

Inklusion – ein Auftrag für die Soziale Arbeit?

Auf Spurensuche für die Umsetzung in der Praxis

Bachelorarbeit
Sari Obrist

Bachelorstudiengang
Zürich, Herbstsemester
2018

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit geht der Frage nach, welche Aufgaben sich für die Soziale Arbeit unter dem Begriff „Inklusion“ eröffnen und mit welchen Handlungsansätzen sich diese umsetzen lassen. Das Ziel ist es, einerseits ein Verständnis für den Begriff auszuarbeiten, andererseits soll eine Grundlage dafür entstehen, wie Inklusion als ein Grundsatz der Sozialen Arbeit in allen drei Fachprofilen umgesetzt werden kann. Für die Beantwortung der Fragestellung wird aktuelle Fachliteratur zum Thema Inklusion, die von der UN-Behindertenrechtskonvention geprägt ist, beigezogen. Es werden weitere Studien, ein Bericht und ein Monitor ausgewertet, die Menschen mit psychischen Erkrankungen thematisieren. Dies dient dazu, aufzuzeigen, weshalb diese Menschen oft von der Gesellschaft exkludiert sind. Die Ergebnisse zeigen, dass sich für die Soziale Arbeit unterschiedlichste Aufgaben eröffnen, die sich in fünf Handlungsfelder einteilen lassen. Es sind Aufgaben, die in der Zusammenarbeit mit der Klientel umgesetzt werden müssen, andere die eine Kompetenzerweiterung der sozialarbeitenden Personen verlangen und solche, die in den Organisationen Sozialer Arbeit anfallen. Andere erfordern von den sozialarbeitenden Personen politisches Engagement und den Einsatz in der Gesellschaft. Zur Erfüllung dieser Aufgaben können diverse Handlungsansätze genutzt werden. Wobei sich das Empowerment-Konzept und die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit dafür als vielversprechend zeigen. Zusätzliche Aufgaben und Handlungsansätze ergeben sich, wird der Fokus auf eine bestimmte Klientel gelegt. Will die Praxis der Sozialen Arbeit Inklusion als Grundsatz aufnehmen und fördern, sollte sie sich folglich in verschiedenen Handlungsfeldern bewegen, dabei die jeweilige Klientel berücksichtigen und sich neue Kompetenzen aneignen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	2
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	5
1. Einleitung	6
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	6
1.2 Fragestellung	8
1.3 Zielsetzung	8
1.4 Eingrenzungen.....	8
1.5 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	9
2. Grundlagen für die Handlungsfelder	10
2.1 Fünf Handlungsfelder in Bezug auf Inklusion	10
2.2 Inklusion	10
2.2.1 Systemtheorie	11
2.2.2 Verständnis von Inklusion durch die BRK.....	12
2.2.3 Definition von Inklusion für die vorliegende Arbeit	14
2.3 UN-Behindertenrechtskonvention	15
2.4 Klientel: Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	16
2.5 Stereotype, Vorurteile, Diskriminierung und Stigmatisierung.....	18
3. Handlungsfeld: Organisationen Sozialer Arbeit.....	21
3.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld.....	21
3.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	23
3.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld	23
3.3.1 Index für Inklusion	25
3.3.2 Konsultation von Expertinnen und Experten	26
4. Handlungsfeld: Kompetenzen sozialarbeitender Personen.....	28
4.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld.....	28
4.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	28
4.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld	29
4.3.1 Das Konzept der Lebensweltorientierung	31
4.3.2 Anti-Bias-Ansatz.....	32
4.3.3 Antistigma-Kompetenzen	32

5. Handlungsfeld: Zusammenarbeit mit der Klientel.....	35
5.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld.....	35
5.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	35
5.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld.....	37
5.3.1 Empowerment-Konzept.....	38
5.3.2 Recovery-Ansatz.....	39
5.3.3 Hilfe bei der Überwindung der Selbststigmatisierung.....	40
5.3.4 Politische Bildung.....	41
6. Handlungsfeld: Gesellschaft.....	42
6.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld.....	42
6.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	43
6.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld.....	46
6.3.1 Gemeinwesenarbeit	47
6.3.2 Integrale Projektmethodik.....	50
7. Handlungsfeld: Politik.....	51
7.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld.....	51
7.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen	52
7.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld.....	53
7.3.1 Politikberatung	54
7.3.2 Soziallobbying.....	54
8. Schlussbetrachtung und Ausblick	56
8.1 Zusammenfassung und Diskussion	56
8.2 Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die Praxis	60
8.3 Reflexion und Ausblick.....	61
Literaturverzeichnis	63
Anhang.....	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Der Indexprozess und seine fünf Phasen	26
Abbildung 2. Kompetenz-Bildungs-Modell mit den drei Ebenen	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Organisationen Sozialer Arbeit"	24
Tabelle 2. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Kompetenzen sozialarbeitender Personen"	30
Tabelle 3. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Zusammenarbeit mit der Klientel"	37
Tabelle 4. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Gesellschaft"	46
Tabelle 5. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Politik"	53

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

„Die Barrieren sollen nicht nur bei Strassen und Gebäuden, sondern auch in den Köpfen fallen!“ (Bodensee-Deklaration, 2016, S. 1). Diese Aussage stammt von einer Gruppe von Menschen mit Behinderungen und zeigt eines der wichtigsten Anliegen der Inklusion auf, nämlich den Abbau von Barrieren (Stoy & Tolle, 2015, S. 168). In der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) wird das Problem der einstellungs- und umweltbedingten Barrieren schon in der Präambel e) BRK (Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006, SR 0.109) thematisiert. Es wird geschrieben, dass das Individuum durch Barrieren, an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft gehindert wird.

Die Nicht-Teilhabe von Individuen, auch als Ausgrenzung oder Exklusion bezeichnet, wird in unterschiedlicher Literatur, verschiedenen Studien und politischen Debatten zum Thema gemacht. Dannenbeck (2017, S. 226) schreibt von einem massiven Ausgrenzungsprozess von Individuen innerhalb der Gesellschaft. Nachfolgend soll beispielhaft die Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgezeigt werden, die gemäss Tröndle vielfach aus der Gesellschaft ausgegrenzt sind (2012, S. 11).

Die TeMB Studie der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik untersuchte die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen, wobei zwischen kognitiven, körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen unterschieden wurde (Pfister, Studer, Berger & Georgi-Tscherry, 2017). In der Studie wurde herausgefunden, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, in der vorliegenden Arbeit Menschen mit psychischen Erkrankungen genannt, vor allem soziale Kontakte fehlen. Die Betroffenen beschrieben in den Interviews das Finden und Aufrechterhalten von Freundschaften als schwierig. Dies führt gemäss der Studie dazu, dass sich Menschen mit psychischen Erkrankungen oft einsam fühlen. Die Ursachen dafür erklären sich die Betroffenen, einerseits durch längere Klinikaufenthalte und zu geringe finanzielle Mittel, andererseits durch die fehlende Akzeptanz von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft und die damit zusammenhängende Stigmatisierung. Durch die Studie wurde herausgefunden, dass diese Vorkommnisse zu sozialem Rückzug und manchmal zur Isolation von Menschen mit psychischen Erkrankungen führen. (Pfister et al., 2017, S. 19-57)

Dieses Beispiel zeigt einen Aspekt der Exklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf, dies soll aber nicht bedeuten, dass nicht noch weitere Aspekte existieren. Denn die Ausgangslagen und Auswirkungen von Exklusion sind vielfältig und müssen individuell analysiert und bearbeitet werden (Kronauer, 2010, S. 12). Jedoch kann aus

dem Beispiel gefolgt werden, dass durch Exklusion verschiedene Bedürfnisse nur eingeschränkt oder gar nicht befriedigt werden können. Denn fehlende soziale Kontakte und der damit verbundene soziale Rückzug können die Bedürfnisse nach Liebe, Mitgliedschaft oder Anerkennung beeinträchtigen (Martin, 2014, S. 157 & 158).

Die Soziale Arbeit (SA) ermächtigt das Individuum dazu, seine eigenen Bedürfnisse zu befriedigen, dabei folgt sie der Leitidee, dass jeder Mensch das Anrecht auf die Befriedigung von existentiellen Bedürfnissen hat. Weiter formuliert der Berufskodex der SA als eines der Ziele der SA, denjenigen Menschen zu helfen, deren Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen ungenügend ist. (AvenirSocial, 2010, S. 6) Eine weitere Aussage der Autorinnen und Autoren der Bodensee-Deklaration unterstreicht die Wichtigkeit der Befriedigung der mit der Teilhabe verbundenen Bedürfnisse: „Wir freuen uns auf die Zeit, in der wir nicht mehr am Rande der Gesellschaft leben, sondern ‚Mittendrin‘“ (Bodensee-Deklaration, 2016, S. 2).

Auch wenn AvenirSocial, der Berufsverband der SA in der Schweiz, den Begriff der Inklusion noch nicht in den Berufskodex aufgenommen hat, wird darin Inklusion schon in verschiedenen Artikeln implizit erwähnt (vgl. AvenirSocial, 2010, S. 6, 9 & 10). Dies kommt wahrscheinlich daher, dass sich sowohl der Berufskodex, als auch die BRK, von der sich die neuste Debatte um Inklusion speist, auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte beziehen (AvenirSocial, 2010, S. 5; Eidgenössisches Departement des Innern [EDI], o.D.a). In der Literatur sind sich die Autorinnen und Autoren einig darüber, dass die SA eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der Inklusion einnehmen soll (Felder & Schneiders, 2016, S. 8; Spatscheck & Thiessen, 2017, S.11). Degener und Mogge-Grotjahn (2012, S. 67) schreiben, dass die SA ihre Praxis verändern muss, nimmt sie Inklusion als ihr neues Leitmotiv an. Somit scheint klar, dass sich die Soziale Arbeit auf den Weg machen sollte, Inklusion als ein wichtiger Grundsatz in ihre Arbeit einzubauen. Jedoch wird Inklusion nach May sehr unterschiedlich definiert und ausgelegt (2017, S. 165). Häufig verwechselt wird der Begriff mit dem der Integration (Theunissen & Schwalb, 2012, S. 17). Denn manche sehen Inklusion als Erweiterung des Integrationsverständnisses (Degener & Mogge-Grotjahn, 2012, S. 60). Andere vermuten, dass es sich dabei um „alten Wein, in neuen Schläuchen“ (Graumann, 2012, S. 79) handelt. Jedoch gibt es viele Stimmen, die unter der Inklusion eine radikale Veränderung der Sichtweise im Vergleich zu Integration sehen, wie zum Beispiel Borrmann (2017, S. 259).

1.2 Fragestellung

Aufgrund der beschriebenen Ausgangslage und Problemstellung wird folgende Hauptfragestellung für die vorliegende Arbeit formuliert:

Welche Aufgaben eröffnen sich für die Soziale Arbeit unter dem Begriff „Inklusion“ und mit welchen Handlungsansätzen lassen sich diese umsetzen?

Es können dazu nachfolgende Unterfragen formuliert werden, die der Beantwortung der Hauptfragestellung dienen sollen:

- Wie lässt sich der Begriff „Inklusion“ definieren?
- Welche Aufgaben in Bezug auf Inklusion zeigen sich für die SA in der Literatur?
- Welche Handlungsansätze dienen der SA bei der Umsetzung dieser Aufgaben?
- Welche Erkenntnisse ergeben sich, wird nach zusätzlichen Aufgaben und Handlungsansätzen in Bezug auf Inklusion für die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen gesucht?

1.3 Zielsetzung

In der vorliegenden Arbeit wird das Ziel verfolgt, Inklusion in Bezug auf die Praxis der SA greifbar zu machen. Das heisst einerseits, herauszufinden welche konkreten Aufgaben die SA erfüllen muss, will sie Inklusion als ein Grundsatz aufnehmen und dadurch fördern. Andererseits heisst es, konkrete Vorschläge in Form von Handlungsansätzen für die Umsetzung der Aufgaben herauszuarbeiten. Mit der vorliegenden Arbeit sollen ein Verständnis für Inklusion und eine Vorstellung davon, was die Umsetzung von Inklusion in der Praxis der SA bedeutet, herausgearbeitet werden. Ziel ist nicht, eine abschliessende Sammlung von Aufgaben und Handlungsansätzen zu erstellen. Entstehen soll eine Grundlage, die anschliessend für die jeweiligen Arbeitsfelder der SA weiter ausdifferenziert werden kann.

1.4 Eingrenzungen

Der Begriff „Inklusion“ ist allgemein noch eher abstrakt und noch nicht in der Praxis der SA etabliert. Deshalb sollen Inklusion und die damit verbundenen Aufgaben für die SA grundsätzlich betrachtet werden. Das heisst, es werden allgemeine Aufgaben und Handlungsansätze für alle Klientel und für alle Fachprofile der SA formuliert. Die drei Fachprofile sind Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation. Die vorliegende

Arbeit wird bewusst nicht mehr eingegrenzt, um ein allgemeines Verständnis für Inklusion in der SA zu erhalten.

Wird in der vorliegenden Arbeit von „sozialarbeitenden Personen“ geschrieben, sind damit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter aller drei Fachprofile gemeint.

1.5 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Fragestellung, welche Aufgaben sich unter dem Begriff „Inklusion“ für die Praxis der SA eröffnen und mit welchen Handlungsansätzen sich diese umsetzen lassen. Zur Beantwortung dieser Frage sollen aktuelle Literatur und Forschungserkenntnisse im Rahmen einer Literaturliteraturarbeit zusammengefasst werden.

Bevor Aufgaben aus der Literatur herausgearbeitet werden können, muss in einem ersten Schritt ein Verständnis für Inklusion geschaffen werden. Dafür werden Literatur aus der Wissenschaftsdisziplin der Sozialwissenschaften, aktuelle Fachliteratur zu Inklusion und die BRK konsultiert. Weiter soll die Klientel „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ definiert werden, wozu Literatur aus der Wissenschaftsdisziplin Psychologie genutzt und wiederum die BRK beigezogen wird. Weil Inklusion durch die BRK neuen Aufschwung erhalten hat, wird auch diese kurz beleuchtet. Danach folgen die Kapitel der Handlungsfelder.

Jedes Kapitel widmet sich einem Handlungsfeld. Die fünf Handlungsfelder wurden von der Autorin der vorliegenden Arbeit entworfen, um die Arbeit übersichtlich zu strukturieren (vgl. Kap. 2.1). In den Handlungsfeldern werden die in der Literatur vorgefundenen Aufgaben jeweils im ersten Unterkapitel ausgeführt. Im jeweils zweiten Unterkapitel wird beispielhaft die Klientel „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ aufgenommen. Mit Studien, einem Monitor und Fachliteratur wird herausgearbeitet, was zur Exklusion dieser Menschen führt. Daraus werden wo möglich spezifische Aufgaben in Bezug auf Inklusion für die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgearbeitet. Im jeweils dritten und letzten Unterkapitel werden den Aufgaben passende Handlungsansätze für die Umsetzung dieser in der Praxis gegenübergestellt. Die Handlungsansätze werden aus aktueller Fachliteratur zu SA und Psychologie herausgearbeitet und erläutert. Handlungsansätze umfassen in der vorliegenden Arbeit Methoden, Konzepte oder andere praktische Ideen für die Umsetzung der Aufgaben in der Praxis der SA.

Im Schlussteil werden zuerst auf Basis der im Hauptteil gewonnenen Erkenntnisse die Unterfragen und anschliessend die Hauptfrage beantwortet. Dann werden Konsequenzen für die Praxis aufgezeigt und zuletzt ein Ausblick für künftige Fragestellungen im Themenbereich formuliert.

2. Grundlagen für die Handlungsfelder

In diesem Kapitel soll im ersten Unterkapitel aufgezeigt werden, was mit „Handlungsfelder“ in der vorliegenden Arbeit gemeint ist und wieso diese konstruiert wurden. In den weiteren Unterkapiteln sollen begriffliche und theoretische Grundlagen ausgearbeitet werden. Sie dienen dazu, die Inhalte der in den nachfolgenden Kapiteln ausgeführten Handlungsfelder nachvollziehen zu können. Dazu wird zuerst der zentralste Begriff in der vorliegenden Arbeit „Inklusion“ aufgenommen und von verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Anschliessend soll die BRK erläutert werden, deren Inhalte Grundlagen für Aufgaben der SA in Bezug auf Inklusion bieten. Dann folgt ein Unterkapitel, das sich der Definition der Klientel „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ widmet. Abgeschlossen wird mit einem theoretischen Input zu den Begriffen „Stereotype“, „Vorurteile“, „Diskriminierung“ und „Stigmatisierung“.

2.1 Fünf Handlungsfelder in Bezug auf Inklusion

In der Auseinandersetzung mit der Literatur zum Thema Inklusion und auf der Suche nach Hinweisen, wie Inklusion in der Praxis der SA umgesetzt werden kann, wurde ersichtlich, dass in der Literatur noch kaum ein Theorie-Praxis-Transfer für die SA vorgenommen wurde. Es existieren somit keine erarbeiteten Listen oder Aufzählungen zu Aufgaben für die SA in Bezug auf Inklusion. Die Autorin der vorliegenden Arbeit entschied sich deshalb, die in der Literatur und der BRK explizit oder implizit erwähnten Aufgaben, in Handlungsfelder zusammenzufassen. Die Zuteilung der Aufgaben zu den jeweiligen Handlungsfeldern erfolgt durch die Autorin nach praktischen Erwägungen. Die Handlungsfelder werden folgendermassen benannt: „Organisationen Sozialer Arbeit“, „Kompetenzen sozialarbeitender Personen“, „Zusammenarbeit mit der Klientel“, „Gesellschaft“ und „Politik“. Ein weiteres Handlungsfeld, das sich in der in der Literatur für die SA zeigt, ist das der Forschung. Dieses wird hier jedoch nicht als Handlungsfeld für die Praxis der SA angesehen und deshalb nicht weiter bearbeitet.

2.2 Inklusion

Nach dem Duden bedeutet Inklusion „Miteinbezogensein“ oder „gleichberechtigte Teilhabe an etwas“ (Dudenredaktion, o.D.). Exklusion ist der begriffliche Gegenpol von Inklusion und wird mit „Ausschluss“ oder „Ausgrenzung“ definiert (Dudenredaktion, o.D.). Was nun genau unter Inklusion bzw. gleichberechtigter Teilhabe verstanden wird, soll nachfolgend anhand der Systemtheorie und des neuen Verständnisses von Inklusion durch die BRK aufgezeigt werden. Daraus wird schlussendlich eine Definition für die

vorliegende Arbeit gezogen. Der Begriff „Integration“ wird auch behandelt und soll am Schluss des Unterkapitels von Inklusion abgegrenzt werden können.

2.2.1 Systemtheorie

In der Systemtheorie wird von Funktionssystemen gesprochen, in die das Individuum jeweils entweder inkludiert oder exkludiert ist. Als Funktionssysteme werden Wirtschaft, Ökonomie, Politik, Recht, Religion, Kunst, Erziehung, Gesundheit, Sport und weitere genannt (Bommes & Scherr, 2012, S. 122; Lambers, 2015, S. 292). Ein Individuum ist in der modernen Gesellschaft nicht mehr automatisch, zum Beispiel durch Verwandtschaft oder Territorialität, oder Klassen- und Schichtzugehörigkeit (Lambers, 2015, S. 292), in ein System inkludiert und von den anderen exkludiert (Bommes & Scherr, 2012, S. 121-129). Es steht nun vor der Aufgabe, die jeweils spezifischen Teilnahmebedingungen jedes Funktionssystems zu erfüllen und dadurch darin inkludiert zu werden (Bommes & Scherr, 2012, S. 130, 132, 180). Die Funktionssysteme sind prinzipiell für alle Individuen offen (Bommes & Scherr, 2012, S. 67). Jedes Individuum muss sich also um die Inklusion bemühen (Kuhlmann, 2012, S. 42). Somit kommt es auch auf die Inklusionsbereitschaft an, ob ein Individuum in ein Funktionssystem inkludiert wird (Bommes & Scherr, 2012, S. 181). Im jeweiligen Funktionssystem wird nicht der gesamte Mensch benötigt, sondern nur einzelne Fähigkeiten oder Eigenschaften von ihm (Kuhlmann, 2012, S. 41; Lambers, 2015, S. 292). Jedes Funktionssystem hat nach Lambers (2015, S. 292) seine eigenen gesellschaftlichen Aufgaben und erbringt spezifische Leistungen, funktioniert also nach seiner eigenen Logik (Degener & Mogge-Grotjahn, 2012, S. 61). Kann ein Individuum die jeweils gefragten Teilnahmebedingungen des Funktionssystems erfüllen, wird es darin inkludiert. In der Sprache der Systemtheorie wird das Individuum dann vom jeweiligen System als relevant angeschaut und kann die Leistungen des Funktionssystems beziehen (Hafen, 2015, S. 15). Da in jedem Funktionssystem andere Teilnahmebedingungen herrschen, ist die Inklusion oder Exklusion eines Individuums dem jeweiligen Funktionssystem überlassen (Müller, 2017, S. 49). In der heutigen Gesellschaft gibt es keine dauerhafte Inklusion in ein System mehr, sondern diese muss immer wieder neu erworben werden (Müller, 2017, S. 49). Die Exklusion aus einem Funktionssystem wird dann zu einem Problem, wenn sie lange andauert und das Individuum für sein Wohlbefinden zentrale Leistungen aus dem Funktionssystem nicht mehr beziehen kann (Bommes & Scherr, 2012, S. 131; Hafen, 2015, S. 16).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Inklusion von einem Individuum in ein System, gemäss dem Verständnis der Systemtheorie, vom Individuum selbst abhängt,

sich dieses demnach den Teilnahmebedingungen anpassen muss, um inkludiert zu werden.

