

Behindertenhilfe in Norwegen und Deutschland

Ein internationaler Vergleich der Wohnsituation von Menschen mit Behinderung



Bachelorarbeit

von

Gabriele Sautter, Matrikelnummer 24792

Betreuer: Herr Prof. Dr. Jürgen Holdenrieder

Prüferin: Frau Prof. Dr. Nina Kölsch-Bunzen

Esslingen, den 17.11.2008

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Ausgangssituation	1
1.2 Inhalt und Aufbau der Arbeit	2
1.3 Methodik	3
2. Der internationale Vergleich	4
2.1 Definition	4
2.2 Bedeutung für die Soziale Arbeit	4
2.3 Vorteile und Nachteile	6
2.4 Systeme des Vergleichens	7
3. Die Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung	12
3.1 Einführung	12
3.2 Deutschland	14
3.2.1 Länderdaten	14
3.2.2 Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung	14
3.2.3 Entwicklung	19
3.2.4 Finanzierung	20
3.3 Norwegen	22
3.3.1 Länderdaten	22
3.3.2 Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung	22
3.3.3 Entwicklung	26
3.3.4 Finanzierung	27
3.4 Zusammenfassung	28
3.5 Soziale Arbeit und Soziale Sicherung	31
4. Die Wohnsituation der Menschen mit Behinderung	34
4.1 Einführung	34
4.2 Deutschland	36
4.2.1 Daten zur Wohnsituation der Menschen mit geistiger Behinderung	36
4.2.2 Rechtsgrundlagen	36
4.2.3 Politische Entwicklung	36
4.2.4 Wohnformen	37
4.3 Norwegen	40
4.3.1 Daten zur Wohnsituation der Menschen mit geistiger Behinderung	40
4.3.2 Rechtsgrundlagen	40
4.3.3 Politische Entwicklung	40
4.3.4 Wohnformen	43
4.4 Zusammenfassung	45
4.5 Soziale Arbeit und Wohnen	48
5. Fazit und Ausblick	54

Literaturverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

BGG:	Behindertengleichstellungsgesetz
BIP:	Bruttoinlandsprodukt
EJMB:	Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen
EU:	Europäische Union
GG:	Grundgesetz
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
HVPU:	Gesundheitsschutz für geistig Behinderte (Helsevernet for Psykisk Utviklingshemmede)
ICF:	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health)
ICSW:	Internationaler Rat für Soziale Wohlfahrt (International Council on Social Welfare)
KKP:	Kaufkraftparität
MISSOC:	System zur gegenseitigen Information über die Soziale Sicherung (Mutual Information System on Social Protection)
NAV:	Neue Arbeits- und Sozialverwaltung (Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning)
NFU:	Norwegischer Verbund für geistig Behinderte (Norsk Forbund for Utviklingshemmede)
NHF:	Norwegens Behindertenverband (Norges Handikapforbund)
NOK:	Norwegische Krone (Norsk Krone)
OECD:	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OEEC:	Organisation für europäische wirtschaftliche Zusammenarbeit (Organisation for European Economic Co-operation)
OMK:	Offene Methode der Koordinierung
SGB:	Sozialgesetzbuch
WHO:	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tab. 1: „Die Systeme der Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung“ S. 29

Tab. 2: „Die Wohnsituation der Menschen mit Behinderung“ S. 46

Abbildungen

Abb. 1: „Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger“ S. 15

Abb. 2: „Plätze in stationären Großeinrichtungen je 100 000 Einwohner der
Gesamtbevölkerung“ S. 42

1. Einleitung

1.1 Ausgangssituation

In Deutschland leben Menschen mit Behinderung heute überwiegend in stationären Wohnformen und deshalb isoliert von der Gesellschaft. Und dies, obwohl diese Wohnform nicht den Wünschen und Interessen der Mehrheit der behinderten Menschen entspricht (vgl. Lebenshilfe 2004, S. 2). Diese Tatsache zeigt meiner Ansicht nach Handlungsbedarf auf, auch von Seiten der Sozialen Arbeit. Erkenntnisinteresse dieser Bachelorarbeit ist deshalb, wie die Soziale Arbeit die Wohnsituation der Menschen mit Behinderung in Deutschland in deren Sinne optimieren kann. Zur Erörterung dieser Fragestellung greife ich in dieser Arbeit auf die Methode des internationalen Vergleichs zurück. Durch den Blick nach Norwegen und die dortige Wohnsituation der behinderten Menschen möchte ich Erkenntnisse gewinnen, auf deren Grundlage ich konkrete Handlungsansätze für die Soziale Arbeit zur Verbesserung der Wohnsituation in Deutschland herausarbeiten kann. Im Mittelpunkt sollen dabei die Bedürfnisse, Interessen und Wünsche der Menschen mit Behinderung stehen. Übergeordnetes Ziel ist die Förderung der gesellschaftlichen Integration und Inklusion der Menschen mit Behinderung.

Der internationale Vergleich der Behindertenhilfe in Deutschland und Norwegen zielt wie erwähnt auf den Gewinn der erwünschten Erkenntnisse. Die Behindertenhilfe umfasst in diesem Rahmen die Soziale Sicherung und die Wohnsituation der Menschen mit Behinderung. Die Soziale Sicherung habe ich gewählt, da sie Grundlage der Rechte und Ansprüche von Menschen mit Behinderung ist, unter anderem auch der Ansprüche bezüglich des Wohnens (vgl. Stascheit 2006, S. 1218-1219). Die Wohnsituation habe ich als Schwerpunkt herausgegriffen, da die Wohnung für die meisten Menschen der räumliche Mittelpunkt ihres Lebens darstellt und sie somit letztlich auch die Chancen auf Integration und Inklusion erheblich mitbestimmt (vgl. Lebenshilfe 2004, S. 1). Für einen internationalen Vergleich habe ich mich entschieden, da meines Erachtens nur durch den Blick auf die Systeme anderer Länder und die Auseinandersetzung mit deren Erfahrungen die vorhandenen Strukturen in Deutschland neu betrachtet, bewertet, eingeordnet und letztlich verbessert werden können. Als Vergleichsland habe ich Norwegen ausgewählt, weil sich die Wohnstrukturen für Menschen mit Behinderung in Deutschland und Norwegen grundlegend unterscheiden (vgl. NHF 2006, S. 3-20 und Seifert 2004, S. 378-383). Deshalb erwarte ich von dem Vergleich der Behindertenhilfe dieser beiden Länder einen hohen Erkenntnisgewinn zur Beantwortung der zentralen Fragestellung. Hinsichtlich der Personengruppe beziehe ich mich im Rahmen dieser Bachelorarbeit auf erwachsene

Menschen mit Behinderung im arbeitsfähigen Alter. Der internationale Vergleich der Sozialen Sicherung schließt alle Menschen mit Behinderung ein, der Vergleich der Wohnsituation bezieht sich dagegen ausschließlich auf Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Wahl liegt darin begründet, dass bei dieser Personengruppe hinsichtlich gesellschaftlicher Integration bzw. Inklusion der größte Handlungsbedarf besteht, insbesondere im Hinblick auf das Wohnen (vgl. Lebenshilfe 2004, S. 2).

Anlass für die Wahl des Themas waren meine praktischen Erfahrungen. So verbrachte ich im Rahmen des Europäischen Freiwilligendienstes ein Jahr in Norwegen in einer Wohn- und Arbeitsgemeinschaft für Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Erfahrungen haben mein Interesse sowohl am Land Norwegen als auch an der Arbeit mit Menschen mit Behinderung geweckt. Auch in Deutschland habe ich mit behinderten Menschen gearbeitet, als ich für einen Monat ein Praktikum in einer Wohngruppe eines stationären Wohnheims absolvierte. Das Leben im Wohnheim in Deutschland unterschied sich vom Leben in der Wohngemeinschaft in Norwegen. Dadurch entwickelte sich das Interesse, die Lebens- und Wohnsituation der Menschen mit Behinderung in beiden Ländern genauer zu betrachten. Bei der intensiven Recherche nach geeigneten Quellen für den internationalen Vergleich der Sozialen Sicherung und der Wohnsituation von Menschen mit Behinderung stellte ich fest, dass es nur eine begrenzte Auswahl an geeigneter Literatur zu dieser Thematik gibt. Offensichtlich hat sich die Soziale Arbeit bislang nicht konkret mit einem Ländervergleich in diesem Bereich der Behindertenhilfe beschäftigt (mit Ausnahme der Lebenshilfe). Erschwert wurde die Suche zudem durch die Tatsache, dass Norwegen nicht Teil der Europäischen Union ist. Daher wird Norwegen in europäischen Vergleichen, wie beispielsweise der Offenen Methode der Koordinierung, nur teilweise oder gar nicht berücksichtigt. Durch die Kontaktaufnahme mit Ämtern und Behörden sowie Vereinen und Dachverbänden beider Länder konnte ich dennoch eine geeignete Auswahl an aktueller und vielseitiger Literatur für diese Arbeit zusammenstellen.

1.2 Inhalt und Aufbau der Arbeit

Da ich meine zentralen Erkenntnisse aus dem Blick nach Norwegen ziehe, setze ich mich im folgenden zweiten Kapitel zunächst mit der Methode des internationalen Vergleichs auseinander und thematisiere insbesondere seine Bedeutung für die Soziale Arbeit sowie seine Vor- und Nachteile. Außerdem stelle ich ausgewählte Systeme des internationalen Vergleichens vor, die auch mir als wichtige Informationsquellen für diese Arbeit dienen. Nachdem diese Aspekte herausgearbeitet wurden, widme ich mich im dritten Kapitel dem Vergleich der Behindertenhilfe von Norwegen und Deutschland im Bezug auf die Soziale Sicherung. Ziel dieses Vergleichs ist es, durch den Blick ins Ausland Lerneffekte zur

Verbesserung der Sozialen Sicherung zu erzielen. Die Sozialen Sicherungssysteme für Menschen mit Behinderung werden dafür zunächst ausführlich dargestellt und in diesem Zusammenhang auch deren Entwicklung und Finanzierung thematisiert. Nach einer Zusammenfassung der wichtigsten Informationen ziehe ich Schlüsse aus dem Vergleich hinsichtlich des möglichen Beitrags der Sozialen Arbeit zur Optimierung der Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung in Deutschland und Norwegen. Da ich im Rahmen dieser Bachelorarbeit hinsichtlich der Sozialen Sicherung nicht in die Tiefe gehen kann, können die Lerneffekte zu diesem Bereich nur angerissen werden. Im vierten Kapitel gehe ich auf den Bereich des Wohnens von Menschen mit geistiger Behinderung ein. Zum Einen wird die politische Entwicklung thematisiert, die ursächlich für die heutige Wohnsituation ist. Zum Anderen werden die einzelnen Wohnformen, die den Menschen in den beiden Ländern offen stehen, beschrieben. Im Anschluss folgt ebenfalls eine Zusammenfassung der wichtigsten Daten. Dieser Vergleich zielt darauf ab, durch den Blick nach Norwegen neue Erkenntnisse über das deutsche System und dessen Verbesserungsmöglichkeiten zu erhalten. Deshalb werden gute professionelle Ansätze ausschließlich im Hinblick auf den Beitrag der Sozialen Arbeit zur Verbesserung der Lebens- und Wohnsituation der behinderten Menschen in Deutschland vorgestellt. Die Bachelorarbeit wird durch ein Fazit mit den wichtigsten Zusammenfassungen und Schlussfolgerungen aus den vorhergehenden Kapiteln und einem Ausblick abgerundet.

1.3 Methodik

Zur Erarbeitung des Themas wird die Methode des internationalen Vergleichs angewandt. Der internationale Vergleich wird in Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit für unterschiedliche Zwecke eingesetzt. In dieser Arbeit dient der internationale Vergleich dem Ziel, Erkenntnisse zu erhalten, auf deren Basis sinnvolle Einsatzfelder der Sozialen Arbeit zur Verbesserung der Wohnsituation der behinderten Menschen in Deutschland bestimmt werden können. Da also der internationale Vergleich in dieser Bachelorarbeit einen hohen Stellenwert einnimmt, widme ich mich im folgenden Kapitel der Bedeutung des internationalen Vergleichs für die Soziale Arbeit, seinen Vor- und Nachteilen sowie wichtigen europäischen Vergleichssystemen.

2. Der internationale Vergleich

In diesem Kapitel setze ich mich mit der Methode des internationalen Vergleichs auseinander. Nach einer Definition folgt die Ausarbeitung der Bedeutung des internationalen Vergleichs für die Soziale Arbeit in der Vergangenheit und Gegenwart. Daraufhin gehe ich auf die Vor- und Nachteile des internationalen Vergleichs ein und beschreibe anschließend ausgewählte Systeme des Vergleichens für den europäischen Raum.

2.1 Definition

Der Begriff „Vergleich“ bezeichnet nach Treptow grundsätzlich die Feststellung von Ähnlichkeiten und Unterschieden. Das Verständnis des internationalen Vergleichs ist allerdings komplexer, da für den internationalen Vergleich nach Treptow zwei Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Zum Einen die Anerkennung der Existenz von mindestens zwei Gesellschaftsformationen, die nationalstaatlich abgrenzbar sind – wie beispielsweise Norwegen und Deutschland. Zum Anderen muss es in diesen beiden Ländern Strukturen geben, die gemeinsame Merkmale aufweisen – wie beispielsweise das System der Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung. So können die Systeme in eine sinnvolle Beziehung zueinander gesetzt werden, um Ähnlichkeiten und Unterschiede deutlich zu machen (vgl. Treptow 2005, S. 905).

Ich habe die Definition Treptows gewählt, da Treptow nicht nur den internationalen Vergleich definiert, sondern gleichsam dessen Voraussetzungen festsetzt. Auch grenzt er ihn vom einfachen Vergleich ab. Aus diesen Gründen bietet die Definition für mich eine gute Grundlage für das weitere Vorgehen bei meinem internationalen Vergleich.

2.2 Bedeutung für die Soziale Arbeit

Früher

Internationaler Vergleich, internationaler Austausch und internationale Kooperation sind in der Sozialen Arbeit nicht neu, sondern werden bereits seit der Entstehung der modernen Sozialen Arbeit angewandt. Dies hängt mit der Industrialisierung zusammen, die Ende des 19. Jahrhunderts/Anfang des 20. Jahrhunderts die Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Industriestaaten in vergleichbarer Weise beeinflusst hat. So wurden in diesen Ländern neue soziale Probleme geschaffen, die international vergleichbar waren. Diese Tatsache legte schon bald einen internationalen Austausch und eine internationale Zusammenarbeit nahe, beispielsweise fand bereits im Jahr 1862 ein internationaler

Wohlfahrtspflegekongress in London statt. Auch Studienreisen haben in der Sozialen Arbeit eine lange Tradition, um sich vom Ausland für die eigene Arbeit inspirieren zu lassen. Dies machte beispielsweise bereits Jane Addams im Jahr 1888 vor, die nach einer Londonreise zum Settlement „Toynbee Hall“ des Ehepaars Barnett, in Chicago die Nachbarschaftseinrichtung „Hull House“ gründete. Die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit für die Soziale Arbeit zeigte sich auch in Form berufspolitischer Zusammenschlüsse wie beispielsweise dem „Internationalen Rat für Soziale Wohlfahrt“ (ICSW¹). Die Soziale Arbeit kann also auf eine lange Tradition des internationalen Austauschs, des gegenseitigen Wissenstransfers und der damit verbundenen grenzüberschreitenden Solidarität zurückblicken (vgl. Sander 2005, S. 871-872). Die Methode des internationalen Vergleichs nahm früher also einen hohen Stellenwert innerhalb der Sozialen Arbeit ein. Das heutige Verhältnis der Sozialen Arbeit zum internationalen Vergleich wird nachfolgend betrachtet.

Heute

Bis heute hat sich in der Sozialen Arbeit trotz der internationalen Verknüpfungen in der Vergangenheit kein eigenständiger Teilbereich der „Vergleichenden Sozialen Arbeit“ herausgebildet, d.h. es konnte sich bislang kein anerkannter Theorie- und Forschungszusammenhang im Bezug auf den internationalen Vergleich entwickeln. Stattdessen verortet sich die Soziale Arbeit bei entsprechenden Fragestellungen zwischen den Komparatistiken² anderer Wissenschaftsdisziplinen, beispielsweise zwischen der vergleichenden (Sozial)Politikwissenschaft und der vergleichenden Erziehungswissenschaft. Die Soziale Arbeit greift heute scheinbar nur auf die Methode des internationalen Vergleichs zurück, wenn es sich in einzelnen Handlungsfeldern als praktikabel erweist, beispielsweise in Form des Wissenstransfers oder der internationalen Begegnung. Der Vergleich wird aber weder aus disziplinären Gründen noch systematisch eingesetzt. Dies hat zur Folge, dass der internationale Vergleich zwar vereinzelt angewendet wird, die Ergebnisse jedoch nicht in eine international vergleichende Forschung eingebettet sind und entsprechend aufgearbeitet werden (vgl. Treptow 2005, S. 906-910). Auch Sander (2005) kommt zu dem Ergebnis, dass die heutige Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis nur mühsam an ihre Tradition des internationalen Austausches anknüpfen kann. Da jedoch durch das Zusammenwachsen von Europa viele soziale Probleme wie Arbeitslosigkeit und Migration nur noch im internationalen Kontext

¹ Der ICSW wurde 1928 in Paris unter dem Namen „International Conference of Social Work“ gegründet. Seit 1967 stehen die Initialen für „International Council on Social Welfare“ (vgl. ICSW 2008).

² Die Komparatistik stammt ursprünglich aus der Literatur- und Sprachwissenschaft und bezeichnet das Teilgebiet der „vergleichenden Wissenschaft“. Der Begriff der Komparatistik leitet sich ab aus dem lateinischen Wort „comparare“ für „vergleichen“ (vgl. Duden 2007a).

zutreffend erfasst und bearbeitet werden können, müssen die Konzepte und Handlungsstrategien der Sozialen Arbeit diese neuen internationalen politischen und sozialen Zusammenhänge berücksichtigen. Diese Notwendigkeit scheint die Soziale Arbeit allerdings nicht zu erkennen (S. 871-872).

Meines Erachtens wird an dieser Stelle ein enormer Handlungsbedarf deutlich. Um von dem internationalen Vergleich langfristig profitieren zu können, ist es wichtig, einen Teilbereich der vergleichenden Sozialen Arbeit auszuformen. So könnten internationale soziale Fragestellungen systematisch erforscht, aufgearbeitet und bewertet werden. Die vergleichende Forschung könnte sich insbesondere auch mit der Frage der Möglichkeiten und Grenzen der Übertragbarkeit intensiv auseinandersetzen. Das daraus resultierende, wissenschaftlich begründete Wissen könnte dann in die Praxis einfließen und das Handeln der Sozialen Arbeit professionalisieren. Weitere Vorteile des internationalen Vergleichs, aber auch seine Nachteile, werden im folgenden Kapitel thematisiert.

2.3 Vorteile und Nachteile

Vorteile

Der internationale Vergleich kann der Sozialen Arbeit in vielfältiger Weise von Nutzen sein. Zum Einen kann er der Sozialen Arbeit zur Erweiterung des eigenen Repertoires dienen, indem beispielsweise Denkschulen oder Forschungsrichtungen aus dem Ausland in den eigenen Wissensbestand aufgenommen werden. Beispiele hierfür sind der Interaktionismus, Street-work oder die Kommunikationstheorie. Zum Anderen kann der Vergleich Orientierung bieten, wie auf bestimmte Erscheinungsformen im eigenen Land reagiert werden kann. Des Weiteren bietet der internationale Vergleich Anregung bei der Entwicklung eigener regionalbezogener Konzepte (vgl. Treptow 2005, S. 903).

Durch das Zusammenwachsen von Europa werden soziale Problemlagen sichtbar, die länderübergreifend auftreten. Auch hier kann die Soziale Arbeit die Methode des internationalen Vergleichs erfolgreich einsetzen. Denn auf Phänomene wie den demographischen Wandel, Migration und Arbeitslosigkeit kann die Soziale Arbeit nur dann angemessen reagieren, wenn sie sich bei der Entwicklung von professionellen Konzepten und Handlungsstrategien der internationalen Zusammenhänge bewusst ist (vgl. Sander 2005, S. 872).

Offensichtlich bietet der internationale Vergleich einige Vorteile für Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit. Das folgende Kapitel thematisiert nun die Nachteile und Grenzen des internationalen Vergleichs.

Nachteile

Ein Nachteil des internationalen Vergleichs liegt in der Gefahr begründet, sich nur auf die Mikroebene (Bezug auf eine Personengruppe) zu beschränken und die Mesoebene (Bezug auf Institutionen und Organisationen) sowie die Makroebene (Bezug auf Regionen und Nationalstaaten) außer acht zu lassen. Dies hat zur Folge, dass der Vergleich an der Oberfläche verharrt und wenig aussagekräftig ist. Die zu untersuchende soziale Fragestellung kann so nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Aus diesem Grund bietet sich eine Mehrebenenanalyse an, um ein differenziertes Bild einer sozialen Problemlage zu erhalten (vgl. Treptow 2005, S. 905-906). Ebenfalls unzulänglich sind Vergleiche von bestimmten sozialen Problemlagen, die die jeweiligen nationalstaatlichen Bedingungen, wie beispielsweise die Sozialpolitik, nicht berücksichtigen sowie Vergleiche von Institutionen und Organisationen, die die soziale Problemlage oder die Rolle der Sozialen Arbeit nicht einbeziehen. Ein Grund für diese Problematik liegt in der Tatsache begründet, dass in der Wissenschaft die Fragestellungen der Sozialpolitik und die Fragestellungen der Sozialen Arbeit getrennt voneinander behandelt werden und kaum Bezug aufeinander nehmen (vgl. Schäfer 2000, S. 47-48). An dieser Stelle wird wiederum das Problem einer fehlenden vergleichenden Sozialen Arbeit deutlich.

Richtig angewandt profitiert die Soziale Arbeit in meinen Augen von der Methode des internationalen Vergleichs. Durch die länderspezifischen Erfahrungen zu einer bestimmten sozialen Fragestellung entwickeln sich unterschiedliche Blickwinkel und Sichtweisen sowie andere Herangehensweisen heraus. Der Vergleich ermöglicht ein vielschichtiges Bild der jeweiligen Problemlage sowie der Lösungsmöglichkeiten. Dies eröffnet meiner Ansicht nach die Chance, bestimmte soziale Lagen im eigenen Land unter anderen Gesichtspunkten zu betrachten und entsprechend neue Lösungsansätze zu entwickeln. Wertvolle Informationen für einen internationalen Vergleich liefern bestimmte Systeme, die im folgenden Kapitel vorgestellt werden.

