

FHNW
Hochschule für Soziale Arbeit
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Olten

Bachelor Thesis

Von der Enthospitalisierung zum individuellen Wohnen

Eine Arbeit zur Entwicklung des selbstbestimmten
Wohnens von Menschen mit einer Beeinträchtigung

Vorgelegt von:

Katja Messerli


Eingereicht bei:

Prof. Dr. Daniel Oberholzer

Im Juli 2016

Abstract

Die Bürgerrechtsbewegung in den USA hat in den 1960er Jahren die Independent-Living-Bewegung hervorgebracht. Seit dem ist die Forderung nach selbstbestimmten Leben von Menschen mit einer Beeinträchtigung gewachsen. Durch den Wechsel des defizitgeprägten und medizinischen Fokus auf eine pädagogische und ressourcenorientierte Sichtweise wurde mit der Enthospitalisierung der erste Schritt in die Deinstitutionalisierung gemacht. Auch die pädagogischen Konzepte in der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen haben zu dieser Entwicklung beigetragen.

Wohnen ist ein Grundbedürfnis aller Menschen. Für Menschen mit einer Beeinträchtigung gilt seit der UN-Behindertenrechtskonvention die gleichberechtigte Wahlmöglichkeit der Wohnform. Dazu werden in der vorliegenden Arbeit drei konkrete Beispiele erläutert, welche die Diversität des Wohnens aufzeigen. Die Fragestellung, welche sich daraus ergibt, lautet wie folgt: Wie hat sich der Lebensbereich Wohnen von erwachsenen Menschen mit einer Beeinträchtigung seit der Enthospitalisierung entwickelt? Welche Konzepte haben zu dieser Entwicklung beigetragen und wie könnte das selbstbestimmte Wohnen gemäss Art. 19 der UN-BRK aussehen?

In der Schlussfolgerung werden Schwierigkeiten, die durch die Politik und die Gesellschaft bestehen, aufgedeckt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	UN-Behindertenrechtskonvention	5
2.1	Inklusion	6
2.2	Art. 19	7
3	Stellenwert des Wohnens	8
3.1	Ausgangslage	8
3.2	Bedeutungen von Räumen	9
3.3	Wohnen als Grundbedürfnis	9
3.3.1	Bedürfnisse des Wohnens nach Maslow	10
3.3.2	Bedeutung der Bedürfnisse und Handlungsaufgaben für Professionelle der Sozialen Arbeit	11
3.3.3	Verletzungen der Wohnbedürfnisse	13
4	Historische Entwicklung in der Behindertenhilfe	13
4.1	Hospitalisierung	14
4.1.1	Totale Institution	15
4.2	Enthospitalisierung	16
4.2.1	Zusprache von Bildungsfähigkeit	16
4.2.2	Entwicklung in der Schweiz	17
4.2.2.1	Umhospitalisierung	17
5	Konzeptionelle Hintergründe	18
5.1	Normalisierungsprinzip	18
5.1.1	Ursprüngliche Gedanken und Umsetzungsansätze bezgl. Wohnen	19
5.1.2	Kritik an der Umsetzung im europäischen Raum	19
5.2	Empowerment	20
5.2.1	Independent-Living-Bewegung	21
5.3	Lebensweltorientierung	21
5.3.1	Grundsätze	23
5.3.2	Strukturmaxime	24
5.4	Sozialraum- / Gemeinwesenorientierung	25
5.4.1	Raubegriff	26

5.4.2	Methodische Prinzipien	26
5.5	Funktionale Gesundheit und Teilhabe nach ICF	28
5.5.1	Entwicklung der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation.....	28
5.5.2	Funktionale Gesundheit	30
5.5.2.1	Der dreifache Kompetenzbegriff	30
5.5.2.2	Das bio-psycho-soziale Modell	31
5.6	Fazit.....	33
6	Alternative Wohnmöglichkeiten.....	34
6.1	Wohnschule	34
6.1.1	Rahmenbedingungen	35
6.1.2	Lerninhalte.....	35
6.1.3	Fazit.....	36
6.2	Wohnen mit Assistenz	37
6.2.1	Formen der Assistenz	38
6.2.2	Rahmenbedingungen in der Schweiz.....	39
6.2.3	Subjektfinanzierung im Kanton Bern	41
6.2.4	Fazit.....	43
6.3	Gemeinsames Wohnen	44
6.3.1	Rahmenbedingungen	44
6.3.2	Fazit.....	45
7	Anforderungen an Professionelle der Sozialen Arbeit	46
7.1	Spannungsfelder.....	47
8	Schlussfolgerung	48
9	Quellenangaben.....	51
9.1	Literaturverzeichnis.....	51
9.2	Abbildungsverzeichnis	56
9.3	Tabellenverzeichnis	56
10	Ehrenwörtliche Erklärung.....	57

1 Einleitung

Mindestens 10% der erwachsenen Menschen mit einer Beeinträchtigung (ab dem 16. Lebensjahr) leben in einem Heimbetrieb (vgl. Bundesamt für Statistik 2013). Diese Prozentzahl sieht auf den ersten Blick zwar klein und unbedeutend aus, jedoch ist die Dunkelziffer höher. So sind in den restlichen 90% viele junge Menschen, welche noch Zuhause bei den Eltern wohnen und erst zu einem späteren Zeitpunkt in ein Heim eintreten. Des Weiteren bestehen neben den Institutionen für Menschen mit einer Beeinträchtigung sowie Alters- und Pflegeheimen noch andere Kollektivhaushalte, die in der Statistik nicht erfasst werden.

Viele dieser Personen, die in einem Heim leben, haben nicht die Möglichkeit erhalten, selbst zu entscheiden, wo, wie und mit wem sie wohnen wollen. Zum einen entscheiden oftmals die Eltern oder beistandsleistenden Personen wie die Zukunft der Menschen mit Beeinträchtigung aussehen soll. Zum anderen bestehen wenig alternative Wohnangebote die organisatorisch und finanziell niederschwellig sind.

Mit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenkonvention sollten Menschen mit einer Beeinträchtigung die gleichen Wahlmöglichkeiten haben, ihren Aufenthaltsort zu bestimmen, wie auch Menschen ohne Beeinträchtigung. Historisch gesehen ist bereits mit der Enthospitalisierung der erste Schritt in die richtige Richtung gemacht worden. Die Forderung nach selbstbestimmten Leben ist gewachsen. Doch gibt es bis heute eher wenige Alternativen zu den klassischen Institutionen für Menschen mit einer Beeinträchtigung. Um diese besser kennenzulernen und ihre Existenz zu legitimieren und fördern, lautet die Fragestellung wie folgt: Wie hat sich der Lebensbereich Wohnen von erwachsenen Menschen mit einer Beeinträchtigung seit der Enthospitalisierung entwickelt? Welche Konzepte haben zu dieser Entwicklung beigetragen und wie könnte das selbstbestimmte Wohnen gem. Art 19 der UN-BRK aussehen?

2 UN-Behindertenrechtskonvention

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention entstand zum ersten Mal ein verbindliches Rechtsmittel, in welchem die Rechte von Menschen mit einer Beeinträchtigung festgehalten wurden. Diese sind an die bestehenden Menschenrechte angelehnt. Dabei wurde der Fokus neu gesetzt, damit beeinträchtigte Menschen ebenfalls in den Genuss von Gleichberechtigung in der Gesellschaft kommen (vgl. Behindertenrechtskonvention.Info o.J.). „Leitend ist in der UN-BRK nicht mehr das Fürsorgeprinzip, das ausgrenzend sein und mit

abwertendem Mitleid und wohlmeinender Bevormundung einhergehen kann.“ (Hirschberg/Lindmeier 2013: 40)

Zur Entstehung der Behindertenrechtskonvention hatte die Independent-Living-Bewegung aus den USA in den 1960er-Jahren beigetragen. Diese zielte darauf ab, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung ein selbstbestimmtes Leben führen können. Was aus der Bürgerrechtbewegung entstand, war eine Selbsthilfebewegung von Menschen mit Beeinträchtigung für Menschen mit Beeinträchtigung. Im gleichen Zeitraum entwickelte sich ein Paradigmenwechsel. So wurde die medizinische und defizitorientierte Sichtweise auf Beeinträchtigung zunehmend von einer individuellen und ressourcenorientierten abgelöst (vgl. Loeken/Windisch 2013: 23). Im europäischen Raum folgte die „Krüppelbewegung“ in Deutschland, die sich stark am amerikanischen Vorreiter orientierte.

Die Inhalte der UN-BRK sind breit gefächert. So fordert die sie Gleichberechtigung im Finanz-, Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitswesen sowie gleiche Rechte auf Freiheit, Selbstbestimmung und Sicherheit in den Themen Familie und Wohnen (vgl. UN-BRK 2006). Dabei ist das höchste Gut aller Menschen ihre Würde. „Deshalb ist eines der Ziele der UN-BRK, das Bewusstsein für die Rechte und die Würde behinderter Menschen und ihre soziale Wertschätzung zu fördern. (...) Hierfür ist gesellschaftliche Aufklärung notwendig.“ (Hirschberg/Lindmeier 2013: 41)

Ganz im Zeichen der Grundsätze von Gleichberechtigung und Handeln in eigener Angelegenheit wurde die UN-BRK in Zusammenarbeit mit beeinträchtigten Menschen, sowie ihrer Organisationen entwickelt und stellt damit ein „inklusives Dokument“ (Hirschberg/Lindmeier 2013: 40) dar.

2.1 Inklusion

Die deutsche Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014: 3), Verena Bentele, schreibt in der Einleitung der amtlichen, gemeinsamen Übersetzung der UN-BRK von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein folgendes:

Das Leitbild der Behindertenrechtskonvention ist ‚Inklusion‘. Es geht also nicht darum, dass sich der oder die Einzelne anpassen muss, um teilhaben, ‚mithalten‘ zu können. Es geht darum, dass sich unsere Gesellschaft öffnet. Dass unser selbstverständliches Leitbild Vielfalt wird und die Grundhaltung, dass jede und jeder Einzelne wertvoll ist mit den jeweiligen Fähigkeiten und Voraussetzungen.

Der Begriff der Inklusion löst den bisher weitverbreiteten und geläufigen Begriff der Integration ab. Im Kontext von Menschen mit Beeinträchtigungen soll dadurch nicht mehr zwischen beeinträchtigt und nicht-beeinträchtigt unterschieden werden. Der Inklusionsbegriff zielt darauf ab, dass alle Menschen unterschiedlich sind (vgl. Katzenbach 2013: 27ff.). Diese Unterschiedlichkeit ist als Vielfalt der Menschheit zu betrachten und zu akzeptieren (vgl. Art. 3 Lit. d UN-BRK). So sollen „unterschiedliche Lebensbedingungen (...) nicht mehr zu institutionalisierter Sonderbehandlung führen, sondern als anerkannte Differenzen“ in Einrichtungen, „die das Alltagsleben prägen, Eingang finden.“ (Kronauer 2013: 18)

Bildlich dargestellt (vgl. Abb. 1), ist die Inklusion ein Miteinander, während bei den Varianten Exklusion, Separation und Integration Andersartige immer als einzelne Gruppe oder fernab vom „Normalen“ gezeigt wird.

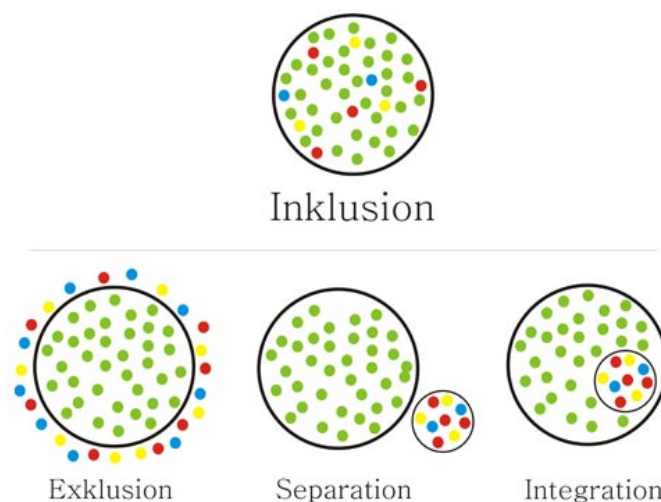


Abb. 1: Unterscheidung Inklusion, Exklusion, Separation, Integration
(In: http://cafe-leichtsinn.de/?page_id=23)

2.2 Art. 19

Der Artikel 19 der Behindertenrechtskonvention steht für eine unabhängige Lebensführung und ist somit ein zentraler Bestandteil. Die unabhängige und gleichberechtigte Wahlmöglichkeit in Bezug auf den eigenen Aufenthalts- und Wohnort, egal in welcher Wohnform, wird darin festgehalten. Zudem soll sichergestellt werden, dass nötige Unterstützungsdienste in der Nähe vorhanden sind. Diese sollen nicht nur innerhalb der Wohnung, sondern auch ausserhalb Assistenz leisten. Dadurch wird die Isolation und Aussonderung abgewendet, was eine inklusive Gesellschaft fördert. Menschen mit einer Beein-

trächtigung sollen selbst entscheiden dürfen, in welchem Umfang sie Hilfe annehmen möchten und von wem diese Hilfe geleistet werden soll. Auch sollen sie nicht in Zwangsgemeinschaften leben müssen, sondern sich ihre Mitbewohnenden selber aussuchen können, vorausgesetzt sie wollen nicht alleine leben (vgl. Art. 19 UN-BRK).

Durch diesen Artikel wird deutlich, dass eine Normierung der Wohnangebote für Menschen mit einer Beeinträchtigung nicht angestrebt wird. Vor allem wird der Fokus auf die Selbstbestimmung gerichtet, damit die Wohnform nicht von Aussen vorgeschrieben wird. Dies setzt eine Akzeptanz der Pluralität der Lebens- und der dazugehörigen Wohnformen voraus (vgl. Theunissen 2012: 80f).

3 Stellenwert des Wohnens

Schon 1991 hielt die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (zit. nach Kräling 1995: 21) in ihrem Grundsatzprogramm folgendes fest:

Geistig behinderte Erwachsene haben Anspruch auf ein eigenes Zuhause. Sie müssen die Möglichkeit haben, ihr Elternhaus im selben Alter zu verlassen wie andere junge Leute auch. Wohnen bedeutet nicht nur Versorgung, Unterkunft und Verpflegung, sondern Geborgenheit und Eigenständigkeit, Privatheit und Gemeinschaft, die Möglichkeit des Rückzugs und Offenheit nach aussen.

3.1 Ausgangslage

Bevor auf den Stellenwert des Wohnens eingegangen werden kann, muss folgendes geklärt werden. In diesem, wie auch in den weiteren Kapiteln, wird von einem normativen Menschenbild ausgegangen. So wird von einer grundsätzlichen Gleichheit aller Menschen ausgegangen. Jeder Mensch soll ganzheitlich betrachtet werden. Dies bedeutet gemäss Norbert Schwarte und Ralf Oberste-Ufer (1995: 249): „Jeder Mensch ist in seinem Sein, seinen Bedürfnissen, Interessen und Qualitäten, seinen menschlichen Beziehungen, seiner lebensgeschichtlichen Entwicklung, seinen Möglichkeiten und Entwicklungspotentialen und seiner subjektiven Befindlichkeit uneingeschränkt zu respektieren.“ Zudem ist jeder Mensch ein soziales und lernfähiges Wesen. Dabei geht es darum, dass jede/r gemeinschaftsfähig wie auch bildungsfähig ist und nicht systematisch oder willkürlich ausgegrenzt werden darf (vgl. ebd.: 248f.).

3.2 Bedeutungen von Räumen

Der Begriff des Wohnens steht in engem Zusammenhang mit dem Raum. Wohnungen können verschiedene Räume beinhalten, welche für unterschiedliche Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten stehen. Es gibt kleine, beengende Räume die jedoch auch eine gewisse Gemütlichkeit und Sicherheit ausstrahlen können. Wiederum gibt es grosszügige, offene Räume, die zwar genügend Spielraum bieten, jedoch keine Rückzugsmöglichkeiten. Verschiedene Räume haben unterschiedliche Bedeutungen für einen Menschen. So wird z.B. das Haus, in dem jemand aufgewachsen ist, immer dieses spezielle Haus bleiben. Je nach gemachten Erfahrungen und erlebten Beziehungen (ob positiv oder negativ) wird das Bild dieser Räume qualitativ geprägt (vgl. Thesing 2009: 26ff.).

Der Raumbegriff darf nicht auf ein Zimmer beschränkt werden. Es kann sich dabei auch um Orte und Gegenden handeln. Räume werden von uns Menschen gestaltet, haben jedoch gleichzeitig Einfluss auf uns. „Der Raum stellt also keine vom Menschen losgelöste Wirklichkeit dar, er ist für den Menschen da. Raum und Mensch sind verhältnismässig aufeinander bezogen und nicht voneinander zu trennen.“ (ebd.: 27)

Ist es einem Menschen untersagt oder unmöglich, einen für ihn wichtigen Raum (z.B. das persönliche Zimmer) mit zu gestalten, kann er sich nicht konkret mit diesem auseinandersetzen. Dies hat zur Folge, dass es schwierig wird eine Beziehung und Bindung zum Raum aufzubauen und sich darin wohlfühlen. Dabei ist die Heimat und das Zuhause für jeden Menschen ein wichtiger Bezugspunkt. Ein Ort, an dem er sich wohl und sicher fühlt, wo er sich zurückziehen und ausruhen kann. Deshalb ist es von grosser Bedeutung, ein eigenes Zimmer oder eine eigene Wohnung als Lebensmittelpunkt zu bewohnen (vgl. ebd.: 27ff.).

