

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Die Frage nach der richtigen Entscheidung.....	1
1.2 Zur Bedeutung der ethischen Professionalisierung des Personals in Institutionen der Behindertenhilfe.....	2
1.3 Zielsetzung und Struktur der Arbeit.....	4
2 Forschungsstand und theoretische Grundlagen	5
2.1 Menschen mit Behinderung.....	6
2.1.1 Definitionsversuch.....	6
2.1.2 Klassifikation.....	8
2.1.3 Ätiologie.....	12
2.1.4 Epidemiologische Daten.....	13
2.2 Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung.....	14
2.2.1 Zum Begriff Selbstbestimmung.....	14
2.2.2 Herausforderungen in der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung in Institutionen.....	16
2.2.3 Besonderheiten in Fragen zur Gesundheit.....	20
2.2.4 Ethische Handreichung bezogen auf das Selbstbestimmungsrecht vom Menschen mit Behinderung in Gesundheitsfragen.....	23
2.3 Betriebliche Weiterbildung in Institutionen der Behindertenhilfe.....	25
2.3.1 Gegenstand und Einordnung betrieblicher Weiterbildung.....	25
2.3.2 Anforderungen an die betriebliche Weiterbildung.....	28
2.3.3 Institutionen der Behindertenhilfe.....	30
2.4 Blended Learning.....	33
2.4.1 Begriffsklärung, Bedeutung und Effizienz.....	33
2.4.2 Voraussetzungen für gelingende Lernarrangements.....	36
2.4.3 Blended-Learning-Prozess.....	38
3 Forschungsdesign	41
3.1 Analyse von Schlüsselbegriffen.....	41
3.2 Zuordnung von Merkmalen zu Rubriken für die Rahmenanalyse und Kurskonzeptentwicklung.....	41
4 Rahmenanalyse zur Kurskonzeption in der Diakonie Stetten e.V.	46
4.1 Die Institution Diakonie Stetten e.V.....	46

4.2 Bedarfsanalyse.....	47
4.3 Zielgruppenanalyse.....	48
4.4 Voraussetzungen für Blended Learning.....	49
5 Entwicklung eines Kurskonzepts.....	50
5.1 Didaktisch-methodische Überlegungen.....	50
5.1.1 Talentidentifizierung.....	50
5.1.2 Didaktische Analyse.....	51
5.1.3 Methodische Analyse.....	52
5.2 Blended-Learning-Kurskonzept.....	53
5.3 Implementierung.....	56
6 Schlussbetrachtung.....	57
6.1 Reflexion und Schlussfolgerungen.....	57
6.2 Herausforderungen.....	58
Literaturverzeichnis.....	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (Quelle: DIMDI 2005, 23).....	11
Abbildung 2: Menschen mit Behinderung innerhalb und außerhalb von Einrichtungen (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013).....	18
Abbildung 3: Anteil betrieblicher Weiterbildung an Weiterbildung (Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017, 2).....	26
Abbildung 4: Hilfe für Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen in der freien Wohlfahrtspflege von 1970-2012 (Quelle: Gesamtstatistik der freien Wohlfahrtspflege 1970 – 2012).....	32
Abbildung 5: Bedeutung der Lernanwendungen für betriebliches Lernen (Quelle: mmb-Institut, 2018; Learning Delphi 2018).....	35
Abbildung 6: Didaktisch-methodischer Entwicklungskreislauf des Kompetenzzlernens (Quelle: Erpenbeck/Sauter 2010, 5).....	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Festlegung des Forschungsgegenstandes.....	6
Tabelle 2: Klassifizierung Intelligenzminderung nach ICD.....	9
Tabelle 3: Zuordnung von Merkmalen zu Rubriken zur Rahmenanalyse und Kurskonzeptentwicklung.....	42
Tabelle 4: Aufbau/Struktur der Eröffnungsveranstaltung.....	54
Tabelle 5: Aufbau/Struktur der Selbstlernphase.....	55
Tabelle 6: Aufbau/Struktur des Abschlussworkshops.....	56

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AES	Adult Education Survey
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BTHG	Bundesteilhabegesetz
DCV	Deutsche Caritasverband
DIMDI	Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRK	Deutsche Rote Kreuz
DS	Diakonie Stetten
DSM	Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen
DW der EKD	Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland
IA	Intelligenzalter bei Erwachsenen
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD	Internationale Klassifikation psychischer Störungen
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IQ	Intelligenzquotient
KOPING	KOoperation IN Gruppen
LSAK	Ludwig Schlaich Akademie
SGB IX	Neuntes Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WBT	Web Based Training
WHO	Weltgesundheitsorganistion
ZWST	Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland

Anmerkung:

Die Verfasserin dieser Arbeit verzichtet aus Rücksicht auf die Lesbarkeit auf die gleichzeitige Verwendung der männlichen und weiblichen Sprachform. Es wird in der Arbeit geschlechtsneutral oder in der männlichen Form gesprochen. Dabei handelt es sich um eine schreibtechnische Maßnahme, die auf jeden Fall geschlechtsneutral aufzufassen ist.

1 Einleitung

1.1 Die Frage nach der richtigen Entscheidung

Eine medizinische Behandlung gegen den eigenen Willen ist ein erheblicher Eingriff in die Grundrechte. Sie verletzt die Integrität eines Menschen und ist deshalb strafbar. In Fragen zur Gesundheit ist die eigene Entscheidungsfähigkeit des Menschen zentral. Doch was sind die Merkmale oder die Voraussetzungen, dass einer Person die Einwilligungsfähigkeit zu- oder abgesprochen werden kann? Ist es die aktive Lautsprache oder die kognitive Fähigkeit, abschätzen zu können, welche Folgen eine Entscheidung haben wird?

Aber wie sind unklare und konflikthafte Entscheidungen in Gesundheitsfragen bei Personen zu treffen, die sich aufgrund ihrer Behinderung verbal nur schwer äußern können oder die Tragweite eines Entschlusses nur eingeschränkt oder gar nicht erfassen können?

In der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)¹ wird das Recht auf Selbstbestimmung an verschiedenen Stellen betont. Das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit wird auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung postuliert – und zwar unabhängig von der Form oder dem Grad der Behinderung. Die Staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK² fordert entsprechende Schulungsangebote bei allen relevanten Personengruppen, um das fähigkeitsorientierte Konzept der unterstützten Entscheidungsfindung bekannt zu machen und den kulturell verankerten paternalistisch-defizitorientierten Begriff von Behinderung aufzulösen.

Im Alltag stellt sich die Umsetzung dieses Menschenrechts in Institutionen der Behindertenhilfe als Herausforderung für die Fachkräfte dar: Insbesondere bei konfligierenden Werten kann es bei dem Personal zu Verunsicherungen und moralischem Stress kommen. So wurde beispielsweise in der Diakonie Stetten (DS), einer Institution der Diakonie im Raum Stuttgart, bei einer betagten Frau mit sogenannter geistiger Behinderung eine Beinamputation indiziert.³ Doch den

1 UN-BRK 2008

2 Staatliche Koordinierungsstelle nach Art. 33 UN-BRK 2017, 18

3 Vgl. Vorstand der Diakonie Stetten e. V. 2016

mutmaßlichen Willen der nach dem Gesetz nicht einwilligungsfähigen Frau zu der anstehenden Operation, nahmen die Mitarbeitenden als eindeutig ablehnend wahr: Nach einer ethischen Fallbesprechung wurde einvernehmlich eine Empfehlung formuliert, ihrem mutmaßlichen Willen entsprechend ihr Bein nicht zu amputieren. Sie konnte daraufhin palliativ und schmerzlindernd behandelt und in ihrer gewohnten Umgebung bis zu ihrem Tod versorgt werden. Das vorliegende Beispiel verdeutlicht die zentrale Rolle der professionell Pflegenden bei ethischen Dilemmata in Gesundheitsfragen, was eine spezielle ethische Professionalisierung des Personals erfordert..

1.2 Zur Bedeutung der ethischen Professionalisierung des Personals in Institutionen der Behindertenhilfe

Die Rahmenbedingungen in der Medizin wandeln sich. „Während früher kaum Möglichkeiten zur Lebenserhaltung bestanden, gestaltet sich die Ausgangslage im Zeitalter der kurativen High-Tech-Medizin grundverschieden.“⁴ Die Frage, ob alles veranlasst werden muss, was möglich ist, hat bei Nicht-Einwilligungsfähigen eine besondere Brisanz, gerade auch wenn sich der Gesundheitszustand der Klienten verschlechtert. Eine Patientenverfügung liegt in der Regel nicht vor. Dieser Personenkreis verfügt jedoch über alternative Ausdrucksformen. „Ungeachtet der Ausprägung einer Behinderung begegnet jeder Mensch seiner dinglichen und sozialen Umwelt als wahrnehmende, denkende und handelnde Person, die in jeder Lebensphase in ihrer Entwicklung aktiv ist.“⁵ Durch intensiven Kontakt und gezielter Beobachtung gelingt es Mitarbeitenden den Willen der anvertrauten Person zu erfassen. Sie erkennen Emotionen wie Angst und Freude oder Schmerzempfinden, deuten Körperspannung oder Lautieren ihres Gegenübers. Um bei anstehenden Entscheidungen Bewertungskonflikte diskutieren zu können und um spontanen Bewertungen entgegenzutreten, ist es von zentraler Bedeutung, die oft verschlüsselten Willensbekundungen nicht nur situativ zu erfassen. Beschäftigte in der Behindertenhilfe müssen hier ihren professionellen Blick auf die ihnen anvertrauten Menschen mit Unterstützungsbedarf entwickeln. Es gilt, nicht die eigenen und/oder

4 Haussener 2017, 198

5 Vorstand der Diakonie Stetten e.V. 2016, 11

professionellen Werte zu Grunde zu legen, sondern bewusst und gezielt die Perspektive der Selbstbestimmung der Klienten in den Vordergrund zu rücken und zwar unabhängig von Form und Grad der Behinderung. In der Konsequenz bedeutet dies, die eigenen leitenden Werte sowie die des Teams und die eigene Normativität konsequent zu reflektieren. Eine kontinuierliche Vertiefung und Verdichtung ihrer ethischen Kompetenzen ist deshalb für Beschäftigte in der Behindertenhilfe im Rahmen von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen obligatorisch.⁶

Die in Krankenhäusern längst üblichen Ethikkomitees sind in der Behindertenhilfe bisher noch nicht flächendeckend vorzufinden. Die DS hat 2012 ein Ethikkomitee einberufen sowie Ethikmoderatoren ausgebildet, die ethische Fallbesprechungen leiten. Das Personal hat seitdem die Option, in unklaren ethischen Entscheidungsfragen ethische Fallbesprechungen zu beantragen. Hieraus wurde im Ethikkomitee eine Handreichung zur Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung in Bezug auf Gesundheitsfragen entwickelt, aus der das oben genannte Fallbeispiel stammt. Ethische Handreichungen können eine Orientierungshilfe für Mitarbeitende sein, um ihre ethische Kompetenz zu vertiefen und haben einen hohen Grad an Verbindlichkeit. Die Anwendung ermöglicht es, beteiligte Werte greifbar zu machen, ethische Reflexion zu fördern und wertebasierte Entscheidungen sich selbst und anderen gegenüber zu begründen. Die 2015 veröffentlichte Handreichung erfährt mittlerweile eine hohe Reputation. Sie wurde von verschiedenen Einrichtungen und Hochschulen angefragt. In der DS erfolgte eine Einführung nur punktuell. Ziel ist eine flächendeckende Implementierung in die Institution.

Die Aufgabe der betrieblichen Weiterbildung in Institutionen der Behindertenhilfe ist, durch entsprechend vorausschauende Personalentwicklung und Weiterbildung die Umsetzung der strategischen Unternehmensziele zu unterstützen. Sie muss die Transformationsprozesse vorantreiben und maßgeblich mitgestalten.⁷

Das Lernen mit neuen Medien bietet dabei Betrieben die Möglichkeit, ihr Personal kostengünstig und effizient zu schulen. Weiterbildungskurse durch Blended Learning, also einer Kombination zwischen Präsenzveranstaltung und Onlinekurs, unterstützt das Lernen Erwachsener. Die Lernleistung wird verbessert und die Individualisierung

6 Vgl. Riedel 2015

7 Vgl. König/Buschle 2017, 128

des Lernens gefördert.⁸ Um die Handreichung zur ethischen Reflexion im eingangs genannten Thema in das Unternehmen zu implementieren, wird, hergeleitet aus der Analyse der Literatur und den aktuellen Forschungsstand berücksichtigenden Überlegungen, ein an die Bedarfe der DS angepasster Kurs konzipiert und modellhaft dargestellt.

1.3 Zielsetzung und Struktur der Arbeit

Im Zentrum der Arbeit steht die Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung in Gesundheitsfragen. Dieses politisch und gesellschaftlich eingeforderte Recht soll in Einrichtungen der Behindertenhilfe durch Professionalisierung der Fachkräfte umgesetzt werden. Hier soll die vorliegende Masterarbeit ansetzen und die Lücke dieser Nachfrage schließen. Sie ist eine theoretische Ausarbeitung eines Kurskonzepts mit Blended Learning, das sich an Fachkräfte richtet und die Schulung zur Nutzung einer Handreichung zur ethischen Reflexion zum Ziel hat. Die Umsetzung des erarbeiteten Kurskonzepts und damit die Implementierung der Handreichung in die Institution ist Aufgabe der betrieblichen Weiterbildung. Dies soll in einem Theorie-Praxis-Transfer aufgezeigt werden. Die zentrale Frage lautet demnach: Wie kann die in der DS entwickelte Handreichung zur Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes mit Blended Learning implementiert werden?

Hierzu werden der Forschungsstand und die theoretischen Grundlagen anhand einer Literaturanalyse dargelegt. Dem Thema entsprechend werden Schlüsselbegriffe abgeleitet. Zunächst wird der Personenkreis der Menschen mit Behinderung eingegrenzt. Dies geschieht anhand von Definitionen, Klassifikationen, Ätiologie und epidemiologischen Daten. Es folgt eine Darstellung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung mit einer Schwerpunktsetzung von Herausforderungen in Institutionen und in Gesundheitsfragen. Eine Erläuterung von ethischen Handreichungen in diesem Zusammenhang schließt sich an. In einem weiteren Punkt wird die Bedeutung der betrieblichen Weiterbildung insbesondere bezogen auf Institutionen der Behindertenhilfe aufgezeigt. Danach wird der Begriff Blended

8 Vgl. Rohs, 2017, 205

Learning erklärt und die Voraussetzungen für gelingendes Lernen mit dieser Lernform erörtert. Hinweise für eine methodisch-didaktische Umsetzung finden sich in der Darstellung des Blended Learning-Prozesses.

Es folgt eine Erklärung des Forschungsdesigns. Aus der theoretischen Analyse des Forschungsgegenstands wird der Rahmen für eine Kurskonzeption mit Blended Learning in der DS erarbeitet. Die sich anschließende Konzeption eines Kurses erfolgt anhand methodisch-didaktischer Überlegungen und schließt mit Gedanken zur Implementierung der Handreichung ins Unternehmen ab.

In der abschließenden Betrachtung wird das zuvor Erarbeitete reflektiert und Herausforderungen und offene Fragen hierzu aufgegriffen.

Im Folgenden wird nun der Forschungsstand und die theoretischen Grundlagen dargestellt. Hierzu werden zunächst die Schlüsselbegriffe hergeleitet.

2 Forschungsstand und theoretische Grundlagen

Zur Entwicklung des Kurskonzepts zur Implementierung einer Handreichung zur ethischen Reflexion durch Blended Learning in der DS werden in Kapitel 2 die zentralen Begriffe des Untersuchungsgegenstandes herausgearbeitet. Dies erfolgt mittels Klärung der Begriffsverständnisse, sowie Darstellung und Diskussion relevanter Forschungsergebnisse, Konzepte und Modelle anhand aktueller Literatur.

Die Dimensionen des Forschungsgegenstandes werden in der nachfolgenden Tabelle dem Untersuchungsgegenstand zugeordnet: Anhand des Titels der Arbeit werden die vier bedeutenden Schlüsselbegriffe herausgestellt, in der 2. Ebene rubriziert. Die hier nicht zugeordneten Segmente des Titels werden in Kapitel 4 und 5 bearbeitet.

Titel der Arbeit	Forschungsstand und theoretische Grundlagen	
	Schlüsselbegriffe 1. Ebene	Schlüsselbegriffe/2. Ebene
Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts	Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung	
von Menschen mit Behinderung	Menschen mit Behinderung	
in Gesundheitsfragen		Besonderheiten in Fragen zur Gesundheit
In Institutionen der Behindertenhilfe -	Betriebliche Weiterbildung	Besonderheiten von Institutionen der Behindertenhilfe
Entwicklung eines Kurskonzepts	(s. Kap. 5)	
zur Implementierung einer Handreichung zur ethischen Reflexion		Ethische Handreichungen
durch Blended Learning	Blended Learning	
in der Diakonie Stetten e. V.	(s.Kap.4)	

Tabelle 1: Festlegung des Forschungsgegenstandes

Um der Bedeutung der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung Rechnung zu tragen, wird zuerst der Personenkreis der Menschen mit Behinderung in den Fokus gestellt.

2.1 Menschen mit Behinderung

2.1.1 Definitionsversuch

Das, was in Gesellschaften unter Behinderung verstanden wird, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Sozio-kulturelle Werte und Normen oder subjektive Einstellungen, Erfahrungen oder Erwartungen beeinflussen die Sichtweise auf Behinderung und prägen das Menschenbild. Es gibt unterschiedliche Modelle und Definitionen. Speck betont: „Definieren bedeutet immer festlegen und zwar endgültig (‘definitiv’)“.⁹ Doch Behinderung ist kein Faktum, das sich von charakteristischen und allgemeingültigen Merkmalen eindeutig bestimmen lässt. Vielmehr lässt sich

⁹ Ebd. 1999, 40

Behinderung eher als Phänomen mit vielen Bedeutungen beschreiben. Abhängig von der Profession und der Art und Weise der Auseinandersetzung mit der Personengruppe entwickelt sich ein unterschiedliches Verständnis von Behinderung. Bei dem medizinischen Modell wird das Phänomen Behinderung „als medizinisches Problem einer Person“¹⁰ betrachtet, mit der Folge, dass Heilung und Verhaltensänderung bei den Betroffenen angestrebt wird. Beim sozialen Modell gilt Behinderung als „vielschichtiges Geflecht von Bedingungen der Gesellschaft“¹¹, was Forderungen impliziert, die Umwelt so zu gestalten, dass die Teilhabe von Menschen mit Behinderung erreicht wird. Die Sichtweisen orientieren sich an aus der Soziologie übernommenen Theorien, die Behinderung „(...) als Abweichung von gesellschaftlichen Normen, als Folge von Stigmatisierungsprozessen und Negativzuschreibungen bzw. im Lichte gesellschaftlicher Differenzierungs- sowie Ein- und Ausschließungsprozesse[n] fassen.“¹² Derzeit nehmen konstruktivistische Sichtweisen auf das Phänomen Behinderung einen hohen Stellenwert ein. Behinderung wird hier als Beobachterkategorie und als gesellschaftliches, historisches oder wissenschaftliches Konstrukt verstanden.¹³ „Behinderung im üblichen Sinne stellt daher eine unterkomplexe Erfassung einer anderen Person dar, die einerseits verschiedene Beobachtungsebenen unzulässig miteinander verknüpft und andererseits die Selbstkonstruktion des anderen nicht in die Beobachtung aufnimmt.“¹⁴ Im Artikel 1 der UN-BRK wird es folgendermaßen ausgedrückt: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristig körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe der Gesellschaft hindern können.“¹⁵ Eine ähnliche Begriffsbestimmung findet sich auch im §2 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX, ergänzt durch eine erwartbare Bedrohung einer Behinderung. Um in der fachlichen Kommunikation ein einheitlicheres Verständnis von Behinderung zwischen verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen zu erlangen,¹⁶ werden Klassifikationen gebildet, von denen die bedeutendsten im Folgenden vorgestellt werden.

10 Eitle 2016, 14.

11 Ebd. 2016, 14

12 Dederich 2009, 4

13 Ebd. 4

14 Moser/Sasses 2008, 94

15 Ebd. 2008

16 Vgl. Meyer, 2003, 14

2.1.2 Klassifikation

Durch Klassifikationen von Menschen mit Behinderung wird ein Ordnungssystem geschaffen, um Krankheiten und Behinderungen durch übereinstimmende Kriterien und Bezeichnungen nach Entstehung und Wirkung zu erfassen. Das Ziel ist „auf dieser Grundlage gesundheitsfördernde und rehabilitative Maßnahmen zu entwickeln.“¹⁷ So ist beispielsweise im deutschen Gesundheitssystem zur Übernahme einer Leistung durch den Kostenträger eine auf Klassifikationen beruhende Diagnose von der betroffenen Person erforderlich. Bei der Erfassung von Behinderungen sind folgende Klassifikationsschemata relevant:

Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)¹⁸

Dieses im 19. Jahrhundert entwickelte und weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ständig weiterentwickelt. Die deutsche Fassung der ICD-10-GM (German Modification) gibt es seit 2004 und nach §§ 295 und 301 SGB V werden ärztliche Leistungen darüber verpflichtend abgerechnet. An der grundlegenden Revision, an der das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beteiligt ist, wird seit 2007 gearbeitet. Ziel ist eine grundlegende inhaltliche, strukturelle und konzeptionelle Weiterentwicklung. Die weiterentwickelte Version ICD-11-GM wird ab dem Zeitpunkt ihrer Einführung in Deutschland verpflichtend sein.¹⁹

Für die vorliegende Arbeit ist die Personengruppe der Menschen mit einer sog. Intelligenzstörung, die unter die Rubrik Psychische und Verhaltensstörungen fällt, von besonderer Bedeutung, weshalb hier beispielhaft die Klassifikationen nach ICD-10 dargestellt wird.²⁰

17 Vgl. Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft 2009

18 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017

19 Während der Verfassung der Arbeit änderte sich der Zeitpunkt der Einführung der ICD-11-GM in Deutschland mehrmals. Von der WHO bereits im Juni in Genf vorgestellt, ist laut DIMDI aufgrund von vorzunehmenden nationalen Anpassungen noch keine Aussage über den Zeitpunkt möglich. Vgl. ebd. (2018)

20 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2017, 217, 218

Codierung der ICD-10	Grad der Intelligenzminderung	IQ-Wert Intelligenzalter bei Erwachsenen (IA)
F.70.0– F.70.9	Leichte Intelligenzminderung: Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.	IQ-Bereich: 50-69 IA von 9 bis unter 12 Jahren
F.71.0– F.71.9	Mittelgradige Intelligenzminderung: Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.	IQ-Bereich: 35-49 IA von 6 bis unter 9 Jahren
F.72.0– F.72.9	Schwere Intelligenzminderung: Unterstützung ist notwendig.	IQ-Bereich: 20-34 IA von 3 bis unter 6 Jahren
F.73.0– F.73.9	Schwerste Intelligenzminderung: eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.	IQ unter 20 IA unter 3 Jahren

Tabelle 2: Klassifizierung Intelligenzminderung nach ICD

Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-5)²¹

Die die fünfte Version eines weltweit angewandten Klassifikationssystems für psychische Störungen, das 2013 von der American Psychiatric Associations herausgegeben wurde, dient zur Verbesserung der Zuverlässigkeit diagnostischer Urteile.²² Bei der DSM-5 basiert die Schweregradeinstufung einer intellektuellen Beeinträchtigung fortan nicht mehr auf IQ-Punkten, sondern auf einer Einschätzung des adaptiven Funktionsniveaus im konzeptuellen, sozialen und praktischen Bereich. Die Gründe für diese Weiterentwicklung finden sich in der Erkenntnis, dass die Anpassungsfähigkeit den Grad der erforderlichen Unterstützung bestimmt und Intelligenzmessungen im unteren Bereich weniger valide sind. Der Schweregrad von intellektuellen Beeinträchtigungen wird unterteilt in

- (F70) Leicht
- (F71) Mittelgradig
- (F72) Schwer
- (F73) Extrem

²¹ DSM-5 2018, Theunissen, 2016, 41ff, Falkei et al. 2015

²² Vgl. ff Falkei/Wittchen 2018, 39ff

Die beiden Klassifikationssysteme zeigen Übereinstimmungen, die DSM-V ist stärker forschungsorientiert ausgerichtet, die ICD-10 hat eine stärkere interkulturelle Perspektive bezogen auf Diagnosekriterien in Entwicklungs- und Schwellenländern.

Heil- und sonderpädagogische Klassifikationen

Auch die Heil- und Sonderpädagogik, die mit ihrer Berufsgruppe den institutionellen Rahmen für Menschen mit Behinderung maßgeblich mitbestimmt, bedient sich verschiedener Klassifikationen von Behinderungen. Üblich ist die Unterscheidung von körperlichen oder kognitiven Behinderungen, von Sinnes-, Verhaltens- oder Mehrfachbeeinträchtigungen, oder Beeinträchtigungen aufgrund von Krankheit.²³ Zum Zweck solcher Klassifikationen schreibt Sanders bereits 1985:

„Klinische Qualifikationssysteme stellen Normensysteme für bestimmte Berufsgruppen dar, aufgrund derer mehr oder weniger eindeutige Zuordnung von Personen zu Klassen erfolgen, wodurch unter der Abstraktion von der Vielfalt individuellen Verhaltens, Erlebens und somatischen Reaktionen eine rasche Kommunikation zwischen Fachleuten ermöglicht und Maßnahmen sowie prognostische Aussagen festgelegt werden sollen. Klassifikationen dienen hiernach der leichteren Verständigung unter Fachleuten, um Behandlungsmaßnahmen und Prognosen ökonomisch bestimmen zu können. Ihr Zweck ist, möglichst vielen behandlungsbedürftigen Menschen rasch zur klassenüblichen Behandlung zu verhelfen.“²⁴

Klassifikationen von Behinderungen haben ihre Bedeutung im Gesundheitssystem und haben die Struktur der Behindertenhilfe nach dem 2. Weltkrieg maßgeblich mitbestimmt. Inzwischen gibt es eine Verschiebung von einer eher defektorientierten medizinischen Sicht hin zu einer eher gesellschaftlichen Perspektive auf Behinderung. Klassifikationen von Behinderungen, besonders, wenn sie hauptsächlich eine IQ-bezogene Sicht von Behinderung darstellen, werden zunehmend kritisch gesehen, da sie diskriminierende Implikationen enthalten und ein Spannungsfeld von sozialer Aussonderung und Teilhabe konstituieren. Der von der ICD-10-GM geprägte Begriff der Intelligenzminderung wird deshalb in der zukünftig ICD-11-GM durch die diagnostische Bezeichnung intellektuelle Entwicklungsstörung ersetzt, die als Äquivalent zur Bezeichnung der intellektuellen Beeinträchtigung der DSM-5 gilt.

23 Eitle 2016, 21

24 Ebd. 15-31

Bio-psycho-soziales Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)²⁵

Die (WHO) entwickelte ein Klassifikationssystem zur Unterteilung von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), mit der Absicht die bisherigen Zugänge (medizinisches Modell und soziales Modell) zum Begriff Behinderung miteinander zu verschmelzen. Die ICF gilt mit diesem bio-psycho-sozialem Modell als wissenschaftliche Basis für ein einheitliches Verständnis zur Untersuchung von Gesundheit durch die Schaffung einer disziplinübergreifenden Sprache. Ein internationaler Datenabgleich soll durch die Bereitstellung eines systematischen Kodierungsschemas für Gesundheitsinformationssysteme erleichtert werden. Im Gegensatz zu den oben genannten Klassifikationsschemata wird der Behinderungsbegriff von einer eher medizinischen Sichtweise durch einen Bezugsrahmen erweitert, der die Lebenswirklichkeit von Betroffenen, das „Einbezogenensein von einer Person in eine Lebenssituation“²⁶ besser berücksichtigen soll. Das Augenmerk wird somit von der intellektuellen Beeinträchtigung hin zur sozialen Teilhabe gelenkt. Verdeutlicht wird dies an folgender Abbildung:

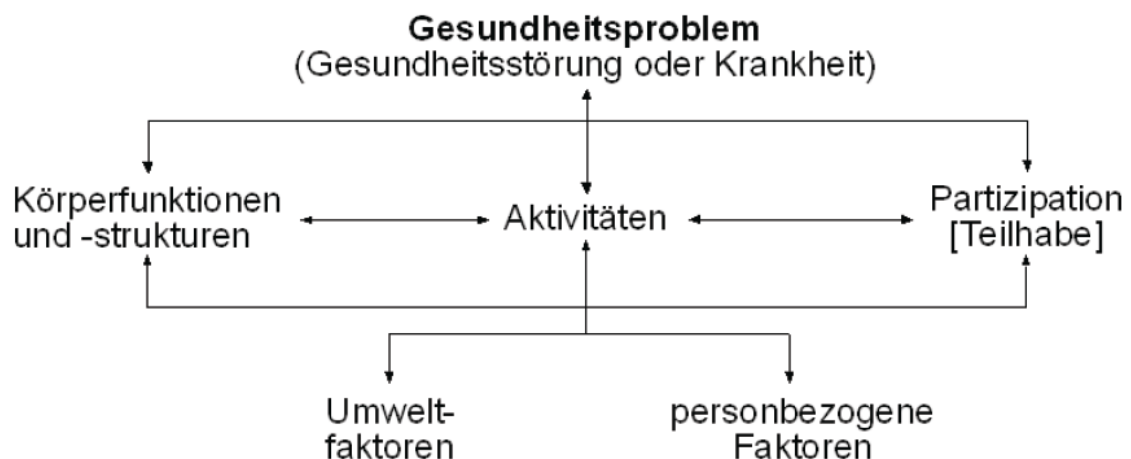


Abbildung 1: Bio-psycho-soziales Modell: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (Quelle: DIMDI 2005, 23)

25 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005

26 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, 146

Die Klassifizierung ICF der WHO mit ihrem veränderten Behinderungsverständnis zieht umfassende Veränderungen im Teilhabeprozess bei der Bedarfsklärung und Bedarfsdeckung zwischen Leistungsempfänger, -träger und -erbringer nach sich, so dass von einem Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe gesprochen wird.²⁷

Klassifikationen von Behinderung haben eine wichtige Funktion im deutschen Gesundheitssystem, sagen aber nichts über die Ätiologie von Behinderungen aus. Im Hinblick auf diese Arbeit kann es jedoch von Bedeutung sein, ob eine Behinderung seit Beginn des Lebens besteht oder im Laufe des Lebens erworben wurde, weshalb nächsten Unterkapitel darauf eingegangen wird.

2.1.3 Ätiologie

Hinter der Klassifikation von verschiedenen Behinderungen verbergen sich verschiedenste Störungsbilder, deren Ätiologie nicht immer klar erkennbar ist. Es gibt eine Korrelation von mittelgradiger oder schwerer geistiger Behinderung und organischer Schädigung, die direkt das Gehirn betrifft und die Gesamtpersönlichkeit des Menschen, sein Denken und Handeln, sein Empfinden, sein Wahrnehmen und Verhalten. Die Ursachen der Behinderung können vor, während oder nach der Geburt, also prä-, peri- oder postnatal entstanden sein und reichen „von Fehlbildungen des Gehirns, über Genmutationen, Chromosomenanomalien, Geburtstraumen, Neugeborenenenerkrankungen, entzündlichen Erkrankungen des Zentralnervensystems bis hin zu Hirntumoren, Demenz und anderes mehr.“²⁸ Eine Behinderung ist demnach kein statischer Zustand, sondern sie kann in verschiedenen Lebensphasen entstehen oder sich verändern. Auch ein Verlust von intellektuellen Fähigkeiten nach regelgerechter Entwicklung ist möglich. Ebenso kann sich beispielsweise zu einer geistigen Behinderung zusätzlich eine Demenz entwickeln, was häufiger in Verbindung mit dem Down-Syndrom beobachtet wird.²⁹ Bei der Ätiologie von schweren geistigen Behinderungen mit einem IQ unter 50 gehen Neuhäuser und Steinhausen davon aus, dass biologische Faktoren überwiegen, bei leichter geistiger Behinderung und einem

27 Vgl. Grampp, 2018, Grampp/Jackstell/Wöbke 2013, vgl. Fornefeld, 2013, 63

28 Fornefeld 2013, 72

29 Vgl. Havemann 2005, 367

IQ von 50 bis 70 soziokulturelle.³⁰ Hierbei ist das Wechselspiel von biologisch-genetischen und exogenen, sozialen Faktoren besonders zu beachten. So können günstige Lebensumstände die Ausprägung von Behinderung merklich mildern. Von Bedeutung sind außerdem zusätzliche Störungen wie beispielsweise zerebrale Anfälle (Epilepsie), zerebrale Bewegungsstörungen (Zerebralparese), Wahrnehmungsstörungen (Perzeptionsstörungen) oder auch psychische Störungen bzw. psychiatrische Krankheitsbilder, da auch sie die Persönlichkeit eines Menschen prägen. Mit Fragen nach Ursachenzusammenhängen im Kontext von Behinderung, nach deren Häufigkeit und Verbreitung befasst sich deren Epidemiologie, die Prognosen bezogen auf den Bedarf in der Behindertenhilfe zulässt.

2.1.4 Epidemiologische Daten

Epidemiologische Daten werden erhoben, um präventive Maßnahmen durchzuführen und Hinweise auf therapeutische und pädagogische Verfahren zu bekommen.³¹ Dennoch gibt es keine zuverlässigen Daten über die Gesamtzahl der Menschen mit Behinderung in Deutschland.³² Besonders bezogen auf geistige Behinderung bleiben die Erhebungen fragmentiert, weshalb Daten von anderen Ländern herangezogen werden, um daraus Schlüsse zu ziehen. Es ist davon auszugehen, dass in westlichen Industrienationen die Lebensumstände vergleichbar sind und damit die Gesamtverteilung ähnlich ist. Mit Blick nach Skandinavien lässt sich feststellen, dass sich relativ konstant eine Gesamtprävalenz von 0,43% für Menschen mit geistiger Behinderung bzw. 0,41% für die schwere geistige Behinderung mit einem IQ von unter 50 nachweisen lässt.³³ Durch den medizinischen Fortschritt hat sich die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessert, was zu einer veränderten Altersstruktur geführt hat. So ist von einem sinkenden Anteil von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung aufgrund einer besseren peri- und postnatalen Versorgung auszugehen, was allerdings an den aktuellen Daten der Kultusministerkonferenz³⁴ nicht erkennbar ist. Dies kann jedoch unabhängig von der

30 Vgl. ebd. 2003, 17

31 Vgl. Neuhäuser/Steinhausen 2003, 10

32 Die Gründe sind vielfältig und auch historisch bedingt. Ausgehend von einer ICD-Diagnose ist ein deterministischer Schluss nicht möglich, aber es lassen sich Wahrscheinlichkeiten schätzen.

33 Vgl. Neuhäuser/Steinhausen 2003, 13

34 Die Kultusministerkonferenz erstattet im im Turnus von 2 Jahren Bericht über die zahlenmäßige Entwicklung im Bereich der Förderschulen Die aktuellste statistische Veröffentlichung stammt vom

Ätiologie bildungspolitisch bedingt sein und geht einher mit den Umstrukturierungen des Schulsystems. Auf der anderen Seite ist ein stetiger Anstieg des relativen Anteils älterer Menschen mit Behinderung verzeichnen: In einer breit angelegten Studie der Katholischen Hochschule Nordrheinwestfalen von 2010 wird ein demografischen Wandel und eine steigende Lebenserwartung bei Menschen mit Behinderung am Beispiel von Westfalen Lippe aufgezeigt, der Rückschlüsse auf die Altersstruktur von Menschen mit geistiger Behinderung in ganz Deutschland zulässt.³⁵

Fazit: Das Begriffsverständnis von Behinderung ist vielschichtig und deutungs offen. Klassifikationssysteme wie die ICD-10 oder DSM-V haben ihre Funktion neben der einheitlichen Sprachfähigkeit in Wissenschaft und Forschung auch in der Feststellung des Grades der Behinderung, der zum Leistungsempfang berechtigt. Die ICF verändert mit ihrem bio-psycho-sozialen Modell den Blick auf Behinderung, was erhebliche Auswirkungen auf die Angebotsstruktur für Menschen mit Behinderung hat. Im Hinblick auf Ätiologie und Epidemiologie sind bemerkenswerte Verschiebungen festzustellen, welche Auswirkungen auf das Betreuungsangebot der Institutionen haben werden. Unterschiedliche Facetten verdeutlichen, wie schwierig es ist, ein einheitliches Bild des Personenkreises der Menschen mit Behinderung zu zeichnen. Fornefeld bezeichnet Behinderung als „... Phänomen, und als solches immer mehr, als wir denkend von ihm erfassen können.“³⁶ Behinderung im Kontext von Selbstbestimmung ist Gegenstand folgender Betrachtung.

2.2 Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung

2.2.1 Zum Begriff Selbstbestimmung

Der Begriff der Selbstbestimmung wird in der Literatur auch synonym mit dem der Autonomie verwendet.³⁷ Das griechische Wort Autonomie setzt sich zusammen aus

Februar 2016 und bezieht sich auf die Jahre 2005 bis 2014. Demnach ist der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischer Förderung von 5,7 % auf 7,0 % gestiegen. Vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2016

35 Vgl. Dieckmann,/Giovis (et al.) 2010

36 Ebd. 2013, 100

37 Hevelke unterscheidet das thematisch weiter gefasste *Prinzip der Autonomie* vom auf das Individuum bezogene *Selbstbestimmungsrecht*. Inhaltlich geht es dabei um eine Verschiebung der Perspektive vom Allgemeinen zum Subjektiven; das Selbstbestimmungsrecht ist im Autonomieprinzip enthalten. Vgl. ebd. 2017

autos = selbst und nomos = Gesetz, was also so viel bedeutet wie Selbstgesetzgebung oder nach eigenen Gesetzen lebend.³⁸ Das Wort hat einen deskriptiven Anteil, weil es Sachverhalte beschreibt, sowie einen normativen Aspekt, der Zusammenhänge regelt. Autonomie gilt als ein zentraler Begriff, als Leitidee der Moderne.³⁹ Seine Bedeutung erhielt der Begriff maßgeblich in der Zeit der Aufklärung durch den Philosophen Immanuel Kant, der Selbstbestimmung weniger als Unabhängigkeit von anderen Menschen, denn als Unabhängigkeit von Bedürfnissen, Emotionen und Motivationen deutet. Die dem Menschen innewohnende praktische Vernunft lässt den Menschen rational handeln. In seinem `kategorischen Imperativ` fordert er die Menschen auf, ihr Handeln selbst zu bestimmen durch die Freiheit des Willens und losgelöst von den eigenen Gefühlen. Kants Grundkonzept beruht auf einer Bevorzugung des Geistes gegenüber dem Körper.⁴⁰ Eine anthropologische Sichtweise von Selbstbestimmung vertritt Hahn, der feststellt, dass der Wunsch und das Bedürfnis, über das eigene Handeln selbst zu bestimmen, in jedem Menschen inne wohnt: Das Streben nach Autonomie, nach Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, "gehört wesentlich zum Menschsein"⁴¹.

Theunissen/Plaute⁴² unterscheiden Selbstbestimmung in zwei Grundpositionen. In der individualistischen Kategorie steht die eigene Bedürfnisbefriedigung im Vordergrund, ohne Rücksichtnahme auf die Mitmenschen. Bei der sozialen Kategorie von selbstbestimmtem Handeln wird die Beziehung zu anderen Menschen bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Das Recht auf Selbstbestimmung kann demnach nur von wechselseitig aufeinander bezogenen Individuen verwirklicht werden, die verantwortlich miteinander umgehen.⁴³ Selbstbestimmung ist kein absoluter Sachverhalt. Keinem Menschen gelingt es, seine Entscheidungen völlig losgelöst von den sozialen Strukturen zu fällen, in denen er sich befindet.⁴⁴ Es kann also nur "immer um ein 'Mehr oder Weniger' an Selbstbestimmungsmöglichkeiten"⁴⁵ gehen. Frühauf folgert, dass eine grundsätzlich gegebene menschliche Abhängigkeit niemals prinzipiell im Widerspruch zu Leitzielen wie Selbstbestimmung gesehen

38 Speck 1999, 40

39 Vgl. Ethikkomitee der Stiftung Liebenau 2013

40 vgl. Waldschmidt, 2003, 14; Theunissen 2008, 40-41

41 Hahn 1995, 5

42 Vgl. Theunissen/Plaute 1995, 51- 53

43 Vgl. Bäuml 1995, 2-4

44 Vgl. Niehoff, U. 1994, 187, 190

45 Frühauf 1995, 10

werden kann. „Entscheidend für die Entwicklung menschlicher Autonomie sind vielmehr vor allem die Gestaltungsprinzipien innerhalb von Abhängigkeitsbeziehungen.“⁴⁶ Er betont damit, dass Selbstbestimmung für alle Menschen dieselbe Bedeutung hat. Und dennoch kann es für Menschen mit Behinderung in vielerlei Hinsicht erschwert sein kann, selbstbestimmt zu leben.

2.2.2 Herausforderungen in der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung in Institutionen

Wichtige Veränderungen in der Gesetzgebung betonen die gesellschaftspolitische Relevanz des Rechts auf individuelle Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung. Anzuführen ist hier die Einführung des SGB IX im Jahre 2001, das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) 2002 und die Festschreibung des Persönlichen Budgets 2008. In der 2009 von der Bundesregierung ratifizierten UN-BRK wird der Wert der Selbstbestimmung besonders betont.⁴⁷ Die sukzessive Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) seit 2017 bis voraussichtlich 2023 wird das SGB XI novellieren.

Das Postulat der Selbstbestimmung der Behindertenpolitik geht besonders für Menschen mit Behinderung, insbesondere für Menschen mit einer Körperbehinderung mit einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebensumstände einher. Dennoch hat es auch viele Kritiker. Thimm spricht bereits 1997, also vor den o.g. Gesetzesänderungen, von einem „Individualisierungsdruck“⁴⁸. Fornefeld gibt hierzu zu bedenken, dass es durch die Rücknahme sozialstaatlicher Verantwortung in der Folge zur erneuten oder fortdauernden Diskriminierung von bestimmten Personengruppen kommen kann.⁴⁹ Doch welche Personen sind dies? Was sind die Herausforderungen, die Menschen mit Behinderung in ihren Möglichkeiten, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, einschränken? Die Ursachen und Gründe hierfür sind vielfältig. Sie können unter anderem in der Behinderung selbst, aber auch im sozialen Umfeld und den Strukturen, in denen Menschen mit Behinderungen leben, liegen.⁵⁰

46 Frühauf, 1994, 53

47 s. insbes. UN-Behindertenrechtskonvention 2008, Art 3a – Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen und Art. 12 Recht auf Selbstbestimmung

48 Ebd. 1997

49 Vgl. ebd. 2013, 95

50 Vgl. Theunissen 2008

Erschwernisse, die in der Behinderung liegen

Besonders bei mittelgradigen bis schweren kognitiven Einschränkungen fällt es dem Menschen schwer, Sachverhalte zu verstehen oder die Folgen des eigenen Handelns einzuschätzen. Je nach Grad der Behinderung kann auch die Fähigkeit erschwert sein, Bedürfnisse oder Wünsche verbal oder nonverbal auszudrücken. Dies hat zur Folge, dass Personen mit einer geistigen Behinderung in zum Teil hohem Maße auf Unterstützung zur Bewältigung ihres Lebensalltags angewiesen sind.⁵¹ Je stärker ein Mensch von anderen Menschen abhängig ist, desto eher besteht die Gefahr der Fremdbestimmung.⁵² Neben ihrer kognitiven Ausstattung können Menschen aber auch aufgrund ihrer physischen Konstitution aus der Eingliederungshilfe ausgeschlossen und wegen ihres hohen Pflegebedarfs in Pflegeheime verlegt werden. Auch Betroffene, die aufgrund psychischer Beeinträchtigungen einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen, können den Selbstbestimmungserwartungen des Systems nicht entsprechen. Fornefeld nennt diese Gruppe der Menschen, die auf intensive Begleitung angewiesen sind und als kostenintensiv gelten, Menschen mit komplexer Behinderung.⁵³ Durch ihre Vulnerabilität benötigen diese Menschen besondere Unterstützung bei der Wahrnehmung ihres Selbstbestimmungsrechts.⁵⁴

Erschwernisse, die in der Institution liegen

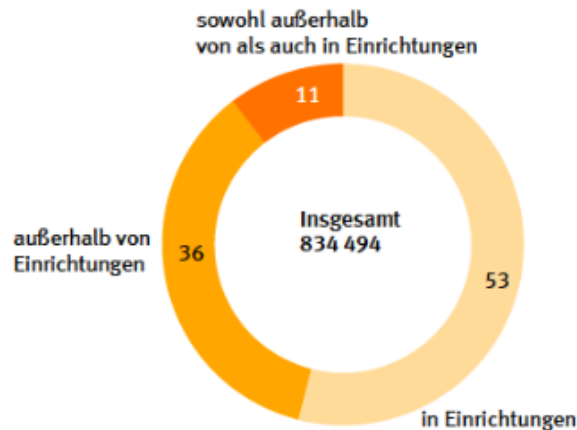
Zusätzlich zur Behinderung schwächen sekundäre Abhängigkeiten in einem professionellen und institutionellen Kontext die Achtung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Über die Hälfte aller Eingliederungshilfeempfänger leben in Institutionen, wie folgende Abbildung verdeutlicht:

51 Vgl. Theunissen/Plaute 1995, 22

52 Dies muss allerdings nicht zwingend so sein. So ist es durchaus möglich, dass ein Mensch, beispielsweise aufgrund seiner Körperbehinderung, einen hohen Assistenzbedarf hat, aber dennoch – auch unterstützt durch die neueren Gesetzesänderungen - in der Lage ist, auf relativ hohem Niveau selbstbestimmt zu leben.

53 Sie betont die Bedeutung der besonderen Benennung der Personengruppe als Schutzfunktion, da ihr aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation der Ausschluss durch das Hilfesystem selbst drohe. In den unter 2.1. aufgeführten Definitionen und Klassifikationen sieht sie nicht ausreichend berücksichtigt. Vgl. ebd. 2013, 97, vgl. Dederich 2008

54 Vgl. Mitra/Clarival (et al.) 2015, 427, 428



*Abbildung 2: Menschen mit Behinderung innerhalb und außerhalb von Einrichtungen
(Quelle: Statistisches Bundesamt 2013)*

Es kann nur bedingt davon ausgegangen werden, dass die Entscheidung, in einer Institution zu leben, auf freiwilliger Basis erfolgt ist. In Einrichtungen werden durch Ablauf und Organisation des Alltags eine gewisse Struktur vorgegeben, welche dem Selbstbestimmungsrecht des Individuums nur bedingt nachkommen kann. Die Ausübung des Rechts auf Selbstbestimmung kollidiert ferner mit der kustodialen Funktion der Einrichtungen mit der Verpflichtung der Mitarbeiter zur Aufsichtsführung, zur Vermeidung von Gefahren und Schäden, mit der Angst vor Haftung und unter Umständen strafrechtlicher Verfolgung.⁵⁵ Hier setzten rechtliche Rahmenbedingungen der Gewährung von Selbstbestimmung ihre Grenzen.

Erschwernisse, die im sozialen Umfeld liegen

„Behinderung ist unlösbar mit dem verbunden, der mit der Behinderung umgeht, der sie betrachtet und bewertet.“⁵⁶ Die unbegrenzten Erfahrungen, Einstellungen und subjektiven Deutungen der Umwelt beeinflussen das Selbstbestimmungsrecht von Menschen maßgeblich. In Institutionen der Behindertenhilfe wird die soziale Umwelt von sozialberuflich Tätigen dominiert. Fehlendes Vertrauen in die Ressourcen geistig

⁵⁵ Vgl. Nirje, 1994, 22

⁵⁶ Fornefeld, 2013, 100

behinderter Menschen kann zu Bevormundung und Überbehütung führen, mit der Folge, dass Entscheidungen aus Angst vor den riskanten Folgen von professionell Helfenden anstatt von Klienten getroffen werden.⁵⁷ Neben dem Menschenbild von Menschen mit Behinderung, das Mitarbeitende verinnerlicht haben, sind es in Institutionen für sie vor allem auch Vorgaben personeller, zeitlicher und räumlich-dinglicher Art, die zeitaufwendig praktizierte Selbstbestimmung verhindert.⁵⁸ Bei Menschen mit Behinderung kann als Folge eine „erlernte Hilflosigkeit“⁵⁹ entstehen. Aber auch eine Überforderung durch eine vom Laissez-faire-Gedanken geprägte pädagogische Priorisierung des Selbstbestimmungsgedankens infolge von Überschätzung der Fähigkeiten der Klienten oder der Ignoranz behinderungsspezifischer Symptomatiken wie beispielsweise Lernschwierigkeiten ist möglich (z.B: Verkennung gesundheitlicher Schäden durch selbstbestimmtes übermäßiges Essen).⁶⁰

Festzustellen ist: Dem Konzept der Autonomie in der Behindertenhilfe heften Vorwürfe von Neoliberalismus bis hin zum Sozialdarwinismus an, wenn es bestimmte Personengruppen exkludiert. Doch die gesetzlichen Vorgaben, allen voran die der UN-BRK, stellen klar, dass Menschen mit Behinderung nur durch gesellschaftliche Unterstützungsleistungen ihr Recht auf Selbstbestimmung wahrnehmen können. Autonomie wird in diesem Kontext nicht als fernes Ziel verstanden, das möglicherweise (bzw. mit Sicherheit) nie erreicht werden wird. Es ist vielmehr ein Axiom und ein Anspruch an die Institutionen. Bielefeld verwendet in diesem Zusammenhang die Begriffe assistierte Autonomie und sieht dabei die Autonomie als Maßstab angemessener Assistenz, welche Respekt vor den Willensentscheidungen des betroffenen Menschen postuliert: „Eine Förderung (künftiger) Autonomie durch Ignorierung aktueller Willensäußerungen der betroffenen Person kann niemals legitim sein.“⁶¹ Eine Aussage, dessen Inhalt Mitarbeitende der Behindertenhilfe grundsätzlich mittragen würden. Dass diese Aussage allerdings in der praktischen Umsetzung

57 vgl. Theunissen/Plaute 1995, 56 f.; Hahn, 1995, 10

58 Vgl. Hahn, 1995, 10

59 „Erlernte Hilflosigkeit“ ist ein von M.E.P. Seligmann formulierter Begriff. Er arrangierte ein Experiment, in dem er Hunde in eine aussichtslose Situation brachte. Er belegte die eine Hälfte des Fußbodens mit unangenehmen Reizen (Strom), woraufhin der Hund auf die „gute“ Seite wechselt. Das zufällige Belegen der Bodenhälften mit Strom hatte bei den Hunden apathisches Liegenbleiben zur Folge, ein Verhalten, das sich zukünftig manifestierte. Vgl. hierzu Gerrig/Zimbardo 2008, 568

60 Theunissen, 2003, 51

61 Ebd., 2012, 156

Spannungsfelder impliziert, wird beispielhaft an Gesundheitsfragen im nächsten Unterkapitel skizziert.

2.2.3 Besonderheiten in Fragen zur Gesundheit

Der Grundsatz „der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen“ der in Art. 3a der UN-BRK festgeschrieben ist, findet sich wieder in Fragen zur Gesundheit in Art. 25, indem das Recht auf „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ eingefordert wird, „namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung“.⁶² Jedoch ist die Voraussetzung einer Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung, deren Folgen abschätzen zu können. Der Einwilligungsfähigkeit beim Personenkreis der Menschen mit Behinderung, die sich nicht verbal äußern können, kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Sie ist im Medizinrecht der bedeutsamste Rechtfertigungsgrund und schützt das Selbstbestimmungsrecht und damit die körperliche und physische Integrität des Patienten.⁶³ Auf juristischer Ebene steht dem Fähigkeitskonzept der UN-BRK die Regelungen zur Geschäftsunfähigkeit im BGB § 140ff gegenüber. Es wird unterschieden zwischen freiem und natürlichem Willen. „Der natürliche Wille betrifft Absichten, Wünsche, Wertungen und Handlungsintentionen eines Menschen.“⁶⁴ Klienten mit ausschließlich natürlichem Willen bedürfen nach Art. 12 Abs. 3 der UN-BRK Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Rechts- und Handlungsfreiheit.⁶⁵ In der Gesetzgebung hat sich in der Folge beispielsweise die Zwangsbehandlung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen⁶⁶ geändert oder es wurde jüngst als refinanziertes Beratungsangebot die gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase⁶⁷ für Leistungsberechtigte geschaffen, die deren Willen in der medizinisch-pflegerischen Versorgung und Betreuung am Lebensende in den Mittelpunkt stellt.

Bei erwachsenen Menschen mit (erworbener) Behinderung kann eine Patientenverfügung vorliegen, doch bei Menschen, die seit Geburt als nicht geschäftsfähig gelten und die insbesondere nicht über die erforderliche

62 Ebd. 2005

63 Vgl. Haussener 2017, 23

64 Jox, 2013, 331; vgl. Haussener 2017

65 Ebd. 2005

66 Vgl. Götz 2013

67 SGB V § 132g

Einwilligungsfähigkeit verfügen, dies grundsätzlich nicht möglich ist.⁶⁸ Menschen mit Behinderung, die in Institutionen leben, werden hier in Gesundheitsfragen neben vorhandenen Angehörigen bzw. gesetzlichen Betreuern⁶⁹ stellvertretend durch die Perspektiven von Mitarbeitenden der Behindertenhilfe unterstützt. Sie sind es, die die meiste Zeit mit den Klienten verbringen.

In der „Handreichung zur ethischen Reflexion – Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderungen in Bezug auf Gesundheitsfragen“ der Diakonie Stetten⁷⁰ wird benannt, dass es u. a. zu folgenden konflikthaften Situationen kommt:

- Wenn zunächst ein unklarer beziehungsweise nicht eindeutig erfassbarer Wille vorliegt
- Wenn eine medizinische Behandlung oder Therapie ansteht
- Wenn eine ethische und juristische Wille-Wohl-Abwägung angeraten ist
- Wenn es um Behandlungsoptionen und Therapieentscheide bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung geht
- Wenn eine anstehende Entscheidung in Gesundheitsfragen am Lebensende getroffen werden soll⁷¹

Zur Verdeutlichung werden hier zwei Fallbeispiele aufgeführt, bei denen das fachliche Vorgehen zunächst unklar ist:⁷²

- Die zunehmende funktionale Schluckstörung einer Person führt zu einer Aspirationsgefahr mit drohender Lungenentzündung. Soll die Person künftig künstlich ernährt werden (PEG-Sonde)?
- Die operative Trennung von Sehnen im Oberschenkelbereich bei einer Person mit einer ausgeprägten Spastizität führt zur Verbesserung der Pflegesituation. Ist es angemessen, diese Operation durchzuführen?

Den sozialberuflich Tätigen kommt in solchen Situationen eine hohe Verantwortung zu. Die Beziehungsgestaltung mittels basaler Begegnung ist ihr wichtigstes Instrument, die Bedürfnisse der Klienten zu erkennen. „Dabei stehen vor allem die Alltagsbegleitung mit Berührungen und Behandlungspflege, die Beobachtung und

68 BGB §§ 104ff

69 BGB §1896ff

70 Ebd. 2016, 12, 13

71 Vgl. hierzu auch Hafner, Seelmann u.a. 2014; Kreß, 2009; Niederschlag 2010;

72 Vgl. ebd. 13

Ermittlung des Allgemeinzustandes und die Überwachung der Vitalfunktion zur Verfügung.“⁷³ Stellvertreterentscheidungen zu treffen ist für Mitarbeitende belastend, gerade dann, wenn der Wille des Klienten nicht mit dessen Wohl übereinstimmt.⁷⁴ Beachtenswert sind hier auch mögliche Wertungsdifferenzen zwischen Staat, Individuum und den Religionsgemeinschaften als Träger der Behindertenhilfe.⁷⁵ So können komplexe ethische Entscheidungen bei Fachkräften, die aus religiösen Motiven den Wert des Lebens neben der Selbstbestimmung als ebenfalls hoch bewerten,⁷⁶ ein moralisches Unbehagen entstehen lassen. Moralischer Disstress entsteht auch, wenn vermeintlich moralisch gutes Handeln aus unterschiedlichen Gründen, wie beispielsweise institutionellen Rahmenbedingungen, nicht vollzogen werden kann und dies als belastende emotionale Erfahrung erlebt wird.⁷⁷

Das heilerzieherische Handeln weist hier eine paradoxe Struktur auf, denn professionelles Handeln bedeutet hier nicht die einseitige Orientierung an dem normativen Prinzip der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung, sondern besteht vielmehr darin „...die Balance zwischen den Anforderungen widersprüchlicher Handlungsmaximen immer wieder neu herstellen zu können.“⁷⁸ Eine kritische Reflexion der eigenen Arbeit der Mitarbeitenden hat das Ziel einerseits dem Selbstbestimmungsgedanken der anvertrauten Menschen gerecht zu werden und andererseits eine kognitive Überforderung der Klienten zu vermeiden.⁷⁹ Fachlich unklare Entscheidungssituationen in Gesundheitsfragen sind der häufigste Anlass von ethischen Fallbesprechungen.⁸⁰ Die zunehmende Komplexität in Fragen zur Gesundheit führt vermehrt zu moralisch schwierigen Entscheidungssituationen. Wiederholen sich die Fragestellungen zu einem komplexen Thema, werden mittlerweile auch zunehmend in der Behindertenhilfe Verfahren der systematisierten ethischen Beratung, Entscheidungsfindung und Orientierung etabliert.⁸¹ Hierbei hat

73 Ebd. 13

74 Sog. Wohlschranke

75 Vgl. Buchwald 2013, 50

76 Der Wert des Lebens gilt in den katholischen und evangelischen Religionsgemeinschaften, die die beiden größten Träger von Institutionen der Behindertenhilfe sind – vgl. auch Kap. 2.3.3. - als hohes Gut, dem sie sich verpflichten. Vgl. Papst Johannes Paul II. 1995; Evangelische Kirche in Deutschland, 2008, 2005

77 vgl. Tanner/Albisser-Schleger u.a. 2014, 354; vgl. Kleinknecht-Dolf 2015, 117; vgl. Riedel 2017, 4

78 Katzenbach 2004, 142

79 Vgl. Theunissen/Plaute 1995, 22

80 Riedel/Lehmeyer 2016;

81 Vgl. Riedel 2016, 10

sich insbesondere die Konzeption von ethischen Handreichungen herauskristallisiert, deren Bedeutung im Folgenden erläutert wird.

2.2.4 Ethische Handreichung bezogen auf das Selbstbestimmungsrecht vom Menschen mit Behinderung in Gesundheitsfragen

Wie oben dargestellt, können bei der Begleitung von Menschen mit Behinderung im Kontext von Gesundheitsfragen und am Lebensende ethische Konflikte und situationsbezogene Dilemmata entstehen, insbesondere bei unklarer oder begrenzter Formulierung von Willensäußerung.⁸² Bei wiederkehrenden Themen kann die Entwicklung von ethischen Handreichungen⁸³ eine methodisch-didaktische und strukturierende Rahmung bieten. Ethische Handreichungen gelten als „Handlungsempfehlungen, die „(...) als Orientierungshilfe für Einzelfallentscheidungen dienen“⁸⁴. Sie „(...) stellen im Rahmen ethischer Entscheidungsfindungen eine systematische Orientierungshilfe für Ärzte, Pflegende und Mitarbeiter aus anderen Gesundheitsberufen dar“⁸⁵ und dienen als Instrument, welches unterstützend „(...) im komplexen Praxisalltag der Behindertenhilfe den situativen ethischen Reflexions- sowie Entscheidungsprozess“⁸⁶ begleitet und strukturierend „(...) durch die inhärente Systematik der Abwägung den Beteiligten und Betroffenen eine ethisch begründete (Handlungs-)Entscheidung“⁸⁷ ermöglicht.⁸⁸ Indem die Fachkräfte in der Behindertenhilfe die Perspektive der betroffenen Menschen mit Behinderung und ihrer Angehörigen einnehmen, sind ethische Handreichungen insofern hilfreich für diese Personengruppen, „als deren Einhaltung auch für sie die Entscheidungsqualität erhöhen und zur juristischen und ethischen Entlastung beitragen soll“⁸⁹

Das zentrale Ziel, das ethische Handreichungen verfolgen, ist „(..) zur Qualitätssicherung der Begleitung und Versorgung der Menschen (mit geistiger

82 Vgl. Ritzenthaler 2015; vgl. Moser/Horster 2012

83 Synonym werden auch die Begriffe ethische Leitlinien oder Ethic Policies verwendet. Zu den begrifflichen Abgrenzungen vgl. Riedel, 2014, 46-56; vgl. Jox 2014a, 268; vgl. Jox, Borasio 2011, 199, 200

84 Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin 2010, 149-152

85 Neitzke, Riedel u.a. 2015, 241,242

86 Riedel 2017, 3

87 Ebd. 3,4

88 Die Darstellung von Entscheidungsabläufen erfolgt dabei zumeist in Form eines Algorithmus. Beispiele hierfür finden sich bei Riedel, 2014, 91,93,95, sowie in Vorstand der Diakonie Stetten e.V. 2016, 29,39

89 Neitzke, Riedel u. a. 2015, 242

Behinderung) dadurch beizutragen, dass neben der fachlichen Dimension die systematisierte ethische Reflexion Gegenstand der Entscheidungsfindung ist. (...) Ferner trägt auch die begleitende sukzessive Professionalisierung im Kontext ethischer Analyse, Reflexion und Fallberatung zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei“.⁹⁰

Als weiteres Ziel wird die Zufriedenheit von Mitarbeitenden und Angehörigen von Menschen mit Behinderung in Institutionen genannt, da die Kriterien von Stellvertreterentscheidungen transparent dargelegt werden können und dadurch eine Entscheidungsabsicherung erfolgt, was den unter 2.2.3 erwähnten moralischen Disstress reduziert.⁹¹

Bei der Konkretion des handreichungsspezifischen ethischen Dilemmas ist der Rückbezug auf die in dem Handlungsfeld und für die Zielgruppe gültige, konsentierende normativ-ethische Orientierung richtungsweisend.⁹² Neben den in 2.2.2 aufgeführten rechtlichen Gesetzesänderungen, allen voran die Ratifizierung der UN-BRK, sind hier auch das Leitbild der entsprechenden Institution und ethische Grundaussagen der Fachverbände für Menschen mit Behinderung⁹³ von Bedeutung. Etabliert haben sich ferner bei der Werteabwägung in der Medizinethik neben der Respektierung des Patientenwillens maßgeblich die von Beauchamp und Childress formulierten Grundsätze der Nichtschädigung, der Fürsorge und der Gerechtigkeit.⁹⁴ In der Behindertenhilfe findet mittlerweile eine Ethik der Achtsamkeit nach Conradi⁹⁵ viel Beachtung und wird zunehmend in Theorie und Praxis aufgenommen und reflektiert. Conradi betont den Beziehungsaspekt, der Autonomie beim Personenkreis der Menschen mit komplexer Behinderung erst ermöglicht und erkennt die Asymmetrien in interpersonellen Beziehungen zwischen Mensch mit Behinderung und Fachkraft an. Sorge um andere schließt bei ihrer Selbst-Sorge mit ein, um einer Selbstüberforderung entgegenzuwirken⁹⁶

Wie eine Umsetzung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung im Routinealltag aussieht ist wenig erforscht. Schulz-Nieswandt vermutet eine

90 Riedel, 2017, 6, vgl. Jox, 2014b, 88

91 Riedel, 2017, 6

92 Ebd. 12

93 Zum Beispiel: Vgl. Bundesvereinigung der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. 2010

94 Beauchamp, Childress, 2004

95 Conradi, 2008, 2001

96 Vgl. Schulz-Nieswandt 2010

Ambivalenz der Professionen abhängig von der beruflichen Vorbildung der Mitarbeitenden und von den organisationellen Settings der Behindertenhilfe. Nach Hano ist auch das Alter der sozialberuflich Tätigen nicht unerheblich, da sich berufssozialisatorische Biographien persönlichkeitsprägend ablagern.⁹⁷

Fazit: Grundsätzlich ist festzustellen, dass das Recht auf Selbstbestimmung Menschen mit Behinderung genauso zusteht, wie nichtbehinderten Menschen. Zu berücksichtigen sind dabei jedoch unterschiedliche Erschwernisse die diesen Personenkreis in der Wahrnehmung ihres Rechts auf Selbstbestimmung einschränken. Speziell auch in Gesundheitsfragen müssen für Menschen mit hohem Assistenzbedarf und ohne aktive Lautsprache Stellvertreterentscheidungen getroffen werden. In Institutionen sind es insbesondere die pflegenden Fachkräfte, die auf der Basis einer Beziehung und mittels basaler Begegnungen den Klienten dabei unterstützen, seine Behandlungswünsche zu konkretisieren. Dabei entstehen bei den Mitarbeitenden nicht selten Unsicherheiten ethischer Art, speziell auch wenn Wunsch und Wohl dieser Personengruppe auseinanderdriften. Ethische Handreichungen werden zu diesem Zweck bei/für immer wiederkehrenden Situationen entwickelt und dienen als Orientierungshilfe für solche Einzelfallentscheidungen. Solche Handreichungen müssen in der Konsequenz durch entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Fachkräfte der Behindertenhilfe in der jeweiligen Institution implementiert werden, um das Selbstbestimmungsrecht der Menschen mit Behinderung zu sichern und zu stärken. Die betriebliche Weiterbildung in Institution der Behindertenhilfe ist der Gegenstand der folgenden Betrachtung.

2.3 Betriebliche Weiterbildung in Institutionen der Behindertenhilfe

2.3.1 Gegenstand und Einordnung betrieblicher Weiterbildung

Unter betrieblicher Weiterbildung werden im allgemeinen Trainings-, Qualifizierungs- und Berufsbildungsmaßnahmen verstanden, welche unmittelbar im Unternehmen oder

97 Hano, 2009

von diesem veranlasst durchgeführt oder verantwortet werden.⁹⁸ Sie ist eng verzahnt mit dem Bildungs- und Berufsbildungssystem und findet im Anschluss an Schul-, Berufs- und Studienabschlüssen statt. Sie wird unterteilt in betriebliche Weiterbildung, individuelle berufsbezogene Weiterbildung und nicht berufsbezogene Weiterbildung. Daten zum Weiterbildungsverhalten werden regelmäßig mit der Untersuchung „Adult Education Survey“ (AES) erhoben, einer Umfrage über die Beteiligung und Nichtbeteiligung Erwachsener am lebenslangen Lernen, die seit 2011/12 verpflichtend für Mitgliedstaaten der europäischen Union durchgeführt wird.⁹⁹ Die betriebliche Weiterbildung ist seit 2012 auf einem konstant hohen Niveau gemessen anhand der Teilnehmerzahlen und der finanziell aufgewendeten Mittel und stellt mittlerweile mit beinahe drei Viertel aller Weiterbildungsaktivitäten, den größten Bildungsbereich dar.¹⁰⁰ Dies veranschaulicht das folgende Balkendiagramm:

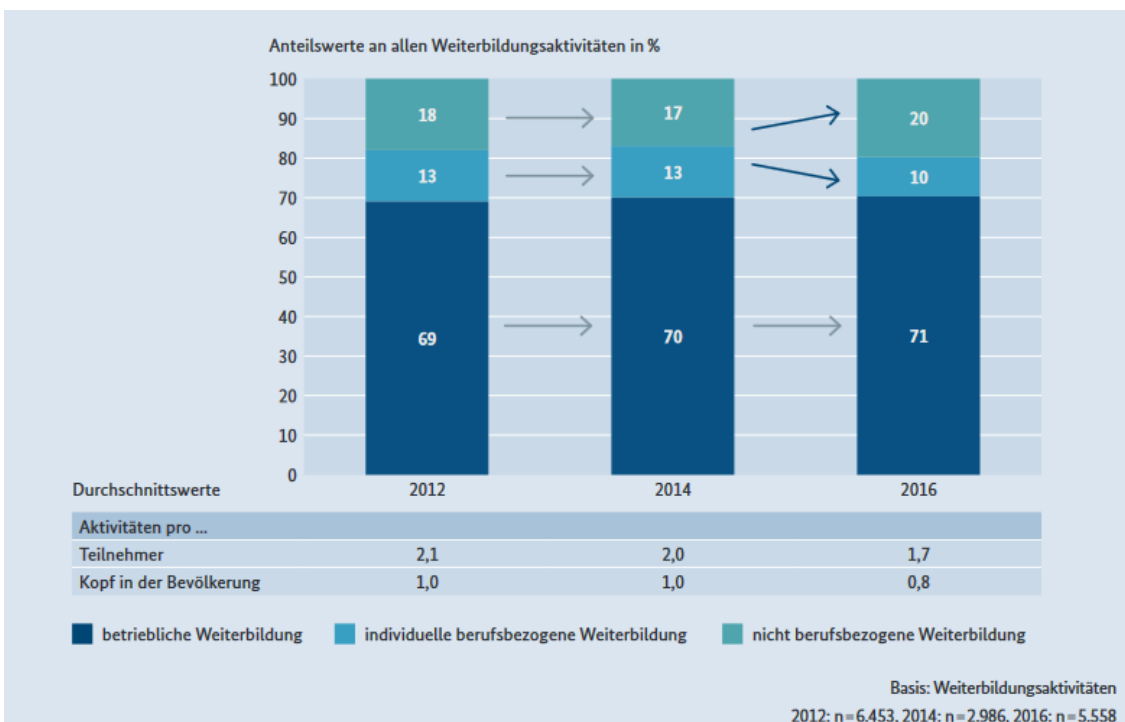


Abbildung 3: Anteil betrieblicher Weiterbildung an Weiterbildung (Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017, 2)

98 Vgl. Dehnbostel 2015, 1

99 Vgl. Bilger/ Behringer et al 2017; Der AES ersetzt seit 2007 das Berichtssystem Weiterbildung in Deutschland mit der Folge unterschiedlicher Erhebungsmethoden und unterschiedlich verwendeter Begrifflichkeiten. So wird die betriebliche Weiterbildung zu der non-formalen Bildung gezählt. Die Ergebnisse sind aber nach Bilder/Behringer et al. 2017 vergleichbar.

100 Vgl. Bildungministerium für Bildung und Forschung 2017, Statistisches Bundesamt 2017; BIBB 2013, 295ff.; Dehnbostel 2008, 17ff;

Zum Partizipationsverhalten der Mitarbeitenden in der betrieblichen Weiterbildung kommt der AES in seiner letzten Erhebung 2016 zu differenzierten Ergebnissen, von denen einige für die vorliegende Arbeit relevante hier angeführt werden.¹⁰¹ Die Dauer von betrieblichen Weiterbildungsmaßnahmen klafft weit auseinander. Der größte Anteil der besuchten Weiterbildungen dauert höchstens jährlich 10 Stunden und liegt bei 53%. Der durchschnittliche Wert wird mit 28 Stunden im Jahr angegeben. Bei der Auswertung von Daten zu personenbezogenen Merkmalen sind die Unterschiede nach Geschlecht und Alter mittlerweile unauffällig. Allerdings erhöht das Qualifikationsniveau die Teilnahmequote erheblich: Sie liegt bei den Beschäftigten ohne Berufsausbildung bei 32%, bei Personen mit Berufsfachschulabschlüssen bei 44% und bei Mitarbeitenden mit Meister/Fachschulabschluss oder (Fach-) Hochschulabschluss bei 67%. Bei der Betrachtung der Daten von beschäftigungsbezogenen Merkmalen erhöht die Dauer der Beschäftigung im Betrieb und die berufliche Position die Partizipation an Weiterbildung. Auffällig bleiben jedoch soziale Disparitäten. So ist eine unterdurchschnittliche Weiterbildungsbeteiligung bei Beschäftigten mit ausländischer Nationalität, befristet Beschäftigten und Beschäftigten mit einer Wochenarbeitszeit unter 20 Stunden festzustellen. Bezogen auf die Beteiligung der abhängig Beschäftigten an betrieblicher Weiterbildung spielt die Betriebsgröße eine entscheidende Rolle. Betriebe mit mehr als 250 Beschäftigten weisen mit 64% die höchste Beteiligung auf. In Zukunft soll der Fokus der Erhebung weniger auf die Weiterbildungspartizipation gelegt werden, da die heterogene Angebotsstruktur kaum vergleichbar ist und von dem auffälligsten Resultat, den an der Weiterbildungsteilnahme unterrepräsentierten sozialen Gruppen, ablenkt.¹⁰²

Obwohl der Personenkreis der Geringqualifizierten und/oder mit Migrationshintergrund am stärksten von der Weiterbildungspartizipation profitieren würde, ist er durch Nichtteilnahme benachteiligt.¹⁰³ Bezogen insbesondere auf den erwartbar steigenden Anteil von Mitarbeitenden mit Migrationshintergrund bleibt dies eine gesellschaftliche Herausforderung.¹⁰⁴ Faktoren, die die betriebliche Weiterbildungsaktivität bei Mitarbeitenden steigern, sind nach Osiander/Stephan die angerechnete Arbeitszeit von Weiterbildungsmaßnahmen, deren volle

101 Vgl. Schönfeld/Behringer et al 2017, 56-73

102 Vgl. Osiander/Stephan 2018a

103 Vgl. Osiander/Stephan 2018b

104 Aktuell wird ein Einwanderungsgesetz für Fachkräfte diskutiert. Vgl. Kipper, 2018

Kostenübernahme vom Arbeitgeber und wenn sich die Weiterbildung für die Teilnehmenden finanziell auszahlt.¹⁰⁵

Ein Blick auf die Gründe der Weiterbildungsteilnahme zeigt ferner, dass diese bei 54% der Beschäftigten nach eigener Angabe nur auf betriebliche Anordnung erfolgt ist, bei Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund sind es 60%, bei Beschäftigten mit niedrigem Schulabschluss 68% und sogar bei Mitarbeitenden mit beruflichen Abschluss sind es 62%.¹⁰⁶ Dieses Ergebnis stimmt insofern nachdenklich, da davon ausgegangen werden kann, dass angeordnete Weiterbildung die Selbstlerndispositionen nicht nachhaltig fördert. Allerdings sagt dies auch nichts über den Lernerfolg von Weiterbildungsmaßnahmen aus.

Solche Untersuchungen zum Weiterbildungsverhalten von Beschäftigten sind von großem Interesse für Politik, Wirtschaft und Forschung, was im nächsten Kapitel erläutert wird.

2.3.2 Anforderungen an die betriebliche Weiterbildung

Betriebliche Weiterbildung steht stets im Spannungsfeld zwischen den wirtschaftlichen Interessen des Betriebs und dem subjektiven Interesse der Mitarbeitenden an breiter Kompetenzentwicklung und persönlicher Entfaltung.¹⁰⁷ Mit der betrieblichen Weiterbildung sind somit bildungs-, wirtschafts- und sozialpolitische, individuelle, gesellschaftliche und einzelbetriebliche Interessen verbunden.

Von zentraler Bedeutung ist der demografische Wandel mit seiner zukünftigen Wirkung auf die Arbeitswelt. Laut Statistischem Bundesamt wird in den nächsten drei Jahrzehnten der aktuelle Altersaufbau die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland prägen.¹⁰⁸ Die aktuelle Zuwanderung hat langfristig darauf wenig Einfluss.¹⁰⁹ Vor diesem Hintergrund verfolgt die Weiterbildung das Ziel, die Potentiale älterer Beschäftigter und erwerbsloser Personen für die Fachkräftesicherung zu nutzen.

Ein weiterer steigender Weiterbildungsbedarf wird durch die fundamentale Veränderung des Beschäftigungssystems im Sinne eines Wandels von der Industriegesellschaft hin zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft prognostiziert.

105 Ebd. 2018, vgl. Koscheck/Samray 2018

106 Vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018, 188

107 Vgl. Dehnbostel 2015, 3

108 Ebd. 2018

109 Ebd. 2016

Signifikant ist eine enorme Beschleunigung des Wissenstransfers von der Forschung zur Anwendung.¹¹⁰ Die Ursachen des Wandels sind vielfältig. Zusammenfassend lassen sich bei folgenden Megatrends die meisten Übereinstimmungen finden:¹¹¹

Wachsender Einfluss der Informations- und Kommunikationstechnologien

Rechnerbasierte Systeme werden inzwischen in Institutionen und Unternehmen ganz selbstverständlich eingesetzt. Sie durchdringen die Arbeitsabläufe und -prozesse. So erfolgt die Koordination und Abstimmung zwischen Zentraleinheiten und dezentralen Abteilungen mittlerweile computergesteuert, was sich unmittelbar auf die Dispositions- und Freiheitsspielräume sowie auf Kontroll- und Qualitätssicherungssysteme auswirkt. Die Veränderungen greifen in die Bereiche der Arbeitsorganisation und -strukturierung sowie der Aufgabenumfänge und -bearbeitung ein, was sich auf die gesamte Organisations- und Personalentwicklung und in generell veränderten Kompetenzanforderungen niederschlägt.

Wachsender Dienstleistungscharakter von Arbeit

Neben der klassischen Dienstleistung als solches, ist eine Anreicherung der Facharbeit durch Dienstleistungen festzustellen. Es wird unterschieden zwischen Dienstleistungen nach außen gegenüber dem Kunden und nach innen gegenüber vor- und nachgeschalteten Abteilungen. Arbeits- und Berufsprofile werden durch dienstleistungsbezogene Qualifikationen und Kompetenzen ergänzt.

Wachsende Lern- und Prozessorientierung moderner Arbeitsorganisation

Der Rückgang von manuellen und die Zunahme wissensbasierter und dienstleistungsorientierter Arbeitstätigkeiten im Rahmen der Globalisierung fordert die Arbeitskonzepte und die Arbeitsorganisation in Institutionen heraus und führt zu einer „Renaissance des Lernens in der Arbeit“¹¹². Moderne Unternehmen fördern die Erzeugung von Wissen und Wissensmanagement mit dem Ziel innovativer Schübe. Die Grundlage hierzu sind lernförderliche Arbeitsumgebungen und die Aufwertung von Erfahrungslernen und informellem Lernen.

110 Vgl. Loibl 2008, 29

111 Vgl. u. a. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2016, 143-159, Dehnbostel 2015, 2008

112 Vgl. Dehnbostel 2015, 13

Wertewandel und Subjektivierung der Arbeit

Auf dem Weg zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft hat das lebenslange und selbstgesteuerte Lernen einen Bedeutungszuwachs erfahren, was sich auch auf die betriebliche Weiterbildung auswirkt. Es ist davon auszugehen, dass bei Berücksichtigung der individuellen Eigenschaften und Interessen der Mitarbeitenden eine höhere Lern- und Arbeitsmotivation zu erwarten ist und die Kompetenzentwicklung nachhaltiger ist. Die Arbeit fordert auch von den Beschäftigten eine zunehmend subjektive Performanz. Diese wechselseitige Beeinflussung von Beschäftigten und betrieblich organisierten Arbeitsprozessen hat zur Folge, dass Arbeit aufgewertet wird und die Qualifikationen erweitert werden müssen.¹¹³

Laut dem Betriebspanel des Instituts für Arbeitsmarkt und Betriebsforschung (IAB) liegt die Anforderungen für die betriebliche Weiterbildung vor allem in den noch nicht ausgeschöpften Qualifikationsreserven, die es durch systematisch-vorausschauende Personalentwicklungsmaßnahmen im Betrieb zu nutzen gilt.¹¹⁴ Die Entwicklungen verlaufen in den Branchen unterschiedlich und sind durchaus ambivalent. So sorgt einerseits ein Abbau von Arbeitsplätzen für eine höhere Belastung der Arbeitnehmer, andererseits entstehen durch Enthierarchisierung und Dezentralisierung auch verbesserte Arbeitsbedingungen, da eine größere Vielfalt mehr Freiheit für den Einzelnen mit sich bringt und bessere Lern- und Qualifizierungsmöglichkeiten bietet. Die Besonderheiten von Institutionen der Behindertenhilfe werden im folgenden dargestellt.

2.3.3 Institutionen der Behindertenhilfe

Institutionen der Behindertenhilfe sind ein Teil des Gesundheits- und Sozialwesens. Es wird unterschieden zwischen Körperschaften öffentlichen und privaten Rechts, wobei Körperschaften privaten Rechts auch freie Träger genannt werden. Diese können sozialwirtschaftlich oder privatwirtschaftlich organisiert sein. Das Verhältnis der unterschiedlichen Träger der Behindertenhilfe wird in dem gesellschaftlichen Grundsatz der Subsidiarität geregelt, der den freien Trägern einen bedingten Vorrang

¹¹³ Vgl, Kleemann u.a. 2003, 62ff; Drinkhuth 2007, 13ff

¹¹⁴ Ebd. 2017

einräumt. Der Staat behält jedoch die Rechtsaufsicht über die Maßnahmen, die stellvertretend von freien Trägern übernommen werden.¹¹⁵ Die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern ist folglich nicht immer spannungsfrei. Der größte Träger von Institutionen der Behindertenhilfe ist die freie Wohlfahrtspflege.¹¹⁶ Die Mitgliedsverbände der freien Wohlfahrtspflege sind:

- die Arbeiterwohlfahrt (AWO)
- der Deutsche Caritasverband (DCV)
- der Paritätische Gesamtverband (Der Paritätische)
- das Deutsche Rote Kreuz (DRK)
- das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (DW der EKD)
- die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST)

Von den sechs Mitgliedsverbänden beschäftigen der Deutsche Caritasverband und das Diakonische Werk die meisten Personen und sind damit nach dem Staat der zweitgrößte Arbeitgeber im Land.¹¹⁷ Die Größe der Verbände hat historische Gründe und wird durch das Selbstbestimmungsrecht der katholischen und der evangelischen Kirche, welches verfassungsrechtlich garantiert wird, gestärkt.¹¹⁸ Die Gesamtstatistik der freien Wohlfahrtspflege¹¹⁹, die seit 1970 alle vier Jahre erhoben wird, zeigt die starke Expansion in der Behindertenhilfe auf:

115 Vgl. hierzu insbesondere SGB XII § 5 & §75; Bergmann 2009, 8-11

116 Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. 2012, 10: „In den Einrichtungen und Diensten der Freien Wohlfahrtspflege sind insgesamt 1.673.861 Mitarbeiter/innen hauptamtlich beschäftigt., von ihnen sind 727.694 Vollzeitbeschäftigte (43 Prozent) und 946.167 Teilzeitbeschäftigte (57 Prozent).“

117 Vgl. Braun, 2017

118 Art.140 GG iVm Art 137 Abs. 3 III WRV; Freiheitsgewährung aus Art. 4 Abs. 1, 2 GG, Aufgeführt im Anhang, Konfessionelle Träger dürfen beispielsweise von ihren Mitarbeitenden eine erhöhte Treuepflicht verlangen.

119 Gesamtstatistik der freien Wohlfahrtspflege 2012

Arbeitsbereiche	Stand	Einrichtungen ¹	Betten/ Plätze ¹	Beschäftigte ¹
Hilfe für Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen				
	1970	1.527	81.369	19.011
	1981	4.627	176.100	62.627
	1990	8.122	248.562	96.659
	2000	12.449	344.819	157.711
	2004	14.285 (+15)	499.390 (+45)	242.830 (+54)
	2008	15.365 (+ 8)	493.708 (- 1)	291.307 (+20)
	2012	16.446 (+ 7)	509.395 (+ 3)	316.953 (+ 9)

Abbildung 4: Hilfe für Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen in der freien Wohlfahrtspflege von 1970-2012 (Quelle: Gesamtstatistik der freien Wohlfahrtspflege 1970 – 2012)

Im Jahre 2012 erhielten 509.395 Menschen mit Behinderung sowie Menschen mit psychischer Erkrankung Angebote von Trägern der freien Wohlfahrtspflege in 16.446 Einrichtungen und Diensten und es waren 316.953 Beschäftigte dort tätig.¹²⁰

Laut Bundesinstitut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung ist im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen die Weiterbildungsbeteiligung besonders hoch.¹²¹ Neben des oben skizzierten demografischen Wandels und dem daraus erwarteten und teilweise schon bestehenden Fachkräftemangels und der Alterung der Beschäftigten, wandelt sich die Behindertenhilfe fundamental. Die Komplexität der Herausforderungen besteht neben der fachlichen Weiterentwicklung und der Umsetzung der UN-BRK, in einem ökonomischen Druck und damit gesteigerten Wettbewerb der Leistungsanbieter und -träger.¹²² Die sukzessive Einführung des BTHG verstärkt diesen Trend. Auf institutioneller Ebene bedeutet dies, die Konversion von Einrichtungen¹²³ voranzutreiben und Angebote hinsichtlich Kundenorientierung, Qualität und Transparenz der Dienstleistung und Diversifikation hin auszurichten. Auf der Ebene der Mitarbeitenden ist die Belegschaft durch umfangreiche Personalentwicklungsmaßnahmen in die anstehenden Veränderungsprozesse frühzeitig miteinzubeziehen und zu beteiligen:

¹²⁰ Ebd. 33; Anm. d. Verf.: von 2016 liegen keine aktuellen Daten vor.

¹²¹ Vgl. BIBB 2018, 43: 81% im ersten Halbjahr 2016

¹²² Vgl. Caritas Erzbistum Köln 2013. Die Leistungen der Eingliederungshilfe belaufen im Jahr 2017 auf 17,2 Mrd. Euro und entspricht damit einer Steigerung um 4,4% zum Vorjahr; vgl. Statistisches Bundesamt 2018a

¹²³ Konversion bedeutet beispielsweise Auflösung von Komplexeinrichtungen zugunsten von individuellem und sozialraumorientierten Wohnen in Gemeinden

„Die Qualifizierungsmaßnahmen sollen die Mitarbeiter unterstützen, ihre veränderte berufliche Rolle zu reflektieren. Der Wandel vom Betreuer zum Begleiter, zum Unterstützer oder Assistenten beinhaltet die Fokussierung der Arbeitshaltung auf Förderung der Autonomie, der Selbstbestimmung und der Befähigung der Menschen mit Behinderung ihre Rolle als Bürger in der Gemeinde wahrzunehmen.“¹²⁴

Der wirtschaftliche Faktor macht es auch für Non-Profit-Organisationen wie den Institutionen der Behindertenhilfe erforderlich, die Potentiale des informellen Lernens auszuschöpfen, welches allerdings wenig steuerbar ist. Daher finden Qualifizierungsmaßnahmen vorwiegend in organisierten Lernprozessen statt.

Fazit: Die betriebliche Weiterbildung ist der größte Bildungsbereich im Weiterbildungssektor. Erhebungen zum Weiterbildungsverhalten der Teilnehmenden gibt Aufschlüsse über fördernde und hindernde Faktoren der Partizipation. Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Unternehmen und der generelle Wandel der Arbeit machen Personalentwicklungsmaßnahmen in Unternehmen notwendig. In Institutionen der Behindertenhilfe sind diese außerdem vor allem auf den Paradigmenwechsel nach der UN-BRK, der das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung postuliert, zurückzuführen. Im Fokus der betrieblichen Weiterbildung steht dabei nicht die Anhäufung von Wissen des Individuums, sondern vielmehr wird eine Herausbildung von Handlungskompetenz angestrebt. Welche Bedeutung dabei Blended Learning Lernarrangements haben, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

2.4 Blended Learning

2.4.1 Begriffsklärung, Bedeutung und Effizienz

Blended Learning wird als eine spezielle Form des E-Learnings angesehen. Unter E-Learning wird das „... prozessorientierte Lernen in Szenarien, das mit Informations- und Kommunikationstechnologien sowie mit darauf aufbauenden (E-Learning-) Systemen unterstützt bzw. ermöglicht wird“¹²⁵ verstanden. Bei Blended Learning (Blended: Abgeleitet aus dem englischen Wort blender = Mixer) wird E-Learning

124 Caritas Erzbistum Köln 2013, 6

125 Erpenbeck/Sauter u.a. 2015, 1

didaktisch sinnvoll mit den Vorteilen von Präsenzveranstaltungen verknüpft, um eine höhere Lerneffizienz zu erreichen.¹²⁶ Durch den oben geschilderten enormen Weiterbildungsbedarf gewinnen digitale Medien zunehmend an Bedeutung.¹²⁷ Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fordert mit ihrer „Strategie Digitale Bildung“ aufgrund vielschichtiger Veränderungen der gesamten Gesellschaft eine flächendeckende Verbreitung digitaler Bildung in Deutschland, explizit auch in der beruflichen Weiterbildung.¹²⁸ Es unterstützt diese mit unterschiedlichen Förderprogrammen wie beispielsweise „Digitale Medien in der beruflichen Bildung“ oder „Medienqualifizierung pädagogischer Fachkräfte“. Mittlerweile erfolgen beruflich orientierte Weiterbildungen bereits mit 46% digital gestützt.¹²⁹ Die soziodemografischen Daten bezogen auf die Weiterbildungsaktivität der Beschäftigten mit Unterstützung digitaler Medien tragen ähnliche Ergebnisse zutage, wie sie bei der Partizipation an der betrieblichen Weiterbildung generell festgestellt wurden.¹³⁰ Auffallend ist jedoch insbesondere die Altersgruppe der 18-24jährigen, die überdurchschnittlich häufig an digital gestützten Bildungsaktivitäten teilnimmt. Die Bedeutung von Blended Learning wird in folgendem Schaubild der Trendstudie mmb Learning Delphi 2018 ersichtlich, in dem deutsche Bildungsexperten Entwicklungen der betrieblichen Bildung einschätzen:

126 ebd, 29, vgl. Issing/Klisma 2011, 14, vgl. Arnold, Kilian et al. 2011, 18 ; vgl. Loibl 2008, 52, vgl. Sauter/Sauter (et al.) 2004, 282

127 Vgl. Rohs 2017

128 Ebd. 2016;

129 Wobei die individuell berufsbezogene Weiterbildung mit 49 % noch häufiger digital gestützt erfolgt, was einen Hinweis auf die (noch) fehlende mediale Infrastruktur in Betrieben sein kann. Vgl. Bilger/Behringer et al. 2017, 244

130 Vgl. Kapitel 2.3.1, vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2017

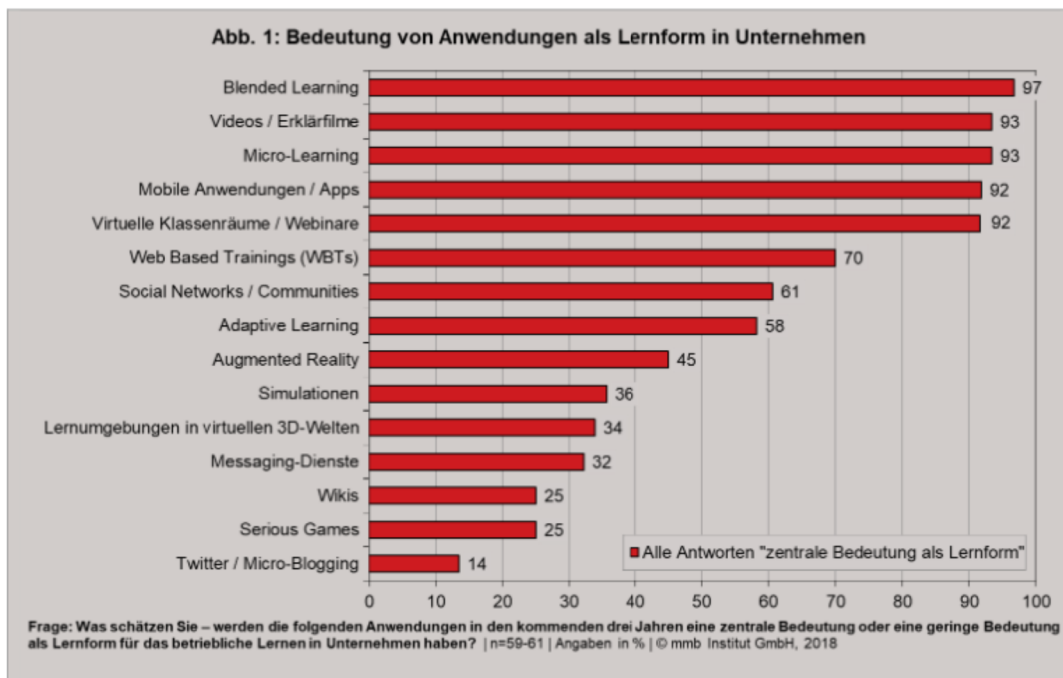


Abbildung 5: Bedeutung der Lernanwendungen für betriebliches Lernen (Quelle: mmb-Institut, 2018; Learning Delphi 2018)

Blended Learning bleibt nach früheren Erhebungen weiterhin das Leitinstrument mit 97%, gefolgt von Erklärfilmen, Micro-Learning, Mobile Learning und Virtual-Classroom-Lösungen. Zurückzuführen ist die Bedeutung von Blended-Learning-Arrangements auch auf die Effektivität der Angebote. Zu differenzierten Ergebnissen hierzu kommt eine Meta-Analyse von Means, Toyama, Murphy und Baki.¹³¹ Blended-Learning wirkt sich demnach signifikant besser auf den Wissenserwerb von Lernenden aus als die klassische Lehre – diese Unterschiede sind jedoch nicht im Vergleich von reinen E-Learning-Arrangements und klassischer Lehre zu verzeichnen. Sie kommen ferner zu dem Ergebnis, dass Blended-Learning-Maßnahmen bessere Ergebnisse erzielen, wenn die Onlinephasen größer sind als Blended Learning mit größeren Präsenzphasen. Positive Effekte zeigen sich auch, wenn die Kurse lernbegleiterorientiert und kollaborativ gestaltet werden, was bei der didaktischen Umsetzung folglich berücksichtigt werden sollte.

131 Ebd. 2013

E-Learning hat den Vorteil, dass das lernende Individuum selbstgesteuert, an seinem eigenen Bedarf orientiert aktiv lernen kann und darüber hinaus auch Lernzeit, Lernort, Lerntempo und Lernstil bestimmt. Blended Learning nutzt zusätzlich die Vorteile der Präsenz: Um berufliche Handlungskompetenz zu entwickeln, sind Möglichkeiten zur persönlichen Interaktion mit Kursteilnehmenden und Lernbegleitenden unersetzlich.¹³² Erpenbeck/Sauter et al. betonen, dass der Erfolg von Blended Learning weniger an der eingesetzten Lerntechnologie festzumachen ist, als an dem Wandel der Lernkultur „vom fremdgesteuerten zum selbstgesteuerten eigenverantwortlichen Lernen, aber auch von der Erweiterung der Wissens- und Qualifikationsziele um Kompetenzziele sowie dem Wandel von curricularen Seminarangeboten zum bedarfsorientierten Lernen „on-demand““. ¹³³ Der Wissensaufbau bei Blended-Learning-Maßnahmen orientiert sich konsequent an einer konstruktivistischen Auffassung vom Lernen Erwachsener: Er wird primär in die Verantwortung des lernenden Subjekts kann sich die Dauer bisheriger Weiterbildungsseminare bis um ein Drittel verkürzen. Dazu braucht es jedoch bei Lernenden, Lernbegleitenden und Weiterbildungsanbietenden bestimmte Bedingungen, welche nun beschrieben werden.

2.4.2 Voraussetzungen für gelingende Lernarrangements

Grundsätzlich ist die zentrale Bedingung für Blended Learning der Computer- und Internetzugang sowie eine Lernplattform mit Schnittstellenfunktion zu Lernenden, die wesentliche Funktionen für den E-Learning-Prozess bereit hält.

Als Voraussetzung dafür, dass Blendend Learning-Maßnahmen bei den Lernenden überhaupt zu beruflicher Handlungskompetenz führt, ist ihr Interesse an dem Weiterbildungsthema unabdingbar. Die oben geschilderte notwendige Verantwortung für das Lernen können Lernende nur übernehmen, wenn sie über ausgeprägte Selbststeuerungskompetenzen verfügen. Diese können teilweise wenig ausgeprägt sein, wenn die Lernenden auf andere schulische Vorerfahrungen zurückgreifen, können aber auch im Prozess sukzessive erweitert werden.¹³⁴ Eine weitere Voraussetzung ist der sichere Umgang mit Medien, insbesondere auch im Hinblick auf Informationsbeschaffung und die Einschätzung von Quellen. Gerade bei

¹³² Vgl. Loibl, 2008, 48

¹³³ Ebd.2015, 2

¹³⁴ Vgl. Pachner, 2009

Berufsgruppen, wie der von Fachkräften in der Behindertenhilfe, bei denen das Arbeitsfeld nicht unmittelbar von der Digitalisierung betroffen ist, können die Vorbehalte von Teilnehmenden gegenüber computergestützten Lernangeboten ein Lernhindernis sein. Dies darf nicht ignoriert werden und sollte bei der Konzeption von Weiterbildungsangeboten berücksichtigt werden.¹³⁵ Die Einsicht in die Bedeutung eines persönlichen Mehrwerts erhöht die Akzeptanz, sich auf technologiegestützte Lernumgebungen einzulassen.¹³⁶ Zur Haltung von Fachkräften der Behindertenhilfe zu neuen Medien, zu ihren diesbezüglichen Vorerfahrungen und private und berufliche Nutzung gibt es bislang allerdings keine empirisch gesicherten Kenntnisse. Eine weitere zentrale Bedingung für gelingende Blended Learning-Maßnahmen ist die Fähigkeit zur Kooperation, die in der Arbeit in Tandems oder Kleingruppen gefordert wird. Das Berufsfeld der Mitarbeitenden in der Behindertenhilfe ist wesentlich durch Interaktion geprägt, weshalb bei diesem Personenkreis von ausgeprägten Kooperationskompetenzen ausgegangen werden kann.

Der Weiterbildungsanbieter und die Lernbegleitenden müssen auf die Selbstlern-, Medien- und Kooperationskompetenz der Partizipierenden mit Einfühlungsvermögen und intensiver Lernbegleitung reagieren.¹³⁷ Im besten Fall kennen sie die Voraussetzungen der anvisierten Zielgruppe. Dies erfordert davor eine differenzierte Zielgruppenanalyse. Die Lernbegleitenden benötigen neben der unabdingbaren Fachkompetenz unterdessen selbst eine ausgeprägte Medienkompetenz, um ihrer Aufgabe gerecht zu werden und einen sinnvollen Medieneinsatz zu gewährleisten.¹³⁸ Die Anforderungen hierzu lassen sich nicht eindeutig definieren.¹³⁹ Neben der Medienkompetenz beeinflussen auch organisationale und äußere Umstände den Medieneinsatz, wie beispielsweise die technische Ausstattung vor Ort.¹⁴⁰ Dies verlangt eine hohe Flexibilität. Bolten und Rott stellen fest, dass auch beim Weiterbildungspersonal die eigene Haltung zu neuen Medien unterschiedlich ist und unter anderem abhängig von Arbeitsaufwand und Alter.¹⁴¹ Doch nicht allein die Medien- und mediendidaktische Kompetenz entscheidet über qualitativ hochwertige

135 Vgl. Bartz/Tippelt 2004

136 Vgl. Herber, Schmidt-Hertha et al. 2013

137 Vgl. Buschle, König 2018

138 Vgl. Bolten, Rott 2018, Herber, Schmidt-Hertha et al. 2013

139 Vgl. Rohs, 2017, 232

140 Vgl. Bolten, Rott 2018, 142

141 Ebd.

Angebote. Vielmehr bedürfen Blended Learning-Kurse einer gründlichen didaktischen Planung. Wie diese gelingen kann, wird im folgenden aufgezeigt.

2.4.3 Blended-Learning-Prozess

Bei der Konzeption von Blended-Learning-Arrangements in der Erwachsenenbildung liegt der Fokus auf den Lernenden. Die gestalterische Ausdifferenzierung der Lernform basiert auf konstruktivistischen Überlegungen mit dem Ziel der Handlungsorientierung, welche sich aktuell aus dem Kompetenzbegriff herleitet.¹⁴²

Die alternierenden Präsenz- und Online-Phasen müssen sinnstiftend aufeinander abgestimmt sein. Die Lernenden haben dabei die Möglichkeit die einzelnen Lernschritte in unterschiedlichen Lernpfaden durchlaufen. In Web Based Trainings (WBT) dargebotene problemorientierte Aufgaben oder Fallstudien können im Rahmen von Learning Community oder in sich anschließenden Workshops besprochen werden. Dadurch soll vermieden werden, sogenanntes „träges Wissen“¹⁴³ zu vermitteln, dem der Anwendungsbezug fehlt. Bedingung für gelingendes Lernen ist eine kontinuierliche Rückmeldung. Daraus ergeben sich angelehnt an Baumgartner¹⁴⁴ folgende didaktische Herausforderungen:

- Arrangement von robusten Lernumgebungen: Möglichst störungsfreie und ablenkungsresistente Gestaltung, die kurzfristig wechselnde Umgebungen berücksichtigt und mobile Nutzung erlaubt
- Abwechslungsreiche Aufgaben und Rückmeldeformen: Interessante, motivierende und facettenreiche Gestaltung
- Soziales Lernen: Gestaltung von kooperativ und kollaborativ zu bearbeitenden Aufgaben zur Nutzung motivierender Impulse

Die Grundstruktur von Blended Learning-Maßnahmen gliedert sich nach Erpenbeck/Sauter in die Abschnitte Eröffnungsveranstaltung, Selbstlernphase und Workshops.¹⁴⁵ Eine Eröffnungsveranstaltung beinhaltet eine Vorstellungsrunde, die Erhebung der Erwartungen der Teilnehmenden und einer Einführung über die

142 Vgl. Frank 2012, 59-92

143 Vgl. Wahl 2013, 97ff

144 Vgl. Baumgartner 2013

145 Vgl. Erpenbeck/Sauter et al. 2015, 30-38

Vorgehensweise. Methodisch kann das Kennenlernen der Teilnehmenden untereinander forciert werden, um abschließend Lerntandems oder Lerngruppen zu bilden. Zum Abschluss werden Jours fixes, Meilensteine und Arbeitsaufträge verbindlich festgelegt. In der Selbstlernphase wird das Lernen vom Lernsubjekt basierend auf transfer- und projektorientierten Aufgabenstellungen übernommen. WBT leisten hier Wissensaufbau, -verarbeitung und -transfer. Eine Lernwegflankierung erfolgt parallel durch E-Coaches und Trainer, durch netzbasierte Vergleiche der Arbeitsergebnisse, den internen Austausch im Lerntandem und zusätzlich auch in KOPING-Gruppen. KOPING wird hier als Kunstwort verstanden, angelehnt an das englische Wort „coping“ (= bewältigen). Gleichzeitig bedeutet der Begriff „KOMmunikative Praxisbewältigung IN Gruppen“.¹⁴⁶ In Workshops werden abschließend die gemachten Lernerfahrungen reflektiert und die Ergebnisse von Transferaufgaben präsentiert und diskutiert.

Um das Ziel von Blended Learning-Arrangements, die Erweiterung der Handlungskompetenz bei der Zielgruppe, zu erreichen, ist Blended Learning als Lernform bei der Entwicklung eines Kurskonzepts nicht isoliert zu betrachten, sondern fungiert als ein Baustein neben weiteren methodisch-didaktischen Überlegungen zum Kompetenzzlernen. Veranschaulicht dargestellt haben dies Erpenbeck/Sauter in folgender Abbildung:¹⁴⁷

146 Ebd. 18

147 Ebd. 2010, 5

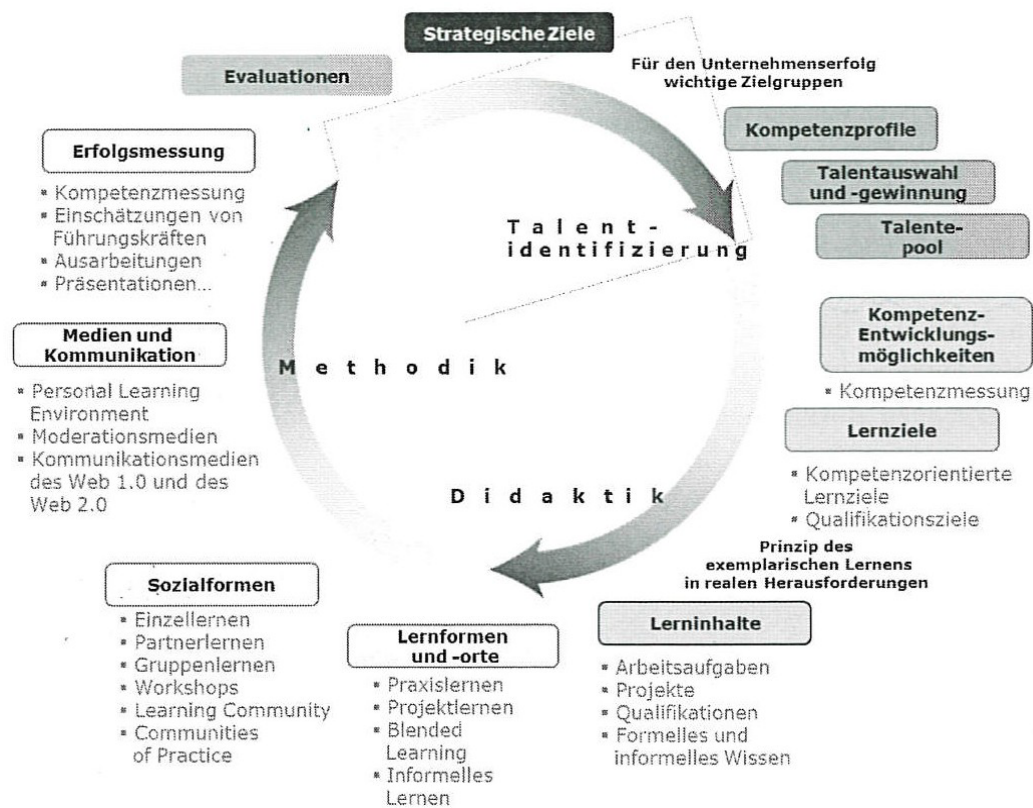


Abbildung 6: Didaktisch-methodischer Entwicklungskreislauf des Kompetenzlernens
(Quelle: Erpenbeck/Sauter 2010, 5)

Neben der Talentidentifizierung, ein von Erpenbeck/Sauter verwendeter Begriff, um mögliche Teilnehmende zu finden, die Potential - Talente – besitzen,¹⁴⁸ gilt es in der didaktischen Analyse Kompetenzentwicklungsmöglichkeiten zu benennen und individuelle Lernziele und -inhalte zu vereinbaren. In der methodischen Analyse werden Lern- und Sozialform, Medieneinsatz und Kommunikationstechnologien und auch die anschließende Erfolgsmessung bedacht.

Fazit: Blended Learning kombiniert E-Learning mit Präsenzveranstaltungen, um positive Lerneffekte zu erzielen. Digitales Lernen wird politisch und gesellschaftlich eingefordert, auch um den Weiterbildungsbedarf decken zu können. Es hat eine hohe Bedeutung im betrieblichen Lernen. Die Vorteile sind in einem effektiven Wissenserwerb bei einer veränderten Lernkultur festzumachen. Voraussetzungen für

¹⁴⁸ vgl. ebd.

gelingende Lernarrangements liegen bei Lernenden und Lernbegleitern vor allem auch in einer positiven Haltung zu neuen Medien und zusätzlich bei der Selbstlernkompetenz der Teilnehmenden. Im Prozess von Blended Learning-Maßnahmen müssen nach einer Eröffnungsveranstaltung, Selbstlernen mit Workshops didaktisch miteinander verzahnt sein. Eingebettet in das Ziel der Kompetenzerweiterung übernimmt Blended Learning den Baustein der Lernform.

Nach der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes der Schlüsselbegriffe Menschen mit Behinderung, Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderung, betriebliche Weiterbildung und Blended Learning soll im folgenden Forschungsdesign dargelegt werden, wie aus dem zuvor Erarbeiteten eine Kurskonzeption zur Implementierung einer ethischen Handreichung erarbeitet werden kann.

3 Forschungsdesign

3.1 Analyse von Schlüsselbegriffen

Unter 2 *Forschungsstand und theoretische Grundlagen* wurde mittels Klärung zentraler Begriffe, welche aus der komplexen Themenstellung abgeleitet wurden, allgemeine Merkmale aus weitestgehend aktueller Literaturrecherche herausgearbeitet, mit dem Ziel, diese nun bei der Entwicklung eines Kurskonzepts zur Implementierung einer ethischen Handreichung in der DS einfließen zu lassen. Der besseren Nachvollziehbarkeit wegen, wurde die Herleitung der Auswahl der Begriffe in Kapitel 2 tabellarisch vorangestellt. (Tabelle 1Tabelle 1Festlegung des Forschungsgegenstandes).

3.2 Zuordnung von Merkmalen zu Rubriken für die Rahmenanalyse und Kurskonzeptentwicklung

Im Folgenden werden die im vorangegangenen Kapitel aus den Schlüsselbegriffen herausgearbeiteten anwendungsorientierten Informationen/Merkmale dargestellt, um sie der Rahmenanalyse zur Kurskonzeption und in einem weiteren Schritt für die exemplarische Kurskonzeption selbst zu nutzen. Dabei erhebt die Kategorisierung

keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll lediglich die Vorgehensweise verdeutlichen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird eine tabellarische Darstellung gewählt.

Tabelle 3: Zuordnung von Merkmalen zu Rubriken zur Rahmenanalyse und Kurskonzeptentwicklung

2. Schlüsselbegriffe/Merkmale	4. Rahmen-analyse	3. Konzept-entwicklung
<ul style="list-style-type: none"> • Menschen mit Behinderung • <u>Zum Begriff Behinderung</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ sozio-kulturelle Werte und Normen ◦ Medizinisches Modell/soziales Modell ◦ Art. 1 UN-BRK ◦ SGB IX § 2 Abs. 1 • <u>Klassifikationen</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ziele von Klassifikationen ◦ ICD-10-GM/DSM-V/ICF/Heil- und Sonderpädagogische Klassifikationen • <u>Ätiologie</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ prä-/peri-/postnatal ◦ biologische/soziokulturelle Faktoren ◦ zusätzliche Störungen • <u>Epidemiologische Daten</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Gesamtprävalenz ◦ medizinischer Fortschritt ◦ veränderte Altersstruktur 	<p>Bedarfsanalyse (4.2)</p>	<p>Didaktische Analyse/Lerninhalt (5.1.2):</p> <p>Eigenes Verständnis von Behinderungen</p> <p>Klientel erkennen: Behinderung benennen</p> <p>Ursachen kennen</p> <p>Verhalten beschreiben</p> <p>Entwicklungen verstehen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung • <u>Zum Begriff Selbstbestimmung</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ deskriptiver/normativer Aspekt ◦ anthropologische Sichtweisen ◦ soziale Kategorie ◦ grundsätzliche Abhängigkeit • <u>Herausforderungen in der Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderung in Institutionen</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ veränderte Gesetzgebung ◦ Postulat der Selbstbestimmung in der Behindertenhilfe ◦ Erschwernisse, die in der Behinderung/in der Institution/im sozialen Umfeld liegen • <u>Besonderheiten in Fragen zur Gesundheit</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Einwilligungsfähigkeit 	<p>Bedarfsanalyse (4.2)</p> <p>Zielgruppenanalyse (4.3)</p> <p>Bedarfsanalyse (4.2)</p>	<p>Didaktische Analyse/Lerninhalt (5.1.2):</p> <p>Bedeutung von Selbstbestimmung definieren</p> <p>juristische Sachverhalte kennen</p>

2. Schlüsselbegriffe/Merkmale	4. Rahmen-analyse	3. Konzept-entwicklung
<ul style="list-style-type: none"> ○ juristische Unterscheidung: Freier/natürlicher Wille ○ Unterstützungsbedarf von MmB ○ Konfliktvolle Situationen: Wille-Wohl-Abwägung ○ Balance des Personals zwischen den Anforderungen, ○ ethische Fallbesprechung • <u>Ethische Handreichung</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientierungshilfe für das Personal ○ Erhöhung von Entscheidungsqualität ○ juristische/ethische Entlastung ○ Qualitätssicherung ○ Verbesserung der Versorgungsqualität ○ Zufriedenheit von Mitarbeitenden und Angehörigen ○ normativ-ethische Orientierung: UN-BRK, Leitbild der Institution, Grundaussagen der Fachverbände, Werteabwägung: Medizinethik/Ethik der Achtsamkeit ○ Mitarbeitende: berufliche Vorbildung/Alter 		<p>Methodische Analyse/Sozialform (5.1.3): KOPING/ oder Forum: Fallvignette bearbeiten Didaktische Analyse/Lernziel (5.1.2): Handreichung kennen</p> <p>Entscheidungen treffen können</p> <p>Methodische Analyse/Sozialform (5.1.3): Diskussion/Forum zum Leitbild</p> <p>Talentidentifizierung (5.1.1)</p>

2. Schlüsselbegriffe/Merkmale	4. Rahmen-analyse	3. Konzept-entwicklung
<p>Betriebliche Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gegenstand und Einordnung <ul style="list-style-type: none"> ◦ im Unternehmen durchgeführt oder von diesem veranlasst ◦ betriebliche Weiterbildung als größter Bildungsbereich ◦ Partizipationsverhalten - Einflussfaktoren ◦ Qualifikationsniveau, Dauer der Beschäftigung, beruflich Position ◦ Unterdurchschnittliche Beteiligung ◦ Betriebsgröße ◦ Gründe: betriebliche Anordnung – Auswirkungen auf Selbstlerndisposition fragwürdig • Anforderungen an die betriebliche Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> ◦ wirtschaftliche Interessen des Betriebs ◦ subjektives Interesse der Mitarbeitenden ◦ Folge: Personalentwicklungsmaßnahmen ◦ Demografischer Wandel: Potentiale älterer Beschäftigter und erwerbsloser Personen ◦ Wandel der Industriegesellschaft zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft ◦ Beschleunigung des Wissenstransfers ◦ Megatrends ◦ Subjektivierung der Arbeit ◦ Folgen: Belastung von Abbau von Arbeitsplätzen und Chancen durch Enthierarchisierung und damit verbesserten Arbeitsbedingungen • <u>Institutionen der Behindertenhilfe</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Körperschaft öffentlichen Rechts ◦ Freie Wohlfahrtspflege, DW der EKD ◦ starke Expansion der Behindertenhilfe ◦ Wandel der Behindertenhilfe ◦ ökonomischer Druck ◦ Folge: Personalentwicklungsmaßnahmen 	<p>Zielgruppenanalyse (4.3)</p> <p>Die Institution Diakonie Stetten e. V. - ein Überblick (4.1)</p> <p>Bedarfsanalyse (4.2)</p> <p>Zielgruppenanalyse (4.3)</p> <p>Die Institution Diakonie Stetten e. V. - ein Überblick (4.1)</p> <p>Bedarfsanalyse (4.2)</p>	<p>Talentidentifizierung (5.1.1): Unterdurchschnittl. Beteiligte berücksichtigen</p> <p>Talentidentifizierung /Talentauswahl und -gewinnung (5.1.1)</p> <p>Talentidentifizierung /Talentepool (5.1.1)</p> <p>Strategische Ziele des Unternehmens (5.1)</p>

2. Schlüsselbegriffe/Merkmale	4. Rahmen-analyse	3. Konzept-entwicklung
<p>Blended Learning</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Begriffsklärung, Bedeutung, Effizienz</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Mix von E-Learning und Präsenzveranstaltungen ◦ Partizipationsverhalten ähnlich dem der betrieblichen Weiterbildung ◦ bedeutendste Lernform in Unternehmen ◦ Effektivität besser bei größeren Onlinephasen ◦ Vorteile: Lernerorientiert: Individuum bestimmt Lernzeit, Lernort, Lerntempo und Lernstil, ◦ Dauer von Weiterbildungsmaßnahmen verkürzt sich • <u>Voraussetzung für gelingende Lernarrangements</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Computer- und Internetzugang ◦ Lernplattform ◦ Beim Lernenden: Interesse am Thema, Selbststeuerungskompetenzen, Medienkompetenz, Fähigkeit zur Kooperation ◦ Beim Weiterbildungsanbieter und -personal: Einfühlungsvermögen, Zielgruppenanalyse, ausgeprägte Medienkompetenz • <u>Blended Learning-Prozess</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Fokussierung auf den Lernenden ◦ konstruktivistische, subjektwissenschaftliche Überlegungen ◦ Ziel: Handlungsorientierung ◦ Didaktische Herausforderungen: robuste Lernumgebung, abwechslungsreiche Aufgaben und Rückmeldeformen, Ermöglichung sozialen Lernens ◦ Grundstruktur: Eröffnungsveranstaltung, Selbstlernphase, Workshops ◦ Entwicklungskreislauf des Kompetenzzlernens: Talentidentifizierung, didaktische und methodische Analyse 	<p>Die Institution Diakonie Stetten e. V. - ein Überblick (4.1)</p> <p>Zielgruppenanalyse (4.3)</p> <p>Die Institution Diakonie Stetten e. V. - ein Überblick (4.1)</p> <p>Zielgruppenanalyse (4.3)</p> <p>Die Institution Diakonie Stetten e. V. - ein Überblick (4.1)</p>	<p>Strategische Ziele des Unternehmens (5.1)</p> <p>Didaktische-methodische Überlegungen (5.1)</p> <p>Blended Learning Prozess (5.2)</p> <p>Didaktische Analyse (5.1.2)</p> <p>Blended Learning Prozess (5.2): Grundstruktur</p> <p>Didaktische Überlegungen(5.1)/ Didaktische Analyse(5.1.2)/ Methodische</p>

4 Rahmenanalyse zur Kurskonzeption in der Diakonie Stetten e.V.

4.1 Die Institution Diakonie Stetten e.V.

Um einen Kurs für die Diakonie Stetten zu konzipieren, wird zunächst die Einrichtung mit ihren Bereichen vorgestellt.

Die DS. gehört zum Diakonischen Werk der evangelischen Kirche in Deutschland, dem zweitgrößten Träger der Freien Wohlfahrtspflege. Sie wurde 1849 in Riet bei Vaihingen/Enz gegründet und hat seit 1863 ihren Sitz in der Gemeinde Stetten im Remstal. Die DS ist mit ihren Dienstleistungen in 37 Städten und Gemeinden im Großraum Stuttgart vertreten. Rund 7000 Menschen nehmen die unterschiedlichsten Dienste der Einrichtung in Anspruch. Die Angebote reichen von ambulanten Beratungen über teilstationäre Angebote bis hin zu stationären Aufenthalten und sind angesiedelt in der Alten- und Behindertenhilfe, in Kitas und Schulen, in Jugendhilfe und Erwachsenenbildung. Die DS ist organisatorisch in folgende Geschäftsbereiche untergliedert:

- Diakonie Stetten e.V. (Kompass, Leben Wohnen Kernen, Leben Wohnen Regional, Remstal Werkstätten, Torwiesenschule, Kinderhaus Bachwiesenstraße)
- Berufsbildungswerk Waiblingen gGmbH
- Alexander-Stift Gruppe
- Ludwig Schlaich Akademie
- Service GmbH
- Dienstleistungspartner GmbH
- Gesundheitszentrum Kernen GmbH
- Diakonie Stetten Sozialer Friedensdienst GmbH

Laut Personalabteilung waren zum Stichtag des 31.07.2018 insgesamt 4001 Personen bei der DS angestellt.¹⁴⁹

¹⁴⁹ Die Anstellung sagt nichts über Voll- oder Teilzeitbeschäftigung aus. Berücksichtigt wurden Auszubildende, Helfende im Bundesfreiwilligendienst und im Freiwilligen Sozialen Jahr, Ferienhelferinnen und Ferienhelfer, Mitarbeitende im Altersteilzeitmodell, im Sonderurlaub und

Im folgenden wird der Frage nachgegangen, woraus sich der Bedarf zur Implementierung einer ethischen Handreichung ergibt.

4.2 Bedarfsanalyse

Die DS hat in ihrem Leitbild¹⁵⁰ den Anspruch zur Erfüllung der Bedarfe der Menschen, die ihre Angebote wahrnehmen, fest verankert. Fachlich orientiert sie sich an dem Modell der ICF der WHO¹⁵¹. Als Teil der evangelischen Kirche sieht sie das Selbstverständnis ihrer Arbeit auf der Grundlage christlich-diakonischer Werte. Explizit äußert sie sich, den Bedürfnissen der sich ihr anvertrauenden Menschen nach Individualität und Selbstbestimmung genauso nachzukommen wie den Bedürfnissen nach Geborgenheit und Fürsorge. Außerdem verpflichtet sich die Institution dazu, zeitnah Antworten auf gesellschaftliche und politische Herausforderungen zu finden, die die Belange ihrer Klienten betrifft.

Mitarbeitende sollen persönliche Verantwortung für ihre Arbeit übernehmen und eigenständig Entscheidungen treffen. Ihnen wird Unterstützung in schwierigen Betreuungssituationen zur Erweiterung ihres Handlungs- und Entscheidungsradius angeboten.¹⁵² Mit Fortbildungsangeboten sollen sie unterstützt werden, ihre ethischen Kompetenzen einzubringen. Dazu stehen Handreichungen zur Verfügung.

Durch die eingangs geschilderten gesellschaftlichen und politischen Veränderungen und die Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe verändern sich die Anforderungen an das Personal. Erkennbar wird dies an 39 von 43 seit 2012 durchgeführten ethischen Fallbesprechungen zu schwierigen Entscheidungssituationen in Fragen zu Gesundheit in der Betreuung von Menschen mit Behinderung. Darauf folgend wurde die ethische Handreichung zu diesem Thema entwickelt, die nun zwar zur Verfügung steht, aber ins Unternehmen implementiert werden muss, damit mit sie die in 2.2.4 geschilderten positiven Effekte auch leisten kann.

Elternzeit. Ehrenamtliche (etwa 1070 Personen) sind nicht gemeint.

150 Vorstand der Diakonie Stetten e. V. 2017a

151 Vgl. Kap. 2.1.2

152 Vorstand der Diakonie Stetten e. V. 2017b

4.3 Zielgruppenanalyse

Das erklärte Ziel der ethischen Handreichung ist die Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung in Gesundheitsfragen, daher schränkt sich der Personenkreis, der mit der Handreichung vertraut gemacht werden muss, auf Mitarbeitende ein, die in ihrer beruflichen Tätigkeit im *direkten* Kontakt mit Menschen mit Behinderungen stehen. Demnach sind Mitarbeitende aus dem Bereich der Altenpflege (Alexanderstift), Jugendhilfe und der Kitas und Schulen und aus der Verwaltung oder der Hauswirtschaft und Reinigung nicht Zielgruppe im Sinne der Handreichung. Im Qualifikationsniveau der Arbeitnehmenden wird unterschieden zwischen folgenden Dienstartern:

- Assistenzkräfte (Helferberufe): Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelfer, Alltagsbetreuer staatlich anerkannt, Pflegeassistent, Kinderpfleger und Sozialassistenten
- Betreuungskräfte nach § 87b
- Sonstige Kräfte (Ungelernte)
- Pflegefachkraft: Altenpfleger, Krankenpfleger, Kinderkrankenpfleger
- Fachkraft Heilerziehungspfleger/Sonstige Fachkräfte
- Lehrer
- Ärzte
- Sonst. Therapeutisches Personal: Mitarbeitende der Ergo-, Physio- und Logopädie, Theaterpädagogen, Musiktherapeuten
- Psychologen
- sonstiges Funktionspersonal: Mentoren, MA aus dem Theologischen Bereich

Das Fortbildungsangebot für Mitarbeitende in unterschiedlichen Funktionen ist für Beschäftigte gedacht, deren Klienten vollstationär oder teilstationär in der DS untergebracht sind. Die Klienten, die stationär untergebracht sind, partizipieren in der Regel auch an teilstationären Angeboten. Dies betrifft die Beschäftigten der DS e.V. und des BBW Waiblingen. Auch Angestellte aus den Fachdiensten sind angesprochen. Sozialberuflich Tätige aus ambulanten Settings gehören nicht dazu, denn sie haben einen familienergänzenden Auftrag. In den in Betracht kommenden Unternehmensbereichen arbeiten insgesamt 1679 Beschäftigte.

4.4 Voraussetzungen für Blended Learning

Die DS verfügt über eine Stabsabteilung Datenverarbeitung (IT) mit 20 Vollzeitstellen.

[REDACTED]¹⁵³ [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]¹⁵⁴.

Im stationären Bereich der Behindertenhilfe haben alle Beschäftigten einen persönlichen Account, in den Remstalwerkstätten und im BBW jedoch nicht durchgehend. Sie arbeiten dort mit sogenannten Gruppenaccounts (Gruppen- bzw. Stationsarbeitsplätzen). Für diese Bereiche können allerdings Lösungen geschaffen werden. Eine Lernplattform gibt es bis zur Fertigstellung der Arbeit noch nicht, soll aber im Herbst 2018 vorangetrieben werden, da alle relevanten Geschäftsbereiche Bedarf angemeldet haben. Um die Vorteile des ortsunabhängigen Lernens nutzen zu können, ist entscheidend, wo diese Lernplattform zur Verfügung gestellt wird (public oder private cloud), also ob ein direkter Zugriff über das Internet möglich ist oder nur über das Produktivnetz der DS. Die Lernplattform Lele (Lehren und lernen) in der public cloud hat sich im Geschäftsbereich der Ludwig-Schlaich-Akademie (LSAK), die Ausbildungsakademie der DS, bewährt und wird gerade für andere Bereiche der Einrichtung getestet.

Zu der Medienkompetenz der Mitarbeitenden lässt sich keine Aussage machen. Sie könnte allerdings durch eine Mitarbeiterbefragung erhoben werden. Die Stabsabteilung Datenverarbeitung bietet keine Schulung oder Beratung im Zusammenhang mit Medienkompetenz an. Die DS verfügt an der LSAK über eine Abteilung Fort- und Weiterbildung, die Dozenten mit Medienkompetenz beschäftigt oder akquirieren kann.

Nach Darstellung der Rahmenbedingungen wird nun die Entwicklung eines Kurskonzept dargelegt.

153
154

5 Entwicklung eines Kurskonzepts

Die Kurskonzeption orientiert sich an dem in Kapitel 2.4.3. dargestellten didaktisch-methodischen Entwicklungskreislauf des Kompetenzzlernens. Das Blended Learning-Arrangement wird gesondert aufgeführt. Abgeschlossen wird mit Vorschlägen zur Implementierung der Handreichung.

5.1 *Didaktisch-methodische Überlegungen*

5.1.1 Talentidentifizierung

Strategische Ziele des Unternehmens

Die DS hat ihre Unternehmensziele bis 2021 in einem Masterplan festgeschrieben.¹⁵⁵ Als oberstes Ziel benennt sie die Begleitung der auf Unterstützung angewiesenen Menschen an der Teilhabe zu einem sowohl selbstbewusst als auch selbstbestimmt geführten Leben. Dabei betont sie die Bedeutung gut ausgebildeter Mitarbeitenden, die als aufmerksame Begleitende für die Klienten fungieren. Im Zielbereich Werte äußert sich die Institution:

„Wir geben in unserer täglichen Arbeit den Bedürfnissen nach Sinn und Orientierung Raum, indem wir Gelegenheiten zum Gespräch darüber schaffen (...). Ebenso ist uns die ethische Reflektion (sic!) vor dem Hintergrund unserer diakonischen Orientierung ein wichtiges Anliegen, das wir durch die Erarbeitung von ethischen Handreichungen und die Förderung ethischer Fallbesprechungen umsetzen.“

Im Leitbild betont die DS ferner die Bedeutung von Fort- und Weiterbildung für die Beschäftigten, die ihnen eine persönliche Entwicklung ermöglichen soll. Das strategische Ziel des Sozialunternehmens ist eine Verbesserung der Leistung und der Qualität der Arbeit der Angestellten, was eine Steigerung der Attraktivität der Dienstleistung zur Folge haben soll.¹⁵⁶

Kompetenzprofile

Die Mitarbeitenden der DS brauchen Kompetenzen, um Dilemmasituationen bei Menschen mit Behinderung in Gesundheitsfragen ethisch reflektieren zu können und

¹⁵⁵ Vorstand der Diakonie Stetten e. V. 2018

¹⁵⁶ Vgl. Vorstand der Diakonie Stetten e. V. 2017a

um in konflikthaften Situationen im Rahmen von ethischen Fallbesprechungen zu ethisch begründeten Entscheidungen zu kommen. Sie lernen die Bedeutung von Entlastung durch geteilte Verantwortung und interdisziplinären Austausch kennen.

Talentauswahl und -gewinnung

Die teilnehmenden Personen haben Interesse am Thema und sind motiviert hierzu ihre Kompetenzen zu erweitern. Sie kommen aus den unter 4.3 genannten Geschäftsbereichen und haben möglicherweise an einer ethischen Fallbesprechung teilgenommen. Sie sollten die Fähigkeit zum selbstorganisierten Lernen und zur Kooperation sowie Medienkompetenz mitbringen. Denkbar wäre auch, gezielt auf eine gemischte Altersstruktur zu achten und Personen aus einem anderen Kulturkreis zu gewinnen. Die Entscheidungen zur Talentauswahl treffen Leitende in Absprache mit den Beschäftigten.

Talentepool

Die Institution braucht mehrere Personen, um eine Weiterbildung mit Blended Learning anzubieten. Bestenfalls kommen die Teilnehmenden aus verschiedenen Berufsfeldern und Geschäftsbereichen, was den interdisziplinären Charakter erhöht. So wird eine soziale Flankierung des Lernprozesses ermöglicht.

5.1.2 Didaktische Analyse

Kompetenzentwicklungsmöglichkeiten

Die Bedeutung von Selbstbestimmung wird durchdacht. Der Blick der Beschäftigten auf den Willen der ihnen anvertrauten Menschen wird geschärft. Angestrebt wird die Kompetenz zur professionellen ethischen Reflexion von schwierigen Entscheidungssituationen.

Lernziele

Die Fachkräfte reflektieren ihr Verständnis von Behinderung. Sie loten die Möglichkeiten der Unterstützung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung in Gesundheitsfragen aus. Sie sollen grundlegende juristische Sachverhalte in diesem Zusammenhang kennen. Sie lernen ein Instrument zur

Erfassung von Willensäußerungen der Klienten kennen. Im Praxisalltag dokumentieren die sozialberuflich Tätigen ihre Beobachtungen hierzu systematisch, so dass sie in Entscheidungssituationen im Rahmen einer Gesundheitsfrage herangezogen werden können.

Exemplarische Lerninhalte

- Eigenes Verständnis von Behinderung reflektieren
- Bedeutung von Selbstbestimmung
- Begrenzung von Selbstbestimmung benennen, Grenzen ausweiten
- Einwilligungsfähigkeit in juristischer Hinsicht
- Medizinrecht
- Konflikthafte Situationen beschreiben/Wille-Wohl-Abwägung
- Werteabwägung: Medizinethik/Ethik der Achtsamkeit
- Erfassung von Willensäußerung durch ein Instrument

5.1.3 Methodische Analyse

Lernformen und -orte

Als Lernform wird Blended Learning gewählt, also ein Mischung von E-Learning und Präsenzphasen. Als Lernort für Präsenzveranstaltungen eignet sich das Schulgebäude der LSAK, da es zur Institution gehört und ortsnahe liegt. Durch eine Lernplattform in einer public cloud können die Teilnehmenden sowohl am PC im Betrieb als auch von zu Hause aus partizipieren. Die Präsenzveranstaltungen sollten maximal eine Dauer von drei Stunden haben und die Selbstlernphasen die Dauer von drei Wochen nicht übersteigen.

Sozialformen

Die Lernenden steuern Ort, Zeitpunkt, Umfang und individuelles Lerntempo selbst. In Tandems findet ein Austausch über Inhalte statt. Eine Lernwegflankierung erfolgt über die Begleitung von Tutoren. Der bilaterale Austausch wird darauffolgend ergänzt durch eine KOPING-Gruppe begleitet von E-Coaches. Um möglichst viele Fachkräfte zu beteiligen, sind hierarchie- und abteilungsübergreifende Interaktionen durch die

Schaffung eines Netzwerkes möglich. Feedback sollte unmittelbar, motivierend und abwechslungsreich erfolgen.

Medien und Kommunikation

Alle Medien des Web 2.0 sind geeignet. Medienproduzenten, Lernbegleitende und Lernende sind für die Pflege der auf der Plattform eingestellten Inhalte gemeinsam verantwortlich. Bei den Präsenzveranstaltungen werden neben üblichen Moderationsmedien auch ein Laptop und ein Beamer benötigt. Die Medienentwicklung, beispielsweise Fachmanuskripte, erfolgt durch das Weiterbildungspersonal. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Teilnehmenden kann sowohl asynchron (E-Mail, Forum) als auch synchron (Chat, Webinar, Virtual Classroom) erfolgen.

Erfolgsmessung

Erfolgsmessung erfolgt durch schriftliche Ausarbeitungen zu Fallbeispielen. Präsentationen verdeutlichen in der Abschlussveranstaltung den Lernerfolg wider.

Evaluationen

Die Teilnehmenden füllen am Ende der Fortbildung anonym einen Evaluationsbogen aus und erhalten außerdem die Möglichkeit zu einem persönlichen Feedback.

5.2 Blended-Learning-Kurskonzept

Im Folgenden wird an der unter 2.4.3 dargelegten didaktischen Grundstruktur von Blended-Learning-Maßnahmen exemplarisch das Kurskonzept zur Implementierung der ethischen Handreichung entwickelt. Dargelegt wird eine Grobstruktur des Gesamtverlaufs mit einer Unterteilung in Inhalt, Methode und Sozialform

Eröffnungsveranstaltung

Inhalt	Methode/Sozialform
Vorstellungsrunde	Plenum
Erhebung der Erwartung Lernzielformulierung	Flipchart oder Plenum
Vorstellung der ethischen Handreichung	Handreichung austeilen, Plenum
Einführung über Ablauf/Vorgehensweise	Übersicht über die Inhalte (Beamer)/ frontal
Kennenlernen	Vorstellen des Tätigkeitsfelds Gruppenarbeit
Bilden von Lerntandems und Lerngruppen	Raum geben zur freien Wahl z. B: in Pausenzeiten
Klärung der Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> • Kriterienkatalog für Arbeitsaufträge • Selbststudienmaterial 	Arbeitsaufträge und Abgabetermine in der Selbstlernphase werden durch schriftlich fixierte Termine festgelegt

Tabelle 4: Aufbau/Struktur der Eröffnungsveranstaltung

Selbstlernphase

Diese Phase findet selbstorganisiert mit E-Learning bei freier Ortswahl und in eigenem Tempo der Lernenden statt. Die unterschiedlichen Komponenten wie die Bereitstellung von Informationen, die Interaktion zwischen Nutzer und System und die Kollaboration unter den Lernenden erfordern eine Taktung der Onlinephasen.

Inhalt	Methode/Sozialform
Eigenes Verständnis von Behinderung reflektieren	Beschreibung der oder eines Klienten anhand von Kriterien (Abgabetermin) Flankierung von Tandemperson und Tutor
Bedeutung von Selbstbestimmung <ul style="list-style-type: none"> für sich selbst reflektieren für Klienten benennen 	Skript/Impulsfragen beantworten/Flankierung von Tandemperson und Tutor
Herausforderungen von Selbstbestimmung beim Klientel benennen: Gründe zuordnen, institutionelle Rahmenbedingungen erkennen, persönliche Schwierigkeiten benennen, Entwicklungspotential erörtern	Austausch im Forum, asynchron oder synchron möglich
Juristische Sachverhalte zur Einwilligungsfähigkeit kennen Medizinrecht	Skript durcharbeiten, Fragen beantworten in Einzelarbeit Transfer in die Praxis im Lerntandem
Konfliktvolle Situationen beschreiben/Wille-Wohl-Abwägung	Fallvignette der Teilnehmenden oder vorgegebene / Diskussion im Forum/Tutor
Werteabwägung: <ul style="list-style-type: none"> Medizinethische Prinzipien/Beauchamp und Childress Ethik der Achtsamkeit nach Conradi 	Skript durcharbeiten/Einzelarbeit Praxistransfer/Lerntandem
Bedeutung von Lebensqualität und Würde	Diskussion im Forum/Tutor
Erfassung von Willensäußerungen durch das Instrument der Handreichung	Instrument ausfüllen Rückmeldung von Tutor
Fallbesprechung anhand systematischer Vorgehensweise bearbeiten	Fälle von Teilnehmenden/Werteanalyse vornehmen/Präsentation vorbereiten/KOPING/Beratung durch Tutor

Tabelle 5: Aufbau/Struktur der Selbstlernphase

Workshops

Der abschließende Workshop findet wieder in einer Präsenzveranstaltung statt. Es dient der Verzahnung der in Selbstlernphase gemachten Erfahrungen und dem Wissenstransfer.

Inhalt	Methode/Sozialform
Austausch	Erfahrungen mitteilen /Plenum oder in Gruppen
Präsentationen der Fallbesprechung	Diskussion der Entscheidung
Ablaufdiagramm der ethischen Handreichung	Vorstellen/Frontal
Auswertung des Seminars	Feedback/Evaluationsbogen

Tabelle 6: Aufbau/Struktur des Abschlussworkshops

Die Selbstlernphase kann auch durch eine zusätzliche Präsenzzeit einen Workshop oder beispielsweise einem Impulsreferat zum Thema Lebensqualität oder Würde unterbrochen werden. Abschließend geht es um die Frage der Implementierung der Handreichung ins Unternehmen.

5.3 Implementierung

Der Implementierungsprozess der vom Ethikkomitee der DS entwickelten ethischen Handreichung zur Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung kann nur gelingen, wenn in einem Großunternehmen von über 4000 Mitarbeitenden systematisch vorgegangen wird. Eine Möglichkeit wäre, Fortbildungen gezielt in den jeweiligen Geschäftsbereichen anzubieten. Auch eine Fortbildungsmaßnahme für Führungskräfte könnte sinnvoll sein. Eine modifiziertes Angebot für bestimmte Berufsgruppen mit einem speziellen Aufgabengebiet (Ärzte, Lehrer, Psychologen oder Therapeuten) hätte eine Berechtigung, wenn sich dadurch der inhaltliche Austausch passgenauer an den Interessen der Teilnehmenden orientiert. Die Implementierung der Handreichung soll zu einem Veränderungsprozess der Denk- und Handlungsweisen der Fachkräfte führen. Hierbei ist die Lernkultur in einem Konzern bedeutsam, die einen behutsamen Veränderungsprozess der Beteiligten ermöglicht und von Selbstverantwortung und Aktivität der Lernenden geprägt ist.¹⁵⁷ Personen, die ihre Medienkompetenz als gering einstufen oder die zu einer sonstigen Gruppe gehören, die eher unterdurchschnittlich an Weiterbildungen partizipieren¹⁵⁸, sollten gezielt angesprochen werden.

¹⁵⁷ Vgl. Erpenbeck/Sauter, 2010, 135ff

¹⁵⁸ Vgl. 2.3.1

Nach der Darstellung der Konzeptentwicklung unter Berücksichtigung der aus der Literaturrecherche gewonnenen Erkenntnisse soll nun eine Reflexion der Ergebnisse erfolgen.

6 Schlussbetrachtung

6.1 Reflexion und Schlussfolgerungen

Das explizite Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Erarbeitung eines Konzepts zur Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderungen Gesundheitsfragen in Institutionen. Die Annäherung an den Personenkreis der Menschen mit Behinderung erfolgte zunächst anhand von Definitionen und Klassifikationen, da diese in dem System der Behindertenhilfe ihre Bedeutung haben. Im heilerzieherischen Alltag der Fachkräfte helfen sie allerdings nur bedingt bei der passgenauen Unterstützung der Klienten. Die Sichtweise auf Behinderung hat sich in den letzten 20 Jahren erheblich verändert, ebenso der medizinische Fortschritt und die insgesamt veränderten Lebensbedingungen. Es ist auch nicht unerheblich, zu welchem Zeitpunkt die Professionalisierung der Mitarbeitenden stattfand, weil sich hier Haltungen gegenüber den anvertrauten Menschen herausgebildet haben. Ein Lernen auf Vorrat reicht für ein Berufsleben nicht mehr aus, die Halbwertszeit des Wissens sinkt.

Es wurde dargestellt, wie sich die Möglichkeiten der Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts für Menschen mit Behinderung schrittweise verändern, was Konsequenzen für die betreffenden Menschen nach sich zieht. Den hieraus entstehenden Herausforderungen auf der interaktiven Ebene kann fachlich begegnet werden. Dazu braucht es neben der Fachkompetenz der Mitarbeitenden der Behindertenhilfe vor allem auch die kostbare Ressource Zeit. Es ist jedoch absehbar, dass sich die Rahmenbedingungen bei dem zu erwartenden Fachkräftemangel tendenziell verschlechtern. Ausgebildete Mitarbeitende werden in absehbarer Zeit nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen. Hier gilt es die vorhandenen und älter werdenden Beschäftigten mit aktuellem Fachwissen auszustatten. Doch auch gut ausgebildetes Personal kann mit den zunehmenden ethischen Dilemmata gerade in Fragen zur Gesundheit nicht angemessen umgehen, wenn es hierbei nicht unterstützt

wird. Die betriebliche Weiterbildung ist in der Pflicht, neben den strategischen Zielen des Unternehmens die ethische Handlungskompetenz der Angestellten zu fördern.

Der Wandel von der Industriegesellschaft hin zur Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft wird auch in der weiterhin stark expandierenden Behindertenhilfe deutlich. Die positiven Effekte wie Enthierarchisierung und Dezentralisierung wirken sich positiv auf die Bereitschaft zur Weiterbildung beim Personal aus.

Angesichts der personell-zeitlichen Ressourcen kann ein Großunternehmen wie die DS nicht auf den Einsatz von neuen Medien in der Fort- und Weiterbildung verzichten, zumal die technischen und personellen Ressourcen, anders als beispielsweise in kleinen und mittleren Unternehmen, vorhanden sind. Bei den Fachwissenschaften herrscht Einigkeit über die Effizienz gerade bei Blended Learning-Arrangements. Es ist also keine Frage, *ob* Blended Learning eingeführt wird sondern *wie*. Das Wechselspiel von Selbst- und Fremdsteuerung durch Präsenzphasen und E-Learning verbindet das Beste von zwei Welten. Diese Lernform stützt sich auf konstruktivistische Lernkonzepte. Die Mitarbeitenden sind keine passiven Empfänger von vorgegebenem Wissen, sondern gestalten eigenaktiv die Inhalte mit. Dabei fördert die kollaborative Zusammenarbeit in Tandems oder Gruppen die Perspektiverweiterung und ermöglicht Selbstreflexion. Die Medienvielfalt bedient hier unterschiedliche Lerntypen. Auch bei Lernzeit und Lernort findet eine Entgrenzung statt. Die damit einhergehende sich verändernde Lernkultur verlangt Aufgeschlossenheit von Lernenden und Lernbegleitenden gleichermaßen und fördert diese doch zugleich.

6.2 Herausforderungen

Blended Learning als digitale Innovation sagt nichts über die Qualität eines Weiterbildungsangebots aus. Bei der Umsetzung der theoretischen Kenntnisse in ein Kurskonzept müssen methodisch-didaktische Rahmungen stattfinden. Hierzu fehlen praktische Erfahrungswerte, auf die zurückgegriffen werden können. So ist das unterschiedliche Maß von Präsenzzeiten und Selbstlernphasen in der Umsetzungsphase erst noch auszuloten. Auch die aus der ethischen Handreichung abgeleiteten Materialien und Aufgaben müssen qualitativ hochwertig aufbereitet sein.

Die Möglichkeiten des Medieneinsatzes von Web 2.0 brauchen eine leistungsfähige Lernplattform.

Insgesamt gesehen kann der Aufwand zur Etablierung von Blended Learning-Systemen in Institutionen als erheblich betrachtet werden. Verstetigen sich solche Lernformen nicht, in dem sie strukturell verankert werden, ist der Mehrwert zu hinterfragen.¹⁵⁹ So soll die dargelegte Kurskonzeption kein innovatives und einmaliges Lernangebot für einer exklusive Zielgruppe sein, denn die Ressourcen sind prinzipiell begrenzt. Vielmehr sind die Lerninhalte austauschbar. Alle Konkretisierungen dienen letztendlich dazu, den Beschäftigten den eigenständigen Erwerb ihrer Handlungskompetenzen effizient zu ermöglichen.¹⁶⁰

Das hohe Partizipationsverhalten an Weiterbildungsaktivitäten in der betrieblichen Weiterbildung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es einen Personenkreis gibt, der nicht erreicht wird. Ob dies auch in der DS so vorzufinden ist, müsste überprüft werden. Die Wissenschaft schlägt hier neben Information, Beratung und Ansprache auch kostenfreie oder günstige Teilnahme und zielgruppenspezifische Angebote vor.¹⁶¹ Dies wäre mit einer erheblichen Kostensteigerung verbunden. Inwieweit dieser für die Institution realisierbar ist, hängt auch von der wirtschaftlichen Notwendigkeit ab.

Die bei Blended Learning-Angeboten notwendigen Selbstlern- und Medienkompetenzen gilt es bei der Zielgruppe zu erfassen. Die Institution ist hier in der Verantwortung die Kompetenzentwicklung in diesen Bereichen voranzutreiben, um eine Lernkulturveränderung zu initiieren. Blended Learning-Konzepte bieten sich hierfür an, denn Kompetenzen werden in der betrieblichen Weiterbildung auch beim Tun erworben.¹⁶²

Ökonomie und Ethik stehen schon seit der Zeit Aristoteles im Spannungsverhältnis. Ethische Handreichungen können hier Entlastung bieten, denn sie beachten immer auch, was unter den Randbedingungen möglich ist. Unklare Fragen zur Gesundheit bei Menschen mit Behinderung führen ein paradoxes Phänomen zutage: Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts bedeutet Betonung der Fürsorge, gerade für Menschen mit komplexer Behinderung, da diese Personengruppe auf Beziehung elementar angewiesen ist. Auch in anderen ethischen Dilemmata, wird das

159 Vgl. Buchert/Grobe 2016, 2-5

160 Arnold et al. 2011, 397

161 Vgl. Koscheck/Samray 2018

162 Erpenbeck/Sauter et al. 2015 ; Vgl. Pachner 2009

Unbehagen, das auch moralischen Stress auslöst, bleiben.¹⁶³ Dies ist positiv zu bewerten, denn so werden Missstände wahrgenommen und es wird bei Unsicherheiten diskutiert. Die Beschäftigung mit der eigenen Haltung, auch mit eigenen religiösen Einstellungen oder von Kollegen oder der Institution, führt schließlich zu persönlichem Wachstum und ist sinnstiftend. Ethik als Steuerungsinstrument bindet Ressourcen. Ähnlich wie die Versorgungsplanung am Lebensende, die Einrichtungen für Menschen mit Behinderung anbieten und die inzwischen vom Kostenträger refinanziert werden, könnten auch ethische Fallbesprechungen zu einer abrechenbaren Leistung werden. Auch eine Unterstützung im Sinne des Art.12 Abs. 3 und 4 der UN-BRK wurde 2015 in einer sogenannten Staatenprüfungverfahren verlangt.¹⁶⁴

Abschließend bleibt festzustellen, dass es naheliegend ist, dass auch Angehörige, die Menschen mit Behinderung zu Hause begleiten in komplexen Fragestellungen zur Gesundheit bei unsicheren Entscheidungssituationen Unterstützungsbedarf haben. Es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, diese Menschen nicht aus dem Blick zu verlieren. Um hier das Selbstbestimmungsrecht von Menschen mit Behinderung zu stärken, könnten Informationsveranstaltungen öffentlich ausgeschrieben werden und Angehörige von Teilnehmenden von ausschließlich ambulanten Angeboten durch gezielte Ansprache auf ein Beratungs-/Schulungsangebot aufmerksam gemacht werden.

163 Zur Zeit erarbeitet das Ethikkomtee der DS eine ethische Handreichung zur Thema Nahrungsaufnahme.

164 Deutsches Institut für Menschenrechte 2015; Die nächste Staatenprüfung findet 2018 statt.

Literaturverzeichnis

Arnold, P., Kilian, L. Thillosen, A. Zimmer, G. (2011): Handbuch E-Learning. Lehren und Lernen mit digitalen Medien. 2. Aufl., Bielefeld

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016): Bildung in Deutschland 2016. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld

Barz, H., Tippelt, R. (2004): Weiterbildung und soziale Milieus in Deutschland. Band 2: Adressaten- und Milieuforschung zu Weiterbildungsverhalten und -interessen. Bielefeld

Bäumler, C. (1995): Innehalten! Weitergehen?: Selbstbestimmtes Leben in einer sich wandelnden Gesellschaft. In Zur Orientierung 3, 1995, S.2-4

Beauchamp, T., Childress, J. (2004): Principles of Biomedical Ethics. 3. Aufl. New York, Oxford

Bergmann, R. (2009): Recht und Organisation in der Sozialpädagogik – mit Lernmodulen im Internet. Troisdorf

Bielefeld, H. (2012): Inklusion als Menschenrechtsprinzip: Perspektiven der UN-Behindertenrechtskonvention. In: Moser, V., Horster, D. (Hrsg.): Ethik der Behindertenpädagogik. Menschenrechte, Menschenwürde, Behinderung. Eine Grundlegung. Stuttgart 149-166

Bolten, R., Rott, J.K. (2018): Medienpädagogische Kompetenz: Anforderungen an Lehrende in der Erwachsenenbildung. Perspektiven der Praxis. In: Medienpädagogik. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung. Heft 30, 137-153

Buchert, J., Grobe, R. (2017): Herausforderungen bei der Implementierung digital gestützter beruflicher Weiterbildung. Die Sicht von WeiterbildnerInnen und BildungsmanagerInnen auf Strukturen, kulturelle Praktiken und Agency. In : Magazin erwachsenenbildung.at: Wie digitale Technologien die Erwachsenenbildung verändern. Heft 30, Norderstedt

- Buchwald, F. (2013): Zwischen Religion und Selbstbestimmung. Karitative Tätigkeit der Religionsgemeinschaften vor neuen Herausforderungen anlässlich der gesetzlichen Regelung zur Patientenverfügung. Berlin
- Bundesvereinigung der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (Hrsg.) (2010): Ethische Grundaussagen. URL
- Buschle, C., König, A. (2018): E-Learning und Blended-Learning-Angebote: Möglichkeiten beruflicher Weiterbildung für Kita-Fachkräfte. In: MedienPädagogik. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Medienbildung. 50-72
- Conradi, E. (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt a. M., New York
- Conradi, E. (2008): Was ist Achtsamkeit? In: Orientierung. Zeitschrift für Behindertenhilfe (3). 1-4
- Dederich, M. (2008): Der Mensch als Ausgeschlossener. In: Fornefeld, B. (Hrsg.): Menschen mit komplexer Behinderung. MÜNCHEN/BASEL 31-49
- Dehnbostel, P. (2008): Berufliche Weiterbildung. Grundlagen aus arbeitnehmerorientierter Sicht. Berlin
- Dederich, M. (2009): Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In: Dederich M., Jantzen W. (Hrsg.): Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung und Partizipation – Handbuch Behindertenpädagogik. Bd. 2. Stuttgart
- Dehnbostel, P. (2015): Betriebliche Bildungsarbeit. Kompetenzbasierte Aus- und Weiterbildung im Betrieb. Baltmannsweiler
- Dieckmann, F., Giovis, C., Schäper, S., Schüller, S., Greving, H. (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“ (LEQUI). In: Katholische Hochschule NRW, Abteilung Münster (Hrsg.): Forschungsprojekt: „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung“. Detmold

Drinkhuth, A. (2007): Die Subjekte der Subjektivierung. Handlungslogiken bei entgrenzter Arbeit und ihre lokale Ordnung. Berlin

Eitle, W. (2016): Basiswissen Heilpädagogik. Köln

Erpenbeck, J., Sauter, S., Sauter, W. (2015): E-Learning und Blended-Learning. Selbstgesteuerte Lernprozess zum Wissensaufbau und zur Qualifizierung. Wiesbaden

Erpenbeck, J, Sauter, W. (2010): Kompetenzentwicklung ermöglichen. Studienbrief Nr. EB 0820 des Master-Fernstudiengangs Erwachsenenbildung der TU Kaiserslautern. Unveröffentlichtes Manuskript. Kaiserslautern.

Evangelische Kirche in Deutschland (2008): Wenn Menschen sterben wollen. Eine Orientierungshilfe zum Problem der ärztlichen Beihilfe zur Sterbehilfe. Ein Beitrag des Rats der EKD.Ekd – Texte 97, Hannover

Falkai, P., Wittchen, H.-U., (Hrsg.) (2018): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5. Deutsche Bearbeitung. 2. Aufl. Göttingen

Fornefeld, B. (2013): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. 5. Auflage. Stuttgart

Frank, S. (2012): eLearning und Kompetenzentwicklung. Ein unterrichtsorientiertes didaktisches Modell. Bad Heilbrunn

Frühauf, T. (1994): „Wir entscheiden!“ - Menschen mit geistiger Behinderung auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung. In: Hofmann, Th., Klingmüller, B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Autonomie. Neue Wege in der Geistigbehindertenpädagogik. Festschrift für Martin Th. Hahn zum 60. Geburtstag. Berlin 51-63

Frühauf, T.: (1995): Selbstbestimmung für Menschen mit geistiger Behinderung - Herausforderung für Betroffene und Fachleute. In: Berufsverband für Heilerziehung, Heilerziehungspflege und -hilfe in der Bundesrepublik Deutschland (Hg.): HEP-Informationen. Wehr/Baden 1995, Heft 4, 6-18

Gensicke, M., Schrader, J. (2016): Digitale Bildungsaktivitäten Erwachsener. In: Bilger,

Gerrig, R., Zimbardo P. (2008): Psychologie (18). München

Götz, T. (2013): Die rechtlichen Grenzen bei der Patientenautonomie bei psychischen Erkrankungen. Düsseldorf Rechtswissenschaftliche Schriften. Band 117. Baden-Baden

Grampp G. (2018): Die ICF verstehen und nutzen. Köln

Grampp G., Jackstell, S., Wöbke, N. (2013): Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF. Köln

Haasler, B.; Beelmann, G.: Kompetenzen erfassen – Berufliche Entwicklungsaufgaben In: Rauner, F. (Hrsg.) Handbuch Berufsbildungsforschung. Bielefeld 2005, 622

Hafner, F., Seelmann, K., Widmer Lüchinger, C. (Hrsg.) (2014): Selbstbestimmung an der Schwelle zwischen Leben und Tod. Zürich, Basel, Genf

Hahn, M.Th.: Selbstbestimmung im Leben auch für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (Hg.): Zur Diskussion gestellt. Mehr Selbstbestimmung - wie geht es weiter nach dem Duisburg-Kongreß? Vorschläge zur Einbeziehung geistig behinderter Menschen in die Arbeit der Lebenshilfe. Marburg 1995, 5-13

Hano, E. (2009): Kompetenz und Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter im Sozialwesen. Berlin

Haussener, S. (2017): Selbstbestimmung am Lebensende: Realität oder Illusion? Eine kritische Analyse von Rechtslage und medizinischer Praxis. Zürich

Havemann, M. (2005): Diagnostik von Demenzprozessen. In: Irblich, D., Stahl, B. (Hrsg.): Diagnostik von Menschen mit geistiger Behinderung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Göttingen/Bern, 367-387

Hevelke, A. (2017): Von Wohl und Wille. Zur ethischen Rechtfertigung von Patientenverfügung und mutmaßlichem Willen. In: Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum Verlag: Reihe: Philosophie; Bd. 27. Marburg

Issing, L., Klimsa, P. (2011): Einführung: In: Issing, L., Klimsa, O. (Hrsg.): Online-Lernen. Handbuch für Wissenschaft und Praxis. München

Jox, R. (2014a): Entwicklung einer ethisch-rechtlichen Klinik-Policy. In: Hessisches Ärzteblatt 5, 268-281

Jox, R. (2014b): Ethikberatung im Gesundheitswesen: Wo stehen wir? In Ethik in der Medizin 26, 87-90

Jox, R., Borasio, G. (2011): Entwicklung einer ethisch-rechtlichen Klinik-Policy. In: Stutzki, R., Ohnsorge, K., Reiter-Theil, S. (Hrsg.): Ethikkonsultation heute – vom Modell zur Praxis. Wien. 199-215

Katzenbach, D. (2004): Anerkennung, Missachtung und geistige Behinderung. Sozialphilosophische Perspektiven auf den so genannten Paradigmenwechsel in der Behindertenpädagogik. In: Ahrbeck, B., Rauh, B. (Hrsg.): Behinderung zwischen Autonomie und Angewiesensein. Stuttgart

Kleemann, F. / Matuschek, I. / Voß, G. (2003): Subjektivierung von Arbeit. Ein Überblick zum Stand der soziologischen Diskussion. In: Voß, G. / Moldaschl, M. (Hrsg.): Subjektivierung von Arbeit. Bd. 2, zweite Auflage, München, 57-114

Kleinknecht-Dolf, M. (2015): Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital? In: Pflege&Gesellschaft 20, 115-131

König, A., Buschle, C.: (2017): „Hoffnungsträger Weiterbildung: Analysen und Diskussion. In: Balluseck v. H. (Hrsg.): Professionalisierung der Frühpädagogik. Perspektiven, Entwicklungen, Herausforderungen. Opladen, 119-134

Koscheck, S., Samray, D. (2018): Strategien zur Qualifizierung Bildungsferner aus Anbietersicht. In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) BWP 1, 25-29

Kreß, H. (2009): Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte. Stuttgart

Loibl, S. (2008): Kompetenz: Weiterbildung. Ein Leitfaden für die Praxis. Hamburg

Meyer, H. (2003): Geistige Behinderung – Terminologie und Begriffsverständnis. In: Irblich, D., Stahl, B. (Hrsg.): Menschen mit geistiger Behinderung. Hogrefe, Göttingen, Bern, 4-30

Mitra, A., Clarinval, C. Biller-Andorno, N. (2015): Vulnerabilität. In: Sturma, D., Heinrichs, B. (Hrsg.): Handbuch Bioethik. Stuttgart, Weimar, 427-431

Moser, V., Horster, D. (Hrsg.) (2012): Ethik in der Behindertenpädagogik. Menschenrechte, Menschenwürde, Behinderung. Eine Grundlegung. Stuttgart

Moser, V., Sasse, A. (2008): Theorien der Behindertenpädagogik. München/Basel

Neitzke, G., Riedel, A. (2015): Ethikberatung und Ethikkomitees als Instrument der Entscheidungsunterstützung. In Marckmann, G. (Hrsg.): Praxishandbuch. Ethik in der Medizin. Berlin, 23-33

Neuhäuser, G. Steinhausen, H.-C. (2003): Epidemiologie und Risikofaktoren. In: dies. (Hrsg.) (1999): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation. 3. Aufl. Stuttgart, 9-23

Niederschlag, H. (Hrsg.) (2010): Recht auf Selbstbestimmung? Vom Umgang mit den Grenzen des Lebens. Ethische Herausforderungen in Medizin und Pflege 1. Ostfildern

Niehoff, U. (1994): Wege zur Selbstbestimmung. In: Geistige Behinderung 3. 1994, 186-201

Nirje, B. (1994). Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, Jg. 63 (1), S. 12-32

Pachner, A. (2009): Entwicklung und Förderung von selbst gesteuertem Lernen in Blended-Learning-Umgebungen. Eine Interventionsstudie zum Vergleich von Lernstrategietraining und Lerntagebuch. Münster

Papst Johannes Paul II (1995): Enzyklika Evangelium vitae von Pabst Johannes Paul II. An die Bischöfe , Priester und Diakone, die Ordensleute und Laien sowie an alle Menschen guten Willens über den Wert

und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. In: Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 120, 4. Auflage, Bonn

Riedel, A. (2013): Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung im professionellen Pflegehandeln realisieren. In: Ethik in der Medizin, Band 25, 167-181

Riedel, A. (2014): Ethic Policy Palliative Sedierung. Theoretische Grundlagen für ethische Abwägungen in der Praxis. Lage

Riedel, A. (2015): Vertiefung von Ethik-Kompetenzen. Die Entwicklung einer Ethik-Leitlinie als methodisch-didaktische und strukturierende Rahmung. In: PADUA. Fachzeitschrift für Pflegepädagogik, Patientenedukation und –bildung. 321-327

Riedel, A. (2016): Ethik-Leitlinien. Entwicklungsschritte und Potentialität impliziter Ethikkompetenzentwicklung. In: Zeitschrift für Evangelische Ethik 60, 10-24

Riedel, A., Lehmeier, S. (Hrsg.) (2016): Einführung von ethischen Fallbesprechungen: Ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren, stärken und absichern. Lage

Ritzenthaler, D. (2015): Fürsorge und Selbstbestimmung bei end of life-Entscheidungen bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Mathwig, F., Meireis, T., Porz, R., Zimmermann, M. (Hrsg.): Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege. Zürich. 157-180

Ritzenthaler-Spielmann, D. (2017): Lebensentscheidungen bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Eine qualitative Studie. Bad Heilbrunn

Rohs, M. (2017)(3): Erwachsenenbildung in der digitalisierten Gesellschaft. In: Siebert, H. (Hrsg.): Lernen und Bildung Erwachsener. Bielefeld 203-242

Sander, A. (1985): Zum Problem der Klassifikationen in der Sonderpädagogik. Ein ökologischer Ansatz. In: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 54(1), 15-31.

Sauter, A., Sauter, W., Bender, H. (2004): Blended Learning. Effiziente Integration von E-Learning und Präsenztraining. 2. Aufl. München

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2016): Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz Dokumentation Nr. 210 – Februar 2016. Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2005-2014. Berlin

Schmidt-Hertha, B., Rohs, M., Rott, K.J., Bolten, R. (2017): Fit für die digitale (Lern-)Welt? In: DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung. Heft 3, 35-37

Schönfeld, G., Behringer, F. (2017): Betriebliche Weiterbildung. In: Bilger, F., Behringer, F., Kuper, H., Schrader, J. (Hg.) (2017). Weiterbildungsverhalten in Deutschland 2016 – Ergebnisse des Adult Education

Schulz-Nieswandt (2010): Ethik der Achtsamkeit als Normmodell professionellen Handelns. In: Niederschlag, H. (Hrsg.): Recht auf Selbstbestimmung? Vom Umgang mit den Grenzen des Lebens. Ethische Herausforderungen. In: Medizin und Pflege 1. Ostfildern 87-93

Speck, Otto (1999): Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. 9. Aufl. München, Basel

Tanner, S., Albisser-Schleger, Meyer-Zehnder, B. Schnurrer, V. Reiter-Theil, S, Pargger, H. (2014): Klinische Alltagsethik – Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress? In: Medizinische Klinik. Intensivmedizin und Notfallmedizin 109, 354-363

Theunissen, G. (2003): Mit der Entwicklung von Fähigkeiten psychische Störungen vermeiden. Betrachtungen aus der Empowerment-Perspektive. In: Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (Hrsg.), „HilfeSysteme“ - Diagnose, Therapie, Förderung 2002. Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie, Freiburg, 34-57

Theunissen, G. (2008): Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. 2. Auflage. Freiburg i. Br.

Theunissen, G. (2016): Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Lehrbuch für Schule, Heilpädagogik und außerschulische Unterstützungssysteme. 6. Aufl. Bad Heilbrunn

Theunissen, G./Plaute, W. (1995): Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch. Freiburg im Breisgau

Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010). Standarts für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Ethik in der Medizin 22, 149-153

Vorstand der Diakonie Stetten e. V. (Hrsg.) (2016): Handreichung zur ethischen Reflexion. Sicherung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Menschen mit Behinderung in Bezug auf Gesundheitsfragen. Ethische Reflexion auf der Basis systematisch erfasster Willensäußerungen. Erstellt von Mitgliedern des Ethikkomitees der Diakonie Stetten e. V.: Riedel, A., Rittberger, A. Stocker, D., Stolz, K.. Waiblingen, Stand Dezember 2016

Vorstand der Diakonie Stetten e. V. (Hrsg.) (2017a): Unser Leitbild. Unser Auftrag - unsere Ziele - unsere Werte. Waiblingen

Vorstand der Diakonie Stetten e. V. (Hrsg.) (2017b): Handreichung zur Diakonisch-christlichen Orientierung und Praxis in der Diakonie Stetten e. V.. Was uns leitet. Wie wir Glauben leben. Was wir erwarten. Was wir bieten. Waiblingen

Vorstand der Diakonie Stetten e. V. (Hrsg.) (2018): Zielbild 2021. Bis 2021: Begonnenes abschließen, Gelerntes fortführen und Neues entwickeln. Waiblingen

Wahl, D. (2013): Lernumgebungen erfolgreich gestalten – Vom trägen Wissen zum kompetenten Handeln. 3. Aufl. Bad Heilbrunn

Waldschmidt, A. (2003): Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma – Perspektiven der Disability Studies. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 8

Internet-Quellen

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2018): Bildung in Deutschland 2018. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Wirkungen und Erträgen von Bildung. Bielefeld URL: <https://www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2018/pdf-bildungsbericht-2018/bildungsbericht-2018.pdf> (Zugriff: 04.08.2018)

Baumgartner, P. (2013): Microlearning – Vier didaktische Herausforderungen. Gedankensplitter. URL: <http://peter.baumgartner.name/2013/06/23/microlearning-vier-didaktische-herausforderungen/> (Zugriff: 23.08.2018)

Behringer, F., Schönfeld, G. (2013): Betriebliche Weiterbildung in Deutschland im europäischen Vergleich. Ergebnisse der dritten europäischen Erhebung zur betrieblichen Weiterbildung (CVTS3). In: Wissenschaftliche Diskussionspapiere BIBB, Heft 141 Bonn. URL: <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/7088> (Zugriff: 02.08.2018)

Bergmann, R. (2009): Recht und Organisation in der Sozialpädagogik – mit Lernmodulen im Internet. Troisdorf

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2013): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2013. URL: https://www.bibb.de/dokumente/pdf/a2_iab-expertise_2018.pdf (Zugriff: 06.06.18)

Bilger, F., Behringer, F., Kuper, H., Schrader, J. (Hg.) (2017). Weiterbildungsverhalten in Deutschland 2016 – Ergebnisse des Adult Education Survey (AES). URL: <https://www.die-bonn.de/doks/2017-weiterbildungsforschung-01.pdf> (Zugriff: 30.07.2018)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (Hrsg.) (2018): Handreichung zur Umsetzung der Vereinbarung über Inhalte und Anforderungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g Abs. 3 SGB V. URL: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/2018-04-20_BAGFW_Handreichung_132g_Abs.3_SGB_V_final.pdf (Zugriff: 14.7.2018)

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB):§ 140 URL:https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_140.html (Zugriff: 09.0.2018)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (Hrsg.) (2012): Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege. Gesamtstatistik 2012. URL: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Broschuere_Gesamtstatistik_2012_Webversion.pdf (Zugriff: 03.03.2018)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2017): Weiterbildungsverhalten in Deutschland. Ergebnisse des Adult Education Survey. AES Trendbericht. URL: https://www.bmbf.de/pub/Weiterbildungsverhalten_in_Deutschland_2016.pdf (Zugriff: 04.08.2018)

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2016): Bildungsoffensive für die digitale Wissensgesellschaft. Strategie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. URL: https://www.bmbf.de/files/Bildungsoffensive_fuer_die_digitale_Wissensgesellschaft.pdf (zugriff: 12.08.2018)

Caritas. Erzbistum Köln (Hrsg.) (2013): Den Wandel in Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe erfolgreich gestalten Impulspapier zu Leitvorstellungen der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft Behindertenhilfe im Erzbistum Köln zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. URL: https://caritas.erzbistum-koeln.de/export/sites/caritas/dicv-koeln/.content/galleries/downloads/behindertenhilfe/Impulspapier_Endfassung_22_03_2013.pdf (Zugriff: 06.08.2018)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.)(2018): ICD-11 - 11. Revision der ICD der WHO URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/> Zugriff (27.08.2018)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2017): ICD-10-GM Version 2018 Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification – URL: https://www.micado-online.de/Portals/0/Dateien/Downloads/Dokumente/PUBLIK/ICD_2018.pdf Zugriff. 27.08.2018

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Stand Oktober 2005 URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/icf/icfbp2005.zip> (Zugriff. 09.09.2018)

Deutsches Institut für Menschenrechte (2015): Dokumente zum 1. Staatenprüfverfahren 2011-1015 URL: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle-un-brk/staatenpruefung-2018-2020/archiv-zur-1-staatenpruefung/dokumente-zum-1-staatenpruefverfahren-2011-2015/> (Zugriff 09.09.2018)

DSM V (2018): URL: <http://www.dsm5.org/> (13-05-31) (Stangl, 2018). Verwendete Literatur Stangl, W. (2018). Stichwort: 'DSM-5 – DSM-V'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. WWW: <http://lexikon.stangl.eu/11514/dsm-5-dsm-v/> (2018-09-09) (Zugriff: 09.09.2018)

Ethikkomitee der Stiftung Liebenau (Hrsg.) (2013): Autonomie stärken. Eine Orientierung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, erstellt von der Ethikkommission der Stiftung Liebenau. 2. Aufl. URL: <https://mediathek.stiftung-liebenau.de/autonomie-starken-eine-orientierung-fur-mitarbeiter-innen-2013/56239744> (Zugriff: 27.08.2018)

Gensicke, M., Schrader, J. (2016): Digitale Bildungsaktivitäten Erwachsener. In: Bilger, F., Behringer, F., Kuper, H. & Schrader, J. (Hg.) (2017). Weiterbildungsverhalten in Deutschland 2016 – Ergebnisse des Adult Education Survey (AES). <https://www.die-bonn.de/doks/2017-weiterbildungsforschung-01.pdf> 241-151 (Zugriff: 30.07.2018)

Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege (2012). URL: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Broschuere_Gesamtstatistik_2012_Webversion.pdf (Zugriff: 06.06.18)

Herber, E., Schmidt-Hertha, B., Zauchner-Studnicka, S. (2013): Erwachsenen- und Weiterbildung. Technologieeinsatz beim Lernen und Lehren mit Erwachsenen. In: Ebner, M., Schön, S. (Hrsg.): Lehrbuch für Lernen und Lehren mit Technologien. URL: https://www.researchgate.net/publication/256462905_Erwachsenen-

und Weiterbildung Technologieeinsatz beim Lernen und Lehren mit Erwachsenen (Zugriff: 15.08.2018)

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB)(2017): IAB-Jahresbericht 2017 URL: <https://www.iab.de/de/publikationen/jahresbericht/iab-jahresbericht2017.aspx> (Zugriff: 09.09.2018)

Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) (2009): Klassifizierung von Behinderung. In: IMEW konkret Nr. 12 Online Version ISSN 1612-999 URL: <https://www.imew.de/index.php?id=543> (Zugriff: 28.08.2018)

Kipper, J. (2018): Zuzug ausländischer Fachkräfte. Das steht im neuen Einwanderungsgesetz. URL: <https://www.n-tv.de/politik/Das-steht-im-neuen-Einwanderungsgesetz-article20578183.html> (Zugriff: 09.09.2018)

Means, B., Toyama, Y., Murphy, R., Baki, M. (2013): The Effectiveness of Online and Blended Learning: A Meta Analysis of Empirical Literature. In: Teachers College Record, 115 H. 3 URL: https://www.sri.com/sites/default/files/publications/effectiveness_of_online_and_blended_learning.pdf (Zugriff: 13.08.2018)

MMB-Institut (2018): MMB-Trendmonitor 2017/2018. Ergebnisse der 12. Trendstudie „mmb Learning Delphi“. URL: https://mmb-institut.de/wp-content/uploads/mmb-Trendmonitor_2017-2018.pdf (Zugriff: 13.08.2018)

Osiander, C., Stephan, G. (2018): Unter welchen Bedingungen würden sich Beschäftigte weiterbilden? Ergebnisse eine faktoriellen Surveys. In: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.): IAB Discussion Paper 4/2018. Beiträge zum wissenschaftlichen Dialog aus dem Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung. URL: <http://doku.iab.de/discussionpapers/2018/dp0418.pdf> (Zugriff: 04.08.2018)

Osiander, C., Stephan, G. (2018): Gerade geringqualifizierte Beschäftigte sehen bei der beruflichen Weiterbildung viele Hürden.URL: <https://www.iab-forum.de/gerade-geringqualifizierte-beschaefigte-sehen-bei-der-beruflichen-weiterbildung-viele-huerden/?pdf=8601> (Zugriff: 04.08.2018)

Riedel, A. (2017): Ethik-Leitlinien als Verfahren der Ethikberatung – Stellenwert und Beitrag zur ethischen Reflexion und Entscheidungsfindung in der Behindertenhilfe. In: Ethik Journal 4. URL: https://www.ethikjournal.de/fileadmin/user_upload/ethikjournal/Texte_Ausgabe_1_06_2017/Riedel_Ethik_Leitlinien_als_Verfahren_der_Ethikberatung_EthikJournal_4_2017_1 (Zugriff: 07.07.2018)

Schönfeld, G., Behringer, F. (2017): Betriebliche Weiterbildung. In: Bilger, F., Behringer, F., Kuper, H., Schrader, J. (Hg.) (2017). Weiterbildungsverhalten in Deutschland 2016 – Ergebnisse des Adult Education Survey (AES). URL: <https://www.die-bonn.de/doks/2017-weiterbildungsforschung-01.pdf> (Zugriff: 04.08.2018)

Sozialgesetzbuch V (SGBV): § 132g SGB V Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase URL: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/132g.html> (Zugriff: 09.09.2018)

Statistisches Bundesamt 2013: Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, 2013
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/Eingliederungshilfe_Behinderte_5221301137004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 29.5.2018)

Statistisches Bundesamt (2017): Ausgaben der Sozialhilfe – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. URL: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/EinnahmenAusgaben/Tabellen/Ausgaben_EingliederungshilfeBehinderteMenschen.html Zugriff (07.08.2018)

Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 298 vom 13.08.2018: 17,2 Milliarden Euro Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Jahr 2017 URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/08/PD18_298_221.html (Zugriff: 28.08.2018)

Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 228 vom 25.06.2018: 7,8 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/06/PD18_228_227.html (Zugriff: 27.08.2018)

Statistisches Bundesamt (2018): Bevölkerungsentwicklung, Demografischer Wandel. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerung.html> (Zugriff: 06.08.2018)

Statistisches Bundesamt (2017): Weiterbildung. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Weiterbildung/BeruflicheWeiterbildung5215001177004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 02.08.2018)

Statistisches Bundesamt (2016): Alterung der Bevölkerung durch aktuell hohe Zuwanderung nicht umkehrbar. Pressemitteilung Nr. 021 vom 20.01.2016. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421.html (Zugriff: 06.08.2018)

Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung (2013): Bundesministerium für Arbeit und Soziales. URL: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob%3DpublicationFile (Zugriff: 31.05.18)

UN-Behindertenrechtskonvention URL: <http://www.un.org/depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf> (Zugriff: 09.10.2018)

Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Ort, Datum

Unterschrift