

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

In Würde altern – ein Menschenrecht

Eine Auseinandersetzung mit dem Modell der Subjektfinanzierung im
Kontext von selbstbestimmtem Wohnen älterer Menschen mit
einer kognitiven Beeinträchtigung.

Bachelor Thesis von:

Brigitte Ziegler

Matrikelnummer 13-262-001

Eingereicht bei:

Bernadette Wüthrich, lic. phil.

Im Juni 2017

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich damit, wie ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in Würde altern können. Eine wichtige Rolle spielt dabei das selbstbestimmte Wohnen. Die Fragestellung der Arbeit lautete deshalb: „Inwiefern ermöglicht das Modell der Subjektfinanzierung älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung selbstbestimmt zu wohnen und in Würde zu altern?“. Durch die Neugestaltung des Finanzausgleichs sind nun die Kantone fachlich und finanziell zuständig für Institutionen mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Bisher haben sich drei Kantone für die sogenannte Subjektfinanzierung entschieden. Bei dieser fließt das Geld nicht wie bisher an die Institutionen, sondern direkt an die Klientinnen und Klienten. Diese können ihre Unterstützungsleistungen bedürfnisorientiert einkaufen und selbst bestimmen wo, wie und mit wem sie wohnen möchten. Das erfüllt eine wichtige Forderung der UN-Behindertenrechtskonvention. Die Subjektfinanzierung leistet also einen wichtigen Beitrag, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung würdevoll altern können.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage	1
1.2	Ziel und Fragestellung der Bachelor Thesis	2
1.3	Methode	3
1.4	Aufbau der Arbeit und Eingrenzung des Themas	3
2	Kognitive Beeinträchtigung	4
2.1	Zu den Begriffen (kognitive) Beeinträchtigung und Behinderung	4
2.1.1	Das Konzept der Funktionalen Gesundheit	6
3	Alter	8
3.1	Zum Begriff Alter	8
3.2	Demografische Alterung	9
3.3	Biologische Dimension des Alterns	11
3.4	Psychologische Dimension des Alterns	11
3.5	Soziologische Dimension des Alterns	12
3.6	Lebensphasen des Alters	12
3.6.1	Erste Alternsphase: Noch erwerbstätige Senioren (50+)	13
3.6.2	Zweite Alternsphase: Gesundes Rentenalter	13
3.6.3	Dritte Alternsphase: Lebensalter verstärkter Fragilisierung	13
3.6.4	Vierte Alternsphase: Pflegebedürftigkeit und Lebensende	14
4	Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Alter	14
5	Menschenwürde	16
5.1	Begriffsklärung	16
5.1.1	Inhärente Würde	17
5.1.2	Kontingente Würde	17
5.2	Würde von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung	18
6	Denkmodelle der Sozialen Arbeit	18
6.1	Normalisierung	18
6.2	Selbstbestimmung	19
6.3	Inklusion	22
6.4	Empowerment	22
6.5	Partizipation	24
7	Rechte von Menschen mit einer Beeinträchtigung	24
7.1	Schweizerisches Rechtssystem	24
7.1.1	Bundesverfassung	25
7.1.2	Behindertengleichstellungsgesetz	25
7.2	UN-Behindertenrechtskonvention	25
7.2.1	Regelungen und Bestimmungen der UN-BRK	26
8	Wohnen	28
8.1	Mögliche Wohnformen	29
8.1.1	Wohnen in einer Institution	29

8.1.2	Aussenwohngruppen	30
8.1.3	Betreute Wohngemeinschaft/Begleitete Wohngruppe	31
8.1.4	Wohnen in Alters- und Pflegeheimen	32
8.1.5	Wohnen mit Assistenz	32
8.2	Paradigmenwechsel im Kontext von betreutem Wohnen	34
9	Geschichte NFA	37
9.1	Finanzierungsarten	38
9.1.1	Objektfinanzierung	38
9.1.2	Unechte Subjektfinanzierung	39
9.1.3	Echte Subjektfinanzierung	39
9.1.4	Mischformen	40
9.2	Vor- und Nachteile der Finanzierungsmodelle	40
10	Aktuelle Situation in den Kantonen.....	44
10.1	Aktuelle Situation in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land	44
10.2	Aktuelle Situation im Kanton Bern	45
10.3	Aktuelle Situation im Kanton Zug	47
10.4	Fazit zur aktuellen Situation in den Kantonen	47
11	Schlussfolgerungen.....	48
11.1	Beantwortung der Fragestellung	51
11.2	Weiterleitende Überlegungen und offene Fragen.....	52
12	Literatur- und Quellenverzeichnis	54
	Ehrenwörtliche Erklärung.....	60

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1, S. 6: Einteilung von intellektueller Behinderung (IB) nach der Theorie von Piaget (in: Došen 2010: 18)
- Abbildung 2, S. 7: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (in: Schuntermann 2013: 32)
- Abbildung 3, S. 10: Alterspyramiden 2015, 2030 und 2045 (in: Bundesamt für Statistik 2015: 10f.)
- Abbildung 4, S. 33: Anteile der Assistenzbeziehenden nach Grad der geistigen Behinderung (in: BASS AG 2016: 21)
- Abbildung 5, S. 33: Anteile der Assistenzbeziehenden nach Beeinträchtigung (in: BASS AG 2016: 21)
- Abbildung 6, S. 34: Ausgewählte Dimensionen des Paradigmenwechsels (in: Schädler/Rohrmann 2016: 37)
- Abbildung 7, S. 38: Modell Objektfinanzierung (in: Jaggi 2008: 5)
- Abbildung 8, S. 39: Modell Unehchte Subjektfinanzierung (in: Jaggi 2008: 5)
- Abbildung 9, S. 40: Modell Echte Subjektfinanzierung (in: Jaggi 2008: 6)
- Abbildung 10, S. 40: Modell Mischform (in: Jaggi 2008: 6)
- Abbildung 11, S. 43: Perspektive der Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung (in: Jaggi 2007: 15)
- Abbildung 12, S. 47: Projektverlauf Kanton Zug (in: Kantonales Sozialamt 2017: 7)

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

In der Schweiz leben rund 20'000 erwachsene Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Der grösste Teil dieses Personenkreises wohnt in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe. Bei den 40-Jährigen sind es beispielsweise 75 %. Auch Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind Teil des demographischen Wandels und werden immer älter (vgl. Wicki 2015: 4).

Diese Tatsache stellt nicht nur soziale Institutionen vor neue konzeptionelle Herausforderungen. Vielmehr werden Fragen wie: „Erfüllen die aktuell möglichen Wohnformen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung die verschiedenen rechtlich und ethisch verankerten Forderungen?“. „Sind die Angebote bedürfnisorientiert und ermöglichen diesem heterogenen Personenkreis, ein möglichst selbstbestimmtes, teilhabeorientiertes sowie menschenwürdiges Leben zu führen?“ Fragen dieser Art werden aktuell nicht nur im Fachdiskurs der Sozialen Arbeit thematisiert. Sie haben auch auf politischer und nicht zuletzt auf gesellschaftlicher Ebene an Bedeutung gewonnen.

Nicht nur das Modell der Funktionalen Gesundheit (FG) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat einen Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe eingeläutet, sondern vor allem auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung werden spätestens seit der Implementation des FG und dem Inkrafttreten der UN-BRK nicht mehr als auf ihre Defizite reduzierte und von der Gesellschaft konstruierte Objekte der Fürsorge wahrgenommen. Die Angebote und Unterstützungsleistungen in der Behindertenhilfe zielen inzwischen darauf ab, Voraussetzungen zu schaffen, um dem betroffenen Personenkreis eine subjektbezogene, bedürfnis- und teilhabeorientierte Lebensgestaltung zu ermöglichen (vgl. Widmer/Oberholzer 2015: 239f.).

Die Rahmenbedingungen der Behindertenhilfe in der Schweiz sind seit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) einem umfassenden Wandel unterworfen. Am 1. Januar 2008 ging die Zuständigkeit für die Institutionen (Wohnheime, Werkstätten und Tagesstätten) für erwachsene Menschen mit einer Beeinträchtigung vom Bund an die Kantone über. Die Kantone erhielten den Auftrag, innerhalb von drei Jahren

konzeptuell darzulegen, wie sie in Zukunft Abläufe, Prozesse und Strukturen ihrer Behindertenhilfe auf der Basis einer bedarfsorientierten, individuellen Unterstützung umsetzen möchten. Dabei entschieden sich die Kantone für unterschiedliche Finanzierungssysteme, was wiederum einen direkten Einfluss auf die Umsetzung der in der UN-BRK beschriebenen Forderungen zur Folge hat. Die kantonalen Konzepte wurden im Jahr 2012 durch den Bundesrat abgesehnet.

1.2 Ziel und Fragestellung der Bachelor Thesis

Nach dem Inkrafttreten des Bundesbeschlusses vom 1. Januar 2008 zur Neugestaltung des Finanzausgleichs sind die Kantone zuständig für fachliche und finanzielle Bereiche der Institutionen für erwachsene Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Vor diesem Hintergrund wird in dieser Bachelor Thesis näher beleuchtet, wie die Kantone dies umsetzen und welche Auswirkungen das auf die Lebensqualität dieses Personenkreises haben wird.

Unter Einbezug der Denkmodelle der Sozialen Arbeit wird der Fokus bei dieser Arbeit differenziert auf ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung gelegt. Denn auch sie sind Teil des demografischen Wandels und demzufolge haben auch sie eine höhere Lebenserwartung. Deshalb muss sich die Behindertenhilfe in Zukunft vermehrt mit ethischen, strukturellen und auch konzeptionellen Dimensionen auseinandersetzen, um auch für diese Menschen einen würdevollen Alterungsprozess zu gewährleisten.

Inwiefern die Wahl des kantonalen Finanzierungsmodells eine Rolle spielt, wenn es darum geht, den Forderungen der UN-BRK gerecht zu werden, soll im Verlauf dieser Arbeit aufgezeigt werden. Im Gegensatz zur Objektfinanzierung, bei welcher das Geld an die Institutionen fließt, erhalten bei der Subjektfinanzierung die Klientinnen und Klienten das Geld und können ihre Unterstützungsleistungen bedürfnisorientiert einkaufen. Im Rahmen dieser Arbeit soll deshalb erörtert werden, welche Kantone sich für das Modell der Subjektfinanzierung entschieden haben, und wie sich die möglichst selbstbestimmte Wahl der Wohnform auf die Lebensqualität von älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auswirkt.

Unter Einbezug dieser Ausgangslage befasst sich diese Bachelor Thesis mit folgender Fragestellung:

Inwiefern ermöglicht das Modell der Subjektfinanzierung älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung selbstbestimmt zu wohnen und in Würde zu altern?

Die gewählte Fragestellung hat sowohl einen klaren Bezug zur Praxis der Sozialen Arbeit als auch zu aktuellen politischen Themen im Kontext von Menschen mit Beeinträchtigungen und ist nicht zuletzt für die Gesellschaft als Ganzes relevant.

1.3 Methode

Weil das Modell der Subjektfinanzierung erst vor kurzer Zeit in einzelnen Kantonen implementiert wurde, oder sich noch in der Probephase befindet, ist eine repräsentative Befragung der Betroffenen, sprich der Institutionen, der Klientinnen und Klienten, der kantonalen Anlaufstellen, derzeit noch nicht sinnvoll. Die Fragestellung wurde deshalb mittels qualitativer Inhaltsanalyse untersucht. Dabei wurden relevante Literatur aus dem aktuellen Fachdiskurs, Verfassungs- und Gesetzesartikel sowie themenbezogene Internetquellen analysiert und angemessen verknüpft.

1.4 Aufbau der Arbeit und Eingrenzung des Themas

In der Einleitung wird die Ausgangslage, das Ziel, die Fragestellung und die Methodenwahl dieser Bachelor Thesis erörtert. Danach wird im ersten Teil eine Auswahl von wissenschaftlich gestützten Auslegungen zu den Themen kognitive Beeinträchtigung, Alter und Menschenwürde dargelegt. Aufbauend darauf werden im zweiten Teil zentrale Aspekte der Denkmodelle der Sozialen Arbeit näher beleuchtet. Zudem stehen die rechtlichen Grundlagen sowie Erläuterungen zum Thema Wohnen im Fokus. Die Geschichte der NFA und deren Umsetzung in den einzelnen Kantonen, mit den mit sich bringenden Vor- und Nachteilen des jeweils gewählten Finanzierungsmodells, werden im dritten Teil analysiert. Der vierte und letzte Teil beinhaltet die Schlussfolgerungen und beantwortet die Fragestellung. Abgerundet wird die Arbeit mit den weiterleitenden Überlegungen und den offenen Fragen.

Seit dem Inkrafttreten der NFA tragen die Kantone die alleinige organisatorische und finanzielle Verantwortung für die Institutionen für erwachsene Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sowie für den Bereich der Sonderschulung. Ausserdem gestalten sich seit der Reform die Finanzflüsse und die Zuständigkeiten zwischen Bund und Kantonen neu, aber auch zwischen den Kantonen. Die Bereiche der Sonderschulung, Werkstätten und Tagesstätten und die Zusammenarbeit zwischen den Kantonen werden im Rahmen dieser Arbeit nicht thematisiert. Einstufungssysteme, welche für die Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs notwendig sind, und Kostenberechnungen in diesem Zusammenhang werden nicht näher beschrieben.

Vielen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung steht zur Unterstützung und Vertretung bei persönlichen Angelegenheiten eine Beiständin oder ein Beistand zur Seite. Um die Arbeit leserfreundlicher zu gestalten, werden sie bei den Ausführungen nicht explizit erwähnt.

Im Fachdiskurs besteht kein einheitliches Verständnis über die Begrifflichkeit der Beeinträchtigung. In der Literatur werden Termini verwendet wie: „Menschen mit einer geistigen Behinderung“, „geistig behinderte Menschen“ oder auch „Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung“. Für diese Arbeit werden - ausser in Zitaten - die Begriffe „Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung“ oder „Menschen mit einer Beeinträchtigung“ gewählt, was jedoch nicht per se heisst, dass diese Menschen nicht zusätzlich unter körperlichen Beeinträchtigungen leiden können.

2 Kognitive Beeinträchtigung

In diesem Kapitel steht die Auseinandersetzung mit den Begriffen der (kognitiven) Beeinträchtigung bzw. Behinderung sowie dem Konzept der Funktionalen Gesundheit im Fokus.

2.1 Zu den Begriffen (kognitive) Beeinträchtigung und Behinderung

Die Terminologie auf diesem Gebiet hat sich in den letzten Jahrzehnten laufend verändert. Unterschiedliche Begrifflichkeiten, wie beispielsweise: Menschen mit Lernschwierigkeiten, Menschen mit mentalen Einschränkungen, Menschen mit geistigem Handicap, Menschen mit intellektueller Behinderung, Menschen mit Intelligenzminderung

aber auch negativ konnotierte Begriffe, wie Mongo oder Krüppel sind in der Literatur zu finden (vgl. Stöppler 2017: 16f). Auch im aktuellen Fachdiskurs besteht bis anhin kein einheitliches Verständnis, was den Begriff Behinderung betrifft. Eine Sichtweise, welche sich auf medizinische und defizitorientierte Aspekte des Individuums richtete, war lange bezeichnend für die kontroversen Diskussionsansätze. Soziale Rahmenbedingungen, welche die Partizipationsmöglichkeiten vermindern, wurden weitestgehend ausser Acht gelassen (vgl. Loeken/Windisch 2013: 14).

So schreibt Speck (2016: 52): „Das Wort geistige Behinderung drückt ein Defizit, etwas Negatives, ein Manko, ein Handicap aus, noch dazu eines, das gesellschaftlich erheblich stigmatisiert, nämlich eine intellektuelle Unzulänglichkeit“. Als entscheidende Entwicklung in dieser Diskussion kann die terminologische Änderung von „Geistigbehinderte“ zu „Menschen mit geistiger Behinderung bzw. kognitiver Beeinträchtigung“ betrachtet werden. Der Mensch wird somit nicht mehr nur auf seine Behinderung reduziert, sondern die Behinderung ist nur ein Teil von ihm (vgl. ebd.: 52).

Die folgenden zwei Definitionen - der Dachorganisation der Elternvereine für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung (insieme) sowie aus dem schweizerischen Behindertengleichstellungsgesetz - zielen auf eine einseitige Betrachtung des Menschen mit einer Beeinträchtigung ab.

Geistige Behinderung bedeutet eine Beeinträchtigung im kognitiven Bereich. Zu den kognitiven Fähigkeiten eines Menschen zählen zum Beispiel die Fähigkeiten zu lernen, zu planen, zu argumentieren. Einschränkungen in diesem Bereich können auch bedeuten, dass eine Person Schwierigkeiten hat, eine Situation zu analysieren, etwas zu verallgemeinern oder vorzuschauen. Sie beeinflusst die Gesamtentwicklung oder die Lernfähigkeit in unterschiedlicher Art und Weise. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung verläuft die Entwicklung langsamer als bei anderen Menschen. Die Entwicklungsschritte sind weniger voraussagbar. Es gibt genetisch bedingte, angeborene geistige Behinderungen wie zum Beispiel das Down-Syndrom. Stoffwechselstörungen, Komplikationen während der Geburt, Sauerstoffmangel oder Unfälle können ebenfalls geistige Behinderungen verursachen. Die Diagnose allein sagt aber noch nichts über die mögliche Entwicklung eines betroffenen Kindes aus. (insieme o.J.)

In diesem Gesetz bedeutet *Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter)* eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, so-

ziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und weiterzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben. (Behindertengleichstellungsgesetz der Schweiz 2002: Artikel 2)

Bei den Klassifikationssystemen ICD-10 (Injuries and Causes of Death) und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wird der Begriff kognitive Beeinträchtigung als intellektuelle Behinderung bezeichnet. Laut der erwähnten Klassifikationssysteme wird eine intellektuelle Behinderung durch folgende drei Kriterien bestimmt:

1. Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten (IQ niedriger als 70),
2. Einschränkungen im adaptiven Verhalten,
3. Auftreten vor dem 18. Lebensjahr. (Došen 2010: 17)

In der untenstehenden Tabelle von Piaget wird eine differenzierte Relation zwischen dem Grad der intellektuellen Behinderung, dem Intelligenzquotienten, dem Entwicklungsalter sowie der entsprechenden kognitiven Phase dargestellt.