3.3 Wohnen als Grundbedürfnis

Jeder Mensch, egal ob beeinträchtigt oder nicht, hat die gleichen Bedürfnisse. Auch im Bereich des Wohnens werden dieselben Bedürfnisse angestrebt. Anditzky und Selle (1987, zit. nach Thesing 2009: 31) bezeichnen folgende Bedürfnisse als zentral:

Die wesentlichen Grundbedürfnisse des Wohnens sind:

- Streben nach Sicherheit, Schutz und Geborgenheit,
- Wunsch nach Beständigkeit und Vertrautheit,
- Suche nach einem räumlichen Rahmen, der die Möglichkeit der Selbstverwirklichung bietet,
- Bedürfnis nach Kommunikation,
- Der Wunsch nach Selbstdarstellung (Demonstration von sozialem Status)

Auch gemäss Speck (1982, zit. nach Thesing 2009: 31) sind die wichtigsten Bedürfnisse im Bereich des Wohnens „Sicherheit, Geborgenheit, Liebe, Achtung, Freiheit, Eigentum und Selbstsicherheit.“

3.3.1 Bedürfnisse des Wohnens nach Maslow

Durch einen Mangel entsteht Verlangen. Der Mangelzustand muss daher überwunden werden, um ein Bedürfnis zu befriedigen. Die Bedürfnispyramide nach Maslow (Abb. 2) zeigt auf, in welcher Reihenfolge die Bedürfnisse befriedigt werden. So sind die physiologischen Bedürfnisse nach Essen, Trinken und Schlaf absolute Grundbedürfnisse. Solange jemand hungert, ist sein Streben nach Anerkennung oder Selbstverwirklichung nicht wichtig (vgl. Thesing 2009: 31f.). „Maslow betont, dass diese Hierarchie nicht zu starr gesehen werden darf, dass aber eine Person sich lange mit ihren dominanten Bedürfnissen beschäftigt, bis diese befriedigt sind.“ (ebd.: 32)



Abb. 2: Bedürfnispyramide nach Maslow
(In: <http://employability.e-mentoring.eu/test1s/description/DE>)

Eine Behausung hilft bei der Befriedigung des Sicherheitsbedürfnisses. Sie bietet Schutz vor Kälte und Witterung, wie auch vor anderen äusseren Einflüssen. Der Ausspruch „ein Dach über dem Kopf haben“, zeigt wie existenziell eine Unterkunft für das physische Wohl ist. Durch die geschlossene Türe kann ein Mensch sich abgrenzen und Ruhe finden. Das Verlassen und Zurückkehren in eine Wohnung ist stabilisierend. Dabei geht es um die Gewissheit, dass sich in der Zwischenzeit nichts verändert und der Raum beständig ist.

Diese Tatsache vermittelt Sicherheit und gibt Halt in der sich schnell veränderlichen Gesellschaft (vgl. ebd.: 31ff.).

Türen oder Vorhänge bedeuten auch Autonomie. Wenn jemand empfangen wird, steht die Türe offen. Falls jemand aber ungestört sein will, dann ist die Türe geschlossen und der Raum gehört einem selber. Hier entsteht Raum für Handlungen, die nicht normiert oder angepasst sein müssen. Das eigene Zimmer stellt das eigene Reich dar, in welchem man selbstbestimmt handeln darf. Zudem besteht die Freiheit zur Selbstverwirklichung durch die Möglichkeit, Räume entsprechend den eigenen Bedürfnissen einzurichten. Durch persönliche und bedeutungsvolle Gegenstände „spiegelt sich immer auch ein Stück persönlicher Lebensgeschichte und Lebenseinstellung“ (Färber 1982, zit. nach Thesing 2009: 38) in einem Raum wider. Sie können auch Auskunft über den eigenen Status geben (vgl. Thesing 2009: 34ff.).

Auch soziale Bedürfnisse werden in den eigenen vier Wänden befriedigt. Dabei muss einem bewusst sein, „dass der Mensch nicht Einzelwesen, sondern ein Sozialwesen ist, welches der Gemeinschaft bedarf.“ (ebd.: 39) Daher ist Kommunikation, innerhalb sowie in unmittelbarer Umgebung der eigenen Wohnung, ein wichtiger Aspekt (vgl. ebd.: 39f.).

3.3.2 Bedeutung der Bedürfnisse und Handlungsaufgaben für Professionelle der Sozialen Arbeit

Um die genannten Bedürfnisse zu befriedigen, muss ein Mensch diese zuerst kennen und wahrnehmen. Daher ist es wichtig, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung Erfahrungen sammeln können, um zu erkennen, wenn ein Bedürfnis ungenügend beachtet oder nicht erkannt wird. Begleitpersonen im Wohnbereich sind dazu verpflichtet, die Bedürfnisse wahrzunehmen und bei deren Realisierung Hilfe zu leisten. Dabei ist das anwaltschaftliche Handeln für die Klientel von grosser Bedeutung (vgl. Thesing 2009: 31ff.).

Positive Erfahrungen sind nötig um eine Vertrautheit aufzubauen. Vor allem in Wohngruppen ist es unabdingbar, dass solche Erfahrungen mit den Begleitpersonen wie auch mit den Mitbewohnenden gemacht werden. Diese stärken die Beziehungen untereinander und vermitteln dadurch Sicherheit. Auch mit Gegenständen können positive Erinnerungen gekoppelt werden, was ebenfalls das Vertrauen in das Wohnumfeld stärkt. Dies bedingt, dass eine Beständigkeit innerhalb der Wohnung besteht, da zu schnell aufeinanderfolgende sowie einschneidende Veränderungen die Stabilität gefährden (vgl. ebd.: 35).

Ein Raum kann meist nur beschränkt verändert werden. Man kann ihn zwar einrichten und mit persönlichen Gegenständen füllen, jedoch sind dabei Grenzen gesetzt. Zum einen entstehen diese durch ökonomische Bedingungen, zum anderen durch die Vorgaben

des Raumes. Andritzky und Selle (1987, zit. nach Thesing 2009: 37) geben dafür folgende Beispiele:

Äußere Beschränkungen:

- schematisch festgelegte Grundrisse, die nur die vorgegebenen Nutzungsarten zulassen (Zimmertausch etwa ist nicht möglich);
- Minimalgrößen bei Kinderzimmern und Küche (z.B. keine Frühstücksecke in der Küche möglich);
- Hellhörigkeit (Musik hören stört Mitbewohner und Nachbarn);
- Bei Mietwohnungen sind Änderungen meist verboten oder müssen auf eigene Kosten selbst durchgeführt werden;
- Wohnwertverbesserungen durch Eigenleistungen werden nicht angerechnet

Trotz dieser Einschränkungen müssen die Bedürfnisse nach Selbstverfügung und Selbstverwirklichung befriedigt werden, um das Wohnumfeld so zu gestalten, dass sich ein Mensch darin wohl fühlen kann (vgl. Thesing 2009: 37f.)

Um das Bedürfnis nach Kommunikation zu erfüllen, müssen konkrete Räume zur Verfügung gestellt werden. „Hier trifft sich eine begrenzte Anzahl von Menschen, die sich nahe stehen, das gemeinsame Mahl und das vertraute Gespräch finden.“ (ebd.: 39) Weiter braucht eine Wohnung „Rückzugsmöglichkeiten, Raum für intime Kommunikation und Raum, der gemeinschaftliche Kommunikation fördert“ (ebd.: 41). Thesing (2009: 40) beschreibt weiter, wie die Wohnungen aufgeteilt werden sollten:

Wohnbereiche von Menschen brauchen also Übergangs- und Umschaltzonen zwischen Privatheit und Öffentlichkeit, Zonen, die stärker Intim- oder mehr Kommunikationscharakter haben:

- a) Intimbereich (Körperpflege, Badezimmer, persönlicher Wohnraum) bzw. Privatbereich, Individualbereich;
- b) Gemeinschaftsbereich (Wohn-Arbeits-Ess-Haushaltsraum, z.T. auch der Sanitärbereich);
- c) Halböffentlicher Bereich (Eingang, Flure als Verbindung zu den Gemeinschaftsräumen).

Der Wohnbereich für Menschen mit einer Beeinträchtigung sollte möglichst normal gestaltet werden und die Möglichkeit eröffnen, neue Erfahrungen zu machen. Begleitpersonen haben einen wichtigen Stellenwert, indem sie die notwendigen Vor-

kehrungen treffen, um die Bedürfnisse der Bewohnenden zu befriedigen (vgl. ebd.: 43).

3.3.3 Verletzungen der Wohnbedürfnisse

Bedürfnisse können von Menschen nicht immer geäußert werden. Dies kann zum einen daran liegen, dass sie selber das Bedürfnis nicht (er-)kennen, oder zum anderen, dass sie es nicht benennen können. Trotzdem müssen diese Bedürfnisse befriedigt werden. So wurden z.B. bei hospitalisierten Säuglingen und Kindern, welche keine menschliche Zuwendung erhielten, psychische Störungen erzeugt. In früheren Anstalten waren Menschen mit Beeinträchtigungen oftmals in Schlafsälen untergebracht. Dadurch hatten sie nicht die Möglichkeit sich zurückzuziehen und sie hatten ebenfalls keinen Anspruch auf Eigentum. So wurden die Grundbedürfnisse nach Sicherheit und der Respekt vor Eigentum grundlegend verletzt. Noch heute ist es nicht in allen Heimen erlaubt eigene Möbel aufzustellen oder persönliche Bilder aufzuhängen. Dies hat die Folge, dass Menschen ihre Selbstwirkung nicht mehr wahrnehmen können und die Kontrolle über ihre Umgebung verlieren. Somit werden sie schliesslich unmündig gemacht (vgl. ebd.: 31ff.).

Je nach Menschenbild unterscheidet sich die Unterbringung. Thesing (2009: 42) erklärt dies treffenderweise wie folgt:

Wird z.B. der behinderte Mensch als „Kranker“ als „Irrer“ gesehen, so orientiert sich die Architektur am Krankenhaus und an Pflegeeinrichtungen, am Schutz der Gesellschaft vor diesen Personen, nicht selten durch Mauern. Erkennt man den Geistigbehinderten als „bildungsfähig“ und „erziehbar“, so wandelt sich auch die Wohnsituation zu Gruppenwohnungen mit familiärem Charakter.

4 Historische Entwicklung in der Behindertenhilfe

Früher war die Sicht auf Menschen mit einer Beeinträchtigung eine andere als heute. Sie wurden sie als Krüppel, Lahme, Schwachsinnige und Sieche bezeichnet. Zudem wurde ihre Existenz im Mittelalter mit dem Teufel in Verbindung gebracht und man versuchte sie mit Exorzismus zu heilen. Ein beeinträchtigtes Kind war auch für die Eltern kein Segen. Denn sie wurden für den Umstand verantwortlich gemacht und galten als ungnädig. Schwangere Frauen sollten nicht in die Nähe von Menschen mit Beeinträchtigungen kommen, da man sonst damit rechnete, dass ihr Kind ebenfalls beeinträchtigt sein könnte.

Diese Annahme hatte die Abschottung und Aussonderung dieser Menschen zufolge (vgl. Klicpera/Gsteiger-Klicpera/Innerhofer 1995: 15f, Thesing 2009: 69f).

Weiter galten beeinträchtigte Menschen als krank, weshalb auch die Rehabilitation im Vordergrund stand (vgl. Thesing 2009: 70, Theunissen 1995: 91).

4.1 Hospitalisierung

Bis Ende der 1960er-Jahre waren Menschen mit einer Beeinträchtigung hauptsächlich in Psychiatrischen Kliniken untergebracht. Dort wurden sie kaum in ihrer Entwicklung gefördert und unterstützt, sondern lebten unter teils menschenunwürdigen Zuständen (vgl. Theunissen/Lingg 1999: 7).

Die Hauptgründe für die Hospitalisierung beschreiben Theunissen und Lingg (1999: 7) wie folgt:

- *das Krankheitsargument* (geistige Behinderung galt als psychiatrische Krankheit)
- *das Pflegeargument* (viele der Betroffenen galten als „bildungsunfähige Pflegefälle“)
- *das Schutzargument* (zum einen ging es um den Schutz der Gesellschaft vor dem Betroffenen, zum anderen sollten die Betroffenen auch vor der Gesellschaft geschützt werden)
- *das Distanzargument* (der Gesellschaft sollte der Anblick behinderter Menschen erspart bleiben)
- *das Überforderungsargument* (ein Leben in der Gesellschaft (sic!) wurden den meisten der Betroffenen überhaupt nicht zugetraut)
- *das Kostenargument* (eine Massierung Betroffener in grossen Einrichtungen galt als die „billigste“ Form der Versorgung).

Die Vorstellung, dass Menschen mit geistiger Behinderung auch eigene Bedürfnisse, Vorstellungen, Interessen wie aber auch Rechte haben könnten, (sic!) spielten im Rahmen der Institutionalisierung kaum eine Rolle.

So wurde den Menschen mit Beeinträchtigungen „Bildungsunfähigkeit, hochgradige Pflegebedürftigkeit sowie infolge psychischer Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit“ (Hofmann 1999: 17) unterstellt.

Claudia Hoffmann (ebd.) konkretisiert den Begriff der Hospitalisierung folgendermassen:

Hospitalisierung meint damit im engeren Sinne – in Anlehnung an das Wort „Hospital“ – die Unterbringung in einem (psychiatrischen) Krankenhaus.

Im weiteren Sinne steht Hospitalisierung für die mit einer psychiatrischen Unterbringung verbundenen isolierenden und depersonalisierenden, menschenunwürdigen Lebensbedingungen, in denen die Bedürfnisse betroffener Menschen keine ausreichende Berücksichtigung finden. Aufgrund unzureichender (pädagogischer) Begleitung und Hilfestellung sowie mangelnder Zuwendung und Anerkennung entwickeln Menschen bei dieser Art der Unterbringung nicht selten Verhaltensweisen, die als auffällig, als sogenannte „Hospitalisierungsschäden“ wahrgenommen werden. Dazu gehören beispielsweise stereotypes, zwanghaftes, auto- und fremdaggressives Verhalten, Tics, extreme Rückzugstendenzen sowie Kommunikations- und Kontaktprobleme.

4.1.1 Totale Institution

Die „totale Institution“ hat Erving Goffman benannt. Charakteristisch für eine solche Institution ist, dass sie von der Aussenwelt abgeschottet ist. Somit werden sie als „isolierte Einrichtungen verstanden, die – durch ein autoritär-hierarchisch strukturiertes Organisations- und Sanktionssystem gestützt – als Stätten der Fremdbestimmung, Verdinglichung, Dehumanisierung und Freiheitsberaubung gesellschaftliche Exklusion und Entfremdung erzeugen“ (Theunissen 2012: 40). Dabei wird in der „totalen Institution“ auch keine Trennung der verschiedenen Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, Freizeit) gemacht. Die Menschen in solchen Institutionen sind daher in ständiger Gesellschaft ihresgleichen, folgen den starren Regeln und den stark strukturierten Abläufen ohne Anspruch auf eigene Meinungsäußerungen (vgl. Goffman 1996, zit. nach Hoffmann 1999: 17f.). Den betroffenen Menschen werden somit „jegliche personale Wertschätzung und Achtung, Bürgerrechte und Ansprüche auf ein menschenwürdiges Leben, insbesondere auf Kommunikation, soziale Beziehungen, Selbstbestimmung, gesellschaftliche Inklusion und kulturelle Partizipation“ (Theunissen 2012: 40) vorenthalten.

Die Auswirkungen auf die Menschen, welche in solchen Institutionen leben, hat Jervis (1978, zit. nach Theunissen 2012: 40) wie folgt beschrieben:

Der Patient verschließt sich langsam immer mehr in sich selbst, wird energielos, abhängig, gleichgültig, träge, schmutzig, oft widerspenstig, regrediert auf infantile Verhaltensweisen, entwickelt starre Haltungen und sonderbare stereotype „Tics“, passt sich einer extrem beschränkten und armseligen Lebensroutine an, aus der er nicht einmal mehr ausbrechen möchte, und baut sich oft als eine Art Tröstung Wahnvorstellungen auf (die sog. „institutionellen Delirien“).

Weiter vergleicht er diese Erscheinungen mit jenen, die aus Konzentrationslagern bekannt waren (vgl. ebd.). Theunissen (1999: 14) spricht davon, dass solche „Hospitalisierungseffekte (...) eine ‚erlernte Bedürfnislosigkeit‘, eine ‚erlernte Hilflosigkeit‘ (Seligman) sowie Formen ‚beschädigter Identität‘ signalisieren“.

Wie im ersten Absatz dieses Kapitels bereits angedeutet wurde, ist die „totale Institution“ hierarchisch aufgebaut. Das Pflegepersonal wird zu einer Autoritätsperson und muss eine Kontrollfunktion übernehmen. Die zu betreuenden Personen können sich dadurch keine Übertritte der starren Regeln erlauben, da sie mit gravierenden Sanktionen rechnen müssten. Dies führt dazu, dass sie sich anpassen (vgl. Theunissen 2012: 40ff.).

Damit wird klar, dass solche Institutionen geprägt sind von Machtverhältnissen, die Erfüllung ihrer offiziell formulierten Ziele, einer starren Hausordnung und der Ahndung von Übertritten (vgl. Hoffmann 1999: 18f.).