2.4 Systeme des Vergleichens

In diesem Kapitel stelle ich ausgewählte Systeme des Vergleichens vor, die in Europa von Relevanz sind und die mir für diese Arbeit z.T. als hauptsächliche Informationsquellen dienten. Die Systeme bauen ihre internationalen Vergleiche u.a. auf Themengebiete der Sozialpolitik wie Beschäftigung, Gesundheit oder die Soziale Sicherung. Aus diesem Grund können sie auch für die Soziale Arbeit bedeutende Informationsquellen darstellen.

Offene Methode der Koordinierung (OMK)

Die OMK wurde im März 2000 vom Europäischen Rat der EU³ eingeführt, um seine Politikkoordinierungs- und Richtlinienkompetenzen sowie das Handeln der Gemeinschaft zu stärken. Die Offene Methode der Koordinierung bildet eine Zwischenstufe neben den beiden klassischen Methoden der Rechtsetzung der EU (Verordnung und Richtlinie) und der Zusammenarbeit auf Regierungsebene im Rahmen des EU-Vertrags. Die Mitwirkung der Mitgliedstaaten bei der Anwendung der OMK ist verbindlich, nicht jedoch die aus den Ergebnissen zu ziehenden Schlussfolgerungen. D.h. hält sich ein Staat nicht an die Umsetzung der Leitlinien der OMK, so kann sein Verhalten nicht von der Europäischen Kommission⁴ als gemeinschaftswidrig qualifiziert werden.

Ein besonderes Merkmal der Offenen Methode der Koordinierung ist der Einbezug aller relevanten Akteure von der Europäischen Union (EU) über die einzelnen Mitgliedstaaten, die regionalen und lokalen Ebenen bis hin zu den sozialen Organisationen und den Bürger/-innen. Sie sollen im Rahmen von Partnerschaften aktiv am Prozess der OMK mitwirken. An dieser Stelle wird der dezentrale Ansatz der Methode deutlich.

Das Verfahren der OMK läuft wie folgt ab. Die Europäische Kommission schlägt für einen bestimmten Politikbereich (beispielsweise Beschäftigung) Ziele und Leitlinien vor und erarbeitet einen genauen Zeitplan für die Verwirklichung von kurz-, mittel- und langfristigen Zielen. Die konkrete Umsetzung der OMK sowie der Zeitplan und die Handlungsziele werden schließlich vom Europäischen Rat beschlossen. Durch dasselbe Verfahren werden Indikatoren und Kennziffern vereinbart, die für die gesamte Europäische Union von Gültigkeit sind. Dadurch bilden die Indikatoren den Maßstab für die Bewertung der Umsetzungserfolge und ermöglichen Vergleiche der einzelnen Länder. Die gemeinsamen Ziele und Leitlinien werden nun im Rahmen der nationalen Politik der einzelnen Mitgliedstaaten der EU umgesetzt. Die Europäische Kommission und Expertengremien beobachten den Verlauf und bewerten die Politik hinsichtlich der Wirkungen und Fortschritte. Die Fachministerien der Mitgliedstaaten erstellen nun nationale Länderberichte wie beispielsweise Aktionspläne oder Strategieberichte, die anhand der festgelegten Indikatoren ausgewertet werden. Die Berichte enthalten Informationen zur Umsetzung der Ziele und Leitlinien durch u.a. Gesetzgebung, Programme oder Maßnahmen. Außerdem werden positive Praxisbeispiele und bewährte Verfahren dokumentiert. Zum Abschluss erarbeitet die Europäische Kommission einen Synthesebericht, der eine Analyse und Bewertung der einzelnen Länderberichte sowie

³ Der Europäische Rat der EU besteht aus Mitgliedern der Regierungen der Mitgliedstaaten. Der Europäische Rat beeinflusst die Politik der Europäischen Union durch Grundsatzentscheidungen (vgl. Duden 2007b).

⁴ Die Europäische Kommission verfolgt die Interessen der europäischen Integration und ist daher eine unabhängige Institution. Sie ist zuständig für die Initiierung und Ausarbeitung von Rechtsakten (vgl. Duden 2007b).

Empfehlungen für die Mitgliedstaaten enthält. Durch diesen Prozess werden die Politikinhalte und Politikverfahren der einzelnen Länder und die jeweils damit erzielten Ergebnisse vergleichbar. Die OMK ermöglicht somit einen Informations- und Erfahrungsaustausch und eröffnet auf diese Weise die Chance auf gegenseitiges Lernen (vgl. Maucher 2004, S. 6-8).

Die Ergebnisse der Offenen Methode der Koordinierung lassen sich meines Erachtens sinnvoll für einen internationalen Vergleich im Bereich der Sozialpolitik einsetzen – insbesondere auch von der Sozialen Arbeit, da sich Reformen im Bereich der Sozialpolitik auf viele ihrer Handlungsbereiche auswirken. Die OMK bezieht sich ausschließlich auf die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, weshalb sich die Informationen gut für Vergleiche von EU-Staaten eignen. Da Norwegen jedoch nicht Teil der EU ist, konnte ich die Ergebnisse der OMK für diese Arbeit nicht verwenden. Ein internationaler Vergleich setzt gemeinsame Merkmale bzw. Indikatoren voraus, aufgrund dessen konnte ich die Strategieberichte Deutschlands ohne ein entsprechendes Pendant zu Norwegen nicht angemessen einsetzen.

Mutual Information System on SOCIAL Protection (MISSOC)

MISSOC, das „System zur gegenseitigen Information über den Sozialschutz“, wurde im Jahr 1990 von der Europäischen Kommission mit dem Ziel gegründet, zwischen den Mitgliedstaaten den regelmäßigen Informationsaustausch über die Soziale Sicherung zu fördern. Mittlerweile hat sich MISSOC zur zentralen Informationsquelle bezüglich Gesetzgebung, Leistungen und Finanzierung im Bereich des Sozialschutzes entwickelt. MISSOC umfasst mittlerweile 31 Länder, dazu gehören alle 27 Staaten der Europäischen Union sowie seit 2000 die Länder Island, Liechtenstein und Norwegen sowie seit 2003 die Schweiz. Das Informationssystem gründet auf der engen Zusammenarbeit zwischen der Generaldirektion „Beschäftigung und Soziales“ der Europäischen Kommission, einem Netz von offiziellen Vertreterinnen und Vertretern der teilnehmenden Länder sowie einem von der Generaldirektion bestimmten Sekretariat. Die für den Sozialschutz zuständigen Ministerien der einzelnen Mitgliedstaaten stellen jeweils mindestens einen/eine Vertreter/-in. Diese Vertreter/-innen liefern MISSOC regelmäßig aktuelle und für die Veröffentlichung aufbereitete Informationen. Das Sekretariat ist für die Koordinierung des Netzes, die Vorbereitung und den Vertrieb der Publikationen, die Organisation der Sitzungen, das Zusammentragen der Informationen und die Verwaltung des EDV-Systems zuständig.

Das Informationssystem kann vielfältig und von jeglichen Interessierten genutzt werden. Hilfreich ist MISSOC beispielsweise für Bürger/-innen, die sich auf einen Umzug ins Ausland vorbereiten und sich über die Soziale Sicherung informieren möchten. Das

System wird aber auch als wichtige Informationsquelle von Forscher/-innen und Student/-innen geschätzt, die internationale Vergleiche im Bezug auf Soziale Sicherungssysteme durchführen oder die Veränderungen des Sozialschutzes im zeitlichen Verlauf untersuchen. Die Informationen sind strukturiert und in eine Vielzahl von Kategorien und Tabellen gegliedert. Der/die Nutzer/-in kann je nach individuellem Informationsbedarf die entsprechenden Länder und die spezifischen Bereiche auswählen und erhält hierzu die passenden Informationen (vgl. Europäische Kommission 2008).

MISSOC ist meiner Ansicht nach gut geeignet für den internationalen Vergleich im Bereich der Sozialen Sicherung. Ich konnte die MISSOC-Studien auch im Zusammenhang mit dieser Arbeit hervorragend verwenden, da sowohl Deutschland als auch Norwegen Teil von MISSOC sind und vergleichbare Informationen speziell zur Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung verfügbar sind. Insbesondere zu Fragestellungen im Bereich der Sozialpolitik und der Sozialen Sicherung kann MISSOC meines Erachtens für die Soziale Arbeit eine nützliche Informationsquelle sein.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

Die „Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung“ entstand 1961 aus der „Organisation for European Economic Co-operation“ (OEEC), die wiederum im Jahr 1948 mit Unterstützung der USA und Kanada gegründet wurde, um den Marshallplan⁵ umzusetzen. Seit 1961 widmet sich die OECD der Förderung des Wirtschaftswachstums, höheren Beschäftigungsquoten, der Sicherung der finanziellen Stabilität sowie der Steigerung des Lebensstandards. Die Organisation unterstützt und begleitet die Länder in ihrer Entwicklung, um wirtschaftliche, soziale und politische Herausforderungen der Globalisierung gemeinsam zu meistern. Sie will die Weltwirtschaft fördern, dabei aber Aspekte der Umwelt und der sozialen Entwicklung mit in Betracht ziehen. Die OECD umfasst mittlerweile 30 Länder, die sich zu Demokratie und Marktwirtschaft bekennen, darunter auch Deutschland und Norwegen. Über die Mitgliedstaaten hinaus arbeitet die Organisation mit über 100 weiteren Ländern eng zusammen. Der Hauptsitz der Organisation ist in Paris. Sie wird finanziert durch Beiträge der 30 Mitgliedstaaten, deren Höhe von der jeweiligen Wirtschaftsgröße abhängen.

Heute ist die OECD eine der größten und zuverlässigsten Quellen von vergleichbaren statistischen, wirtschaftlichen und sozialen Daten. Die Organisation stellt ein System zur Verfügung, das politische Erfahrungen vergleichbar macht und gute praktische Beispiele herausgreift und vorstellt. Der Blick auf andere Länder soll für die einzelnen Regierungen

⁵ Der Marshallplan bezeichnet ein wirtschaftliches Hilfsprogramm für die westeuropäischen Staaten nach dem Zweiten Weltkrieg. Er ist benannt nach dem früheren amerikanischen Außenminister G. C. Marshall (1880-1959) (vgl. Duden 2007a).

Anreize schaffen, die eigene Politik zu verbessern und weiterzuentwickeln. Das Themenspektrum der OECD umfasst u.a. Wirtschaft, Handel, Beschäftigung, Migration, Bildung, Energie, Gesundheit und Umwelt. Zu jedem Thema hat die OECD, nach Ländern geordnet, die wichtigsten Daten, Analysen und Informationen zusammengestellt und im Internet veröffentlicht.

Die Daten erhält die OECD durch enge Zusammenarbeit verschiedener Arbeitsbereiche. Das Sekretariat der Organisation sammelt die von den Mitgliedsländern gewünschten Daten, wertet diese aus und erstellt Berichte und Analysen. Des Weiteren unterstützt das Sekretariat die Arbeit der ca. 200 Ausschüsse und Arbeitsgruppen. Diese Ausschüsse bestehen aus Vertreterinnen und Vertretern der Mitgliedstaaten und sind jeweils spezialisiert auf bestimmte Politikbereiche wie beispielsweise Wirtschaft, Handel oder Gesundheit. Die Ausschüsse tauschen Informationen aus, überprüfen Fortschritte und entwickeln Ideen für neue Maßnahmen. Die Entscheidung über diese Maßnahmen trifft letztlich der Rat. Der Rat tagt regelmäßig und besteht aus einem/einer Vertreter/-in eines jeden Mitgliedslandes sowie einem/einer Vertreter/-in der Europäischen Kommission. Die Entscheidungen des Rates werden durch Übereinstimmung – dem Konsens – getroffen. Daraus resultieren Empfehlungen, die die einzelnen Regierungen umsetzen können.

In einigen Fällen führen die Analysen der OECD zu Verhandlungen, in denen sich die OECD-Länder auf Regeln der internationalen Zusammenarbeit einigen. Dies kann durch formelle Übereinkommen wie beispielsweise zur Korruptionsbekämpfung, oder durch Standards, Richtlinien, Empfehlungen oder Leitsätze wie beispielsweise zum Umweltschutz geschehen.

Neben dem Kontakt zu den Regierungen hält die OECD Verbindungen zu Wirtschaftsverbänden und Gewerkschaften sowie zu einem breiten Spektrum von Nichtregierungsorganisationen aufrecht. Sie stellen wichtige Meinungsträger im Bezug auf die Wirtschafts- oder Sozialpolitik dar, weshalb die OECD regelmäßig einen Austausch zu konkreten Fragestellungen organisiert (vgl. OECD 2008c, S. 7-15).

Die Informationen der OECD sind meiner Ansicht nach ebenfalls gut für einen internationalen Vergleich geeignet, da die Berichte der einzelnen Länder zur selben Thematik identisch aufgebaut sind und kongruente Informationen enthalten. Insbesondere die Themen Gesundheit, Migration und Bildung beziehen sich auf viele Handlungsfelder der Sozialen Arbeit. Aufgrund dessen kann die Soziale Arbeit diese Daten, Studien und Analysen meines Erachtens gut für einen Vergleich einsetzen. Da zudem Deutschland wie auch Norwegen Mitgliedstaaten der OECD sind, konnte auch ich einzelne Studien für meinen internationalen Vergleich verwenden. Dieser internationale Vergleich der Behindertenhilfe in Norwegen und Deutschland folgt im nächsten Kapitel.

3. Die Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung

In diesem Kapitel wird der internationale Vergleich der Sozialen Sicherung in Norwegen und Deutschland thematisiert. Die Soziale Sicherung umfasst in diesem Rahmen vordergründig das Sozialrecht für Menschen mit Behinderung hinsichtlich der Definition von Behinderung, der Rechtsgestaltung, der Leistungen und der Gewährleistung der gesellschaftlichen Teilhabe. Ergänzend gehe ich auf die Finanzierung und die aktuelle Entwicklung der Sozialen Sicherung in den beiden Ländern ein. Nach der Darstellung der Systeme folgt zunächst eine Zusammenfassung der wichtigsten Daten mit Betonung der deutlichsten Ähnlichkeiten und Unterschiede. Anschließend wird der mögliche Beitrag der Sozialen Arbeit zur Optimierung der Sozialen Sicherung in Norwegen und Deutschland benannt. Ziel des internationalen Vergleichs ist es, auf Basis der Stärken und Schwächen der Systeme, Lerneffekte zu ermöglichen. Die Einführung bietet einen Überblick über die Entwicklung der Politik für Menschen mit Behinderung ab Beginn der 1990er Jahre, die auch die Soziale Sicherung beeinflusst hat.

3.1 Einführung

In der Politik für Menschen mit Behinderung ist in den letzten Jahren auf internationaler Ebene eine Menge geschehen. So gab es bereits in den 1990er Jahren einen Paradigmenwechsel, nach dem Menschen mit Behinderung nicht mehr als Empfänger/-innen von Wohlfahrtsleistungen sondern als gleichberechtigte Staatsbürger/-innen angesehen werden. Zuvor wurde Behinderung in erster Linie medizinisch betrachtet, wodurch die Schwierigkeiten der Menschen mit Behinderung als individuelles Schicksal aufgrund von Defiziten verstanden wurden. Durch den Paradigmenwechsel änderte sich diese Sichtweise. Behinderung wurde fortan auch in ihren sozialen Zusammenhängen betrachtet und die Einschränkungen der Menschen mit Behinderung wurden auf die Umwelt bezogen. Deutlich wird diese Entwicklung u.a. in der Neufassung der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2001. Diese Klassifikation bezieht umwelt- und personenbezogene Faktoren, Möglichkeiten der Aktivitäten und Teilhabe sowie Körperfunktionen und -strukturen ein. Von Bedeutung sind vor allem die Umweltfaktoren sowie die persönlichen Faktoren. Die Umweltfaktoren werden daraufhin untersucht, ob sie die Integration fördern oder hemmen, die persönlichen Faktoren⁶ berücksichtigen die Auswirkungen von u.a. Geschlecht, Alter, sozialer Herkunft. Die persönlichen Fähigkeiten

⁶ Die persönlichen Faktoren werden in der ICF aufgrund soziokultureller Unterschiede zwischen den Ländern nicht klassifiziert. Sie sind jedoch aus Gründen der Vollständigkeit in die Systematik integriert (vgl. MISSOC 2003c, S. 2).

und die Möglichkeiten zur Partizipation und Teilhabe stehen im Vordergrund. Die ICF lenkt also den Blick weg von den wirklichen oder vermeintlichen Defiziten hin zu den Fähigkeiten und Ressourcen.

Der Paradigmenwechsel wurde außerdem gefördert durch internationale Abkommen wie beispielsweise den „Beschluss zur Herstellung von Chancengleichheit für behinderte Menschen“ der Vereinten Nationen von 1993. Diese Bestimmungen forderten die Staaten auf, diskriminierende Rechtsgrundlagen abzuschaffen und stattdessen den Menschen mit Behinderung rechtliche Gleichbehandlung einzuräumen. Entsprechend der Vereinten Nationen hat die Europäische Union 1996 eine „Entschließung zur Chancengleichheit für Behinderte“ verabschiedet, die u.a. die Aufforderungen enthält, Diskriminierung zu beseitigen, Chancengleichheit herzustellen sowie den Austausch bewährter Maßnahmen zu fördern. Auf Grundlage dieser Entschließung wurde eine Strategie entwickelt, die die Einrichtung von Chancengleichheit für Menschen mit Behinderung unterstützen soll. Die Strategie beinhaltet insbesondere Aspekte wie die Kooperation und den Austausch der Mitgliedstaaten, die Verbesserung der Teilhabe sowie die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung bei allen Entscheidungen der Europäischen Kommission. Besondere Aufmerksamkeit gilt dem „Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen (EJMB) 2003“. Es wurde 2001 durch den Beschluss des Rates der EU ausgerufen, um das 10-jährige Bestehen des Beschlusses der Vereinten Nationen zu würdigen. Zu den Zielen des EJMB 2003 gehörten insbesondere die Sensibilisierung für die Rechte und die Formen von Diskriminierung von Menschen mit Behinderung sowie die vollständige Integration dieser Menschen in die Gesellschaft. Außerdem sollten Akzeptanz und Toleranz durch Information, Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit gefördert werden. Um diese Ziele zu erreichen, wurden auf nationaler und lokaler Ebene Projekte, Veranstaltungen und Programme durchgeführt, die in erster Linie von Menschen mit Behinderung sowie Behindertenverbänden organisiert und von den Kommunen unterstützt wurden. Das EJMB 2003 diente auch dem MISSOC-Netzwerk zum Anlass, sich speziell mit der Sozialen Sicherung für behinderte Menschen in den teilnehmenden Ländern zu befassen (vgl. MISSOC 2003c, S. 1-5). Diese Studie bildet die Grundlage für den folgenden internationalen Vergleich der Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung in Norwegen und Deutschland.

Im Bezug auf Chancengleichheit und Teilhabe von Menschen mit Behinderung hat sich demnach in den letzten Jahren vieles im Sinne der Sozialen Arbeit bewegt. Die Belange der Menschen mit Behinderung sind endlich in das Bewusstsein der Politik gelangt und finden zunehmend Beachtung. Die konkrete rechtliche Situation in Deutschland und Norwegen wird im Folgenden beleuchtet.

3.2 Deutschland

3.2.1 Länderdaten

Die Bundesrepublik Deutschland hat eine Landesfläche von 357 050 km² und 82,3 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Die Staats- bzw. Regierungsform ist der demokratische parlamentarische Bundesstaat. Staatsoberhaupt ist seit Juli 2004 Bundespräsident Horst Köhler, Regierungschefin ist seit November 2005 Bundeskanzlerin Angela Merkel. Die Verwaltungsstruktur des Bundesstaates zeichnet sich durch die Gliederung in 16 Bundesländer aus. Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf lag 2006 bei 28 211 Euro (26 900 Euro in Kaufkraftparitäten (KKP)⁷). Die Angaben entsprechen dem Stand von Juli 2008 (vgl. Auswärtiges Amt 2008a). Ende 2007 lebten in Deutschland 6,9 Millionen schwerbehinderte Menschen. Dies entspricht 8,4% der Gesamtbevölkerung. Personen gelten als schwerbehindert, wenn die Versorgungsämter einen Grad der Behinderung von mindestens 50 zuerkannt haben. Der Grad der Behinderung entspricht der behinderungsbedingten Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. 82% der Behinderungen sind durch eine Krankheit verursacht, lediglich 4% sind angeboren. Den größten Anteil machen körperliche Behinderungen bei 64% der schwerbehinderten Menschen aus, geistige oder seelische Behinderungen wurden bei 10% der Betroffenen festgestellt (vgl. Bundesregierung 2008).

3.2.2 Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung

Definition

Wann ein Mensch von einer Behinderung betroffen ist, wird im §2 Abs. 1 des Sozialgesetzbuchs IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) und im §3 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) definiert: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (Stascheit 2006, S. 1198, 1258). Der Begriff ist geprägt von der ICF, die wie bereits erwähnt, die Partizipation der Menschen mit Behinderung in den Vordergrund stellt. Als „Abweichung vom typischen Zustand“ wird der Verlust oder die Beeinträchtigung von körperlichen, geistigen oder seelischen Strukturen verstanden, die in dem jeweiligen Lebensalter in der Regel vorhanden sind. Hat diese Beeinträchtigung eine Einschränkung

⁷ Die Kaufkraftparität (KKP) bietet eine gemeinsame Basis für den Vergleich von Geldbeträgen der unterschiedlichen Länder. Denn die Geldbeträge werden nicht anhand Währungsumrechnung über den Wechselkurs verglichen, sondern anhand der Kaufkraft der Währungen. Die Kaufkraft wird anhand eines festgelegten Waren- und Dienstleistungskorb bestimmt. Die KKP rechnet die Währungen dann so um, dass die Kosten des Korbes in den einzelnen Ländern auf das gleiche Niveau gebracht werden (vgl. OECD 2008a, S. 1).

der Teilhabe zur Folge, so liegt eine Behinderung vor. Durch die Voraussetzung einer Dauer von über sechs Monaten werden kurzfristige Beeinträchtigungen ausgeschlossen. Das Vorliegen einer Behinderung in diesem Sinne ist Voraussetzung für eventuelle Leistungsansprüche gegenüber den Leistungsträgern, beispielsweise für die Eingliederungshilfe nach SGB XII. Die Leistungsträger prüfen daher bei Bedarf, ob eine solche Behinderung vorliegt (vgl. MISSOC 2003a, S. 1).