Grad der IB	IQ	Entwicklungsalter	Kognitive Phase
schwerste IB	0 - 20	bis 2 Jahre	sensomotorisch
schwere IB	20 - 35	2 – 4 Jahre	präoperational
mittelgradige IB	35 - 50	4 – 7 Jahre	prälogisch
leichte IB	50 - 70	7 – 12 Jahre	konkrete Operationen, logisch

Abb. 1: Einteilung von intellektueller Behinderung (IB) nach der Theorie von Piaget (in: Došen 2010: 18)

Im nächsten Unterkapitel wird das Konzept der Funktionalen Gesundheit erläutert. Wegweisend bei diesem Konzept ist, dass es sich nicht nur auf die bio-medizinischen Aspekte des Menschen fokussiert.

2.1.1 Das Konzept der Funktionalen Gesundheit

Durch die Entwicklung des Konzeptes der funktionalen Gesundheit, welches von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Auftrag gegeben wurde und von der Staatengemeinschaft die Zustimmung erhielt, wurde ein Paradigmenwechsel eingeläutet. Lebens-

und Entwicklungssituationen von Menschen mit Unterstützungsbedarf werden bei einer Implementierung dieses Konzeptes - im Praxisfeld der Sozialen Arbeit - ganzheitlich und differenziert betrachtet (vgl. INSOS Schweiz 2009: 19, 22).

Als funktional gesund wird eine Person gesehen, wenn folgende Faktoren zutreffen:

1. Ihre körperlichen Funktionen (einschliesslich der mentale Bereich) und Körperstrukturen entsprechen allgemein anerkannten Normen.
2. Sie kann alles tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (betrifft den Bereich der Aktivitäten).
3. Sie kann ihr Dasein in allen Lebensbereichen entfalten, die ihr wichtig sind. Und zwar in der Weise und in dem Umfang, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung erwartet wird (betrifft den Bereich der Partizipation).

(INSOS Schweiz 2009: 21)

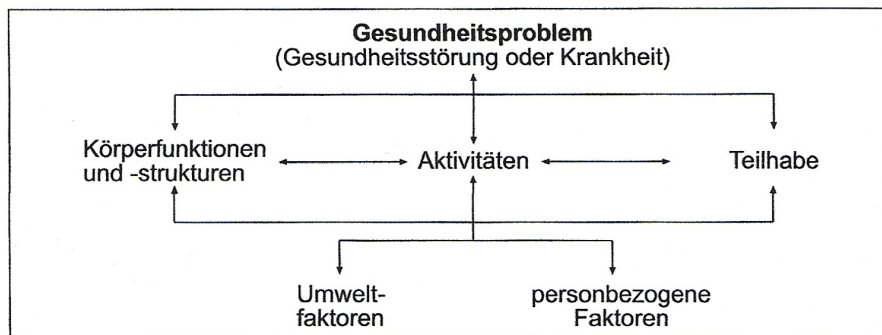


Abb. 2: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (in: Schuntermann 2013: 32)

Beim bio-psycho-sozialen Modell liegt der Fokus nicht mehr nur auf den Defiziten oder Beeinträchtigungen eines Menschen. Vielmehr werden die Wechselwirkungen zwischen dem Menschen und den verschiedenen Kontextfaktoren aufgezeigt (vgl. Schuntermann 2013: 32).

Eine gelingende Teilhabe bzw. Partizipation eines Menschen hängt unweigerlich mit den ihm gebotenen Möglichkeiten sowie einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung zusammen. Im Zentrum der Teilhabe bzw. Partizipation steht deshalb der Einbezug eines Menschen in einen Lebensbereich oder eine Lebenssituation.

Als Aktivität, welche sich in die Leistungsfähigkeit und die tatsächlich erbrachte Leistung differenzieren lässt, wird die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung eines

Menschen bezeichnet. Je nach Kontext entspricht die erbrachte Leistung nicht zwingend dem potentiellen Leistungsniveau des handelnden Menschen.

Unter Körperfunktionen werden physiologische wie auch psychologische Funktionen von Körpersystemen und unter Körperstrukturen anatomische Teile des Körpers verstanden.

Die materielle, die soziale und die einstellungsbezogene Umwelt des Menschen werden als Umweltfaktoren benannt. Mit personenbezogenen Faktoren sind Umstände gemeint, welche nicht direkt mit dem Gesundheitsproblem in Verbindung stehen (z.B. Alter, Geschlecht, Motivation oder Lebensstil). Zusammen werden die Umweltfaktoren und die personenbezogenen Faktoren als Kontextfaktoren bezeichnet (vgl. INSOS Schweiz 2009: 27f.).

„Zusammenfassend ist eine Person also dann funktional gesund, wenn sie möglichst kompetent mit einem möglichst gesunden Körper an möglichst normalisierten Lebensbereichen teilnimmt und teilhat.“ (INSOS Schweiz 2009: 21)

3 Alter

Nach der Erörterung der Begriffe der (kognitiven) Beeinträchtigung bzw. Behinderung sowie dem Konzept der Funktionalen Gesundheit, werden in diesem Kapitel das Thema Alter und die verschiedenen Dimensionen des Alters und des Alterns beschrieben.

3.1 Zum Begriff Alter

In der Literatur wird keine einheitliche Definition bezüglich des Begriffs Alter beschrieben. Je nach Wissenschafts- oder Lebensperspektive werden dem Begriff unterschiedliche Dimensionen zugeordnet. Haveman und Stöppler (2010: 18) beziehen sich auf folgende zwölf Aspekte von Rüberg (1991):

1. Kalendarisches oder chronologisches Alter: die seit der Geburt vergangene Zeit.
2. Administratives Alter: die Kategorisierung in Altersgruppen für Verwaltung und Statistik etc.
3. Rechtliches Alter: die dem kalendarischen Alter entsprechenden Rechte, Pflichten, Mündigkeiten.

4. Biologisches Alter: der körperliche Zustand des Menschen aufgrund biologischer Vorgänge wie Wachstum, Reifung, Abbau und Verfall.
5. Funktionales Alter: altersgemässe Funktionalität, Leistungsfähigkeit im Gesamt des sozialen Lebens, besonders des gesellschaftlichen Arbeitsteilungssystems.
6. Psychologisches Alter: das Verhältnis des Individuums zu sich selbst, die Selbstdeutung des eigenen Zustandes, sich „so alt“ fühlen und entsprechend verhalten.
7. Soziales Alter: Übernahme der in der Gesellschaft altersspezifisch üblichen Rollen und Positionen.
8. Ethisches Alter: das altersgemäss sittlich verantwortliche Handeln aufgrund des ethischen Wertebewusstseins und ihm gemässer Handlungsmuster.
9. Geistiges oder mentales Alter: die geistige Aufnahme- und Lernfähigkeit bezüglich eigener Veränderungen, wie auch derer von Mit- und Umwelt, die kritische Auseinandersetzung damit sowie die Fähigkeit der angemessenen Verhaltensanpassung.
10. Geschichtliches Alter: das Geprägtsein durch zeitgeschichtliche Ereignisse in einem bestimmten Zeitabschnitt des eigenen Lebens.
11. Personales Alter: Zusammenwirken und Integration aller Altersaspekte während des gesamten Lebens- und Alternsprozesses zur personalen und sozialen Identität.
12. Religiöses Alter: altersgemässer Glaube und Gottesbezeichnung, die entsprechenden Konsequenzen für Wertorientierung und Lebensführung, wie auch für die Art und Identität der Beteiligung am kirchlichen Leben.

3.2 Demografische Alterung

Wie anhand der Alterspyramiden (Abbildung 3) zu erkennen ist, wird sich die Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung in den nächsten 30 Jahren bedeutend verändern. So erlebt auch die Schweiz - wie alle modernen Gesellschaften - einen Prozess „doppelter demographischer Alterung“. Einerseits erhöht sich der Anteil älterer Menschen als Folge eines Geburtenrückgangs. Ausgelöst wird dieser Prozess durch geburtenstarke Jahrgänge zwischen 1950 und 1970 („Babyboom-Generation“). Diese Generation hat weniger Kinder als ihre Eltern, wird aber länger leben. Andererseits steigt die Zahl älterer Menschen aufgrund des kontinuierlichen Anstiegs der Lebenserwartung (vgl. Bundesamt für Statistik 2015: 10).

Naegele (2015: 66) unterscheidet ein dreifaches Altern der Gesellschaft. Damit gemeint ist:

- die Zunahme der absoluten Zahl älterer Menschen,
- der wachsende Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung und
- der starke Anstieg der sehr alten Menschen im Alter von 80 Jahren und mehr.

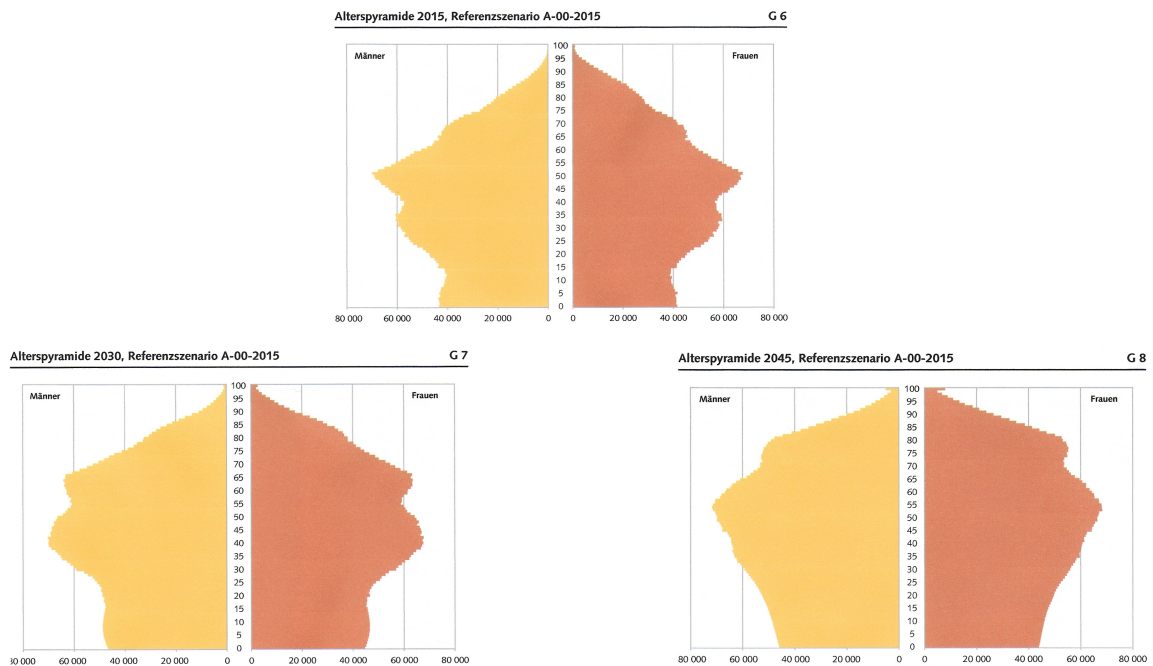


Abb. 3: Alterspyramiden 2015, 2030 und 2045 (in: Bundesamt für Statistik 2015: 10f.)

Durch eine Zunahme der durchschnittlichen Lebensdauer von rund einem Jahr alle drei Jahre hat sich die Lebenserwartung im Verlauf des letzten Jahrhunderts deutlich erhöht. Gegenwärtig ist die Lebenserwartung bei Geburt in der Schweiz eine der höchsten der Welt, was vor allem auf den starken Anstieg im Laufe des 20. Jahrhunderts zurückzuführen ist. Seit 1981 stieg die Lebenserwartung von 72,4 auf 80,7 Jahre für Männer und von 79,2 auf 84,9 Jahre für Frauen. Trotzdem ist in jüngster Zeit eine Abschwächung dieses Anstieges zu erkennen. Der Unterschied zwischen der Lebenserwartung der beiden Geschlechter verringert sich seit Jahren und betrug im Jahr 2015 noch 4,2 Jahre (vgl. Bundesamt für Statistik 2016: o.S.).

3.3 Biologische Dimension des Alterns

Das biologische ist nicht mit dem chronologischen Alter eines Menschen gleichzustellen und kennzeichnet nach Haveman und Stöppler (2010: 29), „die gesundheitliche Situation, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit einer Person“. Es handelt sich um einen multifunktionalen Prozess, bei welchem Organe wie beispielsweise das Herz, die Lunge, der Magen, die Eingeweide, das Gehirn, das Nervensystem etc. nicht zwingend gleich schnell altern (vgl. Mietzel 2012: 21). Krankheiten oder Umweltgifte können die zum Teil genetisch bedingte Alterung der Organe fördern. Mit zunehmendem Alter vermindert sich die Leistungsfähigkeit der Zellen laufend. In Anlehnung an Böger, Kanowski und Engel (2001) stellen Havemann und Stöppler (2010: 30f.) bei folgender Aufzählung die symptomatischen Anzeichen des Alterns dar:

- Wasserverarmung
- Elastizitätsverlust der Gewebe durch Abbau elastischer Gewebeanteile
- Verlangsamung der Regenerationsprozesse der Gewebe
- Gewichts- und Größenabnahme der Organe und Muskeln
- Abbau von Knochenbälkchen
- Abnahme der Empfindlichkeit der Sinnesorgane
- Funktionsverminderung von Drüsen mit äusserer Sekretion (z.B. für Verdauungssäfte)
- Funktionsverminderung einiger Drüsen mit innerer Sekretion (z.B. für Hormone)
- Verlangsamung des Stoffwechsels und Abnahme der Oxidationsvorgänge

Die erwähnten Funktionsveränderungen bzw. -verminderungen haben einen direkten Einfluss auf den körperlichen und psychischen Gesundheitszustand der älteren Menschen. Oft wird mit Medikamenten versucht, die gesundheitliche Verfassung der betroffenen Personengruppe zu verbessern (vgl. Havemann/Stöppler 2010: 31).

3.4 Psychologische Dimension des Alterns

Das psychologische Alter widerspiegelt die kognitive und emotionale Anpassungsfähigkeit eines Menschen an unterschiedlichste umweltbezogene Anforderungen (vgl. Mietzel 2012: 21). Wie bei allen anderen Organen des menschlichen Körpers findet auch im Gehirn ein altersbedingter Abbau oder eine altersbedingte Veränderung der folgenden Strukturen statt:

- Abnahme der Anzahl Neuronen (Nervenzellen)
- Funktionsverminderung der chemischen Signalübertragung mittels Neurotransmitter
- Ablagerung von Pigment innerhalb der Nervenzellen
- Verschmälerung der Hirnwindungen
- bindegewebige Verdickung der Hirnhäute (vgl. Havemann/Stöppler 2010: 35).

Die daraus resultierenden Konsequenzen lassen sich in die Kategorien kognitiv und emotional einordnen. Intellektuelle Fähigkeiten, welche zur Kategorie kognitiv gehören, sind aus gerontologischer Sicht nicht nur auf biologische Vorgänge zurückzuführen. Vielmehr spielen individuumsbezogene Faktoren, wie beispielsweise das Bewältigen von täglichen Herausforderungen, die Motivation, das Interesse oder etwa Copingstrategien, eine wichtige Rolle in Bezug auf die intellektuellen Fähigkeiten im Alter. Aus psychologischer Sicht sind gemäss Haveman und Stöppler (2010: 36) keine identischen altersbedingten Veränderungen zu beobachten. Organische Erkrankungen des Gehirns, wie etwa die primäre degenerative Demenz (Alzheimer Krankheit) und die vaskuläre Demenz, zählen zu den zahlreichsten psychischen Veränderungen im Alter (vgl. ebd.: 37).

3.5 Soziologische Dimension des Alterns

Während der Zeitspanne eines Lebens nimmt jeder Mensch verschiedene, an Rollen gebundene Positionen ein. Familien-, Berufs-, Alters- und Geschlechtsposition zählen beispielsweise dazu. Jede Rolle ist mit entsprechenden Anforderungen und Erwartungen verbunden, welche einerseits vom Individuum selbst oder von dessen Lebensbereich festgelegt werden. Im Laufe eines Lebens verändern sich die Rollen. So wird der Fokus etwa nach Eintritt ins Rentenalter anders gelegt. Familie, Verwandtschaft, Freizeit und soziale Netzwerke ausserhalb der Familie rücken in den Lebensmittelpunkt des älteren Menschen. Infolge der zunehmenden Singularisierung, also dass Menschen alleine leben, nehmen ausserfamiliäre soziale Kontakte einen höheren Stellenwert ein als in früheren Generationen (vgl. Havemann/Stöppler 2010: 42f.).

3.6 Lebensphasen des Alters

Aufgrund der höheren Lebenserwartung wird die Zeitspanne zwischen dem Austritt aus dem Erwerbsleben und dem Tod vieler Menschen immer grösser. Höpflinger (2014: 7)

unterteilt aufgrund dessen die ‚Altersbevölkerung‘ in vier Lebensphasen, die er Alternsphasen nennt.

3.6.1 Erste Alternsphase: Noch erwerbstätige Senioren (50+)

Obwohl Menschen in dieser Phase noch erwerbstätig sind, ist das Ende der beruflichen Laufbahn absehbar. Infolge von Frühpensionierungen erfolgt der Austritt aus dem Erwerbsleben bei vielen Menschen bereits vor dem 65. Altersjahr. Familiäre Veränderungen, wie etwa die Geburt von Enkelkindern oder auch die Auseinandersetzung mit dem Altern der eigenen Eltern und dessen Folgen, wie Pflegebedürftigkeit oder Tod, führen in dieser Lebensphase oft zu Rollenveränderungen innerhalb der Familie. Weil ein grosser Teil der Menschen in dieser Lebensphase, infolge von Erbschaften oder Wegzug der Kinder, über genügend finanzielle Mittel verfügt, können sie sich einen vergleichsweise hohen Lebensstandard leisten. Die Tatsache, dass Menschen, welche das 50. Lebensjahr überschritten haben, in der Arbeitswelt zu den älteren Mitarbeitenden zählen, kann bei einer Arbeitslosigkeit zu Problemen führen. So ist gerade die Gefahr einer Langzeitarbeitslosigkeit oder Invalidisierung bei dieser Altersgruppe vorhanden (vgl. ebd.: 7f.).

