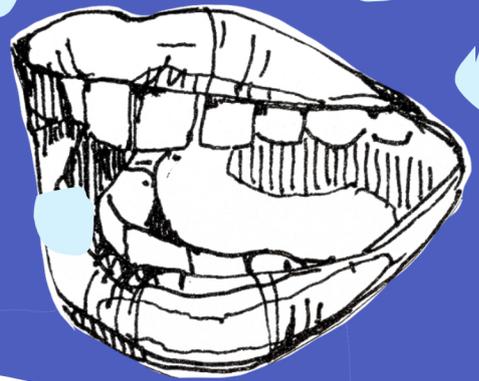
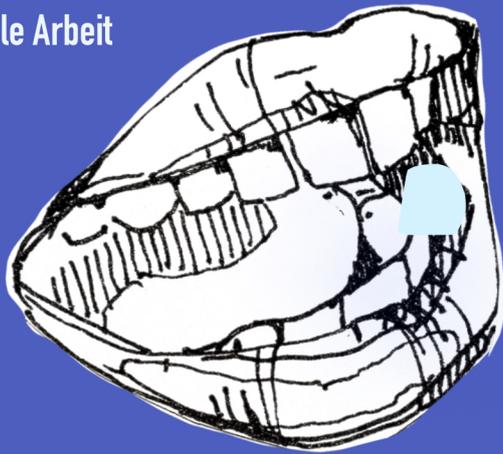


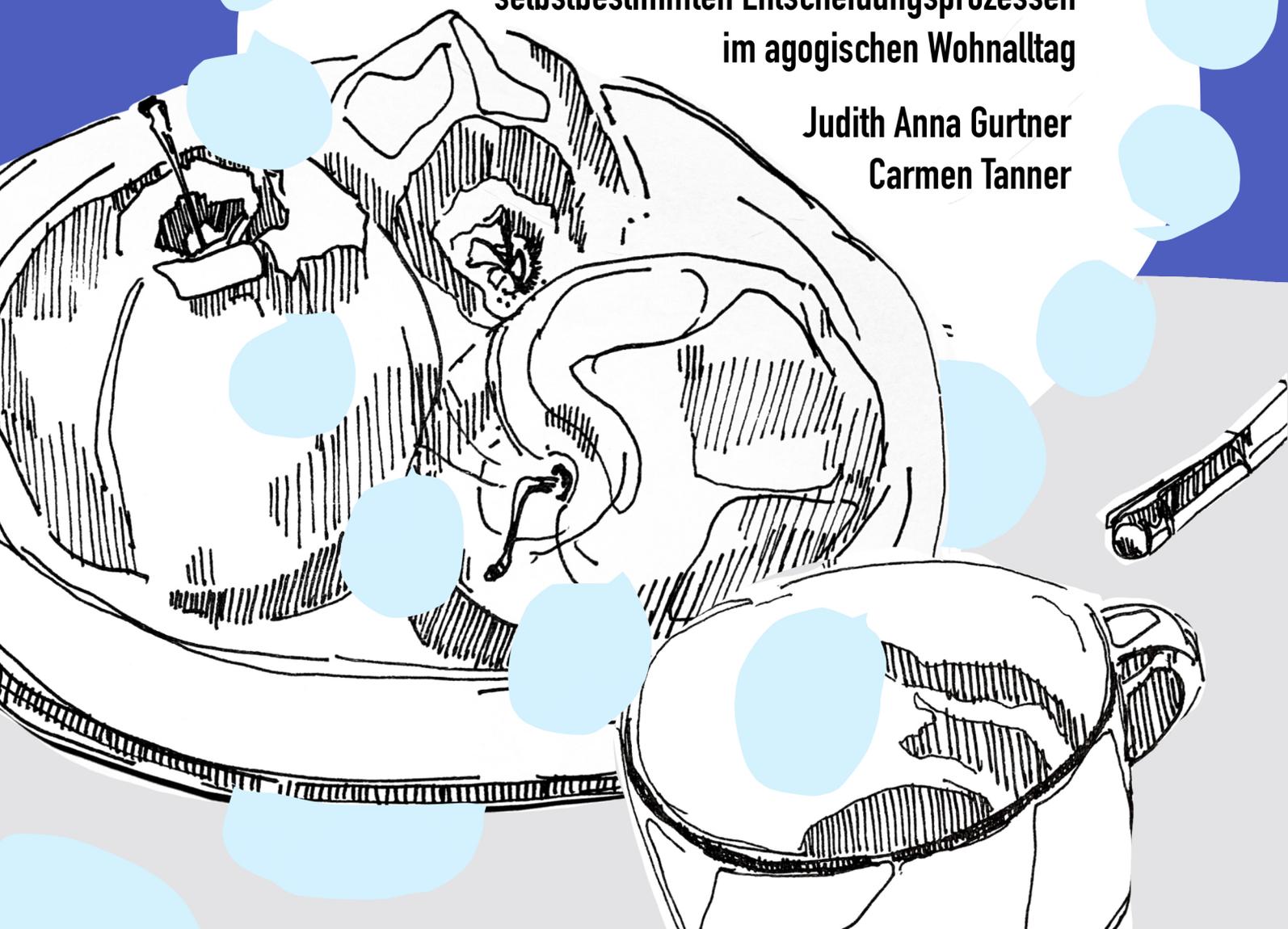
Bachelor-Thesis zum Erwerb des
Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit
Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit



(SELBST-) BESTIMMT MIT KOGNITIVER BEEINTRÄCHTIGUNG

Ein Modell zur Förderung von
selbstbestimmten Entscheidungsprozessen
im agogischen Wohnalltag

Judith Anna Gurtner
Carmen Tanner



Abstract

Für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird Selbstbestimmung gemäss dem Schattenbericht zur UNO-Behindertenrechtskonvention im Auftrag von Inclusion Handicap oft aus gesetzlichen, institutionellen, organisationalen, strukturellen oder Haltungsgründen empfindlich eingeschränkt. Die vorliegende Arbeit schlägt ein Modell vor, welches Fachpersonen der Sozialen Arbeit darin unterstützen kann, die Selbstbestimmung im agogischen Wohnkontext für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu gewährleisten und zu fördern. Dies geschieht auf der Grundlage folgender Fragestellung:

„Wie lassen sich die Kooperative Prozessgestaltung und Supported Decision Making zu einem Entscheidungsfindungsmodell kombinieren, um die Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im agogischen Wohnalltag zu fördern?“

Der Selbstbestimmungsbegriff wird mittels verschiedener Theorieansätzen und Bezügen zu den in der Sozialen Arbeit bekannten Konzepten des Tripelmandats von Staub-Bernasconi und dem Empowerment exploriert und in Kontext zur Fragestellung gesetzt. Auf diesen theoretischen Grundlagen aufbauend wird eine Analyse des Ist- und eine Darlegung des Sollzustandes anhand der Forderungen der UNO-Behindertenrechtskonvention sowie eine Tour d'Horizon über aktuelle politische Forderungen und laufende politische Prozesse zur Verbesserung der Selbstbestimmung Betroffener vorgenommen. Zudem werden Gegebenheiten des Arbeitsfeldes des agogischen Wohnalltages ausgeleuchtet. Auf dieser Basis wird das vorgeschlagene Modell aufgebaut. Diesbezüglich werden die in der Sozialen Arbeit im deutschen Sprachraum bereits bekannte Kooperative Prozessgestaltung von Hochuli Freund und Stotz und das im deutschsprachigen Raum bis anhin wenig bekannte Supported Decision Making kombiniert. Kooperative Prozessgestaltung bietet ein theoretisch fundiertes, siebenteiliges Prozessphasenmodell und Supported Decision Making stellt ein praxisorientiertes Instrument zur Strukturierung von selbstbestimmten Entscheidungsfindungsprozessen mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zur Verfügung.

Im Eigenleistungsteil werden Vor- und Nachteile beider Modelle herausgearbeitet, und die Notwendigkeit eines dritten, auf den agogischen Wohnalltag zugeschnittenen Modells wird deutlich gemacht. Aspekte beider Modelle werden sodann zu einem im vorliegenden Arbeitsfeld anwendbaren neuen Modell kombiniert, zusammengeführt und in Bezugnahme auf die theoretische Basis um fehlende Schritte und Faktoren erweitert. Dadurch entsteht ein neues, handlungsleitendes Modell zur Unterstützung von Selbstbestimmungs- und Entscheidungsprozessen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im agogischen Wohnalltag. Damit erhalten Fachpersonen der Sozialen Arbeit insbesondere im betreffenden Arbeitsfeld ein Arbeitsinstrument an die Hand, um diese Prozesse zu begleiten und Betroffenen zu assistieren, um schlussendlich ein Mehr an Selbstbestimmung ebendieser zu erreichen.

(Selbst-) bestimmt mit kognitiver Beeinträchtigung

Ein Modell zur Förderung von selbstbestimmten
Entscheidungsprozessen im agogischen
Wohnalltag

Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Carmen Tanner
Judith Anna Gurtner

Bern, Dezember 2022

Gutachter: Dr. Christoph Tschanz

Dank

Wir möchten uns hiermit herzlich bei allen Personen bedanken, die zu einem gelingenden Abschluss dieser Arbeit beigetragen und uns durch all unsere Hochs und Tiefs begleitet haben:

- Unserem Fachbegleiter, Christoph Tschanz, für die tiefgreifende fachliche, inhaltliche und stets motivierende Unterstützung während des gesamten Schreibprozesses
- Meret Blum für die Illustration unseres Titelbildes
- Joëlle Eastus, Flavia Hendry & Nora Gidl sowie Susann Raaflaub-Gurtner & Ulrich Gurtner für das Korrekturlesen unserer Arbeit
- Der Familie Jungi fürs zur Verfügung stellen des Lärchahüsli in der Intensivphase der Arbeit sowie Johanna & Heinz Tanner für den Taxidienst dorthin und zurück
- Freund*innen, Mitbewohner*innen, Familienmitgliedern und Partner für das Aushalten unserer Launen, die aufmunternden Worte und die emotionale Unterstützung im gesamten Schreibprozess
- Und nicht zuletzt Fönsu, Sam & Eddie für die flauschigen Büsiotherapien und Aufmunterungen während des Schreibens

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	6
1.1 Stand der Forschung.....	6
1.2 Begründung der Fragestellung und Aufbau der Arbeit.....	8
1.3 Persönliches Erkenntnisinteresse.....	10
2. Theorie	11
2.1 Begrifflichkeiten Adressat*innen	12
2.2 Theoretische Herleitung von Selbstbestimmung.....	13
2.2.1 Deutscher Ethikrat	13
2.2.2 Reaktanztheorie nach Brehm	15
2.2.3 Selbstbestimmungstheorie nach Ryan und Deci	16
2.2.4 Verständigungsorientierung nach Habermas.....	18
2.2.5 Basale Selbstbestimmung nach Weingärtner	19
2.2.6 Erlernte Hilflosigkeit nach Seligman.....	21
2.2.7 Zusammenfassende Definition von Selbstbestimmung.....	22
2.3 Bezug zur Sozialen Arbeit.....	26
2.3.1 Tripelmandat.....	26
2.3.2 Empowerment-Theorien	27
3. Spannungsfeld Selbstbestimmung	32
3.1 Analyse des Ist-Zustandes anhand des Tripelmandates	32
3.2 Ist-Zustand im Arbeitsfeld des agogischen Wohnalltages	35
3.3 Historische Herleitung und Begründung des Ist-Zustandes.....	39
3.4 Darlegung der rechtlichen Grundlagen.....	44

3.5 Beschreibung des Soll-Zustandes anhand des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	45
3.6 Kritik am Ist-Zustandes	47
3.7 Politische Forderungen, Prozesse und Änderungen.....	48
4. Modelle zur Förderung von Selbstbestimmung.....	51
4.1 Kooperative Prozessgestaltung	51
4.2 Supported Decision Making	62
5. Bearbeitung der Fragestellung.....	70
5.1 Begründung einer Verbindung von SDM und KPG	70
5.2 Kombination von KPG und SDM zur Kooperativen Entscheidungsfindung.....	72
5.2.1 Grundprinzipien für die kooperative Entscheidungsfindung	74
5.2.2 Teilschritte.....	78
6. Beantwortung der Fragestellung und Ausblick	86
6.1 Erkenntnisse.....	86
6.2 Risiken und Chancen der Kooperativen Entscheidungsfindung	88
6.3 Ausblick	91
7. Literatur	92
8 Anhang	100

1. Einleitung

1.1 Stand der Forschung

Auf theoretischer Ebene ist unbestritten, dass Selbstbestimmung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen¹ unabdingbar ist. Hahn begründet dies damit, dass Selbstbestimmung für Entwicklung und Wohlbefinden zentrale Aspekte sind (zitiert nach Weingärtner, 2005, S. 64ff.). Schallenkammer schreibt, dass der Begriff „Selbstbestimmung“ Anfang der 90er Jahre durch Hahn in der Behindertenhilfe etabliert wurde (2016, S. 32). Umso überraschender, dass 30 Jahre später nur wenige Publikationen existieren, welche den Grad an Selbstbestimmung im agogischen Wohnalltag in der Schweiz oder in anderen deutschsprachigen Ländern beschreiben.

In Anbetracht dessen stellt sich die Frage, ob Fremdbestimmung in der Praxis tatsächlich nur so selten angewandt wird. Petner-Arrey und Copeland (2014) haben hierzu in den USA eine Studie durchgeführt, in welcher sie den subjektiven Eindruck des Masses an Selbstbestimmung von Betroffenen und den subjektiven Eindruck dessen der Betreuungspersonen verglichen haben. Sie haben festgestellt, dass die Betroffenen den Eindruck hatten, sie hätten nicht das höchstmögliche Mass an Selbstbestimmung, während die Betreuungspersonen Schwierigkeiten hatten, die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen wahrzunehmen (Petner-Arrey & Copeland, 2014).

In Deutschland wurde im Jahr 2004 eine empirische Studie durchgeführt, welche untersuchte, wie sich Selbstbestimmung und Zufriedenheit in einer Wohninstitution für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gestalten. Darin haben 55% der Betroffenen angegeben, dass sie gerne mehr selbst bestimmen möchten. Demgegenüber haben nur gut 44% der Betreuungspersonen angegeben, dass sie denken, dass ihre Klient*innen mehr selbst bestimmen möchten (Sonnenberg, 2004, S. 154). Daraus schliesst Sonnenberg, dass Betreuungspersonen sich darin verbessern müssen, die Bedürfnisse ihrer Klient*innen zu erfragen, zu erkennen und umzusetzen. Dabei soll das Augenmerk nicht nur auf die Handlungen der Betreuungspersonen gelegt werden, sondern auch auf die Strukturen des Betreuungsalltags.

¹¹ Wir haben uns für diese Begrifflichkeit entschieden, um unsere Adressat*innengruppe zu beschreiben, eine ausführliche Begründung dieser Entscheidung kann in Kapitel 2.1 gefunden werden.

Eine ähnliche Studie hat Marion Sigon (2017) durchgeführt. Sie untersuchte in einem partizipativen Forschungsprozess, inwiefern sich Frauen mit Lernschwierigkeiten in verschiedenen Lebens- und Erfahrungsräumen selbst- oder fremdbestimmt fühlen, sowie wie sich dies auf ihr Handeln auswirkt.

Aus den Studien von Petner-Arrey und Copeland (2014) sowie von Sonnenberg (2004) kann geschlossen werden, dass zumindest in der untersuchten Institution ein Mehr an Autonomie für die Klient*innen möglich wäre. Daher stellt sich nun die Frage, wie dies ermöglicht werden kann. Diesbezüglich bietet Marion Sigon erste Handlungsansätze.

Sie hat festgestellt, dass es enorm wichtig ist, in Interaktion mit den Klient*innen deren Bedürfnisse herauszuarbeiten, da sich die Innen- und Aussenperspektive von Selbstbestimmung signifikant unterscheiden können. Zudem schreibt sie, dass Selbstbestimmungsmöglichkeiten zwingend durch machtreflektierte Unterstützung auf Augenhöhe begleitet werden muss (2017, S. 262ff.). Die Unterstützung, durch welche ein Mehr an Selbstbestimmung erreicht werden kann, bedarf eines Aushandlungsprozesses, wie diese aussehen soll (S. 265). Ein ressourcenorientierter, wertschätzender Umgang mit Betroffenen fördert deren positives Selbstbild, was sie wiederum befähigt, selbstbestimmt zu handeln (S. 267 – 268). Demgegenüber verhindern finanzielle Abhängigkeiten und hierarchische Strukturen Selbstbestimmung (S. 268 – 269). Zudem ist die Einschränkung der Selbstbestimmung von jungen Frauen mit Lernschwierigkeiten stark durch gesellschaftliche und strukturelle Gegebenheiten bedingt (S. 270).

Somit ist für die Förderung von Selbstbestimmung ein grundlegendes Verständnis der Kommunikationsmuster und Machtstrukturen, in welcher Selbstbestimmung ermöglicht werden soll, vonnöten.

Miriam Meuth beschreibt Wohnen im agogischen² Setting als von modellhaften Ambivalenzen der professionellen Sozialen Arbeit geprägtes Handlungsfeld. Als Beispiele für diese Ambivalenzen nennt sie das doppelte Mandat. Meuth hält fest, dass sich in agogischen Wohnsettings eine Vielzahl an Herausforderungen in der Sozialen Arbeit akkumulieren (2021, S. 442). Dementsprechend herausfordernd ist es, in diesem Setting den Ansprüchen der professionellen Sozialen Arbeit gerecht zu werden. Umso mehr erstaunt es, dass im

² Da der Begriff Sozialpädagogik insinuiert, dass die Klient*innen Kinder sind, haben wir uns in der vorliegenden Thesis für den Begriff Agogik entschieden, und schreiben lediglich dann von Sozialpädagogik, wenn das gesamte Arbeitsfeld gemeint ist, welches sich trotz unterschiedlicher Klientel als Gesamtes „Sozialpädagogik“ nennt.

deutschen Sprachraum keine Literatur über konkreten Methoden zur Ermöglichung von Selbstbestimmung im agogischen Wohnalltag existiert.

1.2 Begründung der Fragestellung und Aufbau der Arbeit

Wie später in Kapitel 2 anhand von Theorien aus den Feldern Psychologie, Soziologie und Soziale Arbeit ausgeführt wird, ist Selbstbestimmung notwendig und wichtig für den Menschen. In der Praxis herrscht jedoch Uneinigkeit, was Selbstbestimmung effektiv bedeutet. Vielmehr noch sind keine konkreten, allgemein akzeptierten Handlungsansätze vorhanden, wie diese gefördert und gewährleistet werden kann. Dies wäre aber dringend notwendig, denn in der Schweiz herrscht gemäss dem Bericht des UNO-Ausschusses und dem Schattenbericht im Auftrag von Inclusion Handicap immer noch ein signifikanter Mangel an Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen in Bezug auf die Wohnform und im Wohnkontext (Hess-Klein & Scheibler, 2022, UN-BRK-Ausschuss, 2022). Unsere Arbeitserfahrungen im institutionellen Wohnkontext scheinen sich mit dieser Feststellung zu decken.

Für uns heisst Selbstbestimmung, dass Menschen so viel Freiheiten haben sollen wie nur möglich. Eingegrenzt wird die Freiheit dort, wo sie die Freiheit und Sicherheit Dritter verletzt, grob gesundheitsschädigend ist, oder die betroffene Person die Folgen ihres Handelns nicht abschätzen kann. Dies setzt voraus, dass die betroffenen Personen über genügend Wissen und Optionen verfügen, um Entscheidungen hinsichtlich der eigenen Lebensführung treffen zu können. Daraus lässt sich schliessen, dass die meisten Grenzen der Selbstbestimmung individuell sind, und daher im Einzelfall ausgehandelt werden müssen.

Wir gehen davon aus, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Selbstbestimmung massiv stärker eingeschränkt werden als Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen. Dies, da im Falle von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die Frage im Raum steht, ob die Betroffenen die Folgen ihrer Entscheidungen einschätzen können. Die vorliegende Thesis wird sich auf den Bereich des Wohnalltags und des Privatlebens beschränken. Diese Bereiche wurden zusammengefügt, da das Wohnen der privateste Raum ist, in welchem sich eine Person bewegt, und umgekehrt grosse Teile des intimen Privatlebens in Wohnräumen stattfinden. Somit ist eine Einschränkung der Selbstbestimmung im Wohnsetting und Privatleben stark einschneidend, da die betroffene Person dadurch in einem sehr vertrauten und höchstpersönlichen Bereich eingeschränkt wird und keine Möglichkeit hat, dadurch unterbundene Bedürfnisse und Wünsche anderenorts

auszuleben. Zur weiteren Eingrenzung der gewählten Thematik wird der Fokus auf die professionelle Arbeit mit Klient*innen gesetzt. Dies, da wir der Meinung sind, dass professionelle Soziale Arbeit vonnöten ist, um Selbstbestimmung aktiv zu fördern, zu unterstützen und nachhaltig zu gewährleisten.

Angesichts der Tatsache, dass Grenzen der Selbstbestimmung individuell sind, bedingt die Frage nach Selbstbestimmung in verschiedenen Lebensbereichen zwingend Kommunikation und Aushandlungsprozesse. Die professionelle Soziale Arbeit hat die Aufgabe, diese Prozesse zu initiieren, gestalten und zu fördern. An dieser Stelle sei auf das Trippelmandat von Staub-Bernasconi verwiesen, wonach die Soziale Arbeit als Profession neben dem gesellschaftlichen und dem Adressat*innenmandat auch dem eigenen Professionsmandat verpflichtet ist (Staub-Bernasconi, 2018, S. 113-115). Weiter fusst der Berufskodex Soziale Arbeit von Avenir Social grundsätzlich auf der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und unter anderem auf der UNO-Behindertenrechtskonvention (Avenir Social, 2010, S. 6). Damit lässt sich der Bogen zur Sozialen Arbeit spannen und eine Verantwortung der Profession zur Förderung von Selbstbestimmung für Menschen mit einer Behinderung ableiten. Die Thesis hat das Ziel, ein konkretes Arbeitsinstrument zur Unterstützung und Förderung der Selbstbestimmung der gewählten Klient*innengruppe im agogischen Wohnalltag vorzuschlagen, welches die gesellschaftlichen Herausforderungen berücksichtigt und den Ansprüchen der professionellen Sozialen Arbeit genügt. Daraus ergibt sich für die vorliegende Arbeit die Fragestellung:

Wie lassen sich die Kooperative Prozessgestaltung und Supported Decision Making zu einem Entscheidungsfindungsmodell kombinieren, um die Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im agogischen Wohnalltag zu fördern?

Die Beleuchtung der Selbstbestimmungsthematik mittels verschiedener Selbstbestimmungstheorien sowie dem Tripelmandat und dem Ansatz des Empowerments in Kapitel 2.3 veranschaulicht die Gratwanderung, welche die Soziale Arbeit als Profession stets vollzieht. Gerade die Auseinandersetzung mit dem Tripelmandat vor dem Hintergrund der Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zeigt Zielkonflikte der verschiedenen Mandate auf und deutet darauf hin, dass diese nur mittels durch die Soziale Arbeit angeleiteter und unterstützter Aushandlungsprozesse gelöst werden können. Von diesem Dilemma angetrieben, haben wir uns auf die Suche nach einer Methode gemacht, welche das Potenzial hat, Aushandlungsprozesse von Entscheidungsspielräumen zwischen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu

strukturieren. Als Grundlage dafür wird in Kapitel 3 eingehend Bezug auf das Spannungsfeld Selbstbestimmung genommen und ein detaillierteres Bild des betroffenen Arbeitsfeldes gezeichnet. Im Zuge der Suche nach adäquaten Methoden sind wir auf die in der Sozialen Arbeit bereits etablierte Kooperative Prozessgestaltung von Hochuli Freund und Stotz sowie auf das im angelsächsischen Sprachraum bereits in rechtlichen Kontexten angewandte Supported Decision Making gestossen, welche in Kapitel 4 vorgestellt werden. Diese zwei bestehenden Modelle werden in Kapitel 5 sodann zu einem neuen Modell, der Kooperativen Entscheidungsfindung, kombiniert, und dies wird anhand der Erkenntnisse aus dem Theorieteil ergänzt. Die kooperative Entscheidungsfindung soll Fachpersonen des agogischen Wohnsettings im Arbeitsalltag unterstützen, die Selbstbestimmung ihrer Klientel zu gewährleisten und zu fördern.

1.3 Persönliches Erkenntnisinteresse

Wir, die Autorinnen dieser Arbeit haben während und in unserer Ausbildung mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verschiedenen Alters gearbeitet. Dabei haben wir das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und die Einschränkung dessen als omnipräsentes Thema erlebt. Diese Erfahrungen lassen sich in einem verdichteten Konflikt darstellen. Die Klientel kommuniziert verbal oder nonverbal ein Bedürfnis, welches im Gegensatz zur Organisationsstruktur steht. In der Rolle der Praktikantin ist es beispielsweise massiv herausfordernd, sich in dieser Situation in diesem Spannungsfeld zu positionieren. Einerseits wird das Bedürfnis der Klientel laut und deutlich wahrgenommen, und andererseits besteht unsererseits das Bedürfnis, unsere Aufgabe möglichst "gut", das heisst gemäss den durch Vorgesetzte erteilten Anweisungen, auszuführen. Dieses Dilemma haben wir beide in unzähligen Situationen erlebt. Dies hat dazu geführt, dass wir uns die Frage gestellt haben, wie die für uns ganz klar legitime Selbstbestimmung von Klient*innen im Verhältnis steht zu institutionellen Strukturen, welche die Selbstbestimmung einschränken. Wir haben diese Frage primär im Setting des agogischen (Wohn)-alltages erlebt. Diese Frage stellt sich jedoch in den verschiedensten Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit. Für zahlreiche Menschen, welche mit verschiedenen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit in Berührung kommen und diese in Anspruch nehmen (müssen), geht diesem Schritt ein Verlust der Selbstständigkeit voran oder bedeutet klar eine Einschränkung der Selbstbestimmung. Als Paradebeispiel sei hier die gesetzliche Sozialhilfe genannt. Menschen mit so begrenzten monetären Mitteln sind die Grenzen der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit eng gesetzt schon bevor sie Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Ab dem Zeitpunkt des Eintritts ins Sozialhilfesystem sind ihnen ebenfalls enge (finanzielle) Grenzen gesetzt, was automatisch auch mit gewissen klaren

Einschränkungen der Selbstbestimmung im Bezug auf die eigene Lebensgestaltung einhergeht. Dies gilt ebenso für den Kindes- und Erwachsenenschutz. Dessen Mitarbeitende sind bezüglich Selbstbestimmung ihrer Klientel vor ähnliche Fragen gestellt, wie die Fachpersonen im agogischen Wohnalltag, mit dem Unterschied, dass die Entscheidungen eine grössere Tragweite haben. Nicht selten kommt es vor, dass der Kindes- und Erwachsenenschutz mit der agogischen Wohnbegleitung zusammenarbeitet. Selbst in vielen freiwilligen Kontexten, wie beispielsweise der freiwilligen Beratung, sind Menschen im Alltag von Einschränkungen der Selbstbestimmung betroffen. Wir haben es als nicht weniger herausfordernd erlebt, im freiwilligen Setting einen geeigneten Umgang mit der Einschränkung von Selbstbestimmung der Klientel zu finden.

Wir beide haben uns während unserer Ausbildung mit der Frage nach Selbstbestimmung befasst. Dabei sind wir zum Schluss gekommen, dass in diesem Kontext Aushandlungsprozesse bezüglich der Selbstbestimmung der Klientel notwendig sind. Daher widmet sich diese Bachelor-Thesis der für uns grundlegenden Frage, wie Aushandlungsprozesse von Selbstbestimmung gestaltet werden können. Wir gehen davon aus, dass wir dieser Frage in unserer beruflichen Laufbahn in den verschiedensten Formen an den unterschiedlichsten Orten antreffen werden. Insofern wollten wir uns so gut als möglich auf unsere Zukunft als Fachpersonen der Sozialen Arbeit vorbereiten.

2. Theorie

Das nachfolgende Kapitel dient der theoretischen Rahmung tragender Begriffe und grundlegenden Wissens. Als Basis wird das für die vorliegende Thesis geltende Verständnis von kognitiver Beeinträchtigung differenziert skizziert. Mittels Theorien und Erklärungsansätzen aus verschiedenen Disziplinen und von unterschiedlichen Theoretiker*innen sollen die Wichtigkeit und Funktion sowie verschiedene Auffassungen von Selbstbestimmung dargelegt und ein Fundament für die gesamte Thesis geschaffen werden. Die Selbstbestimmung ist demzufolge im ganzen Theorieteil sowie in der gesamten Thesis als Leitbegriff zu betrachten. Aus den unterschiedlichen Theorien und begrifflichen Abgrenzungen von Selbstbestimmung wird in der Folge eine für die Thesis geltende Arbeitsdefinition gezogen. Zuletzt wird die Verbindung zur Sozialen Arbeit hergestellt, indem die Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in den Kontext des Tripelmandates von Staub-Bernasconi und von Empowerment-Ansätzen gesetzt wird. Dies erscheint uns wichtig, da dadurch einerseits dargelegt werden kann, dass die Fragestellung

relevant ist für die professionelle Soziale Arbeit, und andererseits gibt dies erste Hinweise, wie der Handlungsbedarf bezüglich Selbstbestimmung bearbeitet werden könnte.

2.1 Begrifflichkeiten Adressat*innen

Für die vorliegende Bachelor-Thesis haben wir uns nach eingehender Recherche und Diskussion auf zwei Begrifflichkeiten geeinigt. Als Oberbegriff wird in dieser Thesis von Menschen/Personen mit Behinderungen geschrieben. Als Begründung soll die Aussage auf der Website des Projekts Leidmedien.de des deutschen Vereins Sozialheld*innen zitiert werden:

Disability Studies unterscheiden zwischen Beeinträchtigung und Behinderung: Die Beeinträchtigung ist die körperliche Seite der Behinderung – das fehlende Bein oder die fehlende Sehkraft, die chronische Krankheit. Bei `Behinderung` kommt eine soziale Dimension dazu – Barrieren behindern und schließen aus, und das macht die Beeinträchtigung oft erst zum Problem. (Leidmedien.de, o.D.)

Soll also die soziale und gesellschaftliche Dimension mitgedacht werden, wird der Begriff der Behinderung genutzt. Wird explizit auf den körperlichen Aspekt unserer beschriebenen Klientel Bezug genommen, schreiben wir von kognitiver Beeinträchtigung. Dafür nochmals der Bezug zu Leidmedien.de, die eine Broschüre mit Tipps für die Berichterstattung anlässlich der Paralympics 2020 in Tokio herausgegeben haben. Dort steht im Glossar, es solle anstatt „geistige Behinderung“ oder „geistig behindert“, „Mensch mit Lernschwierigkeit“ oder „kognitiv beeinträchtigt“ als Bezeichnung verwendet werden (Leidmedien.de, 2020). Uns ist es ein Anliegen, die Betroffenenperspektive wo immer möglich zu berücksichtigen und miteinzubeziehen. Dies scheint uns insbesondere bei der Differenzierung von Begriffen sinnvoll, um hier nicht wissentlich diskriminierende Formulierungen zu reproduzieren. Für die Schweiz haben wir keine vergleichbaren Plattformen gefunden, welche Rückschlüsse auf die von Betroffenen gewünschten Bezeichnungen zulassen, weshalb wir bei den Definitionen der Plattformen aus dem deutschen Kontext verbleiben.

Dieser Logik folgen auch Fachpersonen aus den Disability Studies, wie Marianne Hirschberg (2022), welche Beeinträchtigung und Behinderung als „zwei voneinander zu trennende Phänomene“ bezeichnet (S. 97). Weiter hat die britische Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) bereits im Jahr 1976 folgendes festgehalten:

Thus we define impairment as lacking part of or all of a limb, or having a defective limb, organ or mechanism of the body; and disability as the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organisation which takes no or little account of people who have physical impairments and thus excludes them from the mainstream of social activities. (UPIAS, 1976, S. 14)

UPIAS und Hirschberg sprechen sich also ebenfalls für eine Distinktion zwischen Beeinträchtigung und Behinderung aus. Genauso wie dies auch das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 tut, da in der Präambel unter Buchstabe e) geschrieben steht:

[I]n der Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. (Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, SR 0.109)

Werden in der vorliegenden Thesis andere Quellen zitiert, kann es diesen getreu zu abweichenden Bezeichnungen kommen.

2.2 Theoretische Herleitung von Selbstbestimmung

2.2.1 Deutscher Ethikrat

Was ist, wenn die Selbstbestimmung das Leben der Betroffenen gefährdet? Mit dieser Frage hat sich der Deutsche Ethikrat im Jahr 2018 beschäftigt und eine Stellungnahme zum Thema „Hilfe durch Zwang“ veröffentlicht. Darin argumentiert der Deutsche Ethikrat, dass es legitim sei, fremdbestimmend zu handeln, wenn die Fremdbestimmung das Wohlergehen der betroffenen Person sicherstellt beziehungsweise der „Vermeidung der Selbstschädigung“ diene (Deutscher Ethikrat, 2018, S. 20). Der deutsche Ethikrat gibt damit mögliche Leitplanken in Bezug auf die Definition Selbst- und Fremdbestimmung.

Der Deutsche Ethikrat definiert Selbstbestimmung zum einen als eigenverantwortete Ausgestaltung des Lebens in Wechselwirkung zu den Bezugspersonen im Leben des jeweiligen Individuums. Sie dürfe keinesfalls mit „normativer oder sozialer Bindungslosigkeit verwechselt werden“ (S. 40). Dies suggeriert, dass Personen über einen gewissen Grad an (Selbst-) Reflexion verfügen müssen, um selbstbestimmt Entscheidungen treffen zu können. Demnach definiert er als Voraussetzungen für selbstbestimmtes Handeln die Fähigkeit, Folgen der Handlung abschätzen zu können, der Wille, diese Folgen in Kauf zu nehmen, und die bestehende Möglichkeit, sich gegen die betreffende Handlung für eine Alternative dieser zu entscheiden (2018, S. 41-42). Sind diese Voraussetzungen kumulativ erfüllt, definiert der Deutsche Ethikrat das Handeln als „freiverantwortlich“. In dem Fall ist es nicht legitimierbar,

die Selbstbestimmung zum Schutz der betreffenden Person einzuschränken. Zudem wird darauf verwiesen, dass sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene, welche temporär oder dauerhaft in ihrer Entscheidungsfähigkeit limitiert seien, in ihrer „Würde und dem Selbstzwecksein“ nicht eingeschränkt werden dürfen (S. 42).