2.2.2 Verständnis von Inklusion durch die BRK

Durch die BRK hat der Begriff „Inklusion“ an Bedeutung gewonnen und wird in der Fachwelt breit diskutiert (Wesselmann, 2017, S. 56; Degener & Mogge-Grotjahn, 2012, S. 69; Spatscheck & Thiessen, 2017, S. 11). Es soll hier dargelegt werden, wie Inklusion in den neusten Diskussionen über die Umsetzung der BRK interpretiert wird. Diese Definition von Inklusion wird in der Literatur auch in Abgrenzung zu Integration geführt. Die Abgrenzung wird nicht von allen Autorinnen und Autoren, welche die Thematik Inklusion behandeln, so vertreten (vgl. Kap. 1.1). In der vorliegenden Arbeit soll jedoch mit dem Ansatz der BRK, Inklusion reflektiert und die Aufgaben für die SA herausgearbeitet werden. Dies deshalb, weil dies der neuste Ansatz ist und Inklusion dadurch momentan breit diskutiert wird.

Als erstes soll nachfolgend aufgezeigt werden, wie Integration definiert werden kann.

Integration

Wird der Unterschied von Inklusion und Integration in der Literatur thematisiert, kommt das Wort „Referenzrahmen“ oft vor. Es wird davon gesprochen, dass bei der Integration immer ein Referenzrahmen als Voraussetzung für die Integration gegeben ist (Köttig, 2017, S. 33; Borrmann, 2017, S. 259). Dieser gibt vor, welche Eigenschaften ein Mensch haben muss, um integriert zu werden. Der Referenzrahmen zeigt also eine Normalitätsvorstellung auf (Borrmann, 2017, S. 259). Es geht um die Übernahme, die Akzeptanz und die Verinnerlichung der vorgegebenen Normen und Werte, um in die Gesellschaft integriert zu werden (Degener & Mogge-Grotjahn, 2012, S. 60). Köttig spricht von Zugehörigkeitsregeln, anhand derer Integrationsanforderungen gestellt werden können (2017, S. 33). Hier wird von der Autorin der vorliegenden Arbeit eine Gemeinsamkeit zur Systemtheorie gesehen, bei der es für jedes Funktionssystem, ähnlich wie beim Referenzrahmen, Vorgaben gibt, wie ein Mensch sein muss, um inkludiert zu werden. Bei der Integration geht es nach Kleve (2005, zitiert nach Degener & Mogge-Grotjahn, 2012, S. 61) aber um die Übernahme von Werten und Normen. Bei der Inklusion nach der Systemtheorie geht es hingegen um die Fähigkeiten des Inklusionswilligen, Kommunikationsmedien wie Geld, Bildung oder Macht einzubringen, um in das Funktionssystem aufgenommen zu werden. (Kleve, 2005, zitiert nach Degener & Mogge-Grotjahn, 2012, S. 61).

Zusammenfassend bedeutet Integration folglich, dass sich ein Individuum in einen bestehenden normativen Rahmen einfügt. Eignet sich das Individuum bestimmte Werte an und hält es sich an bestimmte Normen, kann es sich in die Gesellschaft integrieren.

Inklusion

Vor allem durch das neuste Verständnis von Inklusion, das durch die BRK geschaffen wurde, wird „Inklusion“ stark von „Integration“ abgegrenzt. Köttig (2017, S. 34) schreibt, dass die Normalitätsvoraussetzungen, die bei der Integration gegeben sind, bei der Inklusion zurückgelassen werden. Es gibt keinen Referenzrahmen mehr, sondern es geht um die Anerkennung der Verschiedenheit der Individuen und ihrer Lebenslagen (DeGENER & Mogge-Grotjahn, 2012, S. 66 & 75; Borrmann, 2017, S. 259). Inklusion geht von einer Grundgesamtheit aus, in der die Diversität, auch Vielfältigkeit genannt, gegeben ist (Köttig, 2017, S. 34). Dies deckt sich mit Artikel 3 Buchstabe d BRK: „Die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“ (Art. 3 Buchstabe d BRK). Soll dieses neue Verständnis von Inklusion durch die BRK umgesetzt werden, müssen sich die Gesellschaft und damit die gesellschaftlichen Institutionen und Organisationen für die Eigenheiten des Individuums öffnen (May, 2017, S. 165). Es sollen sich also gesellschaftliche Strukturen verändern und damit Barrieren abgebaut werden (Müller, 2017, S. 52; Stoy & Tolle, 2015, S. 168).

Es kann gesagt werden, dass sich die Sicht auf das Individuum durch die neue Interpretation von Inklusion durch die BRK verändert. Nun liegt der Fokus nicht mehr wie bei der Integration oder der Systemtheorie, auf dem Individuum, sondern auf dem System. Hier kann der Bogen zum sozialen Modell von Behinderung geschlagen werden (vgl. Kap. 2.4), das auch den Fokus auf das System bzw. die Gesellschaft legt und den Abbau von Barrieren verlangt.

Inklusion bedeutet, dass allen Individuen eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft gewährleistet wird (Stoy & Tolle, 2015, S. 168; Kasten, 2017, S. 75; Gahleitner, Körner, Gerlich & Völschow, 2017, S. 180). Dies entspricht dem Artikel 3 Buchstabe c BRK, der „die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ (Art. 3 Buchstabe c BRK) fordert. Wird eine gleichberechtigte und volle Teilhabe gefordert, müssen nach Theunissen und Schwalb (2012, S. 17) auch die Selbstbestimmung und die Partizipation des Individuums gewährleistet sein. Es werden folgende Bereiche in der BRK hervorgehoben, in denen die Teilhabe gewährleistet werden sollte: Bildung (Art. 24), Arbeit und Beschäftigung (Art. 27), politisches und öffentliches Leben (Art. 29), kulturelles Leben wie Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten (Art. 30) und zusammenfassend Art. 9 volle Teilhabe in allen Lebensbereichen.

Es sollen nun noch die Aussagen verschiedener Autorinnen und Autoren aufgenommen werden, die aufzeigen, womit sie Inklusion nach der BRK verbinden. Degener und Mogge-Grotjahn (2012, S. 75) verbinden mit Inklusion einerseits die Berücksichtigung von Autonomie und Freiheit, was bedeutet dem Individuum ein selbstbestimmtes Leben zu gewähren. Andererseits sehen sie Inklusion nach der BRK direkt mit den Prinzipien der Nichtdiskriminierung, Chancengleichheit und Anerkennung der Menschenwürde verbunden. Dies kann mit der Aussage von Graumann (2012, S. 83 & 84) in Verbindung gebracht werden, die besagt, dass Gleichberechtigung und somit gleichberechtigte Teilhabe nur dann geschehen kann, wenn gegen Diskriminierung gekämpft wird. Auch Kötting (2017, S. 35) sieht die Bekämpfung von Diskriminierung als Ziel einer inklusiven Gesellschaft an. Die Nennung der Prinzipien „Chancengleichheit“ und „Gleichberechtigung“ scheint hier zentral zu sein, denn Kronauer schreibt, dass Exklusion auf soziale Ungleichheit zurückzuführen ist und dadurch überhaupt weiter fortbestehen kann (2010, S. 21).

Inklusion nach der BRK heisst zusammengefasst, dass sich nicht das Individuum, sondern die Systeme verändern müssen. Und zwar so, dass jedes Individuum selbstbestimmt daran teilhaben kann. Das Individuum muss sich demnach nicht mehr den Normalitätsvorstellungen einer Gesellschaft anpassen, sondern wird mit seinen Eigenheiten anerkannt. Bei der Inklusion nach der BRK werden die Grundprinzipien der Nichtdiskriminierung, der Anerkennung der Diversität, der Autonomie und der Selbstbestimmung des Individuums vertreten.

2.2.3 Definition von Inklusion für die vorliegende Arbeit

Auf Basis der bisherigen Ausführungen wird Inklusion in der vorliegenden Arbeit folgendermassen definiert: Inklusion wird als ein komplexer Begriff angesehen, der als Prozess und Ziel verstanden wird und viele Aufgaben für Individuen, die Gesellschaft und die einzelnen Systeme bereithält. Inklusion bedeutet für ein Individuum die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe an den einzelnen Systemen der Gesellschaft. Das heisst, ein Leben ohne Barrieren, ohne Normalitätsvorstellungen gerecht werden zu müssen und diskriminiert zu werden und ein Leben, in dem das Individuum mit seinen individuellen Fähigkeiten angesehen wird und von der Gesellschaft in seiner Diversität geschätzt wird. Inklusion umfasst auch die Grundprinzipien „Selbstbestimmung“ und „Partizipation“.

2.3 UN-Behindertenrechtskonvention

Die BRK wurde im Jahr 2006 von der Generalversammlung der UNO (United Nations Organization) verabschiedet und ist seit dem Jahr 2008 in Kraft. Die Schweiz ist einer der 175 Vertragsstaaten der BRK, dies seit dem Jahr 2014. (EDI, o.D.a) Die Ratifizierung der BRK durch die Schweiz geschah im Vergleich zu anderen Staaten relativ spät. Deutschland zum Beispiel ratifizierte die BRK im Jahr 2009 (Spatscheck & Thiessen, 2017, S. 12).

Initialstaatenbericht und Schattenbericht

In der BRK wird festgehalten, dass jeder Staat zwei Jahre nach dem Inkrafttreten der BRK im Vertragsstaat einen Initialstaatenbericht an den UN-Ausschuss abgeben muss, der die Massnahmen und den Stand der Umsetzung aufzeigen soll (EDI, o.D.a). Dieser wurde von der Schweiz rechtzeitig eingereicht. Inclusion Handicap, der Dachverband der Behindertenorganisationen in der Schweiz, hat auf den Initialstaatenbericht mit einem 158-seitigen Schattenbericht reagiert (Inclusion Handicap, 2017). Denn nach Inclusion Handicap ist der Initialstaatenbericht unvollständig und zeigt ein zu positives Bild der Umsetzung der BRK in der Schweiz (Inclusion Handicap, o.D.). Der Schattenbericht wird in der vorliegenden Arbeit dem Initialstaatenbericht vorgezogen, da er seine Ausführungen zur Umsetzung der BRK in der Schweiz breiter abstützt. Er umfasst Wissen von Organisationen und Fachkräften, die mit Menschen mit Behinderungen zusammenarbeiten und von Menschen mit Behinderungen selbst (Inclusion Handicap, 2017, S. 5).

Rechte in der BRK: Nicht nur für Menschen mit Behinderungen

In der BRK werden die Rechte der Menschen mit Behinderungen ausgeführt. Dies sind keine Sonderrechte, sondern die Rechte aus der Menschenrechtskonvention, die für alle Menschen gelten. Diese Rechte werden in der BRK auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen übertragen und die Umsetzung dieser Rechte wird für sie konkretisiert. (EDI, o.D.a)

Die Aussagen zu Inklusion in der BRK werden somit nicht nur für Menschen mit Behinderungen betrachtet und diskutiert, sondern für alle Menschen (Gahleitner et al., 2017, S. 179; Tröndle, 2012, S. 11). Aussagen, die in der vorliegenden Arbeit für das Thema Inklusion von der BRK abgeleitet werden, können somit auf alle Menschen und jede Klientel der SA übertragen werden.

2.4 Klientel: Menschen mit psychischen Erkrankungen

Es soll nachfolgend aufgezeigt werden, was unter Menschen mit psychischen Erkrankungen verstanden werden kann und wie diese Klientel in der vorliegenden Arbeit definiert wird.

Klassifikation psychischer Erkrankungen

Es gibt viele verschiedene psychische Erkrankungen (Pro Mente Sana, o.D.). Weiter können sich auch innerhalb einer Diagnose verschiedene Schweregrade zeigen (Heinz, 2016, S. 48). Zudem kann sich eine Erkrankung nur einmal im Leben eines Individuums oder immer wieder manifestieren (Pro Mente Sana, 2017, S. 4). In der Schweiz werden die psychischen Erkrankungen mit dem Klassifikationssystem ICD-10 (International Classification of Diseases) klassifiziert (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2016, S. 12). Damit werden die psychischen Erkrankungen in zehn verschiedenen Kategorien abgehandelt (Köhler, 2017, S.18).

Gemeinsamkeiten psychischer Erkrankungen

Wie Grüber (2015, S. 113 & 114) in ihrem Beitrag ausführt, ist es schwierig zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und solchen ohne zu unterscheiden. Denn die Grenzen sind fließend. Trotzdem sind sie vorhanden und es ist wichtig, sie wahrzunehmen und Gemeinsamkeiten von psychischen Erkrankungen zu benennen. (Grüber, 2015, S. 113 & 114) Die Gemeinsamkeiten werden im DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) darin gesehen, dass sich alle psychischen Erkrankungen, im DSM-5 Störungen genannt, im Denken, in der Regulation der Emotionen oder des Verhaltens eines Individuums zeigen. Psychische Erkrankungen sind nach dem DSM-5 immer verbunden mit bedeutsamen Leiden oder Behinderung bezogen auf soziale oder berufliche und andere wichtige Aktivitäten. (Falkai et al., 2018, S. 26) Ein charakteristisches Merkmal von psychischen Erkrankungen sieht Grüber (2015, S. 114) im Auftreten von Krisen, die von den Betroffenen und vom Umfeld als Ausnahmesituation wahrgenommen werden, da sich das Individuum dann anders verhält als normalerweise. Nach Heinz muss ein Individuum fähig sein, zwischen verschiedenen Handlungsalternativen zu entscheiden. Menschen mit psychischen Erkrankungen fehlt diese Fähigkeit, sie sind weniger flexibel und haben ein kleineres Repertoire an Verhaltensweisen, um auf Situationen zu reagieren. (Heinz, 2016, S. 46) Pro Mente Sana dreht dies um und schreibt über die Gemeinsamkeiten von Menschen mit psychischer Gesundheit. Diese Individuen sind demnach emotional ausgeglichen, verfügen über eine gute kognitive Leistung und stehen im positiven Austausch mit ihrem sozialen Netzwerk. Dadurch werden eine gute

Leistung in Ausbildung und Arbeit, sowie gute soziale Beziehungen mit dem Umfeld möglich. (Pro Mente Sana, 2017, S. 4)

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Menschen mit Behinderungen

Folgende Definition von Menschen mit Behinderungen in Artikel 1 BRK zeigt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen zu den Menschen mit Behinderungen gezählt werden können. „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Art. 1 BRK).

Nicht nur die Feststellung, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen zu den Menschen mit Behinderungen gezählt werden können, sondern auch die Nennung von Barrieren in dieser Definition, wird von der Autorin als wichtig angesehen, weil der Abbau von Barrieren in Bezug auf Inklusion zentral ist. Deshalb wird nachfolgend das soziale Modell von Behinderung betrachtet, in dem ebenfalls Barrieren thematisiert werden.

Soziales Modell von Behinderung

Auch im sozialen Modell von Behinderung geht es um Barrieren. Dieses Modell besagt nach Kastl (2017, S. 49), dass ein Individuum erst durch die Gesellschaft, durch verschiedene Barrieren, behindert gemacht und dadurch bei Aktivitäten eingeschränkt und ausgegrenzt wird. Es geht nach ihm dabei um Normen der Gesellschaft, denen das Individuum gerecht werden muss (Kastl, 2017, S. 49). Durch die Festlegung von Normen, was normal und was behindert ist und was ein Individuum können oder eben nicht können muss (Kastl, 2017, S. 58), entstehen Barrieren für das Individuum, falls es nicht dieser Norm entsprechen kann. Barrieren sind einerseits physische Barrieren, wie zum Beispiel ein zu hoher Randstein und andererseits Barrieren im übertragenen Sinn wie unverständliche Texte oder Stigmatisierung, Stereotype und Vorurteile (Kastl, 2017, S. 49). Grüber (2015, S. 116 & 118) unterscheidet zwischen sachlichen und einstellungsbedingten Barrieren. In der vorliegenden Arbeit sollen dafür die Bezeichnungen „umweltbedingte“ und „einstellungsbedingte“ Barrieren gemäss der Präambel e) BRK benutzt werden. Nach Kastl (2017, S. 48 & 49) sind vor allem die einstellungsbedingten Barrieren, also die Stigmatisierung, Stereotype und Vorurteile, für Menschen mit psychischen Erkrankungen bedeutend (vgl. Kap. 2.5). Das soziale Modell von Behinderung setzt somit an den Barrieren, die von der Gesellschaft auferlegt werden, an und verlangt deren Beseitigung. (EDI, o.D.b)

Medizinisches Modell von Behinderung

Auch im medizinischen Modell wird eine Einschränkung in der gesellschaftlichen Teilnahme der Menschen mit Behinderungen gesehen. Diese ist aus der Sicht des medizinischen Modells jedoch der Beeinträchtigung des Organismus selbst geschuldet. Das heisst, die Beeinträchtigung des Individuums führt zur Behinderung. Gemäss dem Modell soll die Beeinträchtigung des Organismus, also des Individuums, geheilt werden. Das Individuum mit seiner Beeinträchtigung steht hier somit im Fokus. (EDI, o.D.b)

Definition der Klientel „Menschen mit psychischen Erkrankungen“

Auf Basis der genannten Betrachtungen soll nachfolgend eine Definition der Klientel „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ aufgeführt werden. In der vorliegenden Arbeit sollen unter Menschen mit psychischen Erkrankungen Individuen fallen, die einerseits eine unter dem ICD-10 aufgeführte Erkrankung haben. Andererseits Individuen, die durch ihren psychischen Zustand den gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen nicht gerecht werden können und dadurch in ihrem Alltag mit einstellungsbedingten Barrieren konfrontiert sind. Wenn in der vorliegenden Arbeit von Menschen mit Behinderungen gesprochen wird, sollen aus den zuvor genannten Gründen, damit auch Menschen mit psychischen Erkrankungen gemeint sein. Deshalb werden auch die Begriffe „psychische Behinderung“ und „psychische Erkrankung“ als Synonyme verwendet.

2.5 Stereotype, Vorurteile, Diskriminierung und Stigmatisierung

Es zeigt sich in der Auseinandersetzung mit der Literatur, dass Stigmatisierung vor allem bezüglich Menschen mit psychischen Erkrankungen ein viel benutzter Begriff ist. Stigmatisierung bezeichnet einen komplexen Prozess, der aus Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierungen besteht (Rüsch & Müller, 2016, S.11). Wie Finzen aufzeigt, können Vorurteile und Diskriminierung auch als Vorstufen von Stigmatisierung gesehen werden. Diese Begriffe sollen nachfolgend beschrieben werden (2013, S. 26).

Stereotype

Nach Möller-Leimkühler (2005, S. 46) geht es bei Stereotypen darum, dass einem Individuum bestimmte Eigenschaften zugeschrieben werden. Dies geschieht aufgrund seiner Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe. Freimüller und Wölwer (2012, S. 21) unterstützen dies und definieren Stereotype als Verallgemeinerungen und Vereinfachungen. Die Definition des Dudens zeigt weiter auf, dass es sich beim Stereotyp um ein vorgefertigtes Bild handelt (Dudenredaktion, o.D.). Brückner (2011, S. 91) bezeichnet es

auch als Einstellung. Er ergänzt, dass Stereotype kulturell bestimmt sind, es also in jeder Kultur typische Stereotype gibt.

Vorurteile

Ein Stereotyp kann zum Vorurteil werden, wenn er mit einer affektiven Bewertung verbunden wird (Brückner, 2011, S. 92). Es handelt sich bei Vorurteilen nach dem Duden um eine Meinung (Dudenredaktion, o.D.). Diese Meinung entsteht nicht durch eigene Erfahrungen und ist auch nicht sachlich begründet (Freimüller & Wölwer, 2012, S. 21; Finzen, 2013, S. 26). Es wird hier in Anlehnung an Finzen (2013, S. 26) verstanden, dass ein Vorurteil gebildet wird, ohne dass ein Individuum viel darüber nachdenkt und den Sachverhalt kritisch anschaut und abwägt. Grausgruber (2005, S. 23) ergänzt, dass zutreffende Informationen, die nicht zum Vorurteil passen, unbeachtet bleiben und falsche Informationen, die zum Vorurteil passen, angenommen werden. Ein Vorurteil kann einen positiven oder negativen Inhalt haben (Grausgruber, 2005, S. 27).

Diskriminierung

Die beigezogenen Autorinnen und Autoren sind sich einig darüber, dass aus einem Vorurteil Diskriminierung entstehen kann. Wie geschrieben, ist ein Vorurteil eine Meinung, die Diskriminierung ist das aus dem Vorurteil resultierende Verhalten (Rüsch & Müller, 2016, S.11). Bei der Diskriminierung geht es also um eine Handlung (Finzen, 2013, S. 26). Nach Finzen handelt es sich um Diskriminierung, wenn ein Individuum einen Mitmenschen unangemessen und unwürdig behandelt und diesen dadurch benachteiligt (2013, S. 30). Benachteiligungen sehen auch Freimüller und Wölwer als Effekt negativer Diskriminierung (2012, S. 21).

