

Gertrud Hanslmeier-Prockl

**Teilhabe von Menschen
mit geistiger Behinderung**

**Empirische Studie zu
Bedingungen der Teilhabe im
Ambulant betreuten Wohnen
in Bayern**

forschung

KLINKHARDT

HANSLMEIER-PROCKL
TEILHABE VON MENSCHEN
MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

TEILHABE VON MENSCHEN
MIT GEISTIGER BEHINDERUNG
Empirische Studie zu Bedingungen der Teilhabe
im Ambulant betreuten Wohnen in Bayern

von Gertrud Hanslmeier-Prockl

VERLAG
JULIUS KLINKHARDT
BAD HEILBRUNN • 2009



KLINKHARDT

Dissertation im Fach Geistigbehinderten- und Verhaltensgestörtenpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Dieser Titel wurde in das Programm des Verlages mittels eines Peer-Review-Verfahrens aufgenommen. Für weitere Informationen siehe www.klinkhardt.de.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet abrufbar über <http://dnb.d-nb.de>.

2009.1.1. © by Julius Klinkhardt.

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck und Bindung: AZ Druck und Datentechnik, Kempten.

Printed in Germany 2009.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem alterungsbeständigem Papier.

ISBN: 978-3-7815-1665-6

Inhalt

Einführung

I. Theoretische Grundlagen der Studie

1. Zum Verständnis des Begriffspaares „geistige Behinderung“	
1.1 Erklärungsansätze für „Behinderung“	12
1.2 Relativität und Relationalität von Behinderung	14
1.3 Definition der Weltgesundheitsorganisation	15
1.4 Aktuelle gesetzliche Definition von Behinderung in Deutschland	18
1.5 Das Begriffspaar „geistige Behinderung“	19
1.6 „Bedarf“ statt „Behinderung“	21
1.7 Zum Verständnis der Begriffe in der vorliegenden Arbeit	22
2. Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung	
2.1 Zur Bedeutung des Wohnens für den Menschen	26
2.2 Aktuelle Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung	28
3. Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung in der historischen Entwicklung	
3.1 Separierung und Ausgrenzung	37
3.2 Öffnung der Institutionen	40
3.2.1 Normalisierungsprinzip	40
3.2.2 Integration	46
3.2.3 Enthospitalisierung	48
3.3 Paradigmenwechsel: Von der Institutionalisierung zur Individualisierung	51
3.3.1 Individualisierung der Dienstleistung durch veränderte Finanzierungsvorgaben	51
3.3.2 Selbstbestimmung und Empowerment	53
3.4 Zusammenfassende Darstellung der Entwicklung von Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung	59
4. Teilhabe – Grundlagen zum Begriffsverständnis	
4.1 Zum etymologischen Ursprung des Begriffs	62
4.2 Der Begriff „Teilhabe“ in der aktuellen Fachdiskussion	62
4.3 Rechtsstaatliche Perspektive von Teilhabe	64
4.4 Soziologische Perspektive von Teilhabe	68
4.5 Psychologisch-pädagogische Perspektive von Teilhabe	74
4.6 Konkretisierung von Teilhabe in bestehenden Instrumentarien	78
5. Modell der Teilhabe	
5.1 Grundpositionen zum Teilhabebegriff	85
5.2 Definition von untersuchungsrelevanten Teilhabebereichen	87

II. Empirischer Teil: Studie zur Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Ambulant betreuten Wohnen in Bayern

1. Forschungslage zur vorliegenden Thematik	90
2. Zielsetzung der Studie und konkrete Forschungsfragen	94
3. Darstellung der Untersuchungsmethoden	100
3.1. Methoden der Informationsgewinnung	101
3.2 Methodenkritik	112
3.3 Planung und Vorbereitung der Befragung	114
3.4 Durchführung der Befragung.....	117
3.5 Gütekriterien	119
4. Darstellung und Bewertung der Ergebnisse	
4.1 Erkenntnisse zum Personenkreis	122
4.1.1 Exemplarische Darstellung von Einzelpersonen	122
4.1.2 Relevante Aspekte zur Beschreibung des Personenkreises.....	130
4.1.3 Bedarf der Assistenznehmer in ihrer individuellen Lebensführung	134
4.1.4 Umfang der Unterstützungsleistung.....	143
4.1.5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zum Personenkreis	144
4.2 Ergebnisse zu den Bereichen der Teilhabe	146
4.2.1 Leben in der gewünschten Lebensform	146
4.2.2 Leben in einer eigenen Wohnung	148
4.2.3 Selbständige Haushaltsführung	157
4.2.4 Verfügen über finanzielle Mittel und selbständige Organisation des Einkaufs	162
4.2.5 Mobilität	168
4.2.6 Freizeit	170
4.2.7 Soziale Beziehungen	180
4.2.7.1 Privates soziales Netzwerk	181
4.2.7.2 Professionelles Netzwerk	195
4.2.7.3 Zusätzliche qualitative Netzwerkaspekte	198
4.2.8 Bildung und Ausbildung	205
4.2.9 Arbeit	207
4.2.10 Vertretung eigener Rechte	212
4.3 Organisation der Teilhabe durch die Assistenzdienste	222

III. Schlussfolgerungen

1. Teilhabe als pädagogische Aufgabe	230
2. Teilhabe als organisatorische Aufgabe	230
3. Teilhabe als Aufgabe des Gemeinwesens	232

IV. Verzeichnisse

Literatur	235
Tabellen	245
Abbildungen	247

V. Anhänge

Anhang A: Interviewleitfäden

A.1 Befragung der Assistenznehmer (TAW-A)	248
A.2 Anschreiben in „leichter Sprache“	262
A.3 Befragung der Mitarbeiter der Assistenzdienste (TAW-M)	263
A.4 Befragung von Vertretern der Kommunen (TAW-K)	268

Anhang B: Textmaterial und zusätzliche Auswertungen

B.1 Bewertung der Veränderungen infolge des Ambulant betreuten Wohnens durch die Assistenznehmer	271
B.2 Angaben der Vertreter der Kommunen	284
B.3 Angaben der Dienststellenleiter	295
B.4 Detaillierte Auswertung zu Kapitel II.4.1.3	296
B.5 Detaillierte Ergebnisse zum „Besonderen Unterstützungsbedarf“	299

Vorwort

Ambulant betreutes Wohnen steht für mehr Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung und findet in der fachlichen und sozialpolitischen Diskussion viel Unterstützung. Gleichzeitig hemmt der Druck zur Kostenreduzierung die praktische Realisierung des Konzeptes. Denn es besteht die Befürchtung, dass sich die Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderung in einer unzureichend ausgestatteten selbständigen Wohn- und Unterstützungsform verschlechtern.

Die vorliegende Arbeit stellt die persönlichen Erfahrungen der Menschen, die bereits ambulant betreut leben, in den Vordergrund. Ergänzt durch die Perspektiven der Unterstützer dieser Personen vor Ort und der Vertreter der Kommunen, können die Bedingungen der Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Ambulant betreuten Wohnen genauer analysiert und Handlungsschwerpunkte für eine Weiterentwicklung der Wohnform entworfen werden. Die vorliegende Arbeit soll somit zu einer Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung in bayerischen Städten und Gemeinden beitragen.

Vielen Dank an Alle, die mich bei diesem Projekt unterstützt haben:

Allen voran möchte ich mich ganz herzlich bei Herrn Prof. Dr. Konrad Bundschuh bedanken für die Bereitschaft, die Betreuung dieser Arbeit zu übernehmen und für seine immerwährend ermutigende Unterstützung. Herzlichen Dank auch an Frau Prof. Bäumli-Roßnagl für die Übernahme der Zweitbegutachtung. Zum Gelingen dieser Arbeit haben auch die Mitarbeiter des Statistischen Beratungslabors der Ludwig-Maximilians-Universität München beigetragen, die mich bei Fragen zur Bearbeitung und Auswertung der Daten unterstützten. Bei Prof. Dr. W. Haisch bedanke ich mich für die Möglichkeit, das POB&A-Verfahren in der Arbeit zu nutzen und für viele anregende Diskussionen zum Thema Teilhabe. Finanziell wurde die Studie auch von der Stiftung Christian Seltmann gefördert. Ich bedanke mich daher sehr herzlich bei den Verantwortlichen der Stiftung für die Zuwendung der Mittel.

Ganz besonders aber bin ich den Menschen zum Dank verpflichtet, die sich bereit erklärt haben, mir einen sehr persönlichen Einblick in ihre Lebenssituation zu geben. Ohne ihre Hilfe und der Bereitschaft der Verantwortlichen und Mitarbeiter der Assistenzdienste wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen. Auch den Vertretern der Kommunen danke ich für ihre Unterstützung.

Einführung

Die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in Deutschland hat sich in den vergangenen vierzig Jahren deutlich verändert. Aus der zunächst reinen Verwahrung entwickelten sich sehr differenzierte heilpädagogische Konzepte und damit einhergehend spezielle Bildungs-, Wohn- und Arbeitsformen. Für alle Lebensphasen des Menschen mit Behinderung steht heute in Deutschland ein gesondertes System von Institutionen bereit. Diese besondere Förderung führte für die Betroffenen zu mehr Lebensqualität, jedoch auch zur Separation vom gesellschaftlichen Leben. Institutionen entwickelten sich zu eigenen Lebensgemeinschaften und haben zum Teil die Größe eigenständiger Dörfer. Ausgelöst durch die Diskussion um die Normalisierung der Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung in den 70er Jahren, der Forderung nach mehr Integration dieser Personen in den 80er und der Enthospitalisierungskonzepte der 90er Jahre, hat sich innerhalb der Institutionen der Behindertenhilfe viel verändert. Dennoch leben heute zwei Drittel¹ der Menschen mit geistiger Behinderung, die außerhalb der Familie untergebracht sind, in einer stationären Einrichtung.