4.2 Enthospitalisierung

Die Enthospitalisierung, welche die Ausgliederung der fehlplatzierten Menschen in psychiatrischen Einrichtungen darstellt, begann 1975 mit der Psychiatrie-Enquete. Bei dieser handelte es sich um einen Bericht zur Lage der Psychiatrien in Deutschland. In diesem wurde die Empfehlung, dass psychisch kranke Personen und Menschen mit Beeinträchtigungen getrennt betreut werden sollten, abgegeben (vgl. Hoffmann 1999: 20).

„Enthospitalisierung steht somit für einen Prozeß, bei dem es – in (sic!) bezug auf (ehemals) fehlplatzierte Menschen – um die größtmögliche Realisierung des Normalisierungsprinzips und des Integrationsgedankens geht.“ (ebd.) Mit der Ausgliederung von beeinträchtigten Menschen aus der Psychiatrie geht die Umorientierung von der medizinisch geprägten zur pädagogisch orientierten Sicht einher (vgl. Dieter 1999: 63).

4.2.1 Zusprache von Bildungsfähigkeit

Erst ab zirka Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden die ersten Institutionen, welche ihr Handeln pädagogisch ausrichteten (vgl. Klicpera et al.1995: 15).

Markante Fortschritte in den verschiedenen Disziplinen wie „Medizin, Psychologie und Pädagogik“ (ebd. 16) brachten die individuelle Förderung der beeinträchtigten Menschen in Gang. „Durch die systematische und langfristige Förderung wurde es vielen geistigbehinderten Menschen möglich, Fertigkeiten auszubilden, die eine weitgehende Selbstständigkeit im Alltag ermöglichen sollten.“ (ebd. 16) Aufgrund dieser Fortschritte konnte die Bildungsfähigkeit bewiesen werden, was zu einem Umdenken führte.

4.2.2 Entwicklung in der Schweiz

Auch für die Enthospitalisierung in der Schweiz war die Psychiatrie-Enquete wegweisend. Die strukturellen Rahmenbedingungen des Landes sowie die kantonale Organisation prägen die Hilfe der Menschen mit einer Beeinträchtigung. So sind viele Hilfen durch private Träger organisiert, wie z.B. durch Vereine, Stiftungen und Genossenschaften.

Die Invalidenversicherung sowie das Bundesamt für Sozialversicherung waren vor allem im finanziellen Bereich zentrale Unterstützer der Enthospitalisierung (vgl. Dieter 1999: 63ff.).

1988 thematisierte das Projekt „Lebenssituation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Kliniken“ das Thema erstmals ausführlich. Dadurch wurden möglichst schnell umsetzbare Massnahmen entwickelt um die Situation der fehlplatzierten Menschen zu verbessern. Es wurden daraufhin teils autonome Wohnbereiche innerhalb der Kliniken oder deren Areale eröffnet. Mit diesen Wohnbereichen konnte jedoch kaum eine Integration in die Gesellschaft erreicht werden, da es einem Grossteil der Menschen nicht ermöglicht wurde das Klinikgelände zu verlassen. Es folgte 1994 das Projekt „Lebensräume für Menschen mit geistiger Behinderung und schwierigem Verhalten“, welches explizit Wohnbereiche ausserhalb psychiatrischer Kliniken forderte (vgl. ebd.).

Theunissen (1995: 92) und Dieter (1999: 65-76) sind sich einig darüber, dass die Enthospitalisierung in der Schweiz seit den ersten Massnahmen stagniert. Die getroffenen Massnahmen haben zwar eine erhebliche Verbesserung der Lebensumstände von Menschen mit Beeinträchtigungen gebracht, jedoch kann dabei nicht von einer Enthospitalisierung gesprochen werden. Einrichtungen, die als Übergangslösungen gedacht waren, bestehen oft bereits seit langer Zeit und könnten weiterhin bestehen bleiben. Damit ist es bis anhin vorwiegend zu einer Umhospitalisierung gekommen (vgl. Dieter 1999: 84ff.).

4.2.2.1 Umhospitalisierung

Der Begriff der Umhospitalisierung bedeutet, dass Menschen mit Beeinträchtigungen von den Psychiatrien ausgegliedert, „aber erneut in Wohneinrichtungen mit hospitalisierendem Charakter untergebracht werden.“ (Hoffmann 1999: 21f.)

Dieter (1999: 71f.) ist der Meinung, dass die Umhospitalisierung in der Schweiz formale Kennzeichen trägt. Diese sind laut Hoffmann (1999: 22f.) folgende:

- unzureichende Verwirklichung räumlicher, funktionaler und organisatorischer Integration
- Unterbringung in (neuen bzw. anderen) großen Einrichtungen
- zu große Wohngruppen
- fehlende Trennung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit und Freizeit

- zentrale Versorgungsstrukturen anstatt Selbstversorgungsprinzip
- unzureichende Umsetzung des Dezentralisierungsprinzips
- unzulängliche Verwirklichung des Regionalisierungsprinzips (z.B. aufgrund fehlender gemeindeintegrierter Wohn- und komplementärer Hilfssysteme sowie entsprechender Kriseninterventionsmöglichkeiten)
- eine hierarchisch-autoritäre Organisationsstruktur (nach dem Modell „Krankenhaus“ oder „Anstalt“)
- klinisch-pflegerisch orientiertes Wohnumfeld anstatt einer häuslichen Wohnraumgestaltung.

5 Konzeptionelle Hintergründe

Die Enthospitalisierung wurde stark durch das Normalisierungsprinzip geprägt. Die Zielsetzungen der Behindertenhilfe verschoben sich vom Ausschluss zur Integration und Inklusion. Um die neuen Ziele adäquat in die Realität umzusetzen, brauchte es neue normative Konzepte, welche den Reformprozess unterstützen. Im folgenden Kapitel werden fünf nachhaltige Konzepte vorgestellt, die noch heute in der Praxis verbreitet sind. Sie zielen auf die Personen- wie auch auf die Gemeinwesenorientierung ab (vgl. Loecken/Windisch 2013: 14f.).

5.1 Normalisierungsprinzip

Das Normalisierungsprinzip, welches ursprünglich aus den Skandinavischen Ländern stammt, brachte eine zentrale Wende in der Behindertenhilfe. Es steht für ein möglichst „normales“ Leben auch für Menschen mit einer Beeinträchtigung (vgl. Theunissen 2012: 46).

Der Däne Bank-Mikkelsen (1959, zit. nach Nirje 1974: 34) formulierte in der Anfangszeit der Enthospitalisierung folgendes: „Man soll den geistig Behinderten dazu verhelfen, ein Dasein zu führen, das so normal ist, wie es nur irgendwie ermöglicht werden kann.“

Bengt Nirje (vgl. ebd.) aus Schweden konkretisierte die zentralen Aspekte für eine normalisierte Lebensführung wie folgt:

- Normaler Tagesablauf
- Normale Trennung der Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, Freizeit
- Normaler Jahresablauf
- Normaler Lebenslauf

- Normaler Respekt vor dem Individuum, seinen Bedürfnissen und seinem Recht auf Selbstbestimmung
- Normales Leben in einer zweigeschlechtlichen Welt
- Normaler wirtschaftlicher Lebensstandard
- Normale Umweltbedingungen innerhalb der Gemeinschaft

Die Normalisierung zielt nicht darauf ab, Menschen mit einer Beeinträchtigung der Norm anzupassen. Vielmehr geht es darum, ihnen ein so normales Leben wie nur möglich zugänglich zu machen (vgl. Klicpera et al. 1995: 20).

5.1.1 Ursprüngliche Gedanken und Umsetzungsansätze bezgl. Wohnen

Hauptsächlich in den Gründerländern Dänemark und Schweden wurde für die Umsetzung des Normalisierungsprinzips die Abschaffung von Heimen und Anstalten vorausgesetzt. Da das Leben in solchen Institutionen nicht einem „normalen“ Leben entspricht, wie es ein Mensch ohne Beeinträchtigung lebt, setzten sie beim Wohnstil an (vgl. Theunissen 2012: 46f). Dabei wurde der Fokus auf „normale“ Wohnformen für Erwachsene in unserer Gesellschaft gelegt. Diese sind vorwiegend Einzel- und Paarhaushalte sowie kleine Wohngemeinschaften (bis höchstens sechs Personen), oder das gemeinsame Leben und Wohnen in der Familiengemeinschaft (vgl. Kief 1995: 47, Theunissen 2012: 46f).

„Im Zuge des Abbaus von Anstalten und Heimen wurde alsbald der Begriff der Deinstitutionalisierung geläufig, der zum Markenzeichen für vergleichbare Reformen in anderen hoch entwickelten Ländern wie USA, Großbritannien oder Australien avancierte.“ (Theunissen 2012: 47) Die Deinstitutionalisierung steht jedoch nicht nur für die Abschaffung der Heime, sondern auch dafür, dass „Systemzwänge einer Institution überwunden werden“ (ebd.).

5.1.2 Kritik an der Umsetzung im europäischen Raum

In einem Grossteil von Deutschland, der Schweiz und Österreich setzte sich der Begriff der Deinstitutionalisierung nicht durch. Der Fokus wurde mehr auf die Enthospitalisierung, wie sie in Kapitel 4.2 beschrieben wurde, gelegt. Diese wurde in Anlehnung an das Normalisierungsprinzip als „Wiederherstellung normalisierter Lebensumstände“ (Egli 1998, zit nach Theunissen 2012: 48) gesehen. Dabei spielte sich die Normalisierung innerhalb der Institutionen ab, anstatt sie abzuschaffen (vgl. ebd.).

Aufgrund dieser inkonsequenten Umsetzung des ursprünglichen Gedankens und der Wirkung des Normalisierungsprinzips wurde die Enthospitalisierung im deutschsprachigen europäischen Raum als „Etikettenschwindel“ (ebd.) bezeichnet. Anstatt die Menschen mit

einer Beeinträchtigung aus den Institutionen und Heimen aus zu gliedern wurden sie, wie bereits erwähnt, von den psychiatrischen Anstalten lediglich umhospitalisiert (vgl. ebd.).

5.2 Empowerment

Der Begriff Empowerment ist nicht nur in Zusammenhang mit beeinträchtigten Menschen zu bringen. Übersetzt bedeutet er „Selbstbefähigung, Selbstbemächtigung, Selbstermächtigung oder Selbstvertretung“ (Theunissen 2012: 73).

Theunissen (ebd.) konkretisiert den Begriff folgendermassen:

Um eine terminologische Klärung bemüht sich Thompson (2007, 17), indem er über den Begriffsanteil ‚*power*‘ im Sinne von Macht, Kraft und Stärke vier Zugänge aufsucht:

(1) *power from within* als eine Kraft und Stärke, die von der Person und ihren individuellen Ressourcen ausgeht,

(2) *power over*, die ungleiche Machtverhältnisse reflektiert, die es im Falle von Unterdrückung, Missbrauch oder Benachteiligung durch Nutzung einer Widerstandskraft zu überwinden gilt,

(3) *power with*, die auf die erkenntnisleitende soziale Ressource ‚gemeinsam sind wir stark‘ verweist und

(4) *power to*, die sich auf die professionelle Aufgabe bezieht, Menschen zu ‚starken‘ Persönlichkeiten zu befähigen.

Zusammengefasst verweist diese begriffliche Konnotation auf ein *selfempowerment*, *political empowerment* und ein *supported empowerment*.

Im Ansatz des Empowerments sind Einflüsse von Martin Luther King, Paulo Freire sowie Carl Rogers enthalten. Um dieses Konzept umzusetzen, muss die Orientierung an Defiziten und Schwächen abgelegt werden. So kann eine Selbstbefähigung nur stattfinden, wenn die Stärken und Ressourcen eines Menschen und seiner Umwelt erkannt werden. Weiter muss jeder Mensch, auch in seiner Andersartigkeit, als solcher respektiert werden. Nicht nur der Mensch, sondern auch seine Vorstellungen, Bedürfnisse, Interessen und Lebensentwürfe müssen anerkannt werden, auch wenn sie unkonventionell scheinen. Dabei ist es wichtig, die Menschen als Experten ihrer eigenen Lebenswelt zu sehen (vgl. ebd.73f).

5.2.1 Independent-Living-Bewegung

Der Ansatz des Empowerment ist in der Bürgerrechtsbewegung der USA in den 1960er-Jahren entstanden. In seinen Anfängen bezog er sich auf die Minderheit der afroamerikanischen Menschen. Später wurde er nebst den Menschen mit einer Beeinträchtigung auch für Feministinnen aktuell. Aus etlichen unterdrückten Minderheiten formierten sich Selbsthilfegruppen, die sich auf das Empowerment-Konzept stützten (vgl. Loeken/Windisch 2013: 27).

Aus einer Selbsthilfegruppe, die vorwiegend aus körperlich beeinträchtigten Menschen bestand, entstand die Independent-Living-Bewegung. Die Forderung nach einem selbstbestimmten Leben, nach Unabhängigkeit und Einflussmöglichkeiten wurde dadurch zum ersten Mal nach Aussen getragen. In Deutschland entstand anschliessend die sogenannte „Krüppelbewegung“, welche die gleichen Ziele verfolgte. Später formierte sich eine selbstvertretende Gruppe von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die den Namen People First trägt (vgl. ebd. 23f).

Die Forderung nach Gleichberechtigung in allen Lebensbereichen, Chancengleichheit sowie Partizipation wurde dadurch stark geprägt. Aus diesen Bewegungen entstand auch das Modell der persönlichen Assistenz (siehe Kapitel 6.2), das die fremdbestimmten und entmündigenden Hilfen in den Anstalten und Heimen durch kundenorientierte und unabhängige Hilfen ersetzt (vgl. ebd.). So sollen die Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind, selbst aussuchen, von wem die Hilfe geleistet wird. Sie sind daher in der Rolle der Arbeitgeber. In den 1970er-Jahren entstanden die ersten Organisationen in Deutschland, die sich für das selbstbestimmte Leben und Wohnen einsetzten (vgl. Thesing 2009: 84f.). In der Schweiz wurde das Zentrum für selbstbestimmtes Leben erst 1996 gegründet (vgl. Genossenschaft Selbstbestimmtes Leben o.J.).

5.3 Lebensweltorientierung

Die Lebensweltorientierung wurde in den 1970er-Jahren von Hans Thiersch entwickelt. Bei diesem Konzept geht es darum, sich an der Lebenswelt und dem Alltag der Klientel zu richten (vgl. Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz 2005: 117ff.). „Lebensweltorientierte Soziale Arbeit zielt darauf, Menschen in ihren Verhältnissen, in ihren Ressourcen, ihren vorenthaltenen Partizipationschancen und ihren Schwierigkeiten des Alltags zu sehen.“ (Grunwald/Thiersch 2004: 5)

Thiersch hat sich stark an dem Empowerment-Konzept orientiert. Auch Bronfenbrenners „Ökologie der menschlichen Entwicklung“ hat ihren Teil zur Lebensweltorientierung beigetragen (vgl. Theunissen 2012: 92ff.). Wie auch bei anderen Konzepten der Sozialen Arbeit

geht es darum, den Menschen als Ganzes zu betrachten und seine Umwelt ebenfalls zu berücksichtigen. Der Alltag der Klientel soll verstanden und angenommen werden. Dabei ist die subjektive Sicht ausschlaggebend, um die Lebenswelt zu rekonstruieren (vgl. Thiersch 1997: 100f.).

Für die Rekonstruktion unterscheidet Thiersch (vgl. Grundwald/Thiersch 2004: 19ff.) vier Aspekte:

- *Erfahrungen des Raumes, der Zeit und der sozialen Beziehungen*

Wie bereits erwähnt, geht es um die subjektive Wahrnehmung der Lebensbereiche und die darin gemachten Erfahrung. „Der Mensch wird nicht abstrakt als Individuum verstanden, sondern in der Erfahrung einer Wirklichkeit in der er sich immer schon vorfindet.“ (ebd.: 20) Dabei stehen jeweils die Ressourcen, egal ob diese materiellen oder immateriellen Charakter haben, im Zentrum. Diese sind wichtig, um die unterschiedlichen Aufgaben in den verschiedenen Bereichen erfolgreich zu bewältigen. Die Fragen dazu lauten, ob die Bereiche begrenzt oder offen zur Verfügung stehen, wie stark sie strukturiert sind und wie verschiedene Rollen wahrgenommen werden können. Routinen können entlastend sein, jedoch werden solche nur selten hinterfragt. Es muss verhandelt werden, um störende Strukturen zu verändern (vgl. ebd.).

- *Unterschiedliche Lebensräume und lebenslaufbedingte Lebensfelder*

Die Lebensräume und Lebensfelder eines Menschen unterscheiden sich in deren Funktionen und Inhalten. So werden in der Familie oder der Arbeit unterschiedliche Erfahrungen gemacht. „Diese kumulieren im Lebenslauf, sie steigern und ergänzen sich, können sich aber auch blockieren und in Verletzungen und Traumatisierungen verhärten.“ (ebd.: 20) Hier konzentriert sich die Rekonstruktion auf die Verhältnisse der verschiedenen Lebensräume, auf mögliche Spannungen und Konflikte sowie auf die Vermittlung zwischen diesen (vgl. ebd.).

- *Lebensweltorientierung als normativ-kritisches Konzept*

Jeder Mensch nimmt seine Lebenswelt anders wahr. „Ressourcen, Deutungen und Handlungen von Menschen im Alltag sind widersprüchlich. Die gleichen Zustände werden zum einen als stützend, identitätsstiftend, entwicklungsfördernd etc. gesehen, zum anderen als einschränkend, stigmatisierend, ausgrenzend etc. erfahren.“ (Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz 2005: 118) Auch vermeintliche Hilfen können als belastend gesehen werden. Thiersch (Grundwald/Thiersch 2004: 21)

verlangt nach regelmässiger „’Destruktion’ des Gegebenen“ um tabuisierte „Macht- und Unterdrückungsstrategien“ aufzulösen.

