somit auf einen weitläufigen Methodenschatz zurückgreifen. Als Kooperationspartner sei noch Sabine Engelhardt genannt. Frau Engelhardt arbeitet bereits seit 2009 eng mit der Einrichtung ABC-Betreuungen zusammen und unterstützt im Bereich Coaching mit Schwerpunkt ADHS, Hochsensibilität und Hochbegabung. Hier ergibt sich durch die verschiedenen Charaktere, Arbeitsweisen und Vorerfahrungsgebiete im Team ein gutes Vorankommen, wobei jedes einzelne Individuum zählt. van Dick & West (2005)

sagen hierzu treffend, dass ein Team eine Gruppe von Individuen ist, die wechselseitig voneinander abhängig und gemeinsam verantwortlich sind für das Erreichen spezifischer Ziele für ihre Organisation (van Dick & West, 2005).

Das am 3. Mai 2008 in Kraft getretene „Übereinkommen der vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) und das christliche Menschenbild geben ABC-Betreuungen die Basis des selbstverständlichen Arbeitens.

Um die Hilfe der Ambulanten Assistenz in Anspruch nehmen zu können, muss man bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Folgend werden nun die Zugangsvoraussetzungen zur Ambulanten Assistenz beschrieben.

### **Voraussetzungen**

Eine Zugangsvoraussetzung zur Ambulanten Assistenz ist, dass ein Klient explizit diese Form der Betreuung wünscht und intrinsisch motiviert diesbezüglich handelt. Darüber hinaus muss festgehalten sein, dass Hilfe notwendig ist. Die Erhebung eines solchen Hilfebedarfes erfolgt aufgrund fachpädagogischer Stellungnahmen, Sozialberichten und vorliegender Diagnosen. In Fällen von Unklarheit darf der Gesundheitsdienst hinzugezogen werden.

### **Ziel**

Die Ziele der Ambulanten Assistenz sind in erster Linie, mit dem Klienten zusammen eine Teilhabe am Leben zu schaffen und ihn dahingehend zu stärken, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Dafür bietet die Ambulante Assistenz breitgefächerte Unterstützung in sowohl lebensweltorientierten als auch sozialen Bereichen, Aktivitäten und Lernfeldern, die eine lebenspraktische Persönlichkeitsentwicklung unterstützen und Kompetenzen fördern. Das globale Ziel ist, die Selbsthilfe des Menschen zu aktivieren, damit er selbstbestimmt und unabhängig von professioneller Hilfe leben kann. Hier stehen die Bedürfnisse und Wünsche des Klienten im Vordergrund.

### **Leistungen**

Die Leistungen in der Ambulanten Assistenz können in Bereichen wie Gestaltung des eigenen Wohnraumes, Wäschepflege, Finanzplanungen, Behördengänge, erarbeiten

einer Tagesstruktur, knüpfen von Sozialkontakten, Arbeitsplatzsuche, etc. erbracht und individuell nach Bedarf angepasst werden. Diese Leistungen sind in vordefinierten Bereichen der Hilfepläne von z. B. Landkreis Osnabrück verzeichnet und teilen sich auf in alltägliche Lebensführung, individuelle Basisversorgung, Gestaltung und Pflege sozialer Kontakte, Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben, Kommunikation und Orientierung, emotionale und psychische Entwicklung und Gesundheit. Diese einzelnen Bereiche werden bei der Bedarfsermittlung mit dem Klienten zusammen evaluiert.

### **Kostenträger und rechtlicher Rahmen**

Die anfallenden Kosten der Ambulanten Assistenz trägt der zuständige Träger der Sozialhilfe im Rahmen §§53,54 SGB XII, bzw. SGB IX - Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die Eingliederungshilfe, andere individuelle Leistungsträger oder gegebenenfalls auch der Klient aus eigenen Mitteln. Darüber hinaus kann das Persönliche Budget in Anspruch genommen werden. Die Wohnung und den Lebensunterhalt bestreitet der Klient aus eigenen finanziellen Mitteln, falls vorhanden. Bei Bedarf und unter Berücksichtigung der persönlichen Lage des Klienten können bei den zuständigen Stellen finanzielle Mittel zur Finanzierung von Miete, etc. beantragt werden.

### **Zielgruppe**

Wie oben bereits erwähnt arbeitet die Einrichtung ABC-Betreuungen überwiegend mit Menschen in besonderen Lebenssituationen zusammen, die aufgrund einer Behinderung - auch drohenden Behinderungen - oder psychischer Problematiken Bedarf an Unterstützung haben.

### **Diagnosen**

Die am häufigsten auftretenden Diagnosen in der Ambulanten Assistenz in Stadt Osnabrück und Landkreis Osnabrück wurden in Gesprächen mit einigen Mitarbeitern folgender Anbieter eruiert: ABC-Betreuungen, Sabine Engelhardt Coaching, Heilpädagogische Hilfe, SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste, Osnabrücker Werkstätten, AWO Trialog. Die Diagnosen wurden auf die ICD-10-GM Version von 2018 angepasst und mit den entsprechenden Codes versehen:

- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29)
- Affektive Störungen (F30 - F39)
- Andere Angststörungen (F41)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 - F69)
- Intelligenzstörung (F70 – F79)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90 - F98)

### **Qualität**

Die Ambulanten Assistenzen zeigen sowohl in ihrer Strukturqualität als auch in der Prozessqualität eine gemeinsame Schnittmenge. Ständiges fortschreiben und anpassen der Konzeption an die aktuellen Standards ist gegeben. Durch Vertretungen in Krankheitsfällen oder Urlaub von Mitarbeitern kann eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet werden. Hierzu kommt die strenge Beachtung des Datenschutzes. Zudem ist die Teilnahme an Supervisionen und Fortbildungen festgeschrieben. Durch multidisziplinäre Zusammenarbeit kann eine flächendeckende Betreuung gewährleistet werden. Die Ergebnisqualität begründet sich in der Erreichung der im Hilfeplan festgelegten Ziele und der Zufriedenheit der Klienten. Diese wird entweder durch Fragebögen oder in regelmäßigen persönlichen Gesprächen evaluiert.

### **2.2 Pädagogisches Leitbild**

Wie im vorangehenden Kapitel bereits angesprochen arbeitet die Einrichtung ABC-Betreuungen überwiegend nach dem klientenzentrierten Konzept nach Carl R. Rogers und richtet sich an Menschen mit körperlichen, geistigen, seelischen oder psychischen Behinderungen oder drohenden Behinderungen. Das klientenzentrierte Konzept im sozialpädagogischen Beratungskontext besagt, dass der Klient die treibende Kraft des Beratungsprozesses verkörpert, die Gefühle des Klienten einen zentralen Inhalt der Gespräche ausmachen und dass der Berater im Kontext mit dem Klienten empathisch, akzeptierend und kongruent agiert. Der Berater vertraut auf die Eigenkräfte des Klienten und agiert nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Rogers, 1977). Egal um welche Lebenssituation es sich handelt, am Anfang stehen der Austausch mit dem Klienten, das Verstehen seines Anliegens und die gemeinsame Lösungsfindung (Kerk, 2017). Art und Umfang der Hilfeleistung wird gemeinsam mit dem Klienten während eines persönlichen Hilfeplangesprächs evaluiert und schriftlich festgehalten. Im Zuge dessen hat der Hilfesuchende das Recht, größtenteils selbst über die Art der Hilfe zu

entscheiden und gibt Zeit, Ort und Bedarf der Hilfe an. Der Mensch mit Behinderung ist Experte in eigener Sache – wer sonst könnte besser ausdrücken, was er braucht. So werden auch gemeinsam die Ziele des einzelnen erarbeitet und individuell angepasst. ABC-Betreuungen ermöglicht es den Klienten, aktiv und eigenverantwortlich in dem sie betreffenden Betreuungsverlauf mitzuentcheiden. So ist gewährleistet, dass das Leben der Menschen mit Behinderung nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen gestaltet wird. Zielführend dafür ist das Selbstbestimmungsrecht des Klienten, das außer im Grundgesetz, SGB IX und XI (Pflege und Rehabilitation) und der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen fest niedergeschrieben ist. Ein fachlich qualifiziertes und berufserfahrenes Team unterstützt die Assistenznehmer in ihren Belangen, so dass die Lebensqualität erhalten bleibt. In wöchentlichen Abständen wird in Gesprächen der Betreuungsverlauf reflektiert und wenn nötig die Hilfeform in Absprache mit dem Assistenznehmer nach Bedarf umstrukturiert. Ein fachlicher Austausch findet hier bei Bedarf auch öfter statt.

### **2.3 Definition Selbstbestimmung**

Selbstbestimmung als Begriff wurzt erst seit den siebziger Jahren aus den USA kommend viele fachliche Diskussionen. Die als „independent living“ (dt. wörtlich *Unabhängiges Leben*, im übertragenen Sinn auch *Selbstbestimmt leben*) deklarierte Entwicklung entstand aus den Wünschen und Vorstellungen der Menschen mit Behinderungen, wie sich deren individuelle Betreuung gestaltet und bezeichnet die Betrachtungsweise von Behinderung und den gesellschaftlichen Kontext. „independent living“ ist mehr als Philosophie und Bewegung der Menschen mit Behinderung zu verstehen, die dafür kämpfen, nicht abseits in der Isolation zu leben.

*“Independent Living means that we demand the same choices and control in our every-day lives that our non-disabled brothers and sisters, neighbors and friends take for granted. We want to grow up in our families, go to the neighborhood school, use the same bus as our neighbors, work in jobs that are in line with our education and interests, and start families of our own. Since we are the best experts on our needs, we need to show the solutions we want, need to be in charge of our lives, think and speak for ourselves - just as everybody else. To this end we must support and learn from each other, organize ourselves and work for political changes that lead to the legal protection of our human and civil rights.” (Radtzka, 2005)*

Diese Idee des freien, unabhängigen Lebens erreichte auch in Deutschland schnell sowohl Betroffene als auch Fachwelt. Schnell wurde das bisher geltende Normalisierungsprinzip neu beleuchtet und es entstand eine neue bedarfsorientierte Unterstützung. Der Begriff Selbstbestimmung ist also kein neuer Begriff – jedenfalls nicht als Begriff als solcher, sondern eher definiert mit Emanzipation, Mündigkeit, Freiheit und Selbstständigkeit, so Dr. Christel Rittmeyer (Rittmeyer, 2010).

Die Selbstbestimmung hat im 20. Jahrhundert durch die allgemeine gesellschaftliche Entwicklung einen hohen ethischen und rechtlichen Stellenwert erreicht. Dies passierte unter anderem auch aufgrund eines gewachsenen Selbstbewusstseins der Klienten. Bei dieser Entwicklung waren die schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen und Verbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus enorm beteiligt. Selbstbestimmung ist ein Menschenrecht und jeder Mensch hat das Recht, über seine Lebensführung und die Maßnahme, die seine Gesundheit betreffen, selbst zu bestimmen. Aus pädagogischer Sicht dient die Selbstbestimmung dem Menschen mit Behinderung dazu, nicht länger Objekt sozialpädagogischer Bemühungen zu sein, sondern ein selbstbestimmtes Subjekt, das dessen Anerkennung auch erfährt (Dederich & Jantzen, 2009). Innerhalb der pädagogischen Diskussion fanden sozialpolitische Veränderungen statt, die Menschen mit Behinderungen zu mehr Anerkennung verhalfen.

Heute ist der Begriff Selbstbestimmung fest in der Fachlichkeit verankert, u.a. im Leitfaden für die Hilfeplanung von der Fachstelle für Eingliederungshilfe Landkreis Osnabrück. Das eigens für die Hilfeplanerstellung entwickelte EDV-Programm unterstützt mit Zuhilfenahme von Arbeitsmaterialien die Dokumentation der Hilfeplanung. Selbstbestimmung ist ein wichtiger Eckpfeiler dieser Hilfeplanung und bildet zusammen mit Vereinbarung, Unterstützungsbedarf/Ressourcen und Transparenz die Basis. Daraus bildet sich die Quintessenz, dass der Klient im Mittelpunkt steht. Der Gedanke der Selbstbestimmung fand erstmals 2001 Eingang in die Sozialgesetzgebung. Die rechtliche Grundlage dafür bildet die sozialgesetzliche Rechtsprechung in §1 SGB IX und zeigt damit eine klare Definition von Selbstbestimmung:

*„Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden*

*Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (Nomos, 2016/2017, S. 155).“*

Wie oben bereits erwähnt ist das Selbstbestimmungsrecht nicht nur im Grundgesetz, SGB IX und XI niedergeschrieben, sondern auch in der Berufsordnung des Deutschen Berufsbandes für Pflegeberufe (DBfK) von 1992, wobei das Selbstbestimmungsrecht hier lediglich Erwähnung fand und nicht klar gekennzeichnet wurde. In der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen wurde versucht, sämtliche Formulierungen der Patientenrechte in den Dokumenten und Charten allgemeinverständlich niederzuschreiben (Hitzker & Lakshmi, 2011). Diese Definition des Selbstbestimmungsrechtes klingt wie folgt:

*„Sie haben das Recht auf Beachtung Ihrer Willens- und Entscheidungsfreiheit sowie auf Fürsprache und Fürsorge. Die an der Betreuung, Pflege und Behandlung beteiligten Personen müssen Ihren Willen beachten und ihr Handeln danach ausrichten. Das gilt auch, wenn Sie sich sprachlich nicht artikulieren können und Ihren Willen beispielsweise durch Ihr Verhalten zum Ausdruck bringen. Menschen, deren geistige Fähigkeiten eingeschränkt sind, müssen ihrem Verständnis entsprechend in Entscheidungsprozesse, die ihre Person betreffen, einbezogen werden. Sie können erwarten, dass gemeinsam mit Ihnen sowie gegebenenfalls Ihren Vertrauenspersonen und den für Ihre Betreuung, Pflege und Behandlung zuständigen Personen abgewogen wird, wie ihre individuellen Ziele und Wünsche unter den gegebenen rechtlichen und tatsächlichen Möglichkeiten verwirklicht werden können (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit, 2007).“*

Hier werden die im Alltag weniger gebräuchlichen Entscheidungen dargestellt, wie zum Beispiel die Wahl des Wohnortes, der Apotheke oder des Arztes, Einwilligung in ärztliche Maßnahmen und die direkte Aufklärung darüber, usw. Im direkten Kontext stehen auch die „Durchführung hauswirtschaftlicher, pflegerischer oder therapeutischer Maßnahmen“ und die „Gestaltung des Tagesablaufs“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2018). Diese Punkte machen deutlich, dass der Wille und die Belange der Menschen berücksichtigt werden, sofern nicht die „Rechte und

Entfaltungsmöglichkeiten anderer berührt werden“ (Hitzker & Lakshmi, 2011). Selbstbestimmung heißt, seinen freien Willen leben und seine Entscheidungen frei treffen zu können – dieses Recht will man auch beeinträchtigten Menschen, die sich nicht mehr äußern können, einräumen, in dem man zum Beispiel den Gesichtsausdruck beobachtet und die nonverbalen Äußerungen mit einbezieht (Hitzker & Lakshmi, 2011). Dieser Hilfedanke ist in der Ambulanten Assistenz fest verankert. Bei Assistenznehmern, die sich aufgrund von Behinderungen nicht ausdrücken können, reagiert der Assistenzgeber flexibel und achtet vermehrt auf die nonverbale Kommunikation. So sollte das Erleben der Selbstbestimmung des Assistenznehmers gewährleistet sein.

Im folgenden Kapitel 2.3.1 wird das Erleben näher definiert.

### 2.3.1 Definition Erleben

Mit dem Erleben ist in der vorliegenden Arbeit das emotionale Erleben gemeint – sprich Körperreaktionen, Verhalten, Gedanken und Gefühle (Cord Benecke, 2014). Das emotionale Erleben ist nur durch Introspektion, also der Selbstbeobachtung, zu sehen, d.h. dass ein Mensch nicht von außen sehen kann, was der andere gerade erlebt. Dies spiegelt sich in der Grundannahme des Konstruktivismus wieder, der besagt, dass jeder Mensch seine eigene Beobachtungsperspektive hat (Arkowitz, Westra, Miller, & Rollnick, 2010). Erleben meint, dass die sensorischen und physiologischen Einflüsse, die in einem bestimmten Augenblick vorhanden sind, den Organismus erreichen und leiten. Das emotionale Erleben ist also subjektiv.

## 2.4 Behinderung und Menschenwürde

Die Begrifflichkeit „Behinderung“ skizziert eine komplexe Erscheinung und sollte stets in der gesellschaftlichen Betrachtung liegen. Die geltende sozialrechtliche Definition von „Behinderung“ findet seine Niederschrift seit 2001 im SGB IX. §2 Absatz 1 Sozialgesetzbuch IX definiert Behinderung nun folgendermaßen:

*„Menschen sind behindert, wenn ihre Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von*

*Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (Nomos, 2016/2017).“*

Klaus Schneider (2001) gibt zu bemerken, dass ausschließlich Menschen, die den oben genannten Kriterien entsprechen, gelten in dieser Definition als behindert und haben Anspruch auf sozialrechtliche Leistungen (Klaus Schneider, 2011).

Im ICF heißt findet sich folgende Definition von „Behinderung“:

*“ICF is used across specialisations and national boundaries as a consistent standardised terminology to describe a person’s functional health status, disability, social impairment and relevant environmental factors. ICF makes it possible to record systematically the bio-psycho-social aspects of the consequences of illness under consideration of contextual factors.” (DIMDI, 2017)*

Der Vorgänger des ICF – der ICIDH (International Classification on Impairments, Disabilities and Handicaps) beeinflusste die Neugestaltung des Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ von 2001 maßgeblich. Mit der Neufassung des SGB IX wurden gleichzeitig „Menschen mit Behinderung Expertinnen und Experten in eigener Sache“ und Teilhabe und Selbstbestimmung wurde festgeschrieben (DIMDI, 2017).“

In der Präambel der UN-Behindertenrechtskonvention steht allgemein gehalten, dass

*„das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht“.* (Praetor Intermedia UG, 2018)

Das Übereinkommen der UN-Behindertenrechtskonvention liefert keine genaue Definition von „Behinderung“. Erst in Artikel 1 Satz 2 der Konvention wird die Frage nach der zu bezeichnenden Menschengruppe beantwortet:

*„Menschen 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.“* (Praetor Intermedia UG (haftungsbeschränkt), 2017)

Die UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderung (UN-BRK) fordert weitreichende Stärkung der Menschenrechte von Menschen mit langfristigen körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnes-Beeinträchtigungen. Im Zuge dieser Forderungen wurden in Deutschland die Hürden für die ärztlichen Zwangsmaßnahmen in den Bundes- und Ländergesetzen deutlich angehoben.