Steigende Fallzahlen und die Kostenintensität der stationären Betreuung, aber auch die Kritik an den fehlenden Teilhabechancen in stationären Einrichtungen führen heute zu einem verstärkten Ruf nach anderen Lebensformen für Menschen mit Behinderung. Insbesondere die Forderungen der Betroffenen selbst nach einem selbstbestimmten Leben verhelfen zu einer anderen Sichtweise in der Fachwelt sowie in der politischen Diskussion. Im Rahmen der Vorgabe „ambulant“ vor „stationär“ werden kleinere, gemeindeintegrierte Wohnformen und ambulant betreutes Paar- oder Einzelwohnen stärker gefördert. Menschen mit Behinderung sollen nicht mehr in einer Nebengesellschaft leben, sondern an allen Prozessen des gesellschaftlichen Lebens partizipieren². Ambulant betreute Wohnformen gelten dabei als gute Voraussetzung. Teilhabe fordert aber nicht nur den einzelnen Menschen mit Behinderung in seinen Kompetenzen oder die Institution in ihrer Flexibilität. Sie fordert vor allem von der Gesellschaft bzw. dem Gemeinwesen, sich zu verändern und Menschen mit Behinderung als Mitbürger anzuerkennen – angefangen bei barrierefreien Zugängen zu öffentlichen Einrichtungen bis zur selbstverständlichen Begegnung nicht behinderter und behinderter Menschen in Geschäften, Nachbarschaft und Vereinen. Teilhabe ist also eine pädagogische, organisatorische und vor allem gesellschaftspolitische Aufgabe. Diese Arbeit beschäftigt sich nicht mit den Chancen und Risiken einer ambulant betreuten Lebensform im Gegensatz zu stationären

¹ Stand 2004 nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozialhilfeträger (BAGüS 2004, 27).

² Verschiedene Vertreter der Wissenschaft fordern die Einsetzung einer Enquête-Kommission zur Abschaffung von Heimen für Menschen mit Behinderung (vgl. Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ 2001).

Betreuungsformen. Vielmehr betrachtet sie das Ambulant betreute Wohnen für sich vor dem Hintergrund der Teilhabe.

Getragen von den unterschiedlichen Interessen werden aktuell auch in Bayern ambulante Wohnangebote ausgebaut: Die Betroffenen wollen selbständig leben, die Dienstleistungsanbieter wollen sich in ihrer Angebotsstruktur dem Wunsch der Betroffenen öffnen und dabei den „Markt“ keinem Konkurrenten überlassen und die bayerischen Bezirke als Kostenträger hoffen auf Einsparungen. Letztere haben den Druck zum Ausbau ambulanter Betreuung seit 2006 erhöht: So wird die Finanzierung für einzelne Betroffene in stationären Einrichtungen nicht mehr übernommen und der Umzug in eine ambulante Wohnform angeordnet. Zeitgleich ist dieser Bereich noch weitgehend unerforscht. Es gibt keine übergreifenden Untersuchungen, die darüber Auskunft geben können, unter welchen Bedingungen Menschen mit Behinderung im Ambulant betreuten Wohnen leben. Hier setzt das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit an: Die bayernweit angelegte Untersuchung zur konkreten Teilhabe von ambulant betreuten Personen soll zu einer Diskussion um Standards bei der Leistungserbringung, aber auch bei der Gestaltung eines „teilhabe fördernden“ Gemeinwesens und damit zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen.

Zum Aufbau der vorliegenden Arbeit:

Problembereich: Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Ambulant betreuten Wohnen		
Teil I: Theoretische Klärung	<i>Wohnen:</i> - Bedeutung des Wohnens für den Menschen - Historische Entwicklung von Wohnangeboten für Menschen mit geistiger Behinderung und Einordnung des Ambulant betreuten Wohnens	<i>Teilhabe:</i> - Theoretische Implikationen zum Begriff Teilhabe - Operationalisierung von Teilhabe
Teil II: Empirische Studie	Untersuchung teilhaberelevanter Phänomene anhand konkreter Forschungsfragen Informationsquellen: Assistenznehmer, Assistenten und Vertreter des Gemeinwesens	

Abb. 1: Aufbau der Arbeit

Erster Teil: Die Arbeit beginnt mit einer kritischen Auseinandersetzung zu den Phänomenen „Behinderung“ und „geistige Behinderung“ und zur Beschreibung des Verständnisses zu diesen Begriffen im Rahmen der vorliegenden Arbeit. Die Bedeutung des Wohnens für den Menschen steht im Mittelpunkt des zweiten Kapitels. Zudem folgt eine Darstellung aktueller Wohnformen von Menschen mit geistiger Behinderung. Dabei werden die Unterschiede zwischen dem stationären und dem Ambulant betreuten Wohnen thematisiert.

Der konzeptionell strukturierte historische Rückblick zur sich verändernden Wohnsituation bei Menschen mit geistiger Behinderung im dritten Kapitel ist eine wichtige Vorarbeit zum Verständnis der Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Teilhabe. Während die Konzepte Normalisierung, Integration und Enthospitalisierung für die Öffnung der Ein-

richtungen und die Betonung gemeinwesenintegrierter Wohnformen stehen, bestärken die neuen Paradigmen Empowerment und Selbstbestimmung die Rechte von Menschen mit geistiger Behinderung. Das Kapitel beschäftigt sich mit der inhaltlichen Schwerpunktsetzung dieser Konzepte und ihrer Bedeutung für die Entwicklung der Wohnbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung.

Das Konstrukt Teilhabe wird im vierten Kapitel aus gesellschaftstheoretischer, rechtlicher sowie pädagogisch-psychologischer Perspektive genauer betrachtet. Die bis dahin geleistete theoretische Auseinandersetzung mündet in die Forderung nach einer Konkretisierung des Teilhabebegriffs. Dies wird zunächst durch die Konstruktion eines Modells der Teilhabe und davon abgeleitet durch die Festlegung untersuchungsrelevanter Teilhabebereiche geleistet. Damit ist die Grundlage für eine empirische Studie zu den Teilhabebedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung im Ambulant betreuten Wohnen geschaffen.

Zweiter Teil: Im Rahmen einer empirischen Studie wird die Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung im Ambulant betreuten Wohnen genauer untersucht. Entsprechend den bis dahin angestellten Überlegungen werden sowohl objektive als auch subjektive Bedingungen der Teilhabe beleuchtet. Hierzu werden die Menschen mit Behinderung, deren Unterstützer und Vertreter unterschiedlicher Kommunen befragt. Durch die Befragung wird entsprechend den im ersten Teil definierten Kriterien untersucht, inwieweit Teilhabe bislang realisiert werden konnte. Dabei stehen Fragen nach den Lebensbedingungen, nach der Gestaltung der Freizeit und der sozialen Integration im Vordergrund. Nach der Darlegung des methodischen Vorgehens folgt die Präsentation und Bewertung der Ergebnisse.

Die gewonnenen Erkenntnisse münden in Schlussfolgerungen, die den pädagogischen, organisatorischen und gesellschaftspolitischen Handlungsbedarf mit Blick auf die Weiterentwicklung des Ambulant betreuten Wohnens darlegen.

I. Theoretische Grundlagen der Studie

1. Zum Verständnis des Begriffspaares „geistige Behinderung“

*In Wirklichkeit ist eine Behinderung
eine Art von Verschiedenheit, die benachteiligt wird.
Richard von Weizsäcker*

Leitfragen zu diesem Kapitel

- Was wird unter dem Begriffspaar „geistige Behinderung“ verstanden?
- Wie wird der Begriff in der vorliegenden Arbeit verwendet?

Welcher Personenkreis wird als geistig behindert bezeichnet? Wofür steht der Begriff „Behinderung“? Definitionsbemühungen hierzu finden sich in einer Vielzahl von Veröffentlichungen. Dabei hat sich die Bedeutung des Begriffs „Behinderung“ im Verlauf des letzten Jahrhunderts verändert. Im folgenden Kapitel sind nur die für die vorliegende Arbeit wesentlichen Diskussionen zu diesem Themenbereich ausgeführt.

1.1 Erklärungsansätze für „Behinderung“

Das Phänomen „Behinderung“ wurde von unterschiedlichen Fachdisziplinen wie der Heil- bzw. Sonderpädagogik, der Psychologie, der Medizin und der Soziologie beschrieben. Eine eindeutige Begriffsbestimmung lässt sich nur schwer finden. Vielmehr gibt es unterschiedliche zum Teil konkurrierende, zum Teil sich ergänzende Ansätze zur Erklärung von „Behinderung“. Bleidick (1977, 208; 1999, 25) nennt in der Beschreibung von Menschen mit Lernbehinderung drei³ Paradigmen⁴: das individualtheoretische, das inter-

³ Bleidick (1977, 208) sah den Ansatz, das gesellschaftliche Bezugssystem sei Ursache von Behinderung 1977 noch als eigenständiges Paradigma. Im Jahr 1999 findet es sich im interaktionstheoretischen Paradigma integriert. Sein Argument: auch die Gesellschaft besteht aus interagierenden Individuen (vgl. Bleidick 1999, 46).

⁴ Kuhn (1973, 28) prägte den Begriff des Paradigmas im Zusammenhang mit der Frage nach wissenschaftlicher Fortentwicklung. Ein Paradigma ist demnach eine Theorie, die von einer ausreichenden Zahl von Wissenschaftlern als Bezugsrahmen für Forschung und Entwicklung angenommen wird. Damit wird deutlich, dass nicht allein neue Erkenntnisse wissenschaftlichen Fortschritt prägen. Es kommt zudem darauf an, dass der neue Ansatz ausreichend Anhänger findet.

aktionstheoretische und das systemtheoretische Paradigma, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Das individualtheoretische Paradigma oder der medizinische Ansatz: Behinderung wird mit einer Krankheit bzw. Störung des Individuums identifiziert. Die Vorstellung, dass Behinderung immer auf eine konkrete geistige oder körperliche Schädigung zurückzuführen sei, dominierte die Entwicklung der Behindertenhilfe in Deutschland im 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

Das interaktionstheoretische Paradigma oder der „Etikettierungsansatz“: Dieser Ansatz beschreibt Ausgrenzungsvorgänge aufgrund eines sozialen Vorurteils in der Ich-Du-Beziehung, auf der Ebene von Gruppen (Familie, Arbeitskollegen etc.) und im Rahmen des gesellschaftlichen Bezugssystems. Behinderung ist demnach eine soziale Kategorie und entsteht in der Interaktion. Wenn sich ein Mensch anders, als man es von ihm erwartet, verhält, wird er als behindert betrachtet.⁵ Es wird ihm das Etikett: „abnorm“, „behindert“ zugeschrieben. Behinderung ist folglich eine Zuschreibungskategorie. Dieser Ansatz geht zurück auf Goffmans (1967) Stigmatisierungstheorie, die in allen so genannten Randgruppen Anwendung findet und nicht auf Menschen mit Behinderung beschränkt ist.