Stigma und Stigmatisierung

Wie zu Beginn dieses Unterkapitels erwähnt, sind Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung Vorstufen oder Bestandteile von Stigmatisierung. Grausgruber (2005, S. 21) führt aus, dass „Stigma“ ursprünglich „Brandmal“ bedeutete. Damit ist ein Zeichen gemeint, das ein Individuum von anderen unterscheidet. Dieses Zeichen kann eine Eigenschaft oder ein Merkmal eines Individuums sein, das aus Sicht des Gegenübers nicht hinnehmbar ist und deshalb negativ definiert wird (Finzen, 2013, S. 40; Grausgruber, 2005, S. 21). Es veranlasst das Gegenüber, alle positiven Eigenschaften des Individuums als nichtig zu betrachten. Die nicht hinnehmbare, negative Eigenschaft ist dann das Stigma (Brandmal). (Finzen, 2013, S. 40) Das Stigma kann als Normabweichung gesehen werden. Dem Individuum mit dem Stigma werden dann zusätzlich zu der negativen Eigenschaft, weitere negative Eigenschaften zugeschrieben. Es findet eine Übertragung

von dem einen Merkmal auf das gesamte Individuum statt, was als Stigmatisierung bezeichnet wird. (Grausgruber, 2005, S. 21-23) Durch die Stigmatisierung können Individuen aus der Gesellschaft ausgegrenzt und abgewertet werden (Freimüller & Wölwer, 2012, S. 21). Grausgruber schreibt, dass ein Stigma wie ein Vorurteil auf der Einstellungsebene, Stigmatisierung hingegen auf der Verhaltensebene wirkt (2005, S. 23). Dies deckt sich mit Diskriminierung, die wie oben erwähnt, auch ein Verhalten darstellt.

Formen und Dimensionen von Stigmatisierung

In der Literatur werden verschiedene Formen und Dimensionen von Stigmatisierung und verschiedene Arten von Stigma aufgezeigt. Finzen (2013, S. 44) unterscheidet zwischen dem angeborenen Stigma, dem Stigma durch Krankheit und dem der Minderheitszugehörigkeit. Schulze (2005, S. 127) unterscheidet zwischen verschiedenen Dimensionen von Stigmatisierung. Finzen legt den Fokus in seinem Buch vor allem auf die Selbststigmatisierung und erklärt, wie die Selbststigmatisierung wie eine zweite Krankheit auf das Individuum wirkt (2013, S. 45) (vgl. Kap. 5.2).

Stigmatisierung führt zur Ausgrenzung

Durch Stigmatisierung und ihre Vorstufen: Stereotype, Vorurteile und Diskriminierung, können Individuen ausgegrenzt, benachteiligt und damit an einer vollen Teilhabe in der Gesellschaft gehindert werden (Grausgruber, 2005, S. 28; BAG, 2015, S. 18). Diese Begriffe sind somit mit dem Thema der Inklusion verwoben und nehmen hier einen wichtigen Stellenwert ein.

3. Handlungsfeld: Organisationen Sozialer Arbeit

Im ersten Handlungsfeld soll der Blick auf die Organisationen der Sozialen Arbeit gerichtet werden. Im ersten Unterkapitel werden zuerst allgemeine Aufgaben der Organisationen in Bezug auf Inklusion herausgearbeitet. Im zweiten Unterkapitel wird aufgezeigt, welche zusätzlichen Aufgaben sich für die Organisationen, die mit Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten, ergeben. Abschliessend werden dann Handlungsansätze präsentiert, die zur Umsetzung der Aufgaben angewendet werden können. Nach diesem Prinzip werden alle Handlungsfelder in den nachfolgenden Kapiteln bearbeitet.

3.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld

SA findet in Organisationen statt und wird durch diese gerahmt (Bommes & Scherr, 2012, S. 188). Auch die Einrichtungen der SA sind von den Eigengesetzlichkeiten von Organisationen bestimmt (Bommes & Scherr, 2012, S. 189). Wird den Aussagen von Bommes und Scherr (2012, S. 167) gefolgt, bedeutet dies, dass die SA als Organisation zwischen Mitgliedern und Nicht-Mitgliedern unterscheiden muss. Individuen werden also in Form von einer Leistungsrolle (Angestellte/Angestellter) oder einer Publikumsrolle (Klientin/Klient) in die Organisation inkludiert oder als Nicht-Mitglied exkludiert, weil sie den Teilnahmebedingungen nicht gerecht werden (vgl. Kap.2.2.1). Somit sind also auch Organisationen der SA bei Exklusionsprozessen involviert und müssen deshalb nachfolgend genauer betrachtet werden.

Aufgaben für alle Organisationen

Es gibt bezüglich Inklusion übergeordnete Aufgaben, die nicht nur spezifisch von Organisationen der SA erfüllt werden müssen. Diese können aus verschiedenen Artikeln der BRK gelesen werden und sollen nachfolgend ausgeführt werden. Artikel 2 BRK, der besagt, dass alle Produkte, Programme und Dienstleistungen so gestaltet sein müssen, dass sie von allen Menschen benutzt werden können. Artikel 4 Ziff. 3 BRK besagt, dass die Individuen aktiv in Entscheidungen die sie betreffen, miteinbezogen werden müssen. Artikel 5 BRK fordert die Beseitigung von Diskriminierung und die Förderung von Gleichberechtigung. Und schlussendlich Artikel 9 BRK der den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt (z.B. Gebäude), Informationen, sowie zu Einrichtungen und Diensten verlangt. Diesen Artikeln verpflichtet sind die Vertragsstaaten und nicht direkt die Organisationen. Jedoch geben die Artikel den Rahmen vor, was bedacht werden muss, um Inklusion in der Organisation zu gewährleisten.

Aufgaben aus der BRK für die SA

Bezogen auf die genannten Artikel können die nachfolgenden Aussagen hinzugezogen werden. Graumann (2012, S. 80) schreibt, dass immer noch viele Einrichtungen, wie zum Beispiel Beratungsstellen, nicht barrierefrei zugänglich und ausgestattet sind. Es wird verlangt, dass sich Organisationen der SA verändern und an ihrer Barrierefreiheit arbeiten (Kuhlmann, 2012, S. 55; Müller, 2017, S. 52). Gemäss Degener und Mogge-Grotjahn (2012, S. 66) sollen die Organisationen für eine diskriminierungsfreie Atmosphäre sorgen sollen.

Nach Artikel 4 Buchstabe i BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten, Schulungen zu fördern, die Fachkräften, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten, deren Rechte gemäss der BRK aufzeigen. Feige und Hatsikas-Schroeder (2018, S. 26) finden, dass daraus eine Verpflichtung für die SA selbst herausgelesen werden kann und eine inklusive Menschenrechtsbildung als Aufgabe für die SA angesehen werden soll. Auch Dannenbeck (2017, S. 220) sieht die Stärkung von Fort- und Weiterbildungen als zentral an.

Überdenken der Differenzkategorien

Nachfolgend sollen Aufgaben der SA aufgezeigt werden, die sich im vorliegenden Handlungsfeld auf tun, die nicht allgemeingültig für alle Organisationen sind und auch nicht aus der BRK gelesen werden können. Köttig (2017, S. 38) schreibt, dass die SA ihre Hilfsangebote nach den Differenzmerkmalen der Klientel ausrichtet. Nach Köttig sind das Differenzmerkmale oder auch Differenzkategorien genannt, wie: ethnische Herkunft, sozialer Status, Geschlecht, Behinderung und einige mehr. Die Ausrichtung der Angebote an den Differenzkategorien müsste in einer inklusiven SA überdacht werden. Denn nach Köttig haben die Differenzmerkmale neben einigen positiven Aspekten, auch negative. Ein Individuum wird auf ein Merkmal reduziert, dadurch besonders behandelt bzw. einem Spezialangebot, für das ihm angehörige Merkmal zugewiesen. Anderen Merkmalen wird dabei zu wenig Beachtung geschenkt. (Köttig, 2017, S. 38) Auch führen nach Graumann (2012, S. 81) solche Spezialangebote zu einer systematischen Ausgrenzung vom gesellschaftlichen Leben, da damit Sonderorte für zum Beispiel Menschen mit Behinderungen geschaffen werden. Borrmann zieht für diese Thematik Aussagen von Leicht-Scholten bei, welche die Ausführungen zu den Differenzkategorien spezifizieren. Diese besagen, dass wenn mit Differenzierungskategorien gearbeitet wird, die Gefahr besteht, Zuschreibungen gegenüber dem Individuum zu machen, im Sinne von stereotypen Zuschreibungen von Bedürfnissen, Eigenschaften, Verhaltensweisen oder Interessen (Leicht-Scholten, 2012, zitiert nach Borrmann, 2017, S. 258).

Wie zuvor erklärt, kann aus Stereotypen auch Diskriminierung entstehen. Deshalb soll hier nun eine weitere Definition von Diskriminierung zu der schon genannten in Kapitel

2.5 beigezogen werden. Denn durch diese wird ersichtlich, dass die genannten Differenzkategorien auch diskriminierend sein können. Scherr definiert Diskriminierung folgendermassen:

Diskriminierung besteht a) in der sozialen Konstruktion und Verwendung von Klassifikationssystemen, die als Differenzkonstruktionen charakterisiert werden können, mit denen b) Gruppenkategorien (z. B. nationale, religiöse und ethische ‚Gruppen‘) und Personenkategorien (z. B. Behinderte/Nicht-Behinderte; Bildungsferne/Gebildete; Kinder/Erwachsene) unterschieden werden, die c) mit gesellschaftlich folgenreichen Vorstellungen über vermeintlich typische Merkmale sowie d) Annahmen über Ähnlichkeit und Fremdheit, Nähe und Distanz, Zugehörigkeit und Nicht-Zugehörigkeit sowie e) nicht zuletzt über angemessene Positionen im Gefüge der gesellschaftlichen Hierarchien (Machtverhältnisse, sozioökonomische Ungleichheiten, Prestigehierarchien) verbunden sind. (Scherr, 2012, zitiert nach Scherr, 2017, S. 44)

Es soll hier nicht gesagt werden, dass die SA durch ihre Differenzkategorien automatisch diskriminiert. Jedoch soll aufgezeigt werden, dass die Kategorisierung von Individuen, die Gefahr von Zuschreibungen und somit auch diskriminierender Handlungen birgt.

3.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Drei zusätzliche Aufgaben für die SA bei der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen können aus dem Schattenbericht herausgelesen werden. Darin führt Inclusion Handicap einige kritische Aussagen zu den Behindertenorganisationen auf. Es wird kritisiert, dass sich nur wenige Behindertenorganisationen zur BRK bekennen und diese thematisieren. Der Behindertendachverband schreibt weiter, dass die Organisationen kaum ihre Vorbildfunktion wahrnehmen, beispielsweise auch nicht als Arbeitgeber. (Inclusion Handicap, 2017, S. 32) Zudem bemängeln sie, dass sich die Behindertenorganisationen noch nicht von der Prägung des medizinischen Modells von Behinderung (vgl. Kap. 2.4) abgewendet haben. Die Abwendung vom medizinischen Modell von Behinderung würde nach Inclusion Handicap bedeuten, sich einem menschenrechtsbasierten Verständnis von Behinderung zuzuwenden. (Inclusion Handicap, 2017, S. 31) Es wird hier abgeleitet, dass damit das soziale Modell der Behinderung gemeint ist, denn dieses wird durch die BRK repräsentiert (vgl. Kap. 2.4).

3.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld

In diesem Unterkapitel werden die Handlungsansätze zum Handlungsfeld aufgeführt und erläutert, wie sie von der SA in der Praxis angewendet werden können. Zuerst folgt eine

Tabelle: in der linken Spalte sind in den vorangegangenen Unterkapiteln herausgearbeitete Aufgaben aufgelistet. In der rechten Spalte werden die zugehörigen Handlungsansätze aufgeführt, die in einem nachfolgenden Schritt erläutert werden.

Tabelle 1. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Organisationen Sozialer Arbeit"

Aufgabe	Handlungsansatz
Allgemein (für jede Klientel)	
Gewährleistung barrierefreier Produkte, Programme, Dienstleistungen und Gebäuden	Index-Inklusion & Konsultation von Expertinnen und Experten
Gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, Informationen und Kommunikation	Index-Inklusion & Konsultation von Expertinnen und Experten
Aktiver Einbezug von Individuen in Entscheidungen	Empowerment (vgl. Kap. 5.3.1), Lebensweltorientierung (vgl. Kap. 4.3.1) & Gemeinwesenarbeit (GWA)
Förderung Gleichberechtigung und Beseitigung Diskriminierung	Soziallobbying (vgl. Kap. 7.3), Politikberatung (vgl. Kap. 7.3) & GWA (vgl. Kap. 6.3.1)
Kritischer Umgang mit den Differenzkategorien	Anti-Bias-Ansatz
Schaffen diskriminierungsfreier Atmosphäre	Index-Inklusion & Anti-Bias-Ansatz
Menschen mit psychischen Erkrankungen	
Wahrnehmung der Vorbildfunktion	Konsultation von Expertinnen und Experten
Bekennung zur und Thematisierung der BRK	Dies verlangt ein Umdenken in der Organisation
Implementation eines menschenrechtsbasierten Verständnis von Inklusion	Dies verlangt ein Umdenken in der Organisation

Quelle: Eigene Darstellung (vgl. Kap. 3)

3.3.1 Index für Inklusion

Entscheidet sich eine Organisation, ihre Entwicklung Richtung Inklusion voranzutreiben, ist der Index für Inklusion ein möglicher Handlungsansatz (Bretländer & Heil, 2015, S. 207). Dabei handelt es sich um ein Analyse- und Planungsinstrument für Organisationen, die Inklusionsprozesse in der eigenen Organisation initiieren wollen. Bretländer und Heil schreiben, dass der erste Index für Inklusion für schulische Inklusion entstanden ist und mittlerweile verschiedene Indexvarianten vorliegen. Es gibt noch keinen Index spezifisch für die SA, jedoch können Organisationen der SA jede Indexvariante nutzen, wenn sie fachspezifische Anpassungen vornehmen. Bretländer und Heil versuchen in ihrem Beitrag aufzuzeigen, wie diese Anpassung für die SA aussehen könnte. (Bretländer & Heil, 2015, S. 206 & 207)

Voraussetzungen

Um den Index für Inklusion erfolgreich anwenden zu können, braucht es die Bereitschaft der Organisation zur Veränderung und Umstrukturierung, sowie Offenheit für Neues. Weiter müssen die sozialarbeitenden Personen der Reflexion vertraut sein. (Bretländer & Heil, 2015, S. 212)

Ziele und Konzeption

Der Index für Inklusion verfolgt die beiden Ziele Steigerung der Sensibilisierung für Ausgrenzungsprozesse und -strukturen auf institutioneller Ebene zu steigern und Teilhabebarrieren abzubauen (Bretländer & Heil, 2015, S. 206). Für den Index wurde ein systematischer Indikatoren- und Fragekatalog konzipiert, der aus den folgenden drei Dimensionen besteht: inklusive Kultur entwickeln, inklusive Leitlinien etablieren und inklusive Praxis entwickeln. Diesen Dimensionen sind Indikatoren zugewiesen und diesen dann wieder unterschiedliche Fragen. (Bretländer & Heil, 2015, S. 208 & 209).

Ablauf des Indexprozesses

Wie aus der Abbildung 1 herausgelesen werden kann, läuft der Indexprozess in fünf Phasen ab (Bretländer & Heil, 2015, S. 207). Auf die einzelnen Phasen kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen werden.

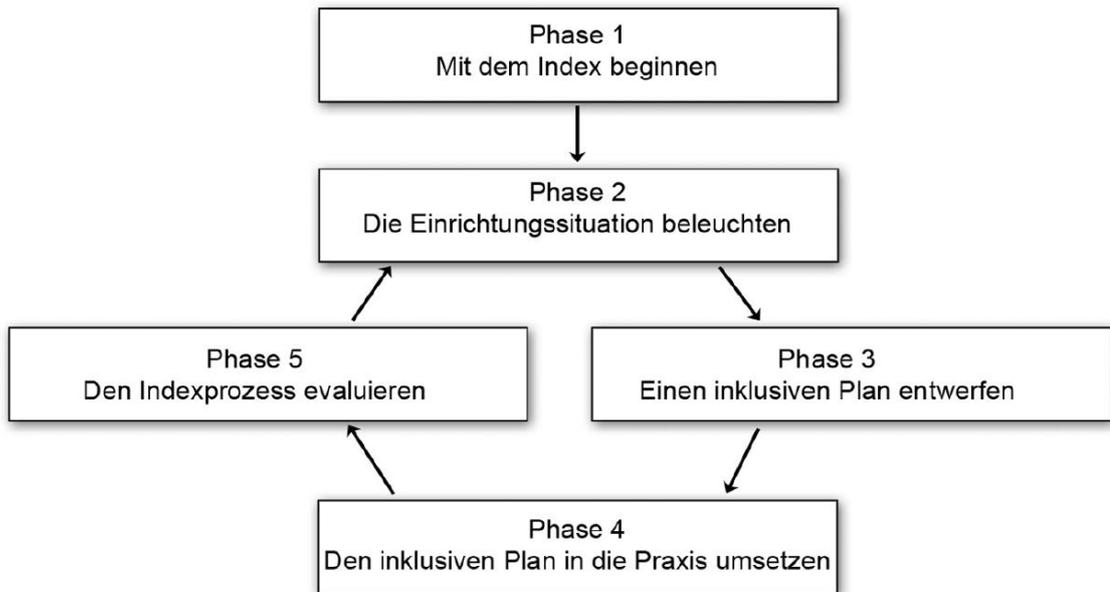


Abbildung 1. Der Indexprozess und seine fünf Phasen

Quelle: GEW, 2006 zitiert nach Bretländer & Heil, 2015, S. 207

3.3.2 Konsultation von Expertinnen und Experten

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass kaum konkrete Informationen vorliegen, wie eine Organisation für die eigene Barrierefreiheit sorgen kann. Dies, obwohl in Artikel 9 Ziff. 2 Buchstabe a BRK festgehalten ist, dass die Vertragsstaaten geeignete Massnahmen treffen sollten, um Mindeststandards und Leitlinien betreffend Zugänglichkeit von Einrichtungen und Diensten zu definieren.

Telefongespräche mit Expertinnen und Experten

Die Autorin der vorliegenden Arbeit hat Inclusion Handicap telefonisch kontaktiert. Nach der telefonischen Aussage von A. Kiddinar fokussiert sich Inclusion Handicap auf die Barrierefreiheit im öffentlichen Verkehr. Im Hinblick auf weitere Barrieren verwies sie auf „Zugang für alle“ (A. Kiddinar, pers. Mitteilung, 06.12.2018). „Zugang für alle“ setzt sich für barrierefreies Webdesign ein und hilft mit bei der Entwicklung und Gestaltung von Internetseiten, Apps und PDF Dokumenten (Zugang für alle, 2018). Weiter bietet die Stiftung Schulungen in diesem Bereich an (Zugang für alle, 2018). Im Telefongespräch wird die Verfasserin dieser Arbeit von C.Iniger auf Pro Infirmis verwiesen, da die Stiftung für sonstige Barrierefreiheit nicht die richtige Stelle sei (C.Iniger, pers. Mitteilung, 06.12.2018). Laut B. Ledergerber von Pro Infirmis Zürich, richtet die Fachorganisation gemäss Leitbild all ihre Angebote auf Inklusion aus. Ein öffentliches Positionspapier zur Umsetzung von Barrierefreiheit ist ihr nicht bekannt. Sie verweist auf ein Angebot von

Pro Infirmis „Büro für Leichte Sprache“ und auf weitere Expertinnen und Experten für Barrierefreiheit wie „Sensability“ und „BKZ“, die eventuell bei gewissen Fragen zu Barrierefreiheit weiter helfen könnten (B. Ledergerber, persönl. Mitteilung, 06.12.2018).

Das Büro für Leichte Sprache

Wenn ein Text in Leichter Sprache verfasst werden, also barrierefrei sein soll, kann das Büro für Leichte Sprache für eine Beratung konsultiert werden. Das Büro bietet weiter an, alle beliebigen Texte auf die Verständlichkeit zu prüfen, diese Prüfung übernehmen Menschen aus dem Zielpublikum. (Pro Infirmis, o.D.)

Sensability und BKZ

„Sensability“ nennt sich auf ihrer Internetseite: „Experten für Inklusion“, sie bieten Beratungen und Schulungen zum Thema Inklusion von Menschen mit Behinderungen an und zielen auf eine Sensibilisierung für diese Thematik (Sensability, 2017). Die Behindertenkonferenz Zürich (BKZ) bietet Bauberatung im Bereich hindernisfreies Bauen an (BKZ, 2018).

Folgerungen für die Organisationen

Die genannten Telefongespräche zeigten auf, dass es in der Schweiz Expertinnen und Experten für Barrierefreiheit gibt. Es erfordert jedoch einen relativ hohen Einsatz auf Seiten der Organisation, um alle Informationen und Hilfe für die barrierefreie Gestaltung der Organisation zu erhalten.