3.6.2 Zweite Alternsphase: Gesundes Rentenalter

Im Gegensatz zu früheren Zeiten ermöglicht der Ausbau der Altersvorsorge und die damit verbundene finanzielle Absicherung vielen Rentnerinnen und Rentnern, in dieser Alternsphase - auch Drittes Lebensalter genannt - ein Leben nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu führen. Aus gesellschaftlicher Sicht scheint diese Lebensphase noch diffusen Betrachtungsweisen zu unterliegen. Diesbezüglich ist jedoch ein Wandel abzusehen, wird doch immer mehr versucht, agile Menschen dieser Alternsphase in gesellschaftliche und generationenübergreifende Prozesse mit einzubeziehen. Je nach psychischem und physischem Gesundheitszustand, dauert das dritte Lebensalter unterschiedlich lange (vgl. ebd.: 8).

3.6.3 Dritte Alternsphase: Lebensalter verstärkter Fragilisierung

Diese Lebensphase - auch Viertes Lebensalter genannt - ist bezeichnend für den fortschreitenden Abbau der menschlichen physiologischen Körperfunktionen. Der Verlauf dieser Phase des Alterungsprozesses verläuft sehr individuell. Höpflinger (2014: 8)

schreibt diesbezüglich: „Je nach früheren beruflich-biografischen Belastungen und familial-konstitutiven Faktoren treten altersbezogene Einschränkungen und Defizite früher oder später stärker hervor“. Da in der heutigen Zeit eine grosse Anzahl von unterstützenden Dienstleistungen angeboten wird, gelingt es vielen Menschen mit Hilfe adäquater Unterstützung in dieser Lebensphase eine grösstmögliche Lebensqualität zu erhalten. Gerade in dieser Phase, welche durch Einschränkungen gekennzeichnet ist, spielt die Resilienzfähigkeit und das damit einhergehende psychische Wohlergehen des alten Menschen eine zentrale Rolle (vgl. ebd: 8).

3.6.4 Vierte Altersphase: Pflegebedürftigkeit und Lebensende

Unterstützungsbedürftigkeit und altersbedingte Abhängigkeit prägen die letzte Lebensphase vieler alter Menschen. Obwohl nicht per se alle Menschen im letzten Lebensabschnitt pflegerische Hilfe in Anspruch nehmen müssen, erhöht sich mit jedem weiteren Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit stetig, Mehrfacherkrankungen sowie hirnganische Erkrankungen zu erleiden. So sind gemäss Höpflinger (2014: 8) ein Drittel der über 90-Jährigen von einer demenziellen Störung betroffen. Weil die Menschen immer älter werden und demenzielle Erkrankungen nicht heilbar sind, stellt dies den Pflegesektor vor immer grösser werdende Herausforderungen.

4 Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Alter

In diesem Kapitel werden die beiden vorgängig behandelten Kapitel verknüpft. Es konzentriert sich auf ältere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, also explizit auf den ausgewählten Personenkreis dieser Arbeit.

Wie in Kapitel 3.2 ersichtlich ist, wird sich die Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung in den nächsten 30 Jahren, infolge eines Geburtenrückgangs sowie aufgrund der längeren Lebenserwartung, bedeutsam verändern. Demzufolge sind auch Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung Teil dieses demographischen Veränderungsprozesses. Aufgrund der Tatsache, dass es immer mehr ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung gibt, treten neue geragogische Herausforderungen in den Vordergrund. Es steht ausser Frage, dass auch älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zugestanden werden muss (vgl. Stöppler 2017: 116).

Aus gesundheitlicher Sicht verläuft der Prozess des Alterns bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung vorwiegend identisch, wie bei Menschen ohne Beeinträchtigung. Aufgrund der oftmals vorkommenden Mehrfachbeeinträchtigungen und den damit verbundenen Ausdrucksschwierigkeiten werden Krankheiten bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung jedoch vielfach gar nicht oder relativ spät erkannt. Dieser Umstand führt dazu, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung öfter von chronischen Krankheiten und Multimorbidität (mehrfachen Krankheiten) betroffen sind, als Menschen ohne diesbezügliche Beeinträchtigung.

Es liegt im Trend, dass viele Menschen auch nach Austritt aus dem Erwerbsleben ihr Leben möglichst aktiv gestalten. Bei Menschen mit Beeinträchtigung ist dieser Trend jedoch noch nicht zu beobachten. Je nach Umfeld wird der Übergang eines Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ins Rentenalter individuell gestaltet. Gerade im institutionellen Kontext fehlt es oft noch an konzeptgebundenen Möglichkeiten. Viele verlieren nach der Pensionierung einen grossen Teil ihres sozialen Netzwerkes und langjährige Kontakte gehen verloren. Ihre Kontakte beschränken sich oftmals nur noch auf Mitarbeitende sowie Klientinnen und Klienten der Wohngruppe. Das ist auf physische und psychische Erkrankungen, den Verlust von Angehörigen und Stigmatisierung zurückzuführen. Die nachstehende Aussage von Höpflinger (2017: 124) untermauert die Bedeutung von sozialen Kontakten: „Soziale Netzwerke stellen für jeden Menschen eine wesentliche Voraussetzung für biografische Kontinuität und soziale Identität dar, denn sie fördern Gemeinschaft und verhindern Isolation“. Das Nicht-mehr-vorhanden-Sein der gewohnten Tagesstruktur erfordert seitens der Betreuungspersonen, wie auch der Betroffenen selber, eine Neuorientierung bzw. Neugestaltung des Tagesablaufs. Nach der Pensionierung gilt es, den Fokus auf die Strukturierung der neu gewonnenen Zeit zu legen. Wie nicht beeinträchtigte Menschen, haben auch ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung das Bedürfnis nach Freizeitaktivitäten, wie beispielsweise Musik hören, fernsehen, spazieren gehen, reisen, essen gehen, entspannen, Angehörige und Freunde besuchen. Um diesen Bedürfnissen gerecht zu werden, müssen gerade im institutionellen Kontext die nötigen personellen Ressourcen vorhanden sein, was nicht immer gewährleistet werden kann.

Durchschnittlich verbringen ältere Menschen ca. drei Viertel des Tages in ihrem Zuhause. Ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung leben oftmals nicht in einer eigenen Wohnung, sondern in einer stationären Einrichtung, in welcher sie in den we-

nigsten Fällen bezüglich des Wohnortes und der Zusammensetzung der Wohngruppe ein Mitspracherecht haben. Insbesondere was die Wahlmöglichkeit betrifft, wird diesem Personenkreis eine individuelle, selbstbestimmte Lebensführung weitestgehend untersagt.

Wie alle älteren Menschen werden auch Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Alter zunehmend mit der Sterbe- und Todesthematik konfrontiert. Ein wesentlicher Punkt sollte bei der Betreuung und Begleitung deshalb die Vermittlung eines Todesverständnisses sowie der Umgang mit Verlust und Trauer sein (vgl. Höpflinger 2017: 116ff.).

Zusammenfassend bietet sich als Abschluss dieses Kapitels die folgende Aussage von Höpflinger (2017: 116) an: „Menschen mit Behinderung haben ein Recht, in Würde unter Respektierung der Einmaligkeit ihrer Persönlichkeit alt zu werden und neue Kompetenzen zu erwerben“.

5 Menschenwürde

Als Einleitung dieses Kapitels zum Thema Menschenwürde dient die als Denkanstoss gedachte Aussage von Härle (2010: 15): „Es ist daran zu erinnern, dass auch alte, sieche, sterbende Menschen (noch) Menschenwürde haben, und das ist zu verteidigen, dafür ist einzutreten, dafür muss sogar notfalls gekämpft werden“.

5.1 Begriffsklärung

Im ethischen Kontext der Sozialen Arbeit wird die Thematik der Menschenwürde insbesondere in Berufskodizes aufgegriffen. Die International Federation of Social Workers (IFSW/IASSW 2007) schreibt in ihren ethischen Prinzipien: „Soziale Arbeit basiert auf der Achtung des innewohnenden Wertes und der Würde aller Menschen und den Rechten, welche daraus folgen“. Auch der offizielle Berufsverband der Schweiz für die Professionellen der Sozialen Arbeit (AvenirSozial 2010) erwähnt in seinem Berufskodex die Menschenwürde explizit im Kapitel Menschenwürde und Menschenrechte mit beinahe identischem Wortlaut. Artikel 1 der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte: „Alle Menschen sind gleich an Würde und Rechten geboren“ oder Artikel 7 der schweizerischen Bundesverfassung: „Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen“ zeigen auf, dass der Begriff der Menschenwürde auch in rechtlicher Hinsicht verankert

ist (vgl. Hug 2016: 167f.). Was versteht man eigentlich unter Würde? Es werden folgende zwei Arten von Würde unterschieden.

5.1.1 Inhärente Würde

Bei der inhärenten Menschenwürde (normative Würde) handelt es sich um eine „angeborene“ Würde, welche unbedingt gilt und an keine Bedingungen geknüpft ist. Sie kann durch andere Menschen zwar verletzt werden, verlieren kann man sie jedoch nie. Bezeichnend für dieses Verständnis von Menschenwürde ist,

- dass sie menschlichem Leben inhärent, also wesensmässig eigen ist;
- dass sie einen normativen Anspruch darstellt, der unabhängig ist von allen empirischen Lebensumständen;
- dass sie allen Menschen gleich zukommt und
- dass sie unverlierbar ist (vgl. Rügger 2013: 15).

Demzufolge darf die inhärente Menschenwürde auch Täterinnen und Tätern, welche ein folgenschweres Verbrechen zu verantworten haben, nicht aberkannt werden. Dies bedeutet jedoch nicht, dass eine Verletzung der Menschenwürde anderer nicht moralisch und juristisch zu verurteilen ist (vgl. Hug 2016: 170f.).

5.1.2 Kontingente Würde

Bei der zweiten Art von Würde spricht man von der empirischen Handlungs- und Situationswürde (kontingente Würde), welche verlierbar oder herstellbar ist. Ein Sportler zeichnet sich beispielsweise als würdiger Verlierer aus, wenn er dem Sieger nach dem Wettkampf gratuliert. Oder wenn etwa eine Person gestorben ist, bemühen sich die Angehörigen eine „würdige“ Beerdigung zu organisieren. Jedoch sind nicht alle Menschen in der Lage kontingente Würde herzustellen oder Demütigungen zurückzuweisen. Dementsprechend bedeutet „kontingente unwürdige Unterstützung“ nicht, dass ein Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung seine inhärente Menschenwürde verliert, sondern nur, dass die Unterstützungsleistenden die immer intakt bleibende Menschenwürde nicht achten (vgl. Rügger 2013: 18).

5.2 Würde von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

Schaber (2012: 136) schreibt diesbezüglich, „dass eine Ungleichbehandlung aufgrund von Behinderung genauso unzulässig ist, wie eine Ungleichbehandlung aufgrund der ethnischen Zugehörigkeit, des Geschlechts, der Rasse, des sozialen Status oder der Weltanschauung“. Infolge des Machtgefälles, welches zwischen den Klientinnen und Klienten und Fachpersonen besteht, sind gerade Menschen mit einer Beeinträchtigung der Gefahr ausgesetzt, in ihrer inhärenten Würde verletzt zu werden. Durch eine professionelle Haltung seitens der Fachpersonen, welche auf Respekt und Achtsamkeit basieren soll, wird der Würde von unterstützungsbedürftigen Menschen Rechnung getragen. Nicht nur die Fachpersonen sollen ihr Handeln stets einer Selbstreflexion unterziehen, sondern auch soziale Institutionen. Sind die Angebote bedürfnisorientiert und ermöglichen den Klienten und Klientinnen eine möglichst selbstbestimmte, autonome Lebensführung? Nur durch eine fortwährende Auseinandersetzung mit solchen Fragen kann die Würde von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im institutionellen Kontext geschützt werden (vgl. Hug 2016: 179f.). Um eine gelingende Herstellung der kontingenten Menschenwürde zu ermöglichen, welche eng an Selbstdarstellung und Lebensqualität geknüpft ist, müssen den Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung menschenwürdige Lebensumstände sowie menschenwürdige Bedingungen geboten werden (vgl. Lage/Knobel 2016: 264f.).

6 Denkmodelle der Sozialen Arbeit

In diesem Kapitel werden die Handlungsmaximen Normalisierung, Selbstbestimmung, Inklusion, Empowerment und Partizipation im Kontext von älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung dargelegt.

6.1 Normalisierung

Seinen Ursprung findet das Normalisierungsprinzip in Dänemark. Der Jurist Niels Erik Bank-Mikkelsen postulierte bereits in den 1950er-Jahren die sozialpolitische Leitidee und brachte diese in die dänische Sozialgesetzgebung ein. Ausschlaggebend waren die grossen Institutionen, in welchen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung von der Aussenwelt exkludiert wurden und ihnen eine dementsprechend menschenunwürdige Lebensführung aufgezwungen wurde (vgl. Loeken/Windisch 2013: 19).

Der schwedische Psychologe Bengt Nirje hat in den 1960er-Jahren die folgenden acht Kriterien zur Normalisierung der Lebensbedingungen von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung aufgelistet:

- normaler Tagesrhythmus
- Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen
- normaler Jahresrhythmus
- normaler Lebenslauf
- Respektierung von Bedürfnissen
- angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern
- normaler wirtschaftlicher Standard
- normale Standards von Einrichtungen (vgl. Stöppler 2017: 74)

In Nordamerika wurde das Normalisierungsprinzip von Wolf Wolfensberger und in Deutschland von Walter Thimm weiterentwickelt. Sie plädierten dafür, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein möglichst normales Leben führen können, welches der Lebensführung eines nichtbeeinträchtigten Menschen entspricht (vgl. Loecken/Windisch 2013: 20). Im Gegensatz zu früheren Zeiten gibt es heute unterschiedliche Wohnformen, welche Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine möglichst normale Lebensführung ermöglichen (vgl. Stöppler 2017: 75).

Zusammenfassend kann das Normalisierungsprinzip wie folgt beschrieben werden:

„Normalisierung bedeutet (...) eine lebenslange Gewährung jener Entwicklungsbedingungen und -möglichkeiten innerhalb des individuellen Lebenslaufes, die den Bedürfnissen und Möglichkeiten eines Menschen mit Behinderung entsprechen.“ (Gautschin et al. 2010: 17)

6.2 Selbstbestimmung

Seinen Ausgangspunkt hatte das Prinzip der Selbstbestimmung in den 1960er-Jahren als sogenannte Independent-Living-Bewegung in den USA. So wurde schliesslich Menschen mit einer Körperbehinderung nach diversen Streitereien das Wohnen und Studieren auf dem Campus einer Universität gewährt. Als Meilenstein der Independent-Living-Bewegung gilt die Gesetzesänderung von 1973, welche den Schutz vor Diskriminierung beinhaltete. Einschränkende und exkludierende Lebensbedingungen konnten fortan be-

kämpft werden. In Deutschland fanden sich im Verlauf der 1970er-Jahre Menschen mit Körper- und Sinnesbeeinträchtigungen zusammen und forderten Partizipation und Gleichstellung in der Gesellschaft. Als einen ersten Höhepunkt dieser sogenannten „Krüppelbewegung“ fand 1981 in Dortmund das als Protestaktion gedachte „Krüppeltribunal“ statt. Die Protestaktion wurde initiiert, weil das internationale Jahr der Behinderten vorwiegend unter Ausschluss von Menschen mit einer Behinderung stattfand. Menschenrechtsverletzungen in Institutionen, Werkstätten für Behinderte und Psychiatrien sowie die mangelnde Barrierefreiheit wurden während des Krüppeltribunals angeprangert. Nach einem Kongress, welcher 1994 in Duisburg stattfand, wurde die Thematik der Selbstbestimmung für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung fortan in Fachkreisen eingehend diskutiert. Dabei wurden folgende Gesichtspunkte eingehend thematisiert (vgl. Lindmeier/Lindmeier 2012: 157ff.):

1. Selbstbestimmung ist ein Bündel von Fähigkeiten und Fertigkeiten bzw. Kompetenzen, die gelernt werden können - und gelehrt werden müssen; das Erlernen von selbstbestimmtem Entscheiden und Handeln ist bereits eine Aufgabe der Schule.
2. Selbstbestimmung ist ein innerer Antrieb zu autonomem, selbstgesteuertem und selbstbewusstem Verhalten (im Sinne von ‚Empowerment‘ und ‚sich seiner selbst bewusst sein‘); als innerer Antrieb ist es auch auf vorsprachlichem Niveau vorhanden und deutbar.
3. Selbstbestimmung ist eine Form menschlicher Selbstgestaltung, die sich nur im Rahmen kommunikativer und sozialer Beziehungen vollzieht. Intentionale Kommunikation kann als eine grundlegende Form von Selbstbestimmung angesehen werden, entsprechend grosser Wert muss auf die Kommunikationsangebote (Signale) nicht sprechender Menschen gelegt werden. Zudem ist das Leben aller Menschen durch gegenseitige Abhängigkeit, durch Interdependenz zwischen sich nahe stehenden Menschen, gekennzeichnet. Die soziale Komponente der Selbstbestimmung besteht daher in der Unterstützung von Beziehungen.
4. Selbstbestimmung ist ein politisches Recht, ein Bürgerrecht, das jedem Menschen unabhängig von Art und Ausprägung seiner Behinderung zusteht.
5. Selbstbestimmung impliziert eine Aufforderung zur Veränderung des Systems der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung.