- *Lebensweltorientierung als historisch und sozial konkretes Konzept*

Die vorherrschenden Gesellschaftsstrukturen sind ebenfalls von grosser Bedeutung in der Rekonstruktion einer Lebenswelt. „Lebensweltorientierung sieht die allgemeinen Muster der Lebensbewältigung geformt und bestimmt von den heutigen Gesellschaftsstrukturen der sozialen Ungleichheit und Offenheit.“ (ebd.) Durch die individualisierten Lebensentwürfe entstehen neue Spannungen. Gegebenes weicht und macht Platz für Mögliches. Rollenaufteilungen und -erwartungen werden neu definiert. „Als historisch soziales Konzept verfolgt Lebensweltorientierung vor allem auch die Brüchigkeit heutiger normativer Orientierungen, also die vielfältigen eigensinnigen Lösungen der Zumutung, sich vor sich und anderen in der Zielorientierung auszuweisen zwischen Traditionen und offenen Horizonten und eine Verbindung zu finden zwischen der neuen (...) Bedeutung eigensinniger Lebensgestaltung und sozialen Bezügen und Verbindlichkeiten.“ (ebd.: 22)

5.3.1 Grundsätze

Um die Lebensweltorientierung nach zu vollziehen müssen die Grundeinstellungen, die hinter diesem Konzept stehen, genau betrachtet werden.

Eines der Hauptziele der Lebensweltorientierung ist die Stärkung Sozialer Gerechtigkeit. Dies ist in der heutigen Zeit der Individualisierung und Pluralisierung herausfordernd. Die Deutungsmuster und die Lebensentwürfe haben sich verändert. Die Aufteilung der Rollen wie auch andere Verhältnisse sind unübersichtlich und instabil geworden, was eine ständig neue Aushandlung verlangt (vgl. Grundwald/Thiersch 2004: 22f.). Alle diese gesellschaftlichen Einflüsse müssen in der Sozialen Arbeit mitberücksichtigt werden. „Lebenswelt und Alltag ist Lebenswelt und Alltag in der modernen Gesellschaft.“ (Thiersch 1997: 100) Die strukturellen Rahmenbedingungen müssen somit in den Lebenswelten der Klientel immer auch betrachtet werden. Und es muss ein Gleichgewicht von Strukturiertheit und Offenheit gefunden werden, in dem Individuen eigenständig betrachtet werden können und das trotzdem eine gewisse Verlässlichkeit mit sich bringt (vgl. ebd.: 102).

Um die Soziale Gerechtigkeit zu fördern, muss sich die Soziale Arbeit in die Politik einmischen und anwaltschaftlich für und mit den betroffenen Menschen einsetzen (vgl. Grundwald/Thiersch 2004: 22ff.).

Weiter ist der „Respekt vor der Eigensinnigkeit von Lebensverhältnissen“ (ebd.: 24) Voraussetzung für die Lebensweltorientierung. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Lebenswelten unterschiedlich sind. Ein Mensch und seine eigene Lebenswelt werden

anderen immer fremd bleiben. Grunwald und Thiersch (ebd.) betonen, dass es wichtig ist, „das andere auch als fremdes akzeptieren und stehen lassen können“.

Die Lebensweltorientierung unterliegt einem „prinzipielles(n) Misstrauen gegenüber institutionellen und professionellen Entwicklungen, insofern sie durch Selbstreferenzialität bestimmt sind und sie damit den lebensweltlichen Aufgaben gegenüber eigen, spezifische und damit oft auch abgeschottete Arbeitstraditionen ausbilden.“ (ebd.: 22)

5.3.2 Strukturmaxime

Aus den vorangehenden Prinzipien kristallisieren sich folgende Strukturmaxime heraus (Grundwald/Thiersch 2004: 26f.).

- *Prävention*

Die Prävention soll den Menschen stärken, indem seine Lebenswelt möglichst gerecht und gelingend gestaltet wird. Diskriminierung und Ausschluss sollen verhindert werden, um daraus folgende Krisen abzuwenden (vgl. Theunissen 2012: 107). Prävention kann aber auch dazu führen, dass vom schlimmstmöglichen Szenario ausgegangen wird und die Hilfe zu stark als Kontrolle erlebt wird (Grundwald/Thiersch 2004: 26f.).

- *Alltagsnähe*

Die Alltagsnähe bezieht sich zum einen auf die Erreichbarkeit und Niederschwelligkeit von Alltagshilfen. Zum anderen ist die „ganzheitliche Orientierung in den Hilfen“ (ebd.) ein wichtiger Aspekt. Dadurch soll die Alltagshilfe, die in verschiedenen Lebensbereichen ansetzen kann, gegenüber den spezialisierten Hilfsangeboten gestärkt werden (vgl. ebd.).

- *Dezentralisierung/Regionalisierung*

Das Prinzip der Regionalisierung stellt sicher, dass Menschen aufgrund ihrer Beeinträchtigung nicht an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden. Wie dies auch in der UN-BRK steht, soll der Mensch mit Beeinträchtigung seinen Lebensmittelpunkt aussuchen können und nicht in eine Einrichtung ausserhalb einer Gemeinde abgeschoben werden. Zudem zielt die Dezentralisierung darauf ab, einengende Rahmenbedingungen zu vermeiden, damit eine autonomere Lebensgestaltung möglich wird (vgl. Theunissen 2012: 108f.).

- *Vernetzung*

Die vorhandenen, regionalen Hilfen sollen nicht konkurrieren, sondern zusammenarbeiten. Dadurch kann eine ganzheitliche Alltagshilfe entstehen. Die Vernetzung

ist breit angelegt. So soll die Koordination nicht nur unter den öffentlichen Hilfsangeboten stattfinden, sondern auch unter „professionellen und informellen Unterstützungssystemen“ (ebd.: 109) enger werden. Es könnten sich auch Nachbarschaftshilfen bilden, die durch die Vernetzung klar strukturierte Rahmenbedingungen haben (vgl. ebd.).

- *Integration*

Menschen mit Beeinträchtigungen sollen nicht ausgegrenzt, sondern in der Gesellschaft aufgenommen werden. Die Integration zielt daher „auf die Gleichheit in den Grundansprüchen und Anerkennung im Recht auf Verschiedenheit“ (Grundwald/Thiersch 2004: 26) ab. Auch hier weisen Grundwald und Thiersch (2004: 27) darauf hin, dass Integration fälschlicherweise als „Anpassung an Normvorstellungen“ verstanden werden kann.

- *Partizipation*

Als Partizipation kann die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bezeichnet werden. Diese ist ebenfalls bereits in Art. 19 der UN-BRK festgehalten. Dabei ist es wichtig, dass sich Professionelle, Klienten und Hilfssysteme auf gleicher Augenhöhe begegnen, um Bevormundungen zu verhindern und Mitsprache, Mitgestaltung und Mitbestimmung zu ermöglichen (vgl. Theunissen 2012: 106f.).

Theunissen (2012: 102ff.) ergänzt die Strukturmaximen um die Punkte Ganzheitlichkeit, Selbstbestimmung, Respekt, Vertrauen, Subjektzentrierung, Politische Einmischung, Ressourcenorientierung und -aktivierung. Einige davon wurden im Kapitel 5.3.1 erläutert. Auch die Inklusion (Kapitel 2.1) gehört in der heutigen Zeit zu den Strukturmaximen.

5.4 Sozialraum- / Gemeinwesenorientierung

Die Sozialraumorientierung ist keine Theorie, sondern ein Ansatz der Sozialen Arbeit. Bereits in der Zeit der Settlements wurde dieser Ansatz verfolgt, indem Professionelle in die Lebensräume ihrer Zielklientel gingen und deren Probleme im sozialen Kontext betrachteten (vgl. Galuske/Schoneville 2013: 300). Später wurde der Ansatz in der Gemeinwesenarbeit erneut aufgegriffen. Dabei ging es darum, Distanz zur Einzelfallarbeit zu gewinnen und den Blick vermehrt auf ein bestimmtes Territorium zu richten (vgl. Hinte/Treeß 2011: 18). Anfangs der 80er Jahre wurde das Konzept „Stadtteilbezogene Soziale Arbeit“ entwickelt. Darin „wurde der soziale Raum als zentrale Bezugsgröße für an den Interessen der Wohnbevölkerung ansetzendes sozialarbeiterisches Handeln propagiert.“ (ebd.: 29)

Die Sozialraumorientierung ist zudem ein wichtiger Teil in der Lebensweltorientierung, welche sich an den „alltagsweltlichen Bezüge und Handlungsräume der Klienten“ orientiert (Galuske/Schoneville 2013: 300).

Wolfgang Hinte und Dieter Kreft (2005: 870) verfassten folgende Definition:

Sozialraumorientierte Arbeit zielt nicht auf die „Besserung“ von Menschen, auf die zielgerichtete Veränderung ihrer Lebensgewohnheiten oder erzieherischer Intervention bezüglich ihrer Kommunikationsstile, sondern auf konkrete Verbesserung der Lebensbedingungen der Wohnbevölkerung in einem Wohnquartier unter aktiver Beteiligung der betroffenen Menschen.

5.4.1 Raumbegriff

Raum kann verschieden verstanden werden. So kann als Lebensraum eine Wohnung, ein Zimmer oder auch der Arbeitsplatz und die Schule bezeichnet werden. Weitere Lebensräume stellen jedoch auch eine Stadt, ein Quartier oder eine Strasse dar. Der Sozialraum kann aus zwei verschiedenen Sichtweisen definiert werden. Es gibt zum einen die pragmatisch-planerische und zum anderen die subjektiv-lebensweltliche Sichtweise (vgl. Galuske/Schoneville 2013: 301f).

Der pragmatisch-planerische Sozialraumbegriff ist vor allem durch die Sozialverwaltung und die Sozialpolitik geprägt. Darin werden oft die Städte und Quartiere erfasst, die durch Sozialraumbudgets finanziert werden und meist eine öffentliche Verwaltung haben (vgl. Schönig 2008: 16). In diesem Fall spricht man von definierten Räumen, einem Territorium, in dem gesellschaftliches Zusammenleben stattfindet und die Soziale Arbeit agiert. Die gesellschaftliche Teilhabe kann hierbei beeinflusst werden, indem soziale wie auch (infra-)strukturelle Barrieren abgebaut werden (vgl. Theunissen 2012: 128f.).

Der subjektiv-lebensweltliche Sozialraum ist, wie bereits der Name sagt, subjektiv. Hier „konstruiert der Mensch durch sein Handeln und seine Sinnzuschreibung gesellschaftlich relevante Räume, d.h. Sozialräume“ (vgl. Schönig 2008: 16). Über ein persönliches Budget, wie z.B. den Assistenzbeitrag (Kapitel 6.2), kann direkt auf die persönlichen Wünsche und Bedürfnisse der Klientel eingegangen werden. Auch hier ist die Teilhabe an der Gesellschaft ein wichtiger Aspekt, jedoch geht es primär um die persönlichen Möglichkeiten und Ressourcen (vgl. Theunissen 2012: 123f.).

5.4.2 Methodische Prinzipien

Dem sozialraumorientierten Ansatz liegen laut Wolfgang Hinte (2011: 45) fünf Prinzipien zugrunde, welche strukturierte Offenheit zulassen sollen:

- *Orientierung an Interessen und am Willen*
„In der sozialräumlichen Arbeit gehen wir davon aus, dass der Wille der Menschen eine wesentliche Kraftquelle für Aktivitäten zur Gestaltung des eigenen Lebens bzw. des Wohnumfeldes darstellt.“ (Hinte/Treeß 2011: 46) Es ist wichtig, dass der Fokus nicht auf die „Vorstellungen von Trägern der Behindertenhilfe oder ein von sozialen Instanzen ermittelter (individueller) Hilfebedarf“ (Theunissen 2012: 117) gesetzt wird. Weiter muss darauf geachtet werden, dass Wunsch und Wille auseinander gehalten werden. Bei Wünschen geht es mehr darum, dass andere aktiv werden. Zudem soll der Wille selbst formuliert und nicht durch Professionelle der Sozialen Arbeit vorgegeben werden (vgl. Hinte/Treeß 2011:46ff).
- *Unterstützung von Eigeninitiative und Selbsthilfe*
Oftmals werden die Klienten der Sozialen Arbeit von den Professionellen unterschätzt. Indem Sozialarbeitende alles für ihre Klienten machen, nehmen sie ihnen die Möglichkeit, eigene Erfahrungen zu machen und Erfolge durch Eigeninitiative zu verbuchen. Professionellen und Klienten muss bewusst sein, dass „die Verantwortung für die Bewältigung ihrer Lebenssituation“ (Hinte/Treeß 2011: 52) beim Klientel selbst liegt und Professionelle bei der konkreten Planung und Durchführung zur Verbesserung der Situation lediglich Unterstützung bieten (vgl. ebd.: 51ff).
- *Konzentration auf Ressourcen der Menschen und des Sozialraums*
In der Sozialen Arbeit hat es sich etabliert, mit den Ressourcen eines Menschen zu arbeiten und sich auf seine Stärken zu konzentrieren. Oftmals wird es jedoch nicht so umgesetzt. Der Grund für den Blick auf Defizite eines Menschen liegt zum grossen Teil an der nötigen Begründung einer Finanzierung. Doch auch wenn es um Probleme und Defizite geht, gilt es zu beachten, dass Schwächen immer auch Stärken sind und umgekehrt. So hat jeder Mensch, egal ob beeinträchtigt oder nicht, seine Ressourcen. Die Gemeinwesenarbeit ist z.B. von dieser Begründungslast eines Einzelfalles befreit, da sie mit einem Sozialraumbudget arbeitet. Um die Ressourcen des Sozialraums aufzuzeigen und nutzen zu können, ist das Netzwerk der Bewohnenden sowie deren Ideen zur Verwendung von solchen wichtig, um neue Sozialräume zu schaffen (vgl. Hinte/Treeß 2011: 60ff).
- *Zielgruppen und -bereichsübergreifende Sichtweise*
In der sozialraumorientierten Arbeit wird keine Zielgruppe definiert. Zum einen verhindert dies eine Stigmatisierung der betreffenden (Rand-)Gruppe durch eine „Etikettierung“ (Hinte/Treeß 2011: 73). Zum anderen werden z.B. wohngebietsbezo-

gene Aktivitäten gefördert. Die Soziale Arbeit muss hier über ihre Grenzen hinausgehen und die Zusammenarbeit mit Schulen, Kirchen, Vereinen usw. suchen und fördern (vgl. ebd.: 72ff). Durch diese Sichtweise wird die Inklusion gelebt.

- *Kooperation und Koordination*

Dies ergibt sich aus den vorangehenden Punkten. Die Kooperation mit Klienten ist unumgänglich, um ihren Willen kennenzulernen und ihre Eigeninitiative zu aktivieren. Auch mit den beteiligten Akteuren muss ständig kooperiert werden und die Bewohnenden innerhalb des Sozialraumes müssen untereinander kooperationsfähig sein. Hinzu kommt die Koordination der bereichsübergreifenden Angebote (vgl. Hinte/Treeß 2011: 75ff).

5.5 Funktionale Gesundheit und Teilhabe nach ICF

Mit der Einführung des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) wurde auch seitens der WHO (Weltgesundheitsorganisation) ein Perspektivenwechsel vorgenommen. Es wird nicht mehr nur auf die Defizite eines Menschen geschaut, sondern auf die Ressourcen in ihm und in seiner Umwelt. Ziel ist, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung möglichst kompetent und möglichst gesund an möglichst normalisierten Lebensbereichen teilnehmen können (vgl. INSOS Schweiz 2009: 10ff.). INSOS Schweiz (2009: 11) konkretisiert dies wie folgt:

Der Bedarf an Leistungen wird nicht mehr von einer spezifischen Schädigung oder Leistungsminderung abgeleitet, sondern davon, was eine Person mit einer bestimmten Beeinträchtigung braucht, um möglichst gesund, kompetent und unbehindert an normalisierten Lebensbereichen teilnehmen und teilhaben zu können.

5.5.1 Entwicklung der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation

Bis ins Jahr 1980 wurden Beeinträchtigungen als Krankheiten eingestuft und durch die ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten) klassifiziert. Es hat zwar bereits ein Umdenken stattgefunden, wobei nicht nur die Art der Beeinträchtigung, sondern auch pädagogische und gesellschaftsstrukturelle Aspekte anerkannt wurden. Jedoch konnten diese Einflüsse bis dahin nicht in die Bewertung der Beeinträchtigung aufgenommen werden, da es dafür kein anerkanntes Instrument gab (vgl. INSOS Schweiz 2009: 13ff).