4. Handlungsfeld: Kompetenzen sozialarbeitender Personen

Nachdem der Blick auf den Organisationen Sozialer Arbeit lag, sollen nun im vorliegenden Kapitel die sozialarbeitenden Personen und ihre Kompetenzen im Fokus stehen.

4.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld

Die BRK stellt nach Graumann die Forderung auf, weg von der Defizitorientierung hin zur Diversitätsorientierung zu gehen (2012, S. 84). Um dieser Diversitätsorientierung zu entsprechen, müssen die sozialarbeitenden Personen von der eindimensionalen Orientierung an den Identitätsmerkmalen der Individuen abkommen und sich auf die Vielschichtigkeit von Biografien und Identitäten fokussieren (Degener & Mogge-Grotjahn, 2012, S. 71 & 75). Dies entspricht der neusten Interpretation von Inklusion durch die BRK, die besagt, dass die Heterogenität und die Vielfalt der Individuen wahrgenommen und geachtet werden muss (vgl. Kap. 2.2.2). Köttig (2017, S. 36) schlägt dazu vor, dass sozialarbeitende Personen die eigenen Differenzierungsformen und deren Entstehungsgeschichten reflektieren sollen. Ähnlich sieht dies Kasten (2017, S. 83) und schreibt, dass sozialarbeitende Personen selbstkritisch sein und die eigene Rolle im Ausgrenzungsprozess hinterfragen sollen. Denn gleichermassen wie die Organisation Differenzkategorien entwickelt, sind auch bei Fachkräften Einordnungs- und Bewertungskategorien vorhanden (Köttig, 2017, S. 37). Diese, schreibt Köttig, entwickeln sich durch die eigene Erfahrungsgeschichte.

Da die SA an der Konstruktion von Differenzkategorien beteiligt ist, wird einerseits gefordert, dass sich sozialarbeitende Personen differenzsensible Kompetenzen aneignen (Eppenstein & Kiesel, 2012, S. 97 & 98). Andererseits sollen sie reflektieren, wie in verschiedenen Situationen differenzbasierte Barrieren aufgebaut werden, die in Ausschlüssen resultieren (Gerner & Smykalla, 2017, S. 230). Gemäss Köttig ist für die Umsetzung dieser Forderungen, die Ausrichtung am Einzelfall nötig, wobei das Individuum in seiner Eigenwilligkeit und Besonderheit anerkannt, verstanden und gefördert werden kann (2017, S. 36).

4.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Wie im Kapitel 2.5 erwähnt, ist Stigmatisierung in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen ein grosses Thema und deshalb auch in diesem Unterkapitel zentral.

Vorurteile und Stigmatisierung auf Seiten der sozialarbeitenden Personen

Auch sozialarbeitende Personen sind nicht davor gefeit, Stereotype gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zu bilden und ihre Klientel zu stigmatisieren (Martino et al., 2012, S. 6; BAG, 2015, S.18). Die zwei zitierten Werke beziehen ihre Aussagen aus einer Studie aus dem Jahr 2006. Diese scheint demnach auch heute noch aktuell und relevant zu sein. Die Studie von Nordt, Rössler und Lauber (2006) untersuchte die Haltung von Fachpersonen gegenüber Menschen mit einer Schizophrenie oder Depression. Im Rahmen der Studie wurden Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit, andere Therapeutinnen und Therapeuten, zu derer Gruppe auch sozialarbeitende Personen gezählt werden, und die allgemeine Bevölkerung befragt. Die Studie zeigte auf, dass Psychiaterinnen und Psychiater von allen Untersuchungsgruppen am meisten negative Stereotype gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen aufweisen. Aber auch sozialarbeitende Personen weisen leicht mehr Stereotype auf als die Studienteilnehmenden der allgemeinen Bevölkerung. Weiter wurde die soziale Distanz, der Studienteilnehmenden zu den Menschen mit psychischen Erkrankungen untersucht, welche eines der wichtigsten Elemente von Stigmatisierung darstellt. Als soziale Distanz definiert die Studie, den Willen mit der Person in verschiedenen sozialen Situationen zu interagieren. Bei der Untersuchung wurde herausgefunden, dass alle Untersuchungsgruppen der Studie die gleich hohe soziale Distanz zu Menschen mit Schizophrenie, aber keine spezielle soziale Distanz zu Menschen mit einer Depression aufweisen. (Nordt et al., 2006)

Die Studie folgert, dass auch Fachpersonen ihre eigenen Haltungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen untersuchen sollten (Nordt et al., 2006). Auch im Arbeitspapier zur Entstigmatisierung wird verlangt, dass die Fachpersonen darüber aufgeklärt werden, dass sie durch ihr Verhalten zur Stigmatisierung beitragen können und dass sie von der Öffentlichkeit und den Medien beeinflusst werden (Martino et al., 2012, S. 21). Dem schliessen sich Mecheril und Melter an und schreiben, dass auch sozialarbeitende Personen von den gesellschaftlichen Vorstellungen beeinflusst sind (2010, S. 127).

4.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld

Auch hier sind zuerst Aufgaben, die in den vorangegangenen Kapiteln herausgearbeitet wurden und die dazugehörigen Handlungsansätze in einer Tabelle zusammengestellt. Daran anschliessend werden die Handlungsansätze vertieft erläutert.

Tabelle 2. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Kompetenzen sozialarbeitender Personen"

Aufgabe	Handlungsansatz
Allgemein (für jede Klientel)	
Achtung der Heterogenität und Diversität aller Individuen	Lebensweltorientierung (LWO)
Ausrichtung am Einzelfall	LWO
Anerkennung, Verständnis und Förderung des Individuums in seiner Eigenwilligkeit und Besonderheit	LWO und Empowerment
Reflexion der eigenen Differenzierungsformen und deren Entstehungsgeschichten	Anti-Bias-Ansatz
Selbstkritik und Hinterfragen der eignen Rolle im Ausgrenzungsprozess	Anti-Bias-Ansatz
Aneignung differenzsensibler Kompetenzen	Anti-Bias-Ansatz
Menschen mit psychischen Erkrankungen	
Untersuchung eigener Haltung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen	Workshop zur Aneignung von Antistigma-Kompetenzen
Bewusstseinsentwicklung, dass eigenes Verhalten zu Stigmatisierung führen kann	Workshop zur Aneignung von Antistigma-Kompetenzen
Bewusstseinsentwicklung, dass jeder von den gesellschaftlichen Vorstellungen geprägt wird	Workshop zur Aneignung von Antistigma-Kompetenzen

Quelle: Eigene Darstellung (vgl. Kap. 4)

4.3.1 Das Konzept der Lebensweltorientierung

Das Konzept der Lebensweltorientierung (LWO) versucht nach Grunwald und Thiersch (2016, S. 24), die ganzheitliche Wahrnehmung der Lebensmöglichkeiten und Probleme, wie sie im Alltag vom Individuum erlebt werden, zu erkennen und zu analysieren. LWO stützt sich auf strukturelle Veränderungen der Gesellschaft und geht gleichzeitig vom Individuum aus. Das Ziel „Hilfe zur Selbsthilfe“ soll dem Individuum zu einem gelingenderen Alltag verhelfen, in dem sie entlastende Verlässlichkeit und Perspektivität bietet. (Grunwald & Thiersch, 2016, S. 24-35)

Parallelen zwischen LWO und Inklusion

Gemäss Grunwald und Thiersch organisiert sich LWO in den folgenden fünf Strukturmaximen (2016, S. 43-46): „Prävention“, „Alltagsnähe“, „Regionalisierung“, „Partizipation“ und „Integration“. Mit allen fünf können Parallelen zu Elementen der Inklusion gezogen werden, deshalb sollen die Strukturmaximen nachfolgend aufgezeigt werden.

Strukturmaximen

Die Strukturmaxime „Prävention“ zielt darauf ab, vorausschauend zu handeln. Es sollen unterstützende und belastbare Infrastrukturen und allgemeine Kompetenzen erkannt und gesichert werden, bevor ein Problem entsteht. Durch die Strukturmaxime „Alltagsnähe“ sollen die Angebote im Alltag des Individuums präsent sein. Weiter ist die Orientierung an lokalen und regionalen Gegebenheiten zentral, denn die Angebote sollen leicht erreichbar sein, diese Strukturmaxime wird „Regionalisierung“ genannt. Die Strukturmaxime „Partizipation“ realisiert sich in verschiedensten Formen der Mitbestimmung und Beteiligung. Die Aufgabe der SA ist es, die Voraussetzungen dafür zu schaffen. Die letzte Strukturmaxime wurde lange „Integration“ genannt, Grunwald und Thiersch schreiben jedoch im neuesten Beitrag, dass die Strukturmaxime „Integration“ in der neueren Diskussion aufgehoben und durch „Inklusion“ ersetzt wurde. Diese Strukturmaxime wird deshalb hier nicht weiter beschrieben. (Grunwald & Thiersch, 2016, S. 43-46)

Prinzip der Einmischung

Die LWO verfolgt neben den Strukturmaximen auch das Prinzip der Einmischung. Es geht dabei darum, dass sich die SA politisch positioniert. Die sozialarbeitenden Personen sollen durch ihre Arbeit in der Praxis ihr Expertenwissen gegen aussen tragen, in die Politik und in die Öffentlichkeit. Es geht dabei um eine permanente Einflussnahme. (Grunwald & Thiersch, 2016, S. 42)

4.3.2 Anti-Bias-Ansatz

Die Anti-Bias-Werkstatt (o.D.) schreibt, dass „bias“ Voreingenommenheit oder Schiefelage meint. Anti-Bias bedeutet demnach „gegen Voreingenommenheit“ oder „gegen Schiefelage“.

Fleischer und Lorenz (2012, S. 243) versuchen in ihrem Beitrag die Potenziale des Anti-Bias-Ansatzes für die SA herauszuarbeiten. Sie plädieren einerseits dafür, den Anti-Bias-Ansatz in die Studiengänge der SA zu integrieren und andererseits Seminare zum Ansatz für bereits ausgebildete sozialarbeitende Personen zu etablieren (2012, S. 251 & 252).

Themen und Ziele des Ansatzes

Der Anti-Bias-Ansatz thematisiert Vorurteile, Macht und Diskriminierung. Er soll bei der Entwicklung einer differenzsensiblen Haltung in der Praxis helfen. Zu beachten ist, dass es kein abschliessender Prozess ist, Anti-Bias muss das ganze Leben immer wieder geübt werden. (Fleischer & Lorenz, 2012, S. 243-246)

In der Literatur wird die Anti-Bias-Werkstatt (o.D.) für Seminare zum Anti-Bias-Ansatz vorgeschlagen (Fleischer & Lorenz, 2012).

In Seminaren über den Anti-Bias-Ansatz geht es um das Hinterfragen von stereotypen Wahrnehmungsmustern und die Neubewertung dieser. Es soll an den individuellen Erfahrungen und Lebenszusammenhängen angeknüpft werden. Gesellschaftliche Verhältnisse, die zu Diskriminierung führen können, werden angeschaut. Auch die Selbstreflexion ist ein zentraler Bestandteil des Anti-Bias-Ansatzes. Wobei die Reflexion von Machtverhältnissen nach Fleischer und Lorenz gerade für sozialarbeitende Personen wichtig ist. Auch wird das Thema der Kategorien aufgenommen, wobei gezeigt wird, dass Kategorien Analysen dienen, gleichzeitig aber kritisiert werden sollen. (Fleischer & Lorenz, 2012, S. 245-250)

4.3.3 Antistigma-Kompetenzen

Freimüller und Wölwer haben für Fachpersonen, die mit Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten, ein Trainingsmanual zur Aneignung von Antistigma-Kompetenzen, entwickelt (2012, S. 2). Dieses ist dafür konstruiert, Workshops zur Aneignung von Antistigma-Kompetenzen zu leiten (Freimüller & Wölwer, 2012, S. 12). Darauf soll sich das vorliegende Unterkapitel beziehen.

Bedeutung von Antistigma-Kompetenzen

Antistigma-Kompetenz meint nach Freimüller und Wölwer, die Fähigkeit, sich wirksam gegen Stigma und Diskriminierung einzusetzen. Bei der Erarbeitung von Antistigma-Kompetenzen, geht es um das Erlangen von Kompetenzen auf den Ebenen Wissen, Haltungen und Verhalten. Dazu haben Freimüller und Wölwer ein Kompetenz-Bildungs-Modell erstellt, das in der Abbildung 2 ersichtlich wird. In diesem Modell sind bestimmte Bildungsinhalte aufgeführt, die Fachpersonen bei der Aneignung von Antistigma-Kompetenzen unterstützen sollen. (Freimüller & Wölwer, 2012, S. 7-12)



Abbildung 2. Kompetenz-Bildungs-Modell mit den drei Ebenen

Quelle: Freimüller & Wölwer, 2012, S. 8

Workshop zur Aneignung von Antistigma-Kompetenzen

Der Workshop soll von einer Person mit psychischer Erkrankung und einer Fachperson geleitet werden. Er dauert zwei Tage und ist in vier Module gegliedert. In den Modulen sollen sich die Teilnehmenden Wissen auf allen drei genannten und abgebildeten Ebenen aneignen. Es ist wichtig zu wissen, dass die Antistigma-Kompetenz grösstenteils durch das Hinterfragen von eigenen Haltungen und Handlungen angeeignet werden muss. (Freimüller & Wölwer, 2012, S. 12-16)

Ziele des Workshops

Es werden mit dem Workshop folgende drei Ziele verfolgt: Bewusstseinsbildung und die Sensibilisierung für Stigma, Förderung von Antistigma-Kompetenzen und die Ermutigung der Fachpersonen, Stigmatisierung zu bekämpfen. Die Teilnehmenden sollen sich Fähigkeiten aneignen, um Stigmatisierungsprozesse zu erkennen, und das Ansprechen und Bekämpfen von Stigmatisierung zu üben. (Freimüller & Wölwer, 2012, S. 11)

5. Handlungsfeld: Zusammenarbeit mit der Klientel

Die Organisationen Sozialer Arbeit und die Kompetenzen sozialarbeitender Personen wurden schon behandelt. Im vorliegenden Handlungsfeld soll ausgeführt werden, welche Aufgaben bezüglich Inklusion sich im direkten Klientenkontakt ergeben.

5.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld

Köttig (2017, S. 36) findet die Ausrichtung am Einzelfall beim Thema Inklusion zentral. Dies nicht nur für die Aneignung von differenzsensiblen Kompetenzen (vgl. Kap. 4.1), sondern auch für die Erkennung der Potenziale jedes Individuums. Damit kann nach ihr eine spezifische Unterstützung des Individuums angeboten werden. Die Wichtigkeit der individualisierten Begleitung bestätigen auch Stoy und Tolle (2015, S. 168).

Befähigung des Individuums

Gemäss der Systemtheorie muss sich das Individuum dem Funktionssystem anpassen, will es darin inkludiert werden (vgl. Kap. 2.2.1). Die Aufgabe der SA ist es demnach, Individuen zu befähigen und zu motivieren, sich den Teilnahmebedingungen anzupassen (Bommers & Scherr, 2012, S. 185 & 209). Das Individuum soll durch die Hilfe der SA fähig sein, sich selbstständig Zugang zu den Funktionssystemen zu verschaffen (Bommers & Scherr, 2012, S. 188). Auch die Literatur, die sich auf die BRK bezieht, sieht eine Aufgabe der SA in der Befähigung des Individuums. Kuhlmann (2012, S. 49 & 52) geht es dabei jedoch mehr um die Befähigung des Individuums zur Kommunikation und zur Inanspruchnahme der eigenen Rechte. Dem schliessen sich May (2017, S. 174) und Rieger (2010, S. 13) an und schreiben, dass die SA dafür sorgen muss, dass sich jedes Individuum an Aushandlungsprozessen beteiligen kann. Es soll die Chance haben seine Bedürfnisse auszudrücken und befähigt werden, seine Interessen zu vertreten und durchzusetzen. Degener und Mogge-Grotjahn (2012, S. 71) schreiben, dass das Individuum dazu befähigt werden sollte, an der Gestaltung des gesellschaftlichen und politischen Lebens teilzunehmen. Es soll sein Leben aktiv gestalten können und so auch Verantwortung übernehmen.

5.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Im vorliegenden Handlungsfeld sticht ebenfalls das Thema der Stigmatisierung heraus. Da in diesem Handlungsfeld die Klientin oder der Klient betrachtet werden, sollen die Selbststigmatisierung und ihre Auswirkungen thematisiert werden.

Stigma durch Krankheit

Finzen führt verschiedene Formen von Stigma auf, wobei Menschen mit psychischer Erkrankung der Form ‚Stigma durch Krankheit‘ zugeordnet werden können (2013, S. 44 & 45). Es bedeutet, dass das Stigma nicht angeboren ist, sondern erst später im Leben auftritt. Hier eröffnet sich das Problem, dass die Menschen mit psychischen Erkrankungen mit den Vorurteilen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankung aufgewachsen sind (Finzen, 2013, S. 45; Grausgruber, 2005, S. 28; Rüscher & Müller, 2016, S. 101). Durch das Aufwachsen mit den Vorurteilen, haben sie diese verinnerlicht und reproduziert (Finzen, 2013, S. 18). Dadurch ist es natürlich, dass die Individuen beginnen sich selbst zu missbilligen und zu stigmatisieren (Finzen, 2013, S. 45).

Selbststigmatisierung

Selbststigmatisierung findet dann statt, wenn Individuen sich negative Stereotype selbst zuschreiben und diese gegen sich wenden und sich damit selbstverurteilen und selbstdiskriminieren (BAG, 2015, S. 18; Rüscher & Berger, 2012, S. 952). Wird die Definition von Selbststigmatisierung von Freimüller und Wölwer beachtet, sind es auch Vorurteile, welche die Individuen bei der Selbststigmatisierung gegen sich wenden (2012, S. 21).

Folgen der Selbststigmatisierung für das Individuum

Auf die Selbststigmatisierung folgen oft Schamgefühle und eine Beschädigung oder gar der Verlust des Selbstwertgefühls (Rüscher & Müller, 2016, S. 101; Finzen, 2013, S. 9; BAG, 2016, S. 18). Es besteht weiter die Möglichkeit, dass die Selbstwirksamkeit des Individuums durch die Selbststigmatisierung vermindert wird (BAG, 2017). Gemäss Finzen (2013, S. 9, 63 & 68) kann Selbststigmatisierung zu Hoffnungslosigkeit, Resignation und zur Beschädigung und Veränderung der Identität des Individuums führen.

Die Stimme der Betroffenen

Grüber (2015, S. 111) sieht es als notwendig an, dass Selbstvertretungsgruppen bestehende Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen aufzeigen und deren Beseitigung einfordern. Auch im Schattenbericht von Inclusion Handicap wird bemängelt, dass Menschen mit Behinderungen kaum Gremien der Interessensvertretung zugehörig sind und ihre Selbstvertretung in Behindertenorganisationen und in regionalen Planungen nicht vorhanden ist. Es wird deshalb verlangt, dass die Beteiligung und Mitbestimmung von Menschen mit Behinderungen gefördert wird. (Inclusion, Handicap, 2017, S. 138-140).

5.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld

Bereits in den letzten beiden Kapiteln jeweils im dritten Unterkapitel eine Tabelle mit den Aufgaben und Handlungsansätzen zum Handlungsfeld aufgeführt wurde, wird dies auch nachfolgend gemacht.

Tabelle 3. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Zusammenarbeit mit der Klientel"

Aufgabe	Handlungsansatz
Allgemein (für jede Klientel)	
Befähigung des Individuums sich den Teilnahmebedingungen anzupassen	Empowerment (Ebene Individuum)
Befähigung des Individuums eigene Rechte wahrzunehmen	Politische Bildung & Empowerment (beide Ebenen)
Befähigung des Individuums eigene Interessen zu vertreten und durchzusetzen	Politische Bildung & Empowerment (beide Ebenen)
Befähigung des Individuums am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen	Empowerment (Ebene Individuum) & Recovery-Ansatz (bei Menschen mit psychischen Erkrankungen)
Menschen mit psychischen Erkrankungen	
Hilfe beim Umgang und der Bewältigung der Selbststigmatisierung	Hilfe bei der Überwindung der Selbststigmatisierung
Förderung der Selbstwirksamkeit	Empowerment (Ebene Individuum) & Recovery-Ansatz
Unterstützung von Selbstvertretungsgruppen, ihre Interessen zu artikulieren	Empowerment (Ebene Gruppe)
Hilfe beim Aufbau von sozialen Netzwerken	Empowerment (Ebene Gruppe)

Quelle: Eigene Darstellung (vgl. Kap. 5)

5.3.1 Empowerment-Konzept

Gemäss Herriger (2014, S. 13) kann Empowerment übersetzt werden, mit Selbstbefähigung oder Stärkung von Eigenmacht und Autonomie. Allen Definitionen ist nach Herriger gemeinsam, dass das Individuum durch Empowerment mit der Zeit die Kraft erlangt, die es benötigt, um sein Leben „besser“ zu leben. Was unter „besser“ leben verstanden wird, soll das Individuum selber entscheiden. (Herriger, 2014, S. 13) Ein selbstbestimmtes Leben gelingt, indem das Individuum sich seinen Fähigkeiten und Ressourcen bewusst wird und diese lernt zu nutzen (Herriger, 2014, S. 20).