Die UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderung fordert ausdrücklich und vehement, die Entscheidungsfähigkeit und –findung von Menschen mit Behinderungen deutlich zu fördern und zu unterstützen und nicht die Entscheidungen zu ersetzen. Es werden geeignete Maßnahmen gefordert, die den Menschen mit Behinderung die Unterstützung gewährleistet, ihre Rechts- und Handlungsfähigkeit auszuüben. Innerhalb dieser Maßnahmen müssen die Rechte, der Wille und die Vorlieben der Betroffenen geachtet werden und vor Missbrauch geschützt werden. Diese individuell zugeschnittenen Maßnahmen sollten verhältnismäßig und von möglichst kurzer Dauer sein. Zudem sollen sie von einer unabhängigen Behörde geprüft werden. Diese Ausführungen in Art. 12 Abs. 4 der UN-BRK machen deutlich, dass es gute Gründe für Einschränkungen bestimmter Rechte geben kann, diese aber gegen Missbrauch und Willkür abzusichern sind (Franziska Hoffmann & Isabelle Lork, 2018). Die UN-BRK ist geltendes Recht und eine wichtige Leitlinie für die Behindertenpolitik in Deutschland (Bundesregierung, 2018). Eine wichtige Weiterentwicklung des deutschen Rechts ist das *Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen* – auch *Bundesteilhabegesetz* (BTHG) genannt, das im folgenden Kapitel 2.6 näher erläutert wird.

## **2.5 Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen - Bundesteilhabegesetz**

Die UN-BRK gilt in Deutschland seit 2009. Die zentralen Punkte sind unter anderem die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft unter Einbeziehung in die Gesellschaft (Praetor Intermedia UG, 2018). Mit dem BTHG wird ein Systemwechsel

vollzogen. Aus der Sozialhilfe werden die Leistungen zur Unterstützung für Menschen mit Behinderung aus dem „Fürsorgesystem“ der Sozialhilfe herangeführt. Der Mensch an sich rückt viel mehr in den Mittelpunkt und es wird ihm im Zuge des modernen Teilhaberechtes mehr individuelle Selbstbestimmung ermöglicht. Die Leistungen zur Unterstützung sind nicht mehr davon abhängig, wie der Mensch untergebracht ist, sondern was gewünscht und individuell benötigt wird. Die Freibeträge für das Erwerbseinkommen wurden 2017 um bis zu 260 Euro monatlich erhöht. 2020 wird dann ein neues, an das Einkommensteuerrecht angegliedertes Verfahren eingeführt. Die Grenze für das Barvermögen wird dann von 26500 Euro auf rund 50000 Euro erhöht. Vermögen und Einkommen vom Partner werden nicht mehr mit einbezogen. Um diesen Systemwechsel finanziell abzusichern, sind jährlich mehr als drei Millionen Euro zur Umsetzungsbegleitung eingeplant (Bundesregierung, 2018).

Um die UN-BRK in Deutschland umsetzen zu können, hat die Bundesregierung weitere Maßnahmen ergriffen. Sowohl die zweite Fassung des „Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenkonvention“ als auch die weitere Entwicklung des Behindertengleichstellungsgesetzes des Bundes haben das Ziel, Menschen mit Behinderung eine Teilhabe und vor allem die Selbstbestimmung zu ermöglichen. Die Leistungsträger wie zum Beispiel die gesetzliche Rentenversicherung oder die Bundesagentur für Arbeit, werden rechtlich dazu verpflichtet, drohende Behinderungen frühzeitig zu erkennen und gezielt präventive Maßnahmen anzubieten. Dadurch kann chronischen Erkrankungen oder Behinderungen entgegengewirkt und die Erwerbsfähigkeit erhalten werden. Dies ist nicht unwesentlich für die gesellschaftliche Teilhabe. Um für die Rehabilitationsträger einen Anreiz für die Entwicklung solcher Präventivmaßnahmen zu bieten, unterstützt der Bund die Vorhaben mit rund 200 Millionen Euro jährlich (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016).

Auch das Verfahren zur Ermittlung von Bedarfen ist wesentlich vereinfacht worden. So gilt jetzt ein einziger Antrag auf Rehabilitation für die Ingangsetzung des Prüf- und Entscheidungsverfahrens. Auch wenn verschiedene Träger für verschiedene Leistungen zuständig sind, gilt dieses Verfahren übergreifend. Diese Verfahren sind einheitlich festgeschrieben für alle Rehabilitationsträger und sind mit der Einführung des Teilhabeplanverfahrens gesetzlich definiert. Der Antragsteller wird mehr als in Vergangenheit in das Verfahren mit einbezogen. Diese Entscheidung zur Teilnahme ist dem Antragsteller überlassen. Im Zuge des BTHG fördert man eine niedrighschwellige

Beratung, die bereits vor der Beantragung der Leistungen greift. Dafür wurden viele unabhängige Beratungsstellen geschaffen. Beratungen durch Experten, die sogenannten „Peer Counseling“ wird stärker gefördert und vernetzt. „Peer Counseling“ bedeutet Beratung von Menschen mit Behinderung für Menschen mit Behinderung. Marsha Saxton aus Bosten sagt dazu folgendes:

*"Peer Counseling is a necessary adjunct to the rehabilitation process in which a severely disabled person who has made a successful transition from institutional to independent community living provides resource information, support, understanding, and direction to another disabled person who desires to make a similar transition."* (Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben Behinderter e. V, 2018)

Diese Experten haben durch ihre Behinderung gleichzeitig einen besseren Zugang zu Menschen mit Behinderung. Durch den Bund werden diese Beratungsformen jährlich mit 58 Millionen Euro gefördert.

Das BTHG ergänzt und konkretisiert bestehende Leistungen. Die Übergänge in Arbeit sind weicher gestaltet und wurden vermehrt. Dadurch entsteht eine bessere und adäquatere Teilhabe am Arbeitsleben und erfolgt durch zum Beispiel das Budget für Arbeit, Lohnkostenzuschüsse oder Unterstützungen in Betrieben. Zudem werden nun höhere Studiengänge wie Master oder in speziellen Fällen auch eine Promotion unterstützt. Mütter oder Väter mit Behinderungen erhalten die zur Kinderbetreuung erforderlichen Leistungen. Seit 2017 befindet sich das BTHG in der Umstrukturierung. Gravierende und wichtige Änderungen ergaben sich bisher und werden weiterhin umgesetzt. Folgend werden die gravierendsten Neuerungen geschildert.

### 2.5.1 Veränderungen/Neu

Im Jahre 2018 wurden einige Änderungen im BTHG vorgenommen und neue Ansätze wurden mit aufgenommen. So wurde zum Beispiel der Behinderungsbegriff in Anlehnung an die UN-Behindertenkonvention neu definiert. Es wurden neue Verfahrensvorschriften für alle Rehabilitationsträger zur Koordinierung der Leistungen entwickelt. Dazu gehören nach Kapitel 4, Koordinierung der Leistungen §§ 14 ff.SGB IX die Einführung des Teilhabeplanverfahrens, des Teilhabeplanes und der Teilhabekonferenz. Für das Gesamtplanverfahren für die Träger der

Eingliederungshilfe gilt eine zwingende Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). An der Bedarfsfeststellung sind neben anderen Rehabilitationsträgern auch die zuständigen Pflegekassen, Träger der Hilfe zur Pflege und die Träger der Hilfe zum Lebensunterhalt zu beteiligen (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2018).

Die ergänzende und unabhängige Teilhabeberatung gemäß §32 SGB IX wird eingeführt. Diese Teilberatung beinhaltet laut §32 Abs. 2 SGB IX die Information und Beratung über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen und gibt den Leistungsberechtigten verfahrensrechtlich die Wahrnehmung ihrer Rechte, eine interessenneutrale Beratung auf Augenhöhe in Anspruch zu nehmen. Diese im Sinne der UN-BRK gestaltete Beratung wird über die Rehabilitationsträger im Rahmen der vorhandenen Beratungsstrukturen und der Beratungspflicht über das ergänzende Angebot vorgenommen (Nomos, 2016/2017). Ab dem 1. Januar 2018 gibt es für alle Rehabilitationsträger die Verpflichtung über die Erbringung einer gemeinsamen Statistik und Dokumentation über Rehabilitationsleistungen, die Dauer und die Anzahl der Verwaltungsverfahren. Von nun an an bekleidet die Leistung zur Teilhabe an Bildung eine eigene Leistungsgruppe gemäß §75 SGB IX). Zudem wurden Änderungen in den Regelungen zum Persönlichen Budget in den Punkten Vergabe, Zielvereinbarung und Kündigungsbedingungen vorgenommen. In Bezug auf die Frühförderung wurde die Definition der Komplexleistung und Beschreibung der Leistungsbestandteile in § 46 SGB IX auf Länderebene angepasst. In § 46 Abs. 2 wird festgelegt, dass neben Frühförderungsstellen nach Landesrecht nun auch unter Sicherstellung der Interdisziplinarität andere Einrichtungen zugelassen werden dürfen. Voraussetzung dafür ist, dass die erforderlichen qualitativen Ansprüche der Komplexleistung Frühförderung erfüllt werden.

Im Punkt Teilhabe am Arbeitsleben wurde das Budget für Arbeit eingeführt. Dieses Budget beschränkt sich auf Menschen mit Behinderung, die im Arbeitsbereich einer Werkstatt, bei anderen Inklusionsanbietern oder innerhalb eines Inklusionsprojektes eingebunden sind. Anspruchsberechtigt sind Menschen, die nach § 58 SGB IX (Leistungen im Arbeitsbereich) beziehen oder Anspruch haben und denen von einem Arbeitsgeber eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mit tariftauglichem oder ortsüblichem Lohn angeboten wurde. Zu diesem berechtigten Personenkreis gehören

auch Menschen mit Behinderung, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) nach § 60 SGB IX beschäftigt sind. Besonders Menschen mit seelischer Behinderung, die nicht in einer WfbM arbeiten wollen, aber grundsätzlich anspruchsberechtigt nach § 58 SGB IX sind, gehören zu dem förderungsberechtigten Personenkreis (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2018). Zudem wurde die Einführung alternativer Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) eingepflegt. Somit bestehen Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl von Angeboten zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung.

Um den Erhalt der Erwerbsfähigkeit und die Stärkung der Rehabilitation von Menschen mit Behinderung zu gewährleisten, werden mit den Neuerungen innovative Modellvorhaben laut § 11 SGB IX gefördert. Dafür stehen dem Bund bis zu 200 Millionen Euro jährlich für fünf Jahre zur Verfügung. Zur Evaluierung der Ausführungen und der Umsetzung der Hilfen wurde das Bundesministerium ermächtigt, im Einvernehmen mit der Eingliederungshilfe den Verlauf und die Umsetzung zu unterstützen und zu begleiten. Im Zuge dessen können zum Beispiel vor Inkrafttreten der Regelung zum Personenkreis nach § 99 SGB IX Daten zur Fragestellung erhoben werden. Diese Erhebung ist nützlich zu erörtern, ob es zu einer Einschränkung oder Ausweitung des Personenkreises kommen kann (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2018). Das Vertragsrecht für Leistungen der Eingliederungshilfe bleibt in seinen Grundzügen erhalten, so der Paritätische Gesamtverband (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2018). Statt aber des bisherigen Prüfungsinstrumentes wird nun ein gesetzliches Prüfungsrecht eingepflegt, das Inhalte, den Umfang, die Wirtschaftlichkeit, die Wirksamkeit und die Qualität der Leistungen abprüft. Die aktuell abgeschlossene Prüfungsvereinbarung gilt längstens bis 31.12.2019. Darüber hinaus sollen rechtzeitig Vereinbarungen abgeschlossen werden. Ab 2018 bestimmen laut § 94 Abs. 1 SGB IX die Bundesländer die für die neue Eingliederungshilfe zuständigen und geeigneten Träger.

Gibt es in der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe Schnittmengen, so sind beide Träger dazu verpflichtet, die Leistungen, die von der Pflegeversicherung mit zu tragen sind, von den Trägern der Eingliederungshilfe tragen zu lassen. Dies wird im dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) verankert. Um eine Übernahme der Leistungen zu sichern ist die Zustimmung des Leistungsnehmers notwendig.

Die Regelbedarfe im SGB XII wurden ebenfalls angepasst. Auch in Bezug auf das Kindergeld gab es Anpassungen. Kindergeld wird zukünftig nur noch bis zu sechs Monaten rückwirkend gezahlt. Diese Leistung wird ab dem ersten Monat der Antragsabgabe gezahlt. Durch eine Reform der Freibeträge hinsichtlich der Rentenberechnung gibt es eine bessere Absicherung bei Erwerbsminderung im Alter. Auch ist der Zusatzbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen (GKV), der durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) festgelegt wurde, auf 1% gesenkt worden. Bescheide, Allgemeinverfügungen, öffentliche Verträge, etc. sollen die Behörden zukünftig in verständlicher, leichter Sprache, wenn notwendig auch in übersetzter schriftlicher, leichter Form, den Menschen mit geistigen oder seelischen Behinderungen zukommen lassen. Dies ist verankert in §11 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG). Das BGG wurde laut Paritätischen Verband bereits 2016 angepasst (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2018).

## **2.6 Persönliches Budget und Ambulante Assistenz**

War das Persönliche Budget bis 2007 noch eine „Kann-Leistung“ des zuständigen Leistungsträgers, so wurde es bundesweit am 1. Januar 2008 gesetzlich eingeführt und dient seither als Alternative zu Dienst- und Sachleistungen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016). Hier steht das Wunsch- und Wahlrecht des Antragstellers im Vordergrund und bietet dem Menschen mit Behinderung ein breites Spektrum an Hilfeleistungen, wie zum Beispiel auch Ambulante Assistenzen. Im Zuge des Persönlichen Budgets erhält der Mensch mit Behinderung zur Deckung seines behinderungsbedingten Bedarfes Leistungen in Form von Geld oder Gutscheinen – d.h. er erhält einen Geldbetrag, mit dem er sich eigenständig notwendige Unterstützungsleistungen nach Bedarf ordern, bzw. kaufen kann. Es kann tatsächlich nur auf die Leistungen angewendet werden, auf die der Mensch mit Behinderung sowieso Anspruch hat. D.h. dass dieses Geld nicht zusätzlich zu den eigentlichen Leistungen gezahlt wird. Das Persönliche Budget ist eine alternative Leistungsform anstelle der herkömmlichen Sachleistung. Die entsprechende Sachleistung bestimmt das Budget. Alle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben und am Gemeinschaftsleben, die alltäglich und wiederkehrend sind, können als Geldleistungen erbracht werden. Einmalige Hilfeleistungen fließen nicht in das Budget mit ein. Vorteile des Persönlichen Budgets liegen deutlich darin, dass der

Mensch mit Behinderung mehr Selbstbestimmung, mehr Selbstständigkeit und dadurch mehr Selbstbewusstsein erfährt.

Der Landkreis Osnabrück beteiligte sich bereits an einem Modellversuch „Das Persönliche Budget“ und führt das Konzept kontinuierlich bis heute erfolgreich weiter (Landkreis Osnabrück, 2017). Das persönliche Budget ist seitdem fester Bestandteil der Leistungspalette von Stadt und Landkreis Osnabrück, wenn es sich auch schwierig darstellt, diese Leistung zu erhalten (Casperski, 2017). Mit Blick auf den hohen bürokratischen Aufwand bei der Antragsstellung entstehen Barrieren, die zur Folge haben, dass Anträge entweder nur schleppend oder gar nicht bearbeitet werden. Die zum Verstehen der Anträge nötigen Gesetzestexte sind nur schwer verständlich und meistens zu kompliziert.

Die Ambulante Assistenz bietet ein großes Feld an Möglichkeiten zum Einsatz des Persönlichen Budgets. Dies bietet dem Klienten den Zugriff auf ein multidisziplinäres Hilfenkonstrukt in der Ambulanten Assistenz. Hierzu gehören u.a. Beratung, Begleitung bei Behördengängen und Arztbesuchen, aber auch entlastende Gespräche, Coachings, etc. Sinn dieser staatlich zugesicherten Leistung in Form des Persönlichen Budgets ist es, Menschen mit Behinderungen Hilfeleistende zur Seite zu stellen, um selbstbestimmter am Leben teilnehmen zu können. Ist ein Bedarf festgestellt und könnte grundsätzlich auch eine Sachleistung bewilligt werden, erfüllt der Mensch mit Behinderung die Voraussetzung für den Erhalt des Persönlichen Budgets.

Laut der zweiten Reformstufe des BTHG wurde 2018 das Antragsverfahren von Reha- bzw. Teilhabeleistungen vereinfacht. Nun soll ein einziger Antrag ein umfassendes Rehabilitationsverfahren anstoßen und durch den zuständigen Leistungsträger entsprechend koordiniert werden. So können Reha- und Arbeitsleistungen zusammen beantragt und bewilligt werden. Diese und andere Neuerungen, die 2018 mit dem neuen Bundesteilhabegesetz in Kraft getreten sind, wurden bereits in Punkt 2.6 genauer dargestellt.