Eine ausführliche Darstellung des Stigmatisierungsansatzes ist bei Hohmeier (1975) und Tröster (1990) zu finden: Die Stigmatisierung einer bestimmten Personengruppe knüpft an sichtbaren oder unsichtbaren Merkmalen bzw. Eigenschaften dieser Personen an, welche negativ bewertet werden (Hohmeier 1975, 7). Bei Menschen mit Behinderung werden das Aussehen, die offensichtliche körperliche Einschränkung oder die vermutete geistige Schädigung zum Anlass für das negative Urteil genommen und damit zum Stigma (vgl. Tröster 1990, 15). Im Prozess der Stigmatisierung, der sich in Form sozialer Abwertung vollzieht, werden den Personen weitere Eigenschaften zugeschrieben, die in keinem begründbaren Zusammenhang zum beobachteten Merkmal stehen (vgl. Hohmeier 1975, 8). So spricht man Menschen mit geistiger Behinderung die Fähigkeit ab, zu lernen oder sieht sie in ihrer Leistungsfähigkeit grundsätzlich eingeschränkt. Es kommt zu „Generalisierungen, die sich auf die Gesamtperson in allen ihren sozialen Bezügen erstrecken“ (ebd.). Als Grund für die negative Bewertung einzelner Personengruppen nennt Hohmeier zum einen Angst vor den Menschen, die als „andersartig“ wahrgenommen werden. Zum andern verweist er auf kulturspezifische Machtverhältnisse von Institutionen und dominierenden Gruppen, denn die Stigmatisierung eines bestimmten Personenkreises kann auch im Interesse einer anderen Gruppe sein (vgl. ebd., 21 f.). Auf gesellschaftlicher Ebene geschieht die Zuschreibung von Behinderung durch die Festlegung von jeweiligen Leistungsnormen. Damit wird entschieden, wann „Behinderung“ beginnt. Die Prinzipien Leistung und Konkurrenz auf welchen die Industriegesellschaft beruht, führen zur Stigmatisierung angenommener Leistungsunfähigkeit (ebd., 10). Menschen mit Behinderung werden aufgrund ihrer eingeschränkten Möglichkeiten zur Refinanzierung ihrer Lebensführung als nicht leistungsfähig stigmatisiert.

⁵ Ein Mensch mit Behinderung ist „in unerwünschter Weise anders, als wir... antizipiert hatten“ (Goffman 1967, 13).

Behinderung als Systemerzeugnis schulischer Leistungsdifferenzierung oder das „systemtheoretische Paradigma“: Die Ursache von Behinderung wird in diesem Paradigma am Schulsystem festgemacht. Schulen vollziehen eine Selektion leistungsschwächerer Schüler und generieren durch die fehlende Undurchlässigkeit des Systems den Sonderschüler. Für den Betroffenen gibt es kein Zurück mehr in das Regelschulsystem. Damit ist meist auch die Gestaltung seines Berufslebens stark eingeschränkt (vgl. Bleidick 1999, 52 ff.).

Bleidick kritisiert die Eindimensionalität jedes einzelnen Ansatzes sowohl in der Erklärung der Ursache von Behinderung, als auch in der Suche nach geeigneten Hilfen (vgl. 1999, 67). Er macht deutlich, dass eine Verbindung der Paradigmen zumindest auf der Handlungsebene erforderlich ist. ●bwohl die Sichtweise des medizinischen Modells bei Verwaltungsvorgängen zur Einschätzung von Behinderung bis heute noch vorrangig Anwendung findet⁶ (siehe auch Felkendorff 2003, 33), setzte sich in der fachlichen Diskussion der Gedanke durch, dass vor allem das soziale Umfeld, Institutionen und Gesellschaft „Behinderung“ wesentlich bestimmen. Die Vorstellung des Zusammenwirkens unterschiedlicher Faktoren für das Phänomen „Behinderung“ ist heute auch in der Gesetzgebung zu finden.

1.2 Relativität und Relationalität von Behinderung

In der Beschreibung des interaktionstheoretischen und des systemtheoretischen Paradigmas wird deutlich, dass das Phänomen, das als Behinderung bezeichnet wird, nicht eindimensional auf eine Schädigung der Person zurückzuführen ist. Vielmehr wirken viele Faktoren zusammen. Das Verhalten, das Aussehen bzw. die Fertigkeit und das Wissen einer Person werden an gesellschaftlichen Leistungsanforderungen gemessen. Das Ergebnis dieses Vergleichs entscheidet darüber, ob die Person als behindert gilt oder nicht. Behinderung ist daher ein *relatives Phänomen*, welches sich aus den Maßstäben und den Reaktionen der Menschen, die der Person im Laufe ihres Lebens begegnen und aus den Anforderungen des Schulsystems oder Arbeitslebens entwickelt (vgl. Cloerkes 2007, 9; Lindmeier 1993, 212 ff.). „Das Behindertsein hängt somit entscheidend davon ab, welche gesellschaftlichen Erwartungshaltungen gegenüber dem Behinderten erhoben und welche Hilfen ihm gegeben werden, diesen Erwartungsvorstellungen zu entsprechen“ (Bleidick 1983, 74). Klauer verwies bereits 1960 darauf, dass Feststellungen über die Normalität einer Person „relationale Bestimmungen sind“, die das Verhältnis eines Individuums zu einer Norm ausdrücken. Diese müsste jeweils genau angegeben werden (Klauer 1960, 560). Der Begriff der Behinderung spielt auch nicht in allen Lebensberei-

⁶ Ein Beispiel hierzu: Innerhalb Bayerns gilt zur Einschätzung des Hilfebedarfs der Menschen mit Behinderung das H.M.B.-Verfahren (vgl. Metzler 2001). Dieses Verfahren misst den Bedarf der Personen bei täglichen Aktivitäten. Hiernach wird das Leistungsentgelt für die entsprechende Person zugeteilt. Um steigende Kosten zu verhindern, bleibt die Einstufung jedoch bestehen, bis die Einrichtung eine neue Entgeltverhandlung führt. Erst dann wird die Einstufung angepasst. Dies kann unter Umständen mehrere Jahre dauern. Ändert sich der Bedarf während dieser Zeit, ist eine veränderte Einstufung nur bei neu auftretenden Krankheiten mit einem ärztlichen Attest möglich. Eine Veränderung des Unterstützungsbedarfs in bestimmten Lebensbereichen ist nicht ausreichend. Das medizinische Modell ist im Rahmen von Verwaltungsvorgängen daher auch heute noch geltend.

chen und zu allen Zeiten die gleiche Rolle (vgl. Cloerkes 2007, 9). Aktuell zeigt sich, dass in einer zunehmend anspruchsvolleren Arbeitswelt immer weniger Menschen Schritt halten können. Dies äußert sich in der Zunahme von Menschen, die aufgrund einer diagnostizierten psychischen Behinderung aus dem Berufsleben ausscheiden.

Faktische Schädigungen oder Funktionseinschränkungen werden von den betroffenen Menschen selbst auch unterschiedlich wahrgenommen. Behinderung hängt folglich auch von der Art und Weise ab, wie der einzelne Mensch damit umgeht, welche Einstellungen oder Vorstellungen er dazu entwickelt. So kam eine beatmete Rollstuhlfahrerin aus Angst vor unsicherer medizinischer Versorgung die häusliche Umgebung mit den gewohnten Hilfen ihr Leben lang nicht verlassen, während eine andere Person mit vergleichbaren Einschränkungen in Begleitung einer Assistenz regelmäßig eine Urlaubsreise unternimmt. Kobi (1983) unterscheidet die konkrete Schädigung von der Behinderung, welche die funktionellen Einschränkungen durch die Schädigung beschreibt. Darüber hinaus führt er aus, dass nicht jede Behinderung zu einem subjektiv empfundenen oder objektiv anerkannten Behinderungszustand führt (vgl. ebd., 92). Dies hängt davon ab, ob das Merkmal offensichtlich ist, ob es als Behinderung gilt, d.h. autorisierte Instanzen das Merkmal als Behinderung herausgreifen oder die Person selbst das als behindernd erlebt. Auch Chancen der Hilfe auf Kompensierung des Problems sind ein Faktor in diesem Beziehungsgefüge, welches über das Urteil, der Mensch wäre behindert, entscheidet (vgl. ebd.). Das Phänomen Behinderung ist daher nicht statisch zu sehen, sondern „das dynamische Geschehen der Konstitution von Behinderung bzw. Behinderungszuständen“ (Lindmeier 1993, 230).

Das Phänomen „Behinderung“ wird also aufgrund der Erkenntnis seiner Relativität und Relationalität als mehrdimensionales Konstrukt verstanden. Vor dem Hintergrund dieser Feststellung schwindet der Bedeutungsgehalt des Begriffs „Behinderung“. Trotzdem wird aus unterschiedlichen Motiven an ihm festgehalten. Der Sozialstaat will eine klar definierte Personengruppe als Grundlage für die Zuweisung von Mitteln (siehe Kap. 1.1.4) und die Sozialwissenschaft braucht Begriffe, die eine Diskussion über die Lebensbedingungen dieser Gruppe ermöglichen (vgl. Hollenweger 2003, 143; Speck 1999, 42). Damit wird in Kauf genommen, dass das Stigma „Behinderung“ weiterhin zu einer abstrakten Gruppenbildung beiträgt. Diese Gruppe wird mit Merkmalen wie fehlende Lern- und Leistungsfähigkeit belegt. Vorhandene oder vermutete organische oder kognitive Defizite tragen letztlich zur Vorstellung der „Andersartigkeit“ dieser Personen bei (vgl. Theunissen 2007, 95).

Das im Folgenden thematisierte Modell der Weltgesundheitsorganisation greift die Erkenntnis der Relativität und Relationalität auf und begründet damit ein neues Begriffsverständnis.

1.3 Definition der Weltgesundheitsorganisation

Ein erster Schritt weg von der individualtheoretischen bzw. medizinischen Betrachtung der Situation von Menschen mit Behinderung war die Veröffentlichung der „International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps“ (ICIDH) durch die Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1980.

- „Impairment“ bedeutet die Schädigung bzw. Störung auf organischer Ebene,

- „Disability“, die Behinderung im Sinne einer Störung auf personaler Ebene
- und „Handicap“ die Benachteiligung im Sinne von möglichen Konsequenzen auf sozialer Ebene auf Grund der vorliegenden Schädigung oder Behinderung.