Parallelen zwischen dem Empowerment-Konzept und Inklusion

Durch das Empowerment-Konzept können nicht nur einzelne der genannten Aufgaben im vorliegenden Handlungsfeld bearbeitet werden. Dem Empowerment-Konzept liegen auch einige Grundprinzipien der Inklusion zugrunde. Somit eignet es sich aus Sicht der Autorin der vorliegenden Arbeit als Handlungsansatz für die Bearbeitung verschiedener Aufgaben in Bezug auf Inklusion.

Theunissen und Schwalb schreiben, dass sich Empowerment und Inklusion gegenseitig voraussetzen (2012, S. 25). Denn nach ihnen ist zur Umsetzung von Inklusion Empowerment nötig und Empowerment hat ohne Inklusion nur ideologischen Charakter.

Parallelen zwischen dem Empowerment-Konzept und der Inklusion werden in den Begriffen, „Selbstbestimmung“, „Ressourcen-Fokus“ und „Partizipation“ gesehen. Diese sollen nachfolgend aus Sicht des Empowerment-Konzeptes kurz erläutert werden. Die „Selbstbestimmung“ ist ein wichtiger Grundwert im Empowerment-Konzept (Theunissen, 2013, S. 39). Diese soll ermöglicht, unterstützt und gefördert werden. Dabei sind die Suche nach Stärken des Individuums und die Möglichkeit diese zu erproben, wichtige Elemente. (Herriger, 2014, S. 17) Es geht nach Theunissen (2013, S. 58) darum, das Individuum dazu zu ermuntern, eigene Fähigkeiten und Stärken zu entdecken und sich diese wieder neu anzueignen. Das Ziel ist gemäss ihm, dass das Individuum wieder Kontrolle, Kontrollbewusstsein und Selbstbestimmung über sein eigenes Leben erhält. Weiter bedeutet „Selbstbestimmung“ nach Theunissen, dass ein Individuum in einer Beziehung eigenverantwortlich entscheiden und autonom handeln kann und darf (2013, S. 43). In der SA betrifft das die Beziehung zwischen der sozialarbeitenden Person und der Klientel. Beim „Ressourcen-Fokus“ wird der Fokus auf die Ressourcen des Individuums gelegt. Es geht darum, die Stärken und Fähigkeiten eines Menschen hervorzuholen und diese zu würdigen (Theunissen, 2013, S. 39). Theunissen und Schwalb (2012, S. 19) sehen im „Ressourcen-Fokus“ die Abwendung vom defizitären Behinderungsbild und die

Zuwendung zu einem positiven Menschenbild. Sie nennen dies als wichtiges Element, um das Individuum für ein Leben in Inklusion zu aktivieren und zu unterstützen.

Unter „Partizipation“ wird im Empowerment-Konzept verstanden, dass sich die Individuen bei Entscheidungen, die sie selbst betreffen, beteiligen und mitbestimmen können. Sie sollen sich entweder alleine oder im Kollektiv für ihre Interessen einsetzen dürfen. Es geht dabei auch um politische Prozesse, in die sie involviert werden sollen. (Theunissen, 2013, S. 45)

Ebenen des Empowerment

Empowerment kann auf folgenden vier Ebenen betrieben werden: Individuum, Gruppen, Institution und Gesellschaft (Theunissen, 2013, S. 72-78; Herriger, 2014, S. 87-179). Wobei für das vorliegende Handlungsfeld die ersten zwei als relevant angesehen werden.

Beim Empowerment auf der Ebene Individuum, auch subjektzentrierte Ebene genannt, geht es um das Individuum. Es soll im Einzelsetting dazu animiert werden, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit und Lebenszuversicht zu entwickeln (Theunissen, 2013, S. 72 & 73). Herriger führt für die Umsetzung des Empowerment auf dieser Ebene folgende Methoden auf: Motivational Interviewing, Ressourcendiagnostik, Case Management, Biografiearbeit (2014, S. 87-130).

Beim Empowerment auf der Ebene Gruppe, geht es darum Individuen mit gleichen Interessen und Anliegen, zu einem Zusammenschluss zu motivieren. Beziehungen sollen dabei (wieder)hergestellt und somit die Netzwerke der Betroffenen ausgeweitet werden. Ein Ziel beim Empowerment auf der Ebene Gruppe ist, dass sich Selbstvertretungsgruppen aufbauen und diese professionell unterstützt werden. (Theunissen, 2013, S. 74) Nach Herriger geht es dabei darum, dass beim Zusammenfinden der Individuen, Kräfte gebündelt werden und der Alltag und die Umwelt gemeinsam aktiv gestaltet werden können (2014, S. 130). Dabei kommt die SA vor allem dann zum Zuge, wenn dem Individuum oder den Individuen die Ressourcen fehlen, einen solchen Zusammenschluss zu initiieren (Herriger, 2014, S. 150).

5.3.2 Recovery-Ansatz

Gemäss einer auch heute noch verbreiteten Meinung sind psychische Erkrankungen nicht heilbare und somit chronische Erkrankungen (Bening, 2016, S. 26). Diesem Problem stellt sich der Recovery-Ansatz. Recovery kann nach Knuf (2016, S. 12) mit Genesung übersetzt werden und ist das zentralste Element dieses Ansatzes. Es wird nicht die

Symptomfreiheit angestrebt, auch meint Genesung nicht, dass die Betroffenen vollständig geheilt werden müssen. Die Individuen sollen trotz Erkrankung einen Weg finden, ein zufriedenes Leben zu führen. Der Recovery-Ansatz besteht darin, dass sich das Individuum mit sich selbst, seiner Erkrankung und der damit verbundenen Veränderung der eigenen Person auseinandersetzt. (Knuf, 2016, S. 12 &13)

Peerarbeit

Auf dem Weg zu einer erfolgreichen Genesung kann Erfahrungswissen helfen. Dazu ist die Peerarbeit geeignet (Knuf, 2016, S.112). In der Schweiz gibt es eine Weiterbildung zur Peer-Mitarbeiterin oder zum Peer-Mitarbeiter, in der Betroffene, die einen Umgang mit ihrer Erkrankung gefunden haben, für die Peerarbeit weitergebildet werden (Bening, 2016, S. 27). Bei der Peerarbeit geht es darum dem Gegenüber Mut zu machen und aufzuzeigen, dass es einen Weg gibt ein zufriedenes und stabileres Leben zu führen (Knuf, 2016, S. 112).¹

Verständnis für den Trauerprozess

Knuf sieht die Genesung eng mit der Akzeptanz der eigenen Person und der Erkrankung verbunden (2016, S.122). Dieser Akzeptanz geht meist ein Trauerprozess voraus. Er entsteht, weil das Individuum aufgrund seiner Erkrankung gewisse Dinge nicht leben kann und auch mit Verlusten, wie Arbeitsverlust oder Verlust des sozialen Netzwerkes, umgehen muss. Dies sind Krankheitsfolgen, mit denen das Individuum lernen muss, umzugehen. Für Fachpersonen gilt es, Sensibilität für den Trauerprozess aufbringen zu können und diesen nicht zu tabuisieren, wie es nach Knuf oft der Fall ist. Das Bewusstsein über die Wichtigkeit von Trauer für den Genesungsprozess soll dabei helfen. (Knuf, 2016, S. 122-128)

5.3.3 Hilfe bei der Überwindung der Selbststigmatisierung

Die Hilfe bei der Überwindung der Selbststigmatisierung formuliert Knuf offen für alle psychiatrisch Tätigen und schreibt von „Professionellen Strategien gegen Selbststigmatisierung“ (2016, S. 116).

Selbststigmatisierung als Hindernis

Selbststigmatisierung führt einerseits zum Rückzug und somit zum sozialen Ausschluss (vgl. Kap. 6.2). Andererseits ist sie eines der grössten Recovery- und Empowerment-Hindernisse (Knuf, 2016, S. 114), aber auch eines der grössten Therapiehindernisse

¹ Weiterführende Literatur zur Peerarbeit: Knuf, 2016, S. 130-132

(Knuf, 2016, S. 154). Diese Fakten machen die Überwindung von Selbststigmatisierung zu einem wichtigen Thema in der Praxis.

Unterstützung der Reflexion

Knuf schreibt, dass Professionelle fähig sein müssen, sich in die Selbststigmatisierung ihres Klientels einzufühlen (2016, S. 116). In der Beratung erachtet es Knuf für die Überwindung von Selbststigmatisierung als wichtig, mit den Betroffenen die Reflexion über die eigenen Einschätzungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen anzuregen (2016, S. 117). Für diese Anregung schlägt Knuf (2016) verschiedene Fragen vor, wie zum Beispiel: „Mit welchen Vorurteilen und Stereotypen gegenüber psychiatrieeerfahrenen Menschen bin ich aufgewachsen?“ (S. 117).

Für die Überwindung der Selbststigmatisierung ist es nach Knuf (2016, S. 119) auch wichtig, dass das Individuum freundlich mit sich selber ist. Dies gilt es zu üben, weil Menschen mit psychischen Erkrankungen oft eine überkritische und selbstverurteilende Haltung sich selbst gegenüber haben. Beim Verinnerlichen dieser Freundlichkeit soll das Individuum von Fachpersonen unterstützt werden. (Knuf, 2016, S. 119).

5.3.4 Politische Bildung

Rieger (2010, S. 14) und Többe-Schukalla (2013, S. 175) sind sich einig darüber, dass die politische Bildung eine Aufgabe der SA ist, dies in Ergänzung zu der schulischen Bildung (Többe-Schukalla, 2013, S. 175). Als Begründung bezieht sich Többe-Schukalla darauf, dass SA Hilfe zur Alltagsbewältigung sein soll. Durch das Erkennen und Üben von eigenen Ressourcen, wie es beim Empowerment geschieht, werden von der SA Voraussetzungen für politisches Lernen geschaffen. (Többe-Schukalla, 2013, S. 177) Die politische Bildung umfasst nach Rieger pädagogische Massnahmen, die einerseits die demokratische Einstellung fördern und andererseits das Individuum dazu befähigen, die eigenen Interessen zu artikulieren. Weiter gehört zur politischen Bildung, in beratender Funktion für das Individuum da zu sein und ihm bei der Organisation und Durchsetzung seiner Interessen beizustehen. Dies soll das Individuum dazu befähigen, eigenständig und selbstverantwortend an politischen Prozessen teilzunehmen zu können. (Rieger, 2010, S. 14) Für eine erfolgreiche politische Bildung muss die Intervention der Zielgruppe angepasst, das heisst, an real vorfindbaren Lebenssituationen gestaltet werden. Das Angebot von experimentellen Lern- und Handlungsfeldern ist dabei erfolgsversprechend. Weiter ist die Mitgestaltung der Teilnehmenden zentral. (Többe-Schukalla, 2013, S. 176-178) Die Gemeinwesenarbeit wird als Handlungsansatz angesehen, in den politische Bildung integriert werden kann (Többe-Schukalla, 2013, S. 167).

6. Handlungsfeld: Gesellschaft

Wie im Kapitel 2.2.2 aufgezeigt, verlagert sich der Fokus in der neusten Inklusionsdebatte, auch in Abgrenzung zur Integration, vom Individuum auf das System. Es wird von den Systemen und Organisationen verlangt, sich so zu verändern und zu öffnen, dass sich alle Individuen darin inkludieren können (Müller, 2017, S. 52; Enggruber, 2017, S. 116; May, 2017, S. 165). Somit werden auch für die SA, die sich für Inklusion einsetzt, Aufgaben wichtiger, die sich an der Gesellschaft und der Politik orientieren. Dies zeigt sich in der Literatur. Deshalb soll im vorliegenden Kapitel das Handlungsfeld „Gesellschaft“ behandelt werden und im nächsten Kapitel das der „Politik“.

6.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld

Verschiedene Thematiken, die schon in anderen Kapiteln angesprochen und zu Aufgaben ausgearbeitet wurden, kommen in diesem Unterkapitel unter dem Begriff der „Gesellschaft“ nochmals zusammen. Dies kommt vor allem daher, dass Grundprinzipien der Inklusion wie Anerkennung von Diversität, Nichtdiskriminierung und Bekämpfung von Barrieren, nicht nur ein Thema für sozialarbeitende Personen und deren Organisationen sind, sondern ebenso für die Gesellschaft.

Differenz, Diversität, Nichtdiskriminierung

Wird das Handlungsfeld „Gesellschaft“ in der Literatur angesprochen, geht es unter anderem darum, die Bedeutung von Differenz in einen gesellschaftlichen Diskurs zu bringen (Dannenbeck, 2017, S. 224) und die Anerkennung von Diversität zu fördern (Köttig, 2017, S. 36). Weiter geht es um die Bekämpfung von Diskriminierung (2017, S. 35). Klein sieht in der Umsetzung der BRK die Aufforderung dazu, dass die Diversität der Menschen der Gesellschaft bewusst gemacht wird (2015, S. 244). Nach Artikel 8 BRK sollen das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen geschärft, die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde gefordert, Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken bekämpft und das Bewusstsein für ihre Fähigkeiten gefördert werden.

Normalität und einstellungsbedingte Barrieren

Wie im Kapitel 2.4 aufgezeigt wurde, ist das Verständnis von Behinderung kulturell geprägt und wird zur Unterscheidung von Normalität und Abweichung benutzt (Dannenbeck, 2017, S. 220). Es ist deshalb wichtig Normalitätskonstruktionen abzubauen (Rahnfeld, 2017, S. 270). Graumann nimmt anhand von Menschen mit Behinderungen das Problem der Kontaktvermeidung auf. Treffen Menschen mit Behinderungen auf Men-

schen ohne Behinderungen kann dies Ängste hinsichtlich der eigenen Normalität wecken (Graumann, 2012, S. 81). Schattenmann spricht dabei, analog zur Bodensee-Deklaration, von Barrieren in den Köpfen, die „...sich in Gestalt von Berührungsängsten, Vorbehalten, defizitären (Menschen-)Bildern von Menschen mit Behinderungen, negativ behafteten Einstellungen oder schlichtem Desinteresse an diesem Themenbereich“ (Hüppe, 2011, zitiert nach Schattenmann, 2014, S. 58) zeigen. Unter Barrieren in den Köpfen sind somit einstellungsbedingte Barrieren gemeint (vgl. Kap. 2.4).

6.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

In diesem Unterkapitel sollen Aussagen aus aktueller Literatur zu Menschen mit psychischen Erkrankungen, aus dem Schattenbericht von Inclusion Handicap, aus einem Monitor vom Schweizer Kompetenzzentrum für Sozialwissenschaften (FORS) und aus zwei aktuellen Schweizer Studien gemacht werden. Einerseits aus der TeMB Studie, die schon zuvor erwähnt wurde, andererseits aus der Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW). Darin wurde der Handlungsbedarf aufgrund der Behindertenrechtskonvention im Kanton Zürich untersucht. Bei beiden Studien wurden Aussagen zu Menschen mit physischen, geistigen und psychischen Behinderungen ausgearbeitet. Der erste Monitor zum Thema ‚Gesellschaft und Behinderung‘ wurde von der Pro Infirmis im Jahr 2016 initiiert und FORS in Auftrag gegeben (FORS, 2016, S. 1). In diesem Monitor wurde die Einstellung der Schweizer Gesellschaft gegenüber Behinderungen untersucht (FORS, 2016, S. 1).

Einstellungsbedingte Barrieren

Die einstellungsbedingten Barrieren gegenüber Menschen mit Behinderungen, die im vorangegangenen Unterkapitel schon aufgenommen wurden, zeigen sich bei Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders ausgeprägt. Dazu kann eine Aussage der Studie der ZHAW herangezogen werden. Diese besagt, dass vor allem Menschen mit psychischen Behinderungen stigmatisiert werden (Naguib et al., 2018, S. 40). Psychische Erkrankungen werden in der Gesellschaft tabuisiert und die Betroffenen leiden unter gesellschaftlichen und kulturellen Vorurteilen, Schuldzuweisungen, Diskriminierung und Stigmatisierung (Finzen, 2013, S. 9 & 11; Inclusion Handicap, 2017, S. 31). Psychischen Erkrankungen fehlt nach den Untersuchungen von Pfister et al. (2017, S. 55) noch immer die gesellschaftliche Akzeptanz. All dies zeigt sich zum Beispiel darin, dass sich das Individuum mit psychischer Erkrankung immer wieder rechtfertigen muss (Naguib et al., 2018, S. 40; Pfister et al., 2017, S. 55) und sich vergleichsweise häufig der Tatsache

stellen muss, dass ihm Missbrauch des Sozialstaates vorgeworfen wird (Naguib et al., 2018, S. 40).

Berührungsängste und Unsicherheit im Kontakt

Nach Grüber (2015, S. 111) ist der Kontakt zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen ohne diese Erkrankungen nach wie vor nicht selbstverständlich. FORS (2016, S. 13) findet dazu im Monitor heraus, dass sich Menschen ohne psychische Erkrankungen im Kontakt mit Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrem Wohlbefinden eingeschränkt fühlen. Die Berührungsängste gegenüber Menschen mit psychischen Behinderungen sind grösser, als gegenüber Menschen mit physischen Behinderungen (FORS, 2016, S. 13). Grüber (2015, S. 116 & 117) spricht auch von einer Unsicherheit auf Seiten der Menschen ohne psychische Erkrankungen darüber, was im Kontakt mit Menschen mit psychischen Erkrankungen beachtet werden muss. Grausgruber (2005, S. 25) beschreibt die Kontaktvermeidung als Folge von Stigmatisierung. Stigmatisierung findet nach ihm einerseits deshalb statt, weil die Fähigkeit mit dem Anderssein des Gegenübers zurechtzukommen, den meisten Individuen fehlt. Andererseits kann die Begegnung mit Menschen mit einem Stigma als Bedrohung der eignen Identität aufgenommen werden. Finzen schreibt erklärend, dass sich der Umgang zwischen dem Menschen mit der Erkrankung und jenem ohne durch die Erkrankung ändern kann und nicht mehr so selbstverständlich ist wie zuvor (2013, S. 46). Somit, schreibt Finzen, kann auch eine grössere soziale Distanz zwischen diesen Menschen entstehen (vgl. Kap. 4.2). All diese Ausführungen erklären, weshalb sich in der TeMB Studie Barrieren herauskristallisierten wie, „Kontaktabbruch weil die Beeinträchtigung offensichtlich wir“, „Aufbau neuer Kontakte schwierig“ und „Freundschaftspflege durch Klinikaufenthalt verunmöglicht“ (Pfister et al., 2017, S. 48).

Folgen der einstellungsbedingten Barrieren für das Individuum

Die beschriebenen einstellungsbedingten Barrieren, die bei Menschen mit psychischen Erkrankungen eine ständige Konfrontation mit Stigmatisierung und eine Rechtfertigung gegenüber den Mitmenschen hervorrufen, können, wie im Kapitel 5.3.3 erwähnt, zu einem Rückzug des Individuums und dies dann zu einem Gefühl von Einsamkeit führen (Pfister et al., 2017, S. 48 & 57; BAG, 2016, S. 18). Aber auch die Kontaktunsicherheiten und Berührungsängste, die mit Stigmatisierung verbunden sind, machen es für das Individuum schwierig, soziale Kontakte zu knüpfen und aufrecht zu erhalten (Pfister et al., 2017, S. 48). All dies erklärt auch, wieso das Thema der Vereinsamung in den Interviews

oft angesprochen wurde (Pfister et al., 2017, S. 51) und weshalb Menschen mit psychischen Erkrankungen teilweise nur noch Menschen mit psychischen Erkrankungen zu ihrem Freundeskreis zählen können (Pfister et al., 2017, S. 57).

Die Angst vor der Stigmatisierung kann weiter zur Folge haben, dass die Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten vermindert oder verzögert wird (BAG, 2015, S. 18; Martino et al., 2012, S. 12). Dazu wurde in der TeMB Studie festgestellt, dass eine hohe Selbstwirksamkeit, die Benutzung von Unterstützungsangeboten und die rechtzeitige Äusserung von Hilfebedarf, fördert. Auch hilft sie bei der Überwindung von Teilhabebarrieren. (Pfister et al., 2017, S. 58)

Weil sich das Stigma wie eine zweite Krankheit auf das Individuum auswirken kann (Finzen, 2013, S. 9 & 45), ist die Bewältigung oder das Lernen des Umgangs mit der Stigmatisierung nach Finzen eine wichtige Aufgabe für das Individuum (2013, S. 18).

6.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld

Auch hier soll eine Tabelle eine Übersicht zu den Aufgaben und den passenden Handlungsansätzen im vorliegenden Handlungsfeld bieten.