Im Laufe der Jahre vernetzten sich Menschen mit körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen weiter. So entstanden beispielsweise „Zentren für selbstbestimmtes Le-

ben“ oder „People First“ (vgl. ebd.: 158). In Anlehnung an Miles-Paul und Frehse (1994) fassen Lindmeier und Lindmeier (2012: 158) die Forderungen der deutschen Selbstbestimmt-Leben-Bewegung zusammen:

- Durch Gleichstellung und Schutz vor Diskriminierung sollen erreicht werden, dass an Stelle einer Anpassung behinderter Menschen an ihre Umwelt eine Anpassung der Umwelt an die Bedürfnisse des behinderten Menschen geschieht.
- Entmedizinisierung und gesundheitliche Selbstverantwortung sollen das Bild körperbehinderter Menschen als unmündigen, pflegebedürftigen Kranken entgegenwirken, das aus der Dominanz medizinischer Normen resultiert.
- Integration soll die Sondereinrichtungen am Rande der Gesellschaft ablösen.
- Eine wichtige Forderung betrifft die Kontrolle zentraler Positionen in den Interessenvertretungen behinderter Menschen: Nicht behinderte Menschen sollen ausschliesslich als Fördermitglieder vertreten sein, während nur behinderte Menschen Stimmrecht besitzen und wichtige Positionen innehaben. Hierdurch soll die Bevormundung behinderter Menschen durch die Wohlfahrtsverbände beendet werden.
- Auch die Unterstützungsangebote sollen ebenfalls durch die behinderten Menschen selbst kontrolliert werden. Dies kann durch persönliche Assistenz nach dem Arbeitgebermodell oder durch die Organisation und Leitung ambulanter Dienste durch körperbehinderte Menschen selbst oder eine starke Kundenvertretung als Kontrollgremium eines ambulanten Dienstes geschehen.

Insbesondere bei Menschen mit schweren und mehrfachen Beeinträchtigungen gilt es, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und ihre Entscheidungs- oder Regiekompetenz zu unterstützen. Diesbezüglich spielt die Interpretationsfähigkeit, von etwa nonverbalen Ausdrucksformen, der Fachpersonen eine zentrale Rolle. Ziel soll es sein, Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen wahrzunehmen und entsprechende Handlungsmöglichkeiten anzubieten. Eine Alltagsgestaltung *mit* und nicht *für* den Menschen mit Beeinträchtigung sollte im Zentrum jedes pädagogischen Handelns stehen (vgl. Lindmeier/Lindmeier 2012: 159).

6.3 Inklusion

Spätestens seit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) scheint sich in der Gesellschaft ein Paradigmenwechsel abzuzeichnen. Die UN-BRK zielt darauf ab, dass Menschen mit Beeinträchtigung das Recht zugestanden werden muss, ein gleichberechtigtes, inklusives gesellschaftliches Leben zu führen. Dementsprechend soll den Menschen mit Beeinträchtigung der volle Zugang zur sozialen, physischen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt, zu Bildung und Gesundheit sowie zu Kommunikation und Information ermöglicht werden. Ein weiterer zentraler Punkt der UN-BRK stellt die selbstbestimmte Lebensführung dar. So sollte jeder Mensch dieses Personenkreises die Möglichkeit erhalten, seinen Wohnort sowie die Wohnform selbstbestimmt zu wählen (vgl. Loeken/Windisch 2013: 31f.). In Anlehnung an Bielefeld (2008, 10) zitieren Loeken und Windisch (2013: 32) den Zusammenhang zwischen Autonomie und sozialer Inklusion wie folgt: „Ohne soziale Inklusion kann Autonomie praktisch nicht gelebt werden, und ohne Autonomie nimmt soziale Inklusion fast zwangsläufig Züge von Bevormundung an“.

Inklusion bedeutet somit, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft örtlich in dieser Gesellschaft wohnen, arbeiten und sich erholen. Sie haben die gleichen Rechte und Pflichten wie Menschen ohne Beeinträchtigung. Individuelle Unterstützung leisten das eigene soziale Netzwerk und dienstleistende Stellen der Behindertenhilfe. Eine grosse Herausforderung scheint die Umsetzung des Inklusionsgedankens für Menschen mit schweren und mehrfachen Beeinträchtigungen darzustellen. Gerade ihnen droht, infolge des hohen Pflege- und Unterstützungsbedarfs, die Inklusion verwehrt zu bleiben (vgl. Gautschin et al. 2010: 24).

6.4 Empowerment

Der Begriff Empowerment bedeutet wörtlich übersetzt „Selbstbefähigung“, „Selbstbemächtigung“ und „Stärkung von Eigenmacht und Autonomie“. Er findet seinen Ursprung in der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung der schwarzen Minderheitsbevölkerung. Durch diverse Publikationen des deutschen Dipl.-Pädagogen und Professors für Soziologie Norbert Herriger wurde das Empowerment-Konzept in den 1990er-Jahren in Fachkreisen der Sozialen Arbeit zur Kenntnis genommen (vgl. Lambers 2013: 318).

Mit Bezug auf Thompson (2007) zeigt Theunissen (2012: 73) folgende vier Zugänge mit dem Begriffsanteil „power“ auf:

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.

Im Empowerment-Konzept wird der Blickwinkel bewusst auf die Stärken der Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung gelegt. Zu den handlungsleitenden Grundeinsichten, welche die Wertebasis des Ansatzes deutlich aufzeigen, zählen nach Theunissen (2012: 74):

- die Abkehr vom Defizit-Blickwinkel
- die unbedingte Annahme des Anderen und Akzeptanz seines So-Seins
- das Vertrauen in individuelle und soziale Ressourcen
- der Respekt vor der Sicht des anderen und seinen Entscheidungen
- die Akzeptanz unkonventioneller Lebensentwürfe
- der Respekt vor der „eigenen“ Zeit und vor „eigenen“ Wegen des Anderen
- der Verzicht auf etikettierende, entmündigende und denunzierende Expertenurteile
- die Grundorientierung an der Rechte-Perspektive, der Bedürfnis- und Interessenlage sowie der Lebenszukunft marginalisierter Personen

Der Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird somit nicht mehr als ein auf Hilfe angewiesenes Wesen angesehen, sondern als kompetenter Gestalter seiner individuellen Lebenswelt. Was wiederum für Fachpersonen zur Folge hat, dass sie, wenn nötig, den Menschen mit Beeinträchtigung bei ihren Selbstwirksamkeitserfahrungen unterstützend zur Seite stehen (vgl. Lambers 2013: 318).

6.5 Partizipation

Unter Partizipation (lat.: particeps: an etwas teilnehmend) wird im Kontext von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung die Einbeziehung bei Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen verstanden. Die partizipativen Prozesse sollen eine Ausgrenzung bei Entscheidungsfindungen verhindern. Treffend formuliert hat den partizipativen Grundgedanken die englische Selbstbestimm-Leben-Bewegung: „Nothing about me without me!“, was auf Deutsch so viel heisst wie: „Nichts über mich ohne mich!“. Im Lebensbereich Wohnen könnten so beispielsweise Konzepte und Regeln des Zusammenlebens gemeinsam mit den Trägern, den Fachpersonen sowie den Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung entwickelt und entsprechend umgesetzt werden (vgl. Niehoff: 262f.).

7 Rechte von Menschen mit einer Beeinträchtigung

Aufbauend auf die Ansätze der Denkmodelle der Sozialen Arbeit wird die Gleichstellung von Menschen mit einer Beeinträchtigung auch in rechtlicher Hinsicht gefordert. In diesem Kapitel wird diese Forderung anhand der Bundesverfassung, des Behindertengleichstellungsgesetzes sowie der UN-Behindertenrechtskonvention dargelegt.

Aufgrund ihrer Einschränkungen sind Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oft nicht in der Lage ihre Rechte und Pflichten wahrzunehmen. Da vor dem Gesetz jedoch alle Menschen gleich sind, haben auch sie die gleichen Rechte und Pflichten wie Menschen ohne eine Beeinträchtigung. Aufgrund dessen hat der Staat, gemäss der Bundesverfassung und der Menschenrechtsabkommen dafür zu sorgen, dass auch Menschen mit einer Beeinträchtigung die Grund- und Menschenrechte vollumfänglich zugestanden werden (vgl. Akkaya et al. 2016: 40).

Die rechtlichen Ansprüche auf Gleichbehandlung sind in der Bundesverfassung, dem Behindertengleichstellungsgesetz, in kantonalen Verfassungen sowie in der UN-Behindertenrechtskonvention verankert (vgl. ebd.: 16).

7.1 Schweizerisches Rechtssystem

Im Kontext kognitiver Beeinträchtigung zielen im schweizerischen Rechtssystem beispielsweise die folgenden Verfassungs- und Gesetzestexte auf eine Gleichstellung ab:

7.1.1 Bundesverfassung

- „Die Würde des Menschen ist zu achten und zu schützen.“ (Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft 2017: Art. 7)
- „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.“ (ebd.: Art. 8 Abs. 1)
- „Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung.“ (ebd.: Art. 8 Abs. 2)
- „Das Gesetz sieht Massnahmen zur Beseitigung von Benachteiligungen der Behinderten vor.“ (ebd.: Art. 8 Abs. 4)

7.1.2 Behindertengleichstellungsgesetz

- „Das Gesetz hat zum Zweck, Benachteiligungen zu verhindern, zu verringern oder zu beseitigen, denen Menschen mit Behinderungen ausgesetzt sind.“ (Behindertengleichstellungsgesetz 2017: Art. 1 Abs.1)
- „Es setzt Rahmenbedingungen, die es Menschen mit Behinderungen erleichtern, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und insbesondere selbstständig soziale Kontakte zu pflegen, sich aus- und weiterzubilden und eine Erwerbstätigkeit auszuüben.“ (Behindertengleichstellungsgesetz 2017: Art. 1 Abs.2)

7.2 UN-Behindertenrechtskonvention

Wie alle internationalen Menschenrechtsübereinkommen zielt auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) darauf ab, dass alle Menschen gleich sind und folglich auch jedem Menschen das Recht auf eine Gleichbehandlung zusteht. In New York wurde die UN-BRK am 13. Dezember 2006 von der UNO-Generalversammlung verabschiedet und am 3. Mai 2008 trat sie in Kraft. Die Schweiz hat die Konvention am 15. April 2014 ratifiziert und in Kraft trat sie am 15. Mai 2014 (vgl. EDI o.J.).

Die UN-BRK ist das erste universelle Rechtsdokument, welches eine Diskriminierung von Menschen mit einer Beeinträchtigung nicht nur verbietet, sondern eine Chancengleichheit gegenüber nicht beeinträchtigter Menschen fordert (vgl. Akkaya et al. 2016: 45).

In Art. 3 der UN-BRK sind die wichtigsten allgemeinen Grundsätze festgehalten:

1. die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschliesslich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit,
2. die Nichtdiskriminierung,
3. die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft,
4. die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit,
5. die Chancengleichheit von Menschen mit und ohne Behinderungen in allen Lebensbereichen,
6. die Zugänglichkeit der physischen Umwelt zu Transportmitteln, Informationen und Kommunikation sowie anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit offenstehen,
7. Gleichberechtigung von Mann und Frau,
8. Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität. (Akkaya et al. 2016: 46)

7.2.1 Regelungen und Bestimmungen der UN-BRK

Nachstehend werden eine Auswahl von weiteren Regelungen und Bestimmungen der UN-BRK dargestellt, die in direktem Zusammenhang zur Thematik der vorliegenden Bachelor Thesis stehen.

7.2.1.1 Artikel 1

Zweck

Artikel 1 der UN-BRK beschreibt die Zielsetzung des Übereinkommens. Es gilt, die Menschenwürde von Menschen mit einer Beeinträchtigung zu achten und zu schützen. Alle Menschenrechte und Grundfreiheiten stehen allen Personen gleichberechtigt zu – somit auch Menschen mit einer Beeinträchtigung (vgl. Behindertenrechtskonvention.Info o.J.).

7.2.1.2 Artikel 5

Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung

In Artikel 5 ist verankert, dass allen Menschen, mit oder ohne Beeinträchtigung, die gleichen Rechte zugesprochen werden müssen. Menschen mit einer Beeinträchtigung haben demzufolge das Recht, vor dem Gesetz gleichberechtigt behandelt zu werden. Diskriminierungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung sind auch auf der Gesetzesebene in jeglicher Hinsicht untersagt. Vielmehr haben sie das Anrecht auf gleichwertigen Schutz und gleichwertige Vorteile durch das Gesetz (vgl. ebd.: o.S.).

7.2.1.3 Artikel 19

Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

In Artikel 19 der UN-BRK wird festgehalten, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung bezüglich ihrer Lebensführung die gleichen Rechte haben, wie Menschen ohne Beeinträchtigung. Der Aufenthaltsort, die Wohnform sowie die Entscheidung, mit wem sie wohnen wollen, müssen für sie selbstbestimmt wählbar sein. Zudem sollten alle möglichen und geeigneten Schritte unternommen werden, um ihnen ein teilhabeorientiertes Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Um eine Isolation und Exklusion von Menschen mit einer Beeinträchtigung zu verhindern, ist ein uneingeschränkter Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten unumgänglich (vgl. ebd.: o.S.).

7.2.1.4 Artikel 22

Achtung der Privatsphäre

Auch Menschen mit einer Beeinträchtigung haben, unabhängig von ihrer Wohnform, das Recht auf die Wahrung ihrer Privatsphäre. Laut Artikel 22 sind willkürliche und rechtswidrige Interventionen, welche den Lebensbereich dieses Personenkreises betreffen, nicht zulässig. Es gilt, die Privatsphäre in den Bereichen Privat- und Familienleben, der Wohnung sowie der Kommunikation aller Art zu respektieren. Eine individuelle Lebensgestaltung, wie auch jegliche Art von Kommunikation mit anderen Personen oder öffentlichen Stellen sind zu tolerieren. Zudem ist es untersagt, wie auch bei Menschen ohne Beeinträchtigung, vertrauliche Informationen bezüglich ihres Gesundheitszustandes und rehabilitatorischen Massnahmen ohne ihr Einverständnis weiterzugeben (vgl. ebd.: o.S.).

8 Wohnen

Jeder Mensch benötigt einen Aufenthaltsort, mit welchem er verwurzelt sein kann und von dem er sich entfernen, zu dem er aber auch wieder heimkehren kann. Das Haus, die Wohnung oder das Zimmer wird somit zum individuellen Zentrum der Lebenswelt eines Menschen (vgl. Thesing 2009: 28f.).

Im Lebensbereich Wohnen sind folgende Grundbedürfnisse von Bedeutung:

- **Sicherheit und Schutz:** Wohnung schützt vor äusseren Einflüssen wie Wetter, Lärm oder fremden Personen.
- **Geborgenheit und Distanz:** Durch die Wohnung wird das Bedürfnis nach Alleinsein und Ungestörtsein befriedigt, wenn diese auch als Privatraum respektiert wird.
- **Beständigkeit und Vertrautheit:** Der persönliche Wohnbereich, Tagesablauf und alltagsbezogene Tätigkeiten vermitteln das Gefühl von Vertrautheit, Kontinuität und Überschaubarkeit und ermöglichen Selbstbestimmung sowie sichere soziale Kontakte im Wohnumfeld.
- **Kontakt und Kommunikation:** Die Wohnung ermöglicht geselliges Beisammensein in kleineren Räumen oder in Gruppenräumen für z. B. Mahlzeiten. Ebenso ist die Wohnung die Basis, von der aus andere Kontakte aufgesucht werden können.
- **Selbstdarstellung und Demonstration des sozialen Status:** Die Einrichtung der eigenen vier Wände durch persönliche Dinge schafft Individualität und Zugehörigkeit. So kann der Mensch sich selbst verwirklichen und seiner Persönlichkeit Ausdruck verleihen. (Stöppler 2017: 143f.)

Lange wurden Wohnbedürfnissen von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wenig Beachtung geschenkt. Sie wurden fremdbestimmt und von ihrer ursprünglichen Lebensumgebung entwurzelt und in Anstalten abgeschoben.

Die Grundbedürfnisse von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung weichen nicht von denen nicht beeinträchtigter Menschen ab. Vielmehr möchte auch ein grosser Teil von ihnen möglichst selbstbestimmt leben und bevorzugt Wohnbedingungen, die von der Gesellschaft als „normal“ bezeichnet werden. Um auch diesem Personenkreis ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, müssen Rückzugsmöglichkeiten in ein

eigenes Zimmer, eine wohnliche Atmosphäre sowie eine Konstanz beim Personaleinsatz der Betreuenden gewährleistet werden (vgl. Theunissen 2010: 59f.).

8.1 Mögliche Wohnformen

Wie bereits in Kapitel vier erwähnt, verbringen ältere Menschen durchschnittlich mehr als drei Viertel des Tages zu Hause. Das veranschaulicht die zentrale Bedeutung der Wohnsituation. Auch für ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung darf der Lebensbereich nicht nur eine Unterbringung darstellen. Vielmehr gilt es gerade diesem Personenkreis ein würdevolles Altern zu ermöglichen und entsprechend bedürfnisorientierte Lebensbedingungen und eine adäquate Wohnumgebung zu ermöglichen (vgl. Havemann/Stöppler 2010: 136).

„Die Wohnung ist der Raum, der es ermöglicht, Individualität zu leben, schafft Privatheit, ist der Ort maximaler individueller Souveränität und persönlicher Integrität.“ (Wacker 1998, zit. nach Havemann/Stöppler 2010: 136)

Gerade bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist der in den allgemeinen Menschenrechten (Artikel 12) sowie in der Europäischen Menschenrechtskonvention (Artikel 8 Abs.1) geforderte Anspruch auf eine Unverletzlichkeit des privaten Raumes nicht immer gegeben. Oft sind diese Menschen auf Unterstützung anderer Personen angewiesen, was das Recht auf ein Leben in einer räumlichen Privatsphäre erheblich einschränken kann (vgl. Kulig/Theunissen 2016: 7).

Seit der Enthospitalisierung ist im Laufe der Jahre ein differenziertes Angebot verschiedener Wohnformen entstanden. Mögliche Wohnformen für ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung werden in den folgenden Unterkapiteln dargestellt.

8.1.1 Wohnen in einer Institution

Rund 75 % der in der Schweiz lebenden Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wohnen im Alter von vierzig Jahren in einer stationären Einrichtung (vgl. Wicki 2014: 4). Ab Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden viele Grosseinrichtungen, um Menschen mit einer Beeinträchtigung zu pflegen und zu versorgen. Die sogenannten Anstalten wurden oftmals von Pfarrern, Ärzten oder Lehrern gegründet. Teilweise lebten und leben auch noch heute mehrere hundert Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in einer

solchen Grosseinrichtung (vgl. Thesing 2009: 78f.). Die Legitimation der stationären Unterbringung wurde durch das sogenannte traditionelle medizinisch-psychiatrische Modell begründet. Grundgedanke dieses Modelles war, dass es für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung am besten sei, wenn sie gruppenweise und isoliert von anderen Menschen untergebracht werden würden. So könnten ihren Bedürfnissen am besten entsprochen werden. Zudem war man der Ansicht, dass einerseits die Gesellschaft vor den Menschen mit einer Beeinträchtigung geschützt werden müsste und andererseits die Menschen mit einer Beeinträchtigung vor der Gesellschaft. In der Fachsprache wird diese Denkweise als Paradigma der Institutionalisierung bezeichnet (vgl. Theunissen 2010: 60).

In Anlehnung an Gukenbiehl (1993: 96) definiert Theunissen (2010: 60) den Begriff Institution als „Erscheinungen geregelter Kooperation von Menschen, ein Zusammenwirken, Miteinanderumgehen, das weder zufällig noch beliebig so geschieht“.

Folgende Punkte sind nach (ebd.: 60) kennzeichnend für eine Institution:

- eine Leitidee,
- ein Personalbestand (Menschen, die vorgesehene Rollen übernehmen),
- Regeln oder Normen und
- ein materieller Apparat (Gegenstände, Räume).

Oftmals sind diese Komplexeinrichtungen ausserhalb von Dörfern und Städten und bieten Dienstleistungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Ausbildung, Schule und Therapien an. Diese Wohnform hat zur Folge, dass sich das Leben des betroffenen Personenkreises vorwiegend in dieser eigenen kleinen Welt abspielt. Kontakte zur Aussenwelt sind häufig auf ein Minimum beschränkt. Aufgrund politischer, wie auch fachlicher und gesellschaftlicher Forderungen, sind die Institutionen in der heutigen Zeit bestrebt, neue Wohnmodelle mit mehr Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu konzipieren und umzusetzen (vgl. Thesing 2009: 78f.).

8.1.2 Aussenwohngruppen

Als Aussenwohngruppen sind Wohngruppen eines Trägers von Wohnstätten zu bezeichnen, deren Bewohner über ein verhältnismässig hohes Mass lebenspraktischer Fertigkeiten verfügen. Die Aussenwohngruppe ist räumlich von der Grundversorgungseinheit

(Kerneinheit) getrennt. Die Bewohner benötigen das umfassende Förderangebot zwar auch regelmässig und nicht nur gelegentlich, jedoch nur in Teilbereichen. Für ihre Betreuung ist in der Regel ein geringerer Personaleinsatz erforderlich. (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 1987, zit. nach Thesing 2009: 10)

Eine grosse Anzahl der Institutionen führen Aussenwohngruppen, welche nach den aktuellen Richtlinien zu den stationären Wohnformen zählen. Im Fachterminus wird diese Wohnform heute als „Betreutes Wohnen“ bezeichnet. Zu dieser Wohnform, welche sich vorwiegend aus den Prinzipien der „Dezentralisierung“ und des „Gemeindenahen Wohnens“ entwickelt hat, zählen das Einzelwohnen, das Paarwohnen, das Leben in Wohngemeinschaften sowie das Wohnen in Gastfamilien. Der Betreuungsbedarf ist bei dieser Wohnform sehr unterschiedlich und individuell ausgestaltet (vgl. Thesing 2009: 97f.).

8.1.3 Betreute Wohngemeinschaft/Begleitete Wohngruppe

Diese Wohnform eignet sich für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, die nicht selbständig leben und wohnen können. Die Begleitung, der in der Regel maximal sechs Klientinnen und Klienten, erfolgt bedürfnisorientiert. Die Förderung der Selbständigkeit spielt dabei eine zentrale Rolle. Caroll (1988, zit. nach Havemann/ Stöppler 2010: 148f.) beschreibt das Leben in dieser Wohnform wie folgt:

- „mit vielleicht fünf oder sechs anderen Menschen zusammenleben;
- ein eigenes Zimmer zu haben;
- sich die Regeln zum Zusammenleben selber zu setzen;
- alltägliche Verrichtungen wie Kochen, Waschen, Einkaufen selbst mit in die Hand zu nehmen;
- mit den Betreuern vertraut zu sein;
- individuelle Kontakte nach aussen zu haben;
- viele Entscheidungen selbst treffen zu können;
- kurz: so zu leben, wie viele es möchten“.

Durch die Förderung einer möglichst selbstbestimmten, selbständigen und individuellen Lebensführung dieser Wohnform, scheint sie auch für ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung geeignet zu sein. Oft erhalten jedoch jüngere Klientinnen oder Klienten bei der konzeptionellen Umsetzung von betreuten Wohngemeinschaften bzw. begleiteten Wohngruppen den Vorzug (vgl. Havemann/Stöppler 2010: 149).

8.1.4 Wohnen in Alters- und Pflegeheimen

Eine Alternative zu den anderen Wohnformen wäre die Eingliederung von älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in ein auf ihre Bedürfnisse ausgerichtetes Alters- und Pflegeheim. Im Gegensatz zu einer Alterseinrichtung für Menschen ohne Beeinträchtigung würde der Fokus nicht nur auf den medizinisch-pflegerischen Bereich gelegt. Vielmehr könnte mit dieser Wohnform auch eine altersgerechte pädagogische Betreuung gewährleistet werden. Obwohl positive Erfahrungsberichte von bereits bestehenden Einrichtungen dieser Art vorliegen, sind sie in der Praxis noch nicht sehr verbreitet. Des Weiteren sind diesbezüglich auch noch keine neueren, evidenzbasierenden Studien vorhanden.

Dass das Wohnen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in Alters- und Pflegeheimen für Menschen ohne Beeinträchtigung im Fachdiskurs als nicht optimal betrachtet wird, beruht auf dem bereits oben erwähnten Fehlen einer beeinträchtigungsspezifischen Betreuung (vgl. Havemann/Stöppler 2010: 148).

8.1.5 Wohnen mit Assistenz

Seit dem Inkrafttreten der Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG-Revision 6a) per 1. Januar 2012 können Menschen mit einer Beeinträchtigung in der Schweiz einen Assistenzbeitrag bei der zuständigen IV-Stelle beantragen. Ziel des Assistenzbeitrages ist es, die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Menschen mit einer Beeinträchtigung zu fördern und ihre Lebensqualität zu verbessern. Anspruch auf einen Assistenzbeitrag haben alle volljährigen Personen, welche eine Hilflosenentschädigung der IV beziehen und zu Hause leben. Für Menschen mit Beeinträchtigung, welche in einer Institution wohnen und einen Austritt ins Auge fassen, ist es möglich, ein Leistungsgesuch bei der IV-Stelle einzureichen (vgl. BASS AG 2016: III).

Menschen mit einer Beeinträchtigung, welche nur eingeschränkt handlungsfähig sind, müssen ein gewisses Mass an Selbständigkeit aufweisen und zudem einen der folgenden Punkte erfüllen:

- einen eigenen Haushalt führen;
- eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt oder eine Ausbildung auf Sekundarstufe II oder der Tertiärstufe absolvieren;

- während mindestens 10 Stunden pro Woche eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausüben;
- bei Eintritt der Volljährigkeit bereits einen Assistenzbeitrag aufgrund eines Intensivpflegezuschlages für einen Pflege- und Überwachungsbedarf von mindestens sechs Stunden pro Tag beziehen. (Informationsstelle AHV/IV 2015a: 2)

Die assistenzleistende Person wird von der assistenzbeziehenden Person angestellt und erhält von ihr einen Arbeitsvertrag. Als Assistenzperson darf jedoch nur jemand angestellt werden, der mit der assistenzbeziehenden Person nicht verheiratet ist, nicht in direkter Linie verwandt ist, nicht in einer eingetragenen Partnerschaft lebt und keine faktische Lebensgemeinschaft führt (vgl. Informationsstelle AHV/IV 2015a: 5).

Im Jahr 2015 nahmen 1'543 erwachsene Personen aktiv einen Assistenzbeitrag in Anspruch. Der grösste Teil der Assistenzbeziehenden hat eine körperliche Beeinträchtigung. Wie in Abbildung 5 ersichtlich ist, weisen rund 16 Prozent eine kognitive Beeinträchtigung auf. Von den Assistenzbeziehenden mit einer kognitiven Beeinträchtigung haben gemäss Abbildung 4 sieben Prozent eine hochgradige kognitive oder eine schwerst mehrfach kognitiv-körperliche Beeinträchtigung. Auf das Alter bezogen beziehen über 40-Jährige öfters einen Assistenzbeitrag als unter 40-Jährige. Im Vergleich zur Gesamtzahl der zu Hause wohnenden Bezügerinnen und Bezüger einer Hilflosenentschädigung beziehen bei den 18- bis 39-Jährigen rund 5.2 Prozent einen Assistenzbeitrag und bei den 40- bis 64-Jährigen 8.1 Prozent. Dieser Verlauf ist in vielen Fällen auf einen negativen Krankheitsverlauf zurückzuführen (vgl. BASS AG 2016: 21).

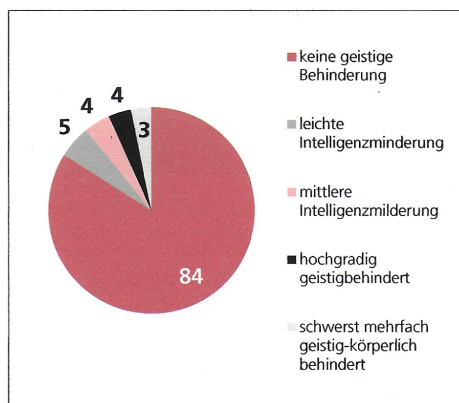


Abb. 4: Anteile der Assistenzbeziehenden nach Grad Beeinträchtigung (in: BASS AG 2016: 21)

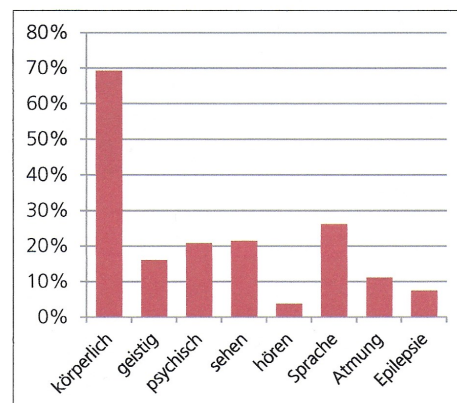


Abb. 5: Anteile der Assistenzbeziehenden nach der geistigen Behinderung (in: BASS AG 2016: 21)

Einige Fragen wirft jedoch die Tatsache auf, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung, welche das Rentenalter bereits erreicht haben, keinen Assistenzbeitrag erhalten. Wem jedoch vor dem AHV-Bezug ein Assistenzbeitrag zugesprochen wurde, erhält diesen auch nach der Pensionierung. Gemäss Mario Christoffel, stellvertretender Chef der Abteilung Alters- und Hinterlassenenvorsorge (AHV), wurde dieser Entscheid aus finanzpolitischen Überlegungen getroffen (vgl. Schärer 2012).

8.2 Paradigmenwechsel im Kontext von betreutem Wohnen

Unter Paradigmenwechsel wird eine grundlegende Änderung des Blickwinkels zu einem relevanten Thema der Gesellschaft verstanden. Im Folgenden werden eine Auswahl der in Tabelle 6 abgebildeten Dimensionen, welche für diese Arbeit relevant sind, und der aktuelle Paradigmen-Diskurs bezüglich der Wohnsituation von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung näher beleuchtet (vgl. Schädler/Rohrmann 2016: 29).

(Teil-)stationäres Paradigma	Inklusionsparadigma
Von weitgehender Fremdbestimmung	zu weitgehender Selbstbestimmung
Vom ›Platz‹	zum ›hilfreichen Arrangement‹
Von der Planung nach der institutionellen Platzierung	zur personenzentrierten Planung vor Leistungserbringung
Vom Professionellen als ›Manager/in der Wohngruppe‹	zum Professionellen als individuelle/r Assistent/in
Von fehlender Gendersensibilität (›Bewohner‹)	zur Gendersensibilität (Klientin/ Klient)
Von der institutionellen Logik des Heims	zur privaten Logik der Wohnung
Von der Teilhabe in der Parallel-Welt der Sondereinrichtung	zur sozialen Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft
Von der institutionell vorgegebenen Ressourcenbegrenzung	zur Nutzung der Ressourcen des Sozialraums
Von der Zusammenarbeit mit einem Kostenträger	Zur Zusammenarbeit mit mehreren Kostenträgern
Von der ›Einrichtung‹	Zum ›Dienst‹

Abb. 6: Ausgewählte Dimensionen des Paradigmenwechsels (in: Schädler/Rohrmann 2016: 37)

Umfassende Selbstbestimmung anstelle von umfassender Fremdbestimmung

Gautschin et al. (2010: 19) erläutern Selbstbestimmung wie folgt: „Mit anderen Worten geht es darum, eigene Interessen und Wünsche deutlich zu machen, Entscheidungen treffen zu können, das Wissen zu haben, um notwendige Aufgaben und Schwierigkeiten zu bewältigen oder aber sich Hilfe zu holen, wenn dies die eigenen Möglichkeiten übersteigt.“

Den Interessen und Wünschen von älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird oft noch zu wenig Beachtung geschenkt. Vor dem Hintergrund, dass sich die konzeptionelle Ausrichtung in vielen Institutionen nach wie vor nach dem Versorgerprinzip richtet, werden individuelle Bedürfnisse dieses Personenkreises, was die Wohnform und das Wohnumfeld betrifft, noch nicht vollumfänglich respektiert (vgl. Havemann/Stöppler 2010: 137). Wie bereits dem Kapitel 7.2.1.3 dieser Arbeit zu entnehmen ist, fordert die UN-BRK in Artikel 19 im Sinne eines Rechts auf eine umfassende Selbstbestimmung, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine Wahlfreiheit bezüglich Aufenthaltsort und Wohnform zugestanden werden muss (vgl. Behindertenrechtskonvention.Info o.J.).

Ambulant begleitetes Wohnen anstelle von Wohnen in einer Institution

Wohnt ein Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung in einer Institution, erhält er in der Regel alle nötigen unterstützenden Dienstleistungen vom gleichen Leistungserbringer. Das hat zur Folge, dass seine Lebenswelt von Fremdbestimmung und Ausgrenzung geprägt ist. Erhält er jedoch die Möglichkeit, in einer eigenen Wohnung seinen Lebensalltag bedürfnisorientiert und ihm Rahmen seiner kognitiven und körperlichen Verfassung entsprechend selbstbestimmt zu gestalten, erhält er die Chance ein „normales“ Leben zu führen. Damit diesem Wunsch entsprochen werden kann, ist es unabdingbar, dass die damit verbundenen organisatorischen und administrativen Arbeiten fachgerecht ausgeführt werden, sei dies mit oder ohne fremde Unterstützung (vgl. Schädler/Rohrman 2016: 34).

Da es für ältere Menschen belastend sein kann, wenn sie ihr gewohntes Umfeld verlassen müssen, gilt es auch dem Wunsch älterer Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung möglichst zu entsprechen, den Lebensabend in der ihnen vertrauten Institution zu verbringen (vgl. Havemann/Stöppler 2010: 138).

Fachpersonen als Assistierende anstelle von Managern in der Wohngruppe

Auch in der heutigen Zeit gehören im institutionellen Kontext sogenannte Kerngruppen, in welchen immer noch über sechs Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in einer Wohngruppe leben, zur Tagesordnung. Der Auftrag der betreuenden Fachpersonen besteht in erster Linie darin, die ganze Gruppe gemäss den vorstrukturierten Tagesabläufen zu unterstützen. So werden beispielsweise Mahlzeiten gemeinsam eingenommen, Freizeitaktivitäten gemeinsam durchgeführt oder der Urlaub wird wiederum als Gruppe verbracht. Im Fokus der betreuenden Fachpersonen steht somit das Wohlergehen der ganzen Gruppe. Den individuellen Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten wird im Praxisalltag oft zu wenig Beachtung geschenkt. Im Gegensatz zur gruppenzentrierten Tagesgestaltung richten die betreuenden Fachpersonen bei der Wohnform mit persönlicher Assistenz ihre Unterstützungsleistungen nach dem individuellen Bedarf der leistungsbeziehenden Person (vgl. Schädler/Rohrman 2016: 35).

Die Logik der Privatwohnung anstelle der Logik der Institution

In ihrer Privatwohnung können Menschen mit einer Beeinträchtigung mit Unterstützung des assistierenden Personenkreises den Alltag nach ihren Vorstellungen gestalten. Wie Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung können sie, unter Einhaltung der gegebenen Rahmenbedingungen, eigenständig entscheiden, wann sie etwa zu Bett gehen möchten, wie sie ihre Freizeit verbringen möchten oder welche Fernsehsendung sie sehen möchten. Diese Wohnform stellt die Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung immer wieder vor neue Herausforderungen, welche entweder alleine oder mit Unterstützung der Assistenzperson gelöst werden müssen. Durch diese wiederkehrenden Herausforderungen können sie mehr Selbstwirksamkeit erfahren sowie ihr Selbstvertrauen stärken (vgl. ebd.: 35).

Gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion anstelle von Ausgrenzung

Die Tatsache, dass sich Institutionen vielfach ausserhalb von Städten oder Dörfern befinden, also abgesondert von der Gesellschaft, erschwert die Möglichkeit zu einer inklusiven Lebensführung für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung erheblich. Ihr Leben spielt sich nicht nur vorwiegend in einer sogenannten Parallelwelt ab. Vielmehr ist auch ihr soziales Netzwerk auf andere Klientinnen und Klienten sowie Mitarbeitende begrenzt. Aktivitäten oder soziale Kontakte ausserhalb des institutionell gegebenen Rahmens finden entweder nur wenig Platz in der Tagesstruktur oder etwa in Form von Aus-

flügen, an welchen wiederum die ganze Wohngruppe teilnimmt. Eine subjektorientierte gelingende gesellschaftliche Teilhabe ist in dieser Wohnform nur bedingt ohne Einschränkungen zu gestalten (vgl. ebd.: 36).

Nutzung der Ressourcen des Sozialraums anstelle von institutionell vorgegebener Ressourcenbegrenzung

Institutionen sind bestrebt, den Klientinnen und Klienten ein möglichst breitgefächertes Unterstützungsangebot zu gewährleisten. Ob und inwiefern dieses den individuellen Bedürfnissen der Leistungsnehmenden entspricht, kann in Frage gestellt werden. Einerseits steht die Ressourcenerschliessung in engem Zusammenhang mit den personellen Möglichkeiten der Institution und andererseits steht in diesem Kontext vielfach die ganze Gruppe und nicht die Einzelperson im Aufmerksamkeitsfokus der Fachpersonen. Im Gegensatz dazu wird der in einer inklusiven Wohnform lebende Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung vom sozialen Umfeld als Einzelperson und nicht als Gruppenmitglied wahrgenommen. Er erhält aufgrund dieses subjektbezogenen Blickwinkels ganz andere Chancen soziale Kontakte auch ausserhalb des Unterstützungs- und Assistenzarrangements zu knüpfen und daraus neue bedürfnisorientierte Ressourcen zu generieren (vgl. ebd.: 36).

9 Geschichte NFA

Seit dem Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs (NFA) ist die Zuständigkeit für Institutionen (Wohnheime, Werkstätten und Tagesstätten) für erwachsene Menschen mit Beeinträchtigungen vom Bund an die Kantone übergegangen. Am 28. November 2004 nahmen das Volk und die Stände die NFA-Vorlage mit einem deutlichen Mehr an. Seit dem 1. Januar 2008 sind die Änderungen rechtsverbindlich. Im Rahmen der Neugestaltung wurden diverse Änderungen bezüglich Aufgabenverteilung, Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen sowie zwischen den Kantonen vorgenommen. Zudem wurde der Finanzausgleich von Grund auf neu organisiert.

Gemäss dem Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen vom 6. Oktober 2006 (IFEG) erhielten die Kantone den Auftrag, Konzepte zu erarbeiten, welche aufzeigen sollten, mit welchem Finanzierungsmodell die Leistungen ab 2011 erfolgen sollten. Durch eine Kommission wurden die kantonalen

Konzepte überprüft und im März 2012 waren alle durch den Bundesrat abgesegnet (vgl. SODK o.J.).

9.1 Finanzierungsarten

Den 26 Kantonen wurde freigestellt, welches der folgenden Finanzierungsmodelle sie anwenden wollten (vgl. Jaggi 2008: 3).

9.1.1 Objektfinanzierung

Wie in Abbildung 7 dargestellt, erhält bei der Objektfinanzierung die leistungserbringende Institution vom Kanton (ehemals Bund) einen im Vorfeld ausgehandelten Betrag. Die in einem Leistungsvertrag festgehaltene Höhe der finanziellen Mittel fliesst direkt vom Kanton zur Institution, welche die Leistung für den Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung erbringt. Die Höhe des vom Kanton geleisteten Betrages ist nicht direkt von den subjektiven Bedürfnissen der einzelnen Klientinnen und Klienten abhängig. Vielmehr steht die Deckung der kalkulatorisch berechneten Allgemeynkosten der Institution im Vordergrund (vgl. Jaggi 2007: 7). Mit der Objektfinanzierung, die Leistungen nach dem Durchschnittsaufwand und nicht subjektbezogen entrichtet, werden somit keine Anreize geschaffen, um Menschen mit hohem Pflege- und Betreuungsbedarf in einer Institution aufzunehmen.

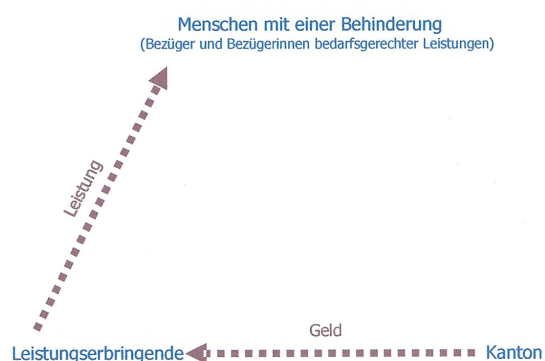


Abb. 7: Modell Objektfinanzierung (in: Jaggi 2008: 5)

9.1.2 Unechte Subjektfinanzierung

Abbildung 8 stellt den Ablaufprozess der unechten Subjektfinanzierung dar. Wie bei der Objektfinanzierung fließen die in einem Aushandlungsprozess zugesprochenen Gelder vom Kanton direkt an die leistungserbringende Institution. Die getroffenen Vereinbarungen werden wiederum in einem Leistungsvertrag verankert. Im Gegensatz zur Objektfinanzierung wird bei dieser Finanzierungsart der individuelle Bedarf der Klientinnen und Klienten mit Hilfe eines Einstufungssystems entschädigt. Weil eine individuelle Bedarfsabklärung der Klientinnen und Klienten vorgenommen werden muss, ist dieses Modell mit mehr Aufwand verbunden als die Objektfinanzierung (vgl. Jaggi 2007: 7).

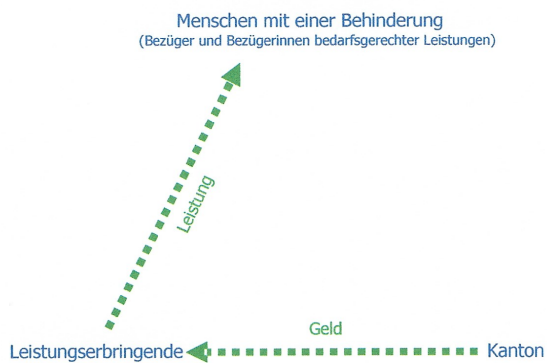


Abb. 8: Modell Unechte Subjektfinanzierung (in: Jaggi 2008: 5)

9.1.3 Echte Subjektfinanzierung

Bei der echten Subjektfinanzierung erhält die Klientin oder der Klient die Geldmittel direkt vom Kanton und kann in einem zweiten Schritt die benötigten Leistungen bei der leistungserbringenden Institution einkaufen (siehe [Abbildung 9](#)). Auch bei diesem Modell bedarf es einer individuellen Bedarfsabklärung. Einerseits besteht ein Rechtsverhältnis zwischen dem Kanton und der Klientin oder dem Klienten und andererseits zwischen der leistungserbringenden Institution und der Klientin oder dem Klienten. Durch die unterschiedlichen Rechtsverhältnisse ist dieses Modell relativ aufwändig. Der Kanton nimmt in diesem Modell die Rolle eines Regulators ein, welcher die Rahmenbedingungen festlegt. Zudem nimmt der Kanton gegenüber den leistungserbringenden Institutionen wichtige Aufsichtspflichten wahr. In diesen Bereich gehören beispielsweise die Qualitätssicherung sowie die Ausstellung und Erneuerung von Betriebsbewilligungen (vgl. Jaggi 2007: 8).

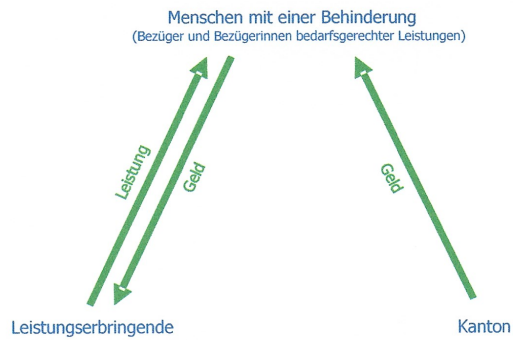


Abb. 9: Modell Echte Subjektfinanzierung (in: Jaggi 2008: 6)

9.1.4 Mischformen

Beim Modell der Mischformen finden sich sowohl Komponenten der Objektfinanzierung, als auch solche der unechten oder der echten Subjektfinanzierung wie Abbildung 10 zeigt (vgl. Jaggi 2007: 9).

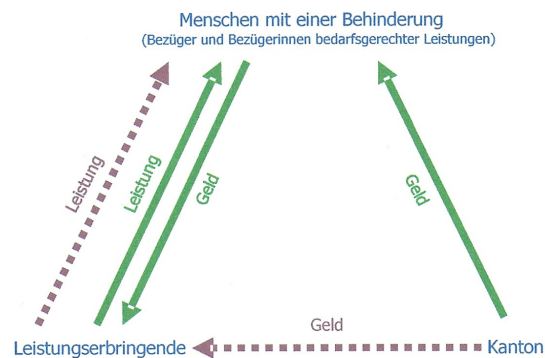


Abb. 10: Modell Mischform (in: Jaggi 2008: 6)

9.2 Vor- und Nachteile der Finanzierungsmodelle

Gemäss Jaggi (2007: 16) scheint die **Objektfinanzierung** in erster Linie für die Kantone von Vorteil zu sein. So können sie nicht nur ein bereits implementiertes und vom Bundesamt für Sozialversicherungen angewandtes Finanzierungsprinzip übernehmen. Vielmehr sind sie in der Lage die Finanzierungsprozesse direkt zu steuern, was wiederum Unsicherheiten und Risiken auf ein Minimum reduziert. Als Nachteil bei diesem Finanzierungsmodell kann die Möglichkeit zu Quersubventionierungen betrachtet werden. Nimmt die Institution mehrheitlich Menschen mit einer leichteren Beeinträchtigung auf, können daraus finanzielle „Überschüsse“ resultieren, welche demnach von

Menschen mit einer leichten zu Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung quersubventioniert werden. Mit entsprechend angepassten Leistungsverträgen könnten falsche Anreize dieser Art verhindert werden. Aufgrund dessen, dass die Bedarfsplanung von den Kantonen gesteuert wird, besteht für einen grossen Teil der Menschen mit einer Beeinträchtigung keine bis nur eine geringe Wahlmöglichkeit, was ihren Aufenthaltsort betrifft. Es sei denn, sie können sich eine Alternative mit Hilfe von eigenen finanziellen Mitteln leisten.

Weil das Rechtsverhältnis nur zwischen dem Kanton und der jeweiligen Institution besteht, ist das System der Objektfinanzierung in der Anwendung als einfach einzustufen. Zwischen der Institution und der Klientin oder dem Klienten werden die getroffenen Vereinbarungen in der Regel in der Form eines Vertrages schriftlich festgehalten. Für die Kantone und Institutionen scheint dieses Finanzierungsmodell mit relativ geringem Aufwand verbunden zu sein. Insbesondere, weil einerseits die Finanzierungsabwicklung zwischen den Kantonen und den Institutionen direkt erfolgt und andererseits, weil keine Einstufung des nötigen Betreuungsaufwandes mit Hilfe eines Einstufungssystems nötig ist.

Menschen mit einer Beeinträchtigung scheinen bezüglich Planung und Entscheidungen bei diesem Finanzierungsmodell gar keinen oder nur geringen Einfluss zu haben (vgl. Jaggi 2007: 16f.).

Die **unechte Subjektfinanzierung** ist bei der Abwicklung mit mehr Aufwand verbunden und um einiges komplexer als die Objektfinanzierung. Wie bei der Objektfinanzierung bestehen die Rechtsverhältnisse nur zwischen dem Kanton und der jeweiligen Institution. Bei diesem Finanzierungsmodell werden die Menschen mit einer Beeinträchtigung jedoch bezüglich des benötigten Betreuungsaufwandes individuell eingestuft. Dies hat zur Folge, dass der Betreuungsaufwand je nach Behinderungsgrad finanziell abgegolten wird. Aufgrund der individuellen Einstufungen finden somit keine Quersubventionierungen wie bei der Objektfinanzierung statt. Bevorzugen oder Benachteiligungen aufgrund des Behinderungsgrades sind bei diesem Finanzierungsmodell nicht vertretbar. Infolge der Heterogenität der Klientinnen und Klienten ist die Umsetzung der Einstufung, welche durch die Institutionen erfolgt, relativ schwierig und aufwändig.

Vor dem Hintergrund, dass die finanzielle Abgeltung individuell und je nach Betreuungsaufwand erfolgt, scheint dieses Finanzierungsmodell für die Menschen mit einer

Beeinträchtigung, im Gegensatz zur Objektfinanzierung, mit Vorteilen verbunden zu sein. Durch die individuelle Einstufung werden die jeweiligen Kostenaufwendungen transparent, was jedoch nach Jaggi (2007: 17) ethische Diskussionen zur Folge haben kann. Gerade wenn die Betreuung mit sehr hohem Aufwand verbunden ist und die Folgekosten entsprechend hoch ausfallen.

Aufgrund der erhöhten Anzahl von Vertragsparteien ist die **echte Subjektfinanzierung** das komplexeste der vier beschriebenen Modelle. Der Kanton stellt dem Menschen mit einer Beeinträchtigung Gelder für den Einkauf der nötigen Dienstleistungen zur Verfügung. Die Höhe des zur Verfügung gestellten Geldbetrages wird, wie bei der unechten Subjektfinanzierung, mit Hilfe eines Einstufungssystems festgelegt. Der Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung erhält mit der echten Subjektfinanzierung wie bereits oben erwähnt die Möglichkeit, seine Dienstleistungen entsprechend seiner Bedürfnisse frei wählbar einzukaufen. Dies hat zur Folge, dass marktwirtschaftliche Faktoren eine zentrale Rolle spielen. Durch das Prinzip von Angebot und Nachfrage kann davon ausgegangen werden, dass von Seiten der Dienstleister individuell angepasste Betreuungsangebote zu Verfügung gestellt werden. In Anbetracht dessen, dass der betroffene Personenkreis die Dienstleistungen direkt beim Anbieter organisiert und einkauft, kann dieses System die Kantone finanziell entlasten. Aber auch Institutionen können einen Vorteil aus diesem Finanzierungsmodell ziehen. So besteht für sie die Möglichkeit, ihre Dienstleistungen auch ausserhalb der Institution anzubieten, was ihre Existenzberechtigung aus einem anderen Blickwinkel betrachten lässt. Gerade Institutionen wurden des Öfteren dem Vorwurf ausgesetzt, sie könnten ihre Existenz nur durch die Unterstützung der öffentlichen Hand sichern.

Aus Sicht der Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung bringt das Modell der echten Subjektfinanzierung den Vorteil einer bestmöglichen Wahlfreiheit. Zudem entfallen Quersubventionierungen und es ist eine hohe Transparenz gegeben (vgl. ebd.: 18).

Wie zugänglich ist das Modell der Subjektfinanzierung für Menschen mit einer hochgradigen kognitiven Beeinträchtigung? Diese von Skeptikern viel diskutierte Frage findet ihre Berechtigung in der Tatsache, dass sich die Zielgruppe schemenhaft in zwei Untergruppen einteilen lässt. Ein Teil der Untergruppe bringt die kognitiven Voraussetzungen mit, um selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen und der andere Teil ist aufgrund einer hochgradigen kognitiven Beeinträchtigung nicht in der Lage dazu (vgl. Stirnimann 2012: 49f.).

Die **Mischformen** beinhalten Vorteile der Objekt-, wie auch der Subjektfinanzierung, was jedoch eine gewisse Komplexität mit sich bringt. Im Gegensatz zur echten Subjektfinanzierung erhält die Institution vom Kanton Geldleistungen für beispielsweise die Infrastruktur und demzufolge hat der Kanton einen Einfluss auf die Entwicklung der Angebote. Die Institution steht einerseits in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zum Kanton, kann aber andererseits das Investitionsrisiko minimieren.

Aufgrund der Elemente des Modells der Subjektfinanzierung erhalten die Menschen mit einer Beeinträchtigung eine gewisse Wahlfreiheit, was die Nutzung der Leistungsangebote betrifft (vgl. ebd.: 19).

Auf der nachstehenden Abbildung ist u.a. ersichtlich, wie gross die Einflussnahme durch die Menschen mit einer Beeinträchtigung bei den verschiedenen Finanzierungsmodellen wäre.

<i>Kriterium</i>	<i>Objektfinanzierung</i>	<i>Unechte Subjektfinanzierung</i>	<i>Subjektfinanzierung</i>	<i>Mischform</i>
<i>Steuerbarkeit des Systems</i>	Kein Einfluss	Verstärkte Mitsteuerung durch Behinderte durch Entscheidung für bestimmte Institution	Hohe eigene Steuerungskompetenz	Mittlere eigene Steuerungskompetenz (abhängig von Ausgestaltung des Modells)
<i>Planbarkeit des Bedarfs</i>	Kein Einfluss	Kein Einfluss	Markt ersetzt z.T. die Planung; Unsicherheit in der Umsetzung der Planung	Markt ersetzt z.T. die Planung; Unsicherheit in der Umsetzung der Planung
<i>Effizienz/ Kostengünstigkeit</i>	Kein Einfluss	Kein Einfluss	Klare direkte Kontrolle und Einfluss des Leistungseinkäufers	Z.T. klare direkte Kontrolle und Einfluss des Leistungseinkäufers
<i>Wahlfreiheit des Behinderten</i>	Eher gering	Verbessert	Optimal	Eher optimal
<i>Qualitätssicherung</i>	Wenig Einfluss	Verbesserter Einfluss	Hoher Einfluss durch „Marktentscheidungen“	Eher hoher Einfluss durch „Marktentscheidungen“
<i>Administrativer Aufwand</i>		Einbezug in Rating-System	Einbezug in Rating-System	Z.T. Einbezug in Rating-System
<i>Anreizelemente</i>	Kaum	Teils	Gross	Gross
<i>Politische Realisierbarkeit</i>	Hoch	Mittel	Unsicher, da dem System wohl mehr Missbrauchspotenzial unterstellt werden kann	Eher unsicher, da dem System wohl mehr Missbrauchspotenzial unterstellt werden kann

Abb. 11: Perspektive der Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung (in: Jaggi 2007: 15)

10 Aktuelle Situation in den Kantonen

Ausser den Kantonen Basel-Stadt, Basel-Land und Bern haben sich aktuell keine weiteren Kantone definitiv für einen Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung entschieden. Der Kanton Zug hat jedoch ein Projekt lanciert, um die neue Finanzierungsart zu evaluieren und wird nach einer 3-jährigen Probephase definitiv entscheiden. In den folgenden Unterkapiteln wird näher auf die Umsetzungsprozesse der Kantone, welche die Subjektfinanzierung gewählt haben, eingegangen.

10.1 Aktuelle Situation in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land

Die Kantone Basel-Stadt (BS) und Basel-Land (BL) haben sich nach der Neugestaltung des Finanzausgleichs für einen Systemwechsel entschieden. Auf der Grundlage des vom Bundesrat im Herbst 2010 genehmigten Konzeptes sowie des neuen Gesetzes über die Behindertenhilfe (BHG), wurde das System des individuellen Bedarfs im Januar 2017 eingeführt. Auf kantonaler Ebene haben sowohl der Grosse Rat in BS wie auch der Landtag BL das neue gemeinsame Gesetz über die Behindertenhilfe im September 2016 genehmigt. Das BHG zielt auf die Umsetzung der in der UN-BRK beschriebenen Forderungen ab, Menschen mit einer Beeinträchtigung mehr Eigenverantwortung, Mitbestimmung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. In den Kantonen BS und BL wurde somit der Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung vollumfänglich umgesetzt und gesetzlich verankert (vgl. Amt für Sozialbeiträge o.J.).

Die Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfs wird mit den zwei Einstufungsinstrumenten IHP und IBB*plus* durchgeführt. Mit welchem Instrument der individuelle Unterstützungsbedarf ermittelt wird, entscheiden die zuständigen kantonalen Ämter. Nach erfolgter Einstufung des Amtes für Sozialbeiträge (BL) und des Amtes für Kind, Jugend und Behinderungsangebote (BS) können bedarfsgerechte Leistungsanbieter gesucht werden, mit welchen anschliessend gemeinsam beim zuständigen Amt ein Antrag eingereicht werden muss. Wird der Antrag akzeptiert erfolgt die Genehmigung der ermittelten Leistungen in Form von einer Kostenübernahmegarantie (BS) bzw. einer Beitragsverfügung (BL). Um allfällige Fragen zu klären und um bedarfsgerechte Unterstützung bei der doch komplexen Prozessabwicklung zu leisten, wurden Informations- und Beratungsstellen (INBES) eingerichtet. Im Lebensbereich Wohnen erhalten die Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung Finanzmittel für Betreuungskosten. Darunter fallen direkte Unterstützungsleistungen wie beispielsweise die Beratung und

Begleitung im Lebensalltag. Die Wohnkosten in einer Institution oder in einer eigenen Wohnung gehen zu Lasten der Leistungsbeziehenden. Üblicherweise werden diese Objektkosten mit der IV-Rente, mit Beiträgen anderer Versicherer sowie mit Ergänzungsleistungen beglichen (vgl. Amt für Sozialbeiträge Basel-Stadt 2017: 5ff.).

10.2 Aktuelle Situation im Kanton Bern

Das Berner Behindertenkonzept vom 26. Januar 2011 wurde vom Bundesrat im Jahr 2012 genehmigt. Im Fokus der behindertenpolitischen Zielsetzungen des Kantons Bern steht die Förderung einer selbstbestimmten, eigenverantwortlichen und teilhabeorientierten Lebensgestaltung von erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen. Der Kanton Bern hat sich für das Modell der Subjektfinanzierung entschieden. Somit können Menschen mit einer Beeinträchtigung bedeutend selbstbestimmter wählen, wie sie wohnen möchten: in einer eigenen Wohnung mit Assistenz oder in einer Institution. Der Unterstützungsbedarf wird mit einem Einstufungssystem (VIBEL) ermittelt und entsprechend der individuellen Einstufung erhält die Klientin oder der Klient die Geldmittel direkt vom Kanton. So erhalten sie die Möglichkeit, Unterstützungsleistungen in den Lebensbereichen Wohnen, Freizeit und Arbeit bedarfsgerecht einzukaufen (vgl. Behindertenpolitik im Kanton Bern 2016: 6f.).

Vor dem Hintergrund, dass sich die Lebenserwartung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung immer mehr jener der Durchschnittsbevölkerung annähert, hat der Kanton Bern auch explizit für diese Altersgruppe folgende Ziele definiert:

- Menschen mit Behinderungen haben ein Recht darauf, so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld zu leben, wenn sie das möchten.
- Bei Menschen, welche in einem Behindertenheim leben, darf der Eintritt ins Pensionsalter nicht dazu führen, dass ihnen behinderungsbedingte, notwendige Betreuung- und Pflegeleistungen entzogen werden.
- Lehre, Forschung und Bildung müssen die demografische Entwicklung im Behindertenbereich aufgreifen. Das entsprechende Fachwissen muss in die Praxis der Institutionen einfließen.
- Die kantonalen Versorgungsstrategien im Behinderten- und Altersbereich müssen koordiniert werden.

- Die Finanzierung von Angeboten für Menschen mit Behinderungen muss auch nach dem Eintritt ins AHV-Alter möglich bleiben. (Behindertenpolitik im Kanton Bern 2016: 21)

Ab 2020 wird im Kanton Bern das Modell der Subjektfinanzierung, nach der Revision des Sozialhilfegesetzes, definitiv eingeführt. Es gilt für alle erwachsenen Menschen, welche eine Hilflosenentschädigung oder eine IV-Rente beziehen und Unterstützungsleistungen aufgrund ihrer Beeinträchtigung in Anspruch nehmen müssen. Aktuell wird das Finanzierungssystem in einem Pilotprojekt, dem sogenannten - **Berner Modell** -, welches im Januar 2016 startete, getestet und laufend evaluiert. Gegenwärtig sind 15 Institutionen mit 550 Personen und 34 Personen, die in einer Privatwohnung leben, Teil dieser phasenweisen Einführung des neuen Finanzierungssystems. Geplant ist, dass bis Ende 2019 fünf weitere Institutionen mit etwa 1'085 Personen und weitere Privatwohnende in das Pilotprojekt eingebunden werden. Um eine zu hohe Auslastung bzw. Überlastung bei der unabhängige Abklärungsstelle für den individuellen Bedarf von Menschen mit Behinderung sowie der Verwaltung zu vermeiden, wurden und werden die Projektteilnehmenden gestaffelt in das Pilotprojekt aufgenommen. Wie bereits weiter vorne erwähnt, wird der bedarfsorientierte Abklärungsprozess mit dem Einstufungs-Instrument VIBEL vorgenommen. Die erste Version wurde bereits weiterentwickelt, so dass voraussichtlich ab 2018 VIBEL 2 zur Anwendung kommt. Des Weiteren wurde vom Grossen Rat in der Märzsession 2017 ein Kredit gesprochen, der für die Entwicklung einer webbasierten Lösung (IBAS) für die administrativen Abläufe bestimmt ist. Mit Hilfe von IBAS wird die gesamte Prozessabwicklung, von der Anmeldung bis zur Abrechnung, sowohl für Leistungsbeziehende, wie auch für die Verwaltung vereinfacht. Mit der neuen Informationsplattform - www.participa.ch -, welche im Auftrag des Kantons Bern von der Kantonalen Behindertenkonferenz (kbk) erstellt wurde, sind diverse Informationen zur Umsetzung des Behindertenkonzeptes aufgeschaltet (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2017: 1ff.).

Obwohl die neuen administrativen Prozesse während dieser Pilotphase für alle Beteiligten mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden sind, sind die Rückmeldungen nach dieser kurzen Pilotphase vorwiegend positiv. Nur eine kleine Anzahl der Teilnehmenden ist aus dem Pilotprojekt ausgestiegen. Durch die zahlreichen positiven, aber auch wenigen kritischen Rückmeldungen können Kritikpunkte in dieser Testphase laufend eruiert und optimiert werden. Insbesondere für Menschen mit einer Beeinträchtigung und/oder

deren Unterstützungspersonen ist es unabdingbar, dass die Prozessabwicklung möglichst einfach zu handhaben ist.

10.3 Aktuelle Situation im Kanton Zug

Mit dem Ziel, „Menschen mit einer Beeinträchtigung mehr Selbständigkeit, Teilhabe und Eigenverantwortung zu ermöglichen“, startete der Kanton Anfang 2017 mit dem Projekt „Individuelle und bedarfsgerechte Unterstützung für Zugerinnen und Zuger mit Behinderung“. Das Projekt trägt den Namen **InBeZug** und wird vom Kantonalen Sozialamt im Auftrag der Zuger Regierung durchgeführt. Der Kanton Zug bezieht sich in seiner Begründung für eine Neugestaltung auf die UN-Behindertenrechtskonvention, welche in Artikel 19 eine Wahlfreiheit bezüglich der Wohnform fordert. Nach Ablauf der dreijährigen Projektphase verlangt der Regierungsrat einen Bericht, in welchem aufgezeigt wird, wie ein zeitgemässes, bedarfsgerechtes Finanzierungssystem implementiert werden kann (vgl. Kanton Zug 2017: 1f.).

In Abbildung 12 wird der geplante Projektverlauf detailliert dargestellt.

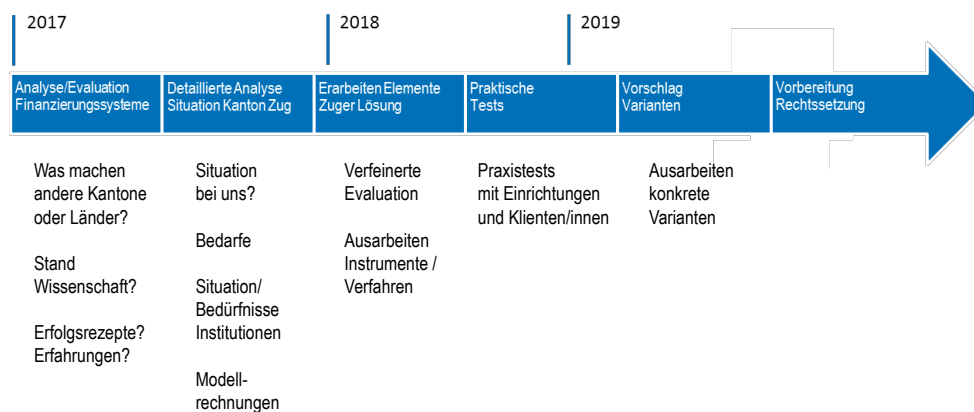


Abb. 12: Projektverlauf Kanton Zug (in: Kantonales Sozialamt 2017: 7)

10.4 Fazit zur aktuellen Situation in den Kantonen

In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land wurde das System des individuellen Bedarfs im Januar 2017 implementiert.

Der Kanton Bern startete bereits im Januar 2016 mit einem in drei Phasen unterteilten Pilotprojekt. Infolge der gestaffelten Neuaufnahme von Menschen mit einer kognitiven

Beeinträchtigung wird einerseits eine administrative Überbelastung der involvierten Ämter verhindert und andererseits kann das Pilotprojekt laufend evaluiert und entsprechend angepasst werden. Die definitive Einführung des neuen Systems sowie die definitive Verankerung im Sozialhilfegesetz erfolgt voraussichtlich im Jahr 2020.

Seit Anfang 2017 läuft im Kanton Zug das Projekt „Individuelle und bedarfsgerechte Unterstützung für Zugerinnen und Zuger mit Behinderung“. Geplant ist, dass nach einer dreijährigen Erarbeitungs- und Testphase über einen allfälligen Systemwechsel entschieden wird (vgl. Aschwanden 2016: 2).

Im Kanton Zürich wurde in der Zwischenzeit ein parlamentarischer Vorstoss bezüglich eines Systemwechsels eingereicht. Mit der Motion „Selbstbestimmung ermöglichen durch Subjektfinanzierung“ gelangten drei Kantonsräte an den Regierungsrat, um das Anliegen zu prüfen (vgl. Siems 2017: o.S).

Aus verschiedenen Gründen wird das Modell der Subjektfinanzierung in allen anderen Kantonen in absehbarer Zukunft nicht eingeführt. Die Befürchtung, dass mit der Umsetzung der Subjektfinanzierung die gewünschte Kostenneutralität nicht zu erfüllen wäre, scheint viele Kantone noch von einem Systemwechsel abzuhalten (vgl. Stirnimann 2012: 50).

11 Schlussfolgerungen

„Menschen mit Behinderung haben ein Recht, in Würde unter Respektierung der Einmaligkeit ihrer Persönlichkeit alt zu werden und neue Kompetenzen zu erwerben.“

(Höpflinger 2017: 116)

Nach eingehender Auseinandersetzung mit den Thematiken dieser Arbeit gewinnt die obenstehende Aussage von Höpflinger (Kapitel 4) an Bedeutung und kann aus einem vertieften Blickwinkel betrachtet werden.

Aufgrund des demographischen Wandels werden auch Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung immer älter. Im Verlauf der Arbeit hat sich deutlich herauskristallisiert, dass ihr Alterungsprozess vorwiegend identisch verläuft wie bei Menschen ohne Beeinträchtigung. Infolgedessen sollen auch sie die Chance erhalten, ihre Altersphasen möglichst selbstbestimmt und bedürfnisorientiert zu gestalten. Dies kann jedoch nur gelingen,

wenn die dafür nötigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen gegeben sind. Zu den Voraussetzungen zählen etwa die Haltung des Fachpersonals und der Gesellschaft, welche diese Menschen nicht auf ihre Defizite reduzieren, sondern sie als vollumfängliche Mitglieder der Gesellschaft betrachten sollten.

Durch die Einführung des Konzeptes der Funktionalen Gesundheit, welches Menschen mit Beeinträchtigung aus einem ganzheitlichen und differenzierten Blickwinkel betrachtet, können handlungsleitende Prozesse in der Praxis der Sozialen Arbeit gezielter und umfassender gestaltet werden. Auch die Denkmodelle der Sozialen Arbeit, wie Normalisierung, Selbstbestimmung, Inklusion, Empowerment und Partizipation zielen darauf ab, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung die Wahlfreiheit gegeben werden muss, ihr Leben bedürfnisorientiert und so „normal“ wie möglich zu führen. Infolgedessen gilt es, ihre inhärente Würde nicht zu verletzen und ihnen die Herstellung der kontingenten Würde zu ermöglichen. Denn wie der Titel dieser Bachelor Thesis implizit aussagt, ist die Respektierung und der Schutz der Würde ein Recht, das jedem Menschen zusteht.

Untermuert wird diese Zielsetzung einerseits durch die in den letzten Jahren verankerten Verfassungs- und Gesetzestexte im schweizerischen Rechtssystem sowie andererseits durch die Regelungen und Bestimmungen der UN-BRK. Die Bundesverfassung, wie auch das Behindertengleichstellungsgesetz fordern die Gleichstellung, Nichtdiskriminierung und gesellschaftliche Teilhabe für Menschen mit einer Beeinträchtigung. Auf internationaler Ebene fand insbesondere durch das Inkrafttreten der UN-BRK und deren Regelungen und Bestimmungen ein Paradigmenwechsel statt. Im Fachdiskurs fand die Änderung des Blickwinkels von einer umfassenden Fremdbestimmung zu einer umfassenden Selbstbestimmung im Kontext von Beeinträchtigung bereits vor einiger Zeit statt. Auf politischer und gesellschaftlicher Ebene war und ist die UN-BRK ein wichtiger Faktor, um Menschen mit einer Beeinträchtigung und ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Unter anderen ist für diese Arbeit Artikel 19 der UN-BRK von zentraler Bedeutung. Darin wird festgehalten, dass Menschen mit einer Beeinträchtigung die Wahlfreiheit zugestanden werden soll, wo, wie und mit wem sie wohnen möchten. Zudem soll ihnen ein teilhabeorientiertes Leben in der Gesellschaft sowie ein uneingeschränkter Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten ermöglicht werden.

Im Verlauf dieser Arbeit hat sich gezeigt, dass die Lebensqualität von älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in engem Zusammenhang mit der Wohnsituation steht. Viele ältere Menschen im Rentenalter, mit oder ohne Beeinträchtigung, verbringen

den grössten Teil ihrer neu gewonnen Freizeit zu Hause. Für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung geht dieser Umstand vielfach mit dem Verlust eines grossen Teils ihrer sozialen Kontakte einher. Ihr soziales Netzwerk beschränkt sich nur noch auf das unmittelbare Umfeld ihres Lebensortes. Insbesondere, wenn die Person in einer Institution abseits von Gesellschaft wohnt. In der Regel leben in diesen Wohngruppen bis zu sechs Klientinnen und Klienten. Demzufolge treten individuelle Bedürfnisse und eine selbstbestimmte Lebensführung der Einzelperson in den Hintergrund. In dieser Arbeit wurde differenziert aufgezeigt, dass durch andere Wohnformen die Lebensqualität gesteigert werden könnte und die Abwendung von einer umfangreichen Fremdbestimmung möglich wäre.

Um den Forderungen der UN-BRK gerecht zu werden, spielt die Wahl des kantonalen Finanzierungsmodells eine zentrale Rolle. Mit dem Inkrafttreten der NFA, nach welcher die 26 Kantone frei entscheiden konnten, welches Finanzierungssystem sie für die Behindertenhilfe anwenden wollten, eröffnen sich für viele Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung neue Möglichkeiten bezüglich ihrer Wohnsituation. Die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land und Bern haben sich für das Modell der Subjektfinanzierung entschieden. In den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Land wurde das neue Finanzierungssystem 2017 implementiert. Im Kanton Bern läuft ein Pilotprojekt, welches laufend evaluiert und entsprechend angepasst wird. Die definitive Einführung erfolgt voraussichtlich im Jahr 2020. Der Kanton Zug hat sich ebenso dazu entschieden, die Möglichkeit der Subjektfinanzierung in einer Projektphase zu testen. In der Zwischenzeit zielt auch im Kanton Zürich eine eingereichte Motion auf einen Systemwechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung ab. Alle anderen Kantone zeigen eine abwartende Haltung und sehen einer Änderung mit einer gewissen Skepsis entgegen. Eine Befürchtung ist, dass die gewünschte Kostenneutralität nicht zu erfüllen wäre.

Für die Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung scheint das Modell der Subjektfinanzierung vor allem mit Vorteilen verbunden zu sein. Ihnen wird eine grösstmögliche selbstbestimmte Einflussnahme und Wahlfreiheit bezüglich ihrer Wohnbedürfnisse zugetraut und auch zugesprochen. Im Gegensatz zur Wohnform mit Assistenz ist das Modell der Subjektfinanzierung für alle Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zugänglich und ist nicht an Bedingungen geknüpft, die für Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen nicht zu erfüllen sind. Da es sich bei der Subjektfinanzierung um ein neuartiges Modell handelt, sind noch keine differenzierten, legitimationsberechtigenden Auswertungen vorhanden.

11.1 Beantwortung der Fragestellung

Ziel dieser Arbeit war es zu erörtern, welche Kantone sich für das Modell der Subjektfinanzierung entschieden haben, und wie sich die Umsetzung auf eine möglichst selbstbestimmte Wahl der Wohnform und die Lebensqualität von älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auswirkt. Daraus ergab sich die nachstehende Fragestellung:

Inwiefern ermöglicht das Modell der Subjektfinanzierung älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung selbstbestimmt zu wohnen und in Würde zu altern?

Zusammenfassend lässt sich die Fragestellung wie folgt beantworten: Vor dem Hintergrund, dass auch viele ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung möglichst selbstbestimmt und unter „normalen“ Wohnbedingungen leben möchten, eröffnet das Modell der Subjektfinanzierung diesem Personenkreis neue Perspektiven. Nach der NFA haben diese Menschen bereits heute in drei Kantonen die Möglichkeit, ihre Wohnform subjektbezogen, bedürfnis- und teilhabeorientiert zu gestalten. Diese drei Kantone setzen das Konzept der Subjektfinanzierung um, das den gesetzlichen Grundlagen sowie dem Paradigmenwechsel von einer umfassenden Fremdbestimmung zu einer umfassenden Selbstbestimmung vollumfänglich Rechnung trägt.

Die neugewonnene Wahlfreiheit bezüglich der Wohnform dürfte sich positiv auf die Lebensqualität von älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auswirken. Zudem können sie die nötigen Unterstützungsleistungen entsprechend ihrer Bedürfnisse frei wählbar einkaufen. Der ältere Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung übernimmt also eine für ihn neue Rolle und wird demzufolge ein kompetenter Gestalter seiner individuellen Lebenswelt. Damit macht er einen grossen Schritt hin zu mehr Selbstbestimmung, was eng mit der Menschenwürde verknüpft ist. Somit erfüllt das neue Modell der Subjektfinanzierung wichtige Voraussetzungen, um den älteren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein selbstbestimmtes Wohnen und würdevolles Altern zu ermöglichen.

11.2 Weiterleitende Überlegungen und offene Fragen

Gerade für ältere Menschen mit oder ohne Beeinträchtigung kann es eine Belastung darstellen, wenn sie ihr vertrautes Umfeld verlassen müssen. In diesem Fall gilt es ihrem Wunsch zu entsprechen, auch wenn die Lebensumstände nicht den aktuellen Forderungen der fachlichen, rechtlichen, politischen und gesellschaftlichen Normen entsprechen. Demzufolge wäre es sinnvoll, einen von ihnen selbst gewählten Umzug in eine neue Wohnform wenn möglich bereits in der ersten Altersphase (50 +) zu planen und zu realisieren.

Entscheidend für ein bedürfnisorientiertes, würdevolles Altern ist jedoch nicht nur die Wohnform, sondern auch die Freizeitgestaltung. Sie spielt gerade nach der Pensionierung eine zentrale Rolle für die Lebensqualität. Gerade im institutionellen Kontext wird dieser Thematik vielfach zu wenig Beachtung geschenkt, aufgrund fehlender Alterskonzepte oder eines Mangels an personellen Ressourcen. Denn auch ältere Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung haben das Bedürfnis, in ihrer Freizeit beispielsweise spazieren zu gehen, zu reisen, essen zu gehen oder auch Angehörige und Freunde zu besuchen. Ein Fokus des pädagogischen Handelns der begleitenden Fachpersonen sollte demzufolge auf die Ermöglichung einer individuumsbezogenen Tagesstruktur gelegt werden.

Bei vielen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und deren Unterstützungspersonen kann die Komplexität der Subjektfinanzierung Angst auslösen, welche sie abhält, die vielen Vorteile auch für sich in Anspruch zu nehmen. Um dieser Angst entgegenzuwirken braucht es eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der komplexen Prozessabwicklung sowie Informations- und Beratungsstellen für alle Fragen, welche im Zusammenhang mit der Subjektfinanzierung stehen.

Von weitergehendem Interesse ist ausserdem die Frage, wie sich das Modell bei älteren Menschen mit einer schweren kognitiven Beeinträchtigung umsetzen lässt. Werden ihre Bedürfnisse und Wünsche richtig und in ihrem Sinne interpretiert und umgesetzt? Wer trifft die Entscheidung? Und wie wird überprüft, ob diese Menschen damit einverstanden sind?

Auch wäre es wichtig herauszufinden, ob noch andere Wohnformen ein würdevolles Altern bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ermöglichen könnten. Eine Möglichkeit wäre ein auf ihre Bedürfnisse ausgerichtetes Alters- und Pflegeheim, wel-

ches eine altersgerechte pflegerische und pädagogische Betreuung gewährleisten könnte.

In Bezug auf die Kantone stellen sich ebenfalls eine Reihe von Fragen: Wird sich die Subjektfinanzierung in der Praxis durchsetzen? Können die Befürchtungen derjenigen Kantone zerstreut werden, die bisher an der Objektfinanzierung festgehalten haben, weil sie höhere Kosten fürchten? Werden weitere Kantone dem Beispiel von Basel-Stadt, Basel-Land und Bern folgen?

In Anbetracht dessen, dass das Modell der Subjektfinanzierung erst in wenigen Kantonen eingeführt und erprobt worden ist, können diese und weitere offene Fragen erst in ein paar Jahren umfassend beantwortet werden. Aus der Sicht der Menschen mit einer Beeinträchtigung scheint die Umsetzung der Subjektfinanzierung jedoch ein Meilenstein in der Behindertenhilfe darzustellen.

12 Literatur- und Quellenverzeichnis

Akkaya, Gülcan/Belser, Eva Maria/Egbuna-Joss, Andrea/Jung-Blattmann, Jasmin

(2016). Grund- und Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen. Ein Leitfaden für die Praxis der Sozialen Arbeit. Luzern: interact.

Amt für Sozialbeiträge des Kantons Basel-Stadt (2017). Broschüre. Das Behinder-

tenhilfegesetz (BHG) 2017. URL: <http://www.asb.bs.ch/>

[Zugriffsdatum: 15. Juni 2017].

Amt für Sozialbeiträge des Kantons Basel-Stadt (o.J). Grundlagen.

URL: <http://www.asb.bs.ch/> [Zugriffsdatum: 15. Juni 2017].

Aschwanden, Marius (2016). Nur vier Kantone wollen Behinderte direkt finanzieren.

URL: [http://www.bernerzeitung.ch/.../Nur-vier-Kantone-wollen-Behinderte-](http://www.bernerzeitung.ch/.../Nur-vier-Kantone-wollen-Behinderte-direkt.../story/18815618)

[direkt.../story/18815618](http://www.bernerzeitung.ch/.../Nur-vier-Kantone-wollen-Behinderte-direkt.../story/18815618) [Zugriffsdatum: 15. Juni 2017].

AvenirSozial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die

Praxis der Professionellen. Bern: AvenirSozial

BASS AG Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (2016). Evaluation

Assistenzbeitrag. Zwischenbericht 2016.

URL: [https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/iv/studien/assistenzbeitrag-](https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/iv/studien/assistenzbeitrag-2016.pdf.download.pdf/assistenzbeitrag-2016.pdf)

[2016.pdf.download.pdf/assistenzbeitrag-2016.pdf](https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/iv/studien/assistenzbeitrag-2016.pdf.download.pdf/assistenzbeitrag-2016.pdf) [Zugriffsdatum: 03. Juni 2017].

Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG (2002).

URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/1/151.3.de.pdf> [Zugriffsdatum: 18. April 2017].

Behindertenpolitik im Kanton Bern 2016 (2016). Bericht des Regierungsrates an den

Grossen Rat. URL: [https://www.gr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.](https://www.gr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary)

DOKUMENTE .acq/b8db2d24e9344c77a8149255be020b3f-

[332/2/PDF/2014.GEF.12506-Beilage-D-127246.pdf](https://www.gr.be.ch/etc/designs/gr/media.cdwsbinary.DOKUMENTE.acq/b8db2d24e9344c77a8149255be020b3f-332/2/PDF/2014.GEF.12506-Beilage-D-127246.pdf). [Zugriffsdatum: 11. Juni 2017].

Behindertenrechtskonvention.Info (o.J.). URL:

<https://www.behindertenrechtskonvention.info/> [Zugriffsdatum: 18. April 2017].

Bundesamt für Statistik (2015). Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz

2015–2045. Neuchâtel: BfS.

Bundesamt für Statistik (2016). URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/todes-faelle-sterblichkeit-lebenserwartung.html> [Zugriffsdatum: 04. Mai 2017].

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2017). URL: <https://www.admin.ch/ch/d/sr/101/a8.html> [Zugriffsdatum: 02. Juni 2017]

Došen, Anton (2010). Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Göttingen: Hogrefe.

EDI Eidgenössisches Departement des Innern (o.J). Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. URL: <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/aktuell/recht/international0/ueber-einkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>. [Zugriffsdatum: 18. April 2017].

Gautschin, Dorothea/Gredig, Daniel/Kasper, Daniel/Lage, Dorothea/Lichtenauer, Annette/Schumacher, Marcello (2010). Flankierende Massnahmen zum System des „individuellen Bedarfs“ gemäss Konzept <Behindertenhilfe> der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft. Unveröffentlichter Bericht. Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Integration und Partizipation. Olten.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2017). Umsetzung Behindertenkonzept. Newsletter zum «Berner Modell». Freie Lebensgestaltung für Menschen mit Behinderungen. URL: http://www.participa.ch/fileadmin/user_upload/Newsletter_Mai__2017_deutsch.pdf [Zugriffsdatum: 03. Juni 2017].

Haveman, Meindert/Stöppler, Reinhilde (2010). Altern mit geistiger Behinderung Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.

Höpflinger, François (2014). Wandel des Alters – neues Alter für neue Generationen. URL: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wandes-des-Alters.pdf> [Zugriffsdatum: 28. Mai 2017].

Härle, Wilfried (2010). Würde. Gross vom Menschen denken. München: Diederichs.

Hug, Sonja (2016). Menschenwürde – ein wichtiger ethischer Bezugspunkt der Sozialen Arbeit. In: Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.). Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, S. 167–183.

- IFSW/IASSW** (2007). The International Definition of the Social Work Profession/Ethics in Social Work – Statement of Principles/Global Standards for the Education and Training of the Social Work Profession. In: International Social Work, Vol. 50, Supplement.
- Informationsstelle AHV/IV** (Hg.) (2015a). 4.14 Leistungen der IV. Assistenzbeitrag der IV. URL: <https://www.ahv-iv.ch/p/4.14.d> [Zugriffsdatum: 04. Juni 2017].
- Insieme** (o.J.). Definitionen. URL: <http://insieme.ch/geistige-behinderung/definitionen/> [Zugriffsdatum: 18. April 2017].
- INSOS Schweiz** (Hg.) (2009). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe. Bern/Lausanne: o.V.
- Jaggi, Kurt** (2007). Bericht zur Subjekt- und Objektfinanzierung von Institutionen im Behindertenbereich. Analyse von Vor- und Nachteilen. the move consulting ag. URL: http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Behindertenpolitik/NFA_Plattform/2007_Subjektobjektfinaz_D_Jaggi.pdf [Zugriffsdatum: 03. Juni 2017].
- Jaggi, Kurt** (2008). Entwicklung von subjektorientierten Finanzierungssystemen im Behindertenbereich. Materialien zur Umsetzung NFA in den Kantonen. the move consulting ag. URL: http://www.sodk.ch/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/Behindertenpolitik/NFA_Plattform/2008_Subjektfinanz__D_Jaggi_01.pdf [Zugriffsdatum: 03. Juni 2017].
- Kanton Zug Direktion des Innern** (2017). Medienmitteilung. Zeitgemäss Unterstützung für Menschen mit Behinderung. URL: <https://www.zg.ch/behoerden/direktion-des-innern/kantonales-sozialamt/aktuell/zeitgemaesse-unterstuetzung-fuer-menschen-mit-behinderung>. [Zugriffsdatum: 05. Juni 2017].
- Kantonales Sozialamt** (2017). PowerPoint Präsentation. Erste Sitzung Begleitgruppe Projekt InBeZug. URL: <https://www.zg.ch/behoerden/direktion-des-innern/kantonales-sozialamt/abteilung-soziale-einrichtungen/8-projekt-inbezug/aktuelles/downloads/kickoff-begleitgruppe-20170413.pdf>. [Zugriffsdatum: 04. Juni 2017].

- Lage, Dorothea/Knobel, Christina** (2016). Ethische Aspekte in der Sozialen Arbeit im Kontext von Behinderung und Beeinträchtigung. In: Merten, Ueli/Zängli, Peter (Hg.). Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich, S. 259–268.
- Lambers, Helmut** (2013). Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich. Opladen/Toronto: Barbara Budrich.
- Lindmeier, Bettina/Lindmeier, Christian** (2012). Pädagogik bei Behinderung und Benachteiligung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Loeken, Hiltrud/Windisch, Matthias** (2013). Behinderung und Soziale Arbeit. Beruflicher Wandel-Arbeitsfelder-Kompetenzen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mietzel, Gerd** (2012): Entwicklung im Erwachsenenalter. Göttingen: Hogrefe.
- Naegele, Gerhard** (2011): Alter. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans(Hg.). Handbuch Soziale Arbeit. München: E. Reinhardt, S. 66–81.
- Niehoff, Ulrich** (2013). Partizipation. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hg.). Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer, S. 262–263.
- Rüegger, Heinz** (2013). Würde und Autonomie im Alter. HG: CURAVIVA Schweiz.
- Schaber, Peter** (2012). Menschenwürde. In: Moser, Vera/Horster, Detlef (Hg.). Ethik der Behindertenpädagogik. Menschenrechte, Menschenwürde, Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer, S. 136–147.
- Schädler, Johannes/Rohrmann, Albrecht** (2016). Die Wohnsituation von Menschen mit Behinderung im Überblick: Theorien, Konzepte und rechtliche Bestimmungen. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram (Hg.). Inklusives Wohnen. Bestandesaufnahme, Best Practice von Wohnprojekten für Erwachsene mit Behinderung in Deutschland. Stuttgart: Fraunhofer IRB, S. 21–43.
- Schärer, Karen** (2012). Assistenzbeitrag: Behinderte Alte sind benachteiligt. URL: [http://www.assistenzbeitrag-behinderte-alte-sind-benachteiligt-123491149 ...](http://www.assistenzbeitrag-behinderte-alte-sind-benachteiligt-123491149...) [Zugriffsdatum: 03. Juni 2017].

Schuntermann, Michael F. (2013). Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Heidelberg/München/Landberg/Frechen/Hamburg: ecomed MEDIZIN.

Siems, David (2017). Medienmitteilung. Mehr Wahlfreiheit für Menschen mit Behinderung im Kanton Zürich. URL: <http://selbstbestimmung.ch/politik/medienmitteilung-mehr-wahlfreiheit-fuer-menschen-mit-behinderung-im-kanton-zuerich/> [Zugriffsdatum: 31. Mai 2017].

SODK Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (o.J.). Geschichte NFA. URL: <http://www.sodk.ch/fachbereiche/behindertenpolitik/geschichte-nfa/> [Zugriffsdatum: 10. Juni 2017].

Speck, Otto (2016). Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. München/Basel: Reinhardt.

Stirnemann, Simone (2012). Die Auswirkungen der Subjektfinanzierung im Behindertenwesen auf die leistungserbringenden Kantone. Wie die Kantone Bern, Basellandschaft und Basel-Stadt den NFA aus qualitativer Sicht umsetzen. Unveröffentlichte Masterthesis. Fachhochschulen Bern, Luzern, St.Gallen, Zürich. Masterstudium in Sozialer Arbeit. Bern.

Stöppler, Reinhilde (2017). Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. München: Reinhardt.

Thesing, Theodor (2009). Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Theunissen, Georg (2010). Zeitgemässe Wohnformen-Soziale Netze-Bürgerschaftliches Engagement. In: Theunissen, Georg/Schirbort, Kerstin (Hg.). Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemässe Wohnformen-Soziale Netze-Unterstützungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer, S. 59–96.

Theunissen, Georg (2012). Lebensweltbezogene Behindertenarbeit und Sozialraumorientierung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram (2016). Wohnen von Menschen mit Behinderung in Deutschland. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram (Hg.). Inklusives Wohnen. Bestandesaufnahme, Best Practice von Wohnprojekten für Erwachsene mit Behinderung in Deutschland. Stuttgart: Fraunhofer IRB, S. 7-19.

Wicki, Monika T. (2015). Palliative Care für Menschen mit intellektueller Behinderung. Bericht zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit.

URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/intellektuelle-beeintraechtigung-und-palliative-care.html>

[Zugriffsdatum: 29. Mai 2017].

Widmer, Matthias/Oberholzer, Daniel (2015). Subjekt- und teilhabeorientierte Gestaltung der Behindertenhilfe. In: Wüthrich, Bernadette/Amstutz, Jeremias/Fritze, Agnès (Hg.). Soziale Versorgung zukunftsfähig gestalten. Wiesbaden: Springer VS, S. 239-244