Gestaltung des Rechts für Menschen mit Behinderung

Im Art. 3 Abs. 3 S. 2 des Grundgesetzes (GG) ist verankert, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf. Dieses Grundrecht gilt in öffentlich-rechtlichen als auch in privatrechtlichen Kontexten und muss daher stets berücksichtigt werden. Der Grundsatz besagt, dass Menschen mit Behinderung grundsätzlich die gleichen Rechte, Sozialleistungen und sonstige Hilfen wie anderen Bürger/-innen zustehen. Es gibt im Sozialrecht jedoch auch spezielle Rechtsvorschriften, die behinderte Menschen bezüglich der Leistungsvoraussetzungen als auch des Leistungsumfangs begünstigen. Sie sind insbesondere im SGB IX gesammelt, das die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung zum Ziel hat. Nach §1 SGB IX werden Leistungen an Menschen mit Behinderung gewährt, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (Stascheit 2006, S. 1198). Die Leistungen umfassen nach §5 SGB IX vier Leistungsgruppen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Nach §6 Abs. 1 SGB IX werden die Leistungen von sieben verschiedenen Leistungsträgern, den sogenannten Rehabilitationsträgern erbracht (vgl. MISSOC 2003a, S. 1-2).

Das folgende Schaubild stellt die Zuständigkeiten der einzelnen Rehabilitationsträger bezüglich der Leistungsgruppen übersichtlich dar:

Abb. 1: „Zuständigkeiten der Rehabilitationsträger“

Leistungen zur	Unfallversicherung	Sozialen Entschädigung	Krankenversicherung	Rentenversicherung	Bundesanstalt für Arbeit	Jugendhilfe	Sozialhilfe
medizinischen Rehabilitation	X	X	X	X		X	X
Teilhabe am Arbeitsleben	X	X		X	X	X	X
Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	X	X				X	X

(Quelle: MISSOC 2003a, S. 2)

Die Träger der Jugendhilfe und Sozialhilfe erbringen notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben nachrangig, wenn die Anspruchsvoraussetzungen bei vorrangigen Trägern nicht vorliegen. Die Leistungsgruppe der unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen ist im Schaubild nicht aufgeführt, da diese Leistungen in der Regel nur im Zusammenhang mit Leistungen der anderen Leistungsgruppen gewährt werden.

Während Inhalt und Ziele der Leistungen durch das SGB IX geregelt sind, richten sich die Zuständigkeiten und die Anspruchsvoraussetzungen nach den Vorschriften der einzelnen Rehabilitationsträger. Hat ein Mensch mit Behinderung Anspruch auf Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder hat er Ansprüche gegen mehrere Rehabilitationsträger, so müssen die beteiligten Träger unter Einbezug des Leistungsberechtigten (dem Menschen mit Behinderung) kooperieren und die individuell erforderlichen Leistungen so koordinieren, dass sie möglichst nahtlos ineinandergreifen. Die Leistungen sollen regelmäßig dem Bedarf entsprechend angepasst werden, um das Ziel der umfassenden und dauerhaften Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen. Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger wird durch gemeinsame Empfehlungen gesichert, die Koordinierung erfolgt jedoch auch durch die gemeinsamen Servicestellen der Träger. Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen erhalten hier Unterstützung und Beratung, wie u.a. Informationen über Leistungen und Anspruchsvoraussetzungen, Feststellung des individuellen Bedarfs und des zuständigen Trägers sowie Hilfe bei der Antragstellung (vgl. MISSOC 2003a, S. 3).

Leistungen

Die Regelungen des SGB IX bezüglich der Leistungen zur Teilhabe gelten, soweit sich aus den Vorschriften der jeweiligen Rehabilitationsträger nichts Abweichendes ergibt. Zuständigkeit und Leistungsvoraussetzung richten sich ausschließlich nach dem Regelwerk der Rehabilitationsträger. Die Leistungen zur Teilhabe umfassen insbesondere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (vgl. MISSOC 2003a, S. 3-4).

- **Medizinische Rehabilitation**

Die *Leistungen* zur medizinischen Rehabilitation verfolgen nach §26 SGB IX mehrere Ziele. Zum Einen sollen sie Behinderungen sowie chronische Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen oder eine Verschlimmerung verhindern. Zum Anderen dienen sie dem Zweck, Pflegebedürftigkeit und Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Außerdem soll der Mensch mit Behinderung möglichst unabhängig von Sozialleistungen

bleiben bzw. werden. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beinhalten u.a. die Behandlung durch Ärzt/-innen, Zahnärzt/-innen und andere bestimmte Berufsgruppen, die Früherkennung und Frühförderung behinderter Kinder, Arznei- und Verbandsmittel, Heil- und Hilfsmittel sowie bestimmte Therapieformen wie Psychotherapie, Arbeits- oder Sprachtherapie. In Einzelfällen umfassen die Leistungen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, sofern hierdurch die Ziele nach §26 SGB IX erreicht oder gesichert werden können und Krankheitsfolgen vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhindert werden können. Zu diesen Hilfen gehören Unterstützung bei der Verarbeitung der Behinderung, Aktivierung von Selbsthilfekräften, Information und Beratung, Kontaktvermittlung zu Selbsthilfegruppen, Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation. In Verbindung mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation können unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen bezogen werden, wie beispielsweise das Krankengeld nach SGB V vom gesetzlichen Krankenversicherungsträger.

Der *berechtigte Personenkreis* sind alle behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen. Es können sich allerdings die Zuständigkeiten und die Voraussetzungen für die Leistungen unterscheiden.

Die *Anspruchsvoraussetzungen* sind gebunden an die Vorschriften der jeweiligen Rehabilitationsträger. So kann die Unfallversicherung Leistungen nur gewähren, wenn ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegt, die Rentenversicherung dagegen kann Leistungen nur bewilligen, wenn bestimmte persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. MISSOC 2003a, S. 4-5).

- Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden nach §33 SGB IX erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderung entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder (wieder)herzustellen sowie ihre Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft zu sichern. Menschen mit Behinderung sollen grundsätzlich dieselben beruflichen Möglichkeiten offen stehen wie Menschen ohne Behinderung. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen u.a. Hilfen zur Erhaltung bzw. Erlangung eines Arbeitsplatzes inklusive Beratung, Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen, Berufsvorbereitung und Grundausbildung, Berufsausbildung und Weiterbildung. Diese Leistungen gehen z.T. einher mit der Kostenübernahme für Kraftfahrzeughilfe, für Arbeitsassistenz zur Erlangung eines Arbeitsplatzes, für Hilfsmittel oder technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung sowie für die Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung

einer behindertengerechten Wohnung. Darüber hinaus werden die Kosten getragen für die Abklärung der beruflichen Eignung und für eine Arbeitserprobung, wenn diese für die Auswahl geeigneter Leistungen erforderlich sind. Wie zur medizinischen Rehabilitation werden auch zur Teilhabe am Arbeitsleben in Einzelfällen medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen erbracht, sofern hierdurch die Ziele nach §33 SGB IX erreicht oder gesichert werden können und Krankheitsfolgen vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhindert werden können. Diese Hilfen decken sich größtenteils mit den medizinischen, psychologischen und pädagogischen Hilfen zur medizinischen Rehabilitation. Unter bestimmten Voraussetzungen werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, wie Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerke, sowie in anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderung erbracht. Um die Bereitschaft zur Ausbildung und Einstellung von behinderten Menschen zu fördern, erhalten Arbeitgeber/-innen diverse Zuschüsse. Auch im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen beansprucht werden, wie beispielsweise das Übergangsgeld nach SGB VI vom gesetzlichen Rentenversicherungsträger.

Der *berechtigte Personenkreis* sind alle behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen im erwerbsfähigen Alter. Es können sich auch hier die Zuständigkeiten und die Voraussetzungen für die Leistungen unterscheiden.

Die *Anspruchsvoraussetzungen* sind ebenfalls abhängig von den Vorschriften der jeweiligen Rehabilitationsträger. Voraussetzung ist jedoch zum Einen das Vorliegen einer tatsächlichen oder drohenden Behinderung sowie zum Anderen die Feststellung der individuellen beruflichen Eignung. Dies geschieht in der Regel durch die Berufsberatung für Menschen mit Behinderung unter Einbezug von Fachdiensten der Agentur für Arbeit, Pädagog/-innen, Ärzt/-innen und Psycholog/-innen. Bei Bedarf findet eine Abklärung der beruflichen Eignung oder eine Arbeitserprobung statt (vgl. MISSOC 2003a, S. 5-8).

- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Die *Leistungen* zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nach §55 SGB IX zielen darauf ab, den Menschen mit Behinderung die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Der Anspruch besteht nur, wenn die Leistungen nicht schon im Rahmen der übrigen drei Leistungsgruppen erbracht werden. Zu den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft gehören Hilfsmittel sowie Hilfen u.a. zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten zur Teilnahme, zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt, für Beschaffung, Umbau, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung, zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten sowie zur Teilhabe am

gemeinschaftlichen und kulturellen Leben. Letzteres beinhaltet insbesondere den Kontakt zu Menschen ohne Behinderung und den Besuch von Veranstaltungen und kulturellen Einrichtungen. Des Weiteren werden heilpädagogische Leistungen für noch nicht eingeschulte Kinder erbracht, um eine Behinderung zu verhindern oder abzumildern.

Der *berechtigte Personenkreis* umfasst alle behinderten Menschen.

Die *Anspruchsvoraussetzungen* richten sich nach den Regelungen der jeweiligen Rehabilitationsträger (vgl. MISSOC 2003a, S. 8).

Gesellschaftliche Teilhabe

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“. Dieses Grundrecht ist im Art. 3 Abs. 3 S. 2 des Grundgesetzes verankert. Im Bereich der Sozialpolitik wird dieses Benachteiligungsverbot durch das SGB IX umgesetzt, im öffentlich-rechtlichen Bereich durch das Behindertengleichstellungsgesetz. Durch die Umsetzung der Gesetze in die Praxis soll der Benachteiligung der Menschen mit Behinderung entgegengewirkt und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährleistet werden (vgl. MISSOC 2003a, S. 8).

Die MISSOC-Studie, die der Beschreibung des Systems der Sozialen Sicherung zugrunde liegt, bezieht sich auf das Jahr 2003. Um auch aktuelle Daten aufzunehmen, folgen nun Informationen zur Entwicklung und Finanzierung der Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung in Deutschland aus den Jahren 2007 und 2008.

3.2.3 Entwicklung

Bedeutende Veränderungen gab es insbesondere hinsichtlich des Persönlichen Budgets für Menschen mit Behinderung. Es wurde im Juli 2001 eingeführt und ist im §17 SGB IX geregelt. Das Budget soll den Menschen ein höheres Maß an Eigenverantwortung und Selbstbestimmung ermöglichen. Sie erhalten hierdurch die Wahlmöglichkeit, ob sie Leistungen in Form von Dienst- bzw. Sachleistungen oder in Form einer Geldleistung in Anspruch nehmen möchten. Wählen sie die Geldleistung – das Budget –, bezahlen sie hiervon die Aufwendungen, die sie zur Deckung ihres persönlichen Hilfebedarfs benötigen. Während bei Dienst- oder Sachleistungen der Rehabilitationsträger den Leistungserbringer auswählt, entscheidet darüber beim Persönlichen Budget der Mensch mit Behinderung selbst. Die Menschen mit Behinderung werden so zu Kund/-innen bzw. Arbeitgeber/-innen auf dem Dienstleistungsmarkt, die sich ihre Leistungen selbständig und eigenverantwortlich einkaufen. Sie entscheiden selbst, welche Hilfen für sie am besten geeignet sind, welcher Dienst und welche Person zu welchem Zeitpunkt die Leistung erbringen soll. Anstelle einer Geldleistung kann das Budget auch in Form von Gutscheinen erbracht werden.

Seit Juli 2004 können mehrere Rehabilitationsträger unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in einem Budget erbringen. In dieses sogenannte trägerübergreifende Persönliche Budget können neben Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe auch Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie bei Pflegebedürftigkeit auch Leistungen der Unfallversicherung und der Sozialhilfe integriert werden. Man spricht hier auch von einer Komplexeleistung. Sie soll den Aufwand für die Betroffenen möglichst gering halten, indem ein trägerübergreifendes Budget anstelle von mehreren trägerbezogenen Budgets beantragt und bezogen wird.

Eine weitere bedeutende Änderung ist im Januar 2008 in Kraft getreten. Während die Bewilligung eines Antrags zuvor im Ermessen des Rehabilitationsträgers lag, besteht seit Januar 2008 ein Rechtsanspruch auf das Persönliche Budget. Stellt ein Mensch mit Behinderung nun also einen Antrag auf ein Budget, so muss der Rehabilitationsträger bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen grundsätzlich den Antrag bewilligen. Die neue Regelung betont somit das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderung nach §9 SGB IX (vgl. MISSOC 2008a, S. 5-6).

3.2.4 Finanzierung

Das Finanzierungssystem der Sozialen Sicherung ist in Deutschland ein Mischsystem aus Beiträgen, Zuschüssen und anderen Quellen. Während die Sozialhilfe in erster Linie über Steuern getragen wird, werden die Sozialversicherungen hauptsächlich über Beiträge finanziert. Zu den bedeutendsten Sozialversicherungen gehören die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Der Großteil der Bevölkerung (88,5% bei der GKV) ist darüber versichert (vgl. MISSOC 2007a, S. 1-8). Daher gehe ich im Folgenden nur auf die gesetzlichen und nicht auf die privaten Versicherungen ein. Die Träger der Sozialhilfe sowie der Sozialversicherung übernehmen als Rehabilitationsträger auch Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung nach §6 Abs. 1 SGB IX (vgl. Stascheit 2006, S. 1199).

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bietet finanzielle Unterstützung bei Krankheit, zur Gesundheitsförderung und zur Rehabilitation. Träger sind die Krankenkassen. Die GKV finanziert sich hauptsächlich über den jeweiligen Beitragssatz der Krankenkassen, der sich in der Regel auf das Bruttoarbeitsentgelt der Versicherten bezieht. Der Beitrag wird je zur Hälfte von Arbeitnehmer/-in und Arbeitgeber/-in getragen. Die Arbeitnehmer/-innen zahlen jedoch zusätzlich einen Sonderbeitrag von 0,9%, um die Arbeitgeber/-innen zu entlasten. Getragen wird die GKV außerdem durch Zuzahlungen der Versicherten zu bestimmten Leistungen. Bedeutende Finanzierungsquelle stellt auch der Bundeszuschuss aus Steuermitteln dar. Allen Versicherten stehen unabhängig von Einkommen und Bedarf dieselben Leistungen zur Verfügung; man spricht hier vom Solidaritätsprinzip. 2006

beliefen sich die Gesamtausgaben der GKV auf 147,58 Mrd. Euro. Diese Ausgaben wurden zu 95% durch Beiträge, zu 5% durch Zuschüsse und sonstige Quellen finanziert (vgl. MISSOC 2007a, S. 1-2). Die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit beliefen sich 2006 auf 3 371 US Dollar in KKP. Die Quelle benennt nicht, welche Ausgaben konkret den Ausgaben für Gesundheit zugerechnet werden. Es ist anzunehmen, dass sie den Ausgaben der GKV entsprechen (vgl. OECD 2008a, S. 1).

Die gesetzliche Pflegeversicherung hat den Auftrag, die Versicherten gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern. Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen. Wer in der Krankenversicherung versichert ist, ist automatisch in der Pflegeversicherung versichert. Die Pflegeversicherung finanziert sich über einen einheitlichen Beitragssatz, der je zur Hälfte von Arbeitgeber/-in und Arbeitnehmer/-in getragen wird. Hiervon gibt es jedoch Ausnahmen, wie beispielsweise den zusätzlichen Sonderbeitrag für kinderlose Menschen von 0,25%.

Finanzielle Absicherung im Alter und bei Erwerbsunfähigkeit bietet die gesetzliche Rentenversicherung, deren Träger die Deutsche Rentenversicherung Bund ist. Finanziert wird auch die Rentenversicherung über einen einheitlichen Beitragssatz, der paritätisch von Arbeitnehmer/-in und Arbeitgeber/-in getragen wird. Bundeszuschüsse vom Staat, die über Steuern finanziert werden, ergänzen die Finanzierung. Die Gesamtausgaben der Rentenversicherung betragen 236 Mrd. Euro im Jahr 2006. Diese wurden zu 74% aus den Beiträgen und zu 26% aus den Zuschüssen des Bundes gedeckt.

Die gesetzliche Arbeitslosenversicherung bietet ihren Versicherten finanzielle Absicherung im Falle von Arbeitslosigkeit. Träger sind die Agenturen für Arbeit. Die Arbeitslosenversicherung wird ebenso über einen einheitlichen Beitragssatz finanziert, der je zur Hälfte von Arbeitnehmer/-in und Arbeitgeber/-in getragen wird. Auch hier beteiligt sich der Staat in Form von Zuschüssen aus Steuereinnahmen. Einzugsstelle für die Beiträge aller genannten Sozialversicherungen sind die Krankenkassen (vgl. MISSOC 2007a, S. 3-8).

Ab dem zweiten Halbjahr 2008 betragen die jeweiligen Beitragssätze für die gesetzliche Rentenversicherung 19,9%, die Arbeitslosenversicherung 3,3% die Pflegeversicherung (für Menschen mit Kind/Kindern) 1,95%. In der Krankenversicherung gibt es bislang noch keinen einheitlichen Beitragssatz, stattdessen erheben die einzelnen Krankenkassen individuelle Sätze. Der geschätzte durchschnittliche Beitragssatz liegt bei 14,0% (ohne Sonderbeitrag). Beiträge werden erhoben ab einem Monatseinkommen von über 400 Euro bis zu 5 300 Euro in Renten- und Arbeitslosenversicherung bzw. 3 600 Euro in Kranken- und Pflegeversicherung (vgl. Bäcker u.a. 2008, S. 1). Ab 2009 wird auch für die Krankenversicherung ein einheitlicher Beitragssatz eingeführt, der voraussichtlich 14,6% (ohne Sonderbeitrag) betragen wird (vgl. ddp 2008).

Die Sozialhilfe bietet Hilfe und Unterstützung in sozialen Notlagen. Träger der örtlichen Sozialhilfe sind in der Regel die Kommunen. Träger der überörtlichen Sozialhilfe werden von den Bundesländern bestimmt. Die Kosten der Sozialhilfe werden von den Ländern bzw. den Kommunen getragen (vgl. MISSOC 2007a, S. 8).

3.3 Norwegen

3.3.1 Länderdaten

Das Königreich Norwegen hat eine Landesfläche von 323 802 km² und ist somit mit der Flächengröße Deutschlands vergleichbar. Die Einwohnerzahl differiert allerdings beträchtlich, denn Norwegen hat lediglich 4,7 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner. Die Staats- bzw. Regierungsform ist die parlamentarische Monarchie. Staatsoberhaupt ist demnach seit Januar 1991 König Harald V, sein Vertreter ist Kronprinz Håkon. Regierungschef ist seit Oktober 2005 Premierminister Jens Stoltenberg. Die Verwaltungsstruktur des Landes ist gekennzeichnet durch die Gliederung in 19 Verwaltungsbezirke und 431 Kommunen. Das BIP pro Kopf lag im Jahr 2006 bei 461 665 norwegischen Kronen (NOK) (43 900 Euro in KKP). Die Wirtschaft beschert Norwegen regelmäßig einen Haushaltsüberschuss. Die Angaben entsprechen dem Stand von Februar 2008 (vgl. Auswärtiges Amt 2008b). Für Norwegen sind keine analogen Angaben zur Anzahl der Menschen mit Behinderung und ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung verfügbar wie für Deutschland. Vermutlich ist der Anteil jedoch vergleichbar mit dem Anteil in Deutschland, denn der überwiegende Teil der Behinderungen wird durch Krankheiten verursacht, die innerhalb Europas sicherlich in Art und Ausmaß vergleichbar sind.

3.3.2 Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung

Definition

Im Volksversicherungsgesetz (Folketrygdloven) versteht man unter Behinderung das Vorliegen einer dauerhaften Krankheit, Verletzung oder Störung. Dauerhaft ist eine Krankheit, Verletzung oder Störung, wenn sie seit über zwei Jahren vorliegt. Teilweise hängt die Definition mit der Arbeitsfähigkeit einer Person zusammen. So muss die Arbeitsfähigkeit aufgrund einer dauerhaften Krankheit, Verletzung oder Störung um mindestens 50% eingeschränkt sein, um beispielsweise Invaliditätsrente beanspruchen zu können (vgl. MISSOC 2003b, S. 1 und NHF 2006, S. 15).

Gestaltung des Rechts für Menschen mit Behinderung

Die Rechte für behinderte Menschen sind in erster Linie im Volksversicherungsgesetz geregelt, das Ansprüche auf Behindertenleistungen, Rehabilitationsleistungen und technische Hilfsmittel enthält. Hiervon haben die Behindertenleistungen und die technischen Hilfsmittel die höchste Bedeutung. Rechte für Menschen mit Behinderung sind außerdem im Gesetz über soziale Dienste (Sosialtjenesteloven) und im Gesetz über Gesundheitsdienste der Gemeinden (Kommunehelsetjenesteloven) verankert. Diese zwei Gesetze sind jedoch vage formuliert. Sie räumen Menschen mit Behinderung zwar das Recht auf erforderliche Assistenzdienste in angemessenem Rahmen ein, lassen aber Raum für große Unterschiede bezüglich Umfang und Qualität der Leistungen (vgl. MISSOC 2003b, S. 1).