Tabelle 4. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Gesellschaft"

Aufgabe	Handlungsansatz
Allgemein (für jede Klientel)	
Bedeutung von Differenz in einen gesellschaftlichen Diskurs bringen	Öffentlichkeitsarbeit (Teil von Soziallobbying & GWA)
Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft von Diversität und Förderung der Anerkennung derer (& dadurch Abbau von Normalitätskonstruktionen)	GWA z.B. in Form von einem Projekt oder Öffentlichkeitsarbeit
Bekämpfung von Diskriminierung, Stigmatisierung, Vorurteilen und schädlichen Praktiken	GWA, z.B. in Form eines Projektes (Kontakthypothese)
Menschen mit psychischen Erkrankungen	
Förderung des Bewusstseins für Menschen mit Behinderungen	GWA & Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Kap. 7.3.2)
Förderung der Achtung der Rechte und der Würde von Menschen mit Behinderungen	GWA (Kontakthypothese) & Öffentlichkeitsarbeit
Förderung der gesellschaftlichen Akzeptanz von Menschen mit psychischen Erkrankungen	GWA, z.B. durch ein Projekt & Öffentlichkeitsarbeit
Förderung des Kontaktes zwischen Menschen mit und ohne psychischen Erkrankungen	GWA (Kontakthypothese)

Quelle: Eigene Darstellung (vgl. Kap. 6)

6.3.1 Gemeinwesenarbeit

Gemeinwesenarbeit (GWA) ist nach Becker die SA im Gemeinwesen, wobei unter Gemeinwesen Gemeinden, Stadtteile, Quartiere und Nachbarschaften verstanden werden können (2014, S. 14). Die Klientel der GWA können grundsätzlich alle Individuen in einem sozial- und räumlichen Lebensraum sein (Becker, 2014, S. 9; Northoff, 2012, S. 148). Ziel der GWA ist die Verbesserung der Lebensbedingungen der Bevölkerung in einem sozialen Raum (Becker, 2014, S. 27). Der Blick wird auf gesellschaftliche Zusammenhänge gerichtet und kann dadurch auch gesellschaftskritisch sein (Northoff, 2012, S. 149).

Es wird der Begriff „GWA“ benutzt, der in der vorliegenden Arbeit auch die Begriffe „Soziokulturelle Animation“ und „Sozialraumorientierung“ (SRO) umfassen soll. Der Begriff wurde im Bewusstsein gewählt, dass es in der Schweiz üblich ist „Soziokulturelle Animation“ als Methode zu benutzen und nicht GWA. Es stellt deshalb auch eines der drei Fachprofile der SA dar. Nach Willener unterscheiden sich jedoch die jeweiligen Arbeitsweisen dieser Methoden in der Praxis nicht stark voneinander (2018, S. 15). Auch SRO und GWA haben viele Gemeinsamkeiten und SRO wird in mancher Literatur als Teil der GWA gesehen, obwohl unterschiedliche Meinungen dazu vorhanden sind (Northoff, 2012, S. 158; Hinte, 2017, S. 95; Schönig, 2008, S. 120). SRO wird in der vorliegenden Arbeit aus den aufgeführten Gründen als Teil der GWA gesehen und Soziokulturelle Animation mit GWA gleichgesetzt. Dadurch wird die GWA auch als eines der drei Fachprofile der SA definiert (vgl. Kap.1.4).

GWA für die Umsetzung der Aufgaben im Handlungsfeld „Gesellschaft“

GWA wird hier als das richtige Fachprofil für die sich stellenden Aufgaben im vorliegenden Handlungsfeld gesehen. Einerseits weil in der Literatur die Forderung besteht, dass Inklusion vor Ort zum Beispiel mit GWA angegangen werden soll (Borrmann, 2017, S. 263 & 270). Damit soll die für die Umsetzung von Inklusion notwendige Bürgerbeteiligung im Sozialraum der Individuen aktiviert werden (Borrmann, 2017, S. 270). Andererseits wird hier GWA als das richtige Fachprofil angesehen, weil von verschiedenen Seiten verlangt wird, dass Kontakt zwischen beispielsweise Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen ohne psychische Erkrankungen hergestellt wird (Inclusion Handicap, 2017, S. 33; Bodensee-Deklaration, 2016, S. 2; Martino et al., 2012, S. 22; Grüber, 2015, S. 118; Scherr, 2017, S. 585). Die Kontakthypothese zeigt auf, wieso eine Förderung dieses Kontaktes wichtig ist.

Kontakthypothese

Grüber (2015, S. 118) und Scherr (2017, S. 585) schreiben von der Kontakthypothese im Zusammenhang mit den Problemen der Vorurteile, Stigmatisierung und Diskriminierung, also im Zusammenhang mit dem Abbau der einstellungsbedingten Barrieren. Nach Allport (1954, zitiert nach Landmann, Aydin, van Dick & Klocke, 2017, S. 1) verringert Kontakt zu einem Individuum aus einer anderen Gruppe die Vorurteile gegenüber der gesamten Gruppe, diese Annahme wird unter der Kontakthypothese zusammengefasst. Sie wurde von Pettigrew und Tropp im Jahr 2006 in einer Metaanalyse von 500 Studien untersucht (2006, S. 766).

Bei der Metaanalyse zeigte sich, bei Individuen, die Kontakt zu einer Gruppe hatten, eine positivere Einstellung gegenüber dieser Gruppe, als bei Personen, die keinen solchen Kontakt hatten (Pettigrew & Tropp, 2006, S. 766). Bekannte und Verwandte können wie Multiplikatoren auf das Individuum wirken und durch positive Erzählungen von Kontakten, kann es auch bei Individuen, die keinen direkten Kontakt hatten, zu einer positiveren Einstellung kommen (Landmann et al., 2017, S. 2).

Die Kontakthypothese wurde bezüglich ethnischen und religiösen Gruppen, aber auch für Menschen die lesbisch, schwul, alt sind oder Behinderungen haben, untersucht (Pettigrew & Tropp, 2006, S. 752). Landmann et al. (2017, S. 1) führen weiter aus, dass auch wenn der Kontakt nicht selbst gewählt ist, er trotzdem vorurteilsreduzierend sein kann. Bei der Kontakthypothese geht es nicht nur darum, Wissen zu verbessern, sondern auch die Emotionen zu beeinflussen. So können durch Kontakt Angst gegenüber der anderen Gruppe abgebaut, die Empathie mit der Gruppe erhöht und die Vorurteile ihr gegenüber verringert werden. (Landmann et al., 2017, S. 1)

Die besten Bedingungen für einen erfolgreichen Kontakt, das heisst einen Kontakt, der möglichst viele Vorurteile abbaut, sind nach Pettigrew und Tropp (2006, S. 766) die Zusammenarbeit auf Augenhöhe und mit der Unterstützung von Institutionen. Dazu nennen Landmann et al. als Beispiel die gemeinsame Gestaltung des direkten Lebensumfelds (2017, S. 2). Das Wichtigste bei der Gestaltung von Kontakt ist, dass der Kontakt von den Individuen nicht negativ erlebt wird. Denn dies ergibt eine besonders negative Einstellung. (Landmann et al., 2017, S. 2)

Da die GWA mit einem gesamten Gemeinwesen, also einem grösseren Teil der Gesellschaft zusammenarbeitet (Northoff, 2012, S. 148), wird sie hier als geeignet angesehen, um diesen wichtigen Kontakt herzustellen. Auch Finzen empfiehlt, Teile der Gesellschaft direkt anzusprechen, um erfolgreiche Anti-Stigma-Arbeit, also den Abbau von Vorurteilen, zu betreiben (2013, S. 9). Wofür die GWA im generellen und die Methode „Projektarbeit“ im spezifischen als geeignet angesehen wird (vgl. Kap. 6.3.2).

Parallelen zwischen der GWA und Inklusion

Die GWA geht nach bestimmten Grundprinzipien vor. Bei den Grundprinzipien „Partizipation“, „Aktivierung“ und „Ressourcenorientierung“ sieht die Autorin der vorliegenden Arbeit Parallelen zu Inklusion, die nachfolgend ausgeführt werden sollen. „Partizipation“ wird in der GWA so verstanden, dass sich Bürgerinnen und Bürger an Entscheidungsprozessen beteiligen sollen (Northoff, 2012, S. 150). Es geht darum, dass sich die sozialarbeitende Person unter die Bürgerinnen und Bürger mischt und versucht, ihre Bedürfnisse, Wünsche und Träume wahrzunehmen (Northoff, 2012, S. 151; Stövesand & Stoik, 2013, S.22). Die sozialarbeitende Person arbeitet in der GWA mit den Anliegen und Bedürfnissen der Bürgerinnen und Bürger und orientiert sich somit an deren Lebenswelten (Stövesand & Stoik, 2013, S. 22). Die „Aktivierung“ hat zum Ziel, die einzelnen Individuen in ihrer Lebenswelt dazu zu animieren, zu motivieren und zu unterstützen die Entwicklung ihrer Lebensbedingungen mitzugestalten (Becker, 2014, S. 26; Northoff, 2012, S. 150). Beim Prinzip „Ressourcenorientierung“ geht es nicht nur um die Fähigkeiten der Individuen, sondern auch um Ressourcen des sozialen Raums wie Plätze, Gebäude und Nachbarschaften oder die Möglichkeiten von Vereinen und Gruppen im sozialen Raum. Auch jene Ressourcen der öffentlichen und privaten Dienstleistungen gilt es in der GWA als sozialarbeitende Person ausfindig und nutzbar zu machen. (Becker, 2014, S. 26; Northoff, 2012, S. 152)

Rund um die Politik

Becker (2014, S. 25) schreibt, dass GWA politisch ist. Denn eine sozialarbeitende Person im Gemeinwesen muss nach ihm (2014, S. 23) einerseits in den kommunalen Institutionen aktiv sein, wie unter anderem in der Politik und sich in lokalen Politikprozessen engagieren. Dabei gilt es den Bedarf des sozialen Raums an die verantwortlichen Stellen zu bringen. Andererseits hat die GWA als Ziel, die Bürgerinnen und Bürger zu aktivieren, sich engagierenden Individuen in der Politik zu machen. Die GWA soll dieses Engagement organisieren und stärken (Becker, 2014, S. 19; Northoff, 2012, S. 152). Somit ist unter anderem Lobbyarbeit in der GWA eine wichtige Methode (Wendt, 2017, S. 312). Folgende weitere Methoden zur politischen Aktivierung und somit zur politischen Mitgestaltung und Mitbestimmung der Bürgerinnen und Bürger schlägt Wendt (2017, S. 308) vor: Stadtteilforen und -konferenzen, Beiräte, runde Tische und Zukunftswerkstätte.

Methoden der Gemeinwesenarbeit

GWA bedient sich unterschiedlichsten Methoden, Becker führt folgende auf: Empowerment (vgl. Kap. 5.3.1), Netzwerkarbeit, Bürgerbeteiligung, Streetwork, Projektarbeit, Sozialstrukturanalyse, Sozialraumanalyse (2014, S. 11). Die Öffentlichkeitsarbeit, die in der

GWA auch wichtig ist (Wendt, 2017, S. 314), wird im Kapitel 7.3.2 kurz vorgestellt. Die Projektarbeit soll nachfolgend behandelt werden.

6.3.2 Integrale Projektmethodik

Projekte dienen der Identitätsstiftung und dem Kontakt zwischen den Bürgerinnen und Bürgern (Wendt, 2017, S. 308). Willener schreibt, dass in der GWA das projektartige Arbeiten regelmässig genutzt wird, wobei die integrale Projektmethodik zur Anwendung kommt (2007, S. 26). Ein Projekt ist meistens zeitlich begrenzt, spielt sich in einem spezifischen Kontext ab und nimmt sich aus einer bestimmten Ausgangslage einem Problem an (2007, S. 33 & 34).

Um ein Projekt zu lancieren und durchzuführen werden meistens mehrere Personen mit unterschiedlichem Wissen und Fähigkeiten benötigt. Es können dafür auch Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen und verschiedenen Organisationen zusammenkommen. (Willener, 2007, S. 35) Weiter sind Empowerment und Partizipation wichtige Bestandteile eines Projektes (Willener, 2007, S. 53 & 58).

Die integrale Projektmethodik läuft in folgenden Phasen ab: Vorprojektphase, Konzeptionsphase, Umsetzungsphase, Abschlussphase und Nachprojektphase (Willener, 2007, S. 118-121).

7. Handlungsfeld: Politik

Politik stellt das letzte Handlungsfeld in der vorliegenden Arbeit dar und soll in derselben Weise abgehandelt werden wie die letzten vier Handlungsfelder.

7.1 Allgemeine Aufgaben im Handlungsfeld

Politik in der SA wird in der Literatur zu Inklusion stark gewichtet und es wird gesagt, dass sich die SA, will sie für Inklusion einstehen, politisch engagieren muss (Stoy & Tolle, 2015, S. 168; Schmocker, 2014, S. 14; Rieger, 2010, S. 13; Gahleitner et al., 2017, S. 184).

Mitsprache und Analyse

In Artikel 4 Ziff. 3 BRK wird von den Vertragsstaaten verlangt, dass die Organisationen, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten, aktiv in die Entscheidungsprozesse die Menschen mit Behinderungen betreffen, miteinbezogen werden. In der Literatur wird eine Analyse der strukturellen Verhältnisse, die Benachteiligungen und somit Exklusions- und Diskriminierungsverhältnisse hervorrufen, als eine der Aufgaben in der Politik angesehen (Dannenbeck, 2017, S. 223; Gerner & Smykalla, 2017, S. 230; Stoy und Tolle, 2015, S. 168).

Einmischen

Jedoch wird nicht nur eine Analyse der aktuellen Ist-Situation benötigt, sondern vor allem ein „Nach aussen Treten“. Kasten (2017, S. 83) schreibt dazu beispielsweise, dass die staatlichen Institutionen zur Rede gestellt werden sollten und aufgezeigt werden muss, welche gesetzlichen Bestimmungen, Massnahmen und Praktiken zu Exklusionen führen. Die SA soll sich in politische Zusammenhänge einmischen (Früchtel, Cyprian & Budde, 2013, S. 35), Kritik an den Ungleichheitsverhältnissen, die zu Exklusion führen, üben und eine gesellschaftspolitische Diskussion über Teilnahmebedingungen und Diskriminierungsrisiken initiieren (Dannenbeck, 2017, S. 215, 224 & 225).

Anwaltschaftlichkeit

Rieger (2010, S. 12) schreibt, dass Individuen, die von Exklusion betroffen sind, auch davon bedroht sind, aus dem Politiksystem ausgeschlossen zu werden. Denn nach ihm, kann eine gewisse Exklusionsdynamik entstehen, ist ein Individuum einmal aus verschiedenen Systemen ausgeschlossen. Durch einen Ausschluss der Betroffenen aus dem Politiksystem können deren Problemlagen in der Politik nicht wahrgenommen und bearbeitet werden. Dies stellt ein Problem dar, weil gerade diese Individuen von den

politischen Entscheidungen abhängen. Somit sieht Rieger das politische Handeln auf Seiten der sozialarbeitenden Person als wichtig an, denn sie soll die Individuen vertreten. (Rieger, 2010, S. 12 & 13) Es gilt also die Politik im anwaltschaftlichen Sinn für das Individuum zu beeinflussen (Rieger, 2010, S. 11; Kuhlmann, 2012, S. 40).

7.2 Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Wie im vorangegangenen Unterkapitel aufgezeigt wurde, ist es in diesem Handlungsfeld Aufgabe der SA, Interessen der Individuen gegen aussen zu vertreten und damit Inklusion zu fördern. Wird der Blick auf Menschen mit psychischen Erkrankungen gerichtet, fällt auf, dass einstellungsbedingte und materielle Barrieren die Inklusion verhindern. Die einstellungsbedingten Barrieren wurden schon ausführlich in Kapitel 6.2 thematisiert, deshalb sollen hier nur noch die materiellen Barrieren zur Sprache kommen.

Fehlende finanzielle Mittel als materielle Barrieren

Das Fehlen von finanziellen Mitteln wird in der TeMB Studie für alle drei Kategorien von Behinderungen als Problem gesehen (Pfister et al., 2017, S. 19 & 47). Dies wird einerseits auf die fehlenden Teilhabemöglichkeiten im Arbeitsbereich zurückgeführt und andererseits auf die geringen Einnahmequellen durch IV-Renten und Ergänzungsleistungen. Zum Beispiel gehen Menschen mit Behinderungen oft nicht in den Ausgang mit ihren Freunden, da sie sich dies nicht leisten können. In der Studie wurde festgehalten, dass durch die knappen finanziellen Mittel, die Teilhabe in allen Lebensbereichen eingeschränkt ist. (Pfister et al., 2017, S. 19, 27, 33 & 47)

7.3 Handlungsansätze im Handlungsfeld

Zum Abschluss soll noch die letzte Tabelle folgen, die wie die vorangegangenen Tabellen die Aufgaben und Handlungsansätze zum vorliegenden Handlungsfeld aufzeigt.

Tabelle 5. Aufgaben und Handlungsansätze im Handlungsfeld "Politik"

Aufgabe	Handlungsansatz
Allgemein (für jede Klientel)	
Aufzeigen von gesetzlichen Bestimmungen, Massnahmen und Praktiken, die zu Exklusionen führen	Politikberatung
Analyse der strukturellen Verhältnisse, die Benachteiligungen und somit Exklusions- und Diskriminierungsverhältnisse hervorrufen	Sozialmonitoring (Teil von Soziallobbying)
Miteinbezug von Organisationen, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten	Soziallobbying & Politikberatung
Vertretung der Interessen des Individuums	Soziallobbying
Ausüben von Kritik an den Ungleichheitsverhältnissen die zu Exklusion führen	Soziallobbying
Menschen mit psychischen Erkrankungen	
Die Bedeutung einstellungsbedingter und materieller Barrieren in die Politik einbringen	Soziallobbying

Quelle: Eigene Darstellung (vgl. Kap. 7)

Wird nach Literatur zu der Thematik ‚Politik und SA‘ recherchiert, werden verschiedenste Artikel und Beiträge von Günter Rieger gefunden. Rieger sieht für die SA klar einen politischen Auftrag und führt dazu vier Dimensionen für das politische Handeln Sozialer Arbeit auf, die er folgendermassen benennt: Politikimplementations, Politische Bildung

(vgl. Kap. 5.3.4), Soziallobbying und Politikberatung (2010, S. 13). Wobei sich die ausgearbeiteten Aufgaben im Handlungsfeld „Politik“ mit „Soziallobbying“ und „Politikberatung“ gestalten lassen. Diese sollen deshalb nachfolgend beleuchtet werden.

7.3.1 Politikberatung

Bei der Politikberatung geht es nach Rieger darum, politische Akteure und Institutionen zu informieren, aufzuklären und zu irritieren (2010, S. 14). Die SA hat durch ihre Tätigkeit in der Praxis exklusive Informationen und Erkenntnisse betreffend sozialer Probleme, ihrer Entstehungs- und Reproduktionsbedingungen und möglicher Interventionsansätze, über welche die Politik nicht oder nur unzureichend verfügt. Dieses Wissen gilt es der Politik zur Verfügung zu stellen. (Rieger, 2014, S. 333) Die Politikberatung läuft nach Rieger über vier Phasen ab (2014, S. 333). Sie bedient sich mündlicher Kontakte, Beratungsgesprächen und Präsentationen, aber auch schriftlichen Stellungnahmen. Es können dabei einzelne Fragestellungen beantwortet oder grössere Planungs- und Forschungsprozesse begleitet werden. Entweder wird die Beratung von den politischen Entscheidungsträgern angefordert oder von der SA selber initiiert. Die Politikberatung in der Sozialarbeitspolitik findet durch das Wissenschaftssystem, durch die Praxis der SA und auch durch die Betroffenen selber, zum Beispiel durch Selbstvertretungsgruppen statt. Diese Vertretung durch die Betroffenen ist eine der genannten Aufgaben im Kapitel 5.2 und ein wichtiges Ziel des Empowerment auf der Ebene Gruppe (vgl. Kap. 5.3.1). Die Politikberatung durch die Praxis der SA geschieht vor allem über Verbände und Einrichtungen. (Rieger, 2014, S. 333-337)

7.3.2 Soziallobbying

Beim Soziallobbying geht es um Interessensvertretung (Rieger, 2010, S. 13). Es soll auf unterschiedlichen Politikebenen Einfluss auf politische Entscheidungsträger genommen werden (Rieger, 2014, S. 339). Das Ziel ist es dabei, sowohl eigene Interessen, wie auch anwaltschaftliche, das heisst Klienteninteressen, zu vertreten und durchzusetzen und politische Entscheidungen zu beeinflussen (Rieger, 2014, S. 340).