Zur Ergänzung der ICD, und um die Zusammenhänge von Beeinträchtigung und gesellschaftlicher Teilhabe zu erfassen, entwickelte die WHO die ICIDH (Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen). „Anders

als die ICD ermöglicht dieses Konzept (...) das Aufzeigen der Auswirkungen von Schädigungen und Funktionseinschränkungen auf die Teilnahme und Teilhabe einer Person.“ (ebd.: 14)

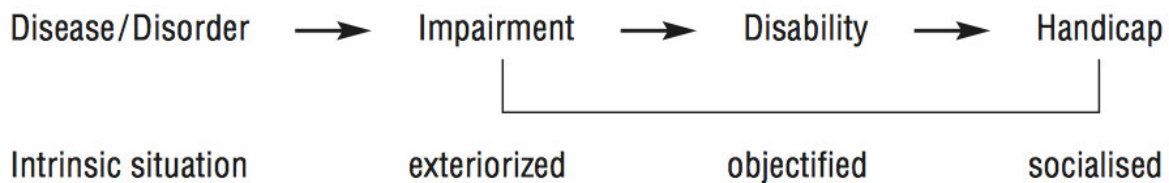


Abb. 3: Modell der ICIDH (In: INSOS Schweiz 2009: 14)

Das Modell der ICIDH (vgl. Abb. 3) zeigt auf, dass es sich um eine Abfolge handelt. INSOS Schweiz (2009: 14) erklärt dies wie folgt:

Disease oder Disorder bezieht sich auf eine medizinisch definierbare pathologische Veränderung an einem Organ oder am Bewegungssystem und spielt für den agogischen Bereich eine untergeordnete Rolle. Impairment meint jegliche Schädigung oder Abweichung von einer psychischen, physischen oder anatomischen Struktur oder Funktion. Sie ist ebenfalls ein klarer medizinischer oder physiologischer Sachverhalt. Der Begriff Disability bezeichnet jede Funktionseinschränkung oder Beeinträchtigung der Aktivität, die durch die Schädigung bedingt werden. Handicap bezieht sich schlussendlich auf die negativen Auswirkungen einer Funktionseinschränkung auf die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Jedoch wird bei diesem Modell die Lebenswelt der Klienten gar nicht berücksichtigt. Somit bleiben viele Ressourcen wie auch Schwierigkeiten im Umfeld unbeachtet. Des Weiteren wird nur davon ausgegangen, dass die Defizite des Menschen Auswirkungen auf das gesellschaftliche Leben und die Teilhabe haben. Dabei werden die Wirkungen, die z.B. Diskriminierungen auf den Menschen mit einer Beeinträchtigung haben können, ausgelassen (vgl. ebd.). Ein konkretes Beispiel dafür sind die „Hospitalisierungseffekte“ (Theunissen 1999: 14), welche im Kapitel 4.1.1 bereits im Zusammenhang mit der totalen Institution erwähnt wurden.

Um diese Kritiken zu beheben und den Menschen in einem ganzheitlichen Blick zu sehen, wurde 2001 die ICF von der WHO verabschiedet (vgl. Schuntermann 2011: 251). „Ziel war es, epidemiologische Daten zu sammeln, welche einerseits den streng medizinischen Raster der ICD-10-Klassifikation berücksichtigen, andererseits aber auch die Wirkung der Beeinträchtigung auf die Lebensqualität und die soziale Integration mit einschliessen.“

(Diartis AG o.J.) Um dies zu erreichen, wurde das Konzept der funktionalen Gesundheit entwickelt, das sich in der Praxis stark etabliert hat.

5.5.2 Funktionale Gesundheit

Die Funktionsfähigkeit eines Menschen liegt im Zusammenspiel zwischen seinen persönlichen Körperstrukturen und –funktionen, seiner physischen und psychischen Gesundheit sowie von seiner Umwelt. INSOS Schweiz (2009: 19) umschreibt das Konzept wie folgt:

Das Konzept der Funktionalen Gesundheit bietet ein Modell, mit dem Zusammenhänge und Wirkungen von Gesundheitsproblemen, Beeinträchtigungen und Behinderungen aufgezeigt und verständlich gemacht werden können. Das Konzept ist sehr breit und interdisziplinär angelegt. Der Mensch wird als bio-psycho-soziales Wesen definiert. Nach diesem Konzept entwickelt sich der Mensch lebenslang in aktiver Auseinandersetzung mit sich und seiner sozialen und materiellen Umwelt.

5.5.2.1 Der dreifache Kompetenzbegriff

Um kompetente Teilhabe zu erreichen, müssen die in Abb. 4 dargestellten Bereiche kompetent gestaltet werden und zusammenspielen.

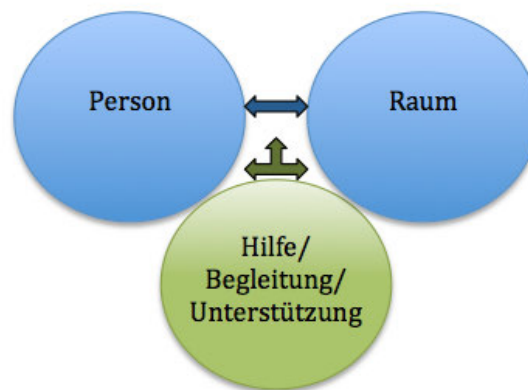


Abb. 4 Der dreifache Kompetenzbegriff (In Anlehnung an: FHNW und Comparta AG © – Daniel Oberholzer)

- *Personenbezogene Kompetenzen*

Damit ein Mensch kompetent teilhaben kann, sollte er sich möglichst selbstsicher und selbstwirksam fühlen. Die Persönlichkeitsentwicklung, die ein Leben lang dauert, stellt die eigentliche Kompetenzentwicklung dar. Dabei ist es wichtig, dass eine Person möglichst stabil und positiv konzipiert ist. So kann sie ihre Handlungs- und Wahrnehmungsfähigkeiten sowie die kognitiven Kompetenzen ausbauen (vgl. Oberholzer/Kasper/Antener/ Knobel/Lage 2013: o.S.).

- *Raumbezogene Kompetenzen*

Der Raum beeinflusst die Teilhabe eines Menschen gravierend. Jedem Raum unterliegen Regeln, nach welchen wir das Handeln auslegen. Es gibt unterschiedliche Gestaltungs- und Teilhabemöglichkeiten. Für Menschen mit einer Beeinträchtigung sind diese Möglichkeiten oftmals erschwert zugänglich. Durch fast unüberwindbare Barrieren werden sie in ihren Möglichkeiten behindert (vgl. ebd.).

- *Hilfebezogene Kompetenzen*

Um die Teilhabe für jeden zugänglich zu machen, braucht es gezielte Unterstützung und Begleitung. Es geht darum, Teilhabechancen aufzuzeigen und anzubieten. Menschen mit einer Beeinträchtigung sollen darin unterstützt werden, ihren Willen zu formulieren und dadurch Verantwortung für ihr Handeln und ihre Entscheidungen zu übernehmen. Konkret soll mit der Klientel gelernt, geübt und gehandelt werden. Somit handelt es sich um eine Assistenz zur selbstbestimmten Lebensführung (vgl. ebd.).

5.5.2.2 Das bio-psycho-soziale Modell

Wie bereits erwähnt wird mit dem Modell der Funktionalen Gesundheit der Fokus neu gesetzt. „Funktionale Probleme sind nicht mehr Attribute einer Person, sondern sie sind das negative Ergebnis einer Wechselwirkung.“ (Schuntermann 2011: 252)

Dies zeigt sich im in Abb. 5 dargestellten Modell, das auch als „Mobile“ verstanden werden kann.

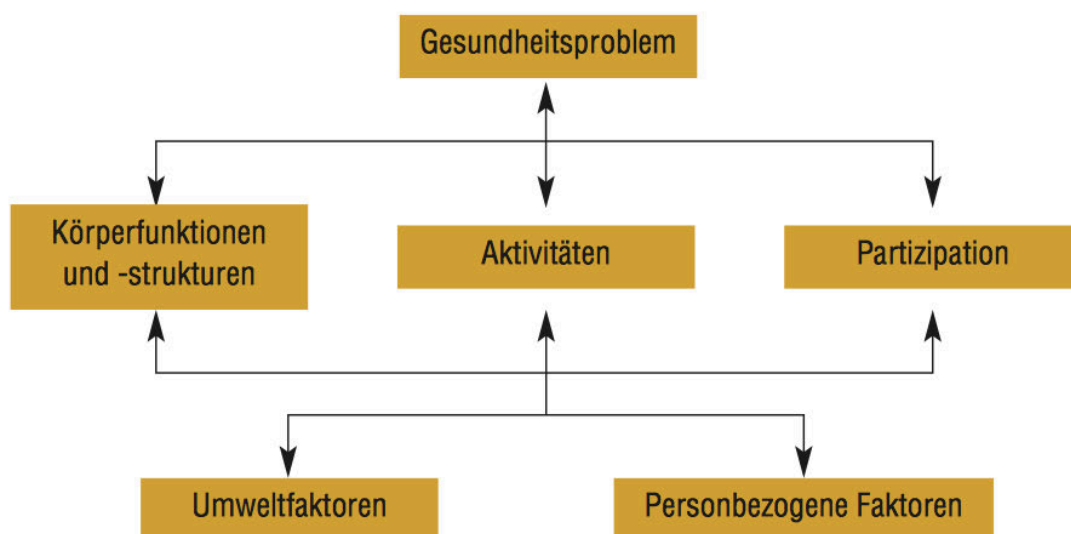


Abb. 5: Bio-psycho-soziales Modell der ICF (In: INSOS Schweiz 2009: 20)

Das Modell gestaltet sich auf drei Ebenen. Das Gesundheitsproblem an oberster Stelle weist auf die Klassifizierung nach ICD hin. Zuunterst werden die Kontextfaktoren erfasst. In der mittleren Ebene stehen die Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten sowie die Partizipation oder auch Teilhabe. Diese werden vom Gesundheitsproblem wie auch von den Kontextfaktoren beeinflusst und beeinflussen diese in gleichem Masse. Wenn also die funktionale Gesundheit beeinträchtigt wird, kann dies weitere Gesundheitsprobleme hervorrufen. Auch können hindernde Umweltfaktoren oder Diskriminierungen aufgrund von Alter oder Geschlecht die funktionale Gesundheit beeinträchtigen (vgl. Schuntermann 2011: 252ff.).

Innerhalb der Funktionalen Gesundheit werden vier Konzepte unterschieden:

- *Konzept der Teilhabe/Partizipation*
„Das Teilhabekonzept bezieht sich auf den Menschen als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt.“ (Schuntermann 2011: 254) Es zeigt auf wie stark jemand in seinen Lebensbereichen oder Lebenssituationen einbezogen ist. Dabei sind die Zugangsmöglichkeiten zu selbstbestimmtem und gleichberechtigtem Leben gemeint, die einen Einfluss auf die Zufriedenheit, die Lebensqualität sowie die erlebte Anerkennung und Wertschätzung haben. Das Konzept der Teilhabe wird von der ICF noch nicht als eigenständiges verwendet (vgl. ebd.).
- *Konzept der Aktivitäten*
„Das Konzept der Aktivitäten bezieht sich auf den Menschen als individuell handelndes Subjekt.“ (ebd.: 253) Innerhalb des Aktivitätenkonzepts werden die Sachverhalte Leistungsfähigkeit und Leistung unterschieden. Die Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau, welches eine Person erbringen kann. Sie kann lediglich unter vorbestimmten Bedingungen getestet werden und ist „abhängig von der Fragestellung (z.B. Dauerleistungsfähigkeit, Spitzenleistungsfähigkeit).“ (ebd.) Leistung meint wiederum die konkrete Handlung in einem bestimmten Kontext. Diese kann, im Gegensatz zur Leistungsfähigkeit, direkt beobachtet werden. Die ICF berücksichtigt den Willen „zur Umsetzung in Leistungsfähigkeit die Leistung“ (ebd.: 254) als personenbezogenen Faktor. Jedoch darf nicht davon ausgegangen werden, dass die Leistungsfähigkeit als Obergrenze der Leistung gilt oder umgekehrt (vgl. ebd.).
- *Konzept der Körperfunktionen und -strukturen*
„Das Konzept der Körperfunktionen und -strukturen bezieht sich auf den menschlichen Organismus einschliesslich des mentalen Bereichs.“ (ebd.: 253) Körperfunk-

tionen beziehen sich auf physiologische und psychologische Funktionen, Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers (z.B. Organe, Gliedmassen). Beide Bereiche werden in der ICF getrennt klassifiziert (vgl. ebd.).

- *Konzept der Kontextfaktoren*

„Kontextfaktoren setzen sich aus Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren zusammen.“ (ebd.: 252) Umweltfaktoren beschreiben „die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt“ (ebd.) einer Person und sind in der ICF klassifiziert. Personbezogene Faktoren umfassen die gegebenen Eigenschaften eines Menschen. Dies können Charaktereigenschaften wie z.B. ihr Wille sein. Zudem gehören auch Alter, Geschlecht usw. in diese Kategorie. Faktoren, die durch ein Gesundheitsproblem entstehen, wie z.B. der fehlende Wille aufgrund einer Depression, gehören nicht zu den personbezogenen Faktoren. Im Gegensatz zu den Umweltfaktoren sind personbezogene Faktoren derzeit noch nicht in klassifiziert (vgl. ebd.: 252f.).

Schuntermann (2011: 253) erklärt folgendes:

Die Einbeziehung von Kontextfaktoren in das Konzept der funktionalen Gesundheit ermöglicht es, die Frage zu beantworten, welche Kontextfaktoren sich positiv und welche sich negativ auf die funktionale Gesundheit einer Person auswirken. Im ersten Fall wird von Förderfaktoren und im zweiten Fall von Barrieren gesprochen.

5.6 Fazit

Die erläuterten Konzepte, welche teils aus anderen Bereichen der Sozialen Arbeit abgekoppelt wurden, zielen alle auf ein möglichst selbstbestimmtes und inkludiertes Leben ab. Sie überwinden alle die defizit- und medizinische Orientierung und setzen ihren Fokus auf das Individuum innerhalb seiner Umwelt. Das Normalisierungsprinzip hat die Entospitalisierung eingeläutet und verlangte zum ersten Mal normalisierte Lebensbedingungen für Menschen mit einer Beeinträchtigung. Das Konzept des Empowerment steht für die inneren und äusseren Kräfte eines Jeden. Die Lebensweltorientierung sieht den Menschen innerhalb seiner Umwelt und die Sozialraumorientierung konzentriert sich hauptsächlich auf die Ressourcen des Umfeldes, die gezielt genutzt werden. Die Funktionale Gesundheit vereint viele der vorangegangenen Betrachtungsweisen und ist zudem zu einem grossen Teil in der ICF klassifiziert. Daher wird sie in vielen Institutionen für Menschen mit einer Beeinträchtigung verwendet.

Die verschiedenen Konzepte bauen aufeinander auf und ergänzen sich.

6 Alternative Wohnmöglichkeiten

Gemäss der vorgängigen Erläuterungen und hinblickend auf die UN-BRK ist das Ziel in Bezug auf die Wohnsituation, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung selber entscheiden sollen „wo und mit wem sie leben“ (Art. 19 Lit. a UN-BRK) wollen. Die Bedingungen sollen möglichst dieselben sein, wie diejenigen von Menschen ohne Beeinträchtigung. Diese Bedingungen können in Wohnheimen kaum hergestellt werden. Die Wohngruppen sind oftmals zu gross und stellen meist Zwangsgemeinschaften dar, da die Bewohnenden sich nicht aussuchen können, wer alles in der Wohngruppe lebt und ob sie mit diesen Personen zusammen leben wollen. Weiter sind Wohnheime überwiegend zentral versorgt. Dadurch entfallen für die Bewohnenden viele alltägliche Handlungen, wie z.B. der Einkauf. Dies wiederum kann dazu führen, dass Kontakte in der Umgebung eingeschränkt werden, da das Heim in sich selber funktioniert (vgl. Klicpera et al. 1995: 30f.).

Loeken und Windisch (2013: 62) schrieben zur „Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation“ des Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung von 1998: „In über drei Viertel der Fälle war der Wechsel in ein Heim versorgungsorientiert und erfolgte aus einer Notsituation, ohne dass die Betroffenen Einfluss auf die Entscheidung hatten.“

Um diese oft fremdbestimmten Wohnformen aufzuheben, werden neue Modelle benötigt. Dabei stehen immer auch die in Kapitel 3 erläuterten Bedürfnisse im Fokus.

6.1 Wohnschule

Wohnen will gelernt sein. Viele Menschen, die aus dem Elternhaus in eine eigene Wohnung, eine Wohngemeinschaft oder auch in eine Institution einziehen, sind damit überfordert. Sie finden sich in einer neuen Situation wieder, in der sie eine grosse Selbstverantwortung übernehmen müssen und mehr Selbstständigkeit verlangt wird. Thesing (2009: 98) präzisiert:

Der Wechsel in den offenen Bereich des Wohnens verursacht bei den betroffenen Bewohnern Ängste, die Anforderungen an ihr Verhalten sind nicht klar, sie haben oft, aufgrund des langen Anstaltsaufenthalts oder wegen der behüteten Situation im Elternhaus, kein realistisches Bild von der zukünftigen Lebenswelt.

Um die Menschen auf die neuen Anforderungen hinsichtlich Lebensgestaltung und Haushaltsführung vorzubereiten, wurden sogenannte Wohntrainings oder auch Wohnschulen eröffnet.

Das erste Konzept für eine Wohnschule wurde 1978 in Wilhelmshaven veröffentlicht. In der Schweiz eröffnete die erste Wohnschule 1985 in St. Gallen. Sie wurde von Pro Infirmis gegründet (vgl. Thesing 2009: 204f.). Heute unterhält Pro Infirmis zwei Wohnschulen im Kanton Aargau, eine in Zürich und eine im Zürcher Oberland (vgl. Pro Infirmis o.J.). Laut der Arbeitsgruppe Wohnschulen Schweiz (o.J.) bestehen fünfzehn aktive Wohnschulen in der Schweiz.

6.1.1 Rahmenbedingungen

Die Zielgruppe der Wohnschulen von Pro Infirmis sind Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ab dem 18. Lebensjahr. Diese sollen den klaren Willen haben, ein selbstbestimmtes und eigenständiges Leben zu führen. Menschen mit einer Suchtmittelabhängigkeit oder einer starken psychischen Beeinträchtigung können nicht in dieses Angebot aufgenommen werden. Die Wohnschule richtet sich an Personen, die bereit sind, ihre Freizeit selbstständig zu gestalten. Zudem sollen sie ohne Betreuung oder Begleitung die Nacht verbringen, aufstehen können und ihren Arbeitsweg zurücklegen. Während der Ausbildung ist ein Arbeitspensum von 50% vorgesehen. Mit diesen Voraussetzungen kann die drei bis vier Jahre dauernde Ausbildung, die mit einem Diplom abgeschlossen wird, gestartet werden. Nach einem Eintrittsgespräch sowie einem Schnupperaufenthalt startet die Grundausbildung, in der die Lernenden lernen, ihren Alltag selbstständig zu gestalten. Nach etwa eineinhalb Jahren kann eine eigene Wohnung gesucht werden. Der Umzug sowie die erste Zeit in den eigenen vier Wänden werden begleitet. Dadurch können erste Erfahrungen im unabhängigen Leben und selbstbestimmten Wohnen gesammelt werden, wobei weiterhin Unterstützung bei Problemen oder anderen Anliegen gewährleistet wird. Wenn die Lernenden die Ziele der Wohnschule erreicht haben, folgt der Austritt. Falls eine weitere Begleitung notwendig ist, kann diese ambulant über andere Dienste in Anspruch genommen werden (vgl. Pro Infirmis o.J.).

6.1.2 Lerninhalte

Um die selbstständige Lebensführung zu ermöglichen, müssen verschiedene breitgefächerte Kompetenzen erworben werden. So werden administrative Fähigkeiten, die Planung und Gestaltung der Freizeit, die Haushaltsführung und Kompetenzen im Umgang mit sich selber und dem Umfeld gelehrt (vgl. Pro Infirmis o.J.).

Die Arbeitsgruppe Wohnschulen Schweiz (o.J.) hat die Lerninhalte wie folgt konkretisiert:

Umgang mit sich selbst

- Selbstwahrnehmung
- Verhalten in Notfällen
- Wohn- und Lebenssituation gestalten
- Zukunft planen
- Gesundheit und Hygiene

Umgang mit andern Menschen und der Mitwelt

- Persönliche Beziehungen
- Kommunikation
- Regeln und Mitbestimmung
- Umgang mit Konflikten
- Die ganze Welt und ich

Geld, Computer und Administratives

- Einteilen des zur Verfügung stehenden persönlichen Geldes
- Elektronische Medien wie Handy, TV, DVD, Computer und Computerspiele sinnvoll nutzen
- Briefe und E-Mails schreiben, bearbeiten und versenden

Freizeitgestaltung

- Freizeit- und Ferienangebote kennen und auswählen lernen
- Planen und organisieren
- Reisen mit dem öffentlichen Verkehr

Haushalt

- Einkaufen, kochen, mit Lebensmitteln umgehen
- Putzen
- Umweltschutz und Recycling
- Kleider waschen
- Zimmer und Wohnung gestalten

6.1.3 Fazit

Im Hinblick auf ein selbstständiges Leben in einer eigenen oder einer Partnerwohnung ist die Wohnschule bestimmt ein gutes Lernfeld. Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung werden dadurch unterstützt und haben auch die Möglichkeit, Fehler zu machen und daraus zu lernen (vgl. Pro Infirmis o.J.).

Olivia Tschopp (ebd.) sagt zu ihrer Zeit in der Wohnschule folgendes:

In der Wohnschule bin ich noch nicht so selbständig gewesen wie jetzt. In der Wohnschule hatte es für alle einen gemeinsamen Ämtliplan. Jetzt in der Wohnung mache ich alle Arbeiten allein.

Auch ihre Eltern (ebd.) sehen grosse Fortschritte:

Unsere Tochter hat sich seit der Wohnschule sehr positiv verändert. Der Wechsel in eine selbständig geführte Wohnung hat ihr anfänglich Angst bereitet. Dank der guten Ausbildung bewältigt sie dies ohne grössere Probleme. Noch wird sie wöchentlich 2 – 3 Stunden "begleitet", was ihre anstehenden Schwierigkeiten erleichtert.

In Bezug auf die Lerninhalte fehlen bei der vorangehenden Auflistung der Aspekt zur sexuellen Aufklärung sowie die politische Einmischung. Pro Infirmis hat den ersten Punkt wie folgt eingeschlossen: „Was ist eigentlich Sex, Schwangerschaft und Verhütung?“ (ebd.) Über die Bildung im politischen Bereich wird jedoch auch hier nichts erwähnt. Es bleibt unklar, ob dies evtl. zu „Regeln und Mitbestimmung“ gehört oder nicht.

Leider werden durch die Wohnschule nur wenige Personen angesprochen. Die Zielgruppe ist sehr eng definiert, wodurch viele Menschen ausgeschlossen werden, z.B. Menschen mit einer stärkeren kognitiven Beeinträchtigung, Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen oder auch Menschen mit einer Mehrfachbeeinträchtigung. Sie alle haben nicht die Möglichkeit, sich in der Wohnschule ausbilden zu lassen. Dadurch wirkt die Selektion schnell diskriminierend, und den Betroffenen wird die Möglichkeit genommen, sich zu beweisen.

6.2 Wohnen mit Assistenz

Die Forderung nach persönlicher Assistenz ist durch die Independent-Living-Bewegung (Kap. 5.2.1) entstanden. Die persönliche Assistenz soll dabei helfen, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung selbstbestimmt leben können. Dabei übernimmt die assistenzleistende Person diejenigen Aufgaben, welche die beeinträchtigte Person nicht selber ausführen kann. Mit dem Assistenzmodell „verbinden sich zentral die Forderungen nach Entinstitutionalisierung, Entmedizinisierung, Entpädagogisierung und – im Hinblick auf Teilbereiche – Entprofessionalisierung von Hilfeleistungen.“ (Loeken/Windisch 2013:38)

Durch dieses Modell werden die Menschen mit einer Beeinträchtigung als Experten in eigener Sache wahrgenommen. Sie werden zum Arbeitgeber und können so gezielt dar-

über bestimmen, von wem sie welche Leistungen zu welchem Zeitpunkt in Anspruch nehmen wollen (vgl. Thesing 2009: 66). Dies entspricht den Vorstellungen des Empowerment, wie es in Kapitel 5.2 vorgestellt wurde. Dadurch erlangen sie die Kontrolle über folgende Kompetenzen (vgl. Mohr 2006: 20):

- *Personalkompetenz*: Wen stelle ich ein?
- *Organisationskompetenz*: Wann und wie wird etwas ausgeführt?
- *Anleitungskompetenz*: Wie soll etwas ausgeführt werden, damit es mir gut geht?
- *Raumkompetenz*: Wo wird die Hilfe durchgeführt?
- *Kontrollkompetenz*: Wird die Leistung nach meinen Vorstellungen (praktisch und preislich) erbracht?

Das Erhalten von Kompetenzen bringt mit sich, dass Assistenznehmende mehr Verantwortung tragen. Es entsteht ein grosser administrativer und organisatorischer Aufwand, der von den Menschen mit einer Beeinträchtigung bewältigt werden muss.

6.2.1 Formen der Assistenz

Folgende drei unterschiedliche Organisationsformen von Assistenzleistungen gibt es:

- *Persönliche/Direkte Assistenz*
Die persönliche oder auch direkte Assistenz, ist die Form, in der alle der genannten Kompetenzen von der assistenznehmenden Person geleistet werden. Sie ist somit Arbeitgeberin und hat die alleinige Entscheidungskontrolle und Organisationsverantwortung. Durch die selbstverantwortliche Steuerung der Leistungen können diese flexibel auf den individuellen Bedarf abgestimmt werden.
Die Form der persönlichen Assistenz baut auf einem geringen Professionalisierungsgrad auf und wird somit häufig bewusst auf Laienhilfe gesetzt (vgl. Loken/Windisch 2013: 39f.).
- *Indirekte Assistenz*
Bei der indirekten Assistenz werden die Leistungen über eine Assistenzvereinigung organisiert, in der die Assistenznehmenden eine Mitgliedschaft benötigen. In dieser Form werden Personal- und Kontrollkompetenzen teils abgegeben. Die Mitgliedschaft in der Organisation ermöglicht den Assistenznehmenden jedoch durch Mehrheitsentscheidungen Einfluss zu nehmen. Sie erhalten dadurch ein Mitbestimmungsrecht (vgl. ebd.: 40).
- *Assistenz durch ambulante Dienste*
Die Assistenz durch ambulante Dienste ist eine eher flexible Form. Ganz im Sinne

der persönlichen Assistenz liegen die Anleitungs-, Organisations- und Personalkompetenzen ganz oder teilweise bei der assistenznehmenden Person. Aspekte der Finanzierung werden durch den ambulanten Dienst geleistet. Durch eine Mitgliedschaft in der Trägerorganisation kann auch hier einen Teil der Kontrollkompetenz übernommen werden (vgl. ebd.: 40f.).

6.2.2 Rahmenbedingungen in der Schweiz

Im Rahmen der 6. IV-Revision wurde der Assistenzbeitrag am 1. Januar 2012 in der Schweiz eingeführt (vgl. Assistenzbüro ABÜ o.J.).

Wer hat Anspruch auf einen Assistenzbeitrag?

Anspruch auf einen Assistenzbeitrag haben heute Personen, die zu Hause leben (oder dies in naher Zukunft beabsichtigen) und eine Hilflosenentschädigung der IV (Invalidenversicherung) beziehen. Sonderregelungen gibt es bei minderjährigen Personen. Möchte eine Person mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit (kognitiven Beeinträchtigung) den Assistenzbeitrag beziehen, so darf sie „nicht mehr bei den Eltern oder dem gesetzlichen Vertreter wohnen“, muss „eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder eine Ausbildung auf der Sekundarschulstufe II oder der Tertiärstufe absolvieren“ und „während mindestens 10 Stunden pro Woche eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausüben“ (Pro Infirmis o.J.). Sobald eine Person unter umfassender Beistandschaft oder Mitwirkungsbeistandschaft steht, wird von einer eingeschränkten Handlungsfähigkeit ausgegangen. Die Vertretungsbeistandschaft stellt die Ausnahme dar. Bei ihr wird die Handlungsfähigkeit nur bei ausdrücklicher Anordnung der Erwachsenenschutzbehörde als eingeschränkt betrachtet (vgl. ebd.).

Von wem darf Assistenz geleistet werden?

Die assistenzleistende Person muss per Arbeitsvertrag von der assistenznehmenden Person angestellt werden. Es darf sich dabei jedoch nicht um geradlinig Verwandte des Assistenznehmenden handeln. Auch Partnerschaften, egal ob eingetragen, faktisch oder verheiratet, sind ausgeschlossen (vgl. ebd.).

Welche Leistungen werden vergütet?

In der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 (Stand 1. Januar 2015) (SR 831.201) werden in Art. 39c die folgenden Bereiche für den Hilfebedarf anerkannt:

- *alltägliche Lebensverrichtungen*
Ankleiden, Auskleiden, Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft

- *Haushaltsführung*
Planung und Organisation, Einkauf, Zubereitung der Nahrung, Wohnungspflege, Wäsche und Kleiderpflege
- *gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung*
Besuche von kulturellen Anlässen
- *Erziehung und Kinderbetreuung*
- *Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit*
z.B. in einem Verein
- *berufliche Aus- und Weiterbildung*
im Zusammenhang mit dem aktuellen oder künftigen Beruf oder einer gemeinnützigen Tätigkeit
- *Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt*
- *Überwachung während des Tages*
lediglich ‚aktive‘ Zeit z.B. durch Intervention und keine reine Präsenzzeit
- *Nachtdienst*
auf ärztliche Anordnung z.B. für Umlagerungen oder zur Beruhigung von Personen mit Angstanfällen (vgl. Pro Infirmis o.J.)

Wie viel Geld hat die assistenznehmende Person zugute?

Die Finanzierung einer persönlichen Assistenz ist eine komplizierte Mischrechnung. Dabei werden Beiträge der Hilflosenentschädigung, der Assistenzbeitrag der IV, Ersatzleistungsbeiträge sowie Beiträge der Krankenkassen vergütet.

Der Assistenzbeitrag, der von der IV finanziert wird, „beträgt pauschal Fr. 32.90 pro anrechenbare Stunde“ (Pro Infirmis o.J.) und ist auf sechs Stunden täglich limitiert. In Ausnahmefällen, z.B. wenn besondere Fähigkeiten des Assistenzleistenden erforderlich sind, kann der Ansatz Fr. 49.40 pro Stunde betragen. Für die Nachtpräsenz können, je nach Aufwand, bis zu Fr. 87.80 pro Nacht vergütet werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine assistenzleistende Person anwesend ist, die nicht mehr als 2 Stunden pro Nacht effektiv arbeiten muss. Falls die assistenznehmende Person mit einer der vorher erwähnten Personen, die als Assistenzleistende ausgeschlossen sind, im gleichen Haushalt lebt, wird jährlich nur das elf-, anstatt das zwölfwache des jährlichen Anspruches ausbezahlt. „Begründet wird dies damit, dass es den nahen Angehörigen zuzumuten ist, gewisse Hilfeleistungen ohne Vergütung durch die Sozialversicherungen zu übernehmen.“ (ebd.)

Bei der Höchsteinstufung der Hilflosenentschädigung werden weitere 2 Stunden pro Tag vergütet, was zu einem Gesamtanspruch von 8 Stunden für einen Tag führt. Jedoch müs-

sen aus der Hilflosenentschädigung auch die Nebenkosten der Assistenz (z.B. Reisekosten, Eintrittskarten, Esskosten bei Reisen mit Assistenz) davon abgerechnet werden. Krankenkassen zahlen für ärztlich verordnete und von der Krankenkasse anerkannte Pflegeleistungen rund 2-3 Stunden täglich zu einem Betrag von Fr. 55.00 (vgl. Wehrli 2016: o.S.).

Aktuelle Daten

Seit der Einführung des Assistenzbeitrages ist die Anzahl der eingegangenen Anträge wie auch diejenige der Bezüger/innen stetig gestiegen. Innerhalb des ersten Jahres bezogen 459 Personen einen Assistenzbeitrag. 2013 stieg die Anzahl Bezüger/innen um 367 Personen an. Per Ende 2014 waren es Total 1'213 erwachsene Personen, die Leistungen des Assistenzbeitrags erhielten. Von allen erwachsenen Personen, welche eine Hilflosenentschädigung erhalten, beziehen 3,3 Prozent einen Assistenzbeitrag (vgl. BASS 2015: 9).

6.2.3 Subjektfinanzierung im Kanton Bern

Ab 2019 soll im Kanton Bern ein neues System zur Finanzierung des Unterstützungsbedarfs von Menschen mit Beeinträchtigungen umgesetzt werden. Im Rahmen der Subjektfinanzierung soll ein individuelles Abklärungsverfahren den individuellen, persönlichen Unterstützungsbedarf ergeben, welcher der jeweiligen Person zur Verfügung steht (vgl. in: sieme Kanton Bern o.J.). Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2015: 32) begründet den Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung wie folgt:

Zentrale Anforderungen der UNO-Behindertenrechtskonvention wie die Stärkung der Selbstbestimmung und die Teilhabe an der Gesellschaft werden mit der aktuellen Behindertenpolitik nur teilweise oder nicht erfüllt. Es bedarf der Veränderung von Haltungen sowie der Anpassung von historisch gewachsenen Strukturen und Prozessen.

Konkret sollen die Handlungsfelder, wie in Tab. 1 dargestellt, verändert werden:

Ausgangslage	Ziel
Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sind im Alltag nur teilweise realisiert und wenigen Menschen vorbehalten.	Die Entscheidungskompetenzen, wie und wo der individuelle behinderungsbedingte Bedarf gedeckt wird, sollen mit einer subjektorientierten Finanzierung gestärkt werden.

Die kantonale Versorgung kennt kaum Alternativen zu den stationären Angeboten in Wohnheimen, Werk- und Tagesstätten.	Sowohl beim Wohnen wie auch bei der Arbeit sollen ambulante Leistungen (Assistenz) Teil der kantonalen Versorgung werden.
Die Integration im ersten Arbeitsmarkt ist auch aufgrund der fehlenden Finanzierungsmöglichkeit erschwert.	Die Behindertenhilfe soll auch die Möglichkeit der Finanzierung einer Assistenz oder eines Coachings im ersten Arbeitsmarkt umfassen.
Bestehende Abklärungsinstrumente ermitteln den Bedarf einzelner Behinderungsformen ungenügend, umfassen nicht alle Lebensbereiche und berücksichtigen entweder nur die ambulante oder die stationäre Leistungserbringung.	Ein neues Abklärungsinstrument soll den individuellen Bedarf beim Wohnen sowie bei der Arbeit für alle Formen von Behinderung korrekt erfassen (und zwar unabhängig davon, ob die Leistungserbringung ambulant oder stationär erfolgt).
Die Wohnheime ermitteln selbst den Bedarf ihrer Klientinnen und Klienten, was infolge vieler subjektiver Einflüsse zu einer ungleichen Beurteilung führt.	Eine vom Leistungserbringer und Leistungsfinanzierer organisatorisch unabhängige Abklärungsstelle soll eine professionelle, standardisierte und chancengleiche Ermittlung des Bedarfs gewährleisten.
Die Tarife der Institutionen sind weitgehend historisch gewachsen und als Folge davon besteht eine Ungleichbehandlung der Leistungserbringer in Bezug auf die Finanzierung durch den Kanton.	Basierend auf Normkosten soll die Finanzierung auf dem Prinzip des gleichen Preises für gleiche Leistung erfolgen.
Infolge von Einheitstarifen in Institutionen haben Menschen mit starken Beeinträchtigungen oft einen erschweren Zugang zum Versorgungsbereich.	Mit individuellen, bedarfsgestützten Kostengutsprachen soll ein chancengleicher Zugang zu den Leistungen sichergestellt werden.
Das kantonale Versorgungssystem und die Konzepte vieler Institutionen sind stark angebotsorientiert mit dem Risiko, dass die Leistungen nur ungenügend mit dem eigentlichen Bedarf übereinstimmen.	Mit der subjektorientierten Finanzierung und der Wahlmöglichkeit zwischen Institution und Assistenz soll die Nachfrageorientierung der Leistungserbringer verbessert werden.

Tab. 1: Ausgangslagen und Ziele bzgl. Subjektfinanzierung
(In: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2015: 32)

Neu sollen also alle Menschen mit einer Beeinträchtigung eine persönlich bemessene Kostengutsprache erhalten, welche den eigenen Bedarf deckt. Bis anhin bekommen nur Bewohnende eines Heims einen Kantonsbeitrag. Weiter ist dieser Beitrag für jede/n Heimbewohner/in genau derselbe. Dieser wird durch eine persönlich bemessene Kostengutsprache angepasst. Momentan läuft das Pilotprojekt zur Umsetzung der Subjektfinanzierung bis zum Jahr 2018. Das neue Sozialhilfegesetz soll im Sommer 2018 in Kraft treten und ermöglicht die flächendeckende Subjektfinanzierung im Kanton Bern (vgl. insieme Kanton Bern o.J.).

6.2.4 Fazit

Wer in der Schweiz mit dem Assistenzbeitrag lebt, ist damit sehr zufrieden. Bei den Rückmeldungen werden viele positive Aspekte erwähnt. So leben die Menschen mit Beeinträchtigung selbstständiger und vor allem selbstbestimmter. Sie können sich ihre Assistenten eigenverantwortlich aussuchen und ihnen klare Anweisungen geben zu Art und Umfang der zu erbringenden Leistungen. Daniela Vasapolli, die im Rollstuhl sitzt und dank persönlicher Assistenz mit ihrem Partner in einer Wohnung leben kann, sagt: „Ich geniesse die Privatsphäre, die ich bisher nie hatte.“ (Hebel 2015: o.S.)

Das Assistenzmodell, wie es sich heute präsentiert, ist jedoch sehr hochschwellig. Der administrative Aufwand ist enorm und es werden hohe Anforderungen in Bezug auf die Kompetenzen und die Eigenverantwortung der Assistenznehmenden verlangt. Weiter müssen Verwandte und Partner/innen ebenfalls Unterstützung leisten, und dies unentgeltlich.

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung haben kaum die Chance, vom Assistenzbeitrag Gebrauch zu machen. Es wird ihnen vorgeworfen, dass sie ihren Willen zu wenig formulieren können. Die Folge daraus ist, dass diese Menschen weiterhin kein oder nur ein geringes Mitspracherecht haben, was ihre Wohnsituation angeht. Das Modell der Subjektfinanzierung will genau hier ansetzen. Es setzt vor allem auch die Heime unter einen Innovationsdruck. In Zukunft wird es daher für sie nicht reichen, die Betten gefüllt zu haben, sondern sie müssen ihre Angebote ausbauen und vor allem persönlich zuschneiden. Ansonsten werden sie wohl einige Klienten und Klientinnen an andere Dienstleister verlieren.

Dieses Modell ist sehr fortschrittlich und könnte zum Durchbruch oder besser gesagt zur Erfüllung der UN-BRK beitragen. Es ist auf jeden Fall ein Schritt in die richtige Richtung, weshalb bereits weitere Kantone auf diesen Zug aufgesprungen sind. So haben Basel-Stadt und Basel-Landschaft einen Gesetzesentwurf für den Systemwechsel verfasst. Auch der Kanton Zug plant die Umstellung auf die Subjektfinanzierung. Die Kantone St.

Gallen und Aargau warten interessiert auf Ergebnisse und Erfahrungen des Kantons Bern, bevor sie selber handeln wollen (Fischer 2016: o.S.).

6.3 Gemeinsames Wohnen

Es gibt diverse Projekte in der Schweiz wie auch in Deutschland, bei denen Menschen mit einer Beeinträchtigung und Menschen ohne Beeinträchtigung zusammen eine Wohngemeinschaft bilden. Sie werden als integratives oder integriertes Wohnen oder einfach als gemeinsames Leben bezeichnet und stützen sich meist auf die Inklusion als Leitgedanken. In der Vergangenheit waren solche Wohngemeinschaften oft vom anthroposophischen Grundgedanken geleitet. Ziel war es, „gemeinsam ein einfaches, ganzheitliches Leben zu verwirklichen, fernab vom Konkurrenz- und Leistungsdenken der modernen Gesellschaft.“ (Klicpera et al. 1995: 34) Dies entsprach jedoch nicht dem Normalisierungsprinzip (vgl. ebd.).

6.3.1 Rahmenbedingungen

Wie in Kapitel 3 bereits geschildert wurde, unterscheiden sich die Bedürfnisse bezüglich des Wohnens von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung kaum. Zudem entstehen in der heutigen Zeit immer mehr Wohngemeinschaften, und dies nicht nur bei jungen Menschen, sondern auch bei älteren Semestern. Die Motive dafür sind zum einen die Verhinderung der Vereinsamung, aber auch finanzielle Gründe. Vor allem junge Menschen wollen oft in Stadtnähe wohnen. Der Wohnraum ist beschränkt und die Mieten oftmals zu teuer für Studierende oder Lernende. Hier setzen viele der integrativen Wohnprojekte an (vgl. Thesing 2009: 103).

Die Wohngemeinschaften sind unterschiedlich gross. In der Wohngemeinschaft, welche von Rudi Sack (1995: 69ff.) beschrieben wird, lebten im Jahr 1989 fünf kognitiv beeinträchtigte mit vier nicht beeinträchtigten Menschen zusammen. Dabei handelte es sich bei den Personen ohne Beeinträchtigung um Studierende, die sich verpflichteten, für mindestens zwei Jahre in der Wohngemeinschaft zu verbleiben. Zudem beteiligten sie sich an der Begleitung und Unterstützung der Menschen mit Beeinträchtigung, zahlten dafür aber keine Miete. Weiter waren für finanzielle Angelegenheiten, pädagogische Begleitung und Gruppenprozesse zwei angestellte Sozialpädagogen zuständig, die nicht in der Wohngemeinschaft wohnten (vgl. ebd.). Bei diesem Modell war die intrinsische Motivation der Wohngemeinschaft Bewohnenden ohne Beeinträchtigung wohl der Hauptanlass für diese Form des Zusammenlebens.

Heute setzen die gängigen Projekte weniger auf die Betreuung durch die Mitbewohnenden, sondern haben gezieltere Assistenten (ähnlich wie beim Assistenzmodell Kap. 6.2).

Ein Hauptmerkmal der integrativen Wohngemeinschaften ist, dass es sich dabei nicht um eine „Zwecksgemeinschaft“ handelt, sondern die Menschen alle zusammen leben wollen, wie es auch üblicherweise in Wohngemeinschaften der Fall ist. Die Bewohnenden können zusammen kochen, essen und ihre Freizeit verbringen, müssen dies jedoch nicht zwingend. Der Verein Gemeinsam Leben Lernen e.V. (2014: 2) hält folgendes in ihrem Konzept fest:

Wir betrachten unsere Wohngemeinschaften nicht als Einrichtungen, sondern als Orte des Zusammenlebens, angelehnt an die Lebensgestaltung privater Lebensgemeinschaften (Studenten-WGs, Familien etc.). Dementsprechend verstehen sich die nicht-behinderten Bewohner trotz ihrer übernommenen Aufgaben und Mitverantwortung nicht in erster Linie als Betreuer der Bewohner mit Behinderung, sondern als Mitbewohner, die ihnen partnerschaftlich und auf Augenhöhe begegnen. Selbstverständlich bringen sich auch die Bewohner mit Behinderung im Rahmen ihrer Möglichkeiten in die gemeinsamen Haushaltsaufgaben (Einkaufen, Kochen, Spülen, Reinigung, Wäsche, Garten ...) mit ein.

6.3.2 Fazit

Das Modell des gemeinsamen Wohnens hat einige Tücken. In der Literatur gibt es dazu jedoch nur spärliche Informationen. Dadurch könnte der Eindruck entstehen, dass es nur sehr wenige, solcher Wohngemeinschaften gibt. Verschiedene Institutionen geben wenige im Internet Informationen frei. So schreibt z.B. die IWB (Integriertes Wohnen für Behinderte) Zürich (o.J.) auf ihrer Homepage: „Es handelt sich um eine kollektive Wohnform, welche trotz der Organisation als Heim die grösstmögliche Unabhängigkeit gewährleistet.“ Beziehende des Assistenzbeitrages können und wollen oftmals ebenfalls in einer Wohngemeinschaft leben. Diese sind jedoch meist nicht von Organisationen geleitet, sondern entstehen eher spontan, wie dies der Reportage von Schweiz Aktuell (<http://www.srf.ch/play/tv/schweiz-aktuell/video/leben-mit-assistenz?id=10fad0cc-816c-408c-ae5c-0f06ed132820>) vom 19.01.2016 zeigt. Hier besteht jedoch noch die Diskrepanz, dass, wie bereits in Kap. 6.2.2 erwähnt, nur handlungsfähige Personen Anspruch auf Assistenz haben. Dadurch wird der Stellenwert der integrativen Wohngemeinschaften, organisiert durch Institutionen, klarer und legitimer.

Das Fazit von Ursula Eggli, einer ehemaligen Bewohnerin einer solchen Wohngemeinschaft, ist wie folgt:

Für mich persönlich war das wohnen in einer wohngemeinschaft sehr lehrreich, anregend und erfüllt, oft auch sehr schwierig und belastend. Man muss selber für sich sorgen, man muss an den sorgen der anderen teilnehmen. Aber an freuden und schwierigkeiten wächst man gemeinsam.

7 Anforderungen an Professionelle der Sozialen Arbeit

Die Ziele in der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen fokussieren sich auf die Verbesserung der Lebensqualität. Dazu muss die „anerkannte Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen“, die Möglichkeit „einen individuellen Lebensstil zu entwickeln“, sowie die Kompetenz zur „Selbstverantwortlichkeit“ (Lebenshilfe Berlin 1995: 256) geschaffen werden. Um dies zu erreichen müssen die Professionellen der Sozialen Arbeit ihre Rolle verändern. „Der Auftrag lautet nicht mehr ‚Pflegen, Bewahren, Beschützen‘, sondern ‚Begleiten, Unterstützen‘ (...)“ (Hähner 1995: 263).

Die Art der Hilfen bestimmt die Rolle der Professionellen und definiert zugleich das Spektrum an Selbstbestimmung des Klientel. Dies wird in Abb. 6 nach Urban (1995) treffend dargestellt (vgl. Loeken/Windisch 2013: 41f.).

Art der Hilfen	Professionelle Rollen
Begleitung, Assistenz Pflege	Professionelle/r als Ausführungsgehilfe
Unterstützung, Beistand Angebote	Professionelle/r als Vermittler/in zur Umwelt
Anregungen, Anleitung, Aktivierung, Vermittlung von Kompetenzen, Förderung	Professionelle/r als Pädagogin/Pädagoge
----- Grenze der Selbstbestimmung -----	
Betreuung	Professionelle/r als Experte und Vertretung nach gesetzlichem Auftrag
Versorgung	Professionelles Handeln nach eigenem Maßstab im Hinblick auf angenommene Bedürfnisse
Fürsprache Intervention	Stellvertretendes (advokatorisches) Handeln im angenommenen Bedürfnis und allgemeinen Interesse

Abb. 6: Spannungsbogen pädagogischer Unterstützung zwischen Selbst- und Fremdbestimmung (Urban 1995) (In: Loeken/Windisch 2013: 42)

In der Betreuung, der Versorgung und der Fürsprache übernehmen Professionelle die Hauptverantwortung über die Klientel. Dadurch wächst ihre Macht, was die Selbstbestimmung der Betroffenen gravierend einschränkt. Durch die Reflexion der Praxis können die Grenzen der Selbstbestimmung ermittelt und teilweise verändert werden. Dabei ist der Anspruch an Professionelle sowie die Institutionen, „Merkmale struktureller Gewalt und Fremdbestimmung nicht zu verschleiern, sondern zu reflektieren und offen zu legen.“ (Loeken/Windisch 2013: 42)

7.1 Spannungsfelder

In der Arbeit mit Menschen gibt es viele Spannungsfelder, die es zu überwinden gibt, welche jedoch nicht vollständig aufzulösen sind. Professionelle der Sozialen Arbeit müssen sich dieser Spannungsverhältnisse bewusst sein und sie immer neu reflektieren (vgl. Loeken/Windisch 2013: 88ff). In einer Untersuchung von Rock (2001, zit. vgl. ebd.) wurden die in Abb. 7 aufgezeigten Spannungsfelder bezüglich der Autonomie der Klientel ermittelt. Laut den befragten Fachkräften sind diese kennzeichnend für die Arbeit mit Menschen mit einer (vorwiegend kognitiven) Beeinträchtigung.

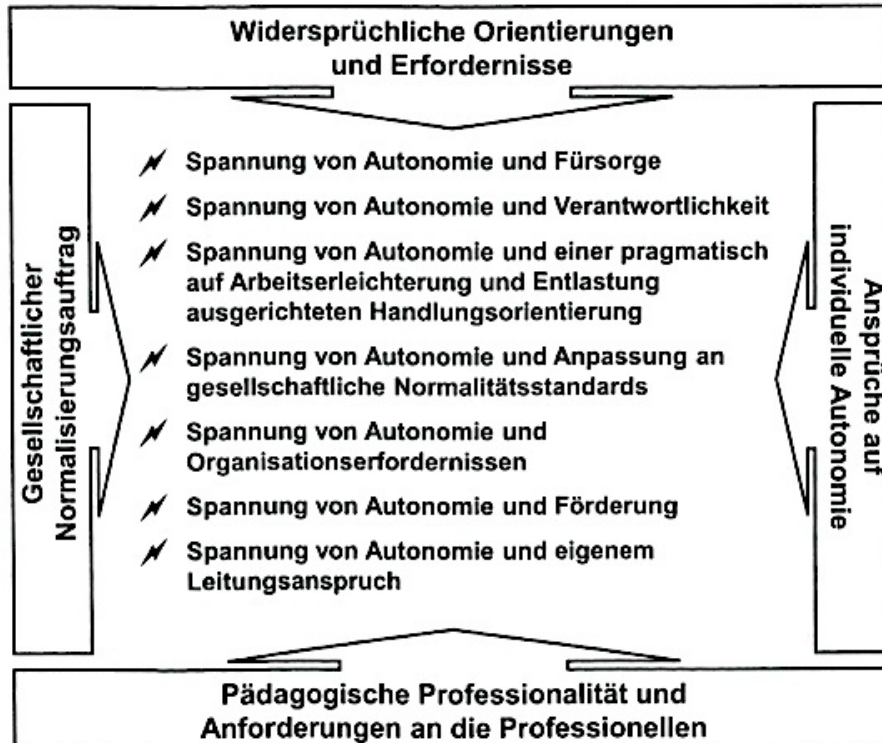


Abb. 7: Spannungsfelder pädagogischer Professionalität zwischen gesellschaftlichem Normalisierungsauftrag und Ansprüchen an individuelle Autonomie (Rock 2001) (In: Loeken/Windisch 2013: 89).

Einige der genannten Spannungen können in den in Kapitel 6 erläuterten Wohnmöglichkeiten eingedämmt werden. Hierzu folgende Beispiele:

- *Spannung von Autonomie und Förderung in Wohnschulen*
Oftmals werden Menschen mit einer Beeinträchtigung eingeschränkt, weil Professionelle sie in anderen Bereichen fördern möchten, als dies dem Interesse und Wille der betroffenen Person entspricht. Klienten die in eine Wohnschule eintreten, haben sich bewusst dafür entschieden. Sie wissen, dass sie im Bereich des Wohnens gefördert werden und wollen dies. Daher sind die Lehrenden von diesem Spannungsfeld befreit, solange sie die Förderung nicht auf weitere Bereiche ausweiten.
- *Spannung von Autonomie und einer pragmatisch auf Arbeitserleichterung und Entlastung ausgerichteten Handlungsorientierung bei der persönlichen Assistenz*
Professionelle in Grosseinrichtungen beharren manchmal auf routinierte Arbeitsabläufe, um Zeit zu sparen. Diese beschränken oftmals die Autonomie der Klientel. Bei der persönlichen Assistenz übernimmt die beeinträchtigte Person die Leitungsfunktion. Daher kann sie sagen, wie der Arbeitsablauf aussehen soll. Routinen, die ihr nicht entsprechen, können dadurch eher durchbrochen werden.
- *Spannung von Autonomie und Verantwortlichkeit beim gemeinsamen Wohnen*
Einige Professionelle der Sozialen Arbeit machen sich selber für Misserfolge und anderweitige Fehler ihrer Klientel verantwortlich. Solange die Mitbewohnenden ohne Beeinträchtigung innerhalb einer Wohngemeinschaft keine Betreuungsfunktion übernehmen müssen, und dadurch mit den Bewohnenden mit Beeinträchtigung gleichgestellt sind, können sie sich von dieser Verantwortlichkeit eher abgrenzen.

8 Schlussfolgerung

In den letzten 50 Jahren hat sich die Sichtweise auf Menschen mit einer Beeinträchtigung grundlegend verändert. Zum einen wird nicht mehr vom rein medizinischen Standpunkt ausgegangen, sondern von einer personenzentrierten und pädagogischen Sichtweise. Zum anderen wird der Mensch mit einer Beeinträchtigung nicht isoliert betrachtet, sondern im Kontext seiner Umwelt. Mit diesen neuen Sichtweisen kann die Klientel umfangreicher erfasst und ihre Lebensqualität verbessert werden.

Das Normalisierungsprinzip war in der Zeit der Enthospitalisierung bahnbrechend. Es hat den Reformprozess in der Behindertenhilfe wie kein anderes Konzept geprägt und vorangetrieben. In Mitteleuropa wurde es jedoch nicht so umgesetzt, wie es von den Gründern gedacht war. Anstatt die Hospitalisierung durch möglichst „normale“ Wohn- und Lebensformen zu ersetzen, wurden die Menschen mit einer Beeinträchtigung in andere Heimanstalten ausserhalb der Psychiatrischen Kliniken umplatziert. Daher sind wir heute immer noch weit von der Deinstitutionalisierung entfernt.

Mit dem Konzept des Empowerment ist in den USA ebenfalls ein bedeutendes Werk geschaffen worden. Speziell daran ist, dass durch die Independent-Living-Bewegung erstmals die Betroffenen selber für ihre Rechte von Chancengleichheit und gesellschaftlicher Teilhabe gekämpft haben. Auch dieses Konzept hat die Behindertenhilfe nachhaltig geprägt, indem es für die Selbstbestimmung und Selbstermächtigung plädiert. Die Klientel wird dadurch ermutigt und befähigt, die eigenen Stärken und Ressourcen einzusetzen, um das Bild der totalen Hilfebedürftigkeit abzuwenden.

In der heutigen Zeit ist das Konzept der Funktionalen Gesundheit in der Behindertenhilfe eines der Verbreitetsten. Das bio-psycho-soziale Modell erlaubt eine umfangreiche Situationserfassung und zeigt die darin enthaltenen Zusammenhänge der verschiedenen Aspekte. Durch den dreifachen Kompetenzbegriff kann ermittelt werden, wo eine Intervention oder eine Veränderung sinnvoll sein kann. Zudem ist die Funktionale Gesundheit, oder zumindest Teile davon, von der ICF anerkannt.

Um die UN-Behindertenrechtskonvention zu erfüllen, muss die Schweiz noch vieles umstrukturieren. Die bereits in der Einleitung erwähnten 10% der beeinträchtigten Menschen, die in Heimen untergebracht sind, sollen die gleichen Möglichkeiten wie nicht beeinträchtigte erhalten, ihren Aufenthaltsort bzw. Wohnort zu bestimmen.

Die Schwierigkeiten, die zum jetzigen Zeitpunkt bestehen, um Art. 19 der UN-BRK zu erfüllen, liegen zu einem grossen Teil in der Politik. So werden nicht genügend Gelder zur Verfügung gestellt um die alternativen Wohnmöglichkeiten zu fördern und die Anzahl Plätze auszuweiten. Die Politik richtet ihren Blick stark auf Sparmassnahmen und belässt die Wohnheime als solche, aus Angst vor zu hohen Kosten für eine Umstrukturierung. Weiter haben Bund und Kantone anderweitige Interessen, in denen die Lebensqualität von Menschen mit einer Beeinträchtigung unbeachtet bleibt. Durch das Assistenzmodell, bei dem die Nachfrage vorhanden ist und stetig steigt, könnte durch Veränderung der Strukturen (Verbindung von Kantonen, Heimbetrieben und den Finanzierungsmodellen) eine Betreuung/Begleitung wirtschaftlich interessanter gestaltet werden. Die Heimbetriebe müssen aufgrund dieser Strukturen ihre Angebote weniger der Nachfrage anpassen und

sind daher kaum Konkurrenz ausgesetzt. Dadurch werden die Innovationen für neue Wohn- und Begleitungsformen behindert. Zudem kann sich dies auch mindernd auf die Qualität auswirken. Mit mehreren unabhängigen Dienstleistern dürfte die Qualität grösser gewichtet werden.

Auch müsste mehr Wohnraum geschaffen werden, der für beeinträchtigte Menschen Barrierefrei genutzt werden kann.

Weiter ist eine verstärkte Aufklärung der Gesellschaft erforderlich, um die Inklusion denkbar zu machen. Oft sind Menschen mit einer Beeinträchtigung, die in einem Heim leben, trotz Stadtnähe zentralisiert und haben nur wenige Kontakte nach aussen. Dadurch entstehen Berührungsängste auf Seiten der Menschen ohne Beeinträchtigung, aber auch auf der Seite der Beeinträchtigten. So sollte bereits in der Schule den Kindern ermöglicht werden, sich auszutauschen und Andersartigkeiten als Selbstverständlichkeit zu betrachten. Dabei braucht es auch für die Eltern von beeinträchtigten Menschen mehr Unterstützung, damit sie die Selbstbemächtigung ihrer Kinder fördern und sich dafür einsetzen.

Wie aus den persönlichen Rückmeldungen von den Betroffenen klar wird, können die aufgezeigten Alternativwohnmöglichkeiten für die einzelnen Personen gewinnbringend sein. Es sind jedoch keine Pauschallösungen, denn wichtig ist, was sich die Person mit einer Beeinträchtigung wünscht. Die Bedürfnisse müssen erfasst und ausgewertet werden, um die geeignete Wohnform für jemanden zu finden. Auch bedarf es vielleicht mehrerer Versuche, bis die geeignete Lebensform gefunden wird. Schliesslich verändert sich innerhalb eines Lebens vieles, was auch wieder zu einer Veränderung der Wohnbedürfnisse führen kann.

Wichtig ist, dass Professionelle der Sozialen Arbeit die Betroffenen beim Findungsprozess unterstützen und dass die Gesellschaft offener für solche alternative Wohnangebote wird und die nötigen Ressourcen freisetzt.

9 Quellenangaben

9.1 Literaturverzeichnis

Assistenzbüro ABü (Hg.) (o.J.). In: <http://www.assistenzbuero.ch>

[Zugriffsdatum: 26. Mai 2016].

Arbeitsgruppe Wohnschulen Schweiz (Hg.) (o.J.). In: <http://www.wohnschulen.ch>

[Zugriffsdatum: 25. Mai 2016].

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hg.) (2014). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. URL:

https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile [Zugriffsdatum: 13. März 2016].

Behindertenrechtskonvention.Info (Hg.) (o.J.). In:

<http://www.behindertenrechtskonvention.info> [Zugriffsdatum: 8. April 2016].

Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG (2015). Evaluation Assistenzbeitrag. Zwischenbericht 2015. Bern.

Bundesamt für Statistik (Hg.) (o.J.). Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen – Daten, Indikatoren. Menschen mit Behinderungen. Schätzung der Anzahl Menschen mit Behinderungen 2013. URL:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/06/blank/key/01.html>

[Zugriffsdatum: 12. April 2016].

Diartis AG (Hg.) (o.J.). Funktionale Gesundheit in der Sozialpädagogik. URL:

<http://www.diartis.ch/funktionale-gesundheit-in-der-sozialpaedagogik.html>

[Zugriffsdatum: 6. Mai 2016].

Dieter, Matthias (1999). Zur Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung in der Schweiz. In: Theunissen, Georg/Lingg, Albert (Hg.). Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn/Obb.: Verlag Julius Klinkhardt. S. 63–87.

Eggl, Ursula (1977). Die Wohngemeinschaft mit Behinderten. Erfahrungen. In: Puls: Monatsheft der Gruppen IMPULS + CE Be eF. 19. Jg. (12). S. 5–6.

Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz (Hg.) (2005). Wörter, Begriffe, Bedeutungen. Ein Glossar zur Sozialen Arbeit der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. Brugg.

Fischer, Andrea (2016). Nur in Bern können Behinderte über ihre Betreuung bestimmen. URL: <http://www.tagesanzeiger.ch/wirtschaft/sozial-und-sicher/nur-in-bern-koennen-behinderte-ueber-ihre-betreuung-selber-bestimmen/story/23567922> [Zugriffsdatum: 27. Mai 2016].

Galuske, Michael/Schoneville, Holger (2013). Sozialraumorientierung. In: Galuske, Michael. Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag. S. 300–316.

Gemeinsam Leben Lernen e.V. (Hg.) (2014). Konzeption Integrierte Wohngemeinschaft. Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und Menschen ohne Behinderung leben zusammen. URL: http://info.gll-muenchen.de/wp-content/uploads/2014/04/WG-Konzeption_10-07-2014.pdf [Zugriffsdatum: 29. Mai 2016].

Genossenschaft Selbstbestimmtes Leben (Hg.) (o.J.). In: <http://www.zslschweiz.ch> [Zugriffsdatum: 24. April 2016].

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Alters- und Behindertenamt (2015). Bericht zur Behindertenpolitik im Kanton Bern 2016. Entwurf für Konsultation. URL: http://www.kbk.ch/files/kbk/pdf/meldungen/20150804_Behindertenbericht%202016_Konsultation.pdf [Zugriffsdatum: 27. Mai 2016].

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2004). Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – einleitende Bemerkungen. In: Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 1. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag. S. 13–39.

Hähner, Ulrich (1995). Von der Betreuung zur Begleitung (Assistenz). In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hg.). Wohnen heisst zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 261–268.

Hebel, Ginger (2015). Der Umzug in die neue Freiheit. URL: <http://www.tagblattzuerich.ch/aktuell/portraet/portraet-detail/article/der-umzug-in-die-neue-freiheit.html>

- Hinte, Wolfgang/Treeß, Helga (2011). Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. Theoretische Grundlagen, Handlungsprinzipien und Praxisbeispiele einer kooperativ-integrativen Pädagogik. 2. Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Hirschberg, Marianne/Lindmeier, Christian (2013). Der Begriff „Inklusion“ – Ein Grundsatz der Menschenrechte und seine Bedeutung für die Erwachsenenbildung. In: Burtcher, Reinhard/Ditschek, Eduard Jan/Ackermann, Karl-Ernst/Kil, Monika/Kronauer, Martin (Hg.). Zugänge zu Inklusion. Erwachsenenbildung, Behindertenpädagogik und Soziologie im Dialog. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG. S. 39–52.
- Hoffmann, Claudia (1999). Enthospitalisierung und Deinstitutionalisierung. Einführung in die Leitterminologie. In: Theunissen, Georg/Lingg, Albert (Hg.). Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn/Obb.: Verlag Julius Klinkhardt. S. 16–27.
- INSOS Schweiz (Hg.) (2009). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe. URL: <http://www.insos.ch/assets/Downloads/Broschuere-Konzept-Funktionale-Gesundheit.pdf> [Zugriffsdatum: 3. Mai 2016].
- insieme Kanton Bern (Hg.) (o.J.). In: <http://www.insieme-kantonbern.ch> [Zugriffsdatum: 27. Mai 2016].
- IWB Integriertes Wohnen für Behinderte (Hg.) (o.J.). In: <http://www.iwb-zh.ch> [Zugriffsdatum: 27. Mai 2016].
- Katzenbach, Dieter (2013). Inklusion – Begründungsfiguren, Organisationsformen, Antinomien. In: Burtcher, Reinhard/Ditschek, Eduard Jan/Ackermann, Karl-Ernst/Kil, Monika/Kronauer, Martin (Hg.). Zugänge zu Inklusion. Erwachsenenbildung, Behindertenpädagogik und Soziologie im Dialog. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG. S. 27–38.
- Kief, Michael (1995). Normalisierte Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung. Auswirkungen auf die Bewohnerinnen und Bewohner. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hg.). Wohnen heisst zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 47–56.

- Klicpera, Christian/Gasteiger-Klicpera, Barbara/Innerhofer, Paul (1995). Lebenswelten von Menschen mit geistiger Behinderung. Eine empirische Bestandsaufnahme in Südtirol. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Kräling, Klaus (1995). Wohnen heisst zu Hause sein. Gemeindeintegriertes Wohnen erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hg.). Wohnen heisst zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 21–28.
- Kronauer, Martin (2013). Soziologische Anmerkungen zu zwei Debatten über Inklusion und Exklusion. In: Burtscher, Reinhard/Ditschek, Eduard Jan/Ackermann, Karl-Ernst/Kil, Monika/Kronauer, Martin (Hg.). Zugänge zu Inklusion. Erwachsenenbildung, Behindertenpädagogik und Soziologie im Dialog. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG. S. 17–25.
- Lebenshilfe Berlin (1995). Selbstverständnis und Rolle von Betreuerinnen und Betreuern. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hg.). Wohnen heisst zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 255–259.
- Loeken, Hiltrud/Windisch, Matthias (2013). Behinderung und Soziale Arbeit. Beruflicher Wandel – Arbeitsfelder – Kompetenzen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Mohr, Lars (2006). Was bedeutet «Assistenz»? In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. 12. Jg. (11). S. 18–23.
- Nirje, Bengt (1974). Das Normalisierungsprinzip und seine Auswirkungen in der fürsorglichen Betreuung. In: Kugel, Robert B./ Wolfensberger, Wolf (Hg.). Geistig Behinderte – Eingliederung oder Bewahrung? Stuttgart: Thieme Georg Verlag. S. 33–46.
- Oberholzer, Daniel/Kaspar, Daniel/Antener, Gabriela/ Knobel, Christina/ Lage, Dorothea (2013). Vertiefungsrichtung Behinderung und Beeinträchtigung. Was meint kompetente Teilhabe? – der dreifache Kompetenzbegriff. Olten (18. Sept. 2015).
- Pro Infirmis (Hg.) (o.J.). Assistenzbeitrag. URL:
<http://www.proinfirmis.ch/en/subseiten/behindert-was-tun/inhaltsverzeichnis/assistenz/assistenzbeitrag.html> [Zugriffsdatum: 26. Mai 2016].
- Pro Infirmis (Hg.) (o.J.). Wohnschulen. URL:
<http://www.proinfirmis.ch/en/subseiten/wohnschulen.html> [Zugriffsdatum: 20. Mai 2016].

- Sack, Rudi (1995). Eine Wohngemeinschaft wie jede andere. Geistig behinderte und nichtbehinderte Erwachsene leben zusammen. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hg.). Wohnen heisst zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 69–72.
- Schönig, Werner (2008). Begriffe, Konzepte und Zugänge. In: Schönig, Werner. Sozialraumorientierung. Grundlagen und Handlungsansätze. Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag. S. 13–30.
- Schuntermann, Michael F. (2011). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: Beck, Iris/Greving, Heinrich (Hg.). Gemeindeforientierte pädagogische Dienstleistungen. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 251–256.
- Schwarte, Norbert/Oberste-Ufer Ralf (1995). Indikatoren für Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Konturen eines Forschungsprojektes. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hg.). Wohnen heisst zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 243–252.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (Hg.) (o.J.). Bundesrecht. Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV). URL:
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19610003/index.html#>
[Zugriffsdatum: 20. Mai 2016].
- Thesing, Theodor (2009). Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Theunissen, Georg (1995). Ausgliederung geistig behinderter Menschen aus der Psychiatrie. Internationale Entwicklungen, zur Lage in den neuen Bundesländern und zu Reformen in der alten Bundesrepublik. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hg.). Wohnen heisst zu Hause sein. Handbuch für die Praxis gemeindenahen Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung. 2. Aufl. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 91–106.
- Theunissen, Georg (1999). Wege aus der Hospitalisierung. Empowerment in der Arbeit mit schwerstbehinderten Menschen. 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Theunissen, Georg (2012). Lebensweltbezogene Behindertenarbeit und Sozialraumorientierung. Eine Einführung in die Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Theunissen, Georg/Lingg, Albert (1999). Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Eine Einführung ins Buchprojekt. In: Theunissen, Georg/Lingg, Albert (Hg.). Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Perspektiven für ehemals hospitalisierte und alte Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Bad Heilbrunn/Obb.: Verlag Julius Klinkhardt. S. 7–15.
- Thiersch, Hans (1997). Soziale Beratung. In: Nestmann, Frank (Hg.). Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen: Dgvt-Verlag. S. 99–110.
- Wehrli, Peter (2016). Re:Bachelorthesis; Frage zu Assistenz. [E-Mail] [pwehrli@zslschweiz.ch: 30. Mai 2016].

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Unterscheidung Inklusion, Exklusion, Separation, Integration (In: http://cafe-leichtsinn.de/?page_id=23)	7
Abb. 2: Bedürfnispyramide nach Maslow (In: http://employability.ementoring.eu/test1s/description/DE)	10
Abb. 3: Modell der ICIDH (In: INSOS Schweiz 2009: 14).....	29
Abb. 4 Der dreifache Kompetenzbegriff (In Anlehnung an: FHNW und Comparta AG © – Daniel Oberholzer	30
Abb. 5: Bio-psycho-soziales Modell der ICF (In: INSOS Schweiz 2009: 20).....	31
Abb. 6: Spannungsbogen pädagogischer Unterstützung zwischen Selbst- und Fremdbestimmung (Urban 1995) (In: Loeken/Windisch 2013: 42)	46
Abb. 7: Spannungsfelder pädagogischer Professionalität zwischen gesellschaftlichem Normalisierungsauftrag und Ansprüchen an individuelle Autonomie (Rock 2001) (In: Loeken/Windisch 2013: 89).	47

9.3 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ausgangslagen und Ziele bzgl. Subjektfinanzierung (In: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2015: 32)	42
--	----