Im Begriff des „Handicaps“ fand der Aspekt der sozialen Benachteiligung durch die Schädigung Berücksichtigung (vgl. Cloerkes 2007, 5; Tröster 1990, 22 f.). Dennoch beinhaltet dieser Ansatz einen eindimensionalen Wirkungszusammenhang (vgl. Lindmeier 1993, 203). Die sozial negativen Konsequenzen für den einzelnen Menschen mit Behinderung wurden zwar durch die ICIDH erstmals benannt, aber nur als Folge der Einschränkungen, die in der Person selbst liegen, nicht als eigenständiger Faktor, der zum Urteil „behindert“ führt. Tröster forderte deshalb auch die Funktions- und Aktivitätseinschränkungen zu berücksichtigen, die als Folge einer sozialen Benachteiligung entstehen (vgl. Tröster 1990, 23).

Nach langjähriger Fachdiskussion vor allem auch unter Mitarbeit von Betroffenenverbänden überarbeitete die WHO die ICIDH und veröffentlichte im Jahr 2001 die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“. Das bereits für die ICIDH zugrunde liegende bio-psycho-soziale Modell wurde in dieser Neufassung „erheblich erweitert und damit der Lebenswirklichkeit Betroffener angepasst“ (DIMDI 2005, 4).

Behinderung ist nach ICF ein Oberbegriff für ein Gesundheitsproblem im Sinne einer Einschränkung von Körperfunktionen bzw. -strukturen und der Beeinträchtigungen von Aktivität und Partizipation [Teilhabe]⁷ (siehe Abb. 2, S.17). Diese Komponenten stehen in Wechselwirkung mit personenbezogenen Faktoren, wie Alter, Geschlecht, Ausbildung etc. und Faktoren der materiellen, sozialen und verhaltensbezogenen Umwelt (vgl. ebd., 9). Klassifiziert sind nur die umweltbezogenen Faktoren, die personenbezogenen Faktoren bleiben aufgrund der soziokulturellen Unterschiedlichkeit unklassifiziert (vgl. ebd., 14).

Die Negativdefinition „handicap“ aus der ICIDH, welche die soziale Benachteiligung beschrieb, erhielt durch die Formulierung „Partizipation [Teilhabe]“ in der ICF eine positiv gekennzeichnete Entsprechung (vgl. Cloerkes 2007, 6). Behinderung gilt nach dieser Definition nicht mehr als Defizit der Person. Sie beschreibt vielmehr ein vielschichtiges Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren. Dies zeigt sich in folgendem Beispiel: Ein Mensch mit körperlicher Behinderung (Funktionseinschränkung) kann trotz Rollstuhlversorgung in seinen Aktivitäten beeinträchtigt sein, wenn die Nutzung des Nahverkehrszuges nur durch die Überwindung von wenigen Treppenstufen möglich ist. Der umweltbezogene Faktor der unzureichenden Barrierefreiheit der Züge ist in diesem Beispiel ein Teilhabebehindernis und damit eine wesentliche Bedingung für die Behinderung. Mit der ICF hat das Wissen um die Relativität und Relationalität des Phä-

⁷ Der englische Begriff „participation“ wurde bei der Übersetzung der ICF ins Deutsche nicht eindeutig mit Teilhabe übersetzt, da der Begriff der Teilhabe in der Schweiz eine engere Bedeutung hat, als mit „participation“ gemeint ist. Da er aber in Deutschland aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen sehr zentral ist, sollte er in der Übersetzung nicht fehlen. In der deutschsprachigen Fassung der ICF findet sich daher der Kompromiss: Partizipation [Teilhabe]. Die deutschsprachige Fassung der ICF gilt für die Länder Deutschland, Österreich und Schweiz (vgl. DIMDI 2005, 4). In der vorliegenden Arbeit wird im Zusammenhang mit der ICF im weiteren Text nur der Begriff Teilhabe verwendet.

nomens „Behinderung“ in einer internationalen Definition des Behinderungsbegriffs seinen Niederschlag gefunden. In der Analyse zum Behinderungsbegriff in den Mitgliedsländern der Europäischen Union wird diese Veränderung in der Sichtweise als Wechsel vom medizinischen zum sozialen Ansatz bezeichnet⁸. In der Konsequenz ist der Ansatz „eher auf die Beseitigung von Barrieren ausgerichtet... die eine uneingeschränkte Partizipation [Teilhabe] behinderter Menschen verhindern, als auf die „Problematisierung“ des behinderten Menschen (Europäische Kommission 2002, 21).

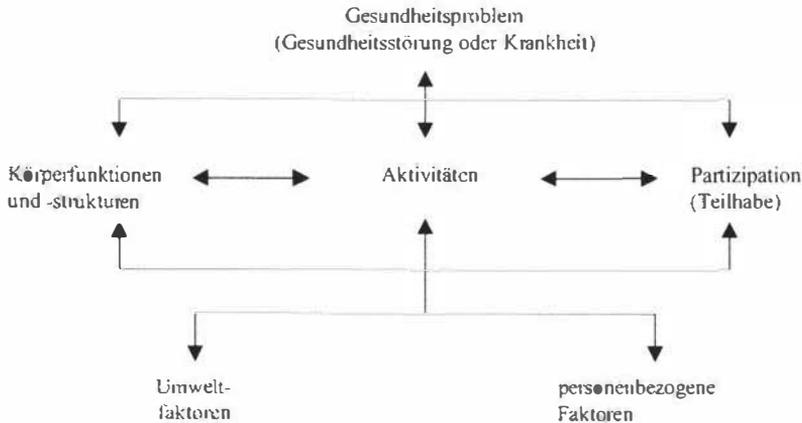


Abb. 2: Die Wechselwirkungen zwischen den Komponenten des bio-psycho-sozialen Ansatzes der ICF (DIMDI 2005, 23)

Trotz aller Berücksichtigung von beeinflussenden Umweltfaktoren und beobachtbaren Aktivitäts- und Partizipationshindernissen ist das Ziel der ICF, unter Bezugnahme auf eine fiktive „Leistungsfähigkeit“ Menschen mit Behinderung zu unterscheiden von Menschen ohne Behinderung. Unbestritten beeinflussen körperliche oder neuronale Unterschiede die Möglichkeiten der Menschen sich zu bewegen oder den Lernstoff in der Schule im vorgegebenen Tempo und Umfang zu bearbeiten. Das gilt jedoch für alle Menschen. Inwiefern die gezeigten Merkmale als „Behinderung“ bezeichnet werden, hängt wiederum von geltenden Normen ab. Durch die ICF wird eine – durch viele Einzelmerkmale und Wechselwirkungen spezifizierte – Grenze gezogen zwischen einer Gruppe von Menschen, die aufgrund – oft auch nur hypothetischer – organischer Einschränkungen anders sind und damit als behindert gelten und allen anderen Menschen. Die ICF misst die Einschränkungen der Person im Bereich der Teilhabe und Aktivität durch den Vergleich zwischen der „Leistung“ des Menschen mit Behinderung und der

⁸ Das DIMDI beschreibt den biopsychosozialen Ansatz der ICF als Synthese des medizinischen und des sozialen Modells (vgl. 2005, 25).

„Leistungsfähigkeit“ eines Menschen ohne Behinderung in einer standardisierten Umwelt (vgl. DIMDI 2005, 20 f.). Der Sprachgebrauch der ICF weist an der Stelle darauf hin, dass die Definition von Behinderung wesentlich durch die Klärung von Leistungs-(un)fähigkeit – nach Hohmeier eine Ursache für die Stigmatisierung von Menschen mit Behinderung – bestimmt wird. Damit stellt die ICF keinen Ausweg dar aus der Etikettierung und Stigmatisierung von Menschen mit Behinderung, die ursächlich mit der Vorstellung verknüpft ist, dass Menschen mit Behinderung aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkung anders und gleichzeitig weniger leistungsfähig sind. Die wesentliche Leistung der ICF ist die Definition von Wirkfaktoren in Bezug auf die Entstehung des Phänomens Behinderung beim Einzelnen und die Betonung der Folgen von Behinderung im Rahmen der Lebensführung.

1.4 Aktuelle gesetzliche Definition von Behinderung in Deutschland

Mit dem Gesetz zur „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) wurde auch in Deutschland die Abkehr von einer rein medizinischen Sichtweise vollzogen. Im Juli 2001 trat das Gesetz in Kraft und löste das bisher geltende Schwerbehindertengesetz (SchwbG) ab:

Tabelle 1: Definition von Behinderung im SchwbG und SGB IX

<p>§ 3 Abs. 1 SchwbG:⁹ „Behinderung im Sinne dieses Gesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung, die auf einem regelwidrigen körperlichen oder geistigen oder seelischen Zustand beruht. Regelwidrig ist der Zustand, der von dem für das Lebensalter typischen abweicht. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von sechs Monaten. Bei mehreren sich gegenseitig beeinflussenden Funktionsbeeinträchtigungen ist deren Gesamtauswirkung maßgeblich.“</p>	<p>§ 2 Abs.1. SGB IX: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“</p>
---	---

Durch die gesetzliche Neuregelung rückt der Begriff der Teilhabe in den Vordergrund. Ebenso wird auf den eindeutig defizitär geprägten und an einer fiktiven Norm orientierten Begriff „regelwidrig“ verzichtet. Das neunte Sozialgesetzbuch folgt damit der ICF in der Auffassung, dass „die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kein Merkmal einer Person, sondern ein komplexes Geflecht von Bedingungen, von denen viele vom gesellschaftlichen Umfeld geschaffen werden“ ist (Deutscher Bundestag 2004, 18).

Ein Relikt aus der Formulierung des Schwerbehindertengesetzes – und nicht mit der ICF konform – ist das Festhalten an der Orientierung am alterstypischen Zustand und am zeitlichen Aspekt von mindestens sechs Monaten, in denen die Einschränkung vorliegen muss. Grundlegend für die Zuweisung der Diagnose „Behinderung“ nach dem SGB ist

⁹ Alle nicht näher bezeichneten gesetzlichen Bestimmungen werden nach der Datenbank des Bundesjustizministeriums zitiert: URL: <http://www.gesetze-im-internet.de>.

daher nicht die Beschäftigung mit dem tatsächlichen Unterstützungsbedarf einer Person sondern der Vergleich mit nicht behinderten Menschen. Aus Angst vor einer steigenden Zahl von Leistungsberechtigten wurden diese Kriterien ins SGB IX übernommen (ebd., 18). Die Anzahl der Menschen mit Behinderung und damit die finanzielle Belastung für den Sozialstaat werden dadurch möglichst gering gehalten. Der gesetzliche Behinderebegriff zielt folglich nicht primär auf eine positive Benennung von Menschen ab, die mit Einschränkungen leben, sondern auf eine Reduzierung der Personengruppe. Die medizinische Diagnose, die im SGB IX noch deutlicher als in der ICF betont wird, stellt mit dem Argument des Vergleichs eine vermeintlich sachbezogene Begründung dar. Eigentliches Ziel des Vergleiches ist jedoch die Feststellung, dass unter der Anwendung gesellschaftlicher Anforderungen bestimmte Personen als nur bedingt oder nicht „funktionsfähig“ gelten (vgl. Relationalität). Damit wird die These von der prinzipiellen „Andersartigkeit“ behinderten Lebens unterstrichen, welche die Grundlage für Stigmatisierung darstellt.