Leistungen

- Behindertenleistungen

Zu diesen *Leistungen* gehören zum Einen die Grundleistung und das Pflegegeld, auf die ein versicherter Mensch mit Behinderung grundsätzlich Anspruch hat. Die Leistungen dienen der ökonomischen Kompensation. So wird die Grundleistung bewilligt, wenn durch die Behinderung erhebliche Zusatzkosten entstehen. Dazu zählen Kosten für den Betrieb technischer Hilfsmittel, Transport, die Haltung eines Führerhundes, ein Texttelefon, den Gebrauch von Prothesen oder eine notwendige Spezialernährung. Die Leistung ist gegliedert in sechs Sätze, die jährlich vom Parlament angepasst werden. Das Pflegegeld wird gewährt, wenn der Mensch mit Behinderung besondere Betreuung oder Pflege benötigt und wenn ein privates Pflegeverhältnis vorliegt. Hierzu hat das Parlament einen Pflegesatz festgelegt, der ebenfalls regelmäßig angepasst wird. Drei erhöhte Pflegesätze stehen Personen unter 18 Jahren zu, die einen wesentlich höheren Bedarf an Betreuung, Pflege und anderer Hilfe haben, als das reguläre Pflegegeld abdeckt. So sollen die Möglichkeiten der Betroffenen verbessert werden, weiterhin bei der Familie leben zu können (vgl. MISSOC 2003b, S. 2).

Zum *berechtigten Personenkreis* gehören alle Menschen, die trotz einer angemessenen Behandlung weiterhin eine dauerhafte Krankheit, Verletzung oder Störung haben.

Die *Anspruchsvoraussetzungen* sind, dass eine Versicherung besteht und dass der/die Betroffene nicht in einer Institution oder Wohnform mit 24-Stunden-Assistenz lebt (vgl. Lovdata 2008a).

Zum Anderen besteht Anspruch auf die Invaliditätsrente, die der Einkommenssicherung dient. Sie besteht aus einer Grundrente und einer Zusatzrente bzw. Sonderzulage. Grundsätzlich werden Grund- und Zusatzrente identisch berechnet wie die Altersrenten.

Tritt die Behinderung im Laufe des Lebens ein, so wird für die Grundrente die verbleibende Zeit bis zum 67. Lebensjahr in Form von Versicherungsjahren und Rentenpunkten berücksichtigt. Grundlage für die Rentenpunkte ist das Einkommen vor Eintritt der Behinderung. Besteht die Behinderung seit der Geburt oder ist sie vor Vollendung des 26. Lebensjahres eingetreten, so erhalten die Betroffenen einen festgelegten Mindestsatz an Rentenpunkten. Zusatzrenten bzw. Zulagen sind unter bestimmten Voraussetzungen möglich, wenn Unterhaltspflicht gegenüber Ehepartner/-in und/oder Kind/Kindern besteht. Unterschiede gibt es in der Bezugsdauer, denn die Invaliditätsrente kann dauerhaft oder befristet bezogen werden. Die dauerhafte Rente ist für Menschen gedacht, bei denen trotz angemessener Behandlung keine Aussicht besteht, wieder in den Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden. Die zeitlich befristete Invaliditätsrente wird dagegen an Menschen gezahlt, die voraussichtlich wieder einen Arbeitsplatz finden werden. Sie wird jeweils für vier Jahre genehmigt, bis der Anspruch erneut überprüft wird. Wenn notwendig, kann die Rente für weitere vier Jahre beansprucht werden. Die befristete Invaliditätsrente wird jedoch nicht wie die Altersrente, sondern wie die Rehabilitationsrente und die Leistungen während der Berufsrehabilitation berechnet. Deshalb gelten für die befristete Rente andere Regelungen bezüglich Höhe, Zulagen oder Hinzuverdienst als für die dauerhafte Rente. Die befristete Invaliditätsrente wird auch als Invaliditätsgeld bezeichnet.

Der *berechtigte Personenkreis* umfasst nach dem Volksversicherungsgesetz Menschen im Alter zwischen 18 und 67 Jahren, die in ihrer Arbeitsfähigkeit aufgrund von Krankheit, Verletzung oder Störungen dauerhaft um mindestens 50% eingeschränkt sind.

Die *Anspruchsvoraussetzung* für die Invaliditätsrente ist zum Einen, dass die Person mindestens drei Jahre vor Eintritt der Behinderung eine Versicherung mit Rentenanspruch abgeschlossen hat. Diese Voraussetzung eines bestehenden Versicherungsverhältnisses gilt allerdings nicht für Menschen, die mindestens 20 Jahre in Norwegen wohnhaft waren. Zum Anderen sollte der betroffene Mensch bereits eine angemessene Behandlung zur Besserung der Arbeitsfähigkeit durchlaufen haben (vgl. MISSOC 2003b, S. 1-3).

- Technische Hilfsmittel

Anspruch auf technische Hilfsmittel nach dem Volksversicherungsgesetz haben Menschen, die wesentlich und dauerhaft von Krankheit, Verletzung oder Störungen betroffen sind. Die Hilfsmittel können von der Hilfsmittelzentrale ausgeliehen werden und sind für die Betroffenen kostenlos. Neben den technischen Hilfsmitteln übernimmt die Volksversicherung auch bestimmte bauliche Änderungsmaßnahmen, beispielsweise für eine Hebeplattform, Rollstuhlrampe oder Spezialdusche, einen automatischen Türöffner oder Treppenlift (vgl. NHF 2006, S. 15-16).

Gesellschaftliche Teilhabe

2003 waren die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung im norwegischen Recht nicht ausreichend gesichert. Daher wurde zu diesem Zeitpunkt von den norwegischen Behörden ein entsprechendes Gesetz gegen Diskriminierung vorbereitet. Das Gesetz zielt auf die Bekämpfung von direkter und indirekter Diskriminierung von Menschen mit Behinderung, um Gleichbehandlung und Gleichberechtigung zu gewährleisten und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu unterstützen. Dies soll zum Einen durch die Sicherstellung der Zugänglichkeit geschehen, denn die Gesellschaft soll Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen zugänglich sein. Somit wird auch der Bedarf an besonderen und oftmals stigmatisierenden Vorkehrungen für behinderte Menschen reduziert. Zum Anderen sollen bei Entscheidungen auf allen Ebenen die Auswirkungen auf Menschen mit Behinderung und ihre Belange berücksichtigt werden. Es ist angedacht, behinderte Menschen in bestimmten Fällen vorrangig zu behandeln. In Planung ist außerdem das Recht auf Beschwerde und die Möglichkeit der gerichtlichen Klage für Menschen mit Behinderung im Falle einer Diskriminierung. Dabei liegt die Beweislast auf beiden Seiten. Wird eine Diskriminierung nachgewiesen, drohen Strafmaßnahmen.

Des Weiteren wird die Teilhabe durch die Integration in den Arbeitsmarkt gefördert. So einigten sich die norwegische Regierung und die Sozialpartner 2001 auf ein „Abkommen für ein integrativeres Arbeitsleben“, das u.a. die Erhöhung der Teilhabe von invaliden und behinderten Menschen am Arbeitsmarkt zum Ziel erklärte. Dieses und die anderen Ziele des Abkommens sollten bis Ende 2005 umgesetzt werden. Im Rahmen dieses Abkommens wurde beispielsweise ein Arbeitsfähigkeitsindex eingeführt, um Auskunft über mögliche Beschäftigungsfelder für kranke oder behinderte Menschen zu erlangen. Des Weiteren wurden Arbeitgeber/-innen von Menschen mit Behinderung durch Lohnzuschüsse oder Sonderzuschüsse für die behindertengerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes unterstützt. Die Leistungen zur Rehabilitation und medizinischen Versorgung wurden ausgebaut. Weitere Maßnahmen bildeten die Verbesserung der Beratungsleistungen durch die Behörden der Volksversicherung und Sonderausstattungen für betriebliche Gesundheitsfürsorgedienste (vgl. MISSOC 2003b, S. 3-5).

Quelle für die Informationen über das System der Sozialen Sicherung in Norwegen ist ebenfalls die MISSOC-Studie von 2003. Um auch für Norwegen zeitnahe Informationen zu berücksichtigen, folgen nun Studien aus den Jahren 2007 und 2008 im Bezug auf die Entwicklung und die Finanzierung der Sozialen Sicherung.

3.3.3 Entwicklung

Die Rechte zugunsten der Menschen mit Behinderung haben sich seit 2003 vielfältig weiterentwickelt. Zum Einen sind Änderungen der Invaliditätsrente vorgesehen. Sie soll in Zukunft nicht mehr den Status einer Rente, sondern den eines Einkommensersatzes einnehmen. Die Berechnungsgrundlage ist dann dementsprechend das bislang bezogene Einkommen und nicht die angesammelten Rentenpunkte. Das neue Modell der Invaliditätsrente ist bislang noch in Planung.

Zum Anderen wurden zwischenzeitlich die Ergebnisse des Abkommens für ein integrativeres Arbeitsleben ausgewertet. Zwar wurde keines der gesetzten Ziele erreicht, jedoch bestätigten die Regierung und die Sozialpartner die Richtigkeit des Abkommens, indem sie eine neue Vereinbarung trafen. Bei dieser Vereinbarung handelt es sich um eine „Absichtserklärung für ein integrativeres Arbeitsleben“, die sich auf den Zeitraum von 2006 bis 2009 bezieht. Das Abkommen hat drei hauptsächliche Ziele. Erstens will das Abkommen auf die Erhöhung des Renteneintrittsalters und zweitens auf die Reduzierung der krankheitsbedingten Fehlzeiten hinwirken. Drittens sollen wie bereits erwähnt mehr Menschen mit Behinderung ins Arbeitsleben integriert werden. Das übergreifende Ziel ist, den Anteil der Menschen zu reduzieren, die Leistungen aufgrund von Krankheit, Rehabilitation oder Behinderung beziehen. Deren Anteil lag im Jahr 2007 bei 18,5% in der Altersgruppe von 16 bis 66 Jahre. Bezüglich der Menschen mit Behinderung sind bestimmte Maßnahmen geplant. Zum Einen sollen vermehrt Leistungen der Rehabilitation durchgeführt und zum Anderen Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz ausgebaut werden, um Gesundheit und Sicherheit zu fördern. Damit soll erreicht werden, dass eine steigende Anzahl von invaliden oder behinderten Menschen nach dem Bezug von Sozialleistungen wieder in ein Arbeitsverhältnis zurückkehrt.

Den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung kommt auch die neue Arbeits- und Sozialverwaltungsreform („Ny Arbeids- og Velferdsforvaltning“ (NAV)) entgegen. Die Versicherungsbehörde und das Arbeitsdirektorat wurden im Juli 2006 zur neuen Arbeits- und Sozialverwaltung zusammengelegt, um Sozialversicherung, Arbeitsamt und Sozialdienste neu zu koordinieren. In jedem Verwaltungsbezirk wird ein Landesbüro, in den einzelnen Kommunen werden NAV-Büros eingerichtet. Die Einrichtung der lokalen NAV-Büros dauert noch bis 2009 an. Ziele der Reform sind, die Anzahl der erwerbstätigen Personen zu erhöhen und die der Sozialleistungsempfänger/-innen zu verringern, einen kundenfreundlichen und bedarfsorientierten Service einzurichten sowie eine leistungsfähige Verwaltung aufzustellen. Das Hauptaugenmerk liegt jedoch auf dem individuellen Beratungsbedarf der Versicherten. Zielgruppe des Services sind Menschen, die zum Einen auf Dauer Zuschüsse erhalten und zum Anderen schwer in arbeitsorientierte Maßnahmen zu vermitteln sind. Die NAV-Büros sollen das Problem der

Betroffenen ganzheitlich betrachten und individuelle, bedarfsgerechte Entscheidungen treffen. Diesem Zweck entspricht auch das neue individuelle Qualifizierungsprogramm, das auf die Integration von Empfänger/-innen unterhaltssichernder Leistungen in arbeitsorientierte Aktivitäten abzielt (vgl. MISSOC 2008b, S. 1-6).

Weitere Entwicklungen gibt es bezüglich des geplanten Gesetzes gegen Diskriminierung. Ab dem 01.01.2009 tritt in Norwegen das Diskriminierungs- und Zugänglichkeitsgesetz (Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) in Kraft. Der Geltungsbereich des Gesetzes erstreckt sich auf sämtliche Gesellschaftsbereiche (mit Ausnahme von familiären und anderen persönlichen Beziehungen) (vgl. Lovdata 2008b).

3.3.4 Finanzierung

Das Finanzierungssystem der Sozialen Sicherung in Norwegen ist ein Mischsystem aus Beiträgen und Zuschüssen. Dies gilt auch für das Sozialversicherungssystem Norwegens, das Volksversicherungssystem. Grundsätzlich sind alle Personen, die in Norwegen ihren Wohnsitz oder ihren Arbeitsplatz haben, in diesem System pflichtversichert. Es basiert auf einem Umlageverfahren und wird durch Beiträge der Arbeitnehmer/-innen und Arbeitgeber/-innen sowie durch staatliche Zuwendungen aus Steuermitteln getragen. Bestimmte Leistungen der Versicherung werden ausschließlich durch die staatlichen Zuwendungen finanziert, dazu gehören u.a. Grundleistung und Pflegegeld, die garantierte Zusatzrente für Menschen mit Behinderung seit Geburt oder dem frühen Kindesalter sowie die Beihilfe zur Rehabilitation. Grundlage für die Berechnung der Höhe der Beiträge der Arbeitnehmer/-innen und Selbständigen ist in der Regel das rentenversicherungspflichtige Einkommen. Beitragsfrei ist ein Jahreseinkommen von weniger als 39 600 NOK (4 874 Euro), was etwa einem monatlichen Einkommen von bis zu 400 Euro entspricht. Maximal dürfen die Beiträge 25% des beitragspflichtigen Einkommens betragen. Geldleistungen bei Krankheit, Mutterschaft und Arbeitslosigkeit werden als rentenversicherungspflichtiges Einkommen angerechnet, dasselbe gilt für das befristete Invaliditätsgeld und das Rehabilitationsgeld. Die Höhe der Beitragssätze und der staatlichen Zuschüsse werden vom Parlament festgelegt. 2007 betrug der Beitragssatz für Arbeitnehmer/-innen 7,8% des rentenversicherungspflichtigen Bruttoeinkommens, für Selbständige gilt ein Beitragssatz von 10,7% des rentenversicherungspflichtigen Einkommens aus selbständiger Arbeit. Ein Beitragssatz von 3,0% gilt für Menschen mit anderen Einkommensarten wie beispielsweise der Rente. Die Beiträge der Arbeitgeber/-innen differieren je nach regionalem Standort des Unternehmens und liegen zwischen 0% und 14,1% des ausgezahlten Gehalts. Dies hängt mit den regionalen Zonen des Landes zusammen, die sich durch ihre geografische Lage und den Stand der wirtschaftlichen



Entwicklung z.T. erheblich unterscheiden. Der Standardsatz beträgt jedoch 14,1%. Einzugsstelle der Beiträge ist das örtliche Finanzamt (vgl. MISSOC 2007b, S. 1-3).

Die Gesamtausgaben für das System der Volksversicherung beliefen sich im Jahr 2006 auf 244 670 Mio. NOK (30 133 Mio. Euro). Der Staat beteiligte sich an diesen Kosten mit Zuschüssen in Höhe von 75 414 Mio. NOK (9 282 Mio. Euro) und deckte so 30,8% der Ausgaben (vgl. MISSOC 2007b, S. 2). Im Jahr 2006 investierte Norwegen in Gesundheit pro Kopf 4 520 US Dollar in Kaufkraftparitäten und lag damit hinter den USA an zweiter Stelle unter den Ländern der OECD. Der OECD-Durchschnitt betrug 2 824 US Dollar pro Kopf. Auch hier liegen keine Angaben darüber vor, welche Ausgaben konkret zu den Ausgaben für Gesundheit gerechnet werden. Die weiteren Inhalte der OECD-Studie lassen jedoch darauf schließen, dass es Ausgaben der Volksversicherung für Leistungen sind, die den Leistungen der GKV in Deutschland entsprechen (vgl. OECD 2008b, S. 1).

3.4 Zusammenfassung

Das deutsche sowie das norwegische System der Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung wurden nun umfangreich beschrieben. Um einen Überblick über die zwei Systeme zu erhalten, sind die wichtigsten Daten des internationalen Vergleichs in der folgenden Tabelle übersichtlich dargestellt. Anschließend folgt eine Zusammenfassung, die die deutlichsten Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Systemen aufzeigt. Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur Verbesserung der Sozialen Sicherung im Sinne der Menschen mit Behinderung wird im darauffolgenden Kapitel thematisiert. In diesem Zusammenhang werden die Stärken und Schwächen der Systeme benannt und auf dieser Basis die Chancen auf gegenseitiges Lernen aufgezeigt, die durch den internationalen Vergleich eröffnet werden.

Tab. 1: „Die Systeme der Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung“

Land	Deutschland 	Norwegen 
Thema		
Länderdaten	Landesfläche: 357 050 km ² Einwohnerzahl: 82,3 Millionen Staatsform: demokratischer parlamentarischer Bundesstaat BIP p. K. 2006: 26 900 Euro in KKP	Landesfläche: 323 802 km ² Einwohnerzahl: 4,7 Millionen Staatsform: parlamentarische Monarchie BIP p. K. 2006: 43 900 Euro in KKP
Soziale Sicherung Definition Behinderung	SGB IX: Abweichung der körperlichen, geistigen oder seelischen Strukturen vom typischen Zustand dieses Lebensalters für über sechs Monate mit der Folge der Beeinträchtigung der Teilhabe.	Volkerversicherungsgesetz (je nach Leistung): <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen einer dauerhaften Krankheit, Verletzung, Störung. • Arbeitsfähigkeit dauerhaft wegen Krankheit, Verletzung, Störung um mind. 50% eingeschränkt.
Gestaltung des Rechts	Rechte für Menschen mit Behinderung sind verankert im: <ul style="list-style-type: none"> • Grundgesetz • Behindertengleichstellungsgesetz • <u>SGB IX Rehabilitation u. Teilhabe</u> 	Rechte für Menschen mit Behinderung sind verankert im: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Volkerversicherungsgesetz</u> • Gesetz über soziale Dienste • Gesetz über Gesundheitsdienste
Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Rehabilitation • Teilhabe am Arbeitsleben • Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft • Unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen <p><i>Berechtigter Personenkreis:</i> Alle behinderten Menschen nach der o.g. Definition. <i>Anspruchsvoraussetzungen:</i> Abhängig von Vorschriften der jeweiligen Rehabilitationsträger.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Behindertenleistungen: Grundleistung, Pflegegeld, Invaliditätsgeld und -rente • Rehabilitationsleistungen • Technische Hilfsmittel <p><i>Berechtigter Personenkreis:</i> Alle behinderten Menschen nach der jeweiligen o.g. Definition. <i>Anspruchsvoraussetzung:</i> Abhängig von den Regelungen zu den einzelnen Leistungen.</p>
Gesellschaftliche Teilhabe	Teilhabe wird gewährleistet durch <ul style="list-style-type: none"> • Benachteiligungsverbot im GG, umgesetzt durch SGB IX und BGG 	Teilhabe wird gewährleistet durch <ul style="list-style-type: none"> • Diskriminierungsverbot • Abkommen für ein integrativeres Arbeitsleben zur Erhöhung der Teilhabe am Arbeitsmarkt
Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget zur Erhöhung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, auch in trägerübergreifender Form 	<ul style="list-style-type: none"> • Neues Modell der Invaliditätsrente • Neues Abkommen für ein integrativeres Arbeitsleben zur Bekräftigung der Ziele • Neue Arbeits- u. Sozialverwaltung • Diskriminierungs- und Zugänglichkeitsgesetz
Finanzierung	Sozialversicherungen: <ul style="list-style-type: none"> • Mischsystem aus Beiträgen, Zuschüssen u.a. Quellen. Hauptquelle sind die Beiträge. • In der Regel gleich hohe Beiträge für Arbeitnehmer und Arbeitgeber • Beitragseinzug über die Krankenkassen • Ausgaben für Gesundheit pro Kopf 2006: 3 371 US \$ in KKP 	Volkerversicherung: <ul style="list-style-type: none"> • Mischsystem aus Beiträgen (ca. 70%) und Zuschüssen (ca. 30%) • Unterschiedlich hohe Beiträge für Arbeitnehmer und Arbeitgeber • Beitragseinzug über die örtlichen Finanzämter • Ausgaben für Gesundheit pro Kopf 2006: 4 520 US \$ in KKP

(Quellen des Tabelleninhalts: siehe Kapitel 3.2 und 3.3)

Die Tabelle bietet einen Überblick über die Soziale Sicherung in den beiden Ländern und verdeutlicht Ähnlichkeiten und Unterschiede. Auffallend ist zunächst die unterschiedliche Betonung des Teilhabeaspekts. In Deutschland ist die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Folge einer dauerhaften Abweichung vom typischen Zustand elementarer Bestandteil der Definition nach SGB IX. Auch bei der Formulierung der Leistungsziele wird deutlich, dass das Recht in Deutschland auf die Teilhabe abzielt. Dagegen bezieht sich das norwegische Volksversicherungsgesetz bei der Definition von Behinderung auf das Vorliegen einer dauerhaften Krankheit, Verletzung oder Störung bzw. auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund derselben. Hier, wie auch bei der Formulierung der Leistungsziele, ist die Teilhabe nicht explizit benannt.

Auch die Gestaltung des Rechts ist verschieden. So ist die Soziale Sicherung in Deutschland vorwiegend in den Sozialgesetzbüchern geregelt, wovon das SGB IX speziell auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderung ausgerichtet ist. In Norwegen ist die Soziale Sicherung im Volksversicherungsgesetz geregelt, das grundsätzlich für alle Bürger/-innen gilt. Die Ansprüche für Menschen mit Behinderung sind in das Regelwerk eingegliedert, es gibt kein spezielles Gesetz für diese Menschen.

Die Leistungen sowie das Leistungsspektrum sind nur schwer vergleichbar, da die einzelnen Leistungen in den Quellen nicht im Detail dargestellt sind. Grundsätzlich scheinen sie jedoch dieselben Risiken abzudecken, beispielsweise durch Leistungen zur Rehabilitation, zur Unterhaltssicherung oder für Hilfsmittel.

Die gesellschaftliche Teilhabe wird in beiden Ländern in Form eines Diskriminierungs- und Benachteiligungsverbots gewährleistet. In Deutschland ist dieses im Grundgesetz sowie im Behindertengleichstellungsgesetz verankert, in Norwegen im Diskriminierungs- und Zugänglichkeitsgesetz.

Die Entwicklung im Bereich der Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung zeigt den deutlichen Trend, dass die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der behinderten Menschen stärker in den Mittelpunkt rücken. Dieser Trend ist zum Einen erkennbar in der weiteren Ausgestaltung des Persönlichen Budgets in Deutschland, das die Förderung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Menschen mit Behinderung zum Ziel hat. Zum Anderen zeigt sich der Trend in Norwegen durch die Reform der Arbeits- und Sozialverwaltung, wodurch die NAV-Büros kundenfreundlicher und bedarfsorientierter ausgerichtet werden.

Die Finanzierung der Sozialen Sicherung ist in Deutschland und Norwegen ähnlich gestaltet. So beruhen beide Systeme auf dem Solidaritätsprinzip und werden durch Beiträge und Staatszuschüsse finanziert. Unterschiede gibt es bezüglich Beitragshöhe, Beitragstragung und Einzugsstelle. Interessant ist der Blick auf das BIP pro Kopf und die Gesundheitsausgaben pro Kopf. Diese Zahlen sowie der erwähnte Haushaltsüberschuss verdeutlichen, dass Norwegen im Vergleich zu Deutschland mehr finanzielle Mittel zur Verfügung hat und aufwendet. Der Vergleich der Einwohnerzahlen verrät außerdem, dass Norwegen weitaus weniger Menschen zu versorgen hat als Deutschland.

3.5 Soziale Arbeit und Soziale Sicherung

Die Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung umfasst in diesem Rahmen wie erwähnt das Sozialrecht. Die Soziale Arbeit ist eng mit dem Sozialrecht verknüpft. Zum Einen gibt das Recht den Handlungsrahmen der Sozialen Arbeit vor, indem es Geld-, Sach- oder Dienstleistungen erlaubt oder begrenzt. Zum Anderen beeinflusst das Recht die Beziehung zu den Klient/-innen, da es die Zielgruppen definiert und über die Gewichtung von Hilfe und Kontrolle entscheidet. Letztlich gehört zu den Aufgaben der Sozialen Arbeit auch das Verwaltungshandeln und somit der Vollzug von Recht (vgl. Hammerschmidt 2005, S. 645-646). Die Sozialgesetzgebung strukturiert also die Soziale Arbeit. Infolge dessen muss die Soziale Arbeit die Sozialgesetzgebung daraufhin kritisch reflektieren, ob sie die aktuellen sozialpädagogischen Probleme und die Bedürfnisse ihrer Klient/-innen angemessen berücksichtigt. Von diesem Diskurs der Sozialen Arbeit ist auch der Erfolg sozialrechtlicher Reformen abhängig, da diese Reformen an den bestehenden sozialen Gegebenheiten ansetzen müssen, um ihre Ziele zu erreichen. Durch politische Einflussnahme kann die Soziale Arbeit darauf hinwirken, dass Formen von Teilhabe und Partizipation in die Systeme der Sozialen Sicherung eingebunden werden, damit sie raumübergreifend verwirklicht werden können. Darum ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, regelmäßig die rechtlichen Vorgaben zu reflektieren und zu diskutieren, um eine eigenständige Position einnehmen und sich gesellschafts- und sozialpolitisch verorten zu können (vgl. Gedrath u.a. 2005, S. 648, 650, 663).

Die Soziale Arbeit steht also unter dem Einfluss des Sozialrechts, da sie ihr Handeln danach ausrichtet bzw. ausrichten muss. Die Soziale Arbeit sollte deshalb wiederum Einfluss auf das Recht nehmen, indem sie ihre professionelle Sichtweise auf politischer Ebene einbringt. So kann sie auf die Sozialgesetzgebung in ihrem Sinne und im Sinne ihrer Klient/-innen einwirken. Diese politische Mitwirkung bei der Ausgestaltung des nationalen sowie des internationalen Rechts ist in meinen Augen eine wichtige Aufgabe der Sozialen Arbeit, um ihren Klient/-innen auf politischer Ebene Gehör zu verschaffen

und auf deren Bedürfnisse aufmerksam zu machen. Ihren Standpunkt auf politischer Ebene zu behaupten ist mit Sicherheit eine Herausforderung für die Soziale Arbeit. Voraussetzung hierfür ist meiner Ansicht nach, dass die Soziale Arbeit ihre professionelle Kompetenz deutlich hervorhebt und der Politik aufzeigt, wie sie von dem Wissen der Sozialen Arbeit profitieren kann. Beispielsweise könnte die Politik das spezifische Wissen der Sozialen Arbeit über soziale Zusammenhänge gewinnbringend im sozialpolitischen Bereich einsetzen, um Maßnahmen an den aktuellen Bedürfnissen der Bevölkerung auszurichten. Die politische Einflussnahme der Sozialen Arbeit wäre demnach auch bei der Gestaltung der Sozialen Sicherung denkbar, um die Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung einzubringen. Wichtige Erkenntnisse über die Richtung jener politischen Einflussnahme werden durch diesen internationalen Vergleich gewonnen, da er die jeweiligen Stärken und Schwächen der Länder aufzeigt. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse sind gegenseitige Lerneffekte möglich, indem aus den Erfahrungen des jeweils anderen Staates die entsprechenden Schlüsse gezogen und im Rahmen des eigenen Sozialrechts berücksichtigt werden.

Hinsichtlich der Sozialen Sicherung für Menschen mit Behinderung sehe ich Lernchancen beispielsweise beim Vergleich der Betonung der Teilhabe. Die ausdrückliche Betonung der Teilhabe beurteile ich als Stärke des deutschen Systems, denn die Definition von Behinderung sollte meiner Meinung nach die beeinträchtigte Teilhabe berücksichtigen, um die soziale Situation der Menschen mit Behinderung und die Rolle der Gesellschaft einzubeziehen. Auch die ausdrückliche Formulierung der Teilhabe als Zielsetzung der Leistungen hat meiner Ansicht nach Auswirkungen auf die Einordnung und Betrachtung der Leistungen als notwendige Mittel zur Sicherung der gesellschaftlichen Integration. Diese Betrachtungsweise beinhaltet einerseits, dass dem Menschen mit Behinderung als Bürger/-in das gleiche Recht auf Teilhabe an der Gesellschaft zusteht wie allen anderen Menschen. Andererseits wird der Blick auf die Gesellschaft gelenkt, die offenbar (noch) nicht selbst in der Lage ist, diese Teilhabe zu gewährleisten, weshalb die Leistungen erst notwendig werden. Es wird hieran deutlich, dass die Defizite nicht mehr nur beim behinderten Menschen gesehen werden, sondern auch bei der Umgebung, die dessen Integration „behindert“. Das norwegische Volksversicherungsgesetz benennt in der Definition von Behinderung und der Formulierung der Leistungsziele die Teilhabe nicht explizit. Dies sehe ich einerseits kritisch, da der Aspekt der Teilhabe und die damit verbundene sozialgesellschaftliche Komponente in den Hintergrund rücken. Die Defizite werden beim Individuum, nicht bei der Gesellschaft gesehen. Andererseits ist anzumerken, dass Norwegen Deutschland hinsichtlich sozialer Integration und Teilhabe bereits ein Stück voraus ist, beispielsweise bezüglich des integrativen Wohnens, worauf

im nächsten Kapitel eingegangen wird. Trotzdem wäre meines Erachtens die Aufnahme der Teilhabe in die Definition von Behinderung und die Formulierung der Leistungsziele wünschenswert, um den Gedanken der Teilhabe hervorzuheben. Diesbezüglich könnte die norwegische Soziale Arbeit auf die politische Rechtslage Einfluss nehmen.

Gut ist meines Erachtens in beiden Ländern die Verankerung von Gleichbehandlung und Diskriminierungsverbot in separaten Gesetzen, denn diese Gesetze bekräftigen, dass für Menschen mit Behinderung die gleichen Rechte gelten wie für alle anderen Bürger/-innen. Sie schärfen somit das Bewusstsein der Bevölkerung und bieten somit auch die Grundlage für gesellschaftliche Integration. Auch die Entwicklung betrachte ich in beiden Ländern als positiv. Der Fokus auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen und die Betonung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sind meiner Ansicht nach wichtige Elemente, die auf eine Steigerung der Lebensqualität hinwirken. Nicht zuletzt deshalb, weil durch diese Ausrichtungen den Menschen mit Behinderung Wertschätzung und Anerkennung entgegen gebracht werden. In diesen Punkten sehe ich keinen Handlungsbedarf von Seiten der Sozialen Arbeit.

Lernmöglichkeiten eröffnen sich in meinen Augen jedoch auch für die deutsche Soziale Sicherung mit dem Blick nach Norwegen. In den hohen finanziellen Mitteln, die dem Land zur Verfügung stehen und die es in das System investiert, liegt meines Erachtens dessen Stärke. Die Zahlen lassen auf einen höheren Lebensstandard der norwegischen Bevölkerung im Vergleich zu Deutschland schließen, der sich natürlich auch auf die Lebenssituation der Menschen mit Behinderung auswirkt. In diesem Fall sind Deutschland in gewisser Weise die Hände gebunden, da es nicht auf dieselben finanziellen Ressourcen zurückgreifen kann und zudem eine weitaus größere Bevölkerung zu versorgen hat als Norwegen. Hier stellt sich demnach besonders die Frage, wie die begrenzten Mittel am besten eingesetzt werden können, um die Lebenssituation der behinderten Menschen zu optimieren. Eine Verbesserung der Lebens- und Wohnsituation der Menschen mit Behinderung ist jedoch nicht nur eine Frage des Geldes, sondern auch des Reformwillens, beispielsweise zur Stärkung der ambulanten Wohnformen. In diesem Punkt hat Deutschland meiner Ansicht nach Nachholbedarf, da immer noch viele Menschen mit Behinderung in stationären und somit einschränkenden Wohnformen leben. Hier sehe ich einen Ansatzpunkt für den politischen Einsatz der deutschen Sozialen Arbeit. Eine entsprechende Reform gab es in Norwegen bereits Anfang der 1990er Jahre, die ebenfalls Teil des nächsten Kapitels im Rahmen des internationalen Vergleichs der Wohnsituation von Menschen mit Behinderung in Deutschland und Norwegen ist.

4. Die Wohnsituation der Menschen mit Behinderung

In diesem Kapitel wird der internationale Vergleich der Wohnsituation der Menschen mit Behinderung in Norwegen und Deutschland thematisiert. Die Wahl dieses Schwerpunkts liegt darin begründet, dass die Wohnung als räumlicher Mittelpunkt des Lebens die Chancen auf Integration und Inklusion erheblich mitbestimmt (vgl. Lebenshilfe 2004, S. 1). Dieser internationale Vergleich bezieht sich ausschließlich auf Menschen mit geistiger Behinderung, da im Bezug auf die Integration in die Gesellschaft bei dieser Gruppe der größte Handlungsbedarf besteht (vgl. Lebenshilfe 2004, S. 2). Mit Menschen mit Behinderung sind deshalb im Folgenden stets Menschen mit geistiger Behinderung gemeint. Zunächst wird die Wohnsituation in den beiden Ländern dargestellt im Hinblick auf Rechtsgrundlagen, politische Entwicklung und Wohnformen. Daraufhin folgt eine Zusammenfassung der wichtigsten Daten, die deutliche Ähnlichkeiten und Unterschiede hervorhebt. Anschließend werden auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse professionelle Ansätze vorgestellt, die Grundlage für den Beitrag der Sozialen Arbeit zur Verbesserung der Lebens- und Wohnbedingungen in Deutschland sein können. Auch dieser Vergleich zielt somit auf die Eröffnung von Lernchancen. Eine Einführung in das Thema bietet folgendes Kapitel, indem es auf die wichtigsten fachlichen Leitbegriffe der letzten Jahre bezüglich der Lebens- und Wohnsituation von Menschen mit Behinderung eingeht.

4.1 Einführung

Die Lebens- und Wohnverhältnisse der Menschen mit Behinderung wurden (und werden) im Laufe der Zeit von diversen fachlichen Prinzipien und Leitgedanken beeinflusst, die insbesondere mit den Begriffen „Normalisierung“, „Integration“ und „Inklusion“ verbunden sind. Diese Bezeichnungen tauchen im Verlauf dieses Vergleichs immer wieder auf, daher werden in diesem Kapitel die Hintergründe dieser Begriffe näher beleuchtet.

Die kritische Auseinandersetzung mit den Institutionen führte zur Entwicklung des Normalisierungsprinzips (vgl. Theunissen 2006, S. 61). Das Prinzip der *Normalisierung* basiert auf grundsätzlichen Anschauungen, denn es fußt auf den Gedanken der Gleichheit und Gleichwertigkeit der Menschen. Grundsätzlich bezieht es alle Menschen ein, oftmals wird es allerdings auf Menschen mit Behinderung bezogen. Normalisierung bedeutet demnach zum Einen die gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit Behinderung und zum Anderen die Gewährung derselben Rechte und Möglichkeiten, die anderen Menschen zustehen. Den Menschen mit Behinderung soll ein selbstbestimmtes und weitestgehend „normales“ Leben ermöglicht werden. In diesem Zusammenhang

betont das Normalisierungsprinzip, dass Normalität nicht für jede/jeden dasselbe bedeutet, sondern dass die Vorstellungen von einem normalen Leben immer subjektiv geprägt und daher individuell verschieden sind. Um den Menschen mit Behinderung die Führung eines solchen Lebens zu ermöglichen, muss ihnen die dafür benötigte Unterstützung gewährt werden. Diese Unterstützung muss sich die individuellen Belange der Menschen bewusst machen, sie ernst nehmen und sich daran ausrichten. Voraussetzung hierfür ist eine wertschätzende und anerkennende Haltung gegenüber den Menschen mit Behinderung. Ziel der Normalisierung ist im Grundsatz eine allumfassende Eingliederung der Menschen in die Gesellschaft (vgl. Soni 1993, S. 1-7). Zu Beginn wurde der Fokus in den Staaten häufig auf die räumliche Eingliederung der Menschen in die Gesellschaft gelegt und es wurde erst nach und nach erkannt, dass so noch keine allumfassende Teilhabe zu erreichen ist. Mit der Zeit wurde Normalisierung deshalb zunehmend definiert als „not only living like others outside institutions, but also as living among others“ (Froestad u.a. 2006, S. 135). Die ganzheitliche Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft wurde also verstärkt in den Blick genommen (vgl. Froestad u.a. 2006, S. 135).

Normalisierung wird oftmals im Zusammenhang mit *Integration* genannt. Auch die Integration zielte zunächst auf die umfassende Eingliederung in die Gesellschaft. Jedoch genügte die praktische Umsetzung der Integration vielerorts nicht diesem Anspruch. Entweder wurde die Integration nur unter bestimmten Voraussetzungen (beispielsweise bei einem bestimmten Grad an Selbständigkeit) oder lediglich in Form räumlicher Eingliederung (beispielsweise durch kleinere Wohnformen in der Gemeinde) verwirklicht. Darum wird mit Integration heute in der Regel die räumliche bzw. physische Eingliederung in die Gesellschaft verbunden (vgl. Theunissen 2006, S. 65).

Der Gedanke der Integration wird durch die Leitidee der *Inklusion* fortgeführt. Die Inklusion zielt auf eine allumfassende Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft, da sie den Menschen nicht nur räumlich bzw. physisch, sondern auch sozial bzw. emotional in die Gesellschaft eingliedert. Inklusion geht folglich über die physische Eingliederung in die Gesellschaft hinaus und bezieht aktive Partizipation und soziale Vernetzung in der Gesellschaft mit ein (vgl. Theunissen 2006, S. 65). Seifert (2006) versteht dementsprechend unter Inklusion, „dass Menschen mit geistiger Behinderung als Bürger/-innen selbstverständlich an allen Bereichen des Lebens in der Gemeinde teilhaben“ (S. 390).

4.2 Deutschland

4.2.1 Daten zur Wohnsituation der Menschen mit geistiger Behinderung

Ende 2007 lebten in Deutschland ca. 690 000 Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung. Dies entspricht ca. 0,8% der Gesamtbevölkerung (vgl. Bundesregierung 2008). Anfang 2004 lebten 60% der erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung bei ihren Eltern oder anderen Angehörigen. Von den Menschen, die außerhalb der Familie lebten, lebten 92% in stationären Einrichtungen. Hiervon wiederum lebten über 60% in Einrichtungen mit mehr als 50 Plätzen. Lediglich 8% lebten in einer eigenen Wohnung und nahmen ambulante Dienste in Anspruch (vgl. Lebenshilfe 2004, S. 2).

4.2.2 Rechtsgrundlagen

In Deutschland haben Menschen mit Behinderung Anspruch auf Hilfen zur Beschaffung, zum Umbau, zur Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die ihren Bedürfnissen entspricht. Außerdem stehen ihnen Hilfen in betreuten Wohnmöglichkeiten (ambulant betreutes oder stationäres Wohnen) zu, die auf ein selbstbestimmtes Leben hinwirken. Diese Ansprüche sind Teil der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und verankert im §55 SGB IX (vgl. Stascheit 2006, S. 1218-1219).

4.2.3 Politische Entwicklung

Bis in die 1970er/1980er Jahre lebten die Menschen mit Behinderung in Deutschland in Großeinrichtungen, die mehrheitlich bereits im 19. Jahrhundert erbaut worden sind. Diese stationären Einrichtungen waren die einzigen Wohnmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung, wenn sie nicht mehr bei ihrer Familie leben konnten. Folglich konzentrierten sich in ihnen hauptsächlich Menschen mit schwerer Behinderung und/oder besonders herausforderndem Verhalten. Da in vielen dieser Einrichtungen menschenunwürdige Bedingungen herrschten, kam es zur Kritik am bestehenden System. Das in Skandinavien bereits etablierte Normalisierungsprinzip fand so auch Einzug in die Handlungsansätze und Leitideen der Behindertenhilfe in Deutschland. Zum Einen wurden die räumlichen, strukturellen und personellen Bedingungen in den Einrichtungen verbessert, zum Anderen änderte sich der defizitorientierte Ansatz zu einer ressourcenorientierten Sichtweise, die die individuellen Bedürfnisse der behinderten Menschen berücksichtigt. Seit den 1980er Jahren entstanden kleinere Wohnformen in den Gemeinden, um die Integration in die Gesellschaft zu fördern. Diese Alternativen zu den Großeinrichtungen waren auf Initiative von Elternvereinigungen entstanden, insbesondere der „Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.“. Dieser Einsatz führte dazu, dass Menschen mit Behinderung heute aus mehreren Wohnangeboten auswählen können. Allerdings sind nach wie vor die stationären Angebote am stärksten vertreten. Obwohl sich viele Einrichtungen nach

außen öffnen und die gesellschaftliche Integration anvisieren, gibt es noch immer Einrichtungen, die an den alten Vorstellungen festhalten und die Isolation der Menschen bevorzugen. Als Argument hierfür wird beispielsweise angeführt, dass sich die Individualität der behinderten Menschen mit den gesellschaftlichen Bedingungen nicht vereinbaren lasse. Außerdem sei die Aufgabe gewohnter Strukturen, insbesondere bei den Fachkräften, mit Verunsicherung verbunden. Seit Mitte der 1990er Jahre zeichnet sich allerdings ein Umbruch in der deutschen Behindertenhilfe ab. Der Mensch mit Behinderung wird nicht mehr nur als Objekt von Fürsorge betrachtet, sondern als Nutzer von Dienstleistungen. Damit geht einher, dass die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Interessen in den Mittelpunkt rücken und sich die Dienste und Einrichtungen zunehmend daran ausrichten. Menschen mit Behinderung werden als Bürgerinnen und Bürger mit gleichen Rechten und Pflichten wie Menschen ohne Behinderung betrachtet. Rechtlich hat sich dieser Paradigmenwechsel insbesondere durch das SGB IX (in Kraft seit Juli 2001) und das BGG (in Kraft seit Mai 2002) niedergeschlagen. Im SGB IX ist das Recht auf Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe geregelt, im SGB XII ist der Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen verankert. Die grundsätzliche Abkehr von stationären Einrichtungen zugunsten ambulanter Wohnformen, die den Menschen mehr Chancen auf Selbstbestimmung und Teilhabe eröffnen, konnte jedoch noch nicht erreicht werden. Da allerdings die verbreiteten stationären Einrichtungen heute nicht mehr den Bedürfnissen der behinderten Menschen gerecht werden, ist eine Umstrukturierung und Neugestaltung der Behindertenhilfe notwendig (vgl. Seifert 2006, S. 376-377).

Das Normalisierungsprinzip hatte zwar positiven Einfluss auf die Behindertenhilfe, jedoch haben sich die Lebens- und Wohnbedingungen der Menschen mit Behinderung nicht grundlegend verändert. In Politik und Gesetzgebung hat sich das Normalisierungsprinzip offensichtlich nicht ausreichend niedergeschlagen, um den Ausbau der ambulanten Wohnformen zu fördern und stationäre Einrichtungen zurückzudrängen. Folglich steht den Menschen mit Behinderung in Deutschland heute ein breites Spektrum an Wohnformen zur Verfügung, die nun im folgenden Kapitel näher betrachtet werden.

4.2.4 Wohnformen

Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung, die nicht mehr bei der Familie leben möchten, können in Deutschland bezüglich des Wohnens zwischen einer stationären Einrichtung (Wohnheim), einer eigenen Wohnung, einer Wohngemeinschaft oder einem Alters- bzw. Pflegeheim wählen. Das Wohnangebot kann in einzelnen Bundesländern abweichen (vgl. Seifert 2006, S. 378-382). Nachfolgend werden die genannten Wohnformen und die damit verbundenen Selbstbestimmungsmöglichkeiten dargestellt.

Wohnheim

Diese stationären Einrichtungen werden in Deutschland zum größten Teil von Trägern der freien Wohlfahrtspflege getragen. Sie bieten eine umfassende Betreuung und Unterstützung, in der Regel tags- und nachtsüber. Durch das Zusammenleben mit mehreren Menschen wird der Gefahr der Vereinsamung vorgebeugt. Leitideen wie Selbstbestimmung und Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben sind vielerorts Bestandteil der Konzeptionen. Die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung sind jedoch strukturell begrenzt. So leben die Bewohner/-innen in Gruppen, deren Größe, Struktur und Zusammensetzung oftmals allein von der Einrichtung vorgegeben werden. Der Großteil der Gruppen (ca. 90%) besteht aus mehr als vier Personen. Folglich leben die Betroffenen auf begrenztem Raum mit vielen Menschen zusammen, die sie sich nicht selbst ausgewählt haben, wodurch das Konfliktpotential erhöht ist. Auch auf die Auswahl des Personals haben die Menschen in der Regel keinen Einfluss, obwohl die Fachkräfte einen großen Einblick in ihr Privatleben haben. Es ist auch nicht für jeden Menschen mit Behinderung ein Einzelzimmer garantiert, einige leben in Doppel- oder Mehrbettzimmern. In einer solchen Konstellation steht das Gruppengeschehen im Vordergrund, die individuellen Interessen und Bedürfnisse stehen oftmals zurück. Eigenaktivität und Eigenverantwortung werden nur gefördert, wenn das Angebot der stationären Einrichtung die Tätigkeiten nicht bereits abnimmt, beispielsweise durch eine Großküche oder einen Reinigungsdienst. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist in diesen Wohnheimen oftmals nur begrenzt gegeben, beispielsweise durch einengende Regelungen bezüglich des Verlassens der Einrichtungen. Gelegenheiten zur Kontaktaufnahme mit der Gemeinde werden außerdem verwehrt, indem die Einrichtungen viele Leistungen selbst zur Verfügung stellen, wie beispielsweise Lebensmittel, Friseur oder ärztliche Hausbesuche (vgl. Seifert 2006, S. 379-380). Eine Befragung jüngerer Menschen mit geistiger Behinderung (Durchschnittsalter 27 Jahre) ergab, dass sich lediglich 13% ein Leben in einem Heim oder in einer Wohngruppe wünschten. Die Mehrheit nannte den Wunsch, in einer Wohnform außerhalb des Heims zu leben (vgl. Lebenshilfe 2004, S. 2).

Eigene Wohnung

Diese Wohnform wird auch „ambulant betreutes Wohnen“ oder „ambulant unterstütztes Wohnen“ genannt. Sie ist bislang auf Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtet, die ausreichende alltagspraktische Fähigkeiten besitzen und nur auf stundenweise Unterstützung angewiesen sind. Häufig werden sowohl Wohnung als auch ambulante Betreuung von einem Träger bereitgestellt, zumeist einem Träger der freien Wohlfahrtspflege. Die ambulante Unterstützung zielt auf die Übernahme von Eigenverantwortung und den Aufbau von Selbsthilfekräften. Je nach individuellem Bedarf

umfasst sie Gesundheitsfürsorge, Haushaltsführung, Freizeitgestaltung, Umgang mit Behörden, psychosoziale Beratung und Hilfe bei der Lebensgestaltung. Es werden auch soziale Kontakte hergestellt, wenn der Mensch mit Behinderung allein lebt und dies wünscht. Spezifische Unterstützung leistet die ambulante Betreuung bei geistig behinderten Eltern mit Kind. Es besteht auch die Möglichkeit, in eine reguläre Wohnung zu ziehen und die Unterstützung von ambulanten Diensten in Anspruch zu nehmen. Hier werden die Assistenzleistungen individuell auf den Bedarf des/der Betroffenen abgestimmt und erbracht. Allerdings sind diese Dienste bislang in erster Linie auf die Pflege und Betreuung alter Menschen und noch nicht auf die Bedarfe der Menschen mit Behinderung ausgerichtet. Diese Wohnform bietet den Menschen gute Möglichkeiten, den Lebensalltag selbstbestimmt zu gestalten. Der Grad der Selbstbestimmung wird auch durch den Einsatz des Persönlichen Budgets für die ambulanten Dienste erhöht. Bislang leben in Deutschland jedoch nur sehr wenige Menschen mit geistiger Behinderung in dieser Wohnform (vgl. Seifert 2006, S. 380-381).

Wohngemeinschaft

In einer Wohngemeinschaft leben mehrere Menschen mit geistiger Behinderung gemeinsam in einer Wohnung. Die Wohnungen sind in der Regel von Trägern der freien Wohlfahrtspflege angemietet, weshalb man diese Wohnform auch „Außenwohngruppe“ nennt. Auch hier findet stundenweise eine ambulante Betreuung bzw. Unterstützung, abgestimmt auf den individuellen Bedarf der Bewohner/-innen, statt. Die ambulante Unterstützung stellt in der Regel der Träger, der die Wohnung anmietet (vgl. Göbel 2005, S. 32-33). Auch hier gibt es für die behinderten Menschen die Alternative, eine Wohnung selbstständig anzumieten und die Unterstützung durch ambulante Dienste selbst zu organisieren. In diesem Fall kann die Auswahl der Mitbewohner/-innen selbstbestimmt erfolgen. Bislang wird dies jedoch ebenfalls selten realisiert. Die Wohngemeinschaft bietet, wie das Leben in der eigenen Wohnung, viele Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Selbständigkeit sowie der Übernahme von Verantwortung. Auch hier kann das Persönliche Budget eingesetzt werden (vgl. Seifert 2006, S. 380-381).

Alters- bzw. Pflegeheim

Einige geistig behinderte Menschen mit hohem Hilfebedarf sind in Deutschland in Alters- oder Pflegeheimen untergebracht. Diese Wohnformen gelten allerdings nicht als angemessen für Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere nicht für jüngere Menschen, da diese Einrichtungen auf die Pflege und Betreuung alter Menschen ausgerichtet sind. Aufgrund dessen „[ist] eine bedürfnisorientierte, Autonomie stärkende und Entwicklung anregende Lebensbegleitung dieses Personenkreises unter den

gegebenen Bedingungen in Pflegeeinrichtungen nicht möglich [...]“ (Seifert 2006, S. 383). Chancen der Selbstbestimmung und Teilhabe sind nur in begrenztem Umfang gegeben. Trotzdem ist die Zahl der behinderten Menschen in Pflegereinrichtung aus wirtschaftlichen Gründen wieder angestiegen (vgl. Seifert 2006, S. 382-383).

4.3 Norwegen

4.3.1 Daten zur Wohnsituation der Menschen mit geistiger Behinderung

Im Jahr 2005 lebten in Norwegen ca. 19 000 Menschen mit geistiger Behinderung. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von ca. 0,4%. Anfang 1999 lebten nach einer Untersuchung der Lebensbedingungen 10 177 erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung in einer eigenen Wohnung, 2 400 Menschen lebten bei ihren Eltern (vgl. Lebenshilfe 2005, S. 6, 35). Leider liegen mir keine aktuelleren Daten zu diesem konkreten Themenkomplex vor.

4.3.2 Rechtsgrundlagen

In Norwegen sind die Ansprüche hinsichtlich des Wohnens im Gesetz über soziale Dienste (Sosieltjenesteloven), im Volksversicherungsgesetz (Folketrygdloven) und im Plan- und Baugesetz (Plan- og bygningsloven) geregelt. Das Gesetz über soziale Dienste wirkt auf die Schaffung geeigneter Wohnungen für Menschen mit Behinderung hin, das Volksversicherungsgesetz enthält Ansprüche auf technische Hilfsmittel und bauliche Änderungsmaßnahmen. Den Rahmen für den kommunalen Wohnungsbau gibt das Plan- und Baugesetz vor. Es enthält Anforderungen an eine gute Gemeinwesenplanung und an den Bau zugänglicher und bedarfsorientierter Wohnungen (vgl. NHF 2006, S. 3).

4.3.3 Politische Entwicklung

In Norwegen begann der Ausbau von Großeinrichtungen nach dem Zweiten Weltkrieg. Intensiviert wurde die Bautätigkeit vor allem ab 1949 durch die Gesetzgebung und entsprechende staatliche Förderungen. Bis 1979 stieg die Anzahl der Plätze in den Einrichtungen an. Doch bereits Ende der 1960er Jahre/Anfang der 1970er Jahre geriet diese Wohnform in die Kritik, insbesondere von Seiten der Eltern, aber auch der politischen Linken, der Fachverbände sowie der über Skandalfälle berichtenden Presse. Auch die Sozialwissenschaft machte auf die ungelösten sozialen Probleme aufmerksam. Der Kritik folgten Verbesserungen der Einrichtungen, beispielsweise durch deren Verkleinerung, Dezentralisierung und eine wohnlichere Gestaltung. Dieser Prozess wurde Mitte der 1980er Jahre fortgeführt durch das Deinstitutionalisierungsgesetz zur Förderung von integrativen Wohnangeboten in den Kommunen. Anfang der 1990er Jahre folgte die

Phase der Schließung der Großeinrichtungen auf Grundlage eines Gesetzes, das die Weiterführung dieser Einrichtungen nach 1992 verbot (vgl. Inclusion Europe 2004, S. 76, 87-88).

Dieses Gesetz bzw. diese Reform war insbesondere ein Verdienst des Elternverbandes „Norsk Forbund for Utviklingshemmede“ (NFU). Dieser „Norwegische Verbund für geistig Behinderte“ bildete die Spitze der Bewegung und übte mithilfe einiger Abgeordneter Druck auf das norwegische Parlament aus. Der NFU kritisierte insbesondere die mangelnde Gesundheitsversorgung, die eingeschränkten sozialen Kontakte und die begrenzten Selbstbestimmungsmöglichkeiten. Die Kritik basierte auf Vorstellungen, die vom Normalisierungsprinzip geprägt waren. Ergebnis dieses Widerstands war die Reform von 1991, die den Anspruch verfolgte, Menschen mit geistiger Behinderung als vollwertige Mitglieder der Gesellschaft zu betrachten. Sie führte zur Auflösung der Institutionen und zur Schaffung von individuellen Wohnungen für Menschen mit Behinderung (von einer Größe von mindestens 50m²). Die Zuständigkeit für die Betreuung wurde von den Bezirken auf die Kommunen übertragen. Die Gesetzesvorgabe wurde im weiteren Verlauf unterschiedlich umgesetzt, beispielsweise durch Einzelwohnungen mit ambulanter Betreuung oder durch Mini-Institutionen. Der Staat Norwegen unterstützte den Übergang mit finanziellen Mitteln, u.a. für Zuschüsse zum Bau geeigneter Wohnungen oder für Programme zur Frühpensionierung der Mitarbeiter/-innen der ehemaligen Institutionen (vgl. Lebenshilfe 2005, S. 3-9).

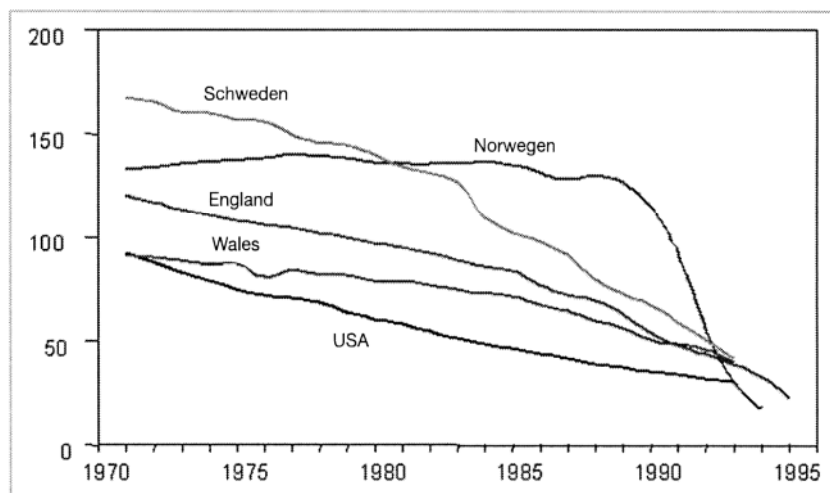
Diese Reform zum „Gesundheitsschutz für geistig Behinderte“ ist bekannt als HVPU-Reform („Helsevernet for Psykisk Utviklingshemmede“). Sie zielte auf die Normalisierung der Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderung. Dazu gehörte die Möglichkeit des selbständigen Wohnens ebenso wie die Teilhabe in den Bereichen Arbeit und Freizeit sowie der gemeinsame Unterricht von Kindern mit und ohne Behinderung. Institutionen sollten abgeschafft und an ihrer Stelle alternative und integrative Angebote entwickelt werden. Die Reform wird heute unterschiedlich bewertet. Da der Förderung des Wohnens in der eigenen Wohnung hohe Bedeutung zugesprochen wurde, wird sie auch als „Wohnungsreform“ bezeichnet. Andere Bereiche wurden vernachlässigt, weshalb oftmals das Problem der Einsamkeit besteht (vgl. Petersmann 2005, S. 23).

Zu den Errungenschaften der Reform zählen eine verbesserte Lebensqualität, eine bessere Gesundheitsversorgung sowie ein höherer Grad an Selbstbestimmung und Unabhängigkeit. Außerdem sind gute kommunale Begleitdienste entwickelt worden. Viele Menschen mit Behinderung haben nun zu Angehörigen und Freunden mehr soziale Kontakte als vor der Reform. Profitiert haben von der Reform insbesondere Menschen mit sehr hohem Hilfebedarf, da die Unterstützung an den individuellen Bedürfnissen ansetzt und die individuelle Lebenssituation berücksichtigt wird. Bei vielen Betroffenen konnte die

Medikation mit Psychopharmaka und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Vergleich zur stationären Wohnsituation deutlich reduziert werden. Die Reform hatte zudem positive Auswirkungen auf die Fachkräfte bezüglich Fachlichkeit und Kontinuität. Die Reform wird aber auch kritisch gesehen. So gilt eine Minderheit als schlechter versorgt als vor der Reform. Als problematisch wird besonders der Aspekt der sozialen Vernetzung betrachtet, denn die wichtigsten sozialen Kontakte vieler behinderter Menschen bestehen zu den unterstützenden Fachkräften. Folglich sind viele Menschen – insbesondere Menschen mit niedrigem Hilfebedarf – von Einsamkeit betroffen. Dazu trug auch bei, dass die Bereiche Bildung, Arbeit und Freizeit vernachlässigt wurden. Die Reform blieb hauptsächlich auf den Wohnbereich beschränkt und deshalb „[wurde] manchmal nur eine reine physische anstelle einer funktionalen Integration erreicht [...]“ (Lebenshilfe 2005, S. 9). Hinsichtlich der Ausbildung der Fachkräfte wird bemängelt, dass in den kommunalen Diensten der Anteil der Mitarbeiter/-innen ohne Ausbildung zu hoch ist und es keine angemessenen Weiterbildungsangebote gibt. Problematisch bei der praktischen Umsetzung der Reform war, dass die Bevölkerung nicht darauf vorbereitet wurde, von nun an mit Menschen mit Behinderung zusammenzuleben. Entsprechende Konzepte für das gemeinsame Leben in den Gemeinden wurden in der Regel erst im Nachhinein entwickelt. Trotz dieser Schwachpunkte wird in Norwegen die prinzipielle Richtigkeit der Reform nicht mehr in Frage gestellt (vgl. Lebenshilfe 2005, S. 3-9). Den Rückgang der Großeinrichtungen seit dem Deinstitutionalisierungsgesetz und der HVPU-Reform verdeutlicht folgende Abbildung:

Abb. 2:

Plätze in stationären Großeinrichtungen je 100.000 Einwohner der Gesamtbevölkerung



(Quelle: Inclusion Europe 2004, S. 15)

Die Implementierung des Normalisierungsprinzips und des Gedankens der Integration in die norwegische Behindertenpolitik gab also den Ausschlag für die Veränderung der Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderung. Im folgenden Kapitel werden nun die konkreten Wohnformen für behinderte Menschen in Norwegen betrachtet, um einen Einblick in deren Wohn- und Lebenssituation zu erhalten.

4.3.4 Wohnformen

Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung, die nicht mehr bei Angehörigen leben möchten, können in Norwegen zwischen einem eigenen Haus bzw. einer eigenen Wohnung, einer kommunalen Fürsorgewohnung und einem Alters- bzw. Pflegeheim wählen. Das Wohnangebot kann in einzelnen Kommunen abweichen (vgl. NHF 2006, S. 3, 19, 20). Die genannten Wohnformen und die damit verknüpften Chancen der Selbstbestimmung werden nachfolgend beschrieben.

Eigene Wohnung

Eine eigene Wohnung bietet das höchste Maß an Selbstbestimmung. In Norwegen können Menschen mit Behinderung zum Einen eine eigene Wohnung bauen. Zur Unterstützung können sie eine Wohnungsberatungsgruppe (boligrådgivningsgruppe) beanspruchen, die von der Kommune bereitgestellt wird. Zu dieser Beratungsgruppe gehören beispielsweise ein/eine Ergotherapeut/-in, ein/eine Architekt/-in, ein/eine Sozialarbeiter/-in und ein/eine Mitarbeiter/-in des Wohnungsamtes sowie des Technischen Amtes. Zur Planung der Wohnung finden regelmäßige Treffen dieser interdisziplinären Gruppe mit dem Menschen mit Behinderung und eventuell dessen Familie statt. So wird die Wohnung dem individuellen Bedarf, den benötigten technischen Hilfsmitteln und der wirtschaftlichen Situation des/der Betroffenen angepasst. Von der Bedarfsermittlung bis zur Fertigstellung der Wohnung bzw. des Hauses sollte die Beratungsgruppe für den behinderten Menschen stets zugänglich sein. In der Regel fungiert eine Person der Gruppe als Koordinator/-in. Zur finanziellen Unterstützung können die Menschen mit Behinderung unter bestimmten Voraussetzungen Kredite oder Zuschüsse von der Bank erhalten. So wird zum Bau einer Wohnung das Grunddarlehen (grunnlån) gewährt, wenn die Wohnung den Anforderungen bezüglich des Lebenslaufstandards (livsløpsstandard⁸) entspricht und der/die Betroffene kreditwürdig ist. Das Darlehen kann bis zu 80% der Kosten, in Einzelfällen auch mehr betragen.

⁸ Der Lebenslaufstandard ist ein festgelegter Maßstab, der auf gute Verbraucherqualitäten der Wohnungen auf dem regulären Wohnungsmarkt hinwirkt. Die Lebenslaufwohnungen sind reguläre Wohnungen, die gut zugänglich und eben sind. Wichtig ist, dass die Wohnungen frei von räumlichen Barrieren und in allen Phasen des Lebens bewohnbar sind (vgl. NHF 2006, S. 18).

Zum Anderen können behinderte Menschen eine Wohnung kaufen. Hierfür besteht unter Erfüllung der Voraussetzungen Anspruch auf ein Startdarlehen (startlån), das Menschen in schwacher finanzieller Situation eine einfache und geeignete Wohnung ermöglichen soll. Voraussetzungen sind u.a., dass die aktuelle Wohnsituation nicht zufriedenstellend und die neue Wohnung im Verhältnis zum Preisniveau angemessen ist.

Darüber hinaus gibt es Wohnungszuschüsse beispielsweise für die professionelle Hilfe eines/einer Architekt/-in beim Bau, Kauf oder bei der Ausbesserung einer Wohnung. Für Menschen in schwacher finanzieller Situation besteht Anspruch auf einen Zuschuss zum Bau oder Kauf einer Wohnung. Außerdem gibt es Zuschüsse zur Ausbesserung (d.h. der Standard der Wohnung wird erhöht) oder Anpassung (d.h. die Wohnung entspricht besser den Belangen des behinderten Menschen) einer gebrauchten oder neuen Wohnung. Bestimmte Änderungsmaßnahmen werden allerdings auch von der Volksversicherung übernommen. Außerdem gibt es bei Erfüllung der Voraussetzungen die Wohnbeihilfe (bostøtte) für laufende Ausgaben, die es Menschen in schwacher finanzieller Situation ermöglichen soll, sich eine gute Wohnung anzueignen oder in einer solchen bleiben zu können. Die Wohnbeihilfe deckt 70% der Kosten ab, die die Wohnungsausgaben übersteigen, die für den/die Betroffene/-n als angemessen erachtet werden (vgl. NHF 2006, S. 1-12).

Menschen mit Behinderung, die in ihrer eigenen Wohnung leben und Bedarf an Unterstützung oder Assistenz haben, können kommunale Dienste in Anspruch nehmen. Da die Kommunen für die Betreuung und Begleitung der Menschen mit Behinderung zuständig sind, erhalten sie für jeden erwachsenen Menschen pro Jahr eine pauschale staatliche Zuwendung von 400 000 NOK (im Jahr 2005), dies entspricht ca. 50 000 Euro. Zur ambulanten Betreuung haben die Kommunen zum Einen ambulante Pflegedienste eingerichtet, die für Körperpflege und Haushaltshilfe verantwortlich sind. Zum Anderen gibt es ambulante Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung, die mobile Assistenz in der eigenen Wohnung anbieten oder familienunterstützende Hilfen für Menschen mit Behinderung leisten, die bei Angehörigen leben. Ein weiteres ambulantes Angebot ist Essen auf Rädern. Für individuelle Freizeitaktivitäten wird den Menschen mit Behinderung stundenweise eine Begleitperson zur Verfügung gestellt, um das Risiko der Vereinsamung zu mindern und die Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben zu fördern. Außerdem organisieren die Kommunen und der NFU in der Gemeinde Freizeitangebote für behinderte Menschen. Die Ausgestaltung der Dienste und Angebote kann je nach Kommune differieren (vgl. Lebenshilfe 2005, S. 4, 14, 19).

Kommunale Fürsorgewohnung (omsorgsbolig)

Fürsorgewohnungen sind Wohnungen, die mithilfe staatlicher Zuschüsse von den Kommunen gebaut wurden. Sie werden Personen zugeteilt, die aufgrund Alter, Krankheit oder Behinderung Bedarf an einer entsprechend gestalteten Wohnung inklusive eines Angebots der 24-Stunden-Assistenz haben. Wohnungen dieser Art gibt es von der Wohnungsbaugenossenschaft oder in Form von Eigentums- oder Mietwohnungen. Die Menschen mit Behinderung können wählen, ob sie in einer selbständigen Wohnung (mit mindestens 55m²), in einer Wohneinheit einer Wohnanlage (zwischen 40m² und 55m²) oder in einer Wohngemeinschaft (eigener Wohnraum unter 40m², empfohlen sind mindestens 30m²) leben möchten. Der Grad der Selbstbestimmung hängt von dieser Wahl ab, da eine selbständige Wohnung in der Regel mehr Freiheiten bietet als eine Wohngemeinschaft. Die Fürsorgewohnung soll räumlich zugänglich sein und den Bedürfnissen von Menschen mit Orientierungs- und Bewegungseinschränkungen entsprechen. Selbständige Wohnungen sollen die Anforderungen des Lebenslaufstandards erfüllen. Menschen, die in einer Fürsorgewohnung leben, haben Anspruch auf Wohnbeihilfe, jedoch nicht auf Wohnungszuschüsse (vgl. NHF 2006, S. 19).


Alters- bzw. Pflegeheim

Menschen mit schwerer Behinderung stehen in einigen Kommunen keine anderweitigen Wohnangebote zur Verfügung als Institutionen für alte Menschen. Jedoch entspricht dies nicht den gesetzlichen Vorschriften. 1998 entschied das norwegische Parlament, dass keine jüngere Person mit Behinderung gegen ihren Willen in einem Alters- oder Pflegeheim leben muss. Alle Menschen unter 67 Jahren haben deshalb das Recht auszuziehen und eine andere Wohnform zu wählen (vgl. NHF 2006, S. 20).

4.4 Zusammenfassung

Die Wohnsituation der Menschen mit Behinderung in Deutschland und Norwegen wurde vorhergehend detailliert beschrieben. Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über die wichtigsten Informationen des internationalen Vergleichs hinsichtlich der Daten zur Wohnsituation, der Rechtsgrundlagen, der politischen Entwicklung und der Wohnformen. Anschließend folgt eine Zusammenfassung, die die prägnantesten Ähnlichkeiten und Unterschiede aufzeigt. Im Anschluss folgt die Thematisierung des möglichen Einsatzbereiches der Sozialen Arbeit zur Optimierung der Wohn- und Lebenssituation der Menschen mit Behinderung auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse. Auf diese Weise werden wiederum die Lernmöglichkeiten Deutschlands aufgezeigt, die der internationale Vergleich eröffnet.

Tab. 2: „Die Wohnsituation der Menschen mit Behinderung“

Thema \ Land	Deutschland 	Norwegen 
Daten zur Wohnsituation	<p>Ende 2007 lebten in Deutschland:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 690 000 Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung • 0,8% der Gesamtbevölkerung <p>Anfang 2004 lebten von den erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60% bei der Familie • 40% außerhalb der Familie, davon 92% im Wohnheim • 8% in der eigenen Wohnung 	<p>2005 lebten in Norwegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19 000 Menschen mit geistiger Behinderung • 0,4% der Gesamtbevölkerung <p>Anfang 1999 lebten von den erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 177 in der eigenen Wohnung • 2 400 bei der Familie
Rechtsgrundlagen	<p>Rechte bezüglich des Wohnens sind verankert im:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SGB IX 	<p>Rechte bezüglich des Wohnens sind verankert im:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volksversicherungsgesetz • Gesetz über soziale Dienste • Plan- und Baugesetz
Politische Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Bis 1970er/1980er Jahre: Menschen leben isoliert in Großeinrichtungen. • Seit den 1980er Jahren: Kritik am System, Einzug des Normalisierungsprinzips, Entstehung kleinerer Wohnformen in den Gemeinden. • Ab Mitte 1990er Jahre: Die individuellen Bedürfnisse, Selbstbestimmung und Teilhabe rücken in den Mittelpunkt. • 2001 und 2002: SGB IX und BGG treten in Kraft. • Heute: Menschen leben nach wie vor überwiegend in stationären Einrichtungen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bis 1979: Ausbau der Großeinrichtungen, Menschen leben isoliert. • Ende 1960er/Anf. 1970er Jahre: Kritik am System auf Basis des Normalisierungsprinzips, Verbesserung der Einrichtungen. • Mitte 1980er Jahre: Deinstitutionalisierungsgesetz: Förderung integrativer Wohnangebote in den Kommunen. • Anfang 1990er Jahre: HVPU-Reform: Auflösung der Institutionen, Schaffung individueller Wohnungen. • Heute: Menschen leben überwiegend in eigenen Wohnungen.
Wohnformen	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnheim • Eigene Wohnung (i.d.R. „ambulant betreutes Wohnen“) • Wohngemeinschaft • Alters- bzw. Pflegeheim <p>Wohnformen u. Betreuung i.d.R. durch freie Träger bereitgestellt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene Wohnung • Kommunale Fürsorgewohnung (eigene Wohnung, Wohneinheit, Wohngemeinschaft) • Alters- bzw. Pflegeheim <p>Wohnformen u. Betreuung i.d.R. durch Kommunen bereitgestellt.</p>

(Quellen des Tabelleninhalts: siehe Kapitel 4.2 und 4.3)

Die Tabelle verdeutlicht die prägnantesten Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich der Wohnsituation der Menschen mit Behinderung. Ähnlich ist der Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung an der Gesamtbevölkerung (der Anteil ist in Deutschland höher, da hier Menschen mit seelischer Behinderung einbezogen sind). Besonders auffallend ist dagegen der Unterschied der Wohnsituation der erwachsenen

Menschen, die nicht bei der Familie leben. Während sie in Deutschland überwiegend im Wohnheim leben, wohnen sie in Norwegen mehrheitlich in der eigenen Wohnung.

Die Rechtsgrundlagen bezüglich des Wohnens sind in den beiden Ländern ebenfalls in unterschiedlicher Form verankert. In Deutschland enthält das SGB IX grundsätzlich alle Ansprüche, die in Verbindung mit dem Wohnen für Menschen mit Behinderung relevant sind. In Norwegen sind die Rechte in mehrere Gesetzeswerke eingegliedert. Dies hängt wiederum mit der unterschiedlichen Gestaltung des Rechts der Sozialen Sicherung zusammen, die im Kapitel 3.4 verdeutlicht wurde.

Die politische Entwicklung verlief zunächst in beiden Ländern ähnlich. Bis Ende der 1970er Jahre wurden Großeinrichtungen ausgebaut und die Menschen mit Behinderung lebten isoliert von der Gesellschaft. Kritik am bestehenden System und den unzureichenden Lebensverhältnissen wurde jedoch in Norwegen früher laut, weshalb dort auch die Entwicklung hin zu kleineren integrativen Wohnformen bereits Anfang der 1970er Jahre einsetzte. Dieser Prozess der Normalisierung begann in Deutschland durch die Schaffung kleinerer Wohnangebote in den Gemeinden erst in den 1980er Jahren. In Norwegen wurden Mitte der 1980er Jahre und Anfang der 1990er Jahre bereits die rechtlichen Grundlagen geschaffen, die den Weg für das Leben in der eigenen Wohnung für alle Menschen mit Behinderung bereiteten. Die Aspekte der Selbstbestimmung und Teilhabe und damit verbunden die individuellen Bedürfnisse der behinderten Menschen rückten in Deutschland dagegen erst ab Mitte der 1990er Jahre in den Mittelpunkt, die rechtliche Verankerung geschah 2001 bzw. 2002. Während in Norwegen heute das Leben in der eigenen Wohnung auch für Menschen mit Behinderung Selbstverständlichkeit geworden ist, lebt die Mehrheit in Deutschland nach wie vor in stationären Einrichtungen.

Die angebotenen Wohnformen weisen sowohl Ähnlichkeiten als auch Unterschiede auf. Ähnlich ist im Grundsatz die Wahl zwischen einer eigenen Wohnung, einer Wohngemeinschaft und einem Alters- bzw. Pflegeheim. Ansonsten überwiegen jedoch die Unterschiede. In Norwegen gibt es (mit Ausnahme des Alters- bzw. Pflegeheims) keine stationären Wohnformen mehr, stattdessen lebt die Mehrheit der Menschen mit Behinderung unabhängig vom Hilfebedarf in einer eigenen Wohnung. In Deutschland dagegen stellen stationäre Wohnheime das meistgenutzte Wohnangebot dar, nur die Wenigsten leben in einer eigenen Wohnung. Auch sind die finanziellen Strukturen in Norwegen grundlegend anders als in Deutschland. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass Wohnformen und Betreuung in Deutschland überwiegend durch Träger der freien Wohlfahrtspflege, in Norwegen durch die Kommunen bereitgestellt werden.

4.5 Soziale Arbeit und Wohnen

In Deutschland leben und wohnen Menschen mit Behinderung nach wie vor überwiegend in stationären Einrichtungen. In Umfragen hat sich wie bereits erwähnt gezeigt, dass diese Wohnform nicht den Vorstellungen und Wünschen der Mehrheit entspricht. Viele Menschen mit Behinderung wünschen sich ein Leben außerhalb eines Heims in einer Wohnform, die ihnen mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung ermöglicht. In Norwegen hat man mit dem Leben in der eigenen, auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittenen Wohnung überwiegend gute Erfahrungen gemacht. Die Lebenssituation hat sich bei der Mehrzahl der behinderten Menschen verbessert, insbesondere hinsichtlich Gesundheitsversorgung und erhöhter Selbstbestimmungschancen. Besonders hervorzuheben ist, dass die Chance auf ein Leben in der eigenen Wohnung Menschen mit hohem und niedrigem Hilfebedarf gleichermaßen ermöglicht wurde. Verbessert werden muss das norwegische System vor allem hinsichtlich der sozialen Vernetzung der behinderten Menschen im Gemeinwesen.

Diese Ergebnisse des internationalen Vergleichs zeigen meines Erachtens, dass eigene Wohnungen und kleine Wohngemeinschaften, jeweils mit bedarfsorientierter ambulanter Unterstützung, die Wohnformen der Zukunft sind, weil sie den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortung bestmöglich entsprechen. Im Folgenden werden Wohnangebote dieser Art alternativ als ambulante Wohnformen oder ambulantes Wohnen bezeichnet. Sie sind meiner Ansicht nach dringend in Deutschland auszubauen. Norwegen könnte Deutschland diesbezüglich als Vorbild dienen, sofern aus den positiven wie auch den negativen Erfahrungen Norwegens die entsprechenden Konsequenzen gezogen und diese berücksichtigt werden. Um von Norwegen zu lernen, wird nun das dortige System hinsichtlich des Einsatzes der Sozialen Arbeit und der zugrundeliegenden professionellen Ansätze genauer betrachtet. Der professionelle Beitrag der Sozialen Arbeit zur Veränderung der Angebotsstruktur in Deutschland in Anlehnung an das norwegische System wird im Anschluss thematisiert.

Einsatz der Sozialen Arbeit in Norwegen

Sozialpädagog/-innen kommen in Norwegen insbesondere in den Fachdiensten, auch Rehabilitationsdienste genannt, zum Einsatz. Die Fachdienste sind in der Regel für einen Bezirk zuständig. Sie sind interdisziplinär besetzt, u.a. durch Ärzt/-innen, Psycholog/-innen, Therapeut/-innen sowie Sozial- und Heilpädagog/-innen. Zum Aufgabengebiet der Dienste gehören die Unterstützung der Kommunen bei ihrer Aufgabe der Begleitung und Betreuung der Menschen mit Behinderung, Erwachsenenbildung, Krisenintervention, Kurzzeitunterbringung und diagnostische Abklärung. Außerdem ist der Fachdienst an der

individuellen Hilfeplanung beteiligt. An der Hilfeplanung nehmen darüber hinaus ein/eine kommunale/-r Koordinator/-in, eine Fachkraft der direkten ambulanten Unterstützung, Angehörige sowie der Mensch mit Behinderung teil. In diesem Rahmen wird der individuelle Bedarf an Assistenz, Pflege und Betreuung ermittelt und koordiniert sowie Netzwerkarbeit betrieben. Diese gesetzlich verpflichtende Netzwerkarbeit zielt auf die bislang noch unzureichend verwirklichte Vernetzung im Gemeinwesen. Sie soll der Vereinsamung entgegenwirken und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern (vgl. Lebenshilfe 2005, S. 4-7).

Professionelle Ansätze in Norwegen

Die Ansätze, die dem norwegischen System zugeordnet werden können, sind die Ansätze des „Community Care“ und des „Supported Living“. Das *Supported Living* ist ein Konzept, das auf ein Leben mit Unterstützung und Teilhabe setzt. Dazu gehören eine individuelle Zukunfts- und Teilhabeplanung sowie die Entwicklung von Netzwerken aus Haupt- und Ehrenamtlichen, Angehörigen und Freund/-innen. Bürgerschaftliches Engagement spielt eine wichtige Rolle hinsichtlich der Verwirklichung einer umfassenden Teilhabe, da hiermit die sozialen Kontakte der Menschen mit Behinderung ins Gemeinwesen ausgebaut werden. Deshalb ist die Koordination von ehrenamtlicher Arbeit elementarer Bestandteil des Systems. Die Fachkräfte in den Diensten haben das Selbstverständnis einer Assistenz anstelle einer Betreuung. Außerdem baut die Unterstützung auf enge Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte bzw. Leistungsanbieter, der Selbsthilfevereine und der Sozialverwaltung, um die Hilfen bestmöglich miteinander zu verzahnen. Nicht zuletzt gehört zum Supported Living auch eine barrierefreie Kommune. Wichtigstes Element sind jedoch die ambulanten Dienste, deren Leistungen am Bedarf der Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind (vgl. Lebenshilfe 2008, S. 7-8). In Norwegen sind die Zukunfts- und Teilhabeplanung sowie die Netzwerkarbeit in der individuellen Hilfeplanung enthalten. Die Assistenz der Menschen mit Behinderung wird durch ambulante und mobile Dienste erbracht, die am persönlichen Bedarf ausgerichtet sind. Dazu gehören die ambulanten Pflegedienste und die ambulanten Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung. Die Barrierefreiheit wird in den Kommunen verstärkt umgesetzt (vgl. Lebenshilfe 2005, S. 7, 19).

Der Ansatz des *Community Care* basiert auf dem Leitgedanken der Inklusion und zielt auf ein gemeinsames und gleichberechtigtes Leben in der Gemeinde. Dies soll erreicht werden durch ein Unterstützungsnetz, das einerseits aus privaten Kontakten und andererseits aus öffentlichen Kontakten (beispielsweise professionelle Dienste in der Kommune) besteht. Dieses soziale Netz bietet den behinderten Menschen emotionalen

Halt, soziale Unterstützung sowie Chancen zur persönlichen Weiterentwicklung und stellt eine wichtige Ressource in Krisensituationen dar, weshalb eine bedarfsorientierte Netzwerkarbeit als besonders wichtig erachtet wird. Der Vernetzungsgedanke bezieht sich auch auf eine enge Kooperation und Zusammenarbeit von Einrichtungen, Diensten und Angeboten der Behindertenhilfe. Weiterhin setzt das Community Care eine Bewusstseinsänderung der Bevölkerung voraus. Menschen mit Behinderung müssen als gleichberechtigte Bürger/-innen mit dem Recht auf umfassende Teilhabe in der Gesellschaft betrachtet werden. Die Bevölkerung muss auf das gemeinsame Leben mit den behinderten Menschen vorbereitet werden, damit sich eine entsprechend offene Nachbarschaftsbeziehung entwickeln kann, denn gute nachbarschaftliche Kontakte sind eine wichtige soziale Ressource. Diese notwendige Änderung des Bewusstseins ist durch gute und nachhaltige Öffentlichkeits- und Gemeinwesenarbeit anzustreben. Die Ressourcen in Form von professionellen Hilfen sind durch bedarfsorientierte ambulante Dienste zur Verfügung zu stellen. Menschen mit Behinderung sollen genau die Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Dabei dürfen ihrer Selbstbestimmung und Selbstverantwortung so wenig Grenzen wie möglich gesetzt werden (vgl. Lebenshilfe 2004, S. 2-3). In Norwegen wurden einige Prinzipien des Community Care lange Zeit vernachlässigt. So wurden die Bürger/-innen in den Kommunen nicht auf das Zusammenleben mit behinderten Menschen vorbereitet. Deshalb wurde zwar die Integration, nicht jedoch die Inklusion der Menschen mit Behinderung erreicht. Um dies zu ändern, will der Elternverband NFU nun eine Bewusstseinsänderung der Gesellschaft vorantreiben. Auch wurde die Bedeutung eines sozialen Netzes erst erkannt, als Menschen mit Behinderung schon von Einsamkeit betroffen waren. Auf diese Problematik reagiert Norwegen nun mit in die individuelle Hilfeplanung integrierter Netzwerkarbeit sowie mit finanzieller Förderung von Begleitpersonen für Freizeitveranstaltungen. Die Maßnahmen zielen auf die Stärkung und Erweiterung des sozialen Netzwerks der behinderten Menschen. Dagegen entsprechen die bedarfsorientierte Versorgung durch ambulante Dienste sowie die Netzwerkarbeit der Fachdienste dem Ansatz des Community Care (vgl. Lebenshilfe 2005, S. 4-7, 16).

Übertragung auf Deutschland

Geleitet sind beide Ansätze demzufolge von dem Ziel eines möglichst individuellen und selbstbestimmten Wohnens unter Berücksichtigung der sozialen Bezüge. Ambulante Wohnangebote in Form eigener Wohnungen oder kleiner Wohngemeinschaften mit dem Angebot bedarfsorientierter ambulanter Unterstützung könnten meines Erachtens diesem Ziel gut entsprechen, da sie mehr Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zulassen.

Um den damit verbundenen Veränderungsprozess des Wohnens mit den Ansätzen des Supported Living und des Community Care zu verbinden, sind in Deutschland bestimmte Umsetzungsschritte erforderlich. Zunächst gehört die Motivation der Menschen mit Behinderung zu mehr selbstbestimmten Wohnformen dazu, denn Menschen, die das Leben im Heim gewöhnt sind und andere Wohnformen nicht kennen, wünschen sich oftmals keine Veränderung. Um sich ein solches Wohnen vorstellen zu können, müssen daher die ambulanten Wohnformen erlebbar und begreifbar gemacht werden. Dies kann beispielsweise durch Wohntrainings geschehen, damit die Menschen individuelle Wünsche und Bedürfnisse entwickeln und schrittweise mehr Selbständigkeit und Eigenverantwortung aufbauen können. Für das ambulante Wohnen ist auch die Förderung der individuellen persönlichen Ressourcen wichtig, da sie bedeutende Faktoren zur Erleichterung der Alltagsbewältigung darstellen. Dazu gehören insbesondere soziale Kontakte, die über die Kontakte zu Fachkräften hinausgehen. Die Förderung und Vermittlung von Freundschaften und Partnerschaften ist deshalb von hoher Bedeutung, auch für die Gründung von Wohngemeinschaften. Die Aufgabe der Fachkräfte verlagert sich von der Betreuung in Richtung Hilfestellung bei der Lösung von Problemen und Unterstützung bei der Knüpfung von sozialen Kontakten. Bedenken und Sorgen der Angehörigen, die mit dem ambulanten Wohnen einhergehen, müssen beim Veränderungsprozess des Wohnens berücksichtigt und ernst genommen werden, da die Angehörigen in der Regel eine wichtige soziale Ressource für die Menschen mit Behinderung darstellen. Bei der Entwicklung von ambulanten Wohnangeboten mit mehr Selbstbestimmungspotential ist es außerdem wichtig, die Fachkräfte der Behindertenhilfe einzubeziehen. Einerseits müssen sie überzeugt und motiviert, andererseits müssen ihre Unsicherheiten und Ängste, die mit den tiefgreifenden strukturellen Veränderungen verbundenen sind, genommen werden. Außerdem müssen die neuen Leitideen und Grundprinzipien in die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung der Berufsgruppen im Bereich der Behindertenhilfe einfließen. Die Betonung der Vorteile dieser Wohnform für die behinderten Menschen als auch für die Mitarbeiter/-innen ist unerlässlich für die Förderung dieser Wohnformen. Auch muss die Bedeutung der Interdisziplinarität und der Vernetzung für eine optimale ambulante Unterstützung aufgezeigt werden. Wichtig ist auch die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements für die umfassende Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gemeinde. Ehrenamtliche können zum Einen in der Begleitung der Menschen mit Behinderung eine wichtige Rolle einnehmen, beispielsweise für den Besuch kultureller Angebote als auch für die Unterstützung bei alltagspraktischen Tätigkeiten. Zum Anderen erweitern sie das soziale Netzwerk der behinderten Menschen, auf das diese bei Bedarf zurückgreifen können. Die Koordination der Arbeit der Ehrenamtlichen sollte durch ein professionelles Ehrenamtsmanagement

erfolgen, zudem muss eine klare Trennlinie zwischen haupt- und ehrenamtlicher Arbeit gezogen werden, um Unsicherheiten und Spannungen zu vermeiden. Die Ansätze fordern außerdem eine barrierefreie Gemeinde, d.h. die Zugänglichkeit von öffentlichen Anlagen, Institutionen und Einrichtungen muss gewährleistet werden. Ambulante Dienste, die bislang überwiegend alte Menschen betreut haben, müssen sich auf die Belange der Menschen mit Behinderung einstellen und auf ihre Qualität hin überprüft werden. Als letzten wichtigen Punkt für die Förderung der ambulanten Wohnformen in Deutschland sind finanzielle und rechtliche Aspekte zu beachten. Zum Einen muss diese Wohnform auch Menschen mit hohem Hilfebedarf offen stehen, damit sie nicht als „Restgruppe“ in den stationären Einrichtungen verbleiben. Falls hierfür mehr finanzielle Mittel aufgewendet werden müssen, kann dies durch Kosteneinsparungen bei der Betreuung von Menschen mit niedrigem Hilfebedarf kompensiert werden. Zum Anderen muss der Einsatz des Persönlichen Budgets auf den Bereich des Wohnens ausgeweitet werden, um auch hinsichtlich der Wohnform und der ambulanten Unterstützung mehr Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu erhalten. Dafür muss das Budget stärker am individuellen Bedarf anknüpfen und tatsächlich dessen Deckung garantieren, auch wenn dadurch keine Einsparung von Mitteln erreicht wird. Ansonsten droht eine Benachteiligung der Menschen mit hohem Hilfebedarf. Das Wunsch- und Wahlrecht der behinderten Menschen und ihr individueller Bedarf sollten stets im Mittelpunkt stehen (vgl. Lebenshilfe 2004, S. 1-7).

In Deutschland könnte die Soziale Arbeit meiner Ansicht nach bei der Implementierung ambulanter Wohnangebote in Form von eigenen Wohnungen oder kleinen Wohngemeinschaften mit ambulanter Unterstützung in vielfältiger Weise mitwirken. Ein wichtiger Einsatzbereich wäre meines Erachtens die Öffentlichkeitsarbeit. Diese müsste auf eine Bewusstseinsänderung in der Bevölkerung hinwirken und auf das Zusammenleben von Menschen mit und ohne Behinderung vorbereiten, damit eine umfassende Teilhabe einschließlich des Wohnens in der Gemeinde verwirklicht werden kann. Für eine gleichberechtigte Teilhabe und Partizipation wäre auch eine gute Gemeinwesenarbeit unerlässlich. Da dies eines ihrer klassischen Arbeitsfelder ist, wäre die Soziale Arbeit meiner Ansicht nach für diese Aufgabe prädestiniert. Sie könnte im Rahmen der Gemeinwesenarbeit auf eine gute Vernetzung der Einrichtungen und Angebote für Menschen mit Behinderung, eine bedarfsgerechte Stadtteilplanung und eine barrierefreie Kommune hinwirken. Auch auf der Ebene der Klient/-innen könnte die Soziale Arbeit den Ausbau des sozialen Netzes fördern. Zum Einen könnte sie Kontakte zu professionellen Diensten und Einrichtungen, wie beispielsweise zu ambulanten Diensten oder Beratungsstellen, knüpfen. Zum Anderen könnte sie private Kontakte zur

Begleitung und Unterstützung der behinderten Menschen durch die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements herstellen. Einsatz und Koordination der ehrenamtlichen Arbeit müssten durch ein professionelles Ehrenamtsmanagement erfolgen, das meines Erachtens ebenfalls zum Aufgabenkreis der Sozialen Arbeit gehören könnte. Ein solches Management würde den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung sowie der ehrenamtlichen Einsatzkräfte bestmöglich entsprechen und somit die Entwicklung langfristiger und tragfähiger sozialer Kontakte fördern können. Diese Netzwerkarbeit zur Sicherstellung des sozialen Anschlusses wäre hinsichtlich des selbständigeren Wohnens von besonderer Bedeutung, um der Vereinsamung vorzubeugen. Der persönliche Bedarf an sozialen Kontakten wie auch an Unterstützung und Pflege könnte wie in Norwegen durch eine individuelle Hilfeplanung ermittelt werden, an der alle beteiligten Personen teilnehmen, insbesondere der Mensch mit Behinderung. Meiner Ansicht nach könnte die Soziale Arbeit in diesem Rahmen gut ihre professionelle Sichtweise einbringen und auf eine bedarfsgerechte und ressourcenorientierte Unterstützung und auf einen höchstmöglichen Grad an Selbstbestimmung und Selbstverantwortung hinwirken. Außerdem könnte die Soziale Arbeit zur Optimierung der Versorgung die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kooperation der beteiligten Professionen anregen. Diese Zusammenarbeit müsste wie die individuelle Hilfeplanung rechtlich verankert sein. Auch müssten finanzielle Aspekte geklärt und geregelt werden. An dieser Stelle wird meiner Meinung nach deutlich, dass die Förderung des ambulanten Wohnens auch die politische Einflussnahme von Seiten der Sozialen Arbeit erfordert. Sie könnte die Berücksichtigung der Belange der behinderten Menschen auf politischer Ebene einfordern und somit den Grundstein für den Ausbau dieser Wohnangebote legen. Dabei sollte die Soziale Arbeit meiner Ansicht nach explizit betonen, dass das Recht auf Inklusion und Partizipation für alle Menschen unabhängig ihres Hilfebedarfs gelten muss. Ziel sollte es meines Erachtens sein, dass die Menschen mit Behinderung die Wohnform auswählen können, die ihren Wünschen und ihrem Bedarf am besten entspricht. Dazu können auch stationäre Wohnformen zählen, jedoch sollten sie meiner Meinung nach klein, individuell, bedarfsorientiert und integrativ ausgerichtet sein. In jedem Fall sollte meines Erachtens jedoch allen Menschen die Möglichkeit des Lebens in der eigenen Wohnung offen stehen.

5. Fazit und Ausblick

Die internationalen Vergleiche der Sozialen Sicherung sowie der Wohnsituation von Menschen mit Behinderung haben Ähnlichkeiten und Unterschiede sowie Stärken und Schwächen der Systeme in den Ländern aufgezeigt. Auf dieser Basis eröffnen sich nun, im Sinne des Erkenntnisinteresses dieser Bachelorarbeit, Lernchancen zur Verbesserung der Wohn- und Lebenssituation der behinderten Menschen, denn durch den Blick nach Norwegen lassen sich konkrete Ansatzpunkte ableiten, an denen die Soziale Arbeit in Deutschland anknüpfen kann. Vielfältige mögliche Einsatzbereiche für die Soziale Arbeit zur Verbesserung der Wohnsituation wurden bereits aufgezeigt. Im Folgenden werden sie nochmals zusammenfassend dargestellt und im Hinblick auf die Förderung ambulanter Wohnformen differenziert betrachtet. Abgerundet wird dieses Kapitel mit einem Ausblick.

Der internationale Vergleich der Sozialen Sicherung hat aufgezeigt, dass die Soziale Arbeit durch gezielte politische Einflussnahme auf die Berücksichtigung der Belange der Menschen mit Behinderung im Sozialrecht bzw. in der Sozialgesetzgebung hinwirken könnte. Demzufolge könnte die Soziale Arbeit auf politischer Ebene auch den Ausbau der ambulanten Wohnangebote einschließlich der notwendigen finanziellen Mittel fordern. Dabei sollte die Soziale Arbeit meiner Ansicht nach unbedingt darauf bestehen, dass die Möglichkeit des ambulanten Wohnens allen Menschen mit Behinderung unabhängig von der Höhe ihres Hilfebedarfs ermöglicht wird und die individuellen Bedürfnisse und Wünsche bei allen notwendigen Entscheidungen hinsichtlich des Wohnens berücksichtigt werden. Dazu müsste denn auch das Hinwirken auf die notwendigen rechtlichen Verankerungen gehören. Grundsätzlich sind der Anspruch auf eine eigene Wohnung sowie auf betreute Wohnmöglichkeiten bereits im §55 SGB IX geregelt. Es müsste also erforscht werden, aus welchen Gründen die Mehrheit der Menschen mit Behinderung in Deutschland nach wie vor in stationären Einrichtungen lebt, obgleich diese Wohnform Umfragen zufolge nicht den Bedürfnissen und Wünschen entspricht. Hindernisse auf dem Weg zu einer erwünschten eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft mit ambulanter Unterstützung müssten aus dem Weg geräumt und die Zugänglichkeit verbessert werden. Zur Verbesserung der Zugänglichkeit gehört neben dem Abbau rechtlicher und finanzieller Hindernisse auch der Abbau räumlicher Barrieren, in öffentlichen Institutionen ebenso wie in Einrichtungen der freien Träger. Auch diesbezüglich könnte die Soziale Arbeit politisch Einfluss nehmen. Norwegen könnte insbesondere mit Blick auf die HVPU-Reform (zum Ausbau ambulanter Wohnformen) sowie das Zugänglichkeits- und Diskriminierungsgesetz (zur Verbesserung der Zugänglichkeit) als Vorbild im Bereich des Sozialrechts dienen.

Der internationale Vergleich der Wohnsituation hat neben dem Wirken auf politischer Ebene weitere wichtige Ansatzpunkte für den Einsatz der Sozialen Arbeit aufgezeigt. So könnte die Soziale Arbeit meiner Ansicht nach bei der Implementierung der ambulanten Wohnformen unter Bezugnahme auf die Ansätze des Community Care und des Supported Living in vielen Bereichen mitwirken, u.a. bei der Öffentlichkeitsarbeit, der Gemeinwesen- und Netzwerkarbeit, beim Ehrenamtsmanagement sowie bei der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kooperation mit anderen Berufsgruppen der Behindertenhilfe. Besonders wichtig erachte ich davon die Öffentlichkeitsarbeit und die Netzwerkarbeit. Die Öffentlichkeitsarbeit halte ich deshalb für besonders notwendig, da sie die Bevölkerung auf das gemeinsame Leben mit Menschen mit Behinderung in der Gemeinde vorbereiten könnte. Da Menschen mit Behinderung in Deutschland bis heute überwiegend in Wohnheimen und somit unter sich wohnen, wird es voraussichtlich ein langer Prozess sein, bis die Integration und Inklusion in die Gemeinde erreicht werden können. Eine gute Öffentlichkeitsarbeit könnte jedoch den ersten Schritt in diese Richtung tun, wenn sie zunächst den Gedanken des gemeinsamen Lebens näher bringt. In einem nächsten Schritt könnten Modellprojekte entwickelt und erprobt werden, um Erfahrungen mit den ambulanten Wohnformen zu machen und Anregungen für Verbesserungen zu erhalten. Die Soziale Arbeit könnte in diesem Rahmen bei der Konzeptionsentwicklung von Wohnangeboten mitwirken, die den Menschen mit Behinderung einerseits eigenen individuellen Wohnraum mit Rückzugsmöglichkeiten und andererseits gute Zugänglichkeit zu sozialen Kontakten bereithalten. Dabei wäre die Netzwerkarbeit meines Erachtens von besonderer Bedeutung, um die Menschen mit Behinderung nicht nur zu integrieren, sondern zu inkludieren. Eine gute und umsichtige Netzwerkarbeit müsste meiner Meinung nach an den Bedürfnissen der Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen ansetzen und die Interessen so zusammenführen, dass auf beiden Seiten eine zufriedenstellende Situation erreicht wird. So könnte die Soziale Arbeit auf gute nachbarschaftliche Beziehungen hinwirken, indem sie Kontakte zu Nachbar/-innen knüpft und positive Erfahrungen mit dem Zusammenleben von Menschen mit und ohne Behinderung ermöglicht. Mit diesen ersten Schritten sowie der politischen Intervention wäre der Anfang für den Ausbau ambulanter Wohnformen getan. Diesbezüglich lohnt sich der Blick nach Norwegen in mehrfacher Hinsicht. Einerseits könnte die Sicherstellung der Unterstützung durch bedarfsorientierte ambulante Dienste als Vorbild bei der Entwicklung und Implementierung eines derartigen Angebots in Deutschland dienen. Andererseits könnten aus den negativen Erfahrungen Norwegens die entsprechenden Schlüsse gezogen und von Anfang an in der Planung berücksichtigt werden, beispielsweise hinsichtlich der sozialen Vernetzung der Menschen mit Behinderung.

Darüber hinaus wären für die Entwicklung weg von stationären Einrichtungen hin zu ambulanten Wohnformen mit mehr Selbstbestimmungsmöglichkeiten noch viele weitere Aspekte zu berücksichtigen. Dazu wäre beispielsweise der Einbezug aller Beteiligten – von den Menschen mit Behinderung über die Angehörigen bis hin zu den in der Behindertenhilfe tätigen Fachkräften – notwendig. Denn ein derartiger Änderungsprozess muss von allen beteiligten Seiten mit Überzeugung mitgetragen werden, damit neue Wohnformen langfristig etabliert werden können. Um die Menschen mit Behinderung zu gewinnen, könnten wie beschrieben Wohntrainings stattfinden, die ihnen das Wohnen in ambulanten Wohnformen näherbringen und die damit verbundenen Chancen aufzeigen. Die Angehörigen könnten durch Seminare und Gesprächsrunden angesprochen werden, in deren Rahmen sie einerseits Informationen erhalten und andererseits Anregungen oder eventuelle Bedenken einbringen können. Auf Seiten der Fachkräfte halte ich Fort- und Weiterbildungen sowie Exkursionen (beispielsweise nach Norwegen oder auch andere skandinavische Länder) für sinnvolle Möglichkeiten zur Information und Motivation.

Deutschland hat meines Erachtens mit Einführung des SGB IX und des BGG und der damit verbundenen Betonung von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe bereits einen guten Grundstein gelegt für die Integration und Inklusion von Menschen mit Behinderung. Die Gesetze bekräftigen, dass für Menschen mit Behinderung im Grundsatz die gleichen Rechte gelten wie für alle anderen Bürger/-innen. Außerdem rücken sie die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt und zielen auf die Erhöhung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Betont wird auch das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderung sowie der Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen. Dies ist der rechtliche, theoretische Aspekt. Aufgrund dessen ist es meiner Meinung nach die Aufgabe und Pflicht der Politik, den Menschen mit Behinderung unabhängig von ihrem Hilfebedarf das Leben in ambulanten Wohnformen auch praktisch zu ermöglichen, wenn sie dies wünschen. Wie diese Arbeit zeigt, wünscht sich ein Großteil der Menschen mit Behinderung ein Leben in einer Wohnform außerhalb stationärer Einrichtungen, der Bedarf an ambulanten Wohnformen wird demnach in Zukunft voraussichtlich ansteigen. Aufgrund dessen sehe ich die Implementierung dieser Wohnformen als absolut dringend und notwendig an. Bei diesem Prozess der grundlegenden Veränderung der Wohnstrukturen könnte die Soziale Arbeit ihr spezifisches professionelles Wissen, wie aufgezeigt, in vielfältigen Bereichen gewinnbringend einsetzen. Deshalb ist die Soziale Arbeit meiner Ansicht nach unverzichtbar für die Verbesserung der Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland.

Literaturverzeichnis

Literatur

Auswärtiges Amt (2008a): Deutschland. Stand Juli 2008.

<http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/01-Laender/Deutschland.html>

(Zugriff am 01.09.2008)

Auswärtiges Amt (2008b): Norwegen. Stand Februar 2008.

<http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/01-Laender/Norwegen.html>

(Zugriff am 01.09.2008)

Bäcker, Gerhard; Naegele, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Neubauer, Jennifer (2008): Grenzwerte (Rechengrößen) der Sozialversicherung 2008 (2. Hj.).

<http://www.sozialpolitik-aktuell.de/datensammlung/3/tab/tabIII15.pdf>

(Zugriff am 08.10.2008)

Bundesregierung (2008): Behinderte Menschen. Zahlen – Daten – Fakten.

http://www.bundesregierung.de/nn_774/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/ThemenAZ/BehinderteMenschen/behinderte-2007-07-05-zahlen-daten-fakten.html

(Zugriff am 17.10.2008)

Deutscher Depeschendienst (ddp) (2008): „Kabinett billigt den einheitlichen Kassenbeitrag. Versicherer befürchten Zusatzbeiträge und fordern ermäßigten Steuersatz für Medikamente“. In: Neue Württembergische Zeitung (NWZ) vom 08.10.2008

Duden (2007a): Das große Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. 4., aktualisierte Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag

Duden (2007b): Recht A-Z. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag

Europäische Kommission (2008): Sozialschutzsysteme in den Mitgliedstaaten – MISSOC.

http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/missoc_de.htm

(Zugriff am 31.08.2008)

Froestad, Jan; Ravneberg, Bodil (2006): „Education policy, the Norwegian unitary school and the social construction of disability“. In: Scandinavian Journal of History, H. 31/2006, S. 119-143

Ged Rath, Volker; Schröder, Wolfgang (2005): Die Sozialgesetzgebung und die Soziale Arbeit im 20. Jahrhundert. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. S. 647-665. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Göbel, Susanne (2005): So möchte ich wohnen! Wie ich selbst bestimmen kann, dass ich mich in meinen vier Wänden wohlfühle. Eine Arbeitshilfe der Bundesvereinigung Lebenshilfe. 3. Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag

Hammerschmidt, Peter (2005): Geschichte der Rechtsgrundlagen der Sozialen Arbeit bis zum 20. Jahrhundert. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. S. 637-646. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Inclusion Europe; Autism Europe; Mental Health Europe; The Open Society Mental Health Initiative (2004): Included in Society. Ergebnisse und Empfehlungen der europäischen Studie über gemeindenahere Wohnangebote für Menschen mit Behinderungen.

http://ec.europa.eu/employment_social/index/socinc_en.pdf

(Zugriff am 19.08.2008)

International Council on Social Welfare (ICSW) (2008): When was ICSW founded?

<http://www.icsw.org/faq/faq.htm>

(Zugriff am 12.09.2008)

Lebenshilfe Landesverband Baden-Württemberg (2004): Unterstützung beim selbstbestimmten Wohnen. Grundsätzliche Überlegungen der Lebenshilfe Baden-Württemberg zum Wohnen von Menschen mit (geistiger) Behinderung.

<http://www.lebenshilfe-bw.de/exklusiv/downloads/wohnen/theswohn.pdf>

(Zugriff am 07.11.2008)

Lebenshilfe Kooperation der Landesverbände Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (2005): Leben in den eigenen vier Wänden. Warum funktioniert die Deinstitutionalisierung in Skandinavien? Dokumentation der Exkursion nach Norwegen vom 21.-24. September 2005.

<http://www.lebenshilfe-bw.de/exklusiv/downloads/wohnen/norwegen.pdf>

(Zugriff am 27.01.2008)

Lebenshilfe Bundesvereinigung (2008): Auf das Wunsch- und Wahlrecht kommt es an: Teilhabe sichern – Trennung ambulant/stationär überwinden. Orientierungs- und Diskussionspapier aus der Arbeit der Fachausschüsse. Marburg: Lebenshilfe-Verlag

http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/erwachsenenalter/wohnen.php

(Zugriff am 30.07.2008)

Lovdata (2008a): Lov om folketrygd (folketrygdloven).

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19970228-019.html>

(Zugriff am 15.10.2008)

Lovdata (2008b): Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven).

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20080620-042.html>

(Zugriff am 10.10.2008)

Maucher, Mathias (2004): Beteiligung möglich? – Die Offene Methode der Koordinierung und ihre Anwendung im Sozialbereich. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) e.V.

http://www.soziale-dienste-in-europa.de/Anlage25405/Artikel_Offene_Methode_der_Koodinierung_Beteiligungsverfahren.pdf

(Zugriff am 24.05.2008)

Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) (2003a): Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung in Deutschland.

http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2003/012003/de_de.pdf

(Zugriff am 24.05.2008)

Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) (2003b): Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung in Norwegen.

http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2003/012003/nor_de.pdf

(Zugriff am 24.05.2008)

Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) (2003c): Soziale Sicherung für Menschen mit Behinderung – Einleitung.

http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2003/012003/intro_de.pdf

(Zugriff am 30.07.2008)

Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) (2007a): Finanzierung der sozialen Sicherung in Deutschland.

http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2007/02/2007_2_de_de.pdf

(Zugriff am 24.05.2008)

Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) (2007b): Finanzierung der sozialen Sicherung in Norwegen.

http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2007/02/2007_2_no_de.pdf

(Zugriff am 24.05.2008)

Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) (2008a): Entwicklung der sozialen Sicherheit im Jahr 2007 in Deutschland.

http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2008/01/2008_1_de_de.pdf

(Zugriff am 31.08.2008)

Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) (2008b): Entwicklung der sozialen Sicherheit im Jahr 2007 in Norwegen.

http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2008/01/2008_1_no_de.pdf

(Zugriff am 31.08.2008)

Norges Handikapforbund (NHF) (2006): Bolig. Bruk dine rettigheter.

<http://www.nhf.no/novus/upload/file/Publikasjoner/09%20Bolig-nett.pdf>

(Zugriff am 24.05.2008)

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2008a): OECD-Gesundheitsdaten 2008. Deutschland im Vergleich.

<http://www.oecd.org/dataoecd/15/1/39001235.pdf>

(Zugriff am 31.08.2008)

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2008b): OECD-Health Data 2008. How does Norway compare?
<http://www.oecd.org/dataoecd/43/23/40905066.pdf>
(Zugriff am 31.08.2008)

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2008c): The OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development.
<http://www.oecd.org/dataoecd/15/33/34011915.pdf>
(Zugriff am 17.09.2008)

Petersmann, Anne (2005): Diagnose: Mensch. Umgekehrte Integration als Modell für die Zukunft? Gelnhausen: Wagner Verlag

Sander, Günther (2005): Soziale Arbeit in Europa. Ausblick und Internationalisierung des Studiums – ein Überblick. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. S. 863-876. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Schäfer, Peter (2000): Europäische Integration und Soziale Arbeit. Zu den Auswirkungen europäischer Sozialpolitik in Deutschland und deutscher Sozialpolitik in Europa auf Soziale Arbeit. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH – Europäischer Verlag der Wissenschaften

Seifert, Monika (2006): Pädagogik im Bereich des Wohnens. In: Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg.) (2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. S. 376-393. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Soni, R. B. (1993): „The concept of normalization in Denmark, Sweden and Norway“. In: Journal of Indian Education, H. 19/1993, S. 1-8

Stascheit, Ulrich (2006): Gesetze für Sozialberufe. 13. Auflage. Stand: 1. Januar 2006. Baden-Baden: Nomos Verlag

Theunissen, Georg (2006): Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Bürgerschaftliches Engagement. In: Theunissen, Georg; Schirbort, Kerstin (Hrsg.) (2006): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote. S. 59-96. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Theunissen, Georg; Schirbort, Kerstin (Hrsg.) (2006): Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Unterstützungsangebote. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Treptow, Rainer (2005): International Vergleichende Sozialpädagogik. Eine Aufgabe zwischen Projektkooperation und Grundlagenforschung. In: Thole, Werner (Hrsg.) (2005): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage. S. 903-916. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Wüllenweber, Ernst; Theunissen, Georg; Mühl, Heinz (Hrsg.) (2006): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Bilder in den Tabellen

<http://www.nationalflaggen.de/flagge-deutschland.html>
(Zugriff am 07.10.2008)

<http://www.nationalflaggen.de/flagge-norwegen.html>
(Zugriff am 07.10.2008)

Bilder des Titelblatts

<http://come2norway.com/pics/web/janerik/images/Hus%20jan%20erik%20025.jpg>
(Zugriff am 02.10.2008)

http://www.architekturbuero-kessel.de/Bilder/Betreutes_Wohnen_800_600_Bild3.jpg
(Zugriff am 02.10.2008)

http://www.heim8.tu-clausthal.de/html/pics/heim8_0405.jpg
(Zugriff am 02.10.2008)

<http://burgfeldschule.bildung-rp.de/hotpot/erdkunde/umriss-europa/>
(Zugriff am 02.10.2008)

Erklärung

Hiermit versichere ich gemäß § 28 der Studien- und Prüfungsordnung der Hochschule Esslingen – Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, dass ich diese Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Esslingen, den 17.11.2008