Das Persönliche Budget dient dem Menschen mit Behinderung nicht nur als Hilfestellung, sondern steigert auch das Selbstwertgefühl, da er eigenverantwortlich darüber entscheiden darf, wie er das Persönliche Budget einsetzt und welche Leistungen er einkaufen möchte. Dadurch steigt das Verantwortungsgefühl und gibt

dem Betroffenen das nötige Selbstvertrauen. Zudem wird ihm zugestanden, selbstbestimmt zu handeln und es wird ihm dadurch ein großes Vertrauen entgegengebracht. Diese Wertschätzung ist für den Hilfe- und Genesungsprozess enorm wichtig.

## **2.7 Relevanz für die Soziale Arbeit**

Im zentralen Zusammenhang mit Selbstbestimmung steht Empowerment. Das Konzept des Empowerments wird genutzt, dem Klienten in der Sozialen Arbeit seine Selbstbestimmung zu ermöglichen, um seine intrinsische Motivation zu fördern und sein Selbstwertgefühl zu steigern. Empowerment heißt, den Klienten dahingehend zu unterstützen, seine Stärken zu finden und zu nutzen, die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu unterstreichen und in der Findung der eigenen Lebensperspektive zu fördern. Mit der Gewichtung auf Selbstorganisation und autonomer Lebensführung drängt Empowerment den bisher genutzten Defizit-Gedanken aus der Sozialen Arbeit, in dem allein die Fokussierung auf die Unfähigkeit zur Lebensgestaltung und Hilflosigkeit des Klienten lag. Empowerment ist

*„das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens“ (Herringer, 2006),*

und somit von tragender Bedeutung für die Selbstbestimmung in der Sozialen Arbeit. Selbstbestimmung erleichtert aber auch dem Sozialarbeiter die Arbeit mit den Klienten. Wenn der Klient Stärkungen des Selbstwertgefühls erlebt, indem er z.B. durch Coachings vermittelt bekommt, selbst an seinem Hilfeprozess maßgeblich beteiligt zu sein und seine Lösungen zu finden vermag, transportiert dies den Klienten auf eine andere, sichere Ebene der Hilfeerfahrung. Wie oben bereits angesprochen galt bisher das klassische Hilfefkonstrukt, eher die Defizite in den Vordergrund zu stellen. Das Ziel ist es jedoch, dem Klienten seine eigenen Ressourcen zu verdeutlichen, den Klienten zu stärken, so dass er in der Lage ist, schneller ohne professionelle Hilfe lebensfähig zu sein. Für den Klienten dadurch mehr Handlungssicherheit zu erlangen kann von bedeutender Wichtigkeit für die Soziale Arbeit sein.

## **3 Forschungsrahmen**

In diesem Kapitel wird nun der gesamte Forschungsrahmen der vorliegenden Arbeit vorgestellt. Zunächst wird erklärt, warum die Einrichtung ABC-Betreuungen eine

Beispielhaftigkeit erlangen kann und die Teilnehmenden vorgestellt. Daraufhin wird das Ziel dieser Forschung deutlich gemacht. Die Forschungsfragen bilden hierfür die Grundlage.

### 3.1 Warum ABC-Betreuungen?

Um die Exemplarität der Einrichtung ABC-Betreuungen in dieser Forschung zu legitimieren, wurden die Angebote aller erreichbaren Ambulanten Assistenzen in Osnabrück und Umgebung im Vorfeld miteinander verglichen. Diese wurden durch entweder persönliche oder telefonische Befragungen der Sozialpädagogen/ Sozialarbeiter in den Ambulanten Assistenzen oder durch den Besuch der Internetpräsenzen der einzelnen Anbieter ermittelt. Diese Angebote stehen fest in den Leistungsbeschreibungen und Konzepten der einzelnen Anbieter beschrieben und sind öffentlich zugänglich. Daraus wurde dann ein Spektrum abgebildet, das als Kern der Angebote aller Ambulanten Assistenzen in Stadt und Landkreis Osnabrück gilt.

### 3.2 Daten der Teilnehmenden

Zu den Befragten gehörten insgesamt zehn Klienten im Alter zwischen 20 und 70 Jahren. Folgende Grafik veranschaulicht die Homogenität der Altersklassen.

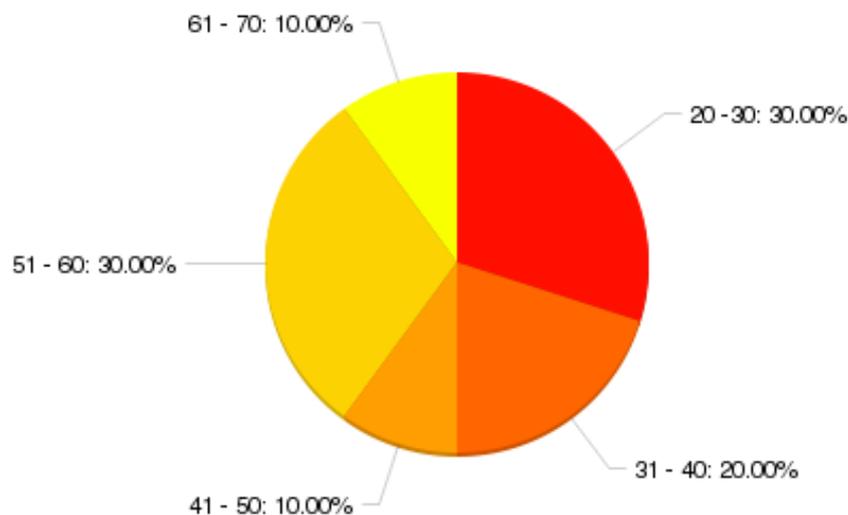


Abbildung 1: Altersdurchschnitt der teilnehmenden

Wie an der Grafik zu erkennen ist, wurde bei der Auswahl der Klienten darauf geachtet, dass alle Altersgruppen mit einbezogen wurden. So gab es bei der Befragung drei Personen im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Zwei Klienten bewegten sich in der Altersstufe zwischen 31 und 40 Jahren. Einer vertrat bei der Befragung die Altersstufen

41 bis 50 Jahren. Die Altersstufen von 51 bis 60 Jahren wurden von drei Klienten vertreten, wohingegen in der Altersklasse 61 – 70 Jahre nur ein Klient vertreten war. Abgesehen von den Altersklassen wurden Geschlecht, Betreuungszeit, Berufstätigkeit/Rente/Arbeitslosigkeit und die Diagnosen ermittelt. Diese Kriterien dienen ebenfalls der Grundlage für die Forschung. Die genaue prozentuale Verteilung ist im Anhang zu sehen.

Die durchschnittliche Betreuungszeit der Teilnehmenden wurde nicht explizit mit in den Fragebogen aufgenommen, wurde aber in die Auswahl mit einbezogen, um ein durchschnittlich gleiches Zeitvolumen zu erhalten. Die Diagnosen wurden auf die ICD-10-GM Version von 2018 angepasst und mit den entsprechenden Codes versehen. Folgende Diagnosen treten in der Stadt und dem Landkreis Osnabrück innerhalb der Ambulanten Assistenzen als am häufigsten in Erscheinung:

- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29)
- Affektive Störungen (F30 - F39)
- Andere Angststörungen (F41)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 - F69)
- Intelligenzstörung (F70 – F79)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90 - F98)

Eine genaue Aufstellung der Diagnosen der Teilnehmenden ist ersichtlich aus den Antworten zur Frage 9 des Fragebogens in Anlage A. Die Antworten der Teilnehmenden wurden unverändert übertragen und sind im Anhang zu finden.

Die Teilnehmenden wurden über das Forschungsvorhaben informiert und gaben ihr Einverständnis zur Befragung und zur Veröffentlichung der hier in dieser Forschungsarbeit verwendeten Daten. Die Teilnehmenden wurden vorab darüber in Kenntnis gesetzt, dass die auszuwertenden Daten der Befragung anonym behandelt werden.

Alle Teilnehmenden wurden einem Pool aus allen Klienten der ABC-Betreuungen nach bestimmten Kriterien entnommen (vgl. Kapitel 2.1), bilden damit ein Spektrum der Klienten in der Ambulanten Assistenz in Osnabrück Stadt und Landkreis Osnabrück ab

und legitimieren somit die Beispielhaftigkeit von ABC-Betreuungen (Mayring, 2002). Folgend wird nun näher auf die Zielstellung der Forschung eingegangen.

### 3.3 Ziele der Forschung

Ein Ziel dieser Forschung war es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie der Klient der Einrichtung ABC-Betreuungen - hier vertretend für alle Ambulanten Assistenzen in Stadt Osnabrück und Landkreis Osnabrück - die Selbstbestimmung speziell in der Ambulanten Assistenz erlebt. Zudem war es das Ziel, für die Einrichtung ABC-Betreuungen und sicherlich auch für andere Ambulante Assistenzen einen Weg zu finden, die Selbstbestimmung des Klienten noch sicherer in den Handlungsprozess zu integrieren und somit ein gutes Verständnis für den Klienten zu entwickeln, das ihn fördert, intrinsisch zu handeln und somit offener für eine coachende Beratung ist. Mit dem Ergebnis der Studie will verstanden werden und nicht nur beschrieben. Es ist festzulegen, dass das primäre Ziel dieser Forschung war, den Klienten anzuhören, ihn in seiner Gänze zu verstehen und darauf eine individuelle Hilfeform aufzustellen.

Um eine Repräsentativität dieser Studie zu untermauern, wurden wie oben bereits erwähnt zunächst im Vorfeld Befragungen einzelner Anbieter von Ambulanten Assistenzen in Stadt und Landkreis Osnabrück durchgeführt. Diese Befragungen halfen zu ermitteln, welche Kriterien die Schnittmenge bilden müssen, die der Repräsentativität der Einrichtung ABC-Betreuungen Nachdruck verleihen sollte. Zudem wurden die Konzepte der einzelnen Anbieter studiert und auf Schnittmengen geprüft. Nachdem diese Schnittmenge gesichtet und eine große Übereinstimmung der Angebote und Konzepte festgestellt wurde, war eine Legitimation sicher. Zur Übersicht werden folgend die Ziele nochmals in einer Tabelle (1) dargestellt.

Wie erlebt der Klient die Selbstbestimmung innerhalb der Nutzung der Ambulanten Assistenz - hier stellvertretend für alle Ambulanten Assistenzen in Stadt Osnabrück und Landkreis Osnabrück ABC – Betreuungen.
Die sichere Integration von Selbstbestimmung in den Handlungsprozess.
Den Klienten in Gänze verstehen und darauf entsprechend individuelle Hilfeprozesse entwerfen.

Tabelle 1: Zielbeschreibung der vorliegenden Forschung

### 3.4 Strategie, Design und Methode der Forschung

Anhand der bereits genannten Kriterien Altersdurchschnitt, Geschlecht, Berufstätigkeit und Diagnosen (vgl. Kapitel 3.2) wurde ein Spektrum von 10 Klienten aus dem Klientenstamm der Einrichtung ABC-Betreuungen gebildet. Die Repräsentativität war gegeben, da man von den Merkmalen in der Stichprobe auf die Merkmale der Grundgesamtheit schließen konnte (Schaffer, Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit, 2012). Schaffer (2012) sieht die Allgemeingültigkeit solcher repräsentativen Studien allerdings skeptisch, da die Quotenauswahl normalerweise auf theoretischen Annahmen basiert. Diese Annahme wurde jedoch in dieser qualitativen Forschung ausgemerzt, indem vorab stichhaltige Befragungen einzelner im Bereich der Ambulante Assistenz in der Stadt Osnabrück und Landkreis Osnabrück tätigen und zuständigen Personen persönlich befragt und in Gesprächen die Kriterien zusammengetragen wurden. So basiert dieses Spektrum in der vorliegenden Forschung nicht auf theoretischen Annahmen, sondern wird durch die Ergebnisse untermauert und somit legitimiert (Schaffer, Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit, 2012).

Es wurde eine nicht-experimentelle Methode benutzt, da es nicht um eine Reproduktion eines Phänomens geht, sondern es sich um eine reale Begebenheit handelte. In dieser Forschung wurden reale Personen mit realen Krankheits- und Störungsbildern befragt. Daher war auch eine Studie unter Laborbedingungen nicht möglich. Für die Befragung wurde auf eine nicht-standardisierte Befragung zurückgegriffen. Die Befragungsdauer wurde unter Berücksichtigung der verschiedenen Aufmerksamkeitsspannen pro Klient durchschnittlich auf ca. eine dreiviertel Stunde eingeplant, um Zeit und Raum für Gedanken und Fragen zu lassen. Laut Schaffer (2009) ist dies generell bei Befragungen sinnvoll und es sollte die Befragungsdauer eine Stunde nicht überschreiten, denn die Konzentrationsfähigkeit baut auf beiden Seiten nach einer Stunde rapide ab. Durchschnittlich ergab sich aber eine tatsächliche Befragungszeit von 35 Minuten. In der Zeit der Befragung stand der Fragende dem Klienten für Rückfragen ständig zur Verfügung, hielt sich aber ansonsten eher im Hintergrund. Ein weiterer Grund, diese Art der Befragung zu wählen waren bei den Klienten vorliegende kognitive Einschränkungen, Legasthenie, etc.

Gelungene Beziehungsarbeit und das dadurch gefestigte Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Betreuer schufen eine gesunde Basis für diese qualitative

Forschung (Schaffer, Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit, 2012). Aufgrund der guten Beziehungsstruktur wurde von den Teilnehmenden nicht angemerkt, dass die Anamnesedaten sofort am Anfang abgefragt wurden. Zudem konnte auf sogenannte Door-opener, die als Vermittler eingesetzt werden konnten, verzichtet werden.

#### 3.4.1 Empirische Querschnittsuntersuchung

Die Forschungsstrategie arbeitete mit einer Querschnittsuntersuchung. Das klassische Standarddesign der empirischen Sozialforschung ist die plausibelste Art, um den einmalig erstellten Querschnitt der sich in der Ambulanten Assistenz befindenden Klienten darzustellen. Eine Längsschnittstudie wäre hier nicht sinnvoll gewesen, da die Klienten nur begrenzte Zeit die Ambulante Assistenz nutzen (Hilfezeitraum endet, Umzug, Tod, etc.) und daher immer wiederkehrende Befragungen nicht möglich sind. Im Normalfall und basierend auf jahrelanger Erfahrung sind die Klienten im günstigsten Falle innerhalb von zwei bis drei Jahren nicht mehr auf alle professionellen Hilfeformen angewiesen. Natürlich gibt es auch hier Ausnahmen, die allerdings hier nicht berücksichtigt wurden. Die Grundentscheidung lag auf einem kleinen Spektrum an Klienten. Um ein genaues Bild des Erlebens zu erhalten, machten hier ausführliche Analysen für eine Qualitative Studie durchaus Sinn. Eine quantitative Untersuchung wäre aufgrund des kleinen Spektrums, das abgebildet werden sollte, nicht sinnvoll gewesen.

#### 3.5 Forschungsinstrument

Als Forschungsinstrument wurde ein qualitativ orientierter Fragebogen eingesetzt, der ganz bewusst überwiegend in leichterer Sprache verfasst wurde. Das mag im ersten Augenschein unprofessionell wirken, jedoch schafft es Grundlagen des Verstehens für die Teilnehmenden und merzt Missverständnisse eher aus.

Der Fragebogen wurde in drei Bereiche aufgeteilt. Der erste Bereich besteht aus Anamnesefragen, die Alter, Geschlecht, Berufstätigkeit, Wohnort, Diagnosen, etc. abbilden. Diese Daten wurden bewusst zu allererst abgefragt, da das Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und Teilnehmenden eine gute Basis besitzt und Fragen nach Alter, Geburtsdatum, etc. als Eisbrecher verwendet werden. Auf diese Fragen können die Teilnehmenden sofort antworten und verlieren somit langsam ihre Nervosität.

Der zweite Teil fragte die Zeit *vor* der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz ab, und erhielt damit ein gutes Bild davon, wie sich der Klient vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz in seiner Selbstbestimmung bewegt hat, sofern vorhanden. Der dritte Teil fragte das *hier und jetzt* während der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz ab und erforschte, ob das jetzige Verstehen und Ausleben der Selbstbestimmung funktioniert oder ob es sogar hinderlich in der Lebensführung sein kann.

Die drei Ebenen des emotionalen Erlebens – Verhalten, Gedanken, Gefühle - zeigten offensichtliche Qualitäten für die Fragestellungen des Fragebogens der Forschung, da sie wahrgenommen und offensichtlich aufgrund von Reaktionen erfasst werden können. Alle drei Ebenen konnten bereits im Explorationszeitraum in unterschiedlichen Intensitäten beobachtet werden. Körperreaktionen wurden in dem Fragebogen nicht berücksichtigt, da im Explorationszeitraum, d.h. in der zur Verfügung stehenden Betreuungszeit keine somatischen Symptome aufgefallen sind. Basierend auf diesen drei Ebenen des emotionalen Erlebens stellen die drei Teilabschnitte des Fragebogens im Ganzen die Facetten des Erlebens der Selbstbestimmung des Klienten dar. Daher wurden die Fragen so ausgewählt, dass dieser nicht-standardisierte Fragebogen sowohl aus offenen als auch geschlossenen Fragen besteht, da diese die Exploration des Klienten unterstützt. Hier bot sich kein standardisierter Fragebogen an, da sich durch die Befragung der Klient an sich als Experte äußern sollte und diese subjektiven Bedeutungen keinesfalls durch eine Beobachtung erschlossen werden konnten (Mayring, 2002). Der Fragebogen ist ebenfalls zur Anschauung im Anhang sichtbar.