Wird nun also die Selbstbestimmung eines Individuums zur Vermeidung einer Selbstschädigung eingeschränkt oder tangiert, schreibt der Ethikrat von sogenanntem „wohltätigen Zwang“. Institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen, welche die Selbstbestimmung von Betroffenen einschränken, sind jedoch gemäss dieser Definition nicht als wohltätiger Zwang zu werten und müssen laut dem Ethikrat regelmässig aufmerksam und sorgfältig hinterfragt sowie überarbeitet werden. Um „wohltätigen Zwang“ oder eben Fremdbestimmung zum Wohle Betroffener zu legitimieren, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein. Es muss abgeklärt werden, ob die betroffene Person fähig ist, in der zur Frage stehenden Sache selbstverantwortliche Entscheidungen zu fällen. Zudem muss die fremdbestimmte Handlung dazu dienen, die Selbstbestimmung der betroffenen Person wiederherzustellen. Drittens müssen die ins Auge gefassten Massnahmen in einem angemessenen Verhältnis zum Ziel der Massnahmen stehen und sie dürfen keinen Schaden anrichten. Es darf keinen anderen Weg geben, das Ziel zu erreichen. Fremdbestimmend zu handeln kann somit nur der letzte Ausweg sein. Die vorübergehende Fremdbestimmung soll demzufolge stets unterstützender und assistierender Natur sein und der Wille sowie die Bedürfnisse Betroffener dürfen nicht komplett umgangen oder ignoriert werden. Einzig in absoluten Notsituationen ist es mitunter legitim, fremdbestimmend zu handeln und auch dann sei immer auf die Verhältnismässigkeit und obenstehende Voraussetzungen verwiesen (S. 71).

In Bezug auf Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung vertritt der Deutsche Ethikrat sodann den Standpunkt, dass der Einsatz von wohltätigem Zwang nur in absoluten Ausnahmefällen erfolgen sollte. Und dies auch dann nur unter akribischer Prüfung aller möglichen Optionen und mit dem Blick auf grösstmögliche Willensbeteiligung der Betroffenen. Zudem sei hier auch auf das komplexe Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren von den Individuen über die Fachpersonen und deren Haltung(en), das (institutionelle) Setting sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen verwiesen. Dieses Zusammenspiel bedarf im Falle wohltätigen Zwangs einer gründlichen Auseinandersetzung, Beleuchtung und Differenzierung der verschiedenen Einflussfaktoren. Nicht zuletzt sind für solche Entscheidungen Aushandlungsprozesse mit Betroffenen und die Berücksichtigung ihrer jeweiligen individuellen Lebensumstände unabdingbar (S. 182).

2.2.2 Reaktanztheorie nach Brehm

Ein zentrales Konzept, welches sich mit Selbstbestimmung befasst, ist die Reaktanztheorie von Brehm, welche bereits 1966 publiziert wurde und auch heutzutage immer noch eine gewisse Relevanz hat. Dies insofern, dass ablehnendes Verhalten und Widerstände bei Personen, deren Selbstbestimmung eingeschränkt wird auch heute in der Praxis oft beobachtet werden kann. Die Betroffenen versuchen mit solchem Verhalten, die Selbstbestimmung wieder zu erlangen. Reaktanz ist ein Konzept der Motivationspsychologie und beschreibt, was passiert, wenn Menschen die Möglichkeit genommen wird, sich frei nach ihrem Willen zu verhalten, oder wenn sie befürchten, dass dies geschehen könnte. Dies resultiert darin, dass die betroffenen Personen eine Abneigung gegenüber der freiheitseinschränkenden Entität entwickeln, oder dass sie die immer noch vorhandenen Optionen als signifikant weniger attraktiv wahrnehmen (Miron & Brehm, 2015). Reaktanz ist Brehm zufolge widerständiges und ablehnendes Verhalten und hat zum Ziel, die Auswahloptionen an Selbstbestimmung auszuweiten oder zurückzugewinnen (Brehm, 1966, S. 9-10). Brehm charakterisiert Verhalten unter den Gesichtspunkten von „was“, „wie“ und „wann“. Um selbstbestimmt handeln zu können, muss das Individuum folglich die Wahl haben, was es tut sowie wann und wie etwas getan wird (S. 4).

Brehm betont bereits in der Publikation von 1966, dass es nur einer minimalen Selbst- und Lebensweltkenntnis bedarf, um selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Ferner erhöhe Selbstbestimmung die Lebensqualität des Individuums (Brehm, 1966, S. 2). Mit dieser Aussage wird die Schnittstelle zur Selbstbestimmungsthematik von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ersichtlich. Gemeinhin wird dieser Personengruppe die Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidungsfindung aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung schneller und mit stärkerer Vehemenz abgesprochen als Personen ohne kognitiven Beeinträchtigungen. Brehm widerspricht dieser Auffassung folglich mit seiner Reaktanztheorie deutlich, auch wenn er in seiner Veröffentlichung nicht explizit Bezug nimmt auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Wird also die Selbstbestimmung von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingeschränkt oder gänzlich unterbunden, kann dies Widerstand und Gegenreaktionen in unterschiedlichen Formen und Ausmassen hervorrufen. Dies ist letztlich sowohl für Betroffene als auch für Fachpersonen einer gemeinsamen, stabilen und tragenden Arbeitsbeziehung abträglich.

2.2.3 Selbstbestimmungstheorie nach Ryan und Deci

Ryan und Deci entwickelten ab 1980 eine Theorie, welche sie „Selbstbestimmungstheorie“ nennen. Diese basiert auf empirischer Forschung, deren Ursprung die Frage war, was menschliche Entwicklung unterstützt und was sie beeinträchtigt (Ryan & Deci, 2017, S. 8). Ryan und Deci (2000) haben in der Forschung drei psychologische Grundbedürfnisse identifiziert, welche für soziale Integration, Wohlbefinden und Entwicklung unabdingbar sind. Neben Kompetenz und Verbundenheit ist Autonomie³ das dritte notwendige Element. Nur wenn Autonomie gewährleistet wird, kann ein Mensch gemäss Ryan und Deci sein volles Potential entfalten und ein glückliches Leben führen (Ryan & Deci, 2000). Diese Theorie wird hier aufgeführt, da sie die Grundlagen der Selbstbestimmung darlegt und diese empirisch belegt.

Ryan und Deci definieren Autonomie als Bedürfnis, das eigene Erleben und Handeln selbst zu regulieren (2017, S. 10). Somit kann geschlossen werden, dass Autonomie nach Ryan und Deci bedeutet, in der eigenen, subjektiven Wahrnehmung der Welt ernst genommen zu werden, und folglich basierend auf dieser subjektiven Wahrnehmung zu handeln. Ryan und Deci unterscheiden weiter Autonomie und Unabhängigkeit. Nach ihnen ist Autonomie ein Gefühl der Freiwilligkeit und stark mit Handlungen verknüpft (S. 10). Somit kann auch eine Abhängigkeit autonom sein, wenn sie selbstgewählt ist. Zudem muss eine autonome Handlung kongruent sein mit den eigenen Interessen und Werten (S. 10). Dies bedingt jedoch, dass gewisse Handlungen nicht per se fremdbestimmt, aber auch nicht autonom sind, wenn sie durch äussere Faktoren (z.B. gesellschaftliche Strukturen) oder durch weniger stark integrierte Persönlichkeitsaspekte (z.B. Körperempfindungen) hervorgerufen werden. Die Autorinnen dieser Arbeit schliessen daraus, dass Ryan und Deci Autonomie und Fremdbestimmung als zwei Pole eines Kontinuums verstehen.

Des Weiteren vermindern Handlungen, welche zwar nicht von der betroffenen Person initiiert wurden, aber dennoch innerhalb ihres Wertesystems liegen, die Autonomie der betroffenen Person nicht (S. 54).

Die Forschung zum Thema Autonomie hat ergeben, dass das Ausmass von subjektiv wahrgenommener Selbstbestimmung einen Einfluss auf die Kreativität, kognitive Leistung,

³ In diesem Abschnitt wird analog zu den Werken von Ryan und Deci von Autonomie gesprochen. Das Konzept von Ryan und Deci kann jedoch mit der Definition von Selbstbestimmung in dieser Arbeit gleichgesetzt werden, denn wie Esser (2011) schreibt, werden die beiden Begriffe „Selbstbestimmung“ und „Autonomie“ oft als Synonyme verwendet.

Ausdauer und weitere Aspekte von Verhalten hat, in dem Sinne, dass wenn das eine vorhanden ist, das andere ebenfalls steigt (S.98). Weiter sagen Ryan und Deci, dass das Fehlen der drei psychologischen Grundbedürfnisse unabhängig davon, ob die betreffende Person und ihr Umfeld die Grundbedürfnisse als wichtig einschätzen, zu einer beobachtbaren Reduktion an Wohlbefinden, Entwicklung und sozialer Integration führt (S. 10). Zudem beschreiben sie, dass intrinsische Motivation massgeblich durch ein Vorhandensein oder Fehlen von Autonomie beeinflusst wird (S. 17). Somit kann als kurzer Exkurs eine Parallele zum Menschenbild von Rogers gezogen werden, welcher eine dem Menschen innewohnende Aktualisierungstendenz beschreibt, (Weinberger, 2013, S. 24) also eine innere Kraft, welche nach Entwicklung strebt. Rogers basiert seine Beratungsmethode denn auch auf die Förderung dieser Aktualisierungstendenz, und spricht sich dafür aus, dass die Klient*innen den Inhalt der Beratung vorgeben sollen, und die Beratungsperson primär einen Auftrag zur Befähigung hat (zitiert nach Weinberger, S. 24). Dies deckt sich wiederum mit Ryan und Deci, welche die Notwendigkeit von Autonomie mit deren Zusammenhang mit intrinsischer Motivation sowie Entwicklung und Wohlbefinden begründen (2017, S. 98).

Eine innerhalb der Selbstbestimmungstheorie von Ryan und Deci bestehende, durch Forschung gestützte „Mini-Theorie“ besagt, dass qualitativ gute zwischenmenschliche Beziehungen neben Positivität und Wertschätzung auch massgeblich auf dem Respekt für die Autonomie, welche einer Person entgegengebracht wird, basieren (S. 293ff). Dies können sich Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Gestaltung der Arbeitsbeziehung zunutze machen.

Zu ebendiesem Schluss kommen Deci und Ryan (1995), da sie herausgefunden haben, dass Menschen sich selbst nur dann annehmen und ein gesundes Selbstwertgefühl entwickeln können, wenn auch ihr Umfeld dies tut (S. 46). Somit verstehen Deci und Ryan unter Gewährleistung von Autonomie, dass das Gegenüber sich auf die Person einlässt, ihr zuhört und mit ihrer Weltsicht kongruent agiert (S. 46).

Interessant ist ausserdem, dass Ryan und Deci beschreiben, dass in Schulklassen neben der Unterstützung von Autonomie durch die Lehrpersonen starke Strukturen wichtig sind für das Erleben von Kompetenz und die Gewährleistung von sozialer Integration. Gegenteilig ist ein Setting, in welchem die Schüler*innen viele Freiheiten, aber wenig Unterstützung im Umgang damit haben, für ihr Wohlbefinden nicht förderlich (2017, S. 359). Daraus kann geschlossen werden, dass Autonomie, wie Ryan und Deci sie beschreiben, nicht ein Zustand, sondern eine Kompetenz ist, welche erlernt und gefördert werden muss. So kann erklärt werden, wie gemäss Ryan und Deci (S. 359) Personen, welche in der Schule sicherheitsgebende

Strukturen und Autonomieförderung erlebt haben, im Erwachsenenleben eine höhere Autonomie aufweisen als Personen, welche in der Schule unbegrenzte Freiheiten und absolute Regellosigkeit genossen haben. Daraus kann geschlossen werden, dass es Personen, welche in einem strukturierten, unterstützenden Umfeld aufgewachsen sind, im Erwachsenenalter eher möglich ist, sich selbst zu strukturieren und Entscheidungen eigenhändig zu treffen.

Hier muss jedoch angefügt werden, dass Ryan und Deci in diesem Kontext Marilyn Friedman zitieren, welche sagt, dass für autonomes Handeln eine bewusste Reflexion der eigenen Wünsche und Bedürfnisse vonnöten ist (zitiert nach Ryan & Deci, 2017, S. 56). Dies ist aus unserer Sicht gerade im Kontext der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kritisch zu beurteilen, da diese Aussage, wenn sie zu Ende gedacht wird, aussagt, dass nur für Menschen, welche Ihre Bedürfnisse und Wünsche bewusst reflektieren (können), autonomes Handeln möglich ist. Ryan und Deci fügen dem Zitat von Friedman zwar an, dass sie Autonomie als Skala denken, und nicht als Tatsache, welche besteht oder nicht besteht (S. 56). Unserer Ansicht nach reicht dies jedoch nicht, da wir davon ausgehen, dass das Bedürfnis nach Selbstbestimmung unabhängig der bewussten Reflexionsfähigkeit möglich ist, und sehen als alleinige Voraussetzung für das Bedürfnis von Selbstbestimmung das Vorhandensein eines subjektiven Wertesystems und davon abgeleitete Wünsche und Bedürfnisse. Die Begründung dieser Annahme ist, dass es für die Person subjektiv irrelevant ist, ob ihre Meinungen, Wünsche und Bedürfnisse auf rationalen Fakten basieren.

Ryan und Deci schreiben, dass Autonomie mit dem Selbst verknüpft ist, und das Selbst primär durch das Ausführen des eigenen Willens (also Autonomie) erlebt wird (S. 51). Dementsprechend ist es einleuchtend, dass Autonomie eng mit dem Wohlbefinden verknüpft ist. Zudem legt es nahe, dass Autonomie auch einen Einfluss auf den Selbstwert hat. Die Überlegung dahinter ist, dass es mutmasslich herausfordernd ist, das eigene Selbst zu erleben und wertzuschätzen, wenn eine kontinuierliche Ablehnung des Selbst durch das soziale Umfeld erlebt wird.

2.2.4 Verständigungsorientierung nach Habermas

Habermas hat in seinem Werk „Theorie des Kommunikativen Handelns“ (1981, S. 385) den Begriff „Verständigungsorientierung“ eingeführt. Verständigungsorientierung wird im Theorieteil dieser Arbeit aufgeführt, da sie ein Modell zum Verständnis der Kommunikationsstruktur des Kontinuums zwischen Selbst- und Fremdbestimmung bietet. Stimmer (2020) beschreibt Verständigungsorientierung als „Grundlage und Ziel“ allen

methodischen Handelns (S. 70). Zentral ist dabei, dass Verständigungsorientierung nicht ein Wissen oder ein Fakt ist, sondern eine Haltung und eine Kompetenz, mit Klient*innen Verständigungsprozesse anzustreben, und diese so auszugestalten, dass die Aussagen der Klient*innen wahrgenommen werden, und basierend darauf eine offene Kommunikation stattfinden kann. Damit einher geht laut Stimmer (2020, S. 70) auch, dass nur durch das bewusste Steuern des Beziehungsaspektes von Kommunikation überhaupt der Inhaltsaspekt so gestaltet werden kann, dass Verständigung stattfindet. Verständigungsorientierung beschreibt ein Kontinuum zwischen offener, transparenter Kommunikation und bewusst oder unbewusst intransparenter, manipulativer Kommunikation (Stimmer, 2020, S. 69ff.) Habermas unterscheidet dabei zwischen „Verständigungsorientierung“ und „Erfolgszentrierung“. Erfolgszentrierung teilt er in die Kategorien „bewusst“ und „unbewusst“ sowie „verdeckt“ und „offen“ auf, wobei offene Erfolgszentrierung Zwang ist, und bewusst verdeckte Erfolgszentrierung Manipulation genannt werden kann (1981, S. 385).

Das Konzept „Verständigungsorientierung“ ermöglicht somit eine Analyse von Kommunikationsstrukturen, durch welche Fremdbestimmung ausgeübt oder Selbstbestimmung ermöglicht wird. Es hilft zu verstehen, wie Fremdbestimmung oder eben Selbstbestimmung zu Stande kommen kann.

Stimmer (2020, S. 73) beschreibt Verständigungsorientierung als „idealtypisch“. Wir verstehen darunter, dass sich in der Realität Kommunikation in der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nie komplett verständigungsorientiert abspielt, sondern durch Meinungen, Sozialisation und Beziehung beeinflusst und „verzerrt“ wird. Demnach verlangt Verständigungsorientierung nach einer fortlaufenden Reflexion der eigenen Kommunikation und eine darauffolgende Justierung ebendieser.

2.2.5 Basale Selbstbestimmung nach Weingärtner

Das Modell „Basale Selbstbestimmung“ nach Weingärtner (2013) wird in diesem Theorieteil aufgeführt, da es einen pragmatischen Handlungsansatz zum Umgang mit dem Dilemma der Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bietet. Weingärtner (2013) hat sich die Frage gestellt, inwiefern Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen Selbstbestimmung ausüben können. Bei der Bearbeitung dieser Frage hat er eine pragmatische Herangehensweise gewählt, und nach Möglichkeiten und Lebensbereichen gesucht, in welchen Selbstbestimmung möglich ist. Er hat festgestellt, dass durch Gewährleistung von „Entscheidenlassen“, „Erfahrung der eigenen Wirkung“ und „Selbsttätigkeit“ ein Grossteil des Bedürfnisses an Selbstbestimmung befriedigt werden kann. Dieses Konzept nennt er „Basale Selbstbestimmung“ (Weingärtner, 2013).

Diese Lösung scheint jedoch nicht befriedigend, da dennoch ein Grossteil der Lebensaspekte fremdbestimmt werden.

Weingärtner definiert Selbstbestimmung folgendermassen:

„[M]it Selbstbestimmung oder Autonomie [soll] gemeint sein, dass eine Person ihre eigenen Vorstellungen oder Wünsche, beziehungsweise ihr eigenes Wollen in wesentlichen Bereichen ihres Lebens umsetzen kann.“ (Weingärtner, 2013, S. 34)

Weingärtner wählt somit eine sehr simple Definition, welche nahe an der philosophischen Begriffsbedeutung liegt. Weingärtner relativiert jedoch, dass Selbstbestimmung nicht vorhanden oder abwesend ist, sondern in verschiedenen Lebensbereichen und Lebensphasen mehr oder weniger Selbstbestimmung vorhanden sein kann (S. 34). Zudem ergänzt er, dass Selbstbestimmung dort endet, wo die Selbstbestimmung anderer Personen beschränkt wird (S. 35). Er schreibt, dass Selbstbestimmung ein notwendiges Mass an Fremdbestimmung beinhaltet, je nachdem ob Selbstbestimmung überhaupt möglich ist (S. 66). Somit plädiert er für ein dynamisches Verständnis von Selbstbestimmung, da er sie nur so als praktikabel sieht (S. 66). Zudem zitiert er dazu Hahn, welcher postuliert, dass ein gewisses Mass an Fremdbestimmung gewollt ist, wenn sie der Bedürfnisbefriedigung der betroffenen Person dient und durch die Einbindung in soziale Gruppen automatisch gegeben ist (zitiert nach Weingärtner, 2013, S. 67). Laut Weingärtner ist Fremdbestimmung dann legitim, wenn sie die betroffene Person vor Gefahren schützt (S. 67). Zudem ist laut Weingärtner Fremdbestimmung in Einzelfällen ebenfalls vertretbar, wenn sie der Abwendung von Gesundheitsschädigung der betroffenen Person dient (S. 67). Wichtig ist laut Weingärtner dabei, dass die Fremdbestimmung so gering gehalten wird wie möglich, da Fremdbestimmung das Potenzial hat, eine massive negative Auswirkung auf das Selbstbewusstsein einer Person zu haben (S. 67).

Weingärtner bearbeitet im Zentralen die Frage, wie Selbstbestimmung für „schwer geistig behinderte“ Menschen trotz der erschwerenden Umstände ermöglicht werden kann. Er argumentiert, dass die betroffene Personengruppe bis anhin durch die gesellschaftlichen Strukturen von der Selbstbestimmung ausgeschlossen wurde, da die Gewährleistung von mehr Selbstbestimmung mehr Ressourcen benötigt (S. 36). Das Mehr an Fremdbestimmung, welches daraus resultiert, führt Weingärtner auf folgende vier Faktoren zurück: Struktur der Institution, auf Förderung ausgerichtetes Personal, die Beeinträchtigung und eine Notwendigkeit von umfassenden pflegerischen Massnahmen (S. 62). Um diesen Faktoren entgegenzuhalten, schlägt Weingärtner ein Konzept namens „Basale Selbstbestimmung“ vor. In dessen Zentrum stehen die Konzepte „selbst entscheiden“, „die eigene Wirkung erfahren“

und die „Selbsttätigkeit“ (S. 73). Während die ersten beiden Konzepte durch die Begrifflichkeit selbsterklärend sind, bedarf das dritte Konzept einer ausführlicheren Erklärung. Weingärtner beschreibt Selbsttätigkeit als jegliche selbstgesteuerte motorische Aktivität (S. 84). Somit ist damit eine grösstmögliche Autonomie über den eigenen Körper und dessen Aktivitäten gemeint.

Weingärtner beschreibt basale Selbstbestimmung als Möglichkeit, trotz beschränkter Möglichkeiten die höchstmögliche Selbstbestimmung zu ermöglichen. Somit ist die Frage nicht nur, wo Selbstbestimmung möglich ist, sondern auch inwiefern. Mit einem pragmatischen Umgang mit Selbstbestimmung meint Weingärtner, wenn Selbstbestimmung schon nicht in einer Sache als Ganzes möglich ist, dennoch einzelne Aspekte selbst bestimmt werden können, und den betroffenen Personen nur dort Freiheiten wegzunehmen, wo ansonsten eine Gesundheitsschädigung droht (S.89ff).

Die Überlegung, wo Selbstbestimmung möglich sein kann, wenn sie in einer Sache nicht komplett möglich ist, ist ein wertvoller Hinweis, zumal dies der Gefahr entgegenwirkt, aus Gewohnheit oder Normalitätsverständnis der Betreuungspersonen Fremdbestimmung auszuüben. Zugleich besteht dabei auch die Gefahr, dass Fremdbestimmung unter dem Deckmantel der teilweisen Selbstbestimmung nicht mehr als solche erkannt wird, weder von Betreuungspersonen noch von betroffenen Personen.

2.2.6 Erlernte Hilflosigkeit nach Seligman

Die Theorie der Erlernenen Hilflosigkeit wird im Theorieteil dieser Arbeit aufgeführt, da sie, wenn auch nicht auf den ersten Blick, einen engen Zusammenhang mit Selbstbestimmung hat. Ebendiese Theorie zeigt auf, welche Folgen Fremdbestimmung in der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben kann.

Seligman beschreibt in seiner Theorie der erlernten Hilflosigkeit, dass Patient*innen in Anstalten die maximal mögliche Kontrolle über ihr Leben haben sollten, bei vermeintlich unrelevanten Dingen wie auch bei grossen Angelegenheiten. Dies begründet er damit, dass seine Theorie der „Erlernenen Hilflosigkeit“ besagt, dass Menschen, welche das Gefühl von Kontrolle haben, länger leben, gesünder und glücklicher sind. Im Umkehrschluss beschreibt er, dass Menschen, welchen die Kontrolle über ihr Leben entzogen wird, unglücklich und kränker sein können als ihre selbstbestimmten Mitmenschen (2016, S. 172ff.).

Basierend auf dem Konzept der operanten Konditionierung postuliert Seligman, dass Menschen die Verhaltensweisen, welche zum erwünschten Resultat führen, oder von welchen sie glauben, dass diese zum erwünschten Resultat führen könnten, wiederholt anwenden

(S.8). Menschen, welche diese Sinnzusammenhänge nicht erlernt haben, werden allgemein als „hilflos“ bezeichnet. Seligman schreibt, dass Organismen, welche gelernt haben, dass sie traumatische Erlebnisse nicht abwenden konnten, in einer nächsten traumatischen Situation keine Motivation haben, dieser Situation zu entkommen (S. 20). Somit kann Hilflosigkeit konditioniert und sogar erlernt werden. Die Hilflosigkeit wird gemäss Seligman oft von Depression begleitet (S. 50).

Eine weitere Erkenntnis von Seligman ist, dass durch die Erfahrung, eine Situation nicht kontrollieren zu können, die Lernfähigkeit in Situationen, welche kontrollierbar sind, stark sinkt (S. 34). Wenn also einmal gelernt wurde, dass jeglicher Widerstand in traumatischen Situationen nutzlos ist, wird auch in nächsten Situationen, in welchen Widerstand hilfreich wäre, hilflos reagiert. Seligman begründet dies damit, dass ohne die Erwartung einer Linderung bringenden Handlung diese ausbleibt (S.45). Zudem beschreibt er, dass es für Organismen herausfordernd zu lernen ist, dass Faktoren, welche bis anhin als irrelevant eingestuft wurden, nun relevant sind (S. 50).

Aus diesen Erkenntnissen von Seligman kann geschlossen werden, dass es ein menschliches Grundbedürfnis ist, Kontrolle über die eigene Situation zu haben. Wird dieses Grundbedürfnis nicht gewährt, also Fremdbestimmung über eine Person ausgeübt, ist dies für die betreffende Person eine prägende Erfahrung, welche einen Lerneffekt mit sich bringt, welcher nur schwer reversibel ist. Die Person hat in dem Moment gelernt, dass sie keine Macht über ihre Lebenssituation und ihr Umfeld hat, sie ist in dem Moment von nun an hilflos. Wie Seligman beschreibt, kann diese Hilflosigkeit von Depressionen oder im schlimmsten Fall gar dem Tod begleitet werden (S. 4ff.). Daher kann mit Seligmans Theorie der erlernten Hilflosigkeit begründet werden, dass Hilflosigkeit eine traumatische Erfahrung ist, welche es schwieriger macht, an die Selbstwirksamkeit zu glauben und somit auch verunmöglicht, selbstbestimmt zu handeln.

2.2.7 Zusammenfassende Definition von Selbstbestimmung

In den vorangehenden Kapiteln wurden verschiedene Theorien dargelegt, welche die Thematik der Selbstbestimmung auf unterschiedlichen Ebenen bearbeiten. In einem nächsten Schritt wird nun dargelegt, wie sich das für diese Arbeit geltende Verständnis von Selbstbestimmung zusammensetzt.

In den verschiedenen Theorien finden sich verschiedene Definitionen von Selbstbestimmung. Dabei lassen sich zwei Dimensionen erkennen, welche den Grad an Selbstbestimmung beeinflussen. Zum einen ist dies gemäss Weingärtner (2013) und dem Deutschen Ethikrat

(2018) die Freiheit, das eigene Leben zu gestalten, in kleinen wie grossen Aspekten. Zudem ist es gemäss Ryan und Deci (2000) die Kompetenz, Handlungen umzusetzen, und die Folgen des Handelns abzuschätzen. Gemäss ihnen kann die Kompetenz zur Selbstbestimmung erlernt und weiterentwickelt werden. Im Umkehrschluss ist sie jedoch nicht automatisch vorhanden zu Beginn des Lebens. Somit kann Selbstbestimmung als Kontinuum verstanden werden zwischen viel und wenig Freiheit und viel und wenig Kompetenz dazu. Dem muss gemäss Ryan und Deci (2000) hinzugefügt werden, dass Selbstbestimmung als Bedürfnis allen Menschen innewohnend ist. Dementsprechend heikel ist es, Menschen Selbstbestimmung absprechen zu wollen. Der Deutsche Ethikrat (2018) vertritt den Standpunkt, dass Selbstbestimmung eingeschränkt werden soll, wenn die Limitierung der Wahrung des Wohles der betreffenden Person dient (S. 40ff.). Analog dazu schreibt Avenir Social (2010) im Berufskodex der Sozialen Arbeit, dass die Professionelle Soziale Arbeit grundsätzlich das Recht auf Selbstbestimmung hochzuachten hat, insofern dass dieses weder das eigene Wohl noch legitime Interessen anderer Personen gefährdet (S. 10). Somit sagt Avenir Social, dass die eigene Freiheit dort endet, wo die einer anderen Person beginnt. Des Weiteren argumentiert Avenir Social, dass Selbstbestimmung eingeschränkt werden soll, wenn dadurch das Wohl der betreffenden Person oder die Freiheit anderer Personen gefährdet werden (S. 10). Im Umkehrschluss kann die Frage gestellt werden, inwiefern es als Fachperson der Sozialen Arbeit legitim ist, Handlungen von Klient*innen zu verhindern, welche die vorangehend aufgeführten Kriterien von Avenir Social für eine legitime Einschränkung der Selbstbestimmung erfüllen. Gemäss der Definition des Deutschen Ethikrates (2018) zur legitimen Einschränkung von Selbstbestimmung ist Fremdbestimmung zum Schutz der betreffenden Person nicht legitim, wenn die Entscheidung der betreffenden Person zweifellos freiverantwortlich getroffen wurde (S. 41 – 42). Analog dazu sollte die Frage gestellt werden, ob es aus Sicht der Sozialen Arbeit legitim ist, die Gefährdung einer Drittperson durch eine*n Klient*in abwenden zu wollen in einer Situation, in welcher die betreffende Klientel zweifellos freiverantwortlich handelt. Der Deutsche Ethikrat nimmt darauf keinen Bezug. Auffallend ist, dass sich abgesehen vom Berufskodex der Sozialen Arbeit (2010) auch die anderen vorangehend aufgeführten Publikationen nicht oder nur sehr knapp zu dieser Thematik äussern. Daraus kann geschlossen werden, dass es sich hier um eine Frage handelt, auf welche kaum eine allgemeingültige Antwort gefunden werden kann.

Den Grad der Kompetenz zur Selbstbestimmung einzuschätzen beziehungsweise zu beurteilen, ob die betreffende Person in der konkreten Situation in der Lage ist, freiverantwortlich zu handeln, ist allerdings immer spekulativ, und er kann in verschiedenen Bereichen stark variieren. Daher ist es ethisch gesehen nicht unbedenklich, den Grad der

Freiheit dem Grad der Kompetenz zur Selbstbestimmung anzupassen. Wird dies getan, besteht die Gefahr, basierend auf einer spekulativen Annahme die Selbstbestimmung einer Person zu stark einzuschränken. Daher möchten wir der Selbstbestimmungsdiskussion an dieser Stelle analog zu „in dubio pro reo“ (dt. Im Zweifel für den Angeklagten) aus dem Strafrecht den Vorsatz „im Zweifel für die Selbstbestimmung“ hinzufügen. Damit möchten wir dafür plädieren, die Selbstbestimmung nur dann einzuschränken, wenn offensichtliche Belege vorhanden sind, dass die betreffende Person in einem bestimmten Bereich nicht selbständig handeln oder die Folgen ihres Handelns nicht abschätzen kann. Dementsprechend folgen wir der Argumentation des Deutschen Ethikrates (2018), welcher dafür plädiert, dass Fremdbestimmung das ultima ratio sein soll und unter dem grösstmöglichen Einbezug des Willens der betroffenen Person geschehen muss.

Selbstbestimmung ist gemäss den vorangehenden Autor*innen aus verschiedenen Gründen wichtig. Die Theorie von Seligman (2016) argumentiert, dass der Selbstwert von Menschen durch Selbstbestimmung massiv gesteigert wird, und dadurch Erkrankungen wie Depressionen vermindert werden können. Ryan und Deci (2000) beschreiben, dass Menschen mit einem hohen Mass an Selbstbestimmung kreativer, ausdauernder und kognitiv stärker sind. Umgekehrt argumentiert Seligman (2016), dass Menschen durch die Erfahrung, keine Kontrolle über ihr Leben zu haben, Hilflosigkeit erlernen, und von dem Zeitpunkt an Mühe haben, diese Kontrolle wieder auszuüben.

Ryan und Deci (2017) beschreiben ausserdem analog zu Brehm (1966), dass Selbstbestimmung eine positive Auswirkung auf zwischenmenschliche Beziehungen hat, und dadurch Konflikte vermieden werden können, da aufgrund der positiveren Beziehung eine Kommunikationsgrundlage zur Aushandlung von Differenzen besteht. Daher ist es für Fachpersonen der Sozialen Arbeit zentral, dass sie wissen, wie Selbstbestimmung ermöglicht werden kann. Weingärtner (2013) postuliert diesbezüglich, dass „Entscheidenlassen“, „Erfahrung der eigenen Wirkung“ und „Selbsttätigkeit“ einen grossen Bereich des Bedürfnisses an Selbstbestimmung abdecken.

Habermas (1981) beschreibt eine Kommunikationsstruktur, welche zwischen erfolgszentriert und verständigungsorientiert unterscheidet. Verständigungsorientierte Kommunikation ist dabei ergebnisoffen und transparent, was Aushandlungsprozesse auf Augenhöhe ermöglicht. Somit ermöglicht Habermas einen Umgang mit dem Machtgefälle zwischen Fachperson und Klient*in, welcher den Klient*innen eine Gelegenheit gibt, sich für ihre Anliegen einzusetzen und gehört zu werden.

Diese beiden Aspekte, die Verständigungsorientierung und die Prinzipien der basalen

Selbstbestimmung nach Weingärtner (2013) reichen nicht aus, um Selbstbestimmung in der komplexen Realität des agogischen Alltags zu ermöglichen. Sie sind jedoch für das Fördern und Ermöglichen von Selbstbestimmung unabdingbar, und sollen daher für die im Weiteren vorgeschlagene Kombination von Kooperativer Prozessgestaltung und Supported Decision Making als Grundprämisse zur Schaffung von selbstbestimmungsorientierter Kommunikation gelten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass wir als Autorinnen dieser Arbeit basierend auf der theoretischen Herleitung von Selbstbestimmung zu folgenden Überlegungen bezüglich der Selbstbestimmung von Klient*innen gelangt sind: Wir sehen Selbstbestimmung als Recht, Angelegenheiten des privaten Lebens selbst bestimmen zu dürfen. Dabei sehen wir nur in wenigen Fällen eine Notwendigkeit, dieses Recht einzuschränken, und zwar wenn die Entscheidung zweifelsfrei nicht selbstverantwortlich gefällt werden kann, oder wenn durch die Entscheidung eine unmittelbare Gefahr für Dritte hervorgeht. In allen anderen Fällen gilt für uns, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen das Recht haben, Fehler zu machen und Umwege zu gehen. Wir gehen davon aus, dass dies die Fähigkeit, selbstverantwortliche Entscheidungen zu treffen, fördert, da durch Fehler die Konsequenzen des eigenen Handelns erfahren werden, was einen Lerneffekt hervorbringt.

Zudem vertreten wir die Haltung, an Entscheidungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen keine höheren Ansprüche zu haben als an Entscheidungen von Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen. Gemäss Pfister et al. (2017, S. 194), treffen Menschen allgemein längst nicht immer rationale Entscheidungen. Auch Carter (2009) spricht sich in einem Diskussionspapier zu Supported Decision Making dafür aus, dass Betroffene Entscheidungen selbstbestimmt treffen und kontrollieren dürfen und dafür aber auch Verantwortung übernehmen sollen. Weiter haben sie gemäss Carter zudem das Recht, Risiken einzugehen, nicht immer gute Entscheidungen zu treffen und alsdann von ihren Fehlern zu lernen (S. 9). Wir stimmen den Autor*innen zu und vermuten, dass diese Aspekte bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oft vergessen werden. Dies, da ihr Umfeld sowie Politik und Gesellschaft sich andauernd mit der Frage beschäftigen, ob Betroffene überhaupt in der Lage sind, freiverantwortliche Entscheide zu treffen. Im Umkehrschluss vertreten wir die Haltung, dass objektive, transparente Unterstützung im Entscheidungsfindungsprozess durch agogische Fachpersonen in Kooperation mit den Klient*innen geschuldet ist. Auf diese objektive transparente Unterstützung bezieht sich unsere Fragestellung.

2.3 Bezug zur Sozialen Arbeit

Das für diese Thesis relevante Arbeitsfeld der Sozialpädagogik beinhaltet in etlichen Situationen eine Auseinandersetzung mit der Gratwanderung zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Im Berufskodex der Sozialen Arbeit wird der „Grundsatz der Selbstbestimmung“ der Klientel wie folgt festgehalten: „Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, genießt höchste Achtung, vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen anderer“ (Avenir Social, 2010, S. 10). Weiter ist im Berufskodex der „Grundsatz der Ermächtigung“ definiert: „Die eigenständige und autonome Mitwirkung an der Gestaltung der Sozialstruktur setzt voraus, dass Individuen, Gruppen und Gemeinwesen ihre Stärken entwickeln und zur Wahrung ihrer Rechte befähigt und ermächtigt sind“ (S. 9). Werden nun die beiden Grundsätze gekoppelt, ergibt sich für die Profession auch im Arbeitsfeld mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein deutlicher Auftrag in Bezug auf deren Selbstbestimmung. Die Soziale Arbeit ist also laut Professionsethik klar verpflichtet, Betroffene in der (Wieder-) Erlangung ihrer Selbstbestimmung zu unterstützen und zu fördern.

Im folgenden Kapitel wird mittels einer Verknüpfung zum bekannten Tripelmandat und der Bezugnahme auf den für die Profession wichtigen Empowermentbegriff ein weiterer Pfeiler für die theoretische Rahmung der vorliegenden Thesis gesetzt.

2.3.1 Tripelmandat

Mit dem Konzept des Tripelmandats, welches Silvia Staub-Bernasconi entwickelt hat, kann das Verhältnis der Sozialen Arbeit zu Betroffenen und zur Gesellschaft analysiert werden. Als erstes Mandat führt Staub-Bernasconi (2018) dasjenige der Klient*innenansprüche an die Soziale Arbeit an. Gesellschaftliche Ansprüche werden als das zweite Mandat verstanden und die professionsethischen und wissenschaftlichen Ansprüche gelten als drittes Mandat (S. 113-114).

Klient*innen stellen ihrer Lebenswelt und der aktuellen Situation entspringende Ansprüche und Wünsche an die Soziale Arbeit. Das Klient*innenmandat lässt folglich darauf schließen, dass im Tripelmandat die Selbstbestimmung Betroffener explizit mitgedacht und als wichtig erachtet wird. Das gesellschaftliche Mandat umschreibt politische, ökonomische und gesamtgesellschaftliche Ansprüche, Rahmenbedingungen und Erwartungen, welche an die Soziale Arbeit gestellt werden. Das Professionsmandat hat mitunter auch eine Balancefunktion innerhalb der drei Mandate. Dies insofern, dass sich Professionelle

situationsabhängig für die Selbstbestimmung ihrer Klientel, also das erste Mandat einsetzen, oder für dasjenige der Gesellschaft. Dies ergibt sich zum einen aus der Menschenrechtsorientierung und zum anderen aus den Rahmenbedingungen durch das gesellschaftliche Mandat (Staub-Bernasconi, 2007, S. 198-202). Neben der Orientierung an Ethik und Menschenrechten bezieht sich das Professionsmandat zudem auf wissenschaftliche Erkenntnisse und Theorien (Staub-Bernasconi, 2018, S.87-88). Die drei Mandate stehen in konstanter Wechselwirkung zueinander. Durch das Aufdecken solcher Wechselwirkungen können Potenziale und Hindernisse für Selbstbestimmung erkannt und bearbeitet werden.

Im Kontext unserer Thesis bezieht sich das erste Mandat auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Sie sollen also dem Tripelmandat zufolge ebenfalls Mitsprache in persönlichen Angelegenheiten erhalten und nicht einzig durch die Gesellschaft und die Professionellen der Sozialen Arbeit fremdbestimmt werden.

2.3.2 Empowerment-Theorien

Der Begriff des Empowerments ist in der Diskussion um Selbstbestimmung unumgänglich. In den meisten Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit sind Empowerment oder die sogenannte „Hilfe zur Selbsthilfe“ als Arbeitsgrundsätze und -haltung prävalent.

Folglich ist es auch für die Klient*innengruppe in dieser Thesis von Bedeutung, Empowerment als solches genauer zu durchleuchten.

Bevor sich der Begriff in der Profession der Sozialen Arbeit etabliert hat, nahm er seinen Ursprung in anderen Kontexten. Gewachsen ist er gar aus Bewegungen, die bisweilen äusserst kritisch eingestellt waren gegenüber professionellen Hilfssystemen wie jenen der Sozialen Arbeit. Gemäss Anne-Emmanuèle Calvès (2009) tauchte die Idee von Empowerment in verschiedenen Variationen bereits seit langem in sozialen Bewegungen wie dem Black Power Movement in den USA, dem Feminismus sowie LGBTQ- oder Behindertenrechtsbewegungen auf. Es bleibt gemäss Calvès jedoch schwierig, klar zu benennen, wann und wie der Begriff seinen Ursprung nimmt, klar ist, dass er ursprünglich nicht in der Sozialen Arbeit wurzelt. Calvès benennt sodann Barbara Bryant Solomon, eine Woman of Color, als erste Person, die den Empowermentbegriff 1976 mit ihrer Publikation „Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities“ formal in die Soziale Arbeit eingebracht hat (2009). Bryant Solomon schrieb aus und für die Perspektive der in den USA nach wie vor marginalisierten Bevölkerungsgruppe der People of Color. Für sie definiert sich

Empowerment als Prozess, worin sich Selbststeuerung und der Hilfeprozess heilend und stärkend auf die Adressat*innen (in diesem Fall die Schwarze Community) auswirken (zitiert nach ERIC, o.D.). Fast ein Jahrzehnt später beschrieb Julian Rappaport, dass Empowerment eine Erweiterung der Bestimmungsmöglichkeiten für das eigene Leben sei. Er plädiert in seinem Ansatz dafür, Betroffene als „vollwertige menschliche Wesen, die sowohl Rechte als auch Bedürfnisse haben“ (Rappaport, zitiert nach Keupp, 2018) anzusehen. Rappaports Beiträge zu Empowerment sind weithin anerkannt. Während der Recherche für diesen Abschnitt wurde jedoch augenfällig, dass sich die Soziale Arbeit den Begriff des Empowerments grossflächig angeeignet sowie contribuierende Theoretiker*innen aus marginalisierten Bevölkerungsgruppen und essenzielle soziale Bewegungen in der Herleitung des Begriffs für die Profession grösstenteils übergangen hat.

Im deutschsprachigen Raum sind beispielsweise Herriger und Stimmer bekannte Fachstimmen, die Empowerment beschrieben und für die Soziale Arbeit adaptiert haben, weswegen sie für dieses Kapitel nichtsdestotrotz unumgänglich sind.

Gemäss Norbert Herrigers Definition steht Empowerment eng mit dem in Kapitel 2.2.6 bereits beschriebenen Begriff der erlernten Hilflosigkeit in Verbindung. Oftmals gehen Empowerment-Prozessen tiefgreifende Erfahrungen von Macht- und Hilflosigkeit voran. Herriger postuliert, dass sich mit wiederholten Erfahrungen fehlender Selbstwirksamkeit ein Zustand der erlernten Hilflosigkeit einstellt (2020, S. 57ff.).

Demnach kann gemutmasst werden, dass dies auch bei vielen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen früher oder später in vielen Lebensbereichen der Fall ist. Aufgrund der Einschränkungen in der Bewältigung des Alltagslebens erwächst bei Angehörigen und Fachpersonen im Umgang mit Betroffenen oft eine Defizitorientierung und paternalistische Haltung. Auf die Defizitorientierung und den Paternalismus gegenüber Betroffenen seitens Professionellen der Sozialen Arbeit verweisen auch Akkaya et al. in ihrem Leitfaden für die Praxis der Sozialen Arbeit (2016, S. 82). Auch Herriger beruft sich auf eine oft defizitäre Sichtweise von Professionellen auf ihre Klientel (2020, S. 69ff.). Dies kann dazu führen, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oft von erlernter Hilflosigkeit in verschiedensten Lebensbereichen betroffen sind. Ist dies der Fall, braucht es in den meisten Fällen zuerst Empowerment-Prozesse, damit Betroffene wieder oder überhaupt eigenmächtig selbstbestimmte Entscheidungen treffen können. Und dies oft auch in Bereichen, die möglicherweise gar nicht von Fremdbestimmung geprägt sind oder es nie waren (S. 60-61).

Herriger (2020) verweist darüber hinaus auf die Gefahr, dass die Arbeitsbeziehung zwischen Fachpersonen und Klientel aufgrund der oftmals vorherrschenden Defizitorientierung und der deutlichen Machtimbalance zur weiteren Hilflosigkeitserfahrung für die Klientel verkommt und im schlimmsten Fall die erlernte Hilflosigkeit in zahlreichen Lebensbereichen eher verstärkt, denn dieser entgegenwirkt (S. 73-74). Herriger nennt die sogenannte „Philosophie der Menschenstärke“ als Gegenentwurf zur defizitären Sichtweise auf die Klientel. Das Menschenbild der Sozialarbeitenden muss sich darin zu einem positiven, stärken- und ressourcenorientierten Menschenbild wandeln. Ein Menschenbild, in welchem die Klientel die Expertise über das eigene Leben hat und die damit einhergehenden Entscheidungen selbstständig trifft und dadurch den Professionellen der Sozialen Arbeit zu verstehen gibt, ob, wo, wann und in welcher Form Unterstützung benötigt wird (S. 74ff.).

Stimmer (2020) erweitert den Begriff des Empowerments zudem um die Dimensionen der „ethischen und sozialstaatlich verankerten Ziele der Selbstbestimmung, der sozialen Gerechtigkeit und der demokratischen Partizipation“ (S. 159). Professionelle der Sozialen Arbeit sollen ihrer Klientel im Sinne von Empowerment die eigene (Lebens-) Expertise, Talente und Kräfte zugestehen und zutrauen und ihnen darin unterstützend zur Seite stehen (S. 159), und dies in allen Lebensbereichen und -lagen. Damit untermauert Stimmer die Grundhaltungen von Herriger.

Stimmer (2020) verweist zudem auf vier Ebenen des Empowerments und beschreibt diese als Individualebene, Gruppenebene, Institutions- oder Organisationsebene sowie Gemeinde- oder Strukturebene (S. 162).

Auf der Individualebene hat die Zusammenarbeit und die Arbeitsbeziehung zwischen Sozialarbeitenden und Klientel Priorität. Sozialarbeitende sorgen für Begleitung und Unterstützung und tragen damit dazu bei, die Selbstwirksamkeit der Klientel (wieder-) zu erwecken und fördern (Stimmer, 2020, S. 162-163). Auf der Gruppenebene initiieren Sozialarbeitende den Austausch zwischen Betroffenen, damit diese eine Kommunität erleben und aufbauen können, was wiederum dem Individuum helfen soll, Selbstbestimmung (wieder-) zu erlernen und umzusetzen (S. 163-164). Institutionelles Empowerment zielt auf die Teilhabe und Teilnahme von Klient*innen innerhalb von Organisationen und Institutionen ab. Und Empowerment auf Gemeindeebene soll ebendies auf strukturellem Niveau fördern und unterstützen (S. 165).

Abplanalp et al. (2020) beschreiben im Grundlagenwerk „Beraten in der Sozialen Arbeit“ die empirisch-theoretischen Arbeitsprinzipien „Beziehungshandeln, Ressourcenorientierung

sowie Befähigungshandeln“ (S. 69). Unserer Ansicht nach sind diese Arbeitsprinzipien unabdingbar für Empowerment in der Klient*innenarbeit in jeglichen Arbeitsfeldern und ganz besonders dem für diese Thesis relevanten Feld der Sozialpädagogik.

Eine tragfähige Beratungsbeziehung ist von grosser Bedeutung für empowerndes Handeln. Nur innerhalb einer stabilen, ermutigenden Beratungsbeziehung ist es Klient*innen möglich, Vertrauen aufzubauen, ihnen offenstehende Optionen zu explorieren und sich zu entfalten. Auch machen Abplanalp et al. (2020) im Kontext von Beziehungshandeln auf die Wichtigkeit von Aushandlungsprozessen aufmerksam. Um solche Aushandlungsprozesse zu ermöglichen, bedarf es einer Orientierung an und die Umsetzung von Beziehungshandeln, das niemals zum Selbstzweck der Professionellen geschieht (S. 74-75). Das zweite Arbeitsprinzip, die Ressourcenorientierung, wird einerseits seitens der Fachpersonen zur Erschliessung struktureller Ressourcen eingesetzt. Andererseits soll es auch den Betroffenen inhärente Ressourcen (wieder-) hervorrufen. Betroffene sollen Selbstwirksamkeitserfahrungen machen können und damit in ihrem Selbstwert gestärkt werden. Das Ziel ist in den meisten Fällen, dass Individuen in herausfordernden Lebenssituationen über ein grösseres Handlungsrepertoire verfügen, um mit diesen umzugehen (S. 75-77). Im Kontext der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kann eine Ressourcenorientierung insbesondere bedeuten, die Person zu stärken. Insofern, dass sie überhaupt über einen genügend hohen Selbstwert und starke Selbstwirksamkeitserwartung verfügt, das eigene Leben betreffende Entscheidungen zu treffen und dieses Recht einzufordern, sollte es nicht gewährleistet sein. Daran anknüpfend soll das Arbeitsprinzip des Befähigungshandelns noch weitere Schritte in Richtung Stärkung der Selbstbestimmung gehen. Abplanalp et al. beschreiben die Essenz des Befähigungshandelns darin, „Autonomie zu stärken sowie Emanzipations- und Mündigkeitsprozesse auszulösen“ (S. 78).

Der Unterschied zur Ressourcenorientierung besteht gemäss Abplanalp et al. (2020) darin, dass sich diese bisweilen auch auf Ressourcen bezieht, welche Betroffene per Definition gar nicht selbständig aktivieren können. Ressourcen also, die nur durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit zugänglich gemacht werden können. Das Befähigungshandeln soll ultimativ dazu beitragen, dass sich Betroffene von Unterstützungsinstanzen so weit als möglich lösen und ihren Lebensentwurf selbständig gestalten und verändern können (S. 78).

Den verschiedenen Empowerment-Theorien immanent ist gemäss Staub-Bernasconi (2007) ein bedingungslos humanistisches und positives Menschenbild. Sie kritisiert jedoch,

insbesondere bei Herriger, eine fehlende Auseinandersetzung mit den Machtstrukturen, welche zu Diskriminierungs-, Benachteiligungserfahrungen und (strukturellen) Ungleichheiten führen. Aus Herrigers Empowerment-Theorien gehe nicht hervor, wie Privilegien und ungleiche Machtverhältnisse entstünden, oder wie diese durch die Soziale Arbeit analysiert und im Kontext von Empowerment angegangen werden könnten. Es bestehe das Risiko einer Individualisierung von strukturellen Problemlagen (S. 247-251). Stimmer (2020) trägt ebendiesem Kritikpunkt etwas stärker Rechnung, indem er sich auf die „Ziele der Selbstbestimmung, der sozialen Gerechtigkeit und der demokratischen Partizipation“ bezieht, welche durch Empowerment gefördert werden sollen (S. 159).

Die Verweise auf soziale Gerechtigkeit und demokratische Partizipation lassen sich als Absicht interpretieren, dass die Soziale Arbeit sehr wohl einen Auftrag innehat, machtsensibel und -kritisch zu agieren. Bei den empirisch-theoretischen Arbeitsprinzipien von Abplanalp et al. (2020) ist, ähnlich wie bei Herriger, keine wirkliche Auseinandersetzung mit der Machtfrage auszumachen (S. 69ff.). Staub-Bernasconis Beitrag zur Machtfrage in Empowerment-Konzepten liest sich an einigen Stellen wie ein Appell an die Profession der Sozialen Arbeit, Problemlagen nicht ausschliesslich zu individualisieren, sondern sie auf verschiedenen Ebenen zu analysieren und sich auf ebendiesen für Veränderungen einzusetzen sowie eine kritische Auseinandersetzung mit Machtfragen in Theorie und Praxis zu üben. Diese Interpretation lässt beispielsweise folgender Abschnitt aus dem Text zu:

Die Frage durch wen das „man“ in den handlungstheoretischen, nomopragsmatischen Hypothesen ersetzt werden und damit mit wem in und mit welchem sozialen System gearbeitet werden soll, hat die Professionsgeschichte der Sozialen Arbeit immer wieder dadurch beantwortet, dass es bei komplexen Problemen ein Zusammenspiel zwischen Einzel-, Gruppen-, Familien, Strassen-, Gemeinwesen- miteingeschlossen Organisationsarbeit braucht, auch wenn dies nicht immer umgesetzt wurde und wird. (Staub-Bernasconi, 2007, S. 257)

Auch der historische Hintergrund des Empowerments lässt, wie zum Kapiteleingang beschrieben, darauf schliessen, dass die Machtfrage niemals ausser Acht gelassen werden darf. Die Frage für unser Handlungsfeld bleibt aber bestehen, wie innerhalb gegebener Rahmenbedingungen die Selbstbestimmung für Betroffene erhöht und gewährleistet werden soll. Dafür kann ein Zurückgreifen auf Elemente aus Empowerment-Konzepten durchaus Sinn ergeben.

3. Spannungsfeld Selbstbestimmung

Um das Spannungsfeld in Bezug auf Selbstbestimmung, in welchem sich Fachpersonen der Sozialen Arbeit bewegen, aufzuzeigen, bedarf es zuerst einer Analyse des Ist-Zustandes. Dafür wird mittels des Tripelmandats von Staub-Bernasconi eine Auslegeordnung von Selbstbestimmung vorgenommen, der Ist-Zustand im Arbeitsfeld des agogischen Wohnalltages dargestellt, ein historischer Kurzausschnitt gemacht sowie ein rudimentärer Überblick über die aktuelle Gesetzeslage gewährleistet. In einem zweiten Schritt wird der Soll-Zustand mithilfe der UNO-Behindertenrechtskonvention (UNO-BRK) dargestellt. In einer Gegenüberstellung zwischen Ist- und Soll-Zustand wird Kritik an der momentanen Ausgangslage in der Schweiz geübt. Letztendlich gibt dieses Kapitel eine Tour d'Horizon auf aktuelle politische Forderungen in Bezug auf die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie über laufende politische Prozesse zur Veränderung der gegenwärtigen Gesamtsituation hin zum gewünschten Soll-Zustand.

3.1 Analyse des Ist-Zustandes anhand des Tripelmandates

Analog den Ausführungen zum Tripelmandat in Kapitel 2.3.1 kann konstatiert werden, dass das Klient*innenmandat mit der Selbstbestimmungsfrage eng verknüpft ist. Es gibt Hinweise darauf, dass dem ersten Mandat aktuell nicht immer genug Gewicht beigemessen und somit die Selbstbestimmung von Klient*innen empfindlich eingeschränkt wird im direkten Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Beispiele dafür werden nachfolgend aufgeführt. Dies hat auch strukturelle Gründe und ist nicht zwingend nur der Sozialen Arbeit als Profession anzulasten. Um zu illustrieren, wo unter anderem Handlungsbedarf besteht, wird ein Exkurs über das Beispiel des Stimm- und Wahlrechts für Betroffene gewählt. Dies, weil das dahingehende Recht in der zu Ende gedachten Konsequenz untrennbar mit Selbstbestimmung in zahlreichen Lebensbereichen gekoppelt ist und somit auch Auswirkungen auf die Klient*innenarbeit und in dem Sinn auch auf das Klient*innenmandat der Sozialen Arbeit hat.

Gemäss einem Beitrag von SRF Forward (2021) sind bis heute in der Schweiz rund fünfzehntausend volljährige Menschen aufgrund einer umfassenden Beistandschaft vom Stimm- und Wahlrecht auf allen Ebenen ausgeschlossen. Dass fünfzehntausend Menschen von Wahl und Stimmrecht ausgeschlossen sind zeigt eine grosse Diskrepanz zwischen der Realität und den Forderungen der UNO-BRK, woraus auf dahinterliegende Interessenskonflikte geschlossen werden kann. Das Stimm- und Wahlrecht wird an dieser Stelle behandelt, weil Betroffenen ohne dieses Recht der Zugang zu vielen gesellschaftlichen

und persönlichen Entscheidungsprozessen teilweise oder komplett verwehrt wird. Was sich wiederum auf alltäglicher Ebene auch auf selbstbestimmte Entscheidungen im agogischen Wohnalltag stark auswirkt.

An dieser Stelle bietet sich eine Hypothese und ein Versuch der Transparentmachung der Positionen, Interessen und Bedürfnisse der drei Mandate in Bezug auf das Stimm- und Wahlrecht anhand der sogenannten Methode der Konfliktzwiebel von Fisher et al. (2005) an. Dabei stellen Position, Interessen und Bedürfnisse jeweils eine Zwiebelschicht dar. Die Konfliktzwiebel kann hilfreich sein, um die verschiedenen Standpunkte und deren Beweggründe zu entflechten. Somit kann sichtbar gemacht werden, ob und welches Mandat der Sozialen Arbeit (zu) viel oder (zu) wenig Gewicht erhält.

Klient*innenmandat

Positionen: Volljährige Betroffene sollen unabhängig von ihrer Behinderungsform abstimmen und wählen dürfen. Stimm- und Wahlmaterial sollte verständlich gestaltet sein, beispielsweise gemäss Leitfäden zu leichter Sprache. Es sollen Ressourcen zur Verfügung stehen (Zeit, Geld, Personal, Material etc.), die es Betroffenen möglich machen, sich mit den Vorlagen vertraut zu machen und informiert abstimmen und wählen zu können.

Interessen: Betroffene sollen ihre (Lebens-) Welt aktiv mitgestalten und –bestimmen dürfen, und dies in allen Bereichen.

Bedürfnisse: Mitbestimmung, Mitgestaltung, Würde, gehört werden, ernstgenommen werden, gleichgestellt sein, Zugehörigkeit, Augenhöhe, Ermächtigung.

Gesellschaftsmandat

Positionen: Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (insbesondere urteilsunfähige Personen) sollen nicht abstimmen und wählen dürfen.

Interessen: Bewahren einer Gesellschaftsstruktur, wie sie sich bis jetzt für die wahl- und stimmberechtigte Bevölkerung bewährt hat. Gewährleisten rationaler Entscheidungen bei Wahlen und Abstimmungen.

Bedürfnisse (oder Ängste): Angst, dass Betroffene uninformierte, beeinflusste oder irrationale Wahl- und Stimmentscheidungen treffen und sich dadurch die bisher funktionierende Ordnung zu Ungunsten der Gesamtgesellschaft wendet. Wunsch nach Machterhaltung.

Professionsmandat

Positionen: „Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen

mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben“ (IFSW/IASSW, zitiert nach Avenir Social, 2010).

Interessen: Einhaltung der Menschenrechte, aktive Förderung der Gleichstellung und es soll auf Ermächtigung der Klientel hingearbeitet werden (Avenir Social, 2010, S. 9-10).

Bedürfnisse: Das Wohlbefinden der Klient*innen fördern.

Ein weiteres Beispiel für ein mögliches Konfliktfeld der drei Mandate hält Inclusion Handicap (o.D.) auf ihrer Website fest. Demnach bleibt es Menschen mit Behinderungen oftmals verwehrt, ihren Wohnort und die Wohnform selbstbestimmt zu wählen. Im Zuge dessen wird Betroffenen auch, durch das Bundesgericht gestützt, die Niederlassungsfreiheit aberkannt. Hierbei vermag der IV-Assistenzbeitrag womöglich zu einer gewissen Entspannung beizutragen. Dies jedoch ebenfalls nur begrenzt, da gemäss Inclusion Handicap (o.D.) die Ausgestaltung und der Zugang für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen massiv erschwert ist. Die Begründungen für solche Einschränkungen sind mannigfaltig. Oft jedoch wird seitens Geldgeber (IV, Kantone etc.) mit dem Kostenaspekt argumentiert. Freie Wohnform- und Wohnortwahl bedeutet mitunter, dass mehr Kosten auf ebendiese abgewälzt werden. Dies wiederum steht natürlicherweise in Konflikt zum allgemeinen Spardruck im Sozialwesen. Auch hier könnte mittels der Methode der Konfliktzweibel erörtert werden, wie die unterschiedlichen Positionen, Interessen und Bedürfnisse der drei Mandate aufeinandertreffen und sich gegenseitig beeinflussen oder gar ausstechen. Die Wohnthematik ist denn auch im Kontext der Klient*innenarbeit bedeutend und geht Hand in Hand mit der Selbstbestimmungsthematik.

Ergänzend zur Sparthematik im Sozialwesen drängt sich eine Verknüpfung zu Mechthild Seithes Schwarzbuch Soziale Arbeit (2012) und zur Ökonomisierung der Sozialen Arbeit auf. Seithe moniert, dass sich die Ökonomisierung die Profession der Sozialen Arbeit gewissermassen aneigne und diese dadurch „zur Neukalibrierung ihrer fachlichen Standards und Konzepte“ zwingt (S. 115). Seithe führt Beispiele auf, was folgt, wenn die Soziale Arbeit zu stark unter Spardruck gerät: Ihre Aufzählungen werden der Klarheit halber direkt zitiert:

- a) „Umdeutung und Nichterfüllung gesetzlicher Leistungsaufträge“
- b) „Schliessung von Einrichtungen, Einstellen von Projekten“
- c) „Streichung von Stellen, Kürzung der Personaldecke“
- d) „Schaffung und Duldung prekärer Arbeitsplätze“
- e) „Einsatz fachfremden Personals“
- f) „Verändertes Finanzierungskonzept“

(Seithe, 2012, S. 147)

Für alle obenstehenden Punkte kann abgeleitet werden, dass sie sich negativ auf die Selbstbestimmung der Klientel und somit auf das Klient*innenmandat auswirken würden. Wenn also beispielsweise weniger (ausgebildete) Mitarbeiter*innen angestellt werden, sind die Verbleibenden schnell unter Zeitdruck, haben weniger Kapazität für Aushandlungsprozesse im Alltag Betroffener und müssen in der Konsequenz oft das Klient*innenmandat (wie auch das Professionsmandat) zu Gunsten des Gesellschaftsmandates vernachlässigen.

Wo also die Selbstbestimmung der Klientel beziehungsweise das erste Mandat entgegen Menschenrechten, Ethik und wissenschaftlichen Erkenntnissen und zu Gunsten des Gesellschaftsmandates empfindlich eingeschränkt wird, folgt für Professionelle der Sozialen Arbeit eine Pflicht und professionelle Legitimation dagegen anzugehen. Gemäss dieser Feststellung kann konkludiert werden, dass es auch des Öfteren im Professionsmandat der Fachpersonen liegt, das Klient*innenmandat gegenüber dem gesellschaftlichen Mandat mit wissenschaftlich und professionsethisch basierten Argumenten zu unterstützen, zu fördern und zu stärken und damit letztendlich auch die Selbstbestimmung der Betroffenen zu erhöhen.

3.2 Ist-Zustand im Arbeitsfeld des agogischen Wohnalltages

In diesem Unterkapitel wird beschrieben, wie sich das Arbeitsfeld der Fachpersonen gestaltet, welche Soziale Arbeit in Wohnsettings mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen leisten. In Bezug auf die Struktur des Arbeitsfeldes wird dargelegt, welche strukturellen Problemlagen ein Mehr an Selbstbestimmung der Klient*innen verhindern.

Mit dem Begriff „agogischer Wohnalltag“ bezeichnen wir das Setting, in welchem erwachsene Menschen in Alltagsbelangen sowie in ihrer Wohnkompetenz durch Betreuungspersonen⁴ über einen längeren, meist unbefristeten Zeitraum unterstützt werden. Cloerkes (2007) schreibt diesbezüglich: „Damit Menschen mit Behinderungen so wohnen und weitgehend selbständig und unabhängig leben können, sind behinderungsbedingte Nachteile auszugleichen.“ (S. 272). Daraus kann geschlossen werden, dass Menschen mit Behinderungen unabhängig von der Wohnform, in welcher sie leben, Unterstützung zum Ausgleich von behinderungsbedingten Nachteilen benötigen. So wie auch Behinderungen und deren Auswirkungen divers sind, unterscheidet sich der Unterstützungsbedarf von Person

⁴ Gemäss der GSI müssen die Betreuungspersonen im Kanton Bern nicht zwingend Fachpersonen der Sozialen Arbeit sein.

zu Person. Während einige Folgen von Behinderungen durch Hilfsmittel und Technik(en) ausgeglichen werden können, ist bei anderen Formen von Behinderung Unterstützung durch Mitmenschen notwendig. Fachpersonen der Sozialen Arbeit verfügen über eine Ausbildung, welche sie befähigt, diese Unterstützung in Kooperation mit und somit auch im Sinne der Betroffenen zu leisten. Im Umkehrschluss sind die Aufgaben von Fachpersonen der Sozialen Arbeit in agogischen Wohnsettings mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen so vielfältig wie auch Behinderungen von Person zu Person unterschiedlich sind. Exemplarisch werden hier einige Aufgaben aufgezählt: Unterstützung im Haushalt, im Umgang mit Geld, im Umgang mit Mitmenschen, in der Nahrungszubereitung und -aufnahme, in der Körperpflege oder bei psychosozialen Krisen. Fachpersonen der Sozialen Arbeit in agogischen Wohnsettings mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben ein enorm breites und zum Teil auch unvorhersehbares Aufgabenfeld. Demensprechend ist es dem Aufgabenfeld inhärent, dass die Fachpersonen nicht in allen Bereichen über Expertise verfügen können. Somit schwingt jeweils die Frage mit, ob ihr Wissen zur Unterstützung in einem bestimmten Bereich ausreicht oder ob weitere Personen mit Fachwissen hinzugezogen werden sollen. Dies wiederum bedingt eine Vernetzungsfunktion zwischen Fachpersonen aus verschiedenen Bereichen, den Betroffenen sowie deren Angehörigen. Somit kann konstatiert werden, dass die Unterstützung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im agogischen Wohnalltag eine komplexe Aufgabe ist.

Dazu kommen etliche strukturelle Herausforderungen dieses Arbeitsfeldes. Unterstützung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im agogischen Wohnalltag findet vorwiegend ausserhalb der Bürozeiten statt, da die Betroffenen zu Bürozeiten in der Regel einer Erwerbsarbeit nachgehen oder ein Beschäftigungsangebot besuchen. Hinzu kommt, dass nicht nur Fachpersonen in diesem Bereich arbeiten, sondern auch Personen, welche keine Ausbildung in der Sozialen Arbeit haben. Der Kanton Bern schreibt vor, dass von den Mitarbeitenden in einem Wohnheim die Hälfte eine Ausbildung im Betreuungs- oder Gesundheitsbereich haben muss, davon ein Drittel mit einem Abschluss einer höheren Fachschule oder der Fachhochschule (Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI), 2013). Die Tendenz, dass Personen ohne Ausbildung in der Sozialen Arbeit eingesetzt werden, beschreibt auch Mechthild Seithe in ihrem „Schwarzbuch der Sozialen Arbeit“. Sie erkennt darin einen Rückgang an Professionalisierung in der Sozialen Arbeit (2012, S. 172). Als besonders stossend empfindet sie dabei, dass durch die Ausführung von agogischen Aufgaben durch Personen ohne Ausbildung keine Qualitätseinbusse erwartet werde. Seithe dagegen befürchtet, dass durch die fehlende Ausbildung agogische Prozesse verlangsamt oder gar Rückschritte gemacht werden (S. 173). Damit geht laut Seithe auch eine

Verknappung an Zeit einher. Somit fehlen unter anderem Zeit für Beziehungsaufbau und Reflexion, zwei wichtige Elemente in der agogischen Prozessgestaltung (S. 174). Seithe führt den Rückgang an professionellen Ressourcen auf die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit zurück (S. 174). Ein sekundärer Effekt der Ökonomisierung sind laut Seithe verschlechterte Arbeitsbedingungen und ein raueres Arbeitsklima sowie eine höhere Arbeitsbelastung, was zu Arbeitsunfähigkeit und schliesslich einer höheren Fluktuation der Mitarbeitenden führt, wodurch der Beziehungsaufbau und die Weitergabe von organisationalem Wissen leiden (S. 187). Somit wirkt sich die Ökonomisierung laut Seithe auch indirekt auf die Qualität der Unterstützung aus. Diese wäre jedoch gerade im agogischen Wohnalltag essenziell. Häußermann und Seidel schreiben: „Die Wohnung ist der Ort der Privatheit und Intimität. In einer vor dem Blick der Öffentlichkeit schützenden Abgeschlossenheit separater Räume können sich Emotionalität, Körperlichkeit und Aktivitäten, die mit Scham und Peinlichkeitsempfindungen verknüpft sind, entfalten.“ (zitiert nach Dieckmann, 2012). Also spielt sich die agogische Unterstützung im Wohnalltag in einer sehr persönlichen oder gar intimen Umgebung ab. Zudem werden die Betroffenen über einen grossen Zeitraum und zeitintensiv unterstützt. So schreibt Röh, dass die Wohnsituation auf das Wohlbefinden einer Person einen grossen Einfluss hat. Wohnen bedeutet Rückzug, Entspannung, bietet Sicherheit und ermöglicht Selbstverwirklichung (2018, S. 94ff.). Gemäss der IFSW-Definition von Sozialer Arbeit hat diese den Auftrag, Klient*innen zu ermächtigen und zur Lebensbewältigung zu befähigen (International Federation of Social Workers, o.D.). Somit reicht es nicht, durch Unterstützung im agogischen Wohnalltag die durch die Beeinträchtigung bedingten Herausforderungen auszugleichen. Vielmehr besteht der Auftrag, die betroffenen Personen wo immer möglich zu befähigen, die Hürden, welche die Beeinträchtigung mit sich bringt, selbst zu überwinden, so dass die Unterstützung überflüssig wird. Für die Implementierung dieses Befähigungsprozesses ist professionelle, methodische und zielgerichtete Soziale Arbeit notwendig.

Damit stellt sich die Frage, wie in diesem Setting die Rolle der Betreuungspersonen ausgestaltet werden soll, und welche Grundhaltung dafür notwendig ist. Gemäss Mattke herrscht in vielen Bereichen der Sozialen Arbeit nach wie vor eine „paternalistische Haltung“ vor (2004, S. 306). Eng damit verbunden ist laut Mattke die Annahme, dass die Adressat*innen auf Unterstützung durch die Betreuungspersonen angewiesen sind. Diese verhindert demnach eine Interaktion auf Augenhöhe (S. 306). Schallenkammer fordert, den Klient*innen Freiheiten zuzutrauen, zuzumuten, und die Handlungsmaxime des Schutzes vor Gefahren zulasten der Selbstbestimmung zu hinterfragen (2016, S. 53).

Dies lässt das Dilemma deutlich werden, welches die Auftragsklärung in der Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen prägt. Der Auftrag bewegt sich zwischen paternalistischem Schutz und fahrlässiger Befähigung. Fahrlässig in dem Sinne, dass der Schutz und das physische und psychische Wohlergehen der Klient*innen nicht in jedem Szenario gewährleistet werden kann. Dabei muss jedoch in Betracht gezogen werden, dass auch Klient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen Selbstverantwortung zugestanden werden kann und muss, und zwar nicht nur in Situationen, in welchen keine objektive Gefahr besteht, dass ihnen etwas zustossen könnte. Das soll jedoch nicht heissen, dass die Klient*innen ohne Unterstützung ins kalte Wasser geworfen werden sollen. Vielmehr ist dies ein Plädoyer für umfassende Befähigungsprozesse, welche die Wünsche und Bedürfnisse der Klient*innen als oberste Handlungsmaxime betrachten.

In diesem Zusammenhang schreibt Seithe (2012, S. 302), dass im Zuge der Verknappung von Zeit und finanziellen Ressourcen in der Sozialen Arbeit „umständliche Beratungsansätze“ wie zum Beispiel die Klientenzentrierte Gesprächsführung als überflüssig betrachtet und zugunsten von verkürzten Beratungsansätzen, welche bereits die Veränderungsrichtung vorgeben und lediglich die Veränderungsmotivation erarbeiten, ersetzt werden. Doch im Kontext der vorangehend vorgebrachten Argumente für Befähigungsprozesse in der Betreuung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind Beratungsansätze, welche die Motivation und Bedürfnisse der Klient*innen miteinbeziehen und eine Veränderung nachhaltig in Koproduktion mit Klient*innen erarbeiten, unabdingbar. Seithe macht sich dabei für eine positive Fehlerkultur in der Sozialen Arbeit stark. Sie schreibt, dass „Umwege“ für Lernprozesse wichtig sind als Teil eines persönlichen Lernprozesses (S. 302). Zugleich wehrt sie sich auch gegen eine von Betreuungspersonen und der Gesellschaft aufgedrängten „Eigenverantwortung“ im Sinne der aktivierenden Sozialpolitik (S. 302). Somit können Seithes Argumente für einen von den Klient*innen stammenden Entwicklungsprozess als Analogie zu Rogers Menschenbild verstanden werden, welcher mit der Aktualisierungstendenz beschreibt, dass Menschen selbst am besten wissen, in welche Richtung sie sich entwickeln wollen, und die Soziale Arbeit (wie auch andere Professionen) die Aufgabe hat, die Klientinnen dabei zu unterstützen (zitiert nach Weinberger, 2013, S. 24).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die durch die Ökonomisierung bedingte Verknappung an Zeit und Ressourcen sowie der von Seithe diagnostizierte „Rückgang an Professionalität“ (2012, S. 172) die Ermöglichung von professionellen, durch theoretisch fundierte Methoden der Sozialen Arbeit geleitete Ermächtigungsprozesse erschwert. Ermächtigungsprozesse wären allerdings zentral für die Ermöglichung von

Selbstbestimmung. Somit lässt sich für diese Arbeit schlussfolgern, dass nicht nur Methoden zur Förderung von Selbstbestimmung fehlen, sondern dass auch in struktureller Hinsicht Handlungsbedarf besteht. Daher lässt sich für die Soziale Arbeit der Auftrag ableiten, sich auf sozialpolitischer Ebene für Strukturen einzusetzen, welche mehr Selbstbestimmung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ermöglichen. Dies steht jedoch im Gegensatz zur Problematik, dass durch die Verknappung an Ressourcen bereits zu wenig Zeit besteht, um die Klient*innen adäquat zu begleiten. Das Hinzufügen einer weiteren Aufgabe würde diese Problematik weiter verschärfen.

3.3 Historische Herleitung und Begründung des Ist-Zustandes

Nun, da der Ist-Zustand der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz anhand des Tripelmandates ausgearbeitet ist, stellt sich die Frage, wodurch dieser bedingt ist. Dabei wagen wir die Annahme, dass die historische Herleitung Machtstrukturen sichtbar machen können, welche dafür verantwortlich sind, dass die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen noch nicht erreicht ist. Somit gehen wir davon aus, dass eine historische Herleitung der aktuellen Lage Antworten liefern kann, welche strukturellen Veränderungen notwendig sind, damit die Situation zugunsten der Betroffenen verändert werden kann. In diesem Kapitel wird daher dargelegt, wie sich die sozialpolitische und gesellschaftliche Lage von Personen mit Behinderungen sowie deren Selbstbestimmung über das letzte Jahrhundert⁵ entwickelt haben. Zudem wird ergänzt, wie sich die Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Gesellschaft, Profession und Adressat*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen verhalten hat.

Fredman schreibt, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Geschichte der Schweiz in vielerlei Hinsicht von der Gesellschaft ausgeschlossen und diskriminiert wurden (zitiert nach Hess-Klein, 2007, S. 144). Bertels schreibt, dass Menschen mit Behinderungen, obwohl sie in der Schweiz im 20. Jahrhundert eine verhältnismässig grosse Bevölkerungsgruppe darstellten, in der Gesellschaft praktisch unsichtbar blieben (2019, S. 11). Darauf deuten auch die Veränderungen in der Heilpädagogik in der Zwischenkriegszeit, wie Wolfisberg beschreibt (2002, S.212): Der Fokus lag auf der Vorbeugung von Erbkrankheiten und der Frühbehandlung von Menschen mit Geburtsgebrechen. Gemäss Germann war ein Vorsorgediskurs vorherrschend, welcher Menschen mit Behinderungen als

⁵ Dieser Zeitrahmen wurde gewählt, da sich das Schweizer Sozialwesen wie es heute existiert über diesen Zeitraum massgeblich entwickelt hat.

Gefahr für die Gesellschaft und gleichzeitig als vulnerable, hilfsbedürftige Personen darstellte, welche Fürsorge bedurften (2008, S. 188). In diesem Zusammenhang wurden Menschen mit Behinderungen in Anstalten untergebracht, welche der Abschottung und Disziplinierung dienten (Dieckmann, 2012, S. 236). In politischer Hinsicht gab es zu dieser Zeit kaum Bestrebungen hin zu Veränderungen der Lebenslage von Menschen mit Behinderungen. Der Bund richtete einen jährlichen „Gebrechlichkeitskredit“ an private Wohnheime und der „Schweizer Dachorganisation für Anormale“ (später Pro Infirmis) aus. Da die Sozialwerke in der Schweiz verhältnismässig spät geschaffen wurden, war die Unterstützung benachteiligter Personen lange Zeit die Aufgabe von karitativen Organisationen, wie zum Beispiel der Kirche oder im Fall von Menschen mit Behinderungen Pro Infirmis (Canonica, 2019, S. 311). Dabei war es laut Canonica nicht das Ziel dieser philanthropischen Organisationen, das System zu verändern, sondern durch die Unterstützung der durch das System benachteiligten Personen zum Systemerhalt beizutragen (S. 315).

Die Schweiz hat die Behindertenpolitik seit der Mitte des 20. Jahrhunderts massgeblich über die Finanzierung der Lebensführung über die IV gesteuert. Daher kommt dieses Kapitel nicht um einen kurzen Abriss der Entstehungsgeschichte der IV herum. Dabei muss gesagt werden, dass der von der direkten Demokratie gesteuerte Aufbau der Sozialwerke nur bedingt die Meinung der Gesellschaft abbildete, da beträchtliche Teile ebendieser vom Zugang zum Stimm- und Wahlrecht und somit von der direkten Demokratie ausgeschlossen waren.

Bezeichnend für den Umgang mit Menschen mit Behinderungen in der Schweiz ist eine für Europa untypisch späte Einführung der Invalidenversicherung (S. 306). Dies begründet Canonica damit, dass der Bund per se wenig Kompetenz im Ausbau des Sozialsystems hatte, und die bürgerlichen Kräfte regelmässig das fakultative Referendum gegen den Ausbau des staatlichen Sozialsystems ergriffen und damit Erfolg hatten. Zwar wurden von linken Kräften mehrmals Initiativen eingereicht, welche die Schaffung von Sozialwerken für Menschen mit Behinderungen und betagte Menschen verlangten, doch diese scheiterten, wenn auch mit dem Effekt, dass der Gesetzgeber unter Zugzwang geriet, Alternativen für die Volksanliegen zu präsentieren. Somit schreibt Canonica der direkten Demokratie gesamthaft einen verzögernden Effekt zu (S. 306). Der Grund war laut Canonica, dass sich bürgerliche Kräfte an der Erwartung an die vorgeschlagenen Renten, existenzsichernd zu sein, störten. Demensprechend waren die Renten der AHV und der IV, als sie schlussendlich eingeführt wurden, nicht vollständig existenzsichernd (S. 308). Dabei muss jedoch gesagt werden, dass der Föderalismus eine gesamthaft verzögernde Rolle für die Schaffung von gesamtschweizerischen Sozialwerken innehatte, ohne dabei die Rechte der betroffenen

Personen einschränken zu wollen. Einzelne Kantone hatten in ihrem Hoheitsgebiet bereits viel früher Invalidenversicherungen eingeführt, so etwa der Kanton Glarus im Jahr 1918 (S. 312).

Aus dem Gedanken, dass für eine selbstbestimmte Lebensführung finanzielle Ressourcen vonnöten sind, lässt sich schlussfolgern, dass der Selbstbestimmung während der Zeit der Einführung der Schweizer Sozialwerke ein minimaler Stellenwert zugestanden wurde. Diesbezüglich setzte ab den 1970er-Jahre ein zögerlicher Wandel ein.

Im Jahr 1966 wurden die Ergänzungsleistungen geschaffen, und knapp 10 Jahre später wurden die Renten auf ein existenzsicherndes Niveau angehoben (S. 309), was der Selbstbestimmung sicherlich zuträglich war⁶.

Im Zuge der Wirtschaftskrise der 1990er-Jahre geriet jedoch die noch relativ neue IV unter massiven wirtschaftlichen Druck, es wurden Rufe nach Gegenleistungen für die bezogenen Renten lauter. Dies zeigte sich in der IV-Revision von 2008, mit welcher Neuerungen nach dem Grundsatz der „Eingliederung vor Rente“ eingeführt wurden (S. 311). Somit wurde nach einer vorläufigen Besserung mit dem Fokus auf Kosteneinsparung die Selbstbestimmung von Menschen wieder stärker eingeschränkt. Dabei muss jedoch gesagt werden, dass die Idee „Eingliederung vor Rente“ bereits zur Zeit der Schaffung der Invalidenversicherung existiert hat (Germann, 2008, S. 184). Im Jahr 2008 ergab sich jedoch eine Verschiebung, in deren Zuge der Zugang zu Renten der Invalidenversicherung erschwert wurde (Soziale Sicherheit CHSS, o.D.).

Zudem stellt sich die Frage, welche Hintergedanken zur Zeit der Einführung der IV hinter dem Postulat „Eingliederung vor Rente“ standen. Germann schreibt, dass gemäss der Botschaft zur Invalidenversicherung das Ziel verfolgt wurde, Personen mit Behinderungen zu ermöglichen, unabhängig von staatlicher Unterstützung ihren Lebensunterhalt zu bestreiten (2008, S. 187). Dem fügt er hinzu, dass die Menschen mit Behinderungen als (billige) Arbeitskräfte gesehen wurden, welche in der blühenden Wirtschaft der 1950er-Jahre benötigt wurden (S. 191).

Dies lässt gerade im Falle von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung eher eine Tendenz zu liberal gedachter Unabhängigkeit und Selbstverantwortung bezüglich Existenzsicherung erkennen als Selbstbestimmung und Chancengleichheit in Bezug auf eine bedürfnisorientierte Lebensführung. Analog dazu beschreibt Dieckmann (2012, S. 236), dass ab den 1960er Jahren sogenannte totale Institutionen infrage gestellt wurden, und aufgrund des

⁶ Die IV-Rente ist im Jahr 2022 nur noch in Kombination mit Ergänzungsleistungen oder Pensionskassenrenten existenzsichernd. (Geschichte der Sozialen Sicherheit in der Schweiz, o. D.)

Normalisierungspostulats eine De-Institutionalisierung gefordert wurde. Leider ist diese bis heute nur ansatzweise vollzogen. Allerdings schreibt Germann, dass durch die Eingliederung in den Arbeitsmarkt auch eine Integration von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft angestrebt, und davon ausgegangen wurde, dass eine Erwerbstätigkeit Personen mit Behinderungen zu mehr Selbstbewusstsein verhelfen würde (2008, S. 193). Dies scheint irritierend, da dadurch deutlich wird, dass ein „vollwertiges“ Mitglied der Gesellschaft gemäss dieser Argumentation einer Erwerbstätigkeit nachzugehen hat. In dem Sinne wurde versucht, die Gründe der Behinderung ungeschehen zu machen, oder Menschen „trotz der Behinderung“ in die Gesellschaft einzugliedern, anstatt sie so in die Gesellschaft zu integrieren, wie sie sind. Die Absurdität der Überlegung, dass „Eingliederung vor Rente“ zu einer Integration führen soll, lässt sich auch an der Rolle der Frauen illustrieren. So war das vorangehende Postulat mehrheitlich an Männer gerichtet. Frauen mit Behinderungen waren zwar ebenfalls dazu angehalten, einer Erwerbsarbeit nachzugehen, sofern sie ledig waren (S. 194). Umgekehrt war es Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verboten, zu heiraten und eine Familie zu gründen (Hess-Klein, 2007, S. 144).

Somit blieb Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen der Zugang zu einem damals von der Gesellschaft als üblich angesehenen Leben als Hausfrau und Mutter und somit auch der Zugang zur Gesellschaft über diese Rolle verwehrt.

Weiter kann auch argumentiert werden, dass es durchaus in der Macht der Gesellschaft stehen würde, Menschen mit Behinderungen unabhängig von der Erwerbstätigkeit in die Gesellschaft zu inkludieren. Zudem wird Selbstwert unter anderem durch internalisierte Normen beeinflusst (Thomsen et al., 2018, S. 100). Wenn also Selbstwert durch Erwerbstätigkeit erworben werden kann, liegt dies zu einem gewissen Teil daran, dass die Gesellschaft den Wert der Person über das Vorhandensein von Erwerbstätigkeit und Eigenverantwortung definiert. Dies wiederum resultiert in einer Stigmatisierung all derjenigen Personen, welchen eine von Sozialwerken finanziell unabhängige Lebensführung nicht möglich ist. Abschliessend lässt sich sagen, dass im Umgang der Schweizer Sozialpolitik mit Menschen mit Behinderungen im letzten Jahrhundert die Einteilung finanzieller Ressourcen sowie ein normatives Verständnis eines für die Gesellschaft „guten“ Lebens eine grosse Rolle gespielt haben im Vergleich zu der Frage, was Betroffene als ein gutes Leben empfinden, und was sie dafür benötigen. Wie bereits gesagt, lässt sich daraus keinen Schluss ziehen, wie die Gesellschaft der Schweiz zu dieser Zeit Menschen mit Behinderungen gegenüberstand. Aus der Tatsache, dass die Behindertenbewegung, wie sie heute in der Schweiz existiert, erst in den 1970er Jahren entstand (Köbsell, 2022, S. 63, McGowan, 2011, S. 13) und Menschen mit Behinderungen somit bis zu dem Zeitpunkt keine Lobby hatten, kann geschlossen werden,

dass sich die Gesellschaft am sozialpolitischen Umgang der Schweiz mit Menschen mit Behinderungen nicht gestört haben muss.

Daher stellt sich gezwungenermassen die Frage, welche Rolle die Soziale Arbeit in diesem Machtgefüge in der Schweiz innehatte, und welche Grundsätze ihr Selbstverständnis in Bezug auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Laufe des letzten Jahrhunderts prägten. Diesbezüglich existiert kaum Literatur, deshalb kann dies nur in den Grundzügen beantwortet werden. Die Pro Infirmis und die von ihr gegründete Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter (SAEB) treten seit 1920 respektive 1951 in der Schweiz für Rechte von Menschen mit Behinderungen ein. Die SAEB tat dies vorwiegend im Fokus auf Eingliederung, was wie bereits beschrieben, nicht gezwungenermassen die Selbstbestimmung fördert, sondern unter Umständen unter der Prämisse der finanziellen Unabhängigkeit vom Staat geschehen kann. Ab den 1980er-Jahren verfolgt Pro Infirmis laut eigenen Angaben das Ziel, die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen zu stärken (Pro Infirmis, o.D.). Die Pro Infirmis kann allerdings nicht mit der Sozialen Arbeit gleichgesetzt werden. Somit ist weiterhin unklar, inwiefern sich die Soziale Arbeit im letzten Jahrhundert mit Menschen mit Behinderungen auseinandergesetzt hat. Unsere Literaturrecherche diesbezüglich hat ergeben, dass dies ein Thema ist, welches bis anhin kaum behandelt wurde. Die Thematik der Behinderung wurde vorwiegend von der Medizin, der Heilpädagogik und später von den Disability Studies (Röh, 2018) bearbeitet. Dies kann daran aufgezeigt werden, dass die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) erst im Jahr 2013 professionalisiert wurde (Reusser, 2016, S. 6) und auch heute noch Privatpersonen ohne Berufsausbildung in der Sozialen Arbeit als Beistandspersonen eingesetzt werden können (Affolter-Fringeli, 2016, S. 236), und dass auch heute lediglich ein Sechstel aller Betreuungspersonen in Wohninstitutionen für Menschen mit Behinderungen einen Abschluss auf Tertiärstufe haben. Dabei sind allerdings nicht allein die Sozialarbeit und die Sozialpädagogik gemeint, sondern auch unter anderen Fachpersonen der Pflege und Lehrpersonen (Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion, 2013). Diese Tatsachen legen die Annahme nahe, dass die Sozialarbeit und Agogik in der Behindertenhilfe nach wie vor nicht überall massgeblich involviert ist. Somit kann gemutmasst werden, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen keine grosse Lobby haben, welche sich auf sozialpolitischer Ebene für ihre Rechte (und Selbstbestimmung) einsetzt. Der Berufskodex von Avenir Social besagt, dass die Soziale Arbeit sich auf sozialpolitischer Ebene für die Rechte und Bedürfnisse Klient*innen einsetzen soll (2010, S. 7). Somit kann geschlussfolgert werden, dass die Soziale Arbeit, wie bereits im Kapitel 3.2 ausgeführt, den Auftrag hat, sich auf

sozialpolitischer Ebene stärker und deutlicher für die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen einzusetzen.

3.4 Darlegung der rechtlichen Grundlagen

Ergänzend zum Ist-Zustand ist eine rudimentäre Erläuterung der aktuellen rechtlichen Basis in Bezug auf die Gleichstellung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vonnöten. Gemäss unserer Einschätzung braucht es auf rein rechtlicher Ebene zuerst Gleichstellung, damit Selbstbestimmung überhaupt angestrebt und gewährleistet werden kann. Solange keine Gleichstellung gegeben ist, sind Betroffene automatisch in zahlreichen Lebenssituationen und -bereichen fremdbestimmt, weil ein rechtliches Machtgefälle besteht.

Grundlage für weiterführende Gesetze und Verordnungen im Spezifischen für und über Menschen mit Behinderung ist Artikel 8 in der Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV; SR 101). In Art. 8 Abs 2 BV steht „Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, der Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung *oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung*“ In Art 4 BV wird zudem festgehalten „Das Gesetz sieht Massnahmen zur Beseitigung von Benachteiligung der Behinderten vor“.

Gemäss Abs 4 BV sollen also Massnahmen zur Beseitigung von Benachteiligung gesetzlich detaillierter geregelt werden. Hierbei kommt das auf nationaler Ebene geltende Behindertengleichstellungsgesetz vom 13. Dezember 2002 (BehiG, SR 151.3) zur Anwendung. Das BehiG hat gemäss Art. 1 Abs. 1 zum Zweck, „Benachteiligungen zu verhindern, zu verringern oder zu beseitigen, denen Menschen mit Behinderungen ausgesetzt sind“. Des Weiteren sind in Art. 1 Abs. 2 BehiG „Rahmenbedingungen gesetzt, die es Menschen mit Behinderungen erleichtern, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und insbesondere selbständig soziale Kontakte zu pflegen, sich aus- und weiterzubilden und eine Erwerbstätigkeit auszuüben“. Das BehiG beinhaltet Regelungen für verschiedene Lebensbereiche und hält in Art. 4 fest, dass auf Kantonsebene noch ausführlichere Gesetze und Richtlinien zu Gunsten von Menschen mit Behinderungen gemacht werden dürfen. Insbesondere solle gemäss Art 5 Abs 1 BehiG auch der speziellen Situation von Frauen mit Behinderungen Rechnung getragen werden, da davon ausgegangen werden kann, dass diese aufgrund der Behinderung und des Geschlechts oft von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind. Es wird in Art. 5 Abs. 2 BehiG festgehalten, dass „angemessene Massnahmen

zum Ausgleich von Benachteiligungen der Behinderten keine Ungleichbehandlung nach Art. 8 Abs. 1 BV der Bundesverfassung darstellen“. Dieser Abschnitt lässt die Deutung zu, dass hier im weitesten Sinn auch Selbstbestimmung ermöglicht werden könnte.

Zur Spezifizierung des BehiG existieren auf Bundesebene zudem drei Verordnungen. Es sind das die Behindertengleichstellungsverordnung vom 19. November 2003 (BehiV; SR151 31), die Verordnung über eine behindertengerechte Gestaltung des öffentlichen Verkehrs vom 12. November 2003 (VböV; SR 151.34) sowie die Verordnung über die technischen Anforderungen an die behindertengerechte Gestaltung des öffentlichen Verkehrs vom 23. März 2016 (VAböV; SR 151.342).

Abschliessend kann festgehalten werden, dass weder in der BV oder dem BehiG noch in den konkretisierenden Verordnungen explizit Bezug auf die Selbstbestimmung Betroffener genommen wird. Zwar kann argumentiert werden, dass einige Absätze und Regelungen durchaus für die Selbstbestimmung begünstigend wirken können, dennoch fehlen auf den Gegenstand der Selbstbestimmung bezogene Spezifizierungen. Die Ausnahme hierbei bilden einige Abschnitte und Regelungen in anderen Gesetzestexten, wie zum Beispiel Artikel 42 über die Hilflosenentschädigung im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20). Die Hilflosenentschädigung soll gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG „die Wahlfreiheit in den zentralen Lebensbereichen erleichtern“ Dieses Beispiel legt nahe, dass es sich hierbei im weitesten Sinn um einen Teil des IVG handelt, der die Selbstbestimmung Betroffener erhöhen soll.

Den allgemeinen und nach wie vor signifikanten Lücken in Bezug auf Selbstbestimmung in unserer Gesetzgebung möchte die Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen mit ihren Forderungen entgegenwirken, was bereits zum nächsten Unterkapitel, einer Beschreibung des Soll-Zustandes führt.

3.5 Beschreibung des Soll-Zustandes anhand des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde gemäss dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) im Jahr 2006 von der UNO verabschiedet und durch die Schweiz im Jahr 2014 ratifiziert. (EDI, o.D.). Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen fordert die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. Sie konkretisiert, was notwendig ist, damit die Menschenrechte auch für Menschen mit Behinderungen eingehalten werden. Mit dem

Fokus der Selbstbestimmung kann daher gesagt werden, dass gemäss dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, diese Bevölkerungsgruppe dasselbe Mass an Selbstbestimmung haben sollen, wie die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte allen Menschen zugesteht. Im Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wird dies in Bezug auf unsere Fragestellung im Wohnkontext vorwiegend in den zwei folgend dargelegten Artikeln 19 und Artikel 22 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sichtbar:

Art. 19 Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens ... gewährleisten, dass:

- (1) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben...

Art. 22 Achtung der Privatsphäre

- Menschen mit Behinderungen dürfen unabhängig von ihrem Aufenthaltsort oder der Wohnform, in der sie leben, keinen willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in ihr Privatleben, ihre Familie, ihre Wohnung oder ihren Schriftverkehr oder andere Arten der Kommunikation oder rechtswidrigen Beeinträchtigungen ihrer Ehre oder ihres Rufes ausgesetzt werden. Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen.

Art. 19 Abs. 1 lit. a fordert also, dass Menschen mit Behinderungen im gleichen Masse wie alle Menschen selbstbestimmt wählen können sollen, wo, mit wem und in welcher Form sie leben wollen und dass die dafür notwendigen Voraussetzungen und Ressourcen geschaffen und bereitgestellt werden und dafür notwendige Angebote zugänglich sind. Art. 22 Abs. 1 nimmt Bezug auf das Recht auf Privatsphäre und soll diese schützen sowie den Betroffenen die Selbstbestimmung darüber ermöglichen.

Für die Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im agogischen Wohnalltag heisst dies, dass sie ihren Wohnort und auch die Wohnform und ihre Mitbewohner*innen selbst wählen dürfen. Dies ist brisant, da wir beide bereits miterlebt haben, dass Institutionen und Beistandspersonen in Bezug auf den Wohnort fremdbestimmend und entgegen den Wünschen und Bedürfnissen Betroffener gehandelt haben. Dies ist zudem beispielhaft in dem im Anhang angefügten Wohnvertrag ersichtlich, wo festgehalten ist, dass

Wünsche der Klient*innen bei der Zimmerzuteilung nur soweit möglich berücksichtigt werden. Des Weiteren fordert das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, dass am Wohnort von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen keine willkürlichen, von ihnen nicht autorisierten Eingriffe in ihre Privatsphäre geschehen dürfen. Somit lässt das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen keine unbegründete Fremdbestimmung in agogischen Wohnsettings zu. Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen schreibt, dass die Fremdbestimmung nicht rechtswidrig sein darf. Allerdings setzt die Schweizer Gesetzgebung nicht fest, in welchen Fällen Fremdbestimmung verboten ist. Somit läuft diese Bestimmung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ins Leere. Notwendig für eine Umsetzung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz wäre daher eine Gesetzgebung betreffend Selbst- und Fremdbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Nur so können Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf dem Rechtsweg vor illegitimer Fremdbestimmung geschützt werden und sich dagegen wehren.

3.6 Kritik am Ist-Zustandes

Die Schweiz hat im Jahr 2014 das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ratifiziert. Dazu hat sie einen Initialstaatenbericht veröffentlicht, in welchem sie die Ansicht vertritt, dass in der Schweiz die Forderungen des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen bereits mehrheitlich erfüllt sind. Dieser Standpunkt wird jedoch durch Behindertenorganisationen in der Schweiz wie auch durch den Ausschuss für Rechte von Menschen mit Behinderungen der UNO kritisiert. Ebendieser Ausschuss sieht dies anders, wie er 2022 in den „Concluding observations on the initial report of Switzerland“ beschrieben hat. Die Kritikpunkte betreffen mitunter auch die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Konkret kritisieren sie die Praxis, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Autismus oder psychischen Beeinträchtigungen in der Regel in Institutionen leben, obwohl Berichte über Missbrauch und Gewaltvorkommnisse in ebendiesen Institutionen existieren. In diesem Zusammenhang kritisieren sie den fehlenden Zugang zu Assistenz und unabhängigen Lebensformen für Menschen mit Behinderungen. Dementsprechend fordern sie einen Desinstitutionalisierungsprozess und im Zusammenhang damit einen Aktionsplan für die Schaffung und Etablierung von individuellen Unterstützungssettings wie etwa Assistenz (UN-BRK-Ausschuss, 2022).

Somit ist die zentrale Kritik des UN-BRK-Ausschusses in Bezug auf Selbstbestimmung, dass Menschen mit Behinderungen, insbesondere mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht die

Möglichkeit haben, ihren Wohnort und ihr Wohnsetting zu bestimmen und in dem Zusammenhang auch nicht über die Möglichkeit verfügen, ihren Alltag selbstbestimmt zu gestalten. Ähnliche Kritik lassen auch Hess-Klein und Scheibler (2022) im „Schattenbericht zur UN-BRK“ verlauten. Sie schreiben, dass die bisherigen Bemühungen der Schweiz, auf die Ermöglichung von selbstbestimmten Lebensformen hinzuwirken, eine (notwendige) Desinstitutionalisierung ausser Acht lassen. Zudem werden die Strukturen, welche institutionelle Wohnangebote bevorzugen, nicht in Frage gestellt und Fehlanreize diesbezüglich nicht korrigiert. In Bezug auf die vorhandenen Möglichkeiten, selbstbestimmt zu wohnen, kritisieren sie, dass das Angebot sowie die Finanzierungsmöglichkeiten unübersichtlich und über verschiedene Versicherungen verteilt sind. Zudem schliessen die bisherigen Angebote verschiedene Gruppierungen von Menschen mit Behinderungen aufgrund des grossen organisatorischen Aufwandes aus. Nicht zuletzt fehlt es an Angeboten, um den Bedarf an Unterstützung im selbstbestimmten Leben zu decken. Weiter bemängeln sie, dass viele Menschen mit Behinderungen gar nicht über Informationen der Möglichkeit des selbstbestimmten Wohnens verfügen. Somit kann gesagt werden, dass entgegen der Behauptung des Eidgenössischen Departements des Innern im ersten Bericht an die UNO bezüglich der Umsetzung der UNO-BRK (2016) die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen klar noch nicht den Forderungen der UN-BRK entsprechen.

3.7 Politische Forderungen, Prozesse und Änderungen

In der Schweiz stellen verschiedene Interessensverbände, Einzelpersonen, Vereinigungen sowie Politiker*innen sowie Parteien diverse politische und rechtliche Forderungen zur Verbesserung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen an das Schweizerische Politik- und Rechtssystem. Im folgenden Abschnitt werden stellvertretend für Forderungen verschiedener Akteur*innen solche von insieme, der „Dachorganisation der Elternvereine für Menschen mit einer geistigen Behinderung“ (o.D.b) genannt. Ebenso liegt angesichts der Fragestellung dieser Thesis eine Beschränkung auf die Thematik des Wohnens nahe. Insieme stellt auf ihrer Website zahlreiche Positionspapiere zur Verfügung, welche verdeutlichen in welchen Bereichen Veränderungen und Verbesserungen für Betroffene gefordert werden. Eines davon befasst sich mit der Wohnthematik. Insieme formuliert für diesen Lebensbereich neun Grundsätze zur „Gewährleistung von Autonomie, Partizipation und Selbstbestimmung“ (o.D.a):

„Grundsatz 1: Menschen mit einer geistigen Behinderung wollen selbstbestimmt leben. Sie haben das Recht auf die gleichen Freiheiten wie andere Menschen, insbesondere in der Gestaltung Ihres Lebens.“ (o.D.a)

„Grundsatz 2: Menschen mit geistiger Behinderung haben das Recht auf ein ausreichendes und bedürfnisorientiertes Angebot an Wohnraum und auf die freie Wahl ihres Wohnorts.“ (o.D.a)

„Grundsatz 3: Menschen mit einer geistigen Behinderung haben ein Recht auf gute Begleitung und Betreuung – unabhängig von ihrer Wohnform.“ (o.D.a)

„Grundsatz 4: Menschen mit einer geistigen Behinderung haben das Recht auf ein Privat- und Familienleben.“ (o.D.a)

„Grundsatz 5: Menschen mit einer geistigen Behinderung haben das Recht auf gesellschaftliche Kontakte.“ (o.D.a)

„Grundsatz 6: Menschen mit einer geistigen Behinderung haben das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard.“ (o.D.a)

„Grundsatz 7: Menschen mit einer geistigen Behinderung haben ein Recht auf freie Lebensgestaltung.“ (o.D.a)

„Grundsatz 8: Menschen mit einer geistigen Behinderung haben das Recht auf Information.“ (o.D.a)

„Grundsatz 9: Menschen mit geistiger Behinderung haben das Recht auf Niederlassungsfreiheit.“ (o.D.a)

In Bezug auf die Wohnthematik allein ist das Spektrum an Forderungen bereits sehr breit gefasst. Dies lässt Rückschlüsse auf den Fortschritt der Umsetzung der UNO-BRK gemäss Kapitel 3.2 zu und legt nahe, dass noch viele Forderungen daraus unerfüllt sind. Grundsatz vier der Forderungen von insieme will beispielsweise, dass, unabhängig von der Wohnform, die Privatsphäre der Betroffenen geachtet und geschützt wird und dass sie sich frei entscheiden können, mit welchen Personen sie wie enge Beziehungen eingehen und pflegen (o.D.a). Grundsätze sechs und sieben wollen, dass Betroffene ihr Alltagsleben selbstbestimmt gestalten dürfen und die dafür notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung haben (o.D.a). Ein ebenfalls signifikanter Punkt erscheint der Grundsatz acht, gemäss welchem die Betroffenen „einfachen Zugang zu Informationen über ihre Wohnmöglichkeiten“ sowie „klare

und verständliche Regelungen ihrer Wohnsituation (Reglemente, Verträge, etc.)“ (o.D.a) haben müssen. Dies wiederum liefert Hinweise für den weiteren Verlauf der Thesis, insbesondere für die Bearbeitung der Fragestellung, wo es für Betroffene unabdingbar ist, die notwendigen Informationen in vollständiger, klarer sowie individuell verständlicher Form zu erhalten und nötigenfalls erklärt zu bekommen.

Weiter liegt ein kurzer Exkurs in die Thematik des Stimm- und Wahlrechts nahe. Dieses Recht ist auf einer übergeordneten Ebene untrennbar mit der Verwirklichung und Ausübung von Selbstbestimmung bis in die kleinsten Alltagsangelegenheiten verknüpft und prägt diese somit massgeblich mit. Zahlreiche Betroffenenorganisationen, Fachpersonen und Politiker*innen machen sich für eine Ausweitung dieses Grundrechtes auf sogenannt urteilsunfähige volljährige Personen stark. Im Kanton Genf wurde im November 2020 von 75% der stimmberechtigten Bevölkerung eine Vorlage angenommen, die es Menschen unter umfassender Beistandschaft ermöglicht, auf kommunaler und kantonaler Ebene zu wählen und abzustimmen (swissinfo.ch, 2020). Auf nationaler Ebene fehlt ein solcher Durchbruch bislang, wird aber im Parlament in regelmässigen Abständen immer wieder eingebracht und diskutiert. Zuletzt wurde gemäss einer Meldung von Keystone-SDA auf der Website des Schweizerischen Parlaments durch den Ständerat im Juni 2021 ein Postulat der SP-Politikerin Marina Carobbio Guscetti entschieden, wonach dem Bundesrat der Auftrag erteilt wird, einen Bericht zu erstellen. Dieser Bericht soll ermitteln, wie diese Forderung nach Stimmrecht sowie dem aktiven und passiven Wahlrecht auf nationaler Ebene für Menschen unter einer umfassenden Beistandschaft realisiert werden kann. Die Forderung liegt nun beim Bundesrat (parlament.ch, 2021). Es ist also in dem Sinne ein laufender Prozess im Gange.

Ansonsten hat die Recherche ergeben, dass auf nationaler Ebene aktuell keine weiteren weitreichenden Bestrebungen zur Erhöhung der Selbstbestimmung Betroffener im Gange sind. Wie bei der Umsetzung des Wahl- und Stimmrechts der Kanton Genf, sind es zurzeit eher einzelne Kantone, welche Kantonale Gesetze und Regelungen erlassen, welche die Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erhöhen sollen. Als Beispiel sei hier der Kanton Bern mit dem ab Januar 2024 in Kraft tretenden Gesetz über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG) erwähnt. Gemäss der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons Bern findet mit der Einführung dieses Gesetzes ab 2024 eine Transformation „der objekt- zur subjektorientierten Finanzierung“ statt (GSI, o.D.). Damit sollen Betroffene gemäss GSI mehr Gestaltungsoptionen in der selbstbestimmten Lebensführung erhalten. Sie sollen also mehr Alternativen erhalten, welche Angebote und Leistungen sie von wem und in welcher Form erhalten wollen, indem die

Finanzierung nicht mehr über Institutionen, sondern über das Individuum läuft (o.D.). Zur Ermittlung des individuellen Betreuungs- und Unterstützungsbedarfs gemäss BLG soll ein vereinheitlichtes Tool, der sogenannte „Individuelle Hilfsplan“ eingesetzt werden (GSI, 2022). Dabei sollen Betroffene und ihre engen Bezugspersonen sowie bei Bedarf Beratungsstellen miteinbezogen werden (GSI, o.D.). Als explizite Verbesserung zum aktuellen Zustand nennt die GSI zudem, dass mit dem BLG inskünftig betreuende und pflegende Angehörige für Ihre Arbeit entlohnt werden können (GSI, 2022).

4. Modelle zur Förderung von Selbstbestimmung

Im nachfolgenden Kapitel werden zwei Modelle zur Gestaltung von Aushandlungsprozessen von Selbstbestimmung mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung durch die professionelle Soziale Arbeit vorgestellt. Die Vorstellung der Modelle wird jeweils am Ende des Kapitels mit einer Grafik ergänzt. Die Modelle werden im nächsten Kapitel zu einem eigenen Modell kombiniert.

4.1 Kooperative Prozessgestaltung

Hochuli Freund und Stotz entwickeln die Kooperative Prozessgestaltung (KPG) mit dem Ziel, ein in allen Praxisfeldern anwendbares Diagnosemodell zu begründen. Daraus bildete sich schlussendlich ein umfassendes Phasenmodell (Hochuli Freund & Stotz, 2011, S. 14-15). Sie beschreiben KPG als eine Methodik für professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit (S. 129). KPG ist methodenintegrativ (S.136). Somit können verschiedene Methoden mit KPG kombiniert werden. KPG soll Fachpersonen dabei unterstützen, der Fallsituation angemessen zu handeln (S. 136). Im Kontext der Sozialen Arbeit in der Schweiz ist die KPG weithin verbreitet und anerkannt, die FHNW Soziale Arbeit lehrt KPG in der Aus- und Weiterbildung. (Soziale Diagnostik, o.D.). Die KPG ermöglicht eine genaue Untersuchung einer vorliegenden (Problem-) Situation und deren Analyse mittels Theorie und Empirie (S. 135-136). Dies geschieht in der KPG immer in Kooperation mit den Betroffenen. Hochuli Freund und Stotz schreiben von der „Kooperation mit Klientin und Bezugssystemen“ aber auch von inter- und intraprofessioneller Kooperation (S. 137).

Weiter soll die KPG handbieten, aufgrund der ermittelten Situation gemeinsam mit der Klientel eine Interventionsplanung vorzunehmen, die Intervention durchzuführen und letztlich zu evaluieren und reflektieren (S. 137). Hochuli Freund und Stotz verstehen das Modell als „methodenintegrativ“ und „zirkulär“. Die Methodenwahl ist also abhängig von der jeweiligen

Situation der Klientel, der Prozess der KPG kann wiederkehrend angewandt werden und die Schritte können je nach Fall auch in anderer Reihenfolge erarbeitet werden (S. 136-137). KPG hat nicht explizit einen Fokus auf Selbstbestimmung gerichtet, doch durch den hohen Stellenwert von Kooperation und durch die Klient*innenzentrierung wird ersichtlich, dass Bedürfnisse, Meinungen und der Wille von Adressat*innen klar im Zentrum der sozialarbeiterischen Intervention stehen.

KPG ist im Zentrum ein zirkuläres Phasenmodell, welches auf wissenschaftlichen Grundlagen der professionellen Sozialen Arbeit basiert (Hochuli Freund & Stotz, 2017, S. 23). Im Folgenden werden die Grundlagen der professionellen Sozialen Arbeit und das KPG-Phasenmodell erläutert.

Die Grundlagen der professionellen Sozialen Arbeit können grob in folgende Gebiete aufgeteilt werden: Professionstheoretische Grundlagen, Professionsethik, Kooperation mit Klient*innen und Fachpersonen, Habitus und Haltung (S. 129ff.) Dabei lassen sich jeweils Verbindungen zu vorangehend bearbeiteten Themen und verschiedenen Phasen im Phasenmodell herstellen.

Hochuli Freund und Stotz zielen mit ihrem Phasenmodell auf eine bewusste, zielorientierte vorausschauende Soziale Arbeit (S. 144). Sie argumentieren, dass ein methodisch strukturiertes Vorgehen der Nichtstandardisierbarkeit der Sozialen Arbeit zu einem gewissen Mass entgegenwirken kann (S. 132). Das von ihnen vorgeschlagene Phasenmodell ist denn auch vielseitig anwendbar, da es mit verschiedenen Methoden und Techniken ergänzt und so auf bestimmte Situationen und Arbeitsfelder angepasst werden kann. Zudem fügen sie hinzu, dass ein Handlungsrahmen zwingend notwendig ist, zumal die eigene Person das zentrale Arbeitsinstrument darstellt. Dieser Handlungsrahmen bietet die Möglichkeit, das eigene Handeln systematisch zu reflektieren und die Strukturiertheit schafft zugleich Distanz (S. 133). Dies wird umso deutlicher dadurch, dass Hochuli Freund und Stotz das Phasenmodell als Orientierungshilfe für Fachpersonen im Unterstützungsprozess bezeichnen. Zudem würdigt das Phasenmodell die Dynamik zwischen Fachperson und Klient*innen sowie unter Fachpersonen. Somit kann bei genauem Hinschauen eine Anlehnung an das Tripelmandat von Staub-Bernasconi erkannt werden, wobei das Phasenmodell als Ganzes das Professionsmandat widerspiegelt und die Kooperation mit den Klient*innen dem Klient*innenmandat und die Kooperation mit Fachpersonen dem Gesellschaftsmandat ähneln.

Die einzelnen Phasen des Modells der KPG sind folgende: Situationserfassung, Analyse, Diagnose, Zielsetzung, Interventionsplanung, Interventionsdurchführung und Evaluation. Hochuli Freund und Stotz unterteilen die Phasen in analytische Phasen und Handlungsphasen, wobei mit der Situationserfassung, der Analyse und der Diagnose gleich drei Prozessschritte zur analytischen Phase gehören (S. 135). Die starke Gewichtung der analytischen Phase gibt einen Hinweis darauf, dass die Sicht der Betroffenen hervorgehoben wird. Dies kann als Tendenz zur Stärkung der Selbstbestimmung interpretiert werden. Allerdings wirkt es irritierend, dass Hochuli Freund und Stotz schreiben, „die Situation soll genau verstanden werden, so dass das Wissen dann mit den Betroffenen geteilt werden kann“ (S. 136). Im Sinne der Personenzentrierung und der Arbeitsdefinition von Selbstbestimmung dieser Arbeit wäre es wünschenswert, dass bereits die Definition der Problemlage in enger Interaktion mit den Klient*innen geschieht.

Die Phasen werden zwar als ein zirkulärer Prozess dargestellt, doch nicht selten finden sie gleichzeitig statt, oder aufgrund einer neuen Entwicklung muss ein bereits durchlaufener Punkt erneut bearbeitet werden (S. 139).

Im Folgenden werden die Phasen in Bezugnahme auf Wissensbestände der professionellen Sozialen Arbeit einzeln ausgeführt.

Situationserfassung

Bei der Situationserfassung steht der Auftrag im Zentrum. Der klient*innenbezogene Auftrag wird erfasst. Nicht selten ist der klient*innenbezogene Auftrag nicht leicht ersichtlich oder es bestehen mehrere, zum Teil widersprüchliche Aufträge. Dies gilt es zu klären und zu konkretisieren. In einem zweiten Schritt wird bestimmt, ob die erfassten Aufträge mit dem Organisationsauftrag und dem Auftrag der Sozialen Arbeit vereinbar ist (S. 148-150.). Nur wenn dies der Fall ist, ist ein Unterstützungsprozess im Rahmen der Sozialen Arbeit legitim (S. 148).

Die Auftragsklärung ist beim Übergang zur nächsten Phase nicht abgeschlossen. Vielmehr begleitet sie den gesamten Unterstützungsprozess (S. 50).

Damit der Auftrag geklärt werden kann, sind Informationen über die Klient*innen und ihre Lebenssituation vonnöten. Je nach Organisationsauftrag ist dabei der Realitätsausschnitt, welcher für die Bestimmung des klient*innenbezogenen Auftrages benötigt wird, unterschiedlich gross (S. 150). Das heisst, dass Hochuli Freund und Stotz bereits hier für ein zielgerichtetes Vorgehen plädieren. Dementsprechend ist auch die Haltung von Offenheit zu verstehen, welche Hochuli Freund und Stotz für die Informationserfassung vorschlagen. Sie schreiben, in der Situationserfassung so viele Informationen wie möglich aufzunehmen, ohne

diese bereits zu bewerten (S. 151). Dies erscheint zunächst irritierend, da dabei das legitime Recht auf Privatsphäre der Klient*innen nicht in Betracht gezogen wird. Zudem klingt eine Informationserfassung ohne jegliche Bewertung illusorisch, da Fachpersonen der Sozialen Arbeit als Menschen Wertesysteme und Sozialisation mit sich bringen. In Anbetracht der Tatsache, dass KPG von einem zielgerichteten Vorgehen ausgeht, kann dies nur so verstanden werden, dass die Informationen bewusst nicht bewertet werden sollen und die Fragen gezielt offen gestellt werden. Zugleich gehen wir, die Autorinnen dieser Arbeit, davon aus, dass gewisse Überlegungen zur Situation während der Situationserfassung unverzichtbar sind, da nur so vulnerable Themen erkannt und adäquat auf sie eingegangen werden kann. Demnach betonen Hochuli Freund und Stotz die Wichtigkeit der Unterscheidung zwischen objektiven Tatsachen und der subjektiven Realität sowie der bewusste Fokus auf Ressourcen der Person (S. 151). Zudem schreiben sie, dass die Informationserfassung bereits eine vertiefte Auseinandersetzung der Klient*innen mit ihrer Situation auslöst, und nicht ohne die Bereitschaft zur Kooperation auskommt (S. 151). Erstaunlich ist, dass Hochuli Freund und Stotz dabei die Dimension der Beziehungsgestaltung nicht ansprechen, obwohl die Situationserfassung einen wichtigen ersten Schritt in der Beziehungsgestaltung und somit auch in der kooperativen Arbeit mit Klient*innen darstellt.

Analyse

In einem nächsten Schritt werden die erfassten Information über die (Lebens-) Situation der Klient*innen laut Hochuli Freund und Stotz strukturiert erfasst, um einen Überblick über die Fallsituation zu erhalten und um herauszufinden, was die zentrale Thematik im vorliegenden Fall ist. Sie beschreiben dabei eine anfängliche Erhöhung der Komplexität durch das Einholen weiterer Informationen und daraufhin eine Verdichtung der bekannten Informationen und eine Entwicklung erster Hypothesen. Dies kann sowohl in Zusammenarbeit mit den Klient*innen geschehen wie auch in Interaktion mit Fachpersonen (S. 176ff.). Hochuli Freund und Stotz führen eine Vielzahl verschiedener Methoden auf, welche in diesem Prozessschritt hilfreich sein können. Die Autorinnen dieser Arbeit gehen davon aus, dass dieser Schritt je nach Arbeitsfeld und verfügbaren Ressourcen sehr unterschiedlich ausgestaltet wird.

Diagnose

Hochuli Freund und Stotz beschreiben die Soziale Diagnose als Gesamtheit der fachlichen Erklärungen und Interpretationen, worauf eine Problemlage basiert (S. 215). Dabei wird im Zentrum ergründet, wie die Person in ihrem Umfeld denkt, dieses wahrnimmt und agiert. Dies dient der Planung von Interventionen und der Prognose, was diese bewirken sollen (S. 215ff.). Gemäss Hochuli Freund und Stotz müssen die Diagnosen überprüft werden, entweder

dadurch, dass die Klient*innen sie als plausibel beurteilen, oder indem sie sich durch eine wirkungsvolle, auf einer Diagnose aufbauenden Intervention bewahrheiten (S. 216). Bedingt durch das strukturelle Technologiedefizit⁷ besteht allerdings immer eine gewisse Unsicherheit, ob zwischen Diagnose, Intervention und Wirkung tatsächlich ein Sinnzusammenhang bestehen. Daher ist es für die professionelle Soziale Arbeit essenziell, Diagnosen als Hypothesen zu verstehen, und sie ständig auf ihre Passung zur vorliegenden Fallsituation zu überprüfen (S. 216). Hochuli Freund und Stotz schreiben zudem, in einem zweiten Schritt müsse die Diagnose mit den Klient*innen ausgehandelt werden. Schrapper beschreibt dies als überaus herausfordernden Prozess für die Arbeitsbeziehung wie auch für das Selbstbild der Klient*innen (zitiert nach Hochuli Freund & Stotz, 2017, S. 218).

Hochuli Freund & Stotz beschreiben das Vorgehen des Diagnoseschrittes folgendermassen: In einem ersten Schritt werden die geeigneten Wissensbestände aus der Sozialen Arbeit oder den Nachbardisziplinen ausgewählt. Diese werden in einem zweiten Schritt mit der Fallthematik in Verbindung gebracht. Basierend darauf werden Hypothesen formuliert und mit den Klient*innen in einem Aushandlungsprozess validiert. Diese wird dann zu einer Arbeitshypothese umformuliert, welche aussagt, was geschehen muss, damit sich die Situation der Klient*innen zu deren Vorteil verändert. Daraus ergeben sich dann wiederum Aufgaben für die professionelle Soziale Arbeit, um diese Veränderung zu erreichen (S. 220ff.)

Zielsetzung

Hochuli Freund und Stotz beschreiben die Formulierung der Arbeitshypothese als Verbindungsschritt von Diagnose und Zielsetzung (S. 251). Die Arbeitshypothese formuliert basierend auf der Diagnose Wirkmechanismen in den Deutungsmustern der Klientel (S. 224). Das heisst, dass innerhalb der Deutungsmuster der Klientel Hypothesen formuliert werden können, welche Form von Intervention welche Wirkung hervorruft. Damit diese Wirkmechanismen der Sozialen Arbeit gezielt zunutze gemacht werden können, muss vorangehend formuliert werden, was das Ziel der Intervention ist. In der Formulierung des Zieles sollen gemäss Hochuli Freund und Stotz nicht nur die subjektiven Wünsche der Klient*innen beachtet werden, sondern die Fachperson soll sich dabei auch an Wissensbezügen orientieren. Eine gemeinsam mit Klient*innen in Koproduktion erarbeitete Zielformulierung ermöglicht eine effektivere, vertrauensvolle und evaluierbare Zusammenarbeit zwischen Klient*innen und Fachpersonen der Sozialen Arbeit, da die

⁷ Als das strukturelle Technologiedefizit bezeichnen Hochuli Freund und Stotz die Problematik, dass es „kaum gesichertes Wissen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge bei sozialen Problemen gibt“ (2017, S. 273).

Bedingungen und Verhältnisse geklärt sind, sowie Deutungszusammenhänge offengelegt wurden (S. 252ff).

Ziele sollen präzise und positiv formuliert werden, denn nur so können sie im Unterstützungsprozess handlungsleitend sein (S. 259). Zudem differenzieren Hochuli Freund und Sprenger-Ursprung zwischen „Unterstützungszielen“ und „Bildungszielen“ (S. 259). Erstere sind Ziele, welche durch die Fachperson zu initiieren sind, d. h. Ziele, welche durch die Fachperson definiert und umgesetzt werden. Letztere gehen mit einem Entwicklungsprozess der Klient*innen einher und bedürfen daher zwingend einer tragfähigen Arbeitsbeziehung (S. 260)

Interventionsplanung

Hochuli Freund und Stotz beschreiben zwei Typen von Interventionen. Einerseits finden während den bis anhin beschriebenen Phasen bereits Interventionen statt, da genau genommen jede Interaktion von Fachpersonen mit den Klient*innen als Intervention beschrieben werden kann. So ist zum Beispiel die Situationserfassung bereits eine Intervention, wenn die Klient*innen von einem bestimmten, zielgerichteten Gesprächsstil geleitet über ihre Lebenssituation sprechen. (2017, S. 269)

Andererseits ist die Interventionsplanung im engeren Sinne ein zukunftsgerichteter Prozessschritt. Basierend auf den vorangehenden Phasen soll nun die professionelle Handlung geplant werden, mit welcher das anhand von Analyse und Diagnose definierte Ziel erreicht werden soll (S. 269 ff.).

Wie auch in anderen Phasen beschreiben Hochuli Freund und Stotz eine Bewegung der Öffnung und darauffolgend eine Schliessung. Zuerst werden verschiedene Interventionsmöglichkeiten in Erwägung gezogen, reflektiert und modifiziert. Dabei ist Kreativität und Offenheit gegenüber Lösungen ausserhalb des gewohnten Handlungsrepertoires gefragt. Zudem ist zu diesem Punkt bereits eine Risiken- und Nutzenabwägung vorzunehmen. In einem zweiten Schritt werden die erarbeiteten Möglichkeiten gemeinsam mit den Klient*innen besprochen, und eine oder mehrere davon ausgewählt. Dabei ist es wichtig, zu definieren, wo die Zuständigkeiten liegen, und welche Schritte auf dem Weg zur Zielsetzung durch wen erreicht werden müssen. Hochuli Freund und Stotz betonen hierbei, dass es insbesondere wichtig ist, die vorhandenen Ressourcen in der Lebenswelt der Klient*innen zu beachten und zu aktivieren, um eine möglichst nachhaltige Veränderung zu erreichen. (S. 270)

In der Interventionsplanung unterscheiden Hochuli Freund und Stotz „Eingriffe“, „Angebote“ und „gemeinsames Handeln“. Dabei basieren Angebote auf Freiwilligkeit, aber die Handlung

liegt bei der Fachperson. Eingriffe sind mit Machtausübung verbunden, nur im Falle einer Selbst- oder Fremdgefährdung legitimierbar und sollen so wenig wie möglich angewandt werden. Gemeinsames Handeln ist ebenfalls freiwillig, die Handlung wird jedoch von Klient*innen und Fachpersonen gemeinsam ausgeführt. Hochuli Freund und Stotz favorisieren dabei das gemeinsame Handeln, da die Intervention so aufzubauen ist, dass sich die Soziale Arbeit langfristig aus dem Prozess zurückziehen kann. In dem Sinne ist es eine logische Konsequenz, auf Selbsttätigkeit und Eigenverantwortung der Klient*innen zu bauen (S. 270 ff.). Hochuli Freund und Stotz unterscheiden demnach auch zwischen gemeinsamem Handeln und punktueller Unterstützung und beschreiben den Übergang dazwischen als Kontinuum (S. 296).

Gemäss Müller kann eine weitere Unterscheidung von Interventionen vorgenommen werden, indem diese in materiell oder immateriell sowie situations- und personenbezogen aufgeteilt werden (zitiert nach Hochuli Freund & Stotz, 2017, S. 271). Weiter schreiben sie, dass die Klient*innen wenn möglich bereits in den Suchprozess nach Interventionsmöglichkeiten miteinbezogen werden sollen. In dem Fall wird ein zweifacher Suchprozess beschrieben, einerseits in Kooperation mit den Klient*innen und andererseits bei der Fachperson auf fachlicher Ebene (S. 281).

Zugleich weisen Hochuli Freund und Stotz an dieser Stelle auf das strukturelle Technologiedefizit⁸ und die damit zusammenhängende Nichtstandardisierbarkeit in der Sozialen Arbeit hin. Die Wirkungen von Handlungen von Fachpersonen der Sozialen Arbeit können nur bedingt vorhergesagt werden (S. 273). Umso wichtiger ist es, theoriegestützt und wissensbasiert zu arbeiten und Prozesse zu erfassen und zu evaluieren. Daher plädieren Hochuli Freund und Stotz für eine rollende Planung, welche immer wieder von Neuem den Ist-Zustand analysiert und darauf basierend die nächsten konkreten Schritte für die Erreichung des Fernziels plant. Dabei ist es insbesondere zentral, Zuständigkeiten und mögliche Risiken zu erfassen (S. 273 ff.). Zudem empfehlen Hochuli Freund und Stotz, für die Planung der Intervention noch einmal die Ergebnisse der vorangehenden Phasen zusammenzufassen, damit diese präsent bleiben und in die Interventionsplanung einfließen können (S. 283).

⁸ Als das strukturelle Technologiedefizit bezeichnen Hochuli Freund und Stotz die Problematik, dass es "kaum gesichertes Wissen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge bei sozialen Problemen gibt" (2017, S. 273)

Interventionsdurchführung

Während der ganze Prozess der Kooperativen Prozessgestaltung als Intervention angesehen werden kann, geht es in dieser Phase um die eigentliche Intervention im engeren Sinne. Nun da die Ausgangslage geklärt und Ziele sowie der Weg dorthin definiert wurden, geht es darum, die einzelnen Schritte, welche zum Ziel führen sollen, auszuführen. Dabei ist insbesondere die Überprüfung, ob die Teilschritte der Intervention die gewünschte Wirkung zeigen, von grosser Wichtigkeit (S.292 ff.). Dabei ist selbst professionelle, situationsangepasste Sozialarbeit kein Garant für den Erfolg einer Intervention (S. 295). Schlussendlich liegt die Verantwortung nicht bei der Fachperson, sondern bei den Klient*innen. Zudem kann nicht erwartet werden, dass eine einzige Intervention über Jahre hinweg eingeschliffene Verhaltensmuster verändert (S. 295). Zum Monitoring einer Interventionsdurchführung wird ein reger Informationsfluss zwischen Klient*innen und Fachpersonen, wie auch unter Fachpersonen benötigt (S. 293). Damit eng verknüpft ist die Überprüfung, ob der aktuelle Interventionsschritt im Rahmen der Organisationsstruktur überhaupt erfüllt werden kann oder ob innerhalb der Organisation ein Interessenskonflikt besteht (S. 295). Nicht zuletzt gilt die Überprüfung auch den Haltungen und Wertevorstellungen der Fachpersonen, und inwiefern diese das Wohl der im Fall involvierten Personen fördern (S. 296). Hochuli Freund und Stotz nennen diese Aufgabe Controlling. Sie verbinden damit eine rollende Planung, in welcher die Ergebnisse des aktuellen Controllings für die Planung des nächsten Interventionsschrittes verwendet werden (S. 299). So können stets kleine Korrekturen vorgenommen werden, da unter anderem Umwelteinflüsse, unerwartete Ereignisse und die Arbeitsbeziehung unerwartete Wirkungen in der Intervention erzeugen, auf welche reagiert werden muss (S. 300).

Daneben fordern Hochuli Freund und Stotz eine Dokumentation des Fallgeschehens und insbesondere der einzelnen Interventionsschritte (S. 300ff.). Dies dient der Darlegung, wie gehandelt wurde, und welche Wirkung dies hervorgerufen hat. Idealerweise kann dadurch belegt werden, dass fachlich und methodisch begründet gehandelt und die Handlungen reflektiert wurden. Des Weiteren müssen die Dokumentationen objektivierbar und systematisch sein, denn die Klient*innen haben in aller Regel ein Anrecht auf Akteneinsicht (S. 300 ff.).

Im Zusammenhang der Interventionsdurchführung thematisieren Hochuli Freund und Stotz die Rolle der Fachperson in der Interventionsdurchführung. Diese hat während der Intervention die Aufgabe, den Grad der Unterstützung bewusst zu gestalten. Dies beschreiben Hochuli Freund und Stotz als grosse Herausforderung, da im Prinzip immer erst im Nachhinein

klar ist, ob der gewählte Grad der Unterstützung angemessen war (S. 296ff.). So ist das Rollenverständnis in dieser Hinsicht nicht statisch, sondern stark von der Problemlage abhängig. Je nach Situation ist es angezeigt, dass viele Handlungen durch die Fachperson übernommen werden bis hin zum Eingriffshandeln. Das Ziel der Intervention ist, dass die Klient*innen schlussendlich unabhängig werden und Kompetenzen und die Motivation entwickeln, um ihre Problemlagen selbständig zu bearbeiten (S. 297). Daher ist es sinnvoll, dass sich die Soziale Arbeit graduell aus dem Geschehen zurückzieht und vom gemeinsamen Handeln zu punktuellen Unterstützungsangeboten übergeht. Dabei muss die Fachperson jedoch aushalten können, dass die Klient*innen Angebote ausschlagen, Fehler machen und scheitern. Dies gehört zum Lernprozess. So kann es mitunter sein, dass die Person zu einem späteren Zeitpunkt wieder mehr Unterstützung durch die Fachperson benötigt (S. 297 – 298). Dies heisst nicht, dass die Intervention gescheitert ist, es ist dennoch ein Lerneffekt vorhanden. Die Dosierung der Unterstützung durch die Fachperson muss von dieser kontinuierlich reflektiert werden in Hinsicht auf die Frage, ob die Intervention den Klient*innen eine in deren Augen gelingende Lebenspraxis ermöglicht (S. 298). Dabei ist es immens wichtig, dass sich die Fachperson ihrer emotionalen Involviertheit in eine Fallsituation bewusst ist. Hochuli Freund und Stotz beschreiben es als grosse Herausforderung, einerseits Nähe zulassen und herstellen zu können und gleichzeitig auf die Loslösung der Klient*innen von Fachpersonen hinzuarbeiten (S. 298). In diesem Zusammenhang weisen Hochuli Freund und Stotz darauf hin, dass eine regelmässige Überprüfung der Ziele auf eine Kompatibilität mit den Klient*innen vonnöten ist (S. 299).

Evaluation

Hochuli Freund und Stotz begründen die Notwendigkeit der Evaluation damit, dass nur so ein Lernprozess in der professionellen Sozialen Arbeit stattfinden kann (S. 310). Dementsprechend kann gesagt werden, dass sie durch die Evaluation dem strukturellen Technologiedefizit entgegenwirken wollen. Wenn schon nicht verlässlich voraussehbar ist, welche Handlung welche Wirkung hervorruft, so soll wenigstens durch die Auswertung der aktuellen Praxis Wissen generiert werden für zukünftige Interventionen. Damit soll jedoch nicht gesagt sein, dass dies ein Forschungsprozess ist. Vielmehr ist die Rede von Organisations- und Erfahrungswissen, welches für die weitere Verwendung in der Praxis einem Theorie-Praxis-Transfer und der Reflexion unterzogen werden muss (S. 310).

Dies wiederum verlangt nach zuverlässiger und systematischer Datenerhebung und Falldokumentation, wobei diese nicht bei der Intervention enden darf, sondern die Evaluation miteinschliessen muss (S. 313). Eine weitere Funktion der Evaluation ist die Wertschätzung

der durch die Intervention erzielten Fortschritte (S. 311). Ebenso soll das Zurückschauen eine Möglichkeit zum Abrunden eines Prozesses und zum Schaffen von Distanz geben (S. 311).

Damit Evaluation gelingen kann, sind laut Hochuli Freund und Stotz bestimmte Voraussetzungen notwendig. Damit offen über eine Intervention gesprochen werden kann, ist eine Fehlerkultur notwendig. Nur wenn Kritik angenommen und Verbesserungsmöglichkeiten eingesehen werden können, ohne dass dabei der Dialog einbricht, kann eine Evaluation ergebnisoffen vorgenommen werden. Des Weiteren ist eine Evaluation nur dann hilfreich, wenn deren Ergebnisse das zukünftige Handeln beeinflussen, wenn also die Bereitschaft besteht, sich zu hinterfragen und die Bereitschaft besteht, aus Evaluationen zu lernen (S. 311 ff.). Dies kann und soll neben der Fachebene auch in Interaktion mit Klient*innen geschehen. In diesem Fall ist eine Arbeitsbeziehung gefragt, welche trotz Machtgefälle kritische Äusserungen zulässt (S. 312).

Evaluation wird üblicherweise mit einem Abschluss gleichgesetzt. Je nach Setting kann es in der Sozialen Arbeit jedoch Sinn ergeben, auch während eines Prozesses Evaluationen durchzuführen, zum Beispiel wenn ein Prozess sich über Jahre erstreckt oder sich die Fallsituation während des Prozesses rapide verändert. Somit ist die Evaluation nicht nur ein Abschluss, sondern immer auch ein Anfang oder schlicht eine Weiterführung (S. 314).

Hochuli Freund und Stotz schlagen vor, die Evaluation nach den Kategorien der KPG zu strukturieren. So sind die Dimensionen „analytische Phase“, „Handlungsphase“ und „Kooperation“ zu beurteilen. Diesen Dimensionen soll die Beurteilung des Falles als Ganzes folgen (S. 315). Diesen Dimensionen teilen sie bestimmte Evaluationskriterien zu, diese sind zu grossen Teilen selbsterklärend und werden daher an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt.

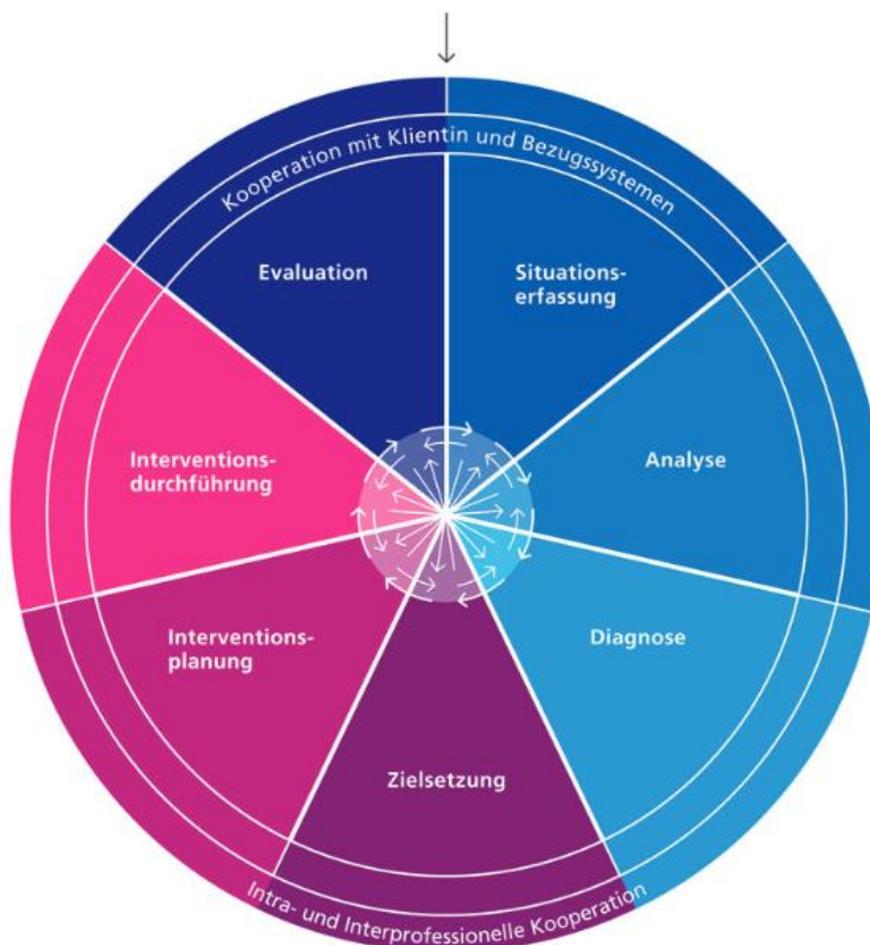
In Bezug auf die Evaluation machen Hochuli Freund und Stotz eine Verbindung zur Reflexion. Sie beschreiben, dass Reflexion ebenfalls einen evaluativen Charakter hat, aber fortwährend durch den gesamten Prozess stattzufinden hat. So verbinden sie Reflexion denn auch nicht mit KPG, sondern mit dem Habitus der Sozialen Arbeit und schreiben, dass Reflexion im professionellen Habitus verankert sein soll (S. 310). Daher scheint es an dieser Stelle angezeigt, den Habitus, welchen Hochuli Freund und Stotz der Sozialen Arbeit inhärent sehen, kurz auszuführen.

Als Habitus wird allgemein ein verinnerlichtes Handlungsmuster bezeichnet, eine Tendenz, in ähnlichen Situationen ähnlich zu handeln und reagieren. Oevermann beschrieb den professionellen Habitus als Automatismen im professionellen Handeln, welche Charakterzügen ähnlich das Handeln und Denken bestimmen (zitiert nach Hochuli Freund &

Stotz, 2017, S. 122). Somit kann der professionelle Habitus als Verinnerlichung der in der Ausbildung angeeigneten Handlungsmuster angesehen werden. Hochuli Freund und Stotz stellen dem professionellen Habitus als Ergänzung eine professionelle Grundhaltung gegenüber, welche sich aus einem reflektierten Menschenbild und ethischen Werteorientierungen zusammensetzt (S. 124). Somit beschreibt Oevermann den professionellen Habitus als für die Ausübung von Sozialer Arbeit notwendig. Zugleich schreibt er, dass der Habitus unbewusst stattfindende Automatismen ist und nicht steuerbar sein kann (zitiert nach Hochuli Freund & Stotz, 2017, S. 122). Dies wirft die Frage auf, inwiefern denn Habitus in der professionelle Praxis für eine bewusste Prozesssteuerung hinderlich sein kann. Diese Frage beantworten Hochuli Freund & Stotz (2017) nicht.

Abbildung 1

Kooperative Prozessgestaltung



Quelle. U. Hochuli Freund & W. Stotz, *Kooperative Prozessgestaltung*, W. Kohlhammer Verlag, 2011, S. 136.

4.2 Supported Decision Making

Im angelsächsischen Sprachraum hat sich betreffend der Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein Modell namens „Supported Decision Making“, kurz „SDM“ etabliert. SDM basiert gemäss Carter (2009) auf dem Normalisierungsprinzip, mit der Überlegung, dass Menschen, welche in der Gesellschaft integriert sind, nicht unabhängig von der Gesellschaft Entscheidungen treffen können (S. 3-4). Carter bezeichnet „Guardianship“ oder „Substitute Decision Making“ als letzte Instanz für urteilsunfähige Personen. Dies sei erst anzustreben, wenn sämtliche weniger restriktiven Optionen ausgeschöpft seien. Bevor zu dieser, gemäss Carter, letzten Instanz gegriffen werde, müsse eine adäquate Alternative existieren. Diese ist laut Carter das Modell des Supported Decision Making (S. 3). Die Victorian Law Reform Commission (zitiert nach Davidson et al., 2018) beschreibt SDM als Herangehensweise zur Entscheidungsfindung, in welcher Betroffenen die Unterstützung zukommt, die sie brauchen, um selbstbestimmte Lebensentscheidungen zu treffen (S. 8). Demnach wird das sogenannte „Substitute Decision Making“, gleich wie bei Carter (2009, S. 3), als Gegenbegriff oder Alternative zum SDM genannt (Victorian Law Reform Commission, zitiert nach Davidson et al., 2018, S. 8).

Im deutschsprachigen Raum ist das SDM kaum bekannt und wird bis anhin nicht angewandt. Gemäss Daniel Rosch (2019), der sich in der Schweiz mit dem SDM auseinandergesetzt hat, ist der Erwachsenenschutz in der Schweiz auf den ersten Blick mit dem „Substitute Decision Making“ gleichzusetzen. Es bestehe zwar die Möglichkeit bei Beistandschaften in Kooperation und Absprache mit den Betroffenen die Entscheidungen zu treffen, sei aber rechtlich immer verbindend. Rosch spricht hier vom „Zwangskontext“ (S. 108). Rosch konstatiert weiter:

Anknüpfungspunkt für den behördlichen Entscheid ist ein Schwächezustand (in der Schweiz insb. psychische Störung oder geistige Behinderung) und ein damit zusammenhängender Schutzbedarf. ... Dieser legitimiert die behördliche Massnahme und ist auch Zweck der Mandatsführung. Innerhalb dieser Rahmung ist dem Betroffenen aber zu möglichst viel Selbstbestimmung zu verhelfen. (Rosch, 2019, S. 111)

Für die Schweiz lässt sich also nicht trennscharf sagen, ob der Begriff des Substitute Decision Making einer bestimmten Form der Beistandschaft gleichzusetzen ist. Rosch meint, dass Erwachsenenschutz eigentlich „möglichst viel Selbstbestimmung in Richtung von Supported Decision Making will“ (S. 112), es aber faktisch „fremdbestimmte Selbstbestimmung“ (S. 112)

sei, da die Macht für die Entscheidung letzten Endes trotzdem bei der behördlichen Instanz oder Beistandsperson liege (S. 112). Rosch umschreibt im Vergleich dazu SDM wie folgt:

Inhaltlich geht es um den Prozess, Unterstützung zur Verfügung zu stellen, damit Menschen, die ohne Unterstützung nicht fähig wären, eine Entscheidung zu treffen, dazu befähigt werden. Es geht somit um die Frage, was Menschen benötigen, damit sie entscheiden können. Oder anders – und ein wenig umfassender – wird Supported Decision Making als personenzentrierte Assistenzleistung verstanden mit dem Ziel, das persönliche rechtliche Handeln inklusive der persönlichen Entscheidung zu ermöglichen. (Rosch, 2019, S. 108)

Ausser der Auseinandersetzung von Rosch existiert gemäss unserer Literaturrecherche bis anhin keine Literatur über SDM und dessen Anwendung in der Schweiz.

Gemäss Davidson et al. (2018) sollte SDM als Teil eines Kontinuums zwischen vollkommen selbstbestimmter Entscheidungsfindung und vertretender Entscheidungsfindung gesehen werden. Die Autor*innen um Davidson kritisieren denn auch, dass die gesetzgebenden Instanzen oft auf das eine oder das andere Ende (vollkommen autonom versus komplett urteilsunfähig) des Spektrums abstützen, obwohl Betroffene unterschiedliche und an ihre individuellen Bedürfnisse angepasste Grade an Unterstützung bei ihrer Entscheidungsfindung benötigten (S. 8).

SDM hat das Ziel, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch Unterstützung und Informationsvermittlung dazu zu befähigen, Entscheidungen mit dem grösstmöglichen Grad an Selbstbestimmung zu fällen (Davidson et al., 2018, S. 8). SDM wird im angelsächsischen Sprachraum primär im rechtlichen Kontext angewandt. Etwa, um Betroffenen die Möglichkeit zu geben, selbst rechtsfähig zu sein und zu agieren. Es existieren verschiedene Ansätze, wie die Betroffenen in der Praxis in rechtlichen Belangen unterstützt werden (S. 15-17).

Einen möglichen Ansatz haben Bigby und Douglas (2018) in Form des sogenannten „La Trobe Support For Decision-Making Practice Framework“ entworfen, welches die Grundprinzipien des SDM in einen Kreislauf mit sieben Schritten umformt (S.137). Sie nehmen in ihren Erläuterungen zudem Bezug auf die UNO-BRK. Dort wird unter Artikel 12 festgehalten, dass Betroffenen Rechtsfähigkeit in allen Lebensbelangen in gleichem Ausmass wie Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen zustehen. Des Weiteren sind unterzeichnende Staaten dazu angehalten, angemessene Angebote zur Unterstützung in Sachen rechtlicher Selbstbestimmung und den Zugang zu ebendieser für Betroffene zu entwickeln und zu

gewährleisten (UNO-BRK, zitiert nach Bigby & Douglas, 2018, S. 134). Bigby & Douglas merken an, dass der Bedarf an Unterstützung für das Treffen von Entscheidungen bei Betroffenen je nach Situation, Umständen und Zeitpunkt variabel sein kann. Ihr Modell soll es ermöglichen, sich auf dem Kontinuum zwischen selbstbestimmten, gemeinsam getroffenen und vertretenden Entscheidungen flexibel und bedarfsgerecht zu bewegen (S. 135). Im nachfolgenden Teil wird nun das Kreislaufmodell von Bigby und Douglas im Detail vorgestellt. Das Modell besteht aus sieben Schritten und drei Grundprinzipien. Die Schritte und Grundprinzipien werden ausgeführt und in Kontext zueinander gestellt.

Schritt 1: Die Person kennen

Unterstützung bei der Entscheidungsfindung ist ein personenzentrierter Prozess. Betroffene und ihre Unterstützer*innen müssen dafür folglich eine gegenseitige Vertrauensbasis haben. Die unterstützende Person muss über eine Wahrnehmung des Selbstbildes und –konzeptes der betroffenen Person verfügen. Dies beinhaltet indes auch Wissen betreffend den Auswirkungen der kognitiven Einschränkungen bei Betroffenen sowie deren Vorlieben, Abneigungen, Geschichte und Beziehungsnetz. Weiter ist es unumgänglich in diesem ersten Schritt als unterstützende Person auch ein Verständnis zu entwickeln, wie Betroffene von Personen aus ihrem Bezugsnetz gesehen werden. Sei dies von Familienmitgliedern, Freund*innen, anderen Bekannten oder professionellen Fachpersonen in ihrem Umfeld. Zu wissen, was Betroffene definiert und wer sie sind, kann es ermöglichen, in verschiedenen Kontexten ein Verständnis dafür zu entwickeln, was deren Willen und Präferenzen sind (Bigby & Douglas, 2018, S. 138). Dazu wollen wir jedoch festhalten, dass das Kennen der Person in keinerlei Hinsicht ersetzt, über die Präferenzen und den Willen der Person zu sprechen. Damit dies gelingt, müssen Fachperson und Klientel gemeinsam kommunizieren können. Daher möchten wir auf die Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation hinweisen. Wir verstehen den ersten Schritt des Kennens der Person als indirekte Aufforderung auch mit den Kommunikationsformen und Fähigkeiten der Person vertraut zu sein. Hier möchten wir anmerken, dass es wichtig ist, Offenheit und Kreativität zu leben. So kann im Austausch mit Menschen, welche sich verbal nicht oder nur zu Teilen ausdrücken können auf verschiedene, den Bedürfnissen angepassten Kommunikationsformen zurückgegriffen werden. Dies kann sich von PORTA Gebärden, also Gebärden zur Unterstützten Kommunikation (Tanne, o.D.), über technische Hilfsmittel bis hin zur Verwendung von Piktogrammen oder anderen Variationen unterstützter Kommunikation erstrecken.

Schritt 2: Die Entscheidung identifizieren und beschreiben

Um Unterstützung zu bieten, muss eine Entscheidung den Betroffenen umfänglich erläutert werden können. Es muss für Betroffene daraus hervorgehen, welche Auswirkungen eine Entscheidung womöglich auf deren Leben hat und welche weitergehenden Entscheidungen damit verknüpft sein werden oder sein können. Weiter muss transparent sein, wer in dieser Entscheidung involviert sein wird, ob sie beispielsweise mit sich bringt, dass Betroffene mit dem Gesundheitswesen in Kontakt kommen oder mit dem Rechtssystem. Die Entscheidung limitierende Faktoren, wie beispielsweise ein extern vorgegebener Zeitrahmen sowie Konsequenzen der Entscheidung für die eine und nicht die andere Option, müssen klar sein. Eine Entscheidung so klar wie möglich zu beschreiben und zu wissen, was man selbst damit eingeht, ist von fundamentaler Wichtigkeit, um diese selbstbestimmt treffen zu können (Bigby & Douglas, 2018, S. 138). Die Autorinnen dieser Arbeit weisen darauf hin, dass es dabei fundamental ist, die Person und deren Kommunikationsformen, Fähigkeiten und Grenzen zu kennen, denn nur so kann die Entscheidung auf eine Art und Weise beschrieben werden, dass die Person sie versteht und basierend auf diesem umfassenden Verständnis selbstbestimmt handeln kann.

Schritt 3: Den Willen und die Präferenz der betroffenen Person verstehen

In gemeinsamer Zusammenarbeit sollen alle möglichen Optionen des Entscheidungsprozesses exploriert werden und dabei die jeweiligen Vorlieben der Betroffenen herausgearbeitet werden. Solche können auf verschiedene Arten kommuniziert werden. Unterstützungspersonen sollen hierbei die Aufmerksamkeit auf Äusserungen verbaler und nonverbaler Art, Körpersprache und -haltung, Gesten, Verhalten und Handlungen, oder das Fehlen von Solchen konzentrieren. Je nach Form der Beeinträchtigung müssen hier auch vertraute Drittpersonen, welche die Betroffenen gut kennen, beigezogen werden (Bigby & Douglas, 2018, S. 138). Für die Autorinnen dieser Arbeit ist hierbei essenziell, dass dieser Prozess in Kooperation mit der betroffenen Person geschieht. Kommunikation auf Augenhöhe und Versicherung, dass alle beteiligten Personen vom Gleichen sprechen, ist dabei unabdingbar.

Schritt 4: Präzisierung der Entscheidung und Einberechnung von Restriktionen

Eine Entscheidung soll mehr als Wunschtraum sein, sie muss umsetzbar sein. Darum sollen im vierten Schritt Entscheidungspräferenzen priorisiert und präzisiert werden. Dies nicht zuletzt auch hinsichtlich externer Faktoren wie Geld, Zeit, Auswirkungen auf andere Personen und der Sicherheit und Gesundheit Betroffener. Es sollen gemeinsam Wege ermittelt werden, wie die Entscheidung implementiert werden kann und wie mit allfälligen Einschränkungen

oder unvorhergesehenen Ereignissen die Entscheidung betreffend umgegangen werden kann (Bigby & Douglas, 2018, S. 138). Dabei muss für die Autorinnen dieser Arbeit gemäss ihrer Haltung bezüglich Selbstbestimmung festgehalten werden, dass die betroffene Person hierbei das letzte Wort hat. Fachpersonen der Sozialen Arbeit steht es zu, Argumente vorzubringen und sicherzustellen, dass die Klient*innen diese verstehen, doch es steht ihnen nicht zu, die Priorisierung vorzunehmen.

Schritt 5: Prüfen, ob eine selbstbestimmte, geteilte oder vertretende Entscheidung gemacht werden soll

Dieser Schritt soll die Erkenntnisse aus den vorangegangenen Schritten nochmals sammeln und zusammenfassen. Die Art und Weise wie eine Entscheidung fallen soll, kristallisiert sich in diesem Schritt heraus. Es wird klar, ob die betroffene Person die Entscheidung komplett allein, verantwortungsvoll und ohne externe Unterstützung treffen kann. Falls sich die präferierte Entscheidung zu ungewollten Folgen für Betroffene oder zur Gefahr für das Wohlbefinden Dritter kumuliert, wird bei diesem Schritt womöglich augenfällig, dass die betroffene Person noch mehr Unterstützung benötigt. Es kann so weit gehen, dass es für eine vorliegende Entscheidung eines formellen Prozesses bedarf, wie der Ernennung einer Beistandsperson. Haben Betroffene bereits eine Beistandsperson, muss spätestens im vorliegenden Schritt mit dieser Kontakt aufgenommen werden. Die unterstützende Person versorgt die Beistandsperson mit allen relevanten Faktoren und Informationen, welche den Willen der Betroffenen widerspiegelt (Bigby & Douglas, 2018, S.138-139). Für die Autorinnen dieser Arbeit hat dieser Schritt einen irritierenden Aspekt. Während vier vorangehenden Schritten wird den Klient*innen verständlich gemacht, dass sie Entscheidungsgewalt haben, und im fünften Schritt wird diese plötzlich in Frage gestellt. Dies erscheint uns weder transparent noch fair und muss im Eigenleistungsteil der Arbeit genauer beleuchtet und analysiert werden.

Schritt 6: Die Effektive Entscheidung und damit zusammenhängende andere Entscheidungen treffen

Die Entscheidung soll so nahe wie möglich am Willen und den Vorlieben der betroffenen Person sein. Dabei erscheinen weitergehende Entscheidungen, die in der Konsequenz notwendig werden, klarer. Demzufolge kann es nochmals nötig werden, auf vergangene Schritte zurückzukommen und einzelne Details einer Entscheidung nochmals zu überdenken oder anzupassen. Wird eine Entscheidung getroffen, wird sie formal festgehalten und anderen involvierten Parteien, welche die Durchführung der Entscheidung mittragen, kommuniziert (Bigby & Douglas, 2018, S. 139). Für die Autorinnen stellt sich bei diesem Schritt die Frage,

bei wem laut Bigby und Douglas die Entscheidungskompetenz liegt. Dieser Schritt liest sich für uns sehr fremdbestimmend. Dies könnte allerdings daran liegen, dass SDM primär für grosse Lebensentscheidungen im rechtlichen Kontext und nicht für Alltagsentscheidungen angedacht ist (Bigby & Douglas, 2018). Bei grossen Lebensentscheidungen stellt sich tatsächlich die Frage, inwiefern die Entscheidungsgewalt vollständig einer Person mit einer kognitiven Beeinträchtigung überlassen werden kann. Auf diese Frage wäre die Antwort von Person zu Person und je nach Art und Stärke der Beeinträchtigung unterschiedlich. Auf jeden Fall kann bei grossen Lebensentscheidungen auch die Frage aufkommen, ob im spezifischen Fall Folgen eintreten, welche aus Sicht der professionellen Sozialen Arbeit nicht mitgetragen werden können. Somit könnte davon ausgegangen werden, dass dieser Schritt in Bezug auf die Realität und nicht idealistisch gefärbt ausgearbeitet wurde.

*Schritt 7: Eine Entscheidung umsetzen und sich dafür, wenn nötig, Befürworter*innen suchen*

Die Umsetzung von Entscheidungen ist zum Scheitern verurteilt, wenn zur Unterstützung notwendige Aufgaben und Ressourcen nicht im Rahmen der Möglichkeiten der entsprechenden Unterstützungspersonen liegen oder diese nicht über die zur Umsetzung notwendige Macht über Gesellschaftsstrukturen (z.B. Ämter) verfügen. Hier kann es notwendig werden, sich Unterstützer*innen zu suchen, welche die dafür notwendigen Voraussetzungen haben und die Umsetzung einer Entscheidung nicht nur im Geiste unterstützen, sondern sich aktiv daran beteiligen. In vielen Fällen fällt nach diesem Schritt die Notwendigkeit für Unterstützung bei Entscheidungsfindungen nicht einfach weg. Erwachsen aus einer getroffenen Entscheidung Folgeentscheidungen oder ergeben sich andere Szenarien, die anderer Entscheidungen bedürfen, ist und bleibt es hilfreich, wenn die Betroffenen eine*n explizit für sie zuständige*n Unterstützer*in beibehalten können (Bigby & Douglas, 2018, S. 139).

Bigby und Douglas (2018) definieren im „La Trobe Support For Decision-Making Practice“ Framework zudem *Engagement*, *Orchestrierung* sowie *Reflexion und Überprüfung* als die drei Grundprinzipien für den Prozess des Supported Decision Making (S. 139).

Engagement bezieht sich auf die zwischenmenschliche (Arbeits-) Beziehung zwischen der betroffenen und der unterstützenden Person sowie auf deren Einsatzbereitschaft betreffend der Aufrechterhaltung der Rechte der Betroffenen. Eine solche (Arbeits-) Beziehung muss auf einem festen Fundament von Vertrauen und Augenhöhe sowie Anerkennung der Menschenrechte und des inhärenten Werts und Würde Betroffener stehen. Es muss Betroffenen innerhalb der Beziehung möglich sein, Gefühle, Meinungen, Präferenzen,

Bedürfnisse und Haltungen mitzuteilen, dahingehend Respekt und Wertschätzung zu erfahren und diese nicht denjenigen anderer Personen untergeordnet zu sehen. (Bigby & Douglas, 2018, S. 139)

Orchestrierung betrifft den Aspekt der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Modell des Supported Decision Making, der oft auch Drittpersonen miteinbezieht. Es ist wichtig, dass unterstützende Personen verschiedene Drittpersonen mitdenken und eine breit abgestützte Unterstützungsbasis für Betroffene orchestrieren sowie bei Differenzen die Position eine*r Mediator*in einnehmen. Womöglich wird es notwendig, Drittpersonen zum Erreichen und Durchführen einer Entscheidung beizuziehen, sofern solche (noch) nicht eingebunden sind (Bigby & Douglas, 2018, S. 139).

Reflexion und Überprüfung decken die Dimension der Selbstkritik und Kontrolle hinsichtlich der eigenen Arbeit als Unterstützer*in ab. Hier müssen die eigenen Handlungen und Worte kontinuierlich vor dem Hintergrund der Neutralität, Fairness, Empathie, Beeinflussung und Angemessenheit mit den eigenen Haltungen sowie dem Professionsmandat kontrolliert und abgeglichen werden. So sollen Rechte, Würde sowie Gleichstellung und -wertigkeit der Betroffenen stets gewahrt werden. Reflexion und Überprüfung sollen auch stets hinsichtlich der Transparenz innerhalb des gesamten Prozesses des Supported Decision Making vorgenommen werden. Es muss eine grundsätzliche Offenheit gegenüber Rückmeldungen und Kritik gewährleistet und gelebt werden seitens der unterstützenden Person. Dieser Grundsatz könnte auch mit dem Begriff der Rechenschaftspflicht beschrieben werden (Bigby & Douglas, 2018, S. 139).

Abbildung 2

Supported Decision Making



Quelle. C. Bigby, J. Douglas & S. Vassallo, *The La Trobe Support for Decision Making Practice Framework*,

https://www.supportfordecisionmakingresource.com.au/uploads/1/1/0/7/110745505/figure-the_framework.pdf

5. Bearbeitung der Fragestellung

5.1 Begründung einer Verbindung von SDM und KPG

Sowohl die KPG als auch SDM haben Aspekte, welche die Selbstbestimmung von Klient*innen fördern. SDM, indem es eine Struktur zur Entscheidungsfindung mit Fokus auf den Willen der Klient*innen vorschlägt. Der KPG ist der Faktor der Selbstbestimmung inhärent, weil sie den Fokus auf die Arbeit in Kooperation mit Klient*innen legt. Dabei haben beide Konzepte auch Schwachpunkte, welche für die Selbstbestimmung eher hinderlich sind. Im Folgenden werden Stärken und Schwächen der beiden Modelle ausgeführt und es wird dargelegt, weshalb eine Kombination der beiden Modelle für die Selbstbestimmung von Klient*innen im agogischen Wohnalltag von Vorteil ist.

Hochuli Freund und Stotz schreiben über die KPG: „Für diese Zielerreichung ist das Prozessmodell in adäquater, reflektierter Weise anzupassen, zu verändern, zu verkürzen“ (2017, S. 141). Damit beschreiben sie die grösste Stärke der KPG. KPG kann und soll an Settings und Klientel angepasst werden. Somit hat die KPG eine gewisse Allgemeingültigkeit in der Sozialen Arbeit, wenn auch nicht in ihrer Reinform. Die Tatsache, dass die KPG basierend auf Theorien und Wissensbeständen aus der Sozialen Arbeit erarbeitet wurde, bestärkt diese Allgemeingültigkeit und ist ebenfalls eine grosse Stärke. Durch ein empirisch fundiertes, vielseitig anwendbares Handlungsmodell kann der Nichtstandardisierbarkeit der Sozialen Arbeit entgegengewirkt werden. Die Tatsache, dass die KPG als letzten Prozessschritt die Evaluation aufführt, fügt sich passend in ihr Konzept ein. Durch die Evaluation können Erfahrungen ausgewertet, Erkenntnisse festgehalten und neues Wissen generiert werden.

Demgegenüber steht die Problematik, dass KPG vielschichtig, aufwändig und stark durchstrukturiert ist. Diese Tatsachen erschweren die Anwendung der KPG, insbesondere in Arbeitsbereichen, in welchen die Fachpersonen stetig in Austausch mit Klient*innen sind, und oftmals nicht die Möglichkeit haben, Interaktionen vorzustrukturieren und zu planen. Dazu kommt, dass die KPG, obwohl die Arbeitsbeziehung im Namen enthalten ist, sich nicht mit dem Beziehungsaufbau zwischen Klient*in und Fachperson auseinandersetzt. Dies erscheint irritierend, da kooperative Prozessgestaltung nur dann zufriedenstellend möglich ist, wenn eine tragfähige Arbeitsbeziehung besteht.

SDM hingegen legt grossen Wert auf die Arbeitsbeziehung, wobei auch Bigby & Douglas (2018) nicht darauf eingehen, wie diese aufgebaut und erhalten werden kann. Diesbezüglich

schreiben sie lediglich, dass es wichtig ist, „die Person zu kennen“ (S.138). Somit ist erkennbar, dass Bigby & Douglas SDM als personenzentrierten Prozess verstehen, und die Wichtigkeit der Beziehungsgestaltung durchaus erkannt haben. Allerdings wäre ein verstärkter Fokus auf Beziehungsgestaltung, adressat*innengerechte Kommunikation und eine Reflektion der Machtverhältnisse wünschenswert, insbesondere da sich SDM ansonsten durch einen hohen Grad an Konkretisierung auszeichnet. Dies zeigt sich darin, dass Bigby und Douglas (2018) für das Modell sieben Schritte definiert haben, in welche sie Entscheidungsprozesse unterteilen. Der hohe Grad an Konkretisierung ist eine grosse Stärke, da dadurch SDM ohne grosse Vorbereitung auch in Alltagssituationen angewendet werden kann. Zudem bietet SDM durch die konkreten Schritte einen Umgang mit Situationen, in welchen unter Umständen weder komplette Selbstbestimmung noch totale Fremdbestimmung gangbare Wege sind. Somit bewegt sich SDM in einem Graubereich, in welchem für die professionelle Soziale Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nur wenige Handlungsanweisungen bestehen. Die konkreten Handlungsanweisungen bieten eine Möglichkeit, komplexe Prozesse für Klient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen verständlich zu strukturieren und zu unterteilen. Zudem ist SDM adaptiv auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Klientel anwendbar. Es ist innerhalb des SDM möglich, die Aushandlungsprozesse mittels verschiedener Formen der Unterstützten Kommunikation an die Bedürfnisse der Klientel anzupassen. Dies bedeutet jedoch auch, dass ein massives Machtgefälle zwischen Fachperson und Klientel vorliegt, da die Fachperson den Prozess strukturiert und somit die Leitung dessen innehat. Dem kann entgegengesetzt werden, dass SDM grossen Wert auf den Willen der Klient*innen und dessen Erueierung legt. Dies geschieht jedoch laut SDM in Regie der Fachperson, was unserer Meinung nach nicht reicht für einen selbstbestimmten Prozess.

Somit kritisieren wir an SDM insbesondere die fehlende Auseinandersetzung mit Machtstrukturen und deren Transparentmachung. Dies wird beispielsweise unter Schritt 5 augenfällig. Es wird durch die Fachperson erst dort definiert, ob eine selbstbestimmte, geteilte oder vertretende Entscheidung gemacht werden soll. Dies wirkt willkürlich. Damit die eingeschränkte Selbstbestimmung gerechtfertigt werden kann, ist zwingend Kommunikation und Erklärung diesbezüglich notwendig. Dies muss bereits vor Beginn des Entscheidungsprozesses erfolgen. Neben der Transparentmachung von Machtstrukturen innerhalb des SDM fehlt uns auch eine Reflexion dieser. Für uns ist erstaunlich, dass die SDM keine Evaluation des gesamten Prozesses vorschlägt. Wir erachten hier den Evaluationsteil als grossen Vorteil in der KPG. Die Evaluation ermöglicht Fachpersonen, eigene Handlungen, Haltungen und Kommunikation zu hinterfragen und gegebenenfalls anzupassen. Diesen

Reflexions- und Anpassungsprozessen sollte insbesondere in der Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein grosses Gewicht beigemessen werden.

Bei KPG und SDM stellt sich für uns zudem die Frage der Alltagstauglichkeit. Beide Modelle lassen von den jeweiligen Fachpersonen zwar Raum für individuelle Interpretationen und Umsetzungen der verschiedenen (Prozess-) Schritte, jedoch scheinen uns KPG und SDM immer noch sehr komplex für die Anwendung im agogischen Wohnalltag. Des Weiteren ist KPG für das vorliegende Arbeitsfeld für unser Erachten zu stark auf Problemlösung ausgelegt. Viele alltägliche Entscheidungen im agogischen Wohnalltag sind nicht problembehaftet, sondern einfach alltägliche Entscheidungen. SDM hingegen ist nicht problembasiert, wurde aber vorwiegend konzipiert, damit Klient*innen in grossen Rechts- und Lebensentscheidungen begleitet und unterstützt werden können. Im agogischen Wohnalltag werden nicht nur lebensverändernde Entscheidungen getroffen. Vielmehr bewegen wir uns auf der Ebene kleiner, aber höchstpersönlicher Entscheidungen, welche im intimen, privaten Wohnraum stattfinden.

Diesen verschiedenen Kritikpunkten möchten wir etwas entgegenstellen. Hier bietet sich alsdann eine Kombination der Vorteile und selbstbestimmungsfördernden Aspekte beider Modelle zu einem dritten Modell an. Das Ziel des neuen Modells soll sein, in der Praxis gleichzeitig professionell, aber auch individuell auf Person und Situation zugeschnitten arbeiten zu können. Der Professionalität soll mit der Anlehnung an die bestehenden Modelle der KPG und des SDM Rechnung getragen werden. Die Individualität wollen wir gewährleisten, indem wir die wichtigen und vorteilhaften Aspekte kombinieren und das Modell flexibel gestaltbar entwerfen. Zuletzt ist es unser Ziel, mit diesem neuen Modell eine Möglichkeit zu erschaffen, um auf vergangene Diskussionen und Aushandlungsprozesse mit Klient*innen zurückzugreifen und aufzubauen, ohne dass die neuen Aushandlungsprozesse jedoch gleich ausfallen müssen wie die vorangegangenen. Das Modell soll für die Klientel letztendlich auch befähigenden Charakter haben und sie ermutigen, ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten auszuschöpfen und zu leben.

5.2 Kombination von KPG und SDM zur Kooperativen Entscheidungsfindung

In diesem Kapitel werden die vorangehend vorgestellten Modelle KPG und SDM zu einem neuen Modell zusammengefügt, so dass die Stärken der beiden Modelle erhalten bleiben. Das Ziel ist es, ein Modell zu entwerfen, welches die professionelle Unterstützung von

selbstbestimmten Entscheidungsprozessen im agogischen Wohnalltag strukturiert und theoretisch fundiert begleiten kann. Zuerst werden Vorbedingungen genannt. Ohne diese als Basis kann es schwierig sein, in einen Entscheidungsprozess einzusteigen, vor allem wenn es sich dabei um komplexere Alltagsentscheidungen mit grösserer Tragweite handelt. Danach werden, angelehnt an die beiden Modelle, Grundprinzipien formuliert, welche das neue Phasenmodell ergänzen und die Einhaltung der fachlichen Standards garantieren sollen. Die beiden Ursprungsmodelle, KPG und SDM, werden dann abgeglichen und zusammengefügt sowie an das Setting des agogischen Wohnalltages angepasst, damit das neue Modell in Alltagssituationen angewandt werden kann. Damit das neue Modell als Ganzes den theoretischen und fachlichen Standards genügt, werden für die verschiedenen Teile jeweils Bezüge zu den Selbstbestimmungstheorien in Kapitel 2 dieser Arbeit geschaffen. Das neue Modell haben wir in Anlehnung an die beiden Ursprungsmodelle „kooperative Entscheidungsfindung“ benannt.

Vorbedingungen für die kooperative Entscheidungsfindung

Wir gehen davon aus, dass im agogischen Wohnalltag bei Beginn einer Entscheidungsfindung bereits ein Fundament an gegenseitigen Kenntnisse und eine stabile, ausgehandelte Arbeitsbeziehung vorhanden ist. Daher fallen die ersten drei Schritte der KPG, die Situationserfassung, die Analyse sowie die Diagnose, in unserem Entscheidungsfindungsmodell als Prozessschritte weg, beziehungsweise sie werden als Basis vorausgesetzt. Zum Zeitpunkt, an welchem ein Entscheidungsfindungsprozess anfällt, besteht in der Regel bereits eine Arbeitsbeziehung, und es sind bereits eine Vielzahl an Informationen über die Klientel und deren Lebenssituation bekannt. Dies kommt in den meisten Fällen bereits einer Situationserfassung und einer Analyse gleich. Dazu kommt, dass die Analyse bei der KPG unserer Meinung nach sehr problemzentriert ist, während einer Entscheidung nicht zwingend eine Problemlage vorangehen muss. In den allermeisten Fällen bestehen auch bereits Hypothesen bezüglich der Persönlichkeit der Klientel und deren Handlungsmuster. Das Produkt der Diagnose ist eine Arbeitshypothese, welche aussagt, was geschehen muss, damit sich die Situation der betroffenen Person in deren Sinne zu deren Vorteil verändert. Somit ist auch das Kriterium der Diagnose bereits erfüllt. Generell kann davon ausgegangen werden, dass in den Klient*innendossiers, aufgrund von Fachgesprächen sowie durch Interaktionen im Arbeitsalltag bereits viel Vorinformation besteht, worauf als Fachperson gegebenenfalls zurückgegriffen kann. Es kann hier davon ausgegangen werden, dass es für zahlreiche alltägliche Entscheidungsprozesse im agogischen Alltag nicht zwingend einer tiefgehenden Situationserfassung und Analyse der Gesamtsituation bedarf und dies auch zeitlich meist gar nicht möglich wäre. Wir wollen damit

sagen, dass unserer Meinung nach die für Alltagsentscheidungen notwendigen Situationserfassung, Analyse und Diagnose während den Prozessen des Kennenlernens und des Beziehungsaufbaus bereits geschehen, sofern diese seitens Fachperson theoretisch fundiert, gewissenhaft und sorgfältig vorgenommen und reflektiert wurden und werden. Dazu kommt, dass die während den Prozessschritten stattfindende Beziehungsarbeit in den nachgehend ausgeführten Grundprinzipien thematisiert wird. Am Ende des Kapitels wird das herausgearbeitete Modell zur Visualisierung grafisch dargestellt.

5.2.1 Grundprinzipien für die kooperative Entscheidungsfindung

Die drei Grundprinzipien aus dem SDM (Engagement, Orchestrierung sowie Reflexion und Überprüfung) scheinen sinnvoll und sollen auch in der Kooperativen Entscheidungsfindung handlungsleitend sein. Angesichts der Anwendung im agogischen Wohnalltag sollen diese drei Grundprinzipien der SDM jedoch anhand der in Kapitel 2-4 aufgeführten Theorien und Erkenntnissen zur Thematik Selbstbestimmung ergänzt und weiter ausgeführt werden und somit der Kooperativen Entscheidungsfindung angepasst werden. Mithilfe der aufgeführten Theorien soll somit begründet werden, weshalb bestimmte Erweiterungen vorgenommen wurden.

1. Grundprinzip: Als Grundlage unseres ersten Grundprinzips bedienen wir uns des Grundprinzips *Engagement* vom SDM. Im SDM ist damit gemeint, dass sich die Fachperson für eine intakte, offene und wertschätzende Arbeitsbeziehung zur Klientel und für die Aufrechterhaltung deren Rechte und Würde einsetzt. Wir verstehen dies so, dass die Fachperson versucht, Deutungsmuster und die subjektive Wirklichkeit der Klientel zu verstehen und sich im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten dafür einsetzt, dass ihr Leben gemäss ihren Vorstellungen gestalten kann. Das erste Grundprinzip von SDM, das Engagement soll um den ersten Schritt des SDM-Modells (die Person kennen) erweitert werden. Gemäss unserer Einschätzung kann davon ausgegangen werden, dass sich Klient*in und Fachperson bereits vor Beginn des Entscheidungsprozesses zu einem gewissen Teil kennen. Um in einen Entscheidungsprozess gemeinsam einzusteigen, bedarf es ohnehin einer gesunden, stabilen Beziehung und Kommunikationsform zwischen Betroffenen und den Fachpersonen. Ist dem noch nicht so, liegt es in der Verantwortung der Fachperson, die Arbeitsbeziehung sowie die Kommunikation zu stärken und weiterzuentwickeln hinsichtlich sämtlicher zukünftiger Entscheidungsprozesse, welche ihr und der betroffenen Person bevorstehen. Die Kommunikation betreffend soll an dieser Stelle

nochmals explizit auf die Bedeutung verschiedener Formen Unterstützter Kommunikation verwiesen werden. Das Ziel der Fachperson sollte es dabei stets sein, eine adäquate Kommunikationsform zwischen ihr und der Klientel herzustellen um deren Willen, Wünsche sowie Bedürfnisse und Präferenzen abzuholen. Kommunikation zwischen Fachperson und Klient*in ist ein elementarer Teil der Arbeitsbeziehung und soll daher Adressat*innengerecht gestaltet werden. In diesem Zusammenhang möchten wir eine Verbindung zur Verständigungsorientierung nach Habermas (1981) herstellen. Habermas beschreibt dabei ein Raster, welches Kommunikation in ein Kontinuum zwischen „erfolgszentriert“ und „verständigungsorientiert“ einteilt (1981). Dadurch macht er Machtstrukturen in der Kommunikation sichtbar. Wir sind der Meinung, dass Kommunikation zwischen Fachperson und Klient*innen zu jedem Zeitpunkt transparent und bezüglich der Machtstrukturen reflektiert sein soll. Wir gehen davon aus, dass die Anwendung von verständigungsorientierter Kommunikation die Arbeitsbeziehung stärkt und ihr offen erfolgszentriertes Pendant den Klient*innen die Möglichkeit gibt, sich gegen Machtstrukturen zu wehren, wenn sie diese als illegitim wahrnehmen. Dies ist unserer Meinung nach dann möglich, wenn die Machtstrukturen transparent kommuniziert werden. Somit soll gesagt werden, dass sowohl offen erfolgszentrierte wie auch verständigungsorientierte Kommunikation legitim sein kann. Was wir hingegen als nicht legitim einstufen, ist verdeckt erfolgszentrierte Kommunikation, was jegliche Form von Manipulation miteinschliesst. Somit kann gesagt werden, dass eine klare, machreflektierte Kommunikation unabdingbar und der Beziehung zuträglich ist. Zudem beeinflusst das Engagement auch die Beziehung. Wenn Betroffenen Wertschätzung und Respekt in Bezug auf ihre eigenen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeiten und ihrer Autonomie entgegengebracht werden, steigt die Beziehungsqualität, was wiederum einen positiven Einfluss auf den Gesamtverlauf eines möglichen Entscheidungsprozesses haben kann. Dies deckt sich mit Kapitel 2.2.3, der Selbstbestimmungstheorie nach Ryan und Deci (2000, 2017). Gemäss dieser Theorie bedarf es denn auch einer guten Beziehung und guter Kenntnis der Person, um das Erlernen der Kompetenz der Selbstbestimmung, oder Autonomie, wie Ryan und Deci es nennen, zu fördern (2000, 2017). Des Weiteren ist im Aspekt des Engagements und der Anforderung an Fachpersonen, sich für die Aufrechterhaltung der Rechte ihrer Klientel einzusetzen, eine klare Parallele zum Klient*innenmandat des Tripelmandats von Staub-Bernasconi (2007, 2018) aus den Kapiteln 2.3.1 zu

erkennen. Dies ist ein weiteres wertvolles Argument dafür, den Aspekt des Engagements als Grundprinzip zu definieren.

2. Grundprinzip: Das zweite Grundprinzip aus dem SDM, die *Orchestrierung*, scheint auch für die kooperative Entscheidungsfindung sinnvoll. Je nach Entscheidung und der Tragweite ebendieser in Sachen Folgeentscheidungen, Konsequenzen und dergleichen, ist und bleibt es wichtig für die Fachperson, eine orchestrierende Rolle einzunehmen. Diese kann und soll auch die Klient*innen miteinbeziehen. Die Frage, ob an verschiedenen Punkten im Prozess Drittpersonen miteinbezogen werden müssen, damit die von den Betroffenen getroffenen Entscheidungen schlussendlich auch umgesetzt werden können, muss während des Gesamtprozesses präsent sein. An dieser Stelle bietet sich die Darlegung der Parallele zum Deutschen Ethikrat an, der festhält, dass Selbstbestimmung immer auch in Wechselwirkung zum eigenen Umfeld geschieht (2018). Dieses Wissen ist wichtig, da in der Planung der Entscheidungsprozesse ebendieses Umfeld, in welchem die Entscheidung stattfindet, relevant ist. Möglichkeiten und Hindernisse des Umfeldes müssen somit zwingend in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden.
3. Grundprinzip: *Reflexion und Überprüfung* gemäss den Grundprinzipien des SDM soll auch für die kooperative Entscheidungsfindung handlungsleitend sein. Die Fachperson soll während des gesamten Unterstützungsprozesses ihr Handeln hinsichtlich der Ermöglichung und Förderung der Selbstbestimmung kritisch hinterfragen und gegebenenfalls anpassen. In der KPG ist die Evaluation als letzter Prozessschritt angedacht. Für die kooperative Entscheidungsfindung sollen Teilaspekte der Evaluation nach KPG nicht nur zum Ende des Prozesses geschehen, sondern Teil der Grundprinzipien sein, welche rollend mitgedacht und umgesetzt werden. Die Evaluation in der KPG hat unter anderem auch zum Zweck, auf Kritik zu reagieren und das Verhalten zu verändern. Dies scheint gerade in Entscheidungsprozessen, in denen Betroffene so selbstbestimmt wie nur möglich unterwegs sein sollen, essenziell. Das dritte Grundprinzip der Kooperativen Entscheidungsfindung setzt sich also sowohl aus steter Reflexion und Überprüfung des eigenen Handelns gemäss des SDM sowie aus Bestandteilen der Evaluation analog der KPG zusammen. Hier könnte auch der Bogen zur erlernten Hilflosigkeit nach Seligman (2016) aus Kapitel 2.2.6 gemacht werden. Fachpersonen können und sollen sich immer wieder fragen, ob ihr Handeln den Klient*innen nach wie vor

ermöglicht, Selbstwirksamkeit zu erfahren oder ob möglicherweise eine erlernte Hilflosigkeit bei ihrer Klientel ausgelöst oder eine vorhandene verstärkt wird.

4. Grundprinzip: *Fokus auf Selbstbestimmung*. Wir fordern ähnlich dem Grundprinzip der Reflexion nach SDM ein viertes Grundprinzip, sozusagen eine Reflektion der Situation der Klient*innen hinsichtlich ihrer Selbstbestimmung. Wir stellen uns darunter einen konstant angewandten Blick auf Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Klientel vor. Dies ist unserer Ansicht nach zentral, da dadurch noch nicht ausgeschöpfte Selbstbestimmungspotenziale erkannt werden können. Der Fokus auf Selbstbestimmung setzt jedoch nicht automatisch voraus, dass alle Erkenntnisse zu Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Klientel gegenüber direkt ausgesprochen werden müssen. Die Kommunikation dieser Möglichkeiten muss mit der Klientel ausgehandelt werden, was im Teil 1 der Kooperativen Entscheidungsfindung in Kapitel 5.2.2 weiter ausgeführt wird. Dieses Grundprinzip des Fokus auf Selbstbestimmung soll unserer Meinung nach, wie auch die Reflexion gemäss Hochuli Freund und Stotz (2017), im professionellen Habitus verankert sein. Dabei soll in der Alltagsbegleitung wie auch in der Prozessplanung ein Fokus der Fachperson auf Möglichkeiten zur Selbstbestimmung liegen, welche die Klientel im Moment noch nicht wahrnimmt oder noch nicht wahrnehmen kann. Das ultimative Ziel soll dabei sein, die Klient*innen zu emanzipieren und von der Sozialen Arbeit unabhängiger werden zu lassen. Dies fordert der Berufskodex der Sozialen Arbeit (Avenir Social, 2010, S. 7) als Ziel der Sozialen Arbeit. Wir gehen davon aus, dass dieser Fokus auf Selbstbestimmung notwendig ist, damit Selbstbestimmungspotenziale erkannt, und durch deren Ermöglichung dieses Ziel vom Berufskodex erfüllt werden kann. Zudem berufen wir uns für die Begründung dieses Grundprinzips auf Weingärtner (2013), welcher beschreibt, dass jeder Schritt in Richtung mehr Selbstbestimmung wichtig, notwendig und wertvoll ist (S. 84). Zudem beschreibt er, dass nicht hinterfragte Abläufe in der Alltagsbegleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und ein für dieses Arbeitsfeld paradoxes Normalitätsverständnis Einfallstore für Fremdbestimmung sind (S. 84). Dies stellt für uns ein weiteres starkes Argument für ein Habitus verankerte Reflexion der Selbstbestimmungsmöglichkeiten dar.

5.2.2 Teilschritte

Im Folgenden werden die Teilschritte des vorgeschlagenen Modells beschrieben und dargelegt, inwiefern sich diese aus den Phasen und Schritten von KPG und SDM zusammensetzen. Wie auch die Grundprinzipien wird die Kombination von KPG und SDM auf den Theorieteilen

Teil 1: Initialzündung

Wir sind zum Schluss gekommen, dass im agogischen Wohnalltag ein Entscheidungsprozess mit der Realisation, dass eine Entscheidung ansteht, beginnt. Dieser erste Teil kann als „Initialzündung“ für den Einstieg in einen Entscheidungsprozess verstanden werden. Dabei stellt sich jedoch die Frage, wer das Recht hat, zu bestimmen, ob eine Entscheidung ansteht.

KPG beginnt mit einer Situationserfassung, worauf eine Analyse und eine Diagnose folgen. Dabei gehen sie davon aus, dass bereits bestimmt wurde, dass eine Problemlage vorliegt (Hochuli Freund & Stotz, 2017). SDM beginnt damit, dass die Fachperson die Klient*in kennen soll und fährt daraufhin mit der Beschreibung der Entscheidung fort (Bigby & Douglas, 2018). Dabei fehlt in beiden Modellen eine Herangehensweise, welche Fachpersonen und Klient*innen dabei unterstützt, zu bestimmen, wann ein Entscheidungsfindungsprozess ansteht. Dies zu bestimmen kann einfach sein, wenn die Klient*innen diesen selbst initiieren. Ist dies jedoch nicht der Fall, gestaltet sich im Setting des agogischen Wohnalltages die Initiierung eines Entscheidungsprozesses als sehr herausfordernd. Dabei treffen verschiedene Problematiken aufeinander. Eine Entscheidung zu initiieren bedeutet, aus dem gewohnten Alltag auszubrechen. Dies kostet die Fachpersonen Energie und kann den Klient*innen im schlimmsten Fall die Sicherheit nehmen, welche ihnen die eigenen Gewohnheiten bieten. Hochuli Freund und Stotz schreiben, dass in der KPG ein dreifacher Fokus auf der Problembearbeitung liegt. Dabei handelt es sich um eine Unterstützung sowohl zur „Veränderung der Lebensbedingungen als auch der Lebensweise“ und auf der Meta-Ebene einer Verbesserung der strukturellen Lebenslage von Klient*innen (2017, S. 36). Im agogischen Wohnalltag rückt der Problemfokus in den Hintergrund, geht es doch um eine umfassende Unterstützung in der Lebensführung basierend auf den Bedürfnissen der Klientel, und nicht basierend auf einer spezifischen Problemlage. Damit der Bedarf, eine Entscheidung zu treffen, erkannt werden kann, ist ein Dialog über die subjektiv wahrgenommenen Bedürfnisse und ein Fokus auf die Selbstbestimmung der Klientel gemäss dem von uns formulierten 4. Grundprinzip notwendig. Die Initiierung von Entscheidungen kann mitunter eine Gratwanderung darstellen, da Anregungen zur Selbstbestimmung höchst willkommen

sein können oder aber das Recht auf Selbstbestimmung verletzen, wenn sie nicht gewünscht sind durch die Klientel. Daher ist diesbezüglich eine Aushandlung notwendig. Eine Metakommunikation über die Bedürfnisse der Klientel und die daraus abgeleiteten Erwartungen von Klient*innen an die Fachpersonen kann als Definition des Klient*innenauftrages an die Fachperson aufgefasst werden. Dies soll einerseits während des Aufbaus der Arbeitsbeziehung geschehen. Andererseits sind fortlaufend Anpassungen und neue Aushandlungsprozesse notwendig, welche während der Unterstützung im Alltag geschehen. Uns ist durchaus bewusst, dass sich Metakommunikation mit Klient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen als herausfordernd gestalten kann. Wir sind jedoch überzeugt, dass dies durch Anwendung von UK, leichter Sprache und an die Fähigkeiten der Klientel angepasste Abstraktionslevel der Metakommunikation möglich ist. Mit diese Votum für eine direkte Aushandlung des Auftrages mit den Klient*innen postulieren wir eine Verschiebung der Gewichtungen des Auftrages weg vom Organisations- und Gesellschaftsauftrag, hin zum von der Klientel formulierten Auftrag. Dies deckt sich mit der Analyse des Ist-Zustandes anhand des Tripelmandates in Kapitel 3.2. Dort wird als Schlussfolgerung eine stärkere Gewichtung des Klient*innenmandates gefordert. Somit sagen wir, dass es nur dann legitim ist, Klient*innen zu mehr Selbstbestimmung zu befähigen und nur dann Entscheidungsprozesse zu initiieren, wenn diese damit einverstanden sind und genau dieser Prozess auch selbstbestimmt ist. Dabei berufen wir uns auf Ryan und Deci (2017), welche postulieren, dass auch Abhängigkeit selbstgewählt und somit selbstbestimmt sein kann (S. 10). Daraus lässt sich schliessen, dass, wenn die Klient*innen der Fachperson den Auftrag dazu erteilen, die Beobachtungen und Überlegungen zu Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Klientel zur Sprache gebracht werden dürfen. Basierend darauf kann in Kooperation mit der Klientel ein Entscheidungsprozess initiiert werden.

Teil 2: Zielfindung und -definition

Dieser setzt sich aus der KPG-Prozessphase „Zielsetzung“ und dem SDM-Schritt 2 „Entscheidung identifizieren und beschreiben“ zusammen. Analog zu Schritt 2 aus dem Modell von Bigby und Douglas (2018) beinhaltet dieser Teil eine Bestimmung der Entscheidung, welche getroffen werden muss. Handlungsleitend ist in diesem Teil die Frage „Worum geht es?“. Dies beinhaltet eine Auslegeordnung, welche Personen und Behörden respektive Instanzen involviert sind und wie weitreichend die Folgen der Entscheidung sind. Bei diesem Teil kommt deutlich und prominent das Grundprinzip der Orchestrierung zum Zug. Zudem steht die Frage im Raum, welcher Endzustand durch die Entscheidung erreicht werden soll. Somit kann dieser Punkt mit der Zielsetzung nach KPG gleichgesetzt werden. Die

Entscheidung als Zielsetzung zu verstehen, bedeutet denn auch, dass sie sich jederzeit verändern kann. Somit ist der Teil 2 nach gelungener Entscheidungsdefinition nicht endgültig abgeschlossen, sondern bleibt im Hintergrund offen. Zu jedem weiteren Zeitpunkt im Prozess kann es nötig sein, wieder zu Teil 2 zurückzukehren und Anpassungen vorzunehmen.

Teil 3: Präzisierung, Planung und Einbezug von Restriktionen

Die Interventionsplanung nach KPG setzt sich unserer Meinung nach aus drei Schritten des SDM zusammen. Sowohl der Schritt 3 „den Willen und die Präferenz der betroffenen Person verstehen“ (Bigby & Douglas, 2018) und der Schritt 4 „Präzisierung der Entscheidung und Einberechnung von Restriktionen“ (Bigby & Douglas, 2018) haben einen planenden Charakter. Diesbezüglich bietet sich ein Verweis zum Verständnis von Selbstbestimmung des Deutschen Ethikrates (2018) an. Dieser beschreibt, dass Selbstbestimmung nicht in einem Vakuum zustande kommt, sondern jegliche Entscheidungen in unserer Gesellschaft immer auch an Bedingungen ebendieser geknüpft sind. (S. 40). Dazu kommt der Schritt 5 nach SDM „Prüfen, ob eine selbstbestimmte, geteilte oder vertretende Entscheidung gemacht werden soll“ (Bigby & Douglas, 2018), welcher in der Kooperativen Entscheidungsfindung analog zu den beiden vorangehenden Schritten stattfindet. Dieser fünfte Schritt suggeriert gemäss unserem Empfinden, parallel zu den Ausführungen des deutschen Ethikrates (2018), dass es ein bestimmtes Mass an (Selbst-) Reflexion vonnöten sei, um selbstbestimmt zu handeln. Wir sehen es eher als die Aufgabe der Fachperson die Klientel mithilfe des neuen Modells zu freiverantwortlichem Entscheiden und Handeln zu befähigen. Des Weiteren sind wir mit der Abfolge, wie sie Hochuli Freund und Stotz vorschlagen, nicht einverstanden. Der zentrale Schritt der Interventionsplanung ist für uns Schritt 4 „Präzisierung der Entscheidung und Einberechnung von Restriktionen“ (Bigby & Douglas, 2018). Die Schritte 3 und 5 gemäss SDM entstehen dabei sozusagen als Nebenprodukte. Das kommt daher, dass wir uns vorstellen, dass in Interaktion mit der Klientel primär die Entscheidungsmöglichkeiten ausgearbeitet werden. Dabei soll zwingend die Meinung der Klient*innen explizit erfragt werden, und wir gehen davon aus, dass sie auch implizit zum Ausdruck kommt. Diese sollten ohnehin nicht nur basierend auf Kenntnissen über die Klientel angenommen, sondern in jedem Fall neu erfragt und exploriert werden. Während einer Erarbeitung der Entscheidungsoptionen und deren Bedingungen und Folgen kann ebenfalls eine Abschätzung vorgenommen werden, inwiefern die betreffende Person freiverantwortlich im Sinne des Deutschen Ethikrates (2018) handelt. Sollte dies nicht oder nur zu Teilen der Fall sein, bietet sich hier eine Gelegenheit, die Entscheidungsoptionen so einzugrenzen, dass diejenigen übrigbleiben, über welche die Klientel selbstbestimmt entscheiden kann. Die Eingrenzung der Entscheidungsoptionen muss

zwingend transparent und mit Erklärung geschehen, weshalb Entscheidungsoptionen eliminiert werden. Fremdbestimmung soll dem Ethikrat (2018) zufolge immer die letzte, zeitlich terminierte Instanz sein, die Bedürfnisse Betroffener sollen auch in Fremdbestimmungssituationen so stark wie möglich miteinbezogen werden und es soll immer die sanft möglichste Art der Fremdbestimmung gewählt werden. Falls sich abzeichnet, dass die Klientel nicht über alle Optionen freiverantwortlich entscheiden kann, sollte dies allerdings von Beginn an, wenn die Optionen aufgelistet werden, kommuniziert werden. Bei der Auflistung der Optionen muss beachtet werden, die Informationen möglichst neutral und komplett darzulegen, da dies ansonsten die Selbstbestimmung der betreffenden Klientel bereits einschränkt. Zudem gilt dabei, wie bereits in Kapitel 2.2.7 geschrieben, der Grundsatz „in dubio pro Selbstbestimmung“. Dabei schwingt mit, dass auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wie alle Menschen das Recht haben „unklug“ Entscheidungen zu treffen (beispielsweise mit kurzen Hosen bei Schneesturm nach draussen gehen). Hier gilt für uns, an Entscheidungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen keine höheren Ansprüche zu stellen als an Entscheidungen von Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen. Für die Interventionsplanung beziehungsweise die Ausarbeitung der Entscheidungsoptionen schlagen wir eine Visualisierung ebendieser vor, da dies einen Gesamtüberblick ermöglicht. Dies erleichtert zudem die Bezugnahme auf einzelne Optionen, wenn über Restriktionen und Bedingungen gesprochen wird. Die Art und Weise der Visualisierung muss auf die jeweilige Person zugeschnitten passieren. Wenn eine Person gutes Leseverständnis hat, kann es reichen, die Optionen beispielsweise auf Zettel zu schreiben und auszubreiten. Je nachdem muss kreativ mit Bildern, Comics oder Alltagsgegenständen gearbeitet werden, damit Betroffene den Prozess nachvollziehen und verstehen können. Auch hier ist es wichtig, gegebenenfalls Variationen Unterstützter Kommunikation anzuwenden.

Teil 4: Entscheidung treffen und weiterführende Entscheidungen definieren

Auf die Ausarbeitung der Entscheidungsoptionen folgt im SDM der Schritt „Effektive Entscheidung und damit zusammenhängende andere Entscheidungen treffen“ (Bigby & Douglas, 2018). Damit meinen Bigby und Douglas (2018), dass nach einer ausführlichen Beschreibung der Entscheidung, der Aufführung von möglichen Entscheidungsoptionen, deren Konsequenzen und einer Einordnung der Entscheidungsoptionen bezüglich ihrer Vor- und Nachteile, die tatsächliche Entscheidung gefällt werden muss. Dieser ersten Entscheidung folgen eventuell weitere Entscheidungen, welche je nach Grösse und Tragweite erneut ausformuliert und ausgehandelt werden müssen. Dieser Schritt der

Entscheidungsfindung kann für uns weder der Interventionsplanung nach KPG noch der Interventionsdurchführung nach KPG zugeordnet werden. Vielmehr sehen wir ihn als Übergang zwischen diesen zwei Phasen. Dazu kommt, dass wir die Haltung vertreten, dass im Sinne der Selbstbestimmung die Entscheidung basierend auf den bestehenden, in Kooperation ausgearbeiteten und bewerteten Optionen durch die Klientel getroffen werden soll. Dies halten wir für notwendig, da dadurch der Person die Möglichkeit gegeben wird, Verantwortung zu übernehmen und selbstbestimmt zu handeln, wobei auch hier wieder eine Aushandlung bezüglich der Zuständigkeit notwendig ist. Falls die Klientel die Entscheidung nicht selbständig treffen will, beispielsweise weil sie sich nicht zutraut, die Entscheidung selbständig zu treffen, sollte diese Einschätzung selbstverständlich honoriert werden in dem Sinne, dass in Kooperation eruiert wird, welche Form von Unterstützung die Klientel weiter benötigt, um die Entscheidung treffen zu können. An diesem Punkt bietet sich eine Verweis zu Ryan & Deci (2000, 2017) an, welche schreiben, dass Selbstbestimmung nicht ein Zustand ist. Vielmehr sehen sie Selbstbestimmung als Kontinuum und Kompetenz, was heisst, dass diese gesteigert und angeeignet werden kann. Somit vertreten wir die Ansicht, dass zur Befähigung von Klient*innen zu Selbstbestimmung eine Aushandlung stattfinden muss, was sie denn benötigen, damit sie selbstbestimmt Entscheidungen fällen können.

Teil 5: Entscheidung umsetzen

Auf eine getroffene Entscheidung folgt die Umsetzung dieser. Bigby und Douglas (2018) schreiben diesbezüglich, dass Fachpersonen sich Unterstützer*innen suchen sollen für die Umsetzung von Entscheidungen. Bigby und Douglas meinen damit primär Personen in institutionellen oder behördlichen Machtpositionen, was für alltägliche Entscheidungen in den wenigsten Fällen notwendig sein wird. Allerdings ist eine Aushandlung notwendig, ob, wobei und durch wen die Klientel sich Unterstützung wünscht und was sie selbständig umsetzen will. Hochuli Freund und Stotz (2017) schreiben bezüglich des Prozessschrittes der Interventionsdurchführung, dass im Sinne von Controlling der Verlauf der aufeinanderfolgenden Interventionsschritte überprüft und darauffolgend der nächste Interventionsschritt angepasst werden soll. Wir stehen dem ambivalent gegenüber. Ein fortlaufendes Controlling limitiert die Selbstverantwortung der Klient*innen. Auf der anderen Seite kann das Controlling auch als Reflexion hinsichtlich des Handelns der Fachperson verstanden werden, was dem Grundprinzip der Reflexion und Überprüfung im SDM nach Bigby und Douglas (2018) entsprechen würde. Daher schlagen wir ein Controlling in Kooperation mit den Klient*innen vor. Damit ist gemeint, dass Fachperson und Klientel auch während der Umsetzung stets in Kooperation stehen und die Aufgabenteilung und

Verantwortungen explizit ausgehandelt werden. Somit kann sichergestellt werden, dass die Klientel die Unterstützung erhält, welche sie benötigt, um so viele Aspekte der Entscheidungsumsetzung wie möglich selbst durchzuführen. Gleichzeitig ist auch diesbezüglich eine Aushandlung notwendig, wie viel Mitwirken die Klientel durch die Fachpersonen will. Dabei erscheint es uns wichtig, den Klient*innen bewusst Verantwortung abzutreten, damit sie die Verantwortungskompetenz erlernen, entwickeln und beibehalten können. Dies muss jedoch vorsichtig an die Fähigkeiten der Klient*innen und an die Situation sowie an deren Vorstellungen angepasst werden. Dabei ist ein Rückgriff auf die Vorbedingungen dieses Prozesses, also Wissen und Arbeitshypothesen über die Persönlichkeit und Deutungsmuster der Klientel notwendig. Zudem kann eine weitere Parallele zur Interventionsdurchführung in der KPG nach Hochuli Freund und Stotz (2017) gezogen werden. Diese hat zum Ziel, die Klient*innen unabhängig werden zu lassen und mit ihnen Kompetenzen zu entwickeln, welche ihnen ermöglichen, ihre Problemlagen selbständig zu bearbeiten. Somit handelt die Fachperson in der Entscheidungsumsetzung auf zwei agogischen Ebenen. Einerseits unterstützt sie die Klientel dabei, die aktuelle Entscheidung möglichst selbständig und selbstbestimmt umzusetzen. Andererseits gestaltet sie einen Befähigungsprozess, um die Klientel für zukünftige Entscheidungen zu höherer Selbstbestimmung zu ermächtigen. Betreffend des Befähigungsprozesses liegt ein Quervergleich zu Ryan und Deci (2000, 2017) nahe, da diese in ihren Ausführungen die Autonomie als erlern- und förderbare Kompetenz ansehen. Weiter macht hier ein Verweis zu Herrigers (2020) Erläuterungen zum Thema Empowerment Sinn. Herriger besagt, es brauche Unterstützungsformen, welche es Betroffenen ermöglichen aus dem allfälligen Kreis der erlernten Hilflosigkeit auszubrechen und sich von defizitären Sichtweisen ihres Umfelds zu lösen und emanzipieren. Zusammenfassend soll die Fachperson also im Zuge des Entscheidungsprozesses die Betroffenen in der Erarbeitung ihrer Selbstbestimmungskompetenz unterstützen und fördern. Mit dem Ziel, dass die Klient*innen in Zukunft über erweiterte Fähigkeiten verfügen um Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen.

Teil 6: Evaluation

Der letzte Teil der Kooperativen Entscheidungsfindung soll analog zur KPG auch die Evaluation des Gesamtprozesses sein. Zwar ist die Evaluation bereits in den Grundprinzipien des SDM sowie in unseren Grundprinzipien in Form von Reflexion und Überprüfung enthalten. Die Begründung von Hochuli Freund und Stotz, dass für Lernprozesse in der professionellen Sozialen Arbeit eine bewusste Evaluation am Ende eines Prozesses notwendig ist, erscheint

uns jedoch sehr sinnvoll. Für einen Entscheidungsfindungsprozess im agogischen Wohnalltag gemäss unserem Modell könnte die Evaluation zum Beispiel in Form einer Dokumentation des Prozesses in den Aktennotizen geschehen. Dabei soll nicht nur reflektiert werden, was gerade geschehen ist. Vielmehr soll die Frage gestellt werden, was gut funktioniert hat und was nicht, damit dieses Wissen für zukünftige Entscheidungsfindungsprozesse erhalten und weiterverwendet werden kann. Weiter betonen Hochuli Freund und Stotz (2017), dass bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit die Ergebnisse einer Evaluation verwendbar sind. Sie schreiben, dass Bereitschaft bestehen muss, das eigene Handeln zu hinterfragen und auf Verbesserungsvorschläge einzugehen. Sie schreiben zudem, dass Evaluation ausdrücklich auch mit Klient*innen geschehen soll. Dies scheint uns einleuchtend, da dadurch wiederum der Wille der Klient*innen berücksichtigt werden kann. Hier lässt sich eine Parallele zur Verständigungsorientierung erkennen. Stimmer (2020) plädiert dafür, dass die Fachperson stets um eine offene Kommunikation bemüht sein soll, und die Äusserungen der Klient*innen ernstgenommen werden müssen. Klient*innen sollen folglich auch in Evaluationsprozessen ihre Rückmeldung geben können und ihre Meinung soll in spätere Entscheidungsfindungsprozesse miteinbezogen und berücksichtigt werden. Weiter bietet sich mit der Evaluation zum Ende des Prozesses eine Möglichkeit, das eigene Handeln auf den Grad an Verständnisorientierung oder Erfolgszentrierung zu prüfen. Damit wird es gemäss Habermas (1981) möglich, zu untersuchen, ob mit Zwang oder Manipulation gehandelt wurde. Je nachdem wie diese Analyse ausfällt, muss folglich das zukünftige Handeln innerhalb des Prozesses angepasst werden. Der letzte Schritt der Kooperativen Entscheidungsfindung setzt sich also aus Evaluation, Reflexion und Überprüfung des Gesamtprozesses zusammen. Reflexion, Überprüfung und Teile der Evaluation gemäss KPG sind aber, wie schon ausgeführt, nicht nur als letzter Schritt von Bedeutung. Sie sollen zeitgleich auch als Grundprinzipien betrachtet werden, welche während des ganzen Prozesses laufend angewandt werden sollen, um die Fachlichkeit sicherzustellen.

Abbildung 3

Kooperative Entscheidungsfindung



Quelle. Eigene Darstellung.

6. Beantwortung der Fragestellung und Ausblick

In diesem Kapitel findet ein Rückblick auf die Arbeit und ein Ausblick auf die mögliche Weiterarbeit mit den erarbeiteten Inhalten statt. Im Rückblick werden Erkenntnisse, zu welchen wir während der Erarbeitung der Thesis gekommen sind, sowie potenzielle Chancen und Risiken des von uns vorgeschlagenen Modells erläutert und dargelegt. Im Ausblick wird diskutiert, wie das von uns vorgeschlagene Modell angewandt werden kann, und welche Schritte es dafür als nächstes durchlaufen muss.

6.1 Erkenntnisse

Um die Fragestellung *„Wie lassen sich die Kooperative Prozessgestaltung und Supported Decision Making zu einem Entscheidungsfindungsmodell kombinieren, um die Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im agogischen Wohnalltag zu fördern?“* zu beantworten, haben wir uns wie im vorangehenden Kapitel beschrieben, von beiden Modellen inspiriert an ein neues Modell, die kooperative Entscheidungsfindung, herangetastet. Die kooperative Entscheidungsfindung vereint Vorteile beider Modelle vor dem Hintergrund des beschriebenen Arbeitsfeldes und Kontextes. Als wichtigstes Merkmal der kooperativen Entscheidungsfindung kann der Fokus auf die Arbeitsbeziehung und die Kommunikation hervorgehoben werden. Die Erarbeitung der kooperativen Entscheidungsfindung hat gezeigt, dass sowohl Kommunikation als auch Beziehungsgestaltung von grösster Wichtigkeit und Notwendigkeit sind. Ohne diese beiden Faktoren bewegt sich die Fachperson in einem professionellen Graubereich und die Gefahr eines Abrutschens in paternalistische Handlungs- und Denkweisen sowie fremdbestimmendem Verhalten gegenüber der Klientel oder deren Manipulation wird schnell zur Realität. Bei der Kommunikation wurde augenfällig, wie wichtig es ist, dass die Fachperson sich bemüht diese herzustellen und zu gewährleisten, dass sie offen, wertschätzend und koproduktiv stattfindet. Sie darf auf keinen Fall zurückschrecken verschiedenste Kommunikationsformen und -möglichkeiten zu verwenden. Hier sei nochmal explizit auf die zahlreichen Variationen der unterstützten Kommunikation verwiesen.

Als logische Konsequenz der Ausarbeitung der Kooperativen Entscheidungsfindung plädieren wir angesichts des hohen Werts der Selbstbestimmung Betroffener für eine erhöhte Sensibilisierung in der Zusammenarbeit mit Beistandspersonen von Betroffenen. Wenn die kooperative Entscheidungsfindung angewandt wird, gibt es keine Situation, in welcher Betroffene nicht in Entscheidungen miteinbezogen und fundamental daran mitbeteiligt sein

sollen. Ganz gemäss dem Grundsatz des International Day of Disabled Persons der UN im Jahr 2004 "Nothing about Us, without Us" (UN, 2004) soll es mit dem Modell also keine Umstände mehr geben, in welchen Sozialpädagog*innen mit Beistandspersonen ohne Einbezug der Betroffenen entscheiden. Auch nicht im Umgang mit Personen unter einer umfassenden Beistandschaft.

Weiter wurde während der Erarbeitung der Thesis klar, dass auch strukturelle Faktoren und Ursachen die Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen signifikant beeinflussen und einschränken und damit auch die Handlungsoptionen von Fachpersonen im Arbeitsfeld. Dies wurde besonders unter Kapitel 3.2, dem Ist-Zustand im Arbeitsfeld des agogischen Wohnalltags, augenfällig. Diesbezüglich rückten zwei Erkenntnisse in unser Bewusstsein.

Einerseits soll es analog unserem Modell nicht die Aufgabe der Fachperson sein, die Klient*innen unnötigerweise oder voreilig in ihrer Selbstbestimmung zu beschneiden. Im Gegenteil soll es die Pflicht der Fachperson sein, die Selbstbestimmung mit der kooperativen Entscheidungsfindung so weit in den vorherrschenden strukturellen Gegebenheiten möglich zu fördern und unterstützen. Klient*innen sollen zwar sehr wohl über strukturelle Limitationen informiert werden und dies sehr umfassend. Sie sollen diese jedoch auch selbst erleben können. Und das, ohne schon vorher durch die Fachpersonen an einem Punkt wo dies möglicherweise weder notwendig noch gerechtfertigt ist eingeschränkt zu werden. Mehr noch, sie sollen das Scheitern an strukturellen Begrenzungen auch eigenmächtig für sich als Weg auswählen können. Was wiederum auch zu einem Zuwachs an Kompetenzen im Bereich der Selbstbestimmung führen kann. Davon leiten wir für unser Modell ab, dass Unterstützung hin zu einem höheren Mass an Selbstbestimmung auch in scheinbar ausweglosen Situationen geschuldet ist.

Andererseits ergibt sich in unseren Augen eine Pflicht für die Professionelle Soziale Arbeit sich auf sozialpolitischer Ebene für strukturelle Veränderung hin zu höherer Selbstbestimmung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einzusetzen. Dafür plädiert auch Seithe (2012) und wir können uns nach den Erkenntnissen dieser Arbeit ihrer Schlussfolgerung nur anschliessen. Nicht zuletzt sei an dieser Stelle gesagt, dass eine strukturelle Verbesserung auch zum Vorteil von im betreffenden Arbeitsfeld tätigen Fachpersonen ist, was letztendlich den Klient*innen ebenfalls zugutekommt.

6.2 Risiken und Chancen der Kooperativen Entscheidungsfindung

Im folgenden Abschnitt werden Risiken und Chancen des von uns vorgeschlagenen Modells der kooperativen Entscheidungsfindung dargelegt. Wir sehen in Bezugnahme auf den Theorieteil und aufgrund eigener Überlegungen auch Punkte, welche die Umsetzung der kooperativen Entscheidungsfindung erschweren und deren Wirkung für die Selbstbestimmung einschränken könnten.

Primär stellt sich uns die Frage, ob ein Prozess, welcher durch Fachpersonen geleitet und je nach dem auch initiiert ist, tatsächlich selbstbestimmt sein kann. Wir gehen davon aus, dass die von uns vorgeschlagene Modellstruktur zu einem gewissen Teil Fremdbestimmung beinhaltet, da sie aufgrund von theoretischen Überlegungen und nicht in Interaktion mit Betroffenen entstanden ist. Hinzu kommt, dass es bei dem von uns vorgeschlagenen Modell quasi unmöglich ist, alle Kontrolle und Führung der Klientel zu übergeben. Das Modell ist so konzipiert, dass die Fachpersonen die Fäden in der Hand hat, in Kooperation mit der Klientel. Von einem autonomen, durch die Klientel angeleiteten Prozess kann also nicht gesprochen werden. Dies ist primär dadurch bedingt, dass auch KPG und SDM davon ausgehen, dass die Fäden bei der Fachperson zusammenlaufen. Zudem beinhaltet die kooperative Entscheidungsfindung auch gewollt Aspekte von Fremdbestimmung. So werden im Teil 3: „Präzisierung, Planung und Einbezug von Restriktionen“ Entscheidungsoptionen eliminiert, im Fall, dass diese die Freiheit anderer Personen gefährden oder klar ist, dass sich die betreffende Klientel nicht freiverantwortlich für die Entscheidungsoption entscheiden kann. Dabei kann die kooperative Entscheidungsfindung der Transparenz eventuell nicht genügend Rechnung tragen. Falls den Klient*innen nicht bewusst ist, dass die Fachpersonen bei der Entscheidungsfindung mitwirken können, wenn sie dies für notwendig ansehen, verkommt die kooperative Entscheidungsfindung zur Farce. Durch die Tatsache, dass die Fäden bei der Fachperson zusammenlaufen und die Möglichkeit besteht, in den Entscheidungsprozess einzugreifen, möchten wir warnend anmerken, dass kooperative Entscheidungsfindung, wenn sie ohne Berücksichtigung der von uns formulierten Grundprinzipien angewandt, ein Einfallstor für Manipulation und Fremdbestimmung sein kann. Wir möchten an diesem Punkt sogar noch weiter gehen und sagen, dass jegliche Kommunikation zwischen Fachperson und Klient*innen manipulativ sein kann, wenn sie nicht genügend reflektiert ist. Dies kann durchaus vorkommen, da Fachpersonen letztendlich auch immer Individuen mit sozialisierten Werten und Deutungsmustern sind. Auch kooperative Entscheidungsfindung kann manipulativ sein. Daher ist es umso wichtiger, nicht nur die Handlungen zu betrachten und zu reflektieren, sondern auch die dahinterstehenden Haltungen. Diesem versuchen die

Grundprinzipien der kooperativen Entscheidungsfindung so gut als möglich entgegenzuwirken. Eine Absicherung gegen Manipulation leisten sie jedoch nicht.

Da wie bereits ausgeführt auch das von uns vorgeschlagene Modell gewollt und ungewollt Fremdbestimmung beinhaltet, muss beabsichtigt werden, dass Klient*innen Reaktanz zeigen können. Damit ist gemeint, dass die Klient*innen in der kooperativen Entscheidungsfindung nicht automatisch kooperieren werden, nur weil sie mehr Selbstbestimmung haben als vorher. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass es ihr gutes Recht ist, sich gegen den verbleibenden Teil an Fremdbestimmung aufzulehnen und die Kooperation zu verweigern.

Da die kooperative Entscheidungsfindung bis anhin lediglich auf Gedankengängen basiert, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob sie in der Praxis tatsächlich anwendbar ist, und wie die Klient*innen auf eine Anwendung der kooperativen Entscheidung reagieren. Obwohl die kooperative Entscheidungsfindung mit dem Ziel einer im agogischen Wohnalltag anwendbaren Methode konstruiert wurde, besteht die Möglichkeit, dass sie zu komplex ist, um in der Realität des agogischen Wohnalltages angewandt werden zu können.

Wie bereits gesagt beinhaltet kooperative Entscheidungsfindung auch fremdbestimmende Aspekte. Somit ist das von uns vorgeschlagene Modell so gestaltet, dass es in den Strukturen der Unterstützung, wie sie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Schweiz heutzutage erhalten, greift. Selbstbestimmung im wahrsten Sinne des Wortes kann dadurch jedoch nicht erreicht werden. Dafür wäre ein grundlegender Systemwechsel notwendig, welcher die Klient*innen auf rechtlicher, sachlicher und politischer Ebene ermächtigen würde. Damit ist ein Schritt weg von paternalistischen Strukturen und Denkmustern gemeint. In diesem Zusammenhang kann die Frage gestellt werden, ob es angesichts der Tatsache, dass die aktuellen Strukturen dem Recht auf Selbstbestimmung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht genügend Rechnung trägt, paradox ist, ein Modell zu erarbeiten, welches mehr Selbstbestimmung innerhalb der bestehenden Strukturen ermöglicht. Demgegenüber könnte argumentiert werden, dass dieses Modell, sollte es denn dereinst tatsächlich angewandt werden, einen eigentlich unhaltbaren Zustand salonfähiger macht.

Andererseits kann auch argumentiert werden, dass ein Systemwechsel zwar bitter notwendig, aber schwer zu erreichen ist. Und erst recht nicht mittels einer Bachelor-Thesis. Dennoch ist jegliche Verbesserung der Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wünschenswert. In dieser Hinsicht hat die kooperative Entscheidungsfindung, sofern sie in der Praxis angewandt werden kann, einiges zu bieten. Die UNO-BRK fordert, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, ihren

Aufenthaltort sowie ihre Mitbewohner*innen selbst zu wählen. Zudem haben sie ein Anrecht auf Schutz vor illegitimen Eingriffen in ihr Privatleben. Nicht-gerechtfertigte Fremdbestimmung (insofern diese überhaupt gerechtfertigt werden kann) kann als illegitimer Eingriff in das Privatleben angesehen werden. Indem die kooperative Entscheidungsfindung eine Möglichkeit bietet, Entscheidungsprozesse innerhalb des gegebenen Rahmens möglichst selbstbestimmt zu gestalten, werden Fremdbestimmung und somit illegitime Eingriffe in das Privatleben von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen minimiert. Dadurch kann die kooperative Entscheidungsfindung eine Annäherung der Praxis der Schweizer Behindertenhilfe an die Ansprüche der UNO-BRK bieten, und letztendlich dem Ziel, die UNO-BRK umzusetzen, einen Schritt näherkommen.

Dazu kommt, dass die kooperative Entscheidungsfindung die Klient*innen entsprechend dem Ziel der Sozialen Arbeit im Berufskodex (Avenir Social, 2010), befähigt und von der Sozialen Arbeit emanzipiert, indem sie sich durch den Miteinbezug in die Entscheidungsfindung Kompetenzen aneignen können. Die KPG beschreibt einen Prozess, in welchem die Fachperson sich nach und nach aus dem Prozess zurückzieht und sukzessive mehr Verantwortung an die Klientel abgibt (Hochuli Freund & Stotz, 2017). Dies soll in der kooperativen Prozessgestaltung ebenfalls geschehen, und zwar in stetiger Aushandlung mit der Klientel, so dass im Endeffekt die Klientel bestimmt, wie stark die Fachperson der Sozialen Arbeit in den Entscheidungsprozess involviert sein soll.

Wenn Klient*innen je länger, desto mehr Verantwortung übernehmen und selbstbestimmter handeln, hat dies sowohl auf die Wahrnehmung von Fachpersonen wie auch auf diese der Gesellschaft Auswirkungen. Wir haben die Hoffnung, dass sich durch diese Ermöglichung von einem Mehr an Selbstbestimmung der gesellschaftliche Blick auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verändert und dass ihnen auf Augenhöhe anstatt mit einer "wohlwollend paternalistischen" Haltung begegnet wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die kooperative Entscheidungsfindung das Potenzial hat, gezielt mehr Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu ermöglichen. Die grundlegende und strukturelle Problematik, welche bewirkt, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht vollumfänglich selbstbestimmt leben können, vermag die kooperative Entscheidungsfindung nicht zu verändern.

6.3 Ausblick

Wie die Auseinandersetzung mit der Thematik der Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen innerhalb dieser Arbeit aufzeigt, braucht es bis zur Umsetzung der UN-BRK noch einiges. Es ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe auf allen Ebenen von Bund, Kantonen und Gemeinden, über Institutionen bis hin zum im Feld tätigen Fachpersonen zu betrachten, diese Umsetzung auf der jeweiligen Stufe weiter voranzutreiben. Zudem bedarf es Bildung und Sensibilisierung auf gesellschaftlicher Ebene, da viele Menschen unerfahren und unbeholfen sind im Umgang mit Menschen mit Behinderungen allgemein und im spezifischen mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen.

Um Veränderungen und Verbesserungen im kleinen Rahmen herbeizuführen, braucht es eine praktische Erprobung der kooperativen Entscheidungsfindung und empirische Auseinandersetzung mit dem Modell im agogischen Wohnalltag. Um das Modell in der Praxis zu testen, muss zuerst eine grundlegende, detaillierte und strukturierte Herangehensweise erarbeitet werden, wie dies passieren soll. Danach muss eine systematische Evaluation durchgeführt werden. Fachpersonen und Klient*innen müssen befragt werden über Vor- und Nachteile des Modells und sollen Ergänzungs- und Änderungswünsche anbringen sowie Kritik äussern können. Die kooperative Entscheidungsfindung muss sodann angepasst werden an die Begebenheiten des Praxisalltags und die Rückmeldungen ebendieser Personen.

Die Soziale Arbeit hat neben der Erprobung der Praktikabilität des Modells im Alltag unserer Meinung nach noch mehrere andere Aufgaben. Einerseits sollen seitens der Professionellen im Alltag stets Selbstreflexion und allfällige Anpassungen hinsichtlich Habitus, Haltung und Handlungen gegenüber Klient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen geschehen. Weiter ist es wichtig, diesen fachlichen Diskurs auch in die Teams im Arbeitsfeld einzubringen und so zu einer Sensibilisierung gegenüber der Thematik der Selbstbestimmung beizutragen. Auf akademischer Ebene braucht es seitens der Profession mehr Forschung und Studien zum Gegenstand der Selbstbestimmung und zur Förderung ebendieser im beschriebenen Arbeitsfeld. Gesamtgesellschaftlich ist ein politischer Einsatz für die Klient*innen, basierend auf Wissen aus Praxis und Wissenschaft, vonnöten, um dazu beizutragen strukturelle Veränderungen und Verbesserungen herbeizuführen.

7. Literatur

- Abplanalp, E., Cruceli, S., Disler, S. & Zwillig, M. (2020). *Beraten in der Sozialen Arbeit*. Haupt Verlag.
- Affolter-Fringeli K. (2016). Beistandschaft. In Ch. Fountoulakis, K. Affolter-Fringeli, Y. Biderbost & D. Steck (Hrsg.), *Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht* (S. 185 – 328). Schulthess.
- Akkaya, G., Belser E. M., Egbuna-Joss, A. & Jung-Blattmann, J. (2016). *Grund und Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen. Ein Leitfaden für die Praxis der Sozialen Arbeit*. interact Verlag.
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf
- Bertels, E. (2019). *Wie die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen die Schweiz verändert*. Eric Bertels.
- Bigby, C. & Douglas, J. (2018). Development of an evidence-based practice framework to guide decision making support for people with cognitive impairment due to acquired brain injury or intellectual disability. *Disability & Rehabilitation*, 42(3), 434 – 441. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1498546>
- Bigby, C., Douglas, J. & Vassallo, S. (2019). *The La Trobe Support for Decision Making Practice Framework*. https://www.supportforddecisionmakingresource.com.au/uploads/1/1/0/7/110745505/figure-the_framework.pdf
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. Academic Press.
- Calvès, A.-E. (2009). Empowerment: The History of a Key Concept in Contemporary Development Discourse. *Revue Tiers Monde*, 200(4), 735 - 749. <https://doi.org/10.3917/rtm.200.0735>

- Canonica, A. (2019). Wohlfahrtspluralismus in der Schweiz: Direkte Demokratie und Föderalismus als strukturierende Variablen. In A. D. Baumgartner & B. Fux, *Sozialstaat unter Zugzwang? Zwischen Reform und radikaler Neuorientierung* (S. 303-321). Springer VS.
- Carter, B. (2009). *Supported decision making: Background and discussion paper*. Office of the public advocate.
https://healthsciences.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0010/3391696/Supported-d-decision-making.pdf
- Cloerkes, G. (2007). *Soziologie der Behinderten: Eine Einführung*. Universitätsverlag Winter.
- Davidson, G., Edge, R., Falls, D., Keenan, F., Kelly, B., McLaughlin, A., Montgomery, L., Mulvenna, C., Norris, B., Owens, A., Irvine, R. A. S., & Webb, P. (2018). *Supported decision making - experiences, approaches and preferences*. Praxis Care, Mencap and Queen's University Belfast.
https://pureadmin.qub.ac.uk/ws/portalfiles/portal/162865093/Supported_decision_making_standard_report_online.pdf
- Deci, E. & Ryan, R. (1995). Human Autonomy: The basis for true self-esteem. In M. H. Kernis (Hrsg.), *Efficacy, agency & self-esteem* (S. 31 – 49). Plenum Press.
- Deutscher Ethikrat. (2018). *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*.
<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf>
- Dieckmann, F. (2012). Wohnen. In I. Beck & H. Greving (Hrsg.), *Lebenslage und Lebensbewältigung* (S. 234 – 241). W. Kohlhammer Verlag.
- Eidgenössisches Departement des Innern. (o.D.). *Übereinkommen der UNO über die Rechte der Menschen*.
<https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>
- Eidgenössisches Departement des Innern. (2016). *Rechte der Menschen mit Behinderungen: Erster Bericht der Schweiz an die UNO*.
<https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/dokumentation/mm.msg-id-62435.html>

- ERIC. (o.D.). *Black Empowerment: Social Work in Oppressed Communities*. Solomon, Barbara Bryant. <https://eric.ed.gov/?id=ED149005>
- Esser, A. (2011). SCHWERPUNKT: AUTONOMIE UND SELBSTBESTIMMUNG. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 59(6), 875 - 880.
<https://doi.org/10.1524/dzph.2011.59.6.875>
- Fisher, S., Ibrahim Abdi, D., Ludin, J., Smith, R., Williams, S. & Williams, S. (2000). *Working with Conflict: Skills & Strategies for Action*. Zed Books.
- Germann, U. (2008). „Eingliederung vor Rente“: Behindertenpolitische Weichenstellungen und die Einführung der schweizerischen Invalidenversicherung. *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte* 58(2), 178–197. <http://doi.org/10.5169/seals-99091>
- Geschichte der Sozialen Sicherheit in der Schweiz. (o. D.). *Ergänzungsleistungen (EL)*.
<https://www.geschichtedersozialensicherheit.ch/institutionen/verwaltung-der-sozialen-sicherheit/ergaenzungsleistungen-el>
- Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. (o.D.). *Gesetz über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG)*. <https://www.gsi.be.ch/de/start/ueber-uns/amt-fuer-integration-und-soziales/projekte-ais/gesetz-ueber-die-leistungen-fuer-menschen-mit-behinderungen.html>
- Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. (2013). *Interpretationshilfe der SKV IVSE zu den Qualitätsanforderungen an das Fachpersonal in Einrichtungen für erwachsene Personen (Bereich B IVSE) vom 29. Oktober 2010*.
<https://www.gsi.be.ch/content/dam/gsi/dokumente-bilder/de/dienstleistungen/formulare-gesuche-bewilligungen-nach-organisationsstruktur/gesundheitsamt/heime/anforderungen-betriebsbewilligung-heime/interpretathilfe-ivse-qualianforderung-bereich-b-d.pdf>
- Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. (2022, 08. Juli). *Medienmitteilung der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. Gesetz über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG) geht an den Grossen Rat*.
<https://www.gsi.be.ch/de/start/news/medienmitteilungen.html?newsID=e3582a68-8cc4-4a77-869e-caad2b0651c9>

Habermas, J. (1987). *Theorie des kommunikativen Handelns Band 1* (4. Aufl.). Suhrkamp Verlag.

Hess-Klein, C. (2007). Gleichstellung als Instrument der Förderung der selbstbestimmten Teilnahme von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben. In V. Mottier & L. v. Mandach (Hrsg.), *Pflege, Stigmatisierung und Eugenik* (S. 144 – 156). Seismo.

Hess-Klein, C. & Scheibler, E. (2022). *Aktualisierter Schattenbericht. Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahren vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Inclusion Handicap. [https://www.inclusion-handicap.ch/admin/data/files/asset/file_de/699/schattenbericht_de_mit-barrierefreiheit-\(1\).pdf?lm=1646212633](https://www.inclusion-handicap.ch/admin/data/files/asset/file_de/699/schattenbericht_de_mit-barrierefreiheit-(1).pdf?lm=1646212633)

Hirschberg, M. (2022). Modelle von Behinderung in den Disability Studies. In A. Waldschmidt (Hrsg.), *Handbuch Disability Studies* (S. 93 – 108). <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18925-3>

Hochuli Freund, U. & Sprenger-Ursprung, R. (2016). Kooperative Prozessgestaltung: Mit Klient/innen gemeinsam handeln. *SozialMagazin*, 41(9-10), 48 - 56. <http://hdl.handle.net/11654/23592>

Hochuli Freund, U. & Stotz, W. (2011). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: Ein methodenintegratives Lehrbuch*. Kohlhammer.

Hochuli Freund, U. & Stotz, W. (2017). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: Ein methodenintegratives Lehrbuch* (4. Aufl.). Kohlhammer.

Inclusion Handicap. (o.D.). *Selbstbestimmtes Leben und Wohnen*. <https://www.inclusion-handicap.ch/de/themen/selbstbestimmtes-leben-wohnen-515.html>

Insieme. (o.D.a). *Positionspapier Wohnen*. https://insieme.ch/wp-inside/uploads/2021/03/positionspapier_insieme_wohnen.pdf

Insieme. (o.D.b). *Über insieme*. <https://insieme.ch/ueber-insieme/>

International Federation of Social Workers. (o.D.). *Global Definition of Social Work*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

- Keupp, H. (2018). Empowerment. In G. Graßhoff, A. Renker & W. Schröer (Hrsg.), *Soziale Arbeit* (S.559 – 571). https://doi.org/10.1007/978-3-658-15666-4_38
- Keystone-SDA-ATS (2021, 08. Juni). *Menschen mit geistiger Behinderung sollen wählen dürfen*.
https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/2021/20210608093500400194158159038_bsd055.aspx
- Köbsell, S. (2022). Entstehung und Varianten der deutschsprachigen Disability Studies. In A. Waldschmidt (Hrsg.), *Handbuch Disability Studies* (S. 55 – 73). Springer Fachmedien.
- Leidmedien.de. (o.D.). *Begriffe über Behinderung von A-Z*. <https://leidmedien.de/begriffe/>
- Leidmedien.de. (2020). *Tipps für Medien. Über Sportler*innen mit Behinderung berichten*.
https://leidmedien.de/wp-content/uploads/2021/08/AM_Medientipps-2020-DE-210104.pdf
- Mattke, U. (2004). Wir wissen was gut für dich ist. In E. Wüllenweber (Hrsg.), *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung: Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung* (S. 300-312). Kohlhammer.
- McGowan, B. (2011). Die Zeitschrift PULS - Stimme aus der Behindertenbewegung. In E. O. Graf, C. Renggli & J. Weisser (Hrsg.), *PULS – DruckSache aus der Behindertenbewegung* (S.13-69). Chronos.
- Meuth, M. (2021). Wohnen in pädagogischen Kontexten. In F. Eckardt (Hrsg.), *Handbuch Wohnsoziologie* (S. 437 – 457). <https://doi.org/10.1007/978-3-658-24724-9>
- Miron, A. M. & Brehm J. W. (2015). Reactance Theory – 40 Years Later. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 37(1), 9 – 18. <https://doi.org/10.1024/0044-3514.37.1.9>
- Petner-Arrey, J. & Copeland, S. R. (2014). You have to care. Perceptions of promoting autonomy in support settings for adults with intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 43(1), 38-48. <https://doi.org/10.1111/bld.12084>
- Pfister, H.-R., Jungermann, H. & Fischer, K. (2017). *Die Psychologie der Entscheidung: Eine Einführung*. Springer Berlin Heidelberg.

- Pro Infirmis. (o.D.). *Geschichte - eine Übersicht über 100 Jahre Pro Infirmis*.
<https://www.proinfirmis.ch/ueber-uns/geschichte.html>
- Reusser, R. (2016). Einleitung. In Ch. Fountoulakis, K. Affolter-Fringeli, Y. Biderbost & D. Steck (Hrsg.), *Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht* (S. 4 – 18). Schulthess.
- Röh, D. (2018). *Soziale Arbeit in der Behindertenhilfe*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Rosch, D. (2019). Erwachsenenschutz zwischen Selbstbestimmung, Supported Decision Making und Substitute Decision Making. *Fampra*, 20(1), 105-118.
https://danielrosch.ch/wp-content/uploads/2019/10/Daniel-Rosch-FamPra_01_2019.pdf
- Ryan, R. M. & Deci E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf
- Ryan, R. M. & Deci E. L. (2017). *Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. The Guilford Press.
- Schallenkammer, N. (2016). *Autonome Lebenspraxis im Kontext Betreutes Wohnen und Geistige Behinderung*. https://content-select.com/media/moz_viewer/56cc0a46-7ad0-4ca4-83e6-5eeeb0dd2d03/language:de
- Seligman, M. E. P. (2016). *Erlernte Hilflosigkeit* (5. Aufl.). Beltz Verlag.
- Seithe, M. (2012). *Schwarzbuch Soziale Arbeit* (2. Aufl.).
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-531-94027-4.pdf>
- Sigon, M. (2017). *Junge Frauen mit Lernschwierigkeiten zwischen Selbst- und Fremdbestimmung: Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprozess*.
<https://doi.org/10.3224/84742084>
- Sonnenberg, K. (2004). *Wohnen und geistige Behinderung Eine vergleichende Untersuchung zur Zufriedenheit und Selbstbestimmung in Wohneinrichtungen*.
https://kups.ub.uni-koeln.de/1322/1/PHD_gesamt_sonnenberg.pdf

- Soziale Diagnostik. (o.D.). *Kooperative Prozessgestaltung*. <https://www.soziale-diagnostik.ch/konzepte/kooperative-prozessgestaltung/>
- Soziale Sicherheit CHSS. (o.D.). *Der Strategiewechsel der IV in ersten Beurteilungen*. <https://soziale-sicherheit-chss.ch/de/der-strategiewechsel-der-iv-in-ersten-beurteilungen/>
- SRF Forward. (2021, 24. Februar). *Stimmrecht: Warum schliessen wir Menschen mit Behinderungen aus?* [Video]. <https://www.srf.ch/news/srf-forward/stimmrecht-warum-schliessen-wir-menschen-mit-behinderung-aus>
- Staub-Bernasconi S. (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis – Ein Lehrbuch*. Haupt Verlag.
- Staub-Bernasconi S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2. Aufl.). Barbara Budrich.
- Stimmer, F. (2020). *Grundlagen des methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit* (4. Aufl.). Kohlhammer.
- Swissinfo.ch. (2020, 29. November). *Historisch: Genf erteilt Behinderten das Stimmrecht*. https://www.swissinfo.ch/ger/politik/abstimmung-kanton-genf_historisch--genf-erteilt-behinderten-das-stimmrecht/46192172
- Tanne, Schweizerische Stiftung für Taubblinde. (o.D.). *PORTA Gebärden*. <https://tanne.ch/porta/>
- Thomsen, T., Lessing, N., Greve W. & Dresbach, S. (2018). Selbstkonzept und Selbstwert. In A. Lohaus (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1>
- UN-BRK-Ausschuss. (2022). *CRPD Abschliessende Bemerkungen zum Initialstaatenbericht der Schweiz (in Englisch)*. Eidgenössisches Departement des Inneren <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde/staatenbericht.html>

United Nations. (2004). *International Day of Disabled Persons 2004. Nothing about Us, without Us*. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/international-day-of-persons-with-disabilities-3-december/international-day-of-disabled-persons-2004-nothing-about-us-without-us.html>

Union of the Physically Impaired Against Segregation. (1976). *Fundamental principles of disability*. <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIASfundamental-principles.pdf>.

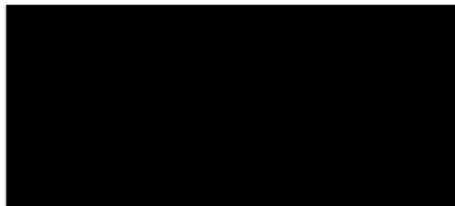
Weinberger, S. (2013). *Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe* (14. Auf.). Beltz Juventa.

Weingärtner, C. (2005). *Selbstbestimmung und Menschen mit schwerer geistiger Behinderung*. <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/bitstream/handle/10900/47332/pdf/ydisscopy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Weingärtner, C. (2013). *Schwer geistig beeinträchtigt und selbstbestimmt*. Lambertus.

Wolfisberg, C. (2002). *Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz 1800–1950*. Chronos.

8 Anhang



Wohnvertrag

Zwischen



und

Anrede Vorname Name, Strasse Nr., PLZ Ort (Bewohner/-in)

Anrede Vorname Name, Strasse Nr., PLZ Ort (Gesetzliche Vertretung)

1. Ziel und Zweck

Der Wohnvertrag regelt die formelle Zusammenarbeit zwischen der Bewohnerin/dem Bewohner und dem

2. Eintrittsdatum: XX

3. Probezeit

Die ersten 3 Monate nach dem Eintritt gelten als gegenseitige Probezeit.

4. Kündigung

- Während der Probezeit beträgt die gegenseitige Kündigungsfrist 7 Tage.
- Nach der Probezeit beträgt die gegenseitige Kündigungsfrist 3 Monate. Gekündigt wird in der Regel jeweils auf ein Monatsende.
- Das Vertragsverhältnis kann aus schwerwiegenden Gründen ohne Einhaltung der Kündigungsfrist durch die Geschäftsleitung des aufgelöst werden.
- Bei vorzeitigem Austritt wird bis zur Wiederbesetzung des Platzes oder längstens bis zum Ablauf der Kündigungsfrist der Tarif für zusätzliche Ferientage verrechnet.
- Interne Wechsel der Wohngruppe erfolgen in gegenseitigem Einvernehmen, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist.
- Im Todesfall wird für 7 Tage der Wohnplatz gemäss der Tarifliste der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons Bern in Rechnung gestellt. Der Wohnvertrag ist ohne weitere Schritte beendet.

5. Tarif, Nebenkosten und Rechnungsstellung

- Gemäss den geltenden Tarifregelungen der Tarifliste der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI) des Kantons Bern.
- Nebenkosten gemäss Broschüre „Bedarfsorientierte und flexible Wohnangebote“.
- Die Rechnungsstellung durch das erfolgt monatlich an die durch die Bewohnerin/den Bewohner oder die gesetzliche Vertretung bezeichnete Adresse. Zahlungsbedingungen: 30 Tage netto.

6. Versicherungen

- Beim Angebot „Wohnen mit Beschäftigung“ ist die Bewohnerin/der Bewohner durch bei der Suva gegen Betriebsunfall und ab 8 Stunden durchschnittlicher Wochenarbeitszeit auch gegen Nichtberufsunfall versichert. Der Prämienanteil für die Nichtberufsunfallversicherung wird in Rechnung gestellt.
- Die Bewohnerin/der Bewohner hat eine Haftpflichtversicherung abzuschliessen.



7. Dienst- und Beschwerdeweg

- Anliegen, Probleme, Fragen, Beschwerden usw. sind in erster Linie mit der zuständigen Gruppenleitung zu besprechen. Wenn nötig werden die nächsten höheren Vorgesetztenstellen beigezogen. Kann keine Einigung erzielt werden, kann die unabhängige Bernische Ombudsstelle für Alters-, Betreuungs- und Heimfragen angerufen werden. Aufsichtsrechtliche Anzeigen können direkt an das Fürsorgeamt der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern gerichtet werden.
- Gerichtsstand: [REDACTED]

8. Verschiedene Vertragsbestimmungen

- Informationen über Klient/-innen dürfen nur weitergegeben werden, wenn es im Wissen und mit dem Einverständnis aller Betroffenen geschieht.
- Für Verlust oder Beschädigung persönlicher Gegenstände übernimmt [REDACTED] keine Haftung.
- Die Zimmerzuteilung erfolgt durch das [REDACTED]. Wünsche werden soweit möglich und vertretbar berücksichtigt.
- Aus betrieblichen und wirtschaftlichen Gründen kann [REDACTED] während den Wochenenden, über die Feiertage und während der Ferien nicht alle Wohngruppen offen halten. Davon betroffene Bewohnerinnen und Bewohner können in anderen Wohngruppen betreut werden.

9. Vertragsbeilagen

Die Vertragsbeilagen sind integrierende Bestandteile des Wohnvertrags.

* Hausordnung

* Broschüre [REDACTED]

Über Änderungen der Vertragsbeilagen werden die Bewohnerinnen und Bewohner schriftlich informiert.

[REDACTED]		Bewohner/-in	Gesetzliche Vertretung
[REDACTED]	[REDACTED]	Vorname Name	Vorname Name
Geschäftsleiter	Leiterin Wohnen und Tagesstätte		
[REDACTED] Datum / Visum		Ort, Datum