1.5 Das Begriffspaar „geistige Behinderung“

Der Begriff „geistige Behinderung“ hat, in Anlehnung an den angloamerikanischen Begriff „mental retardation“ und auf Initiative der Elternvereinigung „Lebenshilfe“, die medizinisch geprägten und abwertenden Formulierungen „Imbezilität“, „Idiotie“, „Oligophrenie“ in der Fachdiskussion abgelöst. Obwohl der Begriff in Fachwelt und Behindertenpolitik umfassend Anwendung findet, fehlt eine einheitliche Beschreibung (vgl. Theunissen 2007, 94). Neben der klaren Zuordnung von Menschen mit bestimmten Genanomalien wie z.B. Trisomie 21 gelten Menschen mit einem Intelligenzquotienten unter 50¹⁰ als geistig behindert (vgl. Speck 2005, 59). Durch die Intelligenzmessung werden geistig behinderte von lernbehinderten Menschen unterschieden. Während bei lernbehinderten Personen die Entwicklungsverzögerungen durch soziale Herkunft u.ä. Argumente begründet werden, spricht man bei Menschen mit geistiger Behinderung von zusätzlichen organischen Schädigungen (vgl. Bleidick 1983, 210). Die Einstufung in lern- oder geistig behindert wird anhand von Intelligenztests zu Schulbeginn vorgenommen und möglicherweise während der Schulzeit noch einmal verändert. In jedem Fall entscheidet sich dadurch die Zuordnung zu einem speziellen Schultyp (vgl. Speck 2005, 55). In der wissenschaftlichen Diskussion werden Intelligenztests heute als einseitig und nur bedingt geeignet betrachtet, da die Sozialisation der Testperson ungeachtet bleibt oder der Inhalt der Tests meist „verbal-abstrakt“ gestaltet ist (vgl. Suhrweier 1993, 40). Auch die Vielfalt der Intelligenzdefinitionen und die entsprechend unterschiedlichen Testkonstruktionen erschweren vergleichbare Aussagen und relativieren die Bedeutung von Intelligenztests (vgl. Bundschuh 2007, 145).

Geistige Behinderung wird im Sinne der Relationalität als Zuschreibungskriterium, welches sich aus einer beobachteten Abweichung des Verhaltens eines Menschen von einem „normalen“ Zustand ergibt, verstanden (vgl. Eberwein 2000, 101). Folgerichtig verweist

¹⁰ Dieser Wert ist der Internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation entnommen. Die ICD 10 besitzt als Ergänzung zur weiter oben dargestellten ICF internationale Gültigkeit.

Theunissen darauf, dass es angemessener sei, von Menschen, die „als geistig behindert bezeichnet werden“, zu sprechen (2007, 94). Konstruktivistische Theorien begründen diese Vorsicht erkenntnistheoretisch und gehen davon aus, dass der Mensch die Realität bzw. seine Umwelt nicht „objektiv“, gleichsam als Abbild dessen, was er sieht, wahrnimmt. Das Erkennen der Realität hängt vielmehr immer von der Struktur der Person selbst ab (basierend auf Maturana/Varela 1987, konkretisiert für die Sonderpädagogik: ●sbahr 2000, Wagner 2000, 177 ff.). Die Aussage, dass diese oder jene Person eine Behinderung hat, sagt also nichts über die Wirklichkeit der beobachteten Person aus, sondern drückt aus, wie derjenige, der diese Aussage trifft, den Beobachteten wahrnimmt. „Beschreibungen von Wirklichkeiten sind daher als subjektive, gleichwohl kulturell und gesellschaftlich vermittelte Konstruktionen zu sehen“ (Walther, 1997, 90). Die Wahrnehmung anderer Menschen bleibt folglich beschränkt und ist immer gekennzeichnet von eigenen Einstellungen und Vorstellungen. Behinderung ist eine Konstruktion, ein Urteil eines Beobachters über eine andere Person, daher „Beobachterkategorie“ und keine objektive Feststellung (Dederich 2001, 66).

Es gibt Vertreter in der Sonderpädagogik, die den Begriff geistige Behinderung aufgrund seiner Stigmatisierung und Missverständlichkeit gerne ganz abschaffen würden (vgl. Grewing/Gröschke 2000). Feuser (2000) begründet dies mit der Auffassung, dass man den als geistig behindert bezeichneten Menschen das abspricht, was den Menschen im Vergleich zu anderen Lebewesen ausmacht, den Geist bzw. das Bewusstsein. Durch die Etikettierung erfolgt seiner Meinung nach nicht nur eine Ausgrenzung innerhalb der Gattung Mensch, sondern ein Ausschluss (ebd., 147).

Tatsächlich stellt sich die Frage, warum der Begriff geistige Behinderung trotz seiner umstrittenen und stigmatisierenden Aussagekraft weiterhin Anwendung findet. Dies lässt – der Überlegung von Feuser folgend – darauf schließen, dass es darum geht, das Bild des Menschen mit Behinderung als Sonderform menschlichen Lebens aufrecht zu erhalten. Nur darüber ist zu begründen, dass diese Menschen aus vielen Lebensbereichen ausgeschlossen sind und man ihnen die Fähigkeit selbst zu bestimmen grundsätzlich – wegen der geistigen Einschränkung – abspricht. Leistungen können je nach Haushaltslage zugestanden oder gekürzt werden, weil all diese Personen – aufgrund ihrer geminderten Leistungsfähigkeit – selbst keinen entscheidenden Beitrag zur Refinanzierung der Kosten ihrer Lebensführung beibringen können. Unabhängig von der Betrachtung des Einzelfalles wird mit dieser Argumentation darüber entschieden, dass diese Personen besser „unter sich“ leben und arbeiten, da sie einen besonderen Bedarf an Unterstützung hätten, der nur in speziell für sie ausgerichteten Organisationen geleistet werden könne. Bei der Betrachtung von Einzelfällen (siehe hierzu Kap. II.4.1.1) wird deutlich, wie unzureichend diese Beschreibung ist.

Trotzdem ist der Anspruch auf Unterstützung vordringlich mit der Diagnose „Behinderung“ verknüpft. Sie entscheidet über das Maß und den Ort der zugestandenen Förderung in allen Lebensphasen. Am Beispiel von Menschen mit Lernbehinderung, die auf dem freien Arbeitsmarkt häufig zu Arbeitslosigkeit verdammt sind und nur über das Merkmal „unterer Grenzbereich der Leistungsfähigkeit oder Mehrfachbehinderung“

einen Werkstattplatz¹¹ erhalten (Kanter/Scharf 2007), zeigt sich, wie problematisch diese Kategorisierung als alleinig ausschlaggebender Gesichtspunkt der Entscheidung für eine Hilfeleistung ist. Die Aufnahme in die WfbM, die mit der genannten Zuschreibung verbunden ist, wird als „geringeres Übel“ gegenüber einer fehlenden Beschäftigung in Kauf genommen.

Weit aufschlussreicher in Bezug auf die Lebenswirklichkeit der Betroffenen und unproblematischer hinsichtlich einer Stigmatisierung ist die Beschreibung des konkreten Unterstützungsbedarfs einer Person.

1.6 „Bedarf“ statt „Behinderung“

Sozialrechtlich ist der Bedarf die Berücksichtigung der „Besonderheit des Einzelfalls“ bei der Gewährung der Hilfe (vgl. § 9 SGB XII). Er umfasst die Leistungen, welche ein Mensch zu seiner „menschenswürdigen Existenz benötigt“ (Schellhorn/Schellhorn 2002, 61). Insofern ist der individuelle Hilfebedarf eine „verwaltungstechnische Kategorie zu verteilungspolitischen Zwecken“ (Beck 2002, 33). Dabei ist der Begriff „Bedarf“ nicht gleichzusetzen mit dem Bedürfnis. Während das Bedürfnis die individuellen Wünsche und Vorstellungen einer Person in allen Lebensbereichen beschreibt, steht der Bedarf für ein „fachlich begründetes“ und „sozialpolitisch anerkanntes Bedürfnis“ (Haisch 2006a, 147). Bedürfnisse sind individuell – nicht immer konkret oder „vernünftig“¹². In den Bedürfnissen spiegeln sich aber auch die Einflüsse der Umwelt bzw. die Erfahrungen einer Person wieder. Sie sind damit Ergebnis der bisherigen Teilhabe einer Person „am gesellschaftlichen Reichtum“ (ebd., 143). Lederer weist darauf hin, dass Bedürfnisse nicht ohne die „Kenntnis geschichtlicher, kultureller, politischer wirtschaftlicher und sozialer Gegebenheiten in dem jeweiligen Land“ bestimmt werden können (1979, 12). Der am meisten zitierte Vertreter der Bedürfnisforschung ist Maslow (1943) der neben der Definition von Bedürfniskategorien auch eine Hierarchie der Bedürfnisse festgelegt hat. Seine Theorie von unbedingt zum Leben erforderlichen Grundbedürfnissen wurde häufig kritisiert und bereits in der Hospitalismusforschung widerlegt (vgl. Beck 2002, 38). Die Beobachtungen von Spitz lassen darauf schließen, dass Bedürfnisse gleichwertig sind bzw. dass zur Erhaltung eines gesunden Lebens soziale Zuwendung und Geborgenheit ebenso wichtig sind wie die Gabe von Essen (vgl. Spitz 1957, 91 f.). Aber nicht jedes geäußerte Bedürfnis wird als Bedarf anerkannt. In der Bedarfsdefinition geschieht eine Konkretisierung des Bedürfnisses auf bestimmte Kategorien, die sowohl fachliche Überzeugungen als auch die Beschränkung der sozialstaatlichen Hilfen enthält. Der Bedarfsbestimmung kommt im Hinblick auf den Anspruch von Menschen mit Behinderung eine besondere Bedeutung zu. Aufgabe der Pädagogik ist es, ausgehend von beobachtbaren und geäußerten Bedürfnissen sowie auf Basis anthropologischer Theorien, einen „allgemeinen“ Bedarfsbegriff zu entwickeln und diesen orientiert an konkreten

¹¹ Hier ist die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) gemeint. Werkstätten sind Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung zur Entwicklung und Förderung der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit und zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. § 136 SGB IX).

¹² Die selbstschädigenden Bedürfnisse nach Alkohol oder Zigaretten, sowie andere Formen von Sucht zeigen, dass Bedürfnisse nicht grundsätzlich positiv sein müssen.

Lebenszusammenhängen zu operationalisieren. In der Anwendung dieser konkreten Kategorien auf den Einzelfall muss die Person selbst „als einzig kompetenter Informant“ über seine Bedürfnisse einbezogen werden (Haisch 2006a, 142). Die Frage nach dem individuellen Bedarf ist damit grundlegend für Teilhabe. Mit Hilfe einer Bedarfbeschreibung ist es möglich die Lebenssituation eines Menschen – seine besondere Lage, die geprägt ist von seinen Wünschen, seinen motorischen und kognitiven Kompetenzen und den Mitteln, die ihm aktuell zur Verfügung stehen, zu besprechen und die notwendigen Hilfen für ihn bzw. gemeinsam mit ihm zu organisieren (vgl. ebd.).

Die Begriffe „Bedarf“ und „Behinderung“ stehen innerhalb des Sozialrechts in Bezug zueinander, wobei für die Beachtung des Bedarfs der Person zunächst die Voraussetzung einer Behinderung gegeben sein muss. Der Bedarf ist damit nicht allein ausschlaggebend für eine Leistung und ersetzt im geltenden Recht den Behinderungsbegriff nicht. Im Vergleich zum Behinderungsbegriff führt der Bedarfsbegriff aber zu einer konkreten Auseinandersetzung mit der Person und ihrer Lebenssituation¹³ und trägt so zu einer geringeren Pauschalisierung und damit verbundenen Stigmatisierung bei. Der Behinderungsbegriff hat dabei offensichtlich – wie bereits festgestellt – vor allem die Funktion, den Personenkreis der Anspruchsberechtigten zu begrenzen. Wenn die Aufgabe des Sozialstaates darin besteht, Menschen die Hilfen zur Verfügung zu stellen, die sie zu einer möglichst selbständigen Lebensführung benötigen, und nicht darin, den Kreis der Menschen, die Hilfe erhalten, möglichst einzuschränken, wäre dies ein Plädoyer für die Abschaffung des Behinderungsbegriffes. In anderen europäischen Ländern führte bereits die Diskussion um die ICDH dazu, auf den Begriff Behinderung zu verzichten. So verwenden die Gesetzgeber in Großbritannien die Formulierung „persons with special needs“ und in Dänemark „Kinder mit besonderen Bedürfnissen“ (Heiden 1996, 18).

1.7 Zum Verständnis der Begriffe in der vorliegenden Arbeit

1. Der Begriff „Behinderung“ ist stigmatisierend. In seiner Unbestimmtheit wird er ebenso wie der frühere Fachbegriff „Idiot“ zur Beschimpfung verwendet. Heute hört man aus dem Mund von Jugendlichen nicht selten die Formulierung „Du bist ja behindert!“, wenn es darum geht, jemand anderen abzuwerten oder gar auszugrenzen. Die Stigmatisierung ist, wie das Beispiel zeigt, nicht durch Abschaffung einer Kategorisierung oder Begriffsänderung zu beheben (vgl. Speck 2005, 50; Bleidick 1999, 74). Vielmehr müssten die Ursachen für die Stigmatisierung aufgegriffen werden. Neben Bemühungen in Wissenschaft und Gesetzgebung den Behinderungsbegriff aufzuheben, geht es also auch darum, die gesellschaftliche Haltung im

¹³ Innerhalb Bayerns findet im stationären Bereich laut Vereinbarung zwischen den Wohlfahrtsverbänden und dem Verband bayerischer Bezirke das H.M.B.-Verfahren nach Metzler zur Bestimmung des Hilfebedarfs von Menschen mit geistiger Behinderung Anwendung (Metzler 2001). Ergänzend hierzu werden in vielen Organisationen auch andere Instrumente genutzt, um auf Basis einer Bedarfserhebung individuelle Unterstützungspläne zu erstellen. Eines dieser Verfahren ist das POB&A zur „Planung und Organisation in der Betreuung und Assistenz“ von Haisch. Dieses Verfahren wurde bereits für ambulant betreute Wohnformen fortentwickelt. Daher konnte es im Rahmen der vorliegenden Studie zur Beschreibung des Unterstützungsbedarfs der ambulant betreuten Personen verwendet werden (Haisch 2005).

Allgemeinen zu ändern: Das Gefühl des Fremdseins gegenüber dem Aussehen oder dem Verhalten von Menschen mit Behinderung wird sich wenig ändern, wenn nicht mehr positive und vor allem persönliche Begegnungsmöglichkeiten mit ihnen geschaffen werden (vgl. Tröster 1990, 121 ff.). Neben den Integrationsprojekten in Kindergärten oder Grundschulen sind auch Angebote für erwachsene Menschen notwendig. Das Ambulant betreute Wohnen ist vor diesem Hintergrund ein Fortschritt. Jegliche Begegnungen bleiben aber vor dem Hintergrund der Überzeugung, dass Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich nicht leistungsfähig oder nur „bedingt tauglich“ sind, asymmetrisch und sind geprägt von der zynisch-wohltätigen Vorstellung, sie „auch Dabeisein zu lassen“. Dies betont die Wirkung des Behinderungsbegriffes auf reale Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderung und damit die gebotene Skepsis diesem Begriff gegenüber. Nur eine veränderte gesellschaftliche Haltung, die Behinderung¹⁴ nicht als Sonderform menschlichen Daseins betrachtet, sondern als allgemeines Schicksal, das z.B. durch einen Unfall oder die Geburt eines Kindes mit Behinderung jeden treffen kann, ist in der Lage, langfristig zu einer veränderten Situation von Menschen mit geistiger Behinderung beizutragen. Bis dahin birgt das betreute Wohnen die Gefahr, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund fehlender gemeinsamer Erfahrungen und möglicherweise vorhandener stigmatisierender Verhaltensweisen offene Ausgrenzung, Isolation und Vereinsamung erleben. Das betreute Wohnen wäre dann nur eine kostengünstige Alternative zum stationären Wohnen unter dem „schönen“ Postulat der Freiheit und Selbstbestimmung.

2. Um eine Diskussion zur Lebenssituation eines bestimmten Personenkreises zu ermöglichen, ist von zentraler Bedeutung, diese Personen genauer zu beschreiben (vgl. Hollenweger 2003, 143). Hierzu taugt der Begriff der „geistigen Behinderung“ nur bedingt, da er – neben seiner sonstigen Problematik – sehr wenig über das Erscheinungsbild der einzelnen Menschen aussagt. Er ist, wie oben dargestellt, nur die Beschreibung eines Vergleiches ohne klar bestimmten Inhalt. So ungenau das Begriffspaar „geistig behindert“ auch bleibt, dient es zumindest zu einer (zum Teil vagen) pragmatischen Abgrenzung von körper-, sinnes- oder seelisch behinderten Personen. Die jeweilige Behinderungsform führt zu einer Gruppenzuordnung. Die Gruppen werden von der Gesellschaft unterschiedlich wahrgenommen: Menschen mit körperlicher Behinderung haben in der Vertretung ihrer Rechte sehr viel erreicht. Ihr Anspruch auf ein selbständiges Leben wurde lange vehement von ihnen selbst, z.B. durch die „Krippelbewegung“ oder den Verband behinderter Jurist/innen, verfolgt (vgl. Heiden 1996, 28 ff.). Ihre Lebenssituation ist in der Regel schwer vergleichbar mit geistig behinderten Menschen, die bis vor wenigen Jahren ausschließlich in großen Einrichtungen oder bei ihren Familien lebten (vgl. Wacker/Metzler 1989; Wacker et al. 1998). Häufiger als körper- oder sinnesbehinderte Menschen sind sie aufgrund ihrer bisherigen Lebensführung, fehlender Erfahrungen

¹⁴ Dies gilt übrigens auch für das Phänomen Alter und Pflegebedürftigkeit, das zunehmend als Stigma behandelt wird, obwohl es jeden trifft.

oder nicht eindeutig bestimmbarer kognitiver Beeinträchtigungen nicht in der Lage, sich ihre Assistenz in einer selbständigen Wohnform ohne Hilfe zu organisieren, was nicht gleichbedeutend damit ist, dass sie nicht wissen, wie sie leben möchten. Aufgrund der Annahme, dass es keine prinzipielle, organisch eindeutig messbare Einschränkung der Lernfähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung gibt¹⁵, ist bei jedem Einzelfall die Ausbildung von Wünschen und Interessen zur eigenen Lebensführung in den Vordergrund zu stellen. Die strukturellen Voraussetzungen dafür sind durch das bisher Erreichte deutlich schlechter als bei Menschen mit anderen Behinderungsarten. Der Begriff „geistige Behinderung“ wurde bei der Formulierung des Themas der vorliegenden Arbeit vor allem pragmatisch zur Abgrenzung vom Personenkreis der körper-, sinnes- und seelisch behinderten Menschen verwendet.

3. Aufgrund der bisherigen Finanzierungs- und Organisationsstrukturen kann das Angebot des Ambulant betreuten Wohnens nur von Personen mit geringerem Hilfebedarf in der Bewältigung ihres Alltags wahrgenommen werden (vgl. Aselmeier et al. 2001, 62). Die Aufweichung der Grenze zwischen Menschen, die während ihrer Schulzeit entweder als lern- oder geistig behindert galten, ist die Folge davon. Dies beweist die Relativität der Behinderungskategorien besonders deutlich¹⁶.
4. Entsprechend den Bestimmungen des SGB IX ist die Diagnose „Behinderung“ ausschlaggebend für den Erhalt von Leistungen zur Teilhabe. Bei der Auseinandersetzung zu dieser Thematik ist dieser Begriff nicht zu umgehen, da er Voraussetzung für die Bewilligung der Hilfe ist, über die in dieser Arbeit gesprochen werden soll. Spezifischer und weit weniger problematisch als die Diagnose „geistig behindert“ zur Kennzeichnung der Lebenssituation dieser Menschen ist die Beschreibung des Bedarfs an Unterstützung im Rahmen eines selbständigen Wohnens in einer ambulant betreuten Wohnform. Wichtig scheint in der Wahl der Systeme zur Messung des Hilfebedarfs, dass nicht eine neue Stigmatisierung erfolgt, indem man sozusagen die Sonderbedarfe eines behinderten Lebens – im Sinne einer defizitären Sichtweise – beschreibt. Es geht darum herauszufinden, an welchen Stellen die Person Hilfe benötigt, um ein möglichst selbständiges Leben zu führen nach eigenen Vorstellungen und Entscheidungen mit möglichst umfangreicher Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die sprachliche Wendung „Mensch mit Unterstützungsbedarf“ wäre daher geeignet, den Sachverhalt auszudrücken. Für die vorliegende Arbeit ist sie jedoch zu unspezifisch. Diese Einschränkung gilt auch für die Bezeichnung „Menschen mit Lernschwierigkeiten“. Diese von „Wir vertreten uns selbst/ISL e.V.“ (2002) gewünschte Beschreibung macht die Unterscheidung von Menschen mit Lernbehinderung und Menschen mit geistiger Behinderung unmög-

¹⁵ Erkenntnisse aus der Anwendung gestützter Kommunikation verweisen z.B. deutlich auf die Schwierigkeit, die Denk- und Kommunikationsfähigkeit bei nicht sprechenden Menschen einzuschätzen (vgl. Sellin 1993, Bundschuh/Basler-Eggen 2000).

¹⁶ „Die Relativität der Behinderung wird umso stärker transparent, je leichter der Behinderungsgrad ist.“ (Bleidick 1983, 74 f.).

lich. Für die vorliegende Arbeit ist sie jedoch wichtig, auch wenn deutlich ist, dass weder die Begriffe noch die Grenze zwischen den Kategorien geeignet sind, um den Unterstützungsbedarf deutlich zu machen. Die Verwendung der Begriffe zielt also nur auf die Möglichkeit der Einordnung der Studie in die sonderpädagogische Fachdiskussion und in den sozialpolitischen Diskurs ab. In beiden Bereichen findet das Begriffspaar „geistige Behinderung“ weiterhin Anwendung.

In der vorliegenden Arbeit geht es um erwachsene Menschen, die ihr Leben im Bereich des Wohnens nicht gänzlich ohne Hilfe von anderen Personen organisieren und gestalten können. Die Frage, welcher Anteil ihres Erscheinungsbildes tatsächlich auf Einschränkungen im Bereich kognitiver Entwicklungen oder auf erlebte Ausgrenzung und Diskriminierung zurückzuführen ist oder sich während ihrer Sozialisation in Familie, Psychiatrie oder Einrichtung der Behindertenhilfe entwickelt hat, ist theoretisch nicht zu beantworten. Daraus folgt die prinzipielle Forderung, den konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Personen zu beschreiben und in der Gestaltung der Angebote grundsätzlich von deren Fähigkeit zu lernen und sich zu entwickeln auszugehen.

Auf das Begriffspaar „geistige Behinderung“ ist nicht zu verzichten ohne das Verständnis des zu behandelnden Sachverhaltes zu beeinträchtigen. Es wird trotz der genannten Einschränkungen in dieser Arbeit aus pragmatischen Gründen verwendet.

Auf der Grundlage eines mehrdimensionalen Behinderungsverständnisses analysiert die vorliegende Arbeit Bedingungen, welche die Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung an gesellschaftlichen Prozessen, speziell in ambulant betreuten Wohnformen, einschränken und damit zu Behinderung beitragen können. Umweltbezogene Faktoren, wie die Aktivitäten der Assistenzdienste und des Gemeinwesens werden in die Untersuchung miteinbezogen.

2. Wohnen von Menschen mit geistiger Behinderung

*„Wir möchten die Wahl haben, wo und wie wir wohnen:
mit Eltern, zu zweit oder mit Freunden, im Wohnheim,
in einer Außenwohngruppe oder in einer Wohngemeinschaft.
Es soll auch Betreutes Wohnen geben.“
Auszug aus der Duisburger Erklärung¹⁷*

Leitfragen zu diesem Kapitel

- Welche Bedeutung hat Wohnen für den Menschen?
- Was unterscheidet stationäres Wohnen von ambulanten Wohnformen?

2.1 Zur Bedeutung des Wohnens für den Menschen

Dass das Wohnen eine besondere Bedeutung für den Menschen hat, zeigt sich bereits im Sprachgebrauch. Selle (1993, 9) weist darauf hin, dass im angelsächsischen Sprachraum der Begriff „to live“ für „wohnen“ und „leben“ gleichermaßen gilt. Auch im Deutschen kann man sowohl sagen „Ich *lebe* in München“, als auch „Ich *wohne* in München“. Wohnen drückt die Beziehung eines Menschen zu einem bestimmten Raum aus. Der private Wohnraum bildet den Lebensmittelpunkt des Menschen und zugleich den Ausgangspunkt für Aktivitäten (vgl. Rohrman 2005, 201). In unserem Rechtssystem stellt die Unverletzlichkeit der Wohnung ein Grundrecht dar (vgl. Art. 13 GG). Nur in absoluten Ausnahmefällen ist ein Eingriff in diesen Bereich erlaubt. Damit wird die hohe Bedeutung der Privatwohnung unterstrichen.

Wohnen ist mehr als das Leben an einem bestimmten Ort. Es „wird demnach nicht als Teilfunktion menschlichen Lebens gesehen, sondern als ein Aspekt des Ganzen menschlicher Lebensbedürfnisse und -bedingungen. Die Frage nach dem Wohnen kann sich daher nicht allein auf die Teile des physischen und psychischen Organismus beziehen, etwa auf die Befriedigung bloßer Pflegebedürfnisse, auf Unterkunft, Rekreation oder Ernährung, was sich auch in DIN Vorschriften fassen ließe. Es geht vielmehr um den internen Pol menschlich komplexer Lebensweise gegenüber dem externen Pol des weiten Raumes. Beide gehören zusammen. In jedem Fall ist der ganze Mensch gemeint“ (Speck 1982, 10). Orientiert an bedürfnistheoretischen Annahmen benennt Thesing (1998, 35 ff.) fünf Bedeutungen des Wohnens für den Menschen. Diese Aufzählung wurde von Rohrman übernommen und zum Teil ergänzt (vgl. Rohrman 2005, 201).

- Raum für Geborgenheit, Schutz und Sicherheit:

¹⁷ Dieser Satz ist entnommen aus einer Erklärung von Teilnehmern des Kongresses „Ich Weiß doch Selbst, Was Ich Will!“, der vom 27.9. - 1.10.1994 in Duisburg stattfand (Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V., 1995). Durch diese Tagung wurde die „Selbstbestimmt Leben“-Bewegung in Deutschland angestoßen.

- Die Wohnung gewährt Schutz vor unliebsamen Einflüssen und bietet einen Raum um sich zu entspannen, fern von sozialer Kontrolle.
- Raum für Beständigkeit und Vertrautheit
- Die eigene Wohnung ist der Ort, an dem man sich mit bedeutsamen Dingen umgibt. Aus den positiven Erlebnissen mit den Menschen und Dingen in der Wohnung entsteht das Gefühl der Vertrautheit oder des „zu Hause Seins“.
- Raum für Selbstverwirklichung und Selbstverfügung:
- Man kann seine Wohnung selbst gestalten und sie dadurch zu etwas „Eigenem“ machen. Rohrmann betont, dass die Wohnung damit ein „Ort der Privatheit“ ist (Rohrmann 2005, 201)
- Raum für Kommunikation und Zusammenleben:
- Die Wohnung ist der Ort gemeinsamen Lebens innerhalb einer Familie oder einer irgendwie selbst gestalteten, sozialen Lebensgemeinschaft. Hier werden auch Kontakte zu Freunden gepflegt.
- Raum für Selbstdarstellung und Demonstration von sozialem Status: Mit der Gestaltung der eigenen Wohnung drückt man auch seinen sozialen Status gegenüber anderen Menschen aus.

Rohrmann ergänzt in seiner Übersicht zu den Funktionen des Wohnens, die inhaltlich mit der Darstellung von Thesing weitgehend übereinstimmt, das „zu Hause sein“ im Sinne einer Heimat. Die Wohnung ist eingebunden in ein durch Gegenstände und Personen bestimmtes Wohnumfeld (z.B. Stadtteil oder Region), das einem vertraut ist (vgl. Rohrmann 2005, 202).

Haisch (2006a) beschreibt die Wohnung als private Lebenswelt des Menschen, die er für sich individuell eingerichtet hat. Dort findet er die Ruhe, um sich zu entspannen und seinem Geschmack entsprechende Ausstattungsgegenstände, um sich zu beschäftigen. Er lebt mit Menschen zusammen, die ihm angenehm sind – oder auch alleine – und pflegt die von ihm gewählten sozialen Beziehungen. Es ist daher ein Ort, an dem er alle Dinge vorfindet, die ihm vertraut sind. Die objektiven Lebensbedingungen des Wohnens spiegeln somit den subjektiven Geschmack des Einzelnen wieder (vgl. ebd., 74 f.). Dass die eigenständige, persönliche Gestaltung des Wohnraums eine wesentliche Bedingung für das Wohlbefinden des Menschen ist, zeigt auch die Studie von Walden (vgl. 1993, 293). Sie macht deutlich, dass Personen, die ihre Wohnumwelt nach eigenen Vorstellungen kontrollieren und verändern können, eine höhere Zufriedenheit zeigen. Die Möglichkeit der Selbstgestaltung ist abhängig von eigenen Vorstellungen und Erfahrungen, die Modelle zur Gestaltung der Wohnung bieten und auch von finanziellen Mitteln, die für die Anschaffung von gewünschten Ausstattungsgegenständen erforderlich sind. Bollinger verweist im Besonderen auf die Bedeutung des Wohnens im Hinblick auf soziale Teilhabe. Wohnen muss so gestaltet sein, dass man sich gegenseitig einladen und mit anderen „gesellig zusammensein“ kann und die Pflege von Partnerschaften oder Liebesbeziehungen möglich ist (1990, 10).

Die Bedeutung des Wohnens ist aber nicht auf die Entfaltung von Individualität beschränkt. Der Wohnbereich erfüllt auch gesellschaftliche Funktionen. Er ist der Ort zur Erziehung zukünftiger Staatsbürger und zur Reproduktion der Arbeitsleistung des Menschen durch Kompensation der besonderen Belastungen des Arbeitsplatzes (vgl. Walden 1993, 18). Diese Aspekte werden in der vorliegenden Arbeit nicht genauer ausgeführt.

da hier die individuelle Gestaltung des Wohnens als Aspekt der Teilhabe im Vergleich zu fremdbestimmten oder hospitalisierenden Wohnbedingungen im Vordergrund steht.

Zusammenfassend gilt: Der Bereich des Wohnens hat eine zentrale Bedeutung für den Menschen. Die individuelle Gestaltungsmöglichkeit der Wohnbedingungen ist wesentlich für das Wohlbefinden des Menschen. Dies bedeutet, entscheiden zu können,

- mit wem man lebt (auch, ob man lieber alleine lebt),
- wem man Zutritt zu seiner Wohnung gewährt,
- mit welchen Möbeln und Gegenständen man sich umgibt und wie man diese innerhalb der Wohnung anordnet,
- wie man seinen Haushalt organisiert bzw. welche Prioritäten man in den Ausgaben setzt
- in welchem Umfeld sich die Wohnung befindet (z.B. Stadt, ländliche Gegend),
- wie man seinen Lebensrhythmus gestaltet (Schlafen, aktiv sein, Essenszeiten),
- wann man sich dort aufhält und wie man sich dort beschäftigt.

Diese Kriterien bilden den Maßstab, mit dem Wohnformen für Menschen mit Behinderung betrachtet werden müssen.

2.2 Aktuelle Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung

In dem bis heute geltenden dritten bayerischen Landesplan für Menschen mit Behinderung aus dem Jahr 1994 wird zwischen drei Wohnformen für Menschen mit Behinderung unterschieden:

- Einzelwohnen: Ein Mensch mit geistiger Behinderung lebt allein oder mit einer Familie in einer Wohnung.
- Wohngemeinschaft: Ein Mensch mit Behinderung lebt mit selbst gewählten Mitwohnern (mit oder ohne Behinderung) freiwillig zusammen.
- Heim: Ein Mensch mit Behinderung lebt in Wohngruppen mit anderen Personen zusammen, die er nicht selbst gewählt hat (vgl. BStMAS 1994a, 222).

In den ersten beiden Wohnformen werden die Personen durch ambulante Dienste unterstützt. Das Heim, für Menschen mit geistiger Behinderung immer noch die häufigste außerfamiliäre Lebensform, wird als stationäres Wohnen bezeichnet. Innerhalb des Heimes gibt es noch weitere Differenzierungen.

Stationäre Wohnformen: Das Bayerische Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung unterscheidet zunächst zwischen ein- und mehrgliedrigen Einrichtungen. Mehrgliedrige Einrichtungen bestehen aus unterschiedlichen Wohnformen (Wohnheim, Wohnpflege, Außenwohnbereich und tagesstrukturierenden Angeboten wie Werkstätten, Förderstätten etc). Hierzu zählen komplexe Großeinrichtungen und Dorfgemeinschaften. Eingliedrige Einrichtungen verfügen nur über das Angebot Wohnen. Sowohl ein- als auch mehrgliedrige Einrichtungsarten können folgende Wohnformen umfassen:

- „Pflegeheim: Einrichtungen für intensiv pflegebedürftige, behinderte Erwachsene, die aufgrund der Schwere der Behinderung(en) keiner Beschäftigung außerhalb ihrer

Gruppe nachgehen¹⁸.

- Wohnpflegeheime: Heim für schwer behinderte Erwachsene, die zumindest wenige Stunden täglich einer Beschäftigung in der Fördergruppe/Förderstätte nachgehen.
- Wohnheim: Heim für behinderte Erwachsene, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder auf dem freien Arbeitsmarkt beschäftigt sind oder zumindest bei Einzug dort beschäftigt waren“ (Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2007, 2).
- Hinzu kommen auch noch Formen wie die Übergangswohnheime und die Kurzzeitpflegeheime (ebd.).

Die begriffliche Unterscheidung zwischen Wohnpflege und Wohnheim wird seit der Änderung der Finanzierungsgrundlagen von stationären Einrichtungen im Jahr 2001 innerhalb Bayerns nicht mehr vorgenommen. Dafür werden die Menschen mit geistiger Behinderung innerhalb der Heime entsprechend ihres Bedarfs in Hilfebedarfsgruppen eingeteilt. Als stationäre Wohnformen bezeichnete Heime lassen sich zutreffender folgendermaßen typisieren:

- *Wohnheime als Bestandteile von Komplexeinrichtungen* mit Arbeits-, Freizeit- und Therapieangeboten. Diese Einrichtungen sind häufig in Form von eigenständigen kleinen Dörfern zu finden.
- *Dezentral organisierte, gemeinwesenorientierte kleinere Heime* (mit bis zu 40 Bewohnern), die in einem Ort bzw. Stadtteil angesiedelt sind.
- *Außenwohngruppen* mit in der Regel weniger als 10 Bewohnern. Diese Gruppen befinden sich außerhalb von Heimen in stadtteilintegrierten Wohnungen.
- Darüber hinaus gibt es Menschen, die in *Pflegeheimen bzw. Einrichtungen des SGB XI* (v.a. Seniorenheime) untergebracht sind. Da Pflegeeinrichtungen konzeptionell nicht auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind, wird diese Praxis zutreffenderweise als „Fehlplatzierung“ bezeichnet (vgl. Drohshagen/Rohrmann 2003, 461).

Ambulant betreutes Wohnen: Ambulante Leistungen im Bereich des Wohnens werden als „Ambulant betreutes Wohnen“ oder „Betreutes Wohnen“ bezeichnet. „Betreutes Wohnen ist eine Angebotsform für Menschen mit Behinderung, die ihr Leben selbstständig organisieren. Sie leben in ihrer eigenen Wohnung. Dies kann u.a. mit Angehörigen sein, alleine, als Paar in einer Wohngemeinschaft, in einer selbst angemieteten Wohnung oder in Wohneigentum“ (Deutscher Caritasverband 2005 – Landesverband Bayern e.V.,

¹⁸ Diese Definition ist sehr fragwürdig. Der Grund, wieso sie keiner Beschäftigung nachgehen, ist in der Regel das fehlende Angebot bzw. die nicht ausreichende personelle oder räumliche Ausstattung. Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass jeder Mensch, soweit die notwendige Unterstützung und Ausstattung zur Verfügung steht, z.B. eine Förderstätte für wenige Stunden am Tag besuchen kann. Das Landesamt für Statistik beschreibt hier möglicherweise die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen des SGB XI betreut werden, denn von den in der Statistik genannten 48 Einrichtungen sind 39 anerkannte Einrichtungen nach Pflegeversicherungsgesetz (ebd., 6). In diesen fehlen vom Wohnbereich getrennte, tagesstrukturierende Angebote gänzlich (vgl. Studie für das Bundesland Hessen: Drohshagen/Rohrmann 2003, 465). Innerhalb der großen Einrichtungen der Behindertenhilfe sind in der Regel nicht genug Plätze im Tagesbereich vorhanden, um einen zweiten Lebensbereich sicherzustellen. In der Statistik des Bayerischen Landesamtes sind diese unter den mehrgliedrigen Einrichtungen subsumiert.

5). In der Definition des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung sind betreute Wohnformen „kleine selbständige Wohneinheiten für behinderte Erwachsene, die von einem Träger meist ambulant betreut werden“ (Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2007, 2). Thesing (vgl. 1998, 87) unterscheidet das Betreute Wohnen noch einmal vom Ambulant betreuten Wohnen. Nur in letzterem übernimmt die Person mit Behinderung die Gesamtverantwortung für die Lebensführung selbst. Wie die oben angeführten Zitate zeigen, werden in Bayern beide Begriffe synonym verwendet. Der defizitorientierte Begriff „betreut“ wird zunehmend mit „unterstützt“ oder „begleitet“ ersetzt. Dies führt zu Bezeichnungen wie „Ambulant Unterstütztes Wohnen (AUW)“ (vgl. Aselmeier et al. 2001, Seifert 2006, 381; Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung - Landesverband Bayern e.V. 2005) oder „Ambulant Begleitetes Wohnen“ als Ausführung der Abkürzung „ABW“, die offiziell weiterhin für „Ambulant betreutes Wohnen“ steht. Aufgrund der rechtlichen und verwaltungsorganisatorischen Gültigkeit des Terminus „Ambulant betreutes Wohnen“ findet er in der vorliegenden Arbeit Anwendung.

Im Gegensatz zur Behindertenhilfe ist das Ambulant betreute Wohnen in der Altenhilfe seit Jahren weit verbreitet. Während es bei der Entwicklung des Konzeptes vor allem darum ging, Menschen im Alter den Verbleib in der eigenen Wohnung zu ermöglichen, bieten die Träger der Altenhilfe heute Wohnanlagen an, in denen ältere Menschen in einer eigenen Wohnung leben können und je nach Bedarf von einem Dienst unterstützt werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1994).

Unterschiede zwischen dem Ambulant betreuten Wohnen und stationäre Wohnformen: Das Ambulant betreute Wohnen unterscheidet sich von stationären Wohnformen in der Art der Unterstützung, in Finanzierung und bis zum Jahr 1.1.2008 auch in der Kostenträgerschaft.

Stationäres Wohnen wird in einer Einrichtung bzw. Institution angeboten. Hier leben in der Regel mehr als sieben Personen in einer Wohngruppe (vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2007, 16). Die Unterstützungsleistungen in stationären Wohnformen haben einen umfassenden Charakter. Wohnen heißt dort, in den festen Tagesablauf einer Wohngruppe eingebunden zu sein. Jedes Gruppenmitglied übernimmt dabei eine Aufgabe, die seiner Kompetenz entspricht. Die Menschen mit Behinderung erhalten intensive Hilfestellung und konkrete praktische Anleitung im Bereich der Pflege, bei der Gestaltung der Freizeit oder dem Aufbau von sozialen Beziehungen. Die Wohngruppe bildet ein soziales Gefüge, in welches die Person eingebunden ist, dessen Mitglieder sie sich aber meist aus organisatorischen Gründen nicht frei wählen kann. Freizeitangebote werden sowohl durch Unternehmungen der Gruppe, als auch durch Angebote der Einrichtung zur Verfügung gestellt.

Ambulante Unterstützung wird beim Klienten zu Hause geleistet. Der Assistenznehmer ist selbst Mieter der Wohnung. Im Gegensatz zum stationären Wohnen sind Miet- und Betreuungsvertrag nicht mehr gekoppelt. Wegen den geringeren Unterstützungszeiten setzt das Ambulant betreute Wohnen mehr Selbständigkeit und Selbstorganisation in der Lebensführung voraus. Die Aufgaben der Haushaltsführung und der Pflege müssen weitgehend selbständig durchgeführt werden können, so auch die Gestaltung der Freizeit