### **3.6 Auswertung der Fragebögen**

Unter Zuhilfenahme des Onlineprogrammes *umfrage-online.com* konnte der Teil des Fragebogens statistisch ausgewertet werden. Im ersten Schritt wurden die Antworten auf alle Fragen ohne Abweichungen in die Eingabemaske des Online-Fragebogens bei *umfrage-online.de* eingegeben. Da der Fragebogen der vorliegenden Forschung sowohl aus Explorationsfragen als auch aus Skalierungsfragen besteht, konnte die Auswertung zumindest der Skalierungsfragen über das Online-Tool vollzogen werden. Das konnte anhand der Ausgabe von Diagrammen erfolgen, um eine bessere visuelle Anschauung zu gewährleisten. Die Fragen, auf die die Teilnehmenden explorativ antworten konnten, wurden im zweiten Schritt ausgewertet und für die Beantwortung

der Forschungsfragen wichtigen Passagen paraphrasiert. Im nächsten Schritt wurden Gemeinsamkeiten in den Paraphrasierungen gesucht und eine Quintessenz konnte gebildet werden. Dadurch, dass die Teilnehmenden eher kurz und knapp antworteten und nicht die vollen Explorationsmöglichkeiten nutzten, erübrigte sich eine Vorsortierung der Inhalte und es konnte sofort mit der eigentlichen Auswertung begonnen werden. Die Antworten der Teilnehmenden, wie z.B. die Auflistung der Störungsbilder, etc. wurden unverändert in die Eingabemaske des Tools von *umfrage-online.com* eingegeben. Die in der Auswertung erhaltenen Forschungsergebnisse werden im folgenden Kapitel dargestellt.

## **4 Darstellung der Forschungsergebnisse**

Die Frage dieser vorliegenden Forschungsarbeit lautet: „Wie ist das Erleben der Selbstbestimmung der Klienten in der Ambulanten Assistenz?“. Eingangs wurde bereits näher auf die Thematik Selbstbestimmung im theoretischen Teil in Kapitel 2 eingegangen. Im folgenden Kapitel wird nun näher auf die einzelnen Ergebnisse der Forschung eingegangen und beginnt mit der Beantwortung der Forschungsfrage.

### **4.1 Beantwortung der Forschungsfrage**

Um die Forschungsfrage zu beantworten, betrachte man zunächst Frage 14 des Fragebogens. Hier wird gefragt, was für die Teilnehmenden persönlich Selbstbestimmung ist. Als Antworten konnte man u.a. lesen: „Ich entscheide, ob ich zum Arzt gehe, wann ich Hilfe zum Einkaufen haben möchte. Ich entscheide, wann ich mir vertraue, aufs Pferd zu setzen. Ich entscheide über mein Leben. Welche Hilfen ich in Anspruch nehmen möchte und was ich den Betreuern etc. von mir Preis gebe.“ (vgl. Frage 14 im Fragebogen) oder „keine Rechenschaft ablegen müssen, was ich tue, wo ich hingehere, was ich kaufe usw. vor allem wann! Bier trinken, wann ich will! das machen, was ich möchte ohne Rechenschaft ablegen zu müssen.“ (vgl. Frage 14 im Fragebogen). Alle zehn Antworten des Fragebogens sind im Anhang ersichtlich. Betrachtet man diese Antworten genauer, fällt auf, dass die Teilnehmenden ihre Selbstbestimmung als Entscheidungsfreiheit definieren.

Um zu klären, wie das Erleben der Selbstbestimmung der Klienten innerhalb der Ambulanten Assistenz (AA) ist, wurden im Fragebogen explizite Fragen über den Zeitraum vor und während der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz gestellt. Frage 22 des Fragebogens fragt z.B. ab, wie frei die Teilnehmenden in ihren

Entscheidungen vor Inanspruchnahme der AA waren. Das Ergebnis zeigt einen deutlich neutralen Status mit 50%. 20% fühlten sich gar nicht frei, wohingegen 20% sich ohne AA sehr frei fühlten. Frage 30 fragt ab, wie frei sich die Teilnehmenden während der Inanspruchnahme der AA fühlen. Das Ergebnis zeigt 40% uneingeschränkt frei, 20% frei. Auf die Frage 33 hin, wie etwaige Einschränkungen empfunden werden, wurde sich prozentual deutlich im positiven Bereich eingefunden. Hier besagen zusammen 100%, dass sie die Einschränkungen eher positiv bis positiv empfinden. Als Einschränkungen wurden in Frage 32 genau dargestellt, was von den Teilnehmenden gemeint ist. So gaben zwar 70% der Teilnehmenden an, keine Einschränkungen zu erleben, jedoch wurde auch vermerkt, dass das Vorgehen in den Entscheidungen (10%) und Einmischen in gesundheitliche Belange (20%) zu keiner Einschränkung der Lebensqualität führt, sondern durchaus positiv aufgefasst wird. Daraus lässt schließen, dass die Einschränkungen, die in der AA durchaus vorhanden sind, positiv aufgefasst werden können.

Betrachtet man nun dieses Ergebnis, kann man ein Bindeglied enttarnen: die Entscheidungsfreiheit. Dieses zentrale Bindeglied besagt also, dass es allen Teilnehmenden wichtig ist, eigene Entscheidungen treffen zu dürfen und auch zu können.

#### **4.2 Gegenüberstellung vor und während der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz**

Stellt man die Zeit vor der Inanspruchnahme der AA und die Zeit während der Inanspruchnahme der AA gegenüber, so kann man an Frage 15 gut erkennen, wie selbstbestimmt sich die Klienten allgemein fühlen. Im Großen und Ganzen ist als Resultat die komplette Skala von 1 (sehr selbstbestimmt) bis 10 (gar nicht selbstbestimmt) abgebildet, wohingegen sich im oberen Segment der Skala von nahezu selbstbestimmt bis sehr selbstbestimmt (Skalenwert 5) die Antworten konzentrieren. Frage 16 zielt darauf ab, wie die Teilnehmenden handeln, wenn sie selbstbestimmt sind. Hier wurde einschlägig deutlich, dass die Teilnehmenden Selbstbestimmung so definieren, dass sie „tun und lassen können, was sie wollen“ (vgl. Frage 16 im Fragebogen). So heißt es in einer der Antworten „Ich mache was ich will, solange ich damit nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerate oder Ich entscheide, was und werde es durchziehen. Beispiel: Kleid aussuchen und dann kaufen.“ (vgl. Frage 16 im Fragebogen). Selbstbestimmung kann aber auch als Möglichkeit gesehen werden,

seine eigenen Bedürfnisse und Anforderungen an die AA zu äußern. So sagte ein Teilnehmer: „Ich teile den Menschen mit, die mir Hilfestellung geben möchten, wann ich in der Lage bin oder mich in der Lage fühle, an Problemen zu arbeiten, oder mich mitteilen kann, was und wofür ich gerade Hilfe benötige.“ (vgl. Frage 16 im Fragebogen). 9 von 10 Teilnehmenden definierte selbstbestimmtes Handeln als etwas, das auf ihren eigenen Entscheidungen basiert. Ein Teilnehmer bezog das selbstbestimmte Handeln eher auf die Gefühlsebene. Für ihn ist selbstbestimmtes Handeln „Spaß am Leben“ oder „fühle mich, dass ich frei leben kann“. (vgl. Frage 16 im Fragebogen).

#### **4.3 Vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz**

Schaut man sich nun die Zeit vor der Inanspruchnahme der AA an, so wird deutlich, dass die Klienten diese Zeit nicht als besonders selbstbestimmt empfunden haben. Das macht die Antwort der Frage 18 deutlich. An dieser Skalierungsfrage pendeln sich die Antwortwerte eher zwischen 5 (fast nicht selbstbestimmt) und 10 (gar nicht selbstbestimmt) ein. Daran wird deutlich, dass die Selbstbestimmung vor der AA nicht besonders ausgeprägt war. Ob das daran lag, dass 70% der Teilnehmenden vorher in einer stationären Einrichtung gewohnt haben, kann uns Frage 18 ebenfalls beantworten. Zählt man die Prozentzahlen zusammen, so ergeben sich 80%. Ein klares Ergebnis mit einem Unterschied von 10%.

#### **4.4 Während der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz**

Frage 28 gibt ein gutes Bild dessen ab, wie das Empfinden der Selbstbestimmung zurzeit aktuell bei den Teilnehmenden ist. 40% empfinden sich als sehr selbstbestimmt, 30% fühlen sich selbstbestimmt. 10% empfinden sich als eher weniger selbstbestimmt. Betrachtet man in diesem Kontext die Frage 30, so sieht man deutlich, dass die Teilnehmenden sich frei in ihren Entscheidungen in der AA fühlen. 40% fühlen sich uneingeschränkt frei zu entscheiden, 20% freier und 20% frei. Dies sind 80% der Teilnehmenden. Daraus kann man ableiten, dass sich die Mehrheit der Teilnehmenden als tendenziell selbstbestimmt empfinden.

In Frage 31 teilen sich 50% die Skala von *fast gar nicht eingeschränkt* bis *Ich fühle mich gar nicht eingeschränkt*. Die restlichen 50% der Teilnehmenden fühlen sich laut Skala *überhaupt nicht eingeschränkt*. Um das Ergebnis noch einmal zu untermauern, betrachte man die Frage 32. Hier wurde gefragt, welche Einschränkungen der

Selbstbestimmung in der AA erlebt werden. 70% sprechen davon, keine Einschränkung zu erleben. Schaut man genauer hin, so sieht man, dass die Einschränkungen, die von den übrigen 30% erlebt werden, durchaus positiv beurteilt werden. Das Ergebnis spiegelt auch Frage 33 wieder, in der abgefragt wird, wie die Einschränkungen empfunden werden. Die 5 Teilnehmenden teilen sich die Antwortplätze zwischen einigermaßen positiv und positiv. Dass diese Einschränkungen durchaus positiv empfunden werden, kann man dann an Frage 34 erkennen. Hier werden Aussagen wie „Find ich gut, dann kann ich keinen Blödsinn machen.“ (vgl. Frage 33 im Fragebogen) und „erfreut“ (vgl. Frage 33 im Fragebogen) getätigt. Lediglich ein Teilnehmender ist ärgerlich über die Einschränkungen.

60% fühlen sich *gar nicht bevormundet* durch die AA, 30% *nicht bevormundet*. Auf die Frage hin, ob sich die Teilnehmenden seit Inanspruchnahme der AA besser fühlen, gab es ein recht eindeutiges Ergebnis. 30% fühlen sich *deutlich besser*, 40% fühlen sich *besser* und 30% fühlen sich *etwas besser*. Frage 37 fragt ab, ob eine Bevormundung durch die AA bei den Teilnehmenden ersichtlich ist. Anhand des deutlichen Ergebnisses kann davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmenden keine Bevormundung in der AA erleben, denn 90% der Teilnehmenden sagten, dass sie sich *nicht bevormundet* fühlen. 10% fühlen sich in Sachen Gesundheit bevormundet, weitere 10% besagen, dass sie in Sachen Arbeitsaufnahme durch die AA bevormundet werden – allerdings gaben alle Teilnehmenden einheitlich an, dass diese Bevormundungen durchaus positiv empfunden werden.

Frage 39 zielt darauf ab, herauszufinden, was sich durch die AA für die Teilnehmenden verbessert hat. Der Tenor dieser Frage ist, dass sich die Teilnehmenden in der AA zusehends besser fühlen und durch eine gute Unterstützung eine bessere Lebensqualität erleben (vgl. Frage 41 im Fragebogen). Dies untermauern Aussagen wie „Ansprechpartner bei Problemen und Hilfen um diese Probleme zu minimieren“ (vgl. Frage 41 im Fragebogen), „Verbesserung in Krisenzeiten“ (vgl. Frage 41 im Fragebogen), „Lebensqualität“ (vgl. Frage 41 im Fragebogen), „Jemand ist da, wenn ich ihn brauche“ (vgl. Frage 41 im Fragebogen) und „Dass ich jemanden habe zum Reden, für die Vergangenheit und über die Sachen, über die ich nachdenke“ (vgl. Frage 41 im Fragebogen). Die sich dort herauskristallisierende Zufriedenheit spiegelt sich in Frage 42 wieder, in der 60% als Antwort angeben, sie sind sehr zufrieden in der AA und sich 40% die Plätze zufrieden und nahezu zufrieden teilen.

#### **4.5 Wünsche der Klienten**

Betrachtet man nun die Frage 40, in der abgefragt wurde, was sich für die Teilnehmenden ändern würde, wenn sie alles ohne AA bestimmen und regeln könnten, so kann man zu dem Schluss kommen, dass die Teilnehmenden zwar selbstbestimmt ihr Leben leben wollen, es aber nicht ohne installierte Hilfeform – in diesem Falle die AA – nach eigenen Aussagen schaffen würden. Das machen Aussagen wie „Es wäre eine Katastrophe - dann würde ich machen, was ich will. Ich würde kaufen ohne Ende, mein Leben würde abdriften, ich würde durchdrehen“, „ich müsste viele Sachen alleine erledigen. Behördengänge alleine regeln, etc. Tipps und Ansprechpartner wären weg, die Änderungen wären eher negativ für mich.“ und „Ich entscheide immer noch mein Leben, aber ich kriege es nicht hin. Ohne Ambulante Assistenz fängt mein Leben bei 0 an. Meine Lebensqualität wird schlechter.“ (vgl. Frage 40 im Fragebogen) deutlich. Aber auch Aussagen wie „Stärkeres Selbstbewusstsein, weil ich alles selbst geschafft habe. Unabhängigkeit ist grösser“ und „Weiß ich nicht, vielleicht auch gar nichts. Kann ich nicht vergleichen.“ (vgl. Frage 41 im Fragebogen) zeigen klare Statements, die darauf hinweisen, dass trotzdem eine Selbstbestimmung genossen und beibehalten werden will.

### **5 Schlussfolgerungen**

Die jeweiligen Fragen dieser Forschung wurden zu Beginn definiert und präzisiert (Schaffer, Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit, 2012). Die jeweiligen Fragen resultieren aus den Zielformulierungen. Laut Schaffer (2012) ist eine „saubere Definition“ ebenfalls hilfreich für die Eingrenzung und Präzisierung der Forschungsfragen (Schaffer, Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit, 2012, S. 163). Vorangehend wurden bereits im Theoretischen Teil in Kapitel 2 die wichtigen Aspekte und Begrifflichkeiten aus der Forschungsfrage aufgegriffen und dargestellt (vgl. Kapitel 2 ff). Folgend werden nun die aus der Forschung resultierenden Fragestellungen vorgestellt und anhand der vorliegenden Ergebnisse beantwortet.

#### **5.1 Teilfrage 1: Ist Coaching in der Ambulanten Assistenz sinnvoll?**

Im Verlauf der Forschung stellte sich die Frage, ob Coaching in der Ambulanten Assistenz sinnvoll ist und dem Klienten seine Selbstbestimmung fördern, bzw. bieten kann. Coaching zielt laut Radatz (2011) darauf ab, die Lösungsressourcen des Klienten (Coachee) zu aktivieren und somit zu einer eigenen Lösung zu bewegen

(Radatz, 2011). Die Coaching-Haltung impliziert, dass dem Coachee geholfen wird, sein Problem zu erkennen und eine Problemlösung zu finden.

Im Coaching sind durchaus (Problem-)Analysen wichtig, aber letztendlich steht die ressourcenorientierte Lösungsfindung im Vordergrund. Im Hilfeprozess der Ambulanten Assistenz ist Coaching eine probate Beratungsform, um dem Klienten die Verantwortung für den Beratungsprozess in die Hand zu geben und somit seine Autonomie und Selbstbestimmung zu erhalten. Das Erreichen der selbstgesetzten, realistischen Ziele der Klienten ist elementarer Punkt in der Beratung. Dazu ist eine stabile und gute Beziehung zwischen Coachee und Berater erforderlich. Das sichert die Tragfähigkeit von einem Coaching. Ein Coaching ist auch nur möglich, wenn ein Klient intrinsisch motiviert ist, die Beratung anzunehmen (Radatz, 2011). Das Coaching bietet neue Perspektiven und neue Ansätze der Problemlösung, ganz auf den Ressourcen der Klienten zugeschnitten. Nur so kann gewährleistet werden, dass der Klient den größtmöglichen Ertrag aus der Beratung ziehen kann. Da Coaching in mehreren Sitzungen stattfinden kann, findet der Klient hier die nötigen Pausen, das erarbeitete zu reflektieren, umzusetzen und die Ergebnisse der Umsetzung ggf. in späteren Sitzungen wieder einzubringen. Durch die im besten Falle eintretende Verbesserung der Selbstreflexion und des Selbstmanagement des Klienten soll eine Unabhängigkeit hergestellt werden, die den Klienten dazu bewegt, sich selbstbestimmter in seinem Leben zu bewegen (Radatz, 2011). Der Coach arbeitet neutral dem Klienten zu, ist sein Feedbackgeber und Sparringspartner. Der komplette Beratungsprozess im Coaching basiert auf den Entscheidungen, die der Coachee eigens trifft. Somit kann der Coach dem Coachee eine Basis der Selbstbestimmung vermitteln.

Betrachtet man nun die Ergebnisse der vorliegenden Forschung weiter, so erkennt man die deutliche Tendenz der Teilnehmenden, selbst Entscheidungen treffen zu wollen. Diese Quintessenz, die sich aus der Befragung vor und während der Nutzung der Ambulanten Assistenz bildet, ist das elementare Bindeglied und macht deutlich, dass Coaching als Beratungsprozess gut in der Ambulanten Assistenz aufgehoben ist und dem Klienten wertvolle Möglichkeiten gibt, sein Bedürfnis nach Selbstbestimmung zu stillen. Da Coaching, wie weiter oben beschrieben, sich einzig und allein am Klienten orientiert, bekommt dieser die volle Aufmerksamkeit und darf 100%ig selbst

seine Entscheidungen treffen. Damit beantwortet sich die Frage: Coaching ist sehr sinnvoll im Handlungsprozess der Ambulanten Assistenz.

## 5.2 Teilfrage 2: Ist die Selbstbestimmung der Klienten – sofern vorhanden – hinderlich in Bezug auf ihre Lebensaufgaben?

Im pädagogischen Arbeitsfeld ist immer ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung erstrebenswert. Es passiert natürlich, dass die durch das hohe Maß an Selbstbestimmung gewonnenen Handlungskompetenzen außerhalb des Möglichkeitengebietes des Klienten liegen. Das lässt sich allerdings nicht pauschalisieren. Inwieweit der Klient eine Einschränkung seiner Handlungskompetenzen erfährt, kann letztendlich auch bestimmt sein durch das jeweilige Störungsbild oder deren Mischformen.

Auf die Frage 40 „Stellen Sie sich vor, Sie könnten alles alleine bestimmen/regeln. Was würde sich für Sie ändern?“ (vgl. Frage 40 im Fragebogen) sollten sich die Klienten vorstellen, sie hätten den kompletten Handlungsspielraum und könnten alles alleine regeln. In der folgenden Tabelle wird eine exemplarische Gegenüberstellung der von den Klienten gegebenen Antworten auf diese Frage und deren Störungsbilder gezeigt. Mit Zuhilfenahme des Onlinetools [umfrage-online.de](http://umfrage-online.de) konnten die IDs der jeweiligen Antworten eruiert und den IDs der Störungsbilder zugeordnet werden.

Störungsbild	Antworten
Diabetes 2 Adipositas Depression Multiple Sklerose	Ich müsste viele Sachen alleine erledigen. Behördengänge alleine regeln, etc. Tipps und Ansprechpartner wären weg. Die Änderungen wären eher negativ für mich (vgl. Frage 40 im Fragebogen).
Depression Herzinsuffizienz Diabetes 2 Leberzirrhose	Ich entscheide immer noch mein Leben, aber ich kriege es nicht hin. Ohne Ambulante Assistenz fängt mein Leben bei 0 an. Meine Lebensqualität wird schlechter (vgl. Frage 40 im Fragebogen).
PTBS Borderline	Es wäre eine Katastrophe!! Dann würde ich machen, was ich will. Ich würde

Essstörung Angststörung	kaufen ohne Ende, mein Leben würde abdriften, Insolvenz, ich würde durchdrehen (vgl. Frage 40 im Fragebogen).
PTBS künstliche Herzklappe Epilepsie LWS Schmerzsyndrom Depression	Wird stressig wegen der Geldverwaltung, muss ich mich mit den Behörden herumärgern (vgl. Frage 40 im Fragebogen).
Epilepsie Schilddrüse Unterfunktion Neurodermitis	Stärkeres Selbstbewusstsein, weil ich alles selbst geschafft habe. Unabhängigkeit ist grösser (vgl. Frage 40 im Fragebogen).

Tabelle 2: Gegenüberstellung Störungsbild - Aussage

Anhand der Tabelle sieht man, dass vier von fünf zufällig ausgewählten Antworten inhaltlich zusammengefasst darauf abzielen, dass die Klienten Angst davor haben, alleine und ohne Unterstützung auf sich angewiesen zu sein. Das machen Aussagen wie „Es wäre eine Katastrophe!! Dann würde ich machen, was ich will. Ich würde kaufen ohne Ende, mein Leben würde abdriften, Insolvenz, ich würde durchdrehen.“ (vgl. Frage 40 im Fragebogen) und „Ich entscheide immer noch mein Leben, aber ich kriege es nicht hin. (...)“ (vgl. Frage 40 im Fragebogen) sehr deutlich.

Auffällig ist, dass sich ein Klient mit ausschließlich somatischen Störungen ein selbstbestimmtes Leben und handeln gut vorstellen kann, sich sogar dadurch ein stärkeres Selbstbewusstsein und eine größere Unabhängigkeit erhofft. Es stellt sich hier die Frage, ob diese Empfindung allein damit zusammenhängt, dass dieser Klient ausschließlich somatische Störungsbilder zeigt. Diese Frage kann allerdings innerhalb der vorliegenden Studie nicht genau geklärt werden. Zusammenfassend kann man aber feststellen, dass die Verknüpfung von somatischen und psychischen Störungsbildern anscheinend den Klienten in seinem selbstbestimmten Handeln hemmt. Das zeigt die oben aufgeführte Tabelle.

Betrachtet man nun dieses Ergebnis, so kommt man zu dem Resultat, dass es Einschränkungen in den Handlungskompetenzen durch die Selbstbestimmung für den

Klienten geben kann, diese aber durch den Einsatz der Ambulanten Assistenz unterstützt werden können, um dem Klienten die Angst vor seinen Entscheidungen und deren Folgen zu nehmen. Der Klient erhält weiterhin die Kompetenz zugesprochen, im Rahmen seiner Fähigkeiten und Möglichkeiten selbstbestimmt zu handeln, welches auch ein selbstbestimmtes Denken voraussetzt, und genießt für seine Anliegen die Hilfe der Ambulanten Assistenz.

### 5.3 Gütekriterien

Nach Mayring (2002) setzen sechs Gütekriterien Maßstäbe für die Qualität der Forschungsergebnisse (Mayring, 2002). Die klassischen Gütekriterien sind Objektivität, Validität und Reliabilität. In der Validität wird die Gültigkeit der Forschung untermauert (Mayring, 2002). Die zentrale Frage ist hier, ob alles erfasst wurde, was erfasst werden sollte. Die Reliabilität zeigt die Genauigkeit der Forschung. In der vorliegenden Forschung wurde zwar der Blick auf alle Gütekriterien gerichtet, sich aber besonders auf die zwei für die Forschung relevantesten Gütekriterien *Verfahrensdokumentation* und *Kommunikative Validierung* konzentriert.

Die Verfahrensdokumentation erfordert die genaue Einhaltung der Dokumentation der Forschung. Da in der vorliegenden Forschung sowohl Methodiken beschrieben, als auch der theoretische Hintergrund dargestellt wurden, kann dieses Gütekriterium ebenfalls ausgegeben und zur Legitimation anerkannt werden. Neben dem Gütekriterium Verfahrensdokumentation sei auch in dieser Forschung die Kommunikative Validierung ausgegeben. Die Kommunikative Validierung dient in der qualitativen Forschung zur Evaluation der Ergebnisse und ist für die vorliegende Forschung als Legitimation besonders wichtig. Evaluation der Ergebnisse bedeutet, dass man die Ergebnisse und Analysen dem Befragten noch einmal vorlegt, mit ihm so in den Diskurs geht und ihm damit mehr Kompetenz zugesteht (Mayring, 2002). Hierdurch erfährt der Klient mehr Verantwortung und dadurch mehr Autonomie in seinem Handeln. Die Befragten haben die Möglichkeit, Feedback zur Handhabung der Befragung zu geben. Finden sich die Befragten in den Ergebnissen wieder, so kann dies als Absicherung des Ergebnisses dienen (Mayring, 2002). Sind die Teilnehmenden nicht einverstanden, werden die Ergebnisse nochmals diskutiert, um eine Validierung zu ermöglichen. Exakte Zahlen von Menschen mit Behinderungen, die eine ambulante Assistenz in Stadt Osnabrück und Landkreis Osnabrück in Anspruch nehmen, gibt es in dieser Studie nicht. Da jedoch die Festlegung der gemeinsamen

Kriterien hinsichtlich der Beispielhaftigkeit, die oben bereits genannt wurden (vgl. Kapitel 3.2), mit den einzelnen Anbietern von Ambulanten Assistenzen in Stadt und Landkreis Osnabrück festgelegt wurde, ist die Population nicht relevant. Die Anzahl der in dieser Studie befragten Personen betrug zehn.

## **6 Diskussion**

Folgend werden die Stärken und Schwächen dieser Forschung diskutiert und forschungsspezifische Aspekte dargestellt.

### **6.1 Stärken der Forschung**

Als Stärke dieser Forschung kann hervorgehoben werden, dass sich der theoretische Anteil detailliert mit dem Thema Selbstbestimmung befasst und diesen Kontext noch einmal als fundierte Grundlage im Sinne des Tripelmandats für das Handeln in der Sozialen Arbeit aufgreift.

Eine weitere Stärke dieser Forschung ist die Einhaltung der Gütekriterien nach Mayring (2002). So ist diese Forschung objektiv gehalten. Die Validität wurde durch die Gültigkeit der Forschung untermauert. Die Reliabilität ist gegeben, da sich im Interview übereinstimmende Ergebnisse zeigen. Zuvor wurde das theoretische Vorverständnis erklärt und eine Verfahrensdokumentation wurde erstellt. Das Gütekriterium der kommunikativen Validierung wurde ebenfalls durch die Vorlage der Ergebnisse der Befragungen gegeben.

Ein weiterer Stärkeaspekt dieser Forschung ist die strikte Beachtung der forschungsethischen Prinzipien. Bereits im Vorfeld dieser Studie wurden die Teilnehmer über die Befragung und Teilnahme an der Studie informiert. Zudem wurde genau abgeschätzt, dass keine ethisch relevanten Schäden oder Folgen für die Teilnehmenden passieren können. Innerhalb dieser Forschung wurden datenschutzrechtliche Bestimmungen strikt befolgt und keine falschen Aussagen zur Forschung getätigt. Zudem wird das methodische Vorgehen der vorliegenden Studie expliziert.

Eine weitere Stärke dieser Forschung ist, dass die Verfasserin bereits seit Jahren in der Ambulanten Assistenz tätig ist und sich sicher auf diesem Gebiet bewegt. Dadurch entstehen begünstigende Faktoren, die die Forschung klarer und strukturierter

erscheinen lassen. Dazu kommt die Offenheit und die Neugier der Forscherin, die es erlauben, etwaige neue Handlungsstrukturen für die Forschung zu entdecken.

Zudem ist der Fragebogen eine weitere Stärke dieser Forschung. Er ist sowohl auf die Zeit vor als auch während der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz konstruiert. So werden Vergleiche ermöglicht und lässt Raum für weitere Fragestellungen. Den Teilnehmenden wurden sowohl geschlossene als auch offene Fragen gestellt. Die offenen Fragen regten die Teilnehmenden wie gewünscht zur Exploration an und ließen der Forschung Raum für Interpretationen und Ergebnisse. Die Fragen waren durch Gebrauch der leichten Sprache leicht verständlich. Es traten wenig bis keine Rückfragen durch die Teilnehmenden auf.

Die Aktualität der Studie ist ebenfalls eine Stärke. Im Zuge der aktuellen, stufenweise in Kraft tretenden Reform des Bundesteilhabegesetzes tritt die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung mehr denn je ins Rampenlicht und ist gegenwärtig. Dadurch, dass die Teilnehmenden speziell aus der Stadt Osnabrück und Landkreis Osnabrück ausgesucht wurden, zeigen sich hier auch für den Bereich interessante Ergebnisse und bieten neue Handlungsansätze – zumindest fördert es die Bereitschaft, das eigene Handeln und die Haltung in der Sozialen Arbeit zu überdenken und nach berufsethischen Ansätzen sein Tun kritisch zu betrachten.

Aus den Forschungsergebnissen resultieren viele neue Fragestellungen, die zur Diskussion auf Makro-, Meso- und Mikroebenen anregen können und/oder auch neue Forschungsthemen aufwerfen. Dies ist als eine weitere Stärke anzusehen.

## **6.2 Schwächen der Forschung**

Eine Schwäche der Forschung ist das kleine Spektrum, das in dieser Forschung abgebildet wurde. Um allerdings eine tiefergehende Analyse ermöglichen zu können, ist dieses Spektrum an Befragten ausreichend.

Als eine weitere Schwäche sei der Messzeitpunkt genannt. Das Interesse dieser Studie lag im Rahmen einer Momentaufnahme an der aktuellen Struktur. Trotzdem wäre es sinnvoller, in einer Langzeitstudie zu erforschen, inwieweit die Klienten sich in ihren Handlungskompetenzen und ihrer Selbstbestimmung verändern. Anhand einer Langzeitstudie ließen sich genauere Ergebnisse über einen längeren Zeitpunkt

abbilden. So bleibt einem in dieser Forschung lediglich die Vermutung, wie das Empfinden der Selbstbestimmung der Klienten in beispielsweise fünf Jahren sein wird. Als Minuspunkt für eine Langzeitstudie sei der nicht klar definierte theoretische Bezug genannt. Der theoretische Bezug kann sich z.B. Durch Änderungen in den Gesetzestexten oder Reformen der Strukturen verändern und müsste angepasst werden. Welche Empfehlungen sich für die Gesellschaft, für die Fachwelt und für jeden Menschen ergeben, beschreibt das folgende Kapitel.

## **7 Empfehlungen für das Berufsfeld**

Selbst Entscheidungen treffen zu können und vor allem zu dürfen ist für alle Menschen von elementarer Wichtigkeit und ein Grundbedürfnis. Insbesondere sollten Menschen mit Behinderungen ihre Selbstbestimmung zugesprochen bekommen und ihnen ein Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden. Dafür sollte die Gesellschaft offener und respektvoller mit Menschen mit Behinderung umgehen lernen. Da stellt sich die Frage, ob wirklich nur die Menschen mit Behinderung inkludiert werden sollten, oder die Gesellschaft kritisch betrachtet ebenfalls einer Inklusion unterzogen werden sollte. Hier wäre ein guter Ansatzpunkt, anhand von Aufklärung und Offenheit das Thema Behinderung zu enttabuisieren und zu entstigmatisieren. Dazu ist die Einbeziehung der Angehörigen der Menschen mit Behinderung ein wichtiger Faktor. Dies kann z.B. in Form von Aufklärung über das Störungsbild erfolgen. Dabei sei das bio-psycho-soziale Modell benannt, das sich bei der Erklärung von Behinderungen in seiner Verständlichkeit und Handhabung bewährt hat. Immer wieder kommt es vor, dass unter dem Prinzip Fürsorge Menschen mit Behinderung fremdbestimmt werden und somit ihre Selbstbestimmung Stück für Stück verloren geht. Hauptaugenmerk sowohl in der Sozialen Arbeit als auch im sozialen Umfeld sollte auf die Wahrung der Selbstbestimmung der Klienten gerichtet sein. Selbstbestimmung ist vordergründig die Entscheidungsfreiheit im Denken und Tun und von den Klienten gewollt. Das spiegeln die Antworten auf die Fragen im Fragebogen dieser Forschung deutlich wieder. Um hier eine globale Selbstbestimmung zu ermöglichen, sollten primär die Experten – also die Menschen mit Behinderung – zu Rate gezogen und nach ihren Bedürfnissen und Wünschen gefragt werden. Durch eine regelmäßige Befragung wird die Meinung des Klienten berücksichtigt. Dies bringt dem Klienten Wertschätzung entgegen und verleiht der Klientenperspektive nochmals Einfluss. Der Klient wird als Experte im Erleben seines Zustandes ernst genommen und zum äußern seiner Bedürfnisse motiviert. Auf

diesen Informationen kann die Fachwelt aufbauen und im gut strukturierten Netzwerk agieren. Dies setzt allerdings eine entsprechende Haltung des Sozialpädagogen voraus. Die primäre Haltungsfrage äußert sich in der Zusprechung der Selbstbestimmung eines jeden Menschen.

Das Praxisfeld nimmt viele Bemühungen auf, Modelle und Methoden der professionellen Unterstützung umzusetzen. So findet auch die Unterstützung der Selbstbestimmung ihre Möglichkeiten, zum Beispiel in der gemeinsamen Erarbeitung von Zukunftsplänen, Arbeitsaufnahmen oder der Gestaltung des eigenen Wohnraumes. Dazu gehören auch das Annehmen der Wünsche und das Vertrauen in die Ressourcen des Klienten. Da das Unterstützen dieses Entwicklungs- oder auch Erhaltungsprozesses von Selbstbestimmung eine Gratwanderung zwischen „machen lassen“ und „ich mach für dich“ darstellt, ist das ständige Hinterfragen des eigenen Handelns der Fachkraft unabdingbar. Dies kann durch regelmäßige Supervisionen, Interventionen und dem steten Austausch im Team erfolgen. Die Kompetenz zur Reflexion gehört zu den Basiskompetenzen der Sozialpädagogen und sollte ständig im Einsatz sein. Diese Chancen der Reflexion, insbesondere Supervision, sollten in fachlich angeleiteter Form regelmäßig erfolgen. Der stete Austausch im Team sollte im zeitlich adäquaten Rahmen ebenfalls regelmäßig erfolgen.

Zudem könnte es hilfreich sein, in regelmäßigen Abständen die vorangegangenen Dokumentationen durchzulesen, um etwaige Fallgruben zu entdecken und um zu sehen, ob oder in welchen Situationen der Sozialpädagoge Entscheidungen übernommen hat und seine Haltung und Handlung zu reflektieren und gegebenenfalls zu korrigieren.

Es wird von vielen Seiten versucht, Menschen mit Behinderungen finanziell zu unterstützen und somit die Nachteile innerhalb der Gesellschaft auszugleichen. Da wären das Persönliche Budget, Leistungen der Pflegeversicherung, etc. Meistens sind aber solche Finanzierungen an Stigmatisierungen und Hürden geknüpft, die kaum überwindbar sind. Eine große Hürde kann zum Beispiel der hohe bürokratische Aufwand sein. Anträge müssen gestellt und Beweise geliefert werden. Fehlt etwas, wird der Antrag nicht oder nur schleppend bearbeitet. Die nötigen Gesetzestexte, mit denen versucht werden kann, die Anträge zu verstehen, sind meist kompliziert und zu umfangreich. Hier kann angesetzt werden, die Anträge und Formulare in leichter

Sprache mit Bild und akustischem Material zu konzipieren. Zudem sollten mehr unabhängige Beratungsstellen in den Städten und Kommunen angeboten werden, damit Menschen mit Behinderungen direkte Anlaufstellen haben, sofern es weitere Schwierigkeiten im Verstehen und beim Ausfüllen der Anträge gibt. Sinn würde es machen, diese Beratungsstellen direkt barrierefrei in die Gebäude der Behörden zu integrieren.

## **8 Resümee**

Selbstbestimmung schwingt immer mehr als wichtiges Diskussionsthema in unserer Gesellschaft mit und wird von den meisten Menschen mit Behinderung als notwendig und erstrebenswert empfunden. Viele Erkenntnisse aus vergangenen Forschungen werden bereits in die Praxis mit aufgenommen und realisiert. An dieser Stelle sei das Konzept des Empowerment genannt, das immer mehr an Bedeutung und Tragweite gewinnt. Trotzdem besteht immer noch Bedarf an Verbesserungen der Strukturen und der kritischen Auseinandersetzung mit der Thematik.

Die vorliegende Arbeit hat zeigen können, dass die Selbstbestimmung in der Ambulanten Assistenz trotz der von den Teilnehmenden im Fragebogen benannten hemmenden Faktoren durchaus positiv von den Klienten erlebt wird. Die Einschränkungen sind zwar vorhanden und ersichtlich, werden jedoch akzeptiert und sogar als hilfreich empfunden. Das zeigt, dass sich nicht nur die Fachwelt mit dem Thema Selbstbestimmung auseinandersetzt, sondern auch der Mensch mit Behinderung sich informiert, sich dadurch selbstbewusster zeigt und für seine Rechte eintreten möchte.

Selbstbewusst und neugierig zeigt sich auch vermehrt das soziale Umfeld der Betroffenen, wenn auch nur ein Bruchteil der Angehörigen dazugehört. Diese gilt es nach und nach aufzuklären und mit einzubeziehen. Wie schon in Kapitel 7 erwähnt, hat das soziale Umfeld der Menschen mit Behinderung ein großes Potential, kann den Menschen zusätzlich Hoffnung schenken und somit wesentlich zur Genesung beitragen. Der Gedanke des Recovery kann hier mit aufgenommen werden. Recovery ist eine Reise der Heilung, eine Wiederherstellung durch Selbstmotivation, die Menschen dazu befähigen kann, ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben zu führen (Knuf & Briler, 2008). Die Fachwelt sollte Reisebegleiter auf der Reise der Hoffnung werden und so den Prozess der Selbstbestimmung fördern. Diese

Verknüpfung aus Hoffnung und Selbstbestimmung sollten wir fest im Kopf verankert haben. Als Fachkraft bedeutet das die Bereitschaft zur Offenheit gegenüber den Wünschen des Klienten. Aber auch ein Stück Vertrauen schenken in die Kräfte der Menschen mit Behinderung.

Wünschenswert wäre, dass alle Professionen des Helfersystems alle Möglichkeiten der Unterstützung ausschöpfen und gleichzeitig stets hinterfragen. Nur so kann auf Dauer ein für den Menschen mit Behinderung starkes und adäquates Hilfefonstrukt gebildet werden, ohne dass die Selbstbestimmung des Klienten zum Fluch wird.

## Literaturverzeichnis

- ABC-Betreuungen*. (1. 11 2017). Abgerufen am 01. Mai 2018 von <http://www.abc-betreuungen.de>
- Arkowitz, H., Westra, H., Miller, W., & Rollnick, S. (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben Behinderter e. V. (2018). *Peer Conseling*. Abgerufen am 27. April 2018 von <http://www.peer-counseling.org>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2016). Abgerufen am 13. April 2018 von Trägerübergreifendes Persönliches Budget: <http://www.budget.bmas.de>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2018). *Die Pflege-Charta*. Abgerufen am 28. April 2018 von [www.pflege-charta.de](http://www.pflege-charta.de)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium für Gesundheit. (2007). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Paderborn: Bonifatius GmbH.
- Bundesregierung. (2018). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen*. Köln: Bundesanzeiger Verlag GmbH.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generationen*. Berlin: Bonifatius GmbH.
- Casperski, S. (Oktober 2017). (M. Rink, Interviewer)
- Clinton, H. R. (2006). *It takes a Village*. New York: Simon & Schuster.
- Cord Benecke. (2014). *Klinische Psychologie und Psychotherapie: Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Dederich, M., & Jantzen, W. (2009). *Behinderung und Anerkennung*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. DBSH. (2018). *Definition der Sozialen Arbeit*. Berlin: Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. DBSH.

- DIMDI. (2017). *DIMDI*. Abgerufen am 12. 10 2017 von Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: <http://www.dimdi.de>
- Franziska Hoffmann , & Isabelle Lork. (2018). *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde*. Abgerufen am 25. April 2018 von <https://www.dgppn.de/schwerpunkte/menschenrechte.html>
- Gössler, M. (2013). OrganisationsEntwicklung - Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management. *Coaching im Veränderungsprozess - Mythen, Risiken und Nebenwirkungen*. Bremen: Organisationsentwicklung.
- Greune, T., Maus, F., Prof. Dr. Schumacher, T., Lohwasser, C., Gosejacob-Rolf, H., Krämer, I., et al. (April 2014). *www.dbsh.de*. Abgerufen am 8. Oktober 2017 von DBSH: <https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/DBSH-Berufsethik-2015-02-08.pdf>
- Herringer, N. (2006). *Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart: Weinheim Verlag.
- Hitzker, R., & Lakshmi, K. (2011). *Selbstbestimmung - im Kontext von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit - Zum Begriff einer Fiktion*. Abgerufen am 28. April 2018 von <http://www.hitzler-soziologie.de>: [http://www.hitzler-soziologie.de/pdf/Publikationen\\_Ronald/2-58.pdf](http://www.hitzler-soziologie.de/pdf/Publikationen_Ronald/2-58.pdf)
- Kerk, A. (28. September 2017). Persönliche Kommunikation. (M. Rink, Interviewer)
- Klaus Schneider. (2011). *Die Bewältigung beruflicher Diskontinuität - Handlungsperspektiven für die Jugendberufshilfe*. Luxembourg: Inter Actions.
- Knuf, A., & Briler, S. (2008). *Recovery konkret - Wie man Zuversicht im psychiatrischen Alltag vermitteln kann*. Psychiatrische Praxis und Therapie.
- Landkreis Osnabrück. (Oktober 2017). *Landkreis Osnabrück*. Abgerufen am 27. Oktober 2017 von <https://www.landkreis-osnabrueck.de/der-landkreis/pressestelle/pressemeldungen/das-persoенliche-budget-als->

erfolgsgeschichte

- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. (2018). *Der Paritätische Gesamtverband*. Abgerufen am 30. April 2018 von [https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user\\_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/Eckpunkte\\_zum\\_Konzept\\_Budget\\_fuer\\_Arbeit\\_ab\\_01072017.pdf](https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundesteilhabegesetz/doc/Eckpunkte_zum_Konzept_Budget_fuer_Arbeit_ab_01072017.pdf)
- Nomos, G. (2016/2017). *Sozialgesetzbuch*. Nomos Verlagsgesellschaft.
- Praetor Intermedia UG (haftungsbeschränkt). (2017). *UN-Behindertenrechtskonvention*. Abgerufen am 11. 10 2017 von Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: <https://www.behindertenrechtskonvention.info>
- Praetor Intermedia UG. (2018). *Behindertenrechtskonvention.Info*. Abgerufen am 27. April 2018 von <https://www.behindertenrechtskonvention.info>
- Radatz, S. (2011). *Beratung ohne Ratschlag*. Wien, Österreich: Verlag systemisches Management.
- Radtzka, A. (2005). *Independent Living Institute*. Abgerufen am 10. 10 2017 von Independent Living Institute: <https://www.independentliving.org/>
- Rink, M. (11 2017). Fragebogen - Das Erleben der Selbstbestimmung in der Ambulanten Assistenz am Beispiel von ABC-Betreuungen. Georgsmarienhütte, Niedersachsen.
- Rittmeyer, a. P. (2010). *Selbstbestimmung und Partizipation*. München: Grin Verlag.
- Rogers, C. R. (1977). *Therapeut und Klient - Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler Verlag GmbH.
- Schaffer, S. (2009). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit*. Lambertus Verlag.
- Schaffer, S. (2012). *Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit*. Lambertus Verlag.
- Schwalb, H., & Theunissen, G. (2018). *Inklusion, Partizipation und*

*Empowerment in der Behindertenarbeit: Best Practice-Beispiele:  
Wohnen - Leben - Arbeit - Freizeit.* Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

van Dick, R., & West, M. A. (2005). *Teamwork, Teamdiagnose,  
Teamentwicklung.* Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

### **Abkürzungsverzeichnis**

AA – Ambulante Assistenz

BTHG – Bundesteilhabegesetz

BGG – Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes

BMG – Bundesministerium für Gesundheit

bzw. - beziehungsweise

DBSH – Deutscher Berufsband für Soziale Arbeit e.V.

DBfK – Deutscher Berufsband für Pflegeberufe

GKV – Gesetzliche Krankenkasse

ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

NAP 2.0 – 2. Fassung des Nationalen Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenkonvention

o.g. – oben genannten

PSG III – 3. Pflegestärkungsgesetz

SGB - Sozialgesetzbuch

UN-BRK – UN-Behindertenrechtskonvention

WfbM – Werkstatt für behinderte Menschen

**Abbildungsverzeichnis**

ABBILDUNG 1 ALTERSDURCHSCHNITT .....20

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Zielbeschreibung der vorliegenden Forschung

Tabelle 2: Gegenüberstellung Störungsbild - Aussage

## Anlagen

### Anlage A: Fragebogen

#### Das Erleben der Selbstbestimmung in der Ambulanten Assistenz am Beispiel von ABC-Betreuungen

##### Herzlich Willkommen

Im Rahmen eines Forschungsprojektes soll durch diese Befragung das Erleben der Selbstbestimmung des Klienten der ABC-Betreuungen untersucht werden. Die Studie dient rein wissenschaftlichen Zwecken, die Daten werden anonymisiert behandelt.

Sie finden in der Folge einige Aussagen zur Selbstbestimmung. Bitte beachten Sie die unterschiedlichen Antwortoptionen der Fragen, sie können auch mehrere Optionen angeben.

Die Bearbeitungszeit beläuft sich auf ca. 30 Minuten.

Besten Dank und viel Spaß bei der Befragung.

##### Anamnese

**1. Wie alt sind Sie?**

- 20 -30       31 - 40       41 - 50       51 - 60       61 - 70

**2. Welches Geschlecht haben Sie?**

- Weiblich       Männlich

**3. Wo wohnen Sie?**

- Osnabrück Stadt       Landkreis Osnabrück

**4. Leben Sie alleine?**

- ja  
 nein

**5. Wer unterstützt Sie noch in ihren Belangen/Bedürfnissen?**

Mehrere Antworten möglich.

- Eltern  Verwandte  Kinder  Freunde/Freundinnen  Pflegedienst/Hauswirtschafter  Gesetzlicher Betreuer

**6. Sind Sie beschäftigt?**

- berufstätig  Schüler  Auszubildender  Student  arbeitslos/arbeitssuchend  berentet
- 

**7. Wie lautet Ihr höchster schulischer Abschluß?**

- Hauptschulabschluß  Realschulabschluß  Abiur  Fachoberschule  Ich habe keinen Abschluß.

**8. Haben Sie Kinder?**

- ja
- nein

**9. Welche Diagnosen liegen vor?**

Bitte benennen Sie ihre Diagnosen stichwortartig.

10. **Haben Sie bereits früher in einer stationären Einrichtung (Wohnheim, ...) gewohnt?**

ja

nein

11. **Welche Hilfen nehmen Sie aktuell in Anspruch?**

Gemeint sind: Begleitung zum Einkauf, Therapie, Arztbesuch, etc.

12. **Nehmen Sie das persönliche Budget in Anspruch?**

ja

nein

13. **Wurden Sie über das Persönliche Budget informiert?**

ja

nein

**14. Was ist für Sie persönlich Selbstbestimmung?**

Bitte geben Sie Stichpunkte an!

**15. Auf einer Skala von 1 - 10: wie selbstbestimmt fühlen Sie sich aktuell?**

1 sehr selbstbestimmt  2  3  4  5  6  7  8  9  10 gar nicht selbstbestimmt

**16. Wie handeln Sie, wenn Sie selbstbestimmt sind?**

Bitte beschreiben Sie stichpunktartig ihr selbstbestimmtes Handeln.

**+++ VOR der Ambulanten Assistenz +++**

**17. Wo haben Sie im letzten Jahr vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz gelebt?**

In einer stationären Einrichtung     Bei den Eltern     Obdachlos  
 Ambulant betreutes Wohnen     Bei Verwandten     Eigene Wohnung (ohne Betreuung)

**18. Auf einer Skala von 1 - 10: wie selbstbestimmt waren sie zu dieser Zeit?**

1 sehr selbstbestimmt  2  3  4  5  6  7  8  9  10 gar nicht selbstbestimmt

**19. In welchen Bereichen wurden Sie vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz unterstützt?**

Mehrere Antworten sind möglich.

- Einkauf  Behördengänge  Gesundheit  Finanzen  Zeitmanagement  Häusliche Struktur  Arbeitsaufnahme
- 

**20. Von wem wurden Sie vor Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz unterstützt?**

- Eltern  Verwandte  Gesetzlicher Betreuer  Vormund  Ich hatte bisher keine Unterstützung

**21. Auf einer Skala von 1 - 10: in wie weit waren Sie in ihrer Selbstbestimmung vor Nutzung der Ambulanten Assistenz eingeschränkt?**

- 1 gar nicht eingeschränkt  2  3  4  5  6  7  8  9  10 sehr eingeschränkt

**22. Auf einer Skala von 1 - 10: wie frei waren Sie in Ihren Entscheidungen vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz?**

- 1 sehr frei  2  3  4  5  6  7  8  9  10 gar nicht frei

**23. Auf einer Skala von 1 - 10: wie frei waren Sie in Bezug auf ihre Zeiteinteilung vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz?**

- 1 sehr frei  2  3  4  5  6  7  8  9  10 gar nicht frei

**+++ Während der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz +++**

**24. War die Nutzung der Ambulanten Assistenz Ihre freie Entscheidung?**

- ja
- nein

25. Wer außer Ihnen möchte noch, dass Sie die Ambulante Assistenz in Anspruch nehmen?

- Eltern  Freunde  Verwandte  Ärzte  Gesetzlicher Betreuer  keiner

26. Wie reagiert Ihre Umwelt (Partner, Familie, Freunde, ...) auf Ihre Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz?

Mehrfachnennung möglich!

- wohlwollend  neutral  ablehnend

27. In wie weit geben Sie ihrer Umwelt Feedback über deren Reaktionen?

Bitte beschreiben Sie stichwortartig.

28. Auf einer Skala von 1 - 10: wie selbstbestimmt fühlen Sie sich aktuell in der Ambulanten Assistenz?

- 1 sehr selbstbestimmt  2  3  4  5  6  7  8  9  10 überhaupt nicht selbstbestimmt

29. Auf einer Skala von 1 - 10: wie schätzen Sie persönlich ihre Mitarbeit in der Ambulanten Assistenz ein?

- 1 sehr gut  2  3  4  5  6  7  8  9  10 überhaupt nicht gut

30. Auf einer Skala von 1 - 10: wie frei fühlen Sie sich in ihren Entscheidungen bezüglich Ihrer Lebensführung in der Ambulanten Assistenz?

- 1 uneingeschränkt frei  2  3  4  5  6  7  8  9  10 gar nicht frei

31. Auf einer Skala von 1 - 10: in wie weit erleben Sie eine Einschränkung ihrer Selbstbestimmung während der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz?

1 Ich fühle mich überhaupt nicht eingeschränkt.  2  3  4  5  6  7  8  9  10 Ich fühle mich sehr eingeschränkt.

32. Welche Einschränkungen Ihrer Selbstbestimmung erleben Sie in der Ambulanten Assistenz?

Bevormundung  Vorgeifen in meinen Entscheidungen  Einmischung in persönliche Belange (Familienangelegenheiten, etc.)  Einmischen in gesundheitliche Belange  Ich erlebe keine Einschränkungen in der Ambulanten Assistenz

33. Auf einer Skala von 1 - 10: wie empfinden Sie diese Einschränkungen Ihrer Selbstbestimmung in der Ambulanten Assistenz?

1 positiv  2  3  4  5  6  7  8  9  10 negativ

34. Wie reagieren Sie auf die Einschränkungen Ihrer Selbstbestimmung durch die Ambulante Assistenz?

Bitte geben Sie hier Stichpunkte (ärgerlich, erfreut, usw.) an.

35. Auf einer Skala von 1 - 10: in wie weit haben Sie das Gefühl, durch die Ambulante Assistenz bevormundet zu werden?

1 gar nicht bevormundet  2  3  4  5  6  7  8  9  10 maximal bevormundet

36. Auf einer Skala von 1 - 10: fühlen Sie sich besser, seit dem Sie die Ambulante Assistenz nutzen?

1 deutlich besser  2  3  4  5  6  7  8  9  10 überhaupt nicht besser

**37. In welchen der folgenden Bereiche fühlen Sie sich von der Ambulanten Assistenz bevormundet?**

Finanzen  Haushaltsführung  Gesundheit  Einkauf  Behördengänge  Ich fühle mich nicht bevormundet

**38. Was genau tun Sie, damit sich das ändern kann?**

Beschreiben Sie ihr Vorgehen stichpunktartig!

**39. Was hat sich für Sie persönlich verbessert, seit Sie die Ambulante Assistenz nutzen?**

Bitte geben Sie Stichpunkte an!

**40. Stellen Sie sich vor, Sie könnten alles alleine bestimmen/regeln. Was würde sich für Sie ändern?**

41. Auf einer Skala von 1 - 10: wie gut fühlen Sie sich durch die Ambulante Assistenz unterstützt?

1 sehr gut unterstützt     2  3  4  5  6  7  8  9  10 gar nicht unterstützt

42. Auf einer Skala von 1 - 10: wie zufrieden sind Sie in der Ambulanten Assistenz?

1 sehr zufrieden     2  3  4  5  6  7  8  9  10 überhaupt nicht zufrieden

43. Bitte beschreiben Sie kurz und stichpunktartig, was sich für Sie innerhalb der Ambulanten Assistenz ändern sollte.

Bitte geben Sie Stichpunkte an!

» Umleitung auf Schlussseite von Umfrage Online

## Anlage B: Auswertungen des Fragebogens

### Das Erleben der Selbstbestimmung in der Ambulanten Assistenz am Beispiel von ABC-Betreuungen

#### 1. Wie alt sind Sie?

Anzahl Teilnehmer: 10

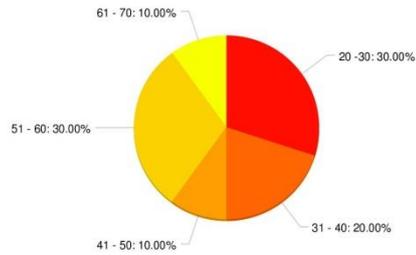
3 (30.0%): 20 - 30

2 (20.0%): 31 - 40

1 (10.0%): 41 - 50

3 (30.0%): 51 - 60

1 (10.0%): 61 - 70

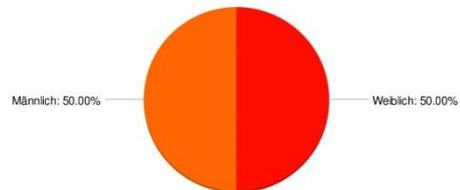


#### 2. Welches Geschlecht haben Sie?

Anzahl Teilnehmer: 10

5 (50.0%): Weiblich

5 (50.0%): Männlich

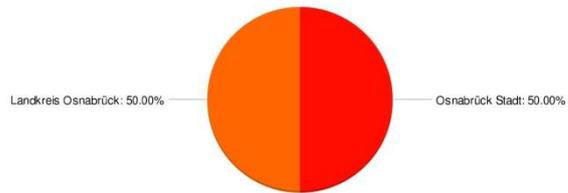


3. Wo wohnen Sie?

Anzahl Teilnehmer: 10

5 (50.0%): Osnabrück Stadt

5 (50.0%): Landkreis  
Osnabrück

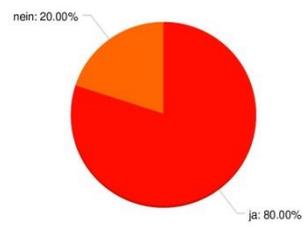


4. Leben Sie alleine?

Anzahl Teilnehmer: 10

8 (80.0%): ja

2 (20.0%): nein



5. Wer unterstützt Sie noch in ihren Belangen/Bedürfnissen?

Anzahl Teilnehmer: 10

3 (30.0%): Eltern

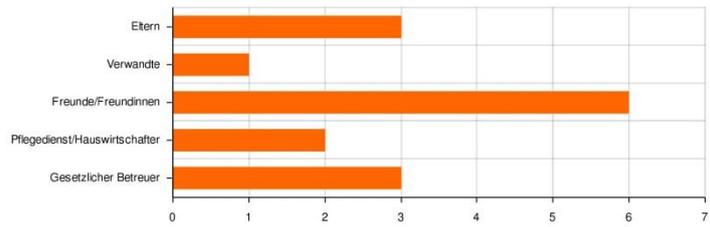
1 (10.0%): Verwandte

- (0.0%): Kinder

6 (60.0%):  
Freunde/Freundinnen

2 (20.0%):  
Pflegedienst/Hauswirtschaftler

3 (30.0%): Gesetzlicher  
Betreuer



6. Sind Sie beschäftigt?

Anzahl Teilnehmer: 10

4 (40.0%): berufstätig

- (0.0%): Schüler

- (0.0%): Auszubildender

- (0.0%): Student

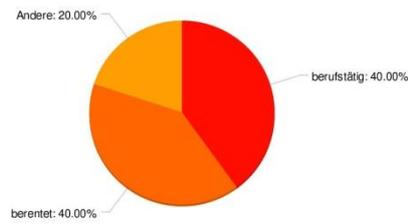
- (0.0%):  
arbeitslos/arbeitssuchend

4 (40.0%): berentet

2 (20.0%): Andere

Antwort(en) aus dem  
Zusatzfeld:

- Maßnahme HHO Osnabrück
- Rehamaßnahme



7. Wie lautet Ihr höchster schulischer Abschluß?

Anzahl Teilnehmer: 10

5 (50.0%):

Hauptschulabschluß

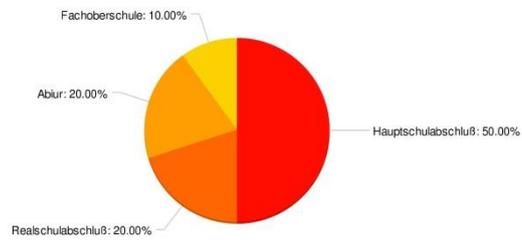
2 (20.0%):

Realschulabschluß

2 (20.0%): Abiur

1 (10.0%): Fachoberschule

- (0.0%): Ich habe keinen Abschluß.

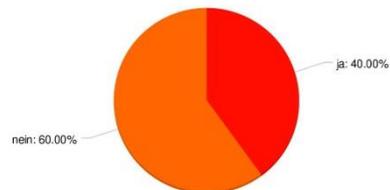


8. Haben Sie Kinder?

Anzahl Teilnehmer: 10

4 (40.0%): ja

6 (60.0%): nein



9. Welche Diagnosen liegen vor?

Anzahl Teilnehmer: 10

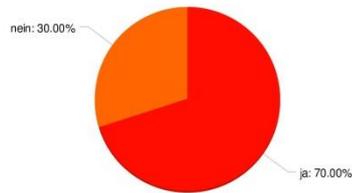
- Diabetes 2
- Adipositas
- Depression
- Multiple Sklerose
- Dissoziative Störung; Posttraumatische Belastungsstörung; rez. depressive Störung, mittelgradige Episode; Agoraphobie mit Panikstörung; Soziale Phobie; Atypische Anorexia Nervosa; Schizoaffective Störung; COPD
- Diabetes 2
- Shizophrenie
- 70%ig gehbehindert
- Epilepsie
- Schilddrüse Unterfunktion
- Neurodermitis
- PTBS
- Borderline
- Essstörung
- Angststörung
- Depression
- generalisierte Angsterkrankung
- - PTBS
- künstliche Herzklappe
- Epilepsie
- LWS Schmerzsyndrom
- Depression
- - Depression
- unspezifischer Autismus / A-typisch seit 2011
- feinmotorische Ungeschicklichkeit
- Shizoide Persönlichkeitsstörung
- Depression
- Herzinsuffizienz
- Diabetes 2
- Leberzerrose
- - PTBS
- Borderline
- Essstörung
- Angststörung

10. Haben Sie bereits früher in einer stationären Einrichtung (Wohnheim, ...) gewohnt?

Anzahl Teilnehmer: 10

7 (70.0%): ja

3 (30.0%): nein



11. Welche Hilfen nehmen Sie aktuell in Anspruch?

Anzahl Teilnehmer: 10

- Therapie
- Arztbesuche
- Einkaufen
- Begleitung zum Einkauf, reiten, Arztbesuch;
- Arztbesuche
- Gespräche
- Behördenangelegenheiten
- Gesprächstermine
- Arzttermine
- Haushaltsführung
- Therapie
- Begleitung zu Ärzten und Behörden
- Begleiteter Einkauf
- Sozialdienst
- Gespräche
- Gespräche
- Therapien
- Einkauf
- Arzt
- Behörden
- Aktivierung zu Freizeitaktivitäten
- Therapie

12. Nehmen Sie das persönliche Budget in Anspruch?

Anzahl Teilnehmer: 10

1 (10.0%): ja

9 (90.0%): nein

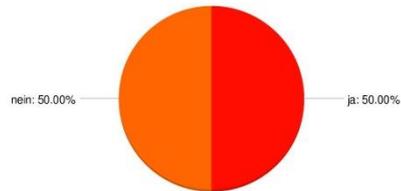


13. Wurden Sie über das Persönliche Budget informiert?

Anzahl Teilnehmer: 10

5 (50.0%): ja

5 (50.0%): nein



14. Was ist für Sie persönlich Selbstbestimmung?

Anzahl Teilnehmer: 10

- Tätowieren lassen, wann ich will  
selber entscheiden über Haare färben  
Freiheit das zu tun, das ich glaube, was das beste für mich ist
- Ich entscheide, ob ich zum Arzt gehe, wann ich Hilfe zum Einkaufen haben möchte. Ich entscheide, wann ich mir zutraue, aufs Pferd zu setzen. Ich entscheide über mein Leben. Welche Hilfen ich in Anspruch nehmen möchte und was ich den Betreuern etc. von mir Preis gebe.
- selbst Entscheidungen treffen  
Freiheit
- keine Rechenschaft ablegen müssen, was ich tue, wo ich hingeh, was ich kaufe usw. vor allem wann! Bier trinken, wann ich will! das machen, was ich möchte ohne Rechenschaft ablegen zu müssen.
- Dass man seine eigenen Entscheidungen treffen und durchführen kann.
- selbstbestimmt leben: aufstehen, wann ich will  
einkaufen, wann ich will  
ich lebe so wie ich möchte
- Dass ich selber über mich bestimme, dass ich selbst entscheiden kann
- Ich bestimme nach der Arbeit selbst den tag, zB wann ich einkaufe, etc.
- Privatleben  
machen können, was ich will
- Dass man seine eigenen Entscheidungen treffen und durchführen kann.

15. Auf einer Skala von 1 - 10: wie selbstbestimmt fühlen Sie sich aktuell?

Anzahl Teilnehmer: 10

1 (10.0%): 1 sehr selbstbestimmt

2 (20.0%): 2

1 (10.0%): 3

2 (20.0%): 4

1 (10.0%): 5

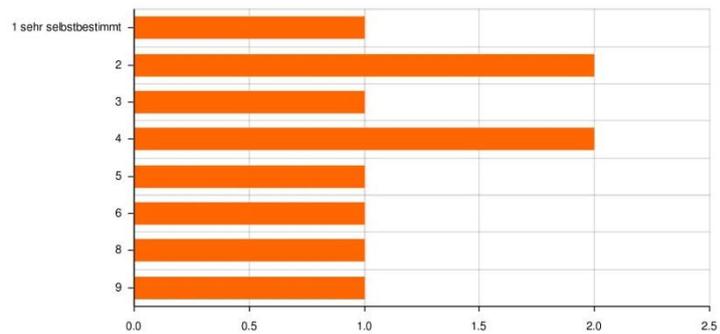
1 (10.0%): 6

- (0.0%): 7

1 (10.0%): 8

1 (10.0%): 9

- (0.0%): 10 gar nicht selbstbestimmt



16. Wie handeln Sie, wenn Sie selbstbestimmt sind?

Anzahl Teilnehmer: 10

- Ich mache was ich will, solange ich damit nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerate
- ich teile den Menschen mit , die mir Hilfestellung geben möchten, wann ich in der Lage bin oder mich in der Lage fühle, an Problemen zu arbeiten, oder mich mitteilen kann, was und wofür ich gerade Hilfe benötige.
- Ich überlege viel, bevor ich eine Entscheidung treffe. Dann rede ich mit meiner Schwester darüber, damit ich ein Feedback über die Entscheidung bekomme.
- frei bewegen ohne Verpflichtungen und ohne rechenschaft
- Ich entscheide, was und werde es durchziehen. Beispiel: Kleid aussuchen und dann kaufen.
- Ich stehe auf, wann ich will, lese Zeitung, rauche, schaue TV, usw
- Ich kann machen, was ich will. Ob das richtig ist, sehe ich dann.
- Ich mache, was ich denke, das ich machen muss. Ich mache das, was für mich am sinnvollsten erscheint.
- - fühle mich wohler
- fühle mich als gesunder Mensch
- fühle mich, als hätte ich Wert
- fühle mich, dass ich frei leben kann
- habe Spass am Leben
- Ich entscheide was und werde es durchziehen (Kleid aussuchen und dann auch kaufen)

17. Wo haben Sie im letzten Jahr vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz gelebt?

Anzahl Teilnehmer: 10

3 (30.0%): In einer stationären Einrichtung

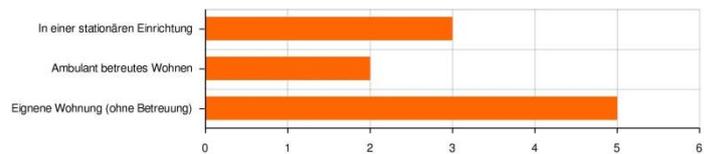
2 (20.0%): Ambulant betreutes Wohnen

- (0.0%): Bei den Eltern

- (0.0%): Bei Verwandten

- (0.0%): Obdachlos

5 (50.0%): Eigene Wohnung (ohne Betreuung)



18. Auf einer Skala von 1 - 10: wie selbstbestimmt waren sie zu dieser Zeit?

Anzahl Teilnehmer: 10

- (0.0%): 1 sehr selbstbestimmt

1 (10.0%): 2

- (0.0%): 3

1 (10.0%): 4

1 (10.0%): 5

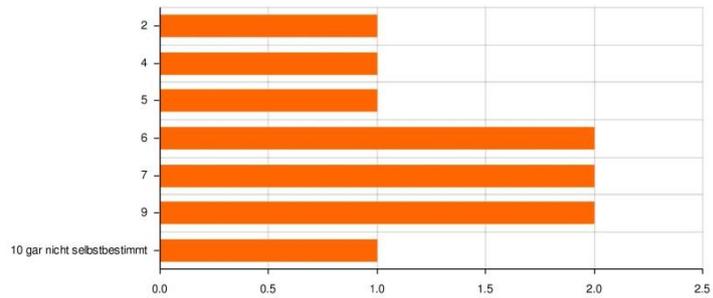
2 (20.0%): 6

2 (20.0%): 7

- (0.0%): 8

2 (20.0%): 9

1 (10.0%): 10 gar nicht selbstbestimmt



19. In welchen Bereichen wurden Sie vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz unterstützt?

Anzahl Teilnehmer: 10

1 (10.0%): Einkauf

7 (70.0%): Behördengänge

6 (60.0%): Gesundheit

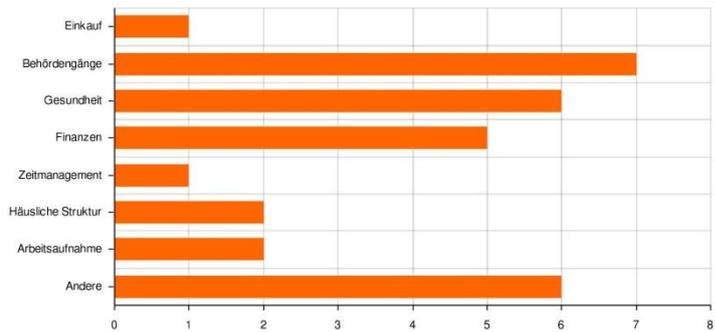
5 (50.0%): Finanzen

1 (10.0%): Zeitmanagement

2 (20.0%): Häusliche Struktur

2 (20.0%): Arbeitsaufnahme

6 (60.0%): Andere



Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- Ernährung
- bei der Arbeit am Ball zu bleiben
- keine Unterstützung
- Krisen
- keine Unterstützung
- Krisen

20. Von wem wurden Sie vor Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz unterstützt?

Anzahl Teilnehmer: 9

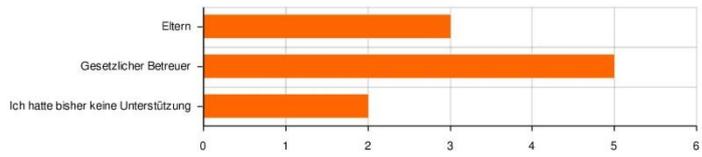
3 (33.3%): Eltern

- (0.0%): Verwandte

5 (55.6%): Gesetzlicher Betreuer

- (0.0%): Vormund

2 (22.2%): Ich hatte bisher keine Unterstützung



21. Auf einer Skala von 1 - 10: in wie weit waren Sie in ihrer Selbstbestimmung vor Nutzung der Ambulanten Assistenz eingeschränkt?

Anzahl Teilnehmer: 10

1 (10.0%): 1 gar nicht eingeschränkt

1 (10.0%): 2

1 (10.0%): 3

- (0.0%): 4

2 (20.0%): 5

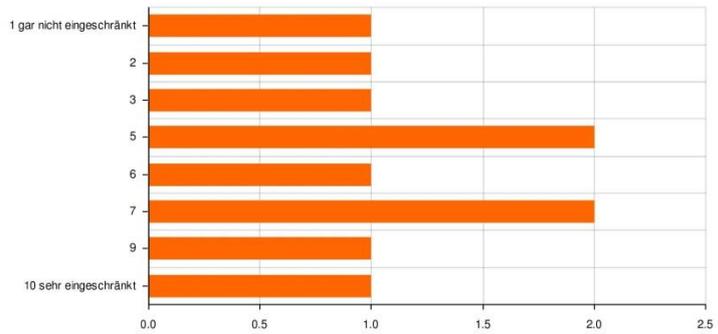
1 (10.0%): 6

2 (20.0%): 7

- (0.0%): 8

1 (10.0%): 9

1 (10.0%): 10 sehr eingeschränkt



22. Auf einer Skala von 1 - 10: wie frei waren Sie in Ihren Entscheidungen vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 10

2 (20.0%): 1 sehr frei

- (0.0%): 2

- (0.0%): 3

- (0.0%): 4

5 (50.0%): 5

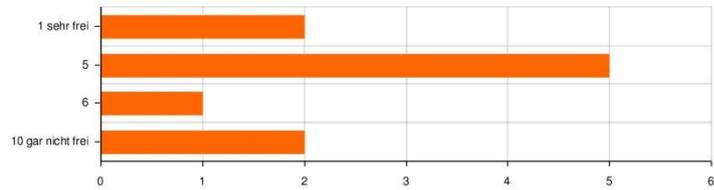
1 (10.0%): 6

- (0.0%): 7

- (0.0%): 8

- (0.0%): 9

2 (20.0%): 10 gar nicht frei



23. Auf einer Skala von 1 - 10: wie frei waren Sie in Bezug auf ihre Zeiteinteilung vor der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 10

3 (30.0%): 1 sehr frei

- (0.0%): 2

4 (40.0%): 3

- (0.0%): 4

1 (10.0%): 5

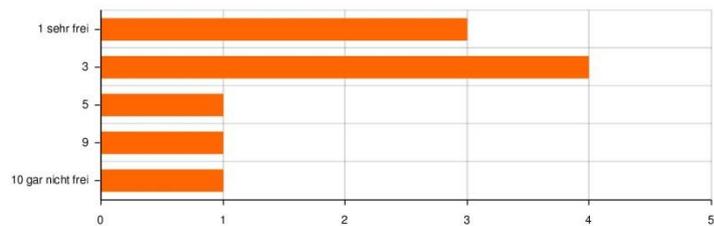
- (0.0%): 6

- (0.0%): 7

- (0.0%): 8

1 (10.0%): 9

1 (10.0%): 10 gar nicht frei

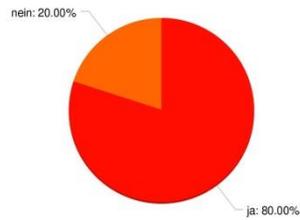


24. War die Nutzung der Ambulanten Assistenz Ihre freie Entscheidung?

Anzahl Teilnehmer: 10

8 (80.0%): ja

2 (20.0%): nein



25. Wer außer Ihnen möchte noch, dass Sie die Ambulante Assistenz in Anspruch nehmen?

Anzahl Teilnehmer: 10

- (0.0%): Eltern

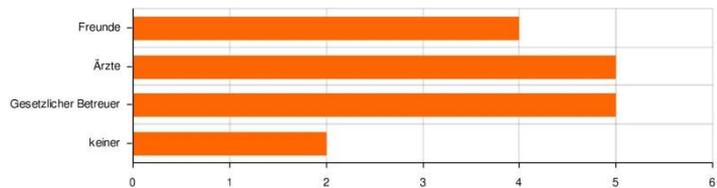
4 (40.0%): Freunde

- (0.0%): Verwandte

5 (50.0%): Ärzte

5 (50.0%): Gesetzlicher Betreuer

2 (20.0%): keiner



26. Wie reagiert Ihre Umwelt (Partner, Familie, Freunde, ...) auf Ihre Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 10

5 (50.0%): wohlwollend

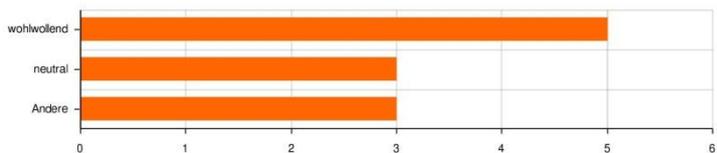
3 (30.0%): neutral

- (0.0%): ablehnend

3 (30.0%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- ok
- skeptisch Vater
- habe keine Bekannten/Freunde



27. In wie weit geben Sie ihrer Umwelt Feedback über deren Reaktionen?

Anzahl Teilnehmer: 10

- Selbstbewusst
- Keine Reaktionen
- selbstbewusst
- Selbstbewusst
- pos feedback
- erkläre und rechtfertige mich
- kein Feedback
- kein Feedback
- Traue mich nicht zu sagen, dass ich betreut werde, weil die Leute eine andere Vorstellung von Ambulanter Assistenz haben und nicht wissen, was AA machen. (Keine Aufklärung, kein Wissen darüber bei den Leuten)
- positives Feedback

28. Auf einer Skala von 1 - 10: wie selbstbestimmt fühlen Sie sich aktuell in der Ambulanten Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 10

4 (40.0%): 1 sehr selbstbestimmt

3 (30.0%): 2

- (0.0%): 3

- (0.0%): 4

1 (10.0%): 5

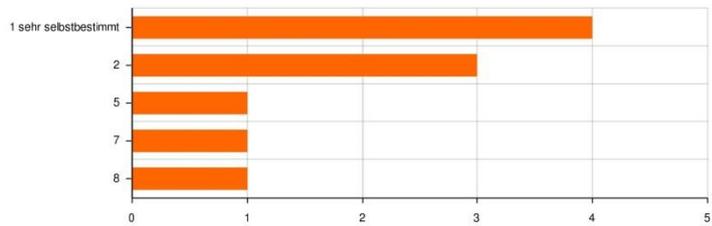
- (0.0%): 6

1 (10.0%): 7

1 (10.0%): 8

- (0.0%): 9

- (0.0%): 10 überhaupt nicht selbstbestimmt



29. Auf einer Skala von 1 - 10: wie schätzen Sie persönlich ihre Mitarbeit in der Ambulanten Assistenz ein?

Anzahl Teilnehmer: 10

4 (40.0%): 1 sehr gut

2 (20.0%): 2

1 (10.0%): 3

- (0.0%): 4

- (0.0%): 5

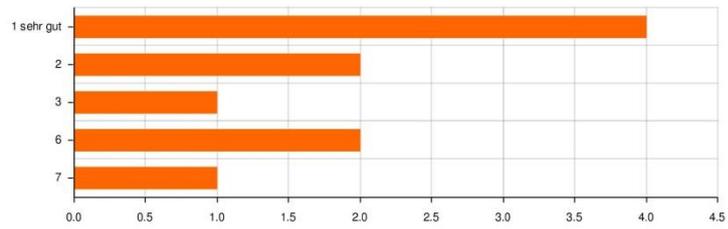
2 (20.0%): 6

1 (10.0%): 7

- (0.0%): 8

- (0.0%): 9

- (0.0%): 10 überhaupt nicht gut



30. Auf einer Skala von 1 - 10: wie frei fühlen Sie sich in ihren Entscheidungen bezüglich Ihrer Lebensführung in der Ambulanten Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 10

4 (40.0%): 1 uneingeschränkt frei

2 (20.0%): 2

- (0.0%): 3

2 (20.0%): 4

1 (10.0%): 5

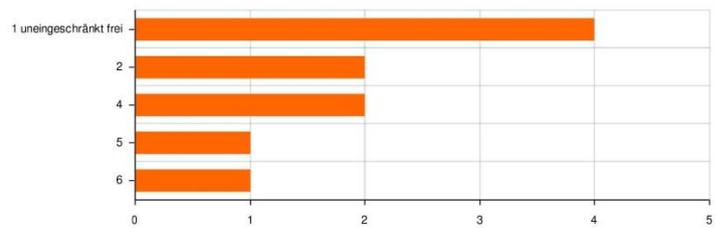
1 (10.0%): 6

- (0.0%): 7

- (0.0%): 8

- (0.0%): 9

- (0.0%): 10 gar nicht frei



31. Auf einer Skala von 1 - 10: in wie weit erleben Sie eine Einschränkung ihrer Selbstbestimmung während der Inanspruchnahme der Ambulanten Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 10

5 (50.0%): 1 Ich fühle mich überhaupt nicht eingeschränkt.

2 (20.0%): 2

2 (20.0%): 3

1 (10.0%): 4

- (0.0%): 5

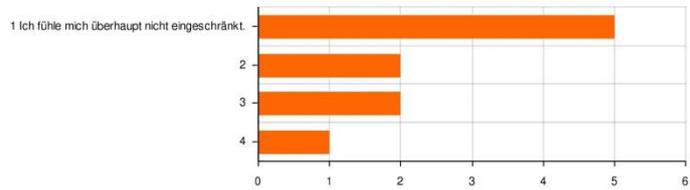
- (0.0%): 6

- (0.0%): 7

- (0.0%): 8

- (0.0%): 9

- (0.0%): 10 Ich fühle mich sehr eingeschränkt.



32. Welche Einschränkungen Ihrer Selbstbestimmung erleben Sie in der Ambulanten Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 10

- (0.0%): Bevormundung

1 (10.0%): Vorgreifen in meinen Entscheidungen

- (0.0%): Einmischung in persönliche Belange (Familienangelegenheiten, etc.)

2 (20.0%): Einmischen in gesundheitliche Belange

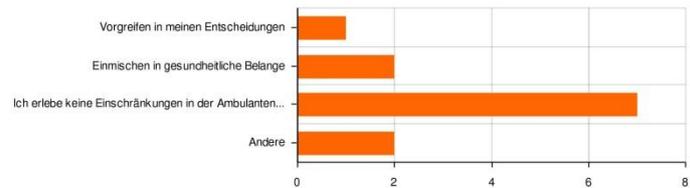
7 (70.0%): Ich erlebe keine Einschränkungen in der Ambulanten Assistenz

2 (20.0%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- finanzielles

- Finanziell aber positiv



33. Auf einer Skala von 1 - 10: wie empfinden Sie diese Einschränkungen Ihrer Selbstbestimmung in der Ambulanten Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 5

1 (20.0%): 1 positiv

2 (40.0%): 2

2 (40.0%): 3

- (0.0%): 4

- (0.0%): 5

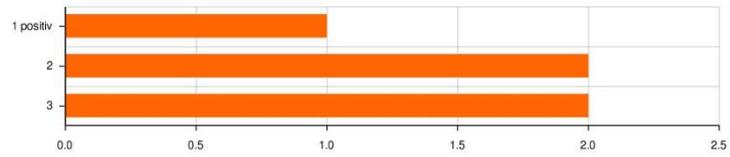
- (0.0%): 6

- (0.0%): 7

- (0.0%): 8

- (0.0%): 9

- (0.0%): 10 negativ



34. Wie reagieren Sie auf die Einschränkungen Ihrer Selbstbestimmung durch die Ambulante Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 5

- Keine Einschränkungen

- erfreut

- ärgerlich

- Find ich gut, dann kann ich keinen Blödsinn machen.  
erfreut

- Finde ich gut, dann kann ich keinen Blödsinn machen.  
erfreut

35. Auf einer Skala von 1 - 10: in wie weit haben Sie das Gefühl, durch die Ambulante Assistenz bevormundet zu werden?

Anzahl Teilnehmer: 10

6 (60.0%): 1 gar nicht bevormundet

3 (30.0%): 2

- (0.0%): 3

- (0.0%): 4

1 (10.0%): 5

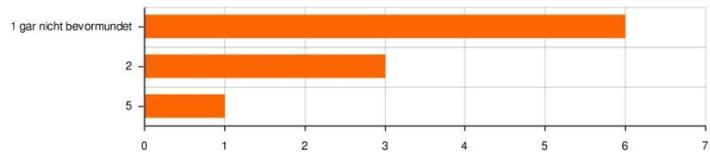
- (0.0%): 6

- (0.0%): 7

- (0.0%): 8

- (0.0%): 9

- (0.0%): 10 maximal bevormundet



36. Auf einer Skala von 1 - 10: fühlen Sie sich besser, seit dem Sie die Ambulante Assistenz nutzen?

Anzahl Teilnehmer: 10

3 (30.0%): 1 deutlich besser

4 (40.0%): 2

- (0.0%): 3

3 (30.0%): 4

- (0.0%): 5

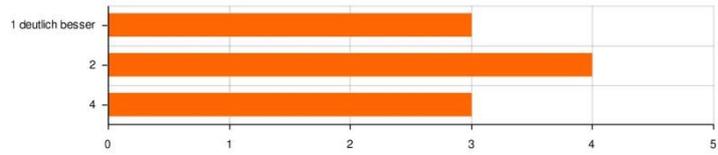
- (0.0%): 6

- (0.0%): 7

- (0.0%): 8

- (0.0%): 9

- (0.0%): 10 überhaupt nicht besser



37. In welchen der folgenden Bereiche fühlen Sie sich von der Ambulanten Assistenz bevormundet?

Anzahl Teilnehmer: 10

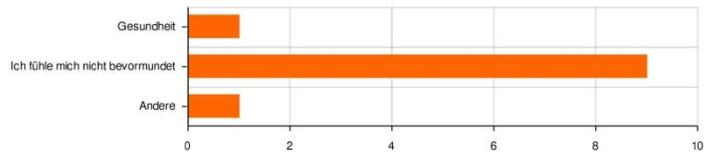
- (0.0%): Finanzen
- (0.0%): Haushaltsführung
- 1 (10.0%): Gesundheit
- (0.0%): Einkauf
- (0.0%): Behördengänge

9 (90.0%): Ich fühle mich nicht bevormundet

1 (10.0%): Andere

Antwort(en) aus dem Zusatzfeld:

- Arbeitsaufnahme



38. Was genau tun Sie, damit sich das ändern kann?

Anzahl Teilnehmer: 5

- Nichts!
- da ich mich nicht bevormundet fühle, brauch sich auch erstmal nichts ändern
- durchsetzen meiner Interessen  
darüber sprechen  
nachdenken
- nichts
- nichts

39. Was hat sich für Sie persönlich verbessert, seit Sie die Ambulante Assistenz nutzen?

Anzahl Teilnehmer: 10

- Angst vor Behörden weitestgehend eliminiert
- Selbstbewusstsein etwas gestärkt
- Fahrten, Telefonate zu Ärzten und Begleitung hierhin, sind sehr hilfreich. Ohne den Therapiehund meiner Betreuerin würde ich das Haus auch kaum verlassen. Auch das reiten ist sehr hilfreich.
- Ansprechpartner bei Problemen und Hilfen um diese Probleme zu minimieren
- Gespräche
- Kontakte
- Hilfe bei Arztbesuchen
- Einkaufen
- Ernährung
- benutze die richtigen Reinigungsmittel
- effektivere Haushaltsführung
- Sicherheit durch ratschläge und tipps
- Jemand ist da, wenn ich ihn brauche.
- Verbesserung in Krisenzeiten.
- - Gesprächspartner im Umfeld
- - telefonische Erreichbarkeit, wenn was ist
- - Einkaufsmöglichkeiten besser und flexibler nutzen durch begleitete Fahrten
- - 1-1 Termine, bisschen "quatschen", man merkt die Beratung nicht (positiv, sie strengt mich nicht an, nicht aufdringlich), Aktivierung
- Dass ich jemanden habe zum reden, für die Vergangenheit und über die Sachen, über die ich nachdenke.
- - Lebensqualität
- - Freude am Leben
- - nicht alleine fühlen
- - Familie haben (das Gefühl)
- - Fühle mich, als hätte ich Freund oder Freundinnen
- - Selbstbewusstsein ist grösser geworden
- Jemand ist da, wenn ich ihn brauche
- Verbesserung in Krisenzeiten

40. Stellen Sie sich vor, Sie könnten alles alleine bestimmen/regeln. Was würde sich für Sie ändern?

Anzahl Teilnehmer: 10

- nichts
- Probleme könnte ich gelöst haben, ohne negativen Effekte. Ich könnte vielleicht so gut nach außen leben, wie ich das von meinen Nachbarn her sehe. Ich wäre kommunikativ besser als jetzt. Könnte Kontakte knüpfen, ohne Einschränkungen. Arztbesuche selbstständig organisieren und wahrnehmen. Wäre positiver im Leben
- Stärkeres Selbstbewusstsein, weil ich alles selbst geschafft habe. Unabhängigkeit ist grösser
- ich müsste viele Sachen alleine erledigen. Behördengänge alleine regeln, etc. tipps und Ansprechpartner wären weg. die Änderungen wären eher negativ für mich.
- Es wäre eine Katastrophe!! Dann würde ich machen, was ich will. Ich würde kaufen ohne Ende, mein Leben würde abdriften, Insolvenz, ich würde durchdrehen.
- würde sich nichts ändern
- Wird stressig wegen der Geldverwaltung, muss ich mich mit den Behörden herumärgern
- Weiss ich nicht, vielleicht auch gar nichts. Kann ich nicht vergleichen.
- Ich entscheide immer noch mein Leben, aber ich kriege es nicht hin. Ohne Ambulante Assistenz fängt mein Leben bei 0 an. Meine Lebensqualität wird schlechter.
- Es wäre eine Katastrophe - dann würde ich machen, was ich will. Ich würde kaufen ohne Ende, mein Leben würde abdriften, ich würde durchdrehen

41. Auf einer Skala von 1 - 10: wie gut fühlen Sie sich durch die Ambulante Assistenz unterstützt?

Anzahl Teilnehmer: 10

6 (60.0%): 1 sehr gut unterstützt

3 (30.0%): 2

1 (10.0%): 3

- (0.0%): 4

- (0.0%): 5

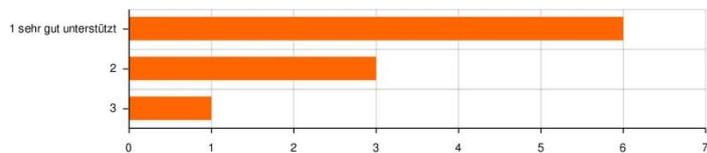
- (0.0%): 6

- (0.0%): 7

- (0.0%): 8

- (0.0%): 9

- (0.0%): 10 gar nicht unterstützt



42. Auf einer Skala von 1 - 10: wie zufrieden sind Sie in der Ambulanten Assistenz?

Anzahl Teilnehmer: 10

6 (60.0%): 1 sehr zufrieden

3 (30.0%): 2

1 (10.0%): 3

- (0.0%): 4

- (0.0%): 5

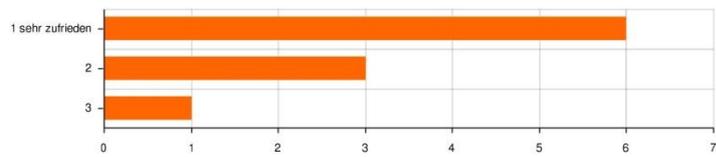
- (0.0%): 6

- (0.0%): 7

- (0.0%): 8

- (0.0%): 9

- (0.0%): 10 überhaupt nicht  
zufrieden



43. Bitte beschreiben Sie kurz und stichpunktartig, was sich für Sie innerhalb der Ambulanten Assistenz ändern sollte.

Anzahl Teilnehmer: 10

- nichts

- Mehr Informationen, wenn was ansteht. Möchte doch mehr Probleme bewältigen, als bisher. Telefonate sollten öfters stattfinden.

Kommunikation sollte etwas besser werden. Alles andre kann so bleiben. Bin zufrieden mit der Ambulanten Assistenz

- es soll sich nichts ändern

- persönlich: inneren schweinehund besiegen

mehr druck auf mich ausüben bezügl. der Erledigung der hausaufgaben

- nix

- Personal soll soweit aufgestockt werden, dass keine Termine abgesagt werden müssen

- Alles gut, es soll sich nichts ändern

- Nichts. Bin zufrieden mit der Ambulanten Assistenz.

- Ich bin zufrieden, wie es jetzt läuft.

Meine Lebensqualität hat sich verbessert.

Es soll sich nichts ändern.

- Nix