Zu einem erfolgreichen Soziallobbying gehören nach Rieger die Netzwerkarbeit und das Monitoring (2014, S. 343). Netzwerkarbeit heisst, Beziehungen zu politischen Netzwerken aufzubauen, die einen direkten Zugang zu politischen Entscheidungsträgern ermöglichen. Beim Monitoring sollen Politikprozesse fortlaufend beobachtet werden. Dies dient dazu, frühzeitig wahrzunehmen, was in der Politik und in der Öffentlichkeit geschieht, um sich damit einen Informationsvorsprung zu holen. Auch die Erhebung betreffend sozialer Problemlagen und laufender Massnahmen, was Rieger Sozialmonitoring nennt,

wird als notwendig erachtet, um erfolgreiches Soziallobbying betreiben zu können. (Rieger, 2014, S. 343 & 344)

Mit einem erfolgreichem Soziallobbying ist auch die Öffentlichkeitsarbeit verbunden (Rieger, 2014, S. 344). Diese, schreibt Rieger, ist vor allem dazu da, eine förderliche Meinung der Gesellschaft gegenüber der Klientel zu schaffen. Sie soll betreffend Problemwahrnehmungen und Werteorientierungen aufgeklärt und sensibilisiert werden. Weiter soll aber mit der Öffentlichkeitsarbeit auch das Ansehen der Organisation gepflegt werden. (Rieger, 2014, S. 344)

Politikberatung und Soziallobbying kombiniert

Wie erwähnt, findet die Politikberatung in der Sozialarbeitspolitik durch die Wissenschaft und die Praxis statt. In der vorliegenden Arbeit ist die Politikberatung durch die Praxis von Interesse, da sich die Arbeit auf die Praxis der SA fokussiert. Wird die Politikberatung durch die Praxis erbracht, unterscheidet sie sich nach Rieger kaum vom Soziallobbying (Rieger, 2014, S. 338). Politikberatung und Soziallobbying gehen also miteinander einher. Während der Interessensvertretung im Soziallobbying fließen automatisch Informationen von der Praxis, wie Probleme, Positionen und Möglichkeiten, mit in das Gespräch ein. Weiter müssen dabei die Informationen und die Problemlösungen, die herausgegeben und vorgeschlagen werden, zuverlässig und relevant sein. Denn Glaubwürdigkeit ist elementar für ein erfolgreiches Soziallobbying. Somit können und werden Politikberatung und Soziallobbying gleichzeitig betrieben. (Rieger, 2014, S. 338)

Abschliessend soll noch auf eine weitere Aussage von Rieger verwiesen werden. Sie besagt, dass wenn sich die SA politisch engagieren möchte, sie die Grundprinzipien der Befähigung des Individuums und der Partizipation verfolgen soll. Das heisst einerseits, die Individuen sollen dazu animiert werden, eigene Interessen zu formulieren und zu vertreten. Andererseits sollen sie in die Formulierung von Interessen, die vertreten werden sollen, miteinbezogen werden. (Rieger, 2014, S. 345)

8. Schlussbetrachtung und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde der Hauptfragestellung nachgegangen, welche Aufgaben sich für die Soziale Arbeit unter dem Begriff „Inklusion“ eröffnen und mit welchen Handlungsansätzen sich diese umsetzen lassen. Dafür wurde der Begriff „Inklusion“ in Bezug auf die SA beleuchtet. Es wurden allgemeine Aufgaben, die sich für die SA in Bezug auf Inklusion ergeben, ausgearbeitet und Handlungsansätze zur Umsetzung dieser Aufgaben vorgestellt. Beispielhaft wurde die Klientel „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ betrachtet und zusätzliche Aufgaben herausgearbeitet, die sich in Bezug auf diese Klientel zum Thema Inklusion zeigten. Es wurden weiter zusätzliche Handlungsansätze für die Arbeit mit dieser Klientel ausgeführt. Nachfolgend sollen die Ergebnisse nach Unterfragen zusammengefasst, Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die Praxis aufgezeigt und ein Ausblick auf mögliche weiterführende Fragestellungen gegeben werden.

8.1 Zusammenfassung und Diskussion

Mit der ersten Unterfrage der vorliegenden Arbeit wurde nach einer Definition von Inklusion gesucht. Diese Frage kann folgendermassen beantwortet werden: Inklusion bedeutet für alle Individuen die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe in allen Lebensbereichen. Dazu müssen einstellungs- und umweltbedingte Barrieren abgebaut und die Grundprinzipien der Nichtdiskriminierung, Partizipation, Selbstbestimmung und Anerkennung der Diversität der Individuen verfolgt werden. Der Fokus soll dabei auf die Fähigkeiten des Individuums gelegt werden. (Kap. 2.1)

Durch dieses Verständnis von Inklusion zeigten sich sehr unterschiedliche Aufgaben für die SA auf verschiedenen Ebenen, die sich in folgende fünf Handlungsfelder einteilen lassen: „Organisationen Sozialer Arbeit“, „Kompetenzen sozialarbeitender Personen“, „Zusammenarbeit mit der Klientel“, „Gesellschaft“ und „Politik“. Durch die nachfolgende Zusammenfassung dieser Aufgaben, lässt sich die folgende Unterfrage und der erste Teil der Hauptfrage beantworten: „Welche Aufgaben in Bezug auf Inklusion zeigen sich für die SA in der Literatur?“.

Aufgaben in Bezug auf Inklusion für die SA

Allgemein kann gesagt werden, dass sich unter dem Begriff „Inklusion“ einerseits Aufgaben auftun, welche die Inklusion des Individuums in allen Lebensbereichen fördern sollen. Andererseits Aufgaben, welche die Inklusion des Individuums in die Organisation, in der SA betrieben wird, gewährleisten sollen.

Organisationen Sozialer Arbeit: In der Literatur zeigten sich einerseits allgemeine Aufgaben für Organisationen und andererseits spezifische Aufgaben für Organisationen der SA. Allgemein müssen die Programme, Produkte und Dienstleistungen einer Organisation barrierefrei gestaltet werden, so dass alle Individuen davon Gebrauch machen können. Zu diesem Zweck soll Gleichberechtigung gefördert und Diskriminierung bekämpft werden. Weiter ist es die Aufgabe jeder Organisation, dass sie Individuen aktiv in Entscheidungsprozesse, die sie betreffen, miteinbezieht. In Organisationen, in denen SA betrieben wird, muss die Ausrichtung von Angeboten an den Differenzkategorien überdacht werden. Um dies zu erreichen, sollten Organisationen für sozialarbeitende Personen Fort- und Weiterbildungen zu den Menschenrechten fördern. Angemerkt soll hier werden, dass sich in diesem Handlungsfeld zwei Aufgaben ergeben haben, für die keine Handlungsansätze in Form von Methoden, Konzepten oder sonstigen Handlungen als geeignet angesehen werden. Dies sind die folgenden zwei Aufgaben: „Bekennung zur und Thematisierung der BRK“ und „Implementation eines menschenrechtsbasierten Verständnis von Inklusion“. Hier wird von der Autorin der vorliegenden Arbeit ein Umdenken der Organisationen als notwendig angesehen, um diese Aufgaben umzusetzen.

(vgl. Kap. 3.1)

Kompetenzen sozialarbeitender Personen: Die sozialarbeitenden Personen werden dazu aufgefordert, von einer Vielschichtigkeit der Biografien und Identitäten ihrer Klientel auszugehen und sich somit an der Diversität der Individuen zu orientieren. Dazu müssen sie die eigenen Differenzierungsformen und deren Entstehungsgeschichten reflektieren und somit auch selbstkritisch sein. Dies verlangt differenzensible Kompetenzen und die Ausrichtung am Einzelfall. (vgl. Kap. 4.1)

Zusammenarbeit mit der Klientel: Hier kommt der SA die Aufgabe zu, die Klientel zu befähigen. Sie soll die Klientel dazu befähigen, sich selber und die eigenen Interessen zu vertreten und diese durchzusetzen. Dadurch soll eine Teilhabe am gesellschaftlichen und politischen Leben ermöglicht werden. (vgl. Kap. 5.1)

Gesellschaft: In diesem Handlungsfeld zeigten sich die Aufgaben vor allem implizit in der Literatur. Es wurden die Probleme der Kontaktvermeidung und die damit verbundenen einstellungsbedingten Barrieren thematisiert, das heisst die vorhandenen Vorurteile und die daraus folgenden Diskriminierungen. Daraus konnte gefolgert werden, dass Kontakt zwischen den Individuen gefördert werden sollte, um Vorurteile und Diskriminierung zu bekämpfen. Dabei geht es auch darum, die Anerkennung und Wertschätzung von Diversität in der Gesellschaft zu fördern und Normalitätskonstruktionen abzubauen. Die Bewusstseinsbildung ist dafür ein weiterer wichtiger Punkt. Es soll das Bewusstsein der Gesellschaft für Menschen mit Behinderungen geschärft und die Achtung der Rechte und Würde gefördert werden. (vgl. Kap. 6.1)

Politik: Es zeigte sich, dass eine Analyse von strukturellen Verhältnissen, die Exklusion hervorrufen, notwendig ist. Weiter wird in der Fachliteratur dafür plädiert, dass sich die SA in politische Zusammenhänge einmischt und solche Verhältnisse in den politischen Diskurs einbringt. Dabei sollen Teilnahmebedingungen und Diskriminierungsrisiken thematisiert werden. Es wird von den sozialarbeitenden Personen verlangt, dass sie sich anwaltschaftlich für ihre Klientel einsetzen und dieses dadurch vertreten. (vgl. Kap. 7.1) Nach der Beantwortung dieser Unterfrage konnte in der Literatur nach Handlungsansätzen gesucht werden, die für die Umsetzung der herausgearbeiteten Aufgaben, adäquat erschienen. Diese Handlungsansätze sollen nachfolgend aufgeführt und dadurch die folgende Unterfrage und der zweite Teil der Hauptfrage beantwortet werden: „Welche Handlungsansätze dienen der Sozialen Arbeit bei der Umsetzung dieser Aufgaben?“.

Handlungsansätze für die Umsetzung der Aufgaben

Das *Empowerment-Konzept* erscheint als ein geeignetes Konzept für die Umsetzung mehrerer Aufgaben, die sich in Bezug auf Inklusion in der SA ergeben. Die Grundhaltung, die es von den sozialarbeitenden Personen verlangt, nämlich das Individuum in die Arbeit miteinzubeziehen, den Fokus auf die Ressourcen des Individuums zu legen und die Selbstbestimmung zu fördern, entspricht den Grundprinzipien von Inklusion (vgl. Kap. 2.2.2). Deshalb wird dieses Konzept von der Autorin der vorliegenden Arbeit als bedeutsam für die SA angesehen, um die Inklusion der Klientel zu fördern. (vgl. Kap. 5.3.1)

Als wichtig und bedeutsam für die Umsetzung der Aufgaben wird hier auch das *Konzept der Lebensweltorientierung* angesehen. Dies, weil LWO zum Ziel hat, die Lebenswelt des Individuums zu verstehen, also auf den Einzelfall einzugehen, wie dies von verschiedenen Seiten verlangt wird, um die Aufgaben in den Handlungsfeldern „Organisationen Sozialer Arbeit“ und „Kompetenzen sozialarbeitender Person“ zu lösen. Auch gilt es in der LWO einen Blick auf die gesellschaftlichen Verhältnisse zu haben und sich für das Individuum in der Politik einzusetzen. (vgl. Kap. 5.3.1)

Die *Gemeinwesenarbeit* als Fachprofil der Sozialen Arbeit wird im Handlungsfeld „Gesellschaft“ als geeignet angesehen, weil sie ein ganzes Gemeinwesen als Zielgruppe in den Blick nimmt. Die Arbeitsweise in der GWA ist darauf ausgerichtet, die Individuen eines Gemeinwesens dazu zu animieren, sich zusammen für ihre Lebenswelt stark zu machen. Dies fördert den Kontakt zwischen den Menschen und dadurch können Vorurteile abgebaut werden. (vgl. Kap. 6.3.1) Die *integrale Projektmethodik*, als Methode der GWA wurde vorgestellt, die den Kontakt zwischen Bürgerinnen und Bürgern eines Gemeinwesens unterstützen soll. (vgl. Kap. 6.3.2)

Der *Anti-Bias-Ansatz* wird als geeigneter Ansatz für sozialarbeitende Personen angesehen, um die eigene Person und den Umgang mit dem Thema „Differenz“ der Klientel zu reflektieren. Es soll damit ein Bewusstsein für Differenz erlangt werden, was eine Aufgabe im Handlungsfeld „Kompetenzen sozialarbeitender Personen“ ist. (vgl. Kap. 4.3.2) Der *Index für Inklusion* wurde als Handlungsansatz herangezogen für die barrierefreie Gestaltung einer Organisation und ihrer Dienstleistungen und Produkte. Dazu wurde ergänzt, dass die Konsultation von *Expertinnen und Experten* für Barrierefreiheit bei dieser Aufgabe unumgänglich ist. (vgl. Kap. 3.3.1)

Es zeigte sich im Handlungsfeld „Zusammenarbeit mit der Klientel“, dass die *politische Bildung* ein wichtiger Handlungsansatz ist, um das Individuum zu befähigen eigene Rechte wahrzunehmen und sich für die eigenen Interessen einzusetzen. (vgl. Kap. 5.3.4) Im Handlungsfeld „Politik“ wurde herausgefunden, dass *Soziallobbying und Politikberatung* wichtige Handlungsansätze sind, um der Politik Interessen der Klientel aufzuzeigen und sie ihr gegenüber zu vertreten. (vgl. Kap. 7.3)

Durch die Beantwortung der beiden zuletzt behandelten Unterfragen, ist damit auch die Hauptfrage beantwortet.

Die folgende und letzte Unterfrage soll nachfolgend beantwortet werden: „Welche Erkenntnisse ergeben sich, wird nach zusätzlichen Aufgaben und Handlungsansätzen in Bezug auf Inklusion für die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen gesucht?“.

Zusätzliche Aufgaben bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Durch die Konsultation verschiedener Studien, eines Berichts und eines Monitors zu Menschen mit Behinderungen hat sich die Thematik „Stigmatisierung“ bezüglich Menschen mit psychischen Erkrankungen als prägnant gezeigt. Dies aus Sicht von vier Handlungsfeldern, nur das Handlungsfeld „Organisationen Sozialer Arbeit“ bildet hier eine Ausnahme. Stigmatisierung wird als eine Ursache für die Exklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen gesehen. Dies, weil Stigmatisierung durch die Gesellschaft weit verbreitet ist und zur Verminderung sozialer Kontakte und zum Rückzug des Individuums führen kann. Dazu kommt es auch, weil das Individuum das Stigma gegen sich wendet, sich selbststigmatisiert und dadurch selbst abwertet. Auch sozialarbeitende Personen sind davor nicht gefeit und neigen zur Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es stellen sich den sozialarbeitenden Personen daraus die Aufgaben, sich Antistigma-Kompetenzen anzueignen, dem Individuum beim Umgang mit der Selbststigmatisierung zu helfen, die Gesellschaft darauf zu sensibilisieren und diese Problematik in die Politik einzubringen. (vgl. Kap. 4.2, 5.2, 6.2, 7.2)

Drei zusätzliche Handlungsansätze bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Recovery-Ansatz: Bei diesem Ansatz geht es um die Genesung des Individuums. Es soll einen Weg finden, mit der Erkrankung ein zufriedenes Leben führen zu können. Von den sozialarbeitenden Personen wird verlangt, dass sie ein Bewusstsein für Trauerprozesse der Klientel aufbauen, um sie darin adäquat zu unterstützen. (vgl. Kap. 5.3.2)

Antistigma-Kompetenzen: Diese Kompetenzen sollen in einem Workshop durch Hinterfragen von eigenen Haltungen und Handlungen angeeignet werden. Dabei werden Fähigkeiten erlangt, um Stigmatisierungsprozesse zu erkennen, diese anzusprechen und zu bekämpfen. (vgl. Kap. 4.3.3)

Hilfe bei der Überwindung von Selbststigmatisierung: Bei diesem Handlungsansatz sollen die sozialarbeitenden Personen mit den Betroffenen die Reflexion über die eigenen Einschätzungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen anregen und sie damit bei der Überwindung von Selbststigmatisierung unterstützen (vgl. Kap. 5.3.3)

Erkenntnis zur Klientel „Menschen mit psychischen Erkrankungen“

Die beispielhafte Betrachtung der Klientel „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ zeigt auf, dass die spezifische Betrachtung einer Klientel notwendig ist. Denn sie erlaubt es, einerseits ein besseres Verständnis dafür zu entwickeln, wie es zu Exklusion dieser Klientel kommt. Andererseits ist es dadurch möglich, spezifische und zusätzliche Aufgaben und Handlungsansätze herauszuarbeiten, die für die Umsetzung von Inklusion bei dieser Klientel wichtig sind. Dies ist eine wichtige Erkenntnis, denn sie zeigt auf, dass eine genaue Betrachtung der Klientel, mit der gearbeitet wird, unumgänglich ist.

8.2 Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die Praxis

Es hat sich gezeigt, dass die Aufgaben, die sich der SA stellen, will sie Inklusion in der Praxis implementieren, sehr breit sind. Für die Umsetzung dieser Aufgaben bedarf es verschiedenster Kompetenzen und des Wissens der sozialarbeitenden Personen in Form von praktischem Handeln. Für die Praxis, die Inklusion fördern will, heisst dies einerseits, weiterhin Handlungsansätze wie das Empowerment-Konzept und das Konzept der Lebensweltorientierung mit Überzeugung anzuwenden. Andererseits heisst es aber auch, sich neue Handlungsansätze anzueignen, die benötigt werden, um sich für Inklusion in der Praxis einzusetzen. Dabei darf der Fokus nicht nur auf die Klientel gelegt werden, sondern muss genauso auf die Organisation, auf die eigenen Kompetenzen, auf die Gesellschaft und die Politik gerichtet werden. Denn nur wenn alle Handlungsfelder in den Blick genommen werden, kann eine volle, gleichberechtigte und selbstbestimmte Inklusion aller Individuen gefördert werden.

Die Erkenntnisse der Betrachtung der Klientel „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ ziehen auch Konsequenzen für die Umsetzung von Inklusion in der Praxis nach sich. Denn es heisst für die Praxis, die fünf Handlungsfelder und die darin angesiedelten Aufgaben und Handlungsansätze für ein Fachprofil, das jeweilige Arbeitsfeld und die jeweilige Klientel zu vertiefen und dadurch weitere Aufgaben und Handlungsansätze herauszukristallisieren. Nur so scheint eine erfolgreiche Umsetzung der Inklusion in der Praxis der SA möglich zu sein.

8.3 Reflexion und Ausblick

Als herausfordernd hat sich die Ausarbeitung von Handlungsansätzen für folgende zwei Aufgaben gezeigt: „Barrierefreie Gestaltung der Organisation“ und „Aneignung differenzsensibler Kompetenzen von sozialarbeitenden Personen“. Dies deshalb, weil zur barrierefreien Gestaltung von Organisationen keine Literatur und zur Aneignung differenzsensibler Kompetenzen nur ein Beitrag gefunden wurde. Es wird daraus gefolgert, dass diese Themen entweder erst neu als wichtige Aufgaben für die Umsetzung von Inklusion entdeckt wurden oder das Interesse Handlungsansätze für die Umsetzung dieser Aufgaben zu finden, in der Praxis nicht ausreichend vorhanden ist.

Kritische Anmerkungen

Beim Handlungsfeld „Gesellschaft“ geriet aus Sicht der Autorin der Fokus stark auf ein Fachprofil der SA, jenes der Soziokulturellen Animation, hier als Gemeinwesenarbeit bezeichnet. Dies aufgrund der Kontakthypothese und den damit verbundenen Aussagen, dass beim Ziel des Abbaus von Vorurteilen in der Gesellschaft, bestimmte Teile der Gesellschaft angesprochen werden sollten (vgl. Kap. 6.3.1). Es kann hier jedoch angefügt werden, dass es aufgrund der Wichtigkeit des Abbaus von Vorurteilen, als notwendig und durchaus umsetzbar angesehen wird, auch in anderen Fachprofilen diesen wichtigen Kontakt zwischen den Individuen herzustellen. In der Schulsozialarbeit, um ein Beispiel des Fachprofils „Sozialarbeit“ zu nennen, bei der auch oft mit gesamten Schulklassen gearbeitet wird und Projektarbeiten durchgeführt werden können. Oder im Heimwesen, um ein Beispiel des Fachprofils „Sozialpädagogik“ zu nennen.

Weiter soll hier kritisch angemerkt werden, dass das Ziel der vorliegenden Arbeit allgemeine Aufgaben für die SA in Bezug auf Inklusion herauszuarbeiten und Handlungsansätze für deren Umsetzung zu finden, ein ambitioniertes Ziel war. Ob dieses erreicht wurde, könnte erst abschliessend beantwortet werden, wenn versucht würde, die herausgearbeiteten Aufgaben und Handlungsansätze in einem bestimmten Arbeitsfeld umzusetzen. Es kann jedoch durch die Heterogenität der Arbeitsfelder, der Klientel und der

Individuen davon ausgegangen werden, dass nicht jede Aufgabe ohne Abänderung übernommen werden kann. Jedoch geben die Handlungsfelder und die darin formulierten Aufgaben einen Rahmen vor, in dem nach spezifischen Aufgaben und Handlungsansätzen für das Arbeitsfeld in Bezug auf Inklusion gesucht werden kann. Dies belegte auch die beispielhafte Betrachtung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Durch sie zeigten sich, mehrere spezifische Aufgaben und drei spezifische Handlungsansätze, die sich vor allem für die Arbeit mit dieser Klientel eignen.

Mögliche weiterführende Fragen

Es sind durch das Recht, sowie Erkenntnisse aus Literatur und Forschung Grundlagen vorhanden, um sich in der Praxis der Sozialen Arbeit für Inklusion einzusetzen und sich dazu zu bekennen. Es stellt sich jedoch die Frage, wer den ersten Schritt machen soll, um Inklusion als ein Grundsatz für die Praxis der SA zu benennen. Ist es die Aufgabe von AvenirSocial als Berufsverband der SA Inklusion als Begriff in den Berufskodex aufzunehmen und damit den ersten Schritt zu machen? Oder ist es der Staat, der nicht nur die Ratifizierung der BRK, sondern nun auch die konsequente Umsetzung dieser und somit von Inklusion initiieren sollte? Oder ist es eben doch die Aufgabe jeder einzelnen Organisation und jeder einzelnen sozialarbeitenden Person, Inklusion zu implementieren und deren Umsetzung als ein Grundsatz der SA anzuerkennen? Diese Fragen könnten Gegenstand einer weiterführenden Untersuchung sein.

Hinsichtlich der Praxis der SA stellt sich auch die Frage, ob die Aufgaben die sich mit dem Begriff „Inklusion“ der SA stellen, überhaupt bewältigt werden können. Denn die personellen Ressourcen sind im sozialen Bereich oft knapp. Gewisse Aufgaben könnten bestimmt in den Alltag eingebaut werden, jedoch gibt es andere, die ein grösseres Umdenken in, eine Umstrukturierung der Organisation und eine Änderung der Arbeitsweisen der sozialarbeitenden Personen mit sich ziehen würden. Auch dies sollen Anregungen zur Weiterentwicklung der hier ausgearbeiteten Grundlage sein.

Abschliessend und gemäss den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit soll festgehalten werden, dass Inklusion ein wichtiger Grundsatz für die Soziale Arbeit sein sollte und es für die Zukunft zentral erscheint, dass sich die Soziale Arbeit diesem in der Praxis annimmt. Die Orientierung an den fünf Handlungsfeldern und ihren Aufgaben und Handlungsansätzen soll eine Grundlage dafür bieten, die volle und gleichberechtigte Teilhabe der Individuen an der Gesellschaft zu fördern.

Literaturverzeichnis

- Anti-Bias-Werkstatt. (o.D.). *Was ist Anti-Bias?*. Abgerufen am 1.12.18. Verfügbar unter: <http://www.anti-bias-werkstatt.de/?q=de/content/was-ist-der-anti-bias-ansatz>
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial.
- Becker, M. (2014). *Soziale Stadtentwicklung und Gemeinwesenarbeit in der SA*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bening, U. (2016). Der Recovery Gedanke. Wie eine Bewegung den Teufelskreis der Stigmatisierung durchbricht. *SozialAktuell*, 48 (12), 26-27.
- BKZ. (2018). *Die BKZ*. Abgerufen am 6.12.18. Verfügbar unter: <https://www.bkz.ch/die-bkz/portraet/>
- Bodensee-Deklaration. (2016). *Nichts über uns ohne uns*. Abgerufen am 26.11.18. Verfügbar unter: https://www.sg.ch/home/soziales/behinderung/teilhabe/_jcr_content/RightPar/downloadlist_teaser/DownloadListParTeaser/download_teaser_2.ocFile/Bodensee-Deklaration.pdf
- Bommes, M. & Scherr, A. (2012). *Soziologie der SA. Eine Einführung in Form und Funktionen organisierter Hilfe* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Borrmann, S. (2017). Inklusion als Aufgabe institutioneller Akteure. Das Beispiel der Inklusion Studierender mit Fluchterfahrung. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 253-262). Opladen: Barbara Budrich.
- Bretländer, B. & Heil, S. (2015). Der Index für Inklusion: ein Instrument für inklusive Organisationsentwicklung. In B. Bretländer, M. Köttig & T. Kunz (Hrsg.), *Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Perspektiven auf Inklusion* (S. 206-213). [PDF], Stuttgart: Kohlhammer.
- Brückner, B. (2011). Der Mensch im sozialen Kontext – Sozialpsychologie. In D. Wälte, M. Borg-Laufs & B. Brückner (Hrsg.), *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (Grundwissen Soziale Arbeit, Band 2) (S. 69-124). [PDF], Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesamt für Gesundheit. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Abgerufen am 19.11.18. Verfügbar unter: https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Bericht_Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz_-_Bestandsaufnahme_und_Handlungsfelder.pdf
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz*. Abgerufen am 5.11.18. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/postulat-zukunft-der-psychiatrie.html>

- Bundesamt für Gesundheit. (2017). *Stigma – die zweite Krankheit*. Abgerufen am 19.11.18. Verfügbar unter: <http://www.spectra-online.ch/de/spectra/themen/stigma-n-die-zweite-krankheit-630-10.html>
- Dannenbeck, C. (2017). Sind alle da? Inklusionstheater und Wirklichkeit. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 215-228). Opladen: Barbara Budrich.
- Degener, T. & Mogge-Grotjahn, H. (2012). „All inclusive“? Annäherungen an ein interdisziplinäres Verständnis von Inklusion. In H. Balz, B. Benz & C. Kuhlmann (Hrsg.), *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit* (S. 58-77). Wiesbaden: Springer VS.
- Dudenredaktion. (o.D.). *Duden*. Abgerufen am 13.11.18. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/>
- Eidgenössisches Departement des Innern. (o.D.a). *Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderung*. Abgerufen am 6.11.18. Verfügbar unter: <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. (o.D.b). *Konzepte und Modelle Behinderung*. Abgerufen am 3.11.18. Verfügbar unter: <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/themen-der-gleichstellung/konzepte-und-modelle-behinderung.html>
- Enggruber, R. (2017). Inklusion: ein Beitrag zu mehr Gerechtigkeit?! – diskutiert am Beispiel der Jugendberufshilfe. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 115-125). Opladen: Barbara Budrich.
- Eppenstein, T. & Kiesel, D. (2012). Intersektionalität, Inklusion, und Soziale Arbeit – ein kongeniales Dreieck. In H. Balz, B. Benz & C. Kuhlmann (Hrsg.), *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit* (S. 95-111). [PDF], Wiesbaden: Springer VS.
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W. et al. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (2., korr. Aufl.). [PDF], Göttingen: Hogrefe.
- Feige, J. & Hatsikas-Schroeder, N. (2018). Barrieren in den Köpfen abbauen!. Verpflichtungen der Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. *SozialAktuell*, 50 (3), 26-27.
- Felder, M. & Schneiders, K. (2016). *Inklusion kontrovers. Herausforderungen für die Soziale Arbeit*. [PDF], Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Finzen, A. (2013). *Stigma psychische Erkrankung. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.

- Fleischer, E. & Lorenz, F. (2012). Mit dem Anti-Bias-Ansatz Macht und Diskriminierung in der Sozialen Arbeit reflektieren. In H. Effinger, S. Borrmann, S.-B. Gahleitner, M. Köttig, B. Kraus & S. Stövesand (Hrsg.). *Diversität und Soziale Ungleichheit. Analytische Zugänge und professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit* (S. 243-271). Opladen: Barbara Budrich.
- FORS. (2016). *Monitor Gesellschaft und Behinderung 2016. Die wichtigsten Resultate*. Abgerufen am 10.11.18. Verfügbar unter: https://www.proinfirmis.ch/fileadmin/pdf/Studien/Monitor_Gesellschaft_Behinderung_2016_Kurzbericht_barrierefrei_ACC.pdf
- Freimüller, L. & Wölwer, W. (2012). *Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis. Das Trainingsmanual* (Schriftenreihe Kompetenznetz Schizophrenie). [PDF], Stuttgart: Schattauer.
- Früchtel, F., Cypryan, G. & Budde, W. (2013). *Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Theoretische Grundlagen* (3., überarb. Aufl.). [PDF], Wiesbaden: Springer VS.
- Gahleitner, S., Körner, M., Gerlich, K. & Völschow, Y. (2017). Inklusion und Klinische Soziale Arbeit. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 177-187). Opladen: Barbara Budrich.
- Gerner, S. & Smykalla, S. (2017). Verschränkte Verletzbarkeit als Ansatzpunkt für eine differenzkritische, genderreflektierte Praxisforschung an den Schnittstellen von Geschlecht und Behinderung. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 229-240). Opladen: Barbara Budrich.
- Graumann, S. (2012). Inklusion geht weit über „Dabeisein“ hinaus – Überlegungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Pädagogik. In H. Balz, B. Benz & C. Kuhlmann (Hrsg.), *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit* (S. 79-93). Wiesbaden: Springer VS.
- Grausgruber, A. (2005). Formen und Entstehungsmodelle. In W. Gaebel, H.-J. Möller & W. Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 18-39). Stuttgart: Kohlhammer.
- Grüber, K. (2015). Barrieren für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erkennen, überwinden und beseitigen. In G. Geiger & M. Lengsfeld (Hrsg.), *Inklusion – ein Menschenrecht. Was hat sich getan, was kann man tun?* (S. 111-125). [PDF], Opladen: Barbara Budrich.
- Grunwald, K. & Thiersch, H. (2016). Lebensweltorientierung. In K. Grunwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (3. vollständig überarb. Aufl., S. 24-64). Weinheim: Juventa.
- Hafen, M. (2015). Exklusion – systemtheoretisch. *SozialAktuell*, 47 (3), 14-16.

- Heinz, A. (2016). *Psychische Gesundheit. Begriff und Konzepte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Herriger, N. (2014). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5. erw. und aktual. Aufl.). [PDF], Stuttgart: Kohlhammer.
- Hinte, W. (2017). Von der Gemeinwesenarbeit zum sozialräumlichen Handeln. In D. Kreft & C.-W. Müller (Hrsg.), *Methodenlehre in der Sozialen Arbeit* (2., überarb. & erw. Aufl., S. 88-98). [PDF], München: Ernst Reinhardt.
- Inclusion Handicap. (2017). *Schattenbericht*. Abgerufen am 8.11.18. Verfügbar unter: https://www.inclusion-handicap.ch/de/themen/uno-brk/schattenbericht_0-257.html
- Inclusion Handicap. (o.D.). *Die Schweiz behindert: Wir sagen wo und wie*. Abgerufen am 8.11.18. Verfügbar unter: https://www.inclusion-handicap.ch/de/themen/uno-brk/schattenbericht_0-257.html
- Kasten, A. (2017). Über das Konzept des „Recyclings der Überflüssigen“ von Zygmunt Baumann und seine Bedeutung für die Thematisierung von Inklusion in der Sozialen Arbeit. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 75-85). Opladen: Barbara Budrich.
- Kastl, J.-M. (2017). *Einführung in die Soziologie der Behinderung* (2., völlig überarb. & erw. Aufl.). [PDF], Wiesbaden: Springer VS.
- Klein, B. (2015). Inklusion durch die Gestaltung von Lebenswelten am Beispiel der Ausstellung „barrierefreies Wohnen und Leben“ der Fachhochschule Frankfurt am Main. In B. Bretländer, M. Köttig & T. Kunz (Hrsg.), *Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Perspektiven auf Inklusion* (S. 244-252). [PDF], Stuttgart: Kohlhammer.
- Knuf, A. (2016). *Empowerment und Recovery* (5. erw. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Köhler, T. (2017). *Psychische Störungen. Symptomatologie, Erklärungsansätze, Therapie* (3., überarb. Aufl.). [PDF], Stuttgart: Kohlhammer.
- Köttig, M. (2017). Inklusion?! – Aufgabe und Herausforderung für Soziale Arbeit. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 31-42). Opladen: Barbara Budrich.
- Kronauer, M. (2010). *Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus* (2. aktual. und erw. Aufl.). [PDF], Frankfurt am Main: Campus.
- Kuhlmann, C. (2012). Der Begriff der Inklusion im Armuts- und Menschenrechtsdiskurs der Theorien Sozialer Arbeit – eine historisch-kritische Annäherung. In H. Balz, B. Benz & C. Kuhlmann (Hrsg.), *Soziale Inklusion. Grundlagen, Strategien und Projekte in der Sozialen Arbeit* (S. 35-57). Wiesbaden: Springer VS.

- Lambers, H. (2015). *Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich* (2. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich.
- Landmann, H., Aydin, A.-L., van Dick, R. & Klocke, U. *Die Kontakthypothese: Wie Kontakt Vorurteile reduzieren und die Integration Geflüchteter reduzieren kann*. Abgerufen am 25.11.18. Verfügbar unter: <http://de.in-mind.org/article/die-kontakthypothese-wie-kontakt-vorurteile-reduzieren-und-die-integration-gefluechter>
- Martin, E. (2014). Ethisch handeln in der Sozialen Arbeit – eine Operationalisierung. In H. Walz, I. Teske & E. Martin (Hrsg.), *Menschenrechtsorientiert. Wahrnehmen – beurteilen – handeln* (3. Aufl., S. 145-196). Luzern: Interact.
- Martino, H., Rabenschlag, F., Koch, U., Attinger-Andreoli, Y., Michel, K., Gassman, J. et al. (2012). *Arbeitspapier Entstigmatisierung*. Abgerufen am 20.11.18. Verfügbar unter: <https://public-health.ch/de/aktivit%C3%A4ten/fachgruppen/mentalhealth/>
- May, M. (2017). Die räumliche Gestalt von Exklusion und Inklusion in der Behindertenhilfe. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 155-175). Opladen: Barbara Budrich.
- Mecheril, P. & Melter, C. (2010). Differenz und Soziale Arbeit. Historische Schlaglichter und systematische Zusammenhänge. In F. Kessl & M. Plösser (Hrsg.), *Differenzierung, Normalisierung und Andersheit. Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen* (S. 117-131). [PDF], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Möller-Leimkühler, A. (2005). Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozial-psychologischer Stereotypenforschung. In W. Gaebel, H.-J. Möller & W. Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 40-55). Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller, M. (2017). Interdependenzen zwischen Integration-Desintegration und Inklusion-Exklusion. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 43-54). Opladen: Barbara Budrich.
- Naguib, T., Johner-Kobi, S. & Gisler, F. (2018). *Handlungsbedarf aufgrund der UNO-Behindertenrechtskonvention im Kanton Zürich*. <https://doi.org/10.21256/zhaw-4808>
- Nordt, C, Rössler, W. & Lauber, C. (2006). Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 709-714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- Northoff, R. (2012). *Methodisches Arbeiten und therapeutisches Intervenieren. Eine Einführung in die Bewältigung sozialer Aufgabenstellungen*. [PDF], Weinheim: Beltz Juventa.

- Pettigrew, T. & Tropp, L. (2006). *Interpersonal relations and group processes. A meta-analytic test of intergroup contact theory*. Abgerufen am 26.11.18. Verfügbar unter: http://www.iaccp.org/sites/default/files/pettigrew_tropp_2006_contact_theory_0.pdf
- Pfister, A., Studer, M., Berger, F. & Georgi-Tscherry, P. (2017). *Teilhabe von Menschen mit einer Beeinträchtigung (TeMB-Studie). Eine qualitative Rekonstruktion über verschiedene Teilhabebereiche und Beeinträchtigungsformen hinweg* [Schlussbericht]. Verfügbar unter: <https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=3275>
- Pro Infirmis. (o.D.). *Das Büro für Leichte Sprache*. Abgerufen am 6.12.18. Verfügbar unter: <https://büroleichtesprache.ch/index.php?id=4062>
- Pro Mente Sana. (2017). *Strategie 2018 – 2022*. Abgerufen am 25.10.18. Verfügbar unter: <https://www.promentesana.ch/de/ueber-uns/portrait.html>
- Pro Mente Sana (o.D.). *Psychische Krankheiten. Woher kommen sie?*. Abgerufen am 25.10.18. Verfügbar unter: <https://www.promentesana.ch/de/wissen/psychische-krankheiten/krankheitsbilder.html>
- Rahnfeld, C. (2017). Soziale Inklusion als Herausforderung für die Soziale Arbeit – kommunale Handlungsebenen und -strategien. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 263-272). Opladen: Barbara Budrich.
- Rieger, G. (2010). Das Mandat für eine angewandte Sozialpolitik. Ein Wegweiser zu einer politischen Professionalisierung der Sozialen Arbeit. *SozialAktuell*, 42 (7), 10-14.
- Rieger, G. (2014). Soziallobbying und Politikberatung. In B. Benz, G. Rieger, W. Schönig & M. Többe-Schukalla (Hrsg.), *Politik Sozialer Arbeit, Band 2: Akteure, Handlungsfelder und Methoden* (S. 329-350). Weinheim: Beltz Juventa.
- Rüsch, N. & Berger, M. (2012). Das Stigma psychischer Erkrankungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 951-957). München: Urban & Fischer.
- Rüsch, N. & Müller, M. (2016). Stigma psychischer Erkrankung und Versorgungssystem – Ergebnisse des Zürcher Impulsprogramms. In W. Rössler (Hrsg.), *Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung. Analysen, Konzepte, Erfahrungen aus dem Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP)* (S. 100-110). [PDF], Stuttgart: Kohlhammer.
- Schattenmann, E. (2014). *Inklusion und Bewusstseinsbildung. Die Notwendigkeit bewusstseinsbildender Massnahmen zur Verwirklichung von Inklusion in Deutschland* (Pädagogik bei Geistiger Behinderung, Band 4). Oberhausen: ATHENA.

- Scherr, A. (2017). Soziologische Diskriminierungsforschung. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & G. Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 39-58). [PDF], Wiesbaden: Springer VS.
- Schmocker, B. (2014). Das Dritte Mandat. Eine menschengerechte Gesellschaft bedarf der Sichtweise der Sozialen Arbeit. *SozialAktuell*, 46 (12), 17-19.
- Schönig, W. (2008). *Sozialraumorientierung. Grundlagen und Handlungsansätze* (Politik und Bildung, Band 49). Schwalbach: Wochenschau Verlag.
- Schulze, B. (2005). Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In W. Gaebel, H.-J. Möller & W. Rössler (Hrsg.), *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker* (S. 122-144). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sensability. (2017). Was. Abgerufen am 6.12.18. Verfügbar unter: <https://www.sensability.ch/was/>
- Spatscheck, C. & Thiessen, B. (2017). „Inklusion ist...“ – Ein Überblick über die Perspektiven und Positionen der Sozialen Arbeit zur Inklusionsdebatte. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 11-18). Opladen: Barbara Budrich.
- Stövesand, S. & Stoik, C. (2013). Gemeinwesenarbeit als Konzept Sozialer Arbeit – eine Einleitung. In S. Stövesand, C. Stoik & U. Troxler (Hrsg.), *Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden* (Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 4) (S. 14-36). [PDF], Opladen: Barbara Budrich.
- Stoy, T. & Tolle, P. (2015). Förderung gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit Behinderung – Ein Praxisfeld Sozialer Arbeit. In B. Bretländer, M. Köttig & T. Kunz (Hrsg.), *Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Perspektiven auf Inklusion* (S. 161-169). [PDF], Stuttgart: Kohlhammer.
- Theunissen, G. & Schwalb, H. (2012). Von der Integration zur Inklusion im Sinne von Empowerment. In H. Schwalb & G. Theunissen (Hrsg.), *Inklusion, Partizipation und Empowerment in der Behindertenarbeit* (2. Aufl., S. 11-38). [PDF], Stuttgart: Kohlhammer.
- Theunissen, G. (2013). *Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit* (3. aktual. Aufl.). [PDF], Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Többe-Schukalla, M. (2013). Paradigmen der politischen Bildung und Erziehung in ihrer Bedeutung für die Soziale Arbeit. In B. Benz, G. Rieger, W. Schönig & M. Többe-Schukalla (Hrsg.), *Politik Sozialer Arbeit, Band 1: Grundlagen, theoretische Perspektiven und Diskurse* (S. 166-181). Weinheim: Beltz Juventa.

- Tröndle, C. (2012). Einleitung. In T. Hinz (Hrsg.), *Worte überwinden Grenzen. Geschichten aus dem Leben von Menschen mit Behinderung und psychischer Erkrankung* (S. 11-14). [PDF], Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wendt, P.-U. (2017). *Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit* (2., überarb. Aufl.). [PDF], Weinheim: Beltz Juventa.
- Wesselmann, C. (2017). Inklusion aus dem Blickwinkel der Disability Studies – Perspektiven und Konsequenzen für die Soziale Arbeit. In C. Spatscheck & B. Thiessen (Hrsg.), *Inklusion und Soziale Arbeit. Teilhabe und Vielfalt als gesellschaftliche Gestaltungsfelder* (S. 55-66). Opladen: Barbara Budrich.
- Willener, A. (2007). *Integrale Projektmethodik für Innovation und Entwicklung in Quartier, Gemeinde und Stadt*. Luzern: Interact.
- Willener, A. (2018). Die Zukunft in die eigenen Hände nehmen. Soziokulturelle Animation und Tourismus – das Beispiel „Zukunft Hasliberg“. *SozialAktuell*, 50 (2), 15-17.
- Zugang für alle. (2018). Abgerufen am 6.12.18. Verfügbar unter: <https://www.access-for-all.ch/ch/>

Anhang

Persönliche Erklärung Einzelarbeit

Erklärung des/der Studierenden zur Bachelorarbeit

Studierende/r: Obrist Sari
(Name, Vorname)

Bachelorarbeit: Inklusion – ein Auftrag für die Soziale Arbeit?
(Titel) Auf Spurensuche für die Umsetzung in der Praxis

Abgabe: 17.12.2018
(Tag, Monat, Jahr)

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannte Bachelorarbeit selbständig verfasst habe.

Wörtliche Zitate und Paraphrasierungen sind durch die Angabe der entsprechenden Quellen gekennzeichnet.

Ort, Datum:

Unterschrift:
