

Selbstbestimmung bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung

Wo liegen die Möglichkeiten und Herausforderungen in den
Institutionen der Behindertenhilfe?

Eingereicht von: Anna Kindshofer

Bachelorthesis BA115

Zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Eingereicht bei: Prof. Linus Marcello Schumacher

Basel, 08.01.2018



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit HSA
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit
Basel

Abstract

Diese Arbeit soll die Möglichkeiten und Herausforderungen aufzeigen, wie in den Institutionen die Selbstbestimmung bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung gewahrt werden kann.

Beginnend mit der Klarstellung einiger Begrifflichkeiten, werden verschiedene Ansätze und Methoden der modernen Behindertenarbeit beschrieben, die die Bemühungen aufzeigen, Menschen mit einer geistigen Behinderung einen würdigen Platz in der Gesellschaft zu geben. Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht zeigt es sich, dass sie auch vom Gesetzgeber eine Stärkung ihrer Rechte und Freiheiten erfahren.

Wohnbedingungen und der Übergang von der Arbeit in den Ruhestand bilden einen Einstieg für eine würdevolle Lebensgestaltung bis zum Tod, worauf am Schluss der Arbeit genauer eingegangen wird.

Inhalt

1	Herleitung der Fragestellung.....	1
2	Geistige Behinderung	3
2.1.	Definition „geistige Behinderung“	3
3	Definition „Alter(n)“	6
3.1.	Die Dimensionen des Alters.....	6
3.2.	Der Prozess des Altwerdens.....	7
4	Definition „demographischer Wandel“	9
4.1.	Herausforderungen für die soziale Arbeit.....	10
5	Definition „Selbstbestimmung“	12
6	Vom Normalisierungsprinzip hin zur Inklusionstheorie	15
6.1.	Normalisierungsprinzip	15
6.2.	Empowerment	18
6.3.	Inklusion	21
6.4.	Assistenzmodell.....	22
7	Die Rolle der Eltern.....	26
8	Vom Vormundschafts- zum neuen Erwachsenenschutzrecht.....	28
8.1.	Das neue Erwachsenenschutzrecht.....	29
8.2.	Neue Beistandschaft.....	30
8.3.	Stärkung der Selbstbestimmung.....	31
8.4.	Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Schutz und Selbstbestimmung ..	33
8.5.	Besserer Schutz für Menschen in Wohnheimen	33
9	Lebensgestaltung Wohnen	36
9.1.	Bedeutung des Wohnens.....	36
9.2.	Wohnformen in der Behindertenhilfe.....	36
10	Lebensgestaltung Arbeit.....	38
10.1.	Übergang in den Ruhestand.....	38

10.2.	Angebote der Tagesstruktur.....	39
11	Lebensgestaltung Gesundheit.....	40
11.1.	Begleitung von alten Menschen mit Demenz in der sozialen Arbeit.....	40
11.2.	Biographiearbeit bei alten Menschen mit einer geistigen Behinderung.....	42
11.3.	Biographiearbeit in der sozialen Arbeit.....	43
11.4.	Palliativpflege im sozialpädagogischen Bereich	44
11.5.	Palliative Care (Begleitung eines sterbenden Menschen):.....	44
11.6.	Trauern bei Menschen mit einer geistigen Behinderung.....	47
11.7.	Sterbebegleitung und soziale Arbeit.....	47
12	Schlusswort.....	49
13	Literatur.....	51
14	Ehrenwörtliche Erklärung	61

1 Herleitung der Fragestellung

Die Lebenserwartung nimmt dank des medizinischen Fortschritts, der verbesserten medizinischen Versorgung aber auch durch eine bessere Förderung und Betreuung für Menschen mit einer geistigen Behinderung, zu. Durch den demographischen Wandel werden die Einrichtungen der Behindertenhilfe nach wie vor, vor Herausforderungen gestellt.

In den letzten Jahren war die Verfasserin auf verschiedenen Wohngruppen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung tätig. Sie lernte unterschiedliche Strukturen, Tagesabläufe wie auch viele verschiedene Bewohner mit ihren individuellen Bedürfnisse, Fähigkeiten, Wünschen und Sorgen kennen. Dabei stellte sie fest, dass für ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung vor allem die Betreuungskonzepte zum Thema Selbstbestimmung in den Bereichen Wohnen und Tagesstruktur ausgearbeitet und angepasst werden müssen.

Ausschlaggebend für ihre Themenwahl sind die Erfahrungen und Eindrücke, die sie während ihrer Zeit als Mitarbeiterin im Behindertenbereich zum Thema „Alt werden/ Alt sein“ aber auch im Bereich der „Selbstbestimmung“ gesammelt hat.

Die Selbstbestimmung der Bewohner und Klienten von Einrichtungen der Behindertenbetreuung ist ein relevantes und intensiv diskutiertes Thema innerhalb der Institutionen aber auch in unserer Gesellschaft.

Menschen mit einer geistigen Behinderung zeigen oft Schwierigkeiten selbstbestimmt zu entscheiden, zu handeln und Eigenverantwortung für ihr Leben und die Alltagsbewältigung zu übernehmen. Sie werden Grund ihrer Defizite oft als hilfsbedürftige Menschen angesehen, die geschützt und umsorgt werden müssen. Ein Mensch mit einer geistigen Behinderung erlebt oft, dass er keine Verantwortung über sich selbst haben darf und stark bevormundet wird. Diese Erfahrungen und die Umwelt, welche diese bevormundende Haltung einnimmt, stehen der betroffenen Person oft im Weg im Hinblick auf die Erlangung von mehr Selbstbestimmung in seinem Leben.

In meiner Arbeit möchte ich aufzeigen, welche Möglichkeiten und Grenzen für Menschen mit einer geistigen Behinderung bestehen, um im Alter ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Aus der gegebenen Ausgangssituation resultiert folgende Fragestellung:

„Welche Herausforderung stellt die wachsende Zahl älterer Menschen mit einer geistigen Behinderung in Bezug auf die Selbstbestimmung an die soziale Arbeit?“

Die Ziele meiner Arbeit sind folgende: Die Veränderungen in den Institutionen durch den demographischen Wandel aufzuzeigen, die daraus resultierenden veränderten Aufgaben für die soziale Arbeit erkennbar zu machen und Lösungsvorschläge zum Thema „Selbstbestimmung“ in den verschiedenen Lebensbereichen Arbeit, Wohnen und Gesundheit herauszuarbeiten. Dabei sollen bestehende Probleme ersichtlich gemacht und Verbesserungsvorschläge auch in Bezug zur Selbstbestimmung aufgezeigt werden.

Um meine Fragestellung effektiv beantworten zu können, werde ich zunächst den Begriff „geistige Behinderung“, sowie den des „Alter“ und den demographischen Wandel in der Gesellschaft und den Institutionen genauer erläutern.

In meinem nächsten Kapitel wird der Aspekt der „Selbstbestimmung“ genauer untersucht, dabei gehe ich auf die Konzepte des Normalisierungsprinzips, des Empowerments, der Inklusionstheorie und auf das Modell der Assistenz ein. Im letzten Teil werde ich die drei Handlungsbereiche Wohnen, Arbeit und Gesundheit untersuchen und Methoden aufzeigen, wie die Selbstbestimmung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung im Alter beibehalten und gefördert werden kann. Dabei wird auch sichtbar, wo die Grenzen der Selbstbestimmung liegen.

2 Geistige Behinderung

Der Begriff „geistige Behinderung“ wurde 1958 erstmals bei der Gründung der „Elternvereinigung Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“ offiziell verwendet (vgl. Speck 2005: 43). Mit der Einführung der Bezeichnung wurden diskriminierende Begriffe wie „Schwachsinnigkeit“ oder „Blödsinnigkeit“ ersetzt (vgl. Meyer 2003: 6). Mittlerweile wurde die eher negativ besetzte Bezeichnung „geistige Behinderung“ in „Menschen mit einer Behinderung“ erweitert, bei welchem das Menschensein hervorgehoben wird (vgl. ebd.: 6). 1994 entschied sich eine „Schule für Geistigbehinderte“ für eine Umbenennung in „eine Schule zur individuellen Lebensbewältigung“ (vgl. ebd.: 6). Das Gefühl der Diskriminierung, ändert sich auch nicht bei einer Begriffserneuerung (vgl. ebd.: 6).

2.1. Definition „geistige Behinderung“

Den Begriff „geistige Behinderung“ zu definieren, zeigt sich als schwierig. Eine einheitliche, allgemeingültige Definition gibt es nicht (vgl. Haveman/ Stöppler 2004: 17). „Das liegt sowohl an der Komplexität, was alles an einem Menschen als „geistig behindert“ zu gelten hat, als auch an der Abgrenzung einer Behinderung von einer Nichtbehinderung“ (Speck 1999: 38).

Speck geht bei seinem Definitionsversuch von einem Zusammenwirken der Teilfaktoren „organischer Schädigung, individueller Persönlichkeitsfaktoren und sozialen Bedingungen und Einwirkungen“ aus (Speck 1999: 39).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert den Begriff „geistige Behinderung“ wie folgt:

„Geistige Behinderung bedeutet eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung“ (<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>).

Verschiedene Ursachen können Grund einer geistigen Behinderung sein, was es schwierig macht eine Behinderung allgemein zu definieren. Deshalb liegen verschiedene Definitionen vor, die unterschiedlich gedeutet, bis hin zu falsch verstanden werden

können. Einen Begriff zu definieren bedeutet gleichzeitig auch immer diesen endgültig festzulegen (vgl. Speck 2005: 52). Dabei stellt sich die Frage, ob dieser Begriff überhaupt endgültig festgelegt werden kann oder soll.

2001 wurde die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) durch die Volksversammlung der Weltgesundheitsorganisation WHO festgelegt (vgl. Mürner/ Sierck 2012:129). Das Ziel der ICF ist eine weltweit allgemeingültige Verständigung von Gesundheitsproblemen und -bedingungen zu schaffen (vgl. Mürner/Sierck 2012:129). Bei den Einteilungsversuchen differenziert die WHO eine Behinderung in eine Schädigung (Impairment), individuelle Einschränkungen/ Fähigkeitsstörungen (Disability) und einer sozialen Beeinträchtigung (Handicap), diese führen zu „persönlichen, familiären und gesellschaftliche Folgen“ für Betroffene (vgl. Buchka 2003: 13). Der ICF wird als das „Ergebnis der negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit“ verstanden (Schuntermann 2013: 36).

Menschen mit einer geistigen Behinderung bilden keine „einheitliche Gruppe mit festgesetzten und –umschriebenen Eigenschaften“ (Stöppler 2014: 16).

Jedoch ist der Begriff in der Wissenschaft wie auch im Alltag ein gängiger Terminus. Verschiedene Wissenschaften wie die Medizin, Pädagogik, Psychologie und die Sozialwissenschaft versuchen den Begriff der geistigen Behinderung zu erklären (vgl. Speck 1999: 43). Aufgrund der fachspezifische „Sichtweisen, Deutungen und Einstellungen“ wird der komplexe Begriff von jeder Wissenschaft unterschiedlich gesehen (vgl. Speck 2005: 48).

Medizinische Sicht:

Aus medizinischer Sicht ist bei Menschen mit einer geistigen Behinderung insbesondere von einer Schädigung des Gehirns zu sprechen (vgl. Speck 2005: 53).

Neuhäuser und Steinhäuser unterscheiden zwischen diagnostizierten prä- peri- und postnatalen Ursachen (zit. in Speck 2005: 54-55). Ebenso können psychiatrische Störungen auftreten (vgl. Speck 1999: 47).

Die ICF betrachtet in ihrem „medizinischen Modell“, Behinderung als Problem einer Person, dass aufgrund einer Krankheit, eines Traumas oder einem anderen Gesundheitsproblem ausgelöst wird (vgl. DIMIDI 2005: 24).

Psychologische Sicht:

Lang stand die „Intelligenzminderung“ beim psychologischen Aspekt im Vordergrund (vgl. Speck 1999: 47). Der Grad der geminderten Intelligenz wurde durch Intelligenztests gemessen, dabei wurde als Basis eine „allgemeine Intelligenz“ als konstante Grösse angenommen (vgl. Speck 1999: 47-48).

Nach der American Association on Mental Deficiency (AAMD) wird der Begriff „mental retardation“ (geistige Behinderung) wie folgt definiert (vgl. Speck 2005: 57).

„Geistige Retardierung bezieht sich auf signifikant unterdurchschnittliche Allgemeinintelligenz, die fortlaufend mit Defiziten im adaptiven Verhalten vorkommt und während der Entwicklungsperiode bestehen bleibt“ (Patton u.a. 1990:48 zit. in Speck 2005: 57). Nach dieser Definition wird nicht nur die Intelligenzleistung angesehen, sondern auch das adaptive Verhalten, welches sich in persönlicher Unabhängigkeit und sozialer Verantwortlichkeit zeigt, miteinbezogen (vgl. ebd.: 57). Anhand eines Intelligenztest und das Ermitteln eines niedrigen IQ kann kein Mensch, als geistig behindert diagnostiziert werden (vgl. Speck ebd.: 57).

Soziologische Sicht

Die Soziologie betrachtet die Interaktion zwischen einem Mensch mit einer geistigen Behinderung und der Gesellschaft (vgl. Buchka 2003:23). Dabei spielt die soziale Einstellung der Gesellschaft eine wesentliche Rolle (vgl. ebd. 23). Menschen mit einer geistigen Behinderung sind des Öfteren Diskriminierungen, Stigmatisierungen und Vorurteilen ausgesetzt. Die Gründe dafür liegen bei der gesellschaftlichen Einstellung, den wirtschaftlichen Leitvorstellungen und dem damit verbundenen Leistungsprinzip, wie den Norm- und Wertvorstellungen innerhalb der Gesellschaft (vgl. Buchka 2003: 23).

Nach der ICF betrachtet das „soziale Modell“ Behinderung als ein gesellschaftlich verursachtes Problem (vgl. DIMIDI 2005: 25). „Behinderung“ ist dabei kein Merkmal eines Individuums, sondern ein Konstrukt, das aus den gesellschaftlichen Werten und Einstellungen im Austausch hergestellt wird (vgl. Köbsell 2009: 221). Je nachdem, wie die Gesellschaft einen funktionsfähigen Menschen anschaut, wird jemandem das Etikett „Behindert“ gegeben.

Pädagogische Sicht

In der Pädagogik geht man davon aus, dass Menschen auch mit einer Behinderung individuell gefördert werden können, wobei vor allem auf den Aspekt des individuellen Lernens und der individuellen Bedürfnisse eingegangen wird (vgl. Speck 2005: 67).

3 Definition „Alter(n)“

Den Begriff „Alter(n)“ zu definieren, zeigt sich als schwierig, da es nicht möglich ist, die einzelnen Dimensionen des Alters in einer einheitlichen Definition zu beschreiben (vgl. Kruse 2013: 7). Ebenso wird der Prozess des „Alterns“ bei jedem Menschen individuell angesehen. Von der Gesellschaft wird jemand als „alt“ angesehen, wenn er aus dem Erwerbsleben tritt, dabei wird die individuelle Verfassung und Lebenssituation nicht berücksichtigt (vgl. Buchka 2003:116).

Alter(n) ist kein plötzliches Ereignis, sondern ein individueller Prozess der jeder Mensch von Geburt an, durchlaufen werden wird. Thiele betrachtet, das Alter(n) nicht nur als einen „langfristigen, lebensgeschichtlichen Prozess, der von der Veränderung der Funktionen des Individuums in der sozialen Umwelt ausgeht, sondern auch als einen dynamischen Vorgang, der Reifung und Zerfall gleichermaßen beinhaltet“ (Thiele 2001: 33).

3.1. Die Dimensionen des Alters

Kalendarisches Alter

Das kalendarische Alter ist die Zeitspanne seit der Geburt (vgl. Schroeter 2008: 617). Ebenso lässt sich bestimmen, welcher Kohorte Menschen zugeordnet sind (vgl. Heusinger 2016: 24-25). Aussagen zum Alterungsprozess und der Biographie des Einzelnen lassen sich durch das kalendarische Alter nicht aufzeigen (vgl. Heusinger 2016: 25).

Biologisches Alter

Mit zunehmendem Lebensalter ist bei allen Menschen eine „schleichend entwickelnde, progressiv verlaufende und nicht umkehrbare Verminderung der Leistungsfähigkeit von Geweben und Organen des Organismus“ erkennbar (Schroeter 2008: 614).

Der körperliche Abbau ist individuell und von den Lebensbedingungen und Lebensweise des Einzelnen abhängig (vgl. Heusinger 2016: 25). Die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sowie die Funktionseinschränkung nehmen im hohen Alter zu (vgl. ebd.: 25).

Psychologisches Alter

Im Alter verändern sich die Hirnstrukturen, dabei beruht die Leistungsfähigkeit des Gehirns auf einem immer stärkeren Erfahrungs- und Zusammenhangswissen, sowie kristalliner Intelligenz (sog. Wissen, dass sich im Verlauf des Lebens angeeignet hat)

(vgl. Heusinger 2016: 27). Dabei lässt die Aufgabenverarbeitung und Flexibilität (fluide Intelligenz) immer stärker nach, allerdings verläuft der Prozess individuell (vgl. Heusinger 2016: 27).

Soziologisches Alter

Alter und Altern werden hier als soziales Konstrukt verstanden (vgl. Mahr 2016:142). Das heisst, dass das Alter nicht von Natur aus festgelegt wurde, sondern von den Menschen oder der Gesellschaft selbst (vgl. Mahr 2016:142). Die Vorstellung und Einschätzung, wie die Gesellschaft, das „Alt sein“ interpretiert und wahrnimmt, lässt einen Menschen alt erscheinen (vgl. Heusinger 2016: 29).

Der Mensch nimmt im Laufe seines Lebens verschiedene Rollen und Funktionen ein. An diese Rollen werden von der Gesellschaft und von einem selbst, verschiedene Erwartungen gestellt. Durch die Gesellschaft wird festgelegt, wer als alt gilt und wie sich dieser in seiner Rolle zu verhalten habe (vgl. Buchka 2003:116). Nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben wird der Mensch als alt angesehen, dabei wird allerdings nicht die individuelle Verfassung und Lebenssituation berücksichtigt (vgl. ebd. 116). Durch den Verlust der beruflichen Tätigkeit und der damit verbundenen sozialen Kontakte, aber auch weiteren Verlustereignissen wie Tod des Partners, Wohnungswechsel und Krankheit kann die Bewältigung der neuen Rolle gefährden (vgl. ebd.:116).

3.2. Der Prozess des Altwerdens

Der Alterungsprozess bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist ebenso individuell wie bei Menschen ohne eine Behinderung.

Die Grundbedürfnisse wie „Wahrung der eigenen Identität, relativer Selbstständigkeit, der Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung und Teilhabe am sozialen Leben“ (Stöppler 2014: 118) sind bei allen Menschen, ob mit oder ohne Behinderung, dieselben im Alter. Aufgrund medizinischer Fortschritte ist die Lebenserwartung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung gestiegen. Die Lebenserwartung ist individuell und von der Ätiologie des Einzelnen abhängig (vgl. Haveman/ Stöppler 2004: 21). Das Risiko einer Erkrankung nimmt im Alter eines jeden zu. Allerdings besteht bei alten Menschen mit einer Behinderung, ein höheres Gesundheitsrisiko (vgl. Stöppler 2014: 121). Es fällt ihnen schwer, sich mit dem Abbau des Körpers auseinanderzusetzen (vgl. Buchka 2003: 37). Die Selbstwahrnehmung ist oftmals eingeschränkt und Verständigungsprobleme werden zur Hürde.

Dies führt zu Fehleinschätzungen bei Professionellen wie auch Angehörigen, denn oftmals werden Symptome als eine Begleiterscheinung des Alterns oder der Behinderung wahrgenommen. Das hat zur Folge, dass eine zu spät oder nicht erkannte Erkrankung, zu einer Multimorbidität führen kann (vgl. Stöppler 2014: 121). Die „soziale Abhängigkeit“ wird durch den körperlichen Abbau zunehmend verstärkt (vgl. Buchka 2003: 37). Darüber hinaus wird die Lebenssituation des Einzelnen, aufgrund sozialer Einschränkungen noch weiter belastet (vgl. Buchka 2003:38). Der Eintritt in den Ruhestand bedeutet einen Verlust der Erwerbstätigkeit und der damit verbundenen sozialen Kontakte. Die angebotene Tagesstruktur in den Wohnheimen bietet eher wenig Raum für den Aufbau von sozialen Kontakten nach aussen.

4 Definition „demographischer Wandel“

Der Altersstrukturwandel ist eine Folge des demographischen Wandels und der Entwicklung der Gesellschaft. Immer mehr Menschen erreichen das hohe Alter. Gründe dafür sind Fortschritte in der Medizin wie auch Pharmazie. Die Zunahme älterer Menschen und der Rückgang der Geburtenrate zeigt eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur (vgl. Hammerschmidt/ Pohlmann/ Sagebiel 2014: 16).

Durch den fortschreitenden demographischen Wandel, wird das Alter immer mehr zu einem gesellschaftlichen Problem (vgl. Backes 1998: 33).

Die daraus resultierenden Folgen sind im Einzelnen kaum absehbar. Die Lebensphase des Alters wirkt zunehmend auf die gesellschaftlichen Strukturen und auf die soziale Lage der jüngeren Menschen ein und erfordert daher, ein Umdenken und eine Anpassung auf der sozialpolitischen Ebene (vgl. Backes/ Clemens 1998: 31-32).

Für Tews gibt es fünf vordergründige Dimensionen in denen sich der Altersprozess ablesen lässt: Verjüngung, Entberuflichung, Feminisierung, Singularisierung und die Hochaltrigkeit des Alters sind die Merkmale des Altersstrukturwandels (vgl. Schroeter 2008: 624).

- **Verjüngung des Alters**

Tews unterscheidet zwischen positiven und negativen Verjüngungseffekten (vgl. Blitzko-Hoener/ Weiser 2012: 119). Dabei zählt die Verjüngung des Aussehens und des Erscheinungsbildes älterer Menschen zu den positiven und der frühzeitige (oft erzwungene) Austritt aus dem Berufsleben, zu den negativen Verjüngungseffekten (vgl. ebd. 119).

- **Entberuflichung**

meint das Ausscheiden aus dem Berufsleben welcher freiwillig oder auch unfreiwillig eintreten kann (vgl. Schroeter 2008: 624). Betroffene sind vor allem Arbeitnehmer/innen mit einer niedrigen gestellten beruflichen Position, unzureichenden fachlichen Qualifikationen und erhöhtem Gesundheitsrisiko (vgl. Böhnisch 2012: 267).

- **Feminisierung**

Frauen haben eine höhere Lebenserwartung im Alter als Männer (vgl. Schroeter 2008:624). Es liegt daher ein Ungleichgewicht der Geschlechterverteilung vor (vgl. Backes/ Clemens 1998: 43).

- **Singularisierung:**

Durch eine Verwitwung (Verlust des Partners), Trennung oder Scheidung steigt die Anzahl an alleinlebenden älterer Menschen (vgl. Buchka 2003: 34). Bei älteren alleinstehende Menschen nimmt daher die Hilfe- und Pflegeunterstützung zu und sie sind auf die Unterstützung anderer angewiesen (vgl. Schroeter 2008:625).

- **Hochaltrigkeit**

Immer mehr Menschen erreichen und überschreiten das 80. Lebensjahr. Daraus ergeben sich negativen Folgen wie, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit (vgl. Böhnisch 2012: 268).

4.1.Herausforderungen für die soziale Arbeit

Immer mehr Menschen überschreiten das 80. Lebensjahr. Die soziale Arbeit wird aufgrund dessen in der Behindertenarbeit, vor neue Aufgaben und Herausforderungen gestellt, wie zum Beispiel in den Bereichen des Wohnens, der Freizeit (Tagesstruktur), der sozialen Netzwerke und der Bildung. Die soziale Arbeit hat zur Aufgabe, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung auch im Alter so „normal wie möglich“ ihr Leben gestalten können und das die Lebensgestaltung weitgehend selbstbestimmt ermöglicht wird, wobei auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ein zentraler Punkt ist.

Auch im Gesundheitsweisen zeigen sich Veränderungen. Die Morbidität und der Anteil an Pflegebedürftigen, steigen an (vgl. Schimany 2002: 33).

Die Wahrscheinlichkeit, dass mit steigendem Alter immer mehr Menschen an Demenz erkranken, ist hoch. Daher ist es umso wichtiger, dass sich Fachkräfte in der Altenhilfe mit dem Krankheitsbild wie auch mit den möglichen Umgangsformen der Demenz, wie aber auch mit den verschiedenen Erscheinungsformen der geistigen Behinderung auseinandersetzen und Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten erhalten.

Ebenso zeigen sich nach wie vor, zu wenig Wohnformen für ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Anpassungen der bestehenden Wohnformen. Damit auch

Menschen mit einer geistigen Behinderung die Möglichkeit haben, die letzte Lebensphase in der vertrauten Umgebung erleben zu dürfen.

Der Bedarf an Pflege, Betreuung und Begleitung steigt in den kommenden Jahrzehnten stark an. Daher gehört es zur dringenden Aufgabe von Politik und Gesellschaft, Lösungen zu erarbeiten (vgl. Charta der Zivilgesellschaften 2010: 9). Für effektive Lösungen müssen die Bereiche der Begleitung, Betreuung und Pflege stärker gefördert werden (vgl. Charta der Zivilgesellschaften 2010:9). Da es immer weniger Generationshäuser gibt, muss mit einer Abnahme der familiären Pflege gerechnet werden. Es müssen mehr Wohnheim- und Pflegeplätze geschaffen werden, ebenso muss ein neuer Mix aus Angeboten „stationärer Pflegeeinrichtungen, Spitex-Dienstleistungen, familiärer Pflege und Entlastungsdiensten“ gesucht werden, da es zu wenig Pflegefachpersonen gibt, die dies abdecken könnten (vgl. Charta der Zivilgesellschaften 2010:9).

5 Definition „Selbstbestimmung“

In der Bedeutung der Selbstbestimmung geht hervor, dass der Mensch sein Leben über sein selbst, über eigene Erkenntnis und Erfahrung und über den eigenen Willen zu führen hat (vgl. Theunissen/Kulig/Schirbort 2007: 301). Der Begriff wird im anthropologischen und ethischen als ein Ausdruck von „Freiheit“ angesehen (vgl. ebd.: 300). In psycho-physischer, biologischer, sozialer, wirtschaftlicher und politischer Hinsicht wird die Selbstbestimmung als Unabhängigkeit von Fremdbestimmung angesehen (vgl. ebd.: 300). 1994 wurde die Selbstbestimmung Thema am Duisburger Kongress (vgl. Stöppler 2014: 77). Die Forderung nach mehr Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe in den Bereichen Schule, Wohnen und Mobilität etc. wurden in der Duisburger Erklärung zusammengefasst (vgl. ebd.: 77).

Die Selbstbestimmung spielt eine wesentliche Rolle. Doch wird bei genauerer Betrachtung festgestellt, dass aufgrund äusserer Einflussfaktoren, niemand völlig freie Entscheidungen treffen kann. Es besteht immer ein Zusammenspiel von Autonomie und Abhängigkeit. Die Grenzen der Selbstbestimmung finden auf der gesellschaftlichen Ebene wie auch auf den, der eigenen Erfahrungen statt (vgl. Becker 2016: 126-127). Grenzen entstehen dort, wo die „physische, psychische und soziale“ Integrität eines Menschen gefährdet wird (vgl. Herriger 2006: 214).

Ebenso setzt, selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können, Bildung voraus, denn es kann nur in Angelegenheiten entschieden werden, in denen Erfahrung gesammelt wurde (vgl. Becker 2016:127). Dabei ist der Handlungsspielraum bei jeder Person unterschiedlich gross, was durch Veränderungen der Lebenssituation zu einer Erweiterung und Verkleinerung der Entscheidungsräume führen kann (vgl. Niehoff-Dittmann 1997: 58).

Die Selbstbestimmung setzt dabei keine Selbstständigkeit voraus, denn wer nicht in der Lage ist, Handlungen eigenständig auszuführen, kann trotz alledem Entscheidungen treffen.

Dabei geht es vor allem darum, dass jedes Individuum die Möglichkeit bekommt, Entscheidungen zu treffen, die den eigenen Wünschen, Bedürfnisse und Vorstellungen entsprechen (vgl. Harnack 1997: 49).

Menschen mit einer geistigen Behinderung zählen noch heute zu der Gruppe, die ein eher hohes Mass an Fremdbestimmung erfahren.

Selbstbestimmung beginnt schon bei „kleinen“ alltäglichen Entscheidungen, wie bei der Frage, was ich heute anziehe oder frühstücken möchte. Entscheidungen die

normalerweise kontinuierlich getroffen werden. Jeder noch so kleine Entscheidungsspielraum zeigt sich von grosser Bedeutung für die Betroffenen. Teilweise werden Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht mal in diesen Bereichen die Chance ermöglicht, darüber mitzuentcheiden. Durch die Entscheidung anderer lernt die betroffene Person keine Verantwortung zu übernehmen und Risiken einzugehen (vgl. Niehoff-Dittmann 1997:56). Umso mehr man die Möglichkeit bekommt Erfahrungen zu sammeln und aus diesen zu lernen, lernt man eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen (vgl. Ochel 1997:88).

Die Stigmatisierung der Behinderung hat bei Betroffenen Einfluss auf die Identitätsentwicklung (vgl. Harnack 1997.: 50). Dieses Negativbild hat Auswirkungen auf die Lebens-, Lern und Arbeitsbedingungen, die durch die „individuelle und institutionelle Abhängigkeit, der erschwerten Teilhabe am Gesellschaftsleben, durch Diskriminierung und Isolation“ gekennzeichnet ist (vgl. ebd.: 49).

Menschen mit einer geistigen Behinderung wird oft das Recht auf eigene Entscheidungen in den verschiedenen Lebensbereichen genommen, besonders dann, wenn sie im Alltag einen enormen Umfang an Pflege und Hilfe benötigen und auf fremde Hilfe angewiesen sind (vgl. Speck 2005: 88).

Allerdings haben Menschen, die wenig selbstständig erscheinen, auch ein Recht selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Man muss Menschen mit einer Behinderung die Möglichkeit geben, Bedürfnisse zu entwickeln und Lebensperspektiven zu eröffnen (vgl. Becker 2016: 129).

Die „Selbstbestimmung“ ist in den Heimbereichen für Menschen mit geistiger Behinderung ein zentrales Thema. Jedoch kommt in vielen Situationen sehr viel Fremdbestimmung vor. Damit die Bedürfnisse der einzelnen realisiert werden können, braucht es Unterstützungsangebote. Dabei stellt sich die Frage „wieviel Fremdbestimmung nötig ist, um Selbstbestimmung zu ermöglichen und zu erzeugen“ (Becker 2016: 127). Selbstbestimmung soll vermittelt und in die sozialen Prozesse miteinbezogen werden, was wiederum eine Veränderung der Unterstützungsangebote mit sich bringt (vgl. ebd.: 131). Die Grenzen der Selbstbestimmung kommen bei Selbst- und Fremdgefährdung vor, bei welchen die Betreuer oder Angehörige die Pflicht haben, einzugreifen (vgl. Niehoff- Dittmann 1997: 59). Ebenso können organisatorische Rahmenbedingungen und Strukturen eine Förderung von Selbstbestimmung und Unabhängigkeit erschweren (vgl. Seifert 1997:211). Wichtig zu wissen ist dennoch, dass die „Selbstbestimmung von Betreuten, bei den Betreuern“ anfängt (vgl. Gaedt 1997: 91).

Die Einstellung und Haltung der Betreuenden oder Angehörigen gegenüber dieser Thematik spielt eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung im Alltag. Aus diesem Grund hat das Betreuungspersonal die Verantwortung, dass Selbstbestimmung realisiert wird (vgl. Stöppler 2014: 77). Älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung fällt es oft schwer, selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können, da sie Schwierigkeiten haben, sich die notwendigen Fähigkeiten dafür anzueignen und sie zu wenig Möglichkeiten geboten bekommen haben, um diese zu erlernen (vgl. Haveman/ Stöppler 2004:126). Durch die Abhängigkeit und Bevormundung der Eltern und Wohnheime besitzen sie nicht die Reife und das Selbstbild eines Erwachsenen Menschen (vgl. ebd.: 126).

6 Vom Normalisierungsprinzip hin zur Inklusionstheorie

Wenn man einen Blick auf die Entwicklung der Behindertenarbeit wirft, zeigt sich, dass ein Umbruch stattgefunden hat (vgl. Schwalb/ Theunissen 2012: 7)

Mittlerweile wird vermehrt Verständnis und Akzeptanz den Menschen mit einer geistigen Behinderung (von der Gesellschaft) entgegengebracht. Das Umdenken begann mit dem Normalisierungsprinzip in welchem vor allem der Integrationsgedanke im Fokus stand, darauf aufbauend entwickelten sich Methoden des Empowerments, der Inklusion und Partizipation (vgl. ebd.: 7). Dabei wird vor allem Autonomie, gesellschaftliche Teilhabe und Akzeptanz gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung verwirklicht.

6.1. Normalisierungsprinzip

Der Begriff des Normalisierungsprinzips hat seinen Ursprung in Skandinavien (vgl. Petersen 2003: 185). Entworfen wurde es von dem Dänen Niels Erik Bank-Mikkelsen und von dem Schweden Bengt Nirje weiter ausformuliert. Die Gründe dafür entstanden aus den menschenwürdigen Lebensbedingungen von Menschen mit einer geistigen Behinderung in den grossen Anstalten, was zu einem Paradigmenwechsel in der Behindertenarbeit führte (vgl. Drechsler 2004: 85).

1959 ging die erste schriftliche Formulierung im dänischen Gesetz zur Sozialfürsorge mit ein (vgl. ebd.: 86). Bank-Mikkelsen stellte die Forderung, dass jeder Menschen ob mit oder ohne Behinderung dieselben Lebensbedingungen zur Verfügung gestellt bekommt (vgl. Spiegel 1999: 77).

Durch das Normalisierungsprinzip soll eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden, sowie die Entwicklung einer Identität und eine reiche Lebensgestaltung für Menschen mit einer Behinderung (vgl. ebd.: 78). Es bezieht sich auf acht Elemente, welche das Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung in allen Lebensphasen (...) so normal wie möglich gestalten soll (vgl. Stöppler 2014: 74).

1. **Ein normaler Tagesablauf** beinhaltet am Morgen aufzustehen, sich anzuziehen (eventuell mit Unterstützung), Mahlzeiten einzunehmen, Beschäftigungen (Arbeit, Tagesstruktur) nachzugehen wie auch individuelle Freizeitangebote wahrnehmen zu können, der Tagesablauf orientiert sich einem Tagesablauf eines gleichaltrigen Menschen ohne eine Behinderung (vgl. Bleidick/ Ellger-Rüttgardt 2008: 82).

2. **Ein normaler Wochenrhythmus** beinhaltet die Trennung von Arbeit, Wohnen und Freizeit (vgl. ebd.: 82). Für die Identitätsentwicklung ist der Wechsel von einer fordernde Tätigkeit (Arbeit, Schule) in eine entspannte Tätigkeit (Freizeit) wichtig (vgl. Drechsler 2004:86). Ebenso nimmt man z.B. durch die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder externen Beschäftigungen am gesellschaftlichen Leben teil (vgl. ebd.: 86).
3. **Ein normaler Jahresrhythmus** beinhaltet die Möglichkeit auf Teilnahme an kulturellen und religiösen Fest- und Feiertagen (vgl. ebd.: 87). Ebenso den Anspruch auf Ferienwochen mit der Möglichkeit zu verreisen (vgl. ebd.: 87).
4. **Normale Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus** beinhaltet das Angebote und Behandlungen, auf das jeweilige Lebensalter abgestimmt werden und die Bedürfnisse des Einzelnen miteinbezogen werden (vgl. Bleidick/Ellger-Rüttgardt 2008: 82). Für alte Menschen mit einer Behinderung bedeutet dies, dass sie nach ihren Bedürfnissen betreut werden und den sozialen Kontakt zu ihrem Umfeld behalten sollten (vgl. Drechsler 2004: 87).
5. **Respektieren von Bedürfnissen** beinhaltet, dass jeder Mensch in seinen Bedürfnissen, Wünschen und Vorlieben ernst genommen wird und vor allem Menschen mit einer Behinderung die Möglichkeit in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden, gegeben werden sollte (vgl. Bleidick/Ellger-Rüttgardt 2008: 82).
6. **Angemessene Kontakte zwischen zwei Geschlechtern** beinhaltet, dass ihnen die Möglichkeit gegeben wird Freundschaften und Beziehungen aufzubauen, die bi-, hetero- oder auch homosexuell orientiert sein können (vgl. Drechsler 2004: 87).
7. **Normale wirtschaftliche Bedingungen** beinhalten, dass auch Menschen mit einer geistigen Behinderung das Recht auf ein Einkommen für ihre Arbeit in den geschützten Werkstätten oder der intern angebotenen Tagesstruktur haben.
8. **Normaler Standard von Einrichtungen** beinhalten, das Recht auf ein eigenes Zimmer sowie einer altersangemessener Ausstattung. Ebenso ist im Hinblick auf

die Lage und Grösse dieselben Massstäbe zusetzen wie es ein Mensch ohne eine Behinderung für angemessen hält (vgl. Bleidick/Ellger-Rüttgardt 2008: 83).

Dabei liegt der Grundgedanke darin, dem Menschen mit einer geistigen Behinderung „ein Leben so normal wie möglich“ zu bieten (vgl. Drechsler 2004: 88). Das heisst, dass ein geeignetes Umfeld geschaffen werden muss, indem sich das Individuum autonom entfalten kann (vgl. ebd.: 89).

Im Jahr 1972 wurde durch Wolf Wolfensberger, die Idee des Normalisierungsprinzips in den USA und Kanada weiterverbreitet (vgl. ebd.: 77). Wolfensberger erweitert das Prinzip, in dem er es auf alle Menschen anwendbar macht, insbesondere denen, die einer „gesellschaftlichen niedrigen Rolle“ zugewiesen wurde (vgl. Kubek 2012: 78-79). Es soll auf alle Menschen angewendet werden, die in irgendeiner Art und Weise von Abgrenzung und Abwertung betroffen sind (vgl. ebd.: 78). Für ihn war das Ziel die Aufwertung der sozialen Rolle und ersetzt daher auch den Begriff des Normalisierungsprinzips mit diesem (vgl. Stöppler 2014: 74). Durch seine neu differenzierte Strukturierung steht die Normalisierung in einem Spannungsfeld zwischen den gesellschaftlichen Erwartungen und den individuellen Erscheinungsweisen von Betroffenen (vgl. Spiegel 1999: 79). Wolfensberger Unterschied zwischen zwei Handlungsdimensionen: der „Interaktion“ und der „Interpretation“ (vgl. ebd.: 79). Dabei ist nicht nur die direkte Interaktion zum Menschen von Bedeutung, sondern auch ein Interpretationsprozess, der ermöglicht, das „Image“ der Menschen mit geistiger Behinderung positiv zu beeinflussen, (vgl. Stöppler 2002: 23). Beim „Image“ handelt es sich um die „gesellschaftliche Zuschreibung des Status“, wie ein Mensch von der Gesellschaft wahrgenommen wird (vgl. Drechsler 2004: 90).

Seine Vorstellung lag darin, dass alle Menschen sozial anerkannt und „gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft“ werden (vgl. Theunissen/ Kulig/ Schirbort 2007:242).

Walter Thimm hat Ende der 70er das Normalisierungsprinzip wie folgt definiert:

„Mitbürgerinnen und Mitbürger mit geistigen, psychischen und physischen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nicht beeinträchtigten Mitbürgerinnen und Mitbürgern entspricht. In aller Kürze: „Ein Leben so normal wie möglich““ (Theunissen/ Kulig/ Schirbort 2007: 242-243).

Thimm geht es um eine Änderung der Haltung der Gesellschaft gegenüber Menschen mit einer Behinderung, er sieht Hoffnung, dass sich in der Gesellschaft mehr Menschlichkeit verbirgt, wie bisher zum Vorschein kam (vgl. Drechsler 2004: 93).

6.2. Empowerment

In der Bürgerrechtsbewegung (civil- rights- movement) der schwarzen Minderheitsbevölkerung der USA, wie in der Frauenbewegung liegen die Wurzeln des Empowerments (vgl. Theunissen 2013: 38).

Empowerment stammt aus den USA und bedeutet übersetzt „Selbst-Ermächtigung“, „Selbst-Bemächtigung“ oder „Selbstbefähigung“ (vgl. Theunissen 2013: 27). Das Ziel liegt darin, „vorhandene Fähigkeiten der Menschen zu kräftigen und Ressourcen aufzubauen, zu stärken und freizusetzen, die für ein selbstbestimmtes Ausgestalten eigener individueller Lebenswege und Lebensräume förderlich sind“ (Sohns 2009 :82). Der Mensch wird „Experte in eigener Sache“, denn jeder weiss selbst was ihm gut tut und was er braucht (vgl. Schwalb/ Theunissen 2012: 34). Durch einen Perspektivenwechsel, wird der Blick von den Defiziten, Schwächen hin zu den Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten gelenkt (vgl. Herriger 2006:72).

Das Modell der Menschenstärke nach Weik (1989) ist ein Überzeugungsmodell, welches annimmt, dass der Mensch immer auf seine Stärken zurückgreift, wenn er durch positive Kapazitäten unterstützt wird (vgl. Weik 1992: 24 zit. nach Herriger 2006: 73). Dafür bedarf es ein sensibles Gespür für die Ressourcen, Talente, Erfahrungen und Ansprüche des Einzelnen (vgl. Weik 1992: 24 zit. nach Herriger 2006: 73). Das Modell der Menschenstärke wurde in sechs Bausteine herausgearbeitet (vgl. ebd.: 74).

1. „Das Vertrauen in die Fähigkeit jedes Einzelnen zu Selbstgestaltung und gelingendem Lebensmanagement“

Der Grundgedanke basiert auf das Vertrauen der eigenen Fähigkeiten, das Leben in eigener Regie zu gestalten (vgl. ebd.: 74)

2. „Die Akzeptanz von Eigen-Sinn und der Respekt auch vor unkonventionellen Lebensentwürfen der Klienten psychosozialer Arbeit“

Jeder Mensch hat seine eigene Lebensgeschichte/ Biographie, die ihn zu dem Menschen macht, der er ist. Akzeptanz, Ernst-Nehmen und sich auf den Klienten einlassen sind der Ausgangspunkt des pädagogischen Kontraktes (vgl. ebd.: 75). Die Aufgabe in der psychosozialen Arbeit ist es, „Ressourcen und Werkzeuge für eine gelingende Lebensbewältigung“ bereitzustellen, ohne diese aber dem Klienten aufzuzwingen (vgl. ebd.: 75).

3. „Das Respektieren der eigenen Wege und der eigenen Zeit des Klienten und der Verzicht auf strukturierte Hilfepläne und eng gefasste Zeithorizonte“

Empowerment-Prozesse verlaufen in der Regel in Umwegen, man muss sich in der Kooperation mit dem Klient, bewusst sein, dass es Rückschläge und Stillstände geben wird, welche viel Zeit und Energie kosten (vgl. ebd.: 76). Dem Klienten sollte die Zeit, die er für eine Wiederaneignung von Autonomie braucht, gegeben werden (vgl. ebd.: 76). Allerdings zeigen sich in der praktischen Umsetzung verschiedene Stolpersteine, einerseits die „institutionalisierte Ungeduld“ und andererseits die „personale Ungeduld des Sozialarbeiters selbst“ (vgl. ebd.: 76-77).

4. „Der Verzicht auf entmündigende Expertenurteile über die Definition von Lebensproblemen, Problemlösungen und wünschenswerten Lebenszukünften“

In der Arbeit mit dem Klienten ist eine wertschätzende Grundhaltung die Grundbasis, ebenso den „Respekt vor dem Recht der Klienten auf Anders-Sein zu wahren und seine moralischen Einsprüche zurückzustellen“ (ebd. 77). Es sollte eine Offenheit für die Lebensentwürfe und Vorstellungen des Klienten gegeben sein und doch sollte im Hinblick auf riskante Lebensentwürfe Kritik, Problematisierungen und Grenzziehung zentraler Bestandteil des Gesprächs sein (vgl. ebd. 77).

5. „Die Orientierung an der Lebenszukunft des Klienten“

Um die aktuell vorliegende belastende Situation des Klienten zu verstehen, werden oft in der Vergangenheit nach Schlüsselereignissen gesucht, von denen wir ausgehen, dass sie eine Begründung liefern (vgl. ebd.: 78). Das Modell der Menschstärke richtet den Blick in erster Linie in die Lebenszukunft des Klienten (vgl. ebd.: 78). Im Empowerment geht es darum, mit den aktuell vorhandenen „Ressourcen des Klienten neue Möglichkeitsräume zu eröffnen, in denen sie die eigenen Fähigkeiten zur Selbstorganisation entdecken, Vertrauen in die eigenen Kräfte gewinnen und damit neue Territorien von Unabhängigkeit erobern können“ (ebd.: 79). Allerdings können auch durch den Blick in die Vergangenheit, Erfahrungen ersichtlich gemacht werden, in denen die Stärken

und das Gelingen fokussiert werden um dabei auf „angesparte Lebensgewinne“ zurückzugreifen (vgl. ebd.: 79).

6. „Die Orientierung an einer „Rechte-Perspektive“ und ein parteiliches Eintreten für Selbstbestimmung“

Das Empowerment-Konzept, sein Menschenbild und sein methodisches Vorgehen unterscheidet drei ethische Grundannahmen (vgl. ebd.: 80). Die Wahrung von Selbstbestimmungsrechten, das Eintreten sozialer Gerechtigkeit und das Einlösen von Rechten auf demokratischer Partizipation (vgl. ebd.: 80-81). Bei der „Wahrung der Selbstbestimmungsrechte“ haben Menschen das Recht, ihre Eigensinnigkeit, auch gegen die gesellschaftlichen Normalitätsstandards auszuleben, es darf allerdings niemand fremd- und selbstverletzt werden (vgl. ebd.: 80). Bei der zweiten Grundüberzeugung dem „Eintreten der sozialen Gerechtigkeit“ werden die gesellschaftlichen Strukturen sozialer Ungleichheiten (materieller und immaterieller Lebensgüter) thematisiert (vgl. ebd.: 80). Die Philosophie des Empowerment ist einem sozialaufklärerischen Programm verpflichtet, mit dem Ziel Menschen ein kritisches Bewusstsein für die sozial ungleiche Verteilung von Lebensgütern und gesellschaftlichen Chancen zu vermitteln“ (vgl. ebd.: 80). Bei der letzten Grundüberzeugung der „Einlösung von Rechten auf demokratischer Partizipation“ wird sich auf das „Prinzip der Bürgerbeteiligung“ gestützt (vgl. ebd.: 81). Dabei beziehen sich die Empowerment-Prozesse auf die „Stärkung der Teilhabe der Bürger an Entscheidungsprozesse, die ihrer personale Lebensgestaltung und ihre unmittelbare soziale Lebenswelt betreffen“ (ebd.: 81).

Das was ein Menschen in einer schwierigen Lebenssituation über sich selbst und über andere lernt, kann nützliches Wissen für die weiteren Lebensverläufe sein (vgl. ebd.: 83). Die individuellen Selbstverfügungskräfte, vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten ermöglichen dem Individuum Probleme und Krisen aus eigener Kraft zu bewältigen und somit ein weitgehend autonomes Leben zu führen (vgl. Schwalb/ Theunissen 2012: 26). Das Empowerment-Konzept orientiert sich an den Ressourcen und Stärken des Einzelnen, dabei kommen vier Handlungsebenen zur Entdeckung der eigenen Stärke zu Trage (vgl. ebd.: 29).

1. „Subjektzentrierte Ebene“

Dabei werden Wege des Einzelnen mit seinen individuellen Stärken beleuchtet, die zur Entwicklung neuer Handlungskompetenzen und Lebenskräfte unterstützend wirken können (vgl. ebd.: 29).

2. „Gruppenbezogene Ebene“

Hierbei geht es um die bürgerzentrierte Netzwerkarbeit, den Mensch in seiner Andersartigkeit zu respektieren und informell zu unterstützen (vgl. ebd.: 31). Ebenso zielt es auf eine Förderung von vorhandenen Kontakten im Nahbereich (vgl. ebd.: 30).

3. „Institutionelle Ebene“

Hierbei soll gemeinsam mit Betroffenen die institutionelle Ebene beleuchtet werden, um Veränderungen zu erzielen, die sich auf den Abbau von Systemzwängen hin zur Schaffung von Entscheidungsstrukturen, wie auch Möglichkeiten einer Deinstitutionalisierung beziehen (vgl. ebd.: 31).

4. „sozialpolitische und gesellschaftliche Ebene“

Hierbei geht es um die „Mitgestaltungsmöglichkeiten in lokalen Machtstrukturen und die Möglichkeit politischer Einmischung und gesellschaftlicher Teilhabe“ (vgl. ebd.: 31). Auch Menschen mit einer Behinderung soll hier die Möglichkeit der Mitsprache gegeben werden, diese Unterstützung kann in Form einer advokatorischen Assistenz erfolgen (vgl. ebd.: 32).

6.3. Inklusion

Der Begriff „Inklusion“ hat seine Wurzeln aus dem angloamerikanischen Sprachraum und bedeutet so viel wie „Nicht-Aussonderung“, „unmittelbare Zugehörigkeit“ (vgl. Schwalb, Theunissen 2009: 16).

Der Grundgedanke ist, dass die Gesellschaft jeden Einzelnen in seiner Individualität akzeptiert und jeder Person dieselben Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährleistet bekommt, insbesondere in den Bereichen Wohnen, Bildung, Arbeit und Freizeit (vgl. Graumann 2012: 79). Mit dieser Grundhaltung soll ein Ausschluss eines einzelnen Individuums nicht möglich gemacht werden. Dies hat allerdings zur Voraussetzung, dass allen Menschen die sozialen und kulturellen Systeme in der

Gesellschaft, zugänglich gemacht werden muss (vgl. Schwalb/ Theunissen 2012: 18). Ebenso ist die Akzeptanz von Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Gesellschaft nach wie vor noch keine Selbstverständlichkeit (vgl. Höft 2017: 20).

In der Praxis zeigt es sich schwierig, eine Abgrenzung der Begriffe „Inklusion“ und „Integration“ erkennbar zu machen (vgl. Grosche 2015: 26). Die UN-Behindertenrechtskonvention verwendet im englischen Original den Begriff „Inclusion“, welcher übersetzt „Integration“ bedeutet (vgl. Sarimski 2011: 12).

Dabei sollte der Begriff der „Integration“ durch den der „Inklusion“ abgelöst werden. Die Kritik seitens der Integration lag darin, dass Ausgrenzung nicht verhindert wurde und es grundsätzlich darum ginge, heterogene Gruppen zu bilden (vgl. Felder/ Schneiders 2016: 20). Das Ziel der „Inklusion“ liegt darin, die Ausgrenzung zu verhindern, die Wertschätzung von Verschiedenheiten zu fördern und dass die Normalitätserwartungen nicht länger von einer einzigen Gruppe bestimmt werden (vgl. Leidner 2012: 69). Wie sich die beiden Begriffe voneinander unterscheiden lassen, hängt vom individuellen Verständnis dieser ab (vgl. Felder/ Schneiders 2016: 21).

6.4. Assistenzmodell

Der Begriff „Betreuung“ wird durch Begriffe „Begleitung/ Assistenz“ ersetzt, wobei sich ein neues Rollenverständnis der Professionellen auftut (vgl. Buchka 2003: 196). Diese neue Anschauung von Menschen mit einer Behinderung entstand in den USA unter anderem durch die „People-First“ Bewegung (vgl. ebd.: 196). Diese setzen sich für ein „unabhängiges, eigenständiges und autonomes Leben“ ein (Buchka 2003: 204). Sie sind der Annahme, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung durch eine persönliche Assistenz ein Leben in Normalität führen können (vgl. ebd.: 204). In Schweden hat sich das Assistenzmodell bewährt und sich zur wichtigsten Form der Unterstützung entwickelt (vgl. Wacker/ Wansing/ Schäfers 2009: 57).

Der Mensch mit einer geistigen Behinderung soll nicht mehr durch seine Defizite bestimmt und eingeschränkt werden (vgl. Buchka 2003.: 197). Vielmehr geht der Paradigmenwechsel der Selbstbestimmung, vor allem bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung, von einem vollständigen Menschen aus, das heißt dieser soll nicht als verbesserungsbedürftig angesehen werden, sondern so bleiben wie er ist (vgl. ebd.: 197). Dabei lenkt man den Blick auf die vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen, anstatt die Defizite zu beleuchten (vgl. ebd.: 196). Jeder Mensch ist sein eigener Experte, der seine eigenen Grenzen, Wünsche und Bedürfnisse am besten kennt (vgl. ebd.: 209).

Durch das Vertrauen, das einem Menschen mit einer geistigen Behinderung bei selbstbestimmten Entscheidungen entgegengebracht wird, ermöglicht man diesem, sich in seiner Individualität „entwickeln und strukturieren“ zu können (vgl. ebd.: 201). Dabei müssen Betreuer und Angehörige sich von einer fürsorglichen Haltung lösen und offener werden, um mehr Vertrauen in die Betroffenen und ihre Fähigkeiten zu haben (vgl. ebd.: 210). Allerdings kann eine solche Haltung auch die Gefahr einer Überforderung bei Betroffenen auslösen, da diese teilweise Mühe hat, den eigenen Fähigkeiten zu vertrauen (vgl. Theunissen 2013: 65-67). Ebenso kann bei einer schweren kognitiven Beeinträchtigung Kommunikationsschwierigkeiten entstehen und der hohe Unterstützungs- und Hilfebedarf zur Schwierigkeit werden, mit einer assistierenden Haltung den Betroffenen im Alltag zu begleiten (vgl. ebd.: 65-67). Somit liegt die Aufgabe der Assistenz darin, herauszufinden, welche „Verhaltens- und Erlebensweisen“ im Alltag von Betroffenen auffällig gemacht werden und missverstanden aufgefasst werden könnte (vgl. ebd.: 67).

Durch den Wandel von der Pflege und Betreuung, hin zur assistierenden Haltung liegt unter anderem die Ursache in der Veränderung der Lebenswelt (vgl. Buchka 2003: 198ff).

1. **„Die Berücksichtigung der subjektiven Bedürfnisse von Menschen mit einer geistigen Behinderung“:** Wünsche und Bedürfnisse bezüglich der Wohnsituation, der Freizeit, Bildung, Tagesstruktur, Arbeit etc. werden von den Betroffenen gefunden und benannt (vgl. Buchka 2003: 198).
2. **„Die Normalisierungs- und Integrationsbewegung in den Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung“:** In den letzten Jahren hat sich vieles zum Positiven verändert in Richtung Selbstbestimmung und Verständnis von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In fast jedem Konzept der Behindertenhilfe finden sich Normalisierungselemente (normaler Tagesrhythmus/ Jahresrhythmus/ räumliche Trennung etc.) wieder (vgl. Buchka 2003: 198). Durch die Umsetzung des Normalisierungsprinzips, resultierten Integrationsversuche (vgl. Stöppler 2014: 75). Die Normalisierungs- und Integrationsimpulse steuern noch heute die Neubau- und Umbaumaßnahmen in den Einrichtungen (vgl. Buchka 2003: 199). Ebenso haben die Prinzipien einen Einfluss auf die Kommunikationsstruktur, wobei eine Weiterentwicklung der Kommunikationsformen und eine gewisse Zurückhaltung

der Begleitenden angestrebt werden (vgl. Sack 1998: 117f, zit. nach Buchka 2003: 199).

- 3. „Die Enthospitalisierungsbewegung in den Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen“:** In früheren Jahren waren Menschen mit einer geistigen Behinderung meist in psychiatrischen Kliniken und Krankenhäusern untergebracht worden (vgl. Buchka 2003: 199). Es stellte sich als eine Fehlplatzierung heraus, da diese Menschen heilpädagogisch-sozialtherapeutische Betreuung benötigen (vgl. ebd.: 199).

Theunissen unterscheidet acht Assistenzformen bei der Arbeit mit kognitiv beeinträchtigten Menschen (vgl. Theunissen 2013: 69).

- 1. Dialogische Assistenz:** Hierbei geht es um das Erreichen der Grundbedürfnisse nach „soziale Kommunikation, Zuwendung, Anerkennung, Geborgenheit (...)“ (Theunissen 2013: 69). Ein wichtiges Element ist die Beziehungsgestaltung (vgl. Glasenapp 2010: 122).
- 2. lebenspraktische Assistenz:** Hierbei geht es um personenbezogene Dienstleistungen und Hilfsangebote für Menschen mit einer Körper- und Sinnsbeeinträchtigung (vgl. Theunissen 2016: 91). Unterstützungshilfen, werden für die Alltagsbewältigung und bei Aktivitäten angeboten (vgl. Glasenapp 2010: 122).
- 3. advokatorische (stellvertretende) Assistenz:** Hierbei wird die Aufgabe einer „Fürsprecherfunktion“ übernommen (Theunissen 2013: 69), indem die Interessen des Betroffenen vertreten werden und dessen Wünsche und Vorstellungen respektiert werden (vgl. Theunissen 2016: 91).
- 4. sozialintegrierte Assistenz:** Hierbei soll Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, sich als Teil einer Gruppe erleben zu dürfen, zur Unterstützung werden assistierende Hilfen zur gesellschaftlichen Partizipation geboten (vgl. Theunissen 2013: 69).

5. **konsultative Assistenz:** Beratung in Bezug auf Probleme, Lebensbewältigung, Zukunftsthemen (vgl. Loeken 2005 :125). Dabei sollte das Ziel, „Hilfe zur Selbsthilfe“ angestrebt werden, indem Betroffenen weitgehend selbst zu einer Lösung gelangen (vgl. Theunissen 2013: 69).

6. **facilitatorische Assistenz:** Es werden diverse Aktivitäten angeboten, die zu einem individuellen Lern- und Entwicklungsprozess beitragen sollen (vgl. Theunissen 2013: 69-70).

7. **lernzielorientierte Assistenz:** Durch Lernhilfen, wird die betroffene Person unterstützt, sich neue Kompetenzen anzueignen, vorausgesetzt, dass ein bestimmtes Lernbedürfnis vorhanden ist (vgl. Theunissen 2013: 70).

8. **intervenierende Assistenz:** Bei selbst- und fremdgefährdetem Verhalten ist ein eingreifendes Verhalten notwendig (vgl. Theunissen 2013: 70).

7 Die Rolle der Eltern

Die Geburt eines Kindes ist für eine Mutter eine einschneidende Erfahrung. Für die Mehrheit der Frauen bringt die Schwangerschaft positives an Gefühlen mit sich. Die Geburt eines behinderten Kindes stellt viele Eltern vor eine neue Herausforderung und bedeutet oft einen Einschnitt in die eigenen Person und Familienplanung (vgl. Huey-Ming Pan 2001: 46). Es kommt zu einem Wechselbad der Gefühle, welche vor allem negativ besetzt sein können (vgl. ebd.: 47). Es machen sich Gefühle der Schuld, des Zorns, der Trauer und der Angst auf (vgl. ebd.: 47).

Man lebt sich nun nicht nur in die Rolle der „Mutter sein“ ein, sondern steht nun auch vor der Aufgabe, sich mit der Behinderung des Kindes auseinanderzusetzen. Eltern stehen oft vor einer sehr anspruchsvollen und schwierigen Aufgabe. Jedes Elternpaar bewältigt diese neue Aufgabe individuell (vgl. ebd.: 48). Das heute neue Rollenverständnis der Frau mit anderen Lebensperspektiven, in welcher die Vorstellung eine Verknüpfung von Familienarbeit und Erwerbstätigkeit angestrebt werden möchte zeigt sich mit der Geburt eines behinderten Kindes schwierig (vgl. Seifert 2014: 25). Durch die hohe Pflegebedürftigkeit des Kindes werden Ängste und Sorgen ausgelöst (vgl. Speck 2005: 314).

Die Erziehung ist davon abhängig, wie die Einstellung zum Kind ist, wie mit den Problemen die durch die Behinderung einhergehen und den Unsicherheiten bezüglich der Zukunftsperspektiven des Kindes umgegangen werden kann (vgl. Speck 2005: 315). Um die Aufgabe mit einem behinderten Kind im Alltag zu meistern, braucht es für das Gelingen, ein Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und eine Strategie, wie Schwierigkeiten im Alltag angegangen und bewältigt werden können (vgl. Sarimski 2017:70). Ebenso bedarf es die Fähigkeit die Bedürfnisse ihres Kindes wahrnehmen zu können (vgl. ebd.: 71). Um sich auf die Bedürfnisse des Kindes einlassen zu können, müssen Eltern mit den „emotionalen, kognitiven und sozialen Herausforderungen lernen zurechtkommen“ (Sarimski 2017:68). Der familiäre Zusammenhalt und die soziale Unterstützung, können sich als eine wichtige Ressource bei der Alltagsbewältigung mit einem behinderten Kind herausstellen (vgl. ebd.: 71).

Aufgrund der Schuldgefühle und der eigenen Enttäuschung der Eltern, neigen diese oft zu einem starken „Beschützerinstinkt“, zu einer sogenannten Überbehütung, was einen Ablöseprozess erschweren kann (vgl. Speck 2005: 305). Eltern machen sich zum Beispiel die Vorwürfe ihr Kind abzuschieben und aus dem vertrauten familiären Umfeld wegzugeben (vgl. Pixa-Kettner/ Lotz- Rambaldi 2003: 429).

Vielen Eltern fällt es schwer, ihr Kind loszulassen, was einen Auszug aus dem Elternhaus nach wie vor nicht selbstverständlich macht (Fischer 1997: 282). Allerdings zeigt es sich schwierig ist, dem Kind eine Förderung nach „Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung“ im Elternhaus zu gewährleisten (vgl. Seifert 2014: 31).

In den letzten Jahren hat sich viel in der Behindertenhilfe getan. Vor allem im Bereich der Selbstbestimmung und Akzeptanz von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Auch im Ausbau der Wohnformen hat sich was getan, allerdings überwiegen nach wie vor stationäre Wohneinrichtungen, in denen Betroffene nicht ausreichend in ihrer Selbstständigkeit und Selbstbestimmung gefördert werden können.

Die alten Menschen mit einer geistigen Behinderung die heute in den Wohnheimen leben wuchsen überwiegend in Fremdbestimmung auf. Bis Anfang der 70er Jahren war es normal sein Kind eine „Anstalt“ zu geben (vgl. Speck 2005: 322). Bei den Einrichtungen handelte es sich um psychiatrische Grosseinrichtungen, in denen die Menschen mit Massenhaft untergebracht wurden (vgl. ebd.: 322). Eine individuelle Begleitung und Förderung war nicht gegeben.

8 Vom Vormundschafts- zum neuen Erwachsenenschutzrecht

Am 01.01.1917 ist das Vormundschaftsrecht in Kraft getreten und blieb bis zur Einführung des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts am 01.01.2013 fast unverändert (vgl. Hausheer/ Geiser/ Aebi-Müller 2014: 1). Das Vormundschaftsrecht befasste sich hauptsächlich mit dem Schutz von Personen mit einem Schwächezustand (vgl. ebd.: 1). Dabei handelte es sich um Menschen, „die nicht oder nur unzureichend für sich selbst Sorge tragen konnten“ (Noser/Rosch 2016: 12). Bevormundet wurde jede Person, die infolge einer „Geisteskrankheit“ oder „Geistesschwäche“ (vgl. ebd.: 12). Der Schutz erfolgte durch einen Entzug der Handlungsfähigkeit und in Folge einer Bevormundung (vgl. ebd.: 12).

Das Vormundschaftswesen war in drei behördlichen Massnahmen unterteilt: die Beistandschaft, Beiratschaft und die Entmündigung/Vormundschaft (vgl. Reusser 2012: 118).

Beistandschaft:

Hierbei gibt es keinen Einfluss auf die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person. Die Beistandschaft unterteilte sich in die Vertretungs-, Vermögensverwaltungsbeistandschaft und die Beistandschaft auf eigenes Begehren (vgl. Reusser 2012: 118).

Beiratschaft:

Hierbei handelt es sich um eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit. Die Beiratschaft wird in eine Mitwirkungs- und Vermögensverwaltungsbeiratschaft unterteilt (vgl. Reusser 2012: 118).

Vormundschaft/ Entmündigung:

Hierbei handelt es sich um eine Entziehung der Handlungsfähigkeit. Dabei konnte die betroffene Person von der Vormundschaftsbehörde entweder unter die „verlängerte elterliche Sorge oder ihr/ ihm konnte ein Vormund ernannt werden“ (Reusser 2012: 118).

Das Vormundschaftsrecht konnte einer individualisierten Gesellschaft und deren Bedürfnisse wie Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Achtung der Würde etc. nicht mehr gerecht werden (vgl. Fassbind 2012:28).

Es zeigten sich diverse Defizite im „organisatorischen, verfahrenstechnischen und materiellem Belangen“ (ebd.:29). Diese wären wie folgt:

- „die Tendenz zur Stigmatisierung und Diskriminierung
- ein mangelhaft berücksichtigendes Selbstbestimmungsrecht
- der mangelhaft ausgebildete Schutz von urteilsunfähigen Personen
- die zu wenig ausgebildete Subsidiarität, Verhältnismässigkeit und Rechtsstaatlichkeit
- die mangelhaft geregelten Massnahmen zur fürsorgerischen Unterbringung“
(ebd.: 29)

8.1. Das neue Erwachsenenschutzrecht

Seit dem 01.01.2013 liegt ein neues Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (Art. 360-456 im Zivilgesetzbuch ZGB) vor, welches zum Wohle und Schutz für Menschen mit einer geistigen Behinderung, psychischen Störung, einer Urteilsunfähigkeit oder einer vergleichbaren Schwäche dient (vgl. Noser/Rosch 2016: 16).

Im neuen Recht wird jede Art von Diskriminierung und Stigmatisierung vermieden, daher wurde auch der Begriff des Vormundschaftsrechts, durch das des Erwachsenenschutzrechts ersetzt (vgl. Hausheer/ Geiser/ Aebi-Müller 2014: 2). Ebenso stärkt das neue Recht die Solidarität in Familien und erhöht die Flexibilität durch die Einführung von behördlichen Massnahmen nach Mass, darüber hinaus gibt es Verbesserungen beim Selbstbestimmungsrecht, beim Rechtsschutz und beim Schutz von urteilsunfähigen Personen in Einrichtungen (vgl. Fassbinder 2012:40).

Der Zweck und das Ziel des neuen Erwachsenenschutzrecht liegt darin, „die Defizite, welche das Wohl der betroffenen Person gefährden, zu beseitigen, beheben, auszugleichen oder zu mildern, um die Interessen der Person dauerhaft und nachhaltig zu wahren“ (Fassbind 2012: 40). Es soll verhindert werden, dass die betreuende Person mehr staatliche Unterstützung erhält, als benötigt wird. Die Verhältnismässigkeit muss eingehalten werden.

Neben dem Gefährdungs- und Schutzprinzip, der Wahrung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit sind die Verhältnismässigkeit, Subsidiarität, das Legalitätsprinzip und der Rechtsschutz die Grundsätze des Erwachsenenschutzrechtes (vgl. Fassbinder 2012: 43).

8.2. Neue Beistandschaft

Bei der Errichtung einer Beistandschaft sind immer das Subsidiaritäts- und Verhältnismässigkeitsprinzip einzuhalten. Dabei hat die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) die Aufgabe, zu prüfen, in wie weit die betroffene Person seine/ ihre eigenen Angelegenheiten noch weitgehend selbstständig oder gar nicht mehr erledigen kann (vgl. Art. 390 1 Ziff. Abs. 1 ZGB) oder wenn diese wegen „vorübergehender Urteilsunfähigkeit oder Abwesenheit in Angelegenheiten, die erledigt werden müssen, weder selber handeln kann noch eine zur Stellvertretung berechtigte Person bezeichnet hat“ (Art. 390 1 Ziff. Abs. 2 ZGB).

Die angeordnete Massnahme soll die Autonomie der betroffenen Person weitgehend erhalten und fördern. Dabei soll auf die individuellen Bedürfnisse und auf den Bedarf des Einzelnen möglichst eingegangen werden (vgl. Rosch 2011: 135). Nach dem neuen Erwachsenenschutzrecht wurden typengebundene Massnahmen wie die Vormundschaft oder Beiratschaften durch eine doppelt-massgeschneiderte Beistandschaft ersetzt (vgl. ebd.: 135). Die Person und deren Lebenslage stehen im Mittelpunkt. Es wird zwischen der Begleit-, Vertretungs-, Mitwirkungs- und umfassenden Beistandschaft unterschieden.

- **Begleitbeistandschaft:** Hier ist die Beistandschaft als Unterstützung für einzelnen Aufgabengebiete zuständig, schränkt die betroffene Person jedoch in ihrer Handlungsfähigkeit nicht ein (vgl. Art. 393 Abs. 1-2 ZGB). Der Beistand agiert als Beratungsperson und unterstützt diese bei komplizierten Angelegenheiten oder in Entscheidungsprozesse.
- **Vertretungsbeistandschaft:** Der Beistand/ die Beiständin übernimmt gewisse Angelegenheiten, die von der betroffenen Person nicht selbst erledigt werden können und vertritt diese (vgl. Art. 394 Abs. 1-2 ZGB). Bei dieser Beistandschaft kann, wenn die Erwachsenenschutzbehörde es für notwendig hält, die Handlungsfähigkeit der betroffenen Person, für bestimmte Aufgabengebiete einschränken (vgl. Art. 394 Abs. 3 ZGB).

Bei der Vertretungsbeistandschaft für die Vermögensverwaltung bestimmt die Erwachsenenschutzbehörde welche Teile des Vermögens vom Beistand verwaltet werden soll (vgl. Art. 395 Abs. 1 ZGB). Die Handlungsfähigkeit kann für

einzelne Einkommens- und Vermögensteile durch die Behörde entzogen werden (vgl. Art. 395 Abs.3 ZGB).

- **Mitwirkungsbeistandschaft:** Bei dieser Beistandschaft muss sich die betroffene Person zu ihrem Schutz bei gewissen Handlungen die Einverständnis des Beistands/ der Beiständin einholen, die Handlungsfähigkeit ist daher entsprechend eingeschränkt (vgl. Art. 396 Abs. 1-2 ZGB). Nur durch die Mitwirkung kommt das Rechtsgeschäft gültig zustande (vgl. Fassbind 2012: 61). Der Beistand ist kein gesetzlicher Vertreter und kann nicht anstelle der betroffenen Person handeln.

Um eine bestmögliche Unterstützung für die betroffene Person zu gewährleisten, können die Begleit-, Vertretungs- und die Mitwirkungsbeistandschaft miteinander kombiniert werden (vgl. Art. 397 ZGB). Die Aufgabenbereiche der Beistandschaft können auf die entsprechenden Bedürfnisse der betroffenen Person angepasst werden (vgl. Art. 391 Abs.1 ZGB).

- **umfassende Beistandschaft:** Bei dieser Beistandschaft hat die betroffene Person keine Handlungsfähigkeit und wird in allen Angelegenheiten der Personensorge, der Vermögenssorge und des Rechtsverkehr durch einen Beistand/ einer Beiständin umfassend vertreten (vgl. Art. 398 Abs. 2-3 ZGB). Die umfassende Beistandschaft ist für Personen gedacht, die besonders Hilfs- und Schutzbedürftig sind (vgl. Fassbind 2012: 61).

8.3. Stärkung der Selbstbestimmung

Aufgrund der Flexibilität beim neuen Erwachsenenschutzrecht, soll ihm Rahmen der behördlichen Massnahmen die Selbstbestimmung des Einzelnen weitgehend erhalten und gefördert werden (vgl. Art. 388 Abs. 2 ZGB). Die Beistände motivieren die betroffene Person, von ihren „Rechten, Fähigkeiten und Ressourcen Gebrauch zu machen, damit sie selbst auf ihre Lebensbedingung Einfluss nehmen können“ (Avenir Social 2010:10) was das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ als wichtiger Ansatz bestärkt.

Durch die Einführung des Vorsorgeauftrags und der Patientenverfügung kann der Wille des Einzelnen festgehalten werden.

Anhand des **Vorsorgeauftrags** kann jede handlungsfähige Person, für den Fall einer Urteilsunfähigkeit, jemanden bestimmen, der sich um die Angelegenheiten in der Vermögenssorge kümmert wie bei Angelegenheiten im Rechtsverkehr vertritt (vgl. Art.360 Abs. 1 ZGB). Die betroffene Person hat ein Mitspracherecht bei der Wahl einer Vertrauensperson als Beistand (vgl. Art. 401 Abs. 1-2 ZGB), wenn diese sich nicht selbst dazu äussern möchte oder nicht dazu in der Lage ist, können die Wünsche der Angehörigen oder nahestehenden Personen miteinbezogen werden (vgl. Fassbind 2012: 257-258). Nach Art. 406 Abs. 1-2 ZGB hat der Beistand/ die Beiständin die Aufgabe, auf die Meinung, den Willen und die Wünsche der betroffenen Person bezüglich ihrer Lebensgestaltung Rücksicht zu nehmen. Damit ein Missbrauch verhindert und vermieden werden kann, gilt die Formschrift einer notariellen Beurkundung oder wie bei einem Testament, die der handschriftlichen Verfassung (vgl. Magnus 2015: 406).

Durch eine **Patientenverfügung** kann im Falle einer Urteilsunfähigkeit festgelegt werden, welchen medizinischen Massnahmen zu- oder nicht zustimmt werden (Art. 370 Abs. 1 ZGB).

Nach Artikel 377 Abs. 3 ZGB wird eine urteilsunfähige Person (z.B. aufgrund Demenz oder einer schweren geistigen Behinderung) soweit wie möglich in die Entscheidungsfindung miteinbezogen. Liegt keine Patientenverfügung vor, plant der Arzt/ die Ärztin die weitergehenden Schritte der Behandlung, in Einbezug der vertretungsberechtigten Person bei medizinischen Massnahmen (vgl. Art.377 Abs.1 ZGB).

Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung muss immer individuell und situationsbezogen eingeschätzt werden, ob diese Person fähig ist, in diesem Fall eine Entscheidung für sich treffen zu können.

8.4. Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Schutz und Selbstbestimmung

Nicht immer lässt sich die Selbstbestimmung und die behördlich angeordnete Massnahmen miteinander vereinbaren. Auf dieser Ebene können verschiedene Spannungsfelder entstehen.

Das Ziel des neuen Erwachsenenschutzrechts ist, die Selbstbestimmung des Einzelnen zu erhalten und zu fördern, andererseits aber auch das Wohl und den Schutz hilfsbedürftiger Menschen gegebenenfalls durch behördliche Massnahmen sicherzustellen (vgl. Kisewetter 2017: 88). Dabei geht es auch um den Schutz durch das Grundrecht auf persönliche Freiheit, in welchem der Einzelne/ die Einzelne vor Eingriffen des Staates geschützt werden soll (vgl. Rosch 2011:7). Allerdings gehört das Erwachsenenschutzrecht zum Eingriffssozialrecht, somit kann unter bestimmten Voraussetzungen (wenn z.B. der Eingriff verhältnismässig ist) in die Grundrechte Einzelner eingegriffen werden (vgl. ebd.: 7).

Ebenso kann ein Spannungsfeld zustande kommen, wenn durch die Behörde eine Massnahme angeordnet wird und die aufgrund der Schutzbedürftigkeit, gegen den Willen der betroffenen Person festgelegt wurde. Ein weiteres Spannungsfeld kann auf Kooperationsebene zwischen Beistand und der betroffenen Person auftreten, wenn keine Vertrauensbasis aufgebaut werden kann und Unterstützungs- wie auch Hilfsangebote seitens des Klienten nicht angenommen werden möchte.

Für Menschen mit einer geistigen Behinderung wurde zum „Schutz vor Bevormundung“ die erstreckte elterliche Sorge abgeschafft. Nach Erreichen der Volljährigkeit soll eine massgeschneiderte behördliche Massnahme für den Unterstützungsbedarf sichergestellt werden.

8.5. Besserer Schutz für Menschen in Wohnheimen

Das neue Erwachsenenschutzrecht verbessert den Schutz von urteilsunfähigen Personen in Wohn- und Pflegeeinrichtungen (vgl. Fassbind 2012: 59). Darunter fallen, ein „obligatorischer Betreuungs- und Behandlungsvertrag, die ärztliche Informationspflicht, die Regelung der bewegungseinschränkenden Massnahmen und der Schutz der Persönlichkeit“ (Fassbind 2012:59). Das Personal des Wohnheims hat die Aufgabe individuell zu prüfen, ob und in welchem Bereich jemand urteilsunfähig ist

(vgl. Noser/ Rosch 2016: 110). Für urteilsunfähige Menschen werden vom Gesetz folgende Massnahmen vorgesehen (vgl. ebd.: 111):

- **Betreuungsvertrag:** Gemäss Art. 382 ZGB werden urteilsunfähige Menschen, die für längere Dauer stationär bzw. teilstationär betreut werden, durch einen Betreuungsvertrag geschützt (vgl. Fassbind 2012: 216). Er beinhaltet die zu erbringenden Leistungen seitens der Institution und das dafür geschuldete Entgelt (vgl. ebd.: 216). Die Inhalte des Vertrags unterscheiden sich je nach Institution und Zielgruppe (vgl. Mösch -Payot 2011: 112). Auf die Bedürfnisse und Wünsche des Betroffenen hat die Einrichtung bei der Festlegung der zu erbringenden Leistungen einzugehen und diese weitgehend zu berücksichtigen (vgl. Art. 382 Abs. 2 ZGB). Bei Urteilsfähigkeit schliesst der Betroffene selbst den Vertrag ab, bei Urteilsunfähigkeit wird der Vertrag durch einen Vertreter, der für die medizinische Massnahmen bestimmt wurde, abgeschlossen (vgl. Hausheer/ Geiser/ Aebi- Müller 2014: 92).
- **Bewegungseinschränkende Massnahme:** Bei einer Selbstgefährdung des Betroffenen oder Fremdgefährdung von Dritten kann als Schutzmassnahme eine bewegungseinschränkende Massnahme angeordnet werden (vgl. Noser/ Rosch 2016: 123). Eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit muss verhältnismässig sein (vgl. Mösch- Payot 2011: 119). Dabei muss geprüft werden ob die Massnahme geeignet und notwendig ist um den Betroffenen selbst oder weitere zu schützen (vgl. ebd.: 119). Bei einer angeordneten Einschränkung der Bewegungsfreiheit wird die betroffene Person, ausser in Notsituationen, über die Art, den Grund und die Dauer umfassend informiert (vgl. ebd.: 119). Damit die Massnahme so bald wie möglich wieder aufgehoben werden kann ist eine regelmässige Überprüfung notwendig (vgl. 383 Abs. 3 ZGB). Die Einschränkung der Bewegungsfreiheit muss schriftlich mit Namen der angeordneten Person, Zweck, Art und Dauer protokolliert werden (vgl. ebd.: 120). Das Protokoll darf von der vertretungsberechtigten und der betroffenen Person jederzeit eingesehen werden und muss daher immer auf dem aktuellen Stand gehalten werden (vgl. Hausherr/ Geiser/ Aebi-Müller 2014: 94). Ebenso dient ein Protokoll der Transparenz, für eine gewisse Kontrolle und zur Verhinderung von Missbräuchen (vgl. Mösch-Payot 2011: 120).

- **Förderung von Kontakten:** Nach Art. 386 Abs. 1 ZGB wird die Persönlichkeit der urteilsunfähigen Person von der Wohn- und Pflegeeinrichtung geschützt und Kontakte nach Aussen hin, so gut wie möglich, gefördert. Die Einrichtung hat die Pflicht, vor allem die bestehenden Kontakte der Einzelnen aufrechtzuerhalten (vgl. Noser/ Rosch 2016: 121). Ebenso besteht die Pflicht, „den Bewohnern allgemeinen Schutz und Fürsorge zu gewähren und deren Interessen/ Bedürfnisse zu wahren“ (Fassbind 2012: 223).

Wenn sich von ausserhalb niemand um die betroffene Person kümmert, so ist die Wohn- und Pflegeeinrichtung verpflichtet, dies der Erwachsenenschutzbehörde zu melden (vgl. Art. 386 Abs. 2 ZGB).

- **Freie Arztwahl:** In vielen Institutionen war es früher üblich, sich vom Heimarzt behandeln zu lassen. Gemäss Art. 386 Abs. 3 ZGB hat jeder das Recht, auf eine freie Arztwahl. Für viele Bewohner ist es wichtig, die bisherige Hausärztin/ Hausarzt zu behalten, da in der Zwischenzeit ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wurde (vgl. Noser/ Rosch 2016: 120).

- **Aufsicht:** Nach Art. 387 ZGB sind die Kantone verpflichtet, den Wohn- und Pflegeeinrichtungen, in denen urteilsunfähige Personen betreut werden, eine Aufsicht zu unterstellen. Es dient zur Schutzmassnahme, um „Missbräuche zu verhindern oder aufzudecken, Massnahmen gegen Mängel und um einem schlechten Betriebsklima entgegenzuwirken“ (Fassbind 2012: 225).

9 Lebensgestaltung Wohnen

9.1. Bedeutung des Wohnens

Ein alter Mensch mit einer geistigen Behinderung hat dieselben Lebens- und Wohnbedürfnisse wie ein alter Mensch ohne eine Behinderung (vgl. Buchka 2011:40). Es wird nach einem Ort gesucht, an dem Eigenschaften wie Geborgenheit, Schutz/ Sicherheit, Vertrautheit und Selbstverwirklichung gewährleistet werden (vgl. ebd.:40-41). Wohnen ist mehr als nur an einem bestimmten Ort zu leben, es wird nicht nur als einen Teilaspekt des menschlichen Lebens angesehen, sondern als ein Ganzes, was die menschlichen Lebensbedürfnisse und -bedingungen beinhaltet (vgl. Hanslmeier-Prockl 2009: 26).

Meist kommen Betroffene in ein Wohnheim wo gerade ein freier Platz zur Verfügung steht, dabei steckt ein hohes Mass an Fremdbestimmung in der Notwendigkeit in einer Wohngruppe leben zu müssen, wie aber auch mit bestimmten Menschen zusammen zu leben müssen (vgl. Bradl 1997: 367). In einigen Einrichtungen zeigt sich nicht mal die Möglichkeit bei der Wahl der Zimmermöbel mitzuentcheiden. Ebenso haben Betreute wenig Einfluss auf das Betreuungspersonal, es gilt sich zu arrangieren (vgl. ebd.: 367-368). Die individuelle Gestaltung des Wohnens ist ein Aspekt der Teilhabe und des Wohlbefindens und sollte im Vordergrund stehen (vgl. Hanslmeier-Prockl 2009: 28).

Der Rahmen an Möglichkeiten, einen Spielraum für mehr Selbstbestimmung zu kreieren, ist durch die Gegebenheiten der Institution bestimmt (vgl. Becker 2016: 151). Strukturen sind für die Bewältigung des Heimalltags wichtig und ein Hilfsmittel um einen Spielraum zu definieren (vgl. ebd.: 151).

9.2. Wohnformen in der Behindertenhilfe

Strukturelle Hauptforderungen wie ein möglichst „autonomes“ und ein möglichst „normales“ Leben wird an den Lebensraum „Wohnen“ gestellt (vgl. Buchka 2011: 41). Damit Autonomieeinschränkungen im individuellen, zwischenmenschlichen und gesamtgesellschaftlichen Bereich entgegengewirkt werden kann, braucht es ein neues Rollenverständnis, das Kunden- Modell (vgl. ebd.: 41).

Die Wohn- und Lebenssituation von Menschen mit einer geistigen Behinderung ist Europaweit nicht einheitlich aufgebaut (vgl. Glasenapp 2010: 157). Das liegt unter

anderem an den unterschiedlichen Vorstellungen der Betreuung und den damit einhergehenden unterschiedlichen Gesetzen (vgl. ebd.: 157).

Schweden:

In den skandinavischen Ländern ist es Pflicht, kleine gemeinwesenorientierte Wohneinrichtungen zu schaffen, in denen Menschen mit einer geistigen Behinderung ein Leben, so normal wie möglich, ermöglicht wird (vgl. Thesing 2009: 49). Es gibt kaum noch Grosseinrichtungen, die meisten Leben in kleinen (höchstens 6 Personen) Wohngemeinschaften oder haben ihre eigene Wohnung (vgl. Meyer 2011 118-119). Wenn die richtige Unterstützung gegeben ist, ist ein Leben in den eigenen vier Wänden für jeden Menschen möglich (vgl. ebd.: 119). Menschen mit einer schweren Beeinträchtigung und hohem Unterstützungsbedarf haben den Anspruch auf eine „persönliche Assistenz“ (vgl. ebd.: 119). Durch die „persönliche Assistenz“ haben auch diese Menschen eine Möglichkeit ihre Leben nach ihren Vorstellungen zu organisieren und zu ermöglichen (vgl. ebd.: 119). Durch ein „persönliches Budget“ kann eine Assistenz finanziert werden und das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Privatsphäre gestärkt werden (vgl. ebd.: 119). Die Finanzierung erfolgt über die Sozialversicherung (vgl. Aselmeier 2008: 153). Um einen Anspruch auf „persönliche Assistenz“ zu erhalten, braucht es einen Betreuungsumfang von mindestens 20 Stunden in der Woche in den Bereichen „Ernährung, Körperhygiene oder Kommunikation“ (vgl. ebd.: 158). Dabei orientiert sich die Höhe des Budgets am individuellen Hilfebedarf (vgl. Meyer 2011: 120).

Deutschland:

In Deutschland wird der Gedanke des Normalisierungsprinzips, in den nach wie vor noch überwiegenden Grosseinrichtungen, versucht umzusetzen (vgl. Meyer 2011: 82). Selbstbestimmtere Wohnformen gibt es hauptsächlich für Menschen mit relativer Selbstständigkeit (vgl. Theunissen 2012: 39). Ebenso wurden hauptsächlich Grosseinrichtungen gemeindenah erbaut, in denen mehrere Wohngruppen errichtet wurden (vgl. ebd.: 39). Was zur Folge hat, dass weniger auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen eingegangen und umgesetzt werden können.

10 Lebensgestaltung Arbeit

10.1. Übergang in den Ruhestand

Wie sich im Alltag zeigt, stellt der Übertritt in den Ruhestand für viele ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung eine belastende Situation dar (vgl. Stöppler 2014: 192). Der Übergang von der Rolle des Arbeitenden in die Rolle des Pensionierten kann sowohl Perspektiven wie auch Probleme mit sich bringen (vgl. Haveman/ Stöppler 2004: 172-173). Problematisch wird es vor allem dann, wenn sich der Betroffene stark auf seinem Beruf fixiert hat und sein Leben sich hauptsächlich daran orientiert hat, ebenso wenn durch die Entberuflichung Verluste der Sozialkontakte einhergehen und nicht weitergepflegt werden (vgl. ebd.: 173). Dabei unterscheidet sich der Übergang in den Ruhestand von Menschen ohne eine Behinderung. Menschen mit einer Behinderung haben aufgrund der gegebenen Ressourcen weniger Möglichkeiten ihren Ruhestand zu gestalten, daher ist es wichtig, dass Betreuer die Bedürfnisse ermitteln. Es ist wichtig, dass mit dem Betroffenen gemeinsam der Ruhestand vorbereitet wird um einer Krise vorzubeugen (vgl. Stöppler 2014: 192).

Die Auseinandersetzung von der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand braucht bei Menschen mit einer geistigen Behinderung Zeit (vgl. Leuenberger Curaviva Ausgabe 6 2010: 38). Gusset- Bährer hat sechs Erkenntnisse, die für einen gelingenden Übergang in den Ruhestand von Bedeutung sind, zusammengefasst (vgl. Gusset- Bährer zit. in Leuenberger Curaviva Ausgabe 6 2010: 38-41).

- 1. Vorbereitung:** Es ist wichtig, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung schon früh von der bevorstehenden Pensionierung erfahren um sich rechtzeitig mit Fragen bezüglich ihrer Alltagsbeschäftigung/ -gestaltung auseinanderzusetzen (vgl. ebd.: 38).
- 2. Beteiligung:** Es zeigt sich von Bedeutung den letzten Arbeitstag mitgestalten zu dürfen (vgl. ebd.: 39). Es verdeutlicht zum einen, dass die Erwerbstätigkeit beendet ist und zum anderen stärkt es den Betroffenen in seiner Selbstwirksamkeit, den Prozess nicht hingebungslos akzeptieren zu müssen, sondern bei der Gestaltung des Übergangs mitsprechen zu dürfen (vgl. ebd.: 39).

3. **Gestaltung:** Durch eine vorzeitige Reduzierung der Arbeitszeit, hat der Betroffene Zeit sich eine Beschäftigung neben der Erwerbstätigkeit aufzubauen und diese in der Pensionierung fortzuführen (vgl. ebd.: 39).
4. **Entwicklung:** Durch den Aufbau neuer Strukturen (Aufbau Freizeitbeschäftigung) fällt es dem Betroffenen leichter, sich mit seiner Pensionierung auseinanderzusetzen und diese zu akzeptieren (vgl. ebd.: 39).
5. **Bewahrung:** Es ist wichtig, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung nach ihrer Erwerbstätigkeit, weiterhin in der vertrauten Umgebung wohnhaft bleiben kann und die bestehenden Kontakte weiterhin pflegen darf (vgl. ebd.: 39).
6. **Verschiedenheit:** Jeder Mensch ist ein Individuum. Daher hat jeder Mensch eine andere Vorstellung wie er sich seine Pensionierung vorstellt, wie diese gestaltet werden kann und was ihm gut tut (vgl. ebd.: 41). Daher ist es wichtig, dass diese Menschen in den Prozess des Übergangs miteinbezogen werden und Mitspracherecht haben (vgl. ebd.: 41).

10.2. Angebote der Tagesstruktur

Um eine sinnvolle Tagesstruktur im Heimbereich zu schaffen, braucht es den Einbezug der Betreuten und sollte nicht nur von der Institution aufgebaut werden (vgl. Roters-Möller 2011: 57). Ebenso bedarf es eine kontinuierliche Überprüfung der Angebote um gegebenenfalls Anpassungen durchzuführen. Bei den Angeboten sollten verschiedenen Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen, damit Betreute nach ihren Bedürfnissen und Interessen entscheiden können (vgl. ebd.: 57). Ebenso sollte die Tagesstruktur ein freiwilliges Angebot sein, welches flexibel wahrgenommen werden kann (vgl. ebd.: 57).

11 Lebensgestaltung Gesundheit

11.1. Begleitung von alten Menschen mit Demenz in der sozialen Arbeit

Bei Menschen mit Down-Syndrom wird häufig die klinische Diagnose „Alzheimer Demenz“ gestellt (vgl. Havemann/ Stöppler 2004: 37). Das liegt daran, weil sich das Gen für Alzheimersche Krankheit auf dem Chromosom 21 befindet (vgl. Stöppler 2014:122-123).

„Die Alzheimer Demenz ist nach epidemiologischen und pathologischen Studien die „häufigste Ursache einer kognitiven Leistungsabnahme im Alter“ (Lieb/ Frauenknecht/ Brunnhuber 2016: 127).

Nach der ICD-10 wird ein demenzielles Syndrom wie folgt definiert:

- „Abnahme des Gedächtnisses
- Beeinträchtigung in zumindest einem weiteren neuropsychologischen Teilbereich, z.B. eine Störung der Urteilsfähigkeit, des Denkvermögens, der Orientierung, des Sprachverständnis etc.
- damit verbundene alltagsrelevante Einschränkung der Lebensführung“ (Lieb/ Frauenknecht/ Brunnhuber 2016: 123).

Zusätzlich können Verstimmungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Wesensveränderungen eintreffen (vgl. Theunissen/ Kulig/ Schirbort 2007: 70).

Bei Alzheimer Demenz unterscheidet man zwischen „sporadisch auftretenden Fällen“ und „familiär gehäuft auftretende Fälle“ (vgl. Lieb/ Frauenknecht/ Brunnhuber 2016: 127). Dabei können unbekannte oder genetisch bedingte Ursachen der Grund für die Krankheit sein (vgl. ebd.: 127).

Bei Menschen mit Down-Syndrom zeigen sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung schon in jüngeren Alter demenzielle Erscheinungen (vgl. Havemann/ Stöppler 2004: 37). Alzheimer Demenz ist ein langsam beginnender, schleichender Prozess, wobei sich der Beginn der Krankheit schwer feststellbar machen lässt und schreitet bei Menschen mit Down Syndrom zügig voran (vgl. Bleeksma 2014:61).

Die Dauer der Erkrankung ist daher deutlich verkürzt (vgl. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt16_geistige_behinderung_dalzg.pdf). Sie beginnt mit dem Abbau der Gedächtnisleistung, gefolgt von Störungen des Denkens und der Sprache (vgl. Bleeksma 2014: 61).

Folgende Symptome werden nach der deutschen Alzheimer Gesellschaft häufig beobachtet:

- **Mundmotorische Störungen:** Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, Kau- und Schluckbeschwerden
- **Abbau Alltagspraktischer Fähigkeiten:** An- und Auskleiden oder bei Ausführungen hauswirtschaftlicher Tätigkeiten
- **Verhaltensänderungen:** Symptome wie Angst, Wut, Unruhe, oder Depression
- **Epileptische Anfälle**
- **Verlust der räumlichen Orientierung**
- **Gedächtnisverlust**
- **Sprachstörung:** Störungen in der Wortfindung, später Sprachverlust
- **Gangunsicherheit:** erhöhte Sturzgefahr

(vgl. https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt16_geistige_behinderung_dalzg.pdf).

Die Versorgung eines dementen Menschen mit einer geistigen Behinderung zeigt sich in den Wohnheimen auf Dauer schwierig. Vor allem beim Fortschreiten der Krankheit machen sich beim Betroffenen/ der Betroffenen zunehmend Ängste und Verunsicherungen bemerkbar, das seitens der Betreuung viel Energie, Geduld und Zeit benötigt (vgl. Bleeksma 2014: 67). Ein wichtiges Ziel ist in erster Linie der Erhalt der vorhandenen Ressourcen zu stärken und die Bestärkung des Einzelnen noch selbst so gut es geht tätig zu sein (vgl. Held/ Ermini-Fünfschilling 2006: 27). Umso länger die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen noch bestehen bleiben, umso länger bewahrt der Betroffene seine Autonomie. Nichts löst mehr Unzufriedenheit und Aggression aus, als einem Betroffenen permanent zu sagen, was er zu tun hat (vgl. ebd.: 28). Auf diese Freiheitseinschränkung kann auch mit Apathie und Depression reagiert werden (vgl. ebd.: 28). Es ist daher wichtig, dass selbst im mittleren und fortschreitenden Stadium Ressourcen aktivierende Beschäftigungen wie malen, Geschichten erzählen, singen und musizieren etc. angeboten werden (vgl. ebd.: 50). Allerdings muss dabei beachtet werden, dass die Konzentration bei fortschreitender Erkrankung nachlässt und Betroffene daher Mühe haben, mit einer Beschäftigung zu beginnen und diese über einen gewissen Zeitraum auszuüben (vgl. ebd.: 49).

11.2. Biographiearbeit bei alten Menschen mit einer geistigen Behinderung

Die Biographiearbeit ist eine Methode um die Lebensgeschichte eines Menschen näher zu beleuchten und kennenzulernen (vgl. Specht-Tomann 2017: 2)

Dabei steht der Mensch als Individuum im Mittelpunkt (vgl. ebd.: 2). Durch die Lebensgeschichte eines Menschen, lernt man ein besseres Verständnis für dessen Handlungen, Bedürfnisse, Ängste und Nöte kennen (vgl. Wehner/ Schwinghammer 2017: 22). Diese Erkenntnisse steigern das Wohlbefinden und erhalten die Lebensqualität (vgl. Fricke/Stappel Caritasverband 2011: 152).

Über die Biographiearbeit lernt man vieles über den älteren Menschen kennen, dabei zeigt sich eine Chance auf, diesen Menschen besser zu verstehen und zu erreichen, wie auch Gefühlen der Vereinsamung entgegenzuwirken (vgl. Gudjons/ Wagener-Gudjons/ Pieper 2008: 34). Durch einen Blick zurück in die Vergangenheit können verborgene Ressourcen und Bedürfnisse erkannt werden und den Weg zu noch vorhandenen Fähigkeiten ermöglichen (vgl. Wickel 2011: 254). Diese können bewusst gestärkt und gefördert werden um sie noch „möglichst lange erhalten und nutzen zu können“ (Wickel 2011: 255). Gerade in der Arbeit mit geistig behinderten Menschen, zeigt es sich wichtig, diesen in eine „ganzheitliche Betrachtung“ zu nehmen (vgl. Buchka 2003: 291). Da oft Verständigungsprobleme vorliegen, ist es wichtig biographisches Material wie Bilder, Briefe etc. hinzuzunehmen (vgl. ebd.: 291). Durch die gewonnen Erinnerung der Biographiearbeit, wird die eigene Identität greifbar gemacht (vgl. Fricke/Stappel Caritasverband 2011: 152). Für eine gelingende Biographiearbeit bedarf es eine vertrauensvolle Beziehung, wie den nötigen Ruheraum und genügend Zeit (vgl. ebd.: 155). Ebenso kann es wichtig sein, Angehörige in den Prozess miteinzubeziehen um offene Fragen zu klären, die der Betreute nicht beantworten kann (vgl. ebd.: 155).

Bei demenzkranken Menschen zeigt sich die Biographiearbeit als ein wichtiges Instrument. Vorlieben, Abneigungen, Ängste und Interessen können von vielen Klienten nicht mehr genau benannt und geäußert werden (vgl. ebd.: 153). Durch das Wissen über Ereignisse aus der Lebensgeschichte, können Verhaltensweisen verständlich gemacht und gedeutet werden. Es ist daher wichtig, dass Angaben zur Biographie schriftlich dokumentiert festgehalten werden, dies verleiht sowohl Betreuten wie auch Betreuern mehr Sicherheit und Halt (vgl. ebd.: 153).

11.3. Biographiearbeit in der sozialen Arbeit

Professionelle der Sozialen Arbeit begleiten und unterstützen Menschen in schwierigen und herausfordernden Lebenssituationen. Biographiearbeit ist ein wichtiger Bestandteil in der sozialen Arbeit und kann in verschiedenen Bereichen angewendet werden. Je nach Klientel (Kind, Jugendlicher, geistig behinderter Mensch, alte Menschen etc.) zeigt sich die Gestaltung für Biographiearbeit unterschiedlich.

Sich mit der Lebensgeschichte des Klienten zu beschäftigen, ermöglicht ein besseres Verständnis und Kennenlernen. Probleme und Wünsche können dadurch ermittelt werden, so dass mit dem Klienten Bedürfnisorientiert gearbeitet werden kann.

In der sozialen Arbeit werden häufiger sogenannte Phasen- Prozessmodelle verwendet, die den Prozess des professionellen Handelns fassen und strukturieren können (vgl. Hochuli-Freund/ Stotz 2013:134). Das Prozessmodell ist ein Arbeitsinstrument in der sozialen Arbeit, welches zum besseren Verständnis der Situation des Klienten dienen und auf dieser Grundlage eine sinnvolle, adäquate Intervention entwickelt und realisiert werden kann (vgl. Hochuli-Freund/ Stotz 2013: 136). Dabei werden verschiedene Schritte durchlaufen, die zur Orientierungshilfe im Prozessablauf dienen sollen (vgl. Hochuli-Freund/ Stotz 2013: 138). Biographiearbeit spielt im Prozess des Fallverstehens und der -bearbeitung eine entscheidende Rolle. In der Situationserfassung können durch das Erzählen der Biographie wichtige Informationen zusammengetragen und erfasst werden. Ebenso dient es dem Beziehungsaufbau. Vertrauen ist die Grundbasis für eine gelingende Kooperation, das mittels Biographiearbeit aufgebaut werden kann.

Dabei ist es wichtig, den Klienten erzählen zu lassen, ohne diese Informationen zu werten. Durch die eigene biographische Erzählung, werden Erinnerungen geweckt. Der Klient bekommt die Möglichkeit über das Erzählte nachzudenken und sich ein neues Bild der Situation zu machen. Durch die Biographiearbeit werden verschüttete Lebenskräfte neu belebt (vgl. Herriger 2006: 105). Dabei werden Stärken aus eigenen Erfahrungen wachgerufen, was zu einem Mehr an Selbstwert führt und somit auch mehr Lebensmut aus der Vergangenheit in die Gegenwart mit sich bringt (vgl. ebd.: 113). Die Auseinandersetzung mit seiner eigenen Biographie hat auch Schattenseiten, da verdrängtes und schmerzliches hervorgerufen kann (vgl. ebd.: 113-114). Biographiearbeit heisst auch, sich der Vergangenheit zu stellen und sich seiner eigenen Herkunft bewusst zu machen (vgl. ebd.: 114). Dabei sollen positive wie auch negative Erfahrungen akzeptiert und hinterfragt werden (vgl. ebd.: 114).

11.4. Palliativpflege im sozialpädagogischen Bereich

Für Menschen mit einer geistigen Behinderung ist es wichtig, dass sie auch im Alter in der vertrauten Umgebung der bestehenden Wohneinrichtung bleiben können (vgl. Haveman/ Stöppler 2004:199). Womit auch der Wunsch aufkommt, in der vertrauten Umgebung sterben zu dürfen. Man befasst sich in den Einrichtungen meist erst dann mit den Thematiken Sterben und Tod, wenn ein Sterbefall vorliegt. Es bedarf eine aktive Auseinandersetzung mit dem Umgang trauernder Personen wie aber auch die Vorbereitung auf das Lebensende (vgl. Hoffmann 1999 zit. nach Stöppler 2014: 127). Der Prozess des Sterbens beschäftigt einen Menschen mit einer geistigen Behinderung ebenso, wie einen Menschen ohne eine Behinderung. Es ist ein Teil eines jeden im Leben.

11.5. Palliative Care (Begleitung eines sterbenden Menschen):

Palliative Care könnte umschrieben im deutschübersetzten, so viel wie „liebvoll-umhüllende Fürsorge für Menschen in der letzten Lebenskrise“ (Napiwotzky/ Student 2011:7) als Bedeutung verstanden werden. Die Palliative Begleitung setzt dann an, wenn die Krankheit immer weiter fortschreitet und kurative und therapeutische Massnahmen nicht mehr zu einem Heilungsprozess beitragen (vgl. Fricke/Stappel Caritasverband 2011: 35). Durch Palliative Care soll die Lebensqualität Betroffener und derer Angehörigen verbessert werden, indem Leidenszustände wie Schmerzen und anderer Probleme (körperlich, psychosozial oder spiritueller Art) erkannt und gelindert werden können (vgl. WHO 2002 zit. nach Napiwotzky/ Student 2011: 10). Der sterbende Mensch und seine Angehörigen stehen bei diesem Handlungsansatz im Zentrum (vgl. Napiwotzky/ Student 2011: 9). An den vier Dimensionen (der körperlichen, psychosozialen, spirituellen und kommunikativen) orientiert sich die Palliative Care um die Anforderungen einer palliativen Versorgung und die Sterbebegleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung einzuteilen (vgl. Fricke/ Stappel Caritasverband 2011: 36).

1. **Körperliche Ebene:** Durch eine frühzeitige Begleitung, sollen belastende Symptome erkannt werden, um den Betroffenen idealerweise davon zu befreien oder die Symptomatik zu lindern (vgl. ebd.: 36).

2. Psychosoziale Ebene: Um die bestmögliche Lebensqualität des Betroffenen zu erhalten, braucht es eine gute und starke Begleitung (vgl. ebd.: 36). Der Übergang vom Leben in den Tod ist eine Krisensituation (vgl. Buchka 2003: 235). Nach Bollow sind „die Krisen des Menschen mit Ängsten belastet, mit Verzweiflung und der damit verbundenen Todesangst“ (Bollow 1959: 28 zit. nach Buchka 2003:236). Menschen mit einer geistigen Behinderung haben oftmals Mühe ihr Gefühle adäquat auszudrücken und zeigen ihre Emotionen eher durch ihr Verhalten welches von begleitenden Personen als wahrgenommen und zu interpretieren gilt (vgl. Stöckli/ Brühlhart/ Jeckelmann 2008: 191).

Durch eine Krisenintervention in der Sterbebegleitung soll das psychische Gleichgewicht und die Selbsthilfefähigkeit des Betroffenen wiederhergestellt werden (vgl. Spiegel- Rösing/ Petzold 1984 zit. nach Buchka 2003: 236). Bei dieser Methode nimmt der Begleitende eine aktivierende Haltung ein und versucht in einem Dialog die Probleme des Betroffenen herauszufinden, um seinen Allgemeinzustand psychisch zu verbessern und zu stabilisieren (vgl. Buchka 2003: 236).

Der sterbende Mensch soll so lange wie möglich in seine eigene Lebensgestaltung miteinbezogen werden, dabei soll ihm Unterstützung beim Äussern und Verwirklichen seiner eigenen Wünsche und Bedürfnisse geboten werden (vgl. Fricke/ Stappel Caritasverband 2011: 36).

3. Spirituelle Ebene: Bei der Verbesserung der Lebensqualität zeigt es sich von Bedeutung die „Spiritualität und Religiosität“ miteinzubeziehen, dabei spielen auch die damit verbundene Rituale eine wichtige Rolle und können dem Sterbenden Halt verleihen (vgl. ebd.: 37).

4. Kommunikative Ebene: Die Kommunikation ist ein zentrales Element in der Begleitungsarbeit mit sterbenden Menschen (vgl. Buchka 2003: 237). Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung zeigen sich Schwierigkeiten im Kommunikationsprozess (vgl. Fricke/ Stappel Caritasverband 2011: 37). Aufgrund von Verständigungsproblemen und Sprachbarrieren wird das Verstehen der betroffenen Person oft zur Herausforderung (vgl. ebd.: 37). Hilfsmittel wie die bei der unterstützten Kommunikation (z.B. elektronische Hilfsmittel oder in Form von Bildern) können eine gute Unterstützungsmöglichkeit bei der Verständigung sein (vgl. ebd.: 37). Ebenso wichtig sind die nonverbale

Kommunikationsformen (vgl. Buchka 2003: 237). Dazu gehören nach Buchka die „symbolische Sprache, das Schweigen und die Körpersprache“ (Buchka 2003: 237).

Bei der symbolischen Sprache handelt es sich um eine „verschlüsselte Sprachform“, welchen Betroffenen den Übergang in Tod erleichtert (vgl. ebd.: 237). Diese Sprachformen können z.B. so geäußert werden: „Ich möchte (dies oder jedes) noch einmal erleben“, für Begleitende ist es wichtig, die Formulierungen wahrzunehmen und versuchen diese zu verstehen, allerdings dürfen diese Botschaften auch nicht überinterpretiert werden (vgl. ebd.: 237).

Die Kommunikationsform des Schweigens zeigt sich als eine „ausdrucksstarke und tiefergehende“ Kommunikation (Buchka 2003: 237). Nach Rest drückt das Schweigen unter anderem eine „körperliche und innere Anwesenheit“ aus oder zeigt sich durch auditive Kommunikation (Hören von Liedern oder Wahrnehmung und lauschen des Umfelds) (Rest 1992: 161f zit. nach Buchka 2003: 237).

Bei der Körperkommunikation können Wahrnehmungsübungen zur Schmerzlinderung und Entspannung führen (vgl. Buchka 2003: 237).

Die Palliative Care hat unter anderem zum Ziel, den schwerkranken Menschen von Schmerzen und belastenden Symptomen zu befreien bzw. diese zu lindern (vgl. Fricke/Stappel Caritasverband 2011: 39). Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung fällt es aufgrund der verbalen Verständigungsschwierigkeiten oft schwer, diese zu erkennen (vgl. ebd.: 55). Daher ist noch so jede kleine Auffälligkeit und Wahrnehmung in der Begleitung wichtig, da Menschen mit einer geistigen Behinderung sich anders bemerkbar machen können, da sie den Schmerz als solches möglicherweise nicht äussern können (vgl. ebd.: 50).

Bevor die Situation eintritt, in welcher Betroffene nicht mehr für sich selbst entscheiden und ihre Wünsche und Bedürfnisse äussern können, müssen Begleitende frühzeitig das Gespräch mit den Betreuten aufsuchen und mit ihm gemeinsam die Themen Sterben, Tod und Begleitung empfindsam anschauen. Dabei kann gemeinsam mit dem Betreuten in einer Patientenverfügung, insofern dieser urteilsfähig ist, welchen medizinischen Massnahmen zugestimmt und welche abgelehnt werden (vgl. Noser/ Rosch 2016:41). Ebenso können Wünsche, Bedürfnisse aber auch Ängste, die den Betreuten in den Themen Sterben und Tod beschäftigen, erfragt und dokumentiert werden (vgl. Fricke/Stappel Caritasverband 2011: 146). Dabei spielen vor allem Rituale eine wichtige Rolle.

11.6. Trauern bei Menschen mit einer geistigen Behinderung

Menschen mit einer geistigen Behinderung wurden lange Zeit von Themen wie Sterben und Tod ferngehalten (vgl. Junk- Jhry 2008: 164). Entweder wurden sie davor geschützt mit diesen Thematiken in Berührung zu kommen oder ihnen wurde aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung nicht die Fähigkeit des Trauerns zugesprochen (vgl. ebd.: 164). Menschen mit einer geistigen Behinderung merken sehr wohl wenn jemand nicht mehr da ist und gestorben ist. Dabei verstehen sie vielleicht nicht die Bedeutung des Sterbens und Tods, aber sie nehmen wahr, dass dieser Mensch nicht mehr hier ist. Im Heimalltag ist es daher wichtig, dass diese Menschen in den Prozess des Sterbens und des Tods miteinbezogen werden und mit ihnen diese Themen veranschaulicht angeschaut werden. Dabei sollen Mitbewohner die Möglichkeit bekommen an den Abschiedsritualen teilnehmen zu dürfen, ebenso ist es wichtig, dass die Einrichtung eigenen Rituale zum Umgang mit dem Tod gestaltet, welche diese ausserordentliche Situation unterstreichen (vgl. Stöckli/ Brühlhart/ Jeckelmann 2008: 192).

Menschen mit einer geistigen Behinderung trauern genauso individuell wie Menschen ohne eine Behinderung. Dabei kann es sein, dass der Ausdruck nicht unserer Vorstellung von Trauern entspricht, dies kann in Form von „Verhaltensveränderungen, Körperreaktionen etc.“ (Fricke/Stappel Caritasverband 2011: 242) sichtbar gemacht werden.

11.7. Sterbebegleitung und soziale Arbeit

Die soziale Arbeit ist ein wichtiger Bestandteil der Palliative Care und Hospizbewegung, dabei zeigt sich ein breites Aufgabenspektrum (vgl. Wilkening/ Wichmann 2010:165). Aufgaben wie die „längerfristige, psychosoziale Begleitung, die praktische Versorgung und sozialrechtliche Beratung Schwerstkranker und ihr Umfeld auch über den Tod hinaus in Form von Trauerbegleitung“ (Wilkening/ Wichmann 2010:165). Die Grundprinzipien der hospizlich-palliativen Arbeit sind klientenorientiert, richten sich nach ethischen Grundwerten, fordern eine interdisziplinärer Zusammenarbeit, beziehen das soziale Umfeld mit ein und stellen ein Begleitung in krisenhaften Zeiten der Trauer, dabei zeigen sich Schnittpunkte mit den der Sozialarbeit (vgl. ebd.: 166).

Die Tätigkeitsbereiche der Palliativsozialarbeit sind unter anderem „Beratung und psychosoziale Begleitung von Patienten/innen und Angehörigen, sozialrechtliche Unterstützung, Netzwerkarbeit und Case Management, Vermittlungs- und Koordinationstätigkeiten, Förderung der Kommunikation unter allen Beteiligten,

Krisenintervention, Unterstützungsangebote für Trauerende, Koordination und Schulung von ehrenamtlichen Diensten und Öffentlichkeitsarbeit“ (Wilkening/ Wichmann 2010:168).

12 Schlusswort

„Jeder Mensch mit geistiger Behinderung ist eine einzigartige und autonome Person. Er hat das Recht auf respektvollen Umgang, in dem seinen Beiträgen Raum gelassen wird: Sein Wille, seine Bedürfnisse und seine Möglichkeiten müssen im Zentrum aller Hilfeleistungen stehen“ (Bleeksma 2014: 17).

Bleeksma spricht in ihrer Aussage wichtige Werte und Forderungen im Kontakt mit Menschen mit geistiger Behinderung an. Eine wertschätzende Haltung, ein „Erst-Nehmen“ der Bedürfnisse, wie auch die Möglichkeit selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu dürfen, sollte die Grundhaltung in der Arbeit im Umgang mit geistig behinderten Menschen im Alter sein.

In der Praxis tut sich für Mitarbeitende und Angehörige oft ein Spannungsfeld zwischen den Polen „Schutz-geben-wollen“ und „Selbstbestimmung der betreuten Person“ auf. Das Thema Selbstbestimmung sollte in der Behindertenarbeit einen höheren Stellenwert bekommen. Dabei ist die eigene Haltung, das Gespür, dass man dem Menschen mit einer geistigen Behinderung entgegenbringt von grosser Bedeutung. Dafür muss man lernen diesen Menschen zu verstehen, ihn in seinen Entscheidungen, in seinem Handeln und Tun ernst zu nehmen um darauf aufbauend ihm die Möglichkeiten zu geben, zu wachsen, aus sich heraus zu kommen und die Chance für selbstbestimmte Entscheidungen im Alltag, ermöglicht zu bekommen. Das Team auf einer Wohngruppe besteht aus unterschiedlichen Menschen, mit unterschiedlichen Haltungen und Qualifikationen. Es bedarf seitens der Organisation ein einheitliches Verständnis und eine bestimmte, vorgelebte Grundhaltung zum Umgang mit dem grossen Thema der Selbstbestimmung. Qualitätsmanagement und Entwicklungsplanungen können sich als sinnvolle Instrumente in der Behindertenarbeit, zum Erhalt und der Förderung der Selbstbestimmung erweisen, allerdings sollte kontinuierlich, das eigene Handeln auch in Bezug auf die Kooperation mit dem Klient hinterfragt werden. Dabei ist es auch hilfreich sich zu fragen, wieso man bestimmte Entscheidungen gefällt hat? Ob eine gewisse Machtrolle dahinter stand oder eigene Erwartungen zu sehr dominierten?

Es ist gewiss nicht einfach, Selbstbestimmung im Behindertenalltag umzusetzen. Die institutionellen Strukturen und knappen Ressourcen (finanzielle Mittel, Zeitdruck, ungeschultes Personal oder zu wenig eingestelltes Personal) stellen sich im Alltag als Einschränkungen heraus, um dem Menschen mit seiner geistigen Behinderung selbstbestimmte Entscheidungen zu ermöglichen, allerdings kann man sich auch gut und gerne dahinter verstecken.

Menschen mit einer geistigen Behinderung fällt es oftmals schwer Entscheidungen über sich und ihren Alltag zu treffen.

Das liegt unter anderem daran, dass sie nie gelernt haben selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu dürfen und mit der neu gewährten „Freiheit“ dies tun zu dürfen überfordert sein können. Ebenso könnte es auch daran liegen, dass ihnen zu geringes Vertrauen geschenkt wird und ihnen nicht die Möglichkeit gegeben wird selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können.

Alte Menschen mit geistiger Behinderung, sind in ihrem Leben überwiegend fremdbestimmt worden, daher müssen sie lernen, was es heisst, etwas selbstentscheiden zu dürfen. Das braucht in der Alltagsbegleitung viel Geduld und Verständnis.

Dass die Menschen älter werden, ist mittlerweile keine Neuheit mehr. Die Anpassungen und Entwicklungen auf der gesellschaftlichen, politischen und sozialen Ebene erfolgt nur langsam. Der Übergang aus dem Erwerbsleben, stellt für viele Betroffene eine schwierige, belastende Situation dar, daher ist es wichtig, dass diese Menschen in die gesellschaftlichen Strukturen integriert und aufgefangen werden. Es gibt nach wie vor, zu wenig Wohnformen für alternde Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Pflegeheimplätze sind knapp, die Wartezeiten lang und das Personal teilweise zu unerfahren im Umgang mit geistig behinderten Menschen. Ein gutes Vorbild ist Schweden, dass mit seiner assistierenden Grundhaltung, den Menschen ein Leben „so normal wie möglich“ bietet. Das Ernstnehmen und Zutrauen in Bezug auf Selbstbestimmung steht im Mittelpunkt und wird durch die kleinen Wohneinheiten und eigenen Wohnung gefördert und gestärkt.

Die assistierende Haltung wird auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten des Einzelnen abgestimmt und die Möglichkeit für ein selbstbestimmtes Leben vergrössert.

13 Literatur

Aselmeier, Laurenz (2008). Community Care und Menschen mit geistiger Behinderung. Gemeinwesenorientierte Unterstützung in England, Schweden und Deutschland. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaftlichen

Avenir Social (2010). Berufskodex der sozialen Arbeit.

http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf

Backes Gertrud M./ Clemens Wolfgang (1998). Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim/ München: Juventa Verlag.

Backes, Getrud (1998). Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. In: Clemens Wolfgang/ Backs Getrud M. (Hrsg.). Altern und Gesellschaft. Gesellschaftliche Modernisierung durch Altersstrukturwandel. Opladen: Leske und Budrich

Becker, Heinz (2016). ...inklusive Arbeit! Das Recht auf Teilhabe an der Arbeitswelt auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. Weinheim und Basel: Juventa Beltz
Bleeksma Marjan (2014). Mit geistiger Behinderung alt werden. Auflage 4. Weinheim/ Basel: Juventa Beltz.

Bleidick, Ulrich/ Rüttgardt- Ellger, Sieglind Luise (2008). Behindertenpädagogik und Theorieentwicklung von 1950 bis zur Gegenwart. Stuttgart: Kohlhammer.

Blitzko-Hoener, Maria/ Weiser Marja (2012). Soziale Ungleichheit und Geschlecht- zur Situation von Frauen im Alter. In: Kleiner Gabriele (Hrsg.). Alter(n) bewegt. Perspektiven der sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: Springer VS.

Böhnisch, Lothar (2012). Sozialpädagogik der Lebenswelt. Eine Einführung. Auflage 6. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa

Bradl, Christian (1997). In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). Selbstbestimmung. Auflage 2. Marburg: Lebenshilfe Verlag.

Buchka, Maximilian (2003). Ältere Menschen mit geistiger Behinderung. Bildung, Begleitung, Sozialtherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag

Charta der Zivilgesellschaft. Zum Würdigen Menschen mit älteren Menschen. Curaviva (Hrsg.). Bern.

DIMIDI (2005). In http://www.soziale-initiative.net/wp-content/uploads/2013/09/icf_endfassung-2005-10-01.pdf [Zugriffsdatum 10.12.17 17.36 Uhr]

Drechsler, Christiane (2004). Zur Lebensqualität Erwachsener mit geistiger Behinderung in verschiedenen Wohnformen. Untersucht am Beispiel der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld, des Wohngruppenprojekts der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld und der Werkgemeinschaft Bahrenhof e.V. Band 9. Luzern

Fassbind, Patrick (2012). Erwachsenenschutz. Zürich: Orell Füssli Verlag.

Felder, Marion/ Schneiders, Katrin (2016). Inklusion kontrovers. Herausforderungen für die soziale Arbeit. Schwalbach: Wochenschau Verlag.

Fischer, Ute (1997). Ablösung ja- um welchen Preis? In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). Selbstbestimmung. Auflage 2. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Fricke, Christine/ Stappel, Nicole (2011). In: Caritasverband für die Diözese Augsburg e.V. (Hrsg.). In Würde. Bis zuletzt. Hospizliche und palliative Begleitung und Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Augsburg: Caritas

Gaedt, Christian (1997). Assistenz- Konzept, Chancen und Grenzen. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). Selbstbestimmung. Auflage 2. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Glaserapp, Jan (2010). Im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit. Über Deinstitutionalisieren in der Behindertenhilfe. Berlin: Lit Verlag.

Graumann, Sigrid (2012). Inklusion geht weiter über „Dabeisein“ hinaus-Überlegungen zur Umsetzung der UN- Behindertenrechtskonvention in der Pädagogik. In: Balz, Hans-Peter/ Benz, Benjamin/ Kuhlmann Carola (Hrsg.). Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer VS.

Grosche, Michael (2015). Was ist Inklusion? In: Kuhl, Poldi/ Stanat, Petra/ Lütje-Klose, Birgit/ Gresch, Cornelia/ Pant, Hans Anand/ Prenzel, Manfred (Hrsg.). Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen. Wiesbaden: Springer VS.

Hammerschmidt, Peter/ Pohlmann, Stefan/ Sagebiel, Juliane (2014). Gelingendes Alter(n) und soziale Arbeit. Schriftreihe Soziale Arbeit der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München.

Hanslmeier-Prockl, Getrud (2009). Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung. Empirische Studie zu Bedingungen der Teilhabe im Ambulant betreuten Wohnen in Bayern. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Harnach, Maike (1997). Lebenslang fremdbestimmt- (k) eine Zukunftsperspektive für Menschen mit geistiger Behinderung? In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). Selbstbestimmung. Auflage 2. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Hausheer, Heinz/ Geiser, Thomas/ Aebi-Müller Regina E. (2014). Das neue Erwachsenenschutzrecht. Auflage 2. Bern: Stämpfli Verlag.

Havemann, Meindert/ Stöppler Reinhilde (2004). Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung, und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.

Held, Christoph/ Ermini-Fünfschilling, Doris (2006). Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimerkrankheit. Auflage 2. Basel: Karger.

Herriger, Norbert (2006). Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Auflage 3. Stuttgart: Kohlhammer.

Heusinger, Josefine (2016). Alt werden und alt sein im sozialen Wandel. In: Müller, Verena Sandra/ Gärtner, Claudia (Hrsg.). Lebensqualität im Alter. Perspektiven für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen. Wiesbaden: Springer Verlag

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2013). Kooperative Prozessgestaltung in der sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Höft, Tina (2017). Inklusion einer Vorverständigung. In: Jank, Birgit/ Bossen Anja (Hrsg.). Musikarbeit im Kontext von Inklusion und Integration. Wissenschaftliche Edition. Potsdam: Universitätsverlag.

<http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

[Zugriffsdatum: 09.12.17 15.55 Uhr]

https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt16_geistige_behinderung_dalzg.pdf

[Zugriffsdatum 23.12.17]

Huey- Ming Pan, Gloria (2001). Der Beziehungsaspekt in der sozialpädagogischen Kommunikationsförderung- eine ökologische Untersuchung. München: Herbert Utz Verlag.

Junk-Ihry, Anne (2008). „...und wer stirbt, kommt in den Himmel“. Sichtweisen und Ausdrucksformen Erwachsener mit geistiger Behinderung zu Trauern und Tod. In: Fässler- Weibel, Peter/ Jeltsch- Schudel Barbara (Hrsg.). Wer weiss denn, dass ich traurig bin? Trauern mit geistig behinderten Menschen. Freiburg Schweiz: Paulusverlag

Kisewetter Martin (2017). Rechtliche Situation in der Schweiz. In: Hewer, Walter/ Rössler Wulf (Hrsg.). Die psychiatrische Notfallmedizin. Management und Therapie. Auflage 3. München: Urban und Fischer

Köbsell, Swantje (2009). Behindertenbewegung. In: Dederich, Markus/ Jantzen, Wolfgang (Hrsg.). Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer.

Kruse, Wolfgang/ Nikolaus, Thorsten (1992). Geriatrie. Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag

Kubek, Vanessa (2012). Humanität beruflicher Teilhabe im Zeichen der Inklusion. Kriterien für die Qualität der Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen. Wiesbaden: Springer VS.

Leidner, Michael (2012). Verschiedenheit, besondere Bedürfnisse und Inklusion. Grundlagen der Heilpädagogik. Hohengehren: Schneider-Verlag

Leuenberger, Beat (2010) In: Curaviva

https://www.curaviva.ch/files/4EKYWNC/10_06-Uebergang-in-den-Ruhestand.pdf

[Zugriffsdatum 06.01.18]

Lieb Klaus./ Frauenknecht Sabine./ Brunnhuber Stefan. (2016). Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Auflage 8. München: Urban und Fischer.

Loeken, Hiltrud (2005). Assistenz statt Pädagogik? Professionelle Entwicklungen in der ausserschulischen Sonderpädagogik. In: Horster, Detlef/ Hoyningen-Süss Ursula/ Liesen Christian (Hrsg.). Sonderpädagogische Professionalität. Beiträge zur Entwicklung der Sonderpädagogik als Disziplin. Wiesbaden: Springer VS.

Magnus, Dorothea (2015). Patientenautonomie im Strafrecht. Tübingen: Mohr Siebeck

Mahr Christiane (2016). Alter und Altern. Eine begriffliche Klärung mit Blick auf die gegenwärtige wissenschaftliche Debatte. Bielefeld: transcript Verlag.

Meyer, Hermann (2003). Geistige Behinderung – Terminologie und Begriffsverständnis. In: Irblich, Dieter/ Stahl, Burckhard (Hrsg.). Menschen mit einer geistigen Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle: Hogrefe Verlag

Meyer, Thomas (2011). Potenzial und Praxis des Persönlichen Budgets. Eine Typologie von BudgetnutzerInnen in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS für Sozialwissenschaften.

Mösch-Payot, Peter (2011). In: Rosch Daniel/ Bächler Andrea/ Jakob Dominique (Hrsg.). Das neue Erwachsenenschutzrecht. Einführung und Kommentar zu Art.360ff ZGB. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.

Mürner, Christian/ Sierck Udo (2012). Behinderung. Chronik eines Jahrhunderts. Weinheim/ Basel: Beltz Juventa.

Napiwotzky, Annedore/ Student, Johann-Christoph (2011). Palliative Care. wahrnehmen, verstehen, schützen. Auflage 2. Stuttgart: Thieme Verlag.

Niehoff-Dittmann Ulrich (1997). Selbstbestimmung im Leben geistig behinderter Menschen. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). Selbstbestimmung. Auflage 2. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Noser, Walter/ Rosch, Daniel (2016). Erwachsenenschutz. Das Erwachsenenschutzrecht umfassend erklärt- mit Praxisbeispielen. Auflage 3. Zürich: Ringier Axel Springer.

Ochel, Friedhelm (1997). Fünf Thesen zum selbstbestimmt Leben. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). Selbstbestimmung. Auflage 2. Marburg: Lebenshilfe Verlag

Petersen, Nils (2003). Geistigbehinderte Menschen- im Gefüge von Gesellschaft, Diakonie und Kirche. Münster/ Hamburg/ London: Lit Verlag

Pixa-Kettner Ursula/ Lotz-Rambaldi (2003). Unterstützung von Familien mit behinderten Angehörigen. In: Irblich, Dieter/ Stahl, Burckhard (Hrsg.). Menschen mit einer geistigen Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle: Hogrefe Verlag

Reusser Ruth (2012). Das neue Erwachsenenschutzrecht- Eigen und Familienverantwortung versus Staatsverantwortung. In: Perrig-Chiello, Pasqualina/ Dubach, Martina (Hrsg.). Brüchiger Generationenkitt? Generationsbeziehungen im Umbau. Zürich: Hochschulverlag

Rosch, Daniel (2011). Die Beistandschaften. In: Rosch Daniel/ Bächler Andrea/ Jakob Dominique (Hrsg.). Das neue Erwachsenenschutzrecht. Einführung und Kommentar zu Art.360ff ZGB. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.

Roters-Möller Sören (2011). Den Ruhestand gestalten lernen- Menschen mit Behinderung in einer alternden Gesellschaft. In: Böllert, Karin (Hrsg.). Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion. Wiesbaden: Verlag der Sozialwissenschaften.

Sarimski, Klaus (2011). Behinderte Kinder in inklusiven Kindertagesstätten. Stuttgart: Kohlhammer.

Sarimski, Klaus (2017). Beziehungs- und Bindungsaufbau unter erschwerten Bedingungen- Eltern werden und sein von besonderen Kindern. In: Hänsenberger-Aebi, Franziska/ Schäfer, Urs (Hrsg.). Eltern sein plus. Begleitung von Kindern mit Unterstützungsbedarf. Zürich: Seismo Verlag.

Schimany Peter (2002). Alterung der Bevölkerung. Typen, Messungen und Einflussfaktoren. In: Motel- Klingebiel Andreas/ Kelle Udo (Hrsg.) Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie. Wiesbaden: Springer.

Schroeter, Klaus (2008). Alter(n). In: Willems, Herbert (Hrsg.): Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge. Bd. 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schuntermann, Michael F. (2013). ICF. Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. Auflage 4. Heidelberg/ München/Landsberg/ Frechen/ Hamburg: Hüthig Jehle Rehm Verlag.

Schwalb, Helmut/ Theunissen, Georg (2012). Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best practice Beispiele. Wohnen, Leben, Arbeiten, Freizeit. Auflage 2. Stuttgart: Kohlhammer.

Seifert, Monika (1997). Schwere geistige Behinderung und Autonomie- ein Widerspruch. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.). Selbstbestimmung. Auflage 2. Marburg: Lebenshilfe Verlag.

Seifert, Monika (2014). Mütter, Väter und Grosseltern von Kindern mit Behinderung. Herausforderungen-Ressourcen- Zukunftsplanung. In: Wilken, Udo/ Jeltsch-Schudel, Barbara (Hrsg.). Elternarbeit und Behinderung. Empowerment-Inklusion- Wohlbefinden. Stuttgart: Kohlhammer.

Sohns, Armin (2009). Empowerment als Leitlinie Sozialer Arbeit. In: Michel-Schwartz, Brigitta (Hrsg.). Methodenbuch Sozialer Arbeit. Basiswissen für die Praxis. Auflage 2. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Speck, Otto (1999). Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. Auflage 9. München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Speck, Otto (2005). Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. Auflage 10. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Spiegel, Anja (1999). Die Umsetzung von „Normalisierungsprinzipien“ im Wohnheim. In: Weinwurm-Krause, Eva-Maria (Hrsg.). Autonomie im Heim. Auswirkungen des Heimalltags auf die Selbstverwirklichung von Menschen mit Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag.

Stöckli, Markus/ Brühlhart, Fabienne/ Jeckelmann, Katrin (2008). Konzepte der Sensler Stiftung für Behinderte. In: Fässler- Weibel, Peter/ Jeltsch- Schudel Barbara (Hrsg.). Wer weiss denn, dass ich traurig bin? Trauern mit geistig behinderten Menschen. Freiburg Schweiz: Paulusverlag.

Stöppler, Reinhilde (2014). Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Stöppler, Reinhilde (2014). Mit Behinderung altern- Risiken der Exklusion und Chancen gesellschaftlicher Teilhabe. In: Wilken, Udo/ Jeltsch-Schudel, Barbara (Hrsg.). Elternarbeit und Behinderung. Empowerment-Inklusion- Wohlbefinden. Stuttgart: Kohlhammer.

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

Theunissen Georg (2012). Wohnen und Leben in der Gemeinde. In: Schwalb, Helmut/ Theunissen, Georg (Hrsg.). Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit. Best practice Beispiele. Wohnen, Leben, Arbeiten, Freizeit. Auflage 2. Stuttgart: Kohlhammer.

Theunissen, Georg (2013). Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und soziale Arbeit. Auflage 3. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag.

Theunissen, Georg/ Kulig, Wolfram/ Schirbort Kerstin (2007). Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Soziale Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: Kohlhammer.

Thiele, Gisela (2008). Soziale Arbeit mit alten Menschen: handlungsorientiertes Grundwissen für Studium und Praxis. Köln: Fortis Verlag

Tomann-Specht, Monika (2017). Biografiearbeit in der Gesundheits- Kranken- und Altenpflege. Auflage 3. Berlin: Springer Verlag.

Wacker, Elisabeth/ Wansing, Gudrun/ Schäfers, Markus (2009). Personenbezogene Unterstützung und Lebensqualität. Teilhabe mit einem persönlichen Budget. Auflage 2. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften

Wickel, Hans-Hermann (2011). Biografiearbeit mit dementiell erkrankten Menschen. In: Hölzle, Christina/ Jansen, Irma (Hrsg.). Ressourcenorientierte Biographiearbeit.

Grundlagen, Zielgruppen, Kreative Methoden. Lehrbuch. Auflage 2. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Wilkening, Karin/ Wichmann, Cornelia (2010). Soziale Arbeit in der Palliativversorgung. In: Aner, Kirsten/ Karl Ute (Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Zivilgesetzbuch ZGB <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/201801010000/210.pdf> [Zugriffsdatum: 20.11.-24.